

CARING

Ihr Tool für
patientenorientiertes
Lipidmanagement

C_(K)ardiovaskuläre Beurteilung

Analyse des Risikos

Referenzziele

Interventionsstrategien

Notwendige Behandlung

Geleitete Nachsorge



CARING ist eine sechsstufige Strategie, die Sie bei Entscheidungen zur Behandlung von Patient*innen mit Dyslipidämie unterstützt.

Jeder Schritt trägt dazu bei, relevante Untersuchungen und Bewertungen strukturiert zu erfassen und die Versorgung von Patient*innen mit Dyslipidämie zu verbessern.

Die Ergebnisse jedes Schritts zeigen Ihnen, worauf Sie sich als Nächstes konzentrieren sollten.



C(K)ardiovaskuläre
Beurteilung

C

Verschiedene Faktoren, die bei der Beurteilung des kardiovaskulären Risikos zu berücksichtigen sind

Analyse
des Risikos

A

Definieren Sie die Risikokategorie Ihrer Patient*innen

Referenzziele

R

Definieren Sie das angestrebte Therapieziel

Interventionsstrategien

I

Finden Sie den passenden Ansatz für Ihre Patient*innen.

Notwendige
Behandlung

N

Verschiedene Möglichkeiten, das Behandlungsziel zu erreichen.

Geleitete
Nachsorge

G

Begleiten Sie Ihre Patient*innen durch den gesamten Behandlungsprozess.

+

Weitere Informationen





FÜR KARDIOLOG*INNEN /
FACHÄRZT*INNEN



C

A

R

I

N

G

+



FÜR
ALLGEMEINMEDIZINER*INNEN



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER
PATIENT*INNEN¹⁻³



KLINISCHE UNTERSUCHUNG
UND LABORTESTS



C

A

R

I

N

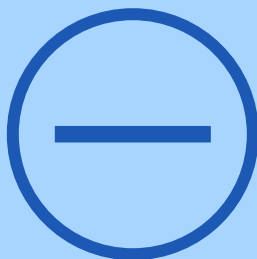
G

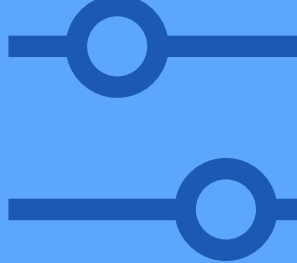
+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER
PATIENT*INNEN¹⁻³



	BEEINFLUSSBAR	⊕
	GENETISCH	⊕
	ANDERE	⊕

C

A

R

I

N

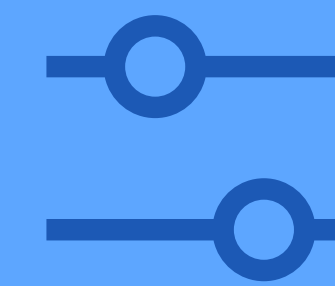
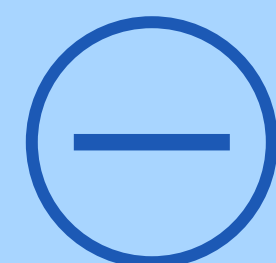
G

+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER PATIENT*INNEN¹⁻³



BEEINFLUSSBAR ⊖

- Rauchen*
- Hoher Blutdruck*
- Psychosoziale Belastungen / psychiatrische Störungen
- Mangelnde körperliche Aktivität
- Adipositas*



GENETISCH ⊕



ANDERE ⊕

C

A

R

I

N

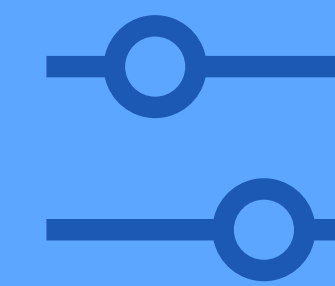
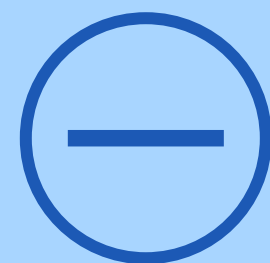
G

+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER PATIENT*INNEN¹⁻³



BEEINFLUSSBAR ⊕



GENETISCH ⊖

- Ethnische Zugehörigkeit mit erhöhtem Risiko (Menschen asiatischer, afrikanischer oder karibischer Herkunft)
- Vorzeitige Menopause
- Vorzeitige kardiovaskuläre Erkrankung (CVD) bei Angehörigen (Männer: <55 J.; Frauen <60 J.)



ANDERE ⊕



C

A

R

I

N

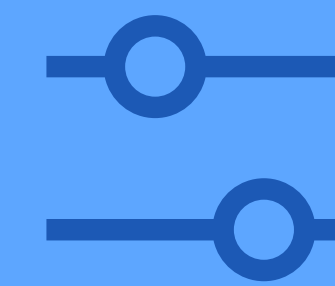
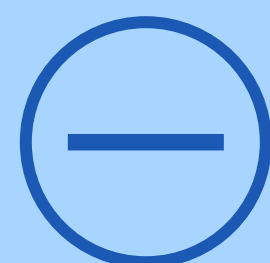
G

+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER PATIENT*INNEN¹⁻³



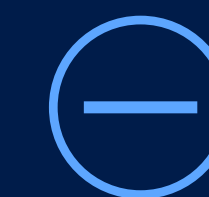
BEEINFLUSSBAR ⊕



GENETISCH ⊕



ANDERE



- Präeklampsie
- Chronische Entzündung
- HIV-Infektion ⊕
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- Krebs ⊕

C

A

R

I

N

G

+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³

- Diabetes mellitus^{*1-3}

- Chronische Nierenerkrankung¹⁻³

Leitlinien—
Update 2025

- **hs-CRP** (Risikomodifikator bei $>2\text{mg/L}$)²

- **Lp(a)** [Risikomodifikator bei $>50\text{mg/dL}$ ($>105\text{nmol/L}$)]²

- ALT und CK (zum Erkennen von Therapie-Kontraindikationen)³

- Hypertriglyceridaemia^{2,3} **+**

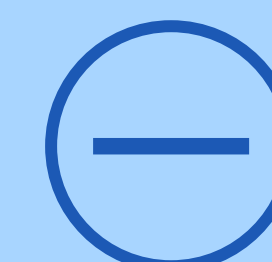
- EKG (z.B. Vorhofflimmern)^{1,3}

- Thoraxröntgen (Herzinsuffizienz)^{1,3}

- Bildgebung (Karotis-/Femorals-Ultraschall, CT zur Beurteilung der Koronarkalks)^{2,3}



**KLINISCHE UNTERSUCHUNG
UND LABORTESTS**



*wichtiger kardiovaskulärer Risikofaktor

ALT: Alanin-Aminotransferase; **CK:** Kreatinkinase; **CT:** Computertomographie; **hs-CRP:** hochsensitives C-reaktives Protein; **Lp(a):** Lipoprotein(a).

C

A

R

I

N

G

+

Analyse des Risikos²

RISIKOBERECHNUNG

SCORE2
(Patient*innen 40-69 Jahre)

SCORE2-OP
(Patient*innen ≥ 70 Jahre)

**KEINE WEITERE
RISIKOEINSCHÄTZUNG
ERFORDERLICH**

SCORE2 und **SCORE2-OP** dienen der Abschätzung des individuellen 10-Jahres-Risikos für ein erstes tödliches oder nicht-tödliches atherosklerotisches kardiovaskuläres Ereignis bei Personen ohne bekannte kardiovaskuläre Erkrankung. Die Berechnung erfolgt u. a. anhand des Non-HDL-Cholesterins und ist an die jeweilige europäische Risikoregion angepasst.

https://www.heartscore.org/en_GB/

**Aktives Management aller
kardiovaskulären Risikofaktoren**

**NIEDRIGES
RISIKO**

**MÄSSIGES
RISIKO**

**HOHES
RISIKO**

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

**EXTREM
HOHES RISIKO**



C

A

R

I

N

G

+



Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

NIEDRIGES RISIKO

SCORE2/SCORE2-OP

<2%

MÄSSIGES RISIKO

SCORE2/SCORE2-OP

≥2% - <10%

umfasst **junge Patient*innen** (mit Typ-1-Diabetes **unter 35 J.** oder mit Typ-2-Diabetes **unter 50 J.**) mit einer Diabetesdauer von **<10 J.** und **ohne weitere Risikofaktoren**

Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

HOHES RISIKO

SCORE2/SCORE2-OP

≥10% - <20%

- **TC >8 mmol/L (310 mg/dL)** oder **LDL-C >4,9 mmol/L (190 mg/dL)** oder BD ≥180/110 mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: **eGFR 30–59 mL/min/1,73 m²**
- DM ohne Endorganschäden, **≥ 10 J.** Krankheitsdauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

SEHR HOHES RISIKO
Primärprävention

SCORE2/SCORE2-OP

≥20%

- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) **oder ≥3 große Risikofaktoren**
- FH mit einem **weiteren großen Risikofaktor**
- Schwere CKD: **eGFR <30 mL/min/1.73 m²**

Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

SEHR HOHES RISIKO

Sekundärprävention

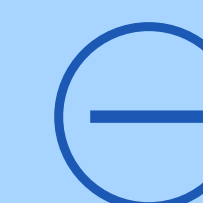
Atherosklerotische
kardiovaskuläre
Erkrankung

Klinisch:

- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder **akutes Koronarsyndrom (ACS)** ⁺ (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Bildgebend:

- Signifikante Plaque (≥ 50 % Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im **Karotis- oder Femoralis**-Ultraschall oder deutlich erhöhter **Koronarkalk-Score (CAC > 300)** im CT



Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

EXTREM HOHES RISIKO

- ASCVD und wiederkehrende **vaskuläre Ereignisse** unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Referenzziele für LDL-C-WERTE

REFERENZZIELE FÜR LDL-C-WERTE ABHÄNGIG VON DER RISIKOKATEGORIE

RISIKO-
KATEGORIE

NIEDRIGES

MÄSSIGES

HOHES

SEHR
HOHES

EXTREM
HOHES

Primär-
prävention

Sekundär-
prävention

REFERENZZIELE

mmol/L

mg/dL

<3.0

<2.6

<1.8

<1.4

<1.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Klasse I, Evidenzgrad A

Klasse I, Evidenzgrad A*

Klasse IIb, Evidenzgrad B

und $\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert



*Im Falle der Primärprävention: Klasse I, Evidenzgrad C; Klasse IIa, Evidenzgrad C für Patient*innen mit FH.
LDL-C: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin. Abbildung basiert auf Informationen aus Mach F et al., EHJ 2025;46:4359–78.

C

A

R

I

N

G

+

Interventionsstrategien²

mmol/L

mg/dL

Lebensstilanpassungen



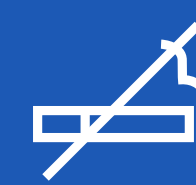
Diät



Gewichtsreduktion



Körperliche
Betätigung



Raucherentwöhnung



Alkoholreduktion



Stressreduktion



Schlafen

**NIEDRIGES
RISIKO**



**MÄSSIGES
RISIKO**



**HOHES
RISIKO**



**SEHR HOHES
RISIKO**



**SEHR HOHES
RISIKO**



**EXTREM
HOHES RISIKO**



Primärprävention

Sekundärprävention

Unabhängig vom
LDL-Cholesterinwert

Unabhängig vom
LDL-Cholesterinwert

<3.0

<2.6

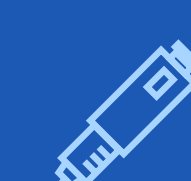
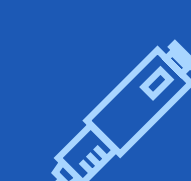
<1.8

3.0 - <4.9

2.6 - <4.9

1.8 - <2.6

<1.8



≥4.9

≥4.9

≥2.6

≥1.8

Verweis auf die Strategie für hohes oder sehr hohes
Risiko gemäß SCORE2/SCORE2-OP



Aktuelle LDL-Cholesterinwerte
des Patient*innen

Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

Direkte medikamentöse Behandlung



LDL-c: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin. Abbildung basiert auf Informationen aus Mach F et al., EHJ 2025;46:4359–78.

C

A

R

I

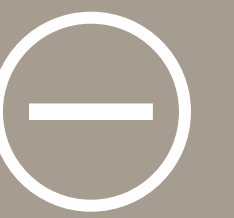
N

G

+

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<3.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

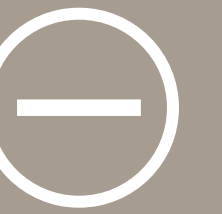
<3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<3.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



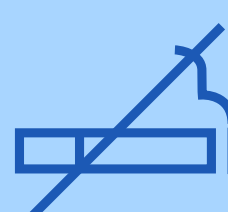
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



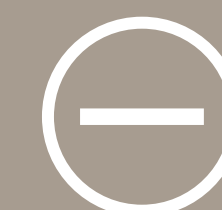
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<3.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<3.0

<3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



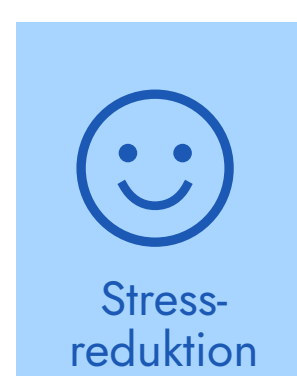
Körperliche
Betätigung



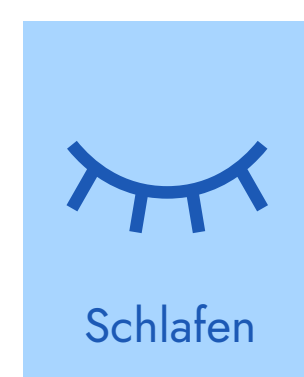
Rauchen-
töhnung



Alkohol-
reduktion

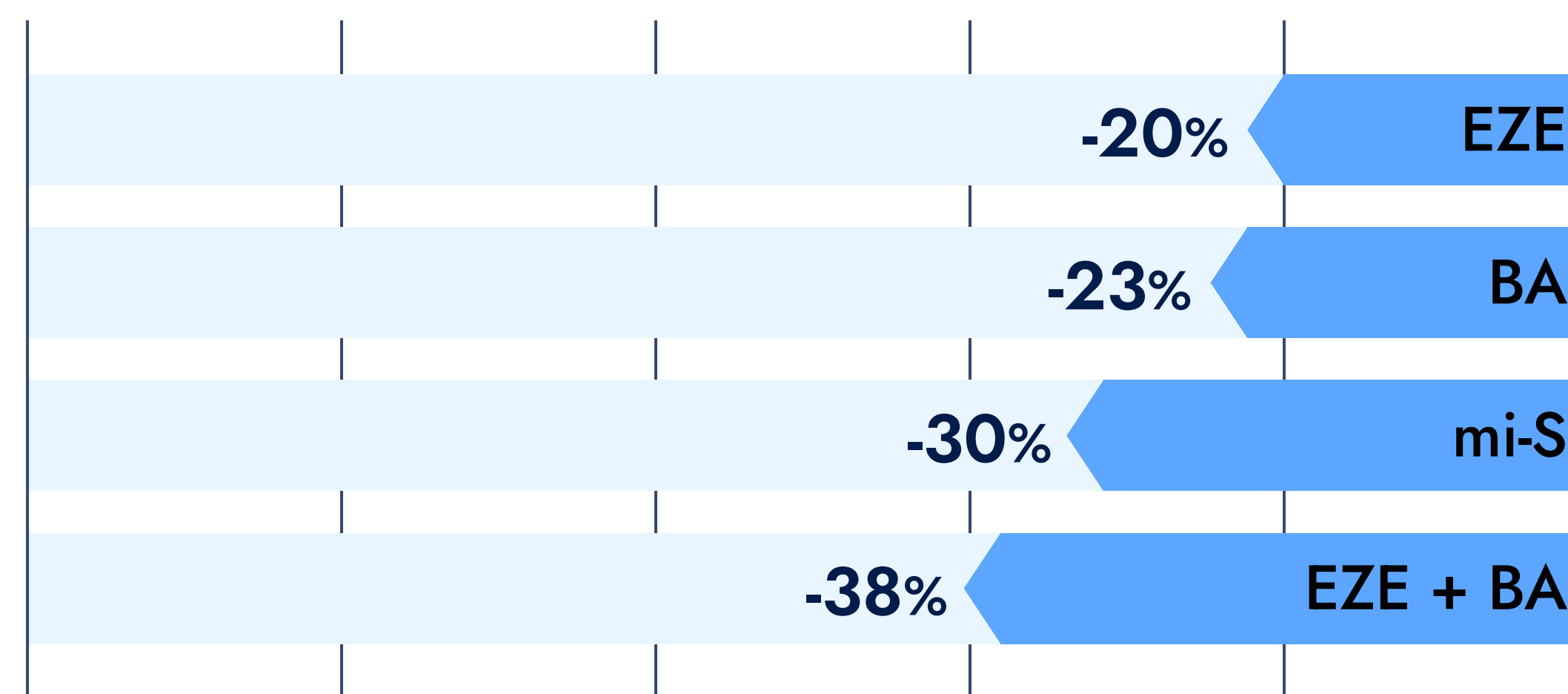


Stress-
reduktion



Schlafen

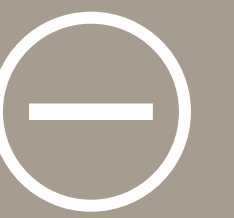
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<3.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<3.0

3.0 - <4.9

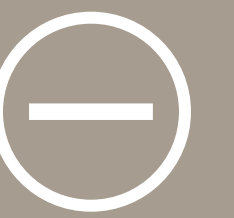
≥4.9

Lebensstil anpassen

**Orientierung an
Hoch-/ Sehr-
Hochrisiko-Strategie
gemäß SCORE2/
SCORE2-OP**

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

· **SCORE2/SCORE2-OP <2%**

· Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<2.6

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

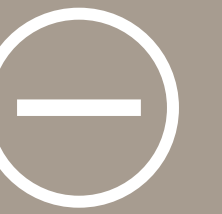
<2.6

2.6 - <4.9

≥4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

• SCORE2/SCORE2-OP <2%

- junge Patient*innen (mit Typ-1-Diabetes unter 35 Jahren oder mit Typ-2-Diabetes unter 50 Jahren) mit einer Diabetesdauer von <10 Jahren und ohne weitere Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<2.6

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<2.6

2.6 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



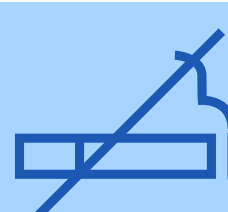
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



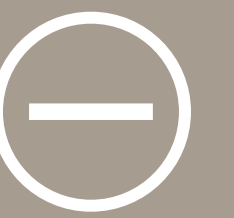
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

• **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

• junge Patient*innen (mit Typ-1-Diabetes unter 35 Jahren oder mit Typ-2-Diabetes unter 50 Jahren) mit einer Diabetesdauer von < 10 Jahren und ohne weitere Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 2.6

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 2.6

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



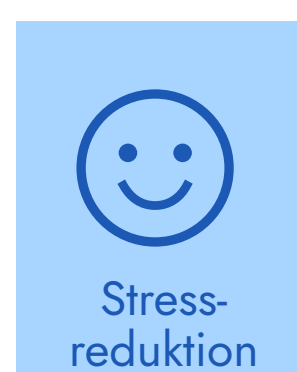
Körperliche
Betätigung



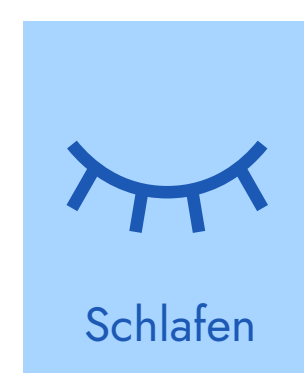
Raucher-
entwöhnung



Alkohol-
reduktion

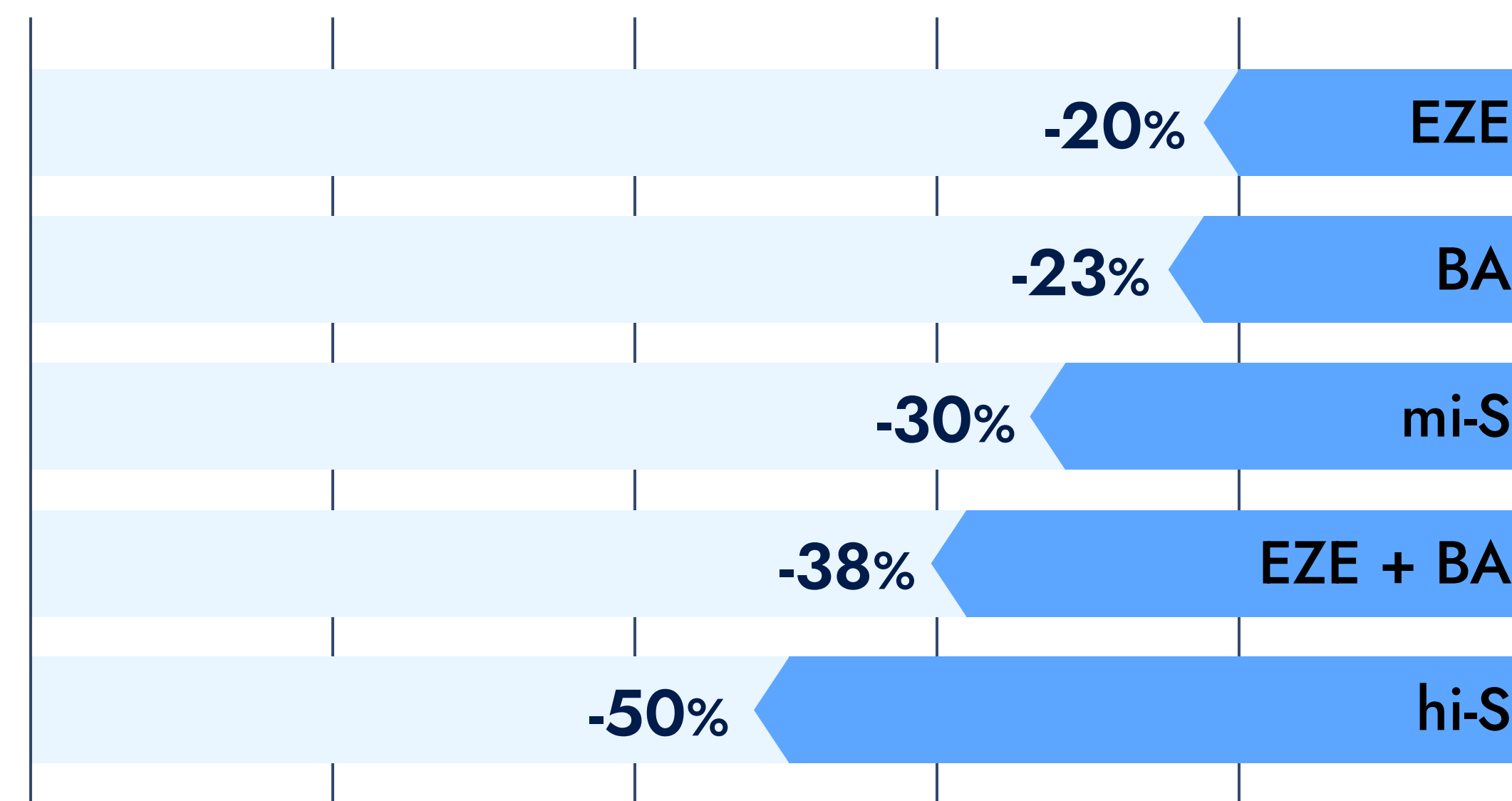


Stress-
reduktion



Schlafen

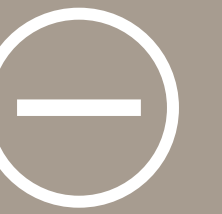
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

· **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

· junge Patient*innen (mit Typ-1-Diabetes unter 35 Jahren oder mit Typ-2-Diabetes unter 50 Jahren) mit einer Diabetesdauer von < 10 Jahren und ohne weitere Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 2.6

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 2.6

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen

**Orientierung an
Hoch-/ Sehr-
Hochrisiko-Strategie
gemäß SCORE2/
SCORE2-OP**

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

HOHES
RISIKO

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

1.8 - < 2.6

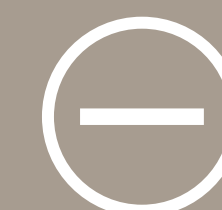
2.6 - < 3.0

3.0 - < 4.9

≥ 4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



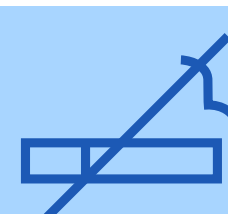
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Rauchen-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



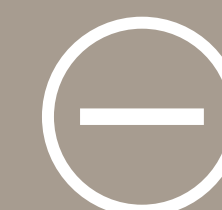
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



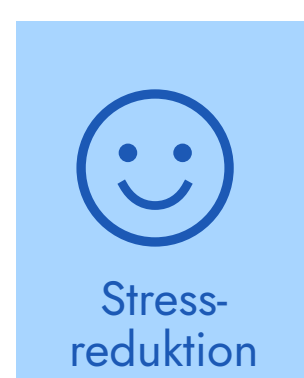
Körperliche
Betätigung



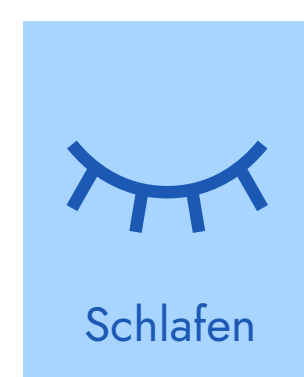
Rauchen-
twöhnung



Alkohol-
reduktion

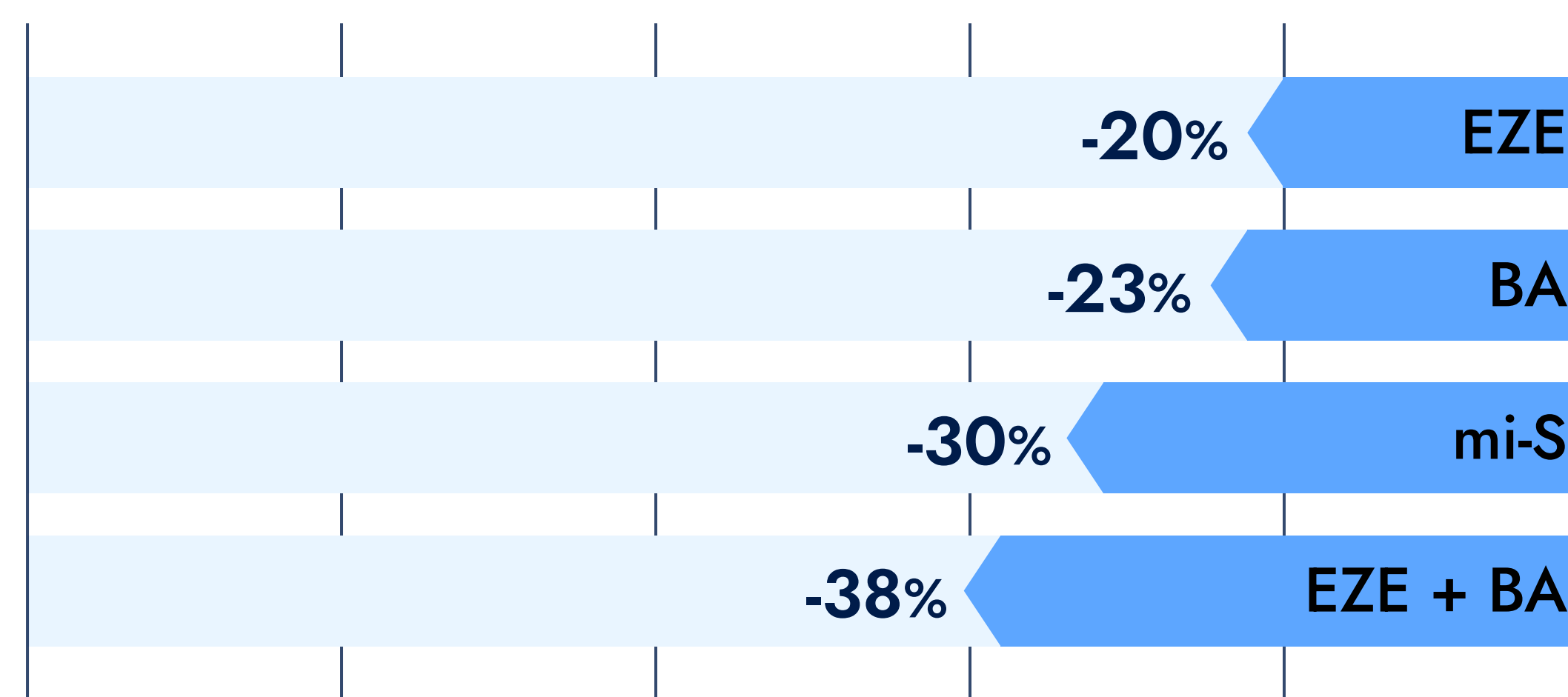


Stress-
reduktion



Schlafen

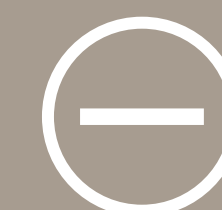
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



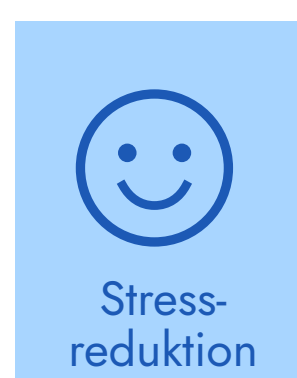
Körperliche
Betätigung



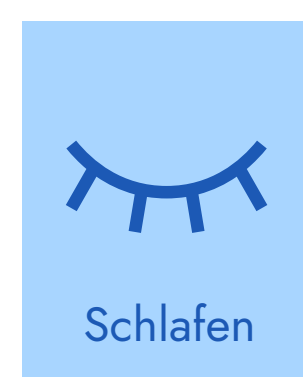
Rauchen-
twöhnung



Alkohol-
reduktion



Stress-
reduktion



Schlafen

50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



+

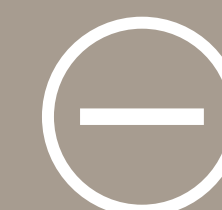
-50%

hi-S

■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



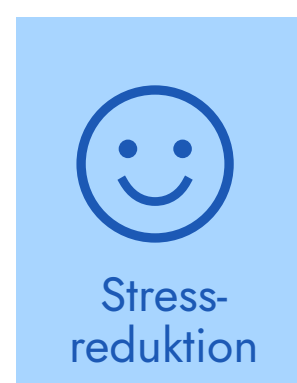
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion



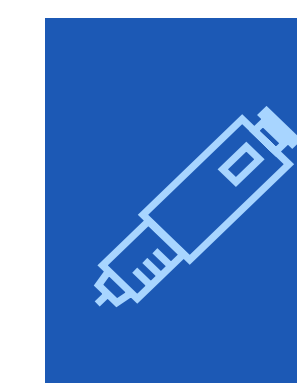
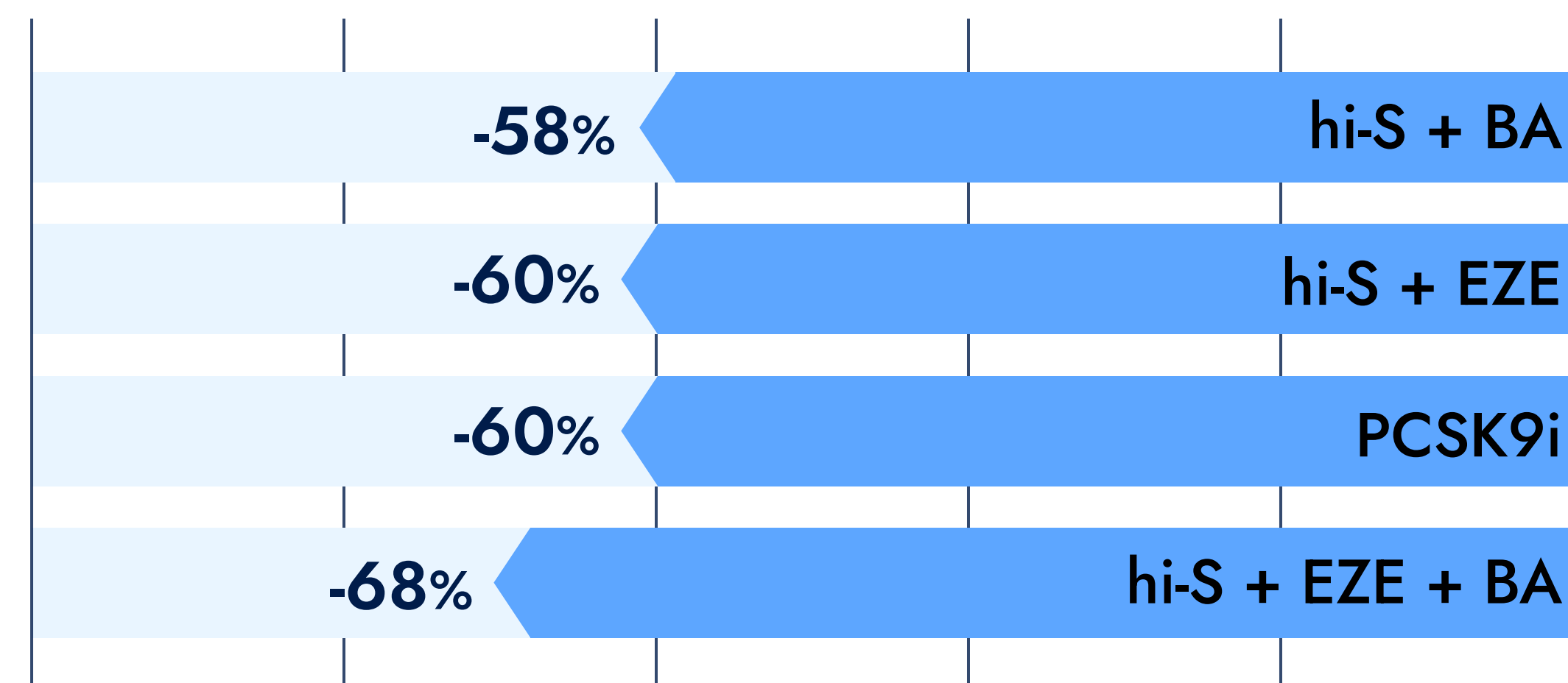
Stress-
reduktion



Schlafen

$> 50\text{--}63\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

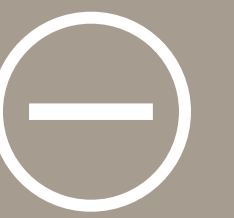
+



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



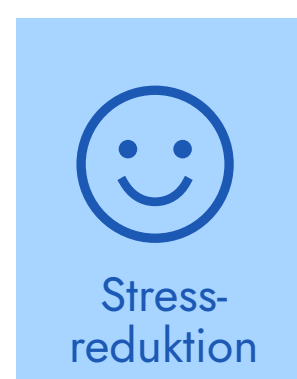
Körperliche
Betätigung



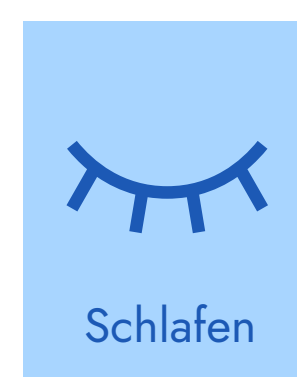
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion



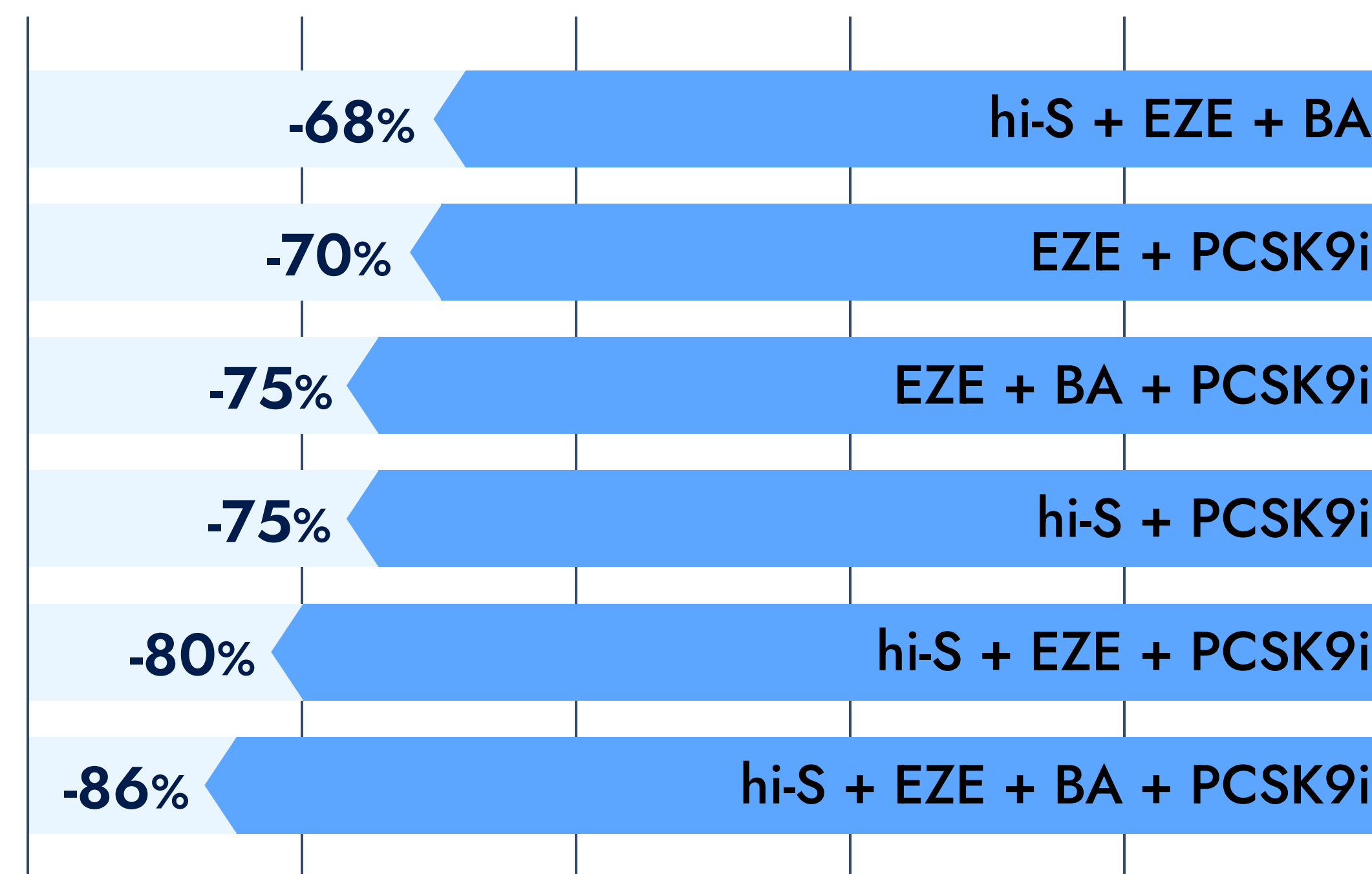
Stress-
reduktion



Schlafen

+

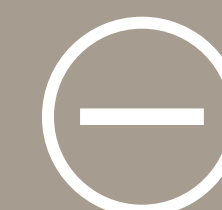
$> 63\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $< 30 \text{ mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**
Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert
Klasse IIa, Evidenzgrad C
für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

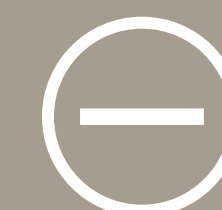
$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $< 30 \text{ mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIa, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



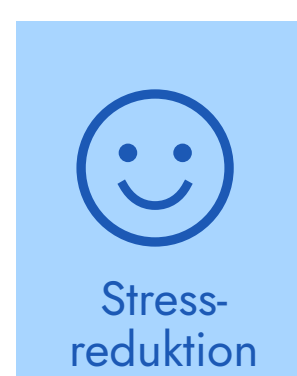
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion



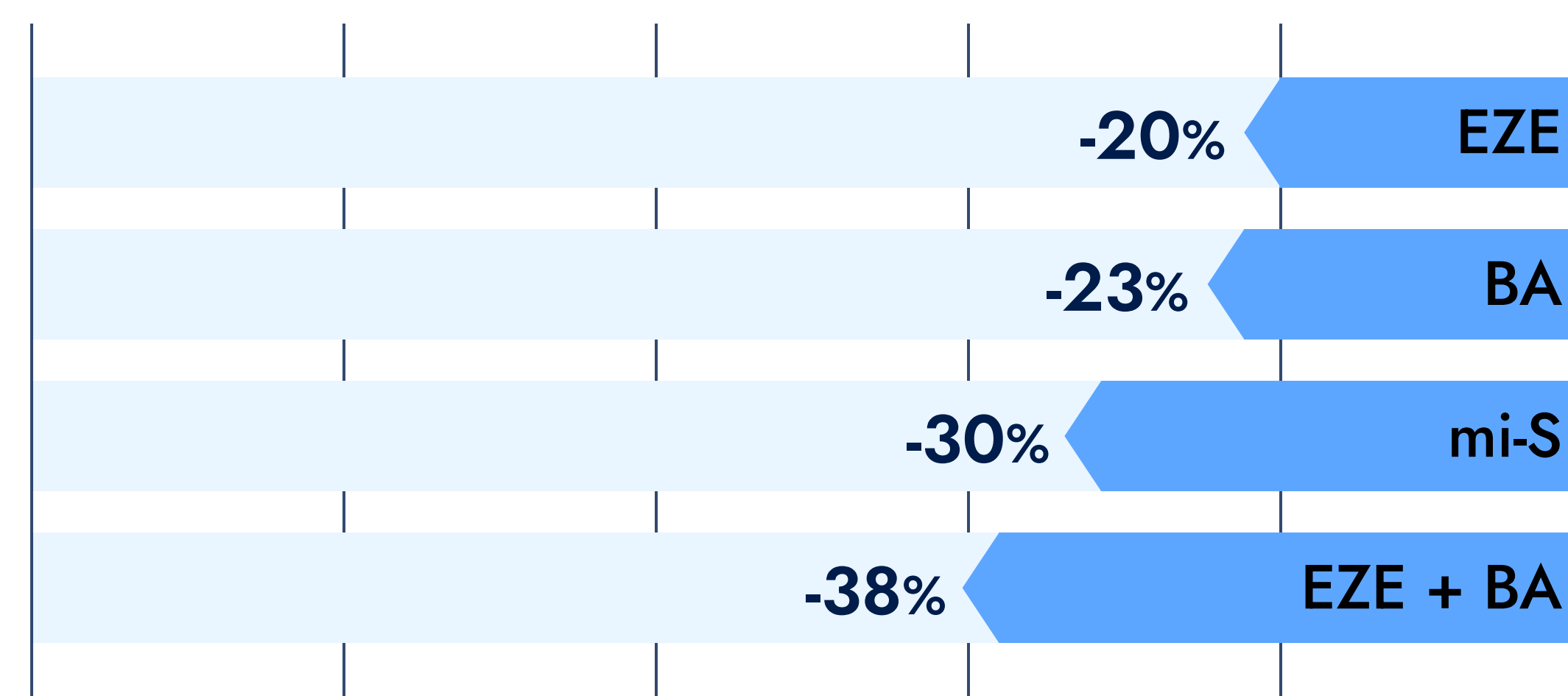
Stress-
reduktion



Schlafen

$1.4 - 1.8$

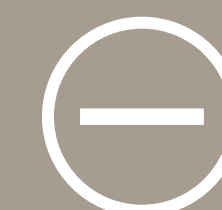
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIa, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

$1.8 - <2.6$

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



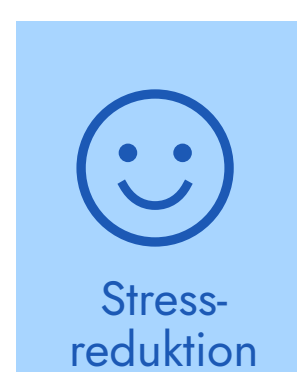
Körperliche
Betätigung



Raucher-
entwöhnung



Alkohol-
reduktion



Stress-
reduktion



Schlafen

~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

+

-50%

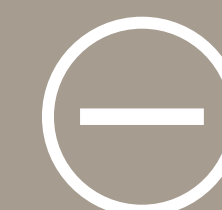
hi-S



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $< 30 \text{ mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIa, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



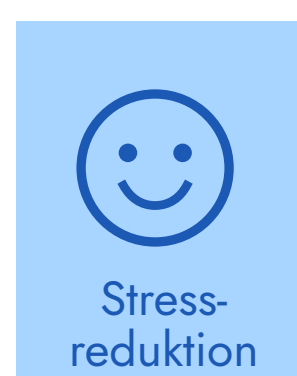
Körperliche
Betätigung



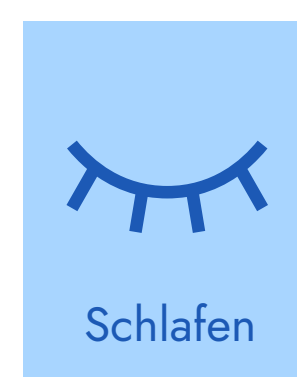
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion



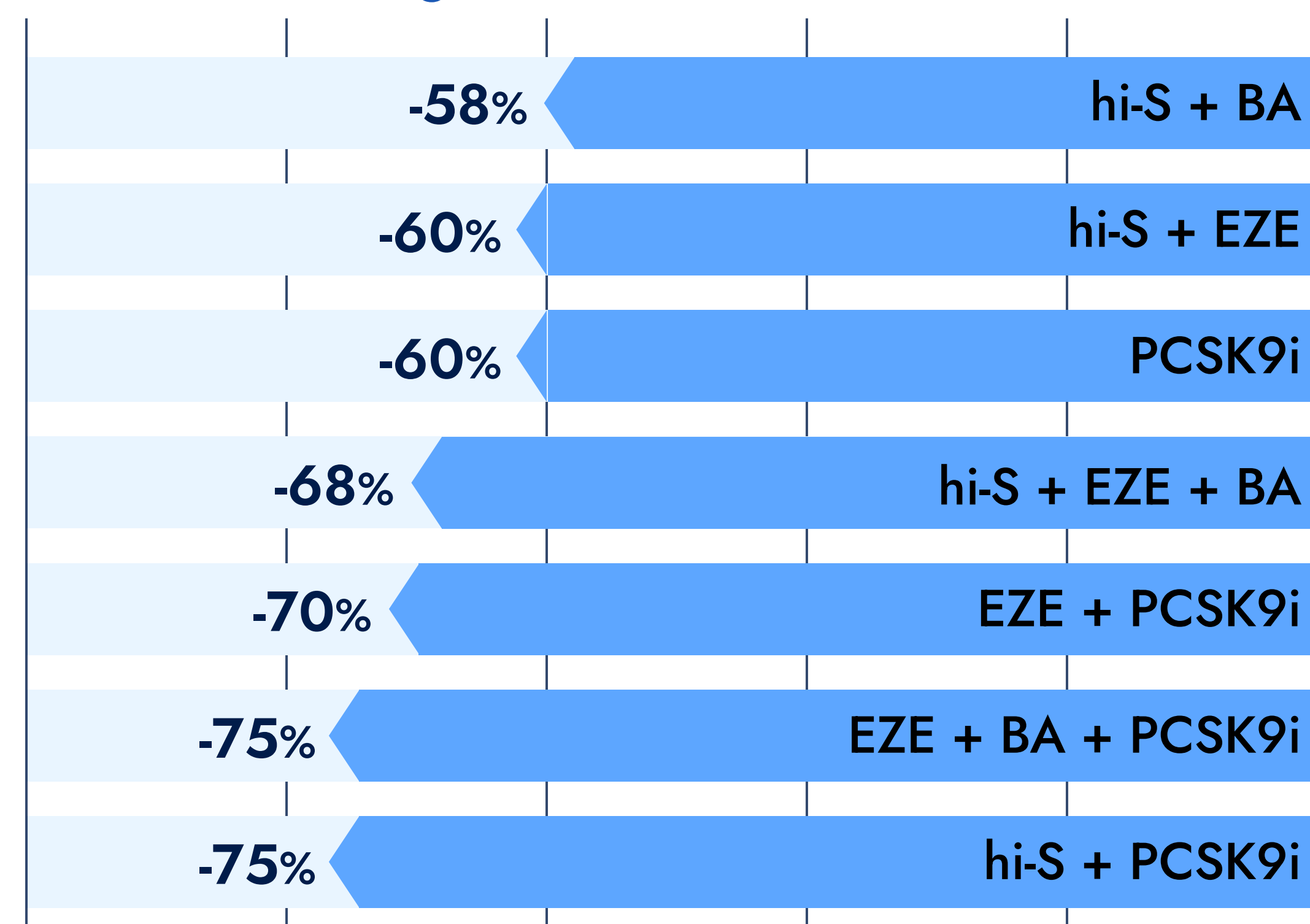
Stress-
reduktion



Schlafen

$> 50-72\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

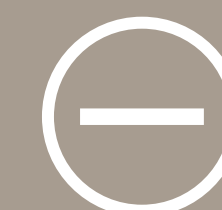
+



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $< 30 \text{ mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIa, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



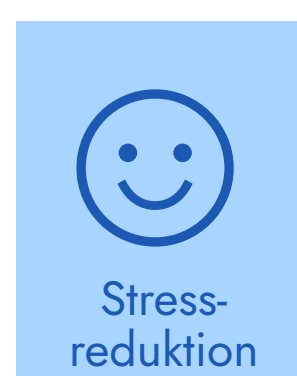
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

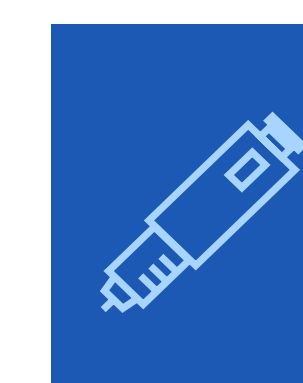
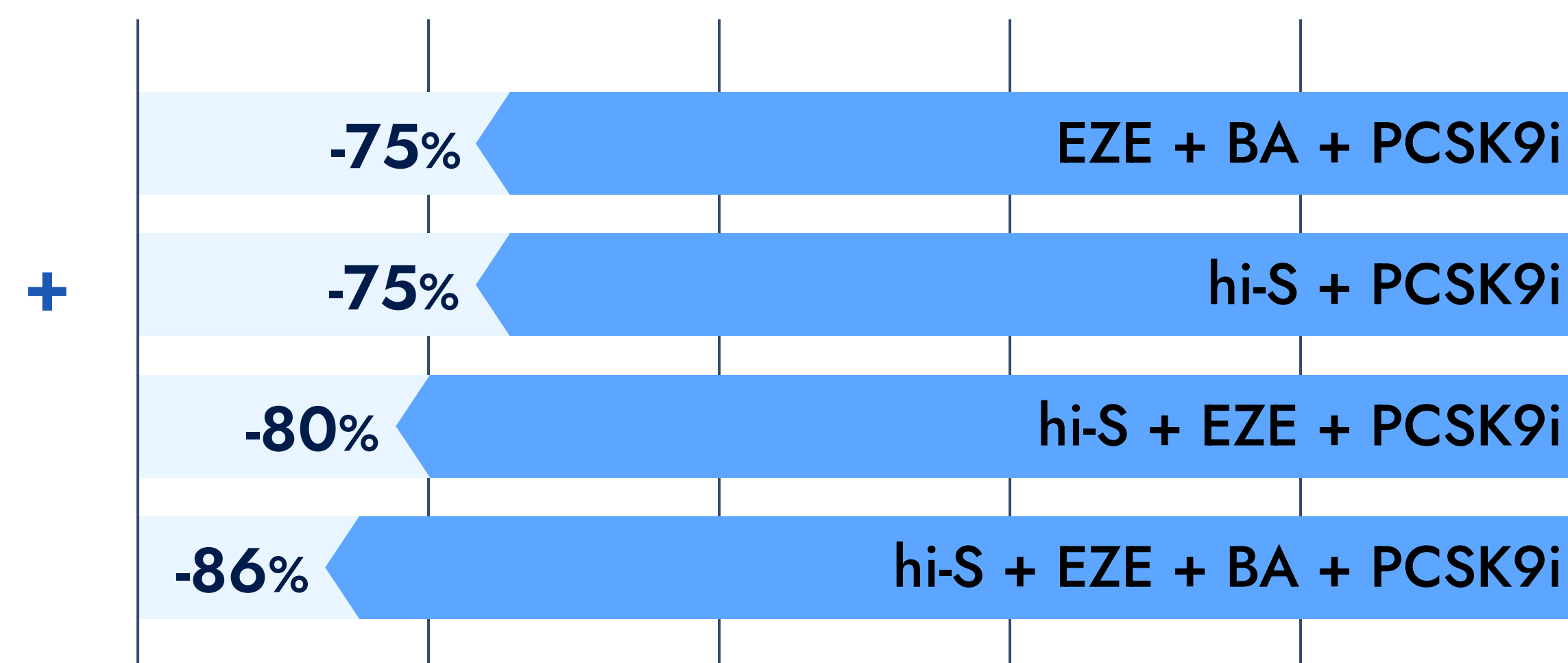


Stress-
reduktion



Schlafen

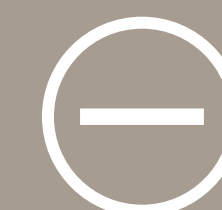
$> 72\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

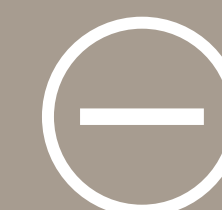
<2.6

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<2.6

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



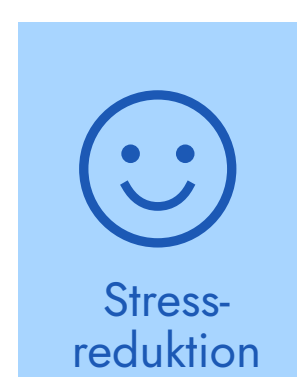
Körperliche
Betätigung



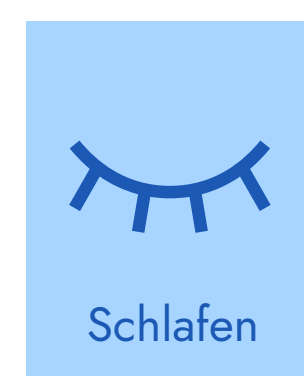
Raucher-
entwöhnung



Alkohol-
reduktion

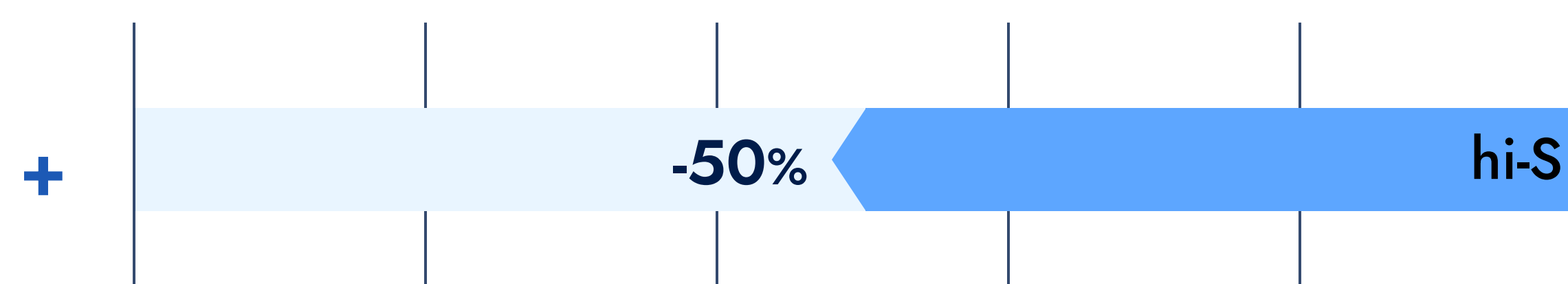


Stress-
reduktion



Schlafen

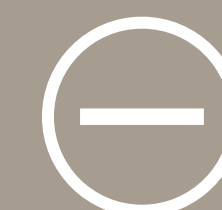
~ **50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs**



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<2.6

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



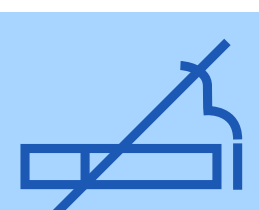
Diät



Gewichts-
reduktion



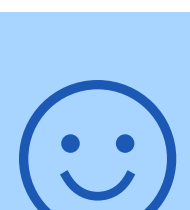
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



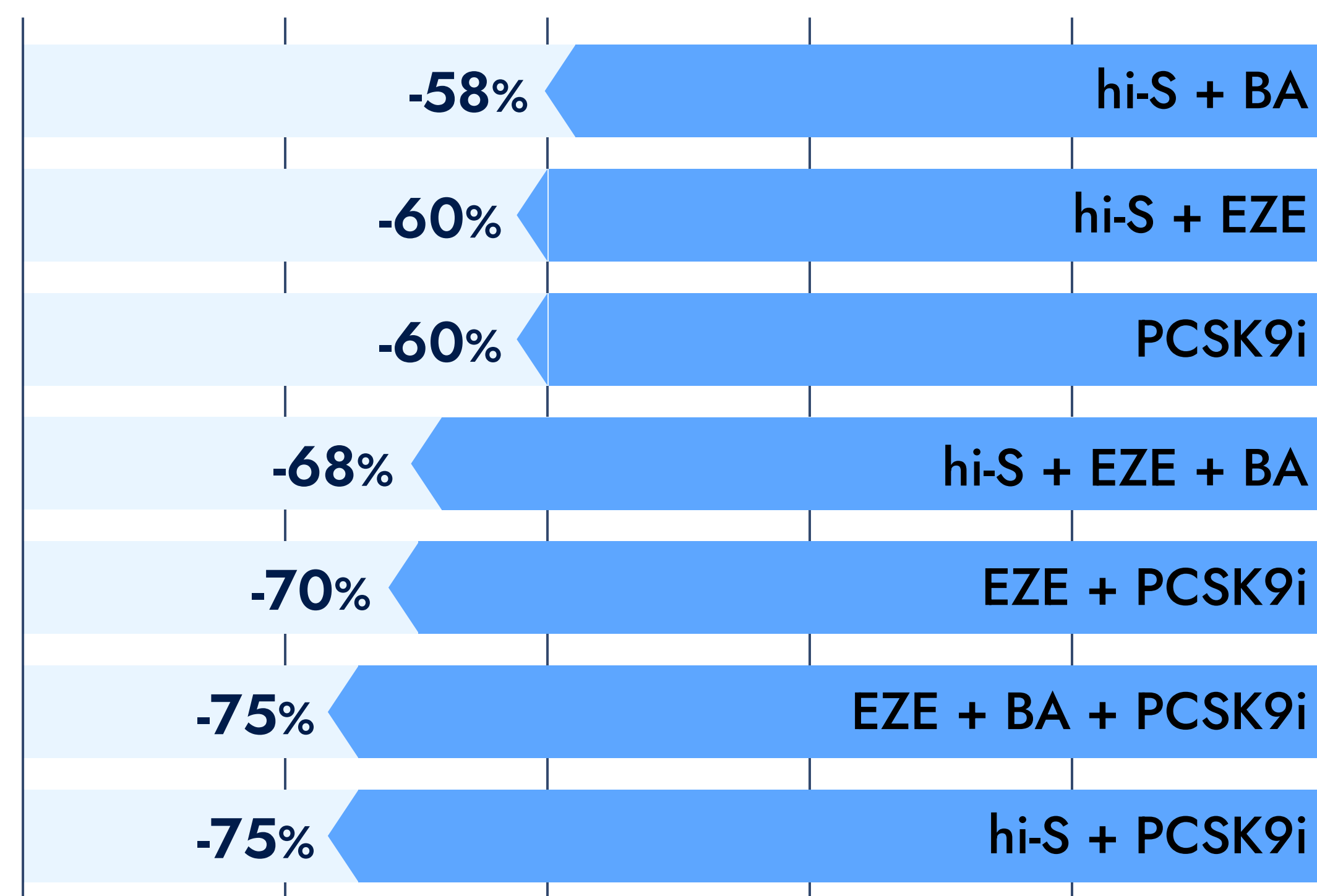
Stress-
reduktion



Schlafen

$>50-72\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

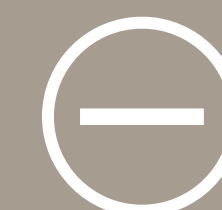
+



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<2.6

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



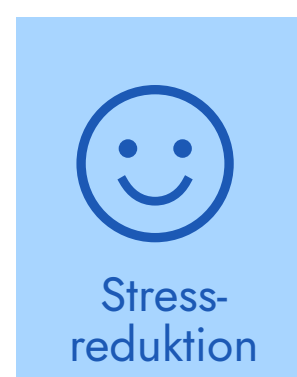
Körperliche
Betätigung



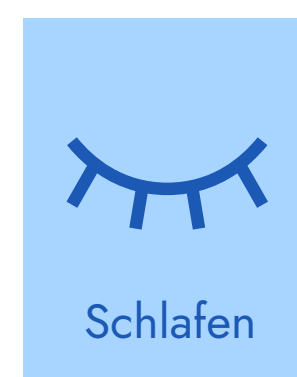
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

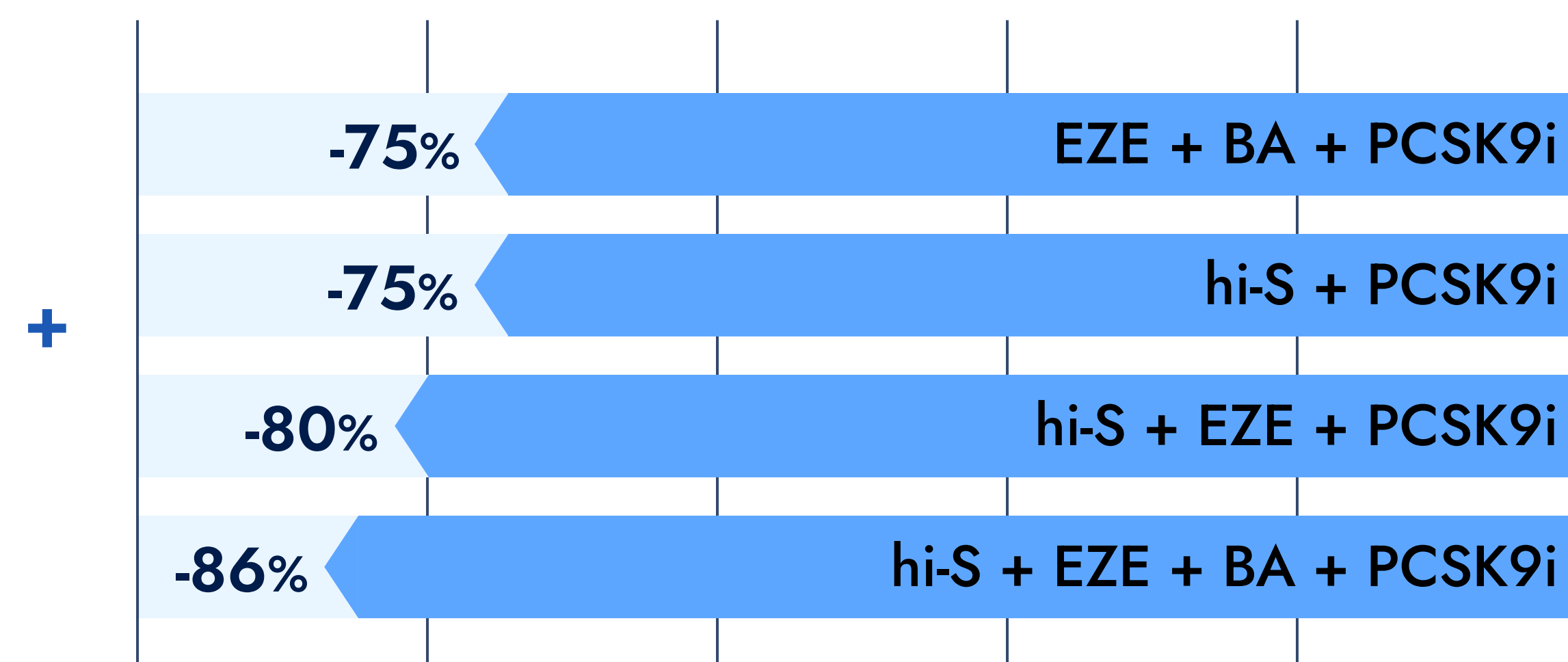


Stress-
reduktion



Schlafen

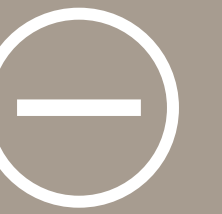
$>72\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

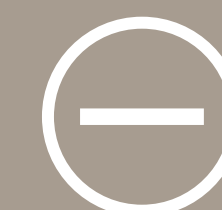
1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



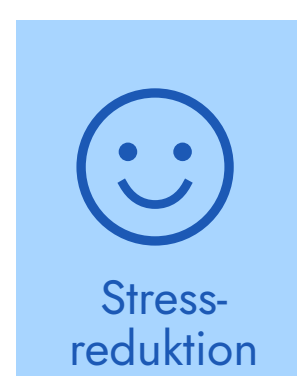
Körperliche
Betätigung



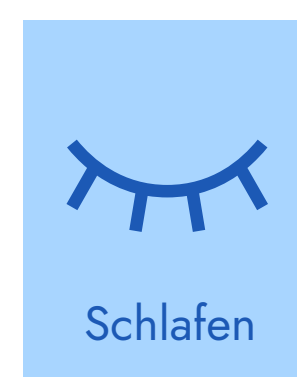
Rauchen-
töhnung



Alkohol-
reduktion

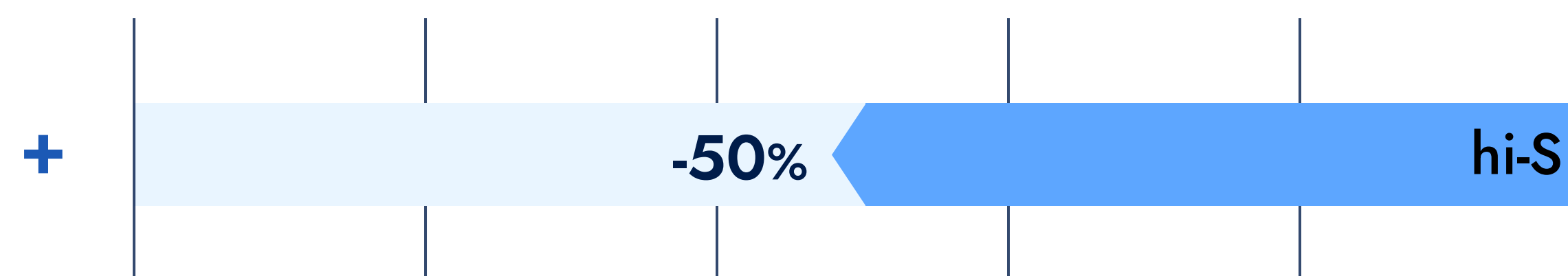


Stress-
reduktion



Schlafen

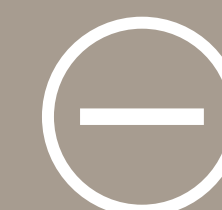
~ 50 % Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie

- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



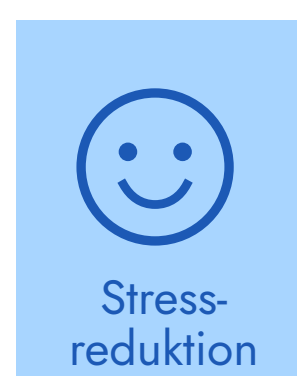
Körperliche
Betätigung



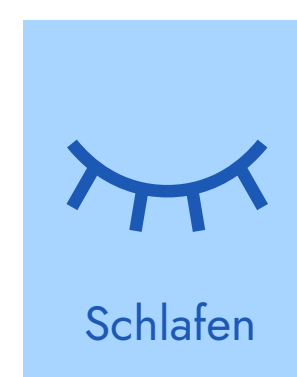
Rauchen-
töschung



Alkohol-
reduktion

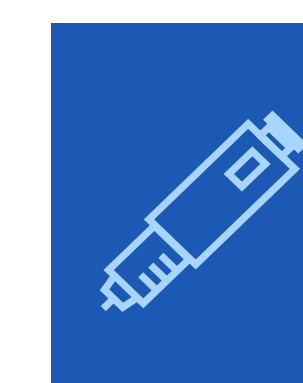
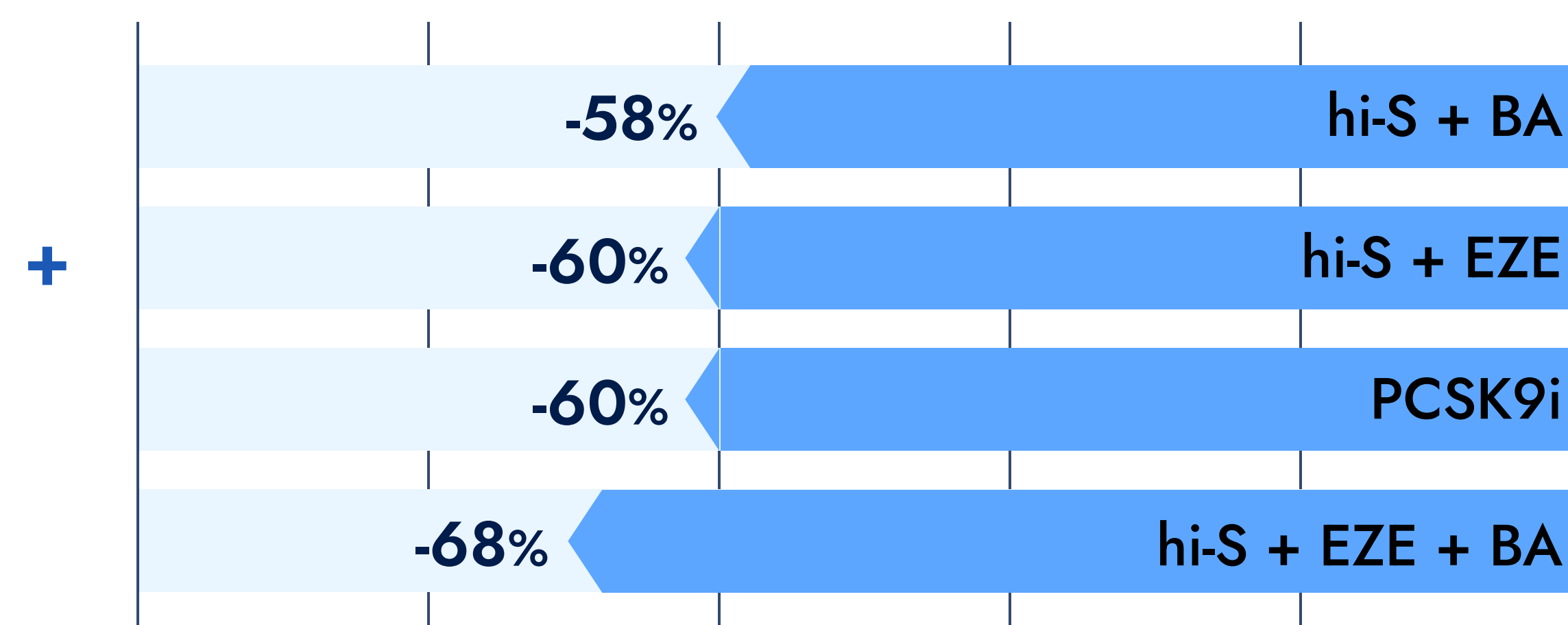


Stress-
reduktion



Schlafen

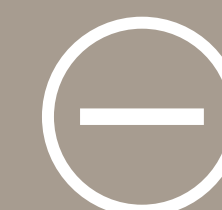
>50-65% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



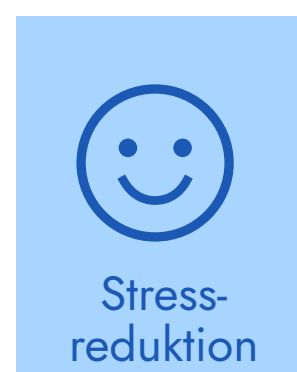
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

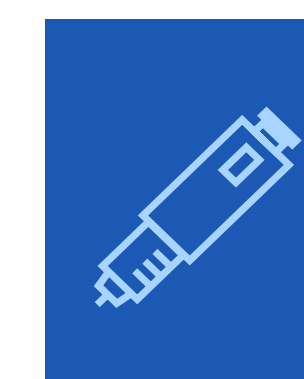
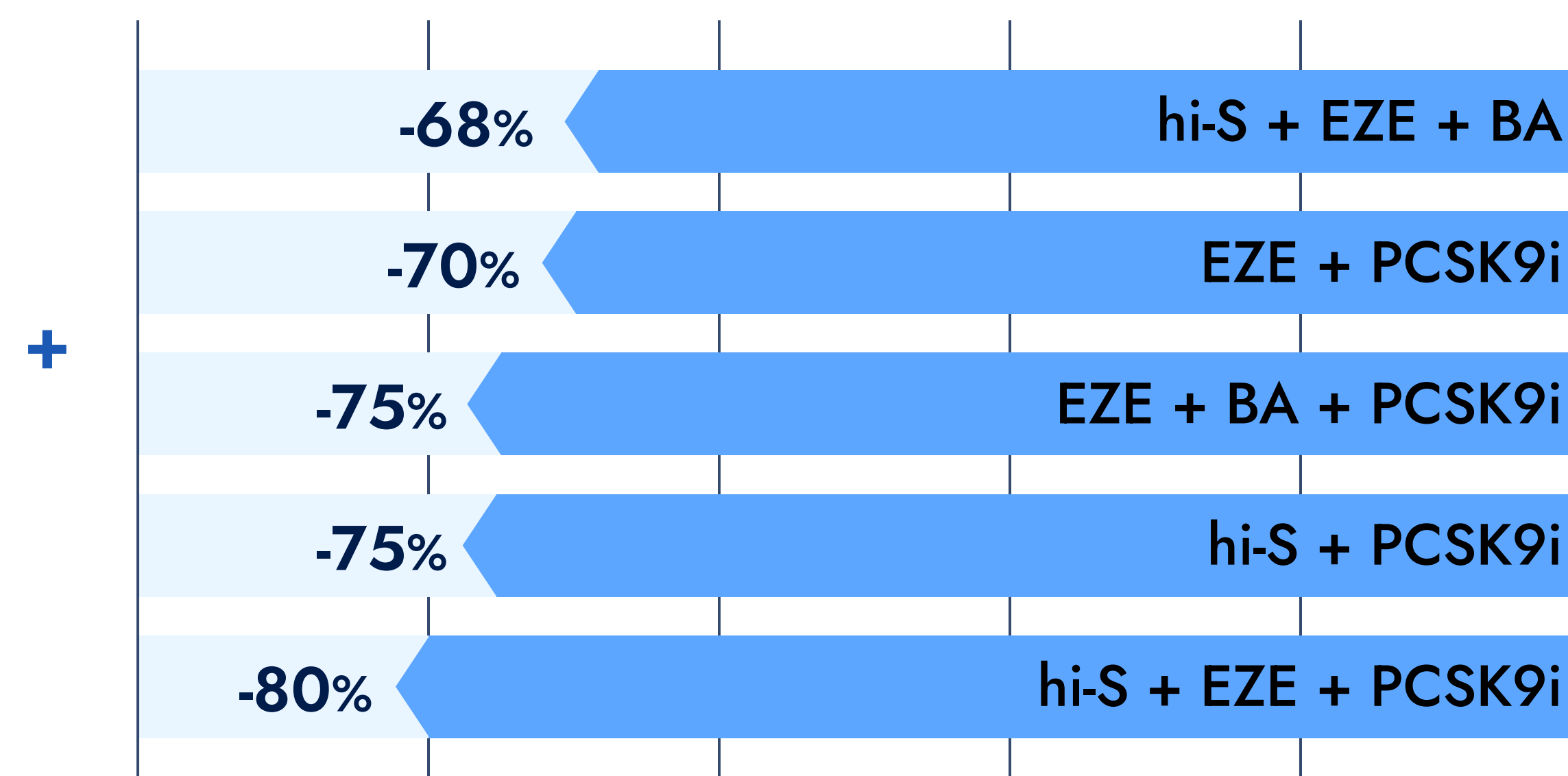


Stress-
reduktion



Schlafen

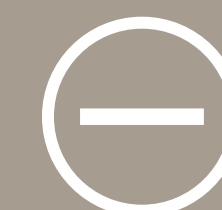
>65-79% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



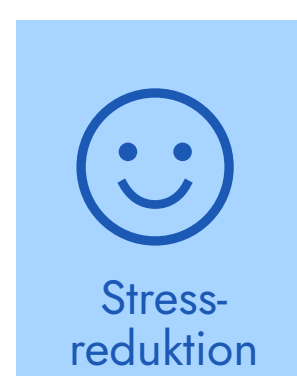
Körperliche
Betätigung



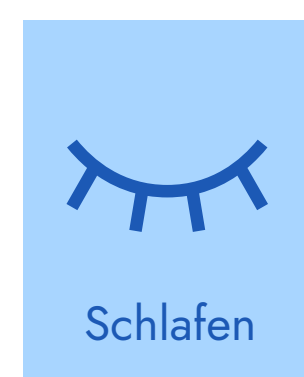
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

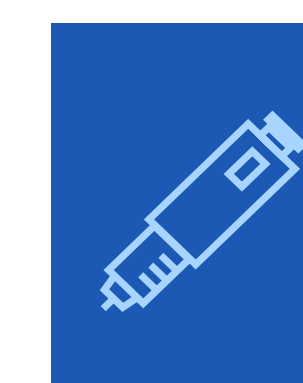
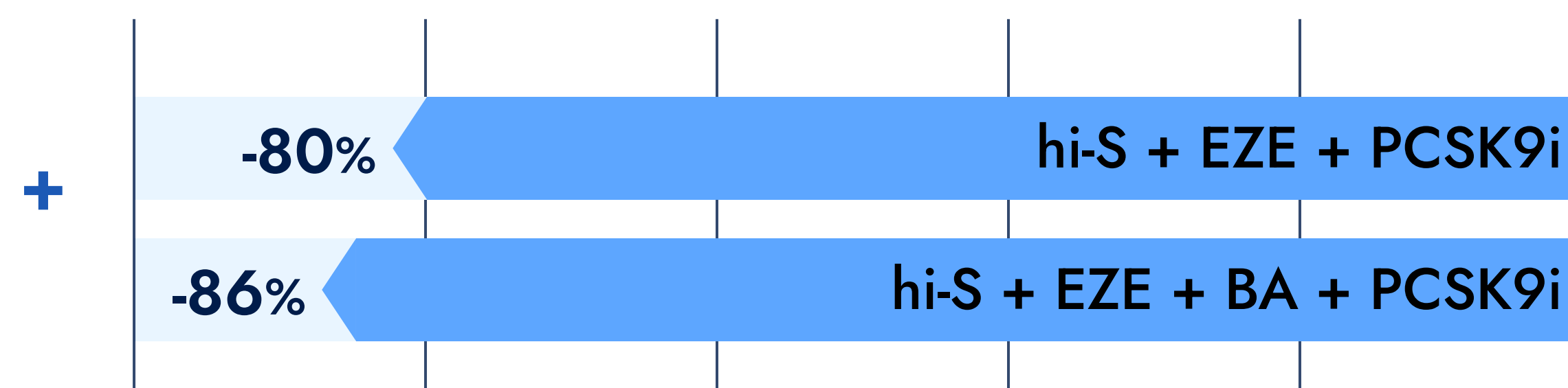


Stress-
reduktion



Schlafen

>79% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

Referenzziele für LDL-C-WERTE

C

A

R

I

N

G

+

REFERENZZIELE FÜR LDL-C-WERTE ABHÄNGIG VON DER RISIKOKATEGORIE

RISIKO-
KATEGORIE

NIEDRIGES

MÄSSIGES

HOHES

SEHR
HOHES

EXTREM
HOHES

Primär-
prävention

Sekundär-
prävention

REFERENZZIELE

mmol/L mg/dL

<116

<100

<70

<55

<40

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Klasse I, Evidenzgrad A

Klasse I, Evidenzgrad A*

Klasse IIb, Evidenzgrad B

und $\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert



*Im Falle der Primärprävention: Klasse I, Evidenzgrad C; Klasse IIa, Evidenzgrad C für Patient*innen mit FH.
LDL-C: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin; Abbildung basiert auf Informationen aus Mach F et al., EHJ 2025;46:4359–78.

Interventionsstrategien²

mmol/L

mg/dL

Lebensstilanpassungen



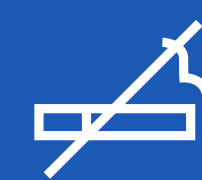
Diät



Gewichtsreduktion



Körperliche
Betätigung



Raucherentwöhnung



Alkoholreduktion



Stressreduktion



Schlafen

**NIEDRIGES
RISIKO**



**MÄSSIGES
RISIKO**



**HOHES
RISIKO**



**SEHR HOHES
RISIKO**



**SEHR HOHES
RISIKO**



**EXTREM
HOHES RISIKO**



Primärprävention

Sekundärprävention

Unabhängig vom
LDL-Cholesterinwert

Unabhängig vom
LDL-Cholesterinwert

<116

<100

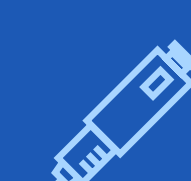
<70

116 - <190

100 - <190

70 - <100

<70



≥190

≥190

≥100

≥70

Verweis auf die Strategie für hohes oder sehr hohes
Risiko gemäß SCORE2/SCORE2-OP



Aktuelle LDL-Cholesterinwerte
des Patient*innen

Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

Direkte medikamentöse Behandlung



LDL-c: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin. Abbildung basiert auf Informationen aus Mach F et al., EHJ 2025;46:4359–78.

C

A

R

I

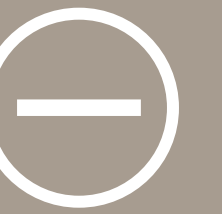
N

G

+

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<116

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

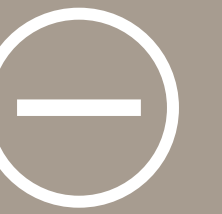
<116

116 - <190

≥190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<116

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



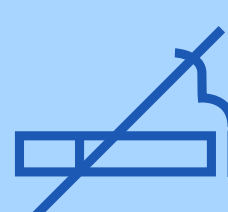
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



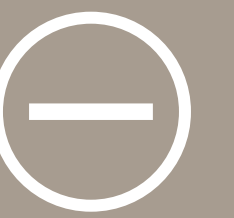
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL

**C**(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos**NIEDRIGES
RISIKO****R**eferenz-LDL-C-Zielwerte

<116

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<116

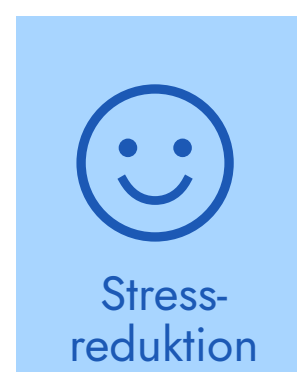
116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen

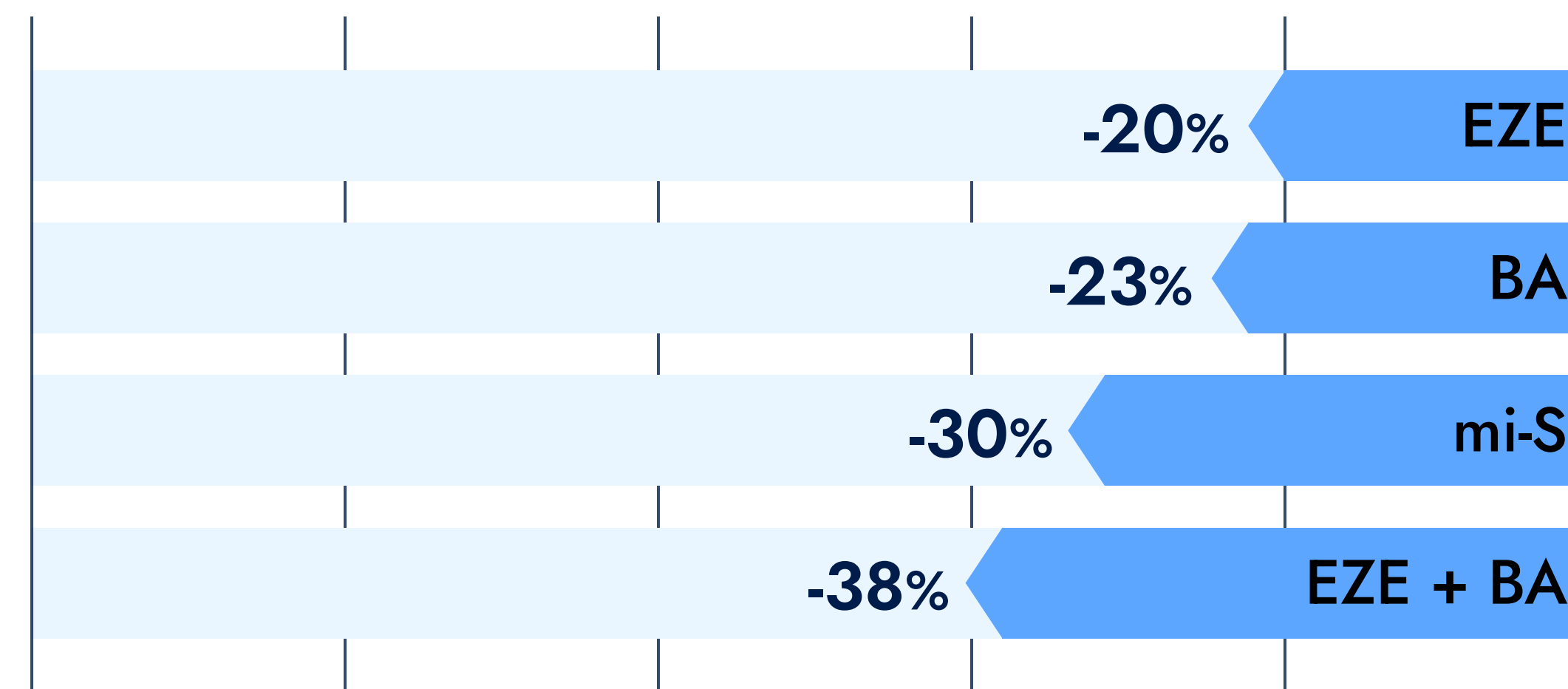


Diät

Gewichts-
reduktionKörperliche
BetätigungRaucheren-
töhnungAlkohol-
reduktionStress-
reduktion

Schlafen

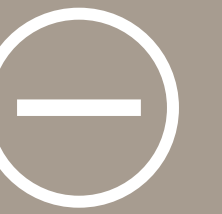
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<116

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<116

116 - <190

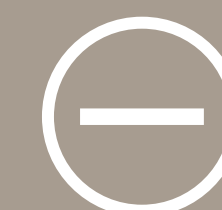
≥190

Lebensstil anpassen

**Orientierung an
Hoch-/ Sehr-
Hochrisiko-Strategie
gemäß SCORE2/
SCORE2-OP**

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

· **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

· Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 100

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

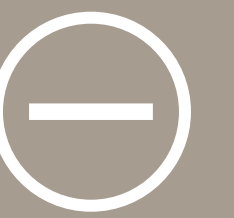
< 100

$100 - < 190$

≥ 190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

• **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

• Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 100

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 100

$100 - < 190$

≥ 190

Lebensstil anpassen



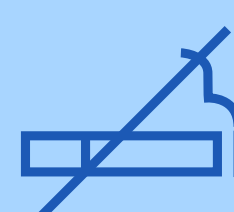
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



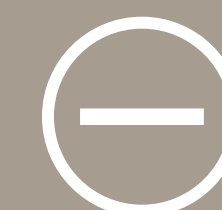
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

• **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

• Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 100

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 100

$100 - < 190$

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



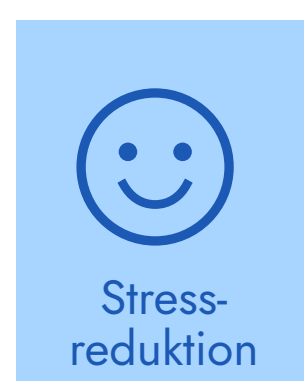
Körperliche
Betätigung



Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion

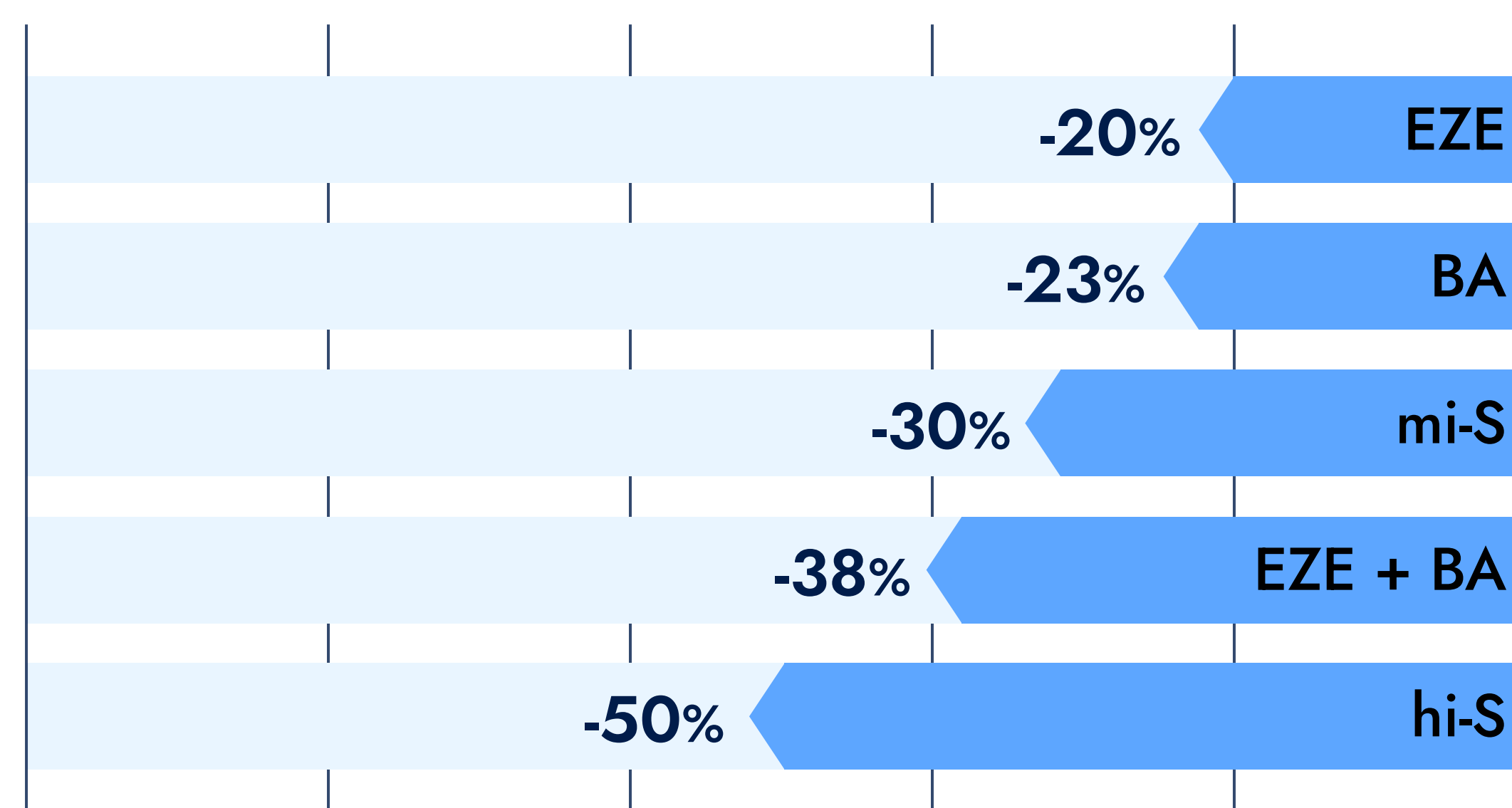


Stress-
reduktion



Schlafen

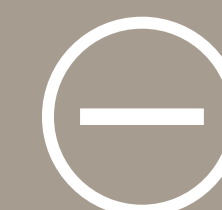
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

· **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

· Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 100

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 100

$100 - < 190$

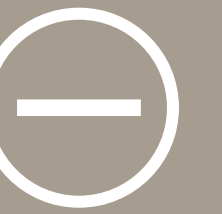
≥ 190

Lebensstil anpassen

**Orientierung an
Hoch-/ Sehr-
Hochrisiko-Strategie
gemäß SCORE2/
SCORE2-OP**

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

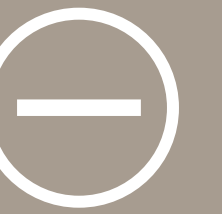
100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

Lebensstil anpassen



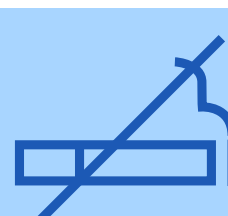
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Rauchen-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



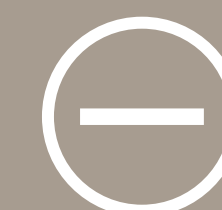
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



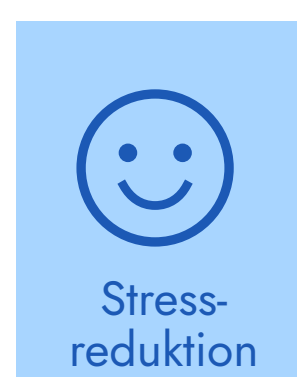
Körperliche
Betätigung



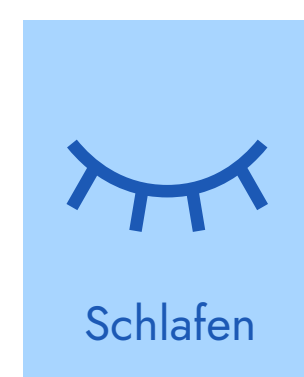
Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion

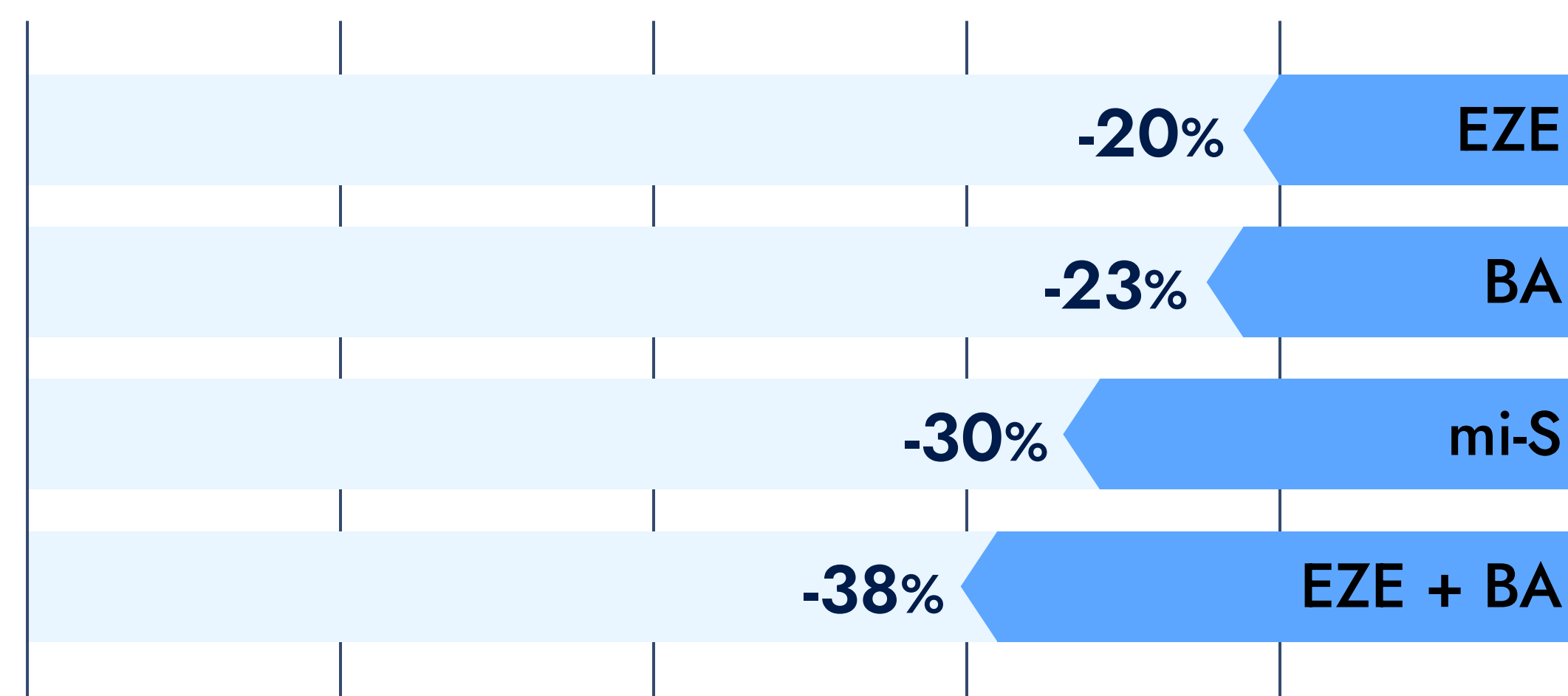


Stress-
reduktion



Schlafen

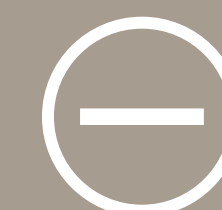
+



Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



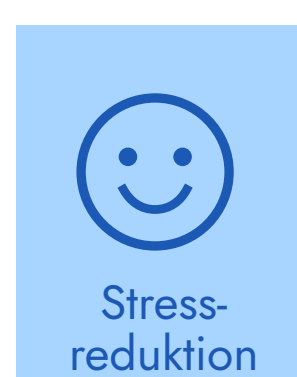
Körperliche
Betätigung



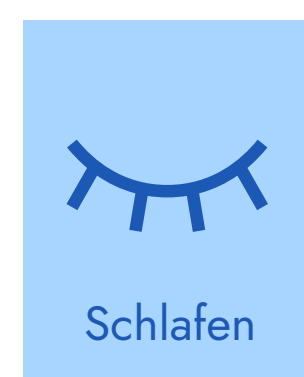
Rauchen-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion

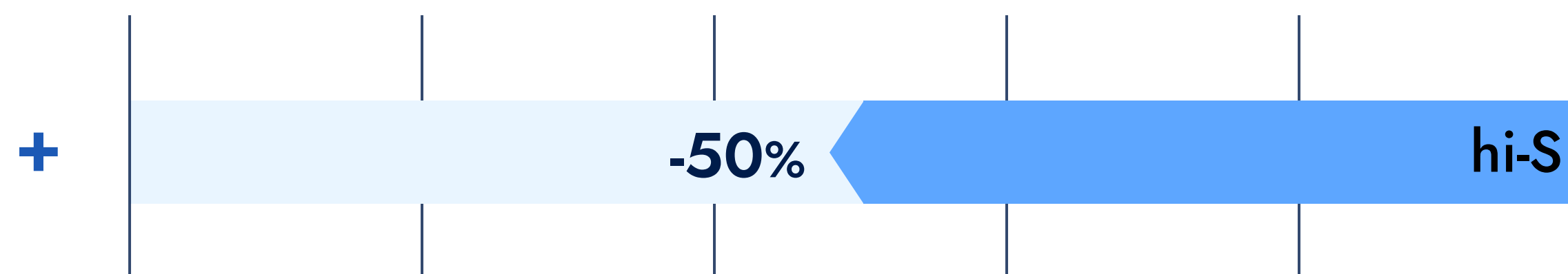


Stress-
reduktion



Schlafen

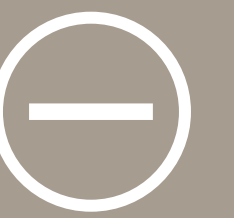
~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190



Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



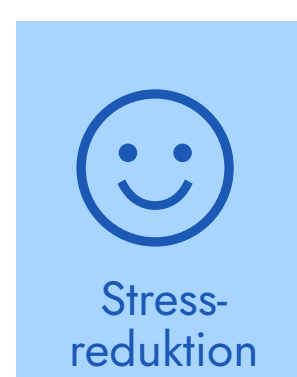
Körperliche
Betätigung



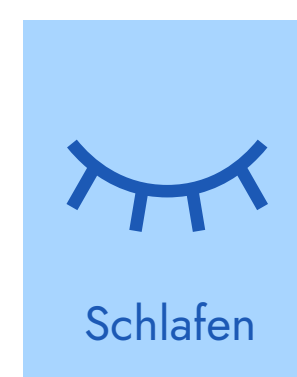
Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion



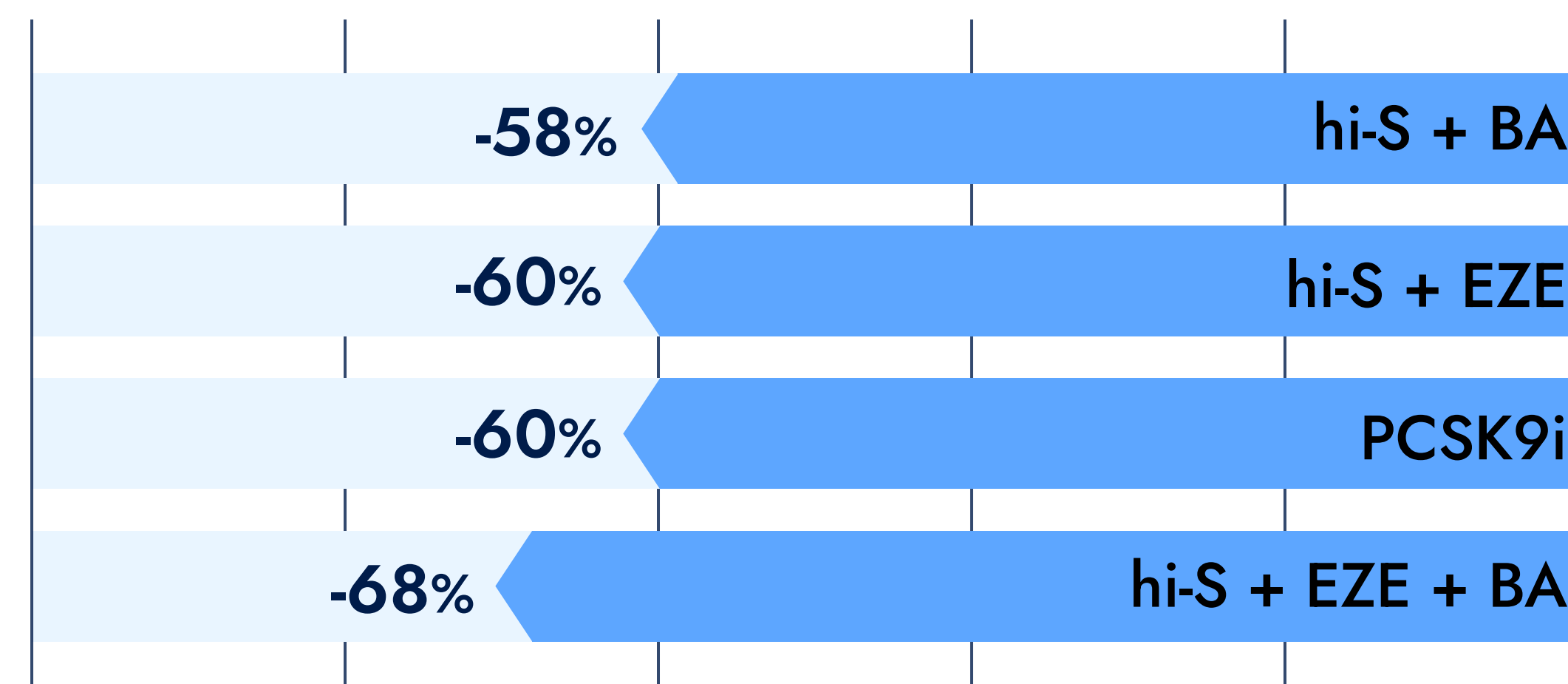
Stress-
reduktion



Schlafen

$> 50\text{--}63\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

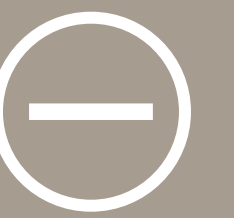
+



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



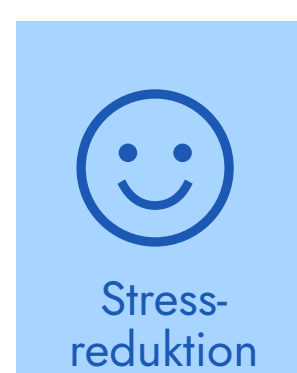
Körperliche
Betätigung



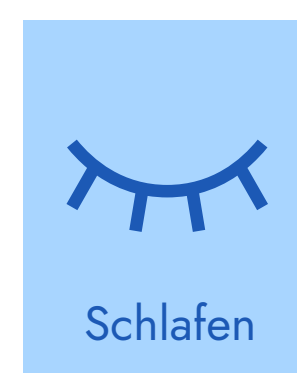
Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion

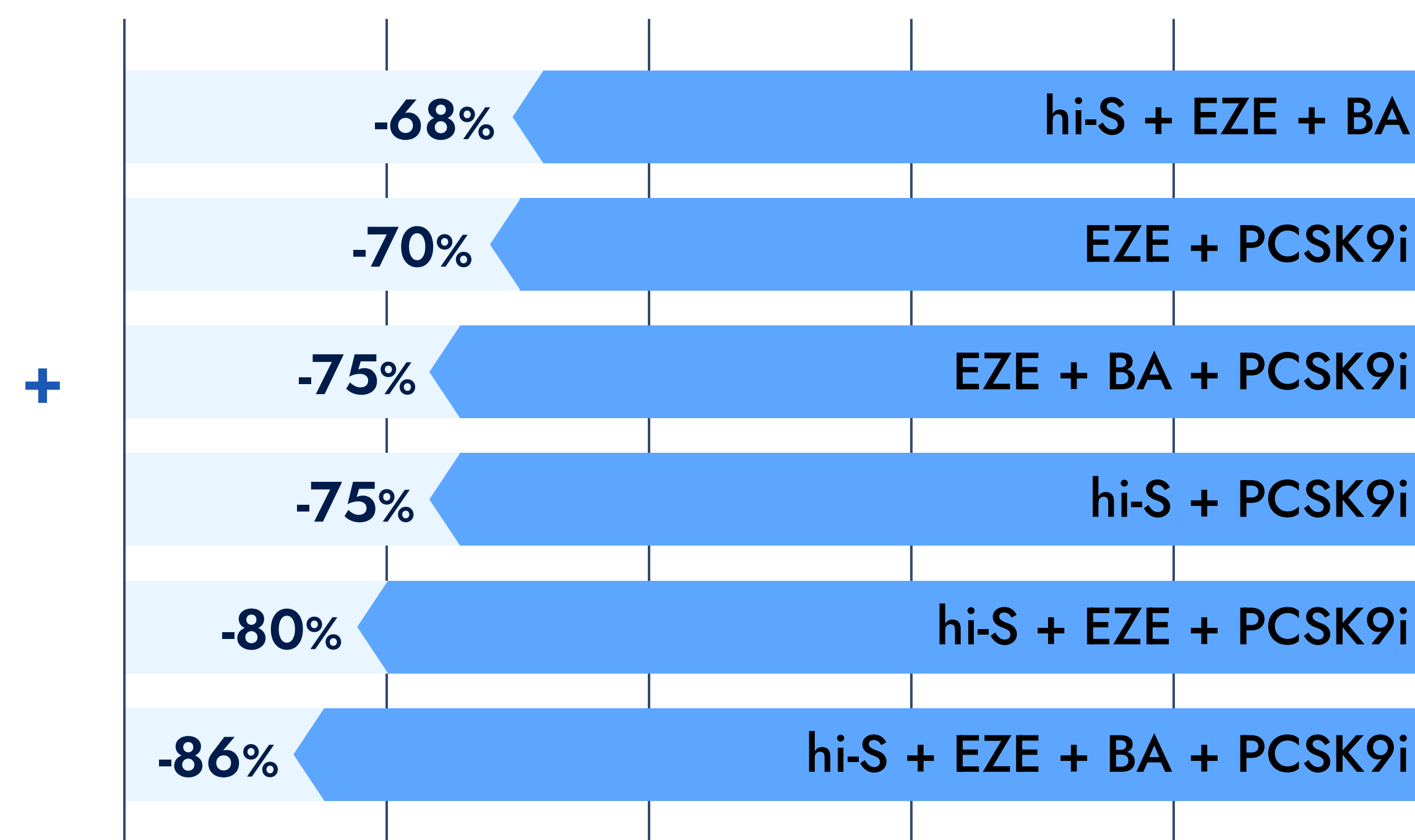


Stress-
reduktion



Schlafen

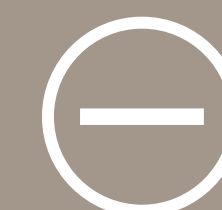
$> 63\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

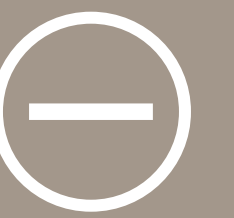
$70 - <100$

$100 - <190$

≥ 190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <100

100 - <190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



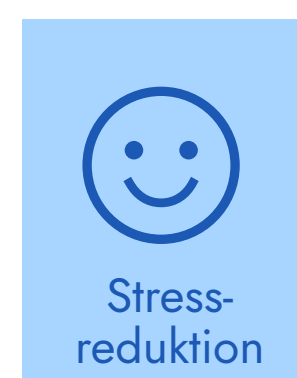
Körperliche
Betätigung



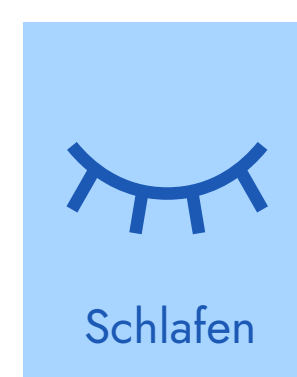
Raucher-
entwöhnung



Alkohol-
reduktion

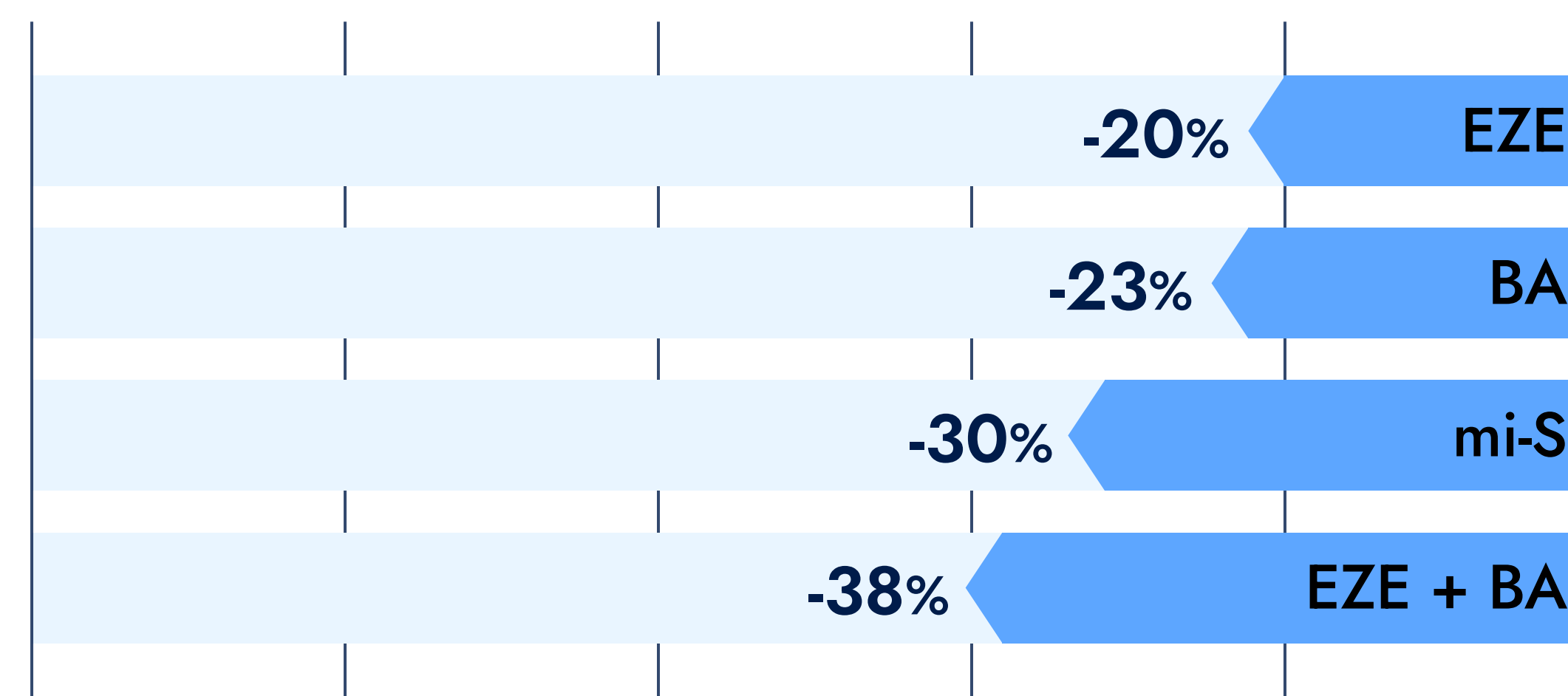


Stress-
reduktion



Schlafen

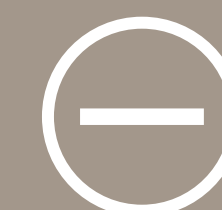
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

$70 - <100$

$100 - <190$

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



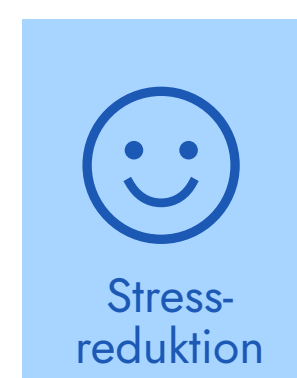
Körperliche
Betätigung



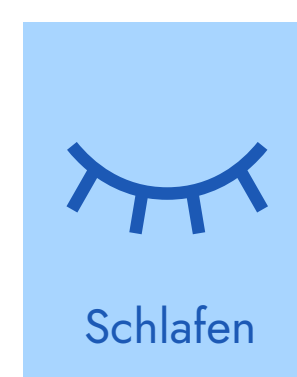
Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



Stress-
reduktion



Schlafen

~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

+

-50%

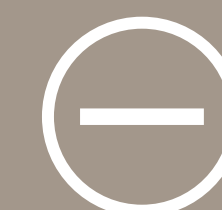
hi-S



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

$70 - <100$

$100 - <190$

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



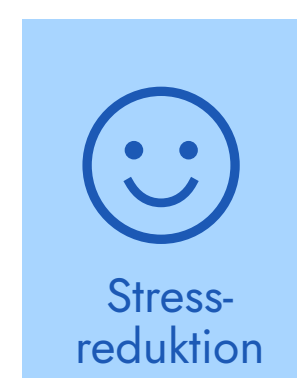
Körperliche
Betätigung



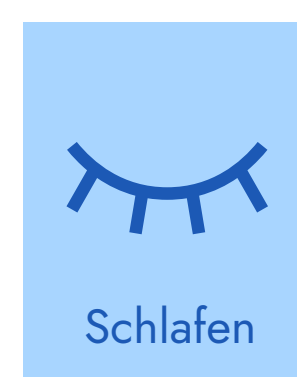
Rauchen-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



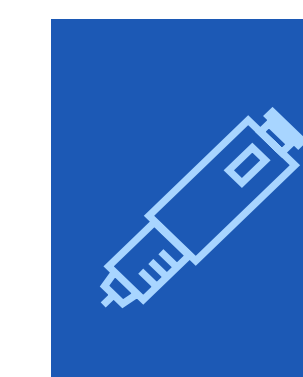
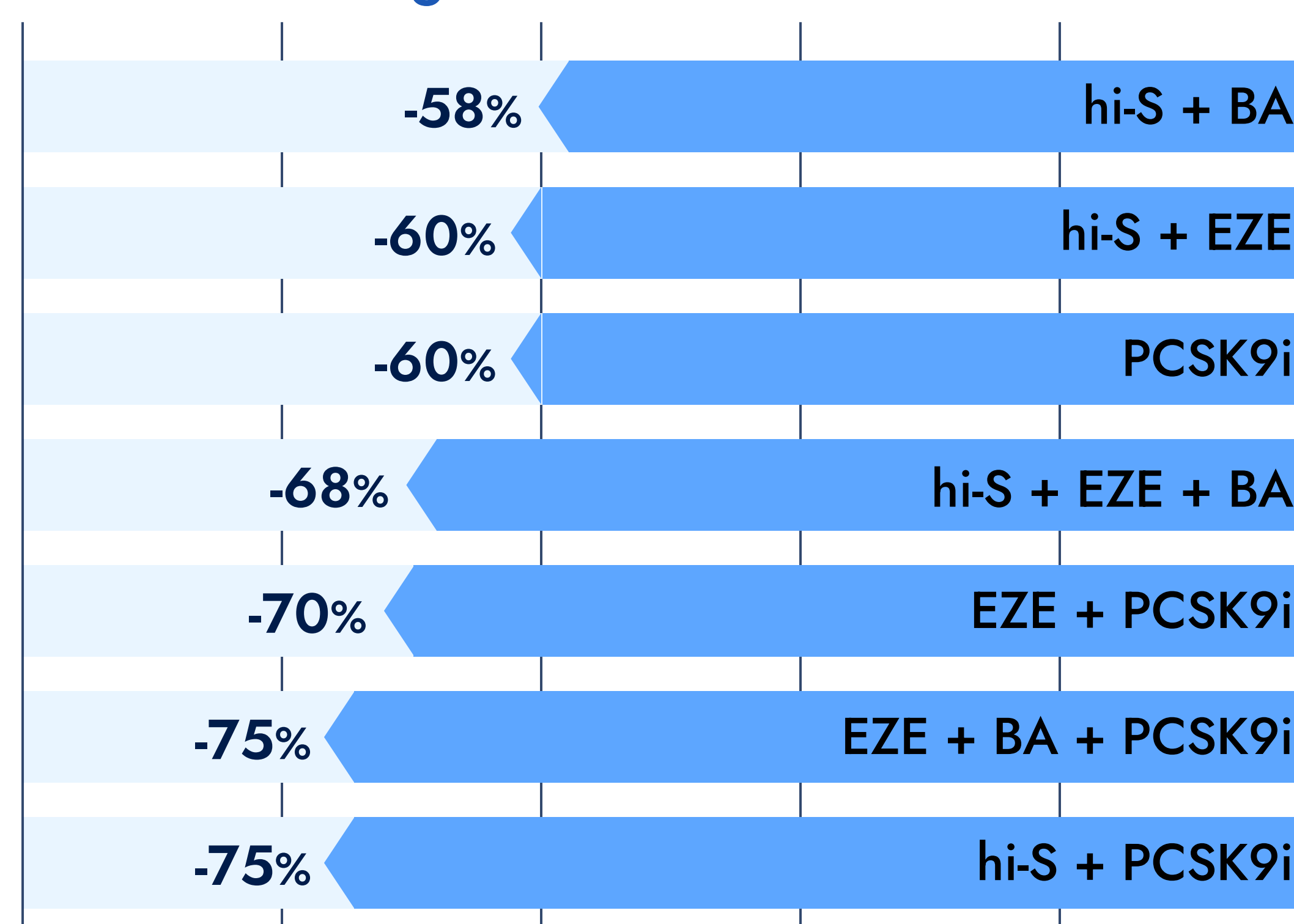
Stress-
reduktion



Schlafen

$>50-72\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

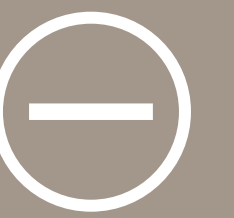
+



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**
Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55 **$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert***Klasse I, Evidenzgrad C**für Patienten mit FH*

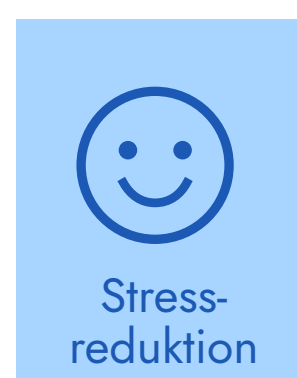
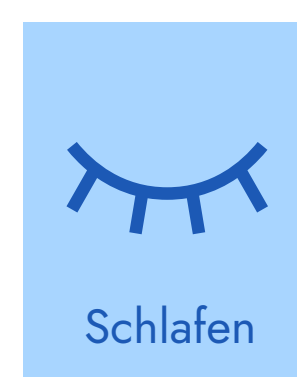
Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70**70 - <100****100 - <190** **≥ 190**

Lebensstil anpassen



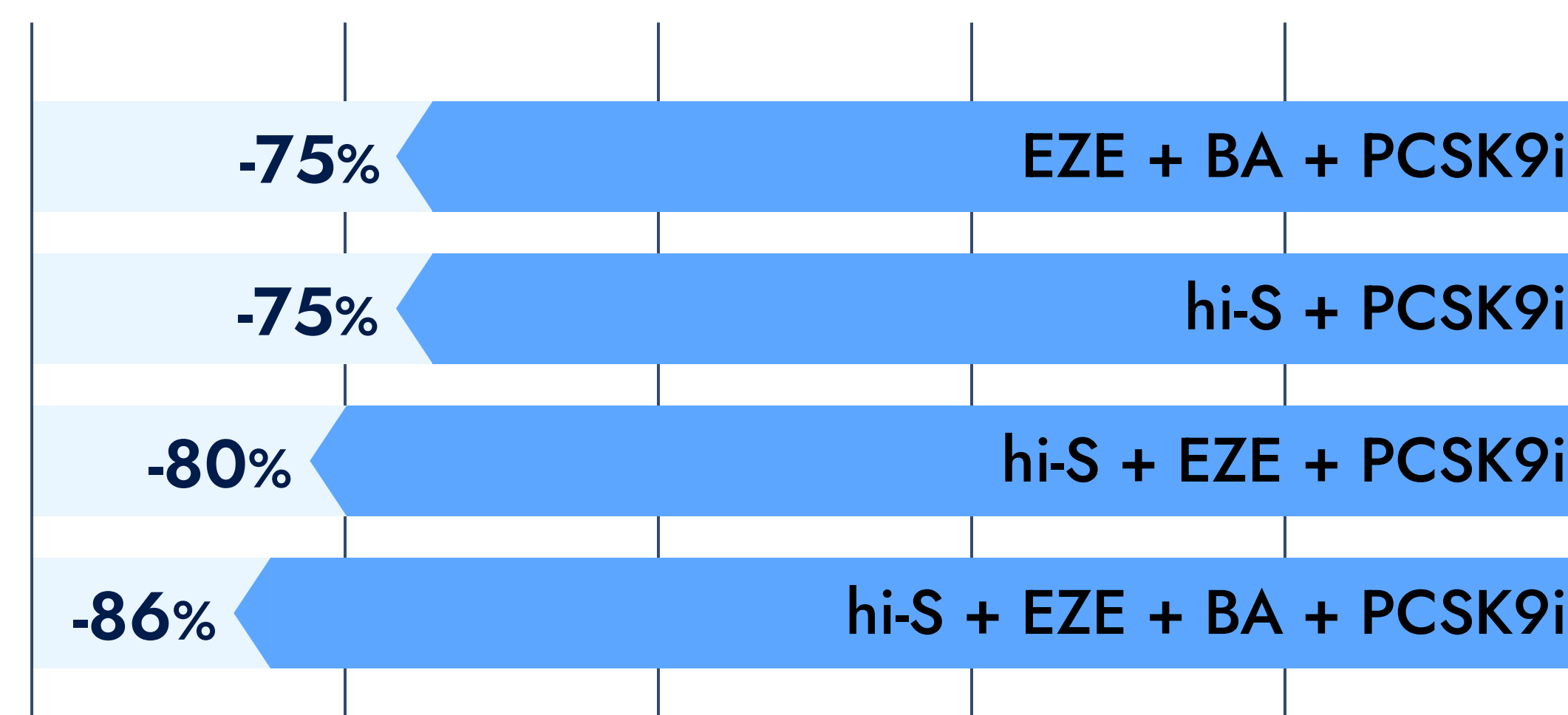
Diät

Gewichts-
reduktionKörperliche
BetätigungRaucheren-
töhnungAlkohol-
reduktionStress-
reduktion

Schlafen

>72% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

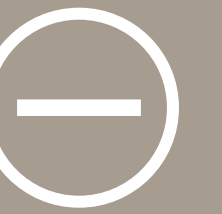
+



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

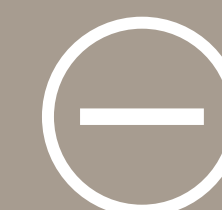
<100

$100 - <190$

≥ 190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<100

100 - <190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



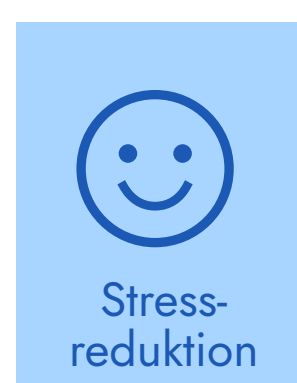
Körperliche
Betätigung



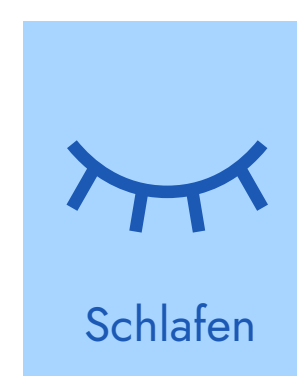
Rauchen-
töhnung



Alkohol-
reduktion



Stress-
reduktion



Schlafen

~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

+

-50%

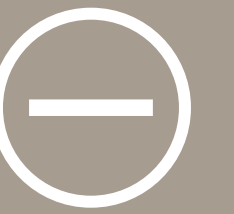
hi-S



Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<100

100 - <190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



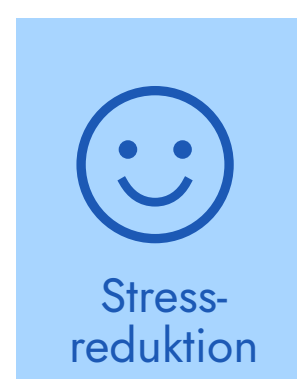
Körperliche
Betätigung



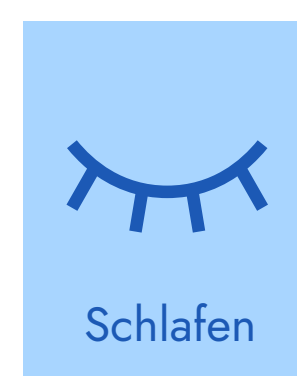
Rauchen-
twöhnung



Alkohol-
reduktion



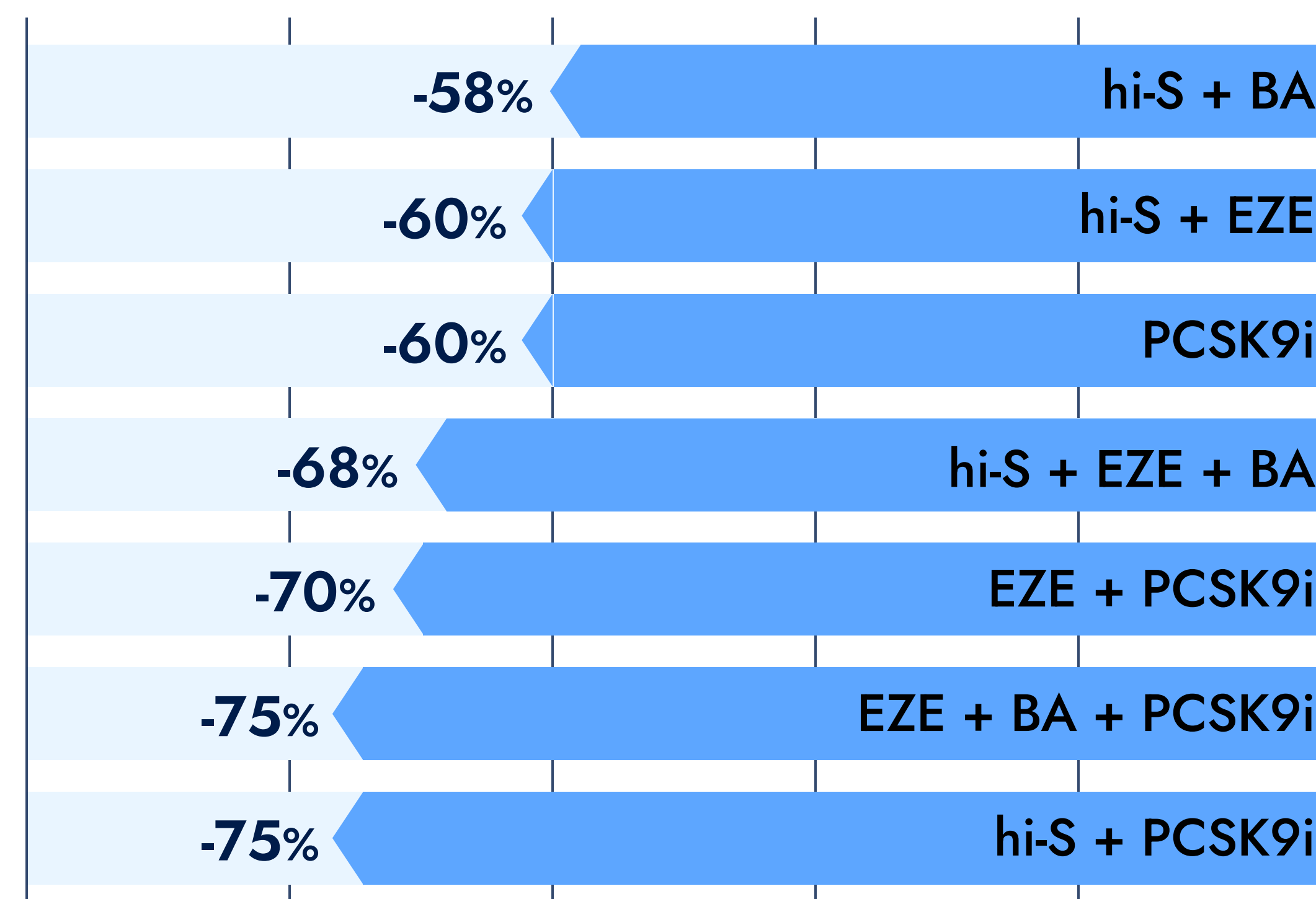
Stress-
reduktion



Schlafen

>50-72% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

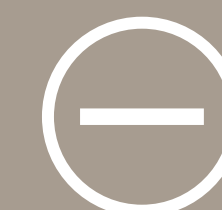
+



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<100

100 - <190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



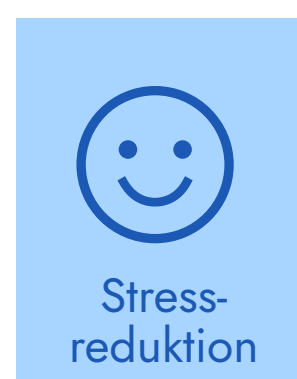
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
twöhnung



Alkohol-
reduktion

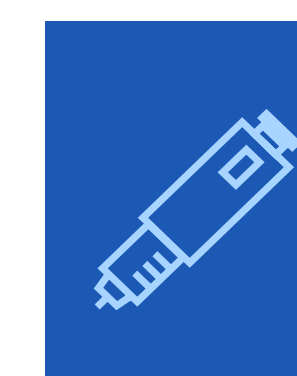
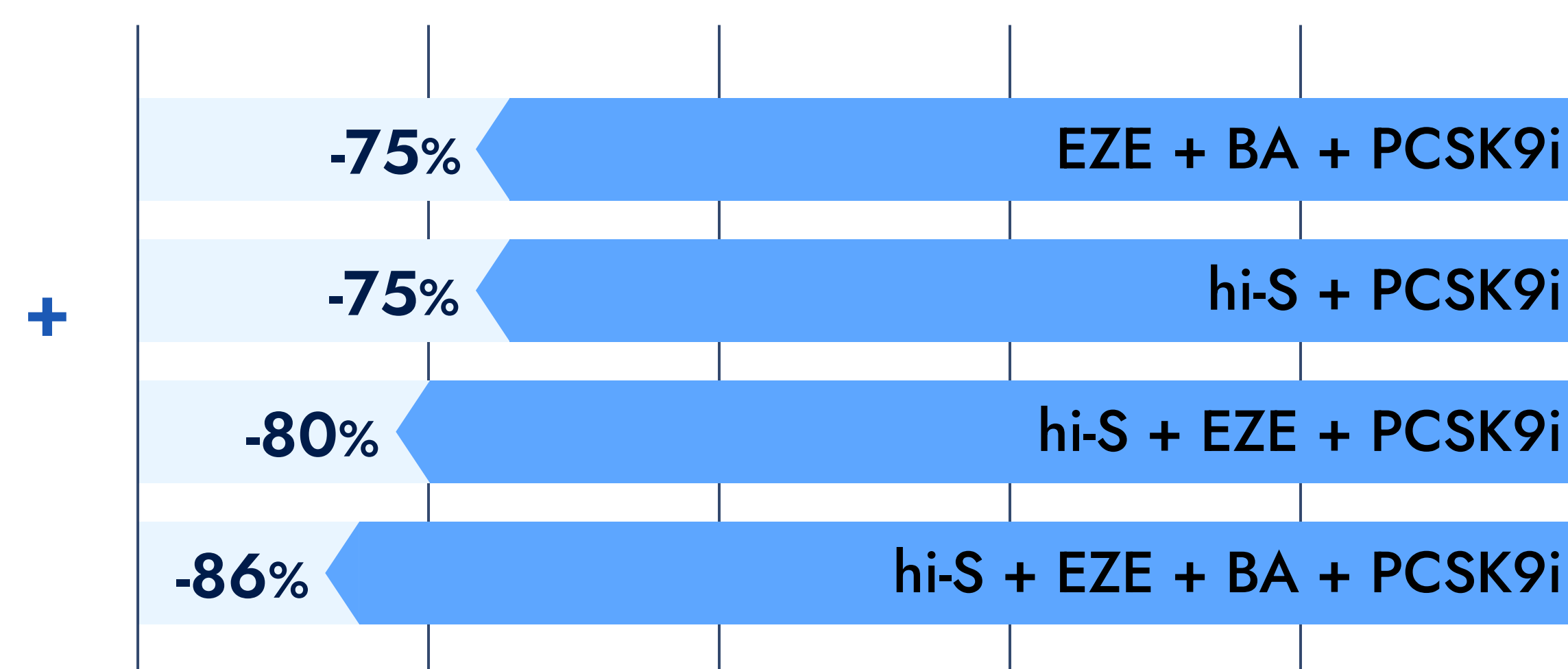


Stress-
reduktion



Schlafen

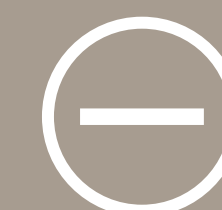
>72% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

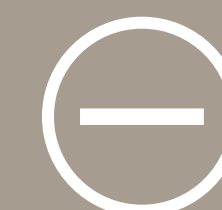
70 - <116

116 - <190

≥190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



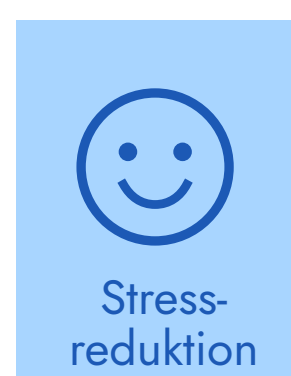
Körperliche
Betätigung



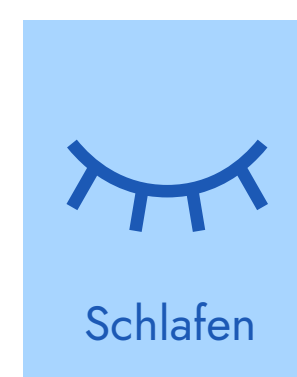
Raucher-
entwöhnung



Alkohol-
reduktion

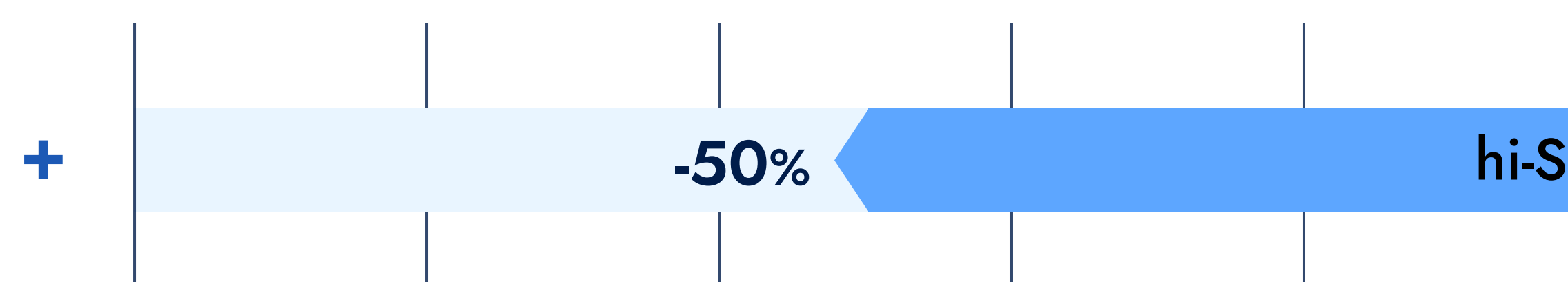


Stress-
reduktion



Schlafen

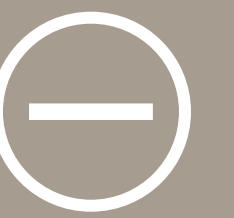
~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



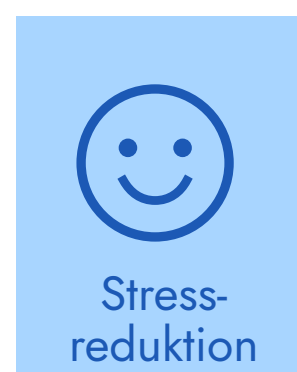
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
töschung



Alkohol-
reduktion

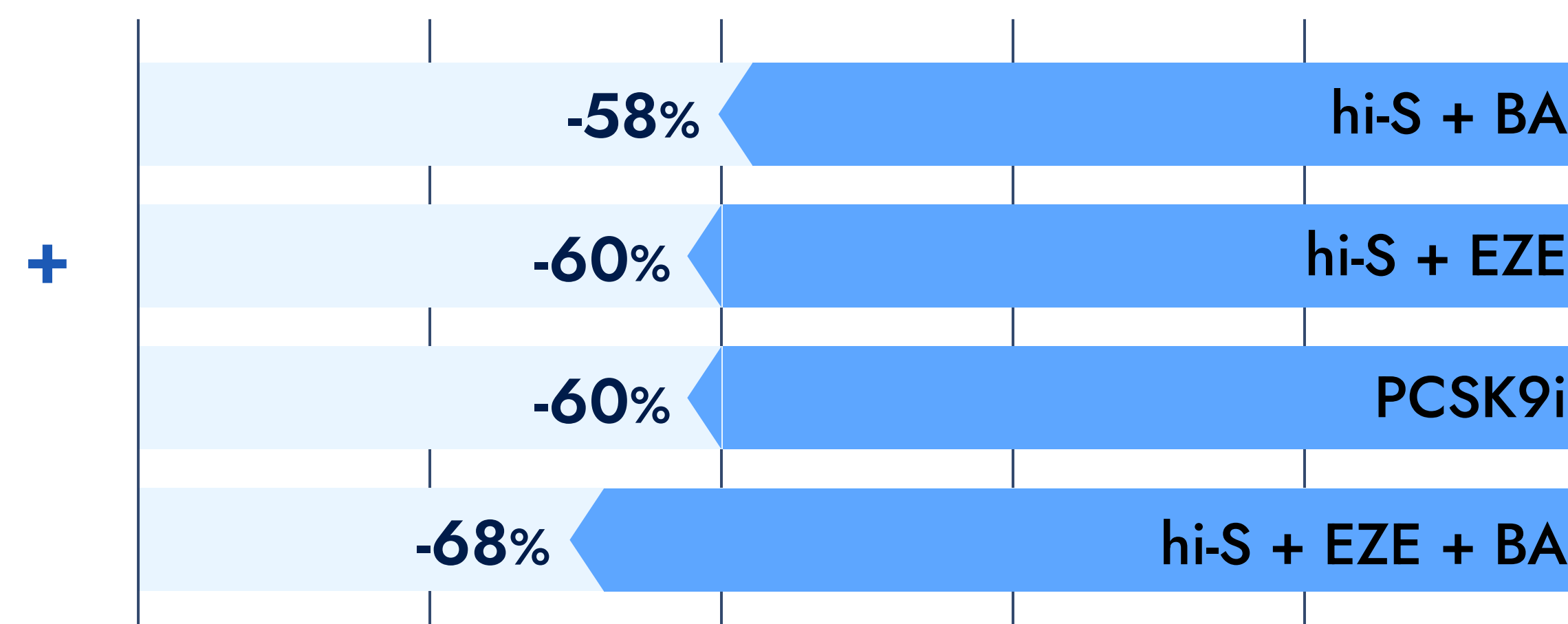


Stress-
reduktion



Schlafen

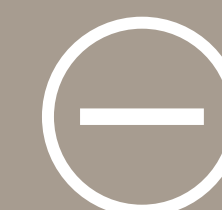
>50-65% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



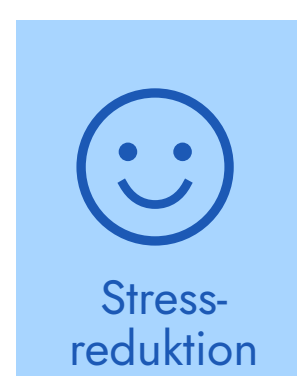
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

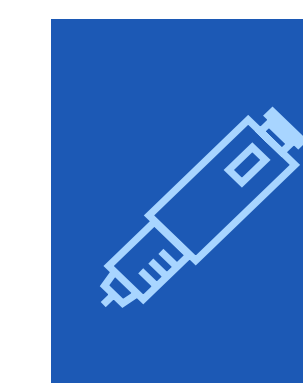
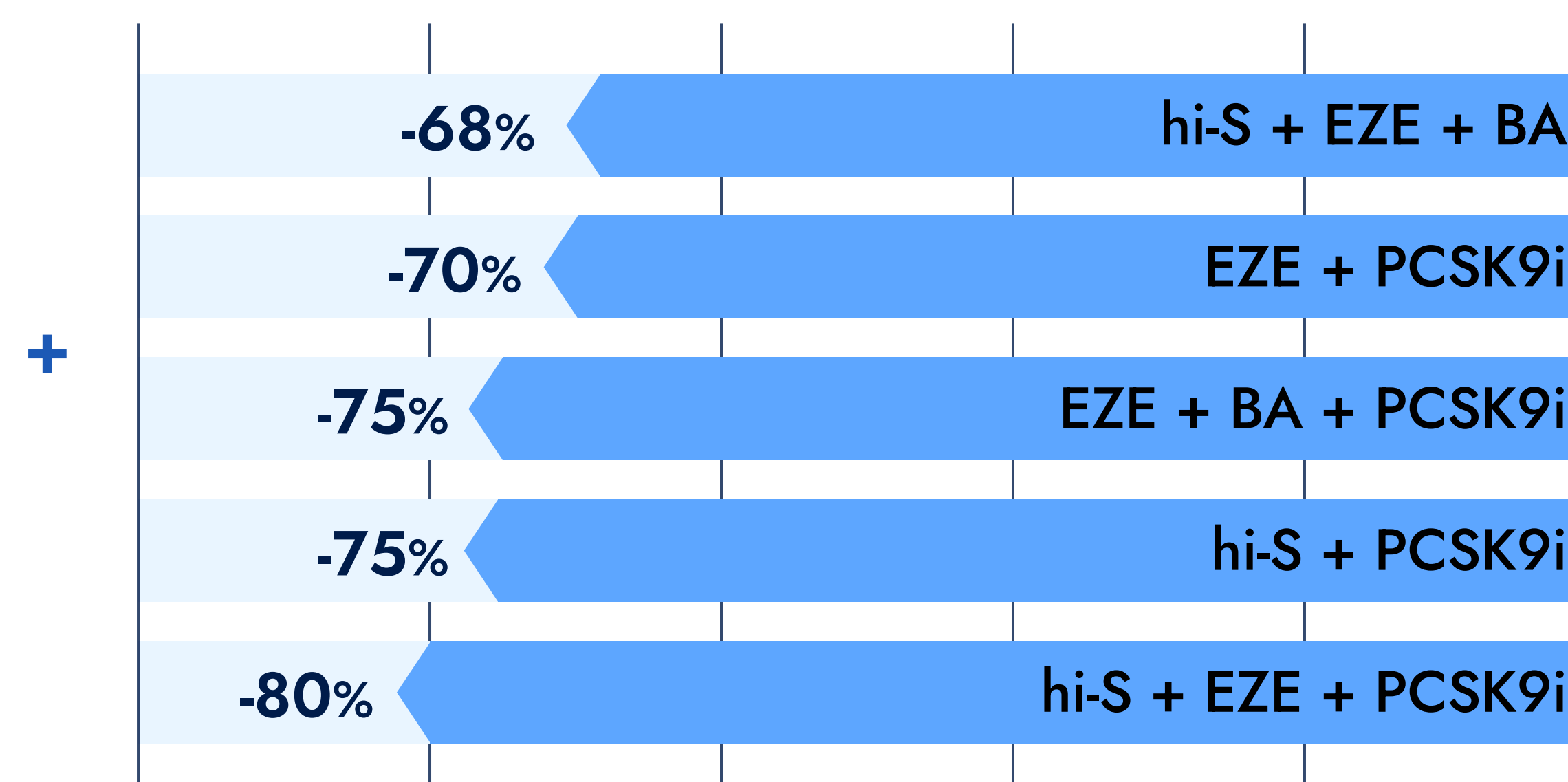


Stress-
reduktion



Schlafen

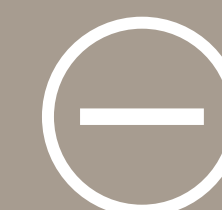
>65-79% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



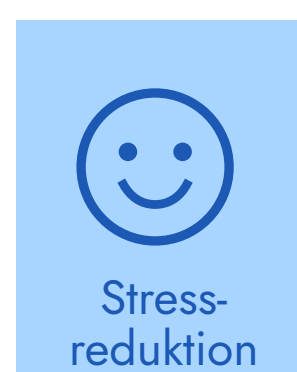
Körperliche
Betätigung



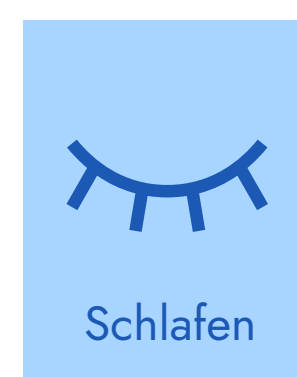
Rauchen-
twöhnung



Alkohol-
reduktion

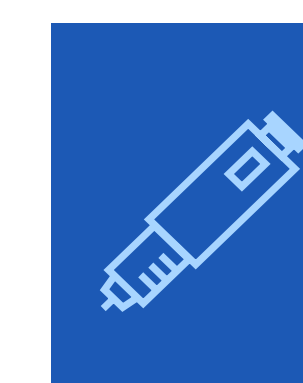


Stress-
reduktion



Schlafen

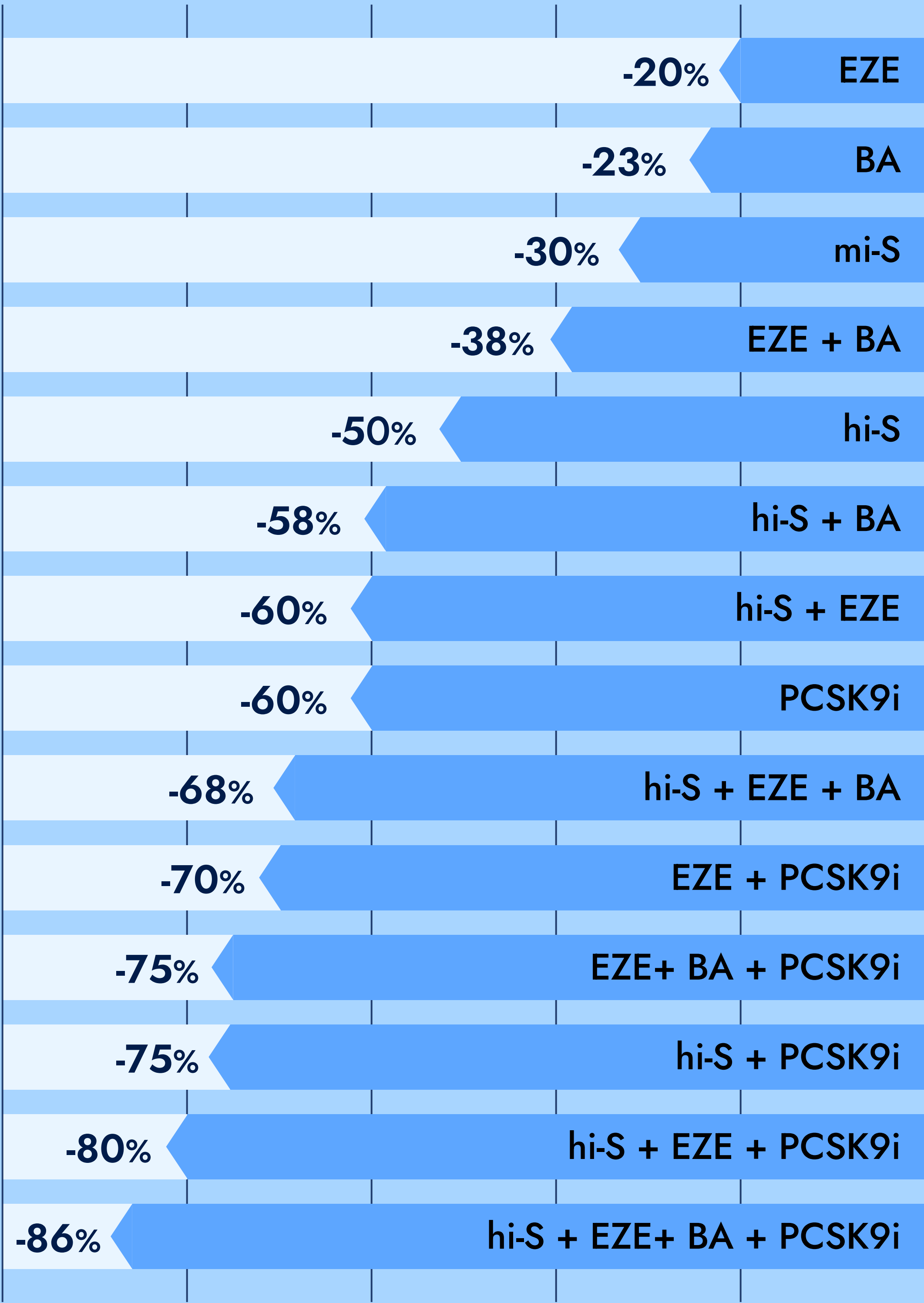
>79% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



 Direkte medikamentöse Behandlung

Notwendige Behandlung^{2,3}

LDL-C-senkende Therapien mit positivem kardiovaskulärem Effekt und erwarteten Ergebnissen für die LDL-C-Reduktion²



- STATINE ⊕
- EZETIMIBE ⊕
- PCSK9i ⊕
- BEMPEDOINSÄURE ⊕
- EVINACUMAB ⊕
- INCLISIRAN ⊕
- ANDERE BEHANDLUNGEN ⊕

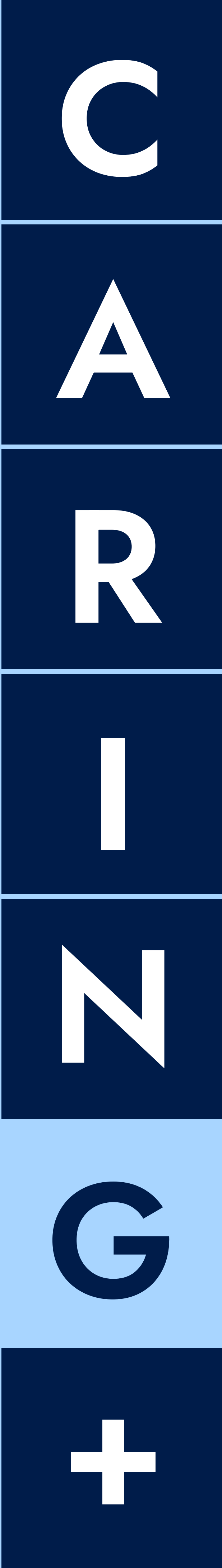
Geleitete Nachsorge¹⁻³

Basisparameter	Nachsorge		Kommentare
	4-8 Wochen	6-12 Monaten	
Blutdruck	Nicht erforderlich	Verpflichtend	Opportunistisches Screening; mindestens einmal jährlich bei gut eingestellter Hypertonie
Body-Mass-Index	Nicht erforderlich	Verpflichtend	
Lipidprofil (LDL-c, HDL-c, TG, TC, non-HDL-c)	Verpflichtend	Verpflichtend	Ansprechen auf die Therapie / Anpassung der Behandlung
Apolipoprotein-B	Nicht erforderlich	Optional	
Leberenzyme*	Verpflichtend	Optional	Nur bei Therapie mit Fibraten oder basierend auf klinischen Beobachtungen
Kreatinkinase**	Nicht erforderlich	Optional	Regelmäßige Routinekontrollen sind nicht erforderlich. Bei Patient*innen mit hohem Risiko für Myopathien (sehr alte Personen mit Komorbiditäten, Personen mit früheren Muskelsymptomen oder mit interagierenden Medikamenten) oder bei Auftreten von Myalgien
HbA1c/Nüchtern glukose	Nicht erforderlich	Optional	Bei Statintherapie von älteren Patient*innen, bei Adipositas/metabolischem Syndrom oder Zeichen einer Insulinresistenz sowie bei hochdosierten Statinen

***Wenn ALT <3 x ULN:** Therapie fortsetzen, erneute Kontrolle in 4–6 Wochen. **Wenn ALT auf >3 x ULN ansteigt:** Lipid-senkende Therapie absetzen oder Dosis reduzieren; erneute Kontrolle in 4–6 Wochen. Eine vorsichtige Wiedereinführung der Therapie kann erwogen werden, sobald ALT wieder im Normbereich liegt. Wenn ALT weiterhin erhöht bleibt, Abklärung anderer Ursachen (z.B. Alkohol, nichtalkoholische Fettlebererkrankung).

****Wenn der Ausgangs-CK-Wert >4 x ULN liegt:** Keine medikamentöse Therapie beginnen. Nach Beginn der Therapie: **>10 x ULN:** Behandlung stoppen, Nierenfunktion kontrollieren. **<10 x ULN mit Symptomen:** Statin absetzen, erneuter Therapieversuch mit niedrigerer Dosis. **<4 x ULN ohne Symptome:** Therapie fortsetzen. **<4 x ULN mit Symptomen:** CK überwachen; bei anhaltenden Symptomen absetzen und Therapiemöglichkeiten neu bewerten (Indikation, erneuter Therapieversuch, niedrigere Dosis, alternierende Einnahme oder wöchentliche Gabe, Kombinationstherapie).

ACS: Akutes Koronarsyndrom; **ALT:** Alanin-Aminotransferase; **ASCVD:** Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankung; **BS:** Bempedoinsäure; **BD:** Blutdruck; **CABG:** Koronararterien-Bypass (Coronary Artery Bypass Graft); **CAC:** Koronarkalk (Coronary Artery Calcium); **CCS:** Chronisches Koronarsyndrom; **CK:** Kreatinkinase; **CKD:** Chronische Nierenerkrankung; **CT:** Computertomographie; **eGFR:** Geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; **EZE:** Ezetimib; **FH:** Familiäre Hypercholesterinämie; **HbA1c:** Glykiertes Hämoglobin; **HDL-C:** High-Density-Lipoprotein-Cholesterin; **HIV:** Humanes Immundefizienzvirus; **hs-CRP:** Hochsensitives C-reaktives Protein; **LDL-C:** Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin; **Lp(a):** Lipoprotein(a); **MI:** Myokardinfarkt; **PCI:** Perkutane Koronarintervention; **PCSK9i:** Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Type 9 inhibitor; **T1DM:** Typ-1-Diabetes mellitus; **T2DM:** Typ-2-Diabetes mellitus; **TC:** Gesamtcholesterin (Total Cholesterol); **TG:** Triglyzeride; **TIA:** Transitorische ischämische Attacke; **ULN:** Obergrenze des Normbereichs (Upper Limit of Normality); J.: Jahre



C

A

R

I

N

G

+

PERSONEN ≥ 40 JAHRE, DIE MIT HIV LEBEN²

Alle kardiovaskulären Risikokategorien unabhängig
von den LDL-C-Werten



EMPFOHLEN FÜR DIE PRIMÄRPRÄVENTION:

Statine Statinauswahl basierend auf Wechselwirkungen

Klasse I, Evidenzgrad B



C

A

R

I

N

G

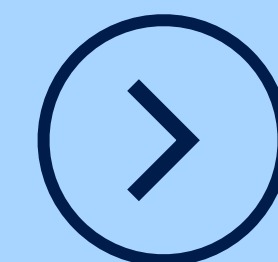
+

PATIENT*INNEN MIT KREBS:²

Bei Erwachsenen mit hohem oder sehr hohem Risiko für die Entwicklung einer **kardiovaskulären Toxizität** im Zusammenhang mit einer Chemotherapie



sollte eine Behandlung mit Statinen
*in Erwägung gezogen werden, um eine anthrazyklinbedingte kardiale
Dysfunktion zu reduzieren.*
Klasse IIa, Evidenzgrad B



C

A

R

I

N

G

+

HYPERTRIGLYZERIDÄMIE²

bei Patient*innen

Bei hohem oder sehr hohem
kardiovaskulärem Risiko
Triglyzeride 1,52 - 5,63 mmol/L
(135–499 mg/dL)

Bei familiärer Chylomikronämie

Triglyzeride >8.5 mmol/L
(>750 mg/dL)

ERWÄGEN SIE
ICOSAPENT-ETHYL 2×2 g/TAG
IN KOMBINATION MIT EINEM STATIN
Klasse IIa, Evidenzgrad B

ERWÄGEN SIE
VOLANESORSEN 300 mg/WOCHE
Klasse IIa, Evidenzgrad B



C

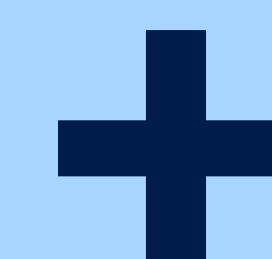
A

R

I

N

G



APOLIPOPROTEIN B³

bei Patient*innen mit

sehr niedrigem
LDL-C oder hohen
Triglyzeridwerte

diabetes mellitus

Adipositas

Metabolisches
Syndrom

EMPFOHLEN:

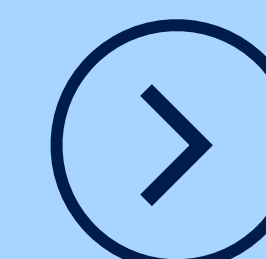
APOLIPOPROTEIN B IN DER RISIKOBEURTEILUNG

als Alternative zu LDL-C

kann gegenüber non-HDL-C als primärer Messwert für Screening,

Diagnose und Management bevorzugt werden

Klasse I, Evidenzgrad C



C

A

R

I

N

G

+

AKUTES KORONARSYNDROM²

Während des Index-ACS-Krankenhausaufenthalts

Bei **therapienaiven Patient*innen**, bei denen das LDL-C-Ziel voraussichtlich mit einem Statin allein **nicht erreicht** wird

Patient*innen, die bereits eine **lipidsenkende Therapie** erhalten

**ERWÄGEN SIE:
BEGINN EINER HOCHINTENSIVEN
STATINTHERAPIE + EZETIMIB**

Klasse IIa, Evidenzgrad B

**EMPFOHLEN INTENSIVIERUNG DER
LIPIDSENKENDEN THERAPIE**

zur weiteren Senkung der LDL-C-Werte

Klasse I, Evidenzgrad C



C

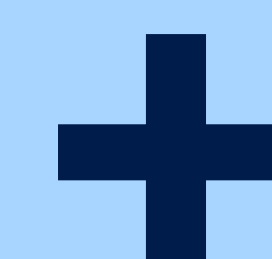
A

R

I

N

G



STATINTHERAPIE³



Verringerung der Cholesterinbiosynthese sowie eigene entzündungshemmende und antioxidative Eigenschaften (pleiotrope Effekte, reduzieren die kardiovaskuläre Mortalität)

Hochintensive Statine können LDL-C-Werte um **≥50%** senken

Statine mittlerer Intensität können LDL-C-Werte um **by 30-50%** senken

EMPFOHLEN: HOCHINTENSIVES STATIN

*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
bis zur höchsten verträglichen Dosis
Klasse I, Evidenzgrad A*



C

A

R

I

N

G

+

EZETIMIB³

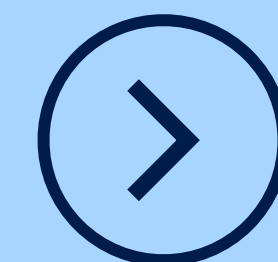


hemmt die intestinale Aufnahme von diätetischem/biliärem Cholesterin

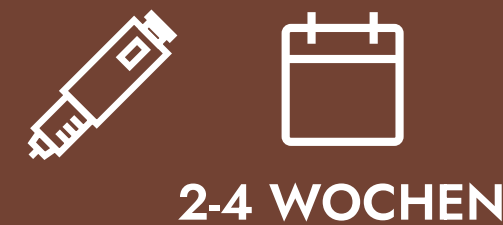


EMPFOHLEN

*wenn die LDL-C-Zielwerte nicht erreicht werden,
in Kombination mit der maximal verträglichen Statindosis
Klasse I, Evidenzgrad B*



EVOLOCUMAB^{2,3}



2-4 WOCHEN

ALIROCUMAB^{2,3}

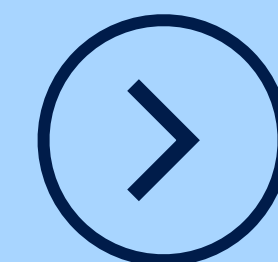


2-4 WOCHEN

Monoklonale Antikörper, die die Plasmaspiegel der Proprotein-Convertase Subtilisin/Kexin Typ 9 senken, wodurch die Expression von LDL-Rezeptoren erhöht und die LDL-Konzentrationen reduziert werden. Senkt LDL-C um 60%

Für Patient*innen, die kein Statin einnehmen können

EMPFOHLEN:
NICHT-STATIN-THERAPIEN MIT NACHGEWIESENEM
KARDIOVASKULÄREM NUTZEN*
als Monotherapie oder in Kombination
Klasse I, Evidenzgrad A



*Ezetimib, **PCSK9**: Proprotein-Convertase-Subtilisin/Kexin-Typ 9, bempedoinsäure.
LDL: Low-Density-Lipoprotein; **LDL-C**: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin.

C

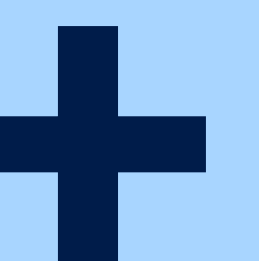
A

R

I

N

G



C

A

R

I

N

G

+

BEMPEDOINSÄURE²



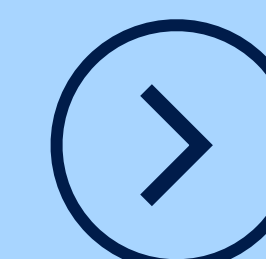
hemmt die Cholesterinsynthese. Muskelbezogene Nebenwirkungen vergleichbar mit Placebo. Es wurde gezeigt, dass es die C-reaktiven Proteinwerte senkt

Für Patient*innen, die kein Statin einnehmen können

Für Patient*innen mit hohem oder sehr hohem Risiko, unter maximal verträglicher Dosis eines Statins ± Ezetimib

EMPFOHLEN:
*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
Klasse I, Evidenzgrad B*

ERWÄGEN SIE:
*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
Klasse IIa, Evidenzgrad C*



C

A

R

I

N

G

+

EVINACUMAB²

Monoklonaler Antikörper gegen Angiopoietin-ähnliches Protein 3. Senkt LDL-C-Werte um 50%

Für Patient*innen mit homozygoter familiärer Hypercholesterinämie ab einem Alter von ≥ 5 Jahren



ERWÄGEN SIE:
*wenn die LDL-C-Zielwerte trotz maximal verträglicher
lipidsenkender Therapie nicht erreicht werden*
Klasse IIa, Evidenzgrad B



C

A

R

I

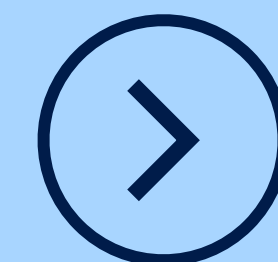
N

G

+

INCLISIRAN²

hemmt die Synthese von PCSK9.
Senkt LDL-C-Werte um 50%



C

A

R

I

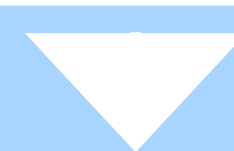
N

G

+

GALLENSÄUREBINDER³

Verhindern die Rückresorption von Cholesterin in den Blutkreislauf



KOMBINATION MIT STATINEN
KANN ERWOGEN WERDEN,
um die LDL-C-Zielwerte zu erreichen
Klasse IIb, Evidenzgrad C



C

A

R

I

N

G

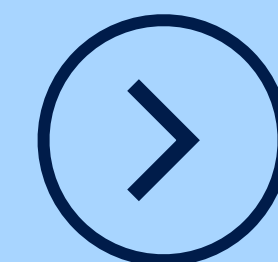
+

NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL²

**NICHT EMPFOHLEN: DIE VERWENDUNG VON
NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTELN ODER VITAMINEN OHNE
NACHGEWIESENE SICHERHEIT UND WIRKSAMKEIT**

zur Senkung des ASCVD-Risikos

Klasse III, Evidenzgrad B



C

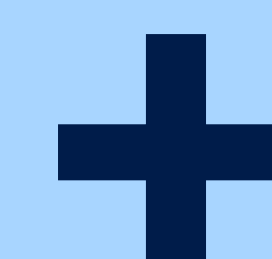
A

R

I

N

G



HYPERTRIGLYZERIDÄMIE^{2,3}

bei den Patient*innen

mit hohem oder sehr hohem
kardiovaskulärem Risiko

Triglyzeride 1.5-5.6 mmol/L
(135-499 mg/dL)

mit familiärer Chylomikronämie

Triglyzeride >8.5 mmol/L
(>750 mg/dL)

die LDL-C-Zielwerte erreicht
haben

bei Triglyzeridwerten
>2.3 mmol/L (200 mg/dL)

ERWÄGEN SIE:
ICOSAPENT-ETHYL
2x2 g/Tag

*in Kombination mit einem Statin
Klasse IIa, Evidenzgrad B*

ERWÄGEN SIE:
VOLANESORSEN
300 mg/Woche

Klasse IIa, Evidenzgrad B

FIBRATE KÖNNEN
IN ERWÄGUNG
GEZOGEN
WERDEN

*bei Patient*innen in
der Primärpräven-
tion, in Kombination
mit Statinen*

*Klasse IIb,
Evidenzgrad B*

FIBRATE KÖNNEN
IN ERWÄGUNG
GEZOGEN
WERDEN

*für Hochrisikopa-
tient*innen, in
Kombination mit
Statinen*

*Klasse IIb,
Evidenzgrad C*



LITERATUR

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, *et al.* 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227-37. **2.** Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, *et al.* 2025 Focused update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2025;46:4359-78. **3.** Mach F, Baigent C, Catapano AL, *et al.* 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-88.

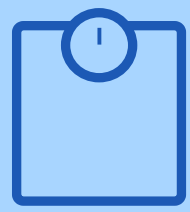
Abkürzungen und Akronyme

ACS: akutes Koronarsyndrom; **ALT:** Alanin-Aminotransferase; **ASCVD:** atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung; **BA:** Bempedoinsäure; **BP:** Blutdruck; **CABG:** koronare Bypassoperation; **CAC:** Koronarkalk (koronare Kalziumablagerungen); **CK:** Kreatinkinase; **CKD:** chronische Nierenerkrankung; **CT:** Computertomographie; **CV:** kardiovaskulär; **CVD:** kardiovaskuläre Erkrankung; **DM:** Diabetes mellitus; **eGFR:** geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; **EZE:** Ezetimib; **FH:** familiäre Hypercholesterinämie; **HbA1c:** glykiertes Hämoglobin; **HDL-C:** High-Density-Lipoprotein-Cholesterin; **hi-S:** Statin hoher Intensität; **HIV:** Humanes Immundefizienz-Virus; **hs-CRP:** hochsensitives C-reaktives Protein; **LDL-C:** Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin; **Lp(a):** Lipoprotein(a); **MI:** Myokardinfarkt; **mi-S:** Statin mittlerer Intensität; **PCI:** perkutane Koronarintervention; **PCSK9:** Proprotein-Convertase-Subtilisin/Kexin-Typ 9; **PCSK9i:** Proprotein-Convertase-Subtilisin/Kexin-Typ-9-Inhibitor; **T1DM:** Diabetes mellitus Typ 1; **T2DM:** Diabetes mellitus Typ 2; **TC:** Gesamtcholesterin; **TG:** Triglyzeride; **TOD:** Zielorganschädigung; **ULN:** obere Normgrenze; **J:** Jahre.

ICONS



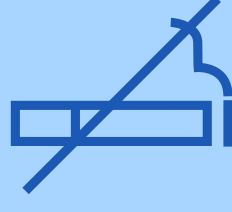
Diät



Körpergewichtsreduktion



Körperliche Betätigung



Raucherentwöhnung



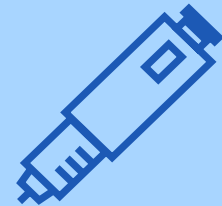
Alkohol Reduktion



Stressreduktion



Orale Behandlung



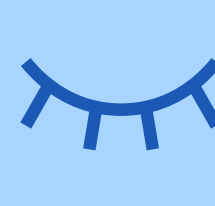
Subkutane Injektion / Pen



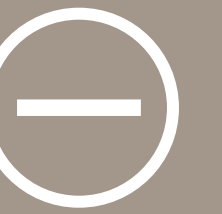
Uhr, 24Std



Wochen, Monaten



Schlaf



PERSONEN ≥ 40 JAHRE, DIE MIT HIV LEBEN²

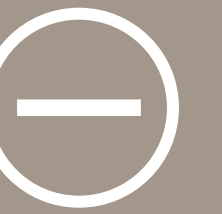
Alle kardiovaskulären Risikokategorien unabhängig
von den LDL-C-Werten



EMPFOHLEN FÜR DIE PRIMÄRPRÄVENTION:

Statine Statinauswahl basierend auf Wechselwirkungen

Klasse I, Evidenzgrad B

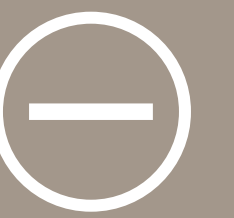


PATIENT*INNEN MIT KREBS:²

Bei Erwachsenen mit hohem oder sehr hohem Risiko für die Entwicklung einer **kardiovaskulären Toxizität** im Zusammenhang mit einer Chemotherapie



sollte eine Behandlung mit Statinen
*in Erwägung gezogen werden, um eine anthrazyklinbedingte kardiale
Dysfunktion zu reduzieren.*
Klasse IIa, Evidenzgrad B



HYPERTRIGLYZERIDÄMIE²

bei Patient*innen

Bei hohem oder sehr hohem
kardiovaskulärem Risiko
Triglyzeride 1,52 - 5,63 mmol/L
(135–499 mg/dL)

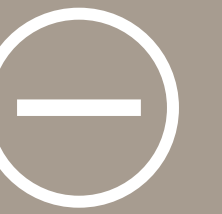


**ERWÄGEN SIE
ICOSAPENT-ETHYL 2x2 g/TAG
IN KOMBINATION MIT EINEM STATIN**
Klasse IIa, Evidenzgrad B

Bei familiärer Chylomikronämie
Triglyzeride >8.5 mmol/L
(>750 mg/dL)



**ERWÄGEN SIE
VOLANESORSEN 300 mg/WOCHE**
Klasse IIa, Evidenzgrad B



AKUTES KORONARSYNDROM²

Während des Index-ACS-Krankenhausaufenthalts

Bei therapienaiven Patient*innen, bei denen das LDL-C-Ziel voraussichtlich mit einem Statin allein **nicht erreicht wird**

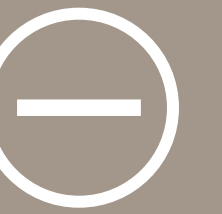


**ERWÄGEN SIE:
BEGINN EINER HOCHINTENSIVEN
STATINTHERAPIE + EZETIMIB**
Klasse IIa, Evidenzgrad B

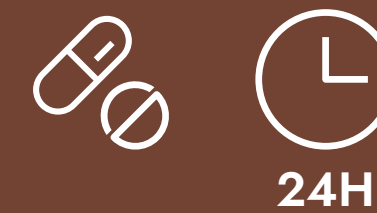
Patient*innen, die bereits
eine lipidsenkende Therapie erhalten



**EMPFOHLEN INTENSIVIERUNG DER
LIPIDSENKENDEN THERAPIE**
zur weiteren Senkung der LDL-C-Werte
Klasse I, Evidenzgrad C



STATINTHERAPIE³



Verringerung der Cholesterinbiosynthese sowie eigene entzündungshemmende und antioxidative Eigenschaften (pleiotrope Effekte, reduzieren die kardiovaskuläre Mortalität)

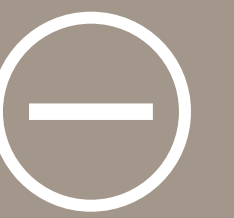
Hochintensive Statine können LDL-C-Werte um **≥50%** senken

Statine mittlerer Intensität können LDL-C-Werte um **by 30-50%** senken

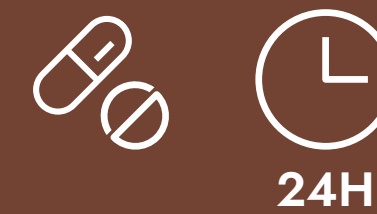


EMPFOHLEN: HOCHINTENSIVES STATIN

*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
bis zur höchsten verträglichen Dosis
Klasse I, Evidenzgrad A*



EZETIMIB³

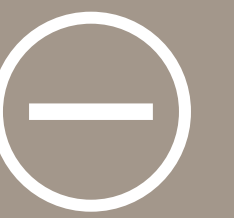


hemmt die intestinale Aufnahme von diätetischem/biliärem Cholesterin



EMPFOHLEN

*wenn die LDL-C-Zielwerte nicht erreicht werden,
in Kombination mit der maximal verträglichen Statindosis
Klasse I, Evidenzgrad B*



EVOLOCUMAB^{2,3}



ALIROCUMAB^{2,3}



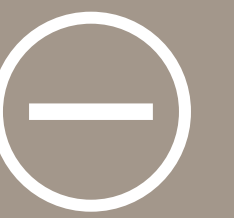
2-4 WOCHEN

Monoklonale Antikörper, die die Plasmaspiegel der Proprotein-Convertase Subtilisin/Kexin Typ 9 senken, wodurch die Expression von LDL-Rezeptoren erhöht und die LDL-Konzentrationen reduziert werden. Senkt LDL-C um 60%

Für Patient*innen, die kein Statin einnehmen können



EMPFOHLEN:
NICHT-STATIN-THERAPIEN MIT NACHGEWIESENEM
KARDIOVASKULÄREM NUTZEN*
als Monotherapie oder in Kombination
Klasse I, Evidenzgrad A



BEMPEDOINSÄURE²



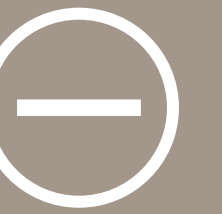
hemmt die Cholesterinsynthese. Muskelbezogene Nebenwirkungen vergleichbar mit Placebo. Es wurde gezeigt, dass es die C-reaktiven Proteinwerte senkt

Für Patient*innen, die kein Statin einnehmen können

Für Patient*innen mit hohem oder sehr hohem Risiko, unter maximal verträglicher Dosis eines Statins ± Ezetimib

EMPFOHLEN:
*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
Klasse I, Evidenzgrad B*

ERWÄGEN SIE:
*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
Klasse IIa, Evidenzgrad C*



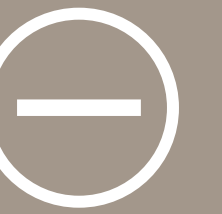
EVINACUMAB²

Monoklonaler Antikörper gegen Angiopoietin-ähnliches Protein 3. Senkt LDL-C-Werte um 50%

Für Patient*innen mit homozygoter familiärer Hypercholesterinämie ab einem Alter von ≥ 5 Jahren

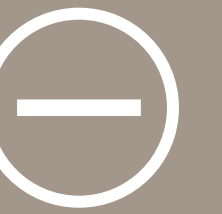


ERWÄGEN SIE:
*wenn die LDL-C-Zielwerte trotz maximal verträglicher
lipidsenkender Therapie nicht erreicht werden
Klasse IIa, Evidenzgrad B*



INCLISIRAN²

hemmt die Synthese von PCSK9.
Senkt LDL-C-Werte um 50%



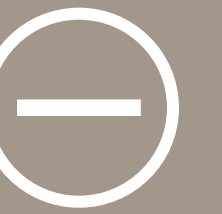
GALLENSÄUREBINDER³

Verhindern die Rückresorption von Cholesterin in den Blutkreislauf



KOMBINATION MIT STATINEN
KANN ERWOGEN WERDEN,
um die LDL-C-Zielwerte zu erreichen
Klasse IIb, Evidenzgrad C





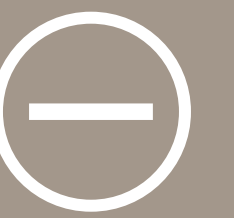
NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL²



**NICHT EMPFOHLEN: DIE VERWENDUNG VON
NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTELN ODER VITAMINEN OHNE
NACHGEWIESENE SICHERHEIT UND WIRKSAMKEIT**

*zur Senkung des ASCVD-Risikos
Klasse III, Evidenzgrad B*





HYPERTRIGLYZERIDÄMIE^{2,3}

bei den Patient*innen

mit hohem oder sehr hohem
kardiovaskulärem Risiko

mit familiärer Chylomikronämie

die LDL-C-Zielwerte erreicht haben

Triglyzeride 1.5-5.6 mmol/L
(135-499 mg/dL)

Triglyzeride >8.5 mmol/L
(>750 mg/dL)

bei Triglyzeridwerten
>2.3 mmol/L (200 mg/dL)

**ERWÄGEN SIE:
ICOSAPENT-ETHYL
2x2 g/Tag**

*in Kombination mit einem Statin
Klasse IIa, Evidenzgrad B*

**ERWÄGEN SIE:
VOLANESORSEN
300 mg/Woche**

Klasse IIa, Evidenzgrad B

**FIBRATE KÖNNEN
IN ERWÄGUNG
GEZOGEN
WERDEN**

*bei Patient*innen in
der Primärpräven-
tion, in Kombination
mit Statinen*

*Klasse IIb,
Evidenzgrad B*

**FIBRATE KÖNNEN
IN ERWÄGUNG
GEZOGEN
WERDEN**

*für Hochrisikopa-
tient*innen, in
Kombination mit
Statinen*

*Klasse IIb,
Evidenzgrad C*



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER
PATIENT*INNEN¹⁻³



KLINISCHE UNTERSUCHUNG
UND LABORTESTS



C

A

R

I

N

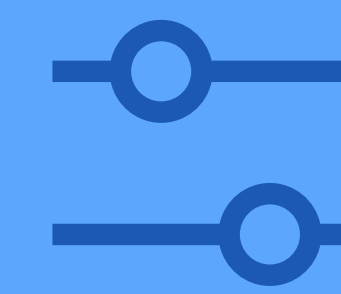
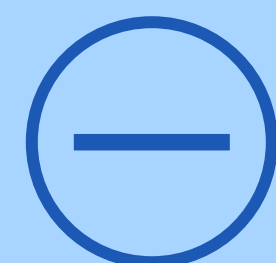
G

+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER
PATIENT*INNEN¹⁻³



BEEINFLUSSBAR ⊕



GENETISCH ⊕



ANDERE ⊕

C

A

R

I

N

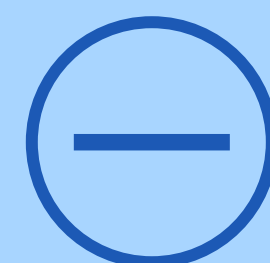
G

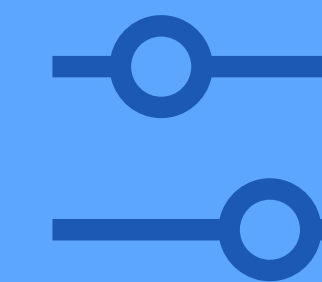
+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER
PATIENT*INNEN¹⁻³



 BEEINFLUSSBAR 

- Rauchen*
- Hoher Blutdruck*
- Psychosoziale Belastungen / psychiatrische Störungen
- Mangelnde körperliche Aktivität
- Adipositas*

 GENETISCH 

 ANDERE 

C

A

R

I

N

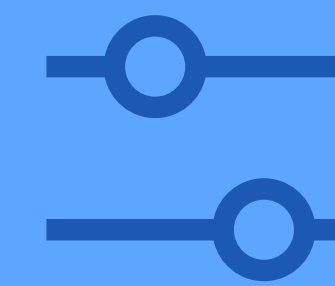
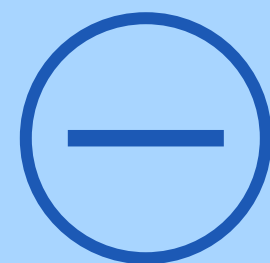
G

+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER PATIENT*INNEN¹⁻³



BEEINFLUSSBAR ⊕



GENETISCH ⊖

- Ethnische Zugehörigkeit mit erhöhtem Risiko (Menschen asiatischer, afrikanischer oder karibischer Herkunft)
- Vorzeitige Menopause
- Vorzeitige kardiovaskuläre Erkrankung (CVD) bei Angehörigen (Männer: <55 J.; Frauen <60 J.)



ANDERE ⊕



C

A

R

I

N

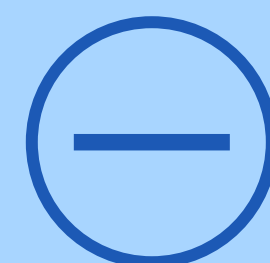
G

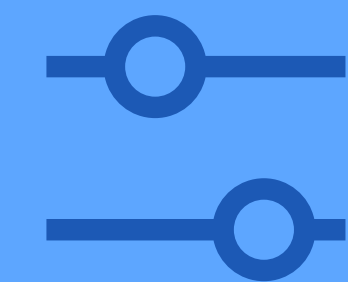
+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³



RISIKOFAKTOREN DER PATIENT*INNEN¹⁻³



 BEEINFLUSSBAR 

 GENETISCH 

 ANDERE 

- Präeklampsie
- Chronische Entzündung
- HIV-Infektion 
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- Krebs 

C

A

R

I

N

G

+

C(K)ardiovaskuläre Beurteilung¹⁻³

- Diabetes mellitus^{*1-3}

- Chronische Nierenerkrankung¹⁻³

Leitlinien—
Update 2025

- **hs-CRP** (Risikomodifikator bei $>2\text{mg/L}$)²

- **Lp(a)** [Risikomodifikator bei $>50\text{mg/dL}$ ($>105\text{nmol/L}$)]²

- ALT und CK (zum Erkennen von Therapie-Kontraindikationen)³

- Hypertriglyceridaemia^{2,3} **+**

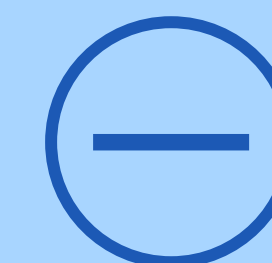
- EKG (z.B. Vorhofflimmern)^{1,3}

- Thoraxröntgen (Herzinsuffizienz)^{1,3}

- Bildgebung (Karotis-/Femorals-Ultraschall, CT zur Beurteilung der Koronarkalks)^{2,3}



**KLINISCHE UNTERSUCHUNG
UND LABORTESTS**



*wichtige kardiovaskuläre Risikofaktoren.

ALT: Alanin-Aminotransferase; CAC: Koronarkalk (koronare Kalziumablagerungen); CK: Kreatinkinase; CT: Computertomographie; hs-CRP: hochsensitives C-reaktives Protein; Lp(a): Lipoprotein(a).

C

A

R

I

N

G

+

Analyse des Risikos²

RISIKOBERECHNUNG

SCORE2
(Patient*innen 40-69 Jahre)

SCORE2-OP
(Patient*innen ≥ 70 Jahre)

**KEINE WEITERE
RISIKOEINSCHÄTZUNG
ERFORDERLICH**

SCORE2 und **SCORE2-OP** dienen der Abschätzung des individuellen 10-Jahres-Risikos für ein erstes tödliches oder nicht-tödliches atherosklerotisches kardiovaskuläres Ereignis bei Personen ohne bekannte kardiovaskuläre Erkrankung. Die Berechnung erfolgt u. a. anhand des Non-HDL-Cholesterins und ist an die jeweilige europäische Risikoregion angepasst.

https://www.heartscore.org/en_GB/

**Aktives Management aller
kardiovaskulären Risikofaktoren**

**NIEDRIGES
RISIKO**

**MÄSSIGES
RISIKO**

**HOHES
RISIKO**

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

**EXTREM
HOHES RISIKO**



C

A

R

I

N

G

+



Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

NIEDRIGES RISIKO

SCORE2/SCORE2-OP

<2%

MÄSSIGES RISIKO

SCORE2/SCORE2-OP

≥2% - <10%

umfasst **junge Patient*innen** (mit Typ-1-Diabetes **unter 35 J.** oder mit Typ-2-Diabetes **unter 50 J.**) mit einer Diabetesdauer von **<10 J.** und **ohne weitere Risikofaktoren**

Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

HOHES RISIKO

SCORE2/SCORE2-OP

≥10% - <20%

- **TC >8 mmol/L (310 mg/dL)** oder **LDL-C >4,9 mmol/L (190 mg/dL)** oder BD ≥180/110 mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: **eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²**
- DM ohne Endorganschäden, **≥ 10 J.** Krankheitsdauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

*Zielorganschäden werden definiert als Mikroalbuminurie, Retinopathie oder Neuropathie.

eGFR: geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; **FH:** Familiäre Hypercholesterinämie; **LDL-C:** Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin. Abbildung basiert auf Informationen aus Mach F et al., EHJ 2025;46:4359–78.



Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

SEHR HOHES RISIKO
Primärprävention

SCORE2/SCORE2-OP

≥20%

- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) **oder ≥3 große Risikofaktoren**
- FH mit einem **weiteren großen Risikofaktor**
- Schwere CKD: **eGFR <30 mL/min/1.73 m²**

Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

SEHR HOHES RISIKO

Sekundärprävention

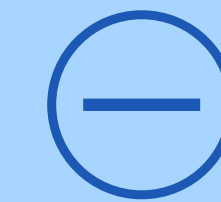
Atherosklerotische
kardiovaskuläre
Erkrankung

Klinisch:

- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder **akutes Koronarsyndrom (ACS)** ⁺ (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Bildgebend:

- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im **Karotis- oder Femoralis**-Ultraschall oder deutlich erhöhter **Koronarkalk-Score (CAC > 300)** im CT



Analyse des Risikos²

C

A

R

I

N

G

+

EXTREM HOHES RISIKO

- ASCVD und wiederkehrende **vaskuläre Ereignisse** unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Referenzziele für LDL-C-WERTE

REFERENZZIELE FÜR LDL-C-WERTE ABHÄNGIG VON DER RISIKOKATEGORIE

RISIKO-
KATEGORIE

NIEDRIGES

MÄSSIGES

HOHES

SEHR
HOHES

EXTREM
HOHES

Primär-
prävention

Sekundär-
prävention

REFERENZZIELE

mmol/L

mg/dL

<3.0

<2.6

<1.8

<1.4

<1.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Klasse I, Evidenzgrad A

Klasse I, Evidenzgrad A*

Klasse IIb, Evidenzgrad B

und $\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert



*Im Falle der Primärprävention: Klasse I, Evidenzgrad C; Klasse IIa, Evidenzgrad C für Patient*innen mit FH.
LDL-C: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin. Abbildung basiert auf Informationen aus Mach F et al., EHJ 2025;46:4359–78.

C

A

R

I

N

G

+

Interventionsstrategien²

mmol/L

mg/dL

Lebensstilanpassungen



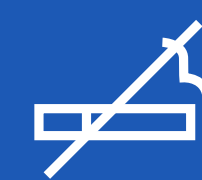
Diät



Gewichtsreduktion



Körperliche
Betätigung



Raucherentwöhnung



Alkoholreduktion



Stressreduktion



Schlafen

**NIEDRIGES
RISIKO**



**MÄSSIGES
RISIKO**



**HOHES
RISIKO**



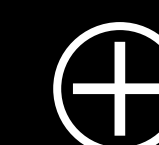
**SEHR HOHES
RISIKO**



**SEHR HOHES
RISIKO**



**EXTREM
HOHES RISIKO**



Primärprävention

Sekundärprävention

Unabhängig vom
LDL-Cholesterinwert

Unabhängig vom
LDL-Cholesterinwert

<3.0

<2.6

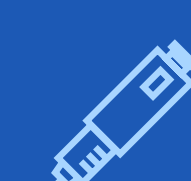
<1.8

3.0 - <4.9

2.6 - <4.9

1.8 - <2.6

<1.8



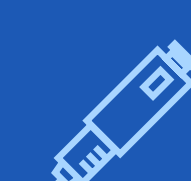
≥4.9

≥4.9

≥2.6

≥1.8

Verweis auf die Strategie für hohes oder sehr hohes
Risiko gemäß SCORE2/SCORE2-OP



Aktuelle LDL-Cholesterinwerte
des Patient*innen

Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

Direkte medikamentöse Behandlung



LDL-c: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin. Abbildung basiert auf Informationen aus Mach F et al., EHJ 2025;46:4359–78.

C

A

R

I

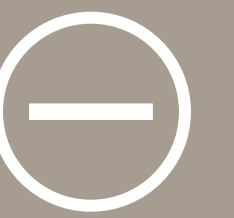
N

G

+

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<3.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

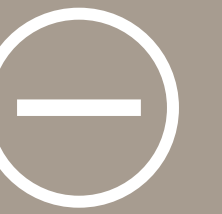
<3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<3.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



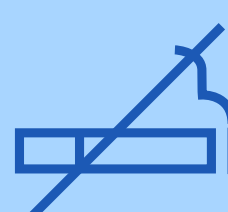
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



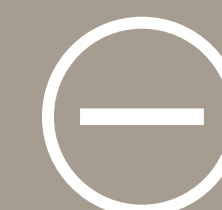
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<3.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<3.0

<3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



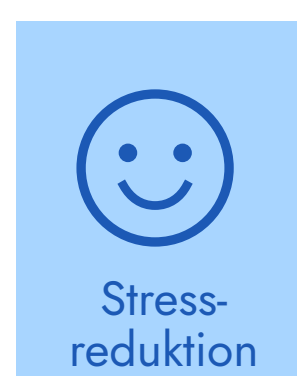
Körperliche
Betätigung



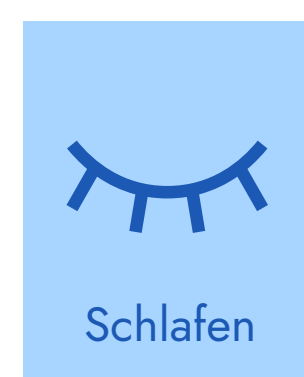
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

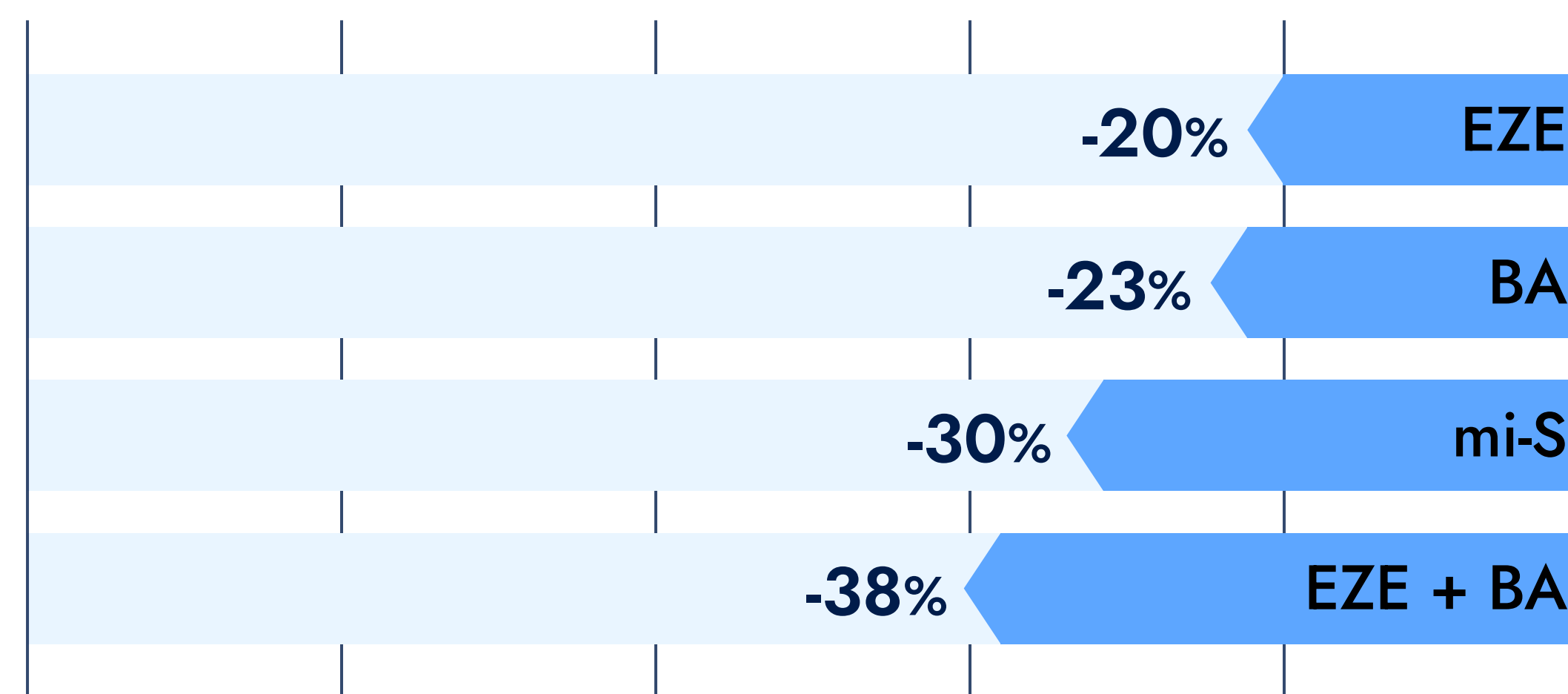


Stress-
reduktion



Schlafen

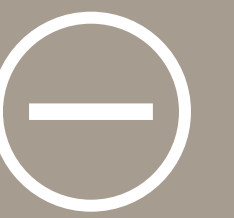
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<3.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<3.0

3.0 - <4.9

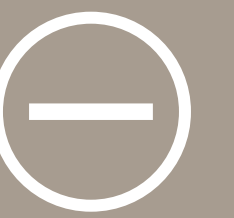
≥4.9

Lebensstil anpassen

**Orientierung an
Hoch-/ Sehr-
Hochrisiko-Strategie
gemäß SCORE2/
SCORE2-OP**

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

· **SCORE2/SCORE2-OP <2%**

· Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<2.6

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

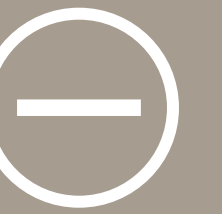
<2.6

2.6 - <4.9

≥4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

· **SCORE2/SCORE2-OP <2%**

· junge Patient*innen (mit Typ-1-Diabetes unter 35 Jahren oder mit Typ-2-Diabetes unter 50 Jahren) mit einer Diabetesdauer von <10 Jahren und ohne weitere Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<2.6

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<2.6

2.6 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



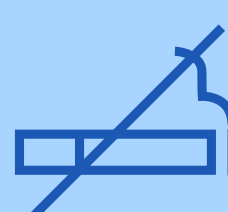
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



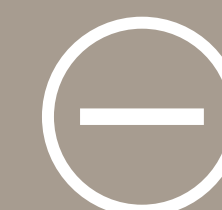
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

• **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

• junge Patient*innen (mit Typ-1-Diabetes unter 35 Jahren oder mit Typ-2-Diabetes unter 50 Jahren) mit einer Diabetesdauer von < 10 Jahren und ohne weitere Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 2.6

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 2.6

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



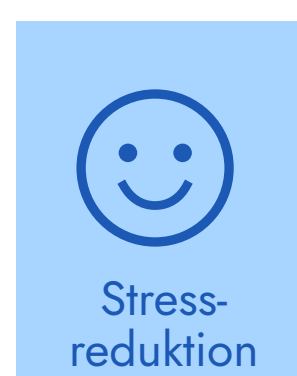
Körperliche
Betätigung



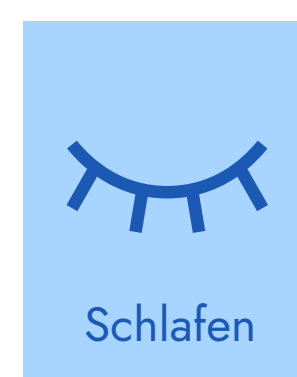
Raucher-
entwöhnung



Alkohol-
reduktion

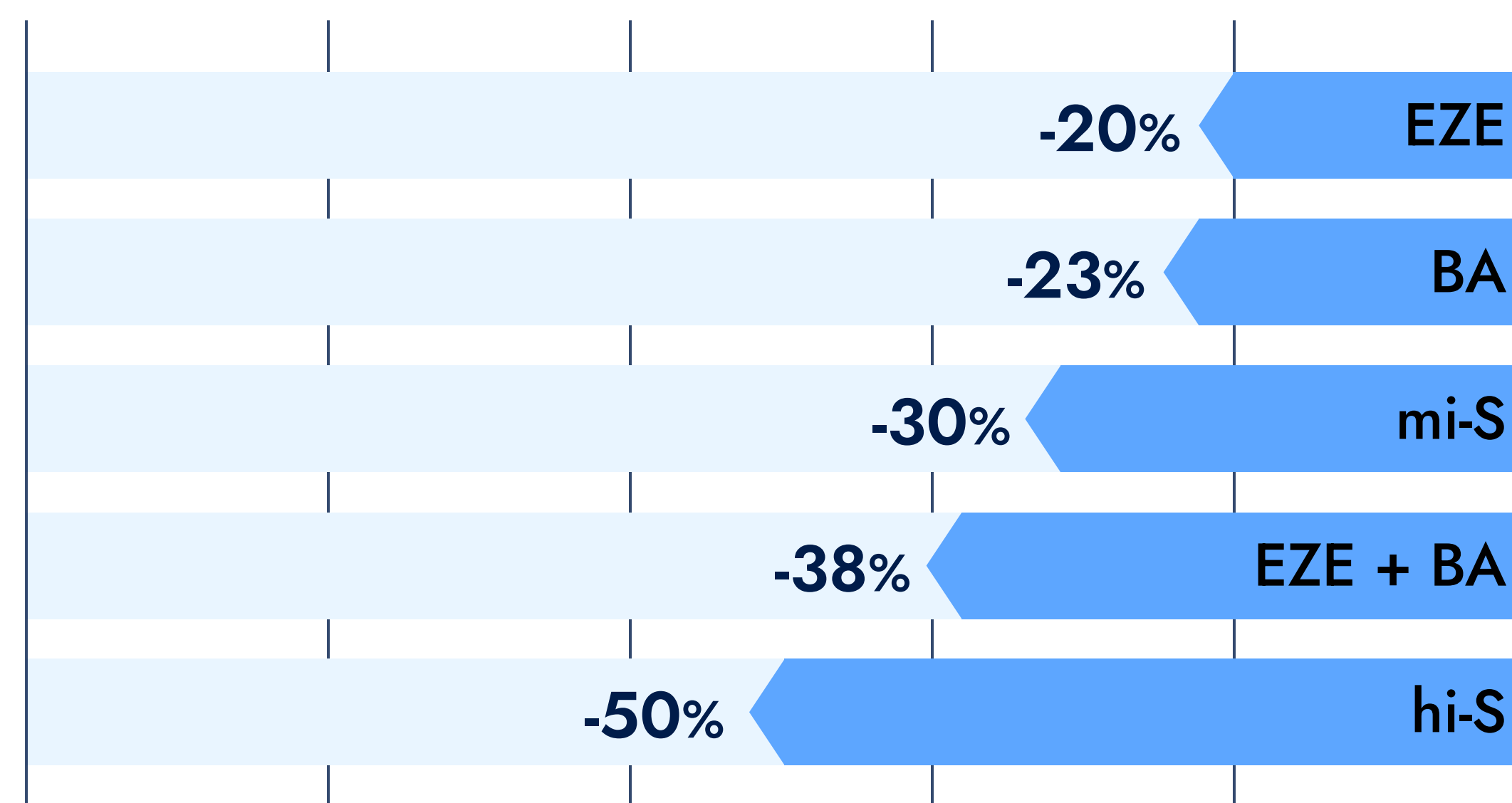


Stress-
reduktion



Schlafen

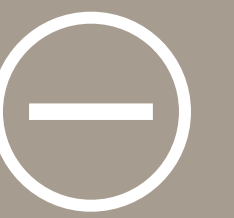
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

· **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

· junge Patient*innen (mit Typ-1-Diabetes unter 35 Jahren oder mit Typ-2-Diabetes unter 50 Jahren) mit einer Diabetesdauer von < 10 Jahren und ohne weitere Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 2.6

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 2.6

$2.6 - < 4.9$

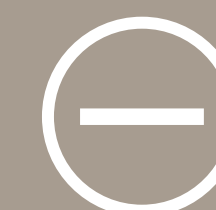
≥ 4.9

Lebensstil anpassen

**Orientierung an
Hoch-/ Sehr-
Hochrisiko-Strategie
gemäß SCORE2/
SCORE2-OP**

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

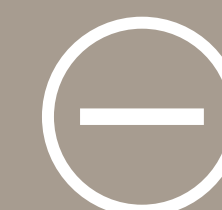
$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



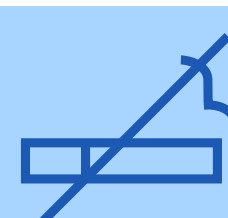
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Rauchen-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



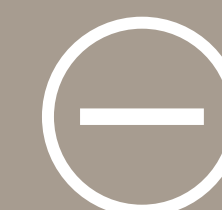
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

1.8 - < 2.6

2.6 - < 3.0

3.0 - < 4.9

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



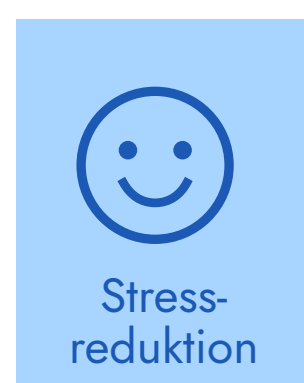
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

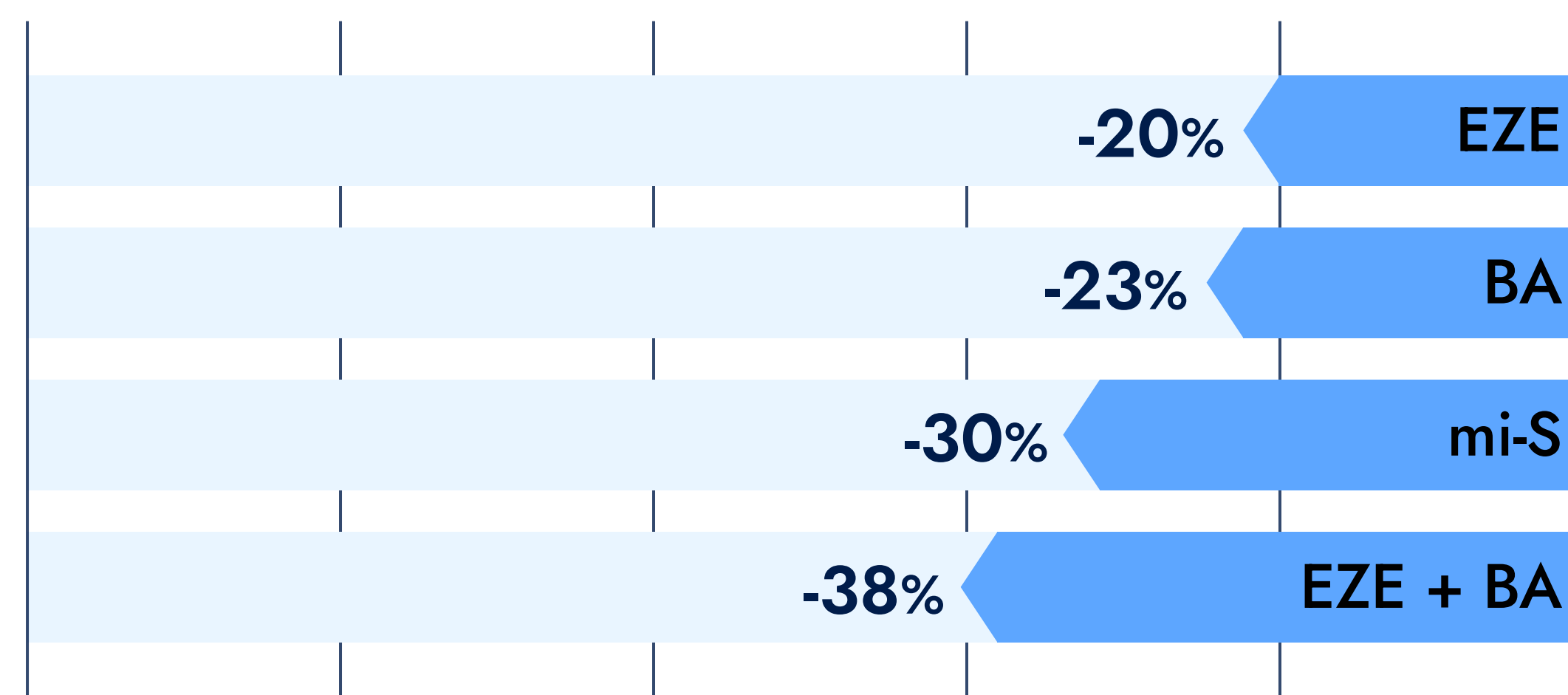


Stress-
reduktion



Schlafen

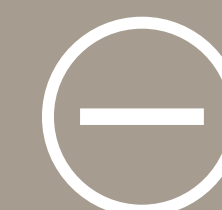
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



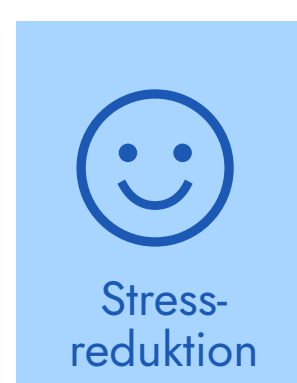
Körperliche
Betätigung



Raucher-
entwöhnung



Alkohol-
reduktion



Stress-
reduktion



Schlafen

50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



+

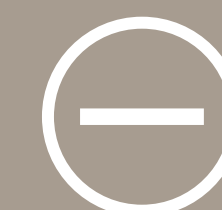
-50%

hi-S

■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



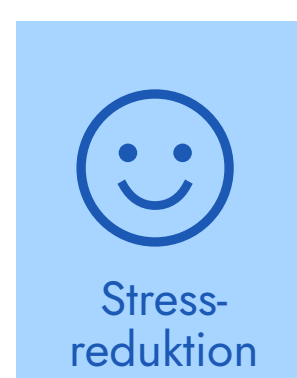
Körperliche
Betätigung



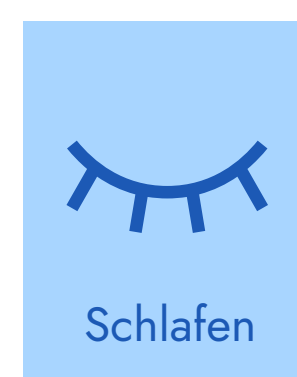
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion



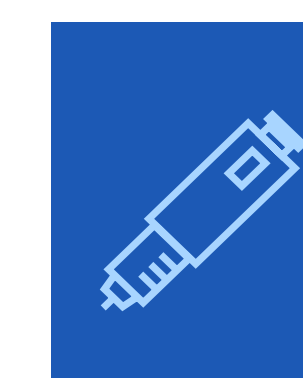
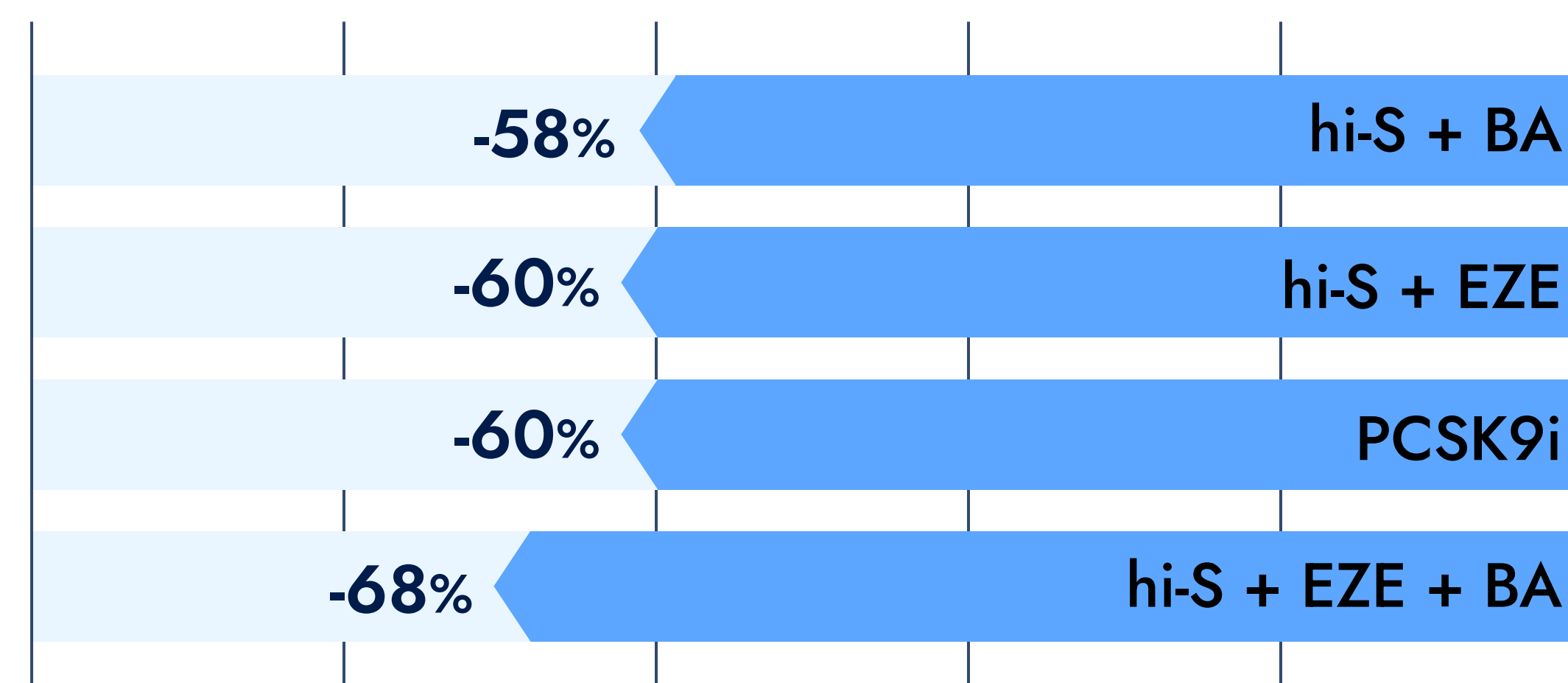
Stress-
reduktion



Schlafen

$> 50\text{--}63\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

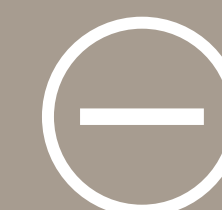
+



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.8

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 3.0$

$3.0 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



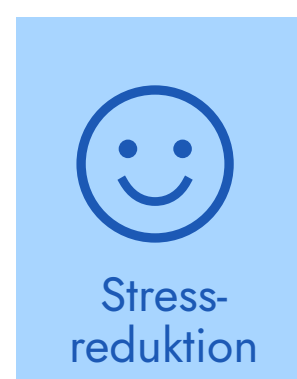
Körperliche
Betätigung



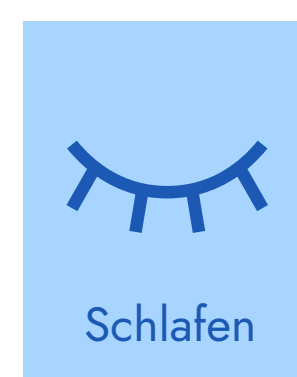
Rauchen-
twöhnung



Alkohol-
reduktion



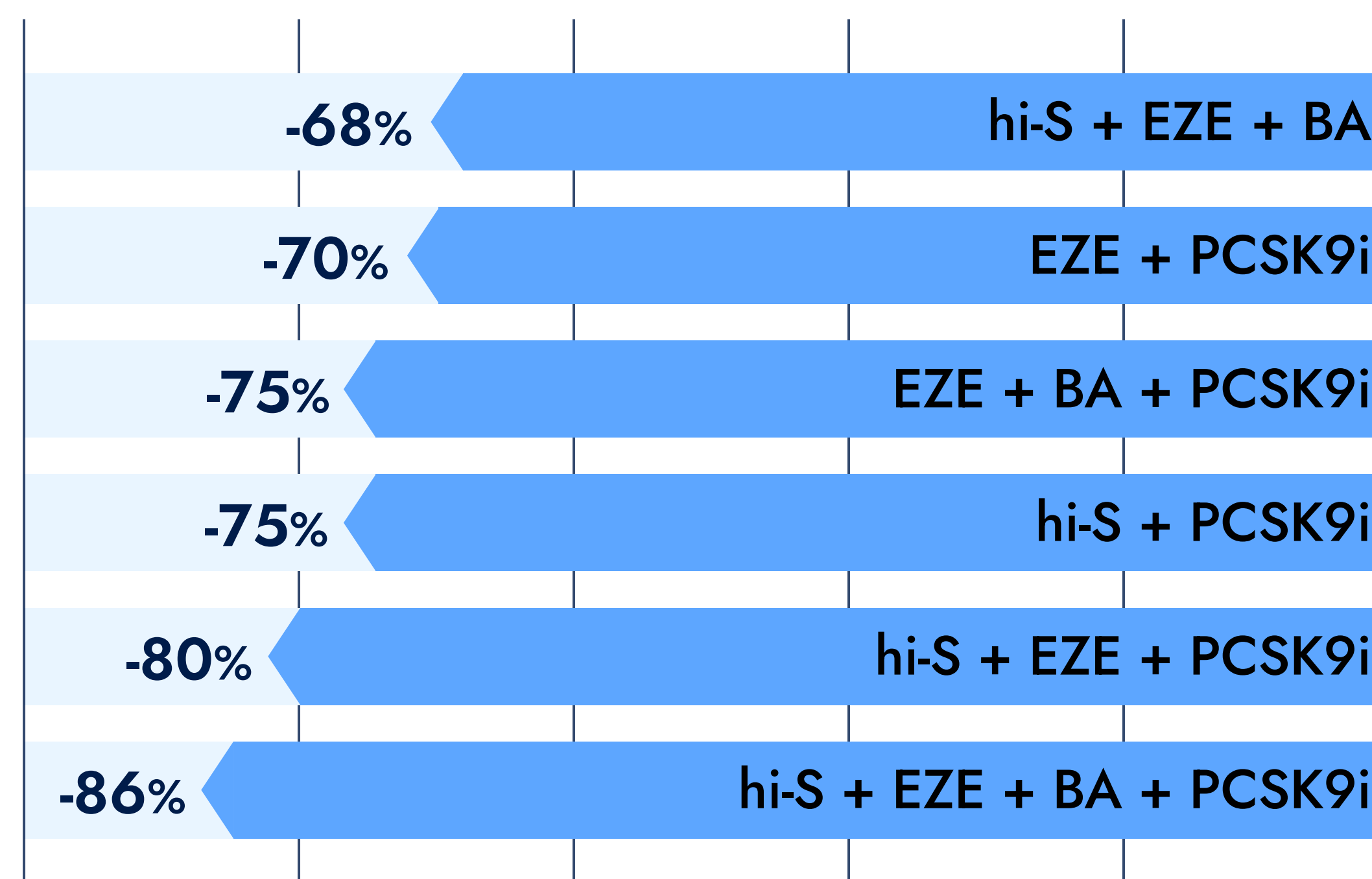
Stress-
reduktion



Schlafen

$> 63\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

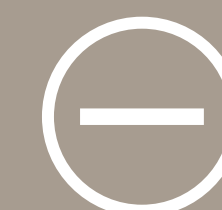
+



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $< 30 \text{ mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**
Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert
Klasse IIa, Evidenzgrad C
für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

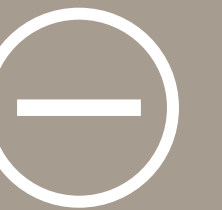
$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $< 30 \text{ mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIa, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



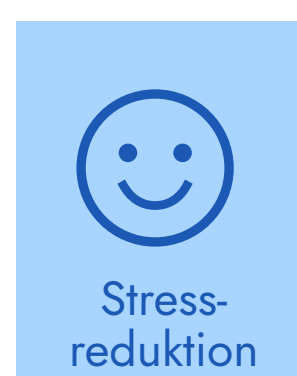
Körperliche
Betätigung



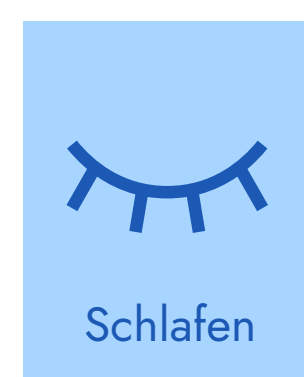
Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion

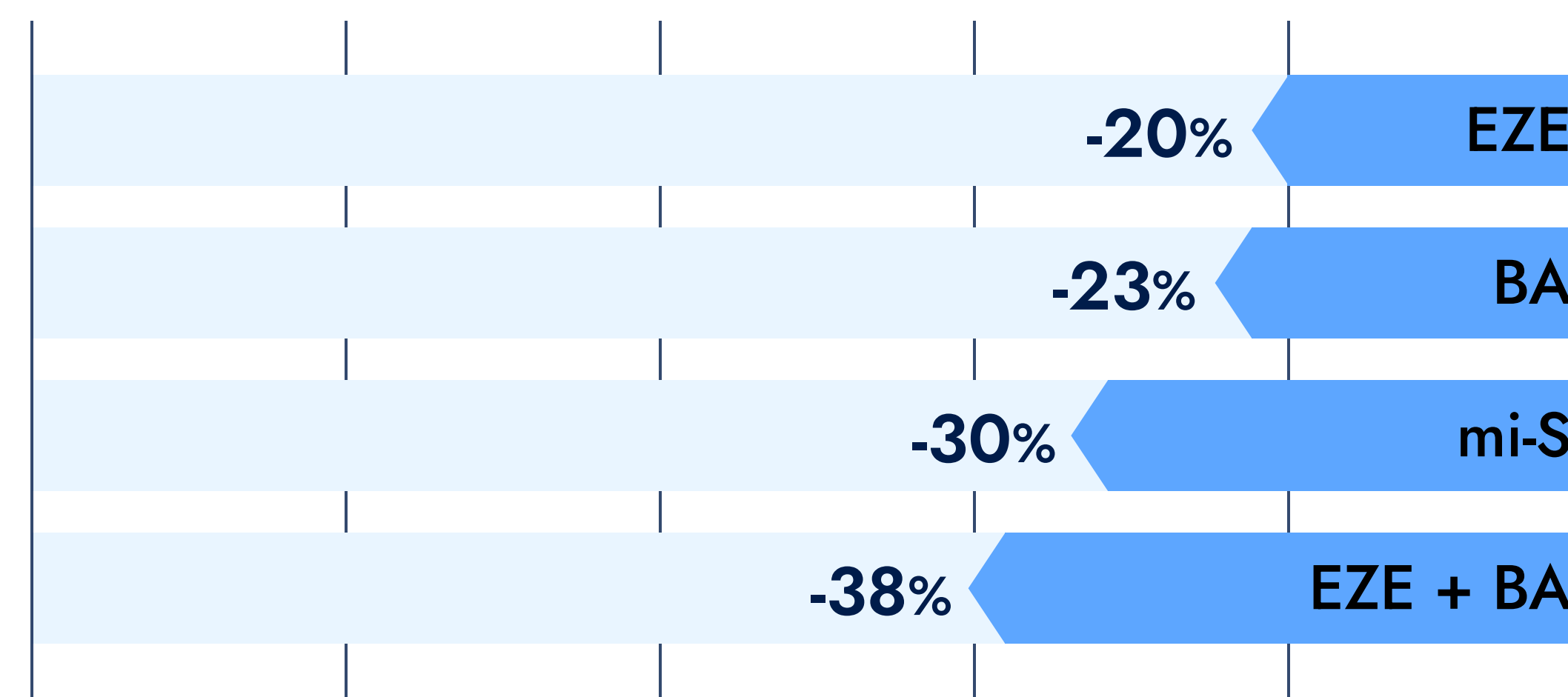


Stress-
reduktion



Schlafen

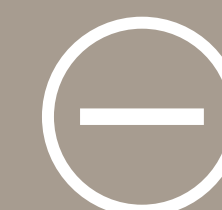
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIa, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

$1.8 - <2.6$

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



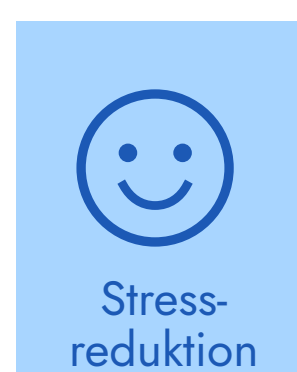
Körperliche
Betätigung



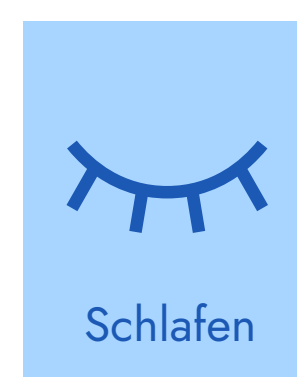
Raucher-
entwöhnung



Alkohol-
reduktion



Stress-
reduktion



Schlafen

~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

+

-50%

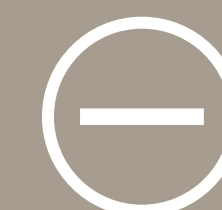
hi-S



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $< 30 \text{ mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIa, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



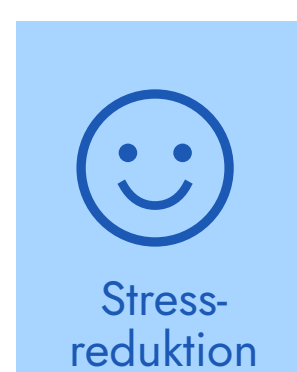
Körperliche
Betätigung



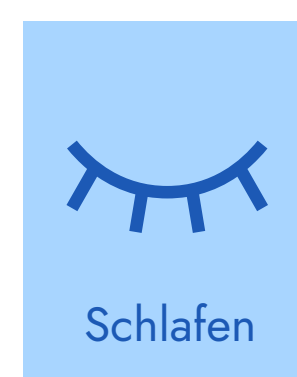
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion



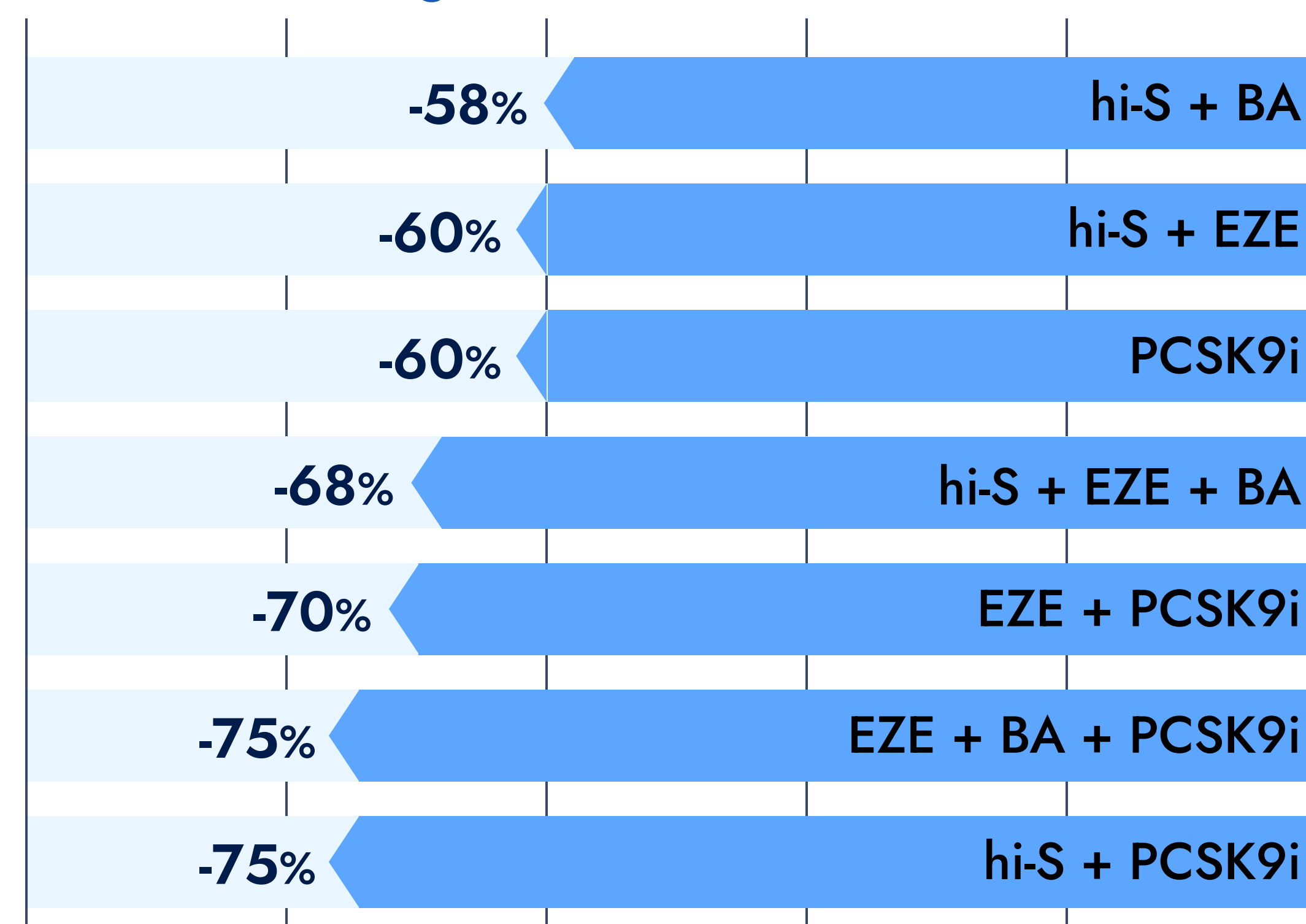
Stress-
reduktion



Schlafen

$> 50-72\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

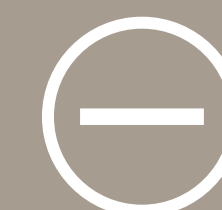
+



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $< 30 \text{ mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIa, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 1.8

$1.8 - < 2.6$

$2.6 - < 4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



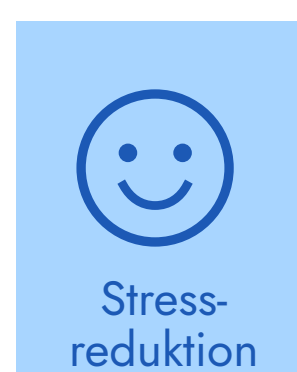
Körperliche
Betätigung



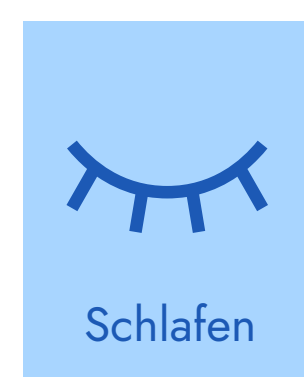
Rauchen-
töhnung



Alkohol-
reduktion

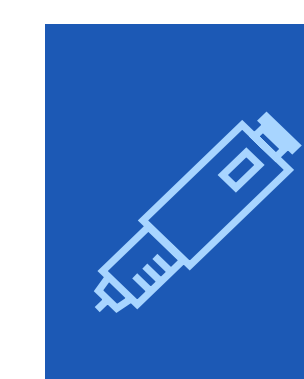
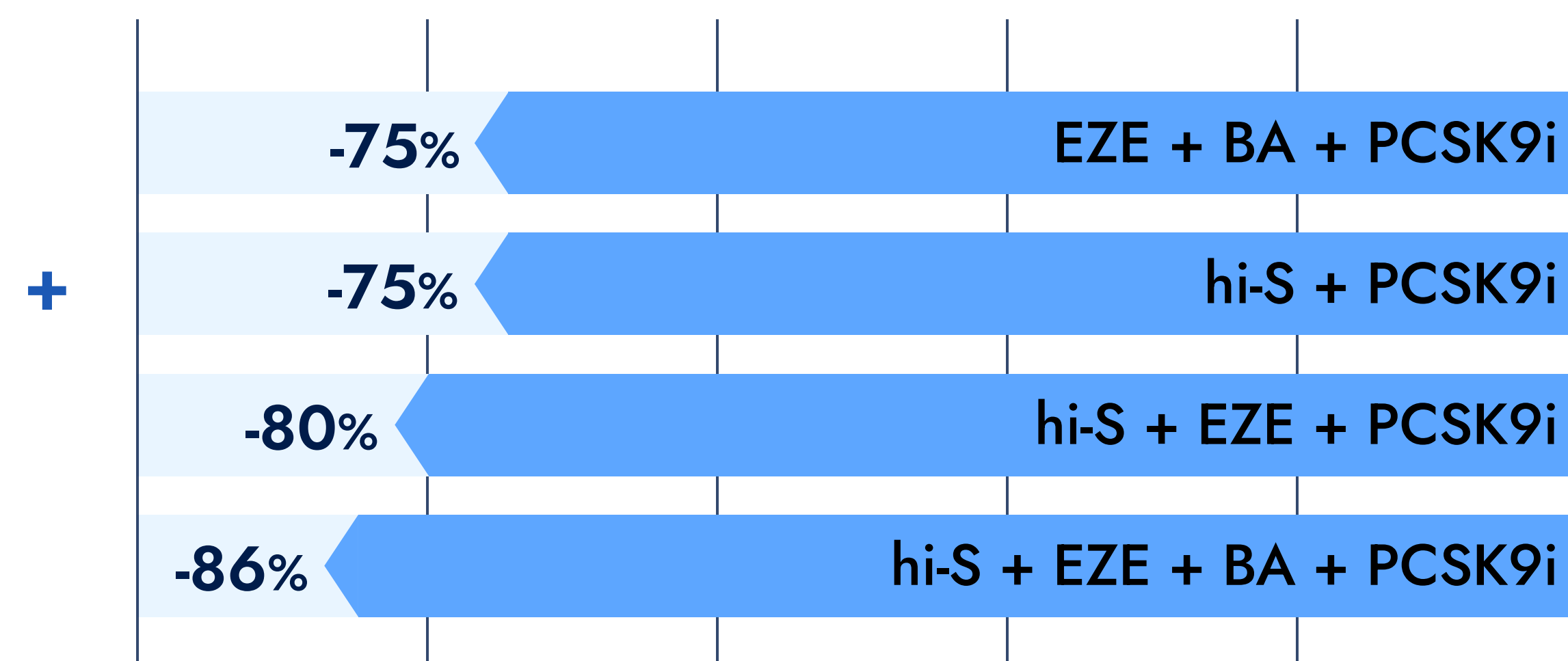


Stress-
reduktion



Schlafen

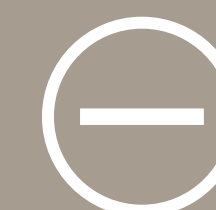
>72% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend
auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

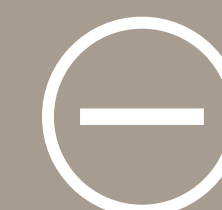
<2.6

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<2.6

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



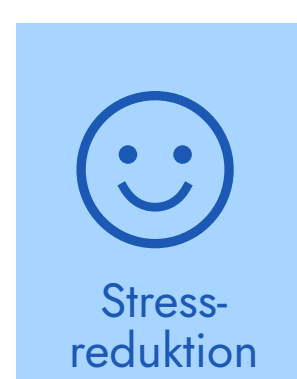
Körperliche
Betätigung



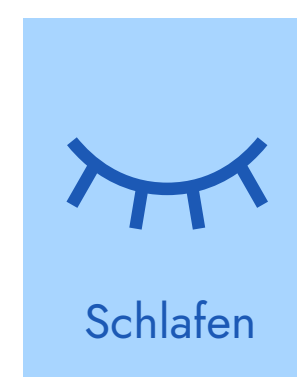
Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion



Stress-
reduktion



Schlafen

~ **50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs**

+

-50%

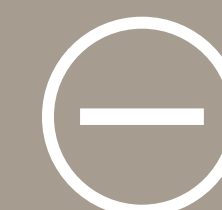
hi-S



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<2.6

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



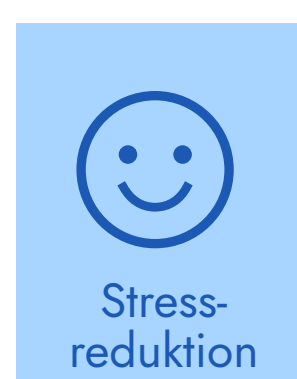
Körperliche
Betätigung



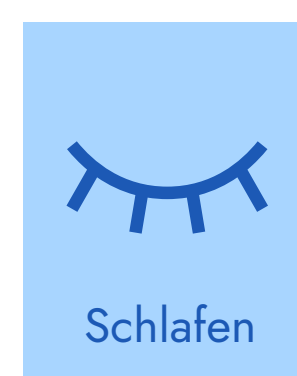
Rauchen-
tönung



Alkohol-
reduktion

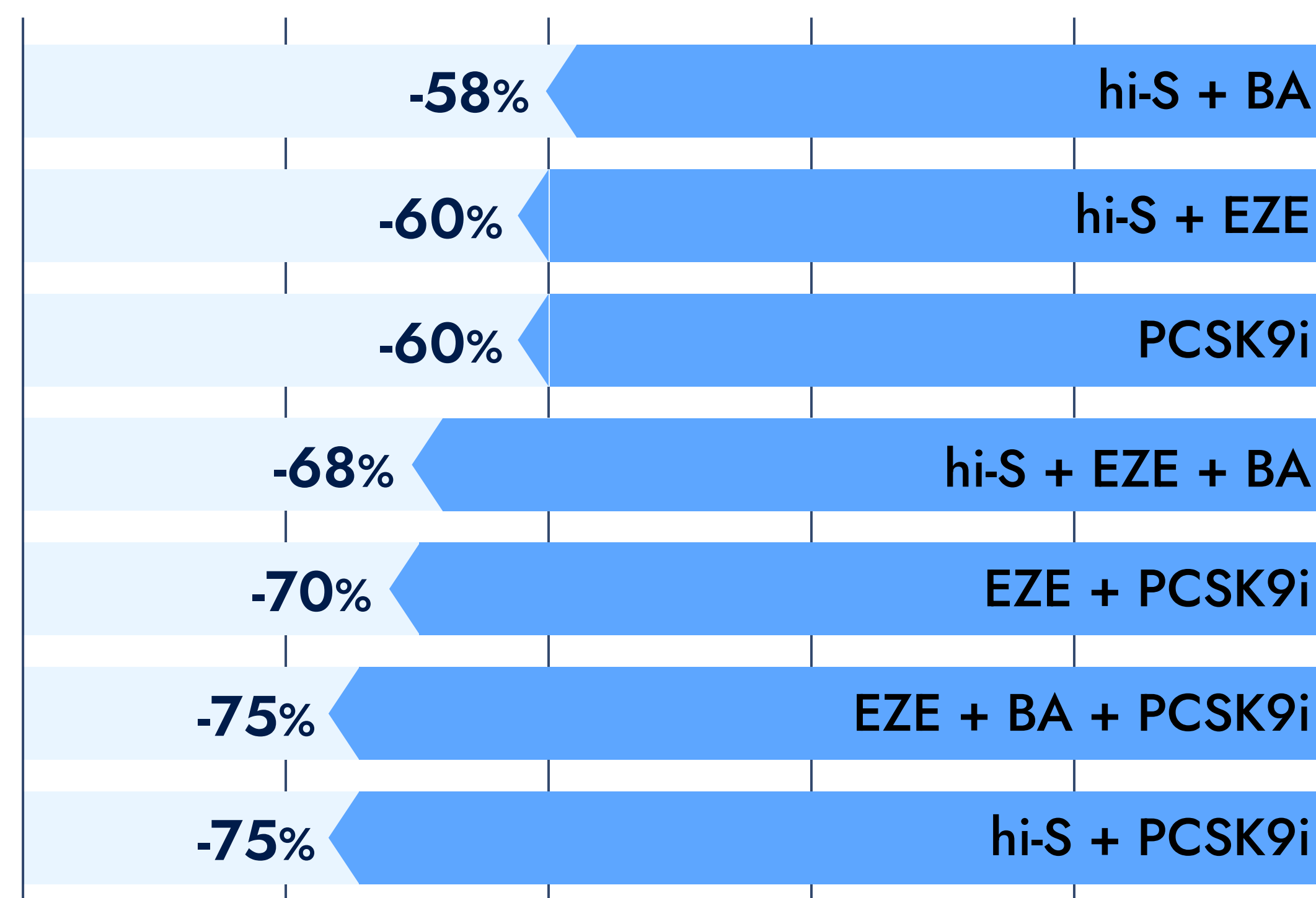


Stress-
reduktion



Schlafen

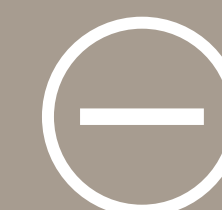
$>50-72\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.4

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<2.6

$2.6 - <4.9$

≥ 4.9



Diät



Gewichts-
reduktion



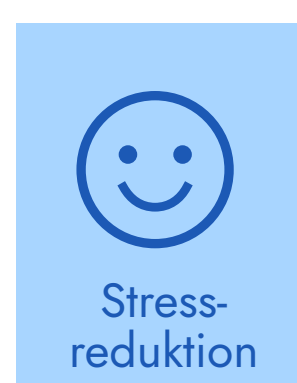
Körperliche
Betätigung



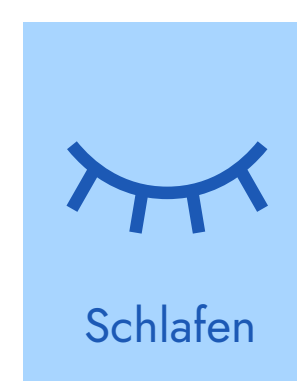
Rauchen-
twöhnung



Alkohol-
reduktion

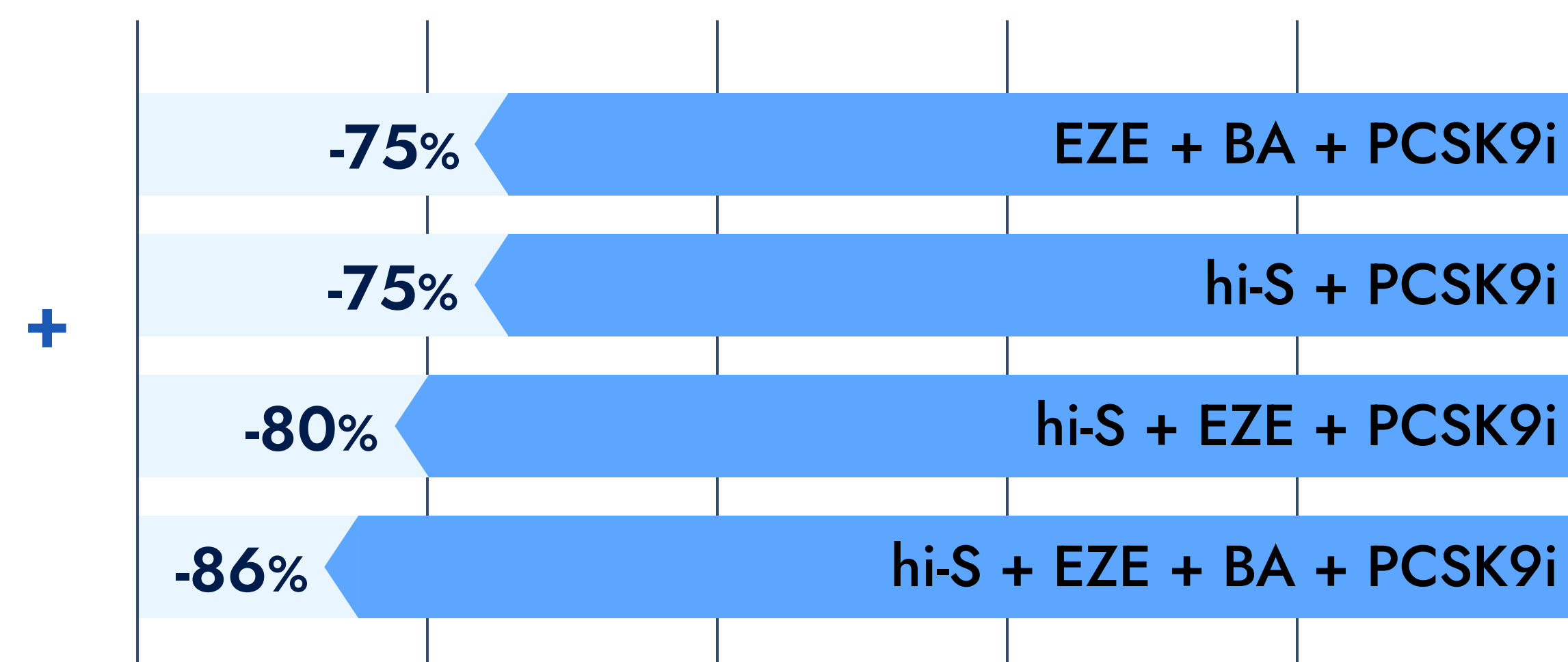


Stress-
reduktion



Schlafen

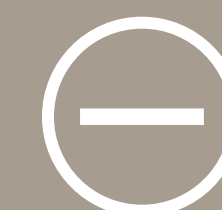
$>72\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie

- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

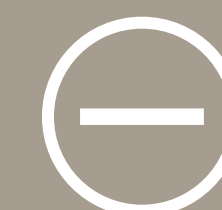
1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



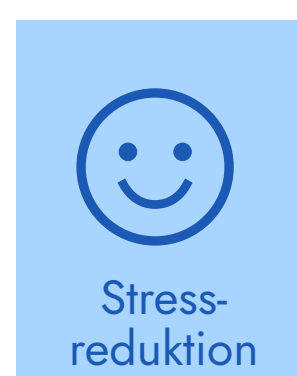
Körperliche
Betätigung



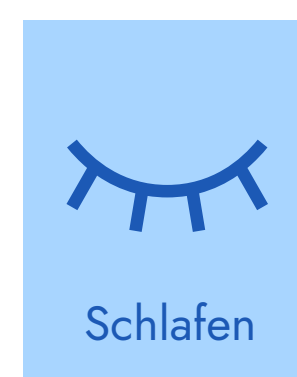
Raucher-
entwöhnung



Alkohol-
reduktion

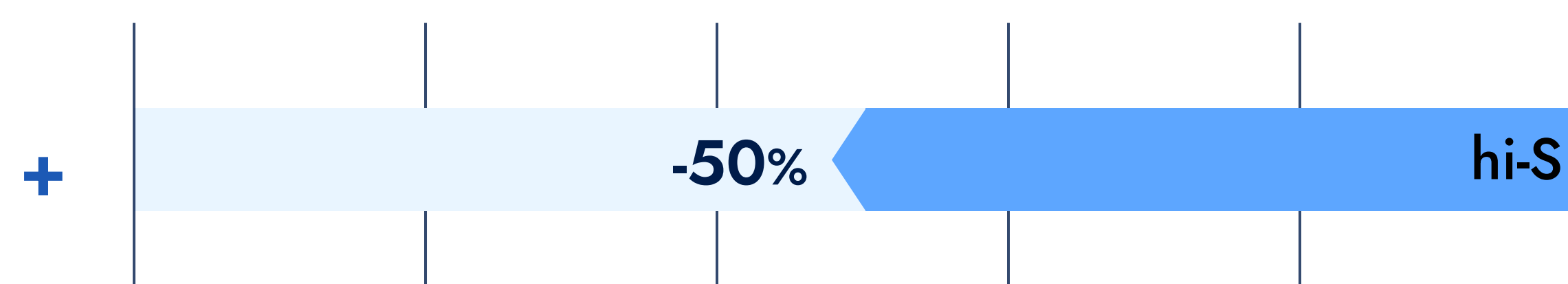


Stress-
reduktion



Schlafen

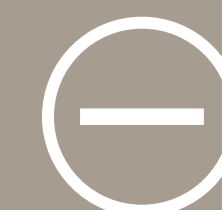
~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie

- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



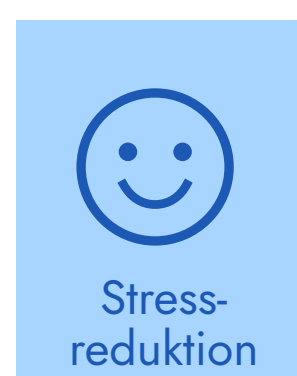
Körperliche
Betätigung



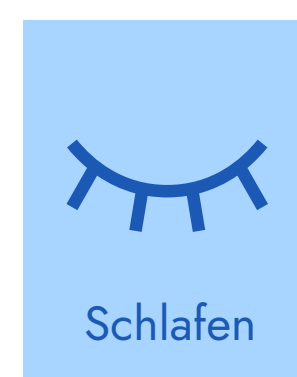
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

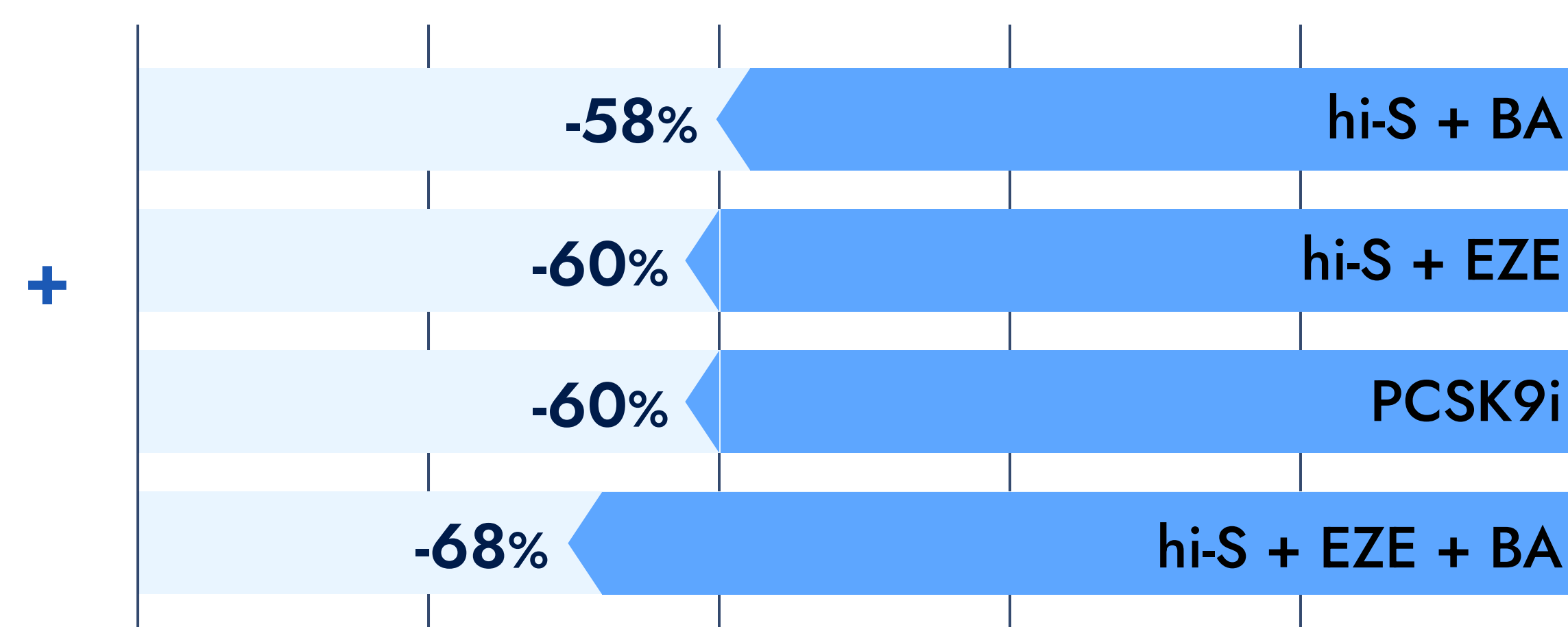


Stress-
reduktion



Schlafen

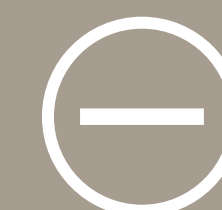
>50-65% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



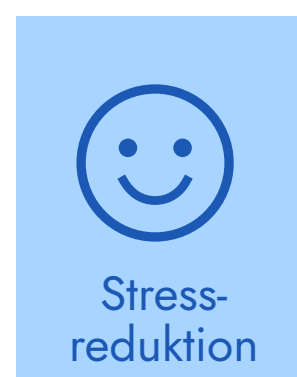
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
töhnung



Alkohol-
reduktion

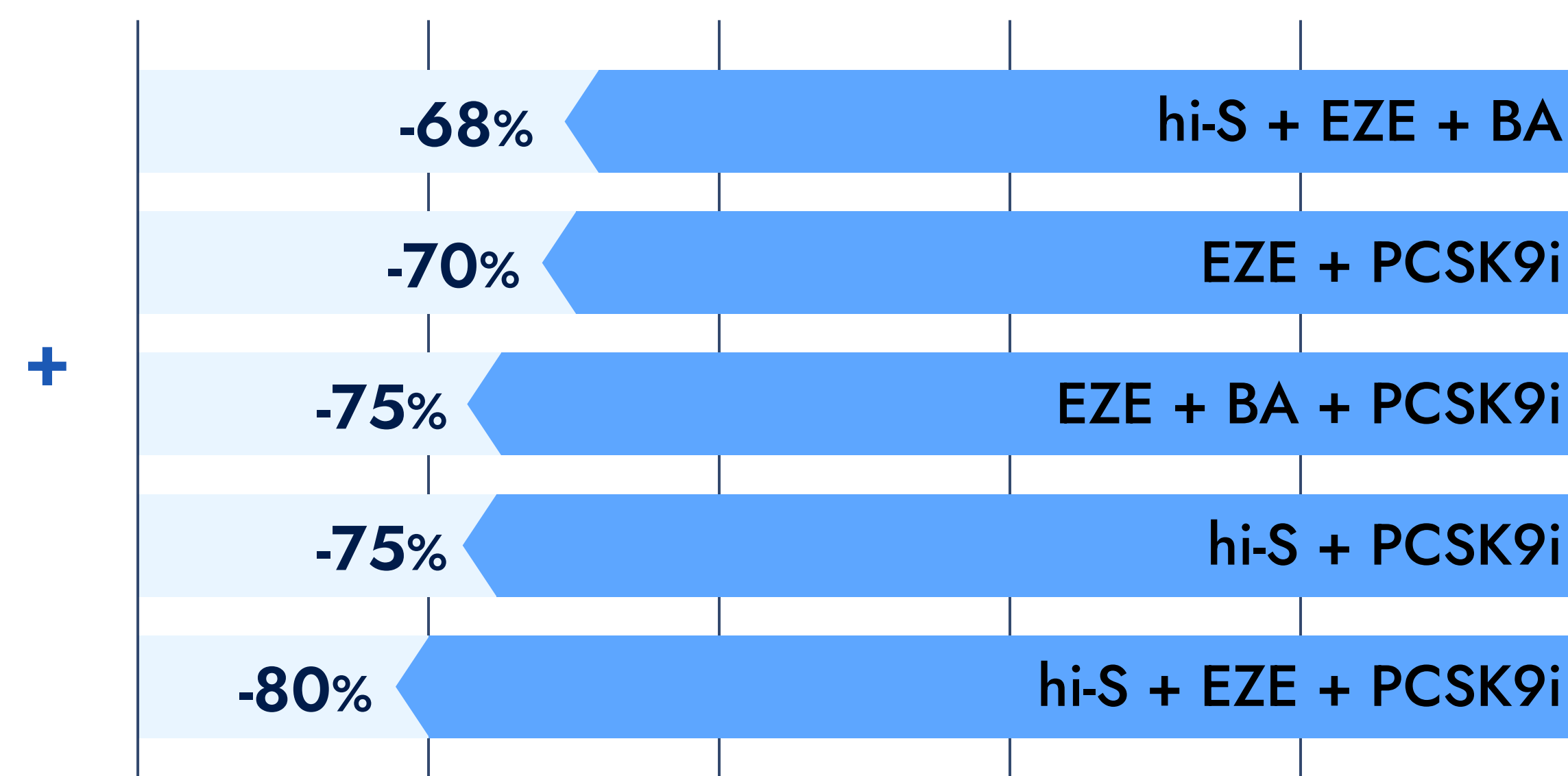


Stress-
reduktion



Schlafen

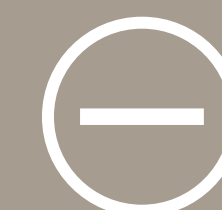
>65-79% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<1.0

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<1.8

1.8 - <3.0

3.0 - <4.9

≥4.9

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



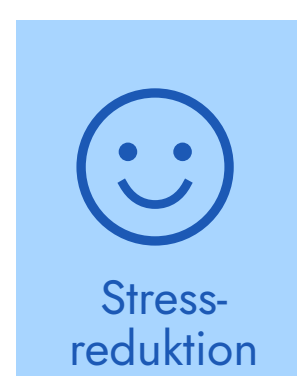
Körperliche
Betätigung



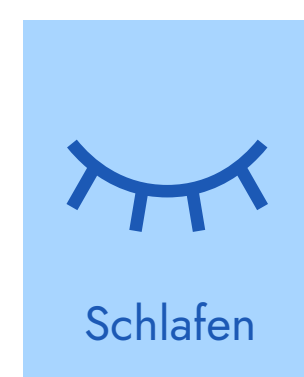
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

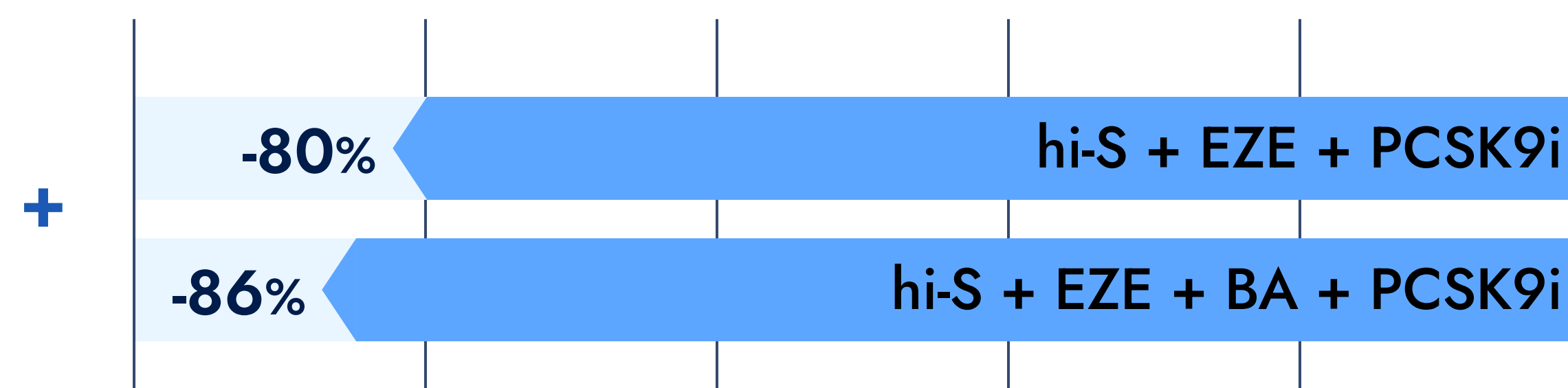


Stress-
reduktion



Schlafen

>79% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

Referenzziele für LDL-C-WERTE

REFERENZZIELE FÜR LDL-C-WERTE ABHÄNGIG VON DER RISIKOKATEGORIE

RISIKO-
KATEGORIE

NIEDRIGES

MÄSSIGES

HOHES

SEHR
HOHES

EXTREM
HOHES

Primär-
prävention

Sekundär-
prävention

REFERENZZIELE

mmol/L

mg/dL

<3.0

<2.6

<1.8

<1.4

<1.0

Klasse IIb, Evidenzgrad A

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Klasse I, Evidenzgrad A

Klasse I, Evidenzgrad A*

Klasse IIb, Evidenzgrad B

und $\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert



*Im Falle der Primärprävention: Klasse I, Evidenzgrad C; Klasse IIa, Evidenzgrad C für Patient*innen mit FH.
LDL-C: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin. Abbildung basiert auf Informationen aus Mach F et al., EHJ 2025;46:4359–78.

C

A

R

I

N

G

+

Interventionsstrategien²

mmol/L mg/dL

Lebensstilanpassungen



Diät



Gewichtsreduktion



Körperliche
Betätigung



Raucherentwöhnung



Alkoholreduktion



Stressreduktion



Schlafen

**NIEDRIGES
RISIKO**



**MÄSSIGES
RISIKO**



**HOHES
RISIKO**



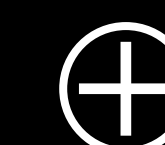
**SEHR HOHES
RISIKO**



**SEHR HOHES
RISIKO**



**EXTREM
HOHES RISIKO**



Primärprävention

Sekundärprävention

Unabhängig vom
LDL-Cholesterinwert

Unabhängig vom
LDL-Cholesterinwert

<116

<100

<70

116 - <190

100 - <190

70 - <100

<70



≥190

≥190

≥100

≥70

Verweis auf die Strategie für hohes oder sehr hohes
Risiko gemäß SCORE2/SCORE2-OP



Aktuelle LDL-Cholesterinwerte
des Patient*innen

Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

Direkte medikamentöse Behandlung



LDL-c: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin. Abbildung basiert auf Informationen aus Mach F et al., EHJ 2025;46:4359–78.

C

A

R

I

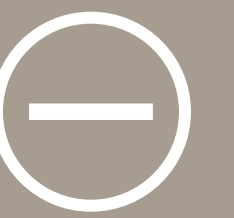
N

G

+

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<116

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

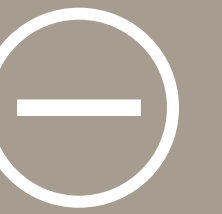
<116

116 - <190

≥190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<116

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



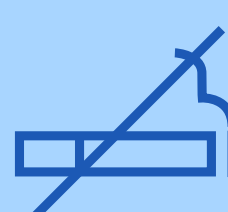
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



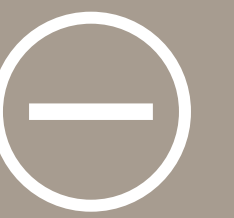
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL

**C**(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos**NIEDRIGES
RISIKO****R**eferenz-LDL-C-Zielwerte

<116

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<116

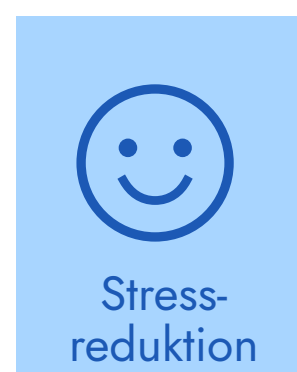
116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen

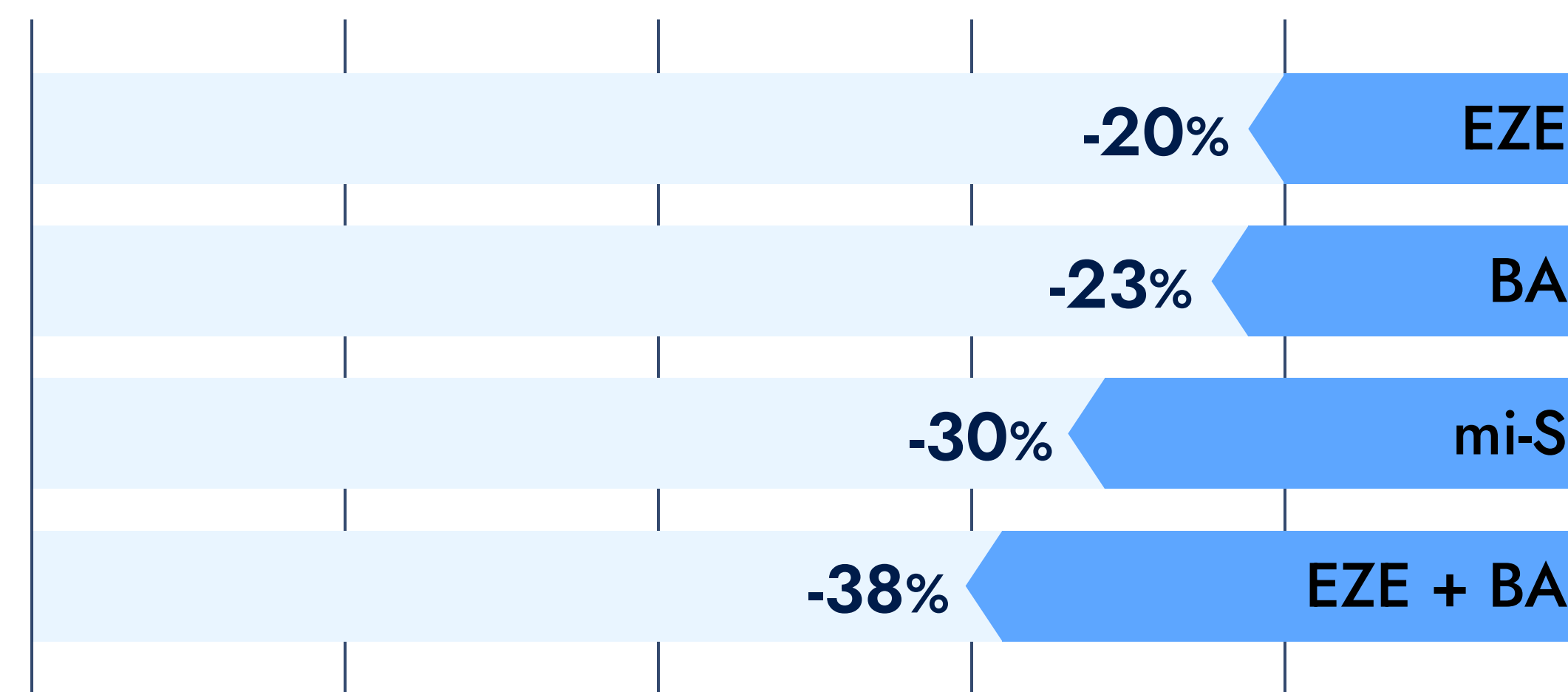


Diät

Gewichts-
reduktionKörperliche
BetätigungRaucheren-
töhnungAlkohol-
reduktionStress-
reduktion

Schlafen

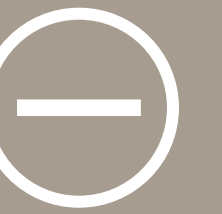
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

SCORE2/SCORE2-OP <2%

Analyse des Risikos

**NIEDRIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<116

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<116

116 - <190

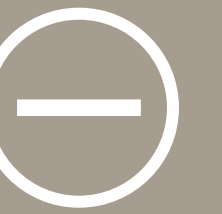
≥190

Lebensstil anpassen

**Orientierung an
Hoch-/ Sehr-
Hochrisiko-Strategie
gemäß SCORE2/
SCORE2-OP**

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

· **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

· Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 100

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

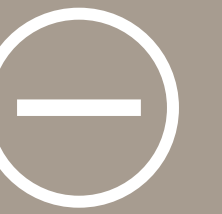
< 100

$100 - < 190$

≥ 190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

• **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

• Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 100

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 100

$100 - < 190$

≥ 190

Lebensstil anpassen



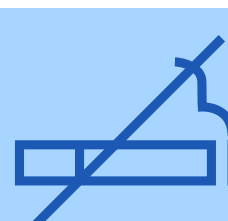
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



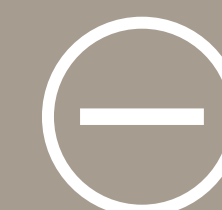
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

• **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

• Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 100

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 100

$100 - < 190$

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



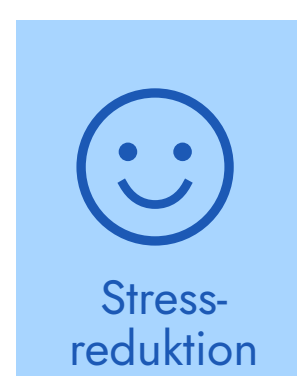
Körperliche
Betätigung



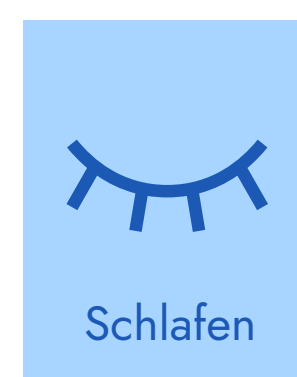
Rauchen-
töhnung



Alkohol-
reduktion

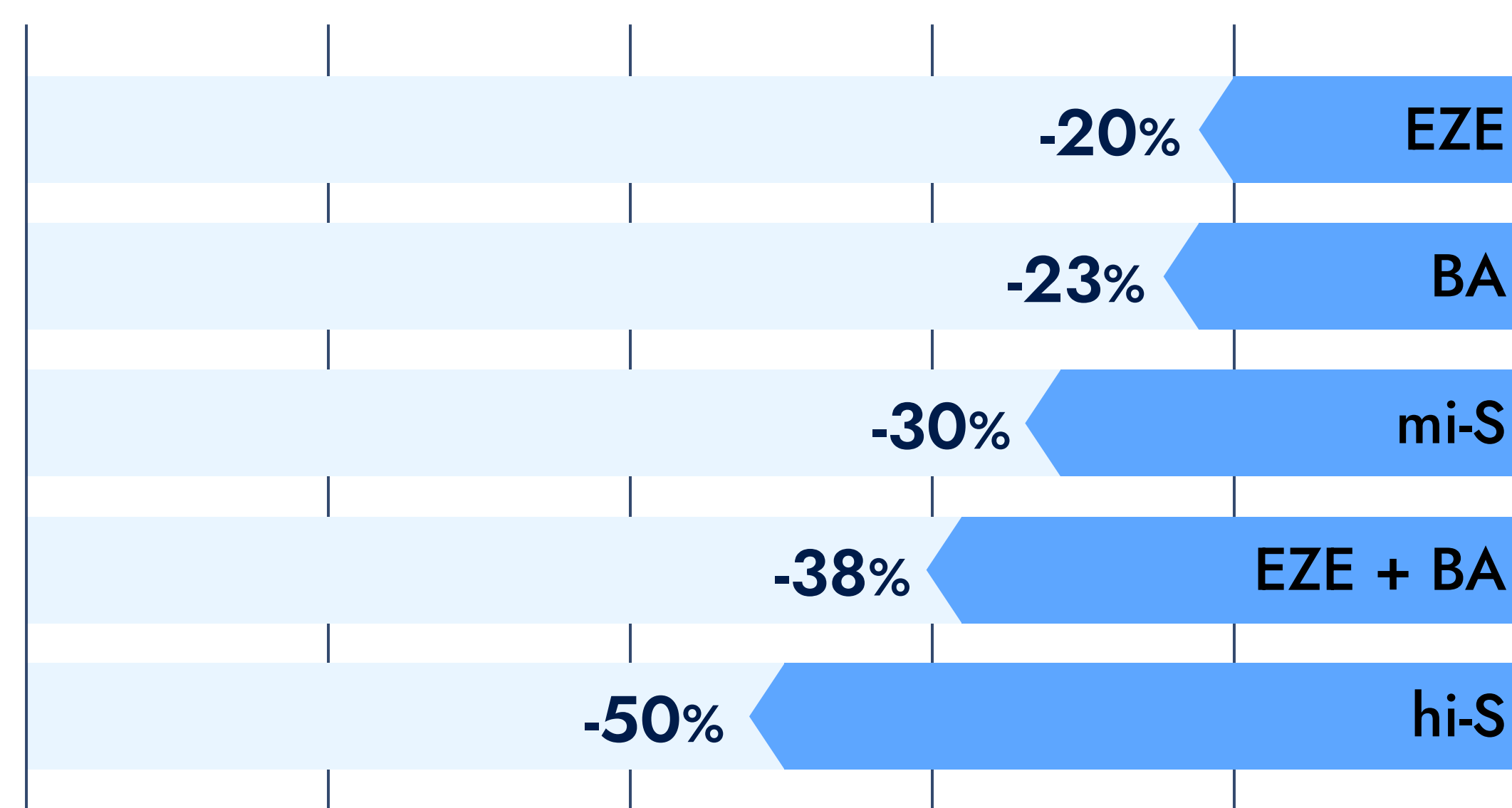


Stress-
reduktion



Schlafen

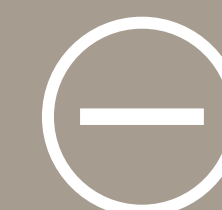
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

· **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 2\%$ - $< 10\%$**

· Junge Patient*innen (T1DM < 35 J. oder T2DM < 50 J.) mit einer Diabetesdauer < 10 J., ohne weitere Risikofaktoren)

Analyse des Risikos

**MÄSSIGES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 100

Klasse IIa, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 100

$100 - < 190$

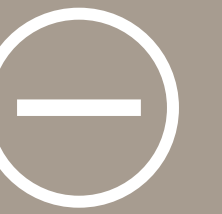
≥ 190

Lebensstil anpassen

**Orientierung an
Hoch-/ Sehr-
Hochrisiko-Strategie
gemäß SCORE2/
SCORE2-OP**

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

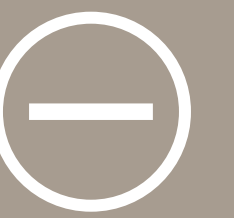
100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

Lebensstil anpassen



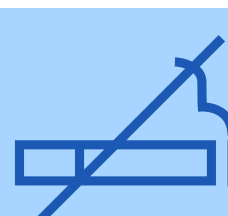
Diät



Gewichts-
reduktion



Körperliche
Betätigung



Rauchen-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



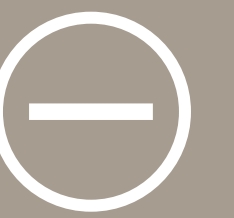
Stress-
reduktion



Schlafen

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



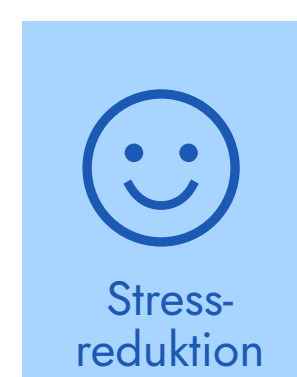
Körperliche
Betätigung



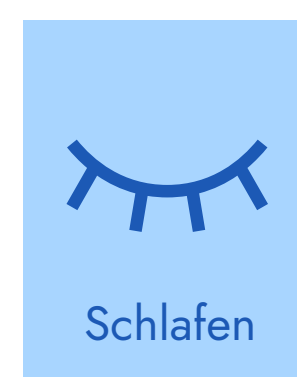
Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion

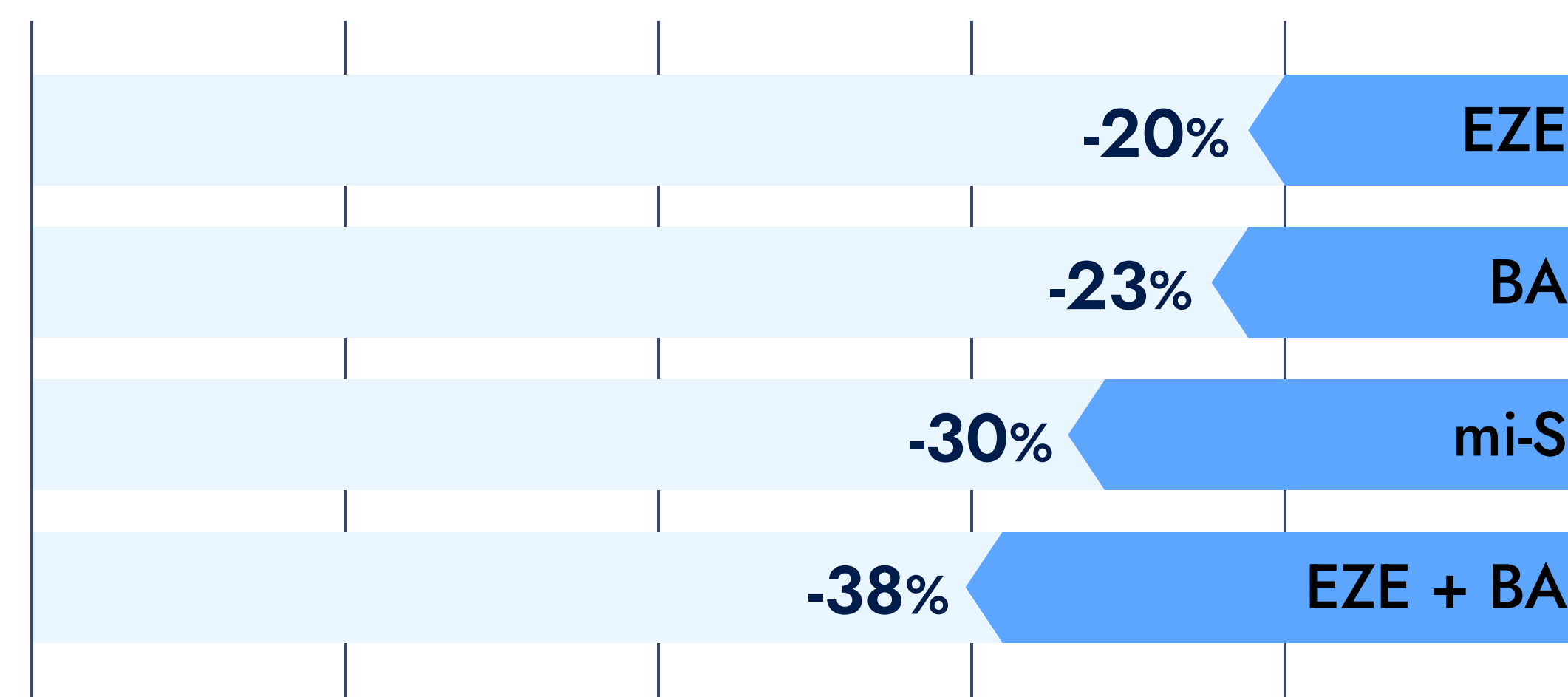


Stress-
reduktion



Schlafen

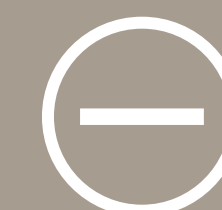
+



 Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



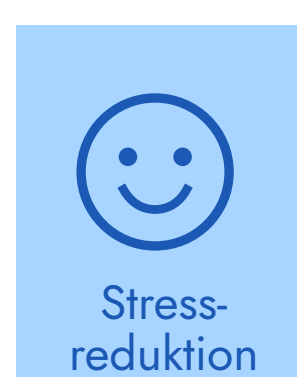
Körperliche
Betätigung



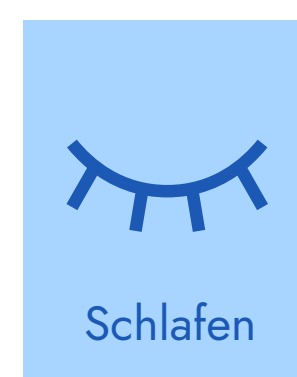
Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion

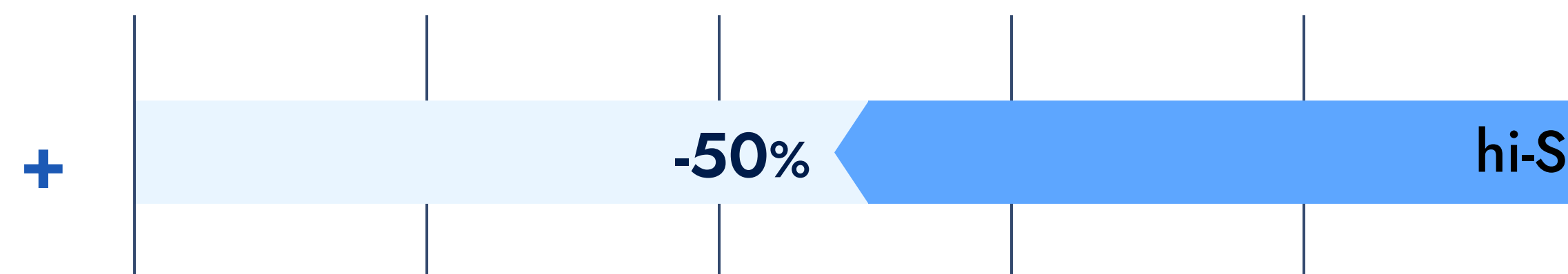


Stress-
reduktion



Schlafen

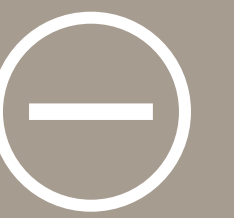
~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190



Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



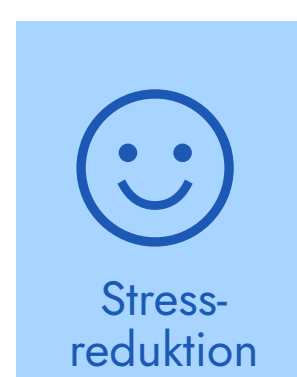
Körperliche
Betätigung



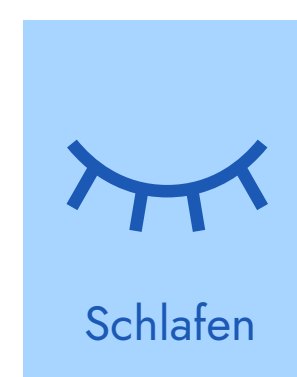
Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion



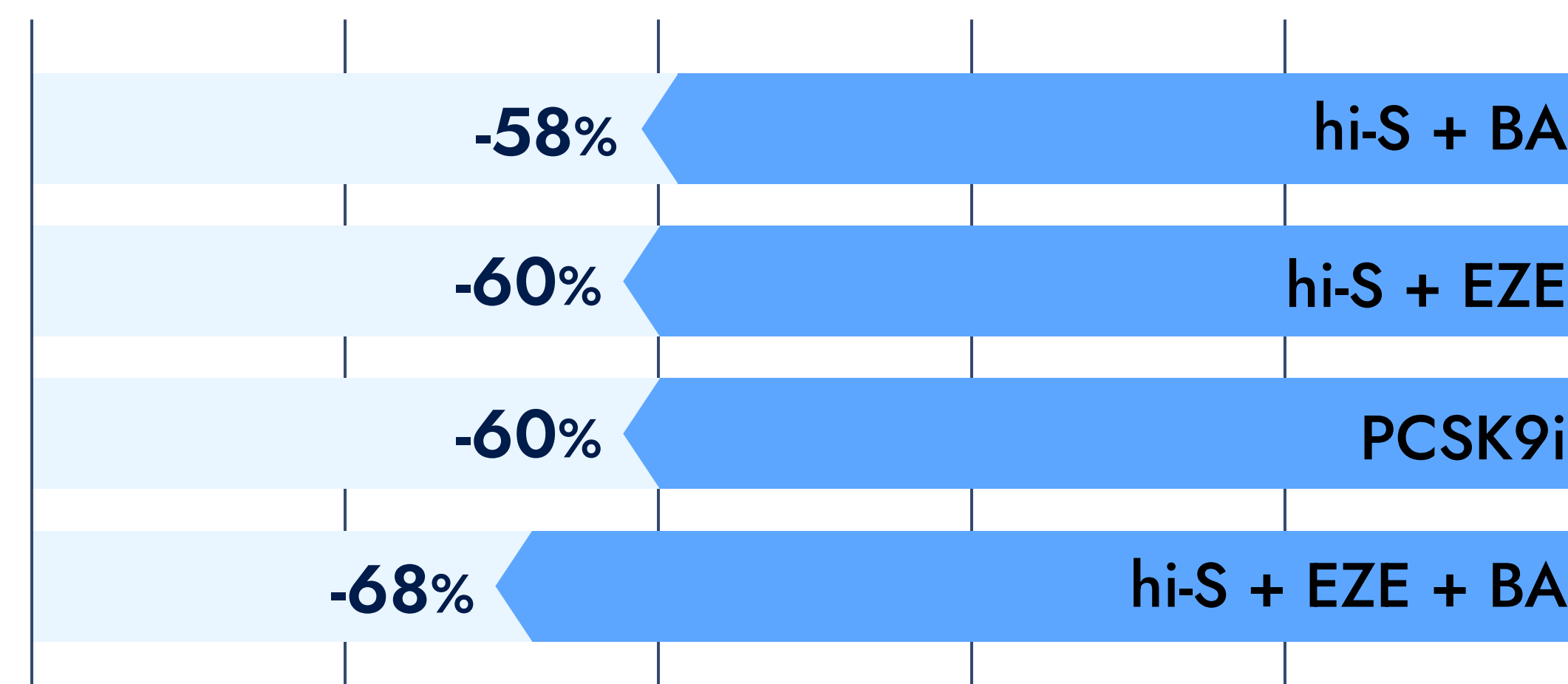
Stress-
reduktion



Schlafen

$> 50\text{--}63\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

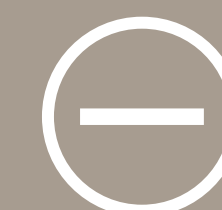
+



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 10\%$ - $< 20\%$**
- TC > 8 mmol/L (310 mg/dL) oder LDL-C $> 4,9$ mmol/L (190 mg/dL) oder BD $\geq 180/110$ mmHg
- FH ohne weitere bedeutende Risikofaktoren
- Mäßige CKD: eGFR 30–59 mL/ min/1,73 m²
- DM ohne Endorganschäden, ≥ 10 J. Dauer oder weitere zusätzliche Risikofaktoren

Analyse des Risikos

**HOHES
RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

< 70

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

< 70

70 - < 100

100 - < 116

116 - < 190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



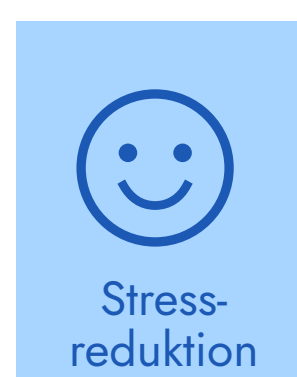
Körperliche
Betätigung



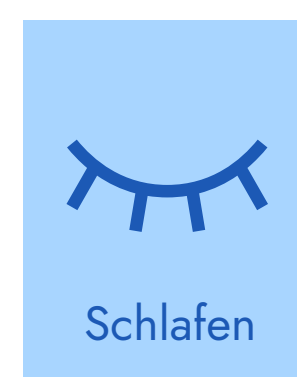
Rauchen-
wöhnung



Alkohol-
reduktion

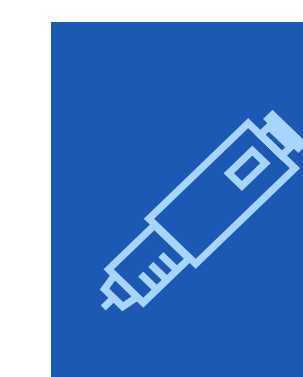
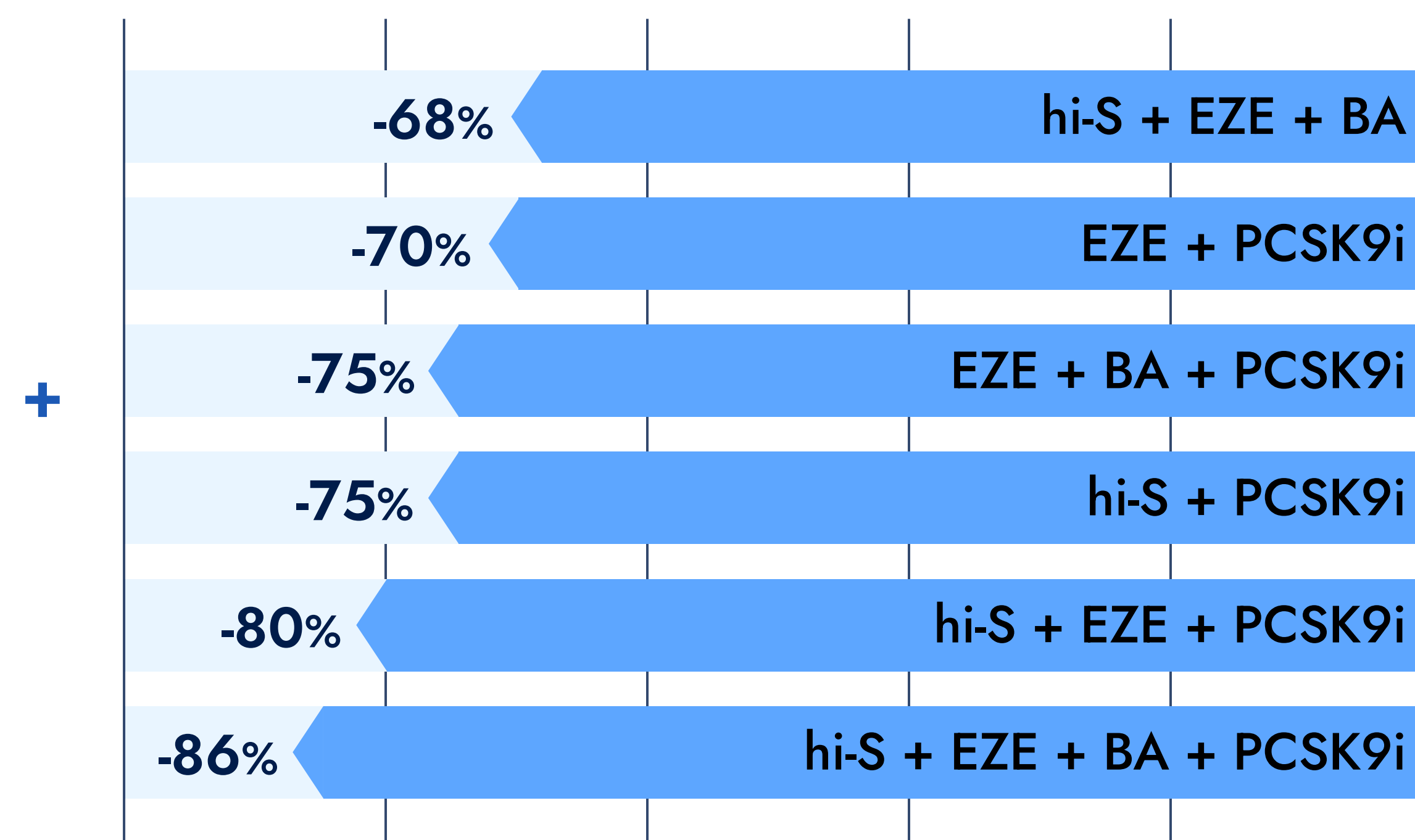


Stress-
reduktion



Schlafen

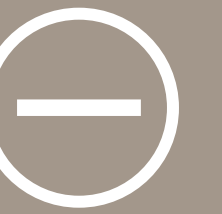
$> 63\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

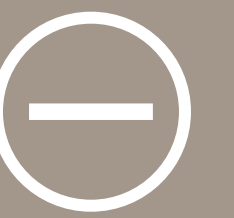
$70 - <100$

$100 - <190$

≥ 190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <100

100 - <190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



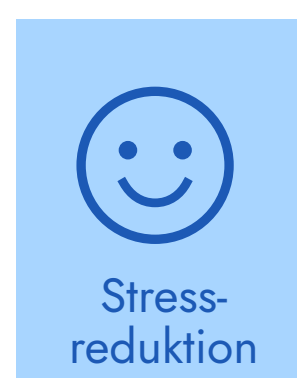
Körperliche
Betätigung



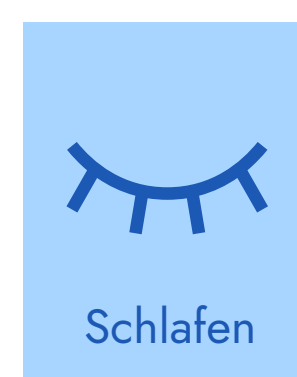
Rauchen-
twöhnung



Alkohol-
reduktion

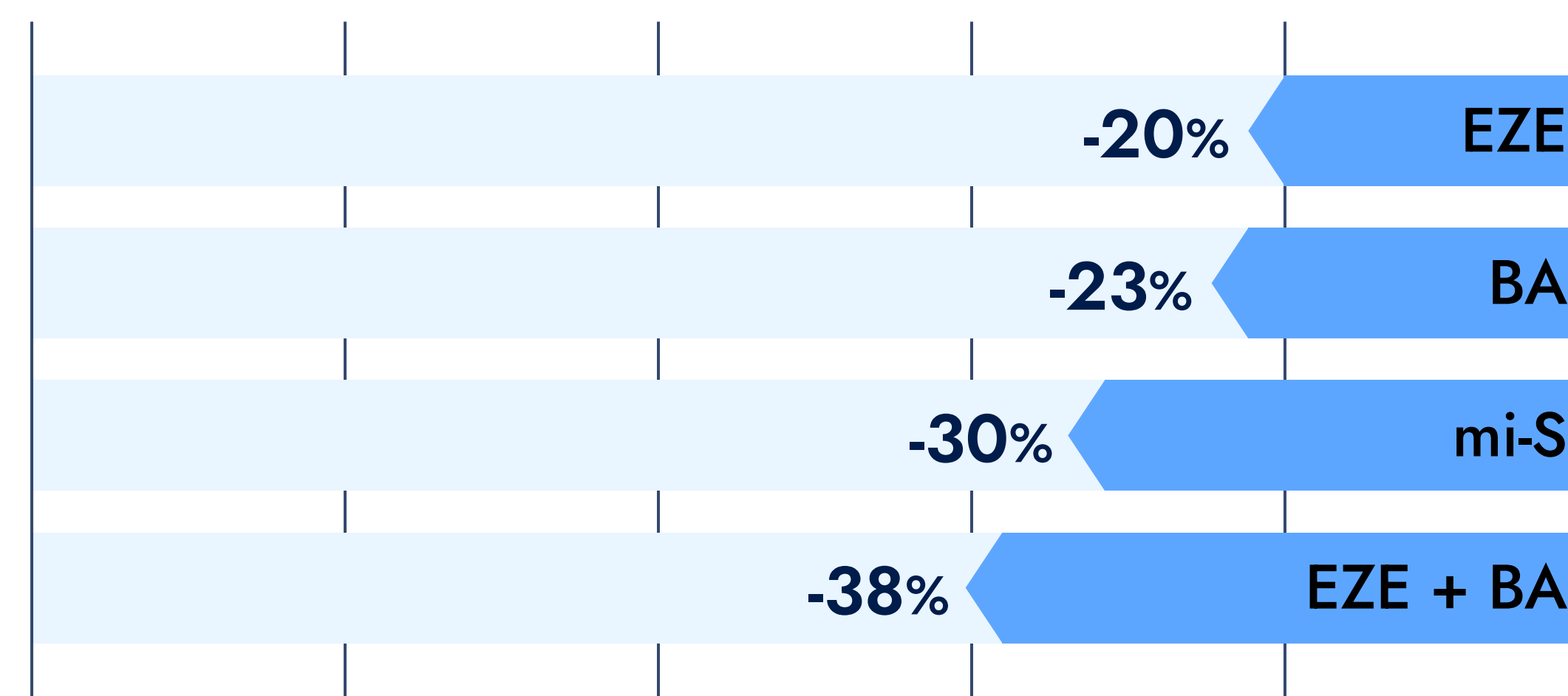


Stress-
reduktion



Schlafen

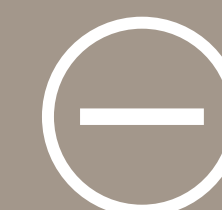
+



■ Erwägen Sie eine medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

$70 - <100$

$100 - <190$

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



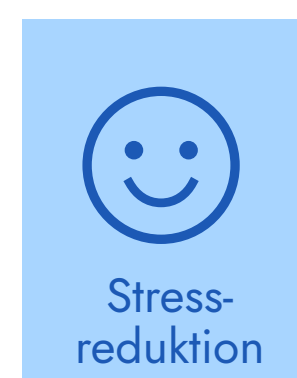
Körperliche
Betätigung



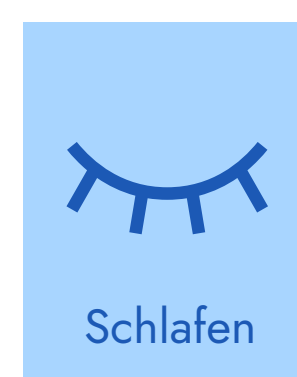
Raucher-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion



Stress-
reduktion



Schlafen

$\sim 50\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

+

-50%

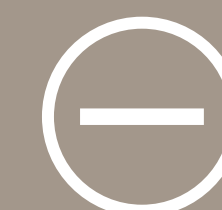
hi-S



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**
Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55 **$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert***Klasse I, Evidenzgrad C**für Patienten mit FH*

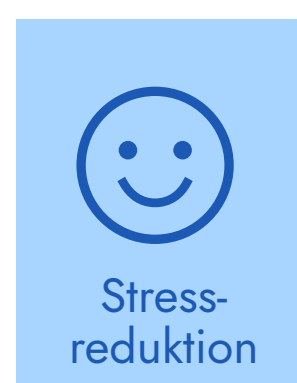
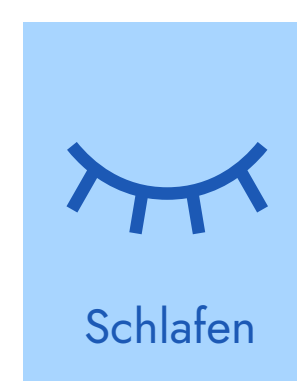
Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70**70 - <100****100 - <190** **≥ 190**

Lebensstil anpassen



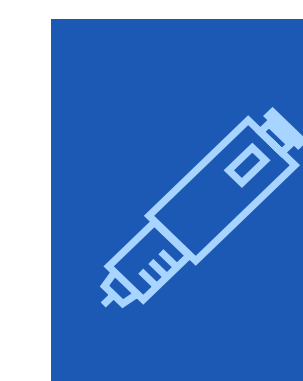
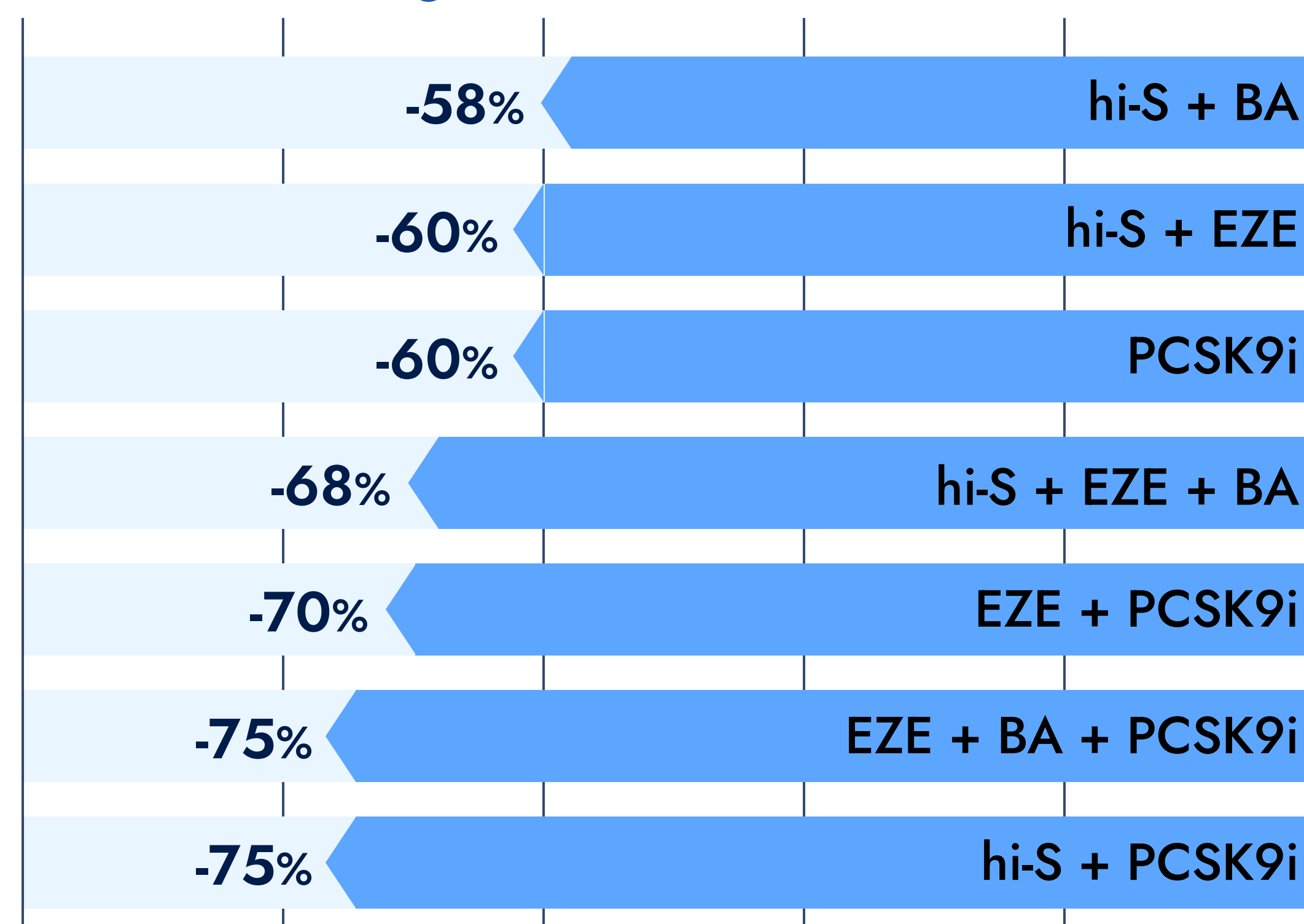
Diät

Gewichts-
reduktionKörperliche
BetätigungRaucheren-
töhnungAlkohol-
reduktionStress-
reduktion

Schlafen

>50-72% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

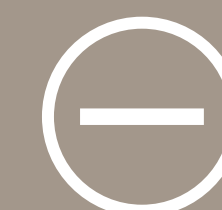
+



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **SCORE2/SCORE2-OP $\geq 20\%$**
- DM mit Endorganschäden, früh beginnender Typ-1-Diabetes (>20 J. Erkrankungsdauer) oder ≥ 3 große Risikofaktoren
- FH mit einem weiteren großen Risikofaktor
- Schwere CKD: eGFR $<30\text{mL/min/1,73m}^2$

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Primärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad C

für Patienten mit FH

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

$70 - <100$

$100 - <190$

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



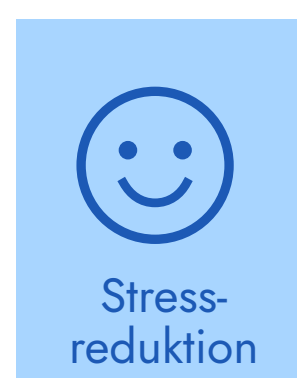
Körperliche
Betätigung



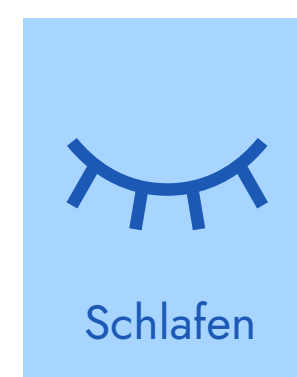
Rauchen-
gewöhnung



Alkohol-
reduktion

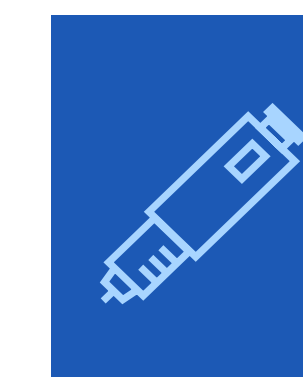
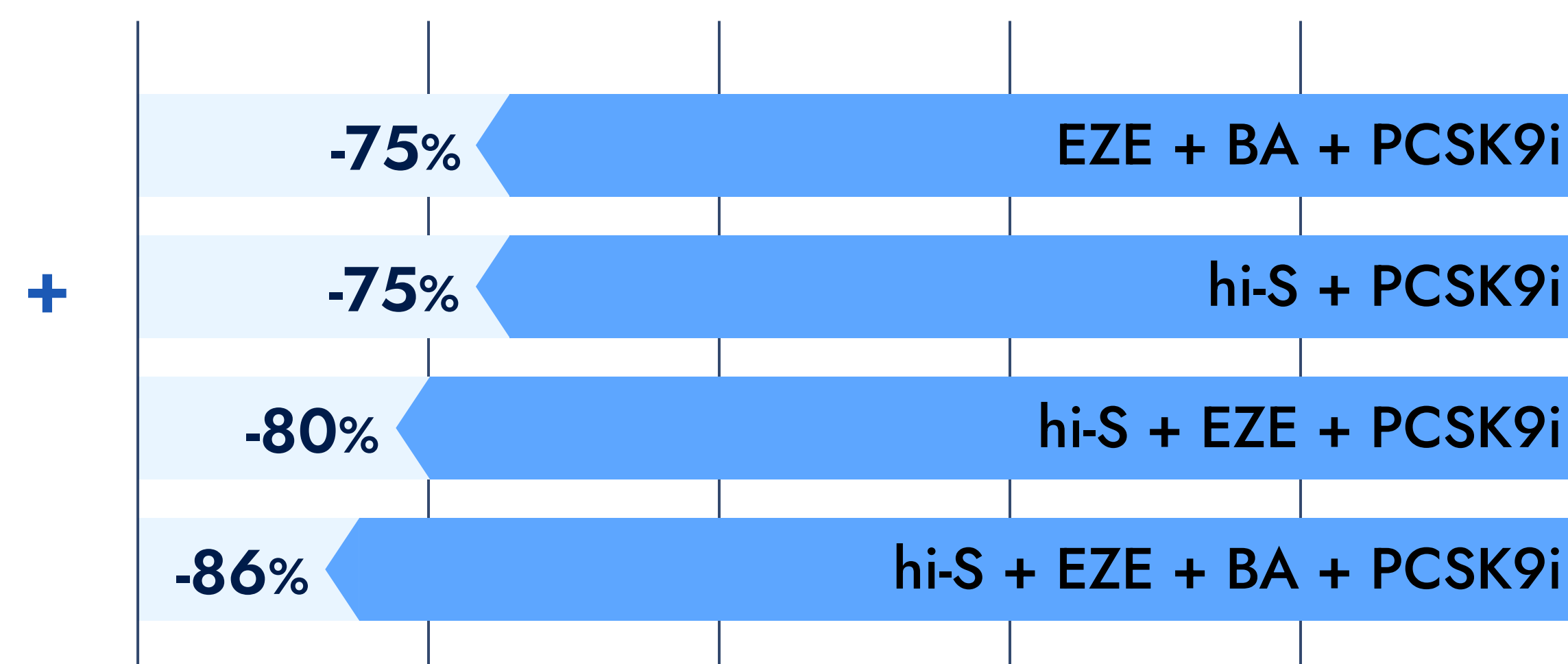


Stress-
reduktion



Schlafen

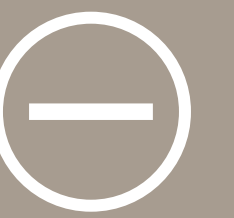
$>72\%$ Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

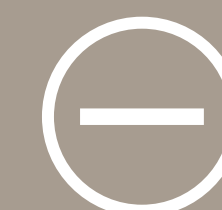
<100

$100 - <190$

≥ 190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<100

100 - <190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



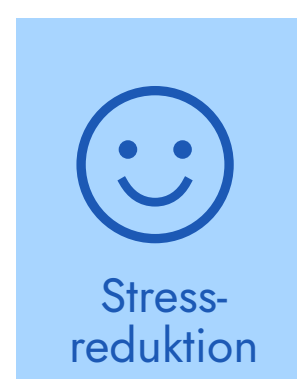
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion



Stress-
reduktion



Schlafen

~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

+

-50%

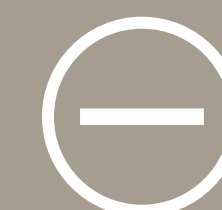
hi-S



Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<100

100 - <190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



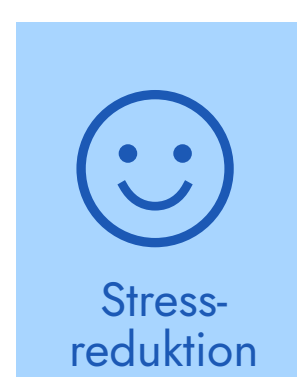
Körperliche
Betätigung



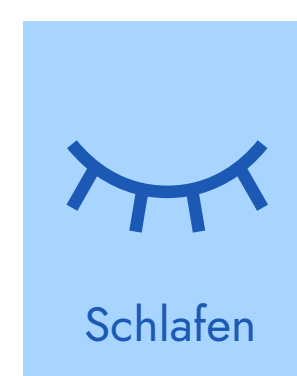
Rauchen-
tzwönnung



Alkohol-
reduktion



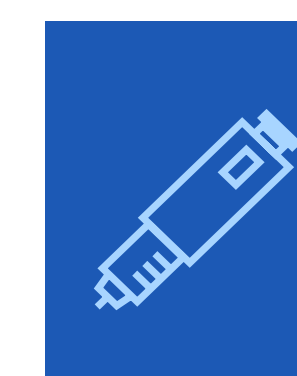
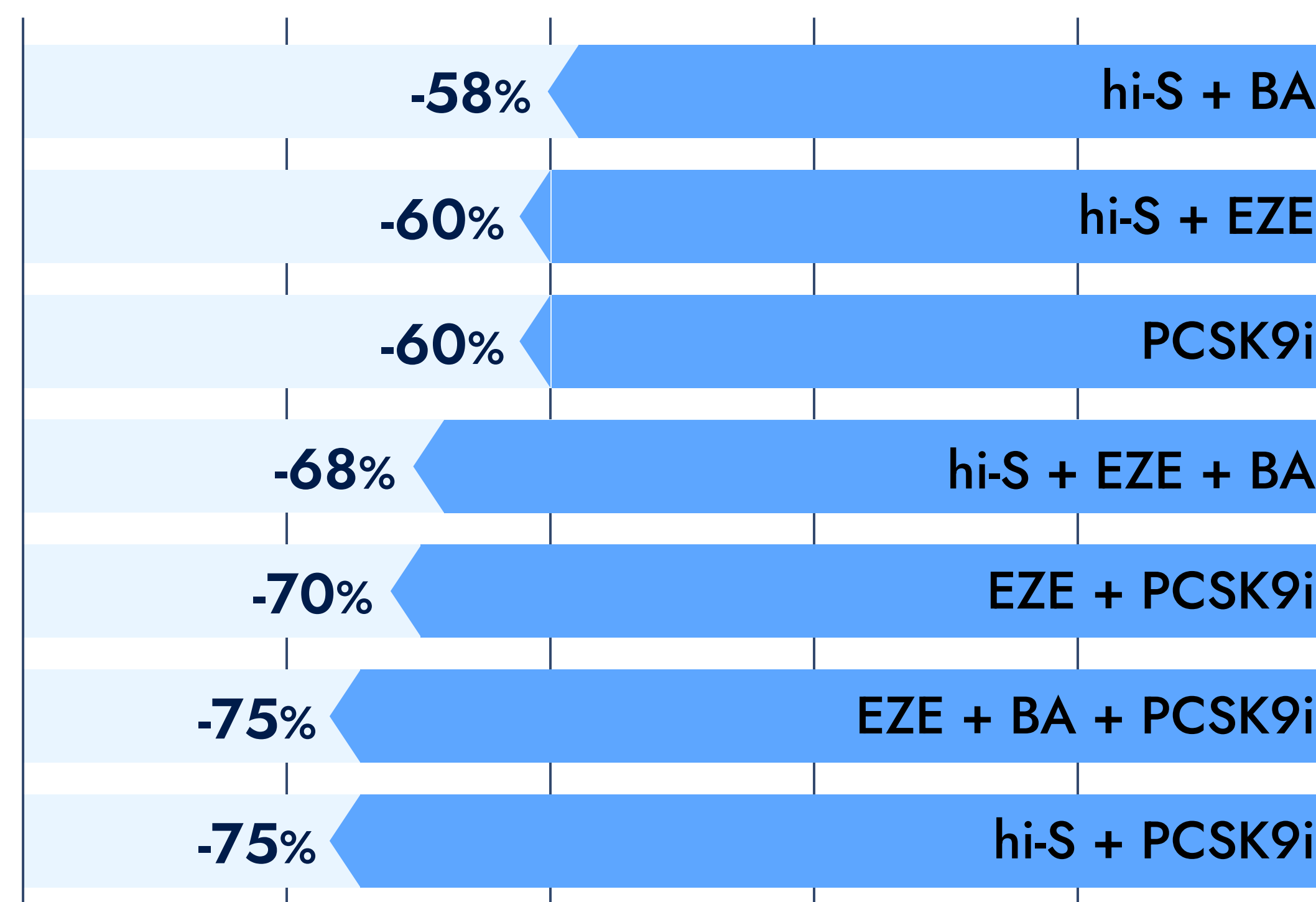
Stress-
reduktion



Schlafen

>50-72% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

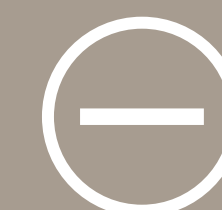
+



Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- **ASCVD (bildgebend/klinisch)**
- Signifikante Plaque ($\geq 50\%$ Stenose) in der Koronarangiographie oder CT-Angiographie oder im Karotis- oder Femoralis-Ultraschall oder deutlich erhöhter Koronarkalk-Score (CAC > 300) im CT
- Chronisches Koronarsyndrom (CCS) oder akutes Koronarsyndrom (ACS) (Myokardinfarkt oder instabile Angina), PCI, CABG und andere Revaskularisationsverfahren
- Schlaganfall / TIA
- Periphere arterielle Erkrankung (PAVK)

Analyse des Risikos

**SEHR HOHES
RISIKO**

Sekundärprävention

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<55

$\geq 50\%$ Reduktion vom Ausgangswert

Klasse I, Evidenzgrad A

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<100

100 - <190

≥ 190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



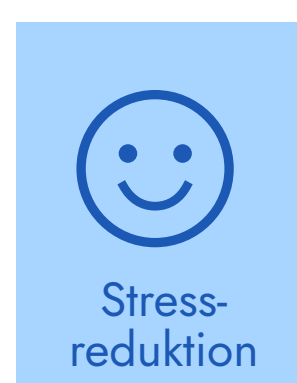
Körperliche
Betätigung



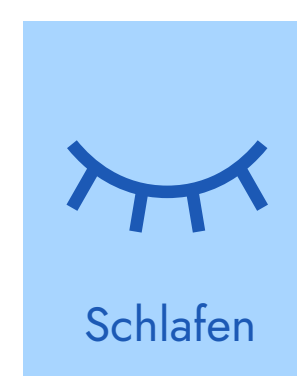
Rauchen-
tzwöhnung



Alkohol-
reduktion

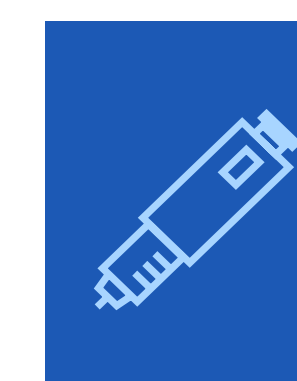
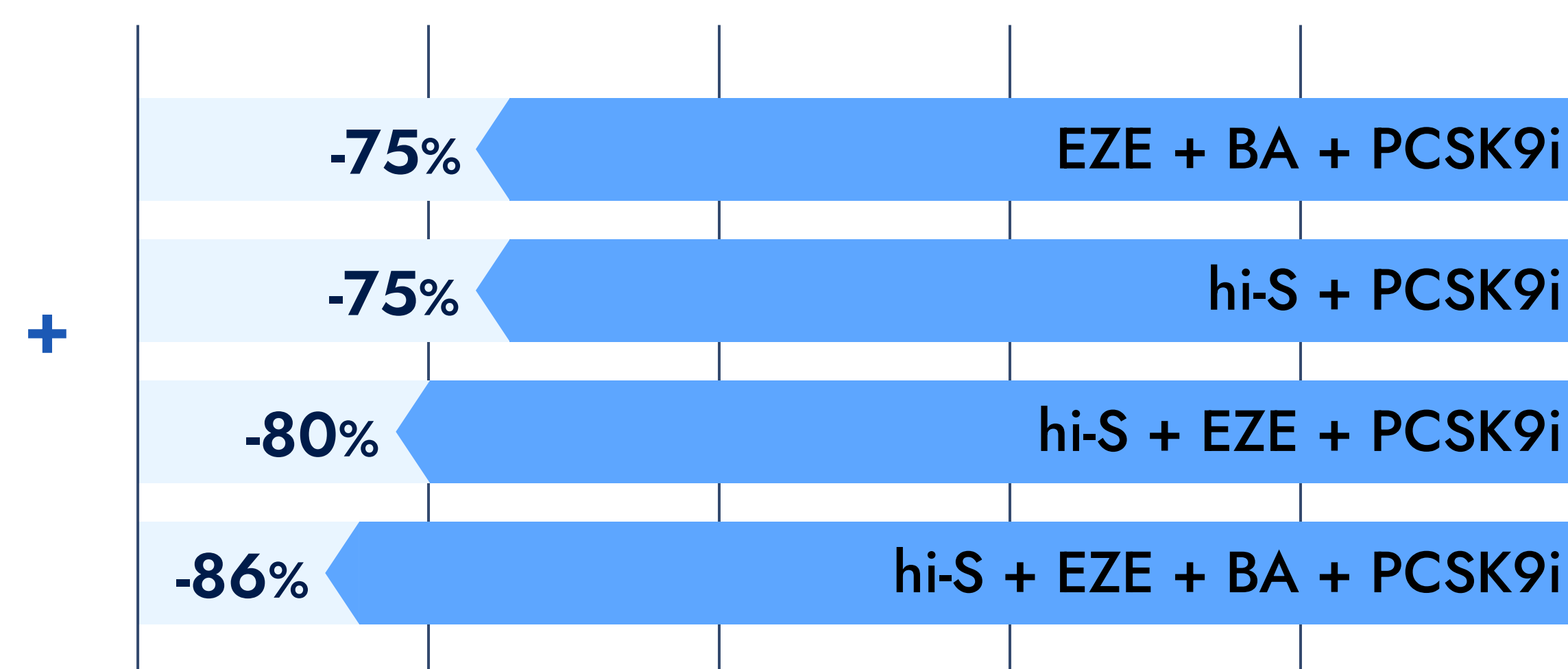


Stress-
reduktion



Schlafen

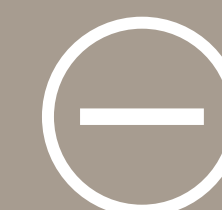
>72% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



■ Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

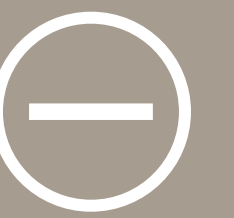
70 - <116

116 - <190

≥190

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



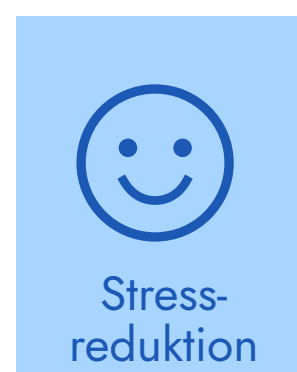
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
töhnung



Alkohol-
reduktion

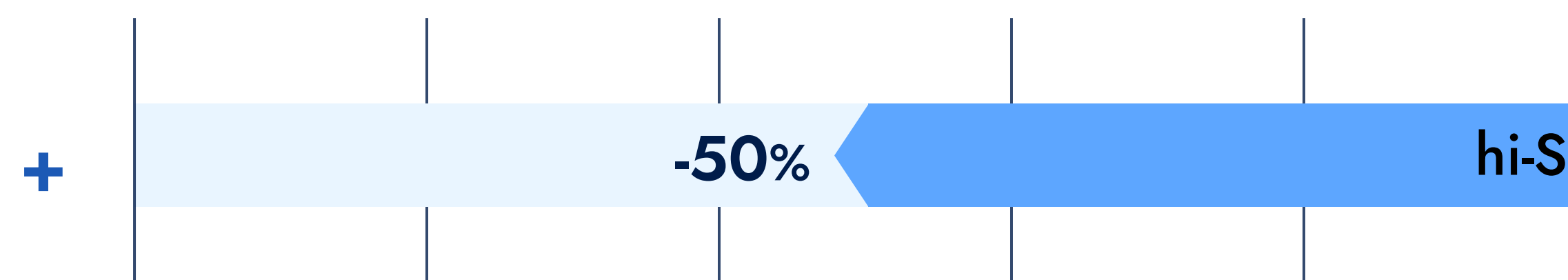


Stress-
reduktion



Schlafen

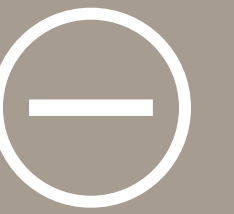
~ 50% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



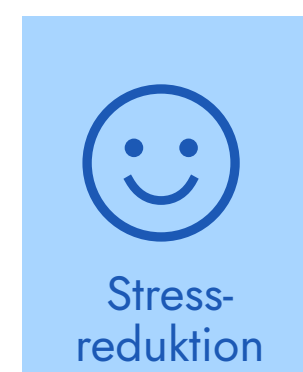
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
töschung



Alkohol-
reduktion



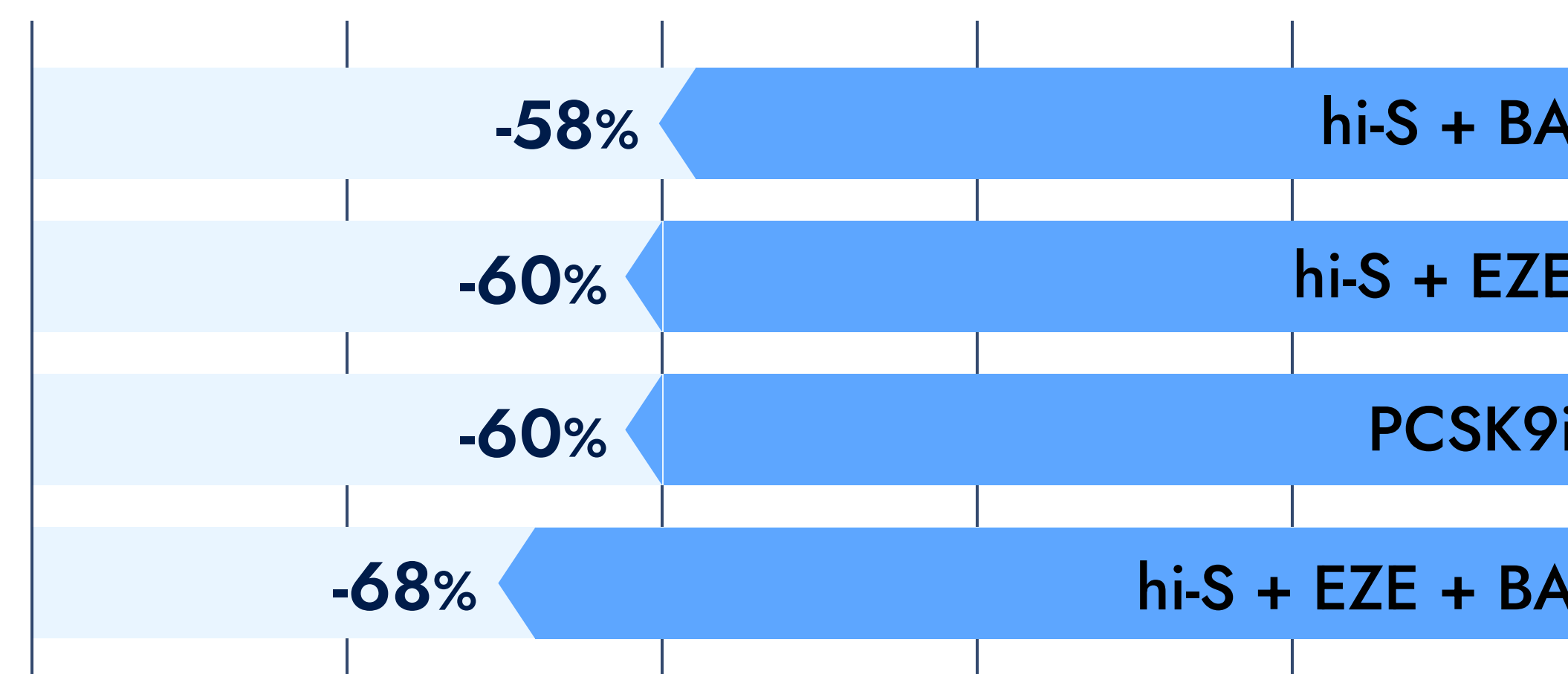
Stress-
reduktion



Schlafen

>50-65% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs

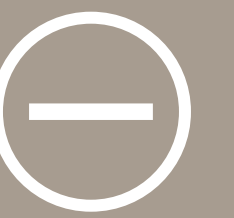
+



 Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



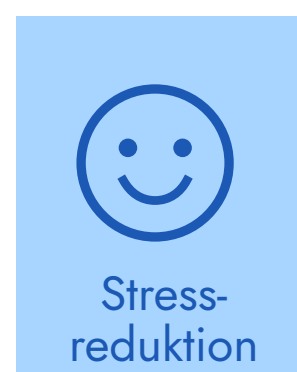
Körperliche
Betätigung



Rauchen-
twöhnung



Alkohol-
reduktion

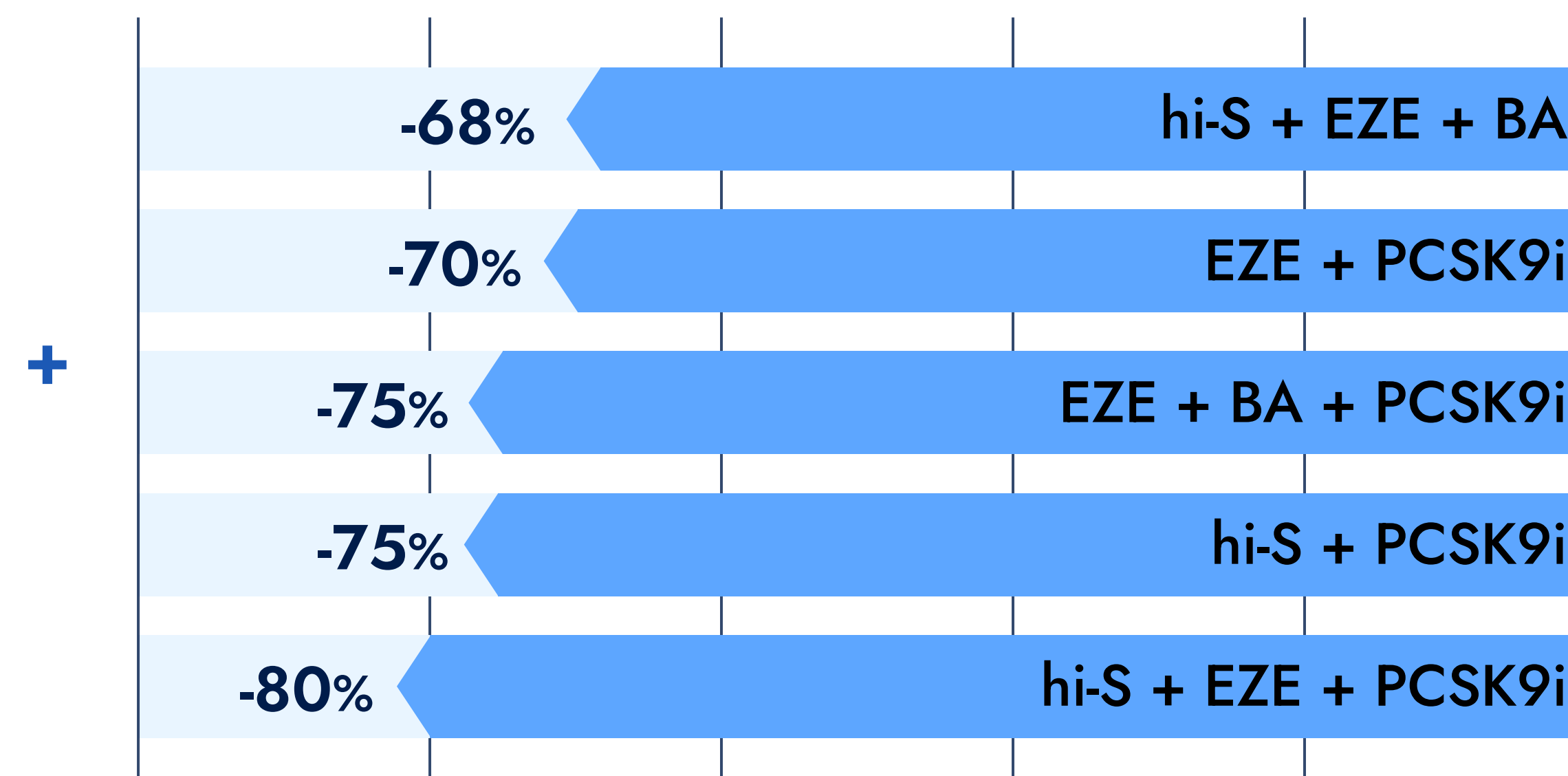


Stress-
reduktion



Schlafen

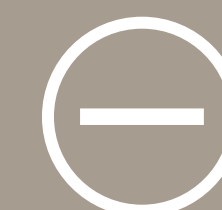
>65-79% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



Direkte medikamentöse Behandlung

mmol/L

mg/dL



C(K)ardiovaskuläre Beurteilung

- ASCVD und wiederkehrende vaskuläre Ereignisse unter optimaler medikamentöser Therapie
- **Polyvaskuläre Arterienerkrankung**

Analyse des Risikos

**EXTREM
HOHES RISIKO**

Referenz-LDL-C-Zielwerte

<40

≥50% Reduktion vom Ausgangswert

Klasse IIb, Evidenzgrad B

Interventionsstrategien und Notwendige Behandlung basierend auf den LDL-c-Werten des Patient*innen

<70

70 - <116

116 - <190

≥190

Lebensstil anpassen



Diät



Gewichts-
reduktion



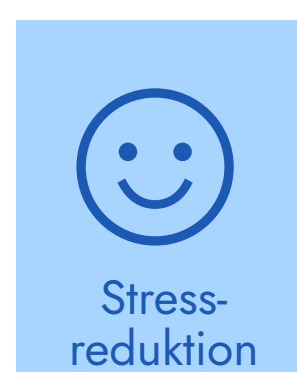
Körperliche
Betätigung



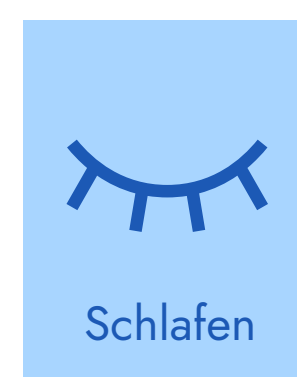
Rauchen-
tönnung



Alkohol-
reduktion

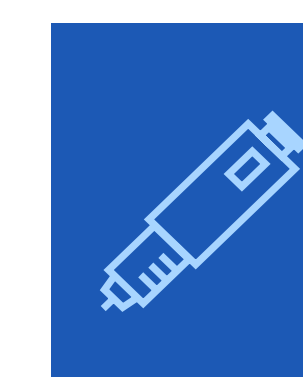


Stress-
reduktion



Schlafen

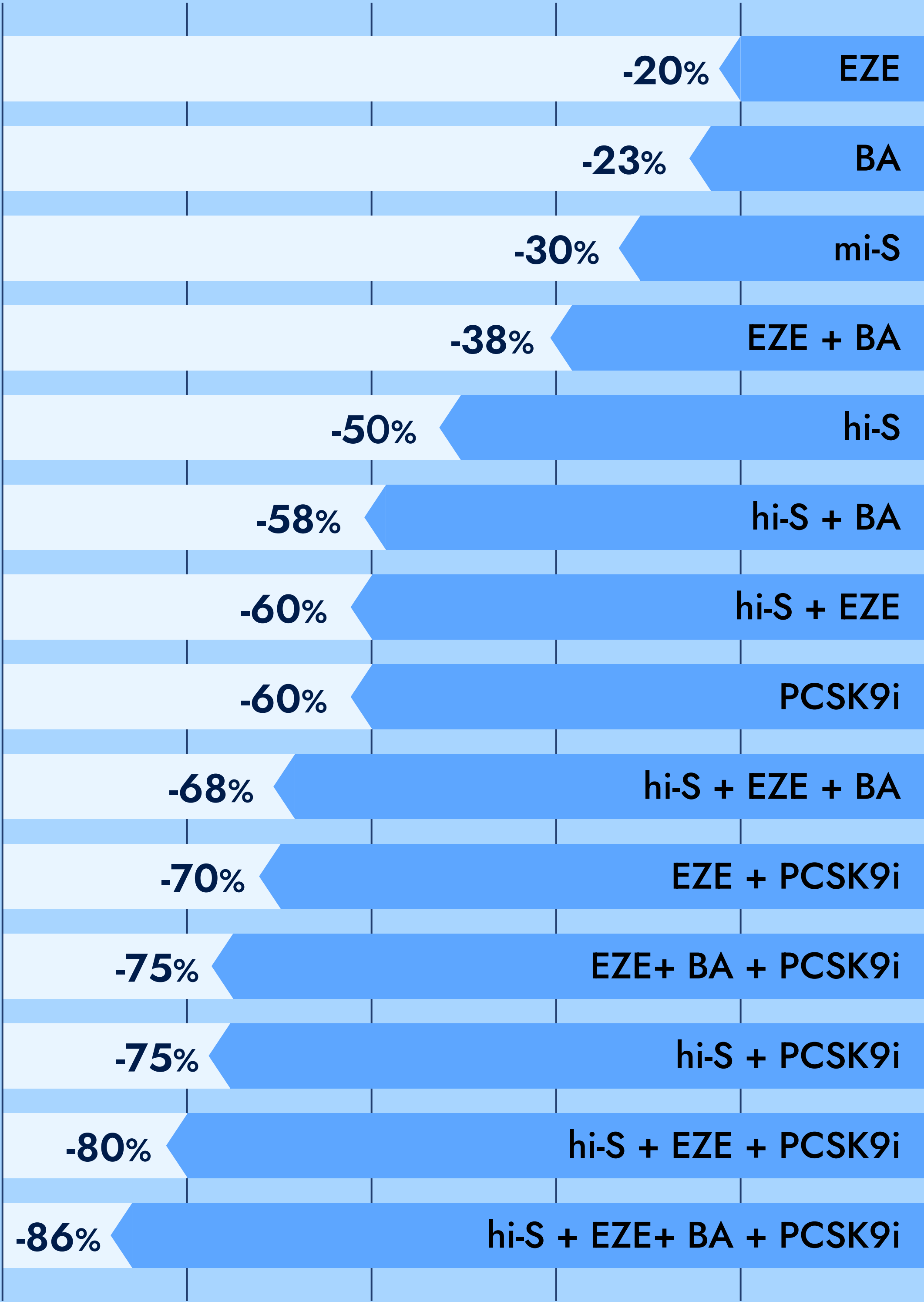
>79% Angestrebte Reduktion des LDL-Cs



 Direkte medikamentöse Behandlung

Notwendige Behandlung^{2,3}

LDL-C-senkende Therapien mit positivem kardiovaskulärem Effekt und erwarteten Ergebnissen für die LDL-C-Reduktion²



- STATINE ⊕
- EZETIMIBE ⊕
- PCSK9i ⊕
- BEMPEDOINSÄURE ⊕
- EVINACUMAB ⊕
- INCLISIRAN ⊕
- ANDERE BEHANDLUNGEN ⊕

Geleitete Nachsorge¹⁻³

Basisparameter	Nachsorge		Kommentare
	4-8 Wochen	6-12 Monaten	
Blutdruck	Nicht erforderlich	Verpflichtend	Opportunistisches Screening; mindestens einmal jährlich bei gut eingestellter Hypertonie
Body-Mass-Index	Nicht erforderlich	Verpflichtend	
Lipidprofil (LDL-c, HDL-c, TG, TC, non-HDL-c)	Verpflichtend	Verpflichtend	Ansprechen auf die Therapie / Anpassung der Behandlung
Apolipoprotein-B	Nicht erforderlich	Optional	
Leberenzyme*	Verpflichtend	Optional	Nur bei Therapie mit Fibraten oder basierend auf klinischen Beobachtungen
Kreatinkinase**	Nicht erforderlich	Optional	Regelmäßige Routinekontrollen sind nicht erforderlich. Bei Patient*innen mit hohem Risiko für Myopathien (sehr alte Personen mit Komorbiditäten, Personen mit früheren Muskelsymptomen oder mit interagierenden Medikamenten) oder bei Auftreten von Myalgien
HbA1c/Nüchtern glukose	Nicht erforderlich	Optional	Bei Statintherapie von älteren Patient*innen, bei Adipositas/metabolischem Syndrom oder Zeichen einer Insulinresistenz sowie bei hochdosierten Statinen

***Wenn ALT <3 x ULN:** Therapie fortsetzen, erneute Kontrolle in 4–6 Wochen. **Wenn ALT auf >3 x ULN ansteigt:** Lipid-senkende Therapie absetzen oder Dosis reduzieren; erneute Kontrolle in 4–6 Wochen. Eine vorsichtige Wiedereinführung der Therapie kann erwogen werden, sobald ALT wieder im Normbereich liegt. Wenn ALT weiterhin erhöht bleibt, Abklärung anderer Ursachen (z.B. Alkohol, nichtalkoholische Fettlebererkrankung).

****Wenn der Ausgangs-CK-Wert >4 x ULN liegt:** Keine medikamentöse Therapie beginnen. Nach Beginn der Therapie: **>10 x ULN:** Behandlung stoppen, Nierenfunktion kontrollieren. **<10 x ULN mit Symptomen:** Statin absetzen, erneuter Therapieversuch mit niedrigerer Dosis. **<4 x ULN ohne Symptome:** Therapie fortsetzen. **<4 x ULN mit Symptomen:** CK überwachen; bei anhaltenden Symptomen absetzen und Therapiemöglichkeiten neu bewerten (Indikation, erneuter Therapieversuch, niedrigere Dosis, alternierende Einnahme oder wöchentliche Gabe, Kombinationstherapie).

ACS: Akutes Koronarsyndrom; **ALT:** Alanin-Aminotransferase; **ASCVD:** Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankung; **BS:** Bempedoinsäure; **BD:** Blutdruck; **CABG:** Koronararterien-Bypass (Coronary Artery Bypass Graft); **CAC:** Koronarkalk (Coronary Artery Calcium); **CCS:** Chronisches Koronarsyndrom; **CK:** Kreatinkinase; **CKD:** Chronische Nierenerkrankung; **CT:** Computertomographie; **eGFR:** Geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; **EZE:** Ezetimib; **FH:** Familiäre Hypercholesterinämie; **HbA1c:** Glykiertes Hämoglobin; **HDL-C:** High-Density-Lipoprotein-Cholesterin; **HIV:** Humanes Immundefizienzvirus; **hs-CRP:** Hochsensitives C-reaktives Protein; **LDL-C:** Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin; **Lp(a):** Lipoprotein(a); **MI:** Myokardinfarkt; **PCI:** Perkutane Koronarintervention; **PCSK9i:** Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Type 9 inhibitor; **T1DM:** Typ-1-Diabetes mellitus; **T2DM:** Typ-2-Diabetes mellitus; **TC:** Gesamtcholesterin (Total Cholesterol); **TG:** Triglyzeride; **TIA:** Transitorische ischämische Attacke; **ULN:** Obergrenze des Normbereichs (Upper Limit of Normality); J.: Jahre



C

A

R

I

N

G

+

C

A

R

I

N

G

+

PERSONEN ≥ 40 JAHRE, DIE MIT HIV LEBEN²

Alle kardiovaskulären Risikokategorien unabhängig
von den LDL-C-Werten



EMPFOHLEN FÜR DIE PRIMÄRPRÄVENTION:

Statine Statinauswahl basierend auf Wechselwirkungen

Klasse I, Evidenzgrad B



C

A

R

I

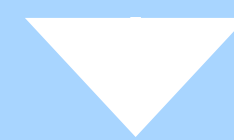
N

G

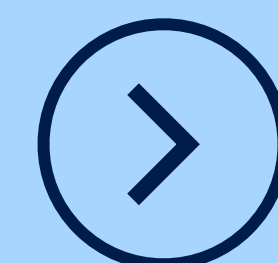
+

PATIENT*INNEN MIT KREBS:²

Bei Erwachsenen mit hohem oder sehr hohem Risiko für die Entwicklung einer **kardiovaskulären Toxizität** im Zusammenhang mit einer Chemotherapie



sollte eine Behandlung mit Statinen
*in Erwägung gezogen werden, um eine anthrazyklinbedingte kardiale
Dysfunktion zu reduzieren.*
Klasse IIa, Evidenzgrad B



C

A

R

I

N

G

+

HYPERTRIGLYZERIDÄMIE²

bei Patient*innen

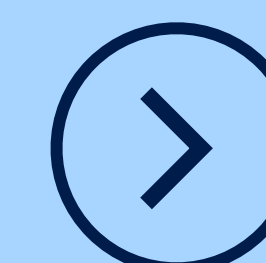
Bei hohem oder sehr hohem
kardiovaskulärem Risiko
Triglyzeride 1,52 - 5,63 mmol/L
(135–499 mg/dL)

Bei familiärer Chylomikronämie

Triglyzeride >8.5 mmol/L
(>750 mg/dL)

ERWÄGEN SIE
ICOSAPENT-ETHYL 2×2 g/TAG
IN KOMBINATION MIT EINEM STATIN
Klasse IIa, Evidenzgrad B

ERWÄGEN SIE
VOLANESORSEN 300 mg/WOCHE
Klasse IIa, Evidenzgrad B



C

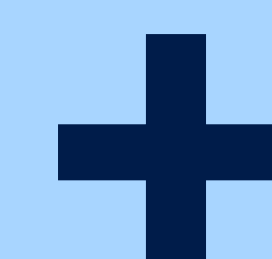
A

R

I

N

G



APOLIPOPROTEIN B³

bei Patient*innen mit

sehr niedrigem
LDL-C oder hohen
Triglyzeridwerte

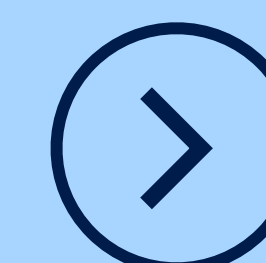
diabetes mellitus

Adipositas

Metabolisches
Syndrom

EMPFOHLEN: APOLIPOPROTEIN B IN DER RISIKOBEURTEILUNG *als Alternative zu LDL-C*

*kann gegenüber non-HDL-C als primärer Messwert für Screening,
Diagnose und Management bevorzugt werden
Klasse I, Evidenzgrad C*



C

A

R

I

N

G

+

AKUTES KORONARSYNDROM²

Während des Index-ACS-Krankenhausaufenthalts

Bei **therapienaiven Patient*innen**, bei denen das LDL-C-Ziel voraussichtlich mit einem Statin allein **nicht erreicht** wird

Patient*innen, die bereits eine **lipidsenkende Therapie** erhalten

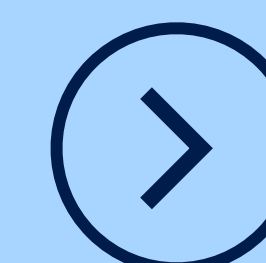
**ERWÄGEN SIE:
BEGINN EINER HOCHINTENSIVEN
STATINTHERAPIE + EZETIMIB**

Klasse IIa, Evidenzgrad B

**EMPFOHLEN INTENSIVIERUNG DER
LIPIDSENKENDEN THERAPIE**

zur weiteren Senkung der LDL-C-Werte

Klasse I, Evidenzgrad C



C

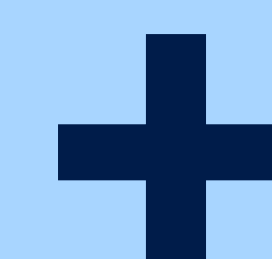
A

R

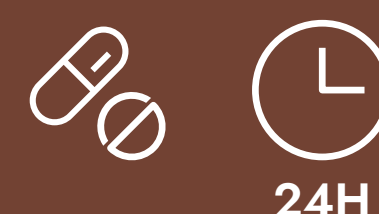
I

N

G



STATINTHERAPIE³



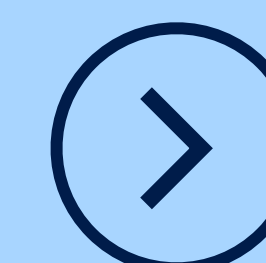
Verringerung der Cholesterinbiosynthese sowie eigene entzündungshemmende und antioxidative Eigenschaften (pleiotrope Effekte, reduzieren die kardiovaskuläre Mortalität)

Hochintensive Statine können LDL-C-Werte um **≥50%** senken

Statine mittlerer Intensität können LDL-C-Werte um **by 30-50%** senken

EMPFOHLEN: HOCHINTENSIVES STATIN

*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
bis zur höchsten verträglichen Dosis
Klasse I, Evidenzgrad A*



C

A

R

I

N

G

+

EZETIMIB³

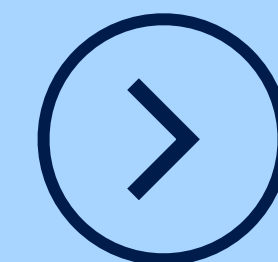


hemmt die intestinale Aufnahme von diätetischem/biliärem Cholesterin

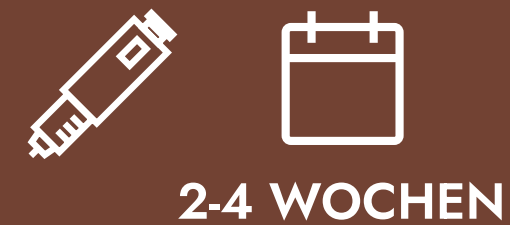


EMPFOHLEN

*wenn die LDL-C-Zielwerte nicht erreicht werden,
in Kombination mit der maximal verträglichen Statindosis
Klasse I, Evidenzgrad B*



EVOLOCUMAB^{2,3}



2-4 WOCHEN

ALIROCUMAB^{2,3}

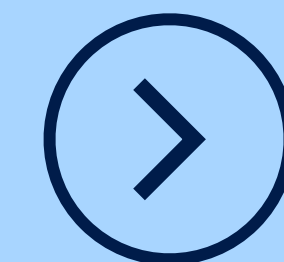


2-4 WOCHEN

Monoklonale Antikörper, die die Plasmaspiegel der Proprotein-Convertase Subtilisin/Kexin Typ 9 senken, wodurch die Expression von LDL-Rezeptoren erhöht und die LDL-Konzentrationen reduziert werden. Senkt LDL-C um 60%

Für Patient*innen, die kein Statin einnehmen können

EMPFOHLEN:
NICHT-STATIN-THERAPIEN MIT NACHGEWIESENEM
KARDIOVASKULÄREM NUTZEN*
als Monotherapie oder in Kombination
Klasse I, Evidenzgrad A



C

A

R

I

N

G

+

BEMPEDOINSÄURE²



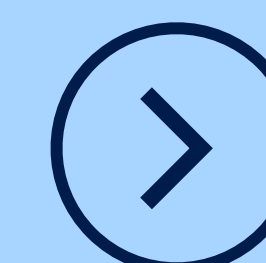
hemmt die Cholesterinsynthese. Muskelbezogene Nebenwirkungen vergleichbar mit Placebo. Es wurde gezeigt, dass es die C-reaktiven Proteinwerte senkt

Für Patient*innen, die kein Statin einnehmen können

Für Patient*innen mit hohem oder sehr hohem Risiko, unter maximal verträglicher Dosis eines Statins ± Ezetimib

EMPFOHLEN:
*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
Klasse I, Evidenzgrad B*

ERWÄGEN SIE:
*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
Klasse IIa, Evidenzgrad C*



C

A

R

I

N

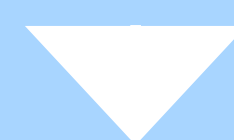
G

+

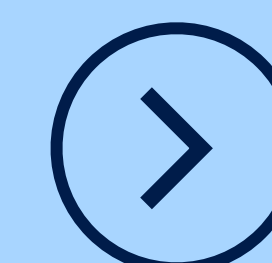
EVINACUMAB²

Monoklonaler Antikörper gegen Angiopoietin-ähnliches Protein 3. Senkt LDL-C-Werte um 50%

Für Patient*innen mit homozygoter familiärer Hypercholesterinämie ab einem Alter von ≥ 5 Jahren



ERWÄGEN SIE:
*wenn die LDL-C-Zielwerte trotz maximal verträglicher
lipidsenkender Therapie nicht erreicht werden*
Klasse IIa, Evidenzgrad B



C

A

R

I

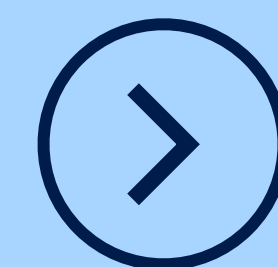
N

G

+

INCLISIRAN²

hemmt die Synthese von PCSK9.
Senkt LDL-C-Werte um 50%



C

A

R

I

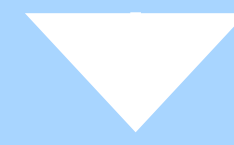
N

G

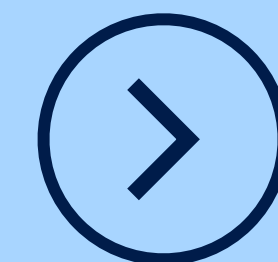
+

GALLENSÄUREBINDER³

Verhindern die Rückresorption von Cholesterin in den Blutkreislauf



KOMBINATION MIT STATINEN
KANN ERWOGEN WERDEN,
um die LDL-C-Zielwerte zu erreichen
Klasse IIb, Evidenzgrad C



C

A

R

I

N

G

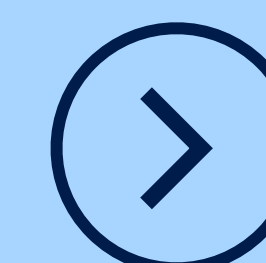
+

NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL²

**NICHT EMPFOHLEN: DIE VERWENDUNG VON
NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTELN ODER VITAMINEN OHNE
NACHGEWIESENE SICHERHEIT UND WIRKSAMKEIT**

zur Senkung des ASCVD-Risikos

Klasse III, Evidenzgrad B



C

A

R

I

N

G

+

HYPERTRIGLYZERIDÄMIE^{2,3}

bei den Patient*innen

mit hohem oder sehr hohem
kardiovaskulärem Risiko

Triglyzeride 1.5-5.6 mmol/L
(135-499 mg/dL)

mit familiärer Chylomikronämie

Triglyzeride >8.5 mmol/L
(>750 mg/dL)

die LDL-C-Zielwerte erreicht
haben

bei Triglyzeridwerten
>2.3 mmol/L (200 mg/dL)

ERWÄGEN SIE:
ICOSAPENT-ETHYL
2x2 g/Tag

*in Kombination mit einem Statin
Klasse IIa, Evidenzgrad B*

ERWÄGEN SIE:
VOLANESORSEN
300 mg/Woche

Klasse IIa, Evidenzgrad B

FIBRATE KÖNNEN
IN ERWÄGUNG
GEZOGEN
WERDEN

*bei Patient*innen in
der Primärpräven-
tion, in Kombination
mit Statinen*

*Klasse IIb,
Evidenzgrad B*

FIBRATE KÖNNEN
IN ERWÄGUNG
GEZOGEN
WERDEN

*für Hochrisikopa-
tient*innen, in
Kombination mit
Statinen*

*Klasse IIb,
Evidenzgrad C*



LITERATUR

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, *et al.* 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227-37. **2.** Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, *et al.* 2025 Focused update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J.* 2025;46:4359-78. **3.** Mach F, Baigent C, Catapano AL, *et al.* 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-88.

Abkürzungen und Akronyme

ACS: akutes Koronarsyndrom; **ALT:** Alanin-Aminotransferase; **ASCVD:** atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung; **BA:** Bempedoinsäure; **BP:** Blutdruck; **CABG:** koronare Bypassoperation; **CAC:** Koronarkalk (koronare Kalziumablagerungen); **CK:** Kreatinkinase; **CKD:** chronische Nierenerkrankung; **CT:** Computertomographie; **CV:** kardiovaskulär; **CVD:** kardiovaskuläre Erkrankung; **DM:** Diabetes mellitus; **eGFR:** geschätzte glomeruläre Filtrationsrate; **EZE:** Ezetimib; **FH:** familiäre Hypercholesterinämie; **HbA1c:** glykiertes Hämoglobin; **HDL-C:** High-Density-Lipoprotein-Cholesterin; **hi-S:** Statin hoher Intensität; **HIV:** Humanes Immundefizienz-Virus; **hs-CRP:** hochsensitives C-reaktives Protein; **LDL-C:** Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin; **Lp(a):** Lipoprotein(a); **MI:** Myokardinfarkt; **mi-S:** Statin mittlerer Intensität; **PCI:** perkutane Koronarintervention; **PCSK9:** Proprotein-Convertase-Subtilisin/Kexin-Typ 9; **PCSK9i:** Proprotein-Convertase-Subtilisin/Kexin-Typ-9-Inhibitor; **T1DM:** Diabetes mellitus Typ 1; **T2DM:** Diabetes mellitus Typ 2; **TC:** Gesamtcholesterin; **TG:** Triglyzeride; **TOD:** Zielorganschädigung; **ULN:** obere Normgrenze; **J:** Jahre.

ICONS



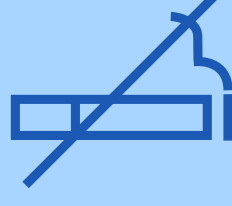
Diät



Körpergewichtsreduktion



Körperliche Betätigung



Raucherentwöhnung



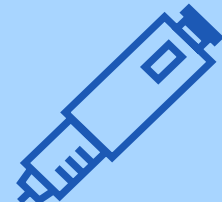
Alkohol Reduktion



Stressreduktion



Orale Behandlung



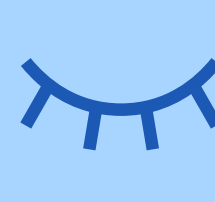
Subkutane Injektion / Pen



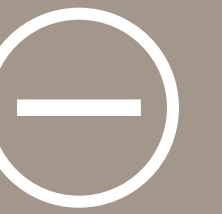
Uhr, 24Std



Wochen, Monaten



Schlaf



PERSONEN ≥ 40 JAHRE, DIE MIT HIV LEBEN²

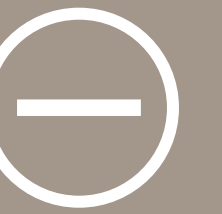
Alle kardiovaskulären Risikokategorien unabhängig
von den LDL-C-Werten



EMPFOHLEN FÜR DIE PRIMÄRPRÄVENTION:

Statine Statinauswahl basierend auf Wechselwirkungen

Klasse I, Evidenzgrad B

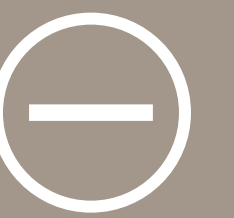


PATIENT*INNEN MIT KREBS:²

Bei Erwachsenen mit hohem oder sehr hohem Risiko für die Entwicklung einer **kardiovaskulären Toxizität** im Zusammenhang mit einer Chemotherapie



sollte eine Behandlung mit Statinen
*in Erwägung gezogen werden, um eine anthrazyklinbedingte kardiale
Dysfunktion zu reduzieren.*
Klasse IIa, Evidenzgrad B



HYPERTRIGLYZERIDÄMIE²

bei Patient*innen

Bei hohem oder sehr hohem
kardiovaskulärem Risiko
Triglyzeride 1,52 - 5,63 mmol/L
(135–499 mg/dL)



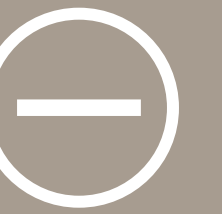
**ERWÄGEN SIE
ICOSAPENT-ETHYL 2x2 g/TAG
IN KOMBINATION MIT EINEM STATIN**
Klasse IIa, Evidenzgrad B

Bei familiärer Chylomikronämie

Triglyzeride >8.5 mmol/L
(>750 mg/dL)



**ERWÄGEN SIE
VOLANESORSEN 300 mg/WOCHE**
Klasse IIa, Evidenzgrad B



AKUTES KORONARSYNDROM²

Während des Index-ACS-Krankenhausaufenthalts

Bei therapienaiven Patient*innen, bei denen das LDL-C-Ziel voraussichtlich mit einem Statin allein **nicht erreicht wird**

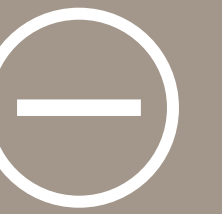


**ERWÄGEN SIE:
BEGINN EINER HOCHINTENSIVEN
STATINTHERAPIE + EZETIMIB**
Klasse IIa, Evidenzgrad B

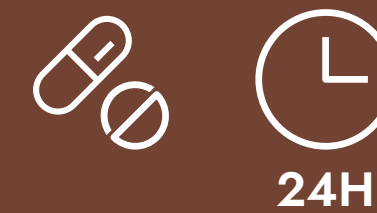
Patient*innen, die bereits
eine lipidsenkende Therapie erhalten



**EMPFOHLEN INTENSIVIERUNG DER
LIPIDSENKENDEN THERAPIE**
zur weiteren Senkung der LDL-C-Werte
Klasse I, Evidenzgrad C



STATINTHERAPIE³



Verringerung der Cholesterinbiosynthese sowie eigene entzündungshemmende und antioxidative Eigenschaften (pleiotrope Effekte, reduzieren die kardiovaskuläre Mortalität)

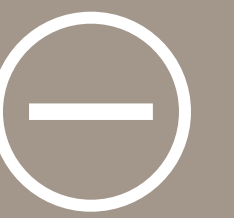
Hochintensive Statine können LDL-C-Werte um **≥50%** senken

Statine mittlerer Intensität können LDL-C-Werte um **by 30-50%** senken

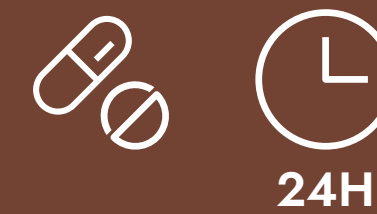


EMPFOHLEN: HOCHINTENSIVES STATIN

*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
bis zur höchsten verträglichen Dosis
Klasse I, Evidenzgrad A*



EZETIMIB³

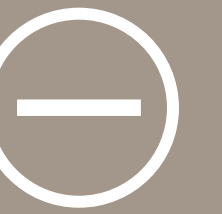


hemmt die intestinale Aufnahme von diätetischem/biliärem Cholesterin



EMPFOHLEN

*wenn die LDL-C-Zielwerte nicht erreicht werden,
in Kombination mit der maximal verträglichen Statindosis
Klasse I, Evidenzgrad B*



EVOLOCUMAB^{2,3}



ALIROCUMAB^{2,3}



2-4 WOCHEN

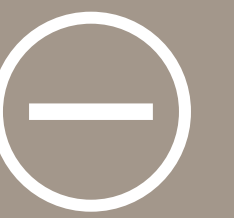
Monoklonale Antikörper, die die Plasmaspiegel der Proprotein-Convertase Subtilisin/Kexin Typ 9 senken, wodurch die Expression von LDL-Rezeptoren erhöht und die LDL-Konzentrationen reduziert werden. Senkt LDL-C um 60%

Für Patient*innen, die kein Statin einnehmen können



EMPFOHLEN:
NICHT-STATIN-THERAPIEN MIT NACHGEWIESENEM
KARDIOVASKULÄREM NUTZEN*
als Monotherapie oder in Kombination
Klasse I, Evidenzgrad A

*Ezetimib, **PCSK9**: Proprotein-Convertase-Subtilisin/Kexin-Typ 9, bempedoinsäure.
LDL: Low-Density-Lipoprotein; **LDL-C**: Low-Density-Lipoprotein-Cholesterin.



BEMPEDOINSÄURE²



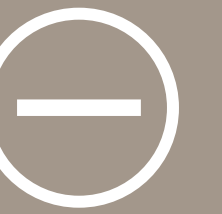
hemmt die Cholesterinsynthese. Muskelbezogene Nebenwirkungen vergleichbar mit Placebo. Es wurde gezeigt, dass es die C-reaktiven Proteinwerte senkt

Für Patient*innen, die kein Statin einnehmen können

Für Patient*innen mit hohem oder sehr hohem Risiko, unter maximal verträglicher Dosis eines Statins ± Ezetimib

EMPFOHLEN:
*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
Klasse I, Evidenzgrad B*

ERWÄGEN SIE:
*zur Erreichung der LDL-C-Zielwerte
Klasse IIa, Evidenzgrad C*



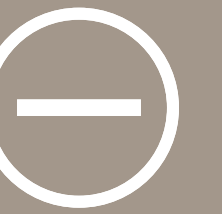
EVINACUMAB²

Monoklonaler Antikörper gegen Angiopoietin-ähnliches Protein 3. Senkt LDL-C-Werte um 50%

Für Patient*innen mit homozygoter familiärer Hypercholesterinämie ab einem Alter von ≥ 5 Jahren

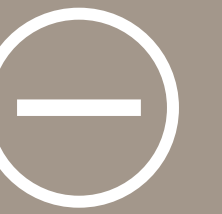


ERWÄGEN SIE:
*wenn die LDL-C-Zielwerte trotz maximal verträglicher
lipidsenkender Therapie nicht erreicht werden
Klasse IIa, Evidenzgrad B*



INCLISIRAN²

hemmt die Synthese von PCSK9.
Senkt LDL-C-Werte um 50%



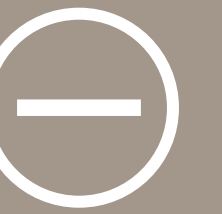
GALLENSÄUREBINDER³

Verhindern die Rückresorption von Cholesterin in den Blutkreislauf



**KOMBINATION MIT STATINEN
KANN ERWOGEN WERDEN,**
*um die LDL-C-Zielwerte zu erreichen
Klasse IIb, Evidenzgrad C*





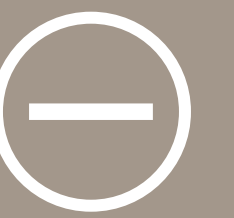
NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL²



**NICHT EMPFOHLEN: DIE VERWENDUNG VON
NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTELN ODER VITAMINEN OHNE
NACHGEWIESENE SICHERHEIT UND WIRKSAMKEIT**

*zur Senkung des ASCVD-Risikos
Klasse III, Evidenzgrad B*





HYPERTRIGLYZERIDÄMIE^{2,3}

bei den Patient*innen

mit hohem oder sehr hohem
kardiovaskulärem Risiko

mit familiärer Chylomikronämie

die LDL-C-Zielwerte erreicht haben

Triglyzeride 1.5-5.6 mmol/L
(135-499 mg/dL)

Triglyzeride >8.5 mmol/L
(>750 mg/dL)

bei Triglyzeridwerten
>2.3 mmol/L (200 mg/dL)

**ERWÄGEN SIE:
ICOSAPENT-ETHYL
2x2 g/Tag**

*in Kombination mit einem Statin
Klasse IIa, Evidenzgrad B*

**ERWÄGEN SIE:
VOLANESORSEN
300 mg/Woche**

Klasse IIa, Evidenzgrad B

**FIBRATE KÖNNEN
IN ERWÄGUNG
GEZOGEN
WERDEN**

*bei Patient*innen in
der Primärpräven-
tion, in Kombination
mit Statinen*

*Klasse IIb,
Evidenzgrad B*

**FIBRATE KÖNNEN
IN ERWÄGUNG
GEZOGEN
WERDEN**

*für Hochrisikopa-
tient*innen, in
Kombination mit
Statinen*

*Klasse IIb,
Evidenzgrad C*

