

### \*schwere Endorganschäden DM:

- eGFR: < 45 unabh. von Albuminurie
- eGFR: 45-59 und ACR: 30-300 mg/g
- Proteinurie (ACR: > 300 mg/g)
- mikrovasculäre Erkrankung an mindestens 3 verschiedenen Stellen (Retinopathie, PNP, DFS, Mikroalbuminurie)

\*\*SCORE2 (10 Jahres Risiko bzw SCORE2-OP (5 Jahres Risiko) für tödliche und nichttödliche Herz-Kreislaufkrankungen (MI, Apoplex) in Bevölkerungen mit mäßigem Risiko (Deutschland), für Diabetiker Score2-Diabetes

### Lebensstilintervention mit hohem Effekt:

- Verminderung von gesättigten Fettsäuren und Trans-FS
- Abnahme der Gesamtmenge an Kohlenhydraten
- Gewichtsreduktion 5-10%
- Steigerung der körperlichen Aktivität 30 Min/Tag
- Reduktion des Alkoholkonsums, Verzicht auf Nikotin
- Konsum von Faserstoffen, "Phytosterolen"

\*\*\* Arriba-Instrument ([www.arriba-hausarzt.de](http://www.arriba-hausarzt.de)) individuelles 10 Jahres Risiko für CV Morbidität (MI, Apoplex), regelmäßig aktualisiert, Beratungsmodul

### Therapiestrategie und Kontrolle :

Statinwahl und -dosierungen nach erwartbarer relativer LDL-Senkung (mittlere Dosis: ca. 30%, hohe Dosis: ca. 50%) (ROSU>ATOR>SIMV>PRAVA)

- Bei Unverträglichkeit Statinwechsel und/oder Ezetimib (oder PCSK9 Inhibitoren (zur Vermeidung Lipidapharese)
- Kombinationen zur Erreichung des Ziel -LDL (Statin: -50%, + Ezetimib: ca. 65%, PSCK9 Inh: ca. 60%, Statin hoch + PSCK9 Inh. -ca. 75%, Statin hoch + Ezetimib + PSCK9 Inh: ca. 85%)
- individuelle Empfehlung für Untergruppen (siehe Leitlinie)

### Laborkontrollen:

- **Lipidkontrollen** 8-12 Wochen nach Beginn der Behandlung oder Dosisanpassung bis Ziel erreicht, dann jährlich
- Kontrolle **Leberenzyme (ALT)** vor Beginn und 8-12 Wochen nach Beginn oder Dosiserhöhung
- ALT <3x erhöht: Therapie fortsetzen, Kontrolle 4-6 Wochen
- ALT >3x erhöht: Dosis red. oder abbrechen; Kobntrolle 4-6 Wochen, vorsichtige Wiederaufnahme Therapie
- **CK Kontrolle** vor Beginn und bei Myalgiebeschwerden, keine routinemäßige Kontrolle
- CK <4x erhöht: ohne muskuläre Symptome: Statin fortsetzen, CK Kontrolle , mit Symptomen: CK regelmäßig prüfen, 6 Wochen Therapie pausieren, ggf. Statinwechsel
- CK > 4x aber <10x erhöht: ohne Symptome CK alle 2-6 Wochen kontrollieren, mit Symptomen: Abbruch, Kontrolle alle 2-6 Wochen, Statinwechsel
- CK >10x erhöht: Abbruch, NW, kontrollieren, CK alle 2 Wochen kontrollieren

### Therapiebesonderheiten Lipidtherapie:

- Bei Frauen mit hohem Risiko wird zur Primärprävention eine Statintherapie empfohlen
- Sekundärprävention bei Frauen idem zu Männern
- Keine Lipidsenker, wenn Schwangerschaft geplant, schwanger oder stillend
- ältere Patienten > 65J und <=75J idem Primärprävention
- ältere Patienten > 75 J: mindestens hohes Risiko
- Bei Risiken für Beginn in Standarddosis: Auftitrieren möglich
- Bei allen ACS Patienten: sofortige Hochdosistherapie, frühzeitige Kontrolle (4-6 Wochen) und Titration

### Votum DEGAM und Leitfaden Cholesterinsenkung der AkdÄ:

- Es sollen Risikorechner eingesetzt werden, um das Gesamtrisiko für die Entwicklung eines CV Ereignisses zu ermitteln. (Arriba\*\*\*, PROCAM, SCORE2)
- Erst bei einem Gesamtrisiko >= 20%/10J soll eine Statintherapie in der Primärprävention stattfinden (Ausnahme FH oder Chol > 310 bzw LDL-C > 195, darunter nur bei hohem relativem Risiko)
- bei Statinunverträglichkeit gibt es keine gleichwertigen Alternativen
- Statinbehandlung als "Fixdosis" mit moderater Dosis , keine Zielwerttitration
- Hochdosis Statintherapie nur bei manifester CVD
- bei fortgeschrittener CHI oder terminaler CNI oder Pat >= 75 Jahren ohne CVD Nutzen nicht belegt
- relative Risikoreduktion für CV Ereignisse der Statine beträgt ca. 30%

