



In Zusammenarbeit mit der
Deutschen Gesellschaft für
Lipidologie e. V. (DGFL) - Lipid-Liga
Vorsitzender: Prof. Dr. med. Oliver
Weingärtner, Jena

Der tägliche Lipid-Kampf

Warum erreichen nicht alle Patienten ihren LDL-Cholesterin-Zielbereich?

Adam Seeger, Praxis für Nierenkrankheiten und Dialyse, Berlin

Patienten mit atherosklerotischen kardiovaskulären Erkrankungen begegnen uns täglich: in Haus- und Facharztpraxen, stationär in Fachkliniken und in Lipidambulanzen. Möchte man diese Patienten leitliniengerecht behandeln, muss man u. a. die individuellen Zielwerte für LDL-Cholesterin (LDL-C) festlegen. Meist geht es darum, erhöhte Werte zu senken: Bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit, zerebraler und peripherer arterieller Verschlusskrankheit sollte LDL-C um mindestens 50 % vom Ausgangswert gesenkt und auf unter 55 mg/dl (1,4 mmol/l) eingestellt werden [1].

Einige Studien wie z. B. die SANTORINI- und die DA-VINCI-Studie evaluierten den Stand der Zielwerterreichung und zeigten, dass tatsächlich nur 20 % der Patienten mit sehr hohem kardiovaskulärem Risiko ihren individuellen LDL-C-Zielwert erreichen [2, 3]. Das sieht auf den ersten Blick sehr mager aus. Vergleicht man dies jedoch beispielsweise mit dem Erreichen eines gut eingestellten arteriellen Bluthochdrucks, so zeigte sich in der DEGS-Studie ebenfalls nur eine Quote von 41 % [4]. Warum sind wir so schlecht? Und wie gut können wir im tagtäglichen Setting sein?

Netzwerken, um mit einer Stimme zu sprechen

Unsere Praxis für Nierenkrankheiten und Dialyse liegt im Berliner Osten. Über die Nephrologie und Hämotherapie kamen wir durch die Lipoproteinapherese zur ambulanten Lipidologie. Seit 2018 sind wir eine zertifizierte Lipid-Ambulanz der Deutschen Gesellschaft für Lipidologie (DGFL). Im Team von acht niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen betreuen wir im Quartal durchschnittlich 4.000 chronisch kranke Patientinnen und Patienten, davon ca. 1.500 mit Fettstoffwechselstörungen.

Seit 2020 leiten wir ein regionales Lipidnetzwerk, im Jahr 2023 hatten wir unter Schirmherrschaft der DGFL unsere Auftaktveranstaltung des Netzwerks „Berliner Wuhle auf Ziel“. Langfristig möchten wir erreichen, dass alle im Lipidnetzwerk Mitwirkenden mit einer Stimme sprechen, also dass Hausärzte, Fachärzte und Lipidologen dasselbe Prozedere bei Fettstoffwechselstörungen verfolgen und die gleichen Zielwerte vermitteln. Inzwischen sind bei uns 53 niedergelassene Kolleginnen und Kollegen sowie vier umliegende Kliniken miteinander vernetzt.

Evaluieren, um zu wissen, wie effektiv wir sind

Als regionale Lipidambulanz wollten wir wissen, wie effektiv wir sind. Gefühlt könnten wir jeden Patienten perfekt einstellen – aber wie viele Patienten bringen wir tatsächlich in den Zielbereich? Wir durchforsteten unsere Praxissoftware nach geeigneten Patienten und suchten nach Verordnungen von Bempedoinsäure, PCSK9-Inhibitoren und Apheresetherapien. Patienten, die „nur“ Statine oder Ezetimib erhielten, wurden nicht berücksichtigt; das heißt wir haben ausschließlich Patienten mit Therapien eingeschlossen, die häufig nicht durch Hausärzte rezeptiert werden. Damit besteht ein klares Bias in unserer Patientenauswahl.

Im Oktober 2024 lagen uns Daten zu 292 Patienten vor, deren wichtigste Ergebnisse in **Tab. 1** zusammengestellt sind. Mit 57 % stellen die Frauen eine leichte Mehrheit. Sie sind leider auch führend in der Statistik für Unverträglichkeiten (mit durchschnittlich 1,54 pro Patientin) und erreichen ihren LDL-C-Zielwert mit 43 % deutlich seltener als die Männer (66 %). Dies deckt sich mit Erkenntnissen von Muck und Bäßler, wonach einerseits physiologische, andererseits auch psycholo-

Tab. 1: Daten von 292 Patienten der Lipidambulanz in Berlin Hellersdorf – wie viele erreichen den Zielbereich?

	Anzahl Patienten		Anzahl Tabletten pro Patient (max. 3)	Anzahl PCSK9i-Spritzen (max. 1)		Anzahl Patienten mit Apherese		Keine Unverträglichkeiten		Anzahl Unverträglichkeiten pro Patient	Im LDL-Cholesterin-Zielbereich	
Insgesamt	292		Ø 1,78	166		49		156	54 %	Ø 1,34	154	53 %
Frauen	166	(57 %)	Ø 1,69	92	55 %	29	59 %	76	45,8 %	Ø 1,54	71	43 %
Männer	126	(43 %)	Ø 1,87	74	58 %	20	41 %	80	63,5 %	Ø 1,13	83	66 %

gische Faktoren die lipidsenkende Therapie bei Frauen erschweren [5]. Bei den Männern zeigt sich ein günstigeres Bild: Weniger Unverträglichkeiten gehen offenbar mit einer höheren Rate an LDL-Werten im Zielbereich einher.

Insgesamt betrachtet liegt unser Kollektiv mit 53 % LDL-C-Zielwerterreichung deutlich über den Ergebnissen großer Studien. Das hängt zum einen mit unserer Patientenselektion und den „Spezialtherapie“ zusammen. Zum anderen sind Patienten, die die bürokratischen Hürden genommen und einen Termin in einer Lipidambulanz ergattert haben, meist therapieadhärenter.

Betrachtet man die Patienten im LDL-C-Zielbereich, lassen sich interessante klinische Schlussfolgerungen ziehen (Tab. 2). Bezogen auf das Alter zeigt sich, dass alte Patienten schlechter eingestellt sind und jüngere häufiger im LDL-C-Zielbereich liegen. Vermutlich führt die individuelle Einschätzung der Langzeitprognose zu einer weniger strikten oder intensiveren Therapieführung. Patienten zwischen 50 und 69 Jahren sind vergleichsweise gut eingestellt, meist im Rahmen der Sekundärprävention mit dem Ziel, erneute kardiovaskuläre Ereignisse zu verhindern.

Auf den ersten Blick paradox erscheint die niedrige Quote gut eingestellter LDL-C-Werte bei jungen Patienten zwischen 30 und 49 Jahren. Meist geht es hier um das Titrieren auf einen LDL-C-Zielwert im Rahmen einer Primärprophylaxe. Bei noch gesunden Gefäßen ist die Therapie oft zögerlicher. Dennoch sollte man gerade bei diesen Patienten einen langen Atem haben und den LDL-C-Zielwert langfristig anstreben.

Hervorzuheben ist die hohe Zahl an älteren Patienten zwischen 70–89 Jahren. Der relative Anteil von 43 % entspricht durchaus dem Klientel in unseren Wartezimmern. Als spannender Nebeneffekt zeigt sich, dass die Ärzte in unserer Lipidambulanz unterschiedliche Erfolgsquoten haben. Bei gleichen Strukturen und Behandlungsschemata divergiert die Zielwerterreichung zwischen 56–46 %. Es gibt eben auch „weiche“ Faktoren, die in der Patientenbetreuung eine Rolle spielen. Ein strenger Arzt eskaliert die Therapie schneller, ein nachgiebiger erreicht den Zielwert oft erst später.

Quo vadis, Zielwerterreichung?

Sind 53 % Zielwerterreichung besonders gut? Oder sind unsere Ergebnisse durch die Patientenselektion verzerrt? Wären wir erfolgreicher, wenn wir nicht überwiegend Patienten mit Problemen in der Lipidtherapie betreuen würden? Die differenzierte Auswertung liefert jedenfalls wertvolle Impulse – und Motivation, unsere Arbeit weiter zu verbessern.

Durch die Zusammenarbeit und den Austausch im Lipidnetzwerk blicken wir uns gegenseitig hinter die Kulissen und das bringt wertvolle Erkenntnisse. Zum Beispiel, dass wir Lipidologen in einer prädestinierten Lage sind: unsere Patienten nehmen sich Zeit für uns, sind fokussiert auf das Thema Lipide und können ihre Sorgen und Wünsche ausreichend darlegen. Ein motivierter Facharzt wird natürlich auch das Lipidprofil ansprechen, hat aber vor allem in seinem Gebiet – z. B. als Diabetologe, Kardiologe oder Angiologe – zu behandeln. Hausärzte wiederum stehen unter enormem Zeitdruck und müssen zahlreiche Leitlinien berücksichtigen. Ausführliche Gespräche über Nutzen, Risiken und mögliche Nebenwirkungen von Lipidsenkern sind im Praxisalltag oft schwer umzusetzen – dennoch bemühen sie sich darum.

Großes Potenzial sehen wir in regionalen Netzwerken. Sie fördern Austausch, klare Zuweisungswege und abgestimmte Abläufe. Haus- und Fachärzte können Indikationen präzisieren, Lipidologen definieren notwendige Vorbefunde. Im Zentrum steht die konsequente Umsetzung der Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC). Nennen alle Beteiligten denselben LDL-C-Zielwert, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten ihn akzeptieren und langfristig erreichen.

Gerne vergleichen wir auch (in medizinischen Epochen gedacht) die Lipide mit den Blutdruckwerten. Noch vor zwei Generationen konnte man einen hohen Blutdruck nicht gut einstellen oder hat ihm keinen besonderen Wert beigemessen. Inzwischen weiß jeder, dass ein erhöhter Blutdruck gefährlich ist und mit Lebensstiländerungen und Medikamenten gut eingestellt werden soll. Wir hoffen und arbeiten dafür, dass sich das gleiche kollektive Bewusstsein auch für die Cholesterinwerte durchsetzen wird.

Tab. 2: Zusammenhang von Patientenalter und Erreichung des LDL-Cholesterin-Zielbereichs

	LDL-Cholesterin im Zielbereich Anzahl/Anteil		LDL-Cholesterin nicht im Zielbereich Anzahl/Anteil	
Alter 30–39	0	0 %	3	100 %
Alter 40–49	6	50 %	6	50 %
Alter 50–59	30	55 %	24	45 %
Alter 60–69	61	62 %	37	38 %
Alter 70–79	46	51 %	44	49 %
Alter 80–89	12	34 %	23	66 %
Arzt 1	101	56 %	79	44 %
Arzt 2	52	46 %	60	54 %

Fazit

- Für jeden Patienten sollte der individuelle LDL-Cholesterin(LDL-C)-Zielwert definiert werden.
- Passen Sie den LDL-C-Zielwert gelegentlich an den aktuellen Gesundheitszustand der Patienten an.
- Versuchen Sie, den LDL-C-Zielwert (je nach Dringlichkeit langsamer oder schneller) zu erreichen.
- Wenn Sie eine 50%ige LDL-C-Senkung erreicht haben, ist das ein großer Erfolg!
- Schließen Sie sich in regionalen Netzwerken zusammen, um Kapazitäten zu schaffen.

Literatur



als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15027-026-3995-2> in der Online-Version dieses Beitrags



Dr. med. Adam Seeger
Praxis für Nierenkrankheiten und Dialyse
Hellersdorfer Straße 237
12627 Berlin
adam-seeger@t-online.de