In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) - Lipid-Liga

Vorsitzender: Prof. Dr. med. Oliver Weingärtner, Jena

# Zwischen Versorgung und Patientenperspektive

## Das Lp(a)-Update 2026 in München

**Lukas Babylon, Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. – Lipid-Liga, Gelnhausen**

Lipoprotein(a), kurz Lp(a), ist in der Lipidologie längst kein Randthema mehr. Was lange als weitgehend genetisch bestimmter Risikofaktor mit begrenzten therapeutischen Möglichkeiten galt, ist heute als eigenständiger und kausaler Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wissenschaftlich anerkannt. Das Lp(a)-Update in München hat eindrucksvoll gezeigt, wie dynamisch sich dieses Feld derzeit entwickelt: Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, internationale Perspektiven, gesundheitsökonomische Berechnungen und die Frage nach einer besseren Umsetzung in der Versorgung prägten Vorträge und Diskussionen.

Dabei wurde deutlich, dass es nicht mehr darum geht, die Bedeutung von Lp(a) wissenschaftlich zu belegen. Die zentrale Herausforderung besteht zunehmend darin, vorhandenes Wissen konsequent in die klinische Praxis zu übertragen und Lp(a) als wichtigen Faktor für die Bestimmung des individuellen kardiovaskulären Risikos zu verankern.

Besonders bemerkenswert war, dass der Kongress den Blick nicht nur auf Studiendaten und Leitlinien richtete, sondern auch die Perspektive von Patientinnen und Patienten einnahm. Damit wurde ein wichtiger Rahmen gesetzt: Wissenschaftliche Exzellenz und praktische Versorgung müssen zusammen bedacht werden, wenn Lp(a) künftig den Stellenwert erhalten soll, den dieser Risikofaktor haben muss.

### Lp(a) – der genetische Risikofaktor

Hohes Lp(a) ist einer der am besten belegten genetischen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen. Gleichzeitig bleibt es eines der biologisch und klinisch unvollständig verstandenen Lipoproteine. Wie Prof. Florian Kronenberg aus Innsbruck hervorhob, besteht das zentrale wissenschaftliche Spannungsfeld darin, dass die Hinweise auf einen kausalen Zusammenhang inzwischen zwar überzeugend sind, Lp(a) aber viel zu selten gemessen wird. Lp(a) unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von vielen anderen kardiovaskulären Risikofaktoren: Die Konzentration im Blut ist weitgehend genetisch bestimmt, lässt sich durch Lebensstiländerungen nicht beeinflussen, und es sind derzeit keine Medikamente zur spezifischen Senkung zugelassen. Dennoch ist es wichtig, den eigenen Lp(a)-Status zu kennen, das heißt ihn zumindest einmal im Leben ermitteln zu lassen. Inzwischen empfehlen mehrere Leitlinien eine solche Bestimmung. Prof. Pia Kamstrup aus Kopenhagen zeigte in ihrem Vortrag, dass frühere Untersuchungen aufgrund von labordiagnostischem Bias teilweise zu dem Schluss kamen, dass Lp(a) nicht eindeutig mit kardiovaskulären Erkrankungen assoziiert sei. Heute ist die Datenlage eindeutig. Ihre klare Botschaft lautete daher: Eine einmalige Lp(a)-Messung identifiziert ein lebenslang bestehendes, erblich bedingtes Risiko: „Simply do it!“.

### Screening schon im frühen Alter

Aus dieser Perspektive stellt sich die Frage, ob genetisch determinierte Fettstoffwechselstörungen nicht bereits im Kindesalter erfasst werden sollten. Wenn ein Risikofaktor wie Lp(a) über die Lebensspanne weitgehend stabil bleibt, rückt die frühzeitige Prävention stärker in den Fokus. Dr. Raphael Schmieder vom TUM Universitätsklinikum Deutsches Herzzentrum verdeutlichte dies anhand der VRONI-Studie, die zeigt, wie ein strukturiertes Screening auf familiäre Hypercholesterinämie im Kindesalter erfolgreich umgesetzt werden kann. Auch das von Dr. Meike Schrader und Prof. Nikolaus Haas von der Kinderkardiologie des LMU Klinikums vorgestellte Münchner Projekt „Hand aufs Herz – Kardiovaskuläre Prävention für Kinder und Jugendliche“ unterstrich, dass Aufklärung, Screening und frühe Sensibilisierung wichtige Bausteine einer langfristigen kardiovaskulären Prävention sein können. Sinnvoll ist die Bestimmung des Lipidprofils inklusive Lp(a) im Alter von fünf bis sechs Jahren, und diese könnte anlässlich der U9-Vorsorgeuntersuchung erfolgen.

### Neue Therapieoptionen

Neben der Frage, wie Lp(a) künftig früher und konsequenter erfasst werden kann, rückte auf dem Kongress auch der therapeutische Ausblick in den Fokus. Erstmals zeichnet sich ab, dass spezifisch Lp(a)-senkende Wirkstoffe die Versorgungsperspektive grundlegend verändern könnten. In mehreren großen Studien werden derzeit unterschiedliche Ansätze untersucht – darunter Pelacarsen im Rahmen der Lp(a)HORIZON-Studie, Olpasiran in den OCEAN(a)-Programmen, Lepodisiran in ACCLAIM-Lp(a) sowie Muvalaplin in der MOVE-Lp(a)-Studie. Die Bandbreite reicht von subkutan in größeren Intervallen verabreichten Wirkstoffen bis hin zu einer täglichen oralen Therapie. Damit wird deutlich: Lp(a) entwickelt sich von einem lange schwer adressierbaren Risikofaktor zu einem möglichen therapeutischen Ziel. Derzeit stellt die Lipoproteinapherese

die einzige etablierte therapeutische Maßnahme dar, Lp(a) gezielt, wirksam und nebenwirkungsarm zu senken. Mit Blick auf die neuen Lp(a)-senkenden Wirkstoffe in der klinischen Entwicklung stellt sich jedoch die Frage, welche Rolle die Apherese künftig noch einnehmen wird. Dass neue medikamentöse Ansätze nicht zwangsläufig ein Ausschlusskriterium für die Apherese darstellen müssen, zeigte Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen anhand der Studie Lp(a)FRONTIERS APHERESIS Trial. In dieser Studie wurde untersucht, wie sich Pelacarsen und Lipoproteinapherese in der Sekundärprävention zueinander verhalten und ob sich daraus neue Perspektiven für Patientinnen und Patienten mit hohem kardiovaskulärem Risiko ergeben.

Dass die Lipoproteinapherese weiterhin einen wichtigen Stellenwert hat, zeigte auch Prof. Reinhard Klingel anhand des 12-Jahres-Follow-ups der Pro(a)LiFe-Studie. Die Daten unterstreichen, dass Apherese bei Lp(a)-assoziierten progressiven atherosklerosebedingten Herzerkrankungen (ASCVD) den Krankheitsverlauf stabilisieren kann und damit auch im Zeitalter neuer Lp(a)-senkender Medikamente relevant bleibt.

## Von der Evidenz zur Politik

Die Entwicklungen in Diagnostik und Therapie zeigen, dass sich das Feld rund um Lp(a) derzeit stark verändert. Gleichzeitig wurde auf dem Kongress deutlich, dass wissenschaftlicher Fortschritt allein nicht ausreicht, wenn er nicht in der Versorgung ankommt. Eine zumindest einmalige Lp(a)-Messung, frühzeitige Risikoerkennung, strukturierte Prävention und der Zugang zu geeigneten Therapien hängen nicht nur von medizinischer Evidenz ab, sondern auch von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Damit rückt Lp(a) zunehmend aus dem rein fachlichen Diskurs in den Bereich der Versorgungspolitik.

Genau an dieser Schnittstelle setzte Prof. Florian Kronenberg mit der Brussels International Declaration on Lp(a) Testing and Management an. Die Declaration formuliert konkrete Forderungen an gesundheitspolitisch Verantwortliche, um Lp(a)-Testung und -Management systematisch in Präventionsstrategien, Versorgungsstrukturen und Erstattungssysteme zu integrieren. Den gesundheitsökonomischen Blick auf Lp(a) eröffnete Prof. Zanfina Ademi aus Melbourne mit ihrem Vortrag „Lp(a) measurement pays off: the economic perspective“. Auch wenn der Fokus des Vortrags auf der übergeordneten ökonomischen Perspektive lag, ist der Bezug auf Deutschland besonders interessant: In der zugrunde liegenden Analyse wurden auch Daten für den deutschen Versorgungskontext modelliert. Bezogen auf eine Kohorte von 10.000 Patientinnen und Patienten zeigte sich, dass eine strukturierte Lp(a)-Testung auch für Deutschland eine potenziell kostensparende Strategie darstellen könnte. Die modellierten Gesamtkosten lagen im Szenario mit Lp(a)-Testung um rund 4,48 Mio. Euro niedriger als bei einer Standardversorgung. Damit unterstreicht die Analyse, dass Lp(a)-basierte Risikoklassifikation nicht nur medizinisch relevant ist, sondern auch dazu beitragen könnte, kardiovaskuläre Ereignisse zu vermeiden und Gesundheitsressourcen effizienter einzusetzen.

## Ein Kongressauftakt mit Perspektivwechsel

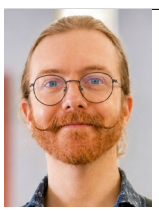
Zwei Besonderheiten zeichneten den Kongress in München aus. Der Auftakt erfolgte nicht, wie bei wissenschaftlichen Medizinkongressen üblich, mit einem klassischen Fachvortrag, sondern mit einem Patientengespräch. Moderiert wurde der Talk von Magdalena Daccord, CEO des europäischen Patientennetzwerks FH Europe Foundation. Eine betroffene Patientin und ein Patient schilderten darin eindrücklich, auf welchen teils verschlungenen Wegen am Ende ein hohes Lp(a) entdeckt wurde sowie ihren persönlichen Umgang mit dieser Diagnose. Das verdeutlichte gleich zu Beginn des Lp(a)-Updates, dass es bei Lp(a) nicht allein um Laborwerte, Risikokurven und Studienendpunkte geht, sondern immer auch um die Lebensrealität von Menschen, die mit einem hohen kardiovaskulären Risiko leben.

Eine weitere Besonderheit war die starke Einbindung der Teilnehmenden. Bereits im Vorfeld konnten Fragen eingereicht werden, die im Rahmen von zwei Experten-Panels aufgegriffen und diskutiert wurden. Damit entstand ein Format, das wissenschaftliche Expertise, klinische Erfahrung und konkrete Fragen aus der Praxis miteinander verband.

Der Kongress in München hat deutlich gemacht: Lp(a) steht an einem Wendepunkt. Die Evidenz ist stark, neue therapeutische Optionen rücken näher und der Handlungsbedarf in der Versorgung ist offensichtlich. Entscheidend wird nun sein, Testung, Prävention und Management konsequent in die Praxis zu bringen – mit dem klaren Fokus auf die Menschen, die von hohem Lp(a) betroffen sind.

## Fazit

- Lp(a) ist ein genetisch bedingter, unabhängiger Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sollte laut ESC/EAS-Leitlinien einmal im Leben gemessen werden.
- Da erhöhte Lp(a)-Werte bereits im Kindesalter erkennbar sind und lebenslang bestehen bleiben, gewinnt eine frühe Testung zur Prävention zunehmend an Bedeutung.
- Neue Medikamente zur Lp(a)-Senkung befinden sich in fortgeschrittener Entwicklung und könnten die Behandlungsmöglichkeiten erweitern; die Lipoproteinapherese bleibt vorerst eine wichtige Therapieoption.
- Das Lp(a)-Update in München zeigte, dass die wissenschaftliche Evidenz für Lp(a) als eigenständiger, kausaler Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen heute eindeutig ist. Im Fokus stehen nun die konsequente Testung, Prävention und der Transfer der Erkenntnisse in die klinische Versorgung.
- Neben medizinischen Aspekten standen auch Patientenperspektiven und gesundheitspolitische Fragen im Fokus, da eine Lp(a)-Diagnostik sowohl gesundheitliche als auch wirtschaftliche Vorteile bieten kann.



**Dr. rer. nat. Lukas Babylon**
Referent für Wissenschaftskommunikation
Deutsche Gesellschaft für Lipidologie e. V. (DGFL) – Lipid-Liga
Kuhgasse 9
63571 Gelnhausen
Lukas.Babylon@lipid-liga.de