



Leitlinienübersicht

Statine in der Primärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen

erstellt von Dr. Isabel Moser, Dr. Gernot Wagner, Christopher Cooper, BA (Hons), MA (LIS), PhD

Bitte den Rapid Review wie folgt zitieren:

Moser, I., Wagner, G., Cooper, C., Statine in der Primärversorgung von kardiovaskulären Erkrankungen:

Leitlinienübersicht. EbM Ärzteinformationszentrum; Dezember 2025. DOI: <https://doi.org/10.48341/qdhp-mb59>

Verfügbar unter: https://www.ebminfo.at/statine_primaerpraevention_kardiovasklaere_Erkrankungen

Anfrage / PIKO-Frage

Wie lauten die Empfehlungen bezüglich einer Statin-Therapie zur Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen bei Personen mit einem LDL-Cholesterin über 116 mg/dl ohne weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren?

Ergebnisse

Leitlinien

Wir identifizierten zwei europäische (1, 2), zwei kanadische (3, 4) und vier US-amerikanische (5-8) Leitlinien, die Empfehlungen zum Einsatz von Statinen in der Primärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen abgaben. Eine Übersicht über die Leitlinien und relevante Passagen ist Tabelle 2 zu entnehmen.

Methoden

Um relevante Leitlinien zu finden, hat ein Informationsspezialist in folgenden Datenbanken recherchiert: Ovid MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews und Epistemonikos. Die verwendeten Suchbegriffe leiteten sich vom Medical Subject Headings System (MeSH System) der National Library of Medicine ab. Zusätzlich wurde mittels Freitexts gesucht und eine Pubmed-Similar-Articles-Suche durchgeführt. Als Ausgangsreferenzen dienten Publikationen, deren Abstracts in der Vorabsuche als potenziell relevant identifiziert worden waren. Die Suche erfasste alle Publikationen bis 20. November 2025. Die Datenbanksuche wurde durch eine Handsuche ergänzt, wobei nach Leitlinien auf den Websites der relevanten medizinischen Fachgesellschaften gesucht wurde. Die vorliegende Leitlinienübersicht fasst die aktuellen Leitlinien zusammen, die in den genannten Datenbanken zu diesem Thema durch Literatursuche und händische Suche zu gewinnen waren. Die Methoden von der Frage bis zur Erstellung der fertigen Leitlinienübersicht sind auf unserer Website abrufbar: <http://www.ebminfo.at/wp-content/uploads/Methoden-Manual.pdf>

Die Auswahl der Leitlinien erfolgte anhand der in **Tabelle 1** beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien für Population, Intervention, Kontrolle und Endpunkte (PIKO-Schema).

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
Population	• Erwachsene mit einem LDL-Cholesterin im Blut über 116 mg/dl ohne weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren oder kardiovaskuläre Erkrankungen	• Personen mit bekannten kardiovaskulären Erkrankungen • Personen mit zwei oder mehr kardiovaskulären Risikofaktoren
Intervention	Statin-Therapie	Andere lipidsenkende Therapien
Kontrollintervention	Keine Statin-Therapie	
Endpunkte	Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse und Erkrankungen	
Setting	Europa und Nordamerika	Andere Kontinente
Publikationsart	Methodisch hochwertige Leitlinien	

Abkürzungen: LDL: low density Lipoprotein

Resultate

Studien

Wir identifizierten zwei europäische (1, 2), zwei kanadische (3, 4) und vier US-amerikanische (5-8) Leitlinien, die Empfehlungen zu Statinen in der Primärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen formulierten.

Die Empfehlungen der Leitlinien sind in **Tabelle 2** zusammengefasst.

Tabelle 2: Übersicht über Empfehlungen zur Statin-Therapie in der Primärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen bei Personen mit Hypercholesterinämie ohne weitere Risikofaktoren

Gesellschaft, Jahr Titel Link	Relevante Empfehlungen
Europa	
Europäische Gesellschaft für Kardiologie/ Europäische Atherosklerosegesellschaft, 2025 (1)	SCORE2 wird bei gesunden Menschen unter 70 Jahren ohne nachgewiesene ASCVD, DM, CKD, genetische/seltene Lipid- oder Blutdruckstörungen zur Abschätzung des Zehn-Jahres-Risikos für tödliche und nicht tödliche CVD empfohlen.
2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias	SCORE2-OP wird bei gesunden Menschen ab 70 Jahren ohne nachgewiesene ASCVD, DM, CKD, genetische/seltene Lipid- oder Blutdruckstörungen zur Abschätzung des Zehn-Jahres-Risikos für tödliche und nicht tödliche CVD empfohlen.
2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias - Atherosclerosis	Das Vorliegen einer subklinischen koronaren Atherosklerose, die durch bildgebende Verfahren festgestellt wurde, oder ein erhöhter CAC-Score im CT sollte bei Personen mit mittlerem Risiko oder Personen, die sich an der Schwelle zu einer Behandlungsentscheidung befinden, als Risikomodifikatoren berücksichtigt werden, um die Risikoklassifizierung zu verbessern. Risikomodifikatoren – wie Familienanamnese, Adipositas, erhöhtes Lp(a), körperliche Inaktivität – sollten bei Personen mit mittlerem Risiko oder Personen, die sich an der Schwelle zu einer Behandlungsentscheidung befinden, berücksichtigt werden, um die Risikoklassifizierung zu verbessern. In der Primärprävention wird eine pharmakologische LDL-C-senkende Therapie empfohlen bei Personen: • mit sehr hohem Risiko und LDL-C $\geq 1,8$ mmol/l (70 mg/dl) oder • mit hohem Risiko und LDL-C $\geq 2,6$ mmol/l (100 mg/dl) trotz Optimierung nichtpharmakologischer Maßnahmen, um das Risiko für CVD zu senken. In der Primärprävention sollte eine pharmakologische LDL-C-senkende Therapie in Betracht gezogen werden bei Personen: • mit sehr hohem Risiko und LDL-C $\geq 1,4$ mmol/l (55 mg/dl), aber $\geq 1,8$ mmol/l (70 mg/dl), oder • mit hohem Risiko und LDL-C $\geq 1,8$ mmol/l (70 mg/dl), aber $< 2,6$ mmol/l (100 mg/dl), oder • mit mittlerem Risiko und LDL-C $\geq 2,6$ mmol/l (100 mg/dl), aber $< 4,9$ mmol/l (190 mg/dl), oder • bei geringem Risiko und LDL-C $\geq 3,0$ mmol/l (116 mg/dl), aber $< 4,9$ mmol/l (190 mg/dl), trotz Optimierung nichtpharmakologischer Maßnahmen zur Senkung des CVD-Risikos.

Gesellschaft, Jahr Titel Link	Relevante Empfehlungen
Großbritannien	
National Institute for Health and Care Excellence, 2023 (2)	Verwenden Sie das QRISK3-Tool , um das geschätzte Risiko für CVD innerhalb der nächsten zehn Jahre für Personen im Alter von 25 bis 84 Jahren ohne CVD zu berechnen.
Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification	Beraten und unterstützen Sie Personen mit hohem Risiko für CVD oder mit CVD dabei, einen gesunden Lebensstil zu erreichen, der den NICE-Leitlinien zur Verhaltensänderung entspricht.
https://www.nice.org.uk/guidance/ng238	Treffen Sie Entscheidungen über den Beginn einer Statin-Behandlung nach einer informierten Diskussion zwischen dem Arzt und der Person über die Risiken und Vorteile von Statinen.
	Statin-Behandlung für Menschen mit und ohne DM Typ 2: • Bieten Sie Menschen mit einem Zehn-Jahres-QRISK3-Score von 10 Prozent oder mehr Atorvastatin 20 mg zur Primärprävention von CVD an. • Schließen Sie eine Behandlung mit Atorvastatin 20 mg zur Primärprävention von CVD nicht aus, nur weil der Zehn-Jahres-QRISK3-Score der Person unter 10 Prozent liegt, wenn diese sich bewusst für die Einnahme eines Statins entschieden hat oder die Befürchtung besteht, dass das Risiko unterschätzt wird. • Erwägen Sie bei Menschen ab 85 Jahren eine Behandlung mit Atorvastatin 20 mg. Achten Sie auf Faktoren, die eine Behandlung ungeeignet machen könnten.
Kanada	
Primary Evidence-based Education Resource, 2023 (3)	Bei Patient:innen ohne CVD (Primärprävention) empfehlen wir die Bestimmung der Blutfettwerte als Teil einer individuellen Herz-Kreislauf-Risikoeinschätzung, bei Männern ab 40 Jahren und Frauen ab 50 Jahren.
PEER simplified lipid guideline 2023 update: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care	Bei Patient:innen mit bekannten traditionellen Risikofaktoren für CVD, darunter unter anderem Bluthochdruck, familiäre Vorbelastung mit vorzeitigen CVD, CKD, DM und Rauchen, können Untersuchungen auch früher in Betracht gezogen werden.
	Wir raten davon ab, Lp(a) oder ApoB zur Bestimmung des kardiovaskulären Risikos einer Person heranzuziehen.
	Wir raten davon ab, CAC-Werte zur kardiovaskulären Risikobewertung hinzuzufügen.
	Für die Primärprävention bei Patient:innen über 75 Jahren raten wir von Lipiduntersuchungen und der Risikobewertung mittels eines CVD-Risikorechners ab.
PEER simplified lipid guideline 2023 update The College of Family Physicians of Canada	

Gesellschaft, Jahr Titel Link	Relevante Empfehlungen
	Bei der Neubewertung des CVD-Risikos von Patient:innen, die keine lipidsenkende Therapie erhalten, empfehlen wir, die Lipidwerte höchstens alle fünf Jahre und vorzugsweise alle zehn Jahre neu zu bewerten, sofern sich die Risikofaktoren nicht ändern. Wir empfehlen, Patient:innen zu körperlicher Aktivität zu ermutigen. Die spezifische Art, Dauer und Intensität der körperlichen Aktivität sind dabei wahrscheinlich weniger wichtig als eine generelle Adhärenz. Wir empfehlen die mediterrane Ernährung zur Senkung des kardiovaskulären Risikos. Für diese Leitlinie basieren unsere Empfehlungen auf dem FRS, der für Kanada validiert wurde. • Zur Primärprävention bei Patient:innen mit einem Zehn-Jahres-Risiko für CVD von <10 Prozent empfehlen wir, die Lipidwerte frühestens nach fünf Jahren und vorzugsweise nach zehn Jahren erneut zu testen und dabei eine Risikoeinschätzung vorzunehmen. • Zur Primärprävention bei Patient:innen mit einem Zehn-Jahres-Risiko für CVD von 10 bis 19 Prozent empfehlen wir Ärzt:innen, mit den Patient:innen die Einleitung einer Statin-Therapie (vorzugsweise mit Statinen mittlerer Intensität) zu besprechen. • Zur Primärprävention bei Patient:innen mit einem Zehn-Jahres-Risiko für CVD von ≥20 Prozent empfehlen wir Ärzt:innen, mit den Patient:innen die Einleitung einer Statin-Therapie (vorzugsweise mit Statinen hoher Intensität) zu besprechen. In der Primärprävention raten wir davon ab, nicht-Statin-haltige Lipidsenker als Monotherapie oder in Kombination mit Statinen einzusetzen.
Canadian Cardiovascular Society, 2021 (4) 2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in Adults 2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in Adults	Wir halten an der Empfehlung fest, alle fünf Jahre bei Männern und Frauen im Alter von 40 bis 75 Jahren regelmäßige kardiovaskuläre Risikobewertungen unter Verwendung eines in Kanada validierten Risikomodells (entweder des FRS oder des CLEM) durchzuführen, um die Vorsorge durch gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patient:innen zu steuern. Bei Personen im Alter von 30 bis 59 Jahren ohne DM erhöht das Vorliegen einer vorzeitigen kardiovaskulären Erkrankung (CVD) in der Familie (d. h. bei männlichen Verwandten im Alter von 55 Jahren oder jünger und bei weiblichen Verwandten im Alter von 65 Jahren oder jünger) das berechnete FRS-Risiko einer Person um etwa das Zweifache. Änderungen des Gesundheitsverhaltens bleiben der Grundpfeiler der Prävention chronischer Krankheiten, einschließlich CVD. Wir empfehlen die Einleitung einer Statin-Therapie für: (1) alle Hochrisiko-Patient:innen (≥20% Zehn-Jahres-Risiko) oder (2) Patient:innen mit mittlerem Risiko (10–19,9%), wenn das LDL-C ≥3,5 mmol/l (≈135 mg/dl) (oder ApoB ≥1,05 g/l oder Nicht-HDL-C ≥4,2 mmol/l [≈162 mg/dl]) beträgt. Darüber hinaus weist bei Personen mit mittlerem Risiko und mehreren zusätzlichen Risikofaktoren, wie in der Heart Outcomes Prevention Evaluation bewertet (Männer ab 50 Jahren oder Frauen ab 60 Jahren mit einem zusätzlichen Risikofaktor, darunter niedriges HDL-C, gestörte Nüchtern glukose, erhöhter Taillenumfang, Zigarettenrauchen, Bluthochdruck), die Evidenz auf einen Benefit für die Einleitung einer Statin-Therapie

Gesellschaft, Jahr Titel Link	Relevante Empfehlungen
Cardiovascular Disease in Adults - Canadian Journal of Cardiology	zur Verringerung des Risikos für kardiovaskuläre Ereignisse hin. Das Vorliegen anderer Risikomodifikatoren bei Personen mit mittlerem Risiko spricht ebenfalls für die Verwendung von Statinen (z. B. hochsensitives C-reaktives Protein $\geq 2,0$ mg/dl, familiäre Vorbelastung mit vorzeitiger koronarer Herzkrankheit, hohe Lipoprotein(a) [Lp(a)] ≥ 50 mg/dl [≥ 100 nmol/l] oder CAC-Score > 0 Agatston-Einheiten [AU]). Für die meisten Personen mit geringem Risiko (FRS $< 10\%$) wird weiterhin eine Änderung des Gesundheitsverhaltens ohne medikamentöse Therapie empfohlen. Ausnahmen sind jedoch: (1) Personen mit geringem Risiko und einem LDL-C $\geq 5,0$ mmol/L (≥ 193 mg/dl) (oder ApoB $\geq 1,45$ g/L oder Nicht-HDL-C $\geq 5,8$ mmol/L [≥ 224 mg/dl]), bei denen eine Statin-induzierte Erkrankung vorliegt (wahrscheinlich eine genetisch bedingte Dyslipidämie wie FH); oder (2) Personen mit einem FRS von 5 bis 9 Prozent und einem LDL-C $\geq 3,5$ mmol/l (≥ 135 mg/dl) (oder ApoB $\geq 1,05$ g/l oder Nicht-HDL-C $\geq 4,2$ mmol/l [≥ 162 mg/dl]), insbesondere mit anderen kardiovaskulären Risikomodifikatoren (z. B. familiäre Vorbelastung mit vorzeitiger koronarer Herzkrankheit, Lp(a) ≥ 50 mg/dl [oder ≥ 100 nmol/l] oder CAC > 0 AU), da der proportionale Nutzen einer Statin-Therapie ähnlich wie in anderen Behandlungsgruppen ist. Die Behandlung dieser Gruppe würde dem Ansatz für das mittlere Risiko folgen.
USA	
ACC/AHA, 2019 (7)	Bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 75 Jahren sollten Ärzt:innen routinemäßig die traditionellen kardiovaskulären Risikofaktoren bewerten und das Zehn-Jahres-Risiko für ASCVD unter Verwendung der PCE berechnen.
2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines	Bei Erwachsenen im Alter von 20 bis 39 Jahren ist es sinnvoll, die traditionellen ASCVD-Risikofaktoren mindestens alle vier bis sechs Jahre zu bewerten.
2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines JACC	Bei Erwachsenen mit geringem Risiko ($< 5\%$ Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko): Risikobesprechung, Betonung der Lebensweise zur Reduzierung der Risikofaktoren.
	Bei Erwachsenen mit grenzwertigem Risiko ($5 - < 7,5\%$ Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko) oder mittlerem Risiko ($\geq 7,5 - < 20\%$ Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko) ist es sinnvoll, zusätzliche risikosteigernde Faktoren heranzuziehen, um Entscheidungen über präventive Maßnahmen (z. B. Statin-Therapie) zu treffen.
	Bei Patient:innen mit grenzwertigem Risiko ($5 - < 7,5\%$ Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko) kann im Rahmen der Risikodiskussion das Vorliegen risikosteigernder Faktoren die Einleitung einer Statin-Therapie mittlerer Intensität rechtfertigen.

Gesellschaft, Jahr Titel Link	Relevante Empfehlungen
	Bei Erwachsenen mit mittlerem Risiko ($\geq 7,5$–$< 20\%$ Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko) oder ausgewählten Erwachsenen mit grenzwertigem Risiko (5–$< 7,5\%$ Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko) ist es sinnvoll, einen CAC-Score zu messen, um die Risikobesprechung zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in zu leiten, wenn Entscheidungen für präventive Maßnahmen (z. B. Statin-Therapie) anhand des ermittelten Risikos nicht eindeutig ableitbar sind. Bei Erwachsenen im Alter von 20 bis 39 Jahren und bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 59 Jahren mit einem Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko von $< 7,5$ Prozent kann eine Schätzung des lebenslangen oder 30-Jahres-ASCVD-Risikos in Betracht gezogen werden. Bei Erwachsenen mit mittlerem Risiko ($\geq 7,5$–$< 20\%$ Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko) senkt eine Statin-Therapie das ASCVD-Risiko. Im Rahmen einer Risikodiskussion sollte, wenn eine Entscheidung für eine Statin-Therapie fällt, ein Statin mittlerer Intensität empfohlen werden. Bei Patient:innen mit mittlerem Risiko ($\geq 7,5$–$< 20\%$ Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko) sollten die LDL-C-Werte um 30 Prozent oder mehr gesenkt werden, und für eine optimale ASCVD-Risikoreduktion, insbesondere bei Patient:innen mit hohem Risiko ($\geq 20\%$ Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko), sollten die Werte um 50 Prozent oder mehr gesenkt werden. Bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 75 Jahren mit DM ist unabhängig vom geschätzten Zehn-Jahres-ASCVD-Risiko eine Statin-Therapie mittlerer Intensität indiziert. Bei Patient:innen im Alter von 20 bis 75 Jahren mit einem LDL-C-Spiegel von 190 mg/dl ($\geq 4,9$ mmol/l) oder höher wird eine maximal verträgliche Statin-Therapie empfohlen.
VA/DoD, 2020 (5)	Für die kardiovaskuläre Risikobewertung in der Primärprävention empfehlen wir das PREVENT-Risikobewertungstool .
VA/DoD Clinical Practice Guideline on Lipid Management for Cardiovascular Disease Risk Reduction https://www.healthquality.va.gov/HEALTHQUALITY/guidelines/CD/lipids/Lipids-CPG_2025-Guideline_final_20251217.pdf	Für die Primärprävention bei Patient:innen über 18 Jahren, die keine Statine einnehmen und keine neuen kardiovaskulären Risikofaktoren (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Tabakkonsum) entwickelt haben, gibt es keine ausreichenden Belege, um eine bestimmte Häufigkeit für die Risikobewertung für CVD zu empfehlen oder davon abzuraten.

Gesellschaft, Jahr Titel Link	Relevante Empfehlungen
	Für die Primärprävention empfehlen wir bei Patient:innen mit mittlerem bis hohem Risiko einen CAC-Test, um die Genauigkeit der Risikobewertung zu verbessern, wenn dies für die klinische Entscheidungsfindung als relevant erachtet wird. Bei Patient:innen mit geringem Risiko raten wir von der routinemäßigen Anwendung des CAC-Tests ab. Wir empfehlen die Messung von Lp(a), um Patient:innen mit erhöhtem Risiko zu identifizieren. Es gibt keine ausreichende Evidenz, um die routinemäßige Verwendung des Knöchel-Arm-Index, des ApoB, der polygenen Risikoscores, der Karotisplaque/Gesamtkarotisplaquefläche und des hs-CRP zur Abschätzung des kardiovaskulären Risikos zu empfehlen oder davon abzuraten. Zur Primärprävention bei Patient:innen mit Diabetes oder einem Zehn-Jahres-Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen von ≥10 Prozent oder einem LDL-C von ≥190 mg/dl empfehlen wir die Verwendung von Statinen mindestens mittlerer Intensität. Zur Primärprävention bei Patient:innen ohne Diabetes, die ein LDL-C <190 mg/dl oder ein Zehn-Jahres-Risiko für CVD von etwa 5 bis 10 Prozent aufweisen, empfehlen wir die Verwendung eines Statins mittlerer Intensität. Zur Primär- und Sekundärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen empfehlen wir eine mediterrane Ernährung. Zur Primär- und Sekundärprävention empfehlen wir eine Steigerung der regelmäßigen aeroben körperlichen Aktivität, die das Maximum dessen darstellt, was die Person bereit und in der Lage ist zu leisten.
US Preventive Services Task Force 2022 (5)	Die PCE des ACC/AHA können zur Abschätzung des Zehn-Jahres-Risikos für CVD verwendet werden.
Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force	Die USPSTF empfiehlt Ärzt:innen, Statine zur Primärprävention von CVD bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 75 Jahren zu verschreiben, die einen oder mehrere Risikofaktoren für CVD (d. h. Dyslipidämie, DM, Bluthochdruck oder Rauchen) und ein geschätztes Zehn-Jahres-Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis von 10 Prozent oder mehr aufweisen. Die USPSTF empfiehlt Ärzt:innen, Erwachsenen im Alter von 40 bis 75 Jahren, die einen oder mehrere Risikofaktoren für CVD (d. h. Dyslipidämie, DM, Bluthochdruck oder Rauchen) aufweisen und deren geschätztes Zehn-Jahres-Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis zwischen 7,5 Prozent und

Gesellschaft, Jahr Titel Link	Relevante Empfehlungen
Recommendation Statement Cardiology JAMA JAMA Network	weniger als 10 Prozent liegt, selektiv ein Statin zur Primärprävention von CVD anzubieten. Die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens ist in dieser Gruppe geringer als bei Personen mit einem Zehn-Jahres-Risiko von 10 Prozent oder mehr. Die USPSTF kommt zu dem Schluss, dass die derzeitige Evidenz nicht ausreicht, um das Verhältnis von Nutzen und Schaden einer Statin-Therapie zur Primärprävention von kardiovaskulären Ereignissen und Mortalität bei Erwachsenen ab 76 Jahren zu beurteilen. Diese Empfehlungen gelten nicht für Erwachsene mit einem LDL-C von über 190 mg/dl (4,92 mmol/l) oder bekannter FH. Diese Bevölkerungsgruppen haben ein sehr hohes Risiko für CVD. Überlegungen zur Verwendung von Statinen bei diesen Bevölkerungsgruppen finden sich in den Leitlinien anderer Organisationen.
American Association of Clinical Endocrinology, 2025 (6) American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Algorithm for Management of Adults with Dyslipidemia – 2025 Update American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Algorithm for Management of Adults with Dyslipidemia – 2025 Update - ScienceDirect	Zur primären ASCVD-Prävention empfiehlt die AACE, Erwachsene mit Dyslipidämie mit einem validierten Risikobewertungsinstrument zu untersuchen (z. B. PCE Zehn-Jahres-Risikorechner, PREVENT-Risikorechner, FRS, SCORE2 & SCORE2-OP, PAHO HEARTS Cardiovascular Risk Calculator, QRISK). Darüber hinaus wird empfohlen, dass alle Personen (Primär- und Sekundärprävention) hinsichtlich dauerhafter Lebensstiländerungen beraten werden sollten, um lipidbezogene und nichtlipidbezogene ASCVD-Risikofaktoren zu reduzieren. Zu einigen Kategorien der Primärprävention gehören Personen mit mittlerem bis hohem ASCVD-Risiko, die ebenfalls eine LDL-C-senkende Therapie benötigen. Darunter fallen Personen mit Verdacht auf FH, Personen mit anhaltend erhöhten LDL-C-Werten (>190 mg/dl oder >4,9 mmol/l) sowie Erwachsene über 40 Jahren (oder jünger, wenn zusätzliche ASCVD-Risikofaktoren vorliegen) mit DM, HIV, metabolischem Syndrom, MASLD, CKD und chronischen Entzündungskrankheiten. Für andere Personen in der Primärpräventionskategorie empfiehlt die AACE die Verwendung eines validierten Risikobewertungsinstruments, um das zukünftige ASCVD-Risiko abzuschätzen und die Risiken und Vorteile einer Pharmakotherapie mit den Personen im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zu besprechen.

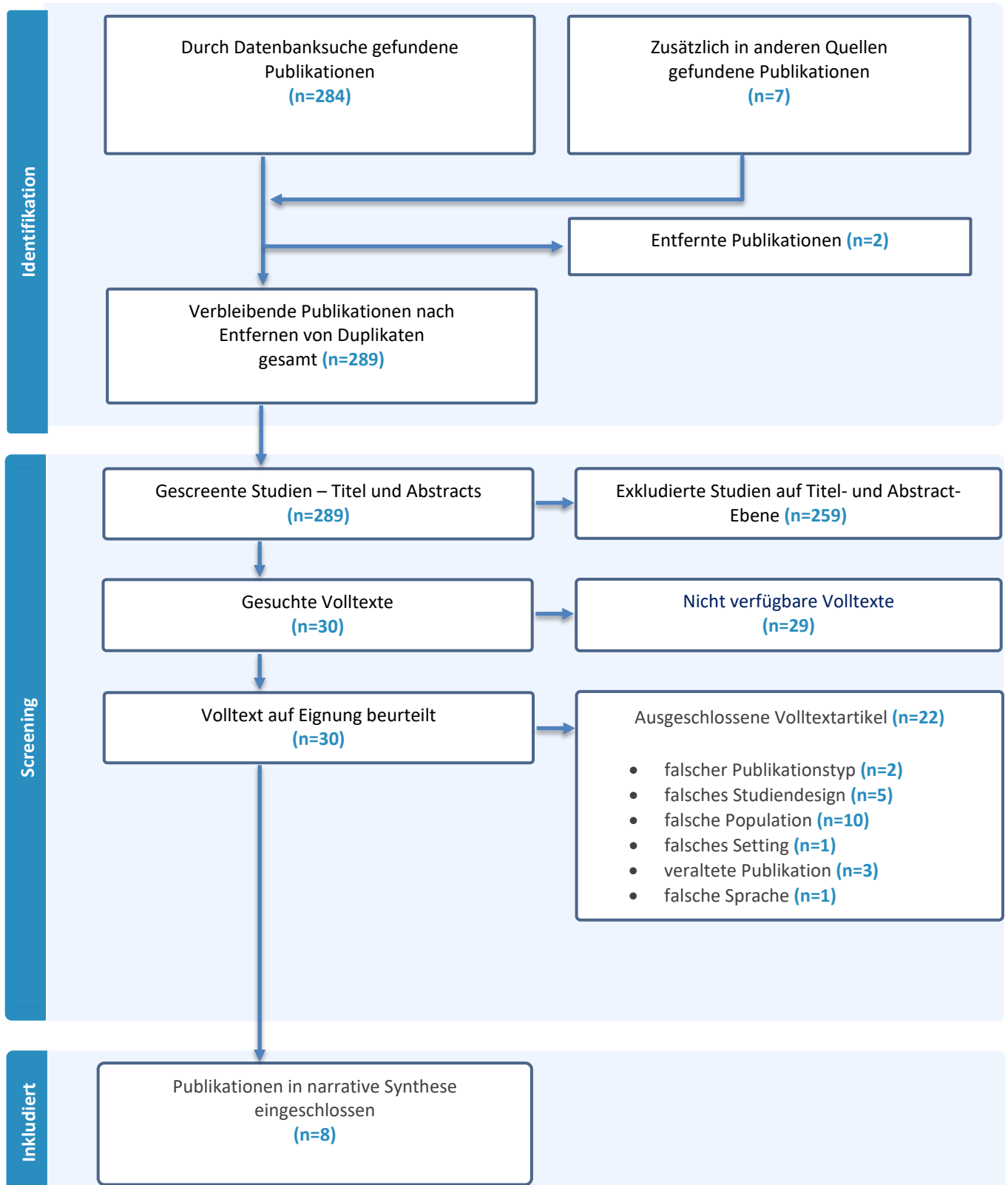
Gesellschaft, Jahr Titel Link	Relevante Empfehlungen
	Gemäß dem Algorithmus sollten sich Ärzt:innen bei Erwachsenen mit einem geringen Risiko (<7,5%) auf Lebensstilinterventionen konzentrieren. Bei Personen mit mittlerem Risiko (7,5–20%) sollten zusätzliche Risikofaktoren berücksichtigt werden, und Ärzt:innen sollten sich an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung beteiligen. Bei Patient:innen mit hohem Risiko (>20%) wird eine Pharmakotherapie empfohlen. Die AACE empfiehlt, den Schwerpunkt auf eine lebenslange Umsetzung einer gesunden Lebensweise (Ernährung, Bewegung, Stressabbau, erholsamer Schlaf, Verzicht auf Tabak und ein gesundes Körpergewicht) zu legen und alle kardiometabolischen Risikofaktoren auf integrierte Weise zu behandeln.

Abkürzungen: AACE: American Association of Clinical Endocrinology; ACC: American College of Cardiology; AHA: American Heart Association; ApoB: Apolipoprotein B; ASCVD: Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankung; AU: Agatston-Einheiten; CAC-Score: Koronarkalzium-Score; CKD: Chronische Nierenerkrankung; CLEM: Cardiovascular Life Expectancy Model; CT: Computertomographie; CVD: Herz-Kreislauf-Erkrankung; dl: Deziliter; DM: Diabetes Mellitus; DoD: U.S. Department of Defense; EAS: Europäische Gesellschaft für Atherosklerose; ESC: Europäische Gesellschaft für Kardiologie; FH: Familiäre Hypercholesterinämie; FRS: Framingham-Risiko-Scores; HDL: High-Density Lipoprotein; HIV: Humanes Immundefizienz-Virus; LDL-C: Low-Density Lipoprotein Cholesterin; Lp(a): Lipoprotein(a); MASLD: Stoffwechselbedingte Fettlebererkrankung; mg: Milligramm; mmol: Millimol; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; nmol: Nanomol; PAHO HEARTS: Pan American Health Organization – HEARTS Initiative; PCE: gepoolte Kohorten-Gleichungen; PEER: Patients Experience Evidence Research (Fachinitiative mit evidenzbasiertem Fokus auf primärmedizinische Praxis in Kanada); PREVENT: Predicting Risk of cardiovascular disease EVENTS; QRISK: QRISK3 Risikorechner für Herz-Kreislauf-Erkrankungen; SCORE2: Systematic COronary Risk Evaluation 2; SCORE2-OP: Systematic COronary Risk Evaluation 2 – Older Persons; U.S.: United States; USPSTF: United States Preventive Services Task Force; VA: U.S. Department of Veterans Affairs

Appendix

PRISMA-Flussdiagramm

Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm der Leitliniensuche modifiziert nach Page et al. (2021) (9)



Suchstrategien

Resultate vor Deduplikation (alle Studiendesigns): 1.353

Resultate nach Deduplikation (alle Studiendesigns): 1.046

Resultate nach Deduplikation (gefiltert nach Leitlinien): 284

Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 bis November 19, 2025

#	Searches	Results
1	*Cardiovascular Disease/	147574
2	(cardiovascular adj3 disease*).ti.	58423
3	1 or 2	163939
4	exp Lipoproteins, LDL/	63313
5	(low-density lipoprotein or LDL cholesterol or bad cholesterol).ti,ab,kw,kf.	108435
6	4 or 5	132242
7	3 or 6	284958
8	Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors/	37190
9	statin*.ti,ab,kw,kf.	59024
10	8 or 9	69383
11	7 and 10	20547
12	(english or german).lg.	35724374
13	11 and 12	19457
14	(2020* or 2021* or 2022* or 2023* or 2024* or 2025*).yr.	9246937
15	13 and 14	5431
16	exp guideline/ or (guideline or practice guideline or consensus development conference or consensus development conference, NIH).pt. or (guideline* or standards or consensus* or recommendat*).ti,bt. or (practice parameter* or position statement* or policy statement* or CPG or CPGs or best practice*).ti,bt. or (care adj2 (path or paths or pathway or pathways or map or maps or plan or plans or standard)).ti,bt. or ((critical or clinical or practice) adj2 (path or paths or pathway or pathways or protocol*)).ti,bt. or (algorithm* and (therap* or treatment* or intervention*)).ti,bt. or (algorithm* and (screening or examination or test or tested or testing or assessment*)).ti,bt. or (guideline* or standards or consensus* or recommendat*).au. or (systematic review.ti,pt,kf,sh. and (practice guideline* or treatment guideline* or clinical guideline* or guideline recommendation*).ti,ab,kf.)	287814
17	15 and 16	295
18	Meta-Analysis/ or meta anal*.ti,ab,kw,kf. or "Systematic Review"/ or (systematic adj (review\$1 or overview\$1)).ti,ab,kw,kf.	601911
19	15 and 18	468

ID	Search	Hits
#1	[mh ^"Cardiovascular Disease"]	13345
#2	(cardiovascular:ti NEAR/3 disease*:ti)	4363
#3	#1 OR #2	15538
#4	[mh "Lipoproteins, LDL"]	7469
#5	("low-density lipoprotein":ti,ab OR "LDL cholesterol":ti,ab OR "bad cholesterol":ti,ab)	21703
#6	#4 OR #5	23509
#7	#3 OR #6	36805
#8	[mh ^"Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors"]	5062
#9	statin*:ti,ab,kw	12558
#10	#8 OR #9	14080
#11	#7 and #10	5443

Epistemonikos.org, 20. November 2025

(title:((title:(((Cardiovascular Disease OR "low-density lipoprotein" OR "LDL cholesterol" OR "bad cholesterol") AND (statin*)))) OR abstract:(((Cardiovascular Disease OR low-density lipoprotein OR LDL cholesterol OR "bad cholesterol") AND (statin*)))) OR abstract:((title:(((Cardiovascular Disease OR "low-density lipoprotein" OR "LDL cholesterol" OR "bad cholesterol") AND (statin*))) OR abstract:(((Cardiovascular Disease OR low-density lipoprotein OR LDL cholesterol OR "bad cholesterol") AND (statin*))))))	566
---	-----

Pubmed Similar Articles (based on the first 100 linked references for each article), 20. November 2025

((Cardiovascular Disease OR low-density lipoprotein OR LDL cholesterol OR "bad cholesterol") AND (statin*))

Referenzen

1. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, Tokgözoğlu L, Badimon L, Baigent C, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Atherosclerosis. 2025;409:120479.
2. NICE. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification: National Institute for Health and Care Excellence; 2023 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng238>].
3. Kolber MR, Klarenbach S, Cauchon M, Cotterill M, Regier L, Marceau RD, et al. PEER simplified lipid guideline 2023 update: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. Canadian Family Physician. 2023;69(10):675–86.
4. Pearson GJ, Thanassoulis G, Anderson TJ, Barry AR, Couture P, Dayan N, et al. 2021 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in Adults. Canadian Journal of Cardiology. 2021;37(8):1129–50.
5. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmow D, Coker TR, et al. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2022;328(8):746–53.
6. Patel SB, Belalcazar LM, Afreen S, Balderas R, Hegele RA, Karpe F, et al. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Algorithm for Management of Adults with Dyslipidemia - 2025 Update. Endocrine Practice. 2025;31(10):1207–38.
7. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2019;74(10):e177–e232.
8. Veterans Health Administration / Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline on Lipid Management for Cardiovascular Disease Risk Reduction 2025 [Available from: www.healthquality.va.gov/HEALTHQUALITY/guidelines/CD/lipids/Lipids-CPG_2025-Guideline_final_20251217.pdf].
9. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.

Ein Projekt von

Das Evidenzbasierte Ärzteinformationszentrum ist ein Projekt von Cochrane Österreich am **Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation** der Universität für Weiterbildung Krems. Rapid Reviews für niederösterreichische Spitalsärzt:innen werden von der NÖ-Landesgesundheitsagentur finanziert.



Disclaimer

Dieses Dokument wurde vom EbM Ärzteinformationszentrum des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation der Universität für Weiterbildung Krems – basierend auf der Anfrage eines praktizierenden Arztes/einer praktizierenden Ärztin – verfasst.

Das Dokument spiegelt die Evidenzlage zu einem medizinischen Thema zum Zeitpunkt der Literatursuche wider. Das EbM Ärzteinformationszentrum übernimmt keine Verantwortung für individuelle Patient:innentherapien.