

# Therapiepfad für Patienten mit ACS und Dyslipidämie in der kardiologischen Rehabilitation

Falls LDL-Cholesterin über dem vorgegebenen Zielwert von  $< 70 \text{ mg/dl}$  ( $1,8 \text{ mmol/l}$ ), dann

- Lebensstiländerung begleitend zur medikamentösen Therapie,
- Lebensstiländerung, besonders wenn hohe Triglyzeride vorliegen (Ernährung und Bewegung)
- medikamentöse Therapie initiieren / anpassen

**1) Erstereignis, Statin-naiv**  
LDL-Zielwert  $< 70 \text{ mg/dl}$   
( $1,8 \text{ mmol/l}$ )\*

Ein Statin in adäquater Dosis zur zeitnahen LDL-Zielwerterreichung

**2) Erstereignis, Statin-Vortherapie**  
LDL-Zielwert  $< 70 \text{ mg/dl}$   
( $1,8 \text{ mmol/l}$ ) noch nicht erreicht\*

Monotherapie:

- Ein Statin in adäquater Dosis, z. B. 40 – 80 mg Atorvastatin oder 20 mg Rosuvastatin

Kombinationstherapie:

- 40 mg Simvastatin + Ezetimib
- 40 mg Atorvastatin + Ezetimib
- Anderes potentes Statin z. B. Rosuvastatin 20 mg + Ezetimib

**3) Folgeereignis, Statin-Vortherapie**  
LDL-Zielwert  $< 70 \text{ mg/dl}$   
( $1,8 \text{ mmol/l}$ ) noch nicht erreicht\*

Von Beginn an zu therapieren wie „2) Erstereignis“

- Eine weitere Absenkung des LDL-C deutlich unter  $70 \text{ mg/dl}$  erwägen

• Kombination:

- 40 – 80 mg Atorvastatin + 10 mg Ezetimib
- Anderes potentes Statin z. B. Rosuvastatin 20 mg + Ezetimib
- PCSK9 Inhibitoren erwägen
- Lipidambulanz erwägen

**4) Typ 2 Diabetes mellitus**  
LDL-Zielwert  $< 70 \text{ mg/dl}$   
( $1,8 \text{ mmol/l}$ )\*

Von Beginn an zu therapieren wie „3) Folgeereignis“ auch ohne bisherige Statintherapie wegen des deutlich erhöhten absoluten kardiovaskulären Risikos, unabhängig von der Statin-vortherapie.

- Niereninsuffizienz Stadium 2–4 (GFR  $15\text{--}89 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ): unveränderte LDL-C senkende Therapie
- präterminale Niereninsuffizienz, Stadium 5 (GFR  $< 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ): Statine in niedriger Dosis verwenden
- Dialyse-Pt.: keine Statin oder Statin/Ezetimib Therapie neu beginnen

Bestimmung von Gesamtcholesterin, LDL-, HDL-Cholesterin und Triglyceriden (TG) bei Entlassung aus der Rehabilitation erwägen  
Messung von Lp(a): bei einem Ereignis ohne klassische Risikofaktoren

## Empfehlungen im Entlassungsbrief:

- Begonnene Therapien konsequent und dauerhaft fortführen
- Kurzfristige Kontrolle des LDL-C nach 4 – 6 Wochen. Wenn LDL-Zielwert  $< 70 \text{ mg/dl}$  ( $1,8 \text{ mmol/l}$ ) nicht erreicht → Therapie intensivieren
- Teilnahme an einer ambulanten Herzgruppe unbedingt empfehlen
- Bei Verdacht auf Familiäre Hypercholesterinämie oder Lp(a) Erhöhung: Familienanamnese klären, PCSK9 Inhibitoren erwägen, evtl. Lipidambulanz empfehlen

Bei Verdacht auf Statinunverträglichkeit: Auslassversuch, Dosisreduktion mit/ohne Ezetimib, Wechsel des Statins (andere Verstoffwechslung), potentes Statin in niedriger Dosis jeden zweiten Tag in Kombination mit Ezetimib, Ezetimib alleine, Anionenaustauscher, PCSK9 Inhibitoren erwägen

\* Alternativ kann das LDL-C um mindestens 50 % gesenkt werden, wenn der Ausgangswert zwischen  $70$  und  $135 \text{ mg/dl}$  ( $1,8\text{--}3,5 \text{ mmol/l}$ ) liegt.