



# DGK- Kongress 2026

Risiken einschätzen, Ereignisse verhindern:  
**Lipidmanagement** als Schlüssel der  
**kardiovaskulären Prävention**





DGK-Kongress 2026

# Risiken einschätzen, Ereignisse verhindern: Lipidmanagement als Schlüssel der kardiovaskulären Prävention

**Kardiovaskuläre Risiken frühzeitig erkennen und behandeln, um so Ereignisse zu verhindern – dieses Präventionsnarrativ zog sich als roter Faden durch die 92. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie 2026 (DGK-Kongress 2026). Einen wichtigen Beitrag zur kardiovaskulären Prävention leistet das leitliniengerechte Lipidmanagement, wie aktuelle Studiendaten – auch aus Deutschland – zeigten.**

## DGK-Kongress 2026: Gemeinsam das kardiovaskuläre Kontinuum aufbrechen

„Herzmedizin 2026 – Gemeinsam Grenzen überwinden, Standards setzen“ – so lautete das Motto des DGK-Kongress 2026, der Anfang April mit rund 8.700 Teilnehmenden in Mannheim stattfand.<sup>1</sup> Hinter diesem Kongressmotto steht das Ziel, die Progression kardiovaskulärer Erkrankungen (Kontinuum) durch das Zusammenspiel von frühzeitiger Diagnostik, individualisierter Therapie und engmaschiger Nachsorge aufzuhalten – zum Beispiel mit Blick auf Atherosklerose.<sup>2</sup> Während der 4 Kongresstage war das Lipidmanagement als tragende Säule kardiovaskulärer Präventionsstrategien ein zentrales Thema.

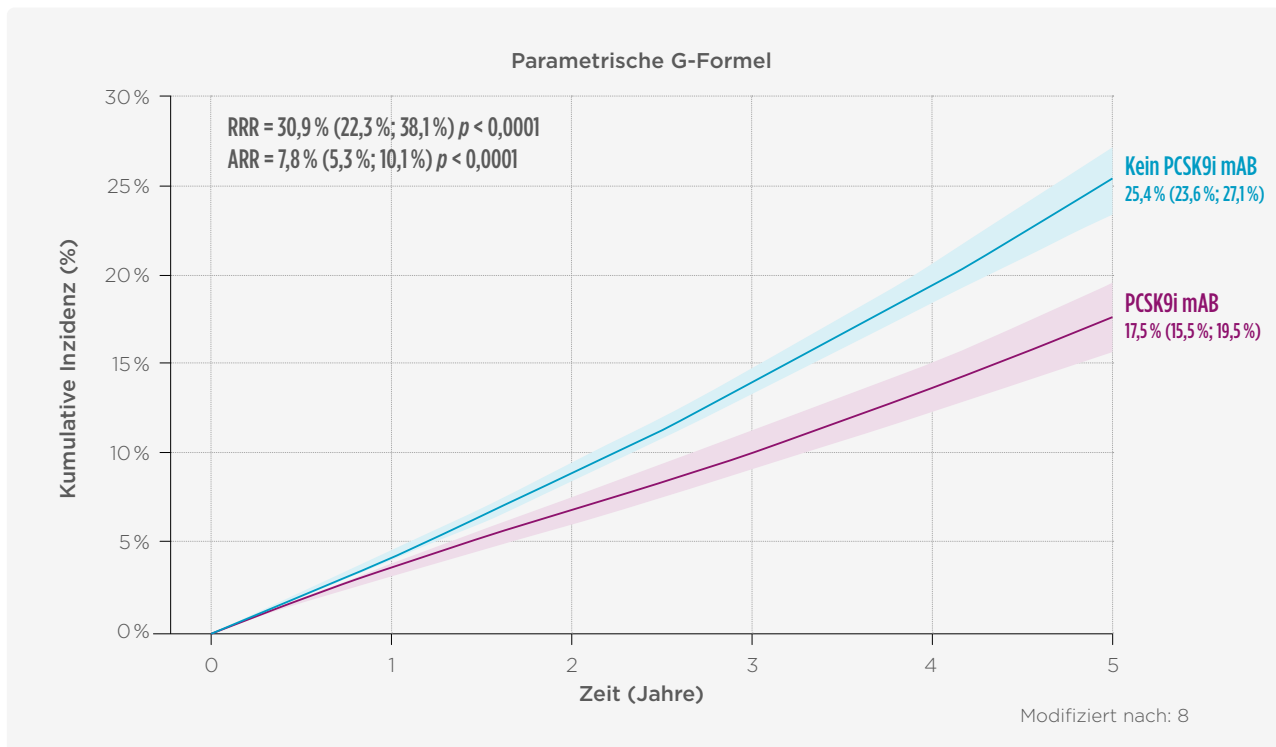
## 4 Experten mit 4 Perspektiven zur kardiovaskulären Prävention

Das Kongressleitthema der kardiovaskulären (CV) Prävention stand auch im Mittelpunkt von 4 Expertentalks, zu denen Sanofi während des DGK-Kongresses 2026 eingeladen hatte.

### 1. Prevent the First Event: Mit Lipidmanagement CV-Ereignisse verhindern

Prof. Dr. Amir A. Mahabadi (Essen) erinnerte in seinem Expertentalk zunächst an die Empfehlungen der ESC<sup>a</sup>-Leitlinie zum akuten Koronarsyndrom (ACS).<sup>3,4</sup> Demnach sollte die vorherige lipidsenkende Therapie (LLT) unmittelbar nach einem ACS eskaliert werden. Wenn der/die Patient\*in beispielsweise vorher eine Statin-Ezetimib-Kombinationstherapie erhalten hatte, sollte nach dem ACS ein PCSK9<sup>b</sup>-Inhibitor (PCSK9i) hinzugefügt werden.<sup>4</sup> Auch die Daten des **SWEDEHEART**-Registers bestätigen den hohen Nutzen einer intensivierte LDL-C-Senkung nach einem ACS, um das Risiko für MACE<sup>c</sup> und die Gesamtsterblichkeit zu reduzieren.<sup>5</sup>

Von einer LDL-C-Reduktion können auch Menschen mit einem sehr hohen CV-Risiko gemäß ESC/<sup>d</sup>EAS<sup>d</sup>-Leitlinie, aber noch **ohne** CV-Ereignis, profitieren. Prof. Mahabadi präsentierte dazu eine Analyse US-amerikanischer Real-World-Daten basierend auf einem Poster vom ESC-Jahreskongress 2025<sup>7</sup>. Die im Vortrag vorgestellten Posterdaten wurden in der Zwischenzeit durch die Vollpublikation komplementiert.<sup>8</sup> Die Real-World-Studie (OPTIMUS-CLASS) schloss 19.670 Patient\*innen ein, davon bekamen 6.545 Patient\*innen eine PCSK9-Antikörper-Therapie während 13.125 Patient\*innen nicht mit einem PCSK9i-behandelt wurden. Die PCSK9-Antikörper senkten das relative Risiko für den kombinierten Endpunkt aus nichttödlichem Herzinfarkt, nichttödlichem ischämischen Schlaganfall und Gesamtmortalität über 5 Jahre um 30,9% (absolute Risikoreduktion: 7,8%) signifikant (Abb. 1). Kontrollgruppen waren jeweils vergleichbare Patient\*innen ohne PCSK9i-Therapie (1:2 Propensity Score Matching). Um eine optimale Bias-Reduktion zu gewährleisten, wurde die parametrische G-Formel verwendet, um die Ereignisratenkurven über die Zeit für den primären Endpunkt zu schätzen.<sup>8</sup>



**Abb. 1:**

Inzidenzrate des primären kombinierten Endpunkts (nicht tödlicher Myokardinfarkt, nicht tödlicher ischämischer Schlaganfall, Gesamtmortalität) für die Intention-to-Treat-Population.<sup>8</sup>

Daneben belegen weitere Studiendaten den Nutzen einer intensiven LDL-C-Reduktion für die Verhinderung eines Erstereignisses bei Hochrisikopatienten.<sup>9,10</sup>

Vor diesem Hintergrund entwickelte Sanofi das Real-World-Evidence-Programm OPTIMUS.

#### **Das OPTIMUS-Programm: Prävention vor dem ersten ischämischen Ereignis**

OPTIMUS (**O**utcomes and **P**reven**T**ion Programme with PCSK9i **M**onoclonal Antibodies in ASCVD Pop**U**lation without Prior Ischaemic Event**S**) ist das Real-World Evidence Programm, das sich gezielt auf die Population konzentriert, die bereits eine ASCVD aber noch kein ischämisches Ereignis wie ein ACS oder Schlaganfall hatten. Die zentrale Frage: Kann eine Therapie mit PCSK9-Inhibitoren die Outcomes dieser Hochrisikopatienten verbessern – bevor es zum ersten kardiovaskulären Ereignis kommt?

Die erste Studie innerhalb dieses Programms ist die „OPTIMUS-CLASS“-Studie, die oben beschrieben wurde.<sup>8</sup> Weitere Studien und Publikationen zu diesem Programm werden folgen.

## **2. LDL-C senken, Plaques stabilisieren, CV-Ereignisse verhindern**

Warum ist eine intensive LDL-C-Reduktion wichtig, um CV-Erstereignisse zu verhindern? Prof. Dr. Sebastian Buß (Heidelberg) erläuterte dazu einen kardiologischen Paradigmenwechsel:<sup>11</sup> Demnach sollte die Behandlung einer koronaren Herzerkrankung (KHK) nicht erst mit einer Ischämie (Stenose) beginnen, da es zu diesem Zeitpunkt zu spät für eine optimale Therapie ist. Stattdessen sollte das Therapieziel sein, atherosklerotische Plaque per se zu verhindern oder in Remission zu bringen.<sup>12</sup> Die KHK-Definition der aktuellen ESC-Leitlinie zum chronischen Koronarsyndrom unterstreicht diesen neuen Ansatz: Eine KHK ist demnach definiert als atherosklerotische Plaques in den Koronararterien – unabhängig davon, ob sie obstruktiv oder nicht-obstruktiv sind.<sup>13</sup> Aus klinischer Sicht bestätigen die Ergebnisse der ISCHEMIA-Studie und dänische Real-World-Daten, dass die Plaque-Last und nicht der Stenosegrad entscheidend für das CV-Risiko ist.<sup>14-16</sup> Umso wichtiger für Therapieentscheidungen ist daher die kardiale Computertomografie (Kardio-CT). So zeigte die SCOTHEART-Studie, dass ein frühzeitig Kardio-CT-gestütztes Therapiemanagement bei Patient\*innen mit stabiler Angina pectoris



das Herzinfarktrisiko um 41% im Vergleich zur Standardtherapie reduzieren kann.<sup>17</sup> Diese entscheidende Rolle atherosklerotischer Plaques erklärt den Nutzen einer intensiven LDL-C-Senkung für die Reduktion des CV-Risikos.

### 3. Wie Künstliche Intelligenz die CV-Prävention verändern kann

Die Kardio-CT eröffnet eine vielversprechende neue Möglichkeit, den Risikofaktor Plaque-Last frühzeitig zu erkennen. Allerdings produzieren sie und andere diagnostische Verfahren große, aufwändig zu verarbeitende Datenmengen. PD Dr. Philipp Breitbart (Frankfurt am Main und Bad Soden) erklärte in seinem Expertentalk, wie Technologien auf Basis der Künstlichen Intelligenz (KI) die Chance bieten, die zunehmend komplexeren kardiologischen Daten sinnvoll zu nutzen. Weitere Beispiele für den KI-Einsatz in der Kardiologie sind neben der Diagnostik die Risikostratifizierung oder die Unterstützung bei der klinischen Entscheidungsfindung. Auch in der Administration und Forschung können KI-Tools unterstützen – als Schreibassistent, beim Wissensmanagement oder als sogenannte digitale Zwillinge realer Patient\*innen.<sup>18,19</sup> Hier bieten KI-Technologien wichtige Vorteile:<sup>18</sup>

- schnelle Verarbeitung größter Datenmengen, die Menschen allein nicht bewältigen könnten
- Unterstützung bei der Skalierung ärztlicher Leistungen im Bereich der Telemedizin durch KI-gestützte Triage-Algorithmen

PD Dr. Breitbart wies auch auf Stolpersteine des KI-Einsatzes hin. So sind viele KI-Modelle aufgrund der Trainings-Daten „voreingenommen“. Außerdem können sie falsche Informationen („halluzinieren“) bereitstellen. Daher ist ein kritisches Hinterfragen der KI-generierten Ergebnisse unerlässlich. Nach Meinung von Dr. Breitbart werden KI-Technologien den ärztlichen Beruf verändern – ähnlich wie der Autopilot die Luftfahrt. Damit bietet KI die Chance, dass sich Ärzte wieder auf die eigentliche Medizin und Gespräche mit den Patient\*innen konzentrieren können.<sup>18</sup>

### 4. Influenza-Impfung als Baustein der kardiovaskulären Prävention

In einem weiteren Expertentalk von Prof. Dr. Ralf Dechend (Berlin) stand die CV-Prävention durch Impfungen – insbesondere die Influenza-Impfung – im Mittelpunkt.<sup>20</sup> Zu Beginn wies er auf aktuelle ESC-Publikationen – darunter ein neues Konsensus-Statement – hin, die unterstreichen, dass die Impfprävention in der Kardiologie angekommen ist.<sup>21,22</sup> Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) hat bereits seit längerem eine Empfehlung zur Influenza-Impfung für Menschen mit chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgesprochen.<sup>23</sup> Für alle Erwachsenen ab 60 Jahren empfiehlt sie außerdem die jährliche Impfung mit einem Hochdosis-Influenza-Impfstoff oder einem MF-59-adjuvantierten Influenza-Impfstoff.<sup>e,23,24</sup> Für Efluelda<sup>®25</sup> – den ersten in Deutschland zugelassenen Hochdosis-Influenza-Impfstoff<sup>26</sup> (4-fach-hochdosierter Influenza-Impfstoff; TIV-HD) wurden Ende 2025 die Ergebnisse von FLUNITY-HD<sup>f</sup> zu einem breiten Spektrum an Hospitalisierungen veröffentlicht.

In der präspezifisierten gepoolten Analyse von 2 individuell randomisierten Studien wurden die Daten von über 466.000 Teilnehmenden ab 65 Jahren aus 2 Studienregionen und über 3 Influenza-Saisons berücksichtigt.<sup>f</sup> Dazu wurden alle Studienteilnehmenden zum Zeitpunkt der Influenza-Impfung individuell 1:1 randomisiert und erhielten entweder den Hochdosis-Influenza-Impfstoff oder einen standarddosierten Influenza-Impfstoff<sup>g</sup> (SD-IIV). Anschließend wurden sie passiv anhand von nationalen oder regionalen Registern nachverfolgt. Als erste und größte Analyse ihrer Art zur Influenza-Impfstoffeffektivität bestätigt FLUNITY-HD die Überlegenheit des Hochdosis-Influenza-Impfstoffs gegenüber SD-IIV<sup>g</sup> auch in Bezug auf ein breites Spektrum an Hospitalisierungen. Der primäre Endpunkt wurde statistisch signifikant erreicht: **8,8% weniger Hospitalisierungen aufgrund von Influenza oder Pneumonie** (95%-Konfidenzintervall (KI): 1,7-15,5; p=0,0082). Auch bei sekundären Endpunkten zeigte der Hochdosis-Influenza-Impfstoff im Vergleich zu SD-IIV<sup>g</sup> einen überlegenen Schutz:<sup>27</sup>

- **6,3% weniger** kardiorespiratorisch bedingte Hospitalisierungen (95%-KI: 2,5-10,0; p<0,0006)
- **31,9% weniger** Hospitalisierungen aufgrund einer laborbestätigten Influenza-Infektion (95%-KI: 19,7-42,2; p<0,001)

Weitere Studiendaten zeigen, dass die Influenza-Impfung das Risiko für schwere CV-Ereignisse einschließlich Todesfälle mit 18% bis 41% ähnlich wirksam senken kann wie andere Präventionsmaßnahmen, beispielsweise der Verzicht auf das Rauchen (32% bis 43% Risikoreduktion).<sup>28</sup>



## Lipidmanagement in Zahlen: SWEDEHEART-Register und aktuelle Studiendaten aus Deutschland

Zahlreiche weitere Kongressbeiträge befassten sich mit dem Lipidmanagement.

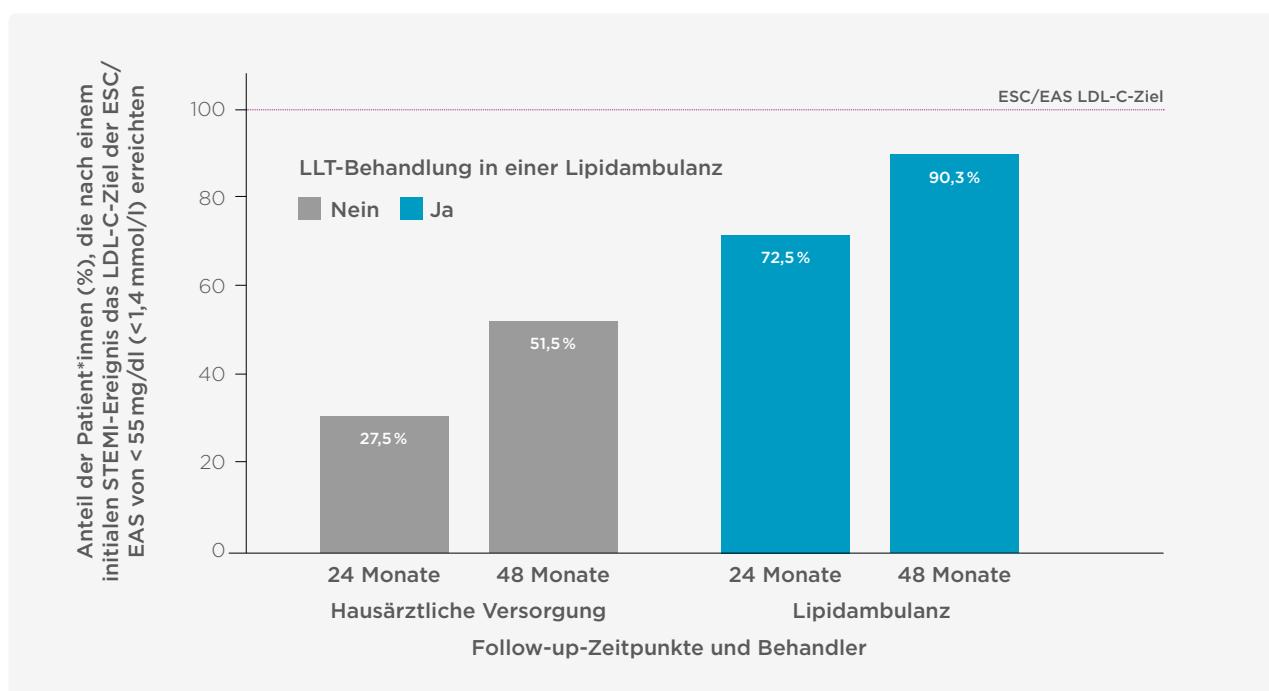
### SWEDEHEART: Wie Register das Lipidmanagement verbessern können

Prof. Dr. Margrét Leósdóttir (Malmö, Schweden) erläuterte die Hintergründe des schwedischen SWEDEHEART-Registers, das seit 2005 (heutige Form) Patient\*innen mit Herzinfarkt systematisch erfasst und langfristig dokumentiert. Die Dateneingabe übernehmen Pflegefachpersonen, die als Gegenleistung einen uneingeschränkten Datenzugang für das Qualitätsmonitoring ihrer Institutionen erhalten. Das SWEDEHEART-Register arbeitet mit dem Prinzip des öffentlichen Vergleichs aller Kliniken in Schweden, die Herzinfarktpatienten behandeln. Dieses transparente Benchmarking schafft einen starken Anreiz für Qualitätsverbesserung.<sup>29</sup> So erreichen inzwischen über 70 % der ACS-Patient\*innen den von der ESC/EAS-Leitlinie empfohlenen LDL-C-Zielwert von  $<55 \text{ mg/dl}$  ( $<1,4 \text{ mmol/l}$ ).<sup>29-31</sup> Zu dieser hohen Zielerreichungsquote tragen auch zielführende Arbeitsabläufe in den Kliniken bei. Zum Beispiel dürfen Pflegefachpersonen eigenständig die Medikation zur Sekundärprävention – darunter die LLT – anpassen.<sup>32</sup> Außerdem hat man einen neuen Algorithmus für die schnelle LDL-C-Wert-gesteuerte LLT-Initiierung nach ACS eingeführt. Erste Ergebnisse zeigen eine Verdopplung sowohl der Ezetimib-Verordnungen als auch der LDL-C-Zielerreichungsquote.<sup>29</sup>

### Jena auf Ziel: Neue 4-Jahres-Daten mit verbesserter LDL-C-Zielerreichung

**Hintergrund:** In die prospektive Kohortenstudie „Jena auf Ziel“ wurden insgesamt 85 Patient\*innen unmittelbar nach ihrem ST-Hebungs-Myokardinfarkt (STEMI) eingeschlossen und ab dem Tag ihrer stationären Aufnahme mit einer Kombinations-LLT aus 80 mg Atorvastatin und 10 mg Ezetimib behandelt. Während der initialen Beobachtungszeit von 12 Monaten wurde die LLT nach Bedarf mit Bempedoinsäure oder einem PCSK9i eskaliert, sodass **alle** Studienteilnehmenden nach 12 Monaten den empfohlenen LDL-C-Zielwert von  $<55 \text{ mg/dl}$  ( $<1,4 \text{ mmol/l}$ ) erreichten. Nach einem Jahr wurden die Patient\*innen entweder von der Lipidambulanz (36,5 %) oder in der hausärztlichen Versorgung (63,5 %) weiterbehandelt.<sup>33</sup>

**Ergebnisse:** Im Rahmen des DGK-Kongresses 2026 wurden erstmals die 4-Jahres-Daten der Jena-auf-Ziel-Studie zu allen eingeschlossenen 85 Studienteilnehmenden präsentiert:<sup>33</sup>



**Abb. 2:**

Prozentualer Anteil der Patient\*innen, die den empfohlenen LDL-C-Zielwert von  $<55 \text{ mg/dl}$  ( $<1,4 \text{ mmol/l}$ ) erreichten – nach 24 und 48 Monaten, Nachsorge in der hausärztlichen Versorgung oder Lipidambulanz.<sup>33</sup>





- Nach 48 Monaten erreichten 51,5% der hausärztlich und 90,3% der in der Lipidambulanz betreuten Patient\*innen den empfohlenen LDL-C-Zielwert (insgesamt 70,3%). Damit verbesserte sich in beiden Versorgungsbereichen die Zielerreichungsquote gegenüber den Werten nach 24 Monaten (Abb. 2).
- Die durchschnittlichen LDL-C-Werte waren in der hausärztlich betreuten Gruppe signifikant höher (60 mg/dl; 1,56 mmol/l) als bei den Patient\*innen, die von der Lipidambulanz weiterversorgt wurden (43 mg/dl; 1,10 mmol/l) ( $p = 0,024$ ).

### Lipid-Snapshot: Abschlussergebnisse decken Versorgungsdefizite auf

**Hintergrund:** Im Rahmen der prospektiven, nicht-interventionellen multizentrischen Studie Lipid-Snapshot wurden von 2023 bis 2025 insgesamt 4.500 ASCVD-Patient\*innen aus niedergelassenen kardiologischen Praxen und über 286.000 ASCVD-Patient\*innen aus der hausärztlichen Versorgung dokumentiert (ASCVD: atherosklerotische CV-Erkrankung). Die Gruppen wurden hinsichtlich ihrer LLT und der LDL-C-Zielwert-Erreichung verglichen.<sup>34,35</sup>

**Ergebnisse:** Die Abschlussergebnisse weisen auf erhebliche Defizite beim Lipidmanagement hin (Tab. 1).<sup>34,35</sup>

| Daten zum Jahr 2025                                        | Behandlung in<br>kardiologischen Praxen<br>(n = 1.500) | Behandlung in<br>hausärztlichen Praxen<br>(n = 97.686) |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| LDL-C-Zielwert-Erreichung<br>( $<55$ mg/dl; $<1,4$ mmol/l) | 34,9 %                                                 | 17,7 %                                                 |
| ASCVD-Patient*innen ohne LLT                               | 1,3 %                                                  | 18,4 %                                                 |
| Behandlung mit Statin-Monotherapie                         | 44,3 %                                                 | 60,2 %                                                 |
| Behandlung mit PCSK9i<br>(Mono-/Kombinationstherapie)      | 1,9 %                                                  | 0,1 %                                                  |

**Tab. 1:**

Ergebnisse der Lipid-Snapshot-Studie bezogen auf das Jahr 2025.<sup>34,35</sup>

Die LDL-C-Zielerreichungsquote hat sich 2025 gegenüber 2023 verbessert. 2023 erreichten lediglich 27,4 % der kardiologisch betreuten Patienten den LDL-C-Zielwert von  $< 55$  mg/dl ( $< 1,4$  mmol/l), in hausärztlicher Behandlung waren nur 12,1%. Allerdings erhielten vor allem jüngere Patient\*innen **keine** LLT und Frauen erreichten seltener als Männer den empfohlenen LDL-C-Zielwert.<sup>34,35</sup>

### Statin-Intoleranz-Register: Neue Erkenntnisse zu einem herausfordernden Phänomen

**Hintergrund:** Beim Statin-Intoleranz-Register (SIR) handelt es sich um eine multizentrische Beobachtungsstudie, in die zwischen 2021 und 2023 an 19 deutschen Standorten 1.124 Patient\*innen mit Statinintoleranz (SI) eingeschlossen wurden. SI wurde definiert als Unverträglichkeit gegenüber mindestens 2 verschiedenen Statinen mit Symptomverbesserung nach Reduzierung der Statindosis oder Absetzen des Medikaments. Die SIR-Ergebnisse wurden zum Teil mit den Daten einer historischen deutschen Kohorte verglichen.<sup>36,37</sup>

**Ergebnisse:** Die Auswertungen des SIR zeigen:<sup>36,37</sup>

- 67,3% der Patient\*innen berichteten von ausgeprägten **Muskelschmerzen**, die bei 39,1% über ein Jahr persistierten. Dabei waren Frauen häufiger und stärker von Schmerzen betroffen.
- 75 % aller Patient\*innen erreichten nach einem Jahr den empfohlenen LDL-C-Zielwert **nicht**. Bei Frauen betrug dieser Anteil über 80 %.
- Die Studienautoren konnten 5 „Patient\*innen-Cluster“ abgrenzen – unter anderem nach Geschlecht, Alter, Komorbiditäten und Lebensqualität.
- Starke Bedenken gegenüber der Statintherapie sind mit einer geringeren LLT-Anwendung und mit einer niedrigeren LDL-C-Zielerreichungsquote assoziiert.



## Weitere LLT-Daten aus der deutschen Versorgungsrealität

**Hintergrund:** Zwei Postervorträge basierten auf der „Deutschen Analysedatenbank für Evaluation und Versorgungsforschung“ (DADB), die Leistungsdaten von 16 gesetzlichen Krankenkassen mit etwa 4,4 Millionen Versicherten enthält. Außerdem wurden Informationen zum sozioökonomischen Status aus der INKAR-Datenbank verwendet.<sup>38,39</sup>

### Ergebnisse:

- **LLT und DMP:** Nach einer Auswertung der Daten von über 261.000 ASCVD-Patient\*innen aus der DADB erhielt etwa ein Drittel von ihnen keine LLT. Die Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP) für KHK war der stärkste Prädiktor für eine LLT-Anwendung.<sup>38</sup>
- **LLT-Persistenz:** In einer weiteren Analyse wurden 266.000 Personen berücksichtigt, die zwischen 2016 und 2023 mindestens 2 LLT-Verordnungen erhalten hatten. Bei 55 % bis 60 % wurde in den 12 Monaten nach der Erstverordnung eine LLT-Persistenz beobachtet. Dabei war die Persistenz bei Patient\*innen höher, die neben einer Statintherapie weitere lipidsenkende Substanzen erhielten. Bei 12,5 % der Patient\*innen mit mindestens 2 LLT-Verordnungen wurden Verordnungspausen von über 3 Monaten festgestellt.<sup>39</sup>

## DGK-Kongress 2026 macht das Impfen zur Herzenssache

Wie es bereits der Vortrag von Prof. Dechend andeutete, gehörte die CV-Prävention mit Impfungen zu den prominenten Themen des DGK-Kongresses 2026, wie diese Beiträge illustrieren:

- Die Impfprävention stand auf der Agenda der **Kongress-Pressekonferenz** „Trends in der kardiovaskulären Prävention“. Dabei ging es um die pathophysiologischen Hintergründe: Akute virale Infektionen lösen eine systemische Inflammation aus, die zu einer endothelialen Dysfunktion, zur Plaque-Ruptur und damit zu CV-Ereignissen führen kann. Außerdem können Viren direkt das Herzmuskelgewebe schädigen und so zu Myokarditis und zu Herzinsuffizienz beitragen.<sup>40</sup> Kritisch sind insbesondere Influenza-Viren. Denn innerhalb der ersten 7 Tage nach der Infektion vervielfacht sich das Herzinfarktrisiko um den Faktor 6.<sup>41</sup> Hingegen kann die Influenza-Impfung das MACE-Risiko signifikant senken.<sup>42</sup>
- Prof. Dr. Bettina Heidecker, Erstautorin des **ESC-Konsensus-Statements** zu Impfungen, erläuterte dessen Hintergründe. Neben den pathophysiologischen Zusammenhängen sprechen weitere Studiendaten wie zum Beispiel aus DANFLU-2 für die Impfung gegen Influenza bei Menschen mit chronischen Herzerkrankungen wie KHK oder Herzinsuffizienz. Solide Evidenz besteht auch für den kardiopräventiven Nutzen der Impfungen gegen COVID-19 und Pneumokokken.<sup>21,43</sup>

## Risikofaktoren erkennen und richtig einordnen

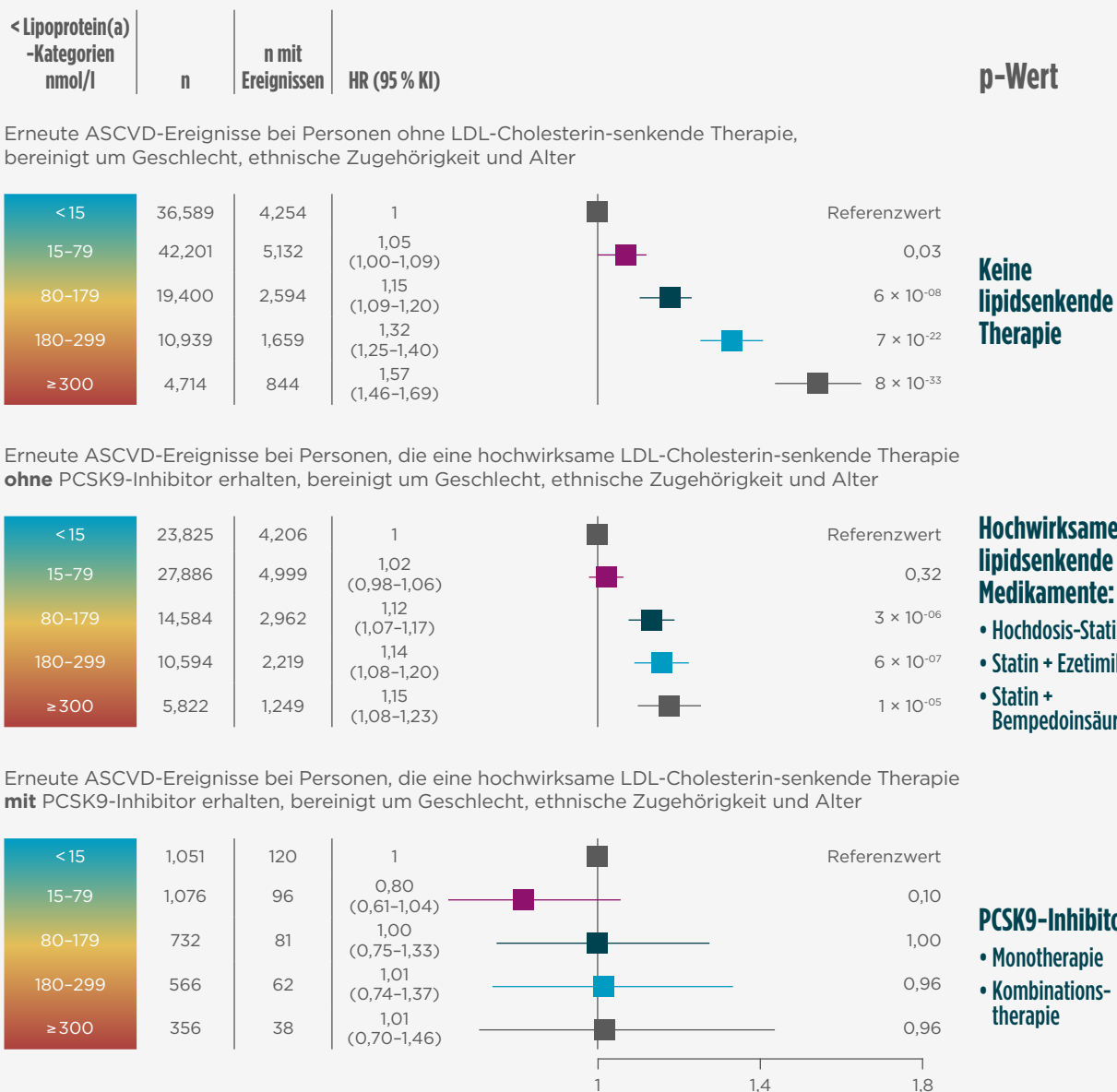
Welche Faktoren bestimmten das CV-Risiko und wie lässt es sich am besten stratifizieren? Umfassende Antworten boten verschiedene Vorträge während des DGK-Kongresses 2026.

### Risikofaktor Lipoprotein(a) identifizieren und minimieren

Etwa jeder 5. Mensch hat einen erhöhten Lipoprotein(a)-(Lp(a))-Spiegel von >50 mg/dl (>105 nmol/l), der zu 90 % genetisch festgelegt ist.<sup>44-46</sup> Sowohl die aktualisierte ESC/EAS-Leitlinie als auch die im März 2026 veröffentlichte neue Dyslipidämie-Leitlinie der US-amerikanischen Fachgesellschaften lenken mit ihren Empfehlungen die Aufmerksamkeit auf das Lp(a) als wichtigen, unabhängigen CV-Risikofaktor. Sie empfehlen unter anderem, dass es bei allen Menschen mindestens einmal im Leben bestimmt und bei der Risikobeurteilung berücksichtigt werden sollte. Ansonsten würde das CV-Gesamtrisiko erheblich unterschätzt.<sup>30,47</sup> Derzeit sind zwar keine zugelassenen Therapieoptionen zur Lp(a)-Senkung verfügbar. Allerdings kann eine Minimierung aller anderen beeinflussbaren Risikofaktoren den Einfluss des Lp(a) relativieren.<sup>48</sup> So zeigen US-amerikanische Daten zu Menschen mit vorbestehenden CV-Ereignissen, dass eine starke LDL-C-Senkung mit PCSK9i das Risiko für erneute CV-Ereignisse selbst bei Lp(a)-Werten von >125 mg/dl (>300 nmol/l) auf das Niveau von Menschen mit niedrigem Lp(a)-Wert senken kann (Abb. 3).<sup>49</sup>



## 273.770 Patient\*innen mit einem bereits zu Studienbeginn vorbestehenden CV-Ereignis



**Abb. 3:**

Risiko für rezidivierende ASCVD-Ereignisse nach Lp(a)-Kategorien und nach LLT.<sup>49</sup>

### „The Big 5“ minimieren und Lebenszeit gewinnen

Zu den am häufigsten genannten Studien während des DGK 2025 gehörte eine Analyse des Global Cardiovascular Risk Consortium zu den 5 Faktoren („Big 5“), die für etwa 50 % des CV-Risikos verantwortlich sind: arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Adipositas, Diabetes mellitus (DM) und das Rauchen. Dazu haben die Autoren die Daten von über 2 Millionen Teilnehmenden aus 133 Kohorten, 39 Ländern und 6 Kontinenten auf individueller Ebene harmonisiert, um Lebenszeitriskiken für CV-Erkrankungen und Tod zu schätzen.





Demnach können Frauen, die bis zu einem Alter von 50 Jahren alle „Big 5“ vermeiden, die Zeit ohne CV-Erkrankungen um bis zu 13,3 Jahre und die Lebenszeit um bis zu 14,5 Jahre verlängern. Bei Männern fallen diese Zeitgewinne etwas kürzer aus (Abb. 4). Frauen profitieren somit stärker von CV-Präventionsmaßnahmen als Männer.<sup>50</sup>



**Abb. 4:**

Geschätzte Lebenszeitdifferenz zwischen Menschen (50 Jahre) ohne und mit den 5 wesentlichen CV-Risikofaktoren.<sup>50</sup>

### So sieht die Verteilung des CV-Risikos in Deutschland aus

Wie viele Menschen haben hierzulande ein sehr hohes CV-Risiko? Einen ersten Anhaltspunkt liefert eine Auswertung von Daten der Nationalen Kohorte (NAKO) zu über 142.000 Personen im Alter von 40 bis 75 Jahren ohne ASCVD oder DM. Die Studienautoren berechneten für das jeweilige CV-Risiko anhand des SCORE2<sup>h</sup> oder SCORE2-OP<sup>i</sup> (ab 70 Jahren). Demnach bestand bei 38,13% ein geringes bis mittleres, bei 48,23% ein hohes und bei 13,63% ein sehr hohes Risiko. Auffällig waren signifikante ( $p < 0,001$ ) Unterschiede zur Risiko-Aufteilung bei Rauchenden: 4,71% hatten ein niedriges bis mittleres, 27,20% ein hohes und 42,55% ein sehr hohes CV-Risiko.<sup>51</sup>



## Mit Kardio-CT CV-Risiken präziser einschätzen und die Prävention verbessern

Die gängigen CV-Risiko-Scores weisen einige Nachteile auf: Sie liefern häufig eine ungenaue Risikoeinschätzung und die Patient\*innen sind meist unbeeindruckt, wenn sie ihren Risiko-Score erfahren (keine Adhärenzverbesserung).<sup>52</sup> Auch die Bestimmung des Koronarkalks (CAC-Score) kann zu Fehleinschätzungen hinsichtlich einer manifesten KHK (koronare Obstruktionen) führen.<sup>53</sup> Dagegen ermöglicht die Kardio-CT eine präzise Risikoevaluation und kann zudem das Präventionsverhalten beeinflussen, wie die Ergebnisse der SCOTHEART-2-IMPACT-Studie andeuten. Demnach hielten sich Personen ohne ASCVD, aber mit mindestens einem CV-Risikofaktor, signifikant häufiger an die empfohlenen Lebensstilveränderungen, wenn sie sich einem Kardio-CT unterzogen hatten (Vergleich zu Personen, die nur über ihren Risiko-Score informiert wurden).<sup>54</sup>

## Wie kardiovaskuläre Prävention besser gelingen kann

Im Rahmen des DGK-Kongresses 2026 wurden verschiedene Lösungsansätze diskutiert, wie das Wissen über CV-Prävention besser in der klinischen Praxis umgesetzt werden kann.

- **EU Safe Hearts Plan und Nationales Herz-Netz:** In der Europäischen Union (EU) sterben jährlich 1,7 Millionen Menschen an CV-Erkrankungen. Angesichts dieser epidemiologischen Daten hat die EU-Kommission Ende 2025 den EU Safe Hearts Plan vorgestellt, mit dem die vorzeitige Mortalität bis 2035 um 25 % reduziert werden soll. Er baut auf die 3 Handlungsfelder Stärkung der Prävention, Förderung der Früherkennung und Verbesserung der Versorgung. Jetzt ist es die Aufgabe der EU-Mitgliedstaaten, diese Rahmen national umzusetzen. Die DGK möchte mit dem **Nationalen Herz-Netz** zur Umsetzung des EU Safe Hearts Plans beitragen. Dabei handelt es sich um die systematische Erfassung und digitale Auswertung von Routinedaten aus verschiedenen Versorgungsbereichen. Mit dieser Datenbasis können unter anderem Versorgungslücken gezielter identifiziert, Behandlungsverläufe transparenter dargestellt und evidenzbasierte Verbesserungen nachhaltig umgesetzt werden. Das Nationale Herz-Netz soll zunächst in 4 Pilotregionen (Berlin, Ruhrgebiet, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern) getestet werden.<sup>55</sup>
- **Präventionskonzepte für die Praxis:** Ein wichtiger Baustein der CV-Prävention ist die breite Aufklärung über einen gesunden Lebensstil – auch in schwer erreichbaren (vulnerablen) Gruppen. Hier könnten modulare Konzepte wie das „Bremer Modell“ unterstützen. Es setzt auf zielgruppengerechte Informationsformate für Kinder und Jugendliche (Schulaktionen, Social-Media-Kampagnen) sowie in Brennpunktvierteln (Informationsstände in Einkaufszentren). Dazu kommt die Ausbildung von ärztlichen und nichtärztlichen Präventionsfachleuten (Sachkundekurse und Curricula der DGK).<sup>56</sup> Daten der IPP-Studie belegen den Erfolg dieses Präventionskonzepts bei Menschen nach einem Herzinfarkt. Die Betreuung durch Präventionsassistenten, Aufklärungsveranstaltungen, regelmäßige Telefonvisiten und die telemedizinische Kontrolle von Risikofaktoren verbesserten sowohl LDL-C-Wert, Blutdruck, Body Mass Index und Raucherstatus als auch die Lebensqualität der Studienteilnehmenden (Vergleich zur Routineversorgung).<sup>57</sup>

Weitere aktuelle

Studien, Leitlinien-Updates, Kongresshighlights und praktische Insights für Ihren Praxisalltag finden Sie [hier](https://pro.campus.sanofi/de/lipidmanagement/wissen):  
[Link: <https://pro.campus.sanofi/de/lipidmanagement/wissen>]



## Abkürzungen und Fußnoten

- a ESC: European Society of Cardiology;
- b PCSK9: Proproteinconverting-Subtilisin/Kexin-Typ-9;
- c MACE: Major Adverse Cardiac Events;
- d ESC/EAS: European Society of Cardiology / European Atherosclerosis Society;
- e Die STIKO empfiehlt seit Oktober 2024 allen Personen ab 60 Jahren die jährliche Impfung im Herbst mit einem inaktivierten Hochdosis- oder MF-59 adjuvantierten Influenza-Impfstoff mit aktueller von der WHO empfohlener Antigenkombination;<sup>24</sup>
- f In den einzelnen Studien umfassten potenzielle Einschränkungen die open-label Durchführung der Studien, das Fehlen systematischer Influenzaerfassungen und das Fehlen von Daten zu Rasse oder ethnischer Zugehörigkeit. Die Abhängigkeit von routinemäßigen Gesundheitsdaten könnte Ungenauigkeiten in die Studiendaten eingeführt haben. Für die gepoolte Analyse bestand trotz Harmonisierung der Studienprotokolle und Endpunktdefinitionen über die Studien hinweg die Möglichkeit von Heterogenität zwischen den Studien, unter Berücksichtigung von Unterschieden in den Regionen, der lokalen Epidemiologie, dem Einschlussalter und den lokalen Gesundheitspraktiken (medizinische Dokumentation, Tests, Diagnosen, Codierung usw.);<sup>27</sup>
- g Die analysierten Studien DANFLU-2 und GALFLU verwendeten eibasierte, nicht-adjuvantierte Standarddosis-Impfstoffe als Kontrollimpfstoff. Der Standarddosis-Impfstoff in der DANFLU-2 war Vaxigrip Tetra (Sanofi) und in der GALFLU Influvac Tetra (Viatris). Standardimpfstoffe stellen häufig die bevorzugte Maßnahme zur Prävention von Influenza in der Allgemeinbevölkerung dar;<sup>27</sup>
- h SCORE: Systematic Coronary Risk Estimation;
- i SCORE2-OP: Systematic Coronary Risk Evaluation 2-Older Persons.

## Quellen:

1. Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Erfolgreiche 92. DGK-Jahrestagung in Mannheim. Pressemitteilung. 11.04.2026, unter: <https://dgk.org/news/erfolgreiche-92-dgk-jahrestagung-in-mannheim/> (abgerufen: 27.04.2026);
2. „Herzmedizin neu denken: Wie moderne Prävention, Diagnostik, Therapien und Nachsorge das kardiovaskuläre Kontinuum durchbrechen“. Expertenstatement Prof. Dr. Stephan Willems. Eröffnungspressekonferenz der 92. DGK-Jahrestagung. 08.04.2026, unter: <https://herzmedizin.de/meta/presse/dgk-jahrestagung/2026/wie-moderne-praevention-diagnostik-und-therapie-das-kardiovaskulaere-kontinuum-durchbrechen> (abgerufen: 27.04.2026);
3. Mahabadi AA. „Prevent The First Event – Kardiovaskuläre Prävention bei KHK-Patient\*innen“. Vortrag, organisiert durch Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 09.04.2026 in Mannheim;
4. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-3826;
5. Schubert J, Lindahl B, Melhus H, et al. Eur Heart J. 2021;42(3):243-52;
6. Fachinformation Praluent<sup>®</sup>, Stand 10/2025;
7. Bhatt D, et al. Lower rate of ischemic events with alirocumab in patients with atherosclerotic cardiovascular disease but without prior acute ischemic events. Poster und Vortrag. Abstract 85125. ESC-Jahreskongress 29.08. 01.09.2025, Madrid;
8. Bhatt DL, Perrone Filardi P, Khan I, et al. Eur Heart J. Published online 2026. doi:10.1093/eurheartj/ehag176;
9. Bohula EA, Marston NA, Bhatia AK, et al. N Engl J Med. 2026;394(2):117-27;
10. Nissen SE, Menon V, Nicholls SJ, et al. JAMA. 2023;330(2):131-40;
11. Buß S. Von der Stenose zur Plaque: Paradigmenwechsel in Prävention und Therapie. Vortrag, organisiert durch Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 10.04.2026 in Mannheim;
12. Zaman S, Wasfy JH, Kapil V, et al. Lancet. 2025;405(10486):1264-312;
13. Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J. 2024;45(36):3415-537;
14. Reynolds HR, Shaw LJ, Min JK, et al. Circulation. 2021;144(13):1024-38;
15. Mortensen MB, Dzaye O, Steffensen FH, et al. J Am Coll Cardiol. 2020;76(24):2803-13;
16. Fuchs A, Kühl JT, Sigvardsen PE, et al. Ann Intern Med. 2023;176(4):433-42;
17. Williams MC, Wereski R, Tuck C, et al. Lancet. 2025;405(10475):329-37;
18. Breitbart P. Fortschritt mit Herz: KI-Einsatz in der kardiologischen Versorgung. Vortrag, organisiert durch Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 10.04.2026 in Mannheim;
19. Radke P. Aktuelle Kardiologie 2023;12(06):433-8;
20. Dechend R. FLUNITY-HD: Hochdosis-Influenzaimpfung – Wenn individuelle Randomisierung auf Register-Daten trifft. Vortrag, organisiert durch Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 09.04.2026 in Mannheim;
21. Heidecker B, Libby P, Vassiliou VS, et al. Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement. Eur Heart J. 2025;46(36):3518-31;
22. Roubille F, Chapet N, Roubille C, et al. Eur J Prev Cardiol. Published online 2025. doi:10.1093/eurjpc/zwaf366;
23. Robert Koch-Institut (RKI). Epid Bull 2026;4:1-79;
24. Robert Koch-Institut (RKI). Epid Bull 2024;44:1-26;
25. Fachinformation Efluelda<sup>®</sup>, Stand 12/2025;
26. Paul-Ehrlich-Institut. Saisonale Influenza-Impfstoffe, Aktualisiert: 13.02.2026, unter: <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/influenza-grippe/influenza-node.html> (abgerufen: 27.04.2026);
27. Johansen ND, Modin D, Pardo-Seco J, et al. Lancet. 2025;406(10518):2425-34;
28. Yedlapati SH, Mendu A, Tummala VR, et al. Eur Heart J Suppl. 2023;25(Suppl A):A17-24;
29. Leósdóttir M. How SWEDEHEART transformed MI Care in Sweden: Lessons from 25 Years of continuous Quality Improvement. Vortrag im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 09.04.2026 in Mannheim;
30. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, et al. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025;46(42):4359-78;
31. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-88;
32. Lidin M, Michelsen HÖ, Hag E, et al. J Cardiovasc Nurs. 2025;40(4):386-94;
33. Härtel F, Makhmudova U, Geiling JA, et al. Clin Res Cardiol. 2026. doi:10.1007/s00392-026-02870-1;
34. Weingärtner O, Glück S, Werdan W, et al. Clin Res Cardiol. 2026. doi:10.1007/s00392-026-02870-1;
35. Haerer W. LIPID-SNAPSHOT – Gesamtergebnisse. Vortrag im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 10.04.2026 in Mannheim;
36. Schneider T, Stürzebecher P, Gouni-Berthold I, et al. Clin Res Cardiol. 2026. doi:10.1007/s00392-026-02870-1;
37. Stürzebecher P. Das Statin-Intoleranz-Register (SIR): Was haben wir bisher daraus gelernt? Vortrag im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 09.04.2026 in Mannheim;
38. Kogel A, Müller L, Krampe J, et al. Clin Res Cardiol. 2026. doi:10.1007/s00392-026-02870-1;
39. Katzmann J, Grellmann C, Schulz M, et al. Clin Res Cardiol. 2026. doi:10.1007/s00392-026-02870-1;
40. Kleiner Piks, große Wirkung: Impfen als vierte Säule der Prävention. Expertenstatement Prof. Stephan H. Schirmer. Pressekonferenz der 92. DGK-Jahrestagung. 09.04.2026, unter: <https://herzmedizin.de/meta/presse/dgk-jahrestagung/2026/statement-prof-schirmer> (abgerufen: 27.04.2026);
41. Kwong JC, Schwartz KL, Campitelli MA, et al. N Engl J Med. 2018;378(4):345-53;
42. Fröbert O, Götzberg M, Erlinge D, et al. Circulation. 2021;144(18):1476-84;
43. Heidecker B. Vaccination for the heart – facts and fiction. Vortrag im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 08.04.2026 in Mannheim;
44. Kronenberg F. Lipoprotein(a): Wo stehen wir? Vortrag im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 09.04.2026 in Mannheim;
45. Kronenberg F, Utermann G. J Intern Med. 2013;273(1):6-30;
46. Kronenberg F. Handb Exp Pharmacol. 2022;270:201-32;
47. Blumenthal RS, Morris PB, Gaudino M, et al. 2026; ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Dyslipidemia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2026;87(19):2624-757;
48. Kronenberg F. Curr Atheroscler Rep. 2024;26(3):75-82;
49. MacDougall DE, Tybjaerg-Hansen A, Knowles JW, et al. Eur Heart J. 2025;46(44):4762-75;
50. Global Cardiovascular Risk Consortium, Magnusson C, Alegre-Diaz J, et al. N Engl J Med. 2025;393(2):125-38;
51. Oettinger V, Keller T, Wolf D, et al. Clin Res Cardiol. 2026. doi:10.1007/s00392-026-02870-1;
52. Newby D. Coronary Cardio-CT – How to implement in cardiovascular prevention. Vortrag im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 08.04.2026 in Mannheim;
53. Osborne-Grinter M, Kwicinski J, Doris M, et al. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2022;23(9):1210-21;
54. McDermott M, Khaing PH, Meah MN, et al. JAMA Cardiol. 2025;10(8):841-50;
55. Das Nationale Herz-Netz: Zentrales Puzzlestück für die Umsetzung des EU Safe Hearts Plan in Deutschland. Expertenstatement Prof. Dr. Stefan Blankenberg. Eröffnungspressekonferenz der 92. DGK-Jahrestagung. 08.04.2026, unter: <https://herzmedizin.de/meta/presse/dgk-jahrestagung/2026/nationales-herz-netz-puzzlestueck-fuer-eu-safe-hearts-plan-in-deutschland> (abgerufen: 27.04.2026);
56. Wienbergen H. Wie kann Prävention in Deutschland besser gelingen? Beispiele für öffentliche und individuelle Maßnahmen. Vortrag im Rahmen der 92. DGK-Jahrestagung am 11.04.2026 in Mannheim;
57. Wienbergen H, Fach A, Meyer S, et al. Eur J Prev Cardiol. 2019;26(5):522-30.



**Eflueda® Injektionssuspension in einer Fertigspritze. Wirkstoffe / Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Trivalenter Influenza-Spaltimpfstoff (inaktiviert), 60 Mikrogramm HA/Stamm. Influenza-Viren (inaktiviert, gespalten) der folgenden Stämme\*: A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-ähnlicher Stamm (A/Victoria/4897/2022, IVR-238) 60 Mikrogramm HA\*\*, A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2)-ähnlicher Stamm (A/Croatia/10136RV/2023, X-425A) 60 Mikrogramm HA\*\*, B/Austria/1359417/2021-ähnlicher Stamm (B/Michigan/01/2021, Wildtyp) 60 Mikrogramm HA\*\*, Pro Dosis zu 0,5 ml, \* Gezüchtet in befruchteten Hühnereiern, \*\* Hämagglutinin. Dieser Impfstoff entspricht den Empfehlungen der WHO (nördliche Hemisphäre) und der EU-Entscheidung für die Saison 2025/2026. Eflueda kann Spuren von Eibestandteilen, wie z. B. Ovalbumin, sowie Formaldehyd enthalten, die während des Herstellungsprozesses verwendet werden (siehe Abschnitt 4.3 der Fachinformation). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Natriumphosphat-gepufferte isotonische Kochsalzlösung, Natriumchlorid, Natriumdihydrogenphosphat, Natriummonohydrogenphosphat, Wasser für Injektionszwecke, Octoxinol 9. **Anwendungsgebiete:** Eflueda ist indiziert für die aktive Immunisierung von Erwachsenen ab 60 Jahren zur Prävention einer Influenza-Erkrankung. Die Anwendung von Eflueda sollte gemäß den offiziellen Impfeempfehlungen für Influenza erfolgen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen andere Komponenten, von denen möglicherweise Spuren enthalten sind, wie z. B. Eibestandteile (Ovalbumin, Hühnereiweiß) und Formaldehyd. **Nebenwirkungen:** *Allgem./Beschw. a. Verabreichungsort:* Sehr häufig: Schm. und Erythem a. d. Injekt.-stelle, Unwohlsein; häufig: Schwellung, Verhärt. u. blauer Fleck a. d. Injekt.-stelle, Fieber ( $\geq 37,5$  °C), Schüttelfrost; gelegentl.: Pruritus a. d. Injekt.-stelle, Ermüdung; selten: Asthenie; nicht bek.: Brustkorbschm. *Skelettmuskul., Bindegewebe, Knochen:* Sehr häufig: Myalgie; gelegentl.: Muskelschwäche; selten: Arthralgie, Schm. i. d. Extremitäten. *Nerven:* Sehr häufig: Kopfschm.; gelegentl.: Lethargie; selten: Schwindelgefühl, Parästhesie; nicht bek.: Guillain-Barré-Syndrom (GBS), Konvulsionen, Fieberkrämpfe, Myelitis (einschl. Enzephalomyelitis u. Myelitis transversa), Fazialislähmung (Bell-Parese), Optikusneuritis/Neuropathie d. Nervus opticus, Brachial-Neuritis, Synkope (unmittelb. n. Impf.). *Blut- u. Lymphsystem:* Nicht bek.: Thrombozytopenie, Lymphadenopathie. *Atemw., Brust-, Mediastinum:* Gelegentl.: Husten, Schm. i. Oropharynx; selten: Rhinorrhö. nicht bek.: Dyspnoe, Giemen, Engegefühl i. Hals. *G/T:* Gelegentl.: Übelk., Erbrechen, Dyspepsie, Diarrhö. *Immunsystem:* Selten: Pruritus, Urtikaria, nächtl. Schweißausbrüche, Ausschlag; nicht bek.: Anaphylaxie, andere allerg. Reakt./Überempf.-reakt. (einschl. Angioödem). *Gefäße:* Selten: Flush; nicht bek.: Vaskulitis, Vasodilatation. *Ohr u. Labyrinth:* Selten: Vertigo. *Augen:* Selten: Okuläre Hyperämie. **Abgabe/Verschreibungspflicht:** Deutschland: Verschreibungspflichtig. Österreich: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Influenza-Impfstoffe, ATC-Code: J07BB02

Pharmazeutischer Unternehmer/Zulassungsinhaber: **Sanofi Winthrop Industrie**, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich.

Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, 65926 Frankfurt am Main, Deutschland. **sanofi-aventis GmbH**, 1100 Wien, Österreich.

**Stand der Information:** Dezember 2025

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

#### **Praluent® 75/150/300 mg Injektionslösung im Fertigpen**

**Wirkstoff:** Alirocumab. **Zusammensetzung:** *Arzneilich wirksame Bestandteile:* Ein Fertigpen zur einmaligen Anwendung enthält 75/150 mg Alirocumab in 1 ml Lösung; ein Fertigpen zur einmaligen Anwendung enthält 300 mg Alirocumab in 2 ml Lösung. Alirocumab ist ein humaner monoklonaler IgG1-Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) gewonnen wird. *Sonstige Bestandteile:* Histidin, Saccharose, Polysorbat 20, H<sub>2</sub>O für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** *Primäre Hypercholesterinämie und gemischte Dyslipidämie:* Begleitend zu einer Diät bei Erwachsenen mit primärer Hypercholesterinämie oder gemischter Dyslipidämie und bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 Jahren und älter mit heterozygoter familiärer Hypercholesterinämie – in Kombination mit einem Statin oder mit einem Statin und anderen lipidsenkenden Therapien bei Patienten, die mit einer maximal verträglichen Statin-Therapie die LDL-C-Zielwerte nicht erreichen, oder – als Monotherapie oder in Kombination mit anderen lipidsenkenden Therapien bei Patienten mit einer Statin-Unverträglichkeit oder wenn Statine kontraindiziert sind. *Bestehende atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankung:* Bei Erwachsenen mit bestehender atherosklerotischer kardiovaskulärer Erkrankung zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos durch Verringerung der LDL-C-Werte zusätzlich zur Korrektur anderer Risikofaktoren – in Kombination mit einer maximal verträglichen Statin-Therapie mit oder ohne anderen lipidsenkenden Therapieprinzipien oder – als Monotherapie oder in Kombination mit anderen lipidsenkenden Therapieprinzipien bei Patienten mit einer Statin-Unverträglichkeit oder wenn Statine kontraindiziert sind. Zu Studienergebnissen bezüglich der Wirksamkeit auf LDL-C, kardiovaskuläre Ereignisse und die untersuchten Populationen siehe Abschnitt 5.1. der Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Immunsystem:* Selten: Überempfindlichkeit, Hypersensibilitätsvaskulitis. *Atemwege/Brust-/ Mediastinum:* Häufig: klinische Zeichen und Symptome im Bereich der oberen Atemwege. *Haut/Unterhautgewebe:* Häufig: Pruritus; selten: Urtikaria, nummuläres Ekzem; nicht bekannt: Angioödem. *Allgemeine Beschwerden am Verabreichungsort:* Häufig: Reaktionen an der Injektionsstelle; nicht bekannt: grippeartige Erkrankung. **Abgabe/Verschreibungspflicht:** **Deutschland:** Verschreibungspflichtig. **Österreich:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe/ATC-Code:** Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen. Andere Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen. **ATC-Code:** C10AX14.

Pharmazeutischer Unternehmer: **Sanofi Winthrop Industrie**, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich.

Örtlicher Vertreter des Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, 65926 Frankfurt am Main, Deutschland. **sanofi-aventis GmbH**, 1100 Wien, Österreich.

**Stand der Information:** Oktober 2025

**Weitere Angaben zu den besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie ggf. Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**