

**20.12.2024**

## **Presse-Statement der DEGAM zum Beschluss des G-BA zur Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nummer 35 „Lipidsenker“**

**Die DEGAM begrüßt die Inhalte des aktuellen G-BA-Beschlusses zur Anpassung der Statin-Schwelle und sieht darin die eigenen Positionen umfänglich bestätigt.**

Die DEGAM-S3-Leitlinie hat dazu bereits seit 2017 insbesondere bei Jüngeren mit stark erhöhten relativen kardiovaskulärem Risiken ab absolutem Risiko von 10 % / 10 Jahre Statine empfohlen<sup>1</sup>. Insbesondere wurde keine Absenkung auf 7,5 % und eine generelle Ausnahme für alle Personen mit Diabetes oder chronischer Nierenkrankheit vorgenommen. Die DEGAM hatte bei Letzteren auf ausreichende Prädiktion durch den arriba-Score verwiesen.

**Der G-BA und die DEGAM weisen mit Nachdruck darauf hin, dass die Beschlüsse nur Therapieoptionen darstellen und die eigentlichen Behandlungs-Empfehlungen durch evidenzbasierte Leitlinien erfolgen müssen.**

**Dafür sieht die DEGAM weiterhin folgende Prioritäten:**

Die entsprechende Leitlinie ist derzeit im Konsentierungsverfahren und wird 2025 vorliegen.

- Im Rahmen der Prävention haben nichtmedikamentöse Maßnahmen Vorrang; diese und ggf. zusätzliche Medikamentenverordnungen sind mit Betroffenen nach Aufklärung gemeinsam abzuwägen und abzustimmen.
- Wegen mangelnder Daten / Evidenz kann in der Primärprävention keine sichere Statin-Indikation für Personen über 75 bzw. unter 40 Jahren gegeben werden.
- Statin-Indikationsschwelle 10 % für ein kardiovaskuläres Ereignis in den nächsten 10 Jahren, sofern das altersbezogene Durchschnittsrisiko überschritten wird.
- Ausnahmeregelung für Personen mit homo- bzw. heterozygoter Hypercholesterinämie.
- Eine LDL-Zielwertstrategie und insbesondere nicht-evidenzbasierte LDL-Zielwerte sind unnötig aufwendig und teuer.

- Insbesondere bei präventiven Maßnahmen ist der zu erwartende Nutzen gegenüber verfügbaren zeitlichen und finanziellen Ressourcen und anderen Prioritäten abzuwägen.

Risikolevel ab 10 %: NNT für kardiovaskuläre Ereignisse = 36/10 Jahre bzw. 360/1 Jahr;  
(Altersgruppe 40-74 Jahre)

Schätzung der max. betroffenen Personen mit > 10 % Risiko: (30-90 Jahre): 25,0 Mio  
Zum Vergleich IST mit 20 % Schwelle (30-90 Jahre): 9,4 Mio

#### Medikamentenkosten

Die Jahrestherapiekosten eines Statins (bzw. Ezetimib bei Statin-Unverträglichkeit) liegen in der in Studien üblichen mittleren Dosis zwischen 50 und 100 Euro pro Behandelten; die Behandlung mit Bempedoinsäure kostet derzeit das 10-fache, mit PCSK-9 Hemmern das 50-fache (für PCSK-9 Hemmer gibt es in der Primärprävention aber bisher keine ausreichende Evidenz). Bei Beschränkung der Verordnung auf Statine / Ezetimib liegen die Jahrestherapiekosten (bei derzeitigen Preisen) für 25 Mio Personen bei maximal 2,5 Mrd Euro / Jahr; der Arbeitsaufwand ist nicht mitgerechnet.

#### Hausärztliche Arbeitsbelastung

Bei 25 Millionen zusätzlichen Personen mit möglicher Statin-Indikation bedeutet das je aktive/r Hausärztin / Hausarzt bis zu 200 bis 300 zusätzliche Dauerpatienten beziehungsweise erhöhter Betreuungsaufwand und zusätzliche Beratungszeit spätestens bei den Gesundheitsvorsorgen mindestens alle drei Jahre bei jedem Erwachsenen.

Grundsätzlich gilt, dass bei möglichen Nebenwirkungen von medizinischen Maßnahmen neben der physischen Ebene auch psychische und soziale Aspekte einbezogen werden müssen. Nicht zuletzt müssen wir bei allen Maßnahmen darüber nachdenken, wie eine Medikalisierung großer Teile der Gesellschaft vermieden werden kann.

---

<sup>11</sup> [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-024\\_Risikoberatung%20kardiovaskul.%20Praevention/oeffentlich/053-024I\\_Haus%C3%A4rztliche\\_Risikoberatung\\_kardivaskul%C3%A4re\\_Praevention\\_29-08-2018.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-024_Risikoberatung%20kardiovaskul.%20Praevention/oeffentlich/053-024I_Haus%C3%A4rztliche_Risikoberatung_kardivaskul%C3%A4re_Praevention_29-08-2018.pdf) (besucht am 17.7.2024)