



Statine für alle?

Evidenzbasierte Antworten für die hausärztliche Praxis

Natascha Einhart

Bundesärztekammer

Dezernat 6 – Wissenschaft, Forschung und Ethik

Berlin, 21.03.2026

Interessenkonflikte



- Arbeitgeber: Bundesärztekammer
- Mitgliedschaften: keine
- Persönliche Honorare: keine

Agenda



- Statine in der Primärprävention
- Empfehlungen der DEGAM- und DGK-/ESC-Leitlinie
- Evidenz-Check: Was sagen die Studien?
- Methodik-Check: Wie wurden die Leitlinien entwickelt?



Braucht Frau Müller einen Lipidsenker? Und wenn ja: welchen?



Braucht Frau Müller einen Lipidsenker? Und wenn ja: welchen?



Braucht Frau Müller einen Lipidsenker? Und wenn ja: welchen?

Aus dem Bauch heraus:
Was würden Sie
Frau Müller empfehlen?

68 Jahre

Klinisch keine
CV-Erkrankung

Keine positive
Familienanamnese

Nichtraucherin



LDL-C 220 mg/dl
HDL-C 60 mg/dl

eGRF 64 ml/min
U-Status opB

HbA1c 7,2 %

RR 135/85 mmHg
Ramipril 10mg

Was sind Leitlinien?

Leitlinien sind **systematisch entwickelte Aussagen**,
die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben,
um die Entscheidungsfindung für eine angemessene gesundheitliche Versorgung
bei spezifischen Gesundheitsproblemen **zu unterstützen**.

Quelle: <https://www.awmf.org/regelwerk/> (letzter Zugriff: 05.02.2025)

Die Vorteile von Leitlinien (1): Sie werden entlastet



Design mit DALL-E



Design mit DALL-E

Die Vorteile von Leitlinien (2): Sie bleiben wichtig

Ist die
Empfehlung auf
meine Patienten
anwendbar?

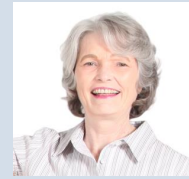


Was steckt
dahinter:
Eminenz oder
Evidenz?

Wo finde ich deutschsprachige Leitlinien?

- über **wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften**
- (selten) über andere Institutionen, zum Beispiel über die Bundesärztekammer
- über die **AWMF** (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften)
offene Suche: <https://www.awmf.org/> (bei häufigen Erkrankungen schwierig)
nach Fach: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien>
- **NVL** (Nationale Versorgungsleitlinien) über das **ZI** (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung): <https://www.leitlinien.de/>

Welche deutschsprachigen Leitlinien passen hier?



- über **wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften**
- (selten) über andere Institutionen, zum Beispiel über die Bundesärztekammer
- über die **AWMF** (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften)
offene Suche: <https://www.awmf.org/> (bei häufigen Erkrankungen schwierig)
nach Fach: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/aktuelle-leitlinien>
- **NVL** (Nationale Versorgungsleitlinien) über das **ZI** (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung): <https://www.leitlinien.de/>

Welche deutschsprachigen Leitlinien passen hier?



Quelle: https://registerawmf.org/assets/guidelines/053-024/S3_Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Praevention_2025-11.pdf
(letzter Zugriff: 22.01.2026)



Quellen (letzter Zugriff jeweils: 22.01.2026):
DGK: <https://leitlinien.dgk.org/2024/pocket-leitlinien-diabetes-version-2023/>
<https://herzmedizin.de/fuer-aerzte-und-fachpersonal/dgk/leitlinien/leitlinien-katalog/pocket-leitlinie-dyslipidaemien-focused-update-2025>

Welche deutschsprachigen Leitlinien passen hier?



DEGAM

Hausärztliche
Risikoberatung zur
kardiovaskulären
Prävention

S3-Leitlinie
Version 2.3

AWMF-Register-Nr. 053-024
November 2024

Das dieser Leitlinie zugehörige Projekt wurde als Initiative der Bundesärztekammern durch gemeinsame Bestrebungen unter dem Förderkennzeichen 019102012 gefördert.

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.



Quelle: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-024_S3_Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Praevention_2025-11.pdf
(letzter Zugriff: 22.01.2026)

ESG European Society of Cardiology

2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes

Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC)

Authors/Task Force Members: Nils-Peter Marx ¹, (Chairperson) (Germany), Massimo Fedele ^{2,3*}, (Chairperson) (Italy), Katharina Scholtz ⁴, (Task Force Co-ordinator) (Germany), Dirk Müller-Winkel ⁵, (Task Force Co-ordinator) (Germany), Maria A. Aguiar ⁶ (United Kingdom), Haniyeh Arsenau ⁷ (Ireland), Roxana M. Christodorescu (Romania), Carolyn Crawford (United Kingdom), Francesco Di Angelantonio ⁸ (United Kingdom), Sjoera Eekhout ⁹ (Sweden), Christina Engelin-Klein (Germany), Laurent Faucher (France), Martin Halle ¹⁰ (Germany), William G. Herrington ¹¹ (United Kingdom), Alexandra Kwanji-Willie ¹² (Australia), Klavdina Lumbareze ¹³ (Cyrus), Michel Lüscher ¹⁴ (France), Madeline Lüscher ¹⁵, (Ireland), Robert M. Mody ¹⁶ (United States of America), Wilfried Priebe (Germany), Maria Reza ¹⁷ (Italy), Peter Sattar ¹⁸ (United Kingdom), and ESC Scientific Document Group.

Quellen (letzter Zugriff jeweils: 22.01.2026):
DGK: <https://leitlinien.dgk.org/2024/pocket-leitlinien-diabetes-version-2023/>
ESC: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines>

Braucht Frau Müller einen Lipidsenker? Und wenn ja: welchen?



- Risikorechner: **validierter Score** (z.B. arriba)
- Interventionsschwelle: **10-Jahresrisiko > 20 %** (starke Empfehlung) bzw. **> 10 %** bei altersbezogen deutlich erhöhtem Risiko (schwache Empfehlung)
- Fixdosis: **moderat dosierte Statine**

- Risikorechner: **SCORE2-Diabetes**
- Interventionsschwelle: **10-Jahresrisiko > 5 %**
- Zielwertstrategie: **LDL-C Zielwerte < 70/ 55 mg/dl** plus **LDL-C Senkung ≥ 50 %** bei hohem/sehr hohem Risiko
- **Statin titriert bis zum Zielwert**, bei Bedarf plus **Ezetimib**

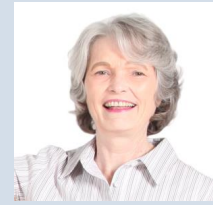
Exkurs: Einteilung der Statine



Intensität	Prozentuale LDL-C Senkung	Beispiel
niedrig	< 30 %	Pravastatin 10 – 20 mg Simvastatin 10 mg
moderat	30 – 49 %	Atorvastatin 10 – 20 mg Simvastatin 20 – 40 mg
hoch	≥ 50 %	Atorvastatin 40 – 80 mg Rosuvastatin 20 – 40 mg

Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL et al.: 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/ APHA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2019; 73: e285-e350.

Kardiovaskuläres Risiko: arriba



arriba Bibliothek der Entscheidungshilfen

kvp Kardiovaskuläre Prävention

Bibliothek arriba

Anamnese Behandlung

Balken Smileys Diagramm Info Drucken Feedback

Vorname(n)

Nachname

Geschlecht Mann Frau

Alter Jahre ?

Raucher ?

Manifeste Gefäßkrankheit ?

Familienanamnese ?

Antihypertensiva ?

Systolischer Blutdruck mmHg ?

Gesamtcholesterin mg/dl oder mmol/l ?

HDL-Cholesterin mg/dl oder mmol/l ?

Diabetes ?

HbA1c % oder mmol/mol ?

Was ist mit weiteren Risikofaktoren?

Alternativen Risikowert eingeben

Quelle: <https://arriba-hausarzt.de/>
(Letzter Zugriff: 05.02.2025)

arriba:

absolute und relative
Risikoreduktion: individuelle
Beratung in der Allgemeinpraxis
<https://arriba-hausarzt.de/>

>> 10-Jahresrisiko für
Myokardinfarkt oder Schlaganfall

Kardiovaskuläres Risiko: arriba



arriba Bibliothek der Entscheidungshilfen

kvp Kardiovaskuläre Prävention

Balken Smileys Diagramm Info Drucken Feedback

Anamnese Behandlung

Vorname(n)
Nachname
Geschlecht Mann Frau
Alter Jahre *?*
Raucher *?*
Manifeste Gefäßkrankheit *?*
Familienanamnese *?*
Anthypertensiva *?*
Systolischer Blutdruck mmHg *?*
Gesamtcholesterin mg/dl oder mmol/l *?*
HDL-Cholesterin mg/dl oder mmol/l *?*
Diabetes *?*
HbA1c % oder mmol/mol

Was ist mit weiteren Risikofaktoren?

Quelle: <https://arriba-hausarzt.de/>
(Letzter Zugriff: 05.02.2025)

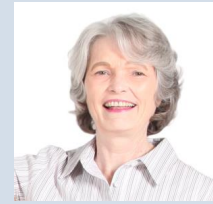
10,0% aller 68-jährigen Frauen mit den angegebenen Risikofaktoren werden in den nächsten 10 Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bekommen (individuelles Risiko).

Risikostufe	Prozent	Erklärung
Individuelles Risiko	10,0%	Basierend auf den angegebenen Risikofaktoren
Nur 5% aller 68-jährigen Frauen haben ein geringeres Risiko als 3,3%	3,3%	Erhöhtes Risiko
Eine durchschnittliche 68-jährige Frau hat ein Risiko von 8,9%	8,9%	Niedriges Risiko

arriba:
absolute und relative
Risikoreduktion: individuelle
Beratung in der Allgemeinpraxis
<https://arriba-hausarzt.de/>

>> 10-Jahresrisiko für
Myokardinfarkt oder Schlaganfall

Kardiovaskuläres Risiko: SCORE2-Diabetes



Sex	<input type="radio"/> Male <input checked="" type="radio"/> Female
Age	<input type="text" value="68"/> years
Smoking	<input checked="" type="radio"/> Other <input type="radio"/> Current
SBP	<input type="text" value="135"/> mm Hg
Diabetes	<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Yes
Total cholesterol	<input type="text" value="220"/> mg/dL ↔
HDL cholesterol	<input type="text" value="60"/> mg/dL ↔
Age at diabetes diagnosis	<input type="text" value="68"/> years
HbA1c	<input type="text" value="55"/> mmol/mol
eGFR	<input type="text" value="64"/> mL/min/1.73 m ²



SCORE2-Diabetes:

Systematic Coronary Risk Evaluation 2-Diabetes

<https://www.mdcalc.com/calc/10510/score2-diabetes#evidence>

>> 10-Jahresrisiko für Myokardinfarkt, Schlaganfall oder kardiovaskulären Tod

High CV risk	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none">• 10-year CVD risk 10 to <20% using SCORE2-Diabetes
Moderate CV risk	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none">• 10-year CVD risk 5 to <10% using SCORE2-Diabetes
Low CV risk	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none">• 10-year CVD risk <5% using SCORE2-Diabetes

Quelle: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines> (Letzter Zugriff: 05.02.2025)

Kardiovaskuläres Risiko: SCORE2-Diabetes



Sex	<input type="radio"/> Male <input checked="" type="radio"/> Female
Age	<input type="text" value="68"/> years
Smoking	<input checked="" type="radio"/> Other <input type="radio"/> Current
SBP	<input type="text" value="135"/> mm Hg
Diabetes	<input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Yes
Total cholesterol	<input type="text" value="220"/> mg/dL ↕
HDL cholesterol	<input type="text" value="60"/> mg/dL ↕
Age at diabetes diagnosis	<input type="text" value="68"/> years
HbA1c	<input type="text" value="55"/> mmol/mol
eGFR	<input type="text" value="64"/> mL/min/1.73 m ²
Risk region	<input type="radio"/> Low <input checked="" type="radio"/> Moderate <input type="radio"/> High
See Evidence for definition of risk regions.	
12.5 %	
10-year risk of CVD	Quelle: https://www.mdcalc.com/calc/10510/score2-diabetes#evidence (Letzter Zugriff: 16.03.2026)

SCORE2-Diabetes: Systematic Coronary Risk Evaluation 2-Diabetes

<https://www.mdcalc.com/calc/10510/score2-diabetes#evidence>

>> 10-Jahresrisiko für Myokardinfarkt, Schlaganfall oder kardiovaskulären Tod

High CV risk	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none">• 10-year CVD risk 10 to <20% using SCORE2-Diabetes
Moderate CV risk	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none">• 10-year CVD risk 5 to <10% using SCORE2-Diabetes
Low CV risk	Patients with T2DM not fulfilling the very high-risk criteria and a: <ul style="list-style-type: none">• 10-year CVD risk <5% using SCORE2-Diabetes

Quelle: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines> (Letzter Zugriff: 05.02.2025)

Statine bei T2DM ohne kardiovaskuläre Erkrankung



	DEGAM 2025 (1)	ESC 2023 (2)	NICE 2023 (3)	ACC/AHA 2019 (4)
Indikation	> 20 % (10 %)/ 10 Jahre	> 5 %/ 10 Jahre	> 10 %/ 10 Jahre	alle
Intervention	Moderat dosierte Statine	Nach LDL-C titrierte Statine, zumeist hochdosiert, auch plus Ezetimib	Atorvastatin 20 mg	Moderat dosierte Statine, bei mehreren CV- Risikofaktoren evtl. hochdosiert

(1) https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-0241_S3_Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Praevention_2025-11.pdf

(2) <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/cvd-and-diabetes-guidelines/>

(3) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng238/resources/cardiovascular-disease-risk-assessment-and-reduction-including-lipid-modification-pdf-66143902851781>

(4) <https://www.jacc.org/doi/epdf/10.1016/j.jacc.2019.03.010>

Jeweils letzter Zugriff am 16.03.2026

ACC/AHA Guideline on the management of dyslipidemia 2026

COR	LOE	Recommendations
1	A	1. In adults 40 to 75 y of age with diabetes and without clinical ASCVD, moderate-intensity statin therapy is indicated to achieve a $\geq 30\%$ to 49% reduction in LDL-C and a goal of LDL-C < 100 mg/dL (2.6 mmol/L) and non-HDL-C < 130 mg/dL (3.4 mmol/L) to reduce ASCVD risk. ^{1,2}
2a	B-R	3. In adults 40 to 75 y of age with diabetes who have multiple ASCVD risk factors, it is reasonable to prescribe high-intensity statin therapy to achieve a $\geq 50\%$ reduction in LDL-C and a goal of LDL-C < 70 mg/dL (1.8 mmol/L) and non-HDL-C < 100 mg/dL (2.6 mmol/L) to reduce ASCVD risk. ¹

LEVEL (QUALITY) OF EVIDENCE[‡]

Level A

- High-quality evidence[‡] from more than 1 RCT
- Meta-analyses of high-quality RCTs
- One or more RCTs corroborated by high-quality registry studies

Level B-R

(Randomized)

- Moderate-quality evidence[‡] from 1 or more RCTs
- Meta-analyses of moderate-quality RCTs

1. Kearney PM, Blackwell L, Collins R, et al. Cholesterol Treatment Trialists Collaboration. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18;686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*. 2008;371:117–125.
2. de Vries FM, Denig P, Pouwels KB, et al. Primary prevention of major cardiovascular and cerebrovascular events with statins in diabetic patients: a meta-analysis. *Drugs*. 2012;72:2365–2373.

Quelle: (Letzter Zugriff: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000001423> letzter Zugriff: 16.03.2026)

ACC/AHA Guideline on the management of dyslipidemia 2026

COR	LOE	Recommendations
1	A	1. In adults 40 to 75 y of age with diabetes and without clinical ASCVD, moderate-intensity statin therapy is indicated to achieve a $\geq 30\%$ to 49% reduction in LDL-C and a goal of LDL-C < 100 mg/dL (2.6 mmol/L) and non-HDL-C < 130 mg/dL (3.4 mmol/L) to reduce ASCVD risk. ^{1,2}
2a	B-R	3. In adults 40 to 75 y of age with diabetes who have multiple ASCVD risk factors, it is reasonable to prescribe high-intensity statin therapy to achieve a $\geq 50\%$ reduction in LDL-C and a goal of LDL-C < 70 mg/dL (1.8 mmol/L) and non-HDL-C < 100 mg/dL (2.6 mmol/L) to reduce ASCVD risk. ¹

LEVEL (QUALITY) OF EVIDENCE[‡]

Level A

- High-quality evidence[‡] from more than 1 RCT
- Meta-analyses of high-quality RCTs
- One or more RCTs corroborated by high-quality registry studies

Level B-R

(Randomized)

- Moderate-quality evidence[‡] from 1 or more RCTs
- Meta-analyses of moderate-quality RCTs

1. Kearney PM, Blackwell L, Collins R, et al, Cholesterol Treatment Trialists Collaboration. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18;686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet* 2008; 371:117–125.
2. de Vries FM, Denig P, Pouwels KB, et al. Primary prevention of major cardiovascular and cerebrovascular events with statins in diabetic patients: a meta-analysis. *Drugs* 2012; 72:2365–2373.

Quelle: (Letzter Zugriff: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000001423> letzter Zugriff: 16.03.2026)

Die Vorteile von Leitlinien (2): Sie bleiben wichtig

Ist die
Empfehlung
durch die Evidenz
begründet?



Gibt es methodische
Schwächen bei der
Leitlinie?

Evidenzbasis DGK/ ESC-Leitlinie

In patients with T2DM at high CV risk, an LDL-C target of <1.8 mmol/L (<70 mg/dL) and LDL-C reduction of at least 50% is recommended. ^{248,249}	I	A
Statins are recommended as the first-choice LDL-C-lowering treatment in patients with diabetes and above-target LDL-C levels. Administration of statins is defined based on the CV risk profile of the patients and the recommended LDL-C (or non-HDL-C) target levels. ²⁴⁷⁻²⁴⁹	I	A

Kardiovaskuläre Ereignisse unter Statinen vs. Placebo?

Gleiche Wirksamkeit bei niedrigem vs. hohem Ausgangsrisiko?

247. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet* 2012;**380**:581–590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60367-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60367-5)

248. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration; Kearney P, Blackwell L, Collins R, Keech A, Simes J, et al. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18 686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet* 2008;**371**: 117–125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60104-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60104-X)

249. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174 000 participants in 27 randomised trials. *Lancet* 2015;**385**:1397–1405. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61368-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61368-4)

Gleiche Wirksamkeit bei Männern vs. Frauen?

ESC: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines>

CTT 2008: Individualdaten aus RCT bis 2004

Studie	Dauer, Größe	Statin	Kontrolle
CARDS Colhoun 2004	3,9 Jahre	Atorvastatin 10 mg	Placebo
HPS 2003	4,8 Jahre	Simvastatin 40 mg	Placebo
ASCOT-LLA Sever 2005	3,3 Jahre	Atorvastatin 10 mg	Placebo
Am ehesten: ALERT, AFCAPS/TexCAPS, ALLHAT- LLT, PROSPER, WOSCOPS	2-5 Jahre	überwiegend: Pravastatin 40 mg	Placebo
CTT 2008	n=11730	Moderate Intensität	Placebo

CTT 2008: Individualdaten aus RCT bis 2004



Studie	Dauer, Größe	Statin	Kontrolle
CARDS Colhoun 2004	3,9 Jahre	Atorvastatin 10 mg	Placebo
HPS 2003	4,8 Jahre	Simvastatin 40 mg	Placebo
ASCOT-LLA Sever 2005	3,3 Jahre	Atorvastatin 10 mg	Placebo
Am ehesten: ALERT, AFCAPS/TexCAPS, ALLHAT- LLT, PROSPER, WOSCOPS	2-5 Jahre	überwiegend: Pravastatin 40 mg	Placebo
CTT 2008	n=11730	Moderate Intensität	Placebo
ASPEN Knopp 2006	4,0 Jahre, n=1905	Atorvastatin 10 mg	Placebo

CTT 2008: Individualdaten aus RCT bis 2004



Studie	Dauer, Größe	Statin	Kontrolle
CARDS Colhoun 2004	3,9 Jahre	Atorvastatin 10 mg	Placebo
HPS 2003	4,8 Jahre	Simvastatin 40 mg	Placebo
ASCOT-LLA Sever 2005	3,3 Jahre	Atorvastatin 10 mg	Placebo
Am ehesten: ALERT, AFCAPS/TexCAPS, ALLHAT- LLT, PROSPER, WOSCOPS	2-5 Jahre	überwiegend: Pravastatin 40 mg	Placebo
CTT 2008	n=11730	Moderate Intensität	Placebo
ASPEN Knopp 2006	4,0 Jahre, n=1905	Atorvastatin 10 mg	Placebo

Evidenz: intensivierte Statintherapie in der Primärprävention



- **Zielwert-gesteuerte vs. moderate Statindosis?**
- **Hochdosistherapie vs. moderate Statindosis?**
- **niedrigere vs. höhere LDL-C Zielwerte?**

Evidenz: intensivierte Statintherapie in der Primärprävention



- **Zielwert-gesteuerte vs. moderate Statindosis?**
Keine RCT
- **Hochdosistherapie vs. moderate Statindosis?**
Keine RCT
- **niedrigere vs. höhere LDL-C Zielwerte?**
1 RCT bei Patienten mit diabetischer Retinopathie



<https://www.akdae.de/anzneimitteltherapie/lf/leitfaden-cholesterinsenkung>

EMPATHY (Itoh 2018)



Follow-up, Patienten	Intervention	Kontrolle	Primärer Endpunkt
37 Monate n = 5042	LDL-C < 70 mg/dl Niedrig bis moderat dosierte Statine LDL-C nach 3 Jahren: 77 mg/dl	LDL-C 100 – 120 mg/dl Keine (43 %) oder niedrig dosierte Statine LDL-C nach 3 Jahren: 104 mg/dl	5,1 % vs. 6,1 % HR 0,84 (0,67-1,07) p = 0,15

Evidenzbasis DGK/ ESC-Leitlinie

<p>In patients with T2DM at high CV risk, an LDL-C target of <1.8 mmol/L (<70 mg/dL) and LDL-C reduction of at least 50% is recommended.^{248,249}</p>	I	A
<p>Statins are recommended as the first-choice LDL-C-lowering treatment in patients with diabetes and above-target LDL-C levels. Administration of statins is defined based on the CV risk profile of the patients and the recommended LDL-C (or non-HDL-C) target levels.²⁴⁷⁻²⁴⁹</p>	I	A

aktuellere Metaanalyse mit Einschluss ASPEN fehlt (de Vries 2012)

EMPATHY nicht diskutiert

247. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet* 2012;**380**:581–590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60367-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60367-5)

248. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration; Kearney P, Blackwell L, Collins R, Keech A, Simes J, et al. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18 686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet* 2008;**371**: 117–125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60104-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60104-X)

249. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174 000 participants in 27 randomised trials. *Lancet* 2015;**385**:1397–1405. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61368-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61368-4)

ESC: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines>

De Vries 2012: Was ist richtig?

Bei Patienten mit T2DM ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung reduziert eine vierjährige Therapie mit moderat dosierten Statinen das Risiko für einen Myokardinfarkt durchschnittlich um etwa **A) 30 %** oder **B) 1 %**.

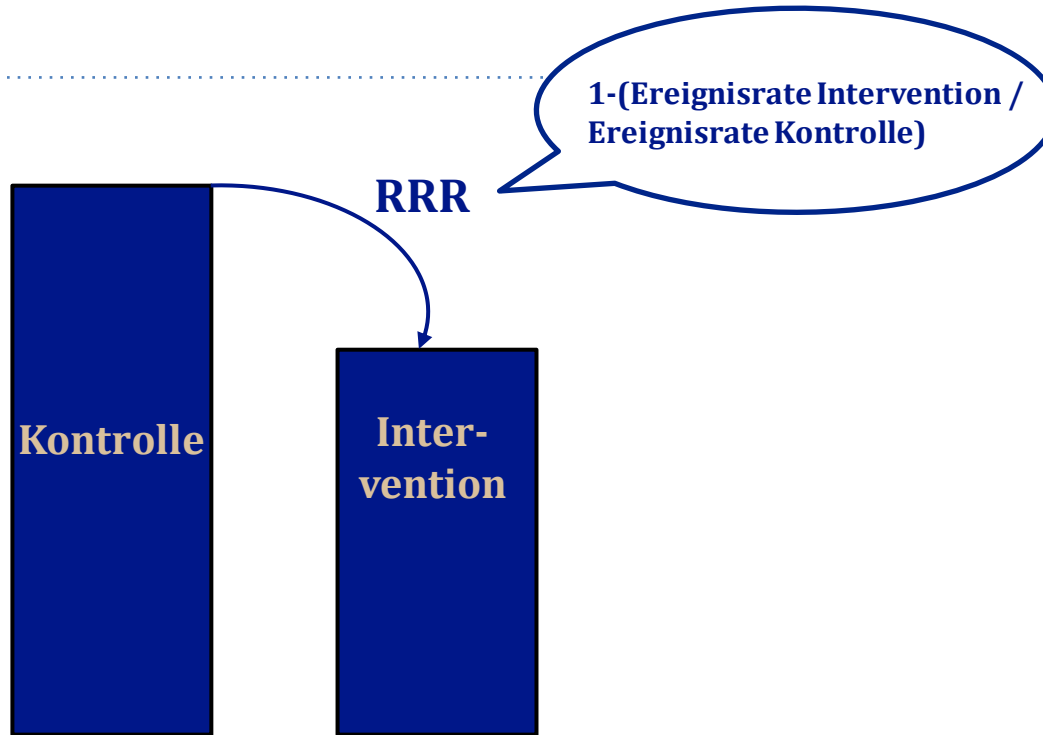
- 1) A ist richtig
- 2) B ist richtig
- 3) A und B sind richtig
- 4) A und B sind falsch

De Vries 2012: Was ist richtig?

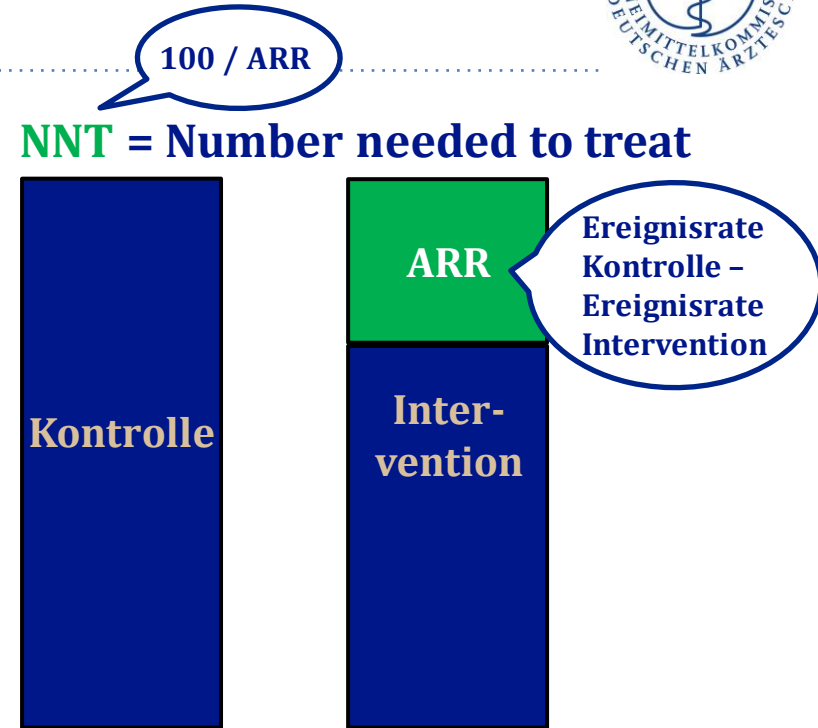
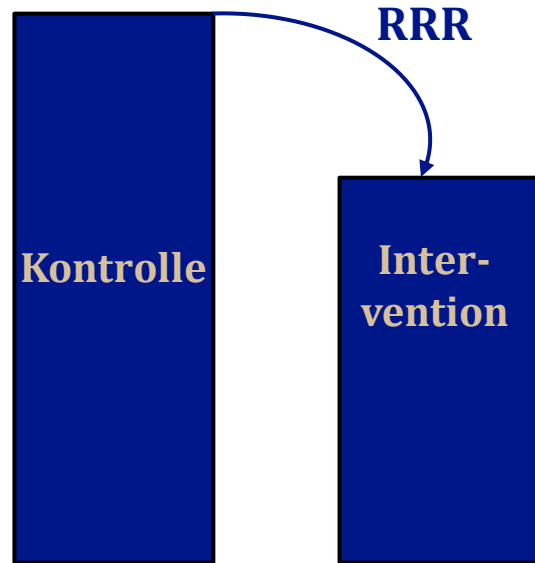
Bei Patienten mit T2DM ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung reduziert eine vierjährige Therapie mit moderat dosierten Statinen das Risiko für einen Myokardinfarkt durchschnittlich um etwa **A) 30 %** oder **B) 1 %**.

- 1) A ist richtig
- 2) B ist richtig
- 3) **A und B sind richtig**
- 4) A und B sind falsch

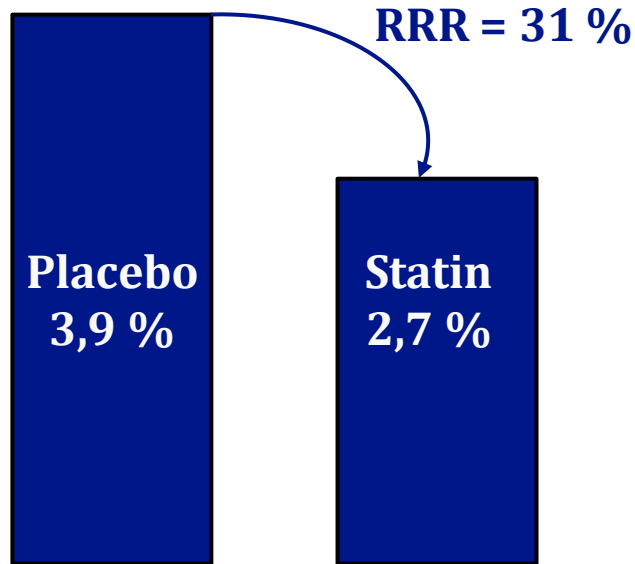
Relative und absolute Risikoreduktion



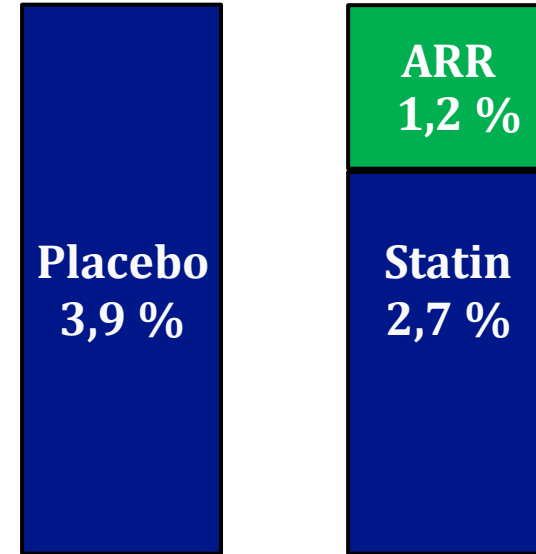
Relative und absolute Risikoreduktion



Myokardinfarkte bei T2DM ohne kardiovaskuläre Erkrankung



NNT (4 Jahre) = 84

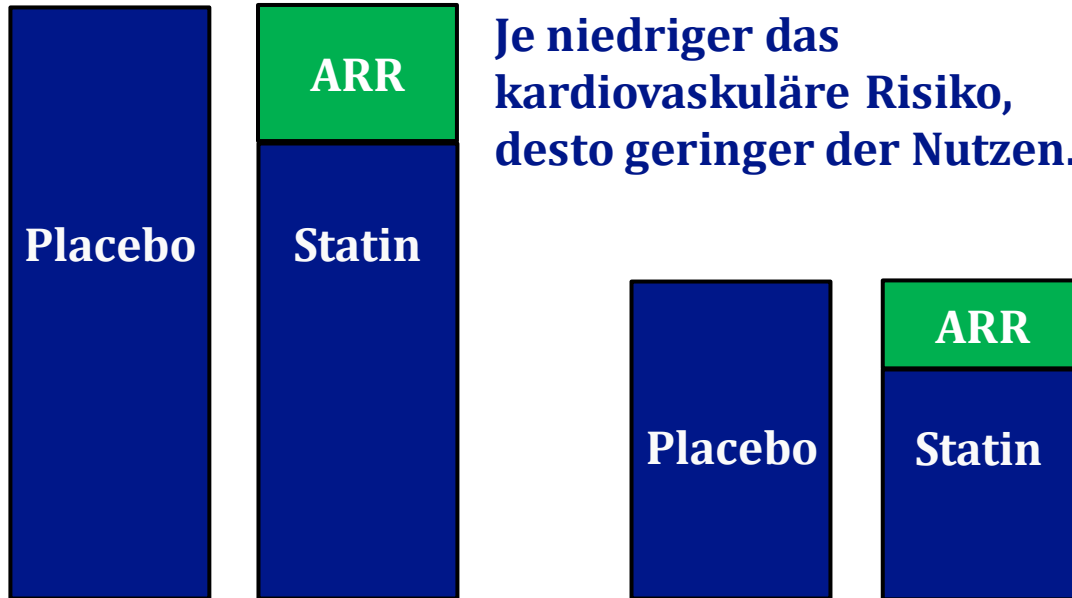


de Vries FM, Denig P, Pouwels KB et al.: Primary prevention of major cardiovascular and cerebrovascular events with statins in diabetic patients: a meta-analysis. *Drugs* 2012; 72: 2365-2373.

de Vries 2012: Einzelendpunkte

Gesamtmortalität	Myokardinfarkt	Schlaganfall
CARDS, ASPEN	CARDS, ASPEN, ASCOT-LLA	CARDS, ASPEN, ASCOT-LLA
RRR 16 % (numerisch)	RRR 30 % (signifikant)	RRR 31 % (signifikant)
ARR 0,8 %	ARR 1,2 %	ARR 0,9 %
NNT 125	NNT 84	NNT 111

Ausgangsrisiko und absolute Risikoreduktion



Gelten die Studienergebnisse auch für meine Patienten?



Design mit DALL-E

Übertragbar auf „echte“ Patienten?



Placebo

Risiko in
RCT

=

Risiko in
Praxis

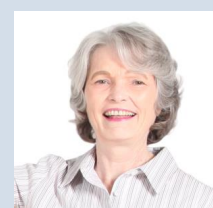
?

Placebo

Braucht Frau Müller einen Lipidsenker? Und wenn ja: welchen?



Übertragbar auf „echte“ Patienten?



CTT 2008:
149/84 mmHg


Studie	Alter/ Geschlecht	LDL-C/ HbA1c	RR
CARDS Colhoun 2004	62 Jahre 32 % Frauen	116 mg/dl 7,9 %	144/83 mmHg
HPS 2003*	62 Jahre 31 % Frauen	124 mg/dl k.A.	145/82 mmHg
ASCOT-LLA Sever 2005	64 Jahre 24 % Frauen	128 mg/dl k.A.	165/93 mmHg
ASPEN Knopp 2006	10,4 % vs. 10,8 %, RR 0,97 (0,74-1,28)		133/77 mmHg

*Angaben nur für Gesamtpopulation verfügbar

Ein bisschen Mathe: Ausgangsrisiko und absolute Risikoreduktion



Relative
Risikoreduktion:
30 % (0,3)

Risiko für schwere CV-Ereignisse in den nächsten 10 Jahren		absolute Risikoreduktion durch Statine	NNT
ohne Statine	mit Statinen		
20 %			
10 % 	7 %	3 % (10 % x 0,3)	34 (100:3)
5 %			

Ein bisschen Mathe: Ausgangsrisiko und absolute Risikoreduktion



Relative
Risikoreduktion:
30 % (0,3)

Risiko für schwere CV-Ereignisse in den nächsten 10 Jahren		absolute Risikoreduktion durch Statine	NNT
ohne Statine	mit Statinen		
20 %	14 %	6 % (20 % x 0,3)	17 (100:6)
10 %	7 %	3 % (10 % x 0,3)	34 (100:3)
5 %	3,5 %	1,5 % (5 % x 0,3)	67 (100:1,5)



Evidenz: Patienten ohne kardiovaskuläre Erkrankung

- Moderat dosierte Statine reduzieren die Sterblichkeit und die Häufigkeit von Herzinfarkten und Schlaganfällen.
- Wie stark ein Patient von der Statintherapie profitiert, ist abhängig von seinem individuellen kardiovaskulären Risiko.
- Bei Patienten ohne kardiovaskuläre Erkrankung ist der Nutzen einer intensivierten Statintherapie (Hochdosis/ Zielwert-gesteuert) nicht belegt.

Die Vorteile von Leitlinien (1): Sie werden entlastet



Design mit DALL-E



Design mit DALL-E

Bleibt nur Vertrauen?

ESC Clinical Practice Guidelines

Trusted recommendations for your clinical practice



Quelle: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/> (letzter Zugriff: 22.01.2026)

Bleibt nur Vertrauen?



Starke Unterstützung*



Das Portal für Herzmedizin und Herzgesundheit.

Betrieben von der HKM - Herz-Kreislauf-Medizin gGmbH

*Jeder Förderer unterstützt Herzmedizin.de mit 150.000 Euro jährlich. Die Förderer haben **keinerlei Einfluss** auf die Themengestaltung und die redaktionellen Inhalte des Portals.



Quelle: <https://herzmedizin.de/fuer-aerzte-und-fachpersonal/dgk/leitlinien/die-leitlinien-app-der-dgk> (letzter Zugriff: 17.03.2026)



Die Vorteile von Leitlinien (2): Sie bleiben wichtig

Ist die Empfehlung
durch die Evidenz
begründet?



Gibt es
methodische
Schwächen bei der
Leitlinie?

Klassifikation von AWMF-Leitlinien

	Charakteristika
S1	Repräsentative Expertengruppe Freigabe durch Vorstand
S2k	Zusätzlich zu S1: + formale Konsensustechnik + neutrale Moderation
S2e	Zusätzlich zu S1: + systematische Recherche und Auswahl + Bewertung der Qualität
S3	Alle Charakteristika von S1 + S2k + S2e

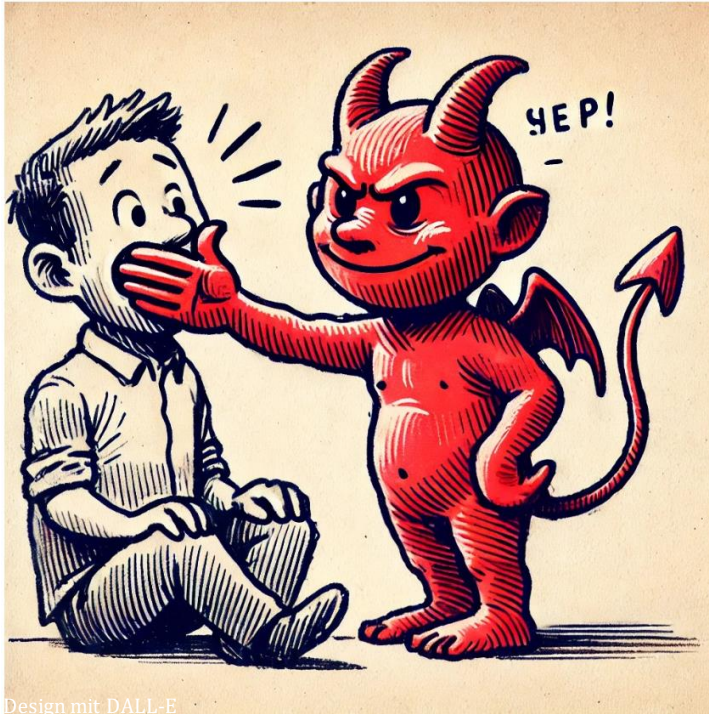
Quelle: <https://www.awmf.org/regelwerk/stufenklassifikation-nach-systematik> (letzter Zugriff: 22.01.2026)

Wer war an der Leitlinie beteiligt?



**Fehlende
Beteiligung
wichtiger
Gruppen**

Wurden alle klinischen Einschätzungen berücksichtigt?



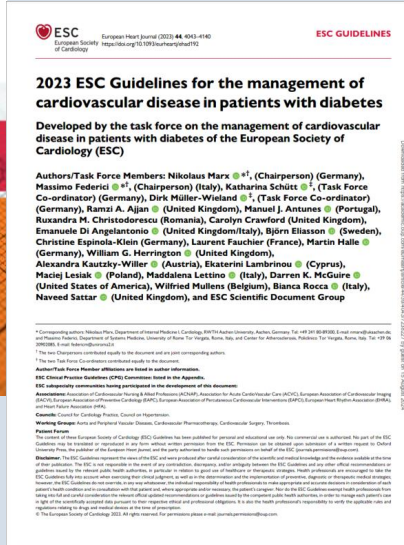
Design mit DALL-E



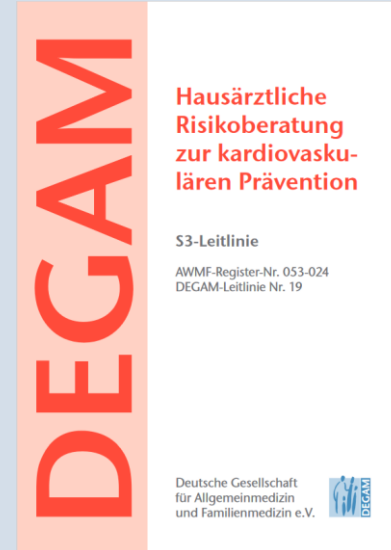
Wurden alle relevanten Studien berücksichtigt?



Methodik der ESC-Leitlinien und S3-Leitlinien



Quellen (letzter Zugriff jeweils: 22.01.2026):
DGK: <https://leitlinien.dgk.org/2024/pocket-leitlinien-diabetes-version-2023/>
ESC: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines>



Quelle: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-024_S3_Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Praevention_2025-11.pdf
(letzter Zugriff: 22.01.2026)



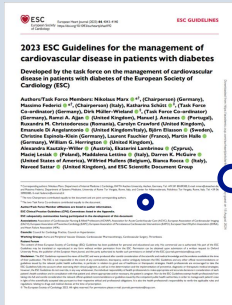
Autorengruppe



Wer versorgt diese Patientengruppe?

Waren an der Leitlinie alle wichtigen medizinischen Fachrichtungen beteiligt?

Waren auch nicht-medizinische Berufsgruppen und Patienten beteiligt?



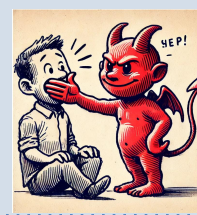
Quelle: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines> (letzter Zugriff: 22.01.2026)



Quelle: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-0241_S3_Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Prevention_2025-11.pdf (letzter Zugriff: 22.01.2026)



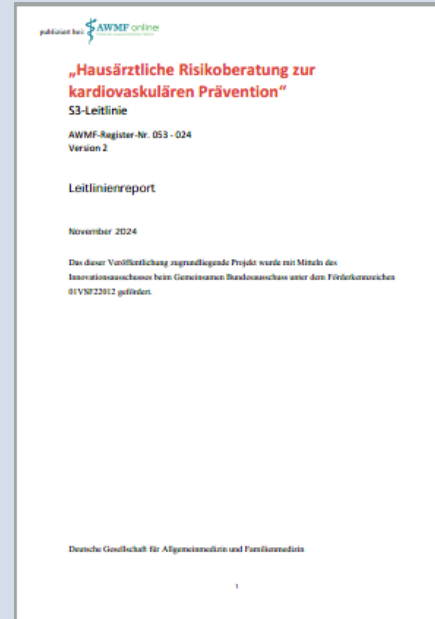
Methodik der ESC-Leitlinien und S3-Leitlinien



ESC Clinical Practice Guidelines:
Policies and Procedures

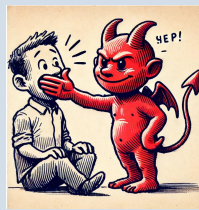
Quelle: <https://www.escardio.org/assets/guidelines/clinical-practice-guidelines/guidelines-development/Writing-ESC-Guidelines/> (letzter Zugriff: 21.01.2026)

[https://www.escardio.org/
Guidelines](https://www.escardio.org/Guidelines)
Guidelines development
Writing ESC Guidelines

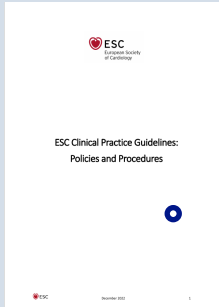


Quelle: <https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-024m-S3-Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Praevention-2025-08.pdf> (letzter Zugriff: 21.01.2026)

Abstimmung der Empfehlungen



Wird der Ablauf der Abstimmung nachvollziehbar beschrieben?
Gab es eine unabhängige Moderation?
Konnte der Entwurf öffentlich kommentiert werden?



Quelle: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/guidelines-development/Writing-ESC-Guidelines/> (letzter Zugriff: 21.01.2026)



Quelle: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-024m_S3_Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Praevention_2025-08.pdf (letzter Zugriff: 21.01.2026)



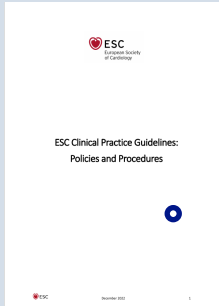
Auswahl der Evidenz



Wird bei jeder Empfehlung angegeben, auf welche Studien sie sich bezieht?
Ist die Suchstrategie beschrieben?
Gibt es eine nachvollziehbare Bewertung der Studienqualität?

4.3 Evidence and methodology

Recherche, Auswahl und Bewertung



Quelle: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/guidelines-development/Writing-ESC-Guidelines/> (letzter Zugriff: 21.01.2026)



Quelle: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-024m_S3_Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Praevention_2025-08.pdf (letzter Zugriff: 21.01.2026)

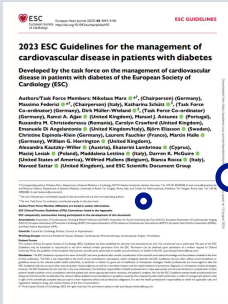
Bei Fragen helfe ich gerne weiter!



Autorengruppe



Wer versorgt diese Patientengruppe?
Waren an der Leitlinie alle wichtigen medizinischen Fachrichtungen beteiligt?
Waren auch nicht-medizinische Berufsgruppen und Patienten beteiligt?



Quelle: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines> (letzter Zugriff: 22.01.2026)

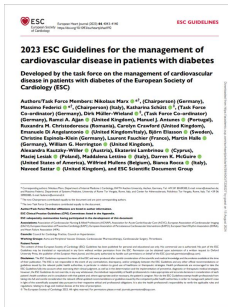


Quelle: <https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-0241-S3-Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Prevention-2025-11.pdf> (letzter Zugriff: 22.01.2026)





Wer versorgt diese Patientengruppe?
Waren an der Leitlinie alle wichtigen medizinischen Fachrichtungen beteiligt?
Waren auch nicht-medizinische Berufsgruppen und Patienten beteiligt?



Beteiligung von Patienten und Pflegewissenschaft



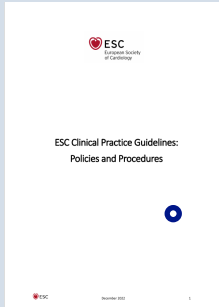
Keine Beteiligung von Allgemeinmedizinern
Auswahl der Patientenvertreter unklar

Quelle: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines> (letzter Zugriff: 22.01.2026)

Abstimmung der Empfehlungen



Wird der Ablauf der Abstimmung nachvollziehbar beschrieben?
Gab es eine unabhängige Moderation?
Konnte der Entwurf öffentlich kommentiert werden?



Quelle: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/guidelines-development/Writing-ESC-Guidelines/> (letzter Zugriff: 21.01.2026)

4.4 Voting on recommendations



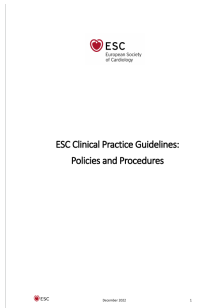
Quelle: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-024m_S3_Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Praevention_2025-08.pdf (letzter Zugriff: 21.01.2026)

Konsensfindung

Abstimmung der Empfehlungen



Wird der Ablauf der Abstimmung nachvollziehbar beschrieben?
Gab es eine unabhängige Moderation?
Konnte der Entwurf öffentlich kommentiert werden?



4.4 Voting on recommendations

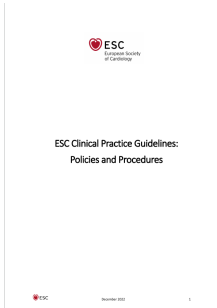
Task forces aim to reach consensus through discussion and exchange, prior to proceeding to agree on the guideline recommendations via a standard, ESC-approved voting process. The CPG Committee requires all task force members to participate in a formal vote on the wording and intent of recommendations.

Quelle: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/guidelines-development/Writing-ESC-Guidelines/> (letzter Zugriff: 21.01.2026)

Abstimmung der Empfehlungen



Wird der Ablauf der Abstimmung nachvollziehbar beschrieben?
Gab es eine unabhängige Moderation?
Konnte der Entwurf öffentlich kommentiert werden?



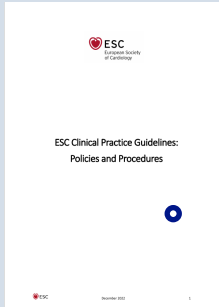
Ablauf der Abstimmung unzureichend beschrieben
Keine unabhängige Moderation beschrieben
Keine öffentliche Kommentierung

Quelle: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/guidelines-development/Writing-ESC-Guidelines/> (letzter Zugriff: 21.01.2026)

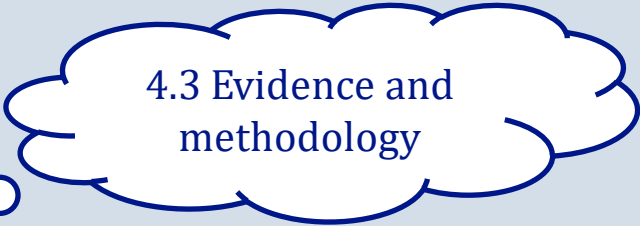
Auswahl der Evidenz



Wird bei jeder Empfehlung angegeben, auf welche Studien sie sich bezieht?
Ist die Suchstrategie beschrieben?
Gibt es eine nachvollziehbare Bewertung der Studienqualität?



Quelle: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/guidelines-development/Writing-ESC-Guidelines/> (letzter Zugriff: 21.01.2026)



4.3 Evidence and methodology



Quelle: https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-024m_S3_Hausaerztliche-Risikoberatung-zur-kardiovaskulaeren-Praevention_2025-08.pdf (letzter Zugriff: 21.01.2026)

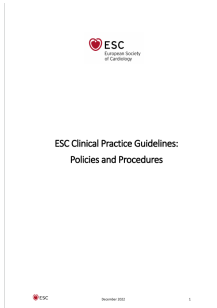


Recherche, Auswahl und Bewertung

Auswahl der Evidenz



Wird bei jeder Empfehlung angegeben, auf welche Studien sie sich bezieht?
Ist die Suchstrategie beschrieben?
Gibt es eine nachvollziehbare Bewertung der Studienqualität?



4.3 Evidence and methodology

Task force members are expected to conduct and document comprehensive literature reviews of the topics for which they are responsible in order to identify and interpret the best available evidence that informs clinical practice, and to update any previous guidance where necessary. Their evidence search and selection shall be documented in evidence tables that comply with ESC requirements and shall be published as supplementary material. Evidence tables are developed prior to discussion of recommendations and voting.

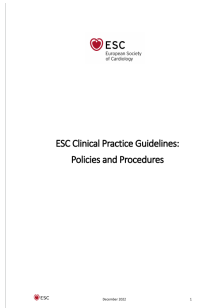
Quelle: <https://www.escardio.org/static/file/Escardio/Guidelines/Documents/ESC%20Clinical%20Practice%20Guidelines%20-%20Policies%20and%20Procedures-updated.pdf> (letzter Zugriff: 05.02.2025)

Quelle: <https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/Documents/ESC%20Clinical%20Practice%20Guidelines%20-%20Policies%20and%20Procedures-updated.pdf> (letzter Zugriff: 05.02.2025)

Auswahl der Evidenz



Wird bei jeder Empfehlung angegeben, auf welche Studien sie sich bezieht?
Ist die Suchstrategie beschrieben?
Gibt es eine nachvollziehbare Bewertung der Studienqualität?



Angabe der zugrundeliegenden Studien



Suchstrategie unklar

Bewertung der Evidenzklasse nur in Abhängigkeit vom Studientyp

Quelle: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/guidelines-development/Writing-ESC-Guidelines/> (letzter Zugriff: 21.01.2026)

Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung



Die Erstellung dieser Leitlinie ist durch eine systematische Aufarbeitung und Zusammenstellung der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz gekennzeichnet. Das vorgeschlagene Vorgehen ergibt sich aus der wissenschaftlichen Evidenz, wobei randomisierte, kontrollierte Studien bevorzugt werden. Der Zusammenhang zwischen der jeweiligen Empfehlungsklasse und dem zugehörigen Evidenzgrad ist gekennzeichnet.

Quelle: <https://leitlinien.dgk.org/2024/pocket-leitlinien-diabetes-version-2023/> (letzter Zugriff: 05.02.2025)



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Die den Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie zugrunde liegende Literaturrecherche genügt nicht den methodischen Anforderungen, da keine Informationen zur Durchführung einer systematischen Suche der Evidenz vorliegen. Diese Leitlinien werden deshalb regelmäßig nicht in den Verfahren des G-BA berücksichtigt.

Quelle: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5739/2024-07-05_PA_BMG_G-BA_Stellungnahme_GHG.pdf (letzter Zugriff: 05.02.2025)

Wie wurde mit Interessenkonflikten umgegangen ?



Gegebenheiten, die ein **Risiko** dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein **primäres Interesse** bezieht, durch ein **sekundäres Interesse** unangemessen beeinflusst wird.

Quelle: <https://www.awmf.org/regelwerk/erklaerung-von-interessen-und-umgang-mit-interessenkonflikten> (letzter Zugriff: 05.02.2025)

Umgang mit Interessenkonflikten (IK) bei ESC und AWMF

ANNEX 3

ESC
European Society of Cardiology

ESC Declaration and Management of Conflict of Interest Policy

The European Society of Cardiology (ESC) is dedicated to reducing the burden of cardiovascular disease and improving the standards of care offered to patients with cardiovascular disease. To accomplish this mission, the ESC provides support for a variety of activities in the areas of research, education, training, and advocacy. The integrity of the ESC and the activities it undertakes depend on the avoidance of conflicts of interest, or even the perception of conflicts, by the individuals involved in these activities. Such conflicts may arise directly from the declaring person but may also arise from partners or other members of a household. With this policy, the ESC undertakes to provide leadership for reduced and unbiased science, as attested by the paper published by its Board in the European Heart Journal of March 2012, on the "Relations between professional medical associations and the Health Care Industry, concerning scientific communication and continuing medical education" (1). As a member of the Board of Alliance, the ESC led the task force that prepared and published the Board Alliance Code of Conduct, that was formally adopted by the ESC in December 2013 (2). More recently, in February 2018 the ESC issued a policy statement entitled "The future of continuing medical education: the role of medical professional societies and the health care industry" that focuses on the need for continuing medical education in cardiovascular medicine in Europe, interaction between the medical profession and medical industry, and proposes measures to safeguard the provision of high quality, balanced medical education (3).

This "Declaration and Management of Conflict of Interest" policy is well in line with the existing paper: "Guidance Policy for the writing of Clinical Practice Guidelines". These 2 documents together with the Board Alliance Code of Conduct, mentioned above, represent the trilogy of policies which inspire and regulate the ESC objective of providing unbiased Clinical Practice Guidelines, and/or in general scientific and educational programmes, daily practice and advocacy, with the highest ethical standards.

Summary of Contents:

Chapter I. Principles: that underline the commitment to managing real or perceived conflicts of interest.

Chapter II. Policies: that lay out how the ESC safeguards the integrity of the programs and activities in which its membership is engaged.

Chapter III. Declaration of Interest Form, Rules for review and disclosure: that describe the ESC DOI form and define rules for review of conflicts of interest.

Chapter IV. Processes: of conflict of interest identification, management, and resolution.

Quelle: <https://www.escardio.org/about-us/how-we-work/ethics-and-compliance/esc-declaration-and-management-of-conflict-of-interest-policy/> (letzter Zugriff: 05.02.2025)

<https://www.escardio.org/About-us/How-we-work/Our-ethics-and-compliance>

AWMF
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

Das AWMF-Regelwerk Leitlinien

Version 2.1

Herausgeber:
Ständige Kommission „Leitlinien“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Quelle: <https://www.awmf.org/regelwerk/regeln-fuer-die-leitlinien> (letzter Zugriff: 05.02.2025)

Erklärung von Interessen/ Umgang mit IK

Konsequenzen für die Leitlinien-Beteiligung bei IK



IK	AWMF-Leitlinien	ESC-Leitlinien
Zweimalig Vortragshonorare von der Industrie, insgesamt 800 Euro		
Regelmäßig Vortragshonorare von der Industrie, 8000 Euro/ Jahr		
Aktienbesitz einzelner Firmen		
Arbeitsverhältnis bei der Industrie oder Patent mit erheblichen Einnahmen		

Konsequenzen für die Leitlinien-Beteiligung bei IK



IK	AWMF-Leitlinien	ESC-Leitlinien
Zweimalig Vortragshonorare von der Industrie, insgesamt 800 Euro	Limitierung von Leitungsfunktionen	Keine Konsequenz
Regelmäßig Vortragshonorare von der Industrie, 8000 Euro/ Jahr		
Aktienbesitz einzelner Firmen		
Arbeitsverhältnis bei der Industrie oder Patent mit erheblichen Einnahmen		

Konsequenzen für die Leitlinien-Beteiligung bei IK



IK	AWMF-Leitlinien	ESC-Leitlinien
Zweimalig Vortragshonorare von der Industrie, insgesamt 800 Euro	Limitierung von Leitungsfunktionen	Keine Konsequenz
Regelmäßig Vortragshonorare von der Industrie, 8000 Euro/ Jahr	Enthaltung/ Doppelabstimmung	Keine Konsequenz
Aktienbesitz einzelner Firmen		
Arbeitsverhältnis bei der Industrie oder Patent mit erheblichen Einnahmen		

Konsequenzen für die Leitlinien-Beteiligung bei IK



IK	AWMF-Leitlinien	ESC-Leitlinien
Zweimalig Vortragshonorare von der Industrie, insgesamt 800 Euro	Limitierung von Leitungsfunktionen	Keine Konsequenz
Regelmäßig Vortragshonorare von der Industrie, 8000 Euro/ Jahr	Enthaltung/ Doppelabstimmung	Keine Konsequenz
Aktienbesitz einzelner Firmen	Enthaltung, evtl. zusätzlich Ausschluss von Beratungen	possible restrictions (case-by-case)
Arbeitsverhältnis bei der Industrie oder Patent mit erheblichen Einnahmen		

Konsequenzen für die Leitlinien-Beteiligung bei IK



IK	AWMF-Leitlinien	ESC-Leitlinien
Zweimalig Vortragshonorare von der Industrie, insgesamt 800 Euro	Limitierung von Leitungsfunktionen	Keine Konsequenz
Regelmäßig Vortragshonorare von der Industrie, 8000 Euro/ Jahr	Enthaltung/ Doppelabstimmung	Keine Konsequenz
Aktienbesitz einzelner Firmen	Enthaltung, evtl. zusätzlich Ausschluss von Beratungen	possible restrictions (case-by-case)
Arbeitsverhältnis bei der Industrie oder Patent mit erheblichen Einnahmen	Enthaltung und Ausschluss von Beratungen	possible restrictions (case-by-case)

Leitlinienwacht

5 Kriterien, pro Kriterium 0-3 Punkte:

- transparente Angabe der IK
- Anteil der Autoren mit IK
- Anteil der Koordinatoren mit IK
- Enthaltungsregeln bei IK
- externe Beratung der Leitlinie

Bonuspunkte (maximal 3):

transparentes Bewertungssystem für die Relevanz von IK, Nicht-Beteiligung bei schwerwiegenden IK, plurale Zusammensetzung der Leitliniengruppe, Beteiligung von Methodikern und Patientenvertretern...

ESC-Leitlinien: Bewertung durch Leitlinienwatch



- 80 % der beteiligten Personen deklarieren IK
- Alle federführenden Autoren deklarieren IK
- Enthaltungen bei Abstimmungen unklar
- Keine externe Beratung

Gesamtpunktzahl

3

- Gut! (11-18)
- Achtung! (6-10)
- Reformbedarf! (0-5)

„Die vorliegende Leitlinie der ESC geht leider - wie auch viele andere Leitlinien der Fachgesellschaft - kaum über die reine Deklaration der zahlreichen Interessenkonflikte hinaus.“

Quelle: <https://www.leitlinienwatch.de/2023-esc-guidelines-for-the-management-of-cardiovascular-disease-in-patients-with-diabetes/>
(letzter Zugriff: 22.01.2026)

The screenshot shows the title page of the ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. It includes the ESC logo, the title, and a list of authors and task force members. The document is dated 2023. The page also contains a disclaimer and a list of participating organizations.

Quelle: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-and-Diabetes-Guidelines> (letzter Zugriff: 22.01.2026)



Checkliste Leitlinie: Evidenzbasiert und unabhängig?



- Alle wichtigen Gruppen wurden beteiligt.
- Die Auswahl der Literatur ist nachvollziehbar (Suchstrategie, Ausschlussgründe).
- Die Aussagesicherheit der Studien wird diskutiert (Methodik, Übertragbarkeit).
- Der Umgang mit Interessenkonflikten ist klar beschrieben (Kriterien, Konsequenzen).

Evidenzbasierte Informationen der AkdÄ



Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer

Datenschutz

AkdÄ ▾ Arzneimittelsicherheit ▾ Arzneimitteltherapie ▾ **Stellungnahmen ▾** Fortbildung Newsletter ▾

Arzneiverordnung (AVP)
Ausgabe 3/2025 von „Arzneiv...
erschieden!

- + Arzneiverordnung in der Praxis
- + Leitfaden der AkdÄ
 - Neue Leitlinien
- + Neue Arzneimittel
 - Lieferengpässe
- + WirkstoffAktuell



QR-Code wurde erstellt mit:
<https://www.qrcode-generator.de/>





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Natascha Einhart

Bundesärztekammer

Dezernat 6 – Wissenschaft, Forschung und Ethik

Berlin, 21.03.2026

