
Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig

An den Herausgeber des
„Ärzteblatt Sachsen“
Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Leipzig, den 18. Oktober 2000

**Leserbrief zu dem Artikel von
Prof. Dr. med. habil. U. Julius,
Lipidsenkende Pharmakotherapie –
können wir uns das trotz Budgetzwang
leisten?**

Der Artikel über lipidsenkende Pharmakotherapie beschäftigt sich mit dem Einsatz von Statinen und Fibraten in der Primär- und Sekundärprävention arteriosklerotischer Erkrankungen, hier vor allem der koronaren Herzerkrankung. Der Autor stellt abschließend fest, dass „eine unterlassene lipidsenkende Pharmakotherapie in der Sekundärprävention heutzutage als ärztlicher Kunstfehler gewertet werden muss“ (1).

Diese Schlussfolgerung erscheint aus mehreren Gründen problematisch:

Eine Reduktion der Gesamtsterblichkeit durch lipidsenkende Pharmakotherapie im Sinne der Sekundärprävention ist bisher nur für Pravastatin und Simvastatin von koronarkranken Patienten belegt (2, 3). Pravastatin verminderte die Gesamtmortalität außerdem im Rahmen der Primärprophylaxe (4). Zunehmend wird dabei erkannt, dass Statine sehr wahrscheinlich auch über einen anderen Mechanismus als den der Cholesterinsenkung wirken (pleiotrope Effekte) (5, 6). Unter Gemfibrozil konnte zwar in der Primär- wie Sekundärprävention eine Abnahme der Häufigkeit schwerwiegender kardialer Ereignisse nachgewiesen werden, die Gesamtmortalität der so behandelten Patienten unterschied sich jedoch nicht von der Placebo-Gruppe, der Effekt auf die Häufigkeit des ischämischen Schlaganfalls blieb unklar (7, 8, 9). Darüber hinaus war es unter Fibraten trotz erheblicher Lipidsenkung sogar zu einer tendenziellen Zunahme der Gesamtsterblichkeit gekommen

(10). Somit sollte die lipidsenkende Pharmakotherapie bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung letztlich nur mit Statinen erfolgen, die kostengünstigeren Fibrate (und auch andere lipidsenkende Pharmaka) stellen nach der derzeitigen Datenlage keine sichere Alternative dar. Die Trennung zwischen Primär- und Sekundärprophylaxe fällt in Anbetracht der in dem Artikel angesprochenen neueren pathophysiologischen Befunde über den lipidreichen Plaque der Arterienwand, der als der verantwortliche Trigger des akuten Koronarsyndroms angesehen wird, immer schwerer. So wiesen spezielle koronarangiographische Untersuchungen und Untersuchungen mit intravaskulärem Ultraschall (11) bei vielen Menschen schon arteriosklerotische Veränderungen nach, obwohl zuvor noch kein schwerwichtiges koronares Ereignis aufgetreten war. Hier müsste somit bereits eine Sekundärprophylaxe stattfinden, wodurch sich der Kreis der Patienten, denen möglicherweise der in dem Artikel postulierte Kunstfehler widerfahren könnte, erheblich erweitert.

Die Hauptursache des derzeitigen ärztlichen Ordnungsverhaltens stellen die hohen Kosten der Statine dar. Fordert man, dass, am Beispiel des Bundeslandes Sachsen mit 4,4 Millionen Einwohnern, bei einer geschätzten Prävalenz der koronaren Herzerkrankung von 5 %, alle diese Patienten einer Statin-Therapie zugeführt werden sollten, so treten dabei im Jahr bei mittelhoher Dosierung Kosten von ca. 220 Mio. DM auf (pro Patient ca. 1.000 DM/Jahr). Dies entspräche bereits 10,6 % des Arzneimittelbudgets der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens (1999: 2,061 Mrd. DM).

Zusammenfassend sollte auch unserer Meinung nach bei koronarer Herzerkrankung immer eine Behandlung mit Statinen angestrebt werden. Die Begründung dafür liegt nach dem derzeitigen Kenntnisstand nicht unbedingt in der Senkung des LDL-Cholesterins („lipidsenkende Therapie“), sondern vor allem in der dokumentierten „Nebenwirkung“ einer Sen-

kung der Häufigkeit kardialer Ereignisse und einer Senkung der Gesamtmortalität. Das Postulat, eine Unterlassung dieser Therapie als Kunstfehler zu bezeichnen, bringt einen Großteil der verantwortlichen Ärzte in der derzeitigen wirtschaftlichen Situation unseres Gesundheitssystems in eine nicht selbst verschuldete „Zwickmühle“, auch wenn eine Statin-Therapie in der Behandlung der koronaren Herzerkrankung langfristig kostengünstig ist. Leisten können wir uns eine Statin-Therapie für alle Patienten, die von dieser Behandlung profitieren könnten, derzeit also noch nicht.

Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig
Wolfram Burger, Georg D. Kneissl
Elisabeth Rehberg, Wolfgang K. Rothe

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Autor:
PD Dr. med. Wolfram Burger
Abteilung für Interventionelle Kardiologie
Städtisches Klinikum „St. Georg“
Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

Stellungnahme zum Leserbrief von Herrn Dr. Burger zu meinem Beitrag „Lipidsenkende Pharmakotherapie – können wir uns das trotz Budgetzwang leisten?“

Es ist den Autoren des Leserbriefes beizupflichten, dass eine lipidsenkende Pharmakotherapie bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung derzeit vorwiegend mit Statinen durch entsprechende Studien belegt ist. Aufgrund pathophysiologischer Überlegungen spielen die Fibrate trotzdem eine gewisse Rolle. Immerhin konnte in zwei großen prospektiv geführten Studien mit dem Fibrat Gemfibrozil ein guter Effekt auf die Herzinfarktinzidenz und den Tod an koronaren Ursachen belegt werden. Es ist auch richtig, dass die Trennung zwischen Primär- und Sekundärprophylaxe angesichts der modernen Untersuchungsverfahren, zu denen auch die Ultraschalluntersuchung der Halsge-

fäße gehört, immer schwerer fällt. Tatsächlich erweitert sich dadurch der Kreis der Patienten, bei denen die zwingende Indikation zur lipidsenkenden Pharmakotherapie besteht. In meinem Artikel hatte ich auf die Bedeutung der nicht-medikamentösen Therapie (das heißt vorwiegend auf die Kostumstellung im Sinne des Einsatzes von pflanzlichen Ölen) mehrfach hingewiesen.

In der Zusammenfassung stellen die Autoren fest, dass auch nach ihrer Meinung nach koronarer Herzerkrankung immer eine Behandlung mit Statinen angestrebt werden sollte. Diese Behandlung belastet natürlich das Budget des einzelnen Arztes, stellt aber für das Gesamtsystem des Gesundheitswesens eine kostengünstige Variante dar. Nach meiner Auffassung sollte der Aspekt des Effektes auf das Gesamtsystem des Gesundheitswesens im Vordergrund stehen.

Dresden, den 14. 11. 2000

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Julius
Komm. Direktor des Institutes und Poliklinik für
Klinische Stoffwechselforschung des
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden