

Ergebnisse der PROCAM-Studie führten zu der mittlerweile fachlich allseits anerkannten Abkehr von Normalwerten beim Cholesterin. Wichtig ist der risikoabhängige Zielwert, der bei Patienten mit höchstem Globalrisiko beim LDL-Cholesterin unter 100 mg/dl, bei mittlerem Risiko bei 130 mg/dl und bei geringem Risiko bei 160 mg/dl als Normwert anzusehen ist.

Assmann zufolge zeigten die Studienergebnisse, dass Infarktgefahren früher häufig falsch und oft überinterpretiert wurden. So könne die Infarktgefahr beim Menschen mit Hochrisiko ohne Beschwerden unter Umständen wesentlich höher als beim Patienten mit bereits diagnostizierter KHK sein. Assmann plädierte daher für eine risikoabhängige Prävention. Danach könnten 15 Prozent (Standardrisikofeststellung) beziehungsweise 25 Prozent (neuronaler Netzeinsatz) aller Herzinfarkte verhindert werden.

Statingabe bei Risikopatienten wirtschaftlich

Auf die Fehlversorgung von Nichtrisikopatienten und die Unterversorgung von Hochrisikopatienten ging Prof. Dr. med. Gerd Glaeske (Bremen) am Beispiel der Therapie bei Frauen ein. Daten der Barmer Ersatzkasse zufolge erhalten bis zu 55 Prozent der Frauen zwischen 50 und 70 Jahren und bis zu 20 Prozent der über 70-Jährigen eine Hormonersatztherapie, obwohl möglicherweise Risiken für Herzinfarkt und Schlaganfall hierdurch anstiegen. „Dagegen ist die Diagnostik und Therapie von Frauen mit Herzerkrankungen beziehungsweise Infarkt noch stark verbesserungsbedürftig“, so Glaeske. Da Frauen beim erlittenen Infarkt weniger klagten, werde ihnen auch weniger medizinische Zuwendung – wie zum Beispiel die Verordnung risikomindernder Statine – zuteil. Die Unterversorgung nach Infarkt führe erwiesenermaßen zu weiteren vermeidbaren kardiovaskulären Ereignissen in der Zukunft und steigere damit erheblich die Therapiekosten. „Bei Risikopatienten eingesetzt, muss die Statingabe – zumal mit einem 30 bis 40 Prozent preisgünstigeren Generikum – daher als wirtschaftlich angesehen werden“, sagte Glaeske.

Mithilfe der Daten der EuroAspire-Studien I und II belegte Prof. Dr. med. Karl Lauterbach (Köln), dass „Unterversorgung Geld kostet“. Doch die evidenzbasierte Medizin komme in Deutschland noch viel zu kurz. Harte Studiendaten zeigten Endpunkte beim Patienten (Herzinfarkt oder Schlaganfall) auf, die mit dem Einsatz bestimmter Medikamente bei überschaubaren Kosten vermeidbar wären. Hierzu gehören nach Angaben von Lauterbach die Statine.

„Ein durch Statine gerettetes Lebensjahr beim Hochrisikopatienten kostet rund 1 000 €, ein gewonnenes Lebensjahr nach einem akuten Infarkt 100 000 €. In der Primärprävention könnten Statine eine neu auftretende KHK um circa 38 Prozent und die Sterblichkeit an Herzinfarkt um circa 24 bis 27 Prozent senken“, erklärte Lauterbach. Generika stellten im Gesundheitswesen ein wichtiges Element zur Verbesserung der derzeit bestehenden Statin-Unterversorgung der Bevölkerung dar. Durch die Verordnung generischer Statine seien vermutlich pro Jahr 1,2 Milliarden Euro einzusparen, aber es werde sicherlich zu etwa 300 000 bis 400 000 zusätzlichen Verordnungen kommen, wenn preisgünstige Präparate auf dem Markt sind. Insgesamt, so Lauterbach, dürfte das Einsparvolumen bei einigen Hundert Millionen Euro liegen.

In Berlin, so erklärte der Allgemeinarzt Dr. med. Wolfgang Kreisler (Berlin), stünden Statine an siebter Stelle der Verordnungen. Wirtschaftlichkeitserwägungen und Angst vor Regressen hätten manchen Arzt davon abgehalten, Statine schon in der Primärprävention einzusetzen. Insoweit sei ein nunmehr zur Verfügung stehendes, wirksames und preiswertes Statin wichtig in der hausärztlichen Praxis, in der eine Stoffwechselstörung beim Patienten meist als Zufallsbefund erkannt und behandelt werde.

Eins steht fest: Mit dem Ablauf der Patente für die Cholesterinsynthesehemmer werden die Karten im Wettbewerb um den Milliardenmarkt der Lipidtherapie neu gemischt. Ob sich die Hypothesen bezüglich der Einsparpotenziale im Gesundheitswesen jedoch verwirklichen lassen, bleibt – trotz der Rechnung von bekannten Gesundheitsökonomien – abzuwarten.

Dr. phil. Barbara Nickolaus
Dr. med. Vera Zylka-Menhorn

Tick-borne Diseases

Zecken schnell entfernen, um FSME-Risiko zu senken

Die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist die bedeutendste durch Zecken übertragene Viruserkrankung Europas. In Deutschland erkranken jährlich etwa 250 Personen an FSME, rund 30 Prozent davon schwer. Zehn Prozent aller Patienten weisen bleibende, teilweise schwerste neurologische Schäden auf. Zwei Prozent der Patienten sterben daran. Neue Forschungsergebnisse, die im Rahmen des „International Potsdam Symposium on Tick-borne Diseases“ im Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) vorgestellt wurden, deuten nun darauf hin, dass – ähnlich wie bei der Lyme-Borreliose – das Infektions-Risiko der FSME mit der Dauer der Blutmahlzeit der Zecke am Menschen steigt.

Um den Durchseuchungsgrad der Zecken mit FSME-Viren zu bestimmen und entsprechende Risikogebiete festzulegen, werden Zecken aus ausgewählten Gebieten auf diese Viren untersucht. Am Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin geschieht dies im dort angesiedelten Referenzlaboratorium für durch Zecken übertragene Krankheiten. In den letzten Jahren beobachteten die Wissenschaftler einen Rückgang der Durchseuchungsraten von Zecken: Während 1997 noch bei fünf Prozent der „erwachsenen“ Zecken im Schwarzwald und in der Umgebung von Passau FSME-Viren nachgewiesen werden konnten, lagen die Werte in den letzten Jahren nur noch bei einem Prozent. Umso überraschender ist das Ergebnis einer neuen Studie des Referenzlaboratoriums in Zusammenarbeit mit einem Labor in Passau. Danach wird der Durchseuchungsgrad von erwachsenen Zecken, die bereits am Menschen gesogen haben, im Passauer Raum für das Jahr 2001 mit fast zehn Prozent beziffert. Die Viruslast der erwachsenen Zecken, die noch nicht am Menschen gesogen haben, lag dagegen bei dem erwarteten Wert von rund einem Prozent. **EB**