

## PRESSEMITTEILUNG

### **Neue Leitlinie zu cholesterinsenkenden Medikamenten: Deutsche Allgemeinärzte waren Vorreiter**

*Die neue US-amerikanische Leitlinie zum Einsatz von cholesterinsenkenden Medikamenten erregt derzeit großes Aufsehen. Intensiv diskutiert wird vor allem die neuerdings empfohlene sogenannte „Strategie der festen Dosis“. Die deutschen Allgemeinärzte in der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) vertreten diese Strategie bereits seit Jahren. Die DEGAM betont, dass es nicht reicht, allein auf das Cholesterin zu starren; vielmehr muss das Gesamtrisiko für Herzinfarkt und Schlaganfall individuell bestimmt werden. Dazu ist die praxisorientierte Entscheidungshilfe arriba<sup>®</sup> entwickelt worden.*

Dass Veränderungen der Blutfette einen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellen, ist längst bekannt. Auch dass eine bestimmte Gruppe von fettsenkenden Medikamenten (sog. „Statine“) das Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall senken kann, ist durch zahlreiche Studien untermauert. Trotzdem hat eine aktuelle US-amerikanische Leitlinie zur Verhütung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Kardiologen-Szene gehörig durcheinandergewirbelt. Die wichtigsten Fachgesellschaften, die sich dort mit diesem Thema befassen, haben mit ihrer neuesten Leitlinie ein weithin etabliertes Dogma über Bord geworfen, nämlich die sogenannte **Zielwertstrategie**. Nach dieser Strategie sollte bei Patienten mit erhöhtem Cholesterin die Medikamenten-Dosis so lange erhöht bzw. sollten auch zusätzliche Medikamente eingesetzt werden, bis das Cholesterin des Patienten auf einen bestimmten Zielwert abgesunken war. Jetzt hat sich die amerikanische „Task Force“ offenbar die einschlägigen Studien etwas genauer angesehen und empfiehlt stattdessen die **Strategie der festen Dosis**. Unabhängig von dem erreichten Cholesterinspiegel soll ein Patient demnach eine feste Dosis des Medikaments einnehmen.

Kaum eine Medikamentengruppe ist so gut untersucht wie die Statine zur Verhütung von Herzinfarkten und Schlaganfällen. Eine Zielwertstrategie ist jedoch in keiner der zahlreichen Studien zu dieser Thematik eingesetzt worden. Vielmehr ist in praktisch allen Studien mit der festen Dosis gearbeitet worden. Die DEGAM hat bereits vor acht Jahren auf diese Diskrepanz hingewiesen und die Strategie der festen Dosis empfohlen, u. a. in einem – seinerzeit heftig kritisierten – Sondervotum in der Nationalen Versorgungsleitlinie zur Koronaren Herzkrankheit. Ferner wurde klargestellt, dass die Zielwertstrategie kompliziert und praxisfern ist. Sie führt zu unnötiger Frustration bei Arzt und Patient, wenn Zielwerte nicht erreicht werden. Außerdem können Ärzte dazu verleitet werden, andere Cholesterin-Senker als die Statine einzusetzen, deren Wirkung fragwürdig ist, die möglicherweise sogar schaden (z.B. Ezitimib oder Nikotinsäure-Verbindungen).

Die DEGAM warnt seit Jahren davor, mit Scheuklappen lediglich auf das Cholesterin zu schauen. Auf das Risiko, einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden, wirken noch andere, viel mächtigere Risikofaktoren ein; Alter und Geschlecht sind die wichtigsten (bei Älteren und bei Männern ist das Risiko erhöht). Jetzt sagt auch die US-amerikanische Task Force, dass der Cholesterin-Spiegel bei der Risiko-Bestimmung nur eine geringe und bei der

Medikamentenauswahl (einschl. Dosierung) überhaupt keine Rolle spielen sollte. Entscheidend ist vielmehr, aus den vorhandenen Risikofaktoren das sogenannte Gesamtrisiko jedes einzelnen Patienten zu berechnen. Je höher dieses Risiko, desto eher profitiert ein Patient von der Behandlung mit einem Statin, desto eher stehen Nutzen und Nebenwirkungen in einem vernünftigen Verhältnis.

Zusätzliche Tests („Biomarker“) neben den traditionellen Risikofaktoren werden von der Task Force sehr kritisch gesehen bzw. man rät davon ab. Manche davon werden auch hierzulande oft als IGeL-Leistungen angeboten, wie z.B. die Untersuchung der Halsschlagader mit Ultraschall oder die Messung der Verkalkung der Herzkranzgefäße mit dem CT. Über den konkreten Vorschlag der US-Task Force, wie das Risiko beim einzelnen Patienten bestimmt werden soll, lässt sich wohl streiten; dabei ist u.a. kritisiert worden, dass die Datenbasis für ihren Risikorechner ungenügend untersucht ist; auch würde weiten Teilen der Bevölkerung eine Statin-Behandlung auferlegt werden.

Von Seiten der deutschen Allgemeinärzte ist ein Risikorechner entwickelt worden, der bereits in Tausenden von Praxen zum Einsatz kommt. Dieses Instrument, arriba® genannt, hat neben der gesicherten wissenschaftlichen Basis einen besonderen Vorteil: mit arriba® können Hausärzte ihre Patienten in das Gespräch einbeziehen. arriba® zeigt sehr anschaulich, wie hoch das Risiko ist und was jeder mit Verhaltensänderungen (z.B. Rauchstopp, mehr Bewegung) oder Medikamenten bewirken kann. Hier geht es tatsächlich um jahrelange Behandlungen und einschneidende Umstellungen in der Lebensführung. Diese Entscheidungen sollten von Ärzten und Patienten **gemeinsam** getroffen werden. Es steht zu vermuten, dass die US-amerikanischen Kollegen auch in diesem Punkt in einigen Jahren nachziehen.

11. Dezember 2013

### **Kontakt:**

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc.  
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin  
Philipps-Universität Marburg  
Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg  
Telefon: 06421 – 286 5120  
E-Mail: [Norbert@staff.uni-marburg.de](mailto:Norbert@staff.uni-marburg.de)

### **Pressekontakt:**

Philipp Leson  
Referent für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
Goethe-Universität, Haus 15, 4. OG  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main  
Telefon: 069 - 65 00 72 45  
E-Mail: [presse@degam.de](mailto:presse@degam.de)