

Statine in der Primärprävention des Schlaganfalles

Kommentar von Dr. Hans Gnahn



Schlaganfallfolgen sind die häufigste Ursache von Behinderung im höheren Lebensalter. Wahrscheinlich wären bis zu 70% der jährlich ca. 200.000 Schlaganfälle in Deutschland vermeidbar. Die Vorbeugung des Schlaganfalles ist ein Imperativ für eine älter werdende Gesellschaft. Wirksam in der Vorbeugung des Schlaganfalles sind insbesondere:

- Gewichtsabnahme bei Übergewicht
- Möglichst viel körperliche Bewegung
- Einstellen des Rauchens
- Vermeidung von erhöhtem Alkoholkonsum
- Konsequente Behandlung bei Bluthochdruck
- Einnahme eines Statines bei erhöhtem Gefäßrisiko und LDL größer 100

Zu Beginn des INVADE-Projektes im Jahr 2001 wurde uns von manchen sogenannten Experten vorgerechnet, dass eine Verordnung von Statinen nur in der Sekundärprävention des Schlaganfalles sinnvoll und wirtschaftlich sei, einer Argumentation, der wir schon damals nicht folgen konnten und die heute u. E. obsolet, ja zynisch ist.

Statine nur in der Sekundärprävention des Schlaganfalles einzusetzen, heißt letztlich nichts anderes als abwarten, bis sozusagen „das Kind in den Brunnen gefallen“ ist (also der eigentlich zu vermeidende Schlaganfall schon eingetreten ist).

Es liegt nahe, die „Kinder, die in den Brunnen zu fallen“ drohen, also die Personen mit erhöhtem Schlaganfallrisiko zu identifizieren, um ihnen von vorne herein eine wirksame Schlaganfallvorbeugung (Primärprävention) anbieten zu können.

In einer 2009 im „British Medical Journal“ erschienenen Auswertung der wichtigen Studien zur Frage der Wirksamkeit von Statinen in der Primärprävention bei Menschen mit kardiovaskulären Risikofaktoren fanden Brugts et al. (s. Anlage), dass bei einer mittleren Beobachtungszeit von nur etwas mehr als 4 Jahren durch Einnahme von Statinen das Risiko zu versterben um 12%, das Risiko eines Herzinfarktes um 30% und das Risiko eines Schlaganfalles um 19% gesenkt werden konnte.

http://www.bmj.com/cgi/reprint/338/jun30_1/b2376

Dieser Nutzen der Statine muss gegen mögliche Nebenwirkungen dieser Medikamentengruppe abgewogen werden. Der Nutzen der Statine überwiegt aus unserer Sicht das Risiko ab einem Risiko eines Gefäßereignisses wie Schlaganfall oder Herzinfarkt von größer 20% innerhalb von 10 Jahren und ab einem LDL (Low Density Lipoprotein) – Wert von größer 100. Siehe hierzu auch die INVADE-Patienteninformation „Statine“:

http://www.invade.de/fileadmin/invade/v2/upload/Patienteninformationen/080429_Patinfo_Statine.pdf

Bei INVADE verwenden wir zur Risikoeinschätzung insbesondere den „arriba“ – Risiko-Score: <http://www.arriba-hausarzt.de/index.html> , die Knöchel-Arm-Blutdruckmessung:

http://www.invade.de/fileadmin/invade/v2/upload/Patienteninformationen/090107_Patinfo_Beinschlagadern.pdf und die Duplexsonographie der

Halsschlagadern:

http://www.invade.de/fileadmin/invade/v2/upload/Patienteninformationen/20090914_Invade_Carotis_Web.pdf

Medikamente können nur nützen, wenn sie auch verordnet werden. Wir sind den bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns tätigen Apothekern, Frau Barbara Krell-Jäger und Herrn Johann Fischalek zu großem Dank verpflichtet für Ihre klare Stellungnahme zur Arzneimittelrichtlinie ab 01.04.2009 – Verordnung von Lipidsenkern.