

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e. V.

„Statintherapie: LDL-Zielwert oder feste Dosis?“

Hinter der Frage „Statintherapie: LDL-Zielwert oder feste Dosis“, steckt die immer einmal wieder aufflammende Diskussion von zwei Präventionstrategien „treat to target“ und „fire and forget“.

Die seit ihrer Einführung ständig gestiegenen Verordnungen von Statinen deuten rechnerisch eine inzwischen ausreichende Versorgung in Deutschland an(1). Registerstudien weisen auf bedeutsame Defizite selbst bei statinbehandelten Hochrisikopatienten hin (2). Sie betreffen den Erreichungsgrad von risikobasierten LDL-Cholesterinzielwerten und die Beeinflussung weiterer Anomalien wie niedriges HDL-Cholesterin.

Diese Situation kann auch mit Kontroversen in Präventionsstrategien zusammenhängen. Diese sind im vorliegenden Zusammenhang die Strategie der fixen Dosis für ein Statin („fire and forget“) oder die auf den NCEP-ATP-III-Empfehlungen (3) basierende Titrationsstrategie („treat to target“) (LDL-Cholesterinziel <160 mg/dl, <130 mg/dl, <100 mg/dl, optional <70 mg/dl bei mäßigem, mittlerem oder hohem und sehr hohem Risiko (4, 5).

Zur Vermeidung einer Unterbehandlung müsste die fixe Dosis gegenüber bisher als Standard angesehenen Statindosen (40 mg Simvastatin) stärker sein. Für die Titrationstherapie spricht, dass bei Zielwerterreichung mit Standarddosen keine „Übertherapie“ mit höherem Nebenwirkungspotenzial erfolgt (6).

Die letztes Jahr in Kraft getretene Arzneimittelrichtlinie zur Verordnung von Lipidsenkern beinhaltet eine strikte Bindung der Erstattungsfähigkeit an das globale kardiovaskuläre Risiko (7). Das bedeutet für die Prävention bei Patienten noch ohne klinische vaskuläre Komplikationen ein Ereignisrisiko >20% in 10 Jahren. Für die sog. Sekundärprävention ist die Verordnung nicht beschränkt.

Fazit für die Praxis

Es ist unbestritten, dass die lipidsenkende Pharmakotherapie umso effektiver ist, je höher das individuelle Risiko des behandelten Patienten ist. Nach den geltenden Richtlinien orientiert sich die Therapieentscheidung am Gesamtrisiko des Patienten (6). Der klinische Erfolg der Statintherapie hängt aber sowohl vom LDL-Cholesterin vor der Therapie als auch von der erreichten Absenkung des LDL-Cholesterin ab. Zur zielwertorientierten Anpassung der Dosierung von Statinen gibt es aus ethischen Gründen keine Alternative.

1. Klose G, Schwabe U (2010) Lipidsenkende Mittel. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) Arzneiverordnungsreport. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 665–680
2. Gitt AK, Jünger C, Smolka W et al (2010) Prevalence and overlap of different lipid abnormalities in statin-treated patients at high cardiovascular risk in clinical practice in Germany. Clin Res Cardiol 99:723–733

3. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106: 3143-3421.
4. Donner-Banzhoff N (2007) Statintherapie bei koronarer Herzkrankheit: Strategie der festen Dosis. *Dtsch Arztebl* 104:A-355
5. Laufs U, Hamm C, Böhm M (2006) Übersicht: Statintherapie bei koronarer Herzkrankheit. *Dtsch Arztebl* 103:A2714–2718
6. Klose G.: Möglichkeiten und Grenzen der modernen Lipidtherapie. *Der Internist*, Februar 2011, S. 6
7. Gemeinsamen Bundesausschuss (2010) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/3/

München, im März 2011