

Um das Risiko weiterer kardiovaskulärer Komplikationen bei Patienten mit manifester koronarer Herzkrank-



heit zu senken haben Statine mittlerweile einen festen Platz in der Sekundärprävention. Das ist gut für die Patienten und gut für die Hersteller, handelt es sich doch schliesslich um einen beträchtlichen Marktanteil.

Noch besser für die Hersteller wäre es freilich, die Indikation und damit den Markt für Statine auch

auf die Primärprävention auszuweiten, das heisst auf alle Menschen mit einem gewissen kardiovaskulären Risiko aber (noch?) ohne KHK – also auf die Mehrheit der Bevölkerung in und jenseits der Midlife-Crisis. Das versuchen die Hersteller auch immer wieder anzuregen, aber der potenzielle Nutzen von Statinen in der

damit 100 000 virtuelle Patienten im Alter von 45 bis 75 Jahren mit kardiovaskulären Risiken von 1 bis 30 Prozent. In diesen Datenpool ging auch die vermutlich grösste plazebokontrollierte Interventionsstudie zur Primärprävention ein, die 2008 vorzeitig abgebrochene Jupiter-Studie.

Wir erinnern uns: Nach knapp zwei Jahren sah man in der Jupiter-Studie, dass mit Plazebo bei 2,8 Prozent der Probanden einer der Endpunkte zu verzeichnen gewesen war gegenüber 1,6 Prozent mit 20 mg Rosuvastatin täglich. Endpunkte waren Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Revaskularisierung, Krankenhauseinweisung wegen instabiler Angina pectoris oder kardiovaskulär bedingter Tod. Für alle Endpunkte zusammen ergab das eine «number needed to treat» (NNT) von 170. So viele im Grunde gesunde Menschen mussten also das Statin nehmen, damit einer von ihnen profitierte. Für einzelne Endpunkte wie Herzinfarkt (NNT = 500) oder Schlag-

Viel Geld für (fast) nichts

Primärprävention erwies sich in entsprechenden Studien bis anhin als äusserst fragwürdig. Nun haben holländische Wissenschaftler nachgerechnet, dass es obendrein viel zu teuer käme, selbst mit sehr billigen Generika.

Ihren Berechnungen legten die Autoren der kürzlich im «British Medical Journal» vorab online publizierten Studie jährliche Kosten zugrunde, wie sie in den Niederlanden üblich sind: 31 Franken für Laborkosten, 130 Franken für Arztkonsultationen, 33 Franken für Apothekengebühren und 11,75 Franken für 40 mg/Tag Simvastatin. Wie man auf den ersten Blick sieht, sind das Preise, die weit unter dem Niveau in der Schweiz liegen. Allein das billigste entsprechende Simvastatin-generikum kostet hier 25-mal so viel, nämlich rund 297 Franken pro Jahr.

Um auszurechnen, wie viel ein zusätzliches Lebensjahr bei guter Lebensqualität mittels Statinprimärprävention kosten würde, ein sogenanntes Quality (quality adjusted life year), fütterte man die Computer mit den Daten aus plazebokontrollierten Studien und generierte

anfall (NNT = 625) sah es noch weniger eindrucksvoll aus. Flugs beendete der Sponsor damals die ursprünglich auf vier Jahre angesetzte Studie vorzeitig wegen «überzeugender Resultate» und verkündete lauthals seine frohe Botschaft, man habe das kardiovaskuläre Risiko dramatisch senken können.

Doch zurück zur Kostenfrage: Je nach Alter und Risikokonstellation würde der Gewinn eines Qualys mittels Statinprimärprävention 6500 bis 163 000 Franken kosten. Zum Beispiel errechnete man pro Quality für einen 50-jährigen Mann ohne KHK und einem 10-prozentigen kardiovaskulären Risiko stolze Kosten von 45 600 Franken. In Holland.

Ein Grund mehr also, Statine wirklich nur Patienten mit ganz klarem, hohem kardiovaskulären Risiko zu verordnen.

Renate Bonifer

Greving JP, Visseren FLJ, de Wit GA, Algra A: Statin treatment for primary prevention of vascular disease: whom to treat? Cost-effectiveness analysis. *BMJ* 2011; 342:d1672 doi:10.1136/bmj.d1672