

Sekundäre Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen mit Azetylsalizylsäure: Eine Lücke klafft zwischen Leitlinie und Praxis

In den letzten Jahren ist die Inzidenz von Herzinfarkten und Schlaganfällen ständig zurückgegangen. Aber immer noch erkranken 7% der Frauen und 10% der Männer im Verlauf ihres Lebens an einem Herzinfarkt, und 2-3% sterben daran (1). Die Möglichkeiten zur Vorsorge und Behandlung haben sich verbessert und werden in der Praxis auch umgesetzt. Allerdings werden manche Präventionen großzügig angewandt, z.B. die interventionelle Therapie bei stabiler Koronarer Herzkrankheit (KHK; 2) sowie die Verordnung von Betarezeptoren-Blockern (3) und Statinen (4), andere hingegen werden vernachlässigt, z.B. die Verordnung von ASS. Das ist die Meinung des Autors eines aktuellen Editorials im N. Eng. J. Med. (5).

Die Wirksamkeit niedrig dosierter ASS zur sekundären Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen gilt spätestens seit 2009 als erwiesen. Damals wurden im Lancet die Ergebnisse einer Metaanalyse von 17 Studien veröffentlicht, in denen 16.000 Patienten nach Herzinfarkt, Schlaganfall oder peripherem arteriellen Verschluss nachverfolgt worden waren (6). Die Prophylaxe mit ASS (80-100 mg/d oral) reduzierte signifikant die Zahl der Herzinfarkte (mit ASS 995 vs. ohne ASS 1214 pro Jahr, d.h. 219 weniger; $p = 0,0001$) und der Schlaganfälle (mit ASS 486 vs. 580 pro Jahr, d.h. 94 weniger; $p = 0,002$). Verglichen mit diesem Nutzen waren schwere Blutungskomplikationen deutlich seltener, jedoch mit ASS numerisch häufiger als ohne (mit ASS 59 vs. ohne ASS 25 pro Jahr, d.h. 34 zusätzliche; nicht signifikant). Die Zahlen basieren auf ca. 43.000 Patientenjahren. Eine eher noch bessere prophylaktische Wirksamkeit mit sogar ökonomischer Effizienz wurde im REACH-Register in Australien festgestellt (7). Die Zahlen sind überzeugend und die Empfehlungen der Leitlinien daher klar und eindeutig. ASS ist Mittel der ersten Wahl zur sekundären Prävention, wenn es keine Unverträglichkeit und keine Blutungsanamnese gibt (8, 9). Die Umsetzung dieser Empfehlungen in die Patientenversorgung ist ungenügend und enttäuschend. In den USA fanden die Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dass in den Jahren 2007 und 2008 nur 46,9% der Patienten mit KHK bzw. zerebraler oder peripherer Verschlusskrankheit eine sekundäre Prävention mit Thrombozytenaggregationshemmern erhielten. In der ambulanten Praxis waren es sogar nur 34,8% (10). Mindestens 50% der in Frage kommenden Patienten wurde also eine wirksame und generell gut verträgliche Prophylaxe vorenthalten. In Deutschland gibt es nur wenig Hinweise, wie viele Patienten mit symptomatischer KHK oder anderen atherosklerotischen Krankheiten ASS erhalten, weil die Daten der Kostenträger nicht diagnosebezogen ausgewertet werden. Bundesweite Register zu dieser Frage fehlen. Im Berliner Herzinfarktregister finden sich jedoch wichtige Zahlen hierzu, denn bei Patienten, die mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus kamen, wurde die Vormedikation registriert

(11). Fast alle Patienten hatten in der Phase vor ihrem aktuellen Infarkt bereits Symptome einer KHK und daher eine Indikation für ASS, aber nur 25%-40% wurden ambulant entsprechend behandelt.

Die Zahlen aus dem Berliner Herzinfarktregister sind den US-amerikanischen sehr ähnlich: Patienten mit atherosklerotischer Gefäßkrankheit, speziell KHK, erhalten in der Praxis zu selten ASS. Ein Teil der Patienten mag als Kontraindikation eine Blutungsanamnese oder erwiesene Unverträglichkeit haben, bei anderen fehlen vor dem Infarkt klinische Hinweise auf eine KHK und damit die Indikation für eine sekundäre Prävention. Die exakten Zahlen sind aber nicht so entscheidend, denn das Problem liegt auch so auf der Hand: In USA wie in Deutschland klafft eine gravierende Lücke zwischen den klaren und gut begründeten Empfehlungen der Leitlinien und der Umsetzung in die Praxis. Sie ist schwer zu erklären. A.K. Parekh, der Autor des Editorials im N. Eng. J. Med. (5), arbeitet im US Department of Health and Human Services. Er ist daher berufen, sich zur Versorgungslücke und den Ursachen zu äußern, und auch zu den Möglichkeiten, die Lücken zu schließen:

- Es könnte sein, dass Unsicherheiten die Indikation verschleiern. Aber es gibt kaum noch Unsicherheiten: Der mögliche Nutzen ist etwa zehnfach höher als der mögliche Schaden. Bei der Abwägung der Indikation ist außerdem zu bedenken, dass in der Regel die Blutungen eher zu beherrschen sind als die Folgen von Herzinfarkt oder Schlaganfall. Kleine subkutane oder intestinale Blutungen oder gelegentliches Sodbrennen sind nicht gravierend und angesichts des Nutzens von ASS bei KHK nicht verunsichernd.
- Es gibt keine Unsicherheiten in der Dosierung, die die Indikation erschweren.
- Voruntersuchungen oder Therapiekontrollen sind in der Regel nicht erforderlich.
- Die Prävention ist preiswert und kosteneffektiv (7).

Daraus leitet der Autor ab, dass intensive Diskussionen und Informationen des gesamten medizinischen Personals und der Patienten notwendig seien und wiederholt werden müssen, um die Situation zu verbessern. Darüber gibt er zu bedenken, ob es hilfreich sein könnte, in der Praxissoftware Erinnerungen zu verankern und ob nicht auch die Kostenträger eine Verantwortung hätten, Instrumente der Qualitätskontrolle einzusetzen.

Bei uns sind die Verhältnisse in der Krankenversorgung anders als in den USA. Aber auch bei uns gibt es diese Lücke zwischen Leitlinie und Praxis. Oft sind Forderungen, neue Therapien einzuführen, kommerziell angetrieben, inhaltlich schlecht begründet oder nicht finanzierbar. Für die sekundäre Prävention der KHK mit ASS gilt das nicht. Prinzipiell schließen wir uns daher der Meinung von A.K. Parekh an. Bei jedem Patienten mit atherosklerotischer Gefäßkrankheit, der kein ASS erhält, muss gefragt werden: Warum nicht?

Fazit: Die sekundäre Prävention kardiovaskulärer Krankheiten mit niedrig dosierter ASS ist wirksam, relativ arm an unerwünschten Wirkungen, problemlos durchführbar und kosteneffektiv. Sie wird von den Leitlinien zur Prävention als Methode der ersten Wahl bezeichnet. Alle Patienten ohne Kontraindikationen sollten behandelt werden.

Literatur

1. <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/H/Herzinfarkt/Herzinfarkt.html> [Link zur Quelle](#)
2. AMB 2002, **36**,54b. [Link zur Quelle](#)
3. AMB 2012, **46**,91. [Link zur Quelle](#)
4. AMB 2012, **46**,65. [Link zur Quelle](#)
5. Parekh, A.K.,et al.: N. Engl. J. Med. 2013, **368**, 204. [Link zur Quelle](#)
6. AntithromboticTrialists' (ATT) Collaboration: Lancet 2009, **373**, 1849. [Link zur Quelle](#)
7. Ademi, Z., etal. (REACH = **RE**duction of **A**therothrombosisfor **C**ontinued **H**ealth registry): Cardiovasc. Ther. 2013, **31**,45. [Link zur Quelle](#)
8. Nationale Versorgungsleitlinie 2011: [Link zur Quelle](#)
9. Smith, S.C.,et al.: AHA/ACCF Guideline: [Link zur Quelle](#)
10. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6102a3.htm> [Link zur Quelle](#)
11. Berliner Herzinfarktregister: [Link zur Quelle](#)