Zwei-Jahres-Sterblichkeit unter 3%

Besonders erfreulich war, dass mit der niedrigeren Dosierung von zweimal 2,5 mg/d eine signifikante Senkung sowohl der kardiovaskulären Mortalität von 4,1% auf 2,7% ($p = 0,002$) als auch der Gesamtmortalität von 4,5% auf 2,9% ($p = 0,002$) gelang. Auf zwei Jahre berechnet betrug die relative Risikoreduktion 32% und die absolute Risikoreduktion 1,6%. 56 Patienten müssten zwei Jahre lang behandelt werden, um einen Todesfall zu verhindern. Ein Prognosevorteil ergab sich sowohl für NSTEMI- als auch für STEMI-Patienten. Die höhere Dosis hatte keinen Einfluss auf die Mortalität.

Positive Nutzen-Risiko-Bilanz

Auf der anderen Seite stieg das Risiko für größere Blutungen von 0,6% auf

2,1% und jenes für intrakranielle Blutungen von 0,2% auf 0,6% an. Die Rate tödlicher Blutungen war allerdings nicht höher als unter Placebo (0,3 vs. 0,2%), aber unter der niedrigen Dosis geringer als unter der höheren Dosis (0,1% vs. 0,4%, $p = 0,04$).

Damit überwiegt der Nutzen eindeutig die Blutungsrisiken, resümierte die Studienleiterin Jessica Mega vom Brigham and Women's Hospital in Boston.

Ein „Meilenstein“

Der Kardiologe Prof. Christoph Bode von der Universität Freiburg war deutscher Studienleiter der ATLAS-Studie. Im Gespräch mit SpringerMedizin bezeichnete er die Studie als Meilenstein in der Herzinfarkt-Sekundärprävention. Es ist schon außergewöhnlich, so Bode,

dass man 1,5 absolute Prozentpunkte in der Gesamtsterblichkeit gewinnt. Bode vergleicht dieses Ergebnis mit dem Wechsel von der thrombolytischen zur interventionellen Infarkttherapie, was seinerzeit ein Paradigmenwechsel war.

Nach Ansicht von Prof. Bode werden künftige Leitlinien für die Sekundärprävention des Herzinfarktes die orale Antikoagulation mit Rivaroxaban zusätzlich zu ASS und Clopidogrel empfehlen.

DR. MED. DIRK EINECKE ■

■ Quelle: Jahrestagung 2011 der American Heart Association, Orlando, November 2011; Mega J.L. et al. Rivaroxaban in Patients with a Recent Acute Coronary Syndrome. *New Engl J Med* 2011, DOI: 10.1056/NEJMoa1112277

Sekundärprävention

Pillen ohne Zuzahlung reduzieren Komplikationen nach Herzinfarkt

Wenn Patienten nach Herzinfarkt keine Zuzahlungen für lebensverlängernde Medikamente der Sekundärprävention leisten müssen, steigt die Therapieadhärenz. Gleichzeitig sinken das Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen sowie die Kosten für die Krankenversicherung.

— Die Adhärenz einer medikamentösen Dauertherapie ist bescheiden, selbst bei prognostisch relevanten Medikamenten nach Herzinfarkt. Ein Hemmfaktor könnten Zuzahlungen des Patienten aus der eigenen Tasche sein. In einer großen randomisierten Studie wurde jetzt in den USA untersucht, wie sich eine Zuzahlungsbefreiung auf Adhärenz, Kosten und klinische Endpunkte auswirkt.

Knapp 6000 Herzinfarktpatienten nahmen teil. Die Hälfte erhielt Statine, ACE-Hemmer/AT₁-Blocker und Beta-blocker kostenfrei. Die andere Hälfte

leistete Zuzahlungen aus eigener Tasche in Höhe von im Schnitt 50 US-Dollar monatlich. Die Patienten wurden im Median 400 Tage nachbeobachtet.

Therapie-Adhärenz unter 50%

Wie sich zeigte, war die Adhärenz in beiden Gruppen mäßig: die drei Medikamente wurden von 36 bis 49% der Patienten an allen Tagen eingenommen. In der Gruppe mit Kostenbefreiung stieg die Adhärenz für alle drei Medikamente signifikant um 4–6% an. Schwerwiegende erste kardiovaskuläre Ereignisse oder Revaskularisierungen – der primäre Endpunkt – traten bei 18,8% (Gruppe mit Zuzahlung) bzw. 17,6% (Gruppe ohne Zuzahlung) auf, kein Unterschied ($p = 0,21$). Bei Betrachtung nur der Komplikationen ohne erneute Eingriffe an den Gefäßen – der härtere Endpunkt – wurde der Unterschied signifikant (12,8% vs. 11,0%, $p = 0,03$).

Ersparnisse für die Krankenkasse

Interessant ist der Kostenaspekt: Patienten ohne eigene Zuzahlungen kosteten auch die Krankenkassen unter dem Strich weniger, die Gesamtkosten pro Patient sanken signifikant um 11%. Fazit der Autoren: Die vollständige Kostenübernahme wichtiger kardiovaskulärer Medikamente ist ein Baustein, um die Qualität der Versorgung von Postinfarktpatienten zu verbessern.

DR. MED. DIRK EINECKE ■

■ AHA Scientific Sessions 2011, Late Breaking Clinical Trials, Session 2, Orlando, November 2011; Choudhry N.K. et al. Full Coverage for Preventive Medications after Myocardial Infarction; *N Engl J Med* 2011, DOI: 10.1056/NEJMsa1107913

Die Abstracts zu den im Report referierten Studien finden Sie unter: circ.ahajournals.org/content/vol124/21_MeetingAbstracts. Oder scannen Sie nebenstehenden QR-Code mit Ihrem Smartphone oder Tablet-PC.