Hier steht eine Anzeige.

Zu viel und zu wenig Insultprophylaxe

Fehlversorgung bei Vorhofflimmern

Die antithrombotische Therapie zur Verhinderung von Schlaganfällen bei Patienten mit Vorhofflimmern ist immer noch verbesserungsbedürftig. Neben erheblicher Unterversorgung besteht teilweise auch eine Überversorgung.

Wie es um die Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmernpatienten in Deutschland bestellt ist, lässt sich erstmals in einem Weißbuch nachlesen. Wissenschaftler des IGES-Instituts haben zusammen mit medizinischen Experten die veröffentlichten Daten zusammengetragen – und dabei eine erhebliche Fehlversorgung ausgemacht. Laut Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) sollte mit Ausnahme von Patienten mit niedrigem Insultrisiko (CHA2DS2-VASc-Score = 0) oder einer entsprechenden Kontraindikation allen Patienten mit Vorhofflimmern eine orale Antikoagulation (OAK) verordnet werden. Tatsächlich erhalten jedoch selbst in der spezialisierten Versorgung viele Patienten trotz bestehender Indikation weder einen Vitamin-K-Antagonisten (VKA) noch ein neues orales Antikoagulans (NOAK): Der Anteil unbehandelter Patienten reicht je nach Studie von knapp 13% (PREFER in AF-Register) bis zu 43% (MOVE-Studie).

Ergebnisse zur Qualität der Therapie sind alarmierend

Zwar steigt die Chance auf eine indikationsgemäße Schlaganfallprophylaxe Registerdaten zufolge mit der Höhe des Insultrisikos. Von den Patienten mit CHA2DS2-VASc-Score ≥ 2 sind aber immerhin noch 14% ohne OAK. Auf der anderen Seite bekommen 45% der Vorhofflimmernpatienten, die einen CHA2DS2-VASc-Score von 0 aufweisen, eine OAK – die bei ihnen keinen Nutzen verspricht. Alarmierend sind auch die Ergebnisse zur Qualität der Therapie: Krankenkassendaten zufolge sind bei über der Hälfte der Patienten weniger als 50% des Jahres überhaupt durch OAK-Verordnungen abgedeckt, eine vorschriftsmäßige dauerhafte und regelmäßige Einnahme ist also gar nicht möglich. Bei einer Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten erreicht zudem nur die Hälfte der Patienten bei mehr als 70% der Messungen den therapeutischen INR-Bereich von 2–3.

Selbst ein erster Schlaganfall führt nicht unbedingt zu einer Intensivierung der Prophylaxe: Laut Ludwigsburger Schlaganfallregister wird gut 40% dieser Patienten auch die Sekundärprophylaxe vorenthalten. Sie haben im Jahr nach dem Schlaganfall ein fünfmal so hohes Sterberisiko wie Patienten mit OAK. Ein Risikofaktor für Unterversorgung ist das Alter: Nach Krankenkassendaten haben 80- bis 84-Jährige ein um 60% höheres Risiko, keine OAK zu erhalten, als jüngere Patienten. Auch weibliches Geschlecht, Demenz, Alkoholkrankheit, Sturzrisiko und paroxysmales Vorhofflimmern scheinen eine Untertherapie zu begünstigen. (bs)

Kip M et al. Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern. Thieme, 2015