Nach venöser Thromboembolie

Wie lang soll die Prophylaxe dauern?

— Die Dauer einer Antikoagulation nach venöser Thromboembolie (VTE) erfolgt heute zunehmend individualisiert. Außer Genese (idiopathisch oder sekundär), Lokalisation (distal oder proximal) und Zahl der Ereignisse (Erstereignis oder Rezidiv) sind auch persistierende Risikofaktoren für ein Rezidiv und die Patientenpräferenz von hoher Bedeutung für die Therapiestrategie.

„Abhängig von diesen Faktoren kann eine langfristige orale Antikoagulation nach Erstereignis genauso sinnvoll sein wie ein Wechsel auf eine Bedarfsprophylaxe mit Heparin auch bei Patienten mit einem VTE-Rezidiv“, sagte Prof. Michael Spannagl, München. In den deutschen und US-amerikanischen Leitlinien zur Dauer der Antikoagulation bei VTE nach der Akuttherapie mit niedermolekularen Heparinen (NMH) wird – sofern keine Risikofaktoren für Blutungen vorliegen – eine dreimonatige Prophylaxe

bei Patienten mit idiopathischen distalem Ereignis sowie mit einem Erstereignis in Risikosituationen empfohlen, eine mehr als dreimonatige Prophylaxe bei idiopathischem proximalen Ereignis sowie eine langfristige Prophylaxe bei idiopathischem Rezidiv sowie bei VTE-Patienten mit aktiver Krebserkrankung.

Standard sind hierbei orale Vitamin-K-Antagonisten außer bei Tumorpatienten. Bei ihnen hat sich eine Prophylaxe mit NMH in den ersten drei bis sechs Monaten als eindeutig überlegen erwiesen, sagte Spannagl. Außer bei einer aktiven Krebserkrankung sei eine langfristige Weiterführung der Antikoagulation auch bei Patienten mit eindeutigem Antiphospholipidsyndrom fast immer geboten. Regelmäßig, etwa alle ein bis zwei Jahre, sollte dabei individuell Thromboembolie- und Blutungsrisiko abgeschätzt werden. Zu den Prädiktoren für ein VTE-Rezidiv nach Ab-

setzen der Antikoagulation zählen männliches Geschlecht, Lungenembolie und erhöhte D-Dimer-Spiegel.

Bei Tumorpatienten kommt es rund zweifach häufiger als bei anderen Patienten zu einem VTE-Rezidiv. Sie sind Zeichen einer schlechten Prognose, berichtete Prof. Rupert Bauersachs, Darmstadt. In der laufenden offenen Multicenterstudie CATCH mit Tinzaparin (innohep®) soll bei insgesamt 900 Patienten geprüft werden, ob eine gleichbleibende therapeutische NMH-Dosis über sechs Monate die Rate von VTE-Rezidiven weiter reduzieren kann. Die Vergleichsgruppe wird mit Warfarin behandelt.

■ Roland Fath

Quelle: Symposium „VTE-Therapie im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis“, 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, Frankfurt am Main, September 2011 (Veranstalter: Leo Pharma)

Nikotinersatztherapie

Rauchstopp bald auf Kassenkosten?

— Nikotinersatztherapien sollten in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden, fordert die Initiative Raucherentwöhnung, eine Arbeitsgemeinschaft im Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH). Unter anderem möchte die Initiative erreichen, dass eine Modifikation am Referentenentwurf für das Zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften („16. AMG-Novelle“) aufgenommen wird. Damit soll es möglich werden, dass Kassen die Nikotinersatztherapie als Satzungsleistung aufnehmen.

Die Abhängigkeit von Nikotin ist als Krankheit anerkannt, sagte Dr. Justus Zeeuw, Wuppertal. Der medizinische Nutzen von Nikotinersatzpräparaten wie Pflastern und Kaugummis werde vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) anerkannt. Der GBA hat bereits im Juli 2011 die

eingeschränkte Erstattungsfähigkeit von Nikotinersatztherapien in den Disease Management Programmen (DMP) zu Asthma und COPD festgestellt. Das Bundesgesund-

heitsministerium zögert seither, diesen Beschluss zu genehmigen.

Vor möglichen Kosten müssten sich die Kassen nicht fürchten, sagte Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem. Die Anfangskosten amortisierten sich binnen drei bis fünf Jahren. Laut einer Studie, die Wasem für das Bundesforschungsministerium und für den BAH erstellt hat, gewinnen Nikotinersatztherapien für den Einzelnen mehr Lebenszeit (rund zehn Wochen) und sparen der Gesellschaft Kosten: Die direkten „medizinischen Restlebenskosten“ fallen gegenüber dem Rauchstoppversuch ohne medizinische Hilfestellung durch Nikotinersatztherapie um rund 900 Euro geringer aus.

■ Anno Fricke

Quelle: Pressekonferenz Initiative Raucherentwöhnung – Die Behandlung tabakabhängiger Raucher als Kassenleistung, Berlin, November 2011 (Veranstalter: Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller BAH)

Die Kosten für die Kassen könnten sich in drei bis fünf Jahren amortisieren.

© Sven Weber/forolia