Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern – zu wenig und zu viel

Wie es um die Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmernpatienten in Deutschland bestellt ist, lässt sich erstmals in einem Weißbuch nachlesen. Wissenschaftler des IGES-Instituts haben gemeinsam mit Experten die veröffentlichten Daten zusammengetragen – und eine erhebliche Fehlversorgung ausgemacht. Laut Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) sollte mit Ausnahme von Patienten mit niedrigem Insultrisiko ($\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-Score} = 0$) 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 Antiko-

agulans (NOAK): Der Anteil unbehandelter Patienten reicht je nach Studie von knapp 13 % (PREFER in AF-Register) bis zu 43 % (MOVE). In der hausärztlichen Versorgung zeigen sich teils noch größere Defizite, mit Raten unbehandelter Patienten bis zu 63 % (Gutenberg).

Zwar steigt die Chance auf eine indikationsgemäße Schlaganfallprophylaxe Registerdaten zufolge mit der Höhe des Insultrisikos. Von den Patienten mit $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-Score} \geq 2$ sind aber immerhin 14 % ohne OAK. Auf der anderen Seite bekommen 45 % der Vorhofflimmernpatienten, die einen $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-Score}$ 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 Jah-

res 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 die Sekundärprophylaxe vor-enthalten. 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.

Beate Schumacher

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.