Wer Vollkornbrot isst, lebt länger – so das Fazit dieser Studie.

oder nur teilweise im Darm abgebaut werden können. 100 g Vollkornbrot enthalten etwa 8 g Ballaststoffe. Unumstritten ist, dass Ballaststoffe Stoffwechselkrankheiten und kardiovaskulären Krankheiten sowie Krebs und Diabetes vorbeugen und die Mortalität senken. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt einen Konsum von über 30 g/Tag.

Wie stellt man sich die zugrunde liegenden Mechanismen vor? Ballaststoffe generieren kaum oder keine Kalorien, sättigen und beugen daher Übergewicht und Adipositas vor. Dem Darm entziehen Ballaststoffe geschädigte Zellen, was das Risiko für Kolonkarzinome vermindert. Vollkornmehl vermindert im Vergleich zu Weißmehl postprandiale Glukose- und Insulinspiegel, senkt den Blutdruck, Triglyzeride sowie

Gesamt- und LDL-Cholesterin und inflammatorische Marker (z.B. CRP).

Fazit: Diese sowie vorausgehende Metaanalysen belegen, dass Vollkorn jedermann zu empfehlen ist. In Schweden wird ein Konsum von mindestens 75 g/Tag (Trockengewicht) empfohlen.

Prof. Dr. med. Alfred Wirth
Bad Rothenfelde

Wie sicher sind NOAK bei älteren Patienten mit Niereninsuffizienz?

Patienten jenseits des 80. Lebensjahres, die an Niereninsuffizienz oder Untergewicht leiden, erhalten bei Vorhofflimmern häufig niedrige Dosen eines neuen oralen Antikoagulans, obwohl sich diese Empfehlung nur auf wenige klinische Daten stützt.

Aus dem landesweiten dänischen Register wurden die Daten aller Patienten entnommen, die wegen Vorhofflimmern zur Schlaganfallprävention erstmals mit einem der neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK) in niedriger Dosierung oder wie üblich mit Warfarin ($n = 38.893$) behandelt wurden. Eine Dosisreduktion (Apixaban: $2 \times 2,5$ mg, $n = 4.400$; Dabigatran: 2×110 mg, $n = 8.875$ oder Rivaroxaban: 1×15 mg, $n = 3.476$) erfolgte entsprechend den Empfehlungen wegen hohen Alters über 80 Jahren, eingeschränkter Nierenfunktion (GFR zwischen 15–30

und 50 ml/min) oder Gewicht unter 60 kg.

Ischämische Schlaganfälle und periphere Embolien waren nach einjähriger Therapie unter der reduzierten Dosis von $2 \times 2,5$ mg Apixaban täglich mit 4,8 % zwar häufiger als unter Warfarin mit 3,7 %, 2×110 mg Dabigatran mit 3,3 % und 1×15 mg Rivaroxaban mit 3,5 %, aber in keinem Fall signifikant unterschiedlich (Tab. 1).

Im Vergleich zu Warfarin waren Blutungen unter Dabigatran signifikant seltener, während es zu Apixaban und Rivaroxaban keinen Unterschied gab.

Nielsen PB et al. Effectiveness and safety of reduced dose non-vitamin K antagonist oral anticoagulants and warfarin in patients with atrial fibrillation: propensity weighted nationwide cohort study. BMJ. 2017 Feb 10, doi: 10.1136/bmj.j510.

Kommentar

Die umfangreiche Beobachtungsstudie ergänzt die unzureichende Datenlage zur Dosierung der neuen oralen Antikoagulanzen bei Patienten im Alter über 80 Jahren mit Vorhofflimmern und Niereninsuffizienz. Die praktisch bedeutsame Aussage dürfte sein, dass die aktuelle Empfehlung zur Dosisreduktion der NOAK die Bilanz von erwünschten und unerwünschten Wirkungen im Vergleich zur traditionellen Warfarin-Gabe bei alten und niereninsuffizienten Patienten nicht verschoben hat. Darüber hinaus lassen die Methodik der Studie und die zahlreichen Vergleiche der drei NOAK mit nur geringen Unterschieden untereinander und gegen Warfarin keine zuverlässige Bevorzugung oder Abwertung einzelner Therapiemodalitäten zu. Ohne allgemein zugängliche Gerinnungskontrolle bleibt die Abschätzung des Thromboembolie- und Blutungsrisikos unter den NOAK schwierig.

Prof. Dr. med. Heinrich Holzgreve
Kardiologische Praxis, München

Tab. 1: Thromboembolische Komplikationen und Blutungen unter Antikoagulation bei Vorhofflimmern

	Apixaban	Dabigatran	Rivaroxaban	Warfarin
Thromboembolien	4,8 %	3,3 %	3,5 %	3,7 %
Blutungen	5,1 %	4,1 %	5,6 %	5,1 %