Sandra Jessel
Hans-Holger Bleß

Defizite und Lösungsansätze bei der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

Vorhofflimmern (VHF) ist eine der häufigsten Herzrhythmusstörungen im Erwachsenenalter mit hoher Dunkelziffer und zunehmender Prävalenz. VHF-Patienten haben ein erhöhtes Sterbe- und Erkrankungsrisiko etwa durch Schlaganfälle. Schlaganfälle wiederum sind lebensbedrohliche Ereignisse und der häufigste Grund für bleibende Behinderungen im Erwachsenalter. Sie gehen mit beträchtlichen Krankheitskosten einher. Der Primär- und Sekundärprävention eines Schlaganfalls bei VHF kommt daher eine große Bedeutung zu. Sie beginnt mit der Therapie der Ursache des VHF. Mit der oralen Antikoagulation (OAK) steht zudem eine wirksame medikamentöse Methode zur Verfügung, Schlaganfälle bei VHF-Patienten zu verhindern. Dieser Artikel basiert auf Erkenntnissen aus dem im September 2015 vom IGES Institut veröffentlichten Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern" und wurde um seitdem neu publizierte Informationen ergänzt. Die dargestellten Versorgungsempfehlungen aus dem Weißbuch beruhen unter anderem auf Diskussionen mit Experten aus den Bereichen Kardiologie, Neurologie, der hausärztlichen Versorgung, Patientenvertretung und Krankenversicherung.

>> Bei Vorhofflimmern (VHF) führt eine gestörte Erregungsleitung im Herzen zu einer mechanischen Dysfunktion der Vorhöfe und damit zu Störungen des Blutflusses. Als Folge kann es zur Bildung von Blutgerinnseln im Herzen kommen (kardiale Thromben). Werden diese in die Blutbahn geschwemmt (Thromboembolie), können sie unter anderem gehirnversorgende Gefäße verstopfen, und es entsteht ein ischämischer Schlaganfall. VHF-Patienten haben im Vergleich zu Patienten ohne VHF ein bis zu fünffach erhöhtes Risiko, einen ischämischen Schlaganfall zu erleiden (Camm et al. 2010). Kardiovaskuläre und extrakardiale Erkrankungen erhöhen dieses Risiko zusätzlich.

VHF-assoziierte Schlaganfälle haben im Vergleich zu ischämischen Schlaganfällen anderer Genese schwerere Verläufe, eine höhere Letalität sowie häufiger Bettlägerigkeit zur Folge (Dulli et al. 2003; Jorgensen et al. 1996; Kolominsky-Rabas und Heuschmann 2002; Lin et al. 1996). Rund ein Drittel der Patienten verstirbt innerhalb eines Jahres nach einem kardioembolisch bedingten Schlaganfall (Kolominsky-Rabas und Heuschmann 2002).

Schätzungsweise 1,8 Millionen VHF-Erkrankte in Deutschland

Die Prävalenz des VHF wird je nach Studie zwischen 2,13% und 2,5% der Bevölkerung beziffert (Schnabel et al. 2012; Wilke et al. 2013). Wilke et al. errechnen daraus, dass bezogen auf das Jahr 2009 rund 1,8 Millionen Menschen in Deutschland an VHF erkrankt sind. Zusätzlich ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen, denn in vielen Fällen verursacht VHF keine oder nur episodenhaft Beschwerden und bleibt daher häufig unentdeckt.

Die Dimension der Dunkelziffer verdeutlicht eine bevölkerungsbasierte Studie, nach der bei 0,5% aller Teilnehmer bzw. 15,5% der Patienten mit VHF die Erkrankung unbekannt war und erst durch die Studie diagnostiziert wurde (Schnabel et al. 2012).

Das Risiko für VHF steigt mit dem Alter, u. a. weil andere Herzerkrankungen und Risikofaktoren wie Bluthochdruck ebenfalls mit steigendem Lebensalter häufiger werden, die wiederum VHF begünstigen. Während bei den unter 65-Jährigen die Erkrankungshäufigkeit bei weniger als 1,5% liegt, betrifft es mehr als 10% der über 74-Jährigen (Wilke et al. 2013).

Die Prävalenz des VHF wird in den kommenden Jahren in Deutschland weiter ansteigen (Wilke et al. 2013). Dazu tragen der demografische Wandel, das verbesserte Überleben bei prädisponierenden Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit (KHK) oder Herzinsuffizienz und nicht zuletzt auch Fortschritte in der Diagnostik bei.

Hinweise auf VHF geben ein unregelmäßiger Puls und entsprechende klinische Symptome. Ein Elektrokardiogramm (EKG) sichert die Diagnose. Leitlinien empfehlen ein opportunistisches Screening bei allen Patienten ab 65 Jahren durch Tasten des Pulses und ggf. folgendem Elektrokardiogramm (EKG) (Camm et al. 2010). Im Vergleich zu einem routinemäßigen EKG-Screening aller Patienten führt das opportunistische Screening zu einer vergleichbaren Erkennungsrate neuer Fälle mit Vorhofflimmern bei deutlich geringeren Kosten (Fitzmaurice et al. 2007).

Hohe Krankheitslast und steigende Krankheitskosten durch Schlaganfälle

Etwa 15% bis 20% der ischämischen Schlaganfälle stehen in Zusammenhang mit VHF (DGK 2013; Lloyd-Jones et al. 2010). Schlaganfälle führen jährlich zu knapp 35.000 Todesfällen und gehören zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland (GBE 2015b). Sie sind zudem die häufigste Ursache von bleibenden Behinderungen im Erwachsenenalter.

Ischämische Schlaganfälle verursachen jährlich direkte Behandlungskosten in Höhe von 4,85 Mrd. Euro (bezogen auf 2008). Die Kosten stiegen zwischen 2002 und 2008 um 15,9%. Rund zwei Drittel der direkten Kosten entfielen auf stationäre und teilstationäre Einrichtungen (3,2 Mrd. Euro) (GBE 2015a).

Zusammenfassung

Bei rund zwei Prozent der Bevölkerung ist ein Vorhofflimmern dokumentiert. Betroffene haben ein fünffach erhöhtes Risiko, einen ischämischen Schlaganfall zu erleiden. Diese Schlaganfälle verlaufen häufig schwerer als Schlaganfälle anderer Ursache. Primäres Behandlungsziel bei VHF ist deshalb die Prävention von Schlaganfällen. Therapie der Wahl ist die orale Antikoagulation, deren Inanspruchnahme in den vergangenen Jahren gestiegen ist. Allerdings zeigen sich noch immer Versorgungsdefizite vor allem bei Hochrisikopatienten und älteren Patienten sowie bei der Therapieadhärenz, die auf Handlungsunsicherheiten bei Ärzten und Patienten hindeuten. Es besteht weiterhin Aufklärungsbedarf. Verbesserungspotenziale für die Prävention ergeben sich zudem in der Diagnostik des VHF und bei Ansätzen zur Unterstützung der Therapie.

Schlüsselwörter

Vorhofflimmern, ischämischer Schlaganfall, Prävention, Versorgungssituation

Hinzu kommen indirekte Kosten aufgrund volkswirtschaftlicher Verluste durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod Erwerbstätiger in Höhe von jährlich 1,3 Mrd. Euro (Statistisches Bundesamt 2010; BMJV 2015). Die lebenslangen, direkten Kosten eines Versicherten mit Schlaganfall belaufen sich für die gesetzliche Krankenversicherung durchschnittlich auf rund 43.000 Euro (Kolominsky-Rabas et al. 2006).

Medikamentös erfolgt die Schlaganfallprävention mittels oraler Antikoagulation (OAK) (DGK 2013). Die OAK soll die Bildung von Blutgerinnseln im Herzen verhindern (antithrombotische Therapie), geht aber als unerwünschte Wirkung mit einem erhöhten Blutungsrisiko einher. Die Fachgesellschaften empfehlen eine OAK bei allen Patienten mit VHF und mindestens einem Risikofaktor (CHA_2DS_2VASc-Score, s.u.), mit Ausnahme von ansonsten gesunden Patienten mit VHF unter 65 Jahren oder Patienten mit Kontraindikationen.

Für die OAK stehen verschiedene Therapieansätze zur Verfügung: Vitamin-K-Antagonisten (VKA) und direkte Hemmer von Gerinnungsfaktoren (Xa- und Thrombininhibitoren). Direkte Gerinnungshemmer werden auch als neue oder direkte orale Antikoagulanzien (NOAK bzw. DOAK) bezeichnet. Eine antithrombotische Therapie mit Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) wie Acetylsalicylsäure (ASS) oder Clopidogrel wird nur noch in Ausnahmefällen empfohlen, da diese zur Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern im Vergleich zu oralen Antikoagulanzien weniger wirksam sind (DGK 2013).

Die Entscheidung für oder gegen eine OAK soll unter Berücksichtigung des individuellen Schlaganfall- und Blutungsrisikos, von Kontraindikationen sowie von Patientenpräferenzen gemeinsam mit dem Patienten erfolgen. Die Risikoabschätzung ist für die Therapieentscheidung von großer Bedeutung und erfolgt leitliniengerecht mit Hilfe validierter Scores (Schlaganfallrisiko mittels CHA_2DS_2VASc-Score, HAS-BLED-Score für das Blutungsrisiko). Aktuelle Studien deuten jedoch darauf hin, dass die Leitlinienadhärenz im Bereich der Risikoerfassung unzureichend ist (Hersi et al. 2012; Lowres et al. 2013).

Studien geben Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung

Über die Versorgungssituation geben mehrere für das Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern" betrachtete Registerstudien Auskunft. Die Studien weisen bei bestimmten Patientengruppen auf Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie auf Probleme bei der Therapieadhärenz hin. Diesen Studien zufolge erhalten zwischen 13% und 43% der Patienten mit VHF in der spezialisierten Versorgung keine OAK, zwischen 8% und 20% erhalten TAH anstatt einer OAK (Bonnemeier et al. 2011; Steffel al. 2015; Nabauer et al. 2009).

Eine Veröffentlichung des GARFIELD-AF-Registers (Global Anticoagulant Registry in the FIELD), eines internationalen Schlaganfallregisters, zeigt, dass in Deutschland – je nach Risikostratifikation - zwischen 10% und 30% der Patienten mit einer Indikation zur OAK keine Therapie erhalten. 20% bis 40% wurden mit TAH therapiert. Bei der Betrachtung über alle Scores hinweg zeigt sich, dass nur 58% leitliniengerecht mit Antikoagulanzien behandelt werden (Haas 2015). Die Zahlen beziehen sich auf Patientendaten aus den Jahren 2009 bis 2011.

Mehrere Studien beschreiben, dass mit steigendem Schlaganfallrisiko der Anteil der Patienten mit OAK zunimmt. Allerdings schwächte sich dieser Zusammenhang bei höheren Risiken ab. Das PREFER-in-AF-Register (Prevention of thromboembolic events – European Registry in Atrial Fibrillation, ein europäisches Register vorwiegend aus der spezialisierten Versorgung) stellt dar, dass ab einem CHA_2DS_2VASc-Score von 4 bei fast jedem zehnten Patienten keine adäquate orale Antikoagulation erfolgte (Steffel et al. 2015).

Umgekehrt kam es zu Behandlungen von Patienten ohne Indikation (CHA_2DS_2VASc-Score von 0). Dies zeigte sich in verschiedenen Erhebungen allerdings nur bei kleinen Fallzahlen, aber dennoch durchgehend. Danach erhielten zwischen 40% und 60% der VHF-Patienten in der hausärztlichen oder spezialisierten Versorgung eine OAK, obwohl fraglich ist, ob der Nutzen das Blutungsrisiko übersteigt (Haas 2015; Meinertz et al. 2011; Steffel 2015).

Von besonders hoher Bedeutung ist eine OAK für die Sekundärprävention nach ischämischem Schlaganfall, um bestehende neurologische Defizite und Behinderungen durch weitere Ereignisse nicht zu verschlimmern und das erhöhte Sterblichkeitsrisiko dieser Patienten zu senken (DGK 2013, DGN 2012). Eine Studie mit Daten der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR) zur Qualität der Behandlung des akuten Schlaganfalls ergab, dass 77,6% der VHF-Patienten mit ischämischem Schlaganfall bei Entlassung eine OAK erhielten (Wiedmann et al. 2014).

Weniger hohe Werte wurden erreicht, wenn die OAK erst nach dem stationären Aufenthalt beginnt. Bei Patienten, bei denen die OAK (aus medizinischen Gründen) erst im Anschluss eines Klinikaufenthaltes indiziert war, erfolgte diese nur bei 64,5% der Patienten (Palm et al. 2014). Palm et al. zeigten, dass neben dem Alter der Patienten und Schwere des Insults das Fehlen einer OAK der bedeutendste unabhängige Risikofaktor für ein früheres Versterben war: Patienten ohne OAK hatten ein 5-fach erhöhtes Sterblichkeitsrisiko als Patienten mit OAK.

Für eine wirksame Prävention von Schlaganfällen bei VHF-Pa-

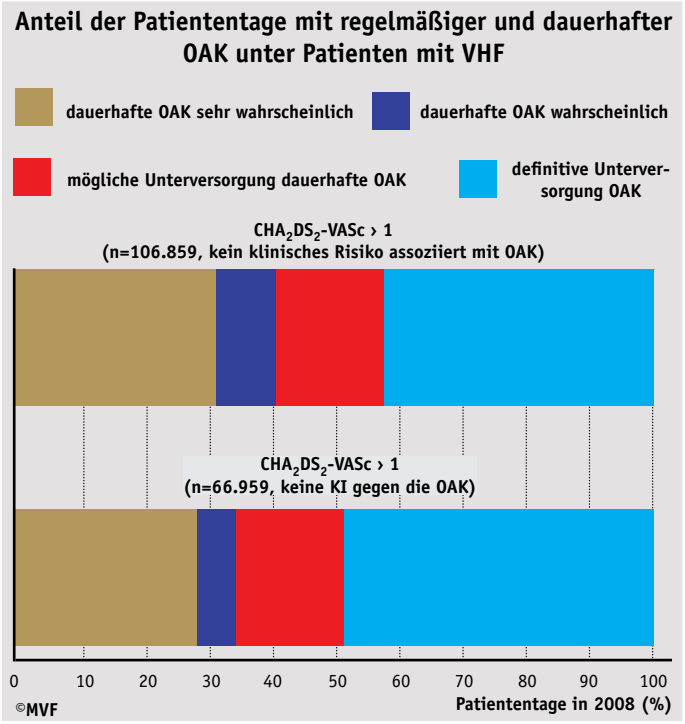


Abb. 1: Anteil der Patiententage mit regelmäßiger und dauerhafter OAK unter Patienten mit VHF nach CHA_2DS_2VASc-Score. Quelle: IGES – eigene Abbildung nach Wilke et al. (2012). Legende: OAK = Orale Antikoagulation, KI = Kontraindikation.

tienten ist eine regelmäßige und dauerhafte Einnahme der oralen Antikoagulanzien entscheidend. Hinweise auf die Therapietreue im Versorgungsalltag geben Auswertungen von Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen (Routinedaten). Eine durchgehende Arzneimittelverordnung für eine OAK (in der betrachteten Studie mittels VKA) liegt danach nur bei ca. 30% bis 40% der Patiententage eines Jahres vor. An 40% bis 50% der Patiententage erfolgt keine Verordnung von VKA (Wilke et al. 2012) (Abb. 1).

Der DAK-Versorgungsreport Schlaganfall zeigt, dass durch eine bessere Primärprävention bei VHF, die durch eine erhöhte Detektions- und Behandlungsrate mittels OAK erreicht werden kann, rund 9.400 Schlaganfälle jährlich in Deutschland verhindert werden könnten (DAK Gesundheit 2014). Bezogen auf die gesamte Lebenszeit der Betroffenen ergibt sich daraus ein Einsparpotenzial in Höhe von ca. 400 Mio. Euro (ohne Berücksichtigung möglicher Behandlungskosten).

Der Verbrauch antithrombotischer Mittel hat sich im Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr um knapp 11% erhöht, die Wachstumsrate lag 2013 bei 8%. Dazu hat vor allem der seit 2012 deutlich steigende Verbrauch der NOAK beigetragen, während der Verbrauch an VKA in dieser Zeit nahezu gleich geblieben ist (Häussler et al. 2015).

Die Auswertungen der verschiedenen Register weisen darauf hin, dass die Behandlungsraten von VHF-Patienten bei der OAK in den vergangenen Jahren zugenommen haben. Das betrifft die Behandlungsraten insgesamt sowie die Behandlungsraten mit NOAK. In der GARFIELD-AF-Studie waren diese Anstiege in Deutschland stärker ausgeprägt als in anderen Ländern (Haas 2015).

Zahlreiche Barrieren erschweren Therapieentscheidung

Verschiedene Studien zeigen, dass die Entscheidung für oder gegen eine OAK sowohl bei Ärzten als auch bei Patienten jedoch häufig mit Unsicherheiten einher geht, und dass eine Vielzahl von Faktoren diesen Entscheidungsprozess beeinflusst.

Wilke et al. konnten in ihrer Analyse von Routinedaten Alter und Geschlecht als unabhängige Risikofaktoren für eine Unterversorgung mit OAK vor allem bei älteren Frauen feststellen (Wilke et al. 2015). Besonders hoch war das Risiko bei dementen Patienten, Patienten mit Alkoholkrankheit oder mit Sturzrisiko. Bestand zusätzlich eine vaskuläre Erkrankung wie eine KHK oder nur ein gelegentlich auftretendes VHF (paroxysmales VHF) war dies ebenfalls mit einem erhöhten Risiko einer OAK-Unterversorgung verbunden.

Den Faktor Alter als Einflussfaktor untersuchten auch Ohlmeier et al. (2013): Im Vergleich zu jüngeren Patienten stieg das Risiko, keine OAK zu erhalten, in der Altersgruppe 80 bis 84 Jahre um das 1,6-Fache (80-84 Jahre: OR 1,6; 95 % KI 1,4 - 1,8). In der Altersgruppe über 90 Jahre war das Risiko für die Nichtinanspruchnahme einer OAK um das 12-fache erhöht (≥ 90 Jahre: OR 12,4; 95 % KI 6,3 – 24,4).

Indikator für die Versorgungsqualität, aber auch bedeutender Einflussfaktor für die Akzeptanz der Therapie mit VKA, ist die engmaschige Kontrolle der Gerinnungsneigung über Laborkontrollen (z. B. Verweildauer im angestrebten therapeutischen Bereich; engl. time in therapeutic range, TTR). Für die Wirksamkeit der Schlaganfallprävention existieren anzustrebende Zielwerte. Allerdings werden diese nur bei gut jedem zweiten VHF-Patienten in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland erreicht (Mueller et al. 2014).

Zu den patientenbezogenen Barrieren einer VKA-Therapie gehört, dass manche Patienten die regelmäßige Kontrolle der Gerinnungsneigung belastend empfinden oder dass eine generelle Angst vor Nebenwirkungen oder Interaktionen der Therapie besteht (Kneeland und Fang 2010).

Ungewollt können eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit, Demenzerkrankungen sowie Depressionen dazu beitragen, dass Patienten eine regelmäßige OAK nicht durchführen können (Michal et al. 2014; Wilke et al. 2014).

Aus Perspektive der Ärzte gehören das Alter der OAK-Patienten, erwartete Adhärenzprobleme, Begleiterkrankungen sowie das Blutungsrisiko zu den Faktoren, die eine Entscheidung gegen eine OAK begünstigen, besonders wenn in der Vorgeschichte bereits Blutungen auftraten oder aktuell ein erhöhtes Blutungsrisiko besteht (Pugh et al. 2011). Heterogen zeigt sich die Studienlage, wie Ärzte das Sturz- und damit erhöhte Blutungsrisiko ihrer Patienten einschätzen und im Rahmen der Therapieentscheidung bewerten.

Ein zunächst fehlendes, spezifisches Gegenmittel für NOAK wird in der Auswahl des Therapieverfahrens thematisiert (DGN und DSG 2013, AkdÄ 2012). Mittlerweile hat aber das erste Gegenmittel die Zulassung erhalten und weitere Präparate befinden sich in der klinischen Prüfung, so dass im Falle einer Blutung unter NOAK deren Wirkung schnell und zuverlässig aufgehoben und die Blutung gestoppt werden kann (EMA 2015; Siegal et al. 2015).

Ansätze für die Versorgungsoptimierung

Ein bedeutender Faktor für eine weitere Verbesserung der primären Schlaganfallprävention bei VHF ist die Detektion bisher unerkannter Betroffener und die damit einhergehende Frage der Diagnostik. Beides wird erschwert, da VHF episodenhaft oder asymptomatisch verlaufen kann und es kein systematisches Screening gibt.

Die im Weißbuch befragten Experten sehen daher die Implementierung von Strukturen und Anreizen in der hausärztlichen Versorgung, um Früherkennungsmaßnahmen auch konsequent umsetzen zu können, als einen Lösungsansatz für eine bessere Identifikation unerkannter VHF-Patienten. Dabei könnten unter Umständen auch Messungen der Pulsfrequenz (z. B. in Apotheken oder zu Hause) beitragen, die Entdeckungsrate des VHF zu erhöhen.

Aus Patientenperspektive habe den Weißbuch-Experten zufolge zwar das Wissen um das Thema Schlaganfall erheblich zugenommen, der Zusammenhang mit VHF sei aber immer noch häufig unbekannt. Dies erfordere kontinuierliche, sachliche und patientengerechte Aufklärung über verschiedenste Kanäle. Vermehrte Aufklärung schaffe die Basis für eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung und Therapieentscheidung, die zu einer möglichst hohen Therapieadhärenz führt. Zusätzlich gelte es, neue gezielte Ansätze zur Unterstützung der Einnahmetreue der medikamentösen Schlaganfallprävention zu entwickeln und zu etablieren (Abb. 2).

Mit einem umfangreichen Plan haben jüngst internationale Experten auf Initiative des Deutschen Kompetenznetzwerks Vorhofflimmern (AFNET) und der European Heart Rhythm Association (EHRA) auf den weiteren Verbesserungsbedarf in der Versorgung und Erforschung des Vorhofflimmerns reagiert. Auch sie sehen verständliche Aufklärung und Wissensvermittlung und den aktiven Einbezug der Patienten in das gesamte Krankheitsmanagement als entscheidend für eine erfolgreiche Therapie an. Die Experten schlagen unter anderem strukturierte und interdisziplinäre Versorgungspläne

für alle VHF-Patienten vor sowie ein groß angelegte Screening für über 65-Jährige und für Menschen mit hohem Risiko vor (Kirchhof et al. 2015).

Fazit

Die medikamentöse Schlaganfallprävention bei VHF mittels OAK hat sich in den vergangenen Jahren verbessert. Die Inanspruchnahme einer OAK bei VHF-Patienten erreicht Werte zwischen 70% und 90%. Vor allem in den Hochrisikogruppen werden sehr hohe Versorgungsgrade erreicht. Allerdings erhalten Patienten mit sehr hohen Risiken und ältere Patienten trotz Indikation häufig keine OAK. Die beobachtete Überversorgung von Patienten ohne Indikation, aber auch Unterversorgung bei niedrigeren Risikokonstellationen deuten auf weiter bestehende Handlungsunsicherheit sowohl bei Ärzten als auch Patienten hin. Mehr Aufklärung und Wissen über VHF ist die Basis, damit die Entscheidung für oder gegen eine OAK als ein Ergebnis individueller Nutzen-Risiko-Abwägung unter Einbezug von Kontraindikationen und Patientenwünschen getroffen werden kann.

Trotz der unbestrittenen Fortschritte bleibt die hausärztliche Basisversorgung für die Schlaganfallprävention künftig eine Herausforderung, da dabei zunehmend ältere und multimorbide VHF-Patienten im Mittelpunkt stehen werden. Dies gilt es bei Hilfestellungen für Therapieentscheidungen als auch bei Maßnahmen zur Unterstützung der Therapieadhärenz zu berücksichtigen. Zahlreiche Studien zeigen, dass der Faktor Alter zu den bedeutendsten Risikofaktoren einer Unterversorgung gehören. In diesem Bereich besteht weiter dringender Forschungsbedarf, um Interventionen zur effektiven Verbesserung der Adhärenz zu identifizieren.

Heterogen und lückenhaft ist derzeit die Datenlage über gesamtgesellschaftliche Kosten VHF-bedingter Schlaganfälle sowie Nutzen und Kosten verschiedener Präventionsmaßnahmen und Interventionen. Diese Erkenntnisse sind jedoch für die Gestaltung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für eine optimale Prävention nötig. <<



Abb. 2: Ansätze zur Verbesserung der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern. Quelle: IGES nach Kip et al. (2015), DAK Gesundheit (2014).

Autorenerklärung

Sandra Jessel und Hans-Holger Bleß sind Mitarbeiter des Unternehmens IGES Institut GmbH in Berlin. Das Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern" und dieser Beitrag entstanden mit finanzieller Unterstützung der Unternehmen Bayer Vital, Boehringer Ingelheim Pharma, Bristol-Myers Squibb, Daiichi Sankyo Deutschland sowie Pfizer Deutschland.

Hans-Holger Bleß
ist Leiter des Bereichs Versorgungsforschung am IGES Institut. Weiterhin ist er schwerpunktmäßig mit Themen wie dem Versorgungsmanagement, Arzneimittelbedarf sowie mit gesetzlichen Regularien im Arzneimittelbereich befasst. Er hat Pharmazie an der FU Berlin studiert und arbeitete nach Tätigkeiten in öffentlichen Apotheken zuvor für die AOK Brandenburg.
Kontakt: Hans-Holger.Bless@iges.com



Sandra Jessel
ist Referentin im Bereich Kommunikation am IGES Institut. Nach dem Studium der Pharmazie an der FU Berlin war sie zunächst als Offizin-Apothekerin tätig. Es folgten ein medienwissenschaftliches Studium mit dem Schwerpunkt Wissenschaftskommunikation sowie Tätigkeiten im medizinischen Verlagswesen.

Kontakt: Sandra.Jessel@iges.com



Shortfalls and approaches for stroke prevention in patients with atrial fibrillation

A good two percent of the adult population are documented to suffer from atrial fibrillation (AF). Patients have a five-fold increase in their risk of developing ischemic stroke. These strokes frequently follow a more serious course of disease than strokes of other origins. The primary goal of AF treatment is therefore to prevent stroke development. The treatment of choice is oral anticoagulation, the use of which has been increasing in the past years. However, shortfalls in care still exist, especially for high-risk and elderly patients. There are also deficits in treatment adherence which indicate uncertainties regarding the treatment, for both physicians and patients. A need for better information still exists. There is also potential for improving prevention concerning AF diagnostics and approaches to providing support during treatment.

Keywords

Atrial Fibrillation, Ischemic Stroke, Prevention, Health Care Situation

Literatur

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) (2012): Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®). Version 1.0. Leitfaden. Berlin: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Bonnemeier, H./Bosch, RF./Kohlhaussen, A. et al. (2011): Presentation of atrial fibrillation and its management by cardiologists in the ambulatory and hospital setting: MOVE cross-sectional study. In: Curr Med Res Opin 27(5): 995-1003. DOI: 10.1185/03007995.2011.563286. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21391837

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (2015): Anlage 1 Durchschnittsentgelt in Euro/DM/RM. In: www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/anlage_1.html (abgerufen am 23.11.2015)

Camm, AJ./Kirchhof, P./Lip, GY. et al. (2010): Guidelines for the management of atrial fibrillation. In: Eur Heart J 31: 2369-2429. DOI: 10.1093/eurheartj/ehq278. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20802247

DAK Gesundheit (2014): Versorgungsreport Schlaganfall. Chancen für mehr Gesundheit https://www.dak.de/dak/download/Chartbook_DAK_-_Versorgungsreport-1439116.pdf (abgerufen am 07.12.2015)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) (2013): Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) Kritischer Kommentar zu den „Empfehlungen zum Einsatz der neuen Antikoagulantien Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®)“ der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) (Hrsg) (2013): ECS Pocket Guidelines. Leitlinie für das Management von Vorhofflimmern – Fokus Update 2012. http://leitlinien.dgk.org/2013/pocket-leitlinien-fur-das-management-von-vorhofflimmern-fokus-update-2012/ (abgerufen am 07.12.2015)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2012): Sekundärprophylaxe des ischämischen Insults. In: Diener HC, Weimar C.: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Herausgegeben von der Kommission „Leitlinien“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Stuttgart: Thieme Verlag http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2012/pdf/ll_23_2012_sekundrprophylaxe_des_ischmischen_insults.pdf (abgerufen am 07.12.2015).

Dulli, DA./Stanko, H./Levine, RL. (2003): Atrial fibrillation is associated with severe acute ischemic stroke. In: Neuroepidemiology 22(2), 118-123. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12629277

European Medicines Agency (EMA) (2015): EMA fast-tracks antidote to anticoagulant Pradaxa, Presseinformation vom 25.09.2015.

Fitzmaurice, DA./Hobbs, FD./Jowett, S. et al. (2007): Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomised controlled trial. In: BMJ 335(7616), 383. DOI: 10.1136/bmj.39280.660567.55. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17673732

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2015a): Krankheitskosten in Mio. Euro für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, ICD10. http://www.gbe-bund.de (abgerufen am 11.11.2015)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2015b): Sterbefälle für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen absolut und je 100.000 Einwohner. http://www.gbe-bund.de (abgerufen am 11.11.2015)
Haas, S. (2015): GARFIELD-AF - Wie sieht die Versorgungssituation der Patienten mit Vorhofflimmern in Deutschland aus? In: Dtsch Med Wochenschr 140 Suppl 1: S13-14. DOI: 10.1055/s-0041-101750. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26069039
Häussler, B./Höer, A./de Millas, C. (2015): Arzneimittel-Atlas 2015. Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. Berlin: IGES Institut
Hersi, AS./Alsheikh-Ali, AA./Zubaid, M. et al. (2012): Prospective observational studies of the management and outcomes in patients with atrial fibrillation: A systematic review. In: J Saudi Heart Assoc 24(4): 243-252 DOI: 10.1016/j.jsha.2012.08.001. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24174832
Jorgensen, HS./Nakamya, H./Reith, J. et al. (1996): Acute Stroke With Atrial Fibrillation. The Copenhagen Stroke Study. stroke.ahajournals.org. http://stroke.ahajournals.org/content/27/10/1765.long (abgerufen am 07.12.2015)
Kip, M./Schönfelder, T./Bleß, HH. (2015): Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern. Stuttgart: Thieme
Kirchhof, P./Breithardt, G./Bax, J. et al. (2015): A roadmap to improve the quality of atrial fibrillation management: proceedings from the fifth Atrial Fibrillation Network/European Heart Rhythm Association consensus conference. In: Europace Oct 18. DOI: 10.1093/europace/euv304. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26481149
Kneeland, PP./Fang, MC. (2010): Current issues in patient adherence and persistence: focus on anticoagulants for the treatment and prevention of thromboembolism. In: Patient Preference Adherence 4: 51-60 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20361065
Kolominsky-Rabas, PL./Heuschmann, PU. (2002): Incidence, etiology and long-term prognosis of stroke. In: Fortschr Neur Psychiatr 70(12): 657-662 DOI: 10.1055/s-2002-35857. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12459947
Kolominsky-Rabas, PL./Heuschmann, PU./Marschall, D. et al. (2006): Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen Stroke Project. In: Stroke 37(5): 1179-1183. DOI: 10.1161/01.STR.0000217450.21310.90. http://stroke.ahajournals.org/content/37/5/1179.full.pdf
Lin, HJ./Wolf, PA./Kelly-Hayes, M. et al. (1996): Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. In: Stroke 27(10): 1760-1764. ISSN: 0039-2499 (Linking). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841325
Lloyd-Jones, D./Adams, JR./Brown, JB. et al. (2010): Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update. A Report From the American Heart Association. In: Circulation 121, e46-e215. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192667
Lowres, N./Neubeck, L./Redfern, J. et al. (2013): Screening to identify unknown atrial fibrillation. A systematic review. In: Thromb Haemost 110(2): 213-222. DOI: 10.1160/TH13-02-0165. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23595785
Meinertz, T./Kirch, W./Rosin, L. et al. (2011): Management of atrial fibrillation by primary care physicians in Germany: baseline results of the ATRIUM registry. In: Clinic Res Cardiol 100(10), 897-905. DOI: 10.1007/s00392-011-0320-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533828
Michal, M./Prochaska, JH./Ullmann, A. et al. (2014): Relevance of depression for anticoagulation management in a routine medical care setting: results from the ThrombEVAL study program. In: J Thromb Haemost Oct 7. DOI: 10.1111/jth.12743. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25292317
Mueller, S./Pfannkuche, M./Breithardt, G. et al. (2014): The quality of oral anticoagulation in general practice in patients with atrial fibrillation. In: Eur J Intern Med 25(3): 247-254. DOI: 10.1016/j.ejim.2013.12.013. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24477050
Nabauer, M./Gerth, A./Limbourg, T. et al. (2009): The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. In: Europace 11(4): 423-434. DOI: 10.1093/europace/eun369 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19153087
Ohlmeier, C./Mikolajczyk, R./Haverkamp, W. et al. (2013): Incidence, prevalence, and antithrombotic management of atrial fibrillation in elderly Germans. In: Europace 15(10): 1436-1444. DOI: 10.1093/europace/eut048. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23487542
Palm, F./Kraus, M./Safer, A. et al. (2014): Management of oral anticoagulation after cardioembolic stroke and stroke survival data from a population based stroke registry (LuSSt). In: BMC Neurol 14, 199. DOI: 10.1186/s12883-014-0199-7. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196130/pdf/12883_2014_Article_199.pdf
Pugh, D./Pugh, J./Mead, GE. (2011): Attitudes of physicians regarding anticoagulation for atrial fibrillation: a systematic review. In: Age Ageing 40(6), 675-683. DOI: 10.1093/ageing/afr097. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821732
Schnabel, RB./Wilde, S./Wild, PS. et al. (2012): Atrial fibrillation: its prevalence and risk factor profile in the German general population. In: Dtsch Arzteblatt International 109(16): 293-299. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0293. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22577476
Siegal, DM./Curnutte, JT./Connolly, SJ. et al. (2015): Andexanet Alfa for the Reversal of Factor Xa Inhibitor Activity. In: N Engl J Med, November 11, DOI: 10.1056/NEJMoa1510991 http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1510991
Statistisches Bundesamt (2010): Gesundheit. Krankheitskosten. Fachserie 12 Reihe 7.2. 2002-2008. Wiesbaden
Steffel, J./Gwechenberger, M./Müller, MWH. et al. (2015): Risikoadaptierte Antikoagulation zur Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Dtsch Med Wochenschr 140: e247-e255
Wiedmann, S./Heuschmann, PU./Hillmann, S. et al. (2014): The quality of acute stroke care- an analysis of evidence-based indicators in 260 000 patients. Deutsches Arzteblatt Int 111(45): 759-765. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0759 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25467052
Wilke, T./Groth, A./Mueller, S. et al. (2013): Incidence and prevalence of atrial fibrillation: an analysis based on 8.3 million patients. In: Europace 15(4): 486-493. DOI: 10.1093/europace/eus333. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23220354
Wilke, T./Groth, A./Mueller, S. et al. (2012): Oral anticoagulation use by patients with atrial fibrillation in Germany. Adherence to guidelines, causes of anticoagulation under-use and its clinical outcomes, based on claims-data of 183,448 patients. In: Thromb Haemost 107(6): 1053-1065. DOI: 10.1160/TH11-11-0768 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22398417.
Wilke, T./Groth, A./Pfannkuche, M. et al. (2014): Real life anticoagulation treatment of patients with atrial fibrillation in Germany: extent and causes of anticoagulant under-use. In: J Thromb Thrombolysis Sep 14. DOI: 10.1007/s11239-014-1136-8. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/252185077