

# **Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern**

**Hans-Holger Bleß, IGES Institut**

Fachtagung „Versorgungssituation der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“  
Berlin, 11. März 2016

## Weißbücher („White Papers“)

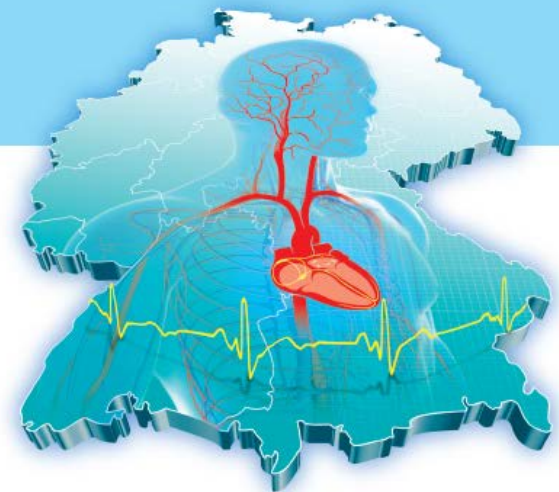
- Systematische Sichtung des vorhandenen Datenmaterials
  - Umfassende Aufarbeitung aller Versorgungsaspekte und -bereiche
  - Neutrale Information und verlässliche Daten zur Versorgungsgestaltung
  - Identifizierung von Stärken und Versorgungsmängeln, Versorgungszielen bzw. Handlungsbedarf
- 
- **Referenzwerk über das Versorgungsgeschehen der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern**
  - **Beitrag für die zukünftige Versorgungsgestaltung**

# Welche Inhalte werden im Buch dargestellt?

1. Krankheitsbild Schlaganfall bei Vorhofflimmern
2. Epidemiologie
3. Diagnostik des Vorhofflimmerns
4. Versorgungssituation der oralen Antikoagulation für die Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern
5. Public Health-Relevanz des Schlaganfalls und des Vorhofflimmerns
6. Akteure der Versorgung
7. Probleme und Perspektiven der Versorgungssituation aus Sicht von Versorgungsakteuren (Prof. Näbauer)

## Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

Miriam Kip  
Tonio Schönfelder  
Hans-Holger Bleß



# Welche Experten wurden einbezogen?

---

## Stationäre Versorgung

Prof. Dr. Ulrich Laufs  
Prof. Dr. Harald Darius  
Prof. Dr. Matthias Endres

Prof. Dr. Michael Näbauer  
Prof. Dr. Gerhard Steinbeck

## Versorgungsforschung

Prof. Dr. Thomas Lichte

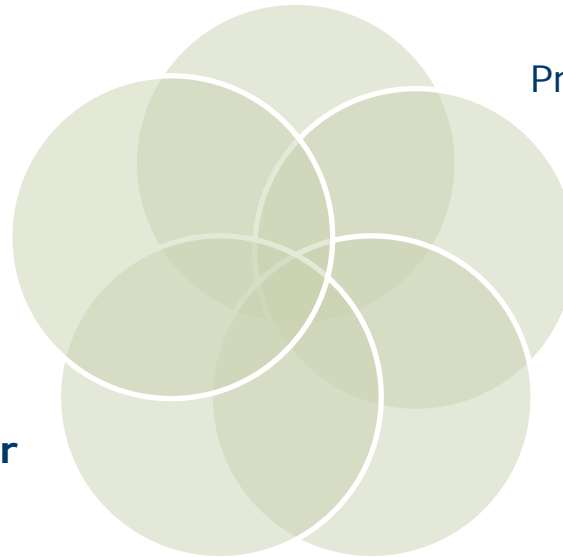
## Hausärztliche Versorgung

## Kostenträger

Anonym, Vertreter  
Gesetzliche  
Krankenversicherung

## Patientenvertreter

Dr. Markus Wagner  
Dr. Barbara Keck



# Epidemiologie, Diagnosestellung und gesundheitsökonomische Relevanz

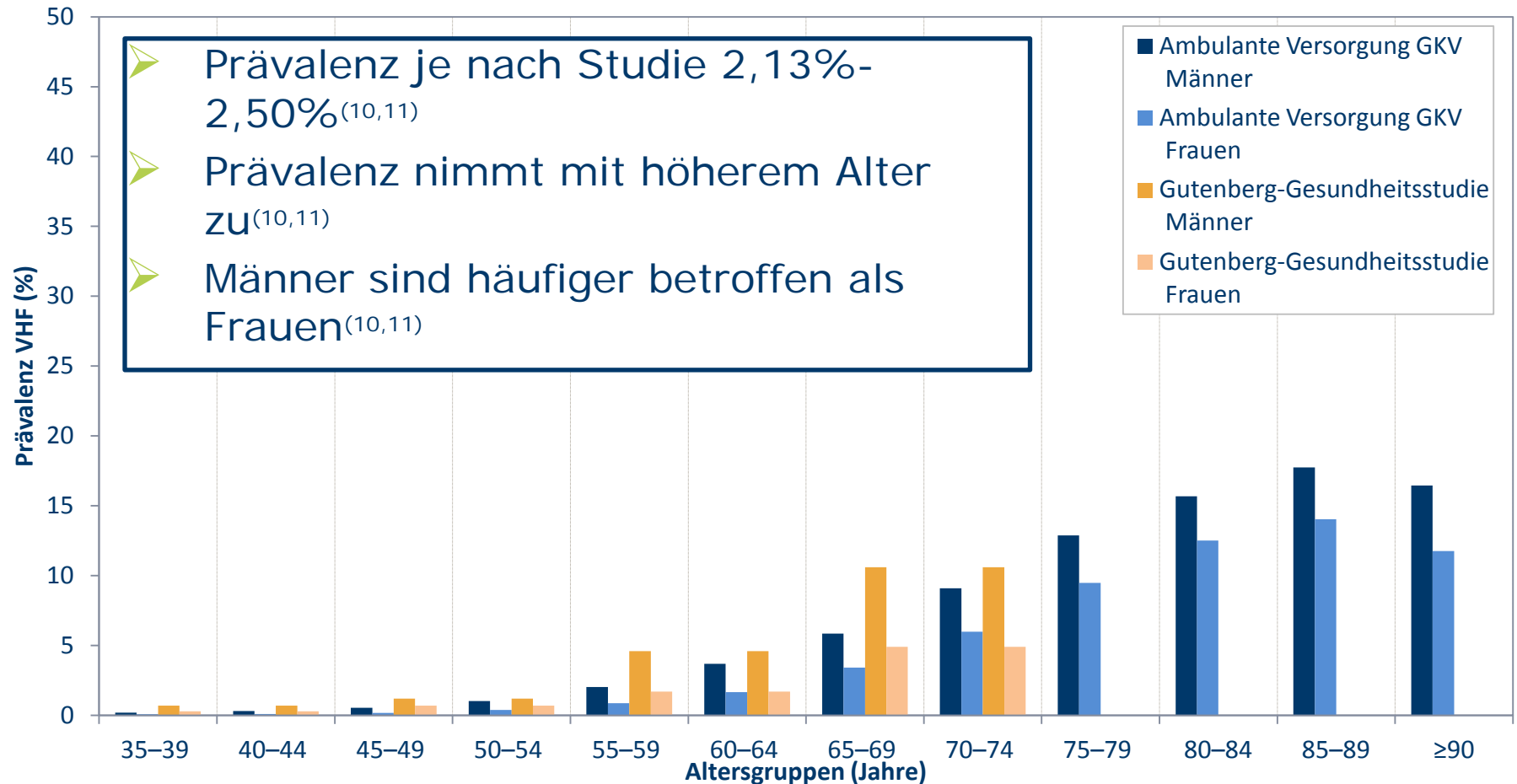
# Vorhofflimmern ist ein bedeutsamer Risikofaktor für Schlaganfälle

---

- Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung des Erwachsenen<sup>(1)</sup>
  - Das Schlaganfallrisiko bei Patienten mit Vorhofflimmern (VHF) ist ca. 5-fach erhöht<sup>(2)</sup>
  - VHF-assoziierte ischämische Schlaganfälle haben schwerere Verläufe, eine höhere Mortalität und ein höheres Risiko für Bettlägerigkeit im Vergleich zu ischämischen Schlaganfällen anderer Ursache<sup>(3,4,5,6)</sup>
  - Schätzungsweise 20% der ischämischen Schlaganfälle sind auf VHF zurückzuführen<sup>(5)</sup>
- **Wirksame Schlaganfallprävention ist mit oraler Antikoagulation (OAK) möglich<sup>(7,8,9)</sup>**

Quellen: (1) Lewalter und Lüderitz 2007; (2) in Camm et al. 2010; (3) Kolominsky-Rabas und Heuschmann 2002; (4) Jorgensen et al. 1996; (5) Dulli et al. 2003; (6) Lin et al. 1996, (7) ESC 2012; (8) DGK 2013; (9) DEGAM 2013

# Bei ca. 1,8 Millionen Menschen in Deutschland ist die Diagnose eines Vorhofflimmerns dokumentiert



Quellen: (10) Schnabel et al. 2012; (11) Wilke et al. 2013

# Die Prävalenz des VHF wird in Zukunft steigen. Es besteht eine hohe Dunkelziffer **iGES**

---

**Prognose: Anstieg der Prävalenz des VHF in Deutschland von ca. 2% (2008) auf rund 2,7% (2020) aufgrund<sup>(11)</sup>**

- Demografischem Wandel
- Verbessertem Überleben kardialer Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt)
- Zunahme Prävalenz der Herzinsuffizienz
- Intensiverer Diagnostik

**Große Anzahl an Patienten, bei denen das VHF unerkannt bleibt**

- Erschwerte Diagnostik aufgrund<sup>(12)</sup>
  - Asymptomatischer Verläufe (keine oder unspezifische Beschwerden)
  - Episodenhafter Verläufe des paroxysmalen VHF

Quelle: (11) Wilke et al. 2013; (12) ESC 2010,



## Ziel

- Frühzeitige Entdeckung von Patienten mit asymptomatischen und paroxysmalen VHF, mit ebenfalls deutlich erhöhtem Schlaganfallrisiko
- ➔ **Verbesserte Primärprävention des Schlaganfalls durch rechtzeitige Einleitung einer adäquaten oralen Antikoagulation<sup>(8)</sup>**

## Empfehlung

- Screening nach VHF bei Patienten ab 65 Jahren durch Tasten des Pulses und anschließendem EKG bei irregulärem Puls
- Durchführung von Langzeit-EKG<sup>(8)</sup>

## Umsetzung

- Experten gehen von einer ungenügenden Umsetzung empfohlener Screeningmaßnahmen aus, u.a. durch fehlende Strukturen und Anreize in der ambulanten Versorgung<sup>(13)</sup>

Quellen: (8) DGK 2013; (13) Weißbuch SPAF (Expertenkapitel) 2015

# Optimierte Primärprävention verhindert Schlaganfälle

---

- Jährlich könnten durch eine verbesserte Primärprävention gut 9.400 erstmalige Schlaganfälle in Deutschland verhindert werden<sup>(14)</sup>
- Bezogen auf die Lebenszeit der Patienten entspräche dies einem Einsparpotenzial von 400 Millionen Euro<sup>(14)</sup>
- Eine verbesserte Sekundärprävention könnte jährlich weitere 500 Schlaganfälle (Rezidive) in Deutschland verhindern<sup>(14)</sup>

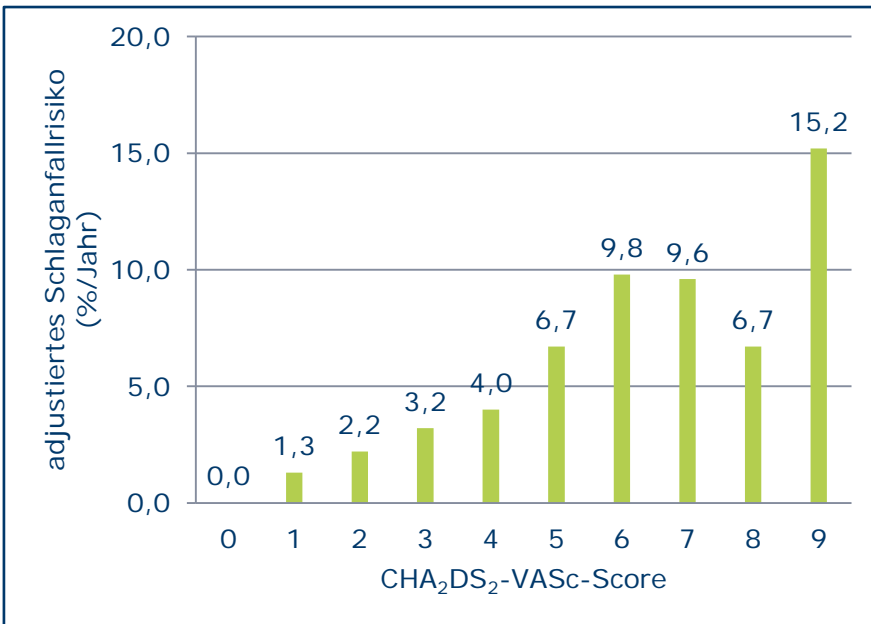
Quelle: (14) DAK 2014

# Versorgungssituation von Patienten mit oraler Antikoagulation für die Schlaganfallprävention

# Einsatz oraler Antikoagulation ist abhängig von Schlaganfall- und Blutungsrisiko

## CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc-Score<sup>(8)</sup>

- 0** Es wird keine antithrombotische Therapie empfohlen.
- 1** Orale Antikoagulation unter Berücksichtigung des Blutungsrisikos und des Patientenwillen soll in Erwägung gezogen werden.
- ≥2** Orale Antikoagulation



Risikofaktor	P
Herzinsuffizienz	1
Hypertonie	1
Alter ≥ 75	2
Diabetes mellitus	1
Schlaganfall, TIA, Thrombo-Embolie	2
Vaskuläre Vorerkrankungen	1
Alter 65-74 Jahre	1
Weibliches Geschlecht	1
<b>Maximal-Score</b>	<b>9</b>

Quelle: (8) DGK 2013

# Vor und während der OAK soll das Blutungsrisiko bestimmt werden

- Scorewerte von  $\geq 3$  implizieren ein hohes Blutungsrisiko<sup>(8)</sup>
  - Ein hoher HAS-BLED-Score allein ist jedoch nicht ausreichend, Patienten eine eigentlich indizierte orale Antikoagulation vorzuenthalten
  - Modifizierbare Risikofaktoren für Blutungen sind zu behandeln

Buchstabe	Klinische Variable	Punkte
H	Hypertonie	1
A	Abnormale Leber und/oder Nierenfunktion (je 1 Punkt)	1 oder 2
S	Schlaganfall	1
B	Blutungsneigung oder Prädisposition	1
L	Labile INR (falls VKA-Therapie)	1
E	Ältere Patienten (z.B. >65 Jahre)	1
D	Medikamente (ASS/NSAID Komedikation) oder Alkoholabusus (je 1 Punkt)	1 oder 2
Maximal		9

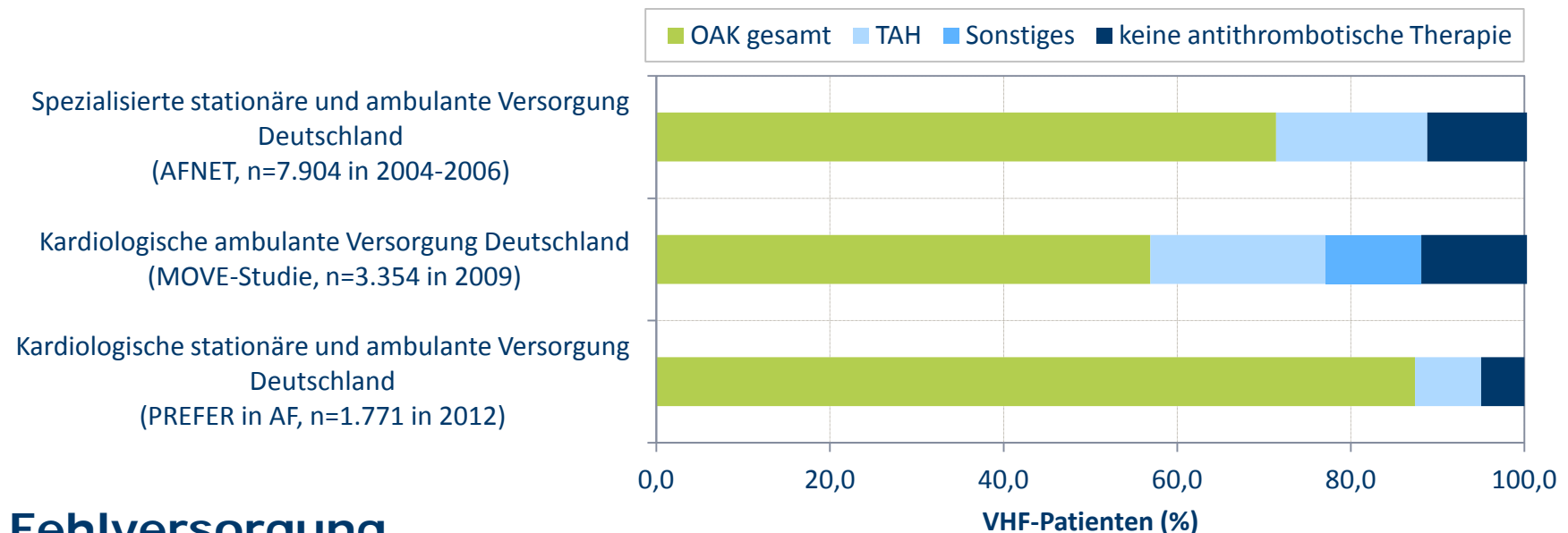
Quelle: (8) DGK 2013



# Viele Patienten mit erhöhtem Schlaganfallrisiko erhalten keine OAK

## Unterversorgung

- 13% bis 43% der Patienten mit VHF erhalten in der spezialisierten Versorgung keine OAK<sup>(15,16,17)</sup>



## Fehlversorgung

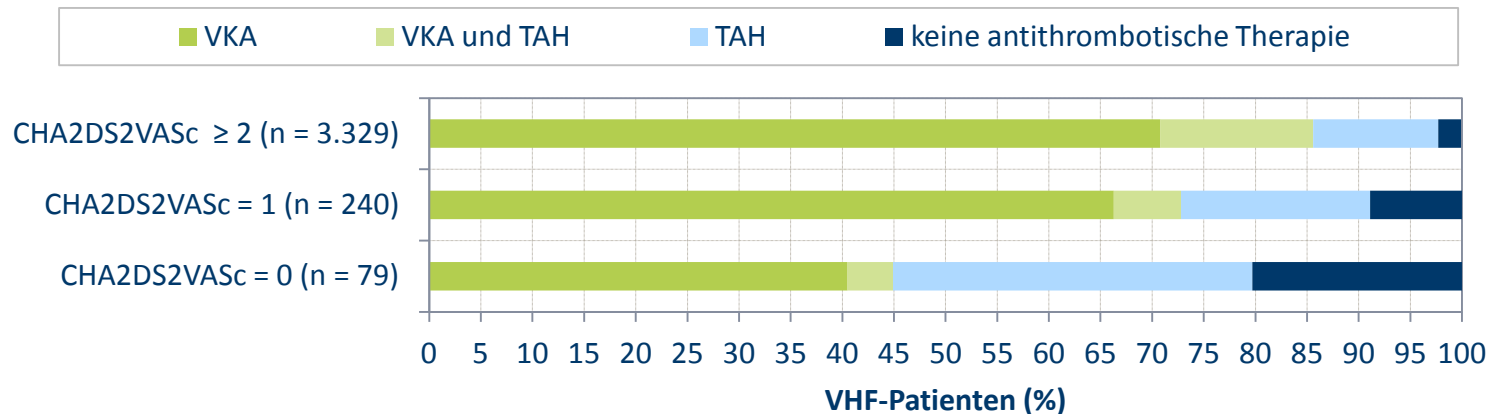
- 8% bis 20% der Patienten mit VHF erhalten anstatt einer OAK Thrombozytenaggregationshemmer (TAH)<sup>(15,16,17)</sup>

Quellen: (15) Näbauer et al. 2009; (16) Bonnemeier et al. 2011; (17) Kirchhof et al. 2014

# Ein signifikanter Anteil von Risikopatienten ist unterversorgt

## Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung

- 14% der Patienten mit hohem Schlaganfallrisiko (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc-Score  $\geq 2$ ) erhalten keine OAK<sup>(18)</sup>
- 27% der Patienten, die von einer OAK profitieren könnten (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc-Score = 1), erhalten keine OAK<sup>(18)</sup>

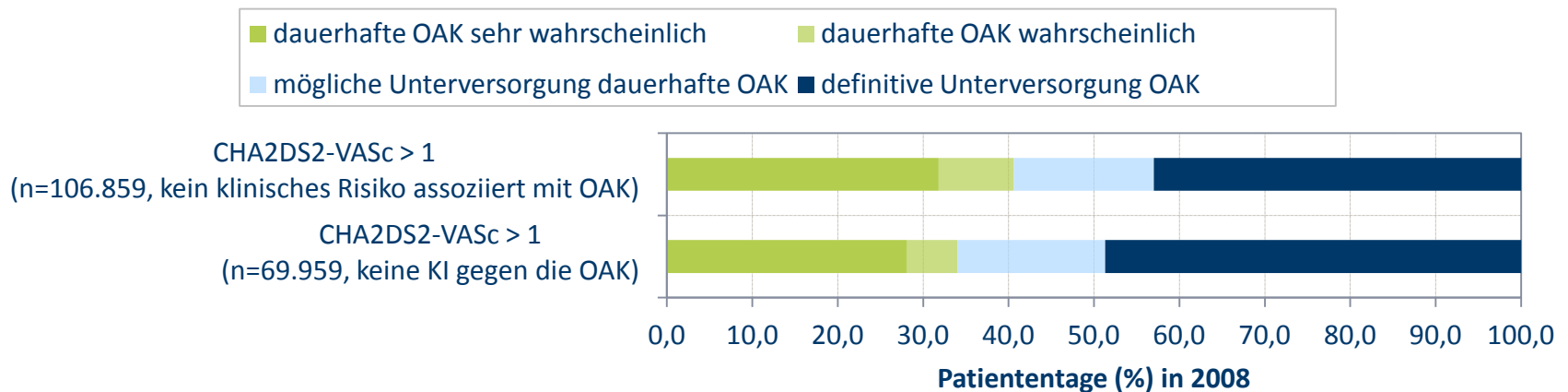


- Trotz steigenden Schlaganfallrisikos mit zunehmendem Alter erhalten ältere Patienten seltener eine OAK<sup>(19)</sup>

Quellen: (18) Meinertz et al. 2011, (19) Ohlmeier et al. 2013

# Kontinuierliche OAK bei VHF entscheidend für wirksame Schlaganfallprävention

Analyse von Abrechnungsdaten der GKV (183.000 Versicherte) aus dem Jahr 2008 bezüglich einer OAK mit VKA<sup>(20)</sup>



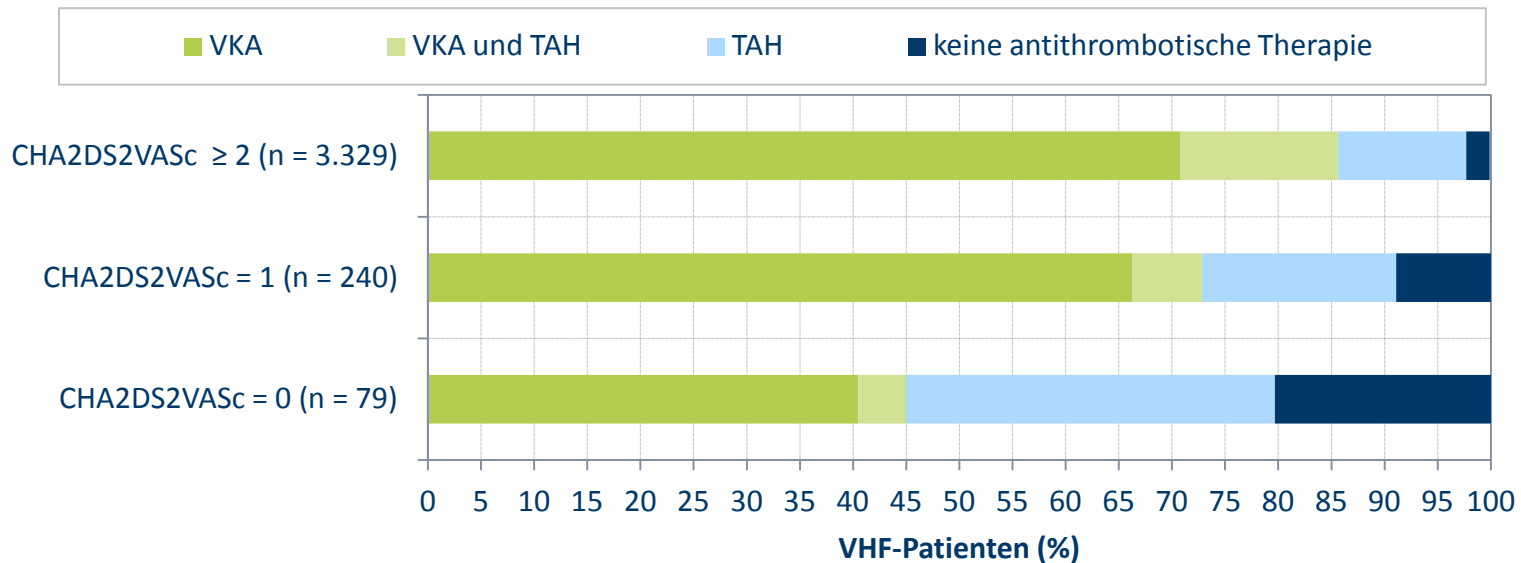
- Durchgehende OAK (mit VKA) lag bei nur ca. 30%-40% der Patiententage eines Jahres vor<sup>(20)</sup>
- An 40%-50% der Patiententage war gar keine Verordnung für einen VKA dokumentiert<sup>(20)</sup>

Quelle: (20) Wilke et al. 2012



# OAK bei CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc-Score = 0 erhöht das Blutungsrisiko unnötig

Hausärztlich ambulante Versorgung (ATRIUM-Studie, n=3.667, 2009)<sup>(18)</sup>



**Patienten mit OAK ohne erhöhtes Schlaganfallrisiko sind überversorgt und haben dadurch ein unnötig erhöhtes Blutungsrisiko**

Quellen: (18) Meinertz et al. 2011

## Früherkennung/Diagnostik des Vorhofflimmerns (VHF)

- Früherkennung in der Hausarztpraxis unterstützen
  - Stärkerer Einbezug von Assistenzpersonal: Pulsmessung ins Pflichtenheft VERAH
  - Einbindung von Betriebsärzten
  - Hinweise aus Blutdruck-/Pulsmessung von Patienten zu Hause/aus Apotheken nutzen
  
- Betroffene und Öffentlichkeit über VHF aufklären
  - Kontinuierliche sachliche Aufklärung durch div. Player im Gesundheitswesen (Stiftungen, Verbände, Krankenkassen u.a.)
  - Apotheken-Aktionswoche Vorhofflimmern

## Therapieauswahl in der Antikoagulations-Behandlung

- Diskrepanzen bei Arzneistoffempfehlungen und Kostendebatte erschweren Therapiewahl
  - **Konsensus-Konferenz** mit Beteiligten der Versorgung, Kostenträger, Experten (Therapie, Gesundheitsökonomie)

**Ziel: Handlungssicherheit der (Haus-)Ärzte fördern**

## Akzeptanz und Sicherheit der oralen Antikoagulations-therapie (OAK)

- Patientenaufklärung in der Arztpraxis zur Erhöhung der Einnahmetreue
    - Praxis- und Assistenzpersonal schulen und einbeziehen
  - Sachliche und kontinuierliche Informationsvermittlung durch verschiedene Absender und Kanäle
-

- Prävalenz des VHF steigt an bei gleichzeitig hoher Dunkelziffer
- Mit der OAK ist eine wirksame Therapie vorhanden, um Schlaganfälle bei Patienten mit VHF zu verhindern
- Zu viele Patienten mit VHF und mit Indikation für eine OAK erhalten diese nicht
- Zu viele Patienten mit VHF und mit Indikation für eine OAK erhalten eine andere Therapie
- Zu viele Patienten mit VHF, aber ohne Indikation für eine OAK, erhalten diese trotzdem
- Durch eine optimierte Primär- und Sekundärprävention ließe sich eine große Anzahl an VHF-assozierten Schlaganfällen verhindern
- Erfolgreiche Schlaganfallprävention ist zugleich mit einem hohen Einsparpotenzial verbunden

IGES Institut  
Hans-Holger Bleß

[www.iges.com](http://www.iges.com)