

Pressekonferenz

Weißbuch

Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

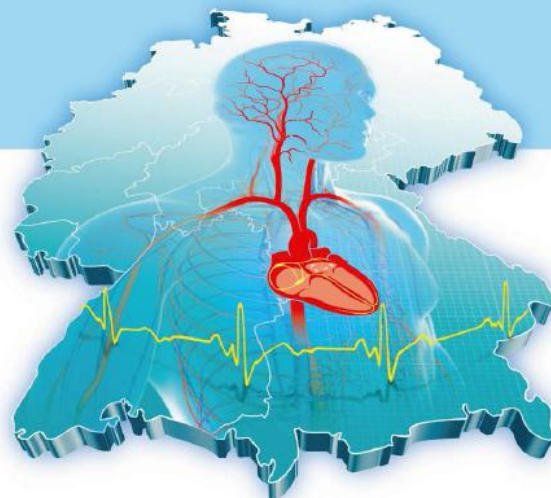
14. September 2015

10.00 Uhr

Tagungszentrum der Bundespressekonferenz, Berlin

Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

**Miriam Kip
Tonio Schönfelder
Hans-Holger Bleß**



 **Thieme**

Pressekonferenz

Weißbuch

Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

14. September 2015

10.00 Uhr, Tagungszentrum der Bundespressekonferenz

- | | |
|--------------------------|--|
| 10.00 – 10.05 | Begrüßung |
| 10.05 – 10.15 | Entwicklungen bei Herz- Kreislauf-Erkrankungen: Bedeutung und Folgen für das Vorhofflimmern
<i>Prof. Bertram Häussler, Vorsitzender der Geschäftsführung, IGES Institut, Berlin</i> |
| 10.15 – 10.30 | Das Schlaganfallrisiko Vorhofflimmern: Epidemiologie, Diagnostik, Versorgungssituation
<i>Hans-Holger Bleß, Leiter des Bereichs Versorgungsforschung, IGES Institut, Berlin</i> |
| 10.30 – 10.45 | Erkenntnisse aus dem Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern: Verbesserungspotenziale für die Versorgung
<i>Prof. Michael Näbauer, Oberarzt Medizinische Klinik I, Klinikum der Universität München, Vorstandsmitglied Kompetenznetz Vorhofflimmern e.V.</i> |
| 10.45 – ca. 11.00 | Fragen und Diskussion |

Moderation: Sandra Jessel, Pressereferentin IGES Institut, Berlin

Presseinformation

Schlaganfälle verhindern: Hemmnisse bei der Therapie des Vorhofflimmerns abbauen

Weißbuch beschreibt Versorgungssituation bei Vorhofflimmern – Experten fordern mehr Aufklärung und verbesserte Früherkennung

Berlin, 14. September 2015 (IGES Institut) – Fast jeder fünfte Schlaganfall geht auf die Herzrhythmusstörung Vorhofflimmern zurück. Dabei können Blutgerinnungshemmer bei Menschen mit Vorhofflimmern Schlaganfälle wirksam verhindern. Allerdings scheitert eine optimale Therapie häufig an Unsicherheiten bei Patienten und Ärzten. Das ist ein Fazit des „Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“, das IGES-Wissenschaftler in Zusammenarbeit mit medizinischen Experten verfasst haben.

„Unbestritten gibt es Fortschritte in der Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern. Es besteht jedoch bei der Identifikation betroffener Patienten und bei der Einnahmetreue geeigneter Medikamente Verbesserungsbedarf“, sagt Hans-Holger Bleß, Leiter des Bereichs Versorgungsforschung am IGES Institut bei der Vorstellung des Weißbuchs in Berlin.

Fünffach erhöhtes Schlaganfallrisiko bei Vorhofflimmern

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung im Erwachsenenalter. Rund 1,8 Millionen Menschen in Deutschland sind Schätzungen zufolge betroffen. Vorhofflimmern ist stark altersabhängig. So ist bei den über 74-Jährigen bereits jeder Zehnte erkrankt. Aufgrund des demografischen Wandels gehen Experten davon aus, dass die Zahl der Betroffenen von zwei Prozent im Jahr 2008 bis auf 2,7 Prozent im Jahr 2020 steigen wird. „Die steigende Zahl von Menschen mit Vorhofflimmern macht deutlich, wie wichtig eine wirksame Prävention ist, damit nicht gleichzeitig die Zahl von Schlaganfällen zunimmt“, sagt der Leiter des IGES Instituts, Prof. Bertram Häussler.

Beim Vorhofflimmern schlägt das Herz unregelmäßig. Als Folge können sich Blutgerinnsel (Thromben) im Herz bilden. Lösen sie sich und verstopfen eine Hirnarterie, kommt es zum ischämischen Hirninfarkt, der häufigsten Schlaganfallart. Menschen mit Vorhofflimmern haben ein fünffach erhöhtes Schlaganfallrisiko. Da Vorhofflimmern häufig beschwerdefrei verläuft, bleibt es oft unentdeckt. Bei manchen Patienten ist der Schlaganfall der erste Hinweis auf ein Vorhofflimmern.

Gefahr eines Schlaganfalls wird unterschätzt

Die Hemmung der Blutgerinnung mit der so genannten oralen Antikoagulation (OAK) ist das Mittel der Wahl, um Schlaganfälle durch Vorhofflimmern medikamentös zu verhindern. Allerdings bestehen bei Patienten vielfach Ängste vor unerwünschten Blutungen als eine der bekannten Nebenwirkungen der OAK.

Pressekontakt:

Gisela Angerer
Leiterin Kommunikation

T +49 30 230 809 341
presse@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

„Irrtümlicherweise wird die Angst vor Blutungen unter Blutgerinnungshemmern als viel bedrohlicher erlebt als das Risiko, einen lebensgefährlichen und oft folgenreichen Schlaganfall zu erleiden“, erläutert Prof. Michael Nábauer, Oberarzt am Klinikum der Universität München. Unnötige Therapieabbrüche seien die Folge und gefährdeten den Erfolg der Schlaganfallprävention.

Unsicherheiten bei der Therapieentscheidung

Auf Seiten niedergelassener Ärzte hemmen neben Unsicherheiten durch das Blutungsrisiko vor allem das Alter und Begleiterkrankungen der Patienten sowie eine erwartete Therapieuntreue das Einleiten einer oralen Antikoagulation, selbst wenn ein hohes Schlaganfallrisiko besteht, berichtet das Weißbuch.

So ist bei knapp jedem zweiten behandlungsbedürftigen Patienten mit Vorhofflimmern über die Hälfte des Jahres nicht sicher durch eine Verordnung eines Blutgerinnungshemmers abgedeckt. Das zeigen Analysen von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen.

Sogar in der spezialisierten, fachärztlichen Versorgung erhalten Studien zufolge zwischen 13 und 43 Prozent der Patienten mit Vorhofflimmern keine OAK. Acht bis 20 Prozent der Patienten mit Vorhofflimmern erhalten zur Schlaganfallprävention statt einer oralen Antikoagulation weniger wirksame Thrombozytenaggregationshemmer, etwa Acetylsalicylsäure (ASS).

Umgekehrt deuten Studien darauf hin, dass bestimmte Patienten mit Vorhofflimmern ohne erhöhtes Schlaganfallrisiko unnötigerweise eine OAK erhalten und damit einem unnötigen Blutungsrisiko ausgesetzt sind.

Hausärzte stärken und Patienten aufklären

„Vor allem in der hausärztlichen Basisversorgung müssen wir mehr Handlungssicherheit und Strukturen für eine verbesserte Früherkennung des Vorhofflimmerns schaffen“, sagt Nábauer. Zudem müssten Patienten sachlich und verständlich über die Risiken des Vorhofflimmerns und den Nutzen einer Behandlung zum Schutz vor Schlaganfällen aufgeklärt werden. Außerdem könnten gezielte Betreuungsangebote wie ein Arzneimittelcoach die Einnahmetreue unterstützen.

Hintergrund Schlaganfall

Der Schlaganfall gehört in Deutschland zu den zehn häufigsten Todesursachen und ist der häufigste Grund für bleibende Behinderungen im Erwachsenenalter. In Deutschland kommt es jährlich zu rund 240.000 Schlaganfällen. Etwa jeder dritte mit einem erstmaligen Hirninfarkt stirbt innerhalb eines Jahres. Betroffene mit Vorhofflimmern in der Vorgeschichte haben oft eine besonders schlechte Prognose nach einem Schlaganfall.

Das Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“ ist im Thieme Verlag erschienen. Es entstand mit finanzieller Unterstützung der Unternehmen Bayer Vital, Boehringer Ingelheim Pharma, Bristol-Myers Squibb, Daiichi Sankyo Deutschland und Pfizer Deutschland.

Über das IGES Institut: Forschen – Entwickeln – Beraten für Infrastruktur und Gesundheit

Das IGES Institut wurde 1980 als unabhängiges Institut gegründet. Seither wurde in über 1.600 Projekten zu Fragen des Zugangs zur Versorgung, ihrer Qualität, der Finanzierung sowie der Gestaltung des Wettbewerbs im Bereich der Gesundheit gearbeitet. In jüngerer Zeit wurde das Spektrum auf weitere Gebiete der öffentlichen Daseinsvorsorge ausgeweitet: Mobilität und Bildung. Das IGES Institut gründet seine Arbeit auf hohe Sach- und Methodenkompetenz und bietet in allen Arbeitsgebieten einen breiten Zugang zu eigenen und zu Datenquellen anderer Institutionen. Gemeinsam mit den Unternehmen CSG und IMC (beide Berlin), AiM (Lörrach) sowie HealthEcon (Basel) beschäftigt die IGES Gruppe mehr als 130 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Presseinformation

Überblick: Fakten aus dem „Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“

Das Krankheitsbild Schlaganfall bei Vorhofflimmern

- Vorhofflimmern bezeichnet eine Herzrhythmusstörung, die durch eine hohe und irreguläre Vorhoffrequenz gekennzeichnet ist. Dadurch wird die Bildung von Blutgerinnseln in den Vorhöfen begünstigt. Lösen sie sich und verstopfen eine Hirnarterie, kommt es zum ischämischen Schlaganfall.
- Patienten mit Vorhofflimmern haben ein bis zu fünffach erhöhtes Risiko einen ischämischen Schlaganfall zu erleiden.
- Der ischämische Schlaganfall geht als akutes Ereignis mit einer hohen Sterblichkeit einher. Ein Drittel der Betroffenen verstirbt innerhalb des ersten Jahres nach einem Schlaganfall. Viele Betroffene leiden lebenslang an den Folgen eines Schlaganfalls. Dazu zählen unter anderem Beeinträchtigungen der Mobilität, des Sprach- und Sehvermögens, von kognitiven Fähigkeiten sowie negativen Auswirkungen auf die psychische Konstitution.
- Ischämische Schlaganfälle in Zusammenhang mit einem Vorhofflimmer verlaufen im Vergleich zu ischämischen Schlaganfällen anderer Ursache häufig schwerer, sind mit einer höheren Sterblichkeit assoziiert und führen häufiger zu Bettlägerigkeit.
- Primäres Ziel in der Behandlung von Patienten mit Vorhofflimmern ist die Prävention des Schlaganfalls (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (Hrsg) 2013).
- Aktuell ist die orale Antikoagulation die Therapie der Wahl für die Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern. Sie soll die Bildung von Blutgerinnseln im Herz verhindern. Alle Arzneimittel für die orale Antikoagulation sind mit einem Risiko für Blutungen verbunden. Die Einnahme einer oralen Antikoagulation soll unter Berücksichtigung des individuellen Schlaganfall,- und Blutungsrisikos erfolgen (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (Hrsg) 2013).

Häufigkeit des Vorhofflimmerns und des Schlaganfalls

- Schätzungsweise sind 1,8 Millionen Menschen in Deutschland an einem Vorhofflimmern erkrankt (Wilke *et al.* 2013).
- Die Erkrankungshäufigkeit (Prävalenz) des Vorhofflimmerns ist stark altersabhängig. Während bei den unter 65-Jährigen die

Pressekontakt:

Gisela Angerer
Leiterin Kommunikation

T +49 30 230 809 341
presse@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Erkrankungshäufigkeit bei unter 1,5 % liegt, sind mehr als 10 % der über 74-Jährigen an einem Vorhofflimmern erkrankt (Wilke *et al.* 2013).

- Das Vorhofflimmern verläuft häufig episodenhaft. Phasen mit Beschwerden wechseln sich mit beschwerdefreien Intervallen ab. In manchen Fällen haben die Patienten gar keine Beschwerden (asymptomatische Verläufe).
- Da nicht alle Patienten routinemäßig auf Vorhofflimmern hin gescreent werden, ist von einer erheblichen Anzahl an Patienten mit nicht-diagnostiziertem und daher unbekanntem Vorhofflimmern auszugehen.
- Knapp 3 % der Bevölkerung erleiden im Laufe ihres Lebens einen Schlaganfall (Busch *et al.* 2013). Der ischämische Schlaganfall ist der häufigste Schlaganfalltyp (Wiedmann *et al.* 2014).
- Bei gut 20 % der Betroffenen tritt der ischämische Schlaganfall in Zusammenhang mit Vorhofflimmern auf (Dulli *et al.* 2003).

Früherkennung und Diagnostik des Vorhofflimmerns

- Anzeichen eines Vorhofflimmerns können ein unregelmäßiger Puls, Herzstolpern (Palpitation) oder Atembeschwerden und andere klinische Beschwerden sein.
- Für die Diagnose des Vorhofflimmerns ist ein Elektrokardiogramm (EKG) notwendig. Falls während des Aufzeichnungszeitpunktes keine Flimmerepisode besteht, kann ein EKG trotz vorhandenem Vorhofflimmern unauffällig sein.
- Die Diagnose eines permanenten Vorhofflimmerns kann durch ein Ruhe-EKG erfolgen. Zur Bestätigung eines in Episoden (paroxysmalen) verlaufenden Vorhofflimmerns ist ein kontinuierliches Monitoring notwendig.
- Screeningmaßnahmen, die aktiv nach Patienten mit Vorhofflimmern suchen, ermöglichen die Identifizierung von Patienten mit asymptomatischen Verlaufsformen. Dazu gehört das Tasten des Pulses mit anschließendem EKG bei unregelmäßigem Puls. Dies wird Leitlinien zufolge für alle Patienten ab 65 Jahren empfohlen.
- Im Vergleich zu einem routinemäßigen EKG-Screening aller Patienten führt das Tasten des Pulses mit einem anschließenden EKG bei irregulärem Puls zu einer vergleichbaren Erkennungsrate neuer Fälle mit Vorhofflimmern bei deutlich geringeren Kosten.

Versorgungssituation der oralen Antikoagulation für die Prävention von Schlaganfällen bei Vorhofflimmern

- Bei allen Patienten mit Vorhofflimmern und mindestens einem Schlaganfall-Risikofaktor soll eine orale Antikoagulation zur Hemmung der Blutgerinnung erwogen werden. Ausgenommen sind Patienten mit niedrigem Risiko und Kontraindikationen.
- Für die orale Antikoagulation stehen Vitamin-K-Antagonisten und direkte Hemmer (Inhibitoren) von Gerinnungsfaktoren (neue orale Antikoagulanzen) zur Verfügung.
- In der Versorgungsrealität der oralen Antikoagulation bei Patienten mit Vorhofflimmern bestehen Über-, Unter- und Fehlversorgungen:
 - Zwischen 14 % und 43 % der Patienten mit Vorhofflimmern und hohem Schlaganfallrisiko erhalten keine oralen Antikoagulanzen (Kirchhof *et al.* 2014, Meinertz *et al.* 2011).
 - Zwischen 8 % und 20 % der Patienten mit Vorhofflimmern erhalten in der spezialisierten Versorgung Thrombozytenaggregationshemmer, die zur Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern im Vergleich zu oralen Antikoagulanzen weniger wirksam sind (Bonnemeier *et al.* 2011, Kirchhof *et al.* 2014, Nabauer *et al.* 2009).
 - Studien darauf hin, dass bestimmte Patienten mit Vorhofflimmern ohne erhöhtes Schlaganfallrisiko unnötigerweise eine OAK erhalten und damit einem unnötigen Blutungsrisiko ausgesetzt sind (Meinertz *et al.* 2011).
- Für eine effektive Schlaganfallprävention bei Patienten mit Vorhofflimmern ist eine regelmäßige und dauerhafte Einnahme der oralen Antikoagulanzen entscheidend.
- Eine durchgehende Arzneimittelverordnung liegt nur bei ca. 30 % bis 40 % der Patiententage eines Jahres vor. Bei bis zu 50 % der Patiententage erfolgt keine Verordnung für orale Antikoagulanzen (Wilke *et al.* 2012).

Gesundheitsökonomische Aspekte

- Ischämische Schlaganfälle verursachen jährlich direkte Behandlungskosten (z.B. für Medikamente, Krankenhausbehandlungen usw.) in Höhe von 4,85 Milliarden (GBE 2014).
- Jeder vermiedene ischämische Schlaganfall erspart der gesetzlichen Krankenversicherung etwa 43.000 Euro direkte Behandlungskosten (Kolominsky-Rabas *et al.* 2006).

- Die indirekten Kosten – volkswirtschaftliche Verluste bedingt durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod – belaufen sich für ischämische Schlaganfälle jährlich auf etwa 1,3 Milliarden Euro.
- Durch eine verbesserte Primärprävention bei Vorhofflimmern könnten jedes Jahr in Deutschland 9.400 Schlaganfälle zusätzlich verhindert werden. Dies entspräche bezogen auf die Lebenszeit der Betroffenen einem Einsparpotenzial von ca. 400 Millionen Euro (DAK Gesundheit 2014).

Literaturverzeichnis

- Bonnemeier H, Bosch RF, Kohlhaussen A, Rosin L, Willich SN, Pittrow D, Kirch W & Move Study G (2011): Presentation of atrial fibrillation and its management by cardiologists in the ambulatory and hospital setting: MOVE cross-sectional study. *Curr Med Res Opin* 27(5), 995-1003. DOI: 10.1185/03007995.2011.563286.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21391837>.
- Busch MA, Schienkiewitz A, Nowossadeck E & Gößwald A (2013): Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 56, 665-660. DOI: DOI 10.1007/s00103-012-1659-0.
- DAK Gesundheit (2014): Versorgungsreport Schlaganfall. Chancen für mehr Gesundheit. https://www.dak.de/dak/download/Chartbook_DAK_-_Versorgungsreport-1439116.pdf [Abruf am: 22.12.2014].
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislafforschung e.V. (Hrsg) (2013): ECS Pocket Guidelines. Leitlinie für das Management von Vorhofflimmern - Fokus Update 2012. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislafforschung e.V. <http://leitlinien.dgk.org/2013/pocket-leitlinien-fur-das-management-von-vorhofflimmern-fokus-update-2012/> [Abruf am: 31.07.2014].
- Dulli DA, Stanko H & Levine RL (2003): Atrial fibrillation is associated with severe acute ischemic stroke. *Neuroepidemiology* 22(2), 118-123.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12629277>.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014): Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Alter, Geschlecht, ICD10. https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_104/2/XWD_CUBE.DRILL/XWD_132/D.946/14361 [Abruf am 04.11.2014].
- Kirchhof P, Ammentorp B, Darius H, De Caterina R, Le Heuzey JY, Schilling RJ, Schmitt J & Zamorano JL (2014): Management of atrial fibrillation in seven European countries after the publication of the 2010 ESC Guidelines on atrial fibrillation: primary results of the PREvention of thromboembolic events--European Registry in Atrial Fibrillation (PREFER in AF). *Europace* 16(1), 6-14. DOI: 10.1093/europace/eut263.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24084680>.
- Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU, Marschall D, Emmert M, Baltzer N, Neundorfer B, Schoffski O & Krobot KJ (2006): Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen Stroke Project. *Stroke* 37(5), 1179-1183. DOI: 10.1161/01.STR.0000217450.21310.90.
<http://stroke.ahajournals.org/content/37/5/1179.full.pdf>.
- Meinertz T, Kirch W, Rosin L, Pittrow D, Willich SN, Kirchhof P & investigators A (2011): Management of atrial fibrillation by primary care physicians in Germany: baseline results of the ATRIUM registry. *Clinical Research in Cardiology* 100(10), 897-905. DOI: 10.1007/s00392-011-0320-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533828>.
- Nabauer M, Gerth A, Limbourg T, Schneider S, Oeff M, Kirchhof P, Goette A, Lewalter T, Ravens U, Meinertz T, Breithardt G & Steinbeck G (2009): The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: patient characteristics

- and initial management. *Europace* 11(4), 423-434. DOI: 10.1093/europace/eun369. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19153087>.
- Wiedmann S, Heuschmann PU, Hillmann S, Busse O, Wietholter H, Walter GM, Seidel G, Misselwitz B, Janssen A, Berger K, Burmeister C, Matthis C, Kolominsky-Rabas P & Hermaneks P (2014): The quality of acute stroke care - an analysis of evidence-based indicators in 260 000 patients. *Dtsch Arztebl 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, Pfannkuche M, Verheyen F, Linder R, Maywald U, Bauersachs R & Breithardt G (2013): Incidence and prevalence of atrial fibrillation: an analysis based on 8.3 million patients. *Europace* 15(4), 486-493. DOI: 10.1093/europace/eus333. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23220354>.
- Wilke T, Groth A, Mueller S, Pfannkuche M, Verheyen F, Linder R, Maywald U, Kohlmann T, Feng YS, Breithardt G & Bauersachs R (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. *Thromb Haemost* 107(6), 1053-1065. DOI: 10.1160/TH11-11-0768. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22398417>.

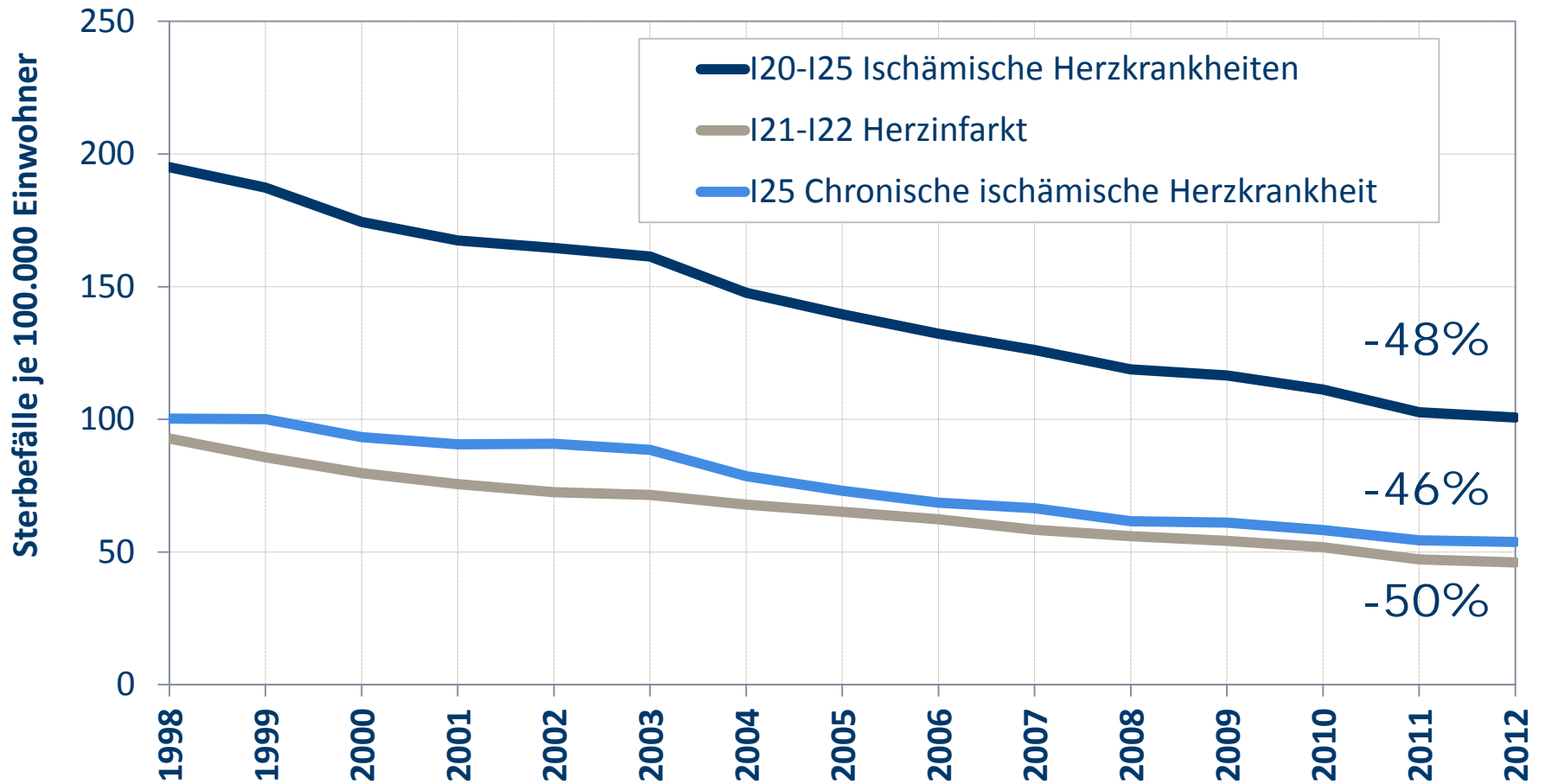
Entwicklungen bei Herz- Kreislauf-Erkrankungen: Bedeutung und Folgen für das Vorhofflimmern

Bertram Häussler, IGES Institut

Pressekonferenz zur Vorstellung des „Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“

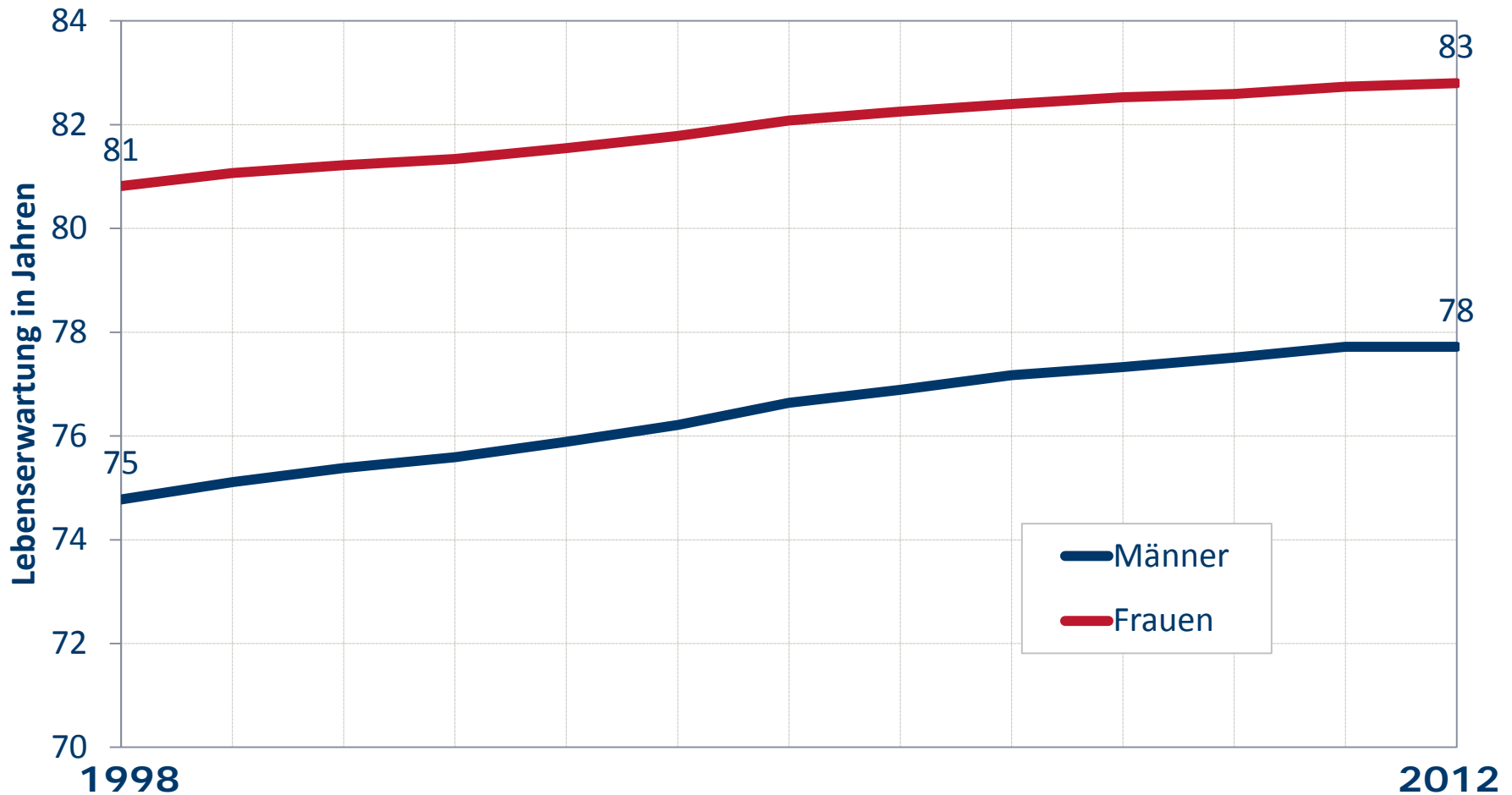
Berlin, 14. September 2015

Sterbefälle aufgrund ischämischer Herzkrankheiten sinken in 15 Jahren um die Hälfte



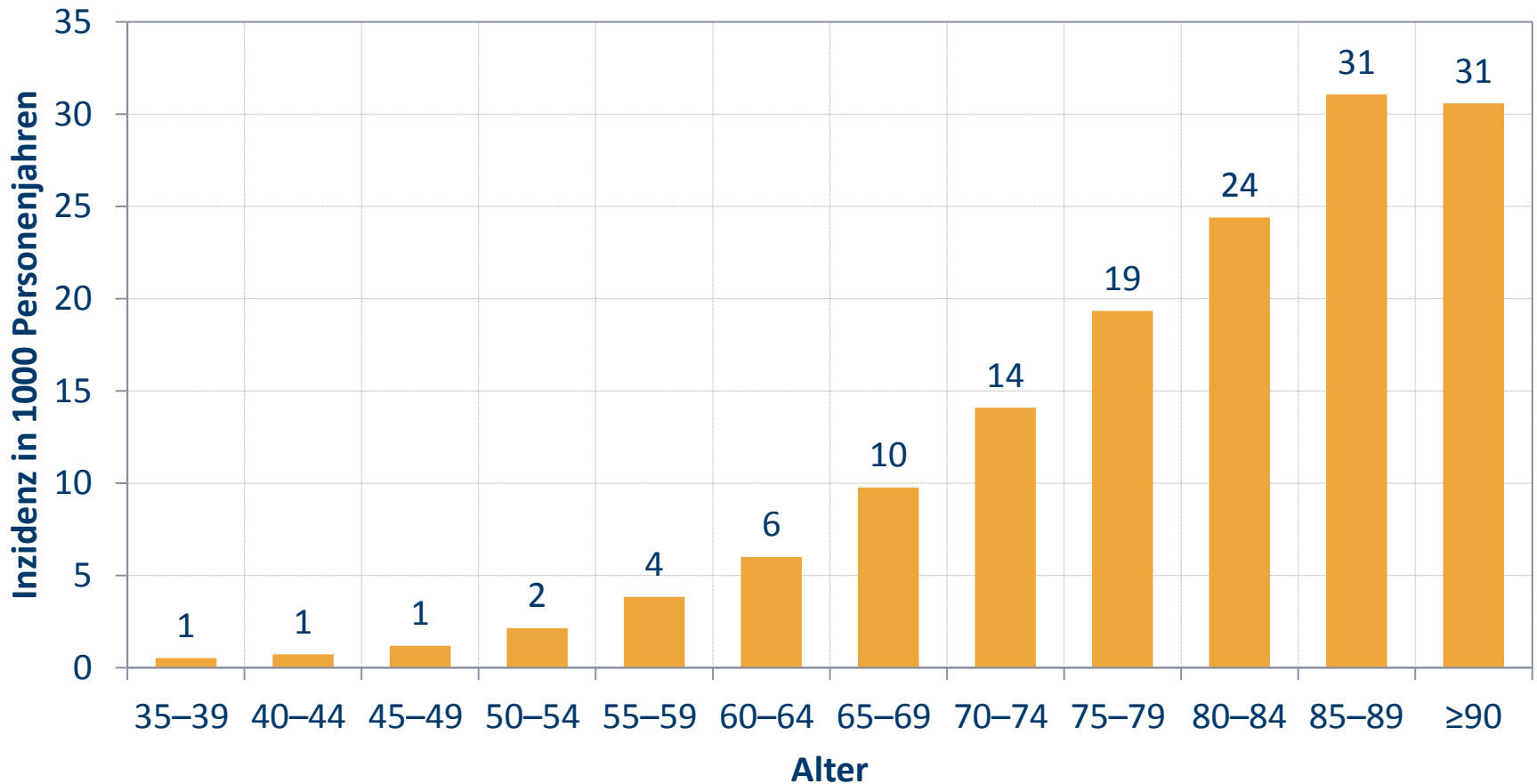
Quelle: IGES nach Statistischen Bundesamt 2013

Die Lebenserwartung ist auch dadurch deutlich angestiegen



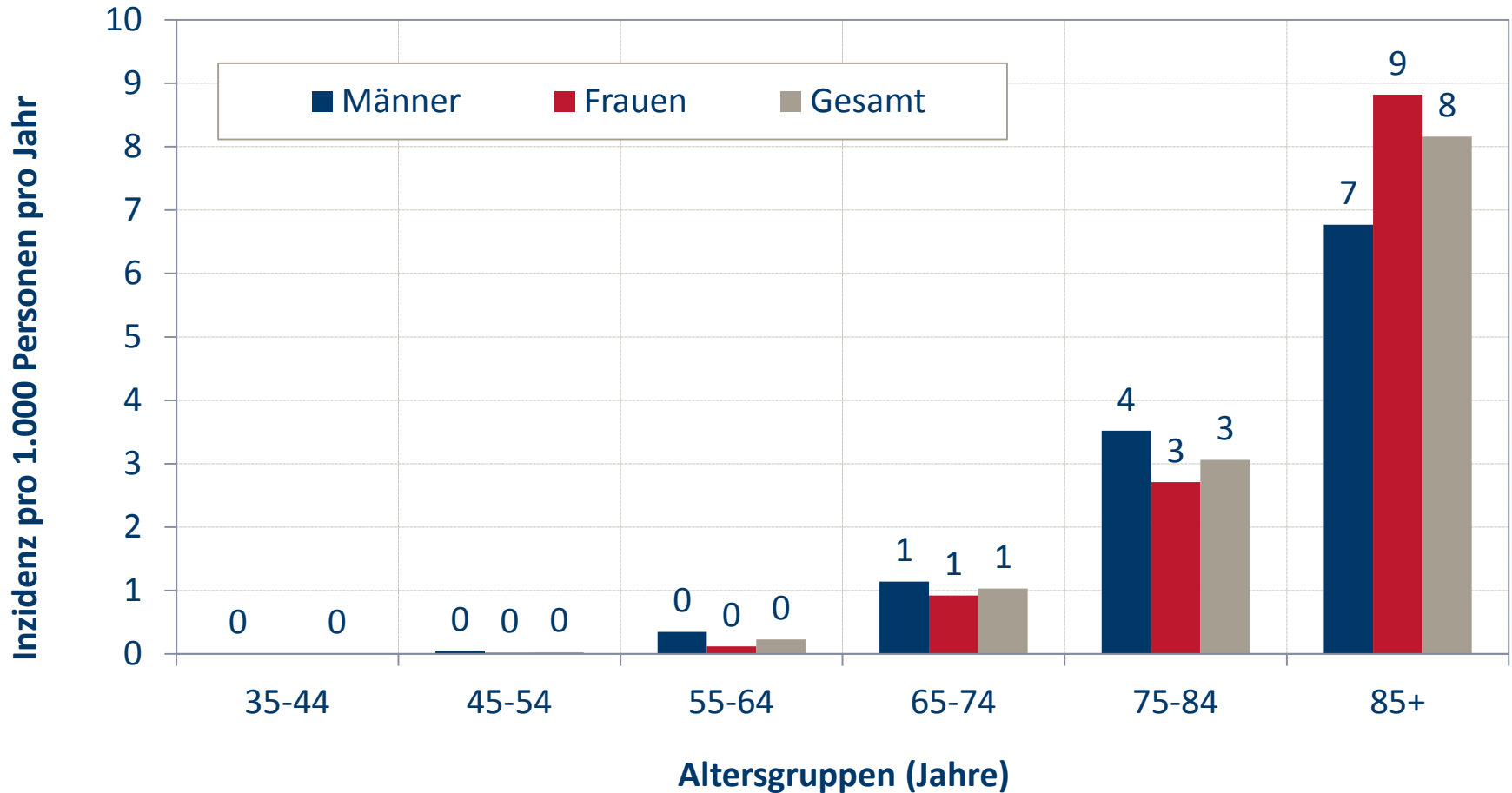
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/Lebenserwartung.pdf?__blob=publicationFile

Inzidenz des diagnostizierten Vorhofflimmerns stark altersabhängig

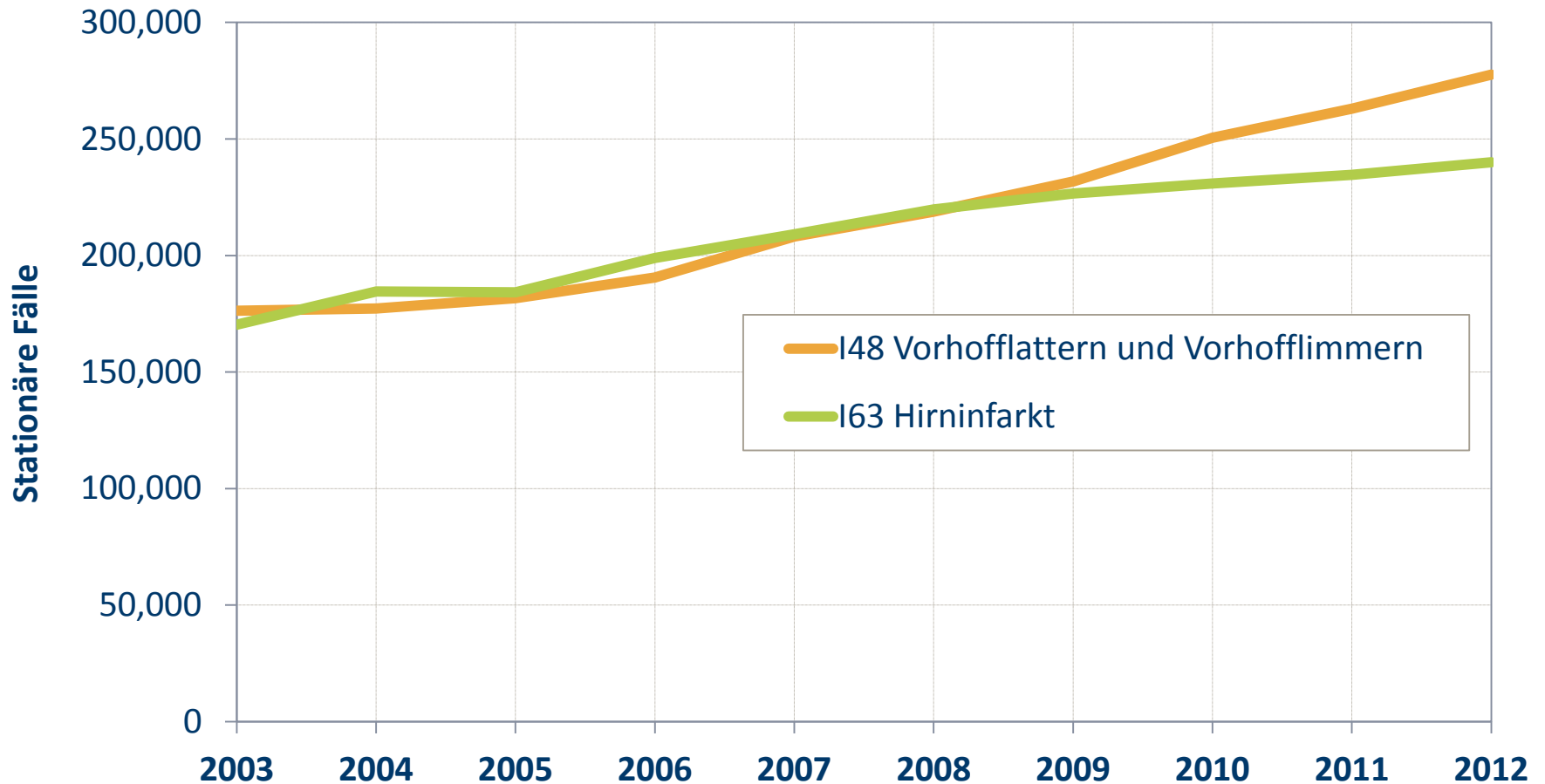


Quelle: Wilke et al. 2013

Schlaganfälle im Zusammenhang mit VHF ebenfalls stark altersabhängig



Krankenhausfälle wegen VHF und Hirninfarkt nehmen zu



gbe-bund_2014

IGES Institut
Bertram Häussler

www.iges.de

Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“

Hans-Holger Bleß, IGES Institut

Pressekonferenz

Berlin, 14. September 2015

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

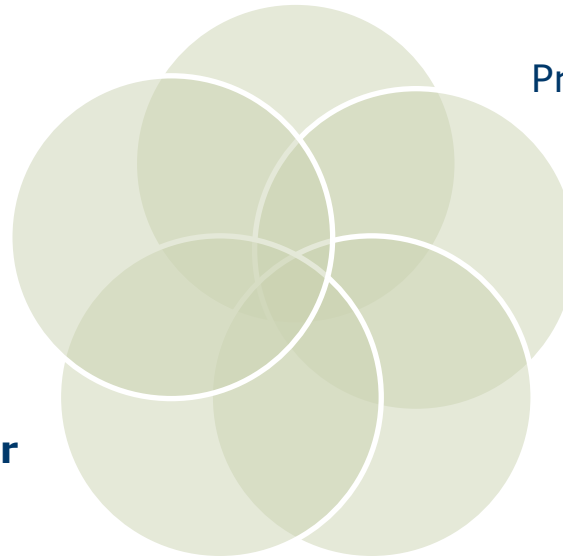
Hausärztliche Versorgung

Kostenträger

Anonym, Vertreter
Gesetzliche
Krankenversicherung

Patientenvertreter

Dr. Markus Wagner
Dr. Barbara Keck



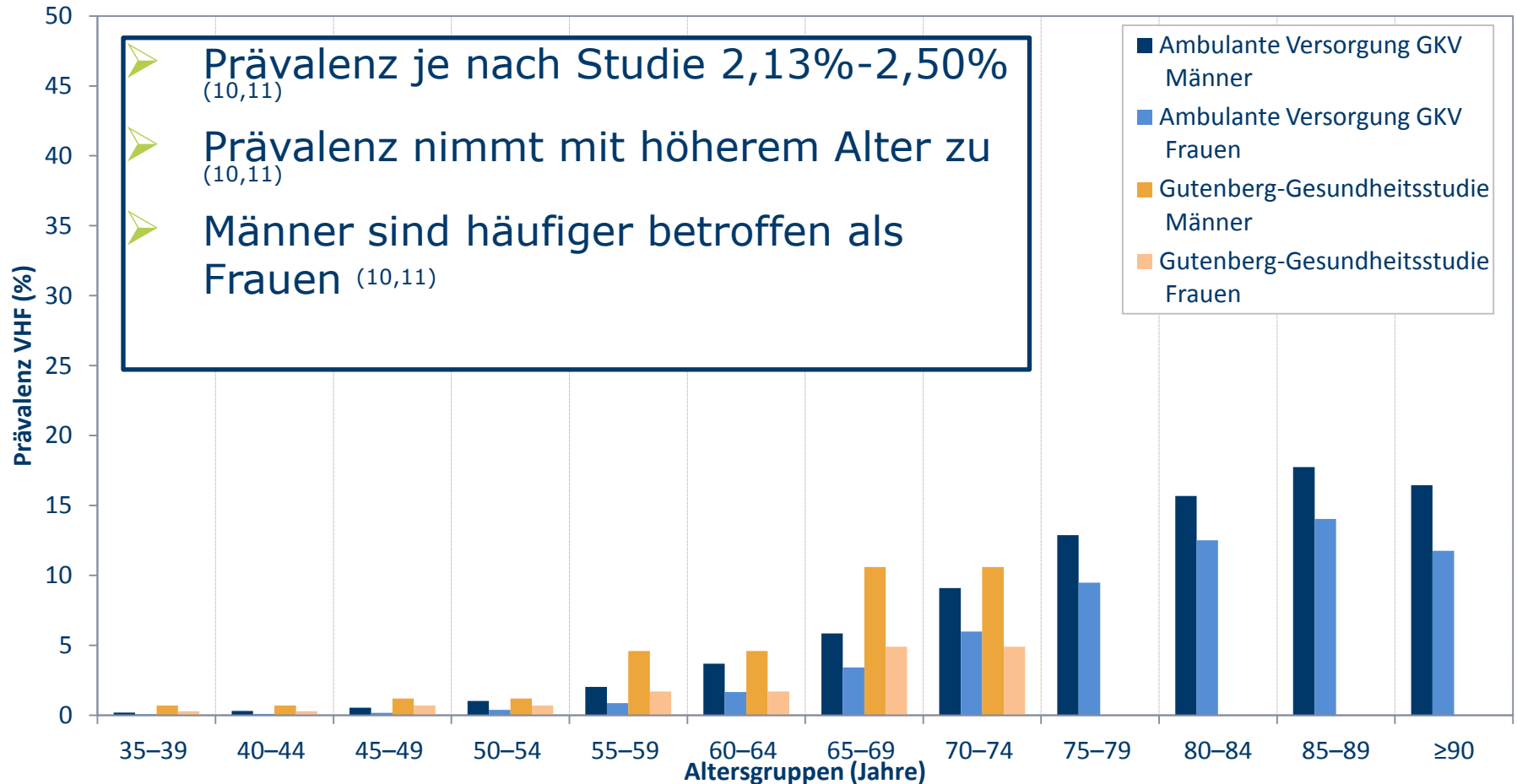
Epidemiologie, Diagnosestellung und gesundheitsökonomische Relevanz

Vorhofflimmern ist ein bedeutsamer Risikofaktor für Schlaganfälle

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

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 ⁽¹¹⁾

- 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 ⁽¹²⁾
 - 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** ⁽⁸⁾

Empfehlung

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

Umsetzung

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

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 ⁽¹⁴⁾
- Bezogen auf die Lebenszeit der Patienten entspräche dies einem Einsparpotenzial von 400 Millionen Euro ⁽¹⁴⁾
- Eine verbesserte Sekundärprävention könnte jährlich weitere 500 Schlaganfälle (Rezidive) in Deutschland verhindern ⁽¹⁴⁾

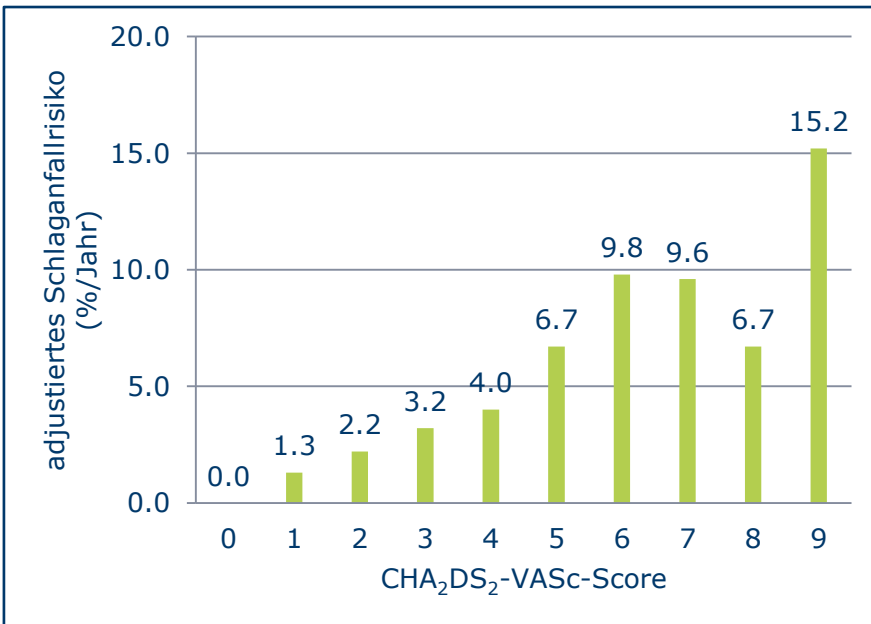
Quelle: (14) DAK 2014

Versorgungssituation von Patienten mit oraler Antikoagulation für die Schlaganfallprävention

Einsatz oraler Antikoagulation ist abhängig von Schlaganfall- und Blutungsrisiko

CHA₂DS₂VASc-Score ⁽⁸⁾

- 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
Maximal-Score	9

Quelle: (8) DGK 2013

Vor und während der OAK soll das Blutungsrisiko bestimmt werden

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

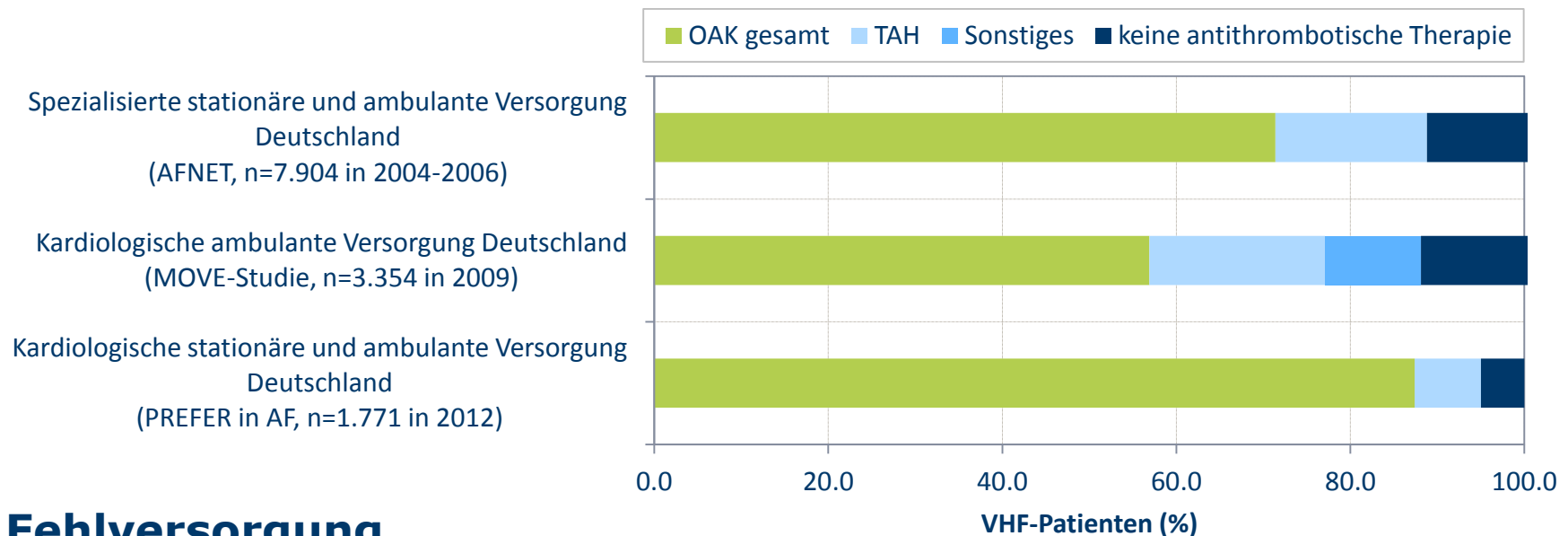
Buchstabe	Klinische Variable	Punkte
H	Hypertonie	1
A	Abnormale Leber und/oder Nierenfunktion (je 1 Punkt)	1 oder 2
S	Schlaganfall	1
B	Blutungsneigung oder Prädisposition	1
L	Labile INR (falls VKA-Therapie)	1
E	Ältere Patienten (z.B. >65 Jahre)	1
D	Medikamente (ASS/ NSAID Komedikation) oder Alkoholabusus (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 (15,16,17)



Fehlversorgung

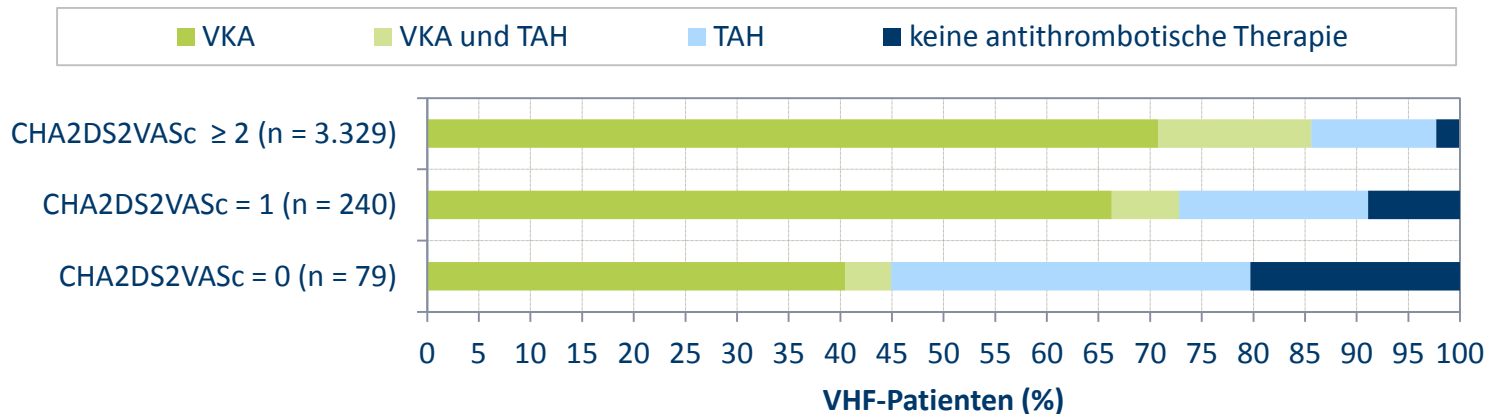
- 8% bis 20% der Patienten mit VHF erhalten anstatt einer OAK Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) (15,16,17)

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 (CHA₂DS₂VASc-Score ≥ 2) erhalten keine OAK ⁽¹⁸⁾
- 27% der Patienten, die von einer OAK profitieren könnten (CHA₂DS₂VASc-Score = 1), erhalten keine OAK ⁽¹⁸⁾

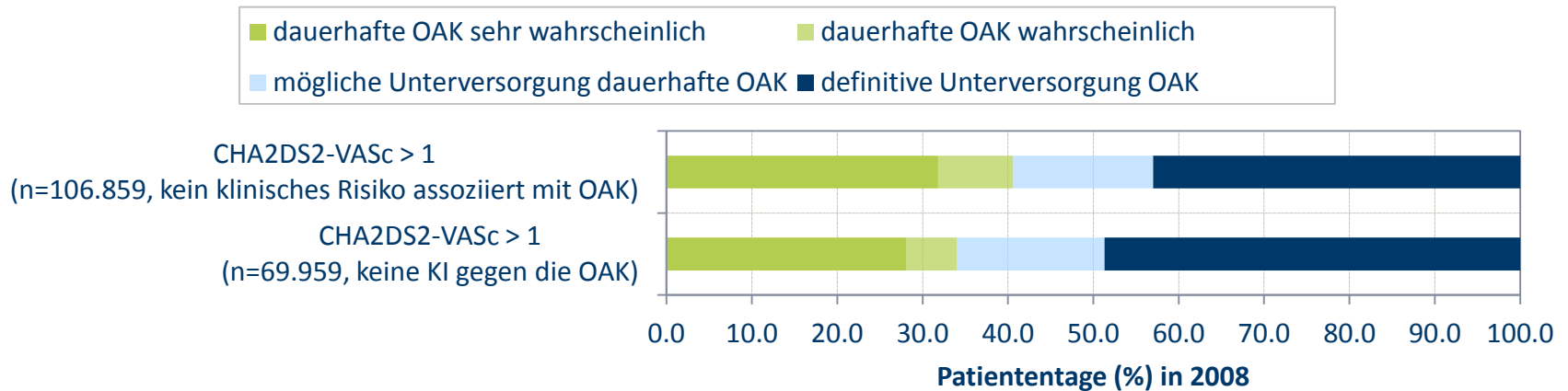


- Trotz steigendem Schlaganfallrisiko mit zunehmendem Alter erhalten ältere Patienten seltener eine OAK ⁽¹⁹⁾

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 ⁽²⁰⁾

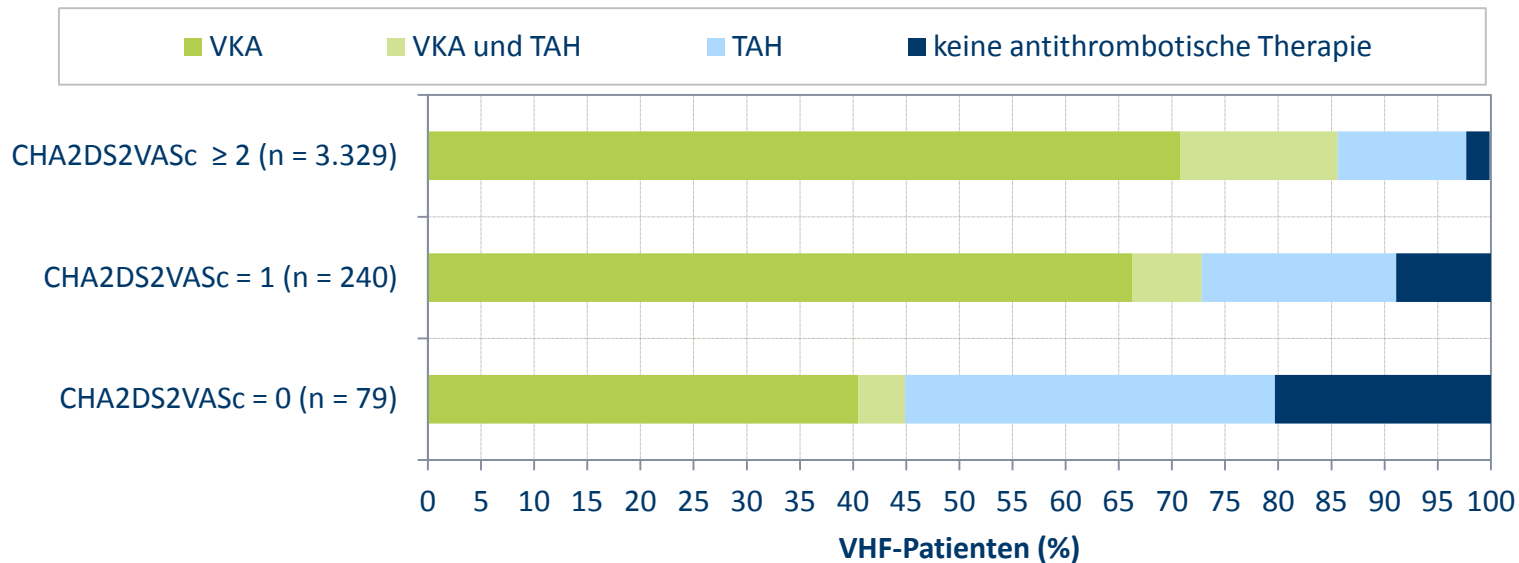


- Durchgehende OAK (mit VKA) lag bei nur ca. 30%-40% der Patiententage eines Jahres vor ⁽²⁰⁾
- An 40%-50% der Patiententage war gar keine Verordnung für einen VKA dokumentiert ⁽²⁰⁾

Quelle: (20) Wilke et al. 2012

OAK bei CHA₂DS₂VASc-Score = 0 erhöht das Blutungsrisiko unnötig

Hausärztlich ambulante Versorgung (ATRIUM-Studie, n=3.667, 2009) ⁽¹⁸⁾



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

Quellen: (18) Meinertz et al. 2011

- 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-assoziierten Schlaganfällen verhindern
- Erfolgreiche Schlaganfallprävention ist zugleich mit einem hohen Einsparpotenzial verbunden

IGES Institut
Hans-Holger Bleß

www.iges.de

Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“

Prof. Michael Näbauer, Klinikum der Universität München

Berlin, 14. September 2015

Thematisierung der Erkrankung Vorhofflimmern in der Öffentlichkeit wichtig

- Aufklärungsarbeit zentral für Prävention, Früherkennung und Therapieakzeptanz
 - Prävention - Vorhofflimmern ist Folge von Prädisposition und zusätzlichen modifizierbaren Faktoren: Bluthochdruck (!), kardiale Erkrankungen (koronare Herzerkrankung), Herzinsuffizienz, Herzklappenfehler,...
 - Vorhofflimmern ist Symptom einer lange vorlaufenden Erkrankung des Vorhofs
 - Vorhofflimmern ist häufig und individuell hoch krankheitsrelevant: 20-35% der Schlaganfälle Folge von Vorhofflimmern; Assoziation mit bestimmten Demenzformen wahrscheinlich

Erarbeitung und Darstellung der Defizite der Versorgung und der Defizite unseres Wissens darum

- Wie viele Patienten mit Vorhofflimmern haben wir in Deutschland ?
- Wer bekommt eine erforderliche Antikoagulation ?
- Wie gut ist die Einstellung der Blutverdünnung (INR, TTR) in der täglichen Praxis ?
- Was kostet die Behandlung der Patienten mit Vorhofflimmern in Deutschland ?
- Welche Kosten verursacht ein Schlaganfall bei Vorhofflimmern in Deutschland ?
- Welche Kosten entstehen durch die Versorgungsdefizite bei Vorhofflimmern, insbesondere durch die Schlaganfälle ?
- Wo entstehen diese Kosten ?
- Ökonomische Bewertung von Vorhofflimmern und der Therapie spezifisch für Deutschland ?

Informationsgrundlage in der Diskussion um die Therapie mit Antikoagulantien bei Vorhofflimmern

- Antikoagulation ist hocheffektive Therapie
- Optimale Versorgung ist gemeinsame Aufgabe aller Sektoren im Gesundheitswesen
- Nutzen-Risiko-Abwägung in der Therapie mit Antikoagulantien von herausragender Bedeutung:
Akzeptanz einer präventiven Therapie über Jahre bei gleichzeitig erhöhtem Blutungsrisiko bedarf der kontinuierlichen Aufklärung und konsistenter Information
- Einnahmetreue der Antikoagulation wesentliches langfristiges Problem

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 Vorhofflimmern aufklären
 - Kontinuierliche sachliche Aufklärung durch diverse 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

Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern

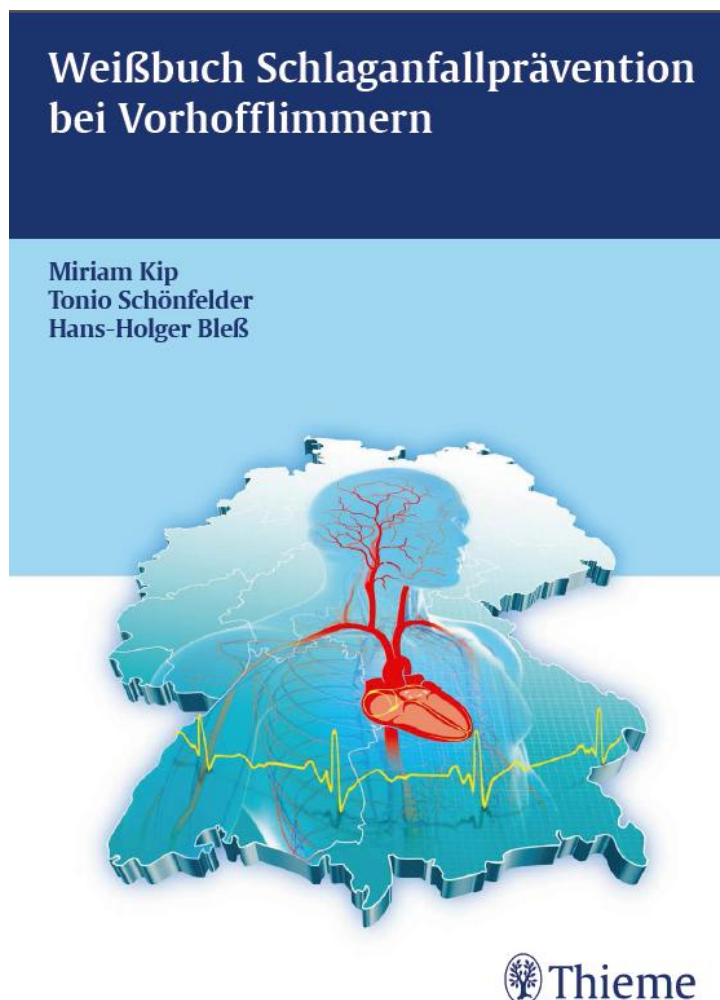
Miriam Kip | Tonio Schönfelder | Hans-Holger Bleß

2015

110 S. , 23 Abb. , Broschiert

ISBN: 9783132054318

Euro [D]: 29,99



Pressekontakt:

Gisela Angerer
Leiterin Kommunikation

T +49 30 230 809 341
presse@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin