



# Wirkstoffziele

Stand: 13. Oktober 2023

Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ [Kontakt zu Ihrem Beratungszentrum](#) ▪ [www.kvb.de/mitglieder/verordnungen](http://www.kvb.de/mitglieder/verordnungen)

- **Wirkstoffgruppe: Orale Antikoagulantien**  
(ATC-Code: Warfarin B01AA03, Phenprocoumon B01AA04,  
Dabigatranetexilat B01AE07, Rivaroxaban B01AF01, Apixaban B01AF02,  
Edoxaban B01AF03)

**Ziel 26.1:** Möglichst Vitamin K Antagonisten verordnen!

## Erläuterung

Die derzeit auf dem deutschen Markt befindlichen direkten oralen Antikoagulantien (DOAK, Apixaban, Edoxaban, Dabigatran, Rivaroxaban,) können nach kritischer Abwägung gemäß der Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Nov. 2019) bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern dann eine Option sein:

- wenn trotz regelmäßiger Einnahme die INR-Werte stark schwanken,
- wenn bei Patienten mit einem hohen Risiko für intrazerebrale Blutungen der Nutzen einer Antikoagulation als grundsätzlich größer eingeschätzt wird als das Risiko durch eine intrazerebrale Blutung,
- wenn mit einem erhöhten Risiko für spezifische Arzneimittel- oder Nahrungsmittelinteraktionen unter Vitamin K Antagonisten (VKA) zu rechnen ist,
- wenn die regelmäßige Messung des INR-Wertes schwierig oder nicht möglich ist,
- für Patienten mit frisch diagnostiziertem nicht valvulärem Vorhofflimmern, die akut einer Rhythmisierung oder Ablation zugeführt werden sollen, als Alternative zu parenteralen Antikoagulantien während und unmittelbar nach der Intervention. Anschließend sollte eine Umstellung auf VKA erwogen werden, falls über Monate oder länger eine Antikoagulation notwendig ist.

Bei der Entscheidung für ein DOAK ist zu bedenken, dass die Möglichkeit eines Monitorings zum Grad der Antikoagulation fehlt. Eine solche Überprüfung der Therapietreue des Patienten sowie der Interaktion mit Begleitmedikamenten stellt nach wie vor einen Vorteil der VKA Behandlung dar.

Deswegen empfiehlt die AkdÄ bei Patienten mit Polymedikation (über 5 Arzneimittel) den Einsatz von VKA, da potenzielle Wechselwirkungen mit den DOAKs nicht vollständig bekannt sind und im Gegensatz zu den VKA nicht ausreichend überwacht werden können.

Die Auswertung schwedischer Registerdaten aus dem Jahr 2015 zeigt, dass die Raten für Schlaganfälle und intrakranielle Blutungen unter VKA bei guter und sehr guter Einstellung der INR-Werte mit VKA nicht häufiger als unter DOAKs in deren Zulassungsstudien sind<sup>i</sup>.

### **Maßnahmen zur Umsetzung**

Ersteinstellungen sollten auf Phenprocoumon erfolgen, sofern keine Kontraindikationen vorliegen. Bei der Einstellung auf ein DOAK sind weitere Risikofaktoren (z. B. eingeschränkte Nierenfunktion, Alter > 75 Jahre, Gewicht < 60 kg, mangelnde Adhärenz) zu beachten und patientenindividuell zu beurteilen. Patienten, deren INR unter Phenprocoumon stabil im Zielbereich liegt, sollten nicht umgestellt werden. Die AkdÄ betont, dass sich für Patienten mit Klappen-bedingtem Vorhofflimmern und dies sowohl bei mechanischem als auch bioprosthetischem Klappenersatz der Einsatz eines DOAKs ausschließt.

### **Wichtiger Hinweis**

Die Verordnung eines Vitamin K Antagonisten trägt in diesem Ziel immer mit maximaler Punktzahl zur Zielerreichung bei. Dies gilt auch, wenn für das Präparat kein Rabattvertrag mit der jeweiligen Krankenkasse vorliegt. Auf der anderen Seite tragen im Ziel 26.1 nach wie vor DOAK mit und ohne Rabattvertrag nicht zur Zielerreichung bei.

Unsere Pharmakotherapieberaterinnen und -berater stehen Ihnen - **als Mitglied der KVB** - zur Verfügung. Sie finden unsere Beraterinnen und Berater unter <https://www.kvb.de/mitglieder/beratung>.

---

<sup>i</sup> Therapie mit Cumarin-Antikoagulantien bei Vorhofflimmern sicher und effektiv. *arznei-telegramm* 2015, 46 (5): 48.