



Verordnung Aktuell Arzneimittel

Stand: 26. März 2020

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ Verordnungsberatung@kvb.de ▪ www.kvb.de/verordnungen

■ Wechsel der Antikoagulation bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern während der SARS-CoV19 Pandemie

In den letzten Tagen mehren sich die Anfragen von Praxen dahingehend, ob Patienten, die aufgrund eines nicht-valvulären Vorhofflimmerns mit dem Vitamin K Antagonisten (VKA) Phenprocoumon behandelt werden und im Rahmen dessen zur Kontrolle des Koagulationsstatus regelmäßig den INR (international normalized ratio) Wert bestimmt bekommen müssen, zur Reduktion der direkten Arzt-Patienten Kontakte während der aktuell grassierenden Corona Krise auf einen der neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) umgestellt werden können oder sollten. Wir möchten Ihnen zu Ihrer persönlichen Entscheidungsfindung gegenüber Ihren Patienten folgendes zu bedenken geben:

Bei Umstellung von einem Vitamin K Antagonisten auf einen der neuen oralen Antikoagulantien (Apixaban, Dabigatran, Edoxaban, Rivaroxaban) müssen in der Umstellungsphase vermehrt Arzt-Patienten Kontakte stattfinden. Vor dem Einsatz eines NOAK muss ein großes Blutbild mit der Bestimmung von Nieren- und Leberwerten sowie Hämoglobinvorgeschaltet werden, um Kontraindikationen zu beachten und die angemessene Dosis zu bestimmen. Nach dem Absetzen von Phenprocoumon soll die Therapie mit der neuen Substanz nach dem Leitfaden der AkdÄ¹ erst dann begonnen werden, wenn der INR-Wert kleiner gleich 2 (im Fall von Edoxaban kleiner gleich 2,5) ist. Dafür muss der INR-Wert sehr engmaschig überprüft werden, um den richtigen Zeitpunkt für den Beginn der neuen Therapie abzuspassen. In der ersten Woche der Umstellung würde sich damit die Zahl der Arzt-Patienten Kontakte erhöhen. Nach erfolgter Umstellung empfiehlt die ESC Guideline (Leitlinie der European Society of Cardiology) eine Kontrolluntersuchung nach einem Monat und danach in der Regel alle drei Monate.² Es kann im Einzelfall aber auch notwendig sein, den Patienten einmal monatlich zu sehen, z.B. bei sehr gebrechlichen Personen mit Multimedikation bzw. sich kontinuierlich verschlechternden Nierenwerten oder bei begründetem Verdacht auf schlechte Therapietreue. Ob sich dadurch die Zahl der Arzt-Patienten Kontakte durch die Umstellung von Phenprocoumon auf ein NOAK reduzieren lassen, lässt sich nicht generell bejahen.

¹ <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/LF/OAKVHF/index.html>

² Steffel J. et al., Eur Heart J 2018, 39 (16):1330-1393.

Die Umstellungsphase ist mit einer gewissen Unwägbarkeit hinsichtlich des Koagulationsstatus des Patienten verbunden. Sowohl eine erhöhte Blutungsneigung als auch ein erhöhtes Risiko für thrombembolische Ereignisse sind damit möglich. Deshalb mag man sich fragen, ob gut eingestellte Patienten gerade jetzt dem Risiko einer Umstellung ausgesetzt werden sollten.

Auch wenn aktuell alle Kraftanstrengung dem gemeinsamen Ziel dient, der Pandemie Einhalt zu gebieten, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass **in der Zeit nach der Krise** die Empfehlung für eine wirtschaftliche Verordnungsweise dahin gehen wird, die Patienten, die ursprünglich gut auf eine VKA Therapie eingestellt waren, wieder **zurück umzustellen**. **Auch eine solche Rückumstellung wird mit intensivierten Arzt-Patienten Kontakten einhergehen.**

Unsere Pharmakotherapieberater stehen Ihnen - **als Mitglied der KVB** - als Ansprechpartner zur Verfügung. Sie finden unsere Berater unter <http://www.kvb.de/service/kontakt-und-Beratung/praesenzberatung/verordnungen/>. Oder Sie hinterlassen uns über das Kontaktformular unter www.kvb.de/Beratung einen Rückrufwunsch.