

## Orale Antikoagulation: Selbstkontrolle zur Qualitätsverbesserung

**Leserbrief zu: Haller-Wick F, Schädel S, Krause M, Widmer F.  
Korrekturpraxis bei der oralen Antikoagulation: eine Beobachtungsstudie<sup>1</sup>**

Diese Studie zeigt beunruhigende Erkenntnisse bezüglich der Qualität oraler Antikoagulation, die mit der Länge der Kontrollintervalle korrelieren.

Leider wurde die beste Möglichkeit zur Verkürzung der Intervalle im Artikel nicht erwähnt – nämlich die Selbstkontrolle durch die Patienten. Interessant wäre auch, am untersuchten Kollektiv die Anzahl für die Selbstkontrolle in Frage kommender Patienten zu schätzen.

Die Patientenselbstkontrolle erfolgt in der Regel in wöchentlichen Abständen und führt zu einer signifikanten Verbesserung der erreichten Zielwerte. Die Stiftung Coagulation Care ([www.coagulationcare.ch](http://www.coagulationcare.ch)) bietet ärztliche Schulung und Support zu dieser wissenschaftlich untermauerten Massnahme an.<sup>2</sup>

Prof. Dr. med.  
Andreas Hoffmann  
Innere Medizin/  
Kardiologie FMH  
Lange Gasse 78  
CH-4052 Basel  
[andreas.hoffmann@unibas.ch](mailto:andreas.hoffmann@unibas.ch)

*Andreas Hoffmann*

<sup>1</sup> Schweiz Med Forum. 2007;7(38):778–82.

<sup>2</sup> Ann Thorac Surg. 2007;83:24–9.

## Blutungskomplikationen unter oraler Antikoagulation: Plädoyer für eine differenzierte Strategie

**Leserbrief zu: Haller-Wick F, Schädel S, Krause M, Widmer F.  
Korrekturpraxis bei der oralen Antikoagulation: eine Beobachtungsstudie<sup>1</sup>**

In ihrer interessanten Beobachtungsstudie zur Praxis der oralen Antikoagulation geben die Autoren Empfehlungen zur Korrektur bei zu hoher INR (Tabelle 5 im Artikel). Sie berufen sich dabei auf zwei Arbeiten (Referenzen 16 und 18 im Artikel). Dazu ist festzuhalten, dass die Arbeit von Aguilar et al. (Mayo Clin Proc 2007) sich spezifisch auf das Problem der intrakraniellen Blutung unter Warfarin bezieht. Kontrollierte Daten zur Strategie der INR-Korrektur fehlen, wie die Autoren beider zitierten Referenzen festhalten. Wenn bei Patienten mit zu hoher INR lediglich die Gabe des Vitamin-K-Antagonisten unterbrochen wird, ist, auf Grund der langen Plasma-Halbwertszeit insbesondere von Phenprocoumon, der gewünschte Effekt auf die INR erst nach Tagen zu erwarten. Wird umgekehrt gleichzeitig peroral mit Phytomenadion behandelt und die orale Antikoagulation pausiert, kommt es häufig zur unerwünschten Überkorrektur der INR bzw. Aufhebung der oralen Antikoagulation. Wie im Artikel erwähnt, muss die Strategie deswegen differenziert werden, je nachdem, ob man die Antikoagulation aufheben oder lediglich die INR korrigieren will. Im letzteren Fall ist gleichzeitig eine niedrig dosierte Gabe von Phytomenadion (Auswirkung auf die INR innert der nächsten 12 bis 24 Stunden zu erwarten) sowie das Weiterführen der oralen Antikoagulation in erniedrigter Dosierung (Auswirkung auf die INR in den nächsten 2–4 Tagen) zu empfehlen. Andernfalls kann es zur unerwünschten Berg- und Talfahrt zwischen zu tiefer und zu hoher INR kommen. Diese Strategie wird durch die in Tabelle 6 der besprochenen Arbeit gemachten Angaben zur Pharmakokinetik der Kumarine (insbesondere des Phenprocoumons) untermauert und hat sich im klinischen Alltag bewährt.

PD Dr. Jonas Rutishauser  
Medizinische Klinik  
Spitalzentrum  
Vogelsang 84  
CH-2502 Biel  
[j.rutishauser@unibas.ch](mailto:j.rutishauser@unibas.ch)

*Jonas Rutishauser*

<sup>1</sup> Schweiz Med Forum. 2007;7(38):778–82.

## Replik

Zum Kommentar von Prof. Hoffmann: In einem ausgewählten Patientenkollektiv kann die Selbstkontrolle der oralen Antikoagulation durch den Patienten zu einer besseren Einstellung der INR mit weniger Komplikationen führen [1]. In einer kürzlich erschienenen Studie von Fritschi et al. [2] konnte dies auch für Schweizer Verhältnisse bestätigt werden. Allerdings zeigt sich im Vergleich mit unserer Studie ein sehr unterschiedliches Patientenkollektiv. Während bei Fritschi ein Durchschnittsalter von 52 Jahren angegeben wird, liegt das Durchschnittsalter unserer Patienten bei 74 Jahren.

Zusammenfassend ist die Selbstkontrolle der oralen Antikoagulation in einem ausgewählten Patientenkollektiv eine gute Möglichkeit, Kontrollintervalle zu verkürzen und damit die Einstellung der OAK zu optimieren. Die Patienten müssen aber durch den Hausarzt sehr sorgfältig ausgewählt werden.

Wir danken Prof. Hoffmann und PD Dr. Rutishauser für das Interesse an unserer Arbeit und die wertvollen Ergänzungen.

*Franziska Haller-Wick*

Korrespondenz:  
Dr. med. Franziska Haller-Wick  
Sanacare HMO-Praxis  
Rosenbergstr. 16  
CH-9000 St. Gallen  
[wick.f@bluewin.ch](mailto:wick.f@bluewin.ch)

### Literatur

- 1 Heneghan C, Alonso-Coello P, Garcia-Alamino JM, Perera R, Meats E, Glasziou P. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006;367:404–11.
- 2 Fritschi J, Raddatz-Müller P, Schmid P, Wullemin WA. Patient self-management of long-term oral anticoagulation in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2007;137:252–8.