

# Gerinnungsmanagement bei Migranten in der Hausarztpraxis

## *Coagulation Management Among Migrants Attending Family Practice*

Karola Mergenthal, Corina Güthlin, Lisa-Rebekka Ulrich, Juliana J. Petersen, Julia Hirschfeld, Andrea Siebenhofer

**Hintergrund:** Gerinnungsmanagement ist komplex und stellt für Patienten und für Hausärzte eine Herausforderung dar; vor allem, wenn Personen mit Migrationshintergrund (MH) und mangelnden Deutschkenntnissen versorgt werden müssen. In dieser Studie wurde untersucht, ob Unterschiede in der gerinnungshemmenden Versorgung von Patienten mit und ohne MH bestehen.

**Methode:** Bei der Rekrutierung von Teilnehmern zur Primary Care Management for Optimized Antithrombotic Treatment (PICANT)-Studie, einer clusterrandomisierten klinischen Studie zum Gerinnungsmanagement in Hausarztpraxen, wurden Daten zur Indikation, Art und Qualität der gerinnungshemmenden Versorgung erhoben. Angaben der Ärzte zur Compliance, zum Migrationsstatus und zur deutschen Sprachkompetenz ergänzten die Datenerhebung. Unterschiede wurden auf statistische Signifikanz geprüft.

**Ergebnisse:** Unter den 1.757 gescreenten Personen befanden sich 160 (9,1 %) mit MH. Alter, Geschlecht, Indikation und die gerinnungshemmende Versorgung waren vergleichbar; jeweils 93 % in jeder Gruppe nahmen einen Vitamin-K-Antagonisten ein. 92 % der Personen ohne MH und 93 % der Migranten hatten eine Indikation zur oralen Antikoagulation (OAK) und erhielten auch eine. Mit ihrem INR-Wert im Zielbereich waren 67 % der Personen ohne MH und 63 % der Migranten, je 10% führten Patientenselbstmanagement durch. Hausärzte schätzten Personen mit MH als weniger compliant ein ( $p = 0,04$ ). Die Migranten kamen aus 28 verschiedenen Ländern und 60 % hatten gute deutsche Sprachkenntnisse.

**Diskussion/Schlussfolgerungen:** Der Anteil der Patienten mit einer gerinnungshemmenden Über- oder Untertherapie war insgesamt gering und unterschied sich zwischen den Gruppen mit und ohne MH nicht bedeutsam. Trotz vergleichbar guter gerinnungshemmender Versorgung schätzten Hausärzte die Compliance von Patienten mit MH schlechter ein. Diese subjektive Einschätzung der Hausärzte sollte im Hinblick auf ihr Verhalten bei der Versorgung genauer untersucht und gegebenenfalls berücksichtigt werden.

*Schlüsselwörter:* Orale Antikoagulation; Migration; Versorgungsforschung; Hausarztpraxis; interkulturell

**Background:** Coagulation management is complicated and is a challenge for both patients and their family physicians (FPs), particularly when the person receiving care has a migratory background (MB) and speaks German poorly. In this study, we examine whether there is a difference in anticoagulation therapy between patients with and without an MB.

**Method:** When participants were being recruited for the Primary Care Management for Optimized Antithrombotic Treatment (PICANT) trial, a cluster-randomized clinical study on coagulation management in family practice, information was collected on the indication, type and quality of anticoagulation therapy patients were undergoing. Further data were gathered from the doctors on adherence, immigration status and German language ability. Differences were tested for statistical significance.

**Results:** Of the 1,757 screened persons, 160 (9.1 %) had a migratory background. Age, gender, indication and anticoagulation therapy were comparable, and 93 % of each group was taking a vitamin K antagonist. Oral anticoagulation (OAC) was indicated and taken by 93 % of persons with and 92 % without an MB. 63 % of migrants and 67 % of non-migrants had values within their therapeutic INR range, and 10 % of each group was performing INR self-management. FPs reckoned patients with a migratory background showed poorer adherence ( $p = 0.04$ ). The immigrants came from 28 different countries and 60 % spoke German well.

**Discussion/Conclusions:** The proportion of patients showing under- or overtreatment with oral anticoagulants was low overall and there was no significant difference between the two groups. Despite comparably good results, FPs judged adherence among patients with an MB to be worse. This subjective assessment by FPs should be examined in more detail and possibly taken into account when considering their behavior when providing care.

*Keywords:* Oral Anticoagulation; Health Services Research; Family Practice; Intercultural

## Hintergrund

Die gesundheitliche Versorgung von Migranten/Personen mit Migrationshintergrund (MH)\* in Deutschland ist schlechter als die der einheimischen Bevölkerung [1]. Sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede können zu einer erschwerten Kommunikation zwischen Arzt\*\* und Patient und damit zu einer Beeinträchtigung der Qualität der Versorgung führen [2]. Gerade bei einer komplexen Behandlung wie dem Gerinnungsmanagement mit oralen Antikoagulantien (OAK) ist der Therapieerfolg abhängig davon, ob die Patienten die Therapieempfehlungen verstehen und umsetzen können. Es ist eine hohe Compliance erforderlich, um das Risiko für Nebenwirkungen gering zu halten [3].

Mit der Hemmung der Blutgerinnung (Antikoagulation) wird thromboembolischen Komplikationen bei Patienten mit Vorhofflimmern oder anderen Indikationen wirksam vorgebeugt und das Schlaganfallrisiko gesenkt. Die Verabreichung von OAK erfordert ein sorgfältiges Sicherheitsmanagement wie z.B. die regelmäßige Überwachung der Blutwerte (INR-Messung) und eine Anpassung der Medikamententherapie [3]. Aus dem Register des Deutschen Kompetenznetzes Vorhofflimmern (AFNET), das zwar überwiegend Daten von kardiologisch/internistischen Spezialisten, aber auch aus 23 deutschen Hausarztpraxen enthält, weiß man, dass nur 72 % eine OAK erhalten, 17 % erhalten lediglich Plättchenaggregationshemmer und 11 % werden nicht antithrombotisch versorgt, obwohl keine Kontraindikation ersichtlich ist [4]. Mögliche Gründe für eine Unterversorgung wurden bei 459 britischen Allgemeinmedizinern erfragt. Genannt wurden fehlende Zeit für die Einstellung, Verzögerung beim Erhalt der Laborwerte, Interaktion mit anderen Medikamenten und die Angst vor rechtlichen Komplikationen [5]. Obwohl sich das englische Gesund-

heitssystem grundsätzlich vom deutschen unterscheidet, könnten diese Gründe auch in deutschen Hausarztpraxen eine Rolle spielen. Geschulte Patienten können selbst die INR-Bestimmung und die Dosisanpassung in Form eines Patientenselbstmanagements (PSM) übernehmen. Zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien bestätigen, dass thromboembolische Ereignisse bei PSM seltener auftreten und sich die Gerinnungseinstellung verbessern lässt [6, 7]. Dies gilt auch für ältere Patienten [8].

Ziel der hier vorgestellten Erhebung war es, zu untersuchen, ob sich die gerinnungshemmende Versorgung von gescreenten Patienten mit und ohne MH in der Indikation, Art und Qualität der Versorgung unterscheidet, und ob Unterschiede in der Einschätzung der Compliance durch die Hausärzte bestehen. Zusätzlich wurden Informationen zur Herkunft und zur eingeschätzten Sprachkompetenz berücksichtigt.

## Methode

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der Rekrutierungsphase (Juli bis Oktober 2012) für die PICANT-Studie (*Primary Care Management for Optimized Antithrombotic Treatment*), einer clusterrandomisierten kontrollierten Studie, in der untersucht wird, ob eine komplexe Intervention das Gerinnungsmanagement in Hausarztpraxen verbessert [9]. Die Fallzahlplanung ergab eine Stichprobengröße von 690 Patienten aus 52 Hausarztpraxen. Zur Praxisrekrutierung wurde eine zufallsgenerierte Stichprobe aus allen bei der KV Hessen registrierten, hausärztlich tätigen Ärzten gezogen. Die 568 Ärzte dieser Stichprobe erhielten Studieninformationen und wurden um Teilnahme gebeten. Teilnehmende Praxen identifizierten prinzipiell geeignete Patienten zufallsgeneriert aus der Praxis-Datenbank und anonymisierten die Daten.

2.036 Patienten wurden gescreent, um die notwendige Teilnehmerzahl zu erreichen. In die Auswertung flossen explizit die Daten aller gescreenten Patienten ein, unabhängig davon, ob Studienausschlussgründe vorlagen bzw. ob sie später an der Studie teilnahmen oder nicht. Die alleinige Betrachtung der Studienteilnehmer hätte zu einer Selektion von Patienten geführt, in der Personen mit MH meist unterrepräsentiert sind.

Die Hausärzte wurden hinsichtlich der Langzeitindikation befragt. Um die Art der gerinnungshemmenden Versorgung abzubilden, erfolgte ein Vergleich der medikamentösen Therapie (Cumarine, Dabigatran, Rivaroxaban, ASS/Clopidogrel). Zur Abbildung der Qualität wurde aus der Kombination einer Langzeitindikation zur OAK und den verabreichten Medikamenten beurteilt, ob eine angemessene Therapie oder eine Über- oder Untertherapie vorlag. Eine Untertherapie lag vor, wenn eine Langzeitindikation zur OAK vorhanden war und kein Medikament verabreicht wurde. Eine Übertherapie war gegeben, wenn eine Verabreichung eines OAK erfolgte, obwohl keine Langzeitindikation zur OAK bestand. Bei Patienten mit Cumarintherapie wurde verglichen, ob sich der letzte erhobene INR-Wert im Zielbereich befand und wie hoch der Anteil der Patienten mit PSM war. Zusätzlich bewerteten die Hausärzte die Compliance der Patienten (Unterteilung in „sehr compliant“, „mittelmäßig compliant“ oder „nicht compliant“), den Migrationsstatus und ggf. die Sprachkompetenz. Basisdaten wie Geschlecht und Geburtsjahr vervollständigten die Erhebung.

Die Auswertung umfasste deskriptive und bivariate Analysen (Mann-Whitney-Test bei nicht Normalverteilung von kontinuierlichen Daten und Chi-Quadrat-Test bei kategorialen Daten). Das Signifikanzniveau für alle statistischen Tests wurde auf  $\alpha \leq 0,05$  festgelegt. Ein positives Ethikvotum (vom 26.06.2012) der Ethik-Kommission der Goethe-Universität in Frankfurt am Main liegt vor.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden Daten von 2.036 Personen erhoben. Bei 275 Personen stellte sich während des Screenings heraus, dass keine Langzeitindikation und keine OAK-Gabe vorlagen. Bei vier Personen fehlten die Angaben zum Migrationsstatus, daher flossen die Datensätze von 1.757 Patienten in die Auswertung ein, wovon 160 Personen einen MH (9,1 %) hatten.

Die Personengruppe mit MH war signifikant jünger (s. Tab. 1); deren Altersdurchschnitt betrug 70,7 Jahre (SD 10,7) gegenüber 75 Jahren (SD 10,2) in

\* Zu diesem Personenkreis gehören nach der Definition des Statistischen Bundesamtes alle Menschen, die selber oder deren Eltern (mindestens ein Elternteil) im Ausland geboren sind, unabhängig davon, ob sie die deutsche oder ausländische Staatsbürgerschaft besitzen. Die Bezeichnung „Personen mit Migrationshintergrund“ und „Migranten“ wird in dem vorliegenden Artikel synonym verwendet.

\*\* Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die getrennte Erwähnung beider Geschlechter verzichtet. Es sind stets beide Geschlechter gemeint.

Ergebnisse		Personen mit MH (n = 160)	Personen ohne MH (n = 1.597)	p-Wert
Alter	Mittleres Alter in Jahren (SD)	70,7 (10,7)	75,0 (10,2)	<0,000 <sup>1</sup>
	Range	38–92	23–100	
Geschlecht	Weiblich	83 (51,9 %)	750 (47,0 %)	0,236 <sup>2</sup>
	Männlich	77 (52,7 %)	847 (53,0 %)	
Diagnosen für eine Langzeitindikation zur oralen Antikoagulation <sup>3</sup>				
Chron. Vorhofflimmern/Vorhofflattern		124 (77,5)	1.268 (79,4)	
Tiefe Venenthrombose (hohes Rezidiv-Risiko)		9 (5,6)	137 (8,6)	
Lungenarterienthrombose (hohes Rezidiv-Risiko)		1 (0,6)	33 (2,1)	
Mechanischer Herzklappenersatz		17 (10,6)	99 (6,2)	0,042 <sup>2</sup>
Andere Indikation		4 (2,5)	24 (1,5)	
Keine Indikation		5 (3,1)	36 (2,3)	
Art der Versorgung (gerinnungshemmende Medikation)		n = 150 (%)	n = 1.509 (%)	
Vitamin-K-Antagonisten (Phenprocoumon [Marcumar®] und Coumadin)		140 (93,3)	1.412 (93,6)	0,862 <sup>2</sup>
Direkte orale Antikoagulanzen (Dabigatran [Pradaxa®] und Rivaroxaban [Xarelto®])		10 (6,7)	97 (6,4)	
Qualität der Versorgung		n = 160 (%)	n = 1.597 (%)	
Patient hat Langzeitindikation zur OAK und erhält auch eine.		147 (91,9)	1.491 (93,4)	0,507 <sup>2</sup>
Patient hat Langzeitindikation zur OAK, erhält aber keine.		8 (5,0)	70 (4,4)	
Patient hat keine Langzeitindikation zur OAK, erhält aber eine.		5 (3,1)	36 (2,3)	
Gerinnungseinstellung bei Cumarin-Therapie		n = 138 (%)	n = 1.367 (%)	
INR-Wert im Zielbereich		87 (63,0)	917 (67,1)	0,3312
INR-Wert nicht im Zielbereich		51 (37,0)	449 (32,9)	
Patientenselbstmanagement (PSM)		n = 53 (%)	n = 90 (%)	
Kein Patientenselbstmanagement		128 (89,5)	1.288 (90,4)	0,455 <sup>2</sup>
Patientenselbstmanagement		15 (10,5)	135 (9,5)	
Einschätzung der Compliance durch den Hausarzt		n = 158 (%)	n = 1.577 (%)	
Sehr compliant		91 (57,6)	1.065 (67,5)	0,041 <sup>2</sup>
Mittelmäßig compliant		52 (32,9)	398 (25,2)	
Nicht compliant		15 (9,6)	114 (7,2)	
<sup>1</sup> Mann-Whitney-Test <sup>2</sup> Chi2-Test <sup>3</sup> Langzeitindikation für eine orale Antikoagulation: Vorhofflimmern/-flattern, rezidivierende Thromboembolien oder rezidivierende Lungenembolien, mechanische Herzklappe oder seltene Voraussetzungen, die eine orale Antikoagulation mit Cumarinen erfordern (hereditäre Koagulopathien, intrakardiale Thromben) Signifikante Ergebnisse fett markiert				

**Tabelle 1** Vergleich von Personen mit und ohne Migrationshintergrund

der Personengruppe ohne MH. In beiden Gruppen bestand beim Großteil der Patienten Vorhofflimmern als Indikation zur OAK (79,4 % ohne MH vs. 77,5 % mit MH).

#### Art und Qualität der Versorgung mit Gerinnungshemmern

Jeweils 93 % der Personen mit und ohne MH nahmen einen Vitamin-K-Antagonisten ein. Auch der Anteil der Patienten, die ein Cumarin zur OAK erhielten, war in beiden Gruppen gleich hoch mit 87,5 % (n = 140 mit MH vs. n = 1.397 ohne MH). In der Gruppe der Personen mit MH war der Anteil der Übertherapie mit 5,0 % (n = 8) höher als in der Gruppe der Personen ohne MH mit 4,4 % (n = 70). Auch von einer Untertherapie waren geringfügig mehr Migranten betroffen (3,1 %; n = 5 vs. 2,3 %; n = 36). Ein statistisch signifikanter Unterschied ließ sich nicht nachweisen.

Unter Cumarin waren weniger Migranten mit ihrem INR-Wert innerhalb des therapeutischen Zielbereichs mit 63 % (n = 87) gegenüber Personen ohne MH mit 67 % (n = 917), wobei der Unterschied nicht statistisch signifikant war. Innerhalb der Gruppe der Migranten führte mit 10,5 % (n = 15) ein größerer Anteil PSM durch als in der Gruppe ohne MH mit 9,5 % (n = 135). Die neuen Antithrombotika waren zu Studienbeginn im Jahr 2012 erst kürzlich zugelassen und demnach nur in geringem Maß in Verwendung (vgl. Tab. 1).

#### Einschätzung der Compliance durch die Hausärzte

Die Hausärzte schätzten die Compliance von Personen ohne MH signifikant höher ein (67,5 %; n = 1.065) als von Personen mit MH (57,6 %; n = 91) und beschrieben bei den Migranten signifikant häufiger „mittelmäßige Compliance“ (32,9 %; n = 52 vs. 25,2 %; n = 398) oder „keine Compliance“ (9,6 %; n = 15 vs. 7,2 %; n = 114) (vgl. Tab. 1).

#### Herkunft und Sprachkompetenz

Unter den Personen mit MH waren nach den Angaben der jeweiligen Hausärzte 2,5 % (n = 4) in Deutschland geboren, für 73,3 % (n = 118) wurde ein anderes Geburtsland angegeben und bei 23,8 % (n = 38) war das Geburtsland nicht be-

kannt. Insgesamt wurden neben dem Geburtsland Deutschland noch weitere 28 verschiedene Herkunftsländer genannt. Die drei am häufigsten genannten Länder waren:

- Tschechien mit 11,9 % (n = 19)
- Italien mit 10,6 % (n = 17)
- Polen mit 8,1 % (n = 13)

Die Hausärzte schätzten die Sprachkompetenz von 96 Personen (60,4 %) mit MH in der Stichprobe als sehr gut oder gut und von 63 Personen (39,6 %) als befriedigend bis ungenügend ein. Für eine Person lag keine Einschätzung zur Sprachkompetenz vor.

### Diskussion

Hinsichtlich der gerinnungshemmenden Versorgung von Personen mit und ohne MH zeigte sich in dieser Studie, dass keine bedeutsamen Unterschiede bestehen. Dies gilt auch für die Erreichung eines INR-Zielwertes bei Patienten mit Cumarin. Trotzdem schätzten Hausärzte Personen mit MH als weniger compliant ein.

#### Art und Qualität der gerinnungshemmenden Versorgung

Bei über 90 % der Patienten entsprach die Behandlung in beiden verglichenen Gruppen den aktuellen Leitlinien, welche zur OAK eine an das individuelle Risiko der Patienten angepasste Behandlung empfehlen [10]. Damit ist der Anteil der angemessenen Therapie sowohl bei den Migranten als auch in der Vergleichsgruppe sehr hoch gegenüber anderen Studien. Ogilvie et al. zeigten in einem systematischen Review auf [11], dass Patienten mit Vorhofflimmern und einem hohen Schlaganfallrisiko in der Mehrzahl der identifizierten Studien untertherapiert waren. Reynolds et al. [12] beschreiben in den USA und Kanada eine hohe Abbruchrate der Warfarineinnahme 2–2,5 Jahren nach Ersteinnahme. Cohen et al. [13] identifizierten in einer israelischen Studie als Einflussfaktoren für eine Untertherapie hohes Alter (> 80 Jahre) und mangelnde hebräische Sprachkenntnisse. In deutschen Hausarztpraxen findet eine engmaschige Kontrolle und Überwachung der INR-Werte statt, sodass dadurch ein Therapieabbruch und eine Untertherapie

auch der älteren Population (in der Studie waren 33,7 % > 80 Jahre) verhindert werden kann. Die Gruppe der Patienten mit deutschen Sprachschwierigkeiten war in der PICANT-Studie sehr klein (n = 63), und es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der Versorgung.

Bei 63 % der Migranten und 67 % der Personen ohne MH war der einmalig erhobene INR-Wert innerhalb des therapeutischen Zielbereiches. Daten aus einer Metaanalyse von Wan et al. [14] zeigen, dass nur etwa die Hälfte der untersuchten Population im Zielbereich lag. In einer deutschen Studie aus dem Jahr 2007 [15] waren nur etwa 55 % der Patienten mit Vorhofflimmern innerhalb ihres empfohlenen Zielbereiches. Im Vergleich dazu sind die Ergebnisse in der vorgestellten Studienpopulation zufriedenstellend.

Der Anteil der neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK) spielte zu Beginn dieser Studie in der hausärztlichen Behandlung noch eine untergeordnete Rolle. Gerade für die NOAK muss aufmerksam beobachtet werden, ob die postulierten Vorteile wie das fehlende Monitoring sich auch im Versorgungsalltag bewähren [16]. Gründe von Hausärzten für die Initiierung oder die Umstellung auf die NOAK werden am Studienende von PICANT im Rahmen von qualitativen Erhebungen in den teilnehmenden Praxen untersucht [9]. PSM wurde insgesamt selten, bei Migranten – vermutlich aufgrund des geringeren Alters – etwas häufiger als in der Vergleichsgruppe ohne MH durchgeführt. Bereits im Jahr 2009 führten ca. 150.000 Patienten in Deutschland PSM durch. Bei einer geschätzten Zahl von 1,8 Mio. Menschen mit Vorhofflimmern ist der Anteil an PSM in Deutschland insgesamt sehr gering. Ein Grund könnte darin liegen, dass von den Hausärzten der tatsächliche Anteil von Patienten (mit und ohne MH), die PSM durchführen können, unterschätzt wird [6]. Dass auch ältere Personen von PSM profitieren, belegen die Ergebnisse der SPOG-60+-Studie, in der das Durchschnittsalter 69 Jahre betrug und über eine dreijährige Beobachtungszeit die Überlegenheit bei der Verhütung schwerer thromboembolischer Ereignisse und Blutungskomplikationen festgestellt werden konnte [8].

### Karola Mergenthal ...



... ist Gesundheitswissenschaftlerin (Master of Science für Public Health). Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität, Frankfurt am Main. Interessenschwerpunkte sind neben der hausärztlichen Versorgung von Migranten vor allem die Forschung für und mit Medizinischen Fachangestellten in der Hausarztpraxis.

### Einschätzung der Compliance

Personen mit MH wurden von den Hausärzten in dieser Studie signifikant häufiger als „nicht compliant“ eingeschätzt, obwohl sich dies in den Ergebnissen zur Qualität der gerinnungshemmenden Versorgung, v.a. im Erreichen des INR-Zielwertes nicht widerspiegelt. Interkulturell kompetenten Ärzten und Praxisteams sollte bewusst sein, dass das Therapieverhalten von bestimmten Migrantengruppen durch zusätzliche Faktoren wie z.B. dem kulturellen Hintergrund beeinflusst wird [17]. Die kulturbedingte unterschiedliche Auffassung von Krankheit und Gesundheit bestimmt das Krankheitserleben und dadurch auch den Umgang mit chronischen Krankheiten [18]. Eine Unterschätzung der Compliance birgt die Gefahr, dass der Fokus auf das individuelle Gesundheitsverhalten gelegt wird, ohne die Bedürfnisse und Wertevorstellungen der Migranten zu hinterfragen, zu verstehen und zu akzeptieren und so die Motivationslage nicht optimal einzuschätzen. Gerade Hausärzte sollten auf diesen Aspekt stärker sensibilisiert werden, da Migranten ihren Hausarzt häufiger aufsuchen als Deutsche [19].

### Stärken und Schwächen der Studie

Es ist davon auszugehen, dass vor allem motivierte und interessierte Hausärzte teilnahmen, was sich in der überdurchschnittlich guten Versorgung der gescreenten Patienten zeigt. Welchen Einfluss dies auf die Versorgung von Patienten mit MH hat, kann nicht beurteilt werden. Die anonymisierte Datenerhebung vor Beginn der eigentlichen klinischen Studie (im Screeningprozess) hat den Vorteil, dass Daten von Patienten, die aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse nicht an der Studie teilnehmen konnten, mit in die Auswertungen einbezogen wurden. Von Nachteil war, dass durch diese Konstruktion keine direkte Patientenbefragung möglich war. So konnte die tatsächliche Compliance nicht überprüft werden. Für die Kalkulation der INR-Werte haben wir zu Studienbeginn nur einen einzigen Messwert erhoben, weshalb eine TTR (Time in Therapeutic Range) Kalkulation nicht möglich war. Für die finale Auswertung nach Studienende von PICANT sind jedoch detaillierte Auswertungen zur Gerinnungsqualität vorgesehen. Die Ergebnisse sind auf keine spezielle kulturelle Bevölkerungsgruppe übertragbar,

da es sich um eine sehr heterogene Gruppe aus vielen verschiedenen Herkunftsländern handelt.

### Schlussfolgerungen

Der demografische Wandel sowie die prognostizierte Zunahme der Indikationen für OAK lassen für die Zukunft einen erhöhten Versorgungsbedarf beim Gerinnungsmanagement erwarten. Die Qualität der gerinnungshemmenden Versorgung von Personen mit und ohne MH war in der vorliegenden Studie sehr hoch. Die subjektive Einschätzung der Compliance durch die Hausärzte sollte im Hinblick auf ihr Verhalten bei der Versorgung genauer untersucht und gegebenenfalls berücksichtigt werden. Dazu könnte man die interkulturelle Kompetenz des gesamten Praxisteams erhöhen.

**Förderung:** Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützt (Förderkennzeichen 01GYM45).

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Karola Mergenthal, M. Sc. Public Health  
Institut für Allgemeinmedizin  
Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt a. Main  
Tel.: 069 6301 6281  
mergenthal@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de



**Literatur**

1. Razum O, Zeeb H, Meesmann U, et al. Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2008
2. Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis. Gesundheitliche Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten im Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg. <http://www.rhein-neckar-kreis.de/site/Rhein-Neckar-Kreis/get/792363/Bericht-zur-gesundheitlichen-Versorgungssituation.pdf> (letzter Zugriff 26.04.2014)
3. Hua TD, Vormfelde SV, Abed MA, Schneider-Rudt H, Sobotta P, Chenot JF. Orale Antikoagulation in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2010; 86: 382–389
4. Breithardt G, Dobrey D, Doll N, et al. The German Competence Network on Atrial Fibrillation (AFNET). *Herz* 2008, 33: 548–555
5. Rodgers H, Sudlow M, Dobson R, Kenny RA, Thomson RG. Warfarin anticoagulation in primary care: a regional survey of present practice and clinicians' views. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 309–310
6. Heneghan C, Ward A, Perera R, et al. Self-monitoring of oral anticoagulation: systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2012; 379: 322–334
7. Siebenhofer A, Jeitler K, Horvath K, Habacher W, Schmidt L, Semlitsch T. Self-management of oral Anticoagulation. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 6: 83–91
8. Siebenhofer A, Rakovac I, Kleespies C, Piso B, Didjurgeit U. Self-management of oral anticoagulation reduces major outcomes in the elderly. A randomized controlled trial. *Thromb Haemost* 2008; 100: 1089–1098
9. Siebenhofer A, Ulrich LR, Mergenthal K, et al. Primary care management for optimized antithrombotic treatment PICANT: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Implement Sci* 2012; 7: 79
10. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Europace* 2010; 12: 2369–2429
11. Ogilvie IM, Newton N, Welner SA, Cowell W, Lip GYH. Underuse of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med* 2010; 123: 638–645
12. Reynolds MR, Shah J, Essebag V, et al. Patterns and predictors of warfarin use in patients with new-onset atrial fibrillation from the FRACTAL registry. *Am J Cardiol* 2006; 97: 538–543
13. Cohen N, Almozino-Sarafian D, Alon I, et al. Warfarin for stroke prevention still underused in atrial fibrillation patterns of omission. *Stroke* 2000; 31: 1217–1222
14. Wan Y, Heneghan C, Perera R, et al. Anticoagulation control and prediction of adverse events in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2008; 1: 84–91
15. McBride D, Brüggengjürgen B, Roll S, Willich SN. Anticoagulation treatment for the reduction of stroke in atrial fibrillation: a cohort study to examine the gap between guidelines and routine medical practice. *J Thromb Thrombolysis* 2007; 24: 65–72
16. Innasimuthu AL, Kumar S, Akter S, Borer JS. New oral anticoagulants: great promise for therapeutic advance but great knowledge gaps remain to be filled. *Cardiology* 2013; 126: 41–49
17. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L, Härter M. Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55: 944–953
18. Brzoska P, Razum O. Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion. *Z Med Psychol* 2009; 18: 151–161
19. Palecek F. Ältere MigrantInnen – Soziale Lage und Gesundheit. <http://heimatkunde.boell.de/2013/11/18/%C3%A4ltere-migrantinnen-soziale-lage-und-gesundheit> (letzter Zugriff 26.04.2014)

**XXVI. Internationaler Fortbildungskurs  
in praktisch-klinischer Diabetologie für Fortgeschrittene**

**In Kooperation mit der DEGAM**

**14.–16. November 2014 in Jena**



In Fortsetzung der bekannten diabetologischen kritischen „Gut Höhne“-Veranstaltungen von Michael Berger findet in Jena seit einigen Jahren im Herbst eine entsprechende Veranstaltung statt, diesmal in Kooperation mit der DEGAM – Arbeitsgruppe Diabetes.

Das Programm ist voll von kritischer, EBM-getragener Aufarbeitung – diesmal insbesondere zu den Themen: Screening – Prävention – Kooperation von Spezialisten mit Generalisten – Pro und Contra BZ-Kontrollen – Praktische Übungen/Seminare.

Und was die Veranstaltung noch auszeichnet: Viel Raum zum entspannten Gespräch in sehr persönlicher Atmosphäre in einer sehr schönen Stadt.

Details zum Programm und den Konditionen der Tagung: [www.diabetologie-tagung.de](http://www.diabetologie-tagung.de)

Wir empfehlen zu kommen: *Günther Egidi, Till Uebel, Heinz-Harald Abholz*