



Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)

Achenbachstr. 43, 40237 Düsseldorf

Geschäftsstelle: Tel: 0211 / 600 692 - 0 Fax: 0211 / 600 692 - 10 E-Mail: info@dgk.org
Pressestelle: Tel: 0211 / 600 692 - 61 Fax: 0211 / 600 692 - 67 E-Mail: presse@dgk.org

Pressemitteilung

Abdruck frei nur mit Quellenhinweis: Presstext DGK 04/2007

**Unverändert höheres Risikoprofil von Frauen in der
Sekundärprävention der KHK –
Sechs-Jahresverlauf an 117.913 Patienten**

Prof. Dr. Heinz Völler et al., Rüdersdorf

**Samstag, 14. April 2007 (Steigenberger, Saal Luisenpark),
8.30 – 10 Uhr**

Im Vergleich zu Männern haben koronarkranke Frauen eine schlechtere Prognose. Dabei erhalten sie unter Berücksichtigung von Komorbiditäten und Alter im Akutstadium keine differente Therapie. Ob jedoch Unterschiede im Rahmen der Sekundärprävention bestehen, ist bislang unzureichend bekannt. Daher war es das Ziel vorliegender Untersuchung, Trends in den Patientencharakteristika und Ausgangsrisikofaktorenprofilen sowie erreichten Veränderungen in den Verordnungsraten kardiovaskulärer Pharmakotherapien und für verschiedene Erfolgsparameter nach Anschlussheilbehandlung (AHB) über den Zeitraum von sechs Jahren im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede zu analysieren.



Prof. Dr. Heinz Völler

Methodik

Von 2000 bis 2005 wurden in 171 Rehabilitationskliniken 117.913 konsekutive Patienten (30,7 % Frauen, im Jahre 2005 67,9 Jahre; 69,3 %, Männer, 63,3 Jahre) nach akutem koronarem Ereignis eingeschlossen. Zu Beginn und bei Entlassung wurden BMI, Blutdruck, Blutzucker und das Lipidprofil bestimmt und

die Pharmakotherapie protokolliert. Unter Adjustierung für Alter und Geschlecht sowie für Ausgangswerte erfolgte eine Analyse zeitlicher Veränderungen (Trends), geschlechtsspezifischer Niveau-Unterschiede sowie der Verlaufsparallelität zwischen den Geschlechtern.

Ergebnisse

Frauen und Männer werden in der kardiologischen Rehabilitation seit 2001 gleichmäßig älter. Besonders bei Frauen ist die Zunahme beachtlich und signifikant stärker ausgeprägt als bei Männern. Im Jahre 2005 waren Frauen 67,9 Jahre sowie Männer 63,2 Jahre alt. Bei beiden Geschlechtern ist eine Zunahme des BMI (im Jahre 2005 BMI bei Frauen 28,5 kg/m² vs. 28,1 kg/m² bei Männern) zu verzeichnen, wobei Frauen signifikant stärker betroffen sind.

Beide Geschlechter wurden im Verlauf mit niedrigeren systolischen RR-Werten aus der Akutklinik entlassen (Trend $p < 0,001$). Dem gegenüber ist im Zeitverlauf bei Entlassung aus der AHB keine Veränderung zu verzeichnen; es wurde bei konstant 80 Prozent der Patienten ein RR $< 140/90$ mmHg ermittelt. Der Anteil von Frauen war jedoch signifikant geringer (81,0 % vs. 83,0 %; $p < 0,001$). ACE-Hemmer ohne oder mit kombinierter Gabe von Betablockern wurden Frauen signifikant seltener verordnet (im Jahre 2005 65,7 % vs. 74,2 %, $p < 0,001$).

Das Lipidprofil bei Aufnahme zur Reha war nach Adjustierung am Ende der Registrierperiode besser eingestellt als zuvor (Trend $p < 0,001$). Signifikante Niveau-Unterschiede zugunsten der Männer gab es für das Gesamt- und LDL-Cholesterin. Während der AHB wurde, besonders in den Jahren 2004/ 2005, eine weitere Optimierung erzielt, so dass der Anteil von Patienten mit Werten für LDL-Cholesterin < 100 mg/dl sowie Triglyzeride < 180 mg/dl im Trend deutlich stieg (von 45,3 % im Jahre 2000 auf 54,6 % im Jahre 2005 für Männer bzw. von 43 % auf 54,2 % für Frauen; Trend $p < 0,001$). Der Unterschied ist zwischen den Geschlechtern zwar signifikant, jedoch klinisch nicht relevant.

Keinen Trend wiesen demgegenüber die Patienten mit pathologischen Nüchtern glukose-Werten < 126 mg/dl auf, wobei die Frauen diesen Zielwert signifikant seltener erreichten (80,9 % vs. 83,8 % im Jahre 2005, $p < 0,001$).

Schlussfolgerung

Im Beobachtungszeitraum erfahren Koronarkranke beider Geschlechter eine verbesserte Einstellung von Blutdruck und Lipiden in der Akutklinik, wobei das Lipidprofil in jüngster Zeit noch eine deutliche Optimierung während der AHB erfährt. Da Frauen jedoch im Vergleich zu Männern in den letzten Jahren eine konstant schlechtere Behandlung der konventionellen Risikofaktoren erfahren, bedürfen sie in der frühen Phase der Sekundärprävention in Zukunft erhöhter Aufmerksamkeit.

