



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

**Stand der Sekundärprävention bei koronarer
Herzkrankheit in Deutschland.
Vergleich der Ergebnisse aus EuroASPIRE II und dem
Disease-Management-Programm KHK in Nordrhein**

Dr. Bernd Hagen et al., Köln

Samstag, 14. April 2007 (Saal 14), 16.30 – 18 Uhr

1999/2000 wurden in der Region Münster 402 Krankenhauspatienten mit Bypass-OP, PTCA, akutem Herzinfarkt oder akuter koronarer Ischämie im Rahmen von EuroASPIRE II retrospektiv untersucht. In EuroASPIRE wird postuliert, dass abgesehen von der Senkung der Hypercholesterinämie die Sekundärprävention einer koronaren Herzkrankheit (KHK) unzureichend ist. Mittlerweile lassen sich diese Befunde mit denen aus dem Disease-Management-Programm (DMP) KHK Nordrhein vergleichen. Seit August 2004 ist im Bereich der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein die Einschreibung gesetzlich krankensversicherter Patienten mit gesicherter KHK in das DMP möglich. In den vergangenen neun Monaten wurden zirka 113.000 Patienten in dem DMP dokumentiert. Bis Ende 2006 lagen von 94.016 Patienten aktuelle Folgedokumentationen aus dem zweiten Halbjahr 2006 vor.



Dr. Bernd Hagen

Zwei Fragen stehen im Mittelpunkt der nachfolgenden Darstellung: 1. Weisen die Patienten in EuroASPIRE II und dem DMP KHK Nordrhein übereinstimmende Risikoprofile auf? 2. Bestehen Unterschiede in der Behandlung?

Zur Beantwortung dieser beiden Fragen erfolgten deskriptive Analysen einer repräsentativen regionalen Stichprobe (EuroASPIRE) und einer populationsbasierten Kohorte (DMP KHK). Angegeben sind Prozentwerte.

Die Patientenkollektive aus der EuroASPIRE II-Studie (Nachuntersuchung) und dem DMP unterscheiden sich deutlich. In EuroASPIRE wurden wesentlich mehr Männer und weniger Patienten im Alter von 60 Jahren und älter eingeschlossen.

EuroASPIRE-Patienten weisen gegenüber den DMP-Patienten ein nahezu durchgängig ungünstigeres Risikoprofil auf. In EuroASPIRE rauchen mehr Patienten, und es sind mehr Patienten übergewichtig ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Besonders bei EuroASPIRE-Patienten besteht häufiger ein Bluthochdruck ($RR \geq 140/90 \text{ mmHg}$) und eine Hypercholesterinämie (Gesamtcholesterin $\geq 200 \text{ mg/dl}$). Lediglich die Risikofaktoren eines Herzinfarktes in der Vorgeschichte oder die Erkrankung an Diabetes mellitus sind bei EuroASPIRE-Patienten seltener als bei DMP-Patienten anzutreffen.

Koronartherapeutische Interventionen erfolgten vor der Einschreibung in das DMP in einem gegenüber EuroASPIRE vergleichbaren (Bypass-OP) oder etwas größerem Umfang (PTCA). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Bypass-OP oder eine PTCA in EuroASPIRE ein distinktes Patientenmerkmal und Studieneinschlusskriterium darstellen, im DMP aber beide Interventionen bei einem Patienten erfolgt sein können.

Trotz des ungünstigeren Risikoprofils werden EuroASPIRE-Patienten vor allem weniger häufig antihypertensiv behandelt. So erhalten sie sowohl weniger Beta-Blocker als auch ACE-Hemmer. Zur Verordnung von Calcium-Antagonisten liegen aus der Münsteraner Studie keine separaten Angaben vor. Thrombozyten-Aggregationshemmer werden dagegen etwas häufiger eingesetzt, Lipidsenker etwas seltener als im DMP.

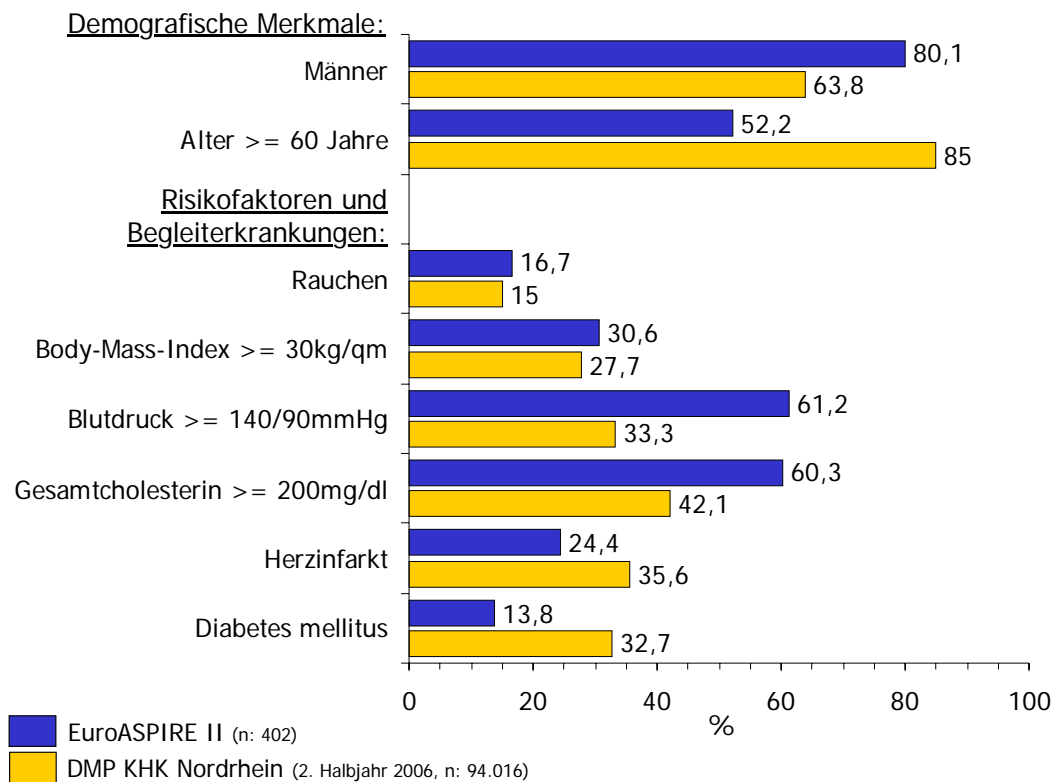
Betrachtet man im DMP die Teilgruppe von Patienten unter 60 Jahren ($n = 14.090$), die in EuroASPIRE annähernd die Hälfte des Gesamtkollektivs ausmachen, so werden noch ausgeprägtere Differenzen sichtbar (in Klammern Differenz zu EuroASPIRE): von diesen DMP-Teilnehmern erhalten 81 Prozent Beta-Blocker (+13 %), 62 Prozent ACE-Hemmer (+17 %), 17 Prozent Calcium-Antagonisten (-), 85 Prozent Thrombozyten-Aggregationshemmer (-1 %) und 75 Prozent Lipidsenker (+ 8 Prozent).

Unsere Daten demonstrieren, dass KHK-Patienten in dem DMP trotz eines wesentlich höheren Alters und eines insgesamt geringer ausgeprägten Risikoprofils in Teilbereichen bedeutend intensiver medikamentös versorgt werden als die Patienten in EuroASPIRE. Da im DMP die Verordnung von Antikoagulanzen und AT1-Antagonisten nicht explizit dokumentiert werden kann, liegen möglicherweise die Verordnungshäufigkeiten der blutgerinnungshemmenden wie der blutdrucksenkenden Medikamente sogar noch höher.

Daneben zeigte sich im DMP teilweise ein höheres Ausmaß kardiovaskulärer Interventionen. Dies deutet in erster Linie darauf hin, dass das Patientenkollektiv in EuroASPIRE nicht (mehr) repräsentativ ist für das Gesamtkollektiv von Patienten mit KHK im Bereich der ambulanten Versorgung. Möglicherweise resultieren die Unterschiede zumindest teilweise aber auch aus einer, in der Zwischenzeit verbesserten Versorgungsqualität. Insgesamt lässt sich aus den

Ergebnissen der Schluss ziehen, dass sich offensichtlich die Qualität der Sekundärprävention einer KHK besser darstellt als bislang behauptet.

Demographische Merkmale, Risikofaktoren und Begleiterkrankungen



Interventionen und Medikation

