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

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Pressetext DGK 08/2015“**

# Abnehmende Inzidenz kardio-vaskulärer Ereignisse oder Todesfälle in den KHK-Patientenkohorten 2004–2011. Ergebnisse aus dem Disease-Management-Programm (DMP) Koronare Herzkrankheit (KHK) in der Region Nordrhein

**Dr. Bernd Hagen, Köln**

## Hintergrund und Ziel der vorgestellten Studie

Das 2004 in Deutschland eingeführte DMP KHK verfolgt das Ziel, die Sekundärprävention von Patienten mit einer KHK zu verbessern, da diese damals als unzureichend angesehen wurde. Vorrangig soll das DMP dabei mithelfen, die Verordnungsraten insbesondere der prognoserelevanten Medikationen zu erhöhen. Daneben ist allerdings auch beabsichtigt, die Morbidität und Mortalität der eingeschriebenen Patienten zu reduzieren. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Unterschiede der Inzidenz von Herzinfarkt, akutem Koronarsyndrom, Schlaganfall oder Tod als kombiniertem Endpunkt in den Kohorten der KHK-Patienten zu vergleichen, die in das DMP zwischen 2004 und 2011 eingeschrieben wurden.

Dr. Bernd Hagen

## Methoden

Die Daten aller Patienten, deren Einschreibung in das DMP 2004–2011 erfolgte, wurden retrospektiv analysiert (n = 302.390; 63,3 % männlich; mittleres Alter 68,5 ± 10,7 Jahre). Bis 2013 lässt sich der zusammengefasste Endpunkt bei insgesamt 50.442 (16,7 %) dieser Patienten in den Dokumentationen nachweisen. Für die Patientenkohorten der Jahre 2004/05, 2006/07, 2008/09 und 2010/11 wurden sowohl die Gesamtinzidenz wie auch die 2-Jahres-Inzidenz des kombinierten Endpunktes (Neuauftreten bei nicht vorbelasteten Patienten) und der hierunter erfassten separaten Parameter

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

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org



berechnet. Um abschätzen zu können, welchen Einfluss auf die Kohorteneffekte möglicherweise eine selektive Einschreibung bzw. ein selektives Ausscheiden von Patienten ausüben, wurde die Zusammensetzung der Kohorten nach Alter, Geschlecht und Komorbidität untersucht. Zudem wurden diese Faktoren in bei der Berechnung der Ereignisrisiken in separaten logistischen Regressionsmodellen für die Gesamt- und die 2-Jahres-Inzidenz berücksichtigt. Angegeben werden die Odds Ratios und deren 95 %-Konfidenzintervalle.

**Ergebnisse**

Während sich die Zusammensetzung nach Geschlecht nicht nennenswert verändert, sinkt das mittlere Alter der eingeschriebenen Patienten von 69,2 ± 9,9 Jahren 2004/05 auf 67,8 ± 11,8 Jahre 2010/11. Später eingeschriebene Patienten sind jedoch nur teilweise geringer vorbelastet (Herzinsuffizienz, arterielle Verschlusskrankheit, Schlaganfall), ansonsten zeigt sich eine ähnliche (arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörung) oder sogar höhere Komorbidität (Herzinfarkt / akutes Koronarsyndrom, Diabetes mellitus, COPD). Der Zusammenhang zwischen dem Ausscheiden aus dem DMP und dem Alter, Geschlecht und der Komorbidität ist nur schwach ausgeprägt, lediglich das Versterben korreliert stark mit einem hohen Alter sowie einer Reihe von Begleiterkrankungen (Herzinsuffizienz, COPD, Diabetes mellitus).

Zwischen 2004/05 und 2010/11 nimmt sowohl die Gesamtinzidenz des kombinierten Endpunktes von 2.284 auf 619 Fälle als auch die 2-Jahres-Inzidenz von 924 auf 513 Fälle pro 10.000 Patienten ab (Abb. 1). Besonders ausgeprägt ist der Rückgang der 2-Jahres-Inzidenz für ein akutes Koronarsyndrom (881 vs. 389) und einen Schlaganfall (397 vs. 121, hier 2006/07 vs. 2010/11). Als bedeutendste Prädiktoren des kombinierten Endpunkts über die gesamten Beobachtungszeit erweisen sich ein hohes Alter (≥ 76 vs. ≤ 65 Jahre: OR 1,30; CI 1,26–1,33) bzw. die Begleiterkrankung COPD (OR 1,29; CI 1,26–1,33), während sich in der jüngsten Kohorte das Risiko hierfür deutlich vermindert (2010/11 vs. 2004/05: OR 0,22; 0,21–0,23). Für das Neuauftreten des kombinierten Endpunktes innerhalb der ersten beiden Jahre nach Einschreibung in das DMP lassen sich diese Faktoren bestätigen (Abbildung 2). Bei dem Kohorteneffekt bildet allerdings die Kohorte 2006/07 eine Ausnahme: in dieser besteht ein höheres Risiko als in der Kohorte 2004/05.

**Schlussfolgerungen**

Seit Beginn des DMP KHK zeigt sich – ausgenommen die Kohorte der 2006/07 eingeschriebenen Patienten – ein kontinuierlicher Rückgang der Inzidenz des kombinierten Auftretens eines Herzinfarkts, akuten Koronarsyndroms, Schlaganfalls oder Todes bzw. auch der einzelnen kardiovaskulären Ereignisse. Hierbei ist sicherlich auch ein Effekt der selektiven Einschreibung unterschiedlich stark von Begleiterkrankungen betroffener Patienten nicht komplett auszuschließen, ebenso wie der des selektiven Ausscheidens / Versterbens insbesondere der ältesten KHK-Patienten. Andererseits werden in neuerer Zeit auch hinsichtlich Herzinfarkt / ACS, Diabetes mellitus und COPD vermehrt belastete Patienten eingeschrieben. Der trotzdem zu erkennende Rückgang der Inzidenz lässt sich vermutlich auf eine verbesserte Sekundärprophylaxe durch gesteigerte Verordnungsraten, häufigere Patientenschulungen und eine intensivere haus-fachärztliche Kooperation zurückführen. Zudem spiegelt diese Entwicklung die Tendenz abnehmender Sterberaten von

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

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Pressetext DGK 08/2015“**

Patienten mit einer KHK oder Herzinsuffizienz wider, die innerhalb der vergangenen 10 bis 15 Jahre sowohl in Deutschland als auch weltweit zu beobachten ist.

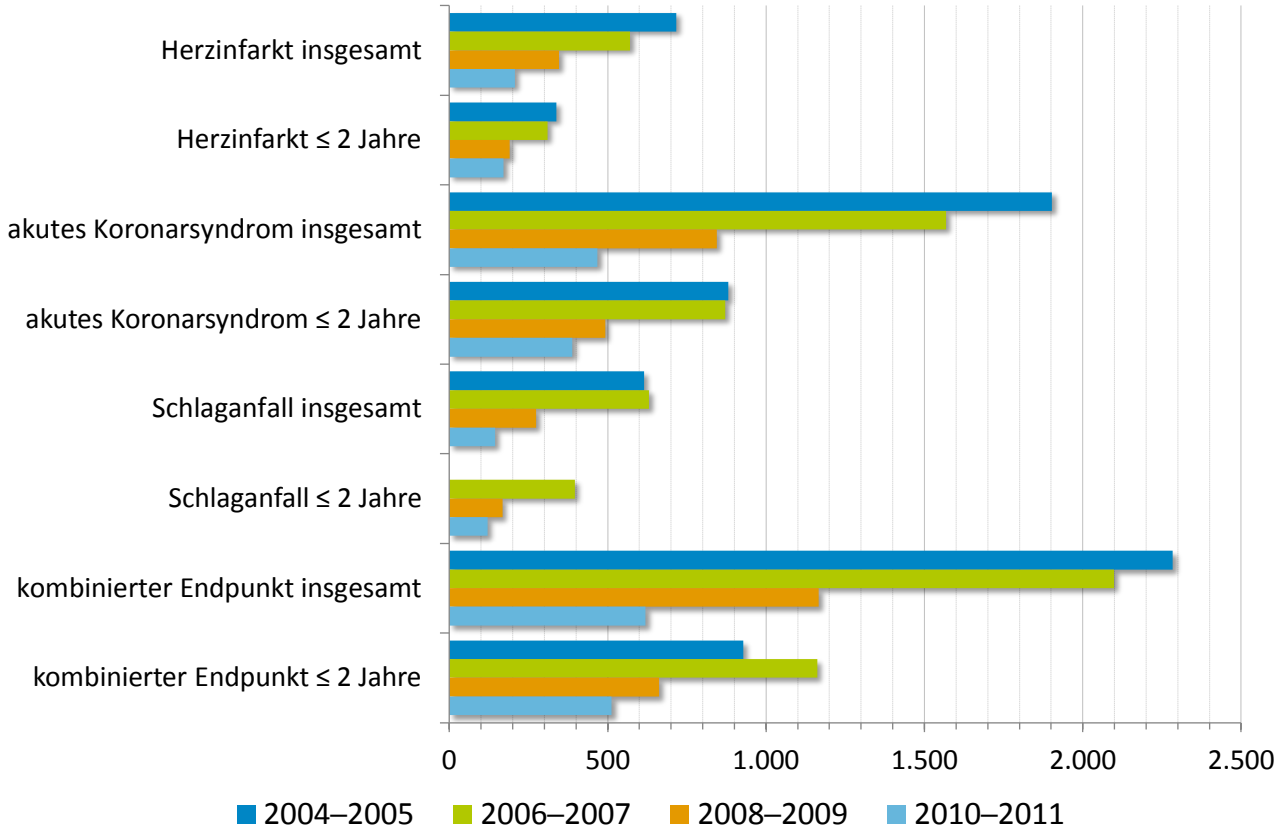


**Abb. 1**: *Inzidenz kardio-vaskulärer Ereignisse in den Patientenkohorten 2004 bis 2011 insgesamt und innerhalb der ersten beiden Jahre nach der Einschreibung*
*Pro 10.000 Patienten; ≤ 2 Jahre: innerhalb der ersten beiden Jahre nach Einschreibung; kombiniert: inklusive Versterben*

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

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-43
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: presse@dgk.org
Web: www.dgk.org

**Pressemitteilung: Abdruck frei nur mit Quellenhinweis „Pressetext DGK 08/2015“**

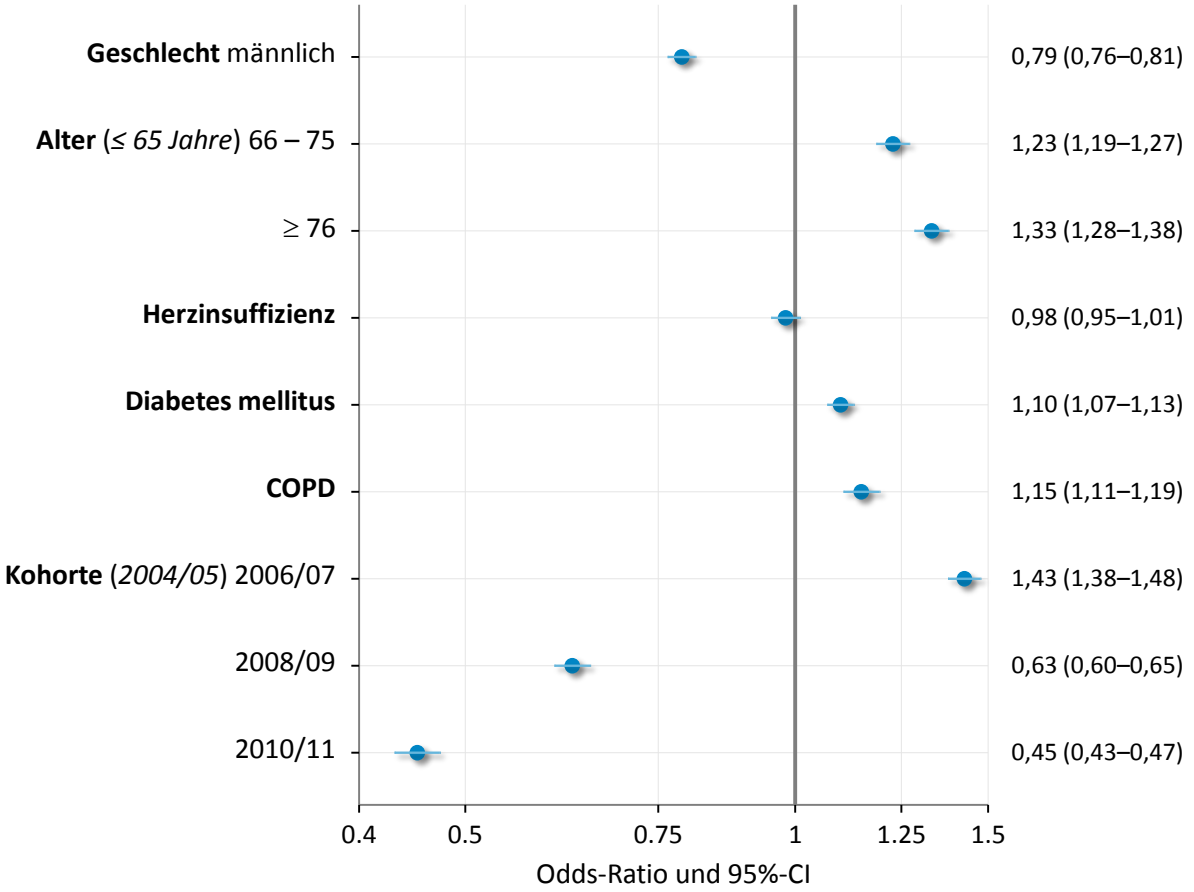


**Abb. 2**: *Einflussfaktoren der Inzidenz kardio-vaskulärer Ereignisse innerhalb der ersten beiden Jahre nach der Einschreibung*
*Fallzahl im Modell: 145.363; Nagelkerkes $R^2$: 0,043; Referenzgruppe bei mehrstufigen Faktoren kursiv gesetzt*

**Literaturempfehlung**

Qualitätssicherungsbericht 2013 Disease-Management-Programme in Nordrhein. Hrsg. Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung DMP, Düsseldorf
www.kvno.de/60neues/2015/dmp_qualibericht2013/index.html

*Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine gemeinnützige wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 9000 Mitgliedern. Sie ist die älteste und größte kardiologische Gesellschaft in Europa. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen, die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder und die Erstellung von Leitlinien. Weitere Informationen unter www.dgk.org*