

Leitliniengerechte medikamentöse Begleittherapie von Männern und Frauen mit akutem Herzinfarkt – 10 Jahre Daten des Berliner Herzinfarktregisters

Autoren: Jens-Uwe Röhnisch, Birga Maier, Steffen Behrens, Ralph Schoeller, Helmut Schuehlen, Heinz Theres

Hintergrund

Die ersten Leitlinien zur Behandlung von Herzinfarktpatienten nach der Neudefinition des akuten Myokardinfarkts (AMI) im Jahre 2000 wurden 2003 publiziert und werden seitdem laufend aktualisiert. Entsprechend dieser Leitlinien sollen Herzinfarktpatienten neben einer wiedereröffnenden Therapie des verschlossenen Herzkranzgefäßes Medikamente aus 4 Substanzgruppen: ASS, Beta-Blocker, ACE-Hemmer bzw. Angiotensinrezeptor-Blocker (ARB) und CSE-Hemmer erhalten. Da das Berliner Herzinfarktregister (BHIR) seit 1999 Daten zur stationären Behandlung von Herzinfarktpatienten erhebt, bieten die Registerdaten die Möglichkeit, die Umsetzung der in den Leitlinien geforderten medikamentösen Therapie im Alltag über die Zeit zu dokumentieren.

Material und Methoden

Im BHIR werden seit 1999 kontinuierlich Daten zur stationären Versorgung von Patienten mit AMI (Prähospitalzeit <48h) erhoben. In die Analyse sind die über einen 10 Jahreszeitraum (1.1.1999-31.3.2008) erhobenen Daten von 3247 Frauen und 8074 Männern mit AMI im Alter unter 80 Jahren eingeflossen.

Ergebnisse – 3 Tabellen zu Entwicklungen über die Zeit

Ambulante Vormedikation in %		99/00	01/02*	03/04	05/06	07/08	X ² Trend test
Frauen (n=3247)	Thrombozyten-aggregationshemmer	26	-	40	37	39	<0,001
	Beta-Blocker	23	-	40	45	48	<0,001
	ACE-Hemmer o. ARB	25	-	31	38	45	<0,001
	CSE-Hemmer	11	-	21	20	28	<0,001
Männer (n=8074)	Thrombozyten-aggregationshemmer	25	-	35	35	36	<0,001
	Beta-Blocker	20	-	31	36	36	<0,001
	ACE-Hemmer o. ARB	20	-	31	33	37	<0,001
	CSE-Hemmer	10	-	21	20	26	<0,001

* Daten für den Zeitraum nicht erhoben

Initiale Medikation bei stationärer Aufnahme in %		99/00	01/02	03/04	05/06	07/08	X ² Trend test
Frauen (n=3247)	Thrombozyten-aggregationshemmer	91	93	96	98	97	<0,001
	Beta-Blocker	64	75	86	81	80	<0,001
	ACE-Hemmer o. ARB	50	61	70	63	68	<0,001
	CSE-Hemmer	-*	39	68	64	75	<0,001
Männer (n=8074)	Thrombozyten-aggregationshemmer	93	95	97	97	98	<0,001
	Beta-Blocker	75	81	88	81	81	0,001
	ACE-Hemmer o. ARB	49	57	74	65	70	<0,001
	CSE-Hemmer	-*	40	71	68	79	<0,001

* Daten für den Zeitraum nicht erhoben

Medikation bei stationärer Entlassung in %		99/00	01/02	03/04	05/06	07/08	X ² Trend test
Frauen (n=3247)	Thrombozyten- aggregationshemmer	90	93	98	97	97	<0,001
	Beta-Blocker	82	88	94	93	95	<0,001
	ACE-Hemmer o. ARB	70	76	89	88	93	<0,001
	CSE-Hemmer	49	70	87	84	90	<0,001
Männer (n=8074)	Thrombozyten- aggregationshemmer	92	95	97	97	97	<0,001
	Beta-Blocker	88	91	95	95	96	<0,001
	ACE-Hemmer o. ARB	75	81	91	90	94	<0,001
	CSE-Hemmer	59	72	90	89	94	<0,001

Schlussfolgerungen

Die in den Leitlinien geforderte stationäre medikamentöse Begleittherapie sowie die Krankenhausentlassungsmedikation haben für Männer und Frauen mit AMI über die Zeit stetig zugenommen und auf hohem Niveau ein Plateau erreicht. Auch die ambulante Vormedikation von Patientinnen und Patienten mit AMI konnte über die Zeit gesteigert werden.

Literatur

1. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology, Frans Van de Werf, Chair*, Diego Ardissino, Amadeo Betriu, Dennis V. Cokkinos, Erling Falk, Keith A.A. Fox, Desmond Julian, Maria Lengyel, Franz-Josef Neumann, Witold Ruzyllo, Christian Thygesen, S. Richard Underwood, Alec Vahanian, Freek W.A. Verheugt, William Wijns. *European Heart Journal* (2003) 24, 28–66
2. Practical Implementation of the Guidelines for Unstable Angina/Non–ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in the Emergency Department: A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Acute Cardiac Care), Council on Cardiovascular Nursing, and Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group, in Collaboration With the Society of Chest Pain Centers. W. Brian Gibler, Christopher P. Cannon, Andra L. Blomkalns, Douglas M. Char, Barbara J. Drew, Judd E. Hollander, Allan S. Jaffe, Robert L. Jesse, L. Kristin Newby, E. Magnus Ohman, Eric D. Peterson and Charles V. Pollack. *Circulation* (2005) 111;2699-2710