

Führt Leitlinienadherenz zu einem besseren Outcome? Eine Studie zur Therapie nach Herzinfarkt basierend auf Daten der GKV.

J Küpper-Nybelen, L Heymans, M Hellmich, R Griebenow, I Schubert

Einleitung: Es gibt Hinweise auf Defizite in der medikamentösen Behandlung von Herzinfarktpatienten. Ziel dieser Studie ist es, den Zusammenhang zwischen einer leitliniengerechten Therapie und dem Überleben bzw. dem Auftreten eines Reinfarktes bei Patienten nach einem Herzinfarkt zu untersuchen. Material und Methoden: Datenbasis der Studie ist die Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen, eine 18,75% Zufallsstichprobe aus 1,9 Millionen Versicherten der AOK Hessen. Es wurden alle Patienten in die Studie eingeschlossen, die in den Jahren 2000/2001 eine Krankenhausentlassungsdiagnose „akuter Herzinfarkt“ hatten, mindestens 30 Tage überlebten und bei denen nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Diagnose aus dem Herzkreislaufbereich dokumentiert war (n=1111). Die Patienten wurden mindestens 4 Jahre nachbeobachtet. Folgende Schlüsselmedikamente gemäß den Leitlinienempfehlungen zur Dauertherapie wurden berücksichtigt: Thrombozytenaggregationshemmer, Betablocker, ACE-Hemmer, Lipidsenker. Operationalisierung der Leitlinienadherenz: Dichotome Definition: zwei Substanzen mussten mindestens an der Hälfte der beobachtbaren Tage verordnet worden sein; stetige Definition: Verhältnis aus beobachteter Therapie (Summe der Medikamente pro Tag) zur optimalen Therapie (alle vier Substanzen jeden Tag) ausgedrückt als Prozent Leitliniennähe. Der Zusammenhang zwischen Leitlinienadherenz und Überleben bzw. Reinfarkt wurde mittels multipler zeitabhängiger Cox-Regressionsmodelle untersucht. Ergebnisse: Von den 1111 Personen verstarben 333 (30%) und 283 (26%) hatten einen Reinfarkt. Nur 146 Personen (13%) erhielten mindestens an einem Tag alle vier Schlüsselsubstanzen. Nur 242 Personen erfüllten die Bedingungen der dichotomen Definition. Diese Personen waren jünger und überwiegend männlich (65%). Die leitliniennah therapierte Gruppe hatte ein 50% geringeres Risiko zu versterben als die nicht leitliniennah Therapierten (HR: 0,52; 95%-KI: 0,36-0,76). Der Zusammenhang zwischen leitliniennaher Therapie und Reinfarkt war statistisch nicht signifikant. Bei Anwendung der stetigen Definition führte eine 10%-ige Verbesserung der Leitliniennähe zu einer Reduktion des Sterberisikos um 27% (HR: 0,73; 95%-KI: 0,66-0,80). Schlussfolgerung: Die Leitlinien zur Sekundärprävention nach akutem Herzinfarkt werden in der Praxis nur rudimentär umgesetzt. Eine Verbesserung in der Adherenz der Pharmakotherapie könnte zu einer substanziellen Risikoreduktion (Tod, Reinfarkt) führen.