



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: Pressetext DGK 03/2008*

## **Sekundärprävention nach akutem Myokardinfarkt: Medikamentenadhärenz und Lebensstiländerung**

**Claudia Genée et al., Dresden**

**Samstag, 29. März 2008 (Posterbereich L/EG), 10 – 11.30 Uhr**

Register sind bedeutend für das Qualitätsmanagement und die Versorgungsforschung. Nach akutem Myokardinfarkt (AMI) stehen neben der regelmäßigen Medikamenteneinnahme die Reduktion der Risikofaktoren sowie sportliche Betätigung zur Sekundärprävention im Vordergrund. Ziel der vorliegenden Auswertung von monozentrischen Registerdaten ist eine Beurteilung der Adhärenz der Patienten hinsichtlich Medikamenteneinnahme, Abbau der Risikofaktoren und Änderung des Lebensstils sechs und zwölf Monate nach Infarkt ereignis.

### **Methodik**

Seit September 2005 werden im Herzzentrum Dresden prospektiv alle zugewiesenen Patienten mit AMI konsekutiv registriert. Das Follow-up erfolgt standardisiert telefonisch oder postalisch.

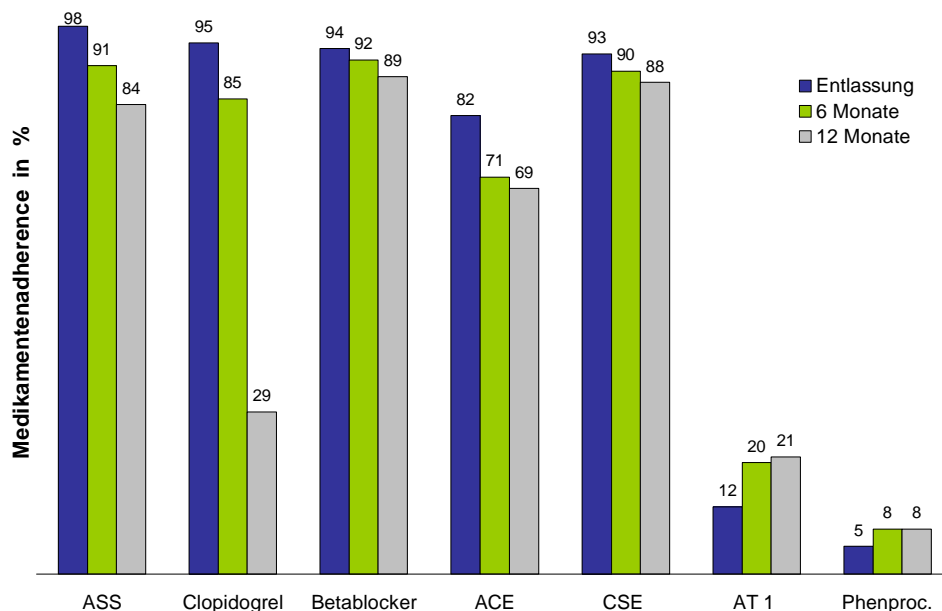
### **Ergebnisse**

Von 991 im Zeitraum September 2005 bis Dezember 2006 aufgenommenen Patienten (mittleres Alter  $66,3 \pm 13$  Jahre, 71 % Männer) mit akutem Myokardinfarkt konnten 80 Prozent nach sechs Monaten und 77 Prozent nach zwölf Monaten befragt werden (Mortalität intrahospital 6,5 %; 30 Tage 10,9 %; 6 Monate 14,5 %; 12 Monate 18,3 %). 74 Prozent (6 Monate) und 78 Prozent (12 Monate) der Befragten fühlten sich „sehr gut“ oder „gut“, die körperliche Aktivität war sowohl nach sechs Monaten, als auch nach zwölf Monaten bei 63 Prozent „nicht“ oder nur „geringfügig“ eingeschränkt. Die Teilnahme an einer Anschlussheilbehandlung (AHB), ungeachtet ob ambulant oder stationär, bewusste Ernährung, der Beginn einer regelmäßigen sportlichen Betätigung, ungeachtet ob in Herzsportgruppen oder selbständig, erwiesen sich als unabhängige Prädiktoren ( $p < 0,05$ ) des subjektiven Wohlbefindens nach sechs oder zwölf Monaten. Von initial 28,6 Prozent Rauchern unter den AMI-Patienten gelang es drei von vier Rauchern (76,2 %) innerhalb des ersten Jahres nach Infarkt ihren Nikotinkonsum einzustellen, 79 Prozent davon im Anschluss an die Schulung im Rahmen einer AHB. Von initial 668 übergewichtigen Patienten ( $BMI \geq 25$ ) konnten 54,5 Prozent/54,4 Prozent ihr Gewicht in sechs/zwölf Monaten über fünf Prozent reduzieren, während 18,1 Prozent/17,0 Prozent ihr Gewicht konstant hielten. Über ein Viertel der Patienten nahmen über fünf Prozent zu. Sowohl die Teilnahme an einer AHB als auch die Ernährungsumstellung erwiesen

sich als unabhängige Prädiktoren ( $p < 0,01$ ) für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion innerhalb von sechs Monaten, letzteres auch im Jahres-Follow-up. Sportliche Betätigung trug nur tendenziell zur Verringerung des BMI bei ( $p = 0,11$ ). 53 Prozent der Patienten hatten innerhalb der sechs Monate mit regelmäßiger isoton-dynamischer sportlicher Belastung begonnen, über ein Drittel davon in Herzsportgruppen. Sie waren auch nach zwölf Monaten noch aktiv.

98,6 Prozent der Befragten nahmen ihre Medikamente sowohl nach sechs Monaten als auch nach zwölf Monaten regelmäßig ein. Eingenommen wurden nach sechs/zwölf Monaten im Vergleich zur Entlassung 94,5 Prozent/91,4 Prozent Betablocker; 87,5 Prozent/78,3 Prozent ACEI; 87,5 Prozent/76,1 Prozent AT1-Blocker; 92,5 Prozent/89,3 Prozent CSE-Hemmer; ASS 92,0 Prozent/84,1 Prozent; Clopidogrel 88,3 Prozent/29,5 Prozent; Phenprocumon 55,2 Prozent/59,3 Prozent. Nach sechs und zwölf Monaten ist eine zufriedenstellende Adhärenz zu den verordneten kardialen Medikamenten zu beobachten, besonders bei den CSE-Hemmern und Betablockern. Die geringe Einnahme von Clopidogrel nach zwölf Monaten ist mit dem im Beobachtungszeitraum gültigen Empfehlungen (6 Monate) zu erklären. Bisherige sekundärpräventive Schulungen zu Gewichtsreduktion, Sport und Ernährungsumstellung erwiesen sich als noch unzureichend, besonders ist der Einstieg in eigenständigen Ausdauersport und regelmäßige Bewegung noch nicht zufriedenstellend. Erfreulich ist die Nikotinkarenz besonders bei Patienten nach AHB.

Limitation Follow-up-Befragung: Akquieszenz, soziale Erwünschtheit, Befragungszeitpunkt



### Medikamentenadhärenz im Vergleich: Entlassung sechs Monate oder zwölf Monate nach AMI