



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 04/2009

Determinanten der Sechs-Monats-Mortalität und Rehospitalisierung in der Studie des Würzburger Interdisziplinären Netzwerkes Herzinsuffizienz

Dominik Berliner et al., Würzburg

Donnerstag, 16. April 2009, 8 - 9.30 Uhr, Saal 16

In die Studie des Würzburger Interdisziplinären Netzwerkes Herzinsuffizienz (INH) wurden Patienten eingeschlossen, die wegen kardialer Dekompensation hospitalisiert waren und zum Zeitpunkt der Randomisierung nach bestmöglicher Rekompensation eine eingeschränkte Pumpfunktion hatten (linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %). Ziel war es, die Auswirkungen eines Schwesternkoordinierten multidisziplinären Krankheitsmanagements (HeartNetCare HF[®], HNC) mit der Standardbetreuung (Usual Care, UC, d. h. der üblichen Betreuung) zu vergleichen. Der primäre Endpunkt war Tod oder Hospitalisierung jeder Ursache. Die Studie war randomisiert und kontrolliert mit verblindeter Endpunkt-Evaluation. Ziel der aktuellen Untersuchung war es, Determinanten von Mortalität und Morbidität zu identifizieren.

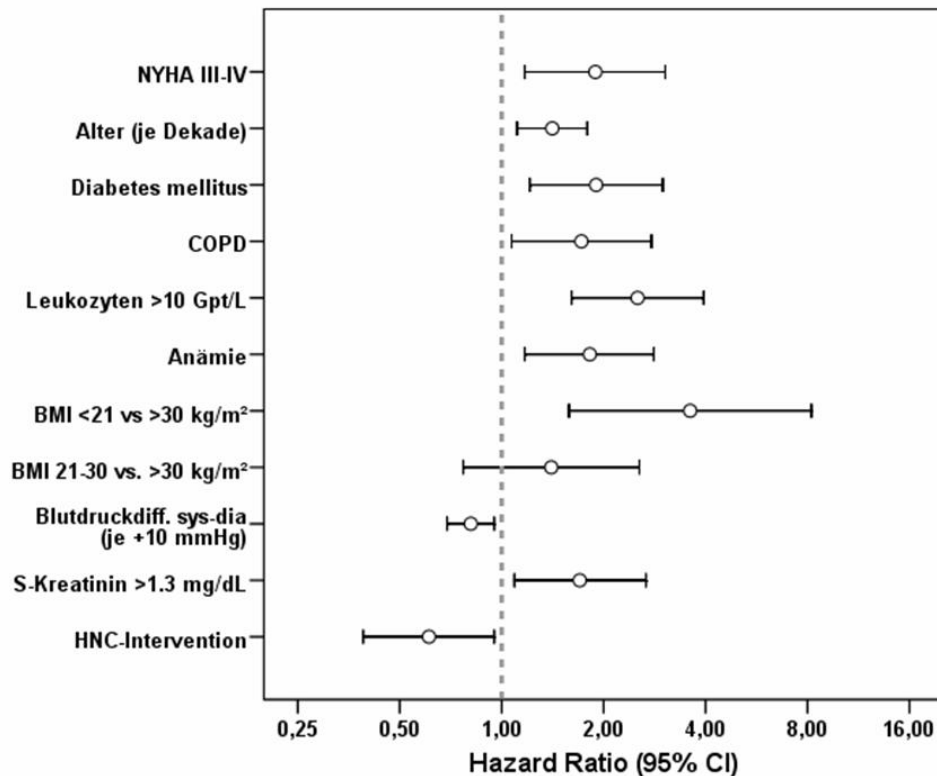
HNC unterscheidet sich von der bisher üblichen Form der Nachversorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz durch folgende Punkte: Schon während der Index-Hospitalisierung erfolgt die persönliche Kontaktaufnahme einer auf Herzinsuffizienz-Betreuung spezialisierten Krankenschwester. Zeitgleich wird der Patient in Bezug auf Selbstüberwachung von Blutdruck, Körpergewicht und typischen Herzinsuffizienz-Symptomen wie Ödemen, Belastungsdyspnoe und so weiter geschult. Im Anschluss an die Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung findet regelmäßiges telefonisches Monitoring sowie strukturierte telefonische Schulungen durch die Krankenschwestern in zuerst wöchentlichen und später zwei- beziehungsweise vierwöchentlichen Intervallen statt. Gleichzeitig wird die Herzinsuffizienz-Medikation leitliniengerecht optimiert und in Kooperation mit Hausärzten und/oder niedergelassenen Kardiologen auf die gewünschte Zieldosis auftitriert. Das Pflegepersonal wurde vor Beginn der Studie entsprechend ausgebildet und geschult; die Qualität der Arbeit des Pflegepersonals wird in wöchentlichen Kurvenvisiten kontrolliert. Eine Nachuntersuchung der Patienten erfolgte nach 180 Tagen.

Insgesamt wurden 715 Patienten in die erste Datenanalyse einbezogen. Das mittlere Alter lag bei $68,6 \pm 12,2$ Jahren, 29 Prozent waren weiblich, und bei Randomisierung befanden sich noch 40 Prozent der Patienten in NYHA-Klasse III

und IV. In den HNC-Arm wurden 352 Patienten, in den UC-Arm 363 Patienten randomisiert.

Während die Rehospitalisierungsrate in beiden Studienarmen vergleichbar war (34 vs. 31 % in HNC und UC, Hazard Ratio (HR) 1,15; $p = 0,28$) führte HNC zu einer relativen Reduktion des Mortalitätsrisikos um 43 Prozent (8 vs. 14 %. HR 0,57; $p = 0,02$).

Determinanten von Mortalität in der randomisierten INH-Studie

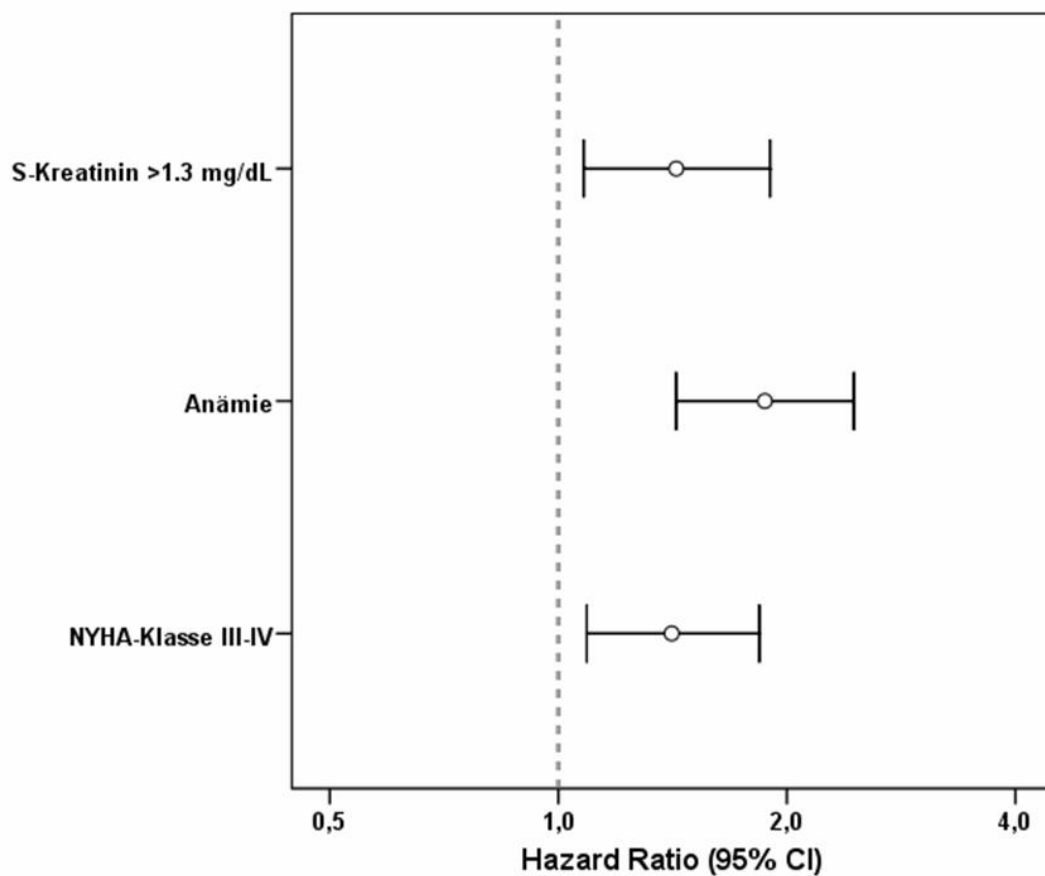


Daneben ließen sich jedoch auch weitere unabhängige Prädiktoren von Mortalität aufdecken. Eine symptomatische Herzinsuffizienz entsprechend einer NYHA-Klasse III-IV zum Zeitpunkt der Randomisierung führte hier erwartungsgemäß ebenso zu einem höheren Mortalitätsrisiko (HR 1,92; 95 % CI 1,18 - 3,12) wie das Alter (1,43 pro Dekade; 1,13 - 1,80). Zudem wurde für Patienten mit einem Diabetes mellitus (1,94; 1,22 - 3,08), einer Leukozytose >10 Gpt/L (2,40; 1,51 - 3,80) oder einer Anämie (1,76; 1,13 - 2,75) ein höheres Risiko nachgewiesen. Ein niedriger Body-Mass-Index (BMI < 21 kg/m²) ging mit einem deutlich höheren Risiko einher als ein erhöhter BMI (3,31 für BMI < 21 vs. BMI > 30 kg/m²; 1,45 - 7,57). Als weitere Prädiktoren erwiesen sich die systolisch-diastolische Blutdruckdifferenz (0,80 pro +10 mmHg; 0,68 - 0,95) und eine schlechtere Nierenfunktion (Serumkreatinin > 1,3 mg/dl; 1,64; 1,03 - 2,60). Bei der Untersuchung auf Prädiktoren einer Rehospitalisierung kristallisierten sich folgende Faktoren heraus: Vorliegen einer NYHA -Klasse III-IV bei Randomisierung (1,41; 1,09 - 1,84), Anämie (1,87; 1,43 - 2,45), renale Dysfunktion (Serumkreatinin > 1,3 mg/dl; 1,43; 1,08 - 1,90).

Zusammenfassend ließ sich zeigen, dass neben der Schwere der Herzinsuffizienz und dem Alter des Patienten auch häufige Begleiterkrankungen und Inflammation zur Erhöhung des Mortalitätsrisikos und teils auch zur Rehospitalisierungsrate entscheidend beitragen. Ein höherer BMI und eine höhere systolisch-diastolische Blutdruckdifferenz waren mit einer niedrigeren Mortalität assoziiert. HNC konnte die Mortalität in der entsprechenden Gruppe senken.

Diese Daten weisen darauf hin, dass eine Behandlung der Komorbiditäten zu einer weiteren Senkung der Mortalität der Herzinsuffizienz beitragen könnte und in den therapeutischen Konzepten berücksichtigt werden sollte.

Determinanten von Rehospitalisierung in der randomisierten INH-Studie



Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK) mit Sitz in Düsseldorf ist eine wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaft mit heute mehr als 6880 Mitgliedern. Ihr Ziel ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der kardiovaskulären Erkrankungen, die Ausrichtung von Tagungen und die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. 1927 in Bad Nauheim gegründet, ist die DGK die älteste kardiologische Gesellschaft in Europa. Weitere Informationen unter www.dgk.org.