

Hypertonie-Therapie 2018: tiefere Zielwerte, Zweierkombinationen erste Wahl Neue Leitlinie legt auch Untergrenze fest

MÜNCHEN – Lange haben Kardiologen auf sie erwartet – jetzt ist die neue Leitlinie für Hypertonie erschienen. Im Juni wurden erstmals die wichtigsten Punkte am Jahreskongress der Europäischen Hypertonie-Gesellschaft in Barcelona vorgestellt und jetzt am Europäischen Kongress für Kardiologie (ESC) in München die Details präsentiert und zeitgleich veröffentlicht.¹ Das Wichtigste: Der Druck soll stärker gesenkt werden als bisher – neu wurde aber auch eine Untergrenze festgelegt. Die wichtigsten Neuigkeiten der Leitlinie im Überblick und was Kardiologen davon halten.

Die im vergangenen Jahr veröffentlichte Leitlinie der beiden grossen US-amerikanischen Kardiologien-Fachgesellschaften hatte für viele Diskussionen gesorgt: Die Amerikaner erklärten Menschen schon ab Werten von 130 mmHg systolisch oder 80 mmHg diastolisch zu Hypertonikern. Aber die neue europäische Leitlinie hat die Grenzwerte, ab wann man von zu hohem Blutdruck spricht, beibehalten: ab 140 mmHg systolisch oder ab 90 mmHg diastolisch.

«Ich finde gut, dass die Europäer die strengen Grenzwerte nicht übernommen haben», sagt **Professor Dr. Bernhard Krämer**, Präsident der Deutschen Hochdruckliga und Chef-Nephrologe am Uniklinikum Mannheim. «Es hätten viele Menschen die Diagnose Hypertonie bekommen und wären irgendwann behandelt worden, obwohl nicht klar belegt ist, dass Medikamente im hochnormalen Grenzwertbereich den meisten wirklich etwas bringen.»

Sind die Blutdruckwerte schon relativ niedrig und senkt man noch weiter, ist der Nutzen geringer, als wenn man von sehr hohen Werten auf hochnormale senkt. Parallel nimmt aber das Risiko für Nebenwirkungen zu und damit die Gefahr, dass der Patient das Medikament absetzt. «In dieser Situation verliert man dann natürlich den gesamten Benefit, den man mit dem Patienten schon erreicht hatte», sagt **Dr. Thilo Burkard**, Leiter der Hypertoniesprechstunde am Universitätsspital Basel. «Da die Therapietreue einer der wichtigsten Punkte in der lang-

fristigen Behandlung ist, wurde dies in der neuen Leitlinie entsprechend gewürdigt – das finde ich sehr gut.»

Blutdruck senken, aber nicht zu tief!

Während die alte ESC-Leitlinie von 2013 es als nicht erforderlich sah, bei hochnormalen Werten (130–139/85–89 mmHg) eine medikamentöse Behandlung zu starten, kann man gemäss der neuen Leitlinie durchaus Medikamente verschreiben, wenn der Patient ein hohes kardiovaskuläres Risiko hat – etwa eine koronare Herzkrankheit – oder bereits ein kardiovaskuläres Ereignis durchgemacht hat. Ansonsten sollten in dem Stadium die üblichen Lebensstiländerungen empfohlen werden. Reichen diese nicht aus, sind schon ab Stadium I Medikamente indiziert.

Erstes Ziel sollten bei unter 65-Jährigen Werte unter 140/90 mmHg sein, und wenn es der Patient gut toleriert, kann man auf 130/80 mmHg oder niedriger senken. Allerdings – und das ist neu – nicht unter 120 mmHg systolisch. Bei 65- bis 80-Jährigen sollte der systolische Druck neuerdings zwischen 130 und 139 mmHg liegen, aber nicht unter 130 mmHg fallen. Selbst für über 80-Jährige kann man einen solchen Bereich anstreben, wenn sie die Behandlung gut vertragen. 2013 galt es für Ältere noch ein Zielwertbereich zwischen 140 und 150 mmHg.

Neu ist auch, dass ein diastolischer Zielwert < 80 mmHg für alle Patienten gilt – bisher waren es < 90 mmHg und für Diabetiker < 85 mmHg.

Die Behandlungsziele gelten für alle Patienten unabhängig von Komorbiditäten. Eine Neuerung gab es auch in der Art der medikamentösen Therapie: Ab sofort ist eine Kombinationstherapie aus zwei Präparaten von Anfang an Standard, idealerweise in einer Tablette. In erster Linie sollten in der Doppel-Pille ein RAAS-Hemmer, also ACE-Hemmer oder Sartan, mit einem Kalziumantagonisten oder Diuretikum kombiniert werden. Ein einzelner Wirkstoff käme nur noch im Stadium I und bei älteren Patienten infrage. Lässt sich der Druck mit der Zweierkombi nicht senken, geht man wie bisher vor und gibt weitere Medikamente hinzu. Welche Kombinationen sich bei welchen Komorbiditäten anbieten, ist in der Leitlinie genau erklärt.

Gut fände er, dass in der neuen Leitlinie mehr auf Früherkennung geachtet werde, sagt Prof. Krämer. Bei allen Personen über 18 Jahre sollte der Blutdruck einmalig gemessen werden. Liegt er unter 120/80 mmHg, reicht die nächste Kontrolle nach fünf Jahren, ist er hochnormal, sollte jährlich kontrolliert werden. «Diese Intervalle sind nie so klar festgelegt worden. Damit können wir frühzeitig erkennen, wer einen Bluthochdruck entwickelt, und rechtzeitig eingreifen.»

Neue Leitlinie: Das sagen Schweizer Experten



Prof. Bernhard Meier
ehemaliger Chefarzt
Kardiologie am
Inselspital in Bern
Foto: MT-Archiv

Prof. Bernhard Meier, emeritierter Chefarzt am Inselspital in Bern: «Das Einzige, was ich an der neuen Leitlinie voll unterschreibe, ist, dass man nicht unter 120 mmHg senken sollte. Patienten, die man darunter versucht einzustellen, haben fast alle orthostatische Probleme. Die Folge: Schwindel, Synkopen mit Sturzgefahr und Adynamie. Ich halte dagegen nichts davon, wie empfohlen Patienten schon ab Stadium I zu behandeln. Die Evidenz dafür ist zwar vorhanden – aber nur dank schlauer und gewinnorientierter Studienanordnungen. Gemäss neuer Leitlinie müssten darüber noch mehr Patienten auf noch tiefere Wer-

te therapiert werden. Das ist gut für die Pharmaindustrie, aber fraglich, ob es den Patienten auch wirklich viel Benefit bringt. Ich bin skeptisch gegenüber vielen Leitlinien, weil man damit oft Patienten übertherapiert.»



Dr. Thilo Burkard
Leiter Hypertonie-
Sprechstunde,
Universitätsspital
Basel
Foto: zVg

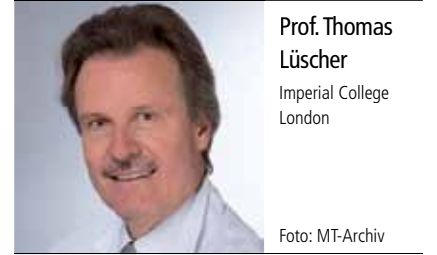
Dr. Thilo Burkard: «Für mich sind drei Neuerungen am wichtigsten: **1.** Bei Patienten unter 65 in der Regel einen Zielbereich von systolisch 120–130 mmHg anstreben und bei älteren 130–139 mmHg – je nach Komorbiditäten oder Gebrechlichkeit. **2.** Der Druck sollte systolisch nicht unter 120 mmHg gesenkt werden, was sinnvoll ist, weil das zu viele Nebenwirkungen birgt im Verhältnis zum Nutzen. **3.** Der Therapiealgorithmus ist viel einfacher geworden. Die initiale Kombitherapie eines RAAS-Inhibitors mit einem Kalziumantagonisten oder einem Thiazid in einer Tablette sollte zur Regel werden und eine Monotherapie eher die Ausnahme, etwa bei Patienten mit niedrigerem kardiovaskulärem Risiko und Grad-I-Hypertonie oder sehr alten Patienten.»



PD Dr. Isabella Sudano
Präsidentin der
Schweizerischen
Gesellschaft für
Hypertonie
Foto: MT-Archiv

PD Dr. Isabella Sudano, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Hypertonie: «Die neuen Leitlinien sind klar und einfach. Ich finde es sehr vernünftig, den Druck nicht unter 120/70 mmHg zu senken. Dass eine solche Reduktion das kardiovaskuläre Risiko und die Mortalität reduziert, wurde nicht bewiesen. Gut ist, dass die Blutdruck-Definition bei über 140 geblieben ist. Es gibt keine Evidenz, dass eine Person mit 132/82 mmHg als Hypertoniker behandelt werden sollte – es sei denn, sie hat ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko. Abgesehen von den Grenzwerten: Das Wichtigste ist, eine

Hypertonie überhaupt zu diagnostizieren, dann ein Kombi-Medikament zu verschreiben, mit dem der Wunsch-Zielwert erreicht wird, ohne dass der Patient Nebenwirkungen spürt. Was im Alltag oft zu kurz kommt: den Patienten gut schulen und in die Behandlung miteinbeziehen.»



Prof. Thomas Lüscher
Imperial College
London
Foto: MT-Archiv

Professor Dr. Thomas Lüscher, Professor für Kardiologie am Imperial College in London: «Manche kritisieren, dass mit den neuen Normalwerten plötzlich Millionen Amerikaner zu Hypertonikern würden. Ich halte das Argument aber für nicht stichhaltig. Wir betrachten ja auch nicht einen BMI von 30 als normal, nur weil damit weniger Amerikaner fettleibig sind. Wir haben jetzt drei verschiedene Leitlinien, zwei aus den USA und eine durch die ESC – diese sind nicht voll kongruent, was gewiss etwas Verwirrung bringt. Normal ist bei den Amerikanern unter 120 mmHg, wie dies bei den Naturvölkern die Regel ist.»

Als Zielwerte bei einer Behandlung empfehlen die Amerikaner < 130/80 mmHg, während die Europäer erstmals einen Zielbereich und nicht nur einen oberen Wert angeben. Ich finde absolut richtig, dass nun bereits ab Stadium I eine Behandlung mit Blutdrucksenkern als Klasse-IA-Empfehlung indiziert ist – vor allem wenn das Lebenszeitrisko hoch ist. Ein junger Patient hat langfristig auch bei geringgradig erhöhten Werten ein hohes Risiko über drei bis vier Dekaden, während eine Person, die erst im Alter eine Hypertonie entwickelt hat, ein geringeres Lebenszeitrisko aufweist. Bei Jüngeren also eher aggressiver senken, bei Älteren vorsichtiger sein. Am allerwichtigsten ist aber, dass der Patient die verordneten Tabletten auch nimmt – drugs work only if taken!» **Dr. Felicitas Witte**

1. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018; 00: 1–98.

ESC-Klassifikation der Hypertonie ¹		
Kategorie	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)
optimal	< 120 und	< 80
normal	120–129 und/oder	80–84
hochnormal	130–139 und/oder	85–89
Grad-I-Hypertonie	140–159 und/oder	90–99
Grad-II-Hypertonie	160–179 und/oder	100–109
Grad-III-Hypertonie	≥ 180 und/oder	≥ 110
isolierte systolische Hypertonie	≥ 140 und	< 90

MEDICAL TRIBUNE

Schweizer Wochenzeitung für Ärztinnen und Ärzte
© 2018

Verlag:
swissprofessionalmedia AG

Geschäftsleitung:
Oliver Kramer

Verlagsleitung:
Dr. med. Theo Constanda

Chefredaktion:
Dr. med. Petra Genetzky, Winfried Powollik

Leitung Fortbildung und digitale Projekte:
Dr. med. Tobias Hottiger

Lektorat:
Dr. phil. Regine Schrickler

Ständige Korrespondenten:
Claudia Benetti (cb),
Dr. rer. nat. Klaus Duffner (du),
Dr. med. Arnd Fussinger (fus),
Dr. med. Susanne Kammerer (suk),
Markus Sutter (msu),
Dr. med. Robert Vieli (rv),
Dr. rer. nat. Renate Weber (rw),
Nathalie Zeindler (nz)

Layout:
Stefan Kunath

Vertrieb:
Carolyn Kretzschmar, carolyn.kretzschmar@s-p-m.ch
Tel.: 058 958 96 49, Fax: 058 958 96 90

Marketing:
Daniela Uhl, daniela.uhl@s-p-m.ch

Verkauf:
Antonino Diaco (Rx-Anzeigen)
Tel.: 058 958 96 17, adiac@medical-tribune.ch
Key Account Manager
Biagio Ferrara (Rx-Anzeigen)
Tel.: 058 958 96 45, bferrara@medical-tribune.ch
Key Account Manager

Marc Philipp (Rx-Anzeigen)
Tel.: 058 958 96 43, mphilipp@medical-tribune.ch
Key Account Manager

Anzeigenadministration:
Dominique Hirter, Tel.: 058 958 95 19
Preisliste vom 01.01.2018

Adresse:
swissprofessionalmedia AG
Grosspeterstrasse 23
Postfach
CH-4002 Basel, Switzerland
Telefon 058 958 96 96
Telefax 058 958 96 90
www.medical-tribune.ch
E-Mail: kontakt@medical-tribune.ch

Druck:
Printec Offset Medienhaus
Ochshäuser Strasse 45, D-34123 Kassel

Bankverbindung:
Postcheck Basel, Kto.-Nr. 40-27 104-5

Bezugsbedingungen:
Einzelpreis CHF 12.–, Jahresabonnement CHF 169.–, Studenten CHF 123.– (inkl. Porto und MWST)
Das Abonnement kann mit einer Frist von vier Wochen zum Jahresende schriftlich gekündigt werden.

Mit der Einsendung eines Manuskriptes erklärt sich der Urheber damit einverstanden, dass sein Beitrag ganz oder teilweise in allen Ausgaben, Sonderproduktionen und elektronischen Medien der Medical Tribune Group und der verbundenen Verlage veröffentlicht werden kann.

ISSN: 0170-1894