

Blutdruck-Definition bleibt bei 140/90 mmHg

Neue Hypertonie-Leitlinie in Europa: Was ändert sich, was bleibt?

Der Grenzwert für die Definition eines Bluthochdrucks wird in den neuen europäischen Hypertonie-Leitlinien – anders wie in den USA – nicht herabgesenkt. Die Gründe hierfür erläutert Prof. Roland Schmieder. Als Mitverfasser der Leitlinie berichtet er, was sich sonst geändert hat.

Als „Hypertoniker“ gilt man in Europa weiterhin erst ab einem Blutdruck von 140/90 mmHg. Anders als in den US-amerikanischen Leitlinien haben sich die europäischen Leitlinienautoren somit gegen eine Absenkung des Grenzwertes entschieden. „Generell hat sich an der Definition nichts geändert“, erklärte Prof. Roland Schmieder gegenüber *kardiologie.org*. Schmieder war als Leiter der Arbeitsgruppe „Interventional Treatment of Hypertension“ an der Leitlinienverfassung beteiligt.

Die neue europäische Hypertonie-Leitlinie wurde aktuell auf dem Kongress der europäischen Hypertonie-Gesellschaft (ESH) in Barcelona vorgestellt und soll in gedruckter Version im Rahmen des ESC-Kongresses im August in München veröffentlicht werden.

Europäer folgen nicht der US-Definition

Als Hypertonie Stadium I wird – wie auch in der Version von 2013 – ein Blutdruck zwischen 140 und 160 mmHg systolisch und 90 und 100 mmHg diastolisch definiert.

Dagegen definieren die im Jahr 2017 publizierten US-amerikanischen Leitlinien das Hypertonie Stadium I bereits ab Werten von 130/ 80 mmHg.

Warum sind die Europäer den Amerikanern nicht gefolgt? „Erstens gibt es unseres Erachtens keine großen epidemiologischen Studien, die eine solche Absenkung des Grenzwertes zwingend machen“, begründet Schmieder das Festhalten an der bisherigen Definition. „Zweitens hatten wir den Eindruck, dass der Erstautor der US-Leitlinie, Prof. Paul Whelton, zu sehr von den Ergebnissen der SPRINT-Studie beeinflusst wurde, an deren Durchführung er selbst beteiligt war.“ Als dritten Grund führte der an der Universitätsklinik in Erlangen tätige Hypertensiologe auf, dass man einen Anstieg der Hypertonie-Prävalenz, wie es in den USA als Konsequenz der Leitlinienänderung der Fall gewesen war, vermeiden wollte.

Mit der neuen Definition ist der Anteil der in den USA lebenden Hypertoniker von 32% auf 45,6% angestiegen, konkret bedeutet das etwa 20 Millionen Blutdruckkranke mehr. „Und das ‚Labeling‘, eine lebenslange und lebensverkürzende Krankheit zu haben, kann enorme Auswirkungen auf die Psyche und Lebensqualität der Patienten haben“, argumentiert Schmieder.

Aber neue Blutdruck-Zielwerte

Eine bedeutende Änderung hat es aber bei den Therapie-Zielwerten gegeben. „In dieser Hinsicht ziehen wir mit den Amerikanern mit.“ Generell sollte man nun bei fast allen Patienten ein Blutdruck von 130/80 mmHg oder darunter anstreben, bei den 65- bis 80-Jährigen und auch bei den über 85 Jährigen ist der Zielblutdruck < 140 bis 130 mmHg, falls er toleriert wird. In der Leitlinie von 2013 lag der generelle Zielwert noch bei ≤ 140/90 mmHg und bei älteren Hypertonikern bei ≤ 150/90 mmHg.

Diese Änderung rechtfertigt Schmieder u.a. mit den Ergebnissen der SPRINT-Studie, die, wie er ausdrücklich betont, eine Therapie-Studie gewesen sei. Man müsse zwischen der Definition eines Bluthochdrucks – also ab wann ein Patient als hyperten gilt – und den Blutdruck-Zielwerten – also welcher Blutdruck bei Patienten erreicht werden soll, die bereits eine Hypertonie haben – klar unterscheiden.

In der SPRINT-Studie hatte sich eine intensive Blutdrucksenkung von unter 120 mmHg vorteilhaft auf die Prognose der Patienten ausgewirkt. „Und selbst wenn man davon ausgeht, dass die Werte wegen der in SPRINT angewandten besonderen Blutdruckmessmethode in Wahrheit etwa 10 bis 15 mmHg höher gelegen haben, kommt man in einen Bereich unter 140 mmHg“, begründet Schmieder die neue Empfehlung.

Individuell heißt die Divise

Allerdings betont er auch, dass die Therapie individuell an die Patienten und deren Begleiterkrankungen angepasst und ein Blutdruck von 130 mmHg nur dann angestrebt werden sollte, wenn der Patient die Therapie toleriert. Für Diabetiker wird ebenfalls ein Blutdruck-Zielwert von 130/80 mmHg und darunter empfohlen, allerdings nur für die unter 65-Jährigen, für Ältere gilt ein Wert von 130 bis <140 mmHg als optimal.

Als „wirklich neu und einzigartig“ in der neuen Leitlinie bezeichnet der Hypertensiologe die Einführung einer Blutdruck-Untergrenze. „Man sollte nicht unter 120/70 mmHg gehen!“

„Paradigmen-Wechsel“ in der Therapie

Ein „Paradigmen-Wechsel“ hat sich Schmieder zufolge in der Hypertonie-Therapie vollzogen. „Prinzipiell sollte man mit einer Fixkombination starten, also zwei Präparate in einer Pille.“ Hier sind ACE Hemmer oder Angiotensin Rezeptorblocker (aber nicht beide) in Kombination mit einem Kalziumantagonisten oder Diuretikum zu bevorzugen. Die Gabe einer einzelnen Substanz ist in den Leitlinien von 2018 nur noch für Hypertoniker im Stadium I und ältere Patienten vorgesehen. Anders als bisher müsse man sich nun also rechtfertigen, warum man mit einer Monotherapie beginne und nicht mit einer Zweifachkombination.

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen müssen nun entsprechende Änderungen vornehmen, damit die neuen Empfehlungen auch in der Praxis umsetzbar sind und alle Hypertoniker eine solche Therapie erhalten“, fordert Schmieder.

Betablocker bleibt dabei

Im Gegensatz zu den US-amerikanischen Leitlinien werden Betablocker weiterhin als Mittel der ersten Wahl aufgeführt, nämlich für Patienten mit kardialen Komorbiditäten. „Es gibt viele gut gemachte prospektive Studien, die uns zeigen, wann Betablocker gut sind und wann sie schlecht sind“, erläutert Schmieder die Vorteile der Substanzklasse. Bei Alphablockern, zentralen Sympatholytika, Vasodilatoren und Spironolacton wisse man das nicht, weil es keine prospektive Studien bei Patienten mit Hypertonie dazu gebe.

Rolle der renalen Denervation?

Eine renale Denervation sollte nach der neuen Leitlinie nur in Ausnahmefällen und in Rahmen von klinischen Studien und Registern angewandt werden. Die erst kürzlich beim EuroPCR-Kongress vorgestellten Studien, in der sich die renale Denervation als prinzipiell wirksam erwiesen hat, sind in den Leitlinien jedoch nicht berücksichtigt worden. In diesem Punkt sei das Dokument also bereits „veraltet“, so Schmieder. Die ESH-Arbeitsgruppe „Interventionelle Blutdruck-Therapie“ hat deshalb ein neues Konsensuspapier verfasst, in dem die renale Denervation als wirksame Methode aufgeführt wird, die Notwendigkeit neuer Studien hervorgehoben wird, ihr im Praxisalltag aber derzeit noch keinen Stellenwert zugeschrieben hat.

In einigen Jahren könnte sich Schmieder jedoch vorstellen – „vorausgesetzt die Methode hat sich in weiteren Studien als wirksam und sicher erwiesen“ – dass die Patienten mitentscheiden können, ob sie als Behandlung eine lebenslange Tabletteneinnahme oder einen einmaligen Eingriff bevorzugen. „Aktuell ist in der Bluthochdruck-Therapie die Regel, dass der Arzt ein Rezept ausstellt und dies dem Patienten aushändigt!“, so Schmieder. „Und so sollte es künftig nicht mehr sein, der Patient sollte ein Mitspracherecht haben.“

Veronika Schlimpert