Neue Leitlinien für den Blutdruck

140 gilt jetzt für alle!

Die European Society of Hypertension und die European Society of Cardiology haben neue Leitlinien vorgelegt. Der systolische Zielwert von 140 mmHg gilt nun für alle.

Die einheitlichen Zielwerte sind eine wichtige Neuerung der neuen Leitlinien [1, 2] gegenüber jenen von 2007. Damals waren noch verschiedene Zielwerte je nach Risikogruppe definiert worden: 140/90 mmHg für Patienten mit niedrigem oder mäßigem Risiko, 130/80 mmHg für Hochrisikopatienten. Nun soll ein einheitlicher systolischer Zielwert von 140 mmHg als Grenze gelten. Diastolisch sind Werte unter 90 mmHg das Ziel. Für Diabetiker werden 85 mmHg als Obergrenze empfohlen.

Seitens der Leitlinienautoren hieß es, die Datenlage rechtfertige es nicht, zwei verschiedene Zielwerte vorzugeben. Einige Kommentatoren sehen die Vereinfachung auch der Not geschuldet, eine bessere Compliance und effektivere Kontrolle unzureichend eingestellter Drücke zu erreichen.

„Je tiefer, desto besser“ ist out

Das Konzept "Je tiefer, desto besser" wird jedenfalls nicht mehr mit dem früheren Eifer verfolgt. Es geht die Furcht vor dem J-Kurven-Effekt um – vor der Möglichkeit, dass die Häufigkeit kardiovaskulärer Zwischenfälle mit abfallenden Druckwerten zunächst sinkt, dann aber wieder steigt. Eine Ursache dafür könnte sein,

dass der Schwellenwert der Autoregulation in der Organdurchblutung bei allzu stark reduzierten Drücken unterschritten wird, zumal wenn bereits Gefäßveränderungen bestehen.

Messwerte rund um die Uhr ...

Fürs Screening und die Diagnose werden auch in der neuen Leitlinie Praxismessungen empfohlen. Zur besseren Risikostratifizierung sollte aber erwogen werden, auch Messwerte außerhalb der Praxis einzubeziehen. Ob sich dafür Messungen zu Hause beim Patienten oder die ambulante Langzeitmessung besser eignen, hängt von den Umständen, gegebenenfalls auch von den Präferenzen des jeweiligen Patienten ab.

So gut wie keine Veränderungen gegenüber den Empfehlungen von 2007 enthält das Kapitel zur Pharmakotherapie. Diuretika, Betablocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer und Angiotensinrezeptorblocker spielen weiterhin gleichberechtigt im Quintett der Standardmedikamente. Und auch gemäß den neuen Leitlinien ist es legitim, von Anfang an kombiniert zu therapieren. Abgeraten wird davon, zwei RAS-Blocker miteinander zu kombinieren. Der Grund dafür liegt in der höheren Inzidenz schwer-

Infobox Klassifikation

Die Klassifikation der Hypertonie nach Schweregraden wurde in den neuen Leitlinien beibehalten:

- **hoch normal:** 130–139 mmHg
- **Grad 1:** 140–159 mmHg systolisch oder 90–99 mmHg diastolisch
- **Grad 2:** 160–179 mmHg systolisch oder 100–109 mmHg diastolisch
- **Grad 3:** ≥ 180 mmHg systolisch oder ≥ 110 mmHg diastolisch.

wiegender Nebenwirkungen unter solchen Kombinationen, wie etwa Nierenversagen, Hyperkaliämie und Hypotension.

Renale Denervation braucht Langzeitdaten

Neu in den aktuellen Leitlinien ist ein Abschnitt zur Bewertung der renalen Denervation bei therapieresistenter Hypertonie. Die Leitlinienautoren beurteilen dieses Instrument zurückhaltend. Sie sehen die Methode als vielversprechend an, betonen aber die Notwendigkeit, zusätzliche Daten aus Langzeitstudien abzuwarten, um mehr über die Sicherheit und Wirkdauer aussagen zu können.

Auch die Publikation einer neuen deutschen Hochdruck-Leitlinie steht unmittelbar bevor. Die Gültigkeit der bisherigen Leitlinie, die seit Juni 2008 in Kraft gewesen war, ist am 1. Juni 2013 abgelaufen. Wie seitens der Deutschen Hochdruckliga verlautet, sind keine grundlegenden Neuerungen zu erwarten. Insbesondere werde sich nichts an der Einschätzung der Betablockade oder der direkten Renininhibition ändern.

In Arbeit ist zudem eine Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Hypertonie, in der Entscheidungshilfen für das Disease Management und die Integrierte Versorgung gegeben werden sollen. Die Koordination liegt beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin. Am 1. August 2015 soll die NVL fertig sein. (Robert Bublak)

Viel zu hoch über dem Zielwert für die Blutdruckeinstellung.

[1] J Hypertens 2013, 31:1281-1357

[2] Eur Heart J 2013, online 14. Juni