

## **Der Berg kreite... die neue Nationale VersorgungsLeitlinie Hypertonie**

Seit 2002 hat das ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ), eine Tochtergründung von Bundesrztelkammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, acht Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) erarbeitet, zuletzt in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF).

Die jüngste Veröffentlichung betrifft mit der Hypertonie eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis.

Die 119 Seiten fassende Langfassung der NVL Hypertonie finden Sie unter <https://tinyurl.com/mrxam4vn>, die immer noch 45 Seiten lange Kurzfassung unter <https://tinyurl.com/3844jh29>.

### Vorbemerkung:

Es liegt auf der Hand, dass sich in einer interdisziplinären und interprofessionellen Leitlinie passende Empfehlungen nicht nur zum hausärztlichen Setting finden können. Durch persönlichen Kontakt weiß ich, dass die DEGAM-Vertreter\*innen Aniela Angelow, Markus Bleckwenn, Karl-Heinz Moser und Uwe Popert, alles gegeben haben, um eine hausärztliche Sicht auf das Problem Hypertonie abzubilden. Unter allen Fachvertreter\*innen ist es unstrittig, dass die Behandlung einer Hypertonie zu den effektivsten Interventionen zur Senkung des kardiovaskulären Risikos gehört [Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364;937-952].

Bei Patient\*innen mit Diabetes ist die Blutdruck-Normalisierung sogar deutlich effektiver als die Senkung einer erhöhten Blutglukose, um vorzeitige Sterbefälle und kardiovaskuläre Ereignisse zu verhindern (<https://tinyurl.com/42txem4y>).

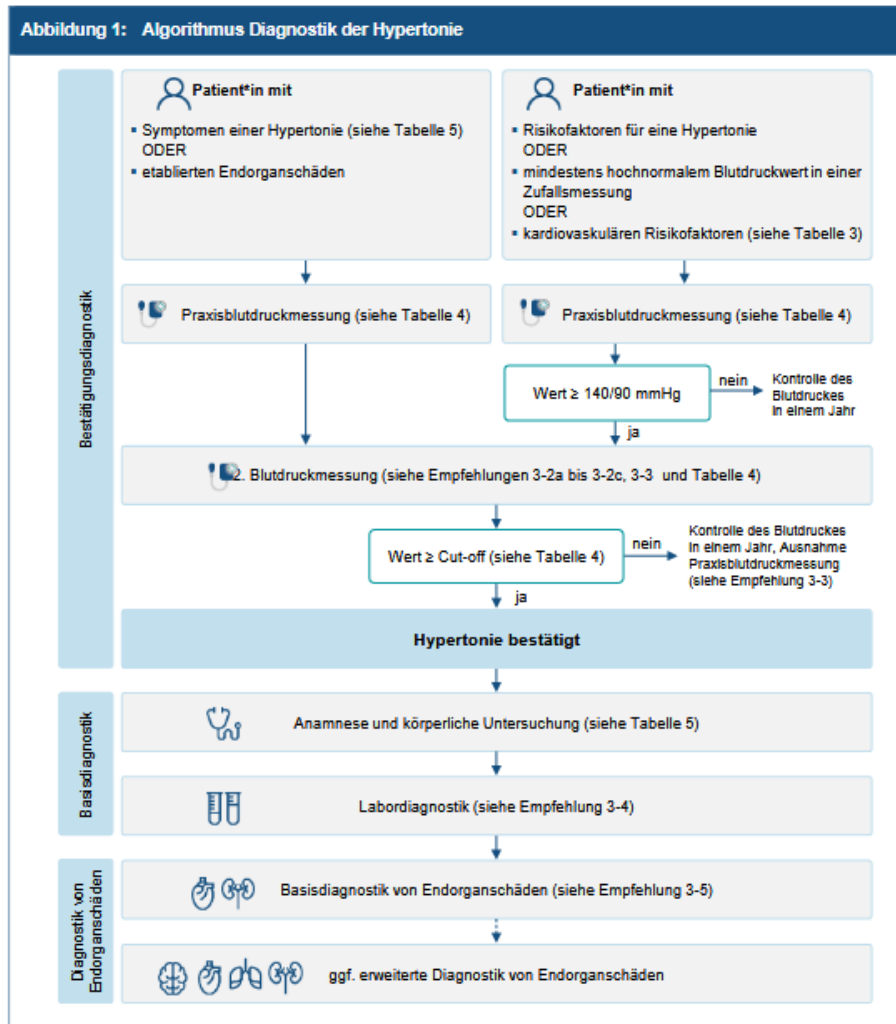
Insofern bitte ich darum, die folgenden kritischen Anmerkungen zur NVL Hypertonie unter der Prämisse zu lesen, dass keineswegs die Senkung erhöhter Blutdruckwerte bei Personen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko relativiert werden soll. Die Kritikpunkte hatte ich bereits im Konsultationsprozess der Leitlinie geäußert - natürlich besteht kein Anspruch darauf, dass sie in die NVL übernommen werden. Dass ich sie jetzt einer größeren, überwiegend primärärztlichen Leserschaft zur Verfügung stelle, reflektiert die Tatsache, dass die Behandlung einer Hypertonie vorrangig in hausärztlichen Praxen stattfindet - und dass eine Nationale Leitlinie diese Tatsache berücksichtigen sollte.

### Die einzelnen Kritikpunkte:

- Die NVL empfiehlt, dass eine Hypertonie nach „Schweregraden“ klassifiziert werden solle (hier übernimmt die NVL die Definition aus der ESC/ESH-Guideline [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165516/>]). Die entsprechende Tabelle suggeriert allerdings eine Pseudo-Genauigkeit. Wir wissen alle, wie stark durchschnittliche Blutdruck-Werte schwanken. Die unterschiedliche Grad-Einteilung erschwert in der primärärztlichen Versorgung die Diagnose-Kodierung (so müsste bei erfolgreicher Therapie eine Hypertonie Grad II evtl. in eine Hypertonie Grad I umkodiert werden. Letzten Endes wird diese Umkodierung aber niemand umsetzen). Hausärztliche Praxen leiden bereits jetzt schon unter überbordender Bürokratie - die Umsetzung der Empfehlung würde die Arbeit weiter erschweren. NB: Eine solche Klassifikation ist auch

nicht Bestandteil der hausärztlichen Kodier-Klassifikation ICPC-3 (<https://tinyurl.com/5extvvp>).

- „Die Diagnostik der Hypertonie soll gemäß Abbildung 1 erfolgen.“



Hier fehlt ganz entscheidend eine Differenzierung nach dem Alter der Patient\*innen: Bei jungen Menschen mit niedrigem kardiovaskulärem Risiko ist der Nutzen einer frühen Identifizierung einer Hypertonie und deren Behandlung fraglich – es gibt offensichtlich keinen „*legacy effect*“: Unter diesem Begriff versteht man, dass der Effekt einer über viele Jahre guten Blutdruckeinstellung langfristig kardiovaskuläre Komplikationen verhindern kann. Der Nutzen einer antihypertensiven Behandlung *bei jungen Menschen mit niedrigem kardiovaskulärem Risiko* lässt sich allerdings nur so lange nachweisen, wie die Behandlung durchgeführt wird (Jaeger B, Bress A, Bundy J, et al. Longer-Term All-Cause and Cardiovascular Mortality With Intensive Blood Pressure Control. A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol 2022; 7: 1138-1146.) Daraus ergibt sich, dass hier eine Hypertonie nicht notwendigerweise diagnostiziert und behandelt werden muss. Schlaganfälle durch eine Hypertonie kommen bei jungen Menschen häufiger vor (<https://tinyurl.com/2vukam2z>), sind aber in absoluten Zahlen so selten, dass sich hieraus keine generellen Therapie-Empfehlungen ableiten lassen. Letztlich bleibt es unsicher, ob die in der Regel lange Lebenszeit

junger Menschen die geringe Ereignisrate aufwiegt.

Auch gibt es Hinweise, dass bei alten Menschen eine Hypertonie weniger streng gesenkt werden muss. Möglicherweise nützt eine Behandlung bei alten Menschen sogar weniger als bei jüngeren <https://tinyurl.com/empsbn7>, <https://tinyurl.com/3py5v3ey>, <https://tinyurl.com/eubcmsyp>, <https://tinyurl.com/5xkehpbu>, <https://tinyurl.com/2p9422sn>, <https://tinyurl.com/66pw7n95>. (Allerdings sollte meine Anmerkung nicht dahin gehend missverstanden werden, dass bei alten Menschen unkritisch Antihypertensiva abgesetzt werden sollten – es gibt Hinweise darauf, dass ein solches Absetzen zu unerwünschten Wirkungen führen kann [<https://tinyurl.com/43dtrw85>]).

- „Besteht bei Patient\*innen nach der Praxisblutdruckmessung weiterhin der Verdacht auf eine Hypertonie, soll eine ambulante 24h-Blutdruckmessung empfohlen werden“.

=> Diese Empfehlung sollte m.E. begrenzt werden auf die Fälle, in denen man sich nicht sicher ist, ob die bislang von den Pat. selbst oder in der Praxis gemessenen Werte repräsentativ sind. Bei deutlich erhöhten RR-Werten kann eine 24-h-Messung eine Qual sein. Zudem existiert mit der Selbstmessung des Blutdrucks durch die Patient\*innen eine Alternative zur Messung in der Praxis (<https://tinyurl.com/fx8r4x7r>, <https://tinyurl.com/bdjtrkse>).

- Die erneute Praxisblutdruckmessung nach 3 - 4 Wochen sollte nicht als alleiniges Messverfahren zum Ausschluss der Diagnose Hypertonie herangezogen werden.

=> Diese Empfehlung ist im hausärztlichen Alltag unrealistisch. In den meisten Fällen wird der Blutdruck in der Praxis eher zu hoch gemessen. Damit steigt die Sensitivität des Verfahrens. Hausarzt\*innen und ihre MFAs haben sicherlich genug anderes zu tun, als bei Patient\*innen ohne Hypertonie ständig den Blutdruck zu messen.

- „Allen Personen mit bestätigter Diagnose Hypertonie soll die Bestimmung folgender Parameter empfohlen werden:

- Natrium,
- Kalium,
- eGFR (Serumkreatinin),
- Lipidstatus,
- Nüchternplasmaglukose, ggf. HbA1c,
- Urinstatus (z. B. mittels Urinstreifentest).



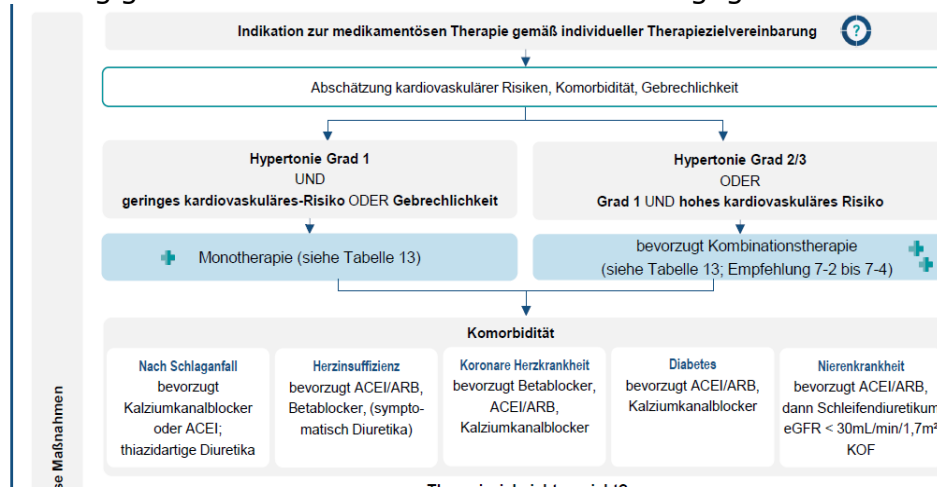
=> sollte diese Empfehlung nicht um die Worte „soll im Laufe der Behandlung die Bestimmung...“ ergänzt werden? Die Behandlung einer Hypertonie ist eine „Langstrecken-Angelegenheit“ – man hat doch Zeit! Wichtig ist v.a., dass unter dem Einsatz von Medikamenten, die die Nierenfunktion beeinflussen können, (z.B. ACE-Hemmer, ARB und Diuretika) eGFR, Natrium und Kalium regelmäßig kontrolliert werden.

- „Allen Personen mit bestätigter Diagnose Hypertonie sollte zur Identifikation von Endorganschäden ein Ruhe-EKG mit zwölf Ableitungen empfohlen werden.“

=> Im Text selbst steht, dass die Testeigenschaften des EKGs zum Erkennen einer linksventrikulären Hypertonie sehr schlecht sind

(<https://tinyurl.com/2tktay8t>). Von daher ist der Sinn einer solchen Routine-Untersuchung fraglich.

- Im Therapie-Algorithmus werden konkrete Empfehlungen zur Behandlung in Abhängigkeit von bestimmten Komorbiditäten gegeben:



- Es sollen bei koronarer Herzkrankheit bevorzugt Betablocker, ACEI/ARB und/oder Kalziumkanalblocker eingesetzt werden.  
=> es bleibt unklar, warum hier kein Thiaziddiuretikum genannt wird. Kalzium-Antagonisten bergen ein nicht unerhebliches Risiko einer kardialen Dekompensation (<https://tinyurl.com/k7dbfyk6>). Betablocker haben nur in den ersten 12 Monaten nach einem Infarkt einen spezifischen Nutzen (wenn keine Herzinsuffizienz vorliegt und wenn die Indikation nicht in einer antianginösen Wirkung besteht [<https://tinyurl.com/36an4trp>, <https://tinyurl.com/3xkcasar>]). Im DMP KHK sind die Betablocker darum deutlich zurückgestuft worden (<https://tinyurl.com/27njb4as>).
- Bei Nierenkrankheit mit einer eGFR < 30mL/min/1,7m<sup>2</sup> KOF soll ein Schleifendiuretikum eingesetzt werden – dabei kann auch hier u.U. ein Thiazid zur Blutdrucksenkung verwendet werden (<https://tinyurl.com/3mnw8xwk>).
- Bei Diabetes sollen bevorzugt ACEI/ARB und Kalziumkanalblocker zum Einsatz kommen. Dabei spricht auch hier nichts gegen ein Thiazid, das nach ALLHAT (<https://tinyurl.com/k7dbfyk6>) hinsichtlich der kardialen Situation deutlich besser abschneidet. Der oft postulierte diabetogene Effekt ist a) nicht gravierend – und b) beeinflusst er nicht den Outcome der Patient\*innen (<https://tinyurl.com/2s4y3d2y>).
- „Erfolgt eine Kombinationstherapie, sollte diese bevorzugt als Fixkombination angeboten werden.“  
=> hier bleibt die Leitliniengruppe einen Beleg schuldig. Sicherlich ist die Therapie-Adhärenz höher, wenn täglich nur eine Tablette eingenommen werden muss. Auf der anderen Seite stellt sich z.B. bei Unverträglichkeiten die Frage, welcher Bestandteil einer Fixkombination diese möglicherweise verursachte. Behutsame Dosisveränderungen sind bei Fixkombinationen schwieriger. Zudem gibt es keine Kombinationen mit Chlortalidon; Kombinationen von HCT mit Ramipril dagegen sind häufig entweder unter- (Ramipril-Teil) oder überdosiert (HCT-Teil).

- „Wenn eine Eskalation indiziert ist, sollte zunächst ein zweiter Wirkstoff hinzugefügt werden, bevor ein Wirkstoff maximal ausdosiert wird.“  
=> Die Tatsache, dass dies eine Konsens-basierte Empfehlung ist, weist bereits darauf hin, dass hier die Evidenz fehlt. Diese Empfehlung beißt sich nun wieder mit der Adhärenz
- „Wenn Patient\*innen mit Hypertonie das individuelle Therapieziel trotz Ausschöpfen der leitliniengerechten Therapie (Medikation und Lebensstil) nicht erreichen, kann eine renale Denervation angeboten werden.“  
=> diese Empfehlung sollte ergänzt werden um den Satz: „Dabei soll darüber aufgeklärt werden, dass es sich um einen irreversiblen Eingriff mit der möglichen Folge u.a. der Induktion einer Nierenarterienstenose handelt (<https://tinyurl.com/2zypffym>).“
- „Bei Abfall der eGFR um >20% oder bei glomerulärer Filtrationsrate (GFR) <45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> sowie bei Verdacht auf Nierenarterienstenose und neu aufgetretener Proteinurie soll zum/r Nephrologen/in überwiesen werden.  
=> Hier muss dringend ein Altersbezug hinzugefügt werden. Wenn wir Hausärzt\*innen alle unsere alten Patient\*innen mit eGFR < 30 ml/min zur nephrologischen Praxis schicken würden, wären diese Praxen auf einen Schlag nicht mehr arbeitsfähig! Mit fortschreitendem Alter sinkt die eGFR physiologischer Weise. Zudem nützen Diagnose und Dilatation einer Nierenarterienstenose kaum mehr als eine adäquate medikamentöse Blutdruck-Senkung - v.a. nicht bei älteren Menschen (<https://tinyurl.com/52hr3a8e>).

Zusammenfassend ist festzuhalten: Es ist gut, dass nun auch zur Hypertonie Empfehlungen einer Nationalen VersorgungsLeitlinie vorliegen. Diese bedürfen aber an etlichen Stellen noch besserer Evidenzbelege – und einer Anpassung an den hausärztlichen Versorgungs-Kontext.

#### Nachtrag zum letzten Beitrag (vom 25.6.2023) zur LDL-Senkung:

- Einige Kolleg\*innen signalisierten mir, dass meine Sätze mit doppelter Verneinung zur Definition von kardiovaskulärer Primär- und Sekundärprävention missverständlich waren. Um es noch einmal eindeutig auszudrücken: ein sonografischer Kalk-Nachweis in der A. Carotis „qualifiziert“ **nicht** zur Einstufung als Sekundärprävention und somit ebenfalls **nicht** zur Therapie mit ASS und/oder einem Statin.
- In meinen Ausführungen zur Statin-Hochdosis mit Simvastatin (80 mg) fehlte ein Satz: „Für Simvastatin-Dosierungen >40 mg konnte kein Nutzen belegt werden – dagegen kommt es gehäuft zu unerwünschten Wirkungen“.
- In meine Angaben zur Häufigkeit von Lipid-Kontrollen in Deutschland und zu deren Preis hatte sich ein Sinn entstellender Fehler eingeschlichen: aus der mir vorliegenden Quelle mit Daten vom ZI der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergeben sich für das Jahr 2021 69,4 Millionen (nicht 100.000!) Lipidmessungen zu Lasten der GKV durch Kassenärzt\*innen – die Kosten dafür liegen bei 17,4 Mio. €.

Ich bitte, diese ärgerlichen Fehler zu entschuldigen.

Dr. med. Günther Egidi, Bremen  
guenther.egidi@posteo.de