

„Ich sage nur: China, China, China...“

Was dieses Zitat des dritten Bundeskanzlers der Bundesrepublik Deutschland, Kurt Georg Kiesinger (NSDAP-Mitglied von 1933 bis zum Ende des Dritten Reiches!), mit der Behandlung einer Hypertonie bei Diabetes zu tun hat, löse ich am Ende dieses Beitrages auf.

Zunächst ein Blick nicht ganz so weit zurück in die Vergangenheit:

Wer ähnlich alt ist wie ich, wird sich noch an Empfehlungen erinnern, einen erhöhten Blutdruck bei Menschen mit Diabetes eher stärker zu senken als bei Personen ohne Diabetes.

Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) empfahl beispielsweise in ihren Praxisleitlinien im Jahr 2002 eine Blutdruck-Senkung bei Menschen mit Diabetes unter 140/85 mm Hg, bei guter Verträglichkeit und bei Mikroalbuminurie unter 130/80 mm Hg.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) sprach sich im selben Jahr in ihrer ersten Handlungsleitlinie Diabetes generell bei allen Personen mit Diabetes für eine Blutdrucksenkung unter 130/80 mm Hg aus.

Rationale für diese Empfehlungen, bei Diabetes den Blutdruck stärker zu senken als bei Stoffwechsel-Gesunden, war die pathophysiologische Überlegung, dass ein Diabetes das kardiovaskuläre Risiko erhöht – und dem entsprechend eine Blutdruck-Senkung besonders effektiv sein müsse.

Die vor über 20 Jahren gültigen, schärferen Blutdruckziele für Menschen mit Diabetes gerieten – wie übrigens auch diejenigen für die Blutzuckersenkung (HbA1c-Ziel < 7,0%) – im Jahr 2010 mit der **ACCORD-BP-Studie** (<https://tinyurl.com/3cdskhde>) ins Wanken: Bei gut 4.700 Personen mit Diabetes wurde ein systolischer Zielblutdruck < 120 mit einem < 140 mm Hg verglichen (real erreicht: 119,3 vs. 133,5 mm Hg). Beim primären Sammelendpunkt unterschieden sich intensivere und weniger intensive Blutdrucksenkung nicht signifikant (1,87 vs. 2,09%, 95%-CI 0,73-1,06, p=0,20). Aber schwere unerwünschte Wirkungen gab es in der Gruppe mit stärkerer Blutdrucksenkung deutlich häufiger (3,3 vs. 1,3%).

Mit Rezeption der ACCORD-Studie verschwanden die Empfehlungen zu niedrigeren Blutdruck-Zielen aus sämtlichen Diabetes-Leitlinien.

Aus der im Jahr 2015 veröffentlichten US-amerikanischen **SPRINT-Studie** (<https://tinyurl.com/2krfyfyy>) mit ihrem Vergleich von Zielblutdruck-Werten < 120 vs. < 140 mm Hg waren wegen der Erkenntnisse der ACCORD-Studie Personen mit Diabetes explizit ausgeschlossen worden. (An SPRINT war v.a. die Übertragbarkeit der Messmethodik bezweifelt worden – die Proband*innen saßen 5 Minuten lang ruhig allein in einem Raum, bevor die automatische Messung startete – wir wissen um den Einfluss psychischer Anspannung auf die Blutdruckwerte. Zudem war die Studie nicht verblindet, und die umfangreichen Ein- und Ausschlusskriterien hatten die Studienpopulation so selektiert, dass dies eine Übertragbarkeit auf alle vor uns sitzenden Menschen mit Hypertonie beeinträchtigen kann).

Jetzt wurde im renommierten New England Journal of Medicine eine chinesische (siehe Titel dieses Beitrages) Studie veröffentlicht (**BROAD**), die an eine erneute Wende hin zu niedrigen Blutdruck-Zielwerten bei Menschen mit Diabetes denken lassen könnte (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2412006>).

12.821 Patient*innen mit Diabetes und Hypertonie wurden randomisiert – in eine Interventions-Gruppe mit Zielblutdruck unter 120 mm Hg – und eine Kontroll-Gruppe mit Ziel unter 140 mm Hg. Der primäre Sammel-Endpunkt setzte sich zusammen aus Schlaganfall, Herzinfarkt, symptomatischer Herzinsuffizienz oder kardiovaskulärem Tod.

Nach durchschnittlich 4,2 Jahren erlitten diesen Endpunkt 393 vs. 492 Patient*innen (entsprechend 1,65 vs. 2,09 Ereignisse pro 100 Personenjahre – HR 0,79; 95%-CI 0,69-0,90, p<0,001).

Symptomatische Blutdruckabfälle und Hypokaliämie gab es häufiger in der Interventionsgruppe, schwere UAW dagegen nicht.

Ein weiteres Argument: Im US-amerikanischen JAMA hatte ein systematischer Review (<https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/25668264/>) zwar herausgefunden, dass eine stärkere Blutdruck-Senkung bei Diabetes mehr nützen würde – allerdings waren darin nicht wie in der o.a. zitierten Metaanalyse verschiedene Schwellen zur Blutdruck-Senkung bei Diabetes miteinander verglichen, sondern nur in Form einer Kohorten-Analyse verschiedene RR-Werte mit kardiovaskulären Ereignissen in Beziehung gesetzt worden.

- Also jetzt doch bei allen Patient*innen mit Diabetes den Blutdruck unter 120 mm Hg senken?

Um diese Frage zu beantworten, lohnt sich ein vergleichender Blick auf die beiden wesentlichen Studien ACCORD-BP und BPROAD:

	Pat-Zahl	Baseline-RR (mm Hg)	Durchschnittl. Alter (Jahre)	Anteil Frauen	Anteil Patient*innen mit kardio-vask. Vorerkrankungen	Diabetes-Dauer (Jahre)	HbA1c (%)	Anteil Raucher*innen
ACCORD-BP	4733	139/76	62,2	47,7%	33,7%	10	8,3	13,3
BPROAD	12821	140/65,3	63,7	45,6%	23% - dazu 28,3% Mikroalbuminurie, 5,5% Gefäßstenosen, 1% path. ABI, 1,9% linksventr. Hypertrophie	10,3	7,6	25%
	Dauer follow-up	Erreichter RR (mm Hg)	Schlaganfälle (sek. Endpunkt)	ACE-Hemmer	Sartane	Thiazide	Beta-blocker	Calcium-Antagonisten
ACCORD-BP	4,7	Nach 1 Jahr 119,3 vs. 133,5	0,32 vs. 0,53% (HR 0,59; CI 0,39-0,89, p=0,01)	52,1%	17,9%	26,1%	25,5%	18,5%
BPROAD	4,2 Jahre	Nach 1 Jahr 121,6 vs. 133,2	1,19 vs. 1,50%/Jahr	10,8 vs. 8,6%	65,6 vs. 45,0%	26,4 vs. 10,0%	29,9 vs. 19,9%	73,6 vs. 50,8%

Wir sehen:

- Auch in ACCORD-BP hatte es einen leichten Vorteil einer intensiveren RR-Senkung gegeben (1,87% vs. 2,09% Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Todesfälle/Jahr) – der Unterschied war nur nicht statistisch signifikant.
- Unter den sekundären Endpunkten wurde die Schlaganfall-Häufigkeit in beiden Studien signifikant gesenkt (ist ja eigentlich klar: Schlaganfall hängt - neben Vorhofflimmern entscheidend vom syst. Blutdruck ab, von Lipiden dagegen nur minimal): ACCORD 0,32 vs. 0,53%, BPROAD 1,19 vs. 1,50%.
- Und da haben wir neben der ARR den entscheidenden Unterschied: die Pat. in ACCORD waren mit 33,7% Sekundär-Prävention eher weniger krank als die in BPROAD (23% Sek-Prävention + weitere 34% "subclinical CVD").
- Der signifikante Unterschied beim primären Endpunkt in BPROAD war wesentlich durch die Senkung des sekundären Endpunktes Schlaganfall getriggert. Die Schlaganfall-Prävalenz ist allerdings in China viel höher (<https://tinyurl.com/2xxpj75r>) als in Deutschland

(<https://tinyurl.com/u5eehdxs>): Anstieg der Prävalenz in China in den Jahren 2013 bis 2019 von 2,28 auf 2,58%, in Deutschland lag sie dagegen im Zeitraum 2014/15 bei nur 1,6%.

- Etwas kommt bei der chinesischen Studie noch hinzu: hinsichtlich der Erfassung unerwünschter Wirkungen der Therapie habe ich meine Zweifel: die Studie wurde während des harten Corona-Lockdowns durchgeführt. Die Autor*innen der BPROAD-Studie diskutieren selbst: „telephone interviews were used to collect data, especially during lockdowns due to the Covid-19 pandemic“. Da bleibt unklar, wie beispielsweise Elektrolyt-Entgleisungen hätten registriert werden können...

Gegen eine weitere Absenkung des Zielblutdruckes bei Menschen mit Diabetes steht auch eine umfassende metaanalytische Aufarbeitung bis 2016: <https://tinyurl.com/3jjx762y> - von 49 RCTs mit 73.738 Patient*innen: Diese zeigte, dass eine Blutdrucksenkung nur einen Nutzen hatte, wenn der systolische Blutdruck vor der Senkung über 140 mm Hg lag. War der systolische **Ausgangs**-Blutdruck geringer als 140 mm Hg, stieg die kardiovaskuläre Sterblichkeit (RR 1,15; 95%-CI 1,00-1,32), die Gesamtsterblichkeit war numerisch höher (RR 1,05; 95%-CI 0,95-1,165).

Fazit: eine intensivere Blutdrucksenkung bei Diabetes ist möglicherweise für Chines*innen (während der COVID-Pandemie) gut gewesen - für Europäer/Amerikaner eher nicht.

Ansonsten können wir uns in unserer gemeinsam mit unseren Patient*innen zu fällenden Entscheidung, ob wir den Blutdruck stärker oder weniger stark senken wollen, an einer sehr schönen Grafik in der Nationalen VersorgungsLeitlinie Hypertonie (NVL) orientieren: <https://tinyurl.com/32rehbmm> - im pdf-Dokument Abbildung 3 zum Blutdruck-Zielkorridor auf S. 33.

Vom Blutdruck zum politischen Druck...

In meinen Benefit-Beiträgen vom August 2023 und November 2024 hatte ich mich kritisch mit der **elektronischen Patient*innen-Akte** (ePA) auseinandergesetzt.

Ein Beitrag der Plattform Heise.de betrachtet kritisch, wie unser Noch-Gesundheitsminister Lauterbach plant, Inhalte der ePA an Daten-Konzerne wie Meta, Open-AI, Google et al. weiterzugeben. Lesen Sie hier: <https://tinyurl.com/bdwccxk8>

Und im Observer Gesundheit setzt sich der vormalige IQWiG-Chef Jürgen Windeler damit auseinander, wie die Patient*innen systematisch eben nicht ausgewogen über Vor- und Nachteile einer Speicherung ihrer Daten aufgeklärt werden. Lesen Sie seinen Beitrag unter <https://tinyurl.com/4d7y73zx>

Offensichtlich sollen die Bürger*innen nach dem Motto „bist du nicht willig, so brauche ich Gewalt“ gedrängt werden, ihre Daten für die ePA freizugeben – ohne, wie Jürgen Windeler ausführte, angemessen und ausgewogen informiert worden zu sein. Freiwillig wollte fast niemand die eigenen Daten speichern lassen – also wurde die Opt-out-Regelung beschlossen: wer nicht aktiv widerspricht, dessen/deren Daten werden automatisch gespeichert.

Ab dem 15.1.2025 soll die ePA in Modell-Regionen, danach bundesweit ausgerollt werden.

Vielleicht sehen Sie ja die datenrechtlichen Aspekte der ePA und auch ihre Praktikabilität im Alltag (die elektronische Datei wird mit unendlich vielen – nicht suchbaren – PDF-Dokumenten zugemüllt).

Dann weisen Sie Ihre Patient*innen auf diesen „Widerspruchs-Generator“ hin:

1. Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA) <https://widerspruch-epa.de/widerspruch-gegen-elektronische-patientenakte-epa/>

2. Widerspruch gegen die Auswertung von Abrechnungsdaten für persönliche Mitteilungen zu Gesundheitsrisiken Falls zwar eine ePA, aber darin keine Abrechnungsdaten gewünscht werden, kann man mit dem dritten Generator dem widersprechen:
<https://widerspruch-epa.de/widerspruch-gegen-risikosuche/>
3. Widerspruch gegen das Einstellen der Abrechnungsdaten in ihre ePA:
<https://widerspruch-epa.de/widerspruch-gegen-uebernahme-abrechnungsdaten/>

Schließlich ein noch politischeres Thema: am 5.12.2024 fand die erste Lesung eines interfraktionellen Antrages zur **Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches** im Deutschen Bundestag statt. Die DEGAM hatte sich mit ihrer Vertreterin Kristina Hänel an der S2k-Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“ (<https://tinyurl.com/2x57p6x9>) beteiligt – aktuell laufen die Arbeiten zu einem „Upgrade“ zu einer S3-(also auch evidenzbasierten) Leitlinie.

Die Tatsache, dass Abbrüche in der Frühschwangerschaft nach der vorgeschriebenen Beratung zwar nicht strafbewehrt, aber dennoch rechtswidrig sind, stellt für nicht wenige Ärzt*innen ein wesentliches Hindernis dar, selber (medikamentöse) Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.

Zudem erschwert die Kriminalisierung von Abbrüchen, dass die Gesundheitspolitik dafür sorgt, dass das Thema im Studium und in der (auch allgemeinmedizinischen) Weiterbildung sowie in der Bedarfsplanung den nötigen Stellenwert findet.

Der Deutsche Hausärztinnen- und Hausärzteverband und auch die DEGAM unterstützen die Initiative zur Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches.

Für einen Erfolg des interfraktionellen Antrages im Bundestag fehlen der rot-grünen Rumpf-Regierung aktuell 40 Stimmen.

Wenn Sie zu einem Erfolg der Initiative beitragen wollen, schreiben Sie vorrangig Abgeordnete von FDP, BSW und CDU in Ihrem Wahlkreis an – und fordern Sie sie auf, die Initiative zu unterstützen:

<https://verein.innn.it/aktionsseite/weg-mit-%C2%A7218/>

Vielen Dank!

Ihr

Dr. med. Günther Egidi

(... der seinerseits den folgenden Kolleg*innen dafür dankt, dass sie kritisch seinen Text durchgearbeitet haben, um Fehler zu identifizieren und abzustellen: Sabine Gehrke-Beck, Hanna Kaduszkiewicz, Thomas Maibaum, Kai-Florian Mehrländer, Uwe Popert, Til Uebel)