

H.-W. M. Breuer

Aktuelle Hypertonieprävalenz in der Oberlausitz

Malteser Krankenhaus St. Carolus
Abteilung Innere Medizin

JNC 7-, ESH/ESC- und Hochdruckligaempfehlungen 2003 zur Diagnostik und Therapie der Hypertonie

Zusammenfassung

2003 wurden von verschiedenen Hochdruckgesellschaften neue Richtlinien zur Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie publiziert. Leider sind die in diesen Empfehlungen verwandten Definitionen nicht kongruent. Unterschiede in den aktuellen Klassifikationen, auch wenn sie nur marginal sind, fördern sicherlich nicht eine unbedingt erforderliche Optimierung der bisherigen Therapie der Hypertonie.

Die Prävalenz der Hypertonie ist unter Berücksichtigung der aktuellen Definitionen extrem hoch. Dennoch darf die hohe Prävalenz, wie sie in mehreren Erhebungen auch in der Oberlausitz nachweisbar war, nicht zu einer Akzeptanz im Sinne von „häufig gleich normal“ und somit zu einem therapeutischen Nihilismus führen. In der Oberlausitz fand sich 1996 bis 2003 eine Zunahme der Anzahl therapierter Hypertoniker, die mit 34 Prozent der untersuchten Stichprobe größer war als im publizierten deutschen Durchschnitt. Der Erfolgs-

grad der Therapie ist jedoch mit 9 Prozent kontrollierten Hypertonikern extrem schlecht, wobei allerdings auch im europäischen Raum keine höhere Erfolgsquote vorlag (8 Prozent).

Die Bedeutung einer Kombinationstherapie bereits bei Therapieeinleitung wird erstmals von allen Fachgesellschaften herausgestellt. Ein grundsätzliches Problem ist, dass trotz der zahlreichen Therapiemöglichkeiten der arteriellen Hypertonie in der Regel zu hohe Werte toleriert werden und erfolgreiche Steigerungen oder Kombinationen zu selten ergriffen werden. Das Nichterreichen der Zielwerte sollte eine auf Einzelfälle beschränkte Ausnahme bleiben und nicht der Regelfall.

Schlüsselwörter: JNC-7-Report, ESH/ESC-Guidelines, Hypertonieprävalenz

Das Joint National Committee, ein Zusammenschluss von 39 wissenschaftlichen Gesellschaften und 7 Regierungsbehörden in den USA publizierte im Mai 2003 zum 7. Mal Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie der Hypertonie (1, 4). Etwa zeitgleich, jedoch in zahlreichen Nuancen keinesfalls identisch, erschienen die Empfehlungen zur Behandlung der arteriellen Hypertonie der Europäischen Hochdruckgesellschaft und der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (3). Im November 2003 wurden dann die neuen Empfehlungen der Deutschen Hochdruckliga in das Internet eingestellt (2). Während vor einigen Jahrzehnten noch die Behandlung der malignen Hypertonie und des

Schlaganfalls im Vordergrund der Hochdrucktherapie standen und Studien primär auf den diastolischen Blutdruck fokussierten, liegen die aktuellen Schwerpunkte der Empfehlungen mehr in der Prävention. Neben der Bedeutung des diastolischen Blutdrucks wurde in den neueren Empfehlungen dem systolischen Blutdruck die gleiche bzw. eine höhere (2) Relevanz für die Pathogenese kardiovaskulärer Erkrankungen zugeordnet. Als Parameter mit besonderer Relevanz für das kardiovaskuläre Risiko von Patienten ab dem 55. Lebensjahr wird die Blutdruckamplitude („Pulse Pressure“³) diskutiert.

Die amerikanischen Empfehlungen des JNC 7 Reports vereinfachten verglichen mit frühe-

ren Darstellungen die Klassifizierung der unterschiedlichen Blutdruckwerte, wohingegen die Europäischen Empfehlungen und die Deutsche Hochdruckliga eine wesentlich differenziertere Einteilung favorisieren (Tab. 1). Im JNC 7 Report wurden die Begriffe „hochnormal“, „normal“, „noch-normal“ und „Borderline“ zugunsten der Kategorie „Prähypertonie“ verlassen. Die Prähypertonie erstreckt sich von 120 bis 139 mmHg systolisch und von 80 bis 89 mmHg diastolisch. Nach Ansicht der Autoren des JNC 7 Reports waren die Begriffe „hochnormal“ und „Borderline“ zu wenig hinweisend auf die negativen kardiovaskulären Auswirkungen des Blutdrucks in dem jetzt als Prähypertonie bezeichneten Bereich. Ebenfalls wurden die Hochdruckstadien 2 und 3 als Stadium 2 zusammengefasst, da die Behandlung prinzipiell die gleiche ist. Die Behandlung in der Phase der Prähypertonie entspricht primär den Prinzipien der „therapeutischen Lebensstiländerungen – TLC“ (reduzierte Aufnahme gesättigter Fettsäuren und Cholesterin, diätetische Maßnahmen zur Cholesterinsenkung (pflanzliche Stanole, Sterole, Ballaststoffe), Gewichtsreduktion, regelmäßige erhöhte physische Aktivität, 5). Hinsichtlich der erforderlichen medikamentösen Therapie bei Blutdruckwerten ≥ 140 oder ≥ 90 mmHg stellen alle Fachgesellschaften erstmals die Bedeutung der initialen Therapie mit Fixkombinationen (zum Beispiel Diuretikum + Betablocker, Diuretikum + ACE-Hemmer, Diuretikum + AT1-Rezeptorantagonist) heraus. In den amerikanischen Empfehlungen wird zudem betont, dass in den

Tab. 1: Vergleich der aktuellen JNC7-, ESH/ESC- und Deutschen Hochdruckliga-Blutdruckklassifikationen. Angaben in mmHg. (Hyp.: Hypertonie, ISH: isolierte systolische Hypertonie)

Klassifikation	JNC 7	ESH/ESC	D. Hochdruckliga
optimal		<120 und < 80	< 120 < 80
normal	<120 und <80	120-129 und 80 – 84	< 130 < 85
„noch“-normal			130 – 139 85 – 89
hoch normal		130 – 139 und 85 – 89	
Prähypertonie	120 – 139 oder 80 – 89		
Grad 1 Hyp.	140 – 159 oder 90 – 99	„mild“ 140 – 159 oder 90 – 99	„leicht“ 140 – 159 oder 90 – 99
Grad 2 Hyp.	≥ 160 oder ≥ 100	„mäßig“ 160 – 179 oder 100-109	„mittelschwer“ 160 – 179 oder 100 – 109
Grad 3 Hyp.		„schwer“ ≥ 180 oder ≥ 110	„schwer“ >180 oder >110
ISH		≥ 140 und <90	>140 <90

Fällen, wo der initiale Blutdruck mehr als 20 bzw. 10 mmHg oberhalb des Zielwertes liegt die Behandlung mit 2 unterschiedlichen Therapieprinzipien oder Fixkombinationen erwogen werden sollte.

In den USA haben die intensiv unter Einsatz wissenschaftlicher als auch Laienmedien verbreiteten Hochdruckempfehlungen zu einer deutlichen, jedoch keinesfalls ausreichenden Optimierung der Hypertoniebehandlung geführt. Im Zeitraum von 1976 bis 1980 waren nur 10 Prozent der Hypertoniker kontrolliert (<140 mmHg systolisch und <90 mmHg diastolisch), im Zeitraum von 1999 bis 2000 34 Prozent (1). Eine Übersicht zur Hypertonieprävalenz in 6 europäischen Ländern, Kanada und den USA

zeigt, dass sich die höchsten systolischen und diastolischen Blutdruckwerte bei der 35- bis 74-jährigen deutschen Bevölkerung fanden (6). Kanada und die USA lagen, auch verglichen mit den anderen europäischen Staaten, deutlich günstiger. In den USA erhielten 52,5 Prozent der Hypertoniker eine medikamentöse Therapie; in Kanada 36,3 % und in Deutschland 26 Prozent. Führend in Europa war bezüglich der Verordnung von Antihypertensiva Italien (32 Prozent). Die Hypertonieprävalenz betrug in den USA 27,8 Prozent, in Europa 44,2 Prozent und in Deutschland 55,3 Prozent. Zwischen 5 und 9 Prozent, im Mittel 8 Prozent, der Hypertoniker in den europäischen Ländern waren ausreichend entsprechend den Zielwerten behandelt.

Blutdruckscreening in der Oberlausitz

Seit 1996 führe ich in 1- bis 2-jährlichem Abstand in Görlitz (Oberlausitz) ein Blutdruckscreening in der Bevölkerung (Stadtfeiern, Tage der offenen Tür) durch. Die letzte Screeninguntersuchung erfolgte im August 2003. An zwei aufeinanderfolgenden Tagen wurden die Besucher des St. Carolus-Krankenhauses (Krankenhaus der Regelversorgung) und das medizinische Personal gebeten, an der Blutdruckmessaktion teilzunehmen. Die Blutdruckmessung erfolgte durch eine Krankenschwester und einen Krankenpfleger mit dem Dinamap-Verfahren (Dinamap XL Vital Datenmonitor). Vor jeder Messung saßen die Teilnehmer an der Messaktion zirka 5 min und wurden während dieser Zeit zu demographischen Faktoren und zum Blutdruck durch einen Arzt befragt. Mit einer 13 bzw. 15 cm breiten Blutdruckmanschette (> 32 cm Armumfang; 15 cm) erfolgte die Messung an beiden Armen, wobei nach jeder 10. Messung die Messgeräte für den linken und rechten Arm getauscht wurden und nach jeder 5. Messung ein Wechsel des Messbeginns zwischen linkem und rechtem Arm erfolgte, um nach Möglichkeit systematische Fehler auszuschließen. Die erfassten Daten wurden direkt in eine Excel-tabelle übertragen. Zur Klassifikation der Blutdruckwerte wurden die Empfehlungen des JNC 7 Reports verwandt.

282 Personen wurden untersucht, 173 Frauen und 109 Männer. 257 waren aufgrund ihrer Angaben Rechtshänder und 25 Linkshänder. Die wesentlichen Messdaten bezogen auf das Gesamtkollektiv und differenziert nach Geschlechtern sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Sofern zufällig ausschließlich der Arm mit den niedrigsten Messwerten bei der Analyse berücksichtigt worden wäre, wäre in 15% der Fälle eine Hypertonie übersehen worden, bei einer vergleichbaren Analyse 2001 wären es 18 Prozent gewesen. Es lag kein Zusammenhang zur Rechts- oder Linkshändigkeit vor. Der hohe Prozentsatz einer potentiellen Fehleinschätzung des Blutdrucks unterstreicht die kaum praktizierte Forderung der Fachgesellschaften bei der erstmaligen Blutdruckmessung die Messung grundsätzlich an beiden Armen durchzuführen (2, 3). Neben dieser propädeutischen Forderung zeigen die eigenen Daten in hoher Übereinstimmung mit anderen Erhebungen (Tab. 3) die inakzeptable Prävalenz der Hypertonie in Deutschland

Tab.2: Prävalenz der Hypertonie in der Oberlausitz 2003.

	alle (n=282)	Männer (n=173)	Frauen (n=109)
Alter (Jahre)	49 ± 17	50 ± 17	48 ± 17
Syst. Mittel re. Arm (mmHg)	139 ± 20	141 ± 17	138 ± 21
Syst. Mittel li. Arm (mmHg)	140 ± 20	143 ± 16	138 ± 23
Diast. Mittel re. Arm (mmHg)	80 ± 12	82 ± 11	79 ± 12
Diast. Mittel li. Arm (mmHg)	80 ± 12	83 ± 11	79 ± 12
% Hypertonie	62	72	56
% Prähypertonie	34	30	36
% Prähypertonie bei <140/90 mmHg	79	97	72
% Hypertonie unbekannt	55	59	52
% Therapierte	34	29	38
% Ausreichend Therapierte	25	17	30
% Kontrollierte Hyp.	9	5	11

% **Hypertonie**: Untersuchte mit Werten ≥ 140 oder ≥ 90 mmHg oder erfolgte Therapie mit Antihypertensiva (6) bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Untersuchten

% **Prähypertonie**: Untersuchte mit Werten 120 – 139 oder 80 – 89 mmHg bezogen auf die jeweilige Gesamtzahl der Untersuchten

% **Prähypertonie bei <140/90 mmHg**: Anteil der Prähypertoniker (120 – 139 oder 80 – 89 mmHg) am „Nicht-Hypertoniekollektiv“

% **Hypertonie unbekannt**: neu entdeckte Hypertoniker (≥ 140 oder ≥ 90 mmHg) bezogen auf die Gesamtzahl der Hypertoniker (≥ 140 oder ≥ 90 mmHg oder erfolgte Therapie mit Antihypertensiva)

% **Therapierte**: Untersuchte mit antihypertensiver Therapie bezogen auf die Gesamtzahl der Hypertoniker (≥ 140 oder ≥ 90 mmHg oder erfolgte Therapie mit Antihypertensiva)

% **Ausreichend Therapierte**: Therapierte mit Werten <140/90 mmHg bezogen auf die Gesamtzahl der Untersuchten mit antihypertensiver Therapie

% **Kontrollierte Hypertonie**: Anzahl ausreichend Therapierter (<140/90 mmHg) bezogen auf die Gesamtzahl der Hypertoniker (≥ 140 oder ≥ 90 mmHg oder erfolgte Therapie mit Antihypertensiva); (6)

Tab. 3: Prävalenz und Therapiehäufigkeit der arteriellen Hypertonie in der Oberlausitz im Vergleich zu deutschen Daten 1997-1999 (6)

Jahr	Prävalenz (%)	Therapie(%)
1996	55	18
1997	60	21
1998	66	
2001	52	
2003	62	34
Deutschland	55	26

verbunden mit einer nicht ausreichenden und ineffektiven Therapie. Der pragmatische Ansatz der JNC 7 Empfehlungen zur Klassifikation und die erstmalig ausgesprochene Option eine Therapie direkt mit Fixkombinationen zu beginnen stellen m.E. den richtigen Weg

zu einem besseren Umgang mit der Hypertonie dar. Das Bewusstsein für die prognostische Relevanz auch gering erhöhter Werte und der potenzierende Effekt verschiedenster interagierender Risikofaktoren im metabolischen Syndrom („Insulin Resistenz-Syndrom“) muss bei vielen Ärzten geweckt werden. Epidemiologische Untersuchungen erbrachten keinen Hinweis auf die Existenz einer Blutdruckgrenze, oberhalb der das Komplikationsrisiko sprunghaft ansteigt. Die Angabe von Grenzwerten ist deshalb im engeren Sinne arbiträr (2), entscheidend für das individuelle Risiko ist gesamte Risikoprofil. Nur ein bzgl. der kardiovaskulären Problematik des Risikofaktors Hypertonie informierter und überzeugter Arzt kann ein überzeugender Therapeut sein. Die aktuelle Datenlage zur Hochdruckprävalenz ist alarmierend und die zukünftigen Auswirkungen werden unser

Gesundheitssystem mehr belasten als eine gezielte nicht medikamentöse Intervention im Stadium der Prähypertonie oder die in der Regel „einfache“ medikamentöse Therapie im frühen Stadium der Hypertonie. Auch wenn die Prävalenz der Hypertonie mittlerweile höher ist als die Prävalenz normaler Druckwerte darf dies nicht zur tolerierten nihilistischen Akzeptanz dieser Volkskrankheit führen. Auch was häufig ist, muss nicht „normal und akzeptabel“ sein.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. habil. H.-W. M. Breuer
Abt. für Innere Medizin
Malteser Krankenhaus St. Carolus
Carolusstr. 212, 02827 Görlitz
Tel.: 03581 721002, Fax: 03581 721003
E-Mail: breuer@carolus-goerlitz.de