

## MEDIZIN-UPDATE

# Druck lass nach

## Aktuelle Therapie der Hypertonie

«Je tiefer, desto besser», dachten Ärzte lange. Eine neue Leitlinie zeigt aber, dass man **den Druck nicht zu stark senken** darf.

Text: Felicitas Witte, Wissenschaftsjournalistin und Ärztin  
Grafik: Emanuele Fucecchi

Bluthochdruck ist ein stiller Mörder. Meist verursacht er lange Zeit keine Beschwerden und macht sich erst bemerkbar, wenn der hohe Druck Gefässe und Organe geschädigt hat. Je tiefer man den Druck senkt, desto besser, dachten Ärzte lange. «Wir wissen jetzt, dass das nicht stimmt», sagt David Conen, Internist und Kardiologe am Unispital Basel. Eine gute Blutdruckeinstellung sei zwar immer noch sehr wichtig. «Drücken wir den Druck aber partout herunter, vermeiden wir damit Herzinfarkte nicht besser, dafür verursachen wir mit den Medikamenten mehr Nebenwirkungen.»

Basis jeder Therapie ist eine Änderung des Lebensstils. Das bedeutet: Rauchen einstellen, Gewicht normalisieren, regelmässige körperliche Bewegung, mässig Alkohol und Salz und viel Obst und Gemüse. Ein 40-jähriger Mann mit einem Blutdruck von 156/96 mmHg ohne Risikofaktoren braucht beispielsweise noch nicht sofort Medikamente. «Hier können wir einige Monate zuwarten, ob eine Änderung des Lebensstils den Druck senkt», erklärt Franz Eberli, Chef-Kardiologe am Triemli-Spital in Zürich. «Erst wenn das nichts hilft, verschreiben wir Antihypertonika.» Anders sieht es aus bei einer 62-jährigen Frau mit dem gleichen Blutdruck, die aber deutlich Übergewichtig ist und deren Mutter mit 65 Jahren an Schlaganfall gestorben war: «Bei zwei Risikofaktoren sollte man schon nach einigen Wochen auf Medikamente umsteigen.»

Als Blutdruck-Zielwert galt bisher ein Wert von 140/90 mmHg, bei Diabetes oder Nierenschwäche unter 130/90 mmHg. «Jetzt gilt für alle das Ziel unter 140/90», fasst Eberli die neuen Empfehlungen zusammen.\* «Es gibt nur zwei Ausnahmen: Bei Diabetikern unter 140/85 mmHg, und bei Älteren unter 150/90 mmHg.» Derzeit wählen Internisten aus fünf Medikamentengruppen das am besten passende aus. So verschreiben sie Diabetikern und Pa-

### Normwerte zum Blutdruck

Kategorie	Systolisch	Diastolisch
Optimal	< 120	< 80
Normal	120 - 129	80 - 84
Hoch-normaler Blutdruck	130 - 139	85 - 89
Milde Hypertonie (Grad 1)	140 - 159	90 - 99
Mittlere Hypertonie (Grad 2)	160 - 179	100 - 109
Schwere Hypertonie (Grad 3)	> 180	> 110



Das neue Ziel ist unter 140/90 mmHg.

tienten mit Herzschwäche zunächst meist ACE-Hemmer, wenn der Patient gleichzeitig eine koronare Herzkrankheit hat, eher Betablocker. Beachten müssen die Ärzte auch Krankheiten, bei denen sie bestimmte Medikamente nicht verschreiben dürfen, etwa keine Diuretika bei Gicht und keine Betablocker bei Asthma. Bei langjährigem bestehendem Bluthochdruck helfen meist nur noch verschiedene Medikamente gemeinsam. Etabliert haben sich Kombinationspräparate. «Patienten halten sich eher an die Therapie, wenn sie weniger Tabletten und möglichst nur einmal täglich schlucken müssen», sagt Conen. Manche Kombinationen sind dabei günstiger als andere. So kombinieren die Mediziner zum Beispiel ACE-Hemmer lieber mit Kalziumantagonisten als mit Diuretika, weil erstere Kombination das Risiko für Herzinfarkte und Schlaganfälle vermutlich mehr reduziert. Die Kombination von Angiotensin-Rezeptorblocker und ACE-Hemmer

bietet sich dagegen nicht an, weil das Komplikationen nicht besser vermeidet, aber dafür häufiger Nierenschäden und andere Nebenwirkungen auslöst. Lässt sich der Druck auch mit drei Medikamenten nicht senken, kommt für manche Patienten als Therapiealternative eine renale Nervenablation in Frage: Dabei führt der Arzt einen Katheter über ein Gefäss in der Leiste ein, schiebt ihn bis zur Nierenarterie vor und verödet dort Nerven. «Wir haben hierzu aber noch nicht genügend Studien, um das generell zu empfehlen», sagt Conen. Viel besser sei, Medikamente und solche Prozeduren überhaupt zu vermeiden. «Ein gesunder Lebensstil senkt das Risiko für Bluthochdruck deutlich – das ist gut belegt.»

\* Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie: European Heart Journal 2013; 34: 2159-2219