

Die Bluthochdruck-Therapie in den USA ist besser!": Deutscher Arzt in Amerika über das Ringen um niedrige Zielwerte im Praxisalltag

Ute Eppinger

6. Mai 2021

Glaubensfrage oder ungelöster Wissenschaftsstreit? Eine Bluthochdruck-Erkrankung bewerten Ärzte in den USA und in Deutschland durchaus unterschiedlich. Aufgrund der Ergebnisse der SPRINT-Studie (2015) (= Systolic blood PResure IntervenTion Trial)) **haben die USA die Grenzwerte für die Diagnose einer arteriellen Hypertonie nach unten korrigiert.** Die europäischen Leitlinien und somit auch die in Deutschland, sind dagegen den strengeren Werten nicht gefolgt, in Deutschland gelten nach wie vor Werte ab 140/90 als Bluthochdruck.

Was bringen die strengeren Grenzwerte? Werden Hypertoniker in den USA besser und strikter behandelt? Oder gehen die strengen Grenzwerte – gerade bei älteren Patienten – an der Praxis vorbei?

Über die unterschiedlichen Ansätze, einen Bluthochdruck in der Praxis zu diagnostizieren und zu behandeln hat Medscape mit dem **Internisten und Geriater Dr. Peter Niemann gesprochen. Der deutsche Arzt arbeitet seit 10 Jahren in den USA** – sowohl stationär als auch ambulant, unter anderem in der Mayo Clinic in La Crosse, Wisconsin und an der Vanderbilt University. Außerdem ist er Direktor des Gesundheitsdienstleisters „Excellence in Holistic Medicine".

Medscape: „Haben die strengeren Blutdruck-Grenzwerte in den USA nach Ihrer Ansicht Vorteile?

Dr. Niemann: Die Ergebnisse der SPRINT-Studie sind bei uns und unter meinen US-amerikanischen Kollegen geradezu euphorisch aufgenommen worden. Ein bisschen gestöhnt haben wir Geriater allerdings schon auch. Die US-Leitlinien wurden durchgehend dahin geändert, dass niedrigere Blutdruckwerte überall durchgesetzt werden. Die Folge ist, dass mehr Menschen Medikamente bekommen.

Kontroverse Bluthochdruck-Politik

In den USA wurden aufgrund der Ergebnisse der SPRINT-Studie die Diagnosekriterien für einen Bluthochdruck gesenkt. Durch den niedrigeren Grenzwert stieg in den USA die Zahl der potenziellen Patienten deutlich: Dort gibt es nun statt der früher rund 72 Millionen Hypertoniker mehr als 103 Millionen Betroffene. Das heißt: Knapp jeder 3. Bewohner der Vereinigten Staaten leidet an Bluthochdruck.

In den USA gilt ein Blutdruck von <120/80 mmHg als normal und Werte von 120-129/80-84 mmHg und 130-139/85-89 mmHg bereits als (Prä-)Hypertonie. Therapiebedürftig ist dort demnach jeder, der Werte von $\geq 130/80$ aufweist. Die Diagnosekriterien entsprechen damit wieder den strengen Empfehlungen des JNC 7 (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) aus dem Jahr 2003. Vor SPRINT hatte das JNC 8 (2014) eine deutlich weniger restriktive Blutdrucksenkung empfohlen.

In der aktuellen ESC-Leitlinie aber blieb man bei 140/90 mmHg als Grenzwert. Ein Wert von <120/80 mm Hg gilt als optimal, 120-129/80-84 mm Hg als normal und 130-139/85-89 mm Hg als hochnormal. Erst darüber soll medikamentös behandelt werden. Auch bei uns hat laut Robert Koch-Institut (RKI) nahezu jeder 3. Erwachsene eine Hypertonie.

Die SPRINT-Ergebnisse hatten ja gezeigt, dass es in der Gruppe mit einem Zielblutdruck <120 mmHg **fast ein Viertel weniger Todesfälle und fast ein Drittel weniger kardiovaskuläre Ereignisse wie Schlaganfälle und Herzinfarkte gegeben hatte**. Dieser Rückgang der kardiovaskulären Erkrankungen lässt sich statistisch deutlich nachweisen, das sind schon deutliche Vorteile.

Aber natürlich wussten wir auch um die Nachteile. Die intensivere Blutdrucksenkung hat ihren Preis – die Zunahme von Nebenwirkungen wie Hypotonien, Synkopen und Elektrolytstörungen.

Die protektiven Effekte – SPRINT weist ja nach, dass **auch die Nierenprotektion** gegeben ist – haben wir nicht ganz so stark gesehen. Aber insgesamt sehen wir durch die strengeren Grenzwerte deutliche kardiovaskuläre und nierenschützende Aspekte.

Medscape: *In den Diskussionen um SPRINT in Deutschland klang auch immer wieder an, dass ein Zielwert von 120/80 mmHg zu ambitioniert und kaum erreichbar sei. Und dass man Patienten durch niedrigere Blutdruck-Grenzwerte „krank“ mache. So hat die Deutsche Hochdruckliga zur Entscheidung auf europäischer Ebene, die strengeren Grenzwerte nicht zu übernehmen, mitgeteilt, dass es sich um eine Empfehlung mit Augenmaß handele. Wird der niedrigere Grenzwert gerade auch älteren Patienten gerecht?*

Dr. Niemann: Ich bin da ein bisschen im Zwiespalt. Auf der einen Seite glaube ich an das US-amerikanische System, das sehr gut und sehr leistungsfähig ist, und stimme der Einschätzung daher zu: Niedrige Blutdruckziele sind erst mal positiv.

Andererseits – und da spricht der Geriater – denke ich, dass man damit auch ein Zuviel des Guten bewirken kann. Wir Geriater waren nicht so glücklich über die SPRINT-Studie, vor allem als es dann noch diese Analyse zu den etwas Älteren gab, also den 65- bis 75-Jährigen.

Denn diese Ergebnisse haben uns gezwungen, nicht mehr den bis dato gültigen Grenzwert von 150/90 mmHg zugrunde zu legen, sondern 140/90 mmHg als Grenzwert zu nehmen. Wir sehen das schon ein bisschen mit Bauchschmerzen, denn gerade wir Geriater wissen, dass mit jedem Punkt, um welchen wir den Blutdruck absenken, die Nebenwirkungen steigen.

Vor allem orthostatisch bedingte Stürze (mit all den möglichen Frakturfolgen), Nierenversagen, aber auch Minderdurchblutung wichtiger Organe wie Herz und Gehirn machen uns Sorgen. Diese Auswirkungen erleben wir bei einem zu starken Absenken des Blutdruckes.

Wobei das Gute ist: Die SPRINT-Studie hat die Pflegeheime ausgeklammert. Als Geriater können wir deshalb immer noch bei den sehr alten, multimorbiden Menschen mit multifunktionalen Beeinträchtigungen den Handlungsbedarf an der Lebensqualität festmachen.

Für die Praxis heißt das: Wir können bei diesen Patienten die Blutdruck-Regulation ein bisschen weniger rigoros handhaben. Aber insgesamt betrachtet sind wir – verglichen mit Deutschland - schon strenger.

Medscape: *Im Zusammenhang mit der Kritik an den niedrigeren Grenzwerten wurde auch auf die HOPE-3-Studie verwiesen, die gezeigt hatte, dass eine Blutdrucksenkung bei Patienten mit einem mittleren Ausgangs-Blutdruck 138/82 mmHg – also in einem Bereich, der nach der US-Leitlinie nun als "hyperton" gilt – keine präventive Wirkung gehabt hat. Welche Rolle haben die HOPE-3-Ergebnisse in den USA gespielt?*

Dr. Niemann: Die HOPE-3-Studie wurde in den USA zwar mit Interesse aufgenommen, aber nicht so sehr diskutiert. Ein Grund dafür war, dass sie aufgrund ihrer Zusammensetzung – 50% asiatische Teilnehmer, hinzu kam ein hoher Anteil von Latinos – als primär asiatische Studie gewertet wurde.

Ein weiterer Grund war, dass in der HOPE-3-Studie Kombinationspräparate verwendet worden waren – ein Angiotensin-RezeptorBlocker (Candesartan) + Hydro-Chloro-Thiazid (HCT) und die verwendeten Wirkstoffe – neben Candesartan plus HCT auch der Cholesterinsenker Rosuvastatin – in den USA nicht so häufig eingesetzt werden.

Einerseits passte also die Studienpopulation nicht so ganz zu den Gegebenheiten in den USA, andererseits passte auch die in der Studie verwendete Medikation nicht ganz. Deshalb haben die meisten gesagt, dass die Ergebnisse von HOPE-3 auf die USA nur bedingt übertragbar seien.

Medscape: *Die europäische Leitlinie empfiehlt, bei hochnormalen Werten (130-139/85-89 mmHg) mit Lebensstiländerungen den Blutdruck zu senken. Ab welchen Werten wird in den USA mit Lebensstil-Interventionen begonnen und **ab wann kommen Blutdrucksenker zum Einsatz?***

Dr. Niemann: Wir beginnen in den USA schon ab Werten von über 120/80 mmHg mit Lebensstil-Änderungen. Und spätestens ab 160/100 mmHg wird jeder Blutdruck medikamentös gesenkt, selbst dann, wenn dieser bereits beim ersten Praxisbesuch diagnostiziert worden ist (was in der ärztlichen Praxis der Fall ist, wenn der Wert >160/100 mmHg ist).

Die Leitlinien sagen eigentlich, man müsste ein weiteres, zweites Mal kontrollieren, aber jeder, der einen Wert von über 120/80 mmHg aufweist, gilt im Prinzip schon als Hypertoniker, wobei man offiziell hier noch von einem Grau-Bereich spricht.

Früher nannte man diese Menschen Prä-Hypertoniker. Ein Mensch mit einem Blutdruck von über 120/80 mmHg wird aber im Prinzip gleich ins Fadenkreuz genommen und man sagt: Sie müssen ihre Lebensführung ändern!

Bei den Lebensstil-Änderungen spricht man immer 5 Aspekte an: Sport bzw. mehr Bewegung, eine möglichst vegetarische Ernährung, weniger Salz (eine beliebte Empfehlung, auch wenn die Datenlage dazu nicht so ganz robust ist) sowie Stressabbau, also das Erlernen von Entspannungstechniken.

Der 5. Aspekt ist, dass man die Medikation durchgeht, die Nahrungsergänzungsmittel, die viele Patienten einnehmen. Man kann natürlich noch mehr Aspekte miteinbeziehen aber die fünf genannten bilden die Basis.

Medscape: *In den europäischen Leitlinien gilt bei den über 80-Jährigen erst ein Blutdruck von 160/90 mmHg oder höher als Hypertonie. Trotz der generell strikteren US-Grenzwerte (für Patienten mit Herzinsuffizienz, stabiler KHK, Niereninsuffizienz, Diabetes oder ab 65 Jahren ist ein Zielwert von <130 mmHg vorgesehen), wird auch die Therapie bei Menschen zwischen 75 und 85 Jahren und die Therapie bei Hochbetagten in den USA flexibler gehandhabt, richtig?*

Dr. Niemann: Ja. Striktere Blutdruckziele (<130 mmHg) gelten für Patienten bis 75 Jahre. Bei Menschen zwischen 75 bis 85 Jahren hat man so einen Graubereich und weicht von den ganz strengen Vorgaben ab.

In dem Alter ist dann die Frage, wie stark der Blutdruck gesenkt wird, im Prinzip eine Frage der Fitness. Es gibt verschiedene Wege, wie man die Fitness erfassen kann. Etwa, indem man fragt, ob der Patient noch eine Treppe hoch gehen kann. Oder der 6 Min-Gehtest.

Und dann gibt es Algorithmen mit denen man berechnen kann, wie hoch die Lebenserwartung eines Menschen mit 75 Jahren ist. Die Regel ist: Hat jemand eine Lebenserwartung von mehr als 5 Jahren, ist es sinnvoll, die Blutdruckwerte strenger zu regulieren. Das Gute in der Geriatrie ist ja, dass wir das individueller handhaben können.

Als hochbetagt gelten Menschen über 85. Im Englischen heißt das „extreme old“. Bei Patienten über 85 Jahre hat man so ein bisschen Narrenfreiheit als Geriater. Denn die Evidenz aus Studien ist dünn.

Allerdings würde jeder Arzt spätestens ab einem Blutdruckwert von 180/110 mmHg in dieser Altersgruppe (>85) medikamentös therapieren, bei einem Wert von 160/100 mmHg bei Hochbetagten würden wohl 2 Drittel der Kollegen Medikamente geben und bei Blutdruckwerten darunter dann immer weniger Ärzte.

Medscape: *Die aktualisierte europäische Leitlinie weist als Neuheit die Definition eines unteren Zielkorridors auf, der bei der Blutdrucksenkung nicht unterschritten werden sollte (nicht kleiner als 120/70 mmHg). Gibt es diesen unteren Grenzwert auch in den USA?*

Dr. Niemann: Meines Wissens nach gibt es diesen unteren Zielkorridor in unseren Leitlinien nicht. In vielen Konferenzen und Diskussionen wurde das bislang auch noch nicht thematisiert. Man sagt aber schon: Je niedriger der Blutdruck, umso besser und das Ziel ist ein Wert von 120/80 mmHg. Wobei das de facto ein unausgesprochener Zielkorridor ist.

Medscape: *Wie bewerten Sie als Geriater das Thema Multimedikation im Kontext stärkerer Blutdrucksenkung? Diese führt ja dazu, dass ältere Patienten dann noch mehr Medikamente einnehmen, oder?*

Dr. Niemann: Ja, es ist schon so, dass strengere Blutdruckziele dazu führen, dass Ältere mehr Medikamente einnehmen. Deshalb hatte ich ja auch von „Stöhnen“ in Anbetracht der SPRINT-Analysen gesprochen. Die Geriater waren über die strengeren Blutdruckziele nicht besonders glücklich. Und wir waren noch weniger glücklich, als dann diese Unteranalyse herauskam, dass eben auch die etwas Älteren von einer strengeren Blutdruckkontrolle profitieren.

Bis dahin hatte gegolten, dass man bis zum Alter von 85 Jahren so ganz grob einen Blutdruckwert bis 150/90 mmHg toleriert, ab 85 hat man dann ein bisschen Narrenfreiheit. Und die strengen Leitlinien, die gelten dann eben für diejenigen bis 75 und die jüngeren. Dann kam SPRINT.

Und tatsächlich sehen wir bei unseren Patienten jetzt auch mehr Blutdruck-Medikamente. Ich weiß nicht, ob es dazu eine Statistik gibt, aber meine Beobachtung ist, dass jeder Patient im Durchschnitt ein bis eineinhalb Präparate mehr nimmt bzw. eine höhere Dosierung hat.

Ich beobachte auch, dass Patienten dadurch mehr Nebenwirkungen bekommen. Auch dazu habe ich keine Statistik, das ist ein Gefühl von mir. Natürlich sind wir darüber nicht besonders glücklich. SPRINT hat das Vorgehen rigoroser gemacht, die Therapie intensiviert und den Graubereich bzw. die Altersgrenze in diesem Graubereich ein bisschen ausgedünnt – so sehe ich das.

Medscape: *In einem Interview haben Sie mal gesagt, dass Sie vor zehn Jahren in deutschen (und französischen) Krankenhäusern nicht unbedingt die beste Medizin kennen gelernt hätten. Gilt das auch für die Behandlung von Hochdruck-Patienten?*

Dr. Niemann: Ja, das würde ich schon so sagen. Als Internist und Geriater setze ich auch integrative Medizin wie Akupunktur und Hypnose ein, ich konzentriere mich also nicht ausschließlich auf die Schulmedizin.

Lege ich auf die Behandlung des Bluthochdrucks jetzt aber die Schulmedizin als das Maß aller Dinge an, bin ich der Ansicht, dass die US-amerikanische Medizin leistungsfähiger ist als die deutsche oder die französische.

Natürlich ist das große Problem in den USA, dass bis zu 20% der Bevölkerung (die offiziellen Zahlen sind 13, 14%) in keiner Weise von dieser leistungsfähigen Schulmedizin profitieren können – weil sie nicht krankenversichert sind. Aber die anderen profitieren von einer sehr guten Behandlung. Wobei es auch in Deutschland Menschen gibt, die nicht davon profitieren können – ich denke an illegal dort lebende Menschen oder Obdachlose.

Die Einstellung des Blutdrucks aber fällt vor allem in den ambulanten Bereich. Der Teil der Bevölkerung, der eine gute Krankenversicherung hat, wird zum Teil sehr rigoros von den Hausärzten überwacht.

Ein typisches Beispiel ist ein 57 Jahre alter Mann, der sich beim Einkaufen bei Walmart den Blutdruck messen lässt – ein Gesundheitscheck – und bei dem ein Wert von 147/92 mmHg festgestellt wird. Der geht damit zu seinem Hausarzt und dann setzt ein standardisiertes, recht rigoroses Verfahren ein. Der Arzt bestätigt den erhöhten Blutdruck, der Mann kommt ins Labor, es wird ein EKG gemacht, unter Umständen auch gleich ein Herzultraschall.

Für deutsche Verhältnisse findet wirklich eine recht ausgiebige Diagnostik statt mit Urinprobe, Blutprobe und bildgebenden Verfahren, 2 bis 4 Wochen später wird der Patient dann erneut einbestellt, der Hypertonus bestätigt und dann geht der Arzt nach den Leitlinien vor. Wichtig ist auch, ob der Patient schwarzer Hautfarbe oder weißer Hautfarbe ist – denn auch daraus ergeben sich Unterschiede für die Verschreibungspraxis.

Bei Werten über 160/100 mmHg startet man im Regelfall mit zwei Präparaten – man setzt gerne einen ACE-Hemmer ein oder einen ARB und eben einen Kalziumkanalblocker – Amlodipin ist der beliebteste. Ist der Blutdruck nicht ganz so hoch, wird auch das Diuretikum HCT als Monotherapie eingesetzt.

Dann wird der Patient 2 bis 4 Wochen später erneut einbestellt, es wird wieder Blut abgenommen, um sicher zu gehen, dass sich keine Nebenwirkungen zeigen. In der Regel verschreibt der Arzt dann auch noch eine ambulante 24-Stunden-Blutdruckmessung und empfiehlt dann auch noch bestimmte Heim-Messgeräte. Es wird rigoros und strukturiert vorgegangen. Der Hausarzt wendet da schon viel Zeit auf – für die Vorgehensweise, die Beratung und für die Testverfahren.

Mein Eindruck ist schon, dass die Schulmedizin hier im Prinzip sehr gut ist. Ich würde auch sagen, sie ist leistungsfähiger als in Frankreich und Deutschland. Auch wenn man einschränken muss, dass in den USA vor allem wohlhabende Menschen von der sehr guten Medizin profitieren und nicht so sehr die Menschen, die wenig Geld haben.

Medscape: *Wenn Sie ein Fazit ziehen müssten – wo werden Patienten mit Bluthochdruck besser behandelt?*

Dr. Niemann: In den USA wird sehr systematisch und strukturiert vorgegangen, das hat mich schon damals in meiner Ausbildung als Assistenzarzt sehr fasziniert. Die Frage ist: Wie geht man mit der Komplexität Mensch um. Und in den USA ist diese hohe Komplexität sehr sauber aufgeteilt worden. In diese Behandlungs-Algorithmus, mit all diesen kleinen Schritten, die man machen muss, hat man das gut unter Kontrolle, kann das sehr gut vermitteln und auch sehr gut anwenden.

Die moderne Wissenschaft basiert ja auf der Schulmedizin, und darauf, dass wird reduktionistisch vorgehen. Dass wir Therapieoption a mit Therapieoption b vergleichen. Und die Ergebnisse zeigen, dass die USA mit ihrer rigideren Herangehensweise in der Bluthochdruck-Behandlung bessere Ergebnisse haben. Zumindest bei den Menschen, die sich das leisten können.

Untersuchungen zeigen, dass Norweger im Durchschnitt ein paar Jahre länger leben als US-Amerikaner. Das stimmt aber nur für 90%. Nimmt man die reichen oberen 10% der Amerikaner, dann leben Amerikaner je reicher sie werden statistisch überproportional länger als Norweger – und die leben im Schnitt länger als die Deutschen. Das bestätigt schon ein wenig, dass diejenigen, die sich die sehr gute Medizin leisten können, ganz immens davon profitieren. Ich denke deshalb schon, dass Bluthochdruck in den USA insgesamt besser behandelt wird.

Medscape: *Herzlichen Dank für das Gespräch.*

Und wir bedanken uns bei „Medscape“ uns die Erlaubnis zur zeitlich begrenzten Veröffentlichung auf unser homepage www.neuro-wiesbaden.de gegeben zu haben.