

Antihypertensive Therapie 2004

Implikationen für die Praxis

GERT MAYER

Im vergangenen Jahr wurde in Mailand am Kongress der Europäischen Gesellschaften für Hypertonie (ESH) und für Kardiologie (ESC) nach der Veröffentlichung der amerikanischen Guidelines eine dritte Empfehlung zur Einteilung, Diagnostik und Therapie der Hypertonie vorgestellt. Professor Gert Mayer, Medizinische Universität Innsbruck, kommentiert die Umsetzungsschwierigkeiten aus der Sicht des Praktikers bei der Implementierung neuer Richtlinien zur antihypertensiven Therapie.

Im Jahr 2003 haben mehrere Fachgesellschaften neue Empfehlungen zu Diagnostik, Klassifikation und Therapie der Hypertonie publiziert. Jene der österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie werden dieses Jahr folgen. Die erste

Version der amerikanischen JNC VII war sehr kurz gehalten und bricht mit der Tradition, auch in Hypertonierichtlinien einen erhöhten Blutdruck nur als eine (wenn auch wichtige) Teilkomponente des kardiovaskulären Gesamtrisikos zu betrachten. Ein Blutdruck zwischen 120 und 139 beziehungsweise 80 und 89 mmHg wurde als «Prehypertension» (und nicht mehr «normal» bzw. «hochnormal») bezeichnet und damit mit einem Krankheitswert belegt, nachdem in epidemiologischen Studien ein Ansteigen des kardiovaskulären Risikos ab 120/75 mmHg – unabhängig von anderen Faktoren wie Rauchen, Lipidstatus oder Alter – festgestellt wurde. Diese Klassifikation hat zu einer doch beachtlichen öffentlichen Beschäftigung mit dem Thema Hypertonie geführt, womit ein deklariertes Ziel der Autoren erreicht wurde. Die europäischen Experten waren in ihren Empfehlungen viel zurückhaltender und haben weiterhin eine sehr differenzierte Sicht des gesamten kardiovaskulären Risikos beibehalten. Die ESH/ESC-Richtlinien 2003 repräsentieren dementsprechend eine umfangreiche, wissenschaftlich sehr fundierte Publikation, die allerdings teilweise verwirrende diagnostische und therapeutische Algorithmen aufweist. Die Kollegen des JNC haben auch den Diuretika eine Sonderstellung in der Therapie eingeräumt, in Europa hat man sich dieser Ansicht nicht angeschlossen.

Wunsch und Realität klaffen auseinander

Leider sind bis heute die Auswirkungen von Richtlinien diverser Fachgesellschaften auf die klinische Praxis meist gering. In den Jahren nach der Publikation von JNC VI, in denen Betablocker und Diuretika als First-Line-Therapie empfohlen wurden,

beobachtete man vor allem eine zunehmende Verwendung von ACE-Hemmern und Kalziumantagonisten. Die in den letzten Jahren durchgeführte kontinuierliche Korrektur der Zielblutdruckwerte nach unten hat vor allem den Abstand zwischen Wunsch und Realität vergrößert. Einige Autoren haben sich wissenschaftlich mit der Frage befasst, warum Richtlinien nicht umgesetzt werden, und haben unter anderem die zusammengefassten Problemkreise geortet, die leider zum Teil auch auf die neuen Empfehlungen zutreffen. Mangelhafte Qualität ist weder bei den JNC VII noch bei den europäischen Richtlinien zu finden. Eine 42-seitige Abhandlung wie ESH/ESC 2003 wird aber wohl nur von Zynikern als benutzerfreundliches Format bezeichnet. Wie sollen klinisch tätige Kollegen entscheiden, ob Diuretika zu bevorzugen sind, wenn sich Expertengremien nicht einigen können? Dem frommen Wunsch, Richtlinien auf lokale Gegebenheiten abzustimmen, steht eine klare Präferenz der europäischen Kostenträger für die amerikanischen Richtlinien entgegen.

Sollen Empfehlungen nur Wegweiser sein?

Viele Expertengremien sind, zu Recht oder zu Unrecht, der Meinung, dass ihre Empfehlungen ausschliesslich den Stand des klinischen Wissens wiedergeben dürfen. Niemand sollte dann allerdings überrascht sein, dass Richtlinien eher als Wegweiser für die zukünftige medizinische Entwicklung gesehen und dementsprechend oft nur mangelhaft umgesetzt werden. Eine Miteinbeziehung von Klinikern, Patienten, Kostenträgern oder der Gesellschaft ganz allgemein würde (wenn überhaupt möglich) zwar die Umsetzung erleichtern, aber

Implikationen für die Praxis



Wie sollen klinisch tätige Ärzte entscheiden, welche antihypertensive Therapie geeignet ist, wenn sich noch nicht einmal Expertengremien auf Richtlinien einigen können?

auch Kompromisse notwendig machen, da die Wertvorstellungen dieser Gruppen nicht immer mit jenen der Experten übereinstimmen.

Unabhängig von der Art, wie und von wem Richtlinien verfasst werden, ist die reine Publikation und Hoffnung auf eine Diffusion des Wissens unzureichend. Begleitende Implementierungsstrategien müssen unter anderem darauf abzielen das Bewusstsein und Wissen bei Patienten

und Kollegen zu vertiefen. Es ist für Ärzte an der «klinischen Front» nicht leicht zu akzeptieren, dass das individuelle Risiko eines Patienten bei stark erhöhten Blutdruckwerten zwar besonders hoch ist, die Mehrzahl kardiovaskulärer Komplikationen aber bei Patienten mit mässiger Hypertonie auftritt und eine Therapie daher auch hier anzusetzen hat. Solange die Meinung vorherrscht, dass Werte unter 140/90 mmHg ohnehin nicht erreicht

werden können oder sogar schädlich sind, kann eine Vorgabe von 120/80 mmHg leicht zu absoluter Ablehnung und therapeutischem Nihilismus führen. Motivationsfördernde Massnahmen, wie zum Beispiel ein freier Zugang zu allen Substanzklassen, sind ebenfalls als Teil einer Implementierungsstrategie zu planen. Die Kostenträger fordern derzeit (wahrscheinlich zu Recht) einen stärkeren Einsatz von Diuretika, allerdings unter der Motivation, damit Kosten einsparen zu können. Die Realität der antihypertensiven Therapie sollte uns aber zeigen, dass die meisten Patienten unterbehandelt sind und Diuretika nur zusätzlich zu, aber nicht statt anderer, teurerer Medikamente verordnet werden können.

Richtlinien, die von Experten nach strengen wissenschaftlichen Kriterien erstellt werden, sind wichtig. Um sie (oder die in ihnen vorgegebene Richtung) auch tatsächlich umzusetzen, müssen aber alle direkt oder indirekt Betroffenen mitarbeiten. Dies setzt eine Diskussionskultur voraus, in der Schlagworte wie «Sparen auf Kosten des Patientenwohls», «praxisferne Idealisten» oder «Lakaien der Pharmaindustrie» nichts verloren haben. ●

*Korrespondenzadresse:
Univ. Prof. Dr. Gert Mayer
Klinische Abteilung für Nephrologie
Medizinische Universität Innsbruck
Anichstrasse 35
A-6020 Innsbruck*

Interessenkonflikte: keine