



## Zielwerte in der Diskussion – ist 130/80 mmHg das „neue“ 140/90 mmHg?“

Berlin, 25. November 2021

**In der Europäischen ESC-ESH-Leitlinie zum Management der arteriellen Hypertonie [1] markiert der Grenzwert von 140/90 mm Hg die «rote Linie». Erst dann wird eine medikamentöse Therapie empfohlen. Lebensstilmaßnahmen wie Bewegung und Reduktion des Körpergewichts zum Gegensteuern und zur Prophylaxe von Endorganschäden werden den Betroffenen bereits bei hochnormalen Werten angeraten. Nun mehren sich die Hinweise, dass Menschen mit Bluthochdruck auch von einer früheren medikamentösen Therapie profitieren könnten – doch die Deutsche Hochdruckliga plädiert nicht für eine allgemeine Absenkung des Zielwerts, sondern für eine patientenindividuelle Abwägung.**

In den vergangenen Jahren gab es immer wieder Diskussionen um Blutdruckgrenzwerte, da diese in den USA in Folge der SPRINT-Studie [2] 2017 abgesenkt wurden. Krank und somit therapiebedürftig ist dort, wer Blutdruckwerte  $\geq 130/80$  mm Hg aufweist. Die Frage ist, ob auch die Europäer dem amerikanischen Beispiel folgen und den Grenzwert in ihrer Leitlinie absenken sollten. Die aktuell geltende Leitlinie der europäischen Gesellschaften für Hypertonie und Kardiologie (ESH/ ESC) aus dem Jahr 2018 hielt daran fest, Menschen mit arterieller Hypertonie erst ab einem Blutdruck von  $\geq 140/90$  mm Hg medikamentös zu behandeln. Was aber häufig überlesen wird: Sie definiert auch einen niedrigeren, individuell festzulegenden Zielwert bei der medikamentösen Hochdruckbehandlung. Dieser Zielwert liegt für Patienten unter 65 Jahre bei 120/70 bis 130/80 mm Hg (nur bei guter Verträglichkeit) und ist abhängig von Alter, manifesten Organschäden und körperlicher Verfassung.

„Die europäischen Leitlinien geben also Spielraum, bei Patientinnen und Patienten mit hohem Risiko für Endorganschäden und kardiovaskuläre Ereignisse bereits bei Werten unter 140/90 mm Hg mit der medikamentösen Therapie zu beginnen, und wir möchten an alle Ärztinnen und Ärzte appellieren, diesen Spielraum zu nutzen. Es mehren sich die Daten, die zeigen, dass verschiedene Patientengruppen von einer früheren Blutdrucksenkung profitieren“, erklärte Prof. Dr. Florian Limbourg, Hannover, Mitglied im Vorstand der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® | Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention.

Ein Beispiel ist die Gruppe der älteren Menschen, bei denen bislang eine moderate Senkung empfohlen und in der Praxis oft höhere Blutdruckwerte toleriert wurden. Eine große chinesische Studie [1] mit mehr als 8.500 Teilnehmenden im Alter zwischen 60 und 80 Jahren verglich den Effekt einer strikteren Blutdrucksenkung (systolische Werte zwischen 110-130 mm Hg) mit dem einer weniger konsequenten (Werte zwischen 130-150 mm Hg) im Hinblick auf verschiedene kardiovaskuläre Endpunkte, darunter die kardiovaskuläre Sterblichkeit, das akute Koronarsyndrom, akute dekompensierte Herzinsuffizienz,



Vorhofflimmern und Schlaganfall. Während des Follow-ups (im Median 3,34 Jahre) erlebten 147 Patientinnen und Patienten in der intensiv behandelten Gruppe einen der kardiovaskulären Endpunkte, in der Placebogruppe waren es 196 ( $p=0,007$ ). Die HR (Hazard Ratio) betrug 0,74: Die striktere Blutdruckeinstellung konnte also jedes viertes Ereignis verhindern, darunter zwei von drei kardialen Dekompensationen und fast jeden dritten Schlaganfall sowie fast jedes dritte akute Koronarsyndrom.

Für Menschen mit Nierenerkrankungen empfiehlt die aktuelle Leitlinie „The Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease (CKD) for patients not receiving dialysis“ [4] sogar die Senkung des systolischen Blutdrucks auf  $<120$  mmHg, um die Progression des Nierenfunktionsverlustes aufzuhalten und das Outcome zu verbessern. Dass eine striktere Blutdruckeinstellung von nierenkranken Patientinnen und Patienten vorteilhaft ist, zeigte eine chinesische Metaanalyse – online first publiziert im Mai dieses Jahres – von zehn randomisierten kontrollierten Studien zu dieser Frage [5] : Die intensivere Blutdrucksenkung führte in dieser Auswertung zu einer 31%igen Reduzierung der kardiovaskulären Mortalität und zu einer Reduzierung der Gesamtmortalität von 23%.

Ist es also Zeit für die Europäer, generell vom Zielwert 140/90 mm Hg abzurücken, und sollte stattdessen 130/80 das „neue“ 140/90 sein? „Nein“, erklärte Prof. Dr. Markus van der Giet, Berlin, Mitglied im Vorstand der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® | Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention, heute auf der Pressekonferenz des Hypertoniekongresses 2021. „Wir glauben, dass 140/90 mm Hg den allgemeinen Rahmen steckt und nur bestimmte Menschen mit höherem Risiko einer strikteren Blutdrucksenkung bedürfen – und genau das steht letztlich in der Leitlinie. Neue Studien zeigen, dass nicht alle Betroffenen gleichermaßen von einer intensiveren Blutdrucksenkung profitieren.“ In diesem Zusammenhang verwies Prof. van der Giet auf eine aktuelle Post-hoc-Analyse der SPRINT-Studie, online first-publiziert Anfang November [6], die den Effekt der strikteren Blutdruckkontrolle in Hinblick auf die Prävention der Herzinsuffizienz (HF) untersuchte. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich nur in der Tertile der Studienteilnehmer mit der höchsten HF-Risikoklasse, die anderen, weniger gefährdeten Patientinnen und Patienten profitierten nicht nennenswert von der strikteren Blutdruckeinstellung.

„Die Deutsche Hochdruckliga spricht sich daher innerhalb des von den Leitlinien gesteckten Rahmens für eine patientenindividuelle Festlegung aus, ab wann und auf welchem Zielwert die Blutdrucksenkung erfolgen soll. Nur so ist sichergestellt, dass jede/jeder Betroffene optimal behandelt wird – und gleichzeitig keine unnötige Übertherapie erfolgt“, so das Fazit von Prof. Limbourg.



### Referenzen

- [1] Williams B, Mancia G, Spiering W et al.; ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104
- [2] Wright JT, Jr., Williamson JD, Whelton PK et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med 2015; 373: 2103-2116
- [3] Zhang W, Zhang S, Deng Y et al. Trial of Intensive Blood-Pressure Control in Older Patients with Hypertension. NEJM, August 30, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2111437
- [4] KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. Kidney Int. 2021 Mar; 99(3S): S1-S87. doi: 10.1016/j.kint.2020.11.003
- [5] Zhang Y, Li JJ, Wang AJ et al. Effects of intensive blood pressure control on mortality and cardiorenal function in chronic kidney disease patients. Ren Fail. 2021 Dec;43(1):811-820. doi: 10.1080/0886022X.2021.1920427.
- [6] Molsberry RJ, Rethy L, Wang MC et al. Risk-Based Intensive Blood Pressure Lowering and Prevention of Heart Failure: A SPRINT Post Hoc Analysis. Hypertension . 2021 Dec;78(6):1742-1749. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18315. Epub 2021 Nov 1.

### Kontakt/Pressestelle

Dr. Bettina Albers  
albers@albersconcept.de  
Telefon: 03643/ 776423