

## Bluthochdruck

Über Jahre hinweg lesen wir immer wieder, dass auch leicht erhöhter Blutdruck das Schlaganfallrisiko steigert. Es wird geschätzt, dass erhöhter Blutdruck für 54 % aller Schlaganfälle und für 47 % aller ischämischen Herzkrankheiten verantwortlich ist. Im Heft 43 „Hypertonie“ des Robert Koch-Institutes (RKI) wird 2008 berichtet, dass die Hälfte aller Herzerkrankungen suboptimalem Blutdruck zugerechnet werden kann und Hypertoniker haben ein 3-fach höheres Herzinfarkt- und ein 6-fach höheres Risiko einer Niereninsuffizienz.

Heute preisen Hypertensiologen bei Vorträgen Studienergebnisse mit 25% bis 38% weniger koronaren Erkrankungen rund um Herz und Kreislauf an - diesmal aber für den Fall, dass der Zielblutdruck weit unter den heutigen Grenzwert abgesenkt wird.

### Worum geht es?

Es geht um die Beziehung zwischen Blutdruck und Organschäden der Gefäße, des Herzens und der Nieren. In den Leitlinien für das Management der arteriellen Hypertonie ([ESC Pocket Guidelines](#)) ist zu lesen: „Aus der konventionellen Praxisblutdruckmessung leitet sich eine unabhängige und kontinuierliche Beziehung zur Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse ab, einschließlich Schlaganfall, Myokardinfarkt, plötzlicher Herztod, Herzinsuffizienz und periphere arterielle Verschlusskrankheit sowie terminale Niereninsuffizienz. Diese Beziehung zwischen Blutdruck und Endorganschäden reicht von hohen Werten bis zu relativ niedrigen Werten von 110 - 115 mmHg (systolisch) und 70 - 75 mmHg (diastolisch) bei der Basisevaluation von Personen ohne Gefäßerkrankungen.“

Das heißt, die aufgeführten Erkrankungen kommen bei allen Menschen unabhängig von dem in der Arztpraxis gemessenen Blutdruck vor. Es wird aber mit höheren Blutdruckwerten eine Häufung dieser Erkrankungen beobachtet. Am niedrigsten sind sie bei einem Blutdruck von 110 – 115 / 70 - 75 mmHg. Die Annahme ist, dass mit jeder Senkung des Blutdruckes in die Nähe dieser Werte, die Erkrankungen zwar nicht verschwinden aber weniger werden. Daran wird nun schon fast drei Generationen gearbeitet.

In unseren weiteren Betrachtungen wollen wir uns auf die drei größten Erkrankungen, für die Bluthochdruck verantwortlich gemacht wird beschränken, nämlich Schlaganfall, Herzinfarkt und Niereninsuffizienz. Denn bei diesen Erkrankungen ist die Datenlage für uns am besten verständlich. Ebenso wollen wir uns auf Patienten in der Primärprävention beschränken. Bei dieser Gruppe die 90 bis 95 % aller Hypertoniker ausmacht, kennt man die Ursache für den hohen Blutdruck nicht und man führt ihn in der Regel auf genetische Veranlagung oder auf ungesunden Lebenswandel zurück. Auf die beschriebene Korrelation zwischen Blutdruck und Endorganschäden werden wir zu einem späteren Zeitpunkt noch näher eingehen.

### Die Grenzwerte

Wir kennen noch die Formel „Alter + 100“ als Obergrenze für den systolischen Blutdruck. In den letzten drei Jahrzehnten wurde er zunächst auf 160/95 dann weltweit auf 140/90 abgesenkt und somit vom Alter abgekoppelt. Zeitweise gab es sogar die Empfehlung, einen Blutdruck von 120/80 mmHg, der als optimaler Wert bezeichnet wird, einzustellen. 2008 wurde eine [Cochrane Analyse](#) publiziert, die belegte, dass bei einer weiteren Absenkung des Blutdruckes von 160/140 systolisch und 90/100 diastolisch keine Abnahme des Risikos für koronare Erkrankungen nachzuweisen ist.

Die weltweite Allianz der Obergrenze von 140/90 endete mit dieser Studie. Sie stellte die Grundannahme in Frage, dass es umso weniger Erkrankungen gibt, je niedriger der Blutdruck in Richtung 110 - 115/70 - 75 mmHg gesenkt wird. Einige Länder, unter anderen die USA, hoben daraufhin die Grenzwerte wieder auf 160/100 an, da nach der neuen Studienlage ein weiteres Absenken nur Nebenwirkungen hätte, aber keinen Nutzen mehr erbringe.

Deutschland folgte dem nicht und blieb bei 140/90 als Obergrenze. Die demnach „[sinnlose Behandlung](#)“ wurde von SWR-odyssey aufgegriffen zeigte aber keine Wirkung. In den USA wurde Ende 2010 die [SPRINT-Studie](#) publiziert, die belegen sollte, dass auch bei Blutdrucksenkungen unter 140/90 mmHg eine weitere Verringerung der Erkrankungen nachweisbar ist. Wir werden uns mit dieser Studie noch auseinandersetzen. Die letzte Meldung zu diesem Thema kam 2017 wiederum aus den USA wo 30 Millionen Menschen von heute auf morgen als Hypertoniker aufgewachten, nur aufgrund der Senkung der Blutdruckgrenzwerte auf 130/80 mmHg durch die dortige Leitlinienkommission. In Deutschland blieb man bei 140/90 mmHg als Obergrenze, ermutigt Ärzte aber bei Verträglichkeit der Medikamente, auf 130/80 mmHg herunterzugehen. Derzeit gültig ist die „[Europäische Hypertonie Leitlinie 2018](#)“. Wir werden später darauf zurückkommen.

## Die Leitlinien

Leitlinien sind stets Empfehlungen – sie verpflichten unsere Ärzte nicht, sich buchstabengetreu an die Vorgaben zu halten. Andererseits können sie sich den darin enthaltenen Vorgaben auch nicht widersetzen. Denn im Falle einer Auseinandersetzung zwischen Arzt und Patient kommen die Sachverständigen, die eine fachgerechte Behandlung beurteilen sollen in der Regel aus dem Umfeld dieser Kommissionen.

Diese Kommissionen bestimmen auch die Lehrinhalte an den Universitäten und fungieren als Experten für alle Arten von Publikationen. Am bekanntesten ist die Hochdruckliga, die 1974 als gemeinnützige medizinische Fachgesellschaft gegründet wurde und mit dem Slogan „Blutdruck-Medikamente ein Leben lang, für ein langes Leben“ Broschüren versandte. Sie arbeitet auch aktiv an den Leitlinien mit und bildet Hypertensiologen DHL® aus. SWR-odyssey bemerkte zur Hochdruckliga: „Die Fachgesellschaft wird finanziell unterstützt von zahlreichen Pharmakonzernen, die Blutdrucksenker herstellen. Sowohl der Vorstandsvorsitzende als auch alle Mitglieder der Arzneimittelkommission, die die Grenzwerte festlegt, bekamen finanzielle Zuwendungen von den Firmen für Vorträge, Beratungen oder Drittmittelforschung“.

## Die Erfolge der Behandlung

Bei all den Aktivitäten der letzten 30 Jahre sucht der Patient vergeblich nach glaubhaften Berichten welche tatsächlichen Erfolge bei der Bekämpfung des „lautlosen Killers“ erzielt wurden.

Eine gute Nachricht vermeldet das RKI ([GBE kompakt 4/2015](#)): „Der Blutdruck bei Erwachsenen in Deutschland ist zwischen 1997 - 1999 und 2008 - 2011 deutlich gesunken. Die positive Entwicklung ist bei Frauen ausgeprägter als bei Männern“.

Erschreckend sind dagegen die Zahlen. Die die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) jährlich veröffentlichten, und die Entwicklung der Erkrankungen, die das RKI für das Bundesministerium für Gesundheit aufbereitet:

Arzneimittel-Atlas	2005	2017	Zuwachs (%)
Anzahl Hypertoniker (%der Bevölkerung)	16,1 (19,5 %)	24,1 (29 %)	<b>+50 %</b>
Verordnete Blutdrucksenker (Milliarden Tagesdosen)	6,45	15,5	<b>+140 %</b>
<b>GBE-Bund Diagnosedaten (Anzahl)</b>			
Schlaganfall	340.825	370.944	<b>+9 %</b>
Herzinfarkt akut	206.194	217.738	<b>+6 %</b>
Niereninsuffizienz	60.623	117.849	<b>+94 %</b>

Spätestens hier kommen wir als Patienten mächtig ins Schleudern:

- Der Blutdruck wurde bis 2011 nachweislich gesenkt und ist bis 2017 vermutlich weiter gesunken. Zahlen dafür konnten wir bislang jedoch nicht ermitteln.
- 2017 werden 50% mehr Patienten wegen Bluthochdrucks behandelt als im Jahr 2005.
- Nahmen Patienten 2005 etwa 1 Tablette (DDD<sup>4</sup>) pro Tag, waren es 2017 schon 1,7.

- Aufgrund von Schlaganfall, Herzinfarkt oder Niereninsuffizienz wurden 2017 zusammen 16 % mehr Menschen in Krankenhäuser eingeliefert als 2005.
- Der Anstieg der Niereninsuffizienzen (+94%) hat eine besondere Bedeutung, zeigt doch die SPRINT Studie, dass bei intensiver Blutdrucksenkung die Zahl der Niereninsuffizienzen von 36 auf 96 Fälle anstieg. Eine Detailanalyse scheint noch nicht veröffentlicht zu sein.
- Die Effizienz der Behandlung lässt stark nach. 2005 kamen auf eines der Ereignisse 26,5 behandelte Patienten. 2017 wurden pro Ereignis 34 Patienten behandelt.

<sup>4)</sup>DDD „Defined Daily Dose“ (Tagesdosis nach Arzneimittelatlas der GKV)

## Fazit der Ergebnisse

**Der Nutzen einer breiten Vergabe von Blutdrucksenkern an 30 % der Bevölkerung als vorbeugende Behandlung zur Bekämpfung unserer Schlüsselerkrankungen ist nicht nachzuweisen.** Diese Tatsache ist den Gremien des Bundesministeriums für Gesundheit auch bekannt, aber man beruft sich dort auf die Studienlage, die eindeutig zeigte: Je niedriger der Blutdruck, desto weniger Herz- und Kreislauferkrankungen. Dort war man lange der Meinung, dass Ärzte nicht konsequent genug Medikamente verschreiben und Patienten diese nicht im nötigen Umfang und der gebotenen Regelmäßigkeit einnehmen. Der Zuwachs der Hypertoniker und der noch drastischere Anstieg des Medikamentenkonsums sprechen allerdings eine andere Sprache.

## Nebenwirkungen der Behandlung

Für Patienten sollte bei nicht nachweisbarer Wirksamkeit der Behandlung wenigstens kein Schaden durch die Behandlung entstehen. Was wir aber erfahren, ist alles andere als beruhigend. Wir sehen Ärzte, die in Fernsehsendungen über Nebenwirkungen wie Magenschleimhautentzündung berichten sowie über Husten, der bei ca. 20% der Verschreibungen von ACE-Hemmern vorkommt. In den Beipackzetteln werden sie in der Kategorie 1-10 von 100 erwähnt. Wir hören von Schwellungen der Füße, die durch Kalziumantagonisten hervorgerufen werden. Im [Arznei-Telegramm](#) lesen wir sogar „Wegen möglicher Steigerung der kardiovaskulären Morbidität<sup>5)</sup> und Mortalität<sup>6)</sup> sehen wir für Kalziumantagonisten derzeit keine Indikation mehr bei Bluthochdruck“. 2017 waren laut Arzneimittelatlas 16 % der verschriebenen Blutdrucksenker Kalziumantagonisten.

Betablocker, die nach Studienlage zu den Medikamenten gehören die „nachweislich vor Folgeerkrankungen des Hochdrucks und vorzeitiger Sterblichkeit schützen“ (Arznei-Telegramm) behindern durch Kurzatmigkeit beim Sport, hervorgerufen durch die Begrenzung der Pulsfrequenz und verursachen Potenzprobleme. Berichtet wurde aber auch über Studien, die belegen, dass bei der Einnahme von Betablocker eher weniger Potenzprobleme auftreten als ohne. In Fernsehsendungen werden diese Probleme bei Betablockern zugegeben aber als unvermeidlich dargestellt wobei der Bluthochdruck selbst mit verantwortlich ist. In diesen für Patienten kritischen Situationen, wo nicht sein kann was nicht sein darf, springen [Selbsthilfegruppen](#) mit Listen der Medikamente ein, bei denen Potenzprobleme<sup>7)</sup> gemeldet wurden.

<sup>5)</sup>Erkrankungsrate. <sup>6)</sup>Zahl der Todesfälle. <sup>7)</sup>Cornelia Stolze Krank durch Medikamente  
PiperISBN978-3-492-05664-9 S.88

## Die Wirksamkeit von Medikamenten

Eine Pressemitteilung der [Universität Freiburg von 2016](#) trifft Patienten wie einen Paukenschlag: **„Etwa die Hälfte aller Bluthochdruckpatienten können trotz medikamentöser Therapie ihren Blutdruck nicht ausreichend senken. Der dauerhaft belastete Körper reagiert mit weiteren Erkrankungen.“** Das würde bedeuten, dass die Behandlung ihres Bluthochdrucks 12 Millionen Patienten eher schadet als nützt. Dass dies nicht aus der Luft gegriffen ist, weiß jeder, der die Veröffentlichungen großer Blutdruckstudien bis zum Ende gelesen hat. Wir werden darauf zurückkommen, wenn wir uns mit den Studien beschäftigen.

## Wie sind die weiteren Aussichten für die Patienten?

Die europäische Hypertonie-Leitlinie 2018 folgt vordergründig zwar nicht der generellen Senkung der Grenzwerte auf 130/80 mmHg wie in den USA, sondern bleibt bei 140/90 mmHg, ermutigt aber

Ärzte bei guter Verträglichkeit von Medikamenten zu einer weiteren Absenkung des systolischen Wertes auf 130 mmHg und bei Patienten unter 65 Jahren auf 120 bis 129 mmHg.

Erreicht werden sollen solche Werte auch durch die Verwendung mehrerer Medikamente von Beginn der Behandlung an. Wurde bisher empfohlen, bei der Erstversorgung neuer Hypertoniker zunächst mit einem Medikament zu beginnen, kann künftig von Anfang an eine Behandlung mit zwei Medikamenten erfolgen. Bei älteren Patienten werden im Gegensatz zu früher auch systolische Werte von 160 mmHg toleriert.

Die Hälfte der Patienten, bei denen der Blutdruck medikamentös nicht ausreichend gesenkt werden kann, muss wohl mit noch höheren Dosen und Mehrfachkombinationen von Medikamenten rechnen.

### **Das Risiko**

Bei allen Patienten, die in Krankenhäusern aufgenommen werden, wird am Schluss der Behandlung die Diagnose an das Statistische Bundesamt gemeldet. In der Statistik nennt man das eine Vollerhebung, weil damit das Gesamtbild der Erkrankungen in der Bevölkerung erfasst wird. Die folgende Tabelle gibt die Zahlen für das Jahr 2017 an, umgerechnet in Fälle pro 10.000 Einwohner:

<b>Jahr 2017</b>	<b>Pro 10.000 EW</b>
Alle Erkrankungen	2.410
Alle Kreislauf Erkrankungen	353
<b>Schlaganfall</b>	45
<b>Herzinfarkt</b>	26
<b>Niereninsuffizienz</b>	14
Zahl der Hypertoniker	2.911

Will man ein Risiko für eine Erkrankung mit Zahlen beschreiben, so kann diese nicht größer sein als die Zahl der Erkrankungen, die tatsächlich vorgekommen sind. Somit erhält unser Eingangszitat „Es wird geschätzt, dass erhöhter Blutdruck für 54 % aller Schlaganfälle verantwortlich ist“ eine greifbare Bedeutung. Von 45 Schlaganfällen pro 10.000 Einwohnern im Jahr 2017 sind 24 (54 %) erhöhtem Blutdruck zuzurechnen, 21 (46%) kommen bei niedrigem Blutdruck vor. Das Präventionspotenzial nur für Schlaganfälle umfasst somit 3 Patienten pro 10.000 Einwohner. Dafür werden 2.911 Menschen pro 10.000 Einwohner für den Rest ihres Lebens Einschränkungen und Nebenwirkungen von Blutdrucksenkern ausgesetzt.

### **Es regt sich Widerstand.**

Hier haben wir bisher nur den Bluthochdruck betrachtet. Bei Diabetes Typ 2 wird von Fachgesellschaften über „epidemische Anstiege“ berichtet. Der „schleichende Tod“ wiederholt sich in den Medien, die Absenkung der Grenzwerte auch. Der ängstigende Einfluss von Diabetes Typ 2 verfolgt hauptsächlich übergewichtige Menschen, die damit in den Jojo-Effekt der „Abnehm-Industrie“ getrieben werden.

Einige Ärzte scheinen erkannt zu haben, dass bei der Aufklärung von Patienten etwas nicht stimmt: Prof. Dr. Jana Jünger vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz und Expertin für Arzt-Patienten-Kommunikation ist folgender Auffassung: „Die Risikokommunikation funktioniert nicht gut, viele Ärzte wissen zu wenig, die Patienten erfahren zu wenig, und hinzu kommt reichlich interessengeleitete Angstmache“.

Aber es bewegt sich auch etwas. Ein Beispiel ist das 1. Heidelberger Symposium für Mediziner und Laien vom 7.-8. Februar 2019 das eher den Menschen wieder in den Mittelpunkt stellen will, weil auf die meisten Studien kein Verlass sei. Es ist wichtiger den Menschen zu behandeln als den Blutdruck.

Eine Anleitung ihrem Arzt die richtigen Fragen zu stellen finden wir bei Dr. Gunter Frank „Fragen Sie Ihren Arzt – aber richtig“ oder den [YouTube Beitrag](#) von Dr. Gunter Frank „Patienten stärken, Übertherapien vermeiden“.

Beachtenswert sind in diesem Zusammenhang auch die Publikationen „[Das Jahrhundert des Patienten](#): zum Umgang mit Risiken und Nebenwirkungen“ von Prof. Dr. Gerd Gigerenzer und Felix G. Rebitschek sowie „[Überlegungen zum risikokompetenten Bürger](#)“ von Nicolai Bodemer. Das Ergebnis einer Untersuchung von [Dr. Barbara Starfield](#) in den USA sollte für Patienten zu einem Paradigmenwechsel bezüglich des Risikos einer medizinischen Behandlung führen. Sie ermittelte ungefähr 250.000 Todesfälle die durch ärztliche Behandlung (Iatrogene Erkrankungen) am Patienten verursacht wurden. Damit waren Iatrogene Erkrankungen an dritter Stelle der Todesursachen angelangt. Angeführt wird die Liste von 106.000 Todesfällen durch unerwartete Nebenwirkungen bei verordneten Medikamenten, gefolgt von ca. 80.000 Infektionen in Krankenhäusern. Fehler durch falsche Behandlung durch Ärzte sind demgegenüber mit ca. 7.000 Fällen von 250.000 Fällen eher klein. Zum besseren Verständnis Iatrogener Erkrankungen bei Vorsorgeuntersuchungen ist die „Weisse-Liste“ der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit Krankenkassen und Versicherungen ein gutes Beispiel für Männer zur [Prostatakrebs](#) Früherkennung und für Frauen zum [Mammographie-Screening](#).

© [www.patientensicht-blutdruck.de](http://www.patientensicht-blutdruck.de)