

SPRINT: Wie tief soll der Blutdruck gesenkt werden?

Interview mit Prof. Dr. med. Heribert Schunkert

Direktor der Klinik für Erwachsenenkardiologie am Deutschen Herzzentrum München

Im letzten November ist eine große wissenschaftliche Studie zur Blutdrucktherapie erschienen, die Aufsehen erregte: SPRINT (Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control, NEJM, November 2015). Aus dieser Studie wurde abgeleitet, dass es am besten sei, den Blutdruck auf unter 120mmHg zu senken. Das löste eine lebhaftige Diskussion unter Fachleuten und eine große Unruhe bei Patienten aus.

Denn seit Jahrzehnten liegt der Zielwert für die Blutdruckbehandlung bei unter 140mmHg (systolischer/oberer Wert) und 90mmHg (diastolischer/unterer Wert). Viele Patienten erreichen dieses Ziel nur mit Mühe oder gar nicht. Schlimmer noch: Millionen laufen herum, ohne behandelt zu werden, obwohl sich herumgesprochen hat, dass Bluthochdruck katastrophale Folgen hat: Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzschwäche, Nierenschädigung, Herzrhythmusstörungen. Wie erklärt sich, dass die Behandlung des hohen Blutdrucks auch in Deutschland immer noch im Argen liegt?

■ Das Problem ist vielschichtig. Der Bluthochdruck ist sehr häufig anzutreffen. Aus Sicht des Arztes ist es eine Sisyphusarbeit, das Problem bei den vielen Patienten in den Griff zu bekommen. Dabei macht man sich auch nicht beliebt: Medikamente, Gewichtsabnahme und regelmäßige körperliche Aktivität kommen nicht immer gut an. Die Patienten denken: *Warum all dies, wo ich doch gar keine Beschwerden habe?* Solange man sich wohlfühlt – das ist bei Bluthochdruck lange der Fall – geht man nicht zum Arzt. Den Blutdruck messen zu lassen oder selbst zu messen, kommt einem nicht in den Sinn. Zum Beispiel hat eine Untersuchung des Robert

Koch-Instituts 2013 gezeigt, dass mehr als 70% der jungen Männer unter 30 mit erhöhten Blutdruckwerten davon nichts wussten. Sie schlittern deshalb unbehandelt in eine gefährliche Krankheitskarriere hinein.

Wenn man mit Bluthochdruck zum Arzt geht, wird einem dann geholfen?

■ Im Prinzip ja. Es erfordert allerdings einen großen Einsatz von Arzt und Patient, die ein gutes Team bilden müssen, um erfolgreich zu sein.

Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Blutdruckbehandlung?

■ Der Arzt muss sich auf den Patienten und seine persönliche Situation einlassen. Er muss den Patienten oft dazu bringen, den Lebensstil zu ändern, Übergewicht abzubauen, sich gesund zu ernähren, sich regelmäßig zu bewegen, zu lernen, mit Stress umzugehen. Der Patient darf, wenn Nebenwirkungen auftreten, die Therapie nicht einfach abbrechen, sondern sollte zum Arzt gehen und sich andere Medikamente geben lassen. All dies erfordert eine hohe Motivation vom Patienten wie vom Arzt.

Diese idealen Voraussetzungen sind in unseren überfüllten Arztpraxen nicht oft gegeben, sodass es kein Wunder ist, dass viele Patienten unzureichend therapiert sind.

■ Ja, die große Aufgabe, die zunächst vor uns liegt, ist, das Gros der Patienten unter 140/90mmHg zu bringen, bevor wir darangehen, den Blutdruck von Patienten, der schon



bei 140 mmHg liegt, auf 120 mmHg weiter zu senken. Trotzdem: Die SPRINT-Studie zeigt, dass eine weitere Senkung des Blutdrucks auf unter 120 mmHg bei geeigneten Patienten beeindruckende Erfolge bringt.

Wie kam SPRINT zu den beeindruckenden Ergebnissen? Können Sie uns die Erkenntnisse, die sich aus der Studie ergeben, schildern?

- Die SPRINT-Studie zeichnet sich dadurch aus, dass sie nicht wie die meisten medizinischen Studien durch die Pharmaindustrie finanziert wurde, sondern von den *National Institutes of Health* der USA. 9361 Personen über 50 (darunter 3332 Frauen), Durchschnittsalter 67,9, mit einem systolischen Blutdruck über 130 mmHg und einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko nahmen an SPRINT teil. Die meisten (91%) hatten sich bereits einer Blutdrucktherapie mit Medikamenten unterzogen. Nach dem Zufallsprinzip wurden sie in zwei Gruppen

geteilt. Gruppe I sollte so intensiv behandelt werden, dass ein systolischer Blutdruck unter 120 mmHg erreicht werden sollte. Bei der Gruppe II richtete sich die Therapie nach dem Standardwert: unter 140 mmHg. In beiden Gruppen lag der Blutdruck der Patienten zu Beginn der Studie im Durchschnitt bei 139,7 mmHg, nur bei 34% lag der Blutdruck über 145 mmHg.

Alle Patienten in der Studie hatten ein erhöhtes Herz-Kreislauf-Risiko. Welche Risiken waren das?

- Die Risiken waren in der Hauptsache vom Alter und vom Bluthochdruck geprägt. Als Risikofaktor galt Alter über 75 Jahre, eine geschädigte Nierenfunktion, nur 16,7% hatten bereits eine manifeste Herz-Kreislauf-Erkrankung. Patienten mit Diabetes, mit Schlaganfall in der Vorgeschichte, schweren Nierenerkrankungen wie Glomerulonephritis, Patienten mit einer Auswurfraction des Herzens

unter 35% waren von der Studie ausgeschlossen. Die meisten Patienten waren also relativ gesund und fühlten sich auch so.

Was waren die Ergebnisse der intensiven Therapie?

■ Nach 3,26 Jahren wurde die Studie abgebrochen, weil in der intensiv behandelten Gruppe deutlich weniger Herzschwäche, deutlich weniger Todesfälle, auch weniger Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen auftraten. Schlaganfälle und Herzinfarkte waren tendenziell weniger häufig. Herzschwäche trat in der intensiv behandelten Gruppe bei 62 Patienten (1,3%) auf, verglichen mit 100 (2,1%) in der Kontrollgruppe, Herztod bei 37 (0,8%) gegenüber 65 (1,4%). Insgesamt starben 155 (3,3%) Patienten bei der intensivierten Behandlung, 210 (4,5%) in der Standardgruppe. Allerdings: Durch die Blutdrucktherapie allein lässt sich die niedrigere Gesamtsterblichkeit nicht erklären.

In der Standardgruppe nahmen die Patienten durchschnittlich 1,8 verschiedene blutdrucksenkende Medikamente ein, in der Intensivgruppe 2,8. Dabei benötigten 31% zwei, 32% drei und 24% vier oder mehr Medikamente, um das niedrigere Blutdruckziel zu erreichen. Am häufigsten wurden ACE-Hemmer und Sartane verordnet (77%), gefolgt von Diuretika (67%), Calciumantagonisten (57%) und Betablockern (41%).

Zu den Diuretika (Entwässerungsmittel) ist anzumerken: Das in Amerika meist verordnete *Chlortalidon* wirkt länger und hat in wissenschaftlichen Studien besser abgeschnitten als HCT (Hydrochlorothiazid), das in Deutschland am häufigsten verordnet wird. Auch in der SPRINT-Studie wurden die Ärzte ausdrücklich auf Chlortalidon hingewiesen. Hierzulande könnte eine häufigere Verordnung von Chlortalidon für Patienten hilfreich sein.

Niemand bestreitet, dass die Ergebnisse von SPRINT beeindruckend sind. Aber diese Ergebnisse haben ihren Preis.

■ Ja, die Zahl ernster Nebenwirkungen lag zwar insgesamt sehr niedrig, wurde aber durch die intensive Therapie erhöht: zu tiefer Blutdruck, Ohnmachtsanfälle, allerdings ohne schlimme Sturzfolgen, vor allem Störungen des Salz- bzw. Elektrolythaushalts. Die wichtigsten Elektrolyte Natrium und Kalium waren häufiger in der intensiv behandelten Gruppe durcheinandergeraten, was für Herz und Nieren sehr problematisch werden kann. Ein weiteres Problem ist auch die deutliche Verschlechterung der Nierenwerte bei einzelnen Patienten, von der man noch nicht weiß, wie gefährlich sie werden kann. Jedenfalls sind bei intensiv behandelten Blutdruckpatienten enge Kontrollen, auch wegen der Nierenwerte, notwendig.

Da stellt sich eine wichtige Frage: Wie gut kann im heutigen Praxisalltag der Patient betreut werden? Die Bedingungen, unter denen die Studie durchgeführt wurde, waren sehr speziell, man kann sagen traumhaft. Jedenfalls waren sie von der Realität unserer Arztpraxen weit entfernt. Das fängt schon mit der Blutdruckmessung an.

■ Bei einem so ehrgeizigen Ziel muss man den Blutdruck sehr genau messen. Baut man die Therapie auf einem falsch gemessenen Wert auf, geht es schief. Die Studie war darauf angelegt, dass die Messung durchgeführt wird, wenn der Patient völlig entspannt ist: Er blieb fünf Minuten in Ruhe sitzen, dann wurde der Blutdruck mit einem automatischen Messgerät dreimal gemessen. Aus Erfahrung weiß man: Wenn man den

Blutdruck mehrmals hintereinander misst, ist der Blutdruck in der zweiten oder dritten Messung niedriger.

In unseren Arztpraxen geht es anders zu. Dort ist eine einzige, schnelle Messung üblich.

- Dann wird der Blutdruck zwischen 5 und 20 mmHg höher sein als in SPRINT. Richtet man sich danach, besteht die Gefahr, dass der Blutdruck zu tief gesenkt wird, wenn man die Werte von 120 mmHg systolisch anstrebt, mit der Folge: mehr Nebenwirkungen. Aber dieses Problem lässt sich lösen. Eine Langzeitblutdruckmessung könnte hilfreich sein. Wenn der Patient selbst den Blutdruck zu Hause misst und aufschreibt oder sein Gerät die Blutdruckwerte fortlaufend dokumentiert, könnte die Messung so gut sein wie in der Studiensituation.

Noch schwieriger ist das Problem der Kontrollen.

- Die Patienten wurden in der Studie sorgfältig überwacht. In den ersten drei Monaten suchten sie alle vier Wochen den Arzt auf, dann alle drei Monate. Die Laborwerte wurden alle drei Monate kontrolliert. Der Arzt konnte zeitnah Über- und Unterdosierungen steuern und auf Nebenwirkungen schnell reagieren. Es verging ein Jahr, bis im Durchschnitt in der intensiv behandelten Gruppe der endgültige systolische Blutdruckwert von 121 mmHg erreicht wurde. Trotz aller Bemühungen gelang es nicht, den durchschnittlichen Blutdruck unter 120 mmHg zu senken. Das zeigt, wie schwierig es ist, diesen Zielwert zu erreichen. Ohne die engen Kontrollen wären sicher mehr und schwerere Nebenwirkungen aufgetreten. Es ist schwierig, unter den heuti-

Bluthochdruck: Man sieht ihn nicht, man spürt ihn nicht!

gen Bedingungen in den Arztpraxen so enge Kontrollen zu realisieren.

Trotzdem: SPRINT gibt der Blutdrucktherapie wertvolle Impulse. Hoch motivierte Ärzte und Patienten sind ja nicht so selten. Es gibt Patienten, die alles daransetzen, ihr Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Herztod zu minimieren, und es gibt Ärzte, die sich dieser Aufgabe engagiert widmen.

Für welche Patienten kommt eine intensive Blutdrucksenkung infrage?

- Zunächst sind es Patienten über 50 mit leicht erhöhtem Herz-Kreislauf-Risiko, wie sie an der Studie teilnahmen. Weiter kann man aus den Ergebnissen der Studie den Schluss ziehen: Je jünger und gesünder ein Hochdruckpatient ist, desto näher sollte er an 120 mmHg herangeführt werden.

Wenn eine junge Frau oder ein junger Mann mit einem Blutdruck von 140 mmHg zu mir kommt, sage ich: „Da ist mehr drin.“ Denn bei jungen Menschen akkumuliert sich im Lauf der Jahre der Schaden, den der Bluthochdruck in den Organen anrichtet. Das lässt sich durch eine intensivierete Blutdrucktherapie vermeiden. Es müssen nicht immer Medikamente sein. Durch Lebensstiländerung, durch gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, wenig Salz, wenig Alkohol kann der Blutdruck um 10 mmHg gesenkt werden. Zusätzlich lässt sich die Behandlung mit Medikamenten intensivieren.

Allerdings: Bei Patienten in höherem Lebensalter und mit Begleiterkrankungen muss man genau hinsehen, damit man mit der Blutdruckbehandlung nicht über das Ziel hinauschießt.

Wie behandeln Sie Hochdruckpatienten, die zugleich an koronarer Herzkrankheit leiden?

- Mit diesen Patienten sollte man vorsichtig umgehen, besonders wenn sie älter sind. Nach meiner Einschätzung sollte für sie der alte systolische Zielwert gelten: unter 140 mmHg. Eine zu drastische Senkung mit

diastolischem Wert unter 60 mmHg kann für den Patienten mit koronarer Herzkrankheit problematisch werden.

Warum?

- In den Herzkranzgefäßen findet die Durchblutung in der Diastole statt, also in der Phase, wenn das Herz sich wieder mit Blut füllt. Wenn der systolische Blutdruck unter 120 mmHg gesenkt wird, kann der diastolische Druck bei Gefäßkranken stark abfallen. Wenn dann Engstellen in den Herzkranzgefäßen vorliegen, kann dahinter der Druck noch niedriger liegen und damit die Durchblutung noch geringer ausfallen. Da muss man sehr aufpassen. Vor allem bei alten Patienten ist die Spanne zwischen systolischem (oberem) und diastolischem (unterem) Blutdruck oft sehr groß. Bei einer Senkung des systolischen Blutdrucks auf 120 mmHg kann dann der diastolische Blutdruck zu sehr in den Keller gehen.

Nochmal zurück zu den Problemen alter Menschen.

- In längst vergangenen Zeiten gab es die Faustregel: Der Blutdruck sollte auf 100 plus Lebensalter eingestellt werden. Das ist längst widerlegt. Es ist nachgewiesen, dass auch alte Menschen erheblich von der Senkung des hohen Blutdrucks profitieren. Bei der Blutdruckbehandlung sollte man bei jedem alten Menschen sorgfältig darauf achten, inwieweit seine körperliche und mentale Verfassung es erlaubt, den Zielwert zu erreichen. Das müssen in jedem einzelnen Fall Arzt und Patient gemeinsam entscheiden. Ein solches Vorgehen entspricht auch den Empfehlungen der europäischen Leitlinien zur Blutdrucktherapie (2013).

Die Blutdrucktherapie kann auch bei jüngeren Patienten schwierig sein. Ein Beispiel, das Professor Erland Erdmann in dieser Zeitschrift berichtet hat: Eine 57-jährige Journalistin litt unter einem sehr hohen Blutdruck, der unter

Stress häufig über 180mmHg lag. Sie war mit mehreren Risikofaktoren belastet. Prof. Erdmann senkte in einem monatelangen Prozess ihren Blutdruck ganz langsam mit mehreren Medikamenten und langsam steigenden Dosierungen. Trotzdem war nur ein Blutdruck von 141/86mmHg zu erreichen. „Noch mehr Medikamente, noch höhere Dosierungen“, so berichtete Prof. Erdmann, „mussten wir vermeiden, weil sonst die Lebensqualität verloren gegangen wäre.“

■ Ein Fall, wie er immer wieder vorkommen kann. Blutdruckeinstellung ist eine individuelle Angelegenheit. Man kann den Patienten vor unnötigen Nebenwirkungen schützen, wenn man den Blutdruck langsam senkt, damit sich der Organismus und vor allem das Gehirn an den niedrigeren Druck gewöhnen können. Wenn Medikamente schlecht vertragen werden, kann man sie austauschen. Aber schließlich muss es dem Patienten so gut gehen wie vor der Blutdrucktherapie. Zusätzlich hat er das gute Gefühl, dass die Medikamente ihn vor gesundheitlichen Katastrophen schützen können.

Fühlt sich ein Patient durch die Medikamente beeinträchtigt, kann die Blutdrucktherapie auf lange Sicht nicht erfolgreich sein.

Von der intensiven Blutdrucksenkung, wie sie in der SPRINT-Studie durchgeführt wurde, können viele profitieren. Aber was wird aus den Patienten, die nur mühsam oder gar nicht den jetzt geltenden Zielwert von unter 140/90mmHg erreichen? Resignieren sie und vernachlässigen sie ihre Therapie, weil das Ziel 120mmHg so weit entfernt ist, dass sie keine Chance haben, es zu erreichen?

■ Das darf nicht passieren. Der Arzt muss seinem Patienten einen einfachen, aber wichtigen Zusammenhang klarmachen: Je höher der Blutdruck ist, desto höher ist die Gefährdung. Das Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzschwäche, Herztod steigt nicht nur mit der Höhe des Blutdrucks, sondern es steigt überproportional. Wenn es gelingt, einen

hohen Blutdruck erheblich zu senken, z.B. auf unter 140/90mmHg, ist die Gefährdung in großem Maße ausgeschaltet. Eine weitere Senkung bringt eine Verbesserung, aber die ist vergleichsweise relativ klein. Mit einem erheblich gesenkten Blutdruck sind die Patienten, auch wenn sie die 120mmHg nicht erreichen können, auf jeden Fall Gewinner der Blutdrucktherapie.

Interview: Dr. Irene Oswald

Erhöhter Blutdruck: Das sollten Betroffene wissen

Wie messe ich meinen Blutdruck richtig? Wie kann man die erhöhten Blutdruckwerte mit der Ernährung verringern? Wie mit regelmäßiger Bewegung senken? Was muss man über die Nebenwirkungen von Blutdruckmedikamenten wissen? Wichtige Informationen dazu gibt der Bluthochdruck-Sonderband der Deutschen Herzstiftung, der von namhaften Herzexperten für Menschen mit Bluthochdruck in allgemeinverständlicher Sprache verfasst wurde.



Tipp: Sie können den Sonderband auch bequem online bestellen:

<http://www.herzstiftung.de/bhd-band>