

Umsetzung der Empfehlungen der ESC/ESH-Hypertonie-Leitlinie 2018 in der hausärztlichen Praxis

Implementation of the ESC/ESH Hypertension Guidelines 2018 in Family Physician's Practices

Melanie Bannow¹, Burkhard Weisser¹, Hanna Kaduszkiewicz²

Hintergrund

Medizinische Leitlinien dienen dem Transfer der bestverfügbaren Evidenz aus klinischen Studien und einem Expertenkonsens in den Versorgungsalltag und sollen den behandelnden Ärzt*innen und ihren Patient*innen die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung in individuellen Krankheits-situationen erleichtern. Ziel der vorgestellten Studie war es, die Implementierung der europäischen Leitlinienempfehlungen zum Management der arteriellen Hypertonie 2018 in Schleswig-Holsteins Hausarztpraxen zu untersuchen.

Methoden

Ein Querschnitt von 1000 Hausärzt*innen (Allgemeinmediziner*innen, Praktische Ärzt*innen, hausärztlich tätige Internist*innen) aus Schleswig-Holstein wurde im Sommer 2019 postalisch anhand eines speziell dafür entwickelten und in diesem Pilotprojekt validierten Fragebogens befragt. Die Daten wurden anonymisiert erfasst und mittels deskriptiver Statistik ausgewertet.

Ergebnisse

Daten von 259 Hausärzt*innen wurden analysiert. Ein Jahr nach Veröffentlichung der ESC/ESH-Leitlinie zeigte sich bereits eine hohe Akzeptanz der neuen Leitlinienempfehlungen zum Management der arteriellen Hypertonie bei schleswig-holsteinischen Hausärzt*innen (> 68 % Zustimmung). Die praktische Umsetzung der einzelnen Empfehlungen erreichte teilweise deutlich niedrigere Quoten.

Schlussfolgerungen

Trotz hoher Zustimmung unter Schleswig-Holsteins Hausärzt*innen werden die Empfehlungen der europäischen Bluthochdruck-Leitlinie nur teilweise praktisch umgesetzt. Insbesondere eine Initialbehandlung mittels Zwei-Präparatekombination und ein generelles Blutdruckziel von 130–139/70–79 mmHg für alle älteren Bluthochdruckpatient*innen ab 65 Jahren werden kritisch betrachtet. Eine verbesserte Implementierung ließe sich möglicherweise durch eine intensiviertere Diskussion der Evidenz und der Umsetzungsbarrieren im Rahmen ärztlicher Fortbildungen sowie eine Optimierung der medikamentösen Verordnungsrichtlinien erzielen.

Schlüsselwörter

Leitlinie; praktische Umsetzung; arterielle Hypertonie; Hausärztin bzw. Hausarzt

Background

Medical guidelines serve the purpose to transfer best available evidence from randomized controlled trials, meta-analyses and expert consensus into daily practice. They should facilitate decision making for attending physicians and patients to find the appropriate way of treatment in individual disease situations. This paper investigated the implementation of the ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension 2018 in family physicians' practices in Schleswig-Holstein.

Methods

In the summer of 2019 a cross-section of 1000 family physicians (specialists for family medicine, general practitioners, specialists for primary care internal medicine) from Schleswig-Holstein were postally interviewed by using a specially designed questionnaire, which was validated by this pilot survey. The data collection was organized in an anonymous form and analyzed by descriptive statistical methods.

Results

Data from 259 family physicians were evaluated. One year after their publication the new guideline recommendations on the management of arterial hypertension already have a high acceptance among family physicians in Schleswig-Holstein (> 68 % agreement). The practical implementation, however, achieved partially significantly lower rates.

Conclusions

Despite high acceptance among family physicians from Schleswig-Holstein the recommendations of the European hypertension guideline are only partially implemented. Especially an initial medical treatment with a two-drug combination as far as a general blood-pressure goal of 130–139/70–79 mmHg for all elderly patients over the age of 65 are considered critically. Implementation could possibly be improved by intensifying the discussion of evidence and implementation barriers as part of continuing medical education as well as by optimizing legal guidelines for medical prescription.

Keywords

guideline; arterial hypertension; implementation; family physician

¹ Abteilung Sportmedizin, Institut für Sportwissenschaft, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

² Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Peer reviewed article eingereicht: 25.07.2021, akzeptiert: 29.09.2021

DOI 10.3238/zfa.2021.0508-0512

Hintergrund

Leitlinien werden in der Medizin als „systematisch entwickelte Aussagen“ definiert, „die den gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand wiedergeben“ und eine angemessene Behandlung in spezifischen Krankheits-situationen erleichtern sollen. Sie dienen folglich dem Transfer der bestverfügbaren Evidenz aus klinischen Studien und einem Konsens von Experten in den Versorgungsalltag [1]. Erst die Akzeptanz einer Leitlinie und die praktische Umsetzung ihrer Handlungsempfehlungen verbessern die Qualität der Patientenversorgung [2].

Im August 2018 wurde die neue europäische Leitlinie zum Management der arteriellen Hypertonie durch die Fachgesellschaften für Kardiologie (ESC) und Hypertonie (ESH) vorgestellt [3]. Ihre Empfehlungen wurden von der deutschen Fachgesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Deutschen Hochdruckliga (DHL) übernommen [4]. Die Leitlinie enthält einige wesentliche Veränderungen im Vergleich zu bisher üblichen Richtlinien und Empfehlungen im Management der arteriellen Hypertonie.

Wie hoch ist die Bereitschaft unter den Hausärzt*innen Schleswig-Holsteins, etablierte Versorgungskonzepte, die neuen evidenzbasierten Ergebnissen nicht mehr Stand halten, zugunsten einer innovativen, leitliniengerechten Medizin zu ändern? Um dieser Frage nachzugehen, ermittelte die vorliegende Studie die Akzeptanz bzw. praktische Umsetzung konkreter, neuer Leitlinienempfehlungen ein knappes Jahr nach deren Veröffentlichung.

Methoden

Für diese Querschnittstudie wurde ein vierseitiger Fragebogen konzipiert, der aus offenen und geschlossenen Fragen sowie Fallbeispielen bestand. Neben einleitenden Fragen zur Erfassung von soziodemografischen Daten der Teilnehmenden fokussierten die Fragen überwiegend auf entscheidende Neuerungen der Leitlinieninhalte. So wurden die Teilnehmenden gebeten, sich konkret für diagnostische bzw. therapeutische Optionen in den folgenden Fallkonstellationen zu entscheiden, um daraus die praktische Umsetzung der Leitlinienempfehlungen ermitteln zu können: Fallbeispiel 1 eines fitten

älteren Patienten (78 Jahre) mit gesundem Lebensstil und der Erstdiagnose einer arteriellen Hypertonie Grad 1 und Fallbeispiel 2 einer fitten älteren Patientin (82 Jahre) mit einer persistierenden arteriellen Hypertonie Grad 2. Parallel dazu wurde die Akzeptanz der Ärzt*innen für die zugrundeliegenden Leitlinienempfehlungen eruiert. Hierfür wurde die Zustimmung zu einer konkreten Empfehlung anhand einer sechsstelligen Likert-Skala (1 = „ich stimme überhaupt nicht zu“, 6 = „ich stimme voll zu“) abgefragt und um Erläuterung der Gründe als Freitext bei möglicher Ablehnung gebeten.

Einer Zufallsauswahl von 1000 der insgesamt 1977 in Schleswig-Holstein tätigen Hausärzt*innen wurde der Fragebogen auf dem Postweg im Juni/Juli 2019 zugeschickt. Im Falle der freiwilligen Teilnahme wurde der ausgefüllte Fragebogen in einem anonymisierten Umschlag an das Institut für Allgemeinmedizin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel übermittelt. Nach Abschluss der Befragung wurden sämtliche Angaben und Antworten aus den erhaltenen Fragebögen in einen numerischen Datensatz übertragen und primär mittels deskriptiver statistischer Verfahren ausgewertet.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote für diese Erhebung lag bei 27 %. 259 Teilnehmende (63 % männlich, 37 % weiblich) sandten verwertbare Daten zurück. Es handelte sich um 176 Allgemeinmediziner*innen, 72 Internist*innen und 11 Praktische Ärzt*innen in einem mittleren Alter von 55,8 (MW \pm 8,8) Jahren mit 19,2 (MW \pm 10,2) Berufsjahren in der hausärztlichen Versorgung. Die erhobene Stichprobe war repräsentativ im Hinblick auf die Altersstruktur und fachliche Ausrichtung im Vergleich zur Grundgesamtheit der Hausärzt*innen Schleswig-Holsteins.

Laut Leitlinie sollte die Einleitung einer antihypertensiven Medikation mit einer Zwei-Präparatekombination, vorzugsweise als sog. *single pill* erfolgen. Diese Empfehlung fand weniger Akzeptanz unter den Hausärzt*innen. 60 % von ihnen stimmten dieser Empfehlung nicht zu, während 40 % sie befürworteten. Hauptsächlich wurde diese Empfehlung aufgrund einer fehlenden Steuerungsmöglichkeit bei Neben-

wirkungen und notwendiger Dosisanpassung sowie wegen wirtschaftlicher Nachteile und der Sorge vor einem möglichen Regress abgelehnt.

Die Leitlinie nennt eine Ausnahme für die initiale Präparatekombination, nämlich die Erwägung einer Monotherapie als Initialtherapie für ältere, gebrechliche Patienten oder bei einer Hypertonie Grad 1 (140–159/90–99 mmHg) und niedrigem kardiovaskulärem Risikoprofil. Die Zustimmung zu dieser Ausnahmeempfehlung lag bei 94 %.

Befragt nach der Wahl einer antihypertensiven Medikation im Fallbeispiel 1 des fitten 78-Jährigen mit arterieller Hypertonie Grad 1 starteten 72 % der Befragten eine Monotherapie. Nur 27 % des Kollegiums würden mit einer Kombinationstherapie anfangen. Im Fallbeispiel 2 der rüstigen Patientin im Alter von 82 Jahren und einer arteriellen Hypertonie Grad 2 (160–179/100–109 mmHg) würden 67 % der Hausärzt*innen eine medikamentöse Monotherapie bzw. 28 % eine Kombinationstherapie initiieren. Die übrigen 5 % sahen keine Therapieindikation in diesem Fall.

Für die Präparatewahl in allen Fallbeispielen ergab sich folgendes, zusammenfassendes Bild: Bei Beginn mit einer Monotherapie wurde zu 87 % ein ACE-Hemmer gewählt. Beliebteste Kombinationen waren diejenige eines ACE-Hemmers mit einem Calciumkanalblocker oder mit einem Diuretikum (jeweils 39 %).

Die Empfehlung der Leitlinie, fitten älteren Patienten im Alter von 65 bis 79 Jahren mit einer arteriellen Hypertonie Grad 1 (140–159/90–99 mmHg) neben der Lebensstilintervention eine medikamentöse Therapie zu verordnen, erreichte ebenfalls eine hohe Akzeptanz (89 %) durch die in der hausärztlichen Versorgung Tätigen aus Schleswig-Holstein. Im Falle des fitten 78-jährigen Patienten mit gesundem Lebensstil und Erstdiagnose einer arteriellen Hypertonie Grad 1 allerdings entschied sich die Hälfte der Teilnehmenden gegen eine medikamentöse Therapie, während 44 % eine Monotherapie als passende Therapie erachten würden. In 5 % wurde eine Kombinationstherapie als medikamentöse Initialbehandlung gewählt.



Abbildung: Bannow, Weisser, Kaduszkiewicz

Abbildung 1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Befragung zur Akzeptanz und praktischen Umsetzung der europäischen Bluthochdruck-Leitlinie unter Schleswig-Holsteins Hausärzt*innen im Juni 2019 (Teilnehmerzahl n = 259)

Für alle älteren Patienten, auch im Alter über 80 Jahre, nennt die Leitlinie ein Blutdruckziel von 130–139/70–79 mmHg, vorausgesetzt dieses werde gut toleriert. Diesbezüglich zeigte sich die Akzeptanz unter den Hausärzt*innen ambivalent. 49 % von ihnen stimmten dieser Empfehlung nicht zu, während 51 % sie befürworteten. Als häufigste Bedenken gegenüber dem strengeren Blutdruckziel für alle Älteren wurden unerwünschte Nebenwirkungen wie Schwindel und Stürze geäußert.

Die meisten der Befragten wählten im dazu konzipierten Fallbeispiel 2 ein systolisches Blutdruckziel von 140–149 mmHg (51 %) und ein diastolisches Ziel von 90–99 mmHg (47 %). Lediglich 26 % entschieden sich für das gemäß Leitlinie empfohlene systolische Blutdruckziel von 130–139 mmHg, nur 4 % für das entsprechende diastolische Ziel von 70–79 mmHg, obwohl wie oben erwähnt die grundsätzliche Zustimmung zu den neuen Therapiezielen bei knapp der Hälfte vorhanden war.

Die europäische Leitlinienversion 2018 empfiehlt für alle Bluthochdruckkategorien Lebensstilveränderungen als eine wichtige therapeutische Säule. Von den sechs konkret durch die Leitlinie benannten lebensstilverändernden Maßnahmen wurden bei Freitext-Antwortmöglichkeit im Durchschnitt nur 2,8 empfohlen, am häufigsten waren dies körperliche Aktivität (90 %), Gewichtsreduktion (67 %) und eine gesunde Ernährung (41 %). Die Empfehlungen einer Salz- und Alkoholrestriktion (25 % und 12 %), ebenso wie die einer Nikotinkarenz (20%) waren deutlich weniger vertreten. Die Adhärenz ihrer Patient*innen zur Lebensstilintervention wurde von den Hausärzt*innen im Mittel als mäßig (25–49 %) eingeschätzt.

Eine Zusammenfassung der prägnantesten Ergebnisse dieser Studie mit einer Gegenüberstellung von Akzeptanz und praktischer Umsetzung der jeweiligen Leitlinienempfehlung zeigt Abbildung 1.

Diskussion

Ein knappes Jahr nach Veröffentlichung der europäischen Bluthochdruck-Leitlinie und deren Übernahme durch die deutschen Fachgesellschaften war die Quote der praktischen Umsetzung noch nicht gleichzusetzen mit der im Gegensatz dazu in unserer Untersuchung durchschnittlich hohen Akzeptanz (> 68 %) für die neuen Empfehlungen unter Schleswig-Holsteins Primärversorger*innen. Die Empfehlungen eines strengeren Blutdruckziels auch für Ältere sowie einer initialen Kombinationstherapie fanden deutlich weniger Zustimmung, was sich in einer sehr geringen praktischen Umsetzung in den Fallbeispielen widerspiegelte.

Es gilt zu beachten, dass zwischen der Veröffentlichung einer Leitlinie und ihrer Umsetzung im Praxisalltag oft einige Jahre liegen [5], daher war der Zeitpunkt dieser Studie sicherlich sehr früh gewählt. Betrachtet man die aus dem Jahr 2013 übernommenen Leitlinienempfehlungen, findet sich eine wesentlich höhere praktische Um-

setzungsquote, zum Beispiel bei der Auswahl einer antihypertensiven Medikation. So bestätigten es im Jahr 2020 veröffentlichte Forschungsergebnisse mit ähnlicher Fragestellung [6]. Andererseits sind die Effekte von Lebensstilinterventionen auf den Blutdruck schon seit vielen Jahren gut erforscht und wiederkehrend in den europäischen und deutschen Leitlinien erläutert [3, 4]. Dennoch werden diese von den Hausärzt*innen in zu geringem Umfang empfohlen. Mangelt es diesbezüglich tatsächlich an Kenntnisstand der überzeugenden Evidenz, wie es andere aktuelle Analysen [7] schlussfolgerten? Viel interessanter ist, dass schleswig-holsteinische Mediziner*innen die Adhärenz ihrer Patient*innen bezüglich einer Lebensstilveränderung als nur „mäßig“ schätzten.

Eines der wichtigsten neuen Konzepte der europäischen und deutschen Leitlinien 2018 ist die intensivierte Behandlung der arteriellen Hypertonie bei älteren und sehr alten Patient*innen. Hier erfolgte ein Perspektivenwechsel mit neuem Blick auf das biologische anstelle des chronologischen Alters. Für fitte, selbstständige Patient*innen ≥ 65 Jahre zeigen aktuelle Daten großer Metaanalysen (SPRINT, HOPE-3 und HYVET) eine deutliche Reduktion des Risikos für kardiovaskuläre Ereignisse und der Gesamtmortalität durch eine intensivere Blutdruckreduktion [8–10].

Obwohl das Ziel der vorliegenden Untersuchung nicht die Beurteilung der Qualität der neuen Leitlinien ist, müssen bei einer Absenkung der Therapieziele doch die laut Leitlinienwatch deutlichen Interessenkonflikte der Autor*innen beachtet werden [11]. An dieser Stelle möchten wir aber auch auf die größte Metaanalyse zum Thema hinweisen, die bei 615.813 Patient*innen aus 123 Studien eine eindeutige Verbesserung der Prognose bei Absenkung der Therapieziele festgestellt hat [12]. Die Hausärzt*innen in Schleswig-Holstein mit ihrer langjährigen praktischen Erfahrung beobachteten häufig Hypotonien, Schwindel und Stürze unter einer intensiveren Blutdruckeinstellung bei Älteren. Diese niedrige Toleranz sowie die Gefahr unerwünschter Ereignisse bei Vorliegen weiterer Komorbiditäten galten lange als Barriere für eine suffiziente Blutdruck-Einstel-

lung in dieser Altersgruppe [3]. Weiss et al. zeigten in ihrer Metaanalyse, dass eine Senkung des Blutdrucks unter 150 mmHg Schlaganfälle und kardiovaskuläre Ereignisse bei Älteren erheblich senken konnte, jedoch traten Hypotonie und Synkopen häufiger auf [13]. Allerdings konnten die neueren Daten sogar für ältere, gebrechliche Patient*innen zeigen, dass der Benefit einer kardiovaskulären Risikoreduktion das Risiko der genannten Nebenwirkungen überwiegt [14].

Daher betonen die Experten der ESC/ESH-Leitlinienkommission eine individuelle Anpassung der Therapie an den Allgemeinzustand der Patient*innen im Kontext von Komorbiditäten und unter sorgfältigem Monitoring. In diesem Zusammenhang wurde die Empfehlung zur Erwägung einer medikamentösen Monotherapie für gebrechliche Ältere und Patient*innen mit einer Hypertonie Grad 1 und niedrigem kardiovaskulärem Risiko formuliert. Diese wiederum findet unter Schleswig-Holsteins Ärzt*innen hohen Anklang sowohl in Akzeptanz als auch praktischer Umsetzung.

Für alle anderen Patient*innen sollte gemäß Leitlinie eine medikamentöse antihypertensive Therapie mittels Zwei-Präparatekombination initiiert werden, um eine schnellere,

effektivere und längerfristige Blutdruckkontrolle und damit eine Reduktion an kardiovaskulären Ereignissen zu erreichen [15]. Die initiale Kombinationstherapie, sogar in niedriger Dosis, ist einer oft maximal ausdosierten Monotherapie in der absoluten Blutdrucksenkung überlegen und hat sich als sicher und gut toleriert erwiesen mit keinem bis geringem Risiko hypotensiver Episoden [16]. Weiterhin erzielt eine Kombinationstherapie nach einem Jahr häufiger kontrollierte Blutdrücke. Als Gründe hierfür werden eine bessere Langzeitadhärenz der Patient*innen sowie eine geringere Therapieträgheit der behandelnden Mediziner*innen angenommen [17].

Als letzten Punkt gilt es, die Empfehlung einer sog. *single pill*, also der Kombination zweier oder mehrerer Wirkstoffe in nur einer Tablette, näher zu betrachten. Die Metaanalyse von Weisser et al. zeigte für die Einnahme einer *single pill* bei Bluthochdruckpatient*innen eine signifikante Verbesserung der Medikamentenadhärenz sowie mehrerer klinischer Outcome-Parameter im Vergleich zur losen Medikamentenkombination [18].

Dennoch stimmten die befragten schleswig-holsteinischen Hausärzt*innen der Verordnung einer *single pill* eher nicht zu und tendierten zur Verordnung einer Monotherapie. Die hierzu führenden konkreten Erfahrungen der Mediziner*innen, dass die medikamentöse Steuerung im Falle notwendiger Dosissteigerungen in festen Kombinationen schwieriger sei und sich potenzielle Nebenwirkungen erhöhen, wurde durch die inzwischen verfügbare Evidenz entschärft. Prof. Dr. U. Wenzel, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL), erläuterte dazu im Januar 2021 die Vorzüge der *Single-pill*-Therapie im Patientenmagazin „DRUCKPUNKT“ der DHL: „Kombinationspräparate haben den Vorteil, dass sich die Wirkung mehrerer Substanzen in einer Tablette addiert, sodass eine gute Blutdrucksenkung oft mit niedrigeren Dosen der enthaltenen Wirkstoffe erreicht werden kann und somit mögliche dosisabhängige Nebenwirkungen seltener auftreten. Zusätzlich würden substanzspezifische Nebenwirkungen teilweise durch den Kombinationspartner ausgeglichen“ [19].



Dr. med. Melanie Bannow ...

... ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und hat als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Sportmedizin in Zusammenarbeit mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel im Rahmen ihrer Promotion die Umsetzung der Empfehlungen der aktuellen ESC/ESH-Leitlinie zum Management der arteriellen Hypertonie in schleswig-holsteinischen Hausarztpraxen untersucht. Parallel zu ihrer Tätigkeit in der Sportmedizin war Dr. Bannow in den letzten Jahren in zwei großen allgemeinmedizinischen Praxen ihrer Heimatregion angestellt.

Foto: Fotostudio Hellmann, Bad Schwartau

Auch gesundheitspolitische Hindernisse spielen bei der fehlenden Implementierung dieser Empfehlung eine tragende Rolle. Ärzt*innen der vertragsärztlichen Versorgung äußerten wiederholt die Sorge vor einem Regress aufgrund einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise [20]. Bisherige höhere Kosten für Fixkombinationen gegenüber der losen Medikamentenkombination, Vorgaben des Ordnungsanteils an Fixkombinationen gemäß Arzneimittelvereinbarung und eine fehlende Zulassung von Kombinationspräparaten als Erstlinientherapie standen der leitliniengerechten Therapie entgegen. Doch wie häufig tritt ein Regress tatsächlich ein? Gemäß Auskunft der Prüfungsstelle der Vertragsärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein gab es bis heute in Schleswig-Holstein „nahezu null“ Regresse bezüglich einer Verordnung des Zielfelds „ACE-Hemmer, Sartane, Renininhhibitoren und Kombinationspräparate“ (Telefonat mit dem stellvertretenden Leiter der Prüfungsstelle am 25.06.2021). Wenn überhaupt, könnten diese nur im Rahmen von Einzelfallprüfungen auftreten. Außerdem erfolgen bei einem erstmaligen Überschreiten der Richtgrößen zunächst Hinweise an die betroffenen Ärzt*innen sowie deren individuelle Beratung, bevor ein tatsächlicher Regress droht.

Schlussfolgerungen

Gerade in den essenziellen Punkten der strengeren Blutdruckeinstellung auch für ältere Patienten (≥ 65 Jahre) und der Einleitung einer medikamentösen Therapie mittels eines *Single-pill*-Kombinationspräparates fehlt es an Akzeptanz und folglich an klinischer Anwendung (nur 4 % Umsetzung des strengeren diastolischen Therapieziels beim Fallbeispiel) in der täglichen hausärztlichen Praxis. Als Barrieren der fehlenden Zustimmung zu diesen wichtigen evidenzbasierten Empfehlungen zählen neben wirtschaftlichen Bedenken auch die Sorge vor unerwünschten Nebenwirkungen. Es stellt sich die Frage, ob die aktuelle Datentlage zur Blutdruckbehandlung für Ältere ausreichend unter den Schleswig-Holsteinischen Hausärzt*innen bekannt ist, oder ob Zweifel an der Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die individuellen Patient*innen in der

hausärztlichen Praxis bestehen. Um eine höhere Implementierungsrate der Leitlinienempfehlungen unter Ärzt*innen der Primärversorgung zu erzielen, gilt es, die äußeren gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, beispielsweise durch Anpassung der medikamentösen Verordnungsrichtlinien bis hin zur Verordnungsfähigkeit von Kombinationspräparaten als Erstlinientherapie zu optimieren.

Interessenkonflikte:

BW gibt an, Honorare der Apontis Pharma Deutschland GmbH erhalten zu haben. Die weiteren Autoren gegen keine Interessenkonflikte an.

Literatur

1. Lelgemann M, Lang B, Kunz R, Antes G. Leitlinien. Was haben Ärzte und Patienten davon. Bundesgesundheitsbl 2005; 48: 215–20
2. Kopp IB. Von Leitlinien zur Qualitätssicherung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 2011; 54: 160–5
3. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J 2018; 39: 3021–104
4. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e.V. und Deutsche Hochdruckliga e.V. Management der arteriellen Hypertonie. ESC/ESH Pocket Guidelines. Grünwald: Börm Bruckmeier Verlag, 2018
5. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and strategies in guideline implementation – a scoping review. Healthcare (Basel) 2016; 4: 36
6. Predel HG, Graas F, Rudinger G, Randerath O. Management of arterial hypertension: transfer from clinical guidelines into daily practice – results of a survey in German practitioners offices. J Educ Health Promot 2020; 9: 34
7. Bolbrinker J, Zaidi Touis L, Gohlke H, Weisser B, Kreutz R. European guidelines on lifestyle changes for management of hypertension: awareness and implementation of recommendations among German and European physicians. Herz 2018; 43: 352–8
8. Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, et al. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years: a randomized clinical trial. JAMA 2016; 315: 2673–82
9. Lonn EM, Bosch J, López-Jaramillo P, et al. Blood-pressure lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease. N Engl J Med 2016; 374: 2009–20
10. Beckett N, Peters R, Leonetti G, et al. Subgroup and per-protocol analyses from the hypertension in the very elderly trial. J Hypertens 2014; 32: 1478–87; discussion 1487
11. www.leitlinienwatch.de/esc-esh-guide-lines-for-the-management-of-arterial-hypertension/ (letzter Zugriff am 11.09.2021)
12. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2016; 387: 957–67
13. Weiss J, Freeman M, Low A, et al. Benefits and harms of intensive blood pressure treatment in adults aged 60 years or older: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2017; 166: 419–29
14. Corrao G, Rea F, Monzio Compagnoni M, Merlino L, Mancia G. Protective effects of antihypertensive treatment in patients aged 85 years or older. J Hypertens 2017; 35: 1432–41
15. Mancia G, Rea F, Cuspidi C, Grassi G, Corrao G. Blood pressure control in hypertension. Pros and cons of available treatment strategies. J Hypertens 2017; 35: 225–33
16. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. Am J Med 2009; 122: 290–300
17. Conn VS, Ruppar TM, Chase JA, Enriquez M, Cooper PS. Interventions to improve medication adherence in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. Curr Hypertens Rep 2015; 17: 94
18. Weisser B, Predel HG, Gillessen A, et al. Single pill regimen leads to better adherence and clinical outcome in daily practice in patients suffering from hypertension and/or dyslipidemia: results of a meta-analysis. High Blood Press Cardiovasc Prev 2020; 27: 157–64
19. www.hochdruck-aktuell.de/Sonderdruck%20Druckpunkt_Richtig%20messen%2C%20richtig%20behandeln%21.pdf (letzter Zugriff am 25.07.2021)
20. www.pharmazeutische-zeitung.de/kombipraeparate-sinnvoll-aber-zu-teuer/ (letzter Zugriff am 25.07.2021)

Korrespondenzadresse

Dr. med. Melanie Bannow
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Institut für Sportwissenschaft
Abteilung Sportmedizin
Olshausenstraße 74, 24118 Kiel
m.bannow@email.uni-kiel.de