



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.



ESC

European Society
of Cardiology



Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie
und Prävention



**European
Society of
Hypertension**

ESC/ESH Pocket Guidelines

European Society of Cardiology (ESC)
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Version 2018

Management der arteriellen Hypertonie

Inhalt

Abkürzungen und Akronyme	4
1. Einleitung	5
1.1 Prinzipien	5
1.2 Was ist neu und was hat sich in den ESC/ESH-Leitlinien 2018 zur arteriellen Hypertonie geändert?	6
2. Diagnostische Aspekte	10
2.1 Klassifikation des Blutdrucks und Definition der Hypertonie	10
2.2 Bestimmung des kardiovaskulären Gesamtrisikos (CVD)	11
2.3 Blutdruck-Messung	14
2.4 Häusliche Blutdruck-Messung	14
2.5 Langzeitblutdruckmessung (ABPM)	15
2.6 Screening zur Erkennung einer Hypertonie	15
2.7 Bestätigung der Hypertonie-Diagnose	17
3. Klinische Bewertung	20
3.1 Wann soll ein Patient mit Hypertonie im Krankenhaus behandelt werden?	27
4. Behandlung der Hypertonie	28
4.1 BP-Grenzwerte für die Behandlung	28
4.2 BP-Therapiezielwerte	31
4.3 Behandlung der Hypertonie – Lebensstil-Interventionen	33
4.4 Behandlung der Hypertonie – Pharmakotherapie	34
4.5 Algorithmus zur Pharmakotherapie der Hypertonie	35
4.6 Device-basierte Hypertonie-Behandlung	42
5. Resistente Hypertonie	43
5.1 Definition der resistenten Hypertonie	43
5.2 Ursachen einer pseudoresistenten Hypertonie	43
5.3 Behandlung der resistenten Hypertonie	44
6. Sekundäre Hypertonie	46
7. Hypertensive Notfälle	49
8. Hypertonie in der Schwangerschaft	52
8.1 Definition und Klassifikation der Hypertonie in der Schwangerschaft	52
9. Maskierte und Weißkittel-Hypertonie	54
9.1 Weißkittel-Hypertonie	54
9.2 Maskierte Hypertonie	54
10. Hypertonie bei Patienten mit spezifischen Komorbiditäten	55
11. Management begleitender kardiovaskulärer Risikofaktoren und Patienten-Nachsorge	59
11.1 Einsatz von Statinen und antithrombozytäre Therapie	59
11.2 Nachsorge hypertoner Patienten	60

Abkürzungen und Akronyme

ABI	Knöchel-Arm-Index (ankle-brachial index)
ABPM	Langzeitblutdruckmessung (ambulatory blood pressure monitoring)
ACE	Angiotensin-Converting-Enzym
ACEi	ACE-Hemmer
AF	Vorhofflimmern (atrial fibrillation)
ARB	Angiotensinrezeptorblocker
ASS	Acetylsalicylsäure
BMI	Body Mass Index
BP	Blutdruck (blood pressure)
CCB	Kalziumkanalblocker (calcium-channel blocker)
CHA₂DS₂-VASc	Score wird folgendermaßen berechnet: Herzinsuffizienz (1 Punkt), Hypertonie (1 Punkt), Alter ≥ 75 Jahre (2 Punkte), Diabetes mellitus (1 Punkt), Schlaganfall, TIA oder arterielle Thromboembolie (2 Punkte), Gefäßerkrankung (1 Punkt), Alter zwischen 65 und 74 Jahren (1 Punkt), weibliches Geschlecht (1 Punkt).
CKD	Chronische Nierenerkrankung (chronic kidney disease)
CT	Computertomographie
CV	kardiovaskulär
CVD	kardiovaskuläre Erkrankung (cardiovascular disease)
DBP	diastolischer Blutdruck
eGFR	errechnete glomeruläre Filtrationsrate
EKG	Elektrokardiogramm
HBPM	häusliche Blutdruckmessung (home blood pressure monitoring)
HFrEF	Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion
HMOD	Hypertonie-bedingte Endorganschäden (hypertension-mediated organ damage)
i.v.	intravenös
KHK	Koronare Herzkrankheit
LV	linksventrikulär
LVH	Linksventrikuläre Hypertrophie
MI	Myokardinfarkt
MRA	Mineralokortikoid-Rezeptorantagonist (Aldosteron-Antagonist)
MRT	Magnetresonanztomographie
office BP	Praxisblutdruck
out-of-office BP	praxisunabhängiger Blutdruck
PAE	periphere arterielle Erkrankung
PAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
PWV	Pulswellengeschwindigkeit
RAS	Renin-Angiotensin-System
RCT	randomisierte kontrollierte Studie (randomized clinical trial)
SBP	systolischer Blutdruck
SCORE	Systematic Coronary Risk Evaluation
SPC	Medikamenten-Kombination in einer Einzeltablette (single-pill combination)
TIA	Transitorische ischämische Attacke

1. Einleitung

1.1 Prinzipien

Die 2018 ESC-ESH Hypertension Guideline Task Force hat die Evidenz und die erarbeiteten Empfehlungen gemäß den in **Tabelle 1** und **Tabelle 2** dargelegten Prinzipien überprüft und gewichtet.

Tabelle 1: Empfehlungsgrade		
Empf.-Grad	Definition	Empfohlene Formulierung
I	Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme effektiv, nützlich oder heilsam ist	wird empfohlen / ist indiziert
II	Widersprüchliche Evidenz und/oder unterschiedliche Meinungen über den Nutzen/die Effektivität einer Therapieform oder einer diagnostischen Maßnahme	
IIa	<i>Evidenzen/Meinungen favorisieren den Nutzen bzw. die Effektivität einer Maßnahme</i>	sollte erwogen werden
IIb	<i>Nutzen/Effektivität einer Maßnahme ist weniger gut durch Evidenzen/Meinungen belegt</i>	kann erwogen werden
III	Evidenz und/oder allgemeine Übereinkunft, dass eine Therapieform oder eine diagnostische Maßnahme nicht effektiv, nicht nützlich oder nicht heilsam ist und im Einzelfall schädlich sein kann	wird nicht empfohlen

©ESC 2018

Tabelle 2: Evidenzgrade	
A	Daten aus mehreren, randomisierten klinischen Studien oder Meta-Analysen
B	Daten aus einer randomisierten klinischen Studie oder mehreren großen nicht randomisierten Studien
C	Konsensusmeinung von Experten und/oder kleinen Studien, retrospektiven Studien oder Registern

©ESC 2018

1.2 Was ist neu und was hat sich in den ESC/ESH-Leitlinien 2018 zur arteriellen Hypertonie geändert?

Seit Erscheinen der 2013 ESH/ESC Leitlinien gab es neue Erkenntnisse, was bei einigen Empfehlungen in den ESC/ESH Hypertonie

Tabelle 3: Was ist neu und was hat sich in den ESC/ESH-Leitlinien 2018 zur arteriellen Hypertonie geändert?	
Änderungen bei den Empfehlungen	
2013	2018
<p>Diagnosestellung Für das Screening und die Diagnosestellung der Hypertonie wird die Praxisblutdruck-Messung empfohlen.</p>	<p>Diagnosestellung Es wird empfohlen die Hypertonie-Diagnose zu stellen auf Grundlage: <ul style="list-style-type: none"> › wiederholter Praxisblutdruck-Messungen; oder › praxisunabhängiger („out-of-office“) BP-Messungen mit ABPM und/oder HBPM, falls logistisch und wirtschaftlich machbar. </p>
<p>Behandlungs-Grenzwerte Hochnormaler BP (130–139/85–89 mmHg): Sofern nicht die notwendige Evidenz vorgelegt wird, wird die Einleitung einer antihypertensiven Pharmakotherapie bei hochnormalem BP nicht empfohlen.</p>	<p>Behandlungs-Grenzwerte Hochnormaler BP (130–139/85–89 mmHg): Eine Pharmakotherapie kann erwogen werden bei sehr hohem CV-Risiko infolge manifester CVD, insbesondere KHK.</p>
<p>Behandlungs-Grenzwerte Behandlung der Niedrigrisiko-Hypertonie Grad 1: Die Einleitung einer antihypertensiven Pharmakotherapie sollte auch bei Patienten mit Hypertonie Grad 1 und niedrigem-moderatem Risiko erwogen werden, wenn der BP bei mehreren Wiedervorstellungen in diesem Bereich bleibt oder nach ambulanten BP-Kriterien erhöht ist, und trotz einer angemessenen Zeitspanne von Lebensstilmaßnahmen in diesem Bereich bleibt.</p>	<p>Behandlungs-Grenzwerte Behandlung der Niedrigrisiko-Hypertonie Grad 1: Bei Patienten mit Hypertonie Grad 1 und niedrigem-moderatem Risiko, aber ohne Hinweis auf HMOD, wird eine Blutdruck-senkende Pharmakotherapie empfohlen, wenn der Patient trotz einer Periode mit Lebensstil-Intervention hyperten bleibt.</p>
<p>Behandlungs-Grenzwerte bei älteren Patienten Eine antihypertensive Pharmakotherapie kann bei älteren Patienten (zumindest wenn jünger als 80 Jahre) erwogen werden, wenn der SBP im Bereich von 140–159 mmHg liegt, sofern die Behandlung gut vertragen wird.</p>	<p>Behandlungs-Grenzwerte bei älteren Patienten BP-senkende Pharmakotherapie und Lebensstiländerung wird bei leistungsfähigen älteren Patienten (>65 Jahre, aber nicht >80) empfohlen, wenn der SBP im Bereich von 140–159 mmHg liegt, sofern die Therapie gut vertragen wird.</p>

Leitlinien 2018 Änderungen erforderlich machte, die in **Tabelle 3** hervorgehoben sind. Darüber hinaus enthalten die neuen Leitlinien eine Reihe neuer Kapitel, Empfehlungen und Konzepte, wie in **Tabelle 4** dargestellt.

Tabelle 3: Was ist neu und was hat sich in den ESC/ESH-Leitlinien 2018 zur arteriellen Hypertonie geändert? (Fortsetzung)	
Änderungen bei den Empfehlungen	
2013	2018
<p>BP-Therapieziele Ein SBP-Zielwert < 140 mmHg wird empfohlen.</p>	<p>BP-Therapieziele Als erstes Behandlungsziel wird die Senkung des Blutdrucks auf < 140/90 mmHg für alle Patienten empfohlen und, sofern die Therapie gut vertragen wird, sollten bei den meisten Patienten unter Behandlung BP-Werte von 130/80 mmHg oder niedriger angestrebt werden. Bei Patienten < 65 Jahre wird empfohlen den SBP in den meisten Fällen auf 120–129 mmHg zu senken.</p>
<p>BP-Therapieziele für ältere Patienten (65–80 Jahre) Ein SBP-Zielbereich von 140–150 mmHg wird für ältere Patienten (65–80 Jahre) empfohlen.</p>	<p>BP-Therapieziele für ältere Patienten (65–80 Jahre) Bei älteren Patienten (≥ 65 Jahre) wird empfohlen einen SBP im Bereich von 130–139 mmHg anzustreben.</p>
<p>BP-Therapieziele für Patienten über 80 Jahre Für Patienten über 80 Jahren mit einem initialen SBP ≥ 160 mmHg sollte ein SBP-Zielbereich von 140–150 mmHg erwogen werden, sofern sie in guter körperlicher und geistiger Verfassung sind.</p>	<p>BP-Therapieziele für Patienten über 80 Jahre Für Patienten über 80 Jahren wird ein SBP-Zielbereich von 130–139 mmHg empfohlen, sofern verträglich.</p>
<p>DBP-Zielwerte Ein DBP-Zielwert < 90 mmHg wird immer empfohlen, außer bei Patienten mit Diabetes, bei denen Werte < 85 mmHg empfohlen werden.</p>	<p>DBP-Zielwerte Ein DBP-Zielwert < 80 mmHg sollte für alle hypertensiven Patienten erwogen werden, unabhängig vom Ausmaß des Risikos und von Begleiterkrankungen.</p>

Tabelle 3: Was ist neu und was hat sich in den ESC/ESH-Leitlinien 2018 zur arteriellen Hypertonie geändert? (Fortsetzung)

Änderungen bei den Empfehlungen			
2013	2018		
<p>Einleitung einer Pharmakotherapie Die Einleitung einer antihypertensiven Therapie mit einer Zweifachkombination kann bei Patienten mit deutlich erhöhtem Ausgangs-BP oder mit hohem CV-Risiko erwogen werden.</p>	<p>Einleitung einer Pharmakotherapie Es wird empfohlen die antihypertensive Therapie mit einer Zweifachkombination zu beginnen, bevorzugt als SPC. Davon ausgenommen sind gebrechliche ältere Patienten und jene mit niedrigem Risiko und mit Hypertonie Grad 1 (insbesondere wenn SBP < 150 mmHg).</p>		
<p>Resistente Hypertonie Aldosteron-Antagonisten, Amilorid und der alpha-1-Blocker Doxazosin sollten erwogen werden, sofern keine Kontraindikation besteht.</p>	<p>Resistente Hypertonie Zur Behandlung der resistenten Hypertonie wird die Hinzugabe von niedrigdosiertem Spironolacton zur bestehenden Therapie empfohlen, oder, falls Spironolacton nicht vertragen wird, die zusätzliche diuretische Therapie entweder mit Eplerenon, Amilorid, höherdosiertem Thiazid/Thiazid-artigen Diuretikum oder Schleifendiuretikum, oder die Hinzugabe von Bisoprolol oder Doxazosin.</p>		
<p>Device-basierte Therapie der Hypertonie Falls die medikamentöse Therapie unwirksam bleibt, können invasive Verfahren wie die renale Denervation und Baroreflexstimulation erwogen werden.</p>	<p>Device-basierte Therapie der Hypertonie Device-basierte Therapieansätze werden zur routinemäßigen Behandlung der Hypertonie nicht empfohlen, außer im Rahmen klinischer Studien und von RCTs, bis weitere Nachweise zu ihrer Sicherheit und Wirksamkeit vorliegen.</p>		
Empfehlungsgrade			
I	IIa	IIb	III

Tabelle 5: Klassifikation des Blutdrucks und Definition der Hypertonie-Grade^b

Kategorie ^a	Systolisch (mmHg)		Diastolisch (mmHg)
Optimal	< 120	und	< 80
Normal	120–129	und/oder	80–84
Hochnormal	130–139	und/oder	85–89
Hypertonie Grad 1	140–159	und/oder	90–99
Hypertonie Grad 2	160–179	und/oder	100–109
Hypertonie Grad 3	≥ 180	und/oder	≥ 110
Isolierte systolische Hypertonie ^b	≥ 140	und	< 90

©ESC/ESH 2018

^a Die BP-Kategorie ist definiert gemäß klinischem BP im Sitzen und durch den jeweils höchsten Blutdruckwert, sei er systolisch oder diastolisch.

^b Die isolierte systolische Hypertonie wird in Grad 1, 2 oder 3 eingestuft, gemäß den SBP-Werten in den angegebenen Bereichen. Für alle Altersstufen ab 16 Jahren wird dieselbe Klassifikation genutzt.

Klassifikation des Blutdrucks

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Es wird empfohlen, den BP als optimal, normal, hochnormal oder Hypertonie Grad 1–3 einzustufen, gemäß dem Praxisblutdruck.	I	C

©ESC/ESH 2018

2.2 Bestimmung des kardiovaskulären Gesamtrisikos (CVD)

Hypertonie tritt oft zusammen mit anderen kardiovaskulären Risikofaktoren wie Dyslipidämie und Glukoseintoleranz auf, die das CV-Risiko zusätzlich erhöhen. Die Quantifizierung des kardiovaskulären Gesamtrisikos ist wichtig für die Risikostratifizierung der Hypertonie-Patienten, um festzulegen, ob zusätzliche Behandlungen mit Statinen und Thrombozytenaggregationshemmern zur weiteren Senkung des CV-Risikos indiziert sind (siehe Abschnitt 10.1). Die Klassifikation des CV-Risikos nach dem SCORE-System wird empfohlen (Tabelle 6).

Hypertonie und Bewertung des kardiovaskulären Risikos

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Eine CV-Risiko-Bewertung mit dem SCORE-System wird für Hypertonie-Patienten empfohlen, die nicht bereits ein hohes oder sehr hohes Risiko haben infolge einer manifesten CVD, einer Nierenerkrankung oder eines Diabetes, eines einzelnen deutlich erhöhten Risikofaktors (z.B. Cholesterin) oder einer hypertensiven LVH.	I	B

©ESC/ESH 2018

Tabelle 6: Kategorien des kardiovaskulären Risikos über 10 Jahre (Systematic COronary Risk Evaluation system)

Sehr hohes Risiko	<p>Personen mit irgendeinem der folgenden Faktoren: Klinisch oder eindeutig in der Bildgebung dokumentierte CVD.</p> <ul style="list-style-type: none"> › Klinische CVD umfasst: akuter Myokardinfarkt, akutes Koronarsyndrom, koronare oder andere arterielle Revaskularisierung, Schlaganfall, TIA, Aortenaneurysma und PAE. › Zweifelsfrei in der Bildgebung dokumentierte CVD umfasst: signifikante Plaques (d.h. $\geq 50\%$ Stenose) in Angiogramm oder Sonographie. Nicht gezählt wird eine Zunahme der Intima-media-Dicke der Carotis. › Diabetes mellitus mit Endorganschäden, z.B. Proteinurie oder mit einem Hauptrisikofaktor wie Hypertonie Grad 3 oder Hypercholesterinämie › Schwere CKD (eGFR < 30 ml/min/1,73 m²) › Berechneter 10-Jahre-SCORE $\geq 10\%$
Hohes Risiko	<p>Personen mit irgendeinem der folgenden Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Deutliche Erhöhung eines einzelnen Risikofaktors, insbesondere Cholesterin > 8 mmol/l (> 310 mg/dl) z.B. familiäre Hypercholesterinämie, Hypertonie Grad 3 (BP $\geq 180/110$ mmHg) › Die meisten anderen Patienten mit Diabetes mellitus (außer manchen jungen Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und ohne Hauptrisikofaktoren, die ein moderates Risiko haben) <p>Hypertensive LVH</p> <p>Mittelschwere CKD (eGFR 30–59 ml/min/1,73 m²)</p> <p>Berechneter 10-Jahre-SCORE von 5–10%</p>
Moderates Risiko	<p>Personen mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Berechneter 10-Jahre-SCORE $\geq 1\%$ to $< 5\%$ › Hypertonie Grad 2 › Viele Personen mittleren Alters fallen in diese Kategorie
Niedriges Risiko	<p>Personen mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Berechneter 10-Jahre-SCORE $< 1\%$

Patienten mit Hypertonie können auch Merkmale Hypertonie-bedingter Organschäden (HMOD) (siehe [Tabellen 13–16](#)) aufweisen sowie einen Diabetes mellitus oder eine chronische Nierenerkrankung, die das aufgrund SCORE geschätzte Risiko zu einer höheren Kategorie verschieben können, wie in [Abbildung 1](#) dargestellt.

Abbildung 1: Klassifikation der Hypertonie-Stadien nach Blutdruck-Werten, Vorliegen von kardiovaskulären Risikofaktoren, Hypertonie-bedingten Organschäden oder Begleiterkrankungen^a

		Einstufung des Blutdrucks (mmHg)			
		Hochnormal SBP 130–139 DBP 85–89	Grad 1 SBP 140–159 DBP 90–99	Grad 2 SBP 160–179 DBP 100–109	Grad 3 SBP \geq 180 oder DBP \geq 110
Hypertonie-Krankheitsstadien	Andere Risikofaktoren, HMOD oder Erkrankung				
	Keine weiteren Risikofaktoren	Niedriges Risiko	Niedriges Risiko	Moderates Risiko	Hohes Risiko
	1 bis 2 Risikofaktoren	Niedriges Risiko	Moderates Risiko	Moderates bis hohes Risiko	Hohes Risiko
Stadium 1 (unkompliziert)	\geq 3 Risikofaktoren	Niedriges bis moderates Risiko	Moderates bis hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko
Stadium 2 (asymptomatisch)	HMOD, CKD Stadium 3 oder Diabetes mellitus ohne Endorganschäden	Moderates bis hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes bis sehr hohes Risiko
Stadium 3 (manifeste Erkrankung)	Manifeste CVD, CKD Stadium \geq 4 oder Diabetes mellitus mit Endorganschäden	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko

^a Es wird das kardiovaskuläre Risiko für einen Mann mittleren Alters dargestellt. Das kardiovaskuläre Risiko entspricht nicht notwendigerweise dem tatsächlichen Risiko auf verschiedenen Altersstufen. Zur formalen Bestimmung des kardiovaskulären Risikos vor Behandlungsentscheidungen wird die Verwendung des SCORE-Systems empfohlen.

2.3 Blutdruck-Messung

Der Blutdruck kann in der Arztpraxis, zu Hause oder mittels ambulanter BP-Langzeitmessung (ABPM) gemessen werden. Auf jeden Fall ist es wichtig, dass der BP sorgfältig und mit einem validierten Gerät gemessen wird (Tabelle 7).

Tabelle 7: Praxisblutdruck-Messung

Vor Beginn der BP-Messung sollten die Patienten 5 Minuten bequem in einer ruhigen Umgebung sitzen.

Drei BP-Messungen sollten in 1–2 Minuten Abstand aufgezeichnet werden, und zusätzliche Messungen nur, falls die ersten beiden Messungen um > 10 mmHg differieren. Der Blutdruck wird als Durchschnitt der letzten beiden BP-Messungen aufgezeichnet.

Zusätzliche Messungen können erforderlich werden bei Patienten mit instabilen BP-Werten infolge von Arrhythmien, wie etwa bei Patienten mit AF, bei denen manuelle auskultatorische Verfahren genutzt werden sollten, da die meisten automatischen Geräte nicht zur BP-Messung bei AF validiert wurden.^a

Die Standardmanschette (12–13 cm breit und 35 cm lang) passt für die meisten Patienten; größere und kleinere Manschetten für dickere (Armumfang > 32 cm) und dünnere Arme sollten verfügbar sein.

Die Manschette sollte auf Herzhöhe positioniert sowie Rücken und Arm unterstützt werden, um Muskelanspannung und einen isometrischen belastungsabhängigen BP-Anstieg zu vermeiden.

Bei der auskultatorischen Methode sollen die Korotkoff-Töne der Phase I und V (plötzliche Abnahme/Verschwinden) zur Identifizierung von SBP und DBP beachtet werden.

Bei der Erstuntersuchung soll der BP an beiden Armen gemessen werden, um mögliche Unterschiede zwischen den Armen festzustellen. Der Arm mit dem höheren Wert dient dann als Referenz für zukünftige Messungen.

Bei der Erstmessung bei allen Patienten den BP eine und 3 Minuten nach Aufstehen aus dem Sitzen messen, um eine orthostatische Hypotonie auszuschließen. Weitere BP-Messungen im Liegen und Stehen sollten erwogen werden bei Wiedervorstellung von älteren Personen, Patienten mit Diabetes oder mit anderen Zuständen, bei denen eine orthostatische Hypotonie häufig auftreten kann.

Herzfrequenz messen und Puls tasten, zum Ausschluss von Arrhythmien.

^a Die meisten automatisierten Geräte wurden nicht zur BP-Messung bei Patienten mit AF validiert und werden eher die höchste individuelle systolische Druckwellenform aufzeichnen als einen Durchschnitt von mehreren Herzzyklen. Dies führt zu einer Überschätzung des Blutdrucks.

2.4 Häusliche Blutdruck-Messung

Der häusliche Blutdruck sollte mit einem halbautomatischen, validierten BP-Messgerät gemessen werden, mindestens für 3 Tage, besser noch

über 6–7 aufeinanderfolgende Tage vor jedem Praxisbesuch. Die Messungen sollten am Morgen und Abend erfolgen, in einem ruhigen Zimmer, nach 5-minütiger Ruhe, mit Rückenlehne und unterstütztem Arm. Bei jeder Messung sollten zwei Messungen in 1–2 Minuten Abstand vorgenommen werden.

2.5 Langzeitblutdruckmessung (ABPM)

Die ABPM liefert den Durchschnitt von BP-Messwerten über einen vorgegebenen Zeitraum, meist 24 Stunden. Das Gerät ist typischerweise so eingestellt, dass es den BP in 15–30 minütigen Abständen aufzeichnet, und BP-Mittelwerte werden üblicherweise für den Tag, die Nacht und 24 h berechnet. Eine valide ABPM-Aufzeichnung erfordert mindestens 70 % brauchbare BP-Messungen. Häusliche und ABPM-Werte sind im Durchschnitt niedriger als Praxis-BP-Werte. Die entsprechenden Grenzwerte für die Hypertonie-Diagnose zeigt **Tabelle 8**.

Tabelle 8: Hypertonie-Definitionen nach Praxis-, Langzeit- und häuslichen Blutdruck-Werten			
Kategorie	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
Praxisblutdruck ^a	≥ 140	und/oder	≥ 90
Langzeitblutdruck			
Tagsüber (oder wach) Mittelwert	≥ 135	und/oder	≥ 85
Nächtlich (oder schlafend) Mittelwert	≥ 120	und/oder	≥ 70
24 Stunden Mittelwert	≥ 130	und/oder	≥ 80
Häuslicher Blutdruck Mittelwert	≥ 135	und/oder	≥ 85

^a Bezieht sich auf konventionellen Praxisblutdruck, nicht auf unbeaufsichtigten Praxisblutdruck („unattended“ office BP).

2.6 Screening zur Erkennung einer Hypertonie

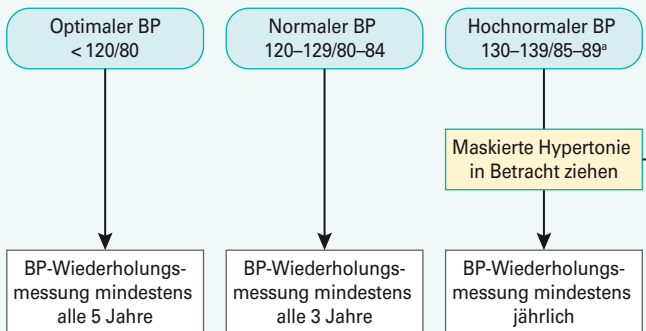
Hypertonie ist ein vorwiegend asymptomatischer Zustand, der am besten durch Bevölkerungs-Screeningprogramme oder Gelegenheits-BP-Messungen erkannt wird (siehe **Abbildung 2**). Alle Erwachsenen sollten sich ihres Blutdrucks bewusst sein und ihn in ihrer Krankenakte vermerkt haben. Weitere Untersuchungen sollten in regelmäßigen Abständen in Abhängigkeit von der Blutdruck-Höhe erfolgen.

Bei Gesunden mit einem optimalen Praxis-BP ($< 120/80$ mmHg) sollte der BP mindestens alle 5 Jahre oder, wenn sich die Gelegenheit bietet, häufiger erneut gemessen werden.

Bei Patienten mit normalem BP ($120\text{--}129/80\text{--}84$ mmHg) sollte der BP mindestens alle 3 Jahre erneut gemessen werden.

Bei Patienten mit hochnormalem BP ($130\text{--}139/85\text{--}89$ mmHg) sollte der BP jährlich gemessen werden, da ein hochnormaler BP häufig zur Hypertonie fortschreitet.

Abbildung 2: Screening und Diagnosestellung der Hypertonie



* Nach Erkennen einer spezifischen BP-Kategorie beim Screening entweder die BP-Erhöhung durch wiederholte Praxis-BP-Messungen bei Wiedervorstellungen bestätigen oder praxisunabhängige BP-Messungen veranlassen, um die Hypertonie-Diagnose zu sichern.

2.7 Bestätigung der Hypertonie-Diagnose

Die Diagnose der Hypertonie sollte nicht allein auf BP-Messwerten bei einem einzigen Praxisbesuch beruhen, es sei denn der BP ist deutlich erhöht (z. B. Hypertonie Grad 3) und es gibt klare Hinweise auf HMOD (z. B. hypertensive Retinopathie mit Exsudaten und Blutungen, oder LVH oder Gefäß- oder Nierenschäden). Bei allen anderen (d. h. fast allen Patienten) sollte die Hypertonie-Diagnose auf BP-Messungen bei wiederholten Praxisbesuchen beruhen oder auf Messungen im Rahmen der HBPM oder ABPM, falls diese Messungen machbar sind (**Abbildung 2**). ABPM ist weiterhin bei bestimmten Indikationen indiziert, siehe **Tabelle 9**.

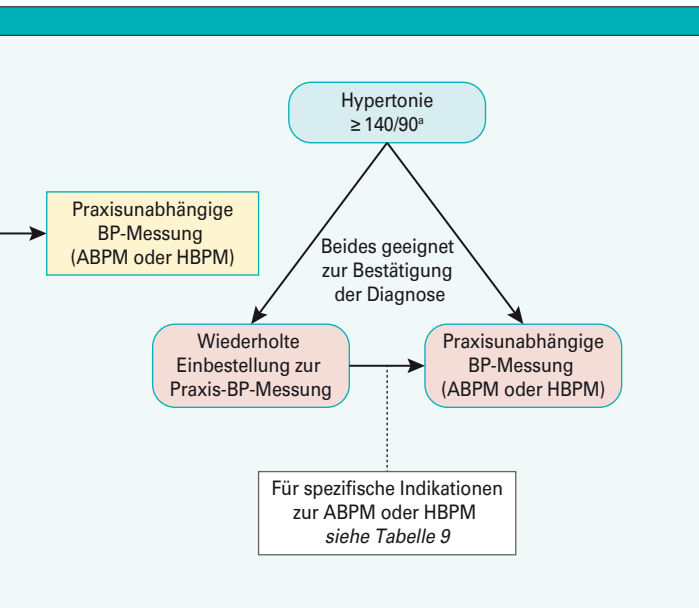


Tabelle 9: Klinische Indikationen für häusliche Blutdruck-Messung oder Langzeit-Blutdruck-Messung

Zustände, bei denen die Weißkittel-Hypertonie häufiger vorkommt, z. B. > Hypertonie Grad 1 bei der Praxis-BP-Messung > Deutliche Praxis-BP-Erhöhung, aber ohne HMOD
Zustände, bei denen die maskierte Hypertonie häufiger vorkommt, z. B. > Hochnormaler Praxisblutdruckwert > Normaler Praxis-BP bei Patienten mit HMOD oder hohem CV-Gesamtrisiko
Lageabhängige und postprandiale Hypotonie bei unbehandelten und behandelten Patienten
Abklärung einer resistenten Hypertonie
Überprüfung der BP-Kontrolle, insbesondere bei behandelten Patienten mit höherem Risiko Übermäßige Blutdruck-Anstiege bei Belastung
Bei großer Streuung der Praxisblutdruckwerte
Abklärung von Symptomen, die auf Hypotonie unter Behandlung deuten
Spezifische Indikationen für ABPM anstelle der HBPM: > Bewertung der nächtlichen BP-Werte und des Dipping-Status (z. B. Verdacht auf nächtliche Hypertonie, so wie bei Schlafapnoe, CKD, Diabetes, endokriner Hypertonie oder Dysautonomie)

©ESC/ESH 2018

Blutdruck-Messung

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Screeningprogramme auf Hypertonie werden empfohlen. Bei jedem Erwachsenen (ab 18 Jahren) sollte der Praxis-BP gemessen und in der Krankenakte aufgezeichnet werden und alle sollten ihren Blutdruck kennen.	I	B
> Weitere Blutdruck-Messungen sind indiziert, mindestens alle 5 Jahre, wenn der Blutdruck optimal bleibt.	I	C
> Weitere Blutdruck-Messungen sind indiziert, mindestens alle 3 Jahre, wenn der Blutdruck normal bleibt.	I	C
> Wenn der Blutdruck hochnormal bleibt, werden weitere BP-Messungen, mindestens jährlich, empfohlen.	I	C
> Bei älteren Patienten (> 50 Jahre) sollte wegen des stärkeren Anstiegs des SBD mit dem Alter eine häufigere Messung des Praxisblutdrucks für jede BP-Kategorie erwogen werden.	Ila	C
Es wird empfohlen, den Praxis-BP zumindest beim ersten Untersuchungstermin an beiden Armen zu messen, da ein SBP-Unterschied > 15 mmHg zwischen den Armen auf eine atheromatöse Erkrankung hindeutet und mit einem erhöhten CV-Risiko verbunden ist.	I	A

©ESC/ESH 2018

3. Klinische Bewertung

Der Zweck der klinischen Bewertung ist:

1. die Diagnose und den Schweregrad der Hypertonie festzustellen.
2. nach möglichen sekundären Ursachen der Hypertonie zu suchen.
3. Faktoren zu identifizieren, die möglicherweise zur Entwicklung der Hypertonie beitragen (Lebensstil, Begleitmedikation oder Familienanamnese).
4. begleitende CV-Risikofaktoren (einschl. Lebensstil und Familienanamnese) zu identifizieren.
5. Begleiterkrankungen zu identifizieren.
6. festzustellen, ob es Anzeichen für HMOD oder eine vorbestehende kardiovaskuläre, zerebrovaskuläre oder Nierenerkrankung gibt.

Tabelle 10: Wichtige Angaben zur Erhebung in der Eigen- und Familienanamnese

Risikofaktoren
Familien- und Eigenanamnese von Hypertonie, CVD, Schlaganfall oder Nierenerkrankung
Familien- und Eigenanamnese von assoziierten Risikofaktoren (z.B. familiäre Hypercholesterinämie)
Raucheranamnese
Ernährungsgewohnheiten und Salzzufuhr
Alkoholkonsum
Mangel an körperlicher Betätigung/sitzender Lebensstil
Erektile Dysfunktion in der Anamnese
Schlafanamnese, Schnarchen, Schlafapnoe (Information auch vom Lebenspartner)
Frühere Hypertonie in der Schwangerschaft/Präeklampsie
Anamnese und Symptome von HMOD, CVD, Schlaganfall und Nierenerkrankung
Gehirn und Augen: Kopfschmerz, Schwindel, Synkope, Sehstörung, TIA, sensorische oder motorische Störungen, Schlaganfall, Carotis-Revaskularisation, kognitive Beeinträchtigung oder Demenz (bei Älteren)
Herz: Brustschmerz, Atemnot, Ödeme, Myokardinfarkt, Koronar-Revaskularisation, Synkope, Anamnese von Palpitationen, Arrhythmien (insbesondere AF), Herzinsuffizienz
Nieren: Durst, Polyurie, Nykturie, Hämaturie, Harnwegsinfektionen
Periphere Arterien: kalte Extremitäten, Claudicatio intermittens, schmerzfreie Gehstrecke, Ruheschmerz, periphere Revaskularisation
Eigen- oder Familienanamnese von CKD (z. B. polyzystischer Nierenerkrankung)

Tabelle 10: Wichtige Angaben zur Erhebung in der Eigen- und Familienanamnese (Fortsetzung)**Anamnese einer möglichen sekundären Hypertonie**

Früher Beginn (<40 Jahre) einer Hypertonie Grad 2 oder Grad 3 oder plötzliche Entwicklung einer Hypertonie oder schnelle Verschlechterung des BP bei älteren Patienten

Anamnese von Nieren-/Harnwegserkrankung

Drogenmissbrauch/Begleittherapien: Kortikosteroide, vasokonstriktive Nasentropfen, (onkol.) Chemotherapie, Yohimbin, Lakritz

Wiederholte Episoden von Schwitzen, Kopfschmerz, Angst oder Palpitationen, die auf ein Phäochromozytom deuten

Anamnese von spontaner oder Diuretika-verursachter Hypokaliämie, Episoden von Muskelschwäche und Tetanie (Hyperaldosteronismus)

Symptome, die auf eine Schilddrüsenerkrankung oder Hyperparathyreoidismus hindeuten

Frühere oder aktuelle Schwangerschaft und Gebrauch oraler Kontrazeptiva

Anamnese von Schlafapnoe

Antihypertensive medikamentöse Behandlung

Bestehende/frühere antihypertensive Medikation, einschließlich der Wirksamkeit und Unverträglichkeit früherer Medikationen

Therapietreue

©ESC/ESH 2018

Tabelle 11: Wichtige Schritte bei der körperlichen Untersuchung**Körperhabitus**

Gewicht und Größe auf einer kalibrierten Waage messen, mit Berechnung des BMI

Taillenumfang

Zeichen Hypertonie-bedingter Organschäden

Neurologische Untersuchung und kognitiver Status

Funduskopische Untersuchung auf hypertensive Retinopathie

Palpation und Auskultation von Herz und Carotiden

Palpation der peripheren Arterien

Vergleich der Blutdruckwerte an beiden Armen (zumindest einmal)

Sekundäre Hypertonie

Haut-Inspektion – Café-au-lait-Flecken der Neurofibromatose (Phäochromozytom)

Palpation der Nieren auf Zeichen von Vergrößerung bei polyzystischer Nierenerkrankung

Auskultation von Herz- und Nierenarterien auf Geräusche, die auf eine Aortenisthmusstenose oder renovaskuläre Hypertonie hinweisen

Vergleich von radialem mit femoralem Puls – zur Detektion der radiofemorale Verzögerung bei Aortenisthmusstenose

©ESC/ESH 2018

Tabelle 11: Wichtige Schritte bei der körperlichen Untersuchung (Fortsetzung)

Sekundäre Hypertonie (Fortsetzung)

Zeichen von Cushing-Syndrom oder Akromegalie

Zeichen einer Schilddrüsenerkrankung

©ESC/ESH 2018

Tabelle 12: Routine-Labortests zur Evaluation von Hypertonie-Patienten

Routine-Laboruntersuchungen

Hämoglobin und/oder Hämatokrit

Nüchternblutzucker und glykiertes HbA1c

Blutfette: Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin

Triglyceride

Kalium und Natrium im Serum

Harnsäure im Blut

Serumkreatinin und eGFR

Leberenzyme im Serum

Urinanalyse: mikroskopische Untersuchung; Urinproteinausscheidung mit Teststreifen oder, idealerweise, Albumin:Kreatinin-Quotient

12-Kanal-EKG

©ESC/ESH 2018

HbA1c = Hämoglobin A1c

Tabelle 13: Erfassung Hypertonie-bedingter Organschäden

Basisscreening auf HMOD	Indikation und Interpretation
12-Kanal-EKG	Screening auf LVH und andere mögliche kardiale Anomalien und um Herzfrequenz und -rhythmus zu dokumentieren
Albumin:Kreatinin-Quotient im Urin	um eine erhöhte Albuminausscheidung zu erkennen, die auf eine mögliche Nierenerkrankung hinweist
Serumkreatinin und eGFR	um eine mögliche Nierenerkrankung zu erkennen
Funduskopie	um eine hypertensive Retinopathie zu erkennen, insbesondere bei Patienten mit Hypertonie Grad 2 oder 3
Vertieftes Screening auf HMOD	Indikation und Interpretation
Echokardiographie	Beurteilung von Herzstruktur und -funktion, wenn diese Informationen Therapieentscheidungen beeinflussen
Carotis-Sonographie	Prüfung auf Carotis-Plaques oder -stenosen, insbesondere bei Patienten mit zerebrovaskulärer Erkrankung oder anderen vaskulären Erkrankungen
Abdominelle Sonographie und Doppleruntersuchung	Zur Beurteilung von Nierengröße und -struktur (z. B. Vernarbung) und Ausschluss einer Obstruktion der Harnwege als mögliche Ursache der CKD und Hypertonie Bauchaorta beurteilen auf Anzeichen von Aneurysma-Dilatation und Gefäßerkrankung Nebennieren auf Anzeichen von Adenom oder Phäochromozytom untersuchen (CT oder MRT bevorzugt für detaillierte Untersuchung) – siehe Abschnitt 5.2 bzgl. Screening auf sekundäre Hypertonie. Doppleruntersuchung der Nierenarterie als Screening auf renovaskuläre Erkrankung, insbesondere bei asymmetrischer Nierengröße
PWV	Ein Index der Aorten-Steifigkeit und zugrunde liegenden Arteriosklerose
ABI	Screening auf Anzeichen einer PAVK der unteren Extremität
Kognitive Funktionstests	Zur Beurteilung der Kognition bei Patienten mit Symptomen, die auf kognitive Beeinträchtigung hindeuten
Bildgebung des Gehirns	Zur Beurteilung des Vorliegens ischämischer oder hämorrhagischer Hirnschäden, insbesondere bei Patienten mit zerebrovaskulärer Erkrankung oder Abnahme der kognitiven Leistung in der Anamnese.

Tabelle 14: Die meist verwendeten einfachen Kriterien und anerkannten cut-off-Werte der EKG-Definitionen der linksventrikulären Hypertrophie

EKG-Spannungskriterien	Kriterien für LVH
$S_{V1} + R_{V5}$ (Sokolow-Lyon-Index)	> 35 mm (bzw. 3,5 mV)
R-Welle in aVL	≥ 11 mm (bzw. 1,1 mV)
$S_{V3} + R_{aVL}$ (Cornell voltage) ^a Cornell voltage duration product ^b	> 28 mm (bzw. 2,8 mV) bei Männern
	> 20 mm (bzw. 2,0 mV) bei Frauen
	> 2440 mm * ms

^a Summe von Extremitäten- und Brustwandableitungen. – ^b Produkt aus Cornell voltage [bei Frauen: +0,8 mV] x QRS-Dauer (mm * ms).

©ESC/ESH 2018

Tabelle 15: Echokardiographische Definitionen von linksventrikulärer Hypertrophie, konzentrischer Geometrie, linksventrikulärer Kammergröße und linksatrialer Dilatation

Parameter	Maßeinheit	Anomalitätsschwelle
LVH	LV Masse/Körpergröße ^{2,7} (g/m ^{2,7})	> 50 (Männer) > 47 (Frauen)
LVH ^a	LV Masse/BSA (g/m ²)	> 115 (Männer) > 95 (Frauen)
LV konzent. Geometrie	Relative Wanddicke	$\geq 0,43$
LV Kammergröße	LV enddiastolischer Diameter/Höhe (cm/m)	> 3,4 (Männer) > 3,3 (Frauen)
Größe des linken Vorhofs (elliptisch)	Linksatriales Volumen/Körpergröße ² (ml/m ²)	> 18,5 (Männer) > 16,5 (Frauen)

BSA = Körperoberfläche.

^a BSA-Normalisierung kann bei normalgewichtigen Patienten genutzt werden.

©ESC/ESH 2018


- 1  Nach Ansicht der DGK/DHL kann eine Verdickung des interventrikulären Septums mit einer Anomalitätsschwelle von ≥ 12 mm bei Frauen und ≥ 13 mm bei Männern ebenfalls ein Hinweis auf eine linksventrikuläre Hypertrophie liefern. Allerdings sollte die Diagnose mit der Bestimmung der linksventrikulären Masse in Bezug auf Körpergröße und/oder Körperoberfläche bestätigt werden.

Tabelle 16: Sensitivität zur Erkennung Therapie-induzierter Veränderungen, Reproduzierbarkeit und Untersucherunabhängigkeit, Dauer bis zu Veränderungen und prognostischer Wert der Veränderungen Hypertonie-bedingter Endorganschäden

Marker für HMOD	Sensitivität gegenüber Veränderungen	Reproduzierbarkeit und Untersucherunabhängigkeit	Dauer bis zu Veränderungen	Prognostischer Wert der Veränderung
LVH per EKG	niedrig	hoch	moderat (> 6 Monate)	Ja
LVH per Echokardiogramm	moderat	moderat	moderat (> 6 Monate)	Ja
LVH per CMR	hoch	hoch	moderat (> 6 Monate)	Keine Daten
eGFR	moderat	hoch	sehr langsam (Jahre)	Ja
Proteinurie	hoch	moderat	schnell (Wochen bis Monate)	moderat
Carotis-IMT	sehr niedrig	gering	langsam (> 12 Monate)	Nein
PWV	hoch	gering	schnell (Wochen bis Monate)	Zu wenig Daten
Knöchel-Arm-index	niedrig	moderat	langsam (> 12 Monate)	moderat

CMR = kardiale MRT; IMT = Intima-Media-Dicke.

©ESC,ESH 2018

Klinische Beurteilung und Erfassung Hypertonie-bedingter Endorganschäden

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Herz		
Ein 12-Kanal-EKG wird bei allen hypertensiven Patienten empfohlen.	I	B
Echokardiographie: > wird empfohlen bei Hypertonie-Patienten mit EKG-Anomalien oder mit Zeichen oder Symptomen von LV-Dysfunktion.	I	B
> kann erwogen werden, wenn der Nachweis einer LVH die Therapieentscheidungen beeinflussen könnte.	IIb	B
Blutgefäße		
Sonographie der Carotiden: > wird bei Patienten nach Schlaganfall oder TIA empfohlen.	I	B
> kann für den Nachweis asymptomatischer atherosklerotischer Plaques oder Carotisstenosen bei Patienten mit anderswo dokumentierter Gefäßerkrankung erwogen werden.	IIb	B
Messung der PWV kann zur Bestimmung der arteriellen Gefäßsteifigkeit erwogen werden.	IIb	B
Die Messung des ABI kann zur Erkennung einer fortgeschrittenen PAVK erwogen werden.	IIb	B
Nieren		
Die Messung des Serumkreatinins und der eGFR wird bei allen hypertensiven Patienten empfohlen.	I	B
Die Messung des Urin-Albumin:Kreatinin-Quotienten wird bei allen hypertensiven Patienten empfohlen.	I	B
Sonographie und Doppleruntersuchung der Nieren sollten bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion, Albuminurie oder Verdacht auf sekundäre Hypertonie erwogen werden.	IIa	C
Funduskopie		
wird bei Patienten mit Hypertonie Grad 2 oder 3 und allen Hypertonikern mit Diabetes mellitus empfohlen.	I	C
kann bei anderen hypertensiven Patienten erwogen werden.	IIb	C
Gehirn		
Bei hypertensiven Patienten mit neurologischen Symptomen und/oder Abnahme der kognitiven Funktion sollte eine MRT oder CT des Gehirns zur Erkennung von Hirninfarkten, Mikroblutungen und Läsionen der weißen Substanz erwogen werden.	IIa	B

3.1 Wann soll ein Patient mit Hypertonie im Krankenhaus behandelt werden?

Die meisten Patienten mit Hypertonie werden ambulant behandelt. Es gibt jedoch Umstände, unter denen eine Einweisung zur stationären Abklärung und Behandlung erforderlich werden kann:

- › Patienten, bei denen eine sekundäre Hypertonie vermutet wird.
- › Jüngere Patienten (<40 Jahre) mit Hypertonie Grad 2 oder stärker ausgeprägter Hypertonie, bei denen eine sekundäre Hypertonie ausgeschlossen werden soll.
- › Patienten mit therapieresistenter Hypertonie.
- › Patienten, bei denen eine gründlichere Beurteilung von HMOD die Therapieentscheidungen beeinflussen würde.
- › Patienten mit plötzlich einsetzender Hypertonie, wenn der BP vorher normal war.
- › Andere klinische Umstände, bei denen eine spezialisiertere Evaluation aus ärztlicher Sicht als notwendig erachtet wird.

Es gibt auch andere seltenere Umstände, unter denen ein Hypertonie-Patient an ein Krankenhaus zur Notfallversorgung überwiesen werden sollte, was oft eine stationäre Behandlung erfordert (siehe Abschnitt 6).

4. Behandlung der Hypertonie

Die routinemäßige Hypertonie-Behandlung umfasst Lebensstil-Interventionen für alle Patienten (einschließlich jene mit hochnormalem BP) und eine medikamentöse Therapie für die meisten Patienten. Die wichtigsten zu beantwortenden Fragen sind:

- Bei welchem BP-Grenzwert ist eine medikamentöse Behandlung indiziert bzw. sollte diese erwogen werden?
- Wie tief sollte der BP gesenkt werden?
- Welche Lebensstil- und Pharmakotherapie-Strategien sollten zur Senkung des BP eingesetzt werden?

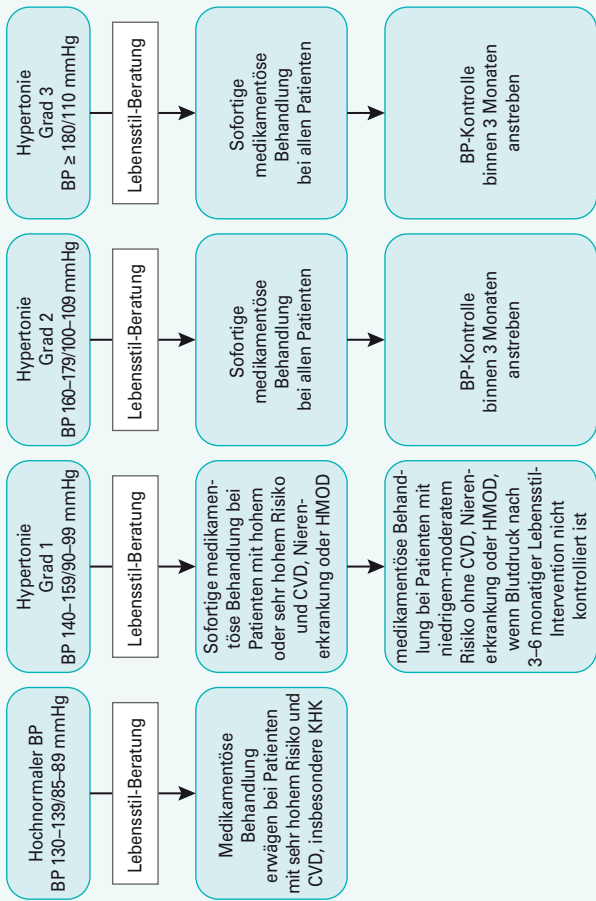
4.1 BP-Grenzwerte für die Behandlung

Lebensstil-Interventionen (siehe Abschnitt 4.3) werden für alle Patienten mit hochnormalem BP oder Hypertonie empfohlen. Der BP-Grenzwert für die Pharmakotherapie und das Timing von deren Einleitung hängt vom Alter und Risiko des Patienten ab (**Abbildung 3 und Tabelle 17**).

Altersgruppe	Praxis-SBP-Behandlungsgrenzwerte (mmHg)					Praxis-DBP-Behandlungsgrenzwerte (mmHg)
	Hypertonie	+ Diabetes	+ CKD	+ KHK	+ Schlag-anfall/TIA	
18–65 Jahre	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140 ^a	≥ 140 ^a	≥ 90
65–79 Jahre	≥ 140	≥ 140	≥ 140	≥ 140 ^a	≥ 140 ^a	≥ 90
≥ 80 Jahre	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 160	≥ 90
Praxis-DBP Behandlungsgrenzwerte (mmHg)	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90	

^a Bei diesen Patienten mit sehr hohem Risiko und hochnormalem SBP (d.h. SBP 130–140 mmHg) kann eine Behandlung in Betracht gezogen werden.

Abbildung 3: Einleitung einer Blutdruck-senkenden Behandlung (Lebensstiländerungen und Medikamente) bei verschiedenen Praxis-BP-Ausgangswerten



©ESC/ESH 2018

Tabelle 18: Praxisblutdruck-Zielbereiche für die Behandlung

Altersgruppe	Praxis-SBP-Behandlungzielbereiche (mmHg)						Praxis-DBP-Behandlungzielbereiche (mmHg)
	Hypertonie	+ Diabetes	+ CKD	+ KHK	+ Schlaganfall ^a / TIA		
18–65 Jahre	zielen auf ≤ 130 wenn vertragen Nicht < 120	zielen auf ≤ 130 wenn vertragen Nicht < 120	zielen auf < 140 bis 130 wenn vertragen	zielen auf ≤ 130 wenn vertragen Nicht < 120	zielen auf ≤ 130 wenn vertragen Nicht < 120		70–79
65–79 Jahre ^b	zielen auf 130–139 wenn vertragen	zielen auf 130–139 wenn vertragen	zielen auf 130–139 wenn vertragen	zielen auf 130–139 Wenn vertragen	zielen auf 130–139 wenn vertragen		70–79
≥ 80 Jahre ^b	zielen auf 130–139 wenn vertragen	zielen auf 130–139 wenn vertragen	zielen auf 130–139 wenn vertragen	zielen auf 130–139 wenn vertragen	zielen auf 130–139 wenn vertragen		70–79
Praxis-DBP-Behandlungzielbereich (mmHg)	70–79	70–79	70–79	70–79	70–79		

CKD = chronische Nierenerkrankung (schließt diabetische und nicht-diabetische CKD ein).
^a Bezieht sich auf Patienten mit vorherigem Schlaganfall, aber nicht auf BP-Zielwerte unmittelbar nach akutem Schlaganfall.
^b Behandlungsentscheidungen und BP-Zielwerte müssen bei älteren Patienten, die gebrechlich und hilfsbedürftig sind, ggf. modifiziert werden.

4.3 Behandlung der Hypertonie – Lebensstil-Interventionen

Eine gesunde Lebensweise kann das Auftreten einer Hypertonie verhindern oder verzögern und das kardiovaskuläre Risiko reduzieren. Wirksame Lebensstiländerungen können ausreichen, um die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie bei Patienten mit Hypertonie Grad 1 zu verzögern oder zu verhindern. Sie können auch die Wirkung einer BP-senkenden Therapie bei behandelten Patienten verstärken. Eine Lebensstil-Intervention sollte jedoch niemals die Einleitung einer Pharmakotherapie bei Patienten mit HMOD oder einem hohen CV-Risiko verzögern. Empfohlene Lebensstil-Interventionen, für die ein BP-senkender Effekt belegt ist, sind im Folgenden aufgeführt.

Empfohlene Lebensstiländerungen bei Patienten mit Hypertonie		
Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad ^a
Eine Einschränkung der Kochsalzzufuhr auf < 5 g pro Tag wird empfohlen	I	A
Eine Beschränkung des Alkoholkonsums auf: > weniger als 14 Einheiten ^b pro Woche für Männer wird empfohlen. > weniger als 8 Einheiten ^b pro Woche für Frauen wird empfohlen.	I	A
Erhöhter Konsum von Gemüse, frischem Obst, Fisch, Nüssen, ungesättigten Fettsäuren (Olivenöl), Konsum von Milchprodukten mit niedrigem Fettgehalt und geringer Konsum von rotem Fleisch wird empfohlen.	I	A
Regulierung des Körpergewichts ist indiziert, um Adipositas (BMI > 30 kg/m ² oder Taillenumfang > 102 cm bei Männern und > 88 cm bei Frauen) zu vermeiden; gesunden BMI (etwa 20–25 kg/m ²) und Taillenumfang (< 94 cm bei Männern und < 80 cm bei Frauen) anstreben, um den Blutdruck und das kardiovaskuläre Risiko zu senken.	I	A
Regelmäßige aerobe Belastung (z. B. mindestens 30 min moderates dynamisches Training an 5–7 Tagen pro Woche) wird empfohlen.	I	A
Es wird empfohlen, alle Raucher zu beraten, das Rauchen zu beenden, und hierzu Unterstützung, einschl. Raucherentwöhnungsprogramme, anzubieten.	I	B
Es wird empfohlen, Rauschtrinken ganz zu vermeiden.	III	C

© ESC/ESH 2018

^a Evidenzgrad basiert hauptsächlich auf der Auswirkung auf Blutdruck und/oder CV-Risikoprofil.

^b Eine Einheit entspricht 125 ml Wein oder 250 ml Bier.

4.4 Behandlung der Hypertonie – Pharmakotherapie

Die meisten hypertensiven Patienten benötigen zusätzlich zu Lebensstil-Interventionen eine medikamentöse Therapie, um eine optimale BP-Kontrolle zu erreichen. Für die Routinebehandlung der Hypertonie werden fünf Hauptsubstanzklassen empfohlen: ACE-Hemmer, ARB, Betablocker, CCB und Diuretika (Thiazide und Thiazid-artige Diuretika wie Chlorthalidon und Indapamid). Dies basiert auf: (i) ihrer nachgewiesenen Fähigkeit den BP zu senken; (ii) dem Nachweis der Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse aus placebokontrollierten Studien; und (iii) dem Nachweis einer breiten Äquivalenz bei der Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität. Jede dieser Substanzklassen hat absolute oder relative Kontraindikation gegen ihren Einsatz (Tabelle 19).

Tabelle 19: Absolute und relative Kontraindikationen für die Anwendung der einzelnen Antihypertensiva

Substanzklasse	Kontraindikationen	
	Absolut	Relativ
Diuretika (Thiazide/Thiazid-artige, z. B. Chlorthalidon und Indapamid)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gicht 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Metabolisches Syndrom ➤ Glukoseintoleranz ➤ Schwangerschaft ➤ Hyperkalzämie ➤ Hypokaliämie
Betablocker	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asthma ➤ Jeder hochgradige sinoatriale oder AV-Block ➤ Bradykardie (Herzfrequenz < 60 Schläge pro Minute) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Metabolisches Syndrom ➤ Glukoseintoleranz ➤ Athleten und sportlich aktive Patienten
Kalziumkanalblocker (Dihydropyridine)		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tachyarrhythmie ➤ Herzinsuffizienz (HFrEF, Klasse III oder IV) ➤ Vorbestehendes schweres Beinödem
Kalziumkanalblocker (Verapamil, Diltiazem)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jeder hochgradige sinoatriale oder AV-Block ➤ Schwere LV-Dysfunktion (LV-Auswurfraction < 40%) ➤ Bradykardie (Herzfrequenz < 60 Schläge pro Minute) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verstopfung

² Falls der Einsatz von Diuretika bei Hochrisikopatienten mit Gicht zur BP-Kontrolle notwendig ist, besteht aus Sicht der DGK/DHL keine Kontraindikation für den Einsatz dieser Substanzen; die Harnsäure-senkende Therapie muss bei Verwendung von Diuretika ggf. angepasst werden.

Tabelle 19: Absolute und relative Kontraindikationen für die Anwendung der einzelnen Antihypertensiva (Fortsetzung)

Substanzklasse	Kontraindikationen	
	Absolut	Relativ
ACE-Hemmer	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schwangerschaft ➤ Vorheriges angioneurotisches Ödem ➤ Hyperkaliämie (Kalium > 5,5 mmol/l) ➤ Bilaterale Nierenarterienstenose 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frauen im gebärfähigen Alter ohne zuverlässige Kontrazeption
ARB	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schwangerschaft ➤ Hyperkaliämie (Kalium > 5,5 mmol/l) ➤ Bilaterale Nierenarterienstenose 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frauen im gebärfähigen Alter ohne zuverlässige Kontrazeption


3  

©ESC/ESH 2018

4.5 Algorithmus zur Pharmakotherapie der Hypertonie

Trotz der Verfügbarkeit von bewährten und wirksamen Pharmakotherapien der Hypertonie sind die Erfolgsraten der BP-Kontrolle weltweit weiterhin schlecht. Daher ist es dringend notwendig die Faktoren anzusprechen, die zu einer unzureichenden Blutdruckkontrolle bei behandelten Hypertonie-Patienten beitragen. Hierzu zählen insbesondere Behandlungsträgheit (praktisches Versagen der Intensivierung der Therapie) und schlechte Adhärenz der Patienten zu einer Mehrfachmedikation. Auf der Basis weniger Grundprinzipien und Empfehlungen wurde folgender Algorithmus zur Pharmakotherapie entwickelt, um eine einfache und pragmatische Therapieempfehlung für die Behandlung der Hypertonie bereitzustellen:

1. Bei den meisten Patienten sollte die Einleitung der Behandlung mit einer **Kombination von zwei Medikamenten** als Einzeltablette (SPC) erfolgen, um die Geschwindigkeit, Effizienz und Vorhersagbarkeit der Blutdruck-Kontrolle zu verbessern. Mit diesem Vorgehen soll die Initialtherapie der Hypertonie mit zwei Wirkstoffen der „Normalfall“ bei der Therapie der meisten Patienten werden.

3  In Deutschland gelten als Mittel der Wahl in der Schwangerschaft Alpha-Methyldopa und Metoprolol, und in der Stillzeit Alpha-Methyldopa, Metoprolol und Nifedipin (www.embryotox.de).



2. Die bevorzugten Zweifachkombinationen sind ein RAS-Blocker (ACE-Hemmer oder ARB) mit einem CCB oder einem Diuretikum. Ein Betablocker in Kombination mit einem Diuretikum oder eine Substanz aus den anderen Hauptklassen ist eine Alternative, wenn es eine spezifische Indikation für die Behandlung mit Betablocker gibt, z.B. Angina pectoris, Zustand nach Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz oder Herzfrequenz-Kontrolle.
3. Eine Monotherapie sollte als Initialtherapie in der Regel nur genutzt werden bei: (i) Niedrigrisiko-Patienten mit Hypertonie-Stadium 1, deren SBP < 150 mmHg ist, (ii) wenn man entscheidet Hochrisiko-Patienten mit hochnormalem BP zu behandeln, oder (iii) bei gebrechlichen älteren Patienten.
4. Eine Dreifach-SPC, bestehend aus einem RAS-Blocker + CCB + Diuretikum, sollte genutzt werden, wenn sich der BP mit einer Zweifach-SPC nicht einstellen lässt.
5. Spironolacton ist die bevorzugte Therapie bei resistenter Hypertonie, sofern nicht kontraindiziert (siehe Abschnitt 5).
6. Andere antihypertensive Substanzklassen können im seltenen Fall genutzt werden, dass sich der BP durch die obige Therapie-strategie nicht kontrollieren lässt.

Den Algorithmus der medikamentösen Basistherapie zeigt **Abbildung 4**, und Varianten des Algorithmus für Patienten mit spezifischen Begleiterkrankungen zeigen **Abbildungen 5 bis 8**. Die Pharmakotherapie-strategie für Hypertonie-Patienten sollte auf diesen Algorithmen basieren, sofern keine Kontraindikationen gegen diese Substanzen vorliegen (**Tabelle 19**).

Medikamentöse Behandlungsstrategie für die Hypertonie

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Von allen Antihypertensiva haben ACE-Hemmer, ARB, Betablocker, CCB und Diuretika (Thiazide und Thiazid-artige wie Chlortalidon und Indapamid) eine effektive Senkung des BP und kardiovaskulärer Ereignisse in RCTs gezeigt und sind somit als Basis der antihypertensiven Therapiestrategie indiziert.	I	A
Für die meisten hypertensiven Patienten wird initial eine Kombinationstherapie empfohlen. Bevorzugte Kombinationen sollten einen RAS-Blocker (entweder ACE-Hemmer oder ARB) und einen CCB oder ein Diuretikum umfassen. Auch andere Kombinationen der fünf Hauptsubstanzklassen sind möglich.	I	A
Es wird empfohlen, Betablocker in bestimmten klinischen Situationen, z.B. Angina pectoris, post-Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz oder Herzfrequenz-Kontrolle, mit einer der anderen Hauptsubstanzklassen zu kombinieren.	I	A
Es wird empfohlen, eine antihypertensive Behandlung mit einer Zweifachkombination einzuleiten, bevorzugt als SPC. Ausnahmen sind gebrechliche ältere Patienten und solche mit niedrigem Risiko und mit Hypertonie Grad 1 (insbesondere wenn SBP < 150 mmHg beträgt).	I	B
Wenn der BP sich mit einer Zweifachkombination nicht regulieren ^a lässt, wird empfohlen, auf eine Dreifachkombination zu erhöhen, üblicherweise ein RAS-Blocker + CCB + Thiazid/Thiazid-artiges Diuretikum, bevorzugt als SPC.	I	A
Wenn sich der BP mit einer Dreifachkombination nicht einstellen ^a lässt, wird empfohlen, die Therapie zu erweitern mit der Hinzugabe von Spironolacton, oder, falls nicht vertragen, anderen Diuretika wie Amilorid oder höherer Dosen anderer Diuretika, einem Betablocker oder einem Alphablocker.	I	B
Die Kombination von zwei RAS-Blockern wird nicht empfohlen.	III	A

^aTherapietreue sollte kontrolliert werden.

Abbildung 4: Medikamentöse Basisstrategie bei unkomplizierter Hypertonie. Der Basisalgorithmus eignet sich auch für die meisten Patienten mit Hypertonie-bedingten Organschäden (HM0D), zerebrovaskulärer Erkrankung, Diabetes oder peripherer arterieller Erkrankung (PAE).

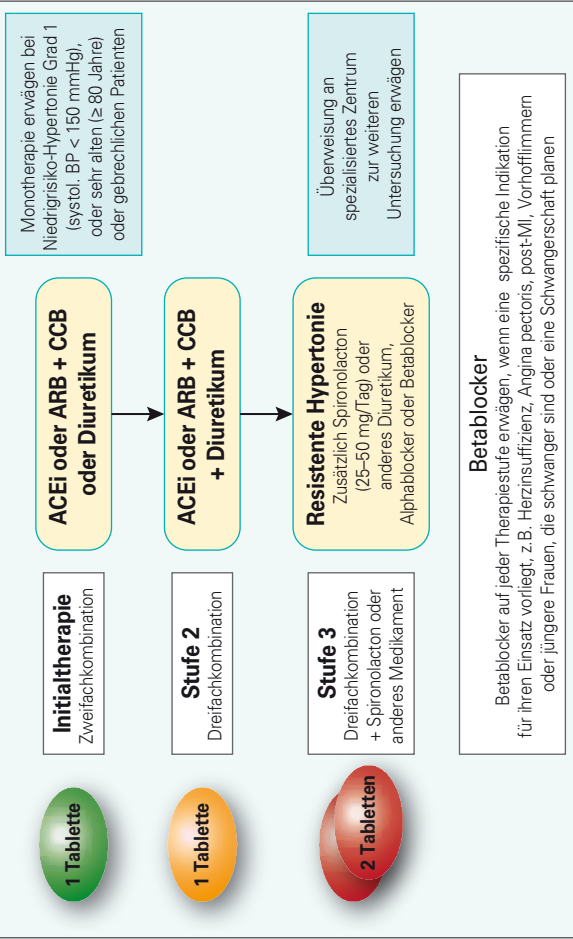
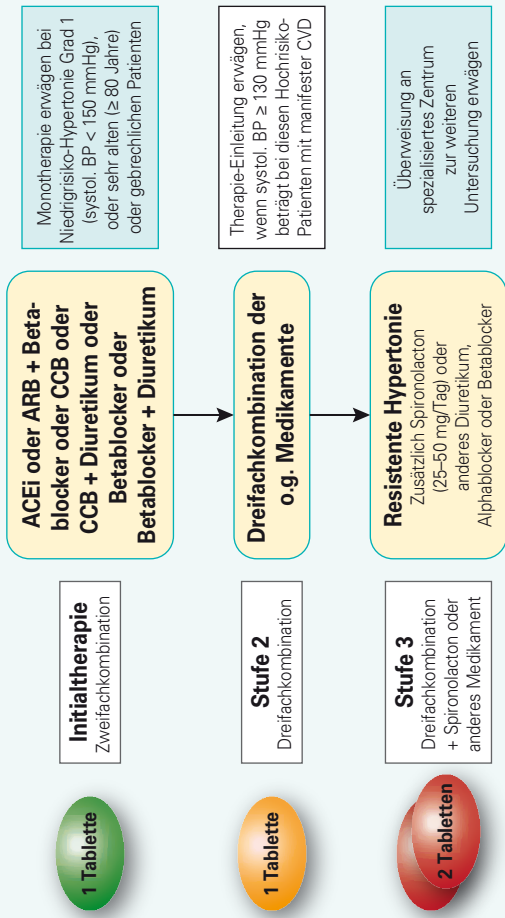
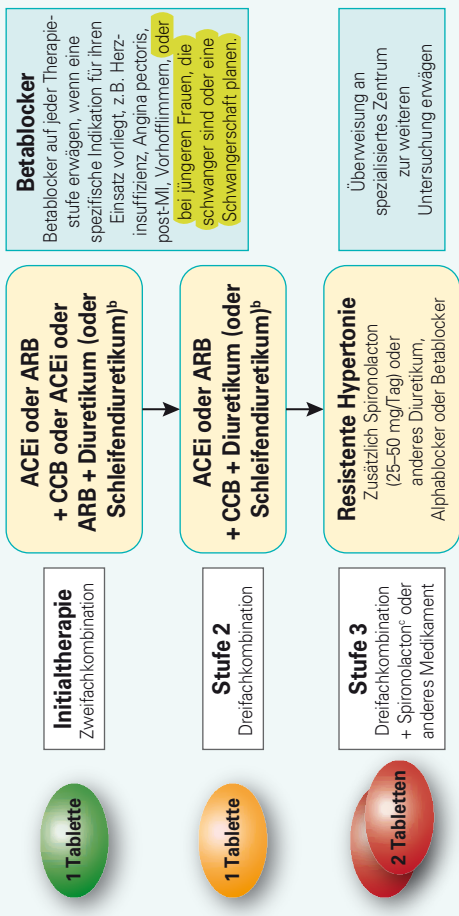


Abbildung 5: Medikamentöse Therapiestrategie bei Hypertonie und Koronarer Herzkrankheit (KHK)



©ESC/ESH 2018

Abbildung 6: Medikamentöse Therapiestrategie bei Hypertonie und chronischer Nierenerkrankung* (CKD)



Ein Abfall der eGFR und ein Anstieg des Serum-Kreatinins ist bei Patienten mit CKD^a zu erwarten, die eine BP-senkende Therapie erhalten, insbesondere bei Behandlung mit einem ACEi oder ARB. Bei einem Anstieg des Serum-Kreatinins um > 30% sollte der Patient umgehend auf eine mögliche Nierenarterienkrankung untersucht werden.

^a CKD ist definiert als eine eGFR <60 ml/min/1,72 m² mit oder ohne Proteinurie.

^b Schleifendiuretika einsetzen, wenn eGFR <30 ml/min/1,72 m², da Thiazid/Thiazid-artige Diuretika bei so stark erniedrigter eGFR weniger wirksam/unwirksam sind.

^c Vorsicht: Hyperkalämie-Risiko bei Spironolacton, insbesondere wenn die eGFR bei < 45 ml/min/1,72 m² oder der Ausgangswert für das Serum-Kalium $\geq 4,5$ mmol/l liegt.

Abbildung 7: Medikamentöse Therapiestrategie bei Hypertonie und Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF).
 (Keine nicht-Dihydropyridin-CCB (z.B. Verapamil oder Diltiazem) einsetzen.)

Initialtherapie

ACEi oder ARB^a + Diuretikum^b (oder Schleifendiuretikum) + Betablocker

Stufe 2

ACEi oder ARB^a + Diuretikum^b (oder Schleifendiuretikum) + Betablocker + MRA^c

Der Einsatz der BP-senkenden Medikamente bei Patienten mit HFrEF sollte stets im Einklang mit den ESC/DGK-Leitlinien zur Herzinsuffizienz (2016) erfolgen.

^a Angiotensinrezeptor/Nepriylsin-Hemmer anstelle von ACEi oder ARB erwägen gemäß ESC/DGK-Herzinsuffizienz-Leitlinien.

^b Diuretikum bezieht sich auf Thiazid/Thiazid-artige Diuretika. Bei Patienten mit Ödemen als Alternative ein Schleifendiuretikum erwägen.

^c MRA (Spironolacton oder Eplerenon).

4

©ESC/ESH 2018

Abbildung 8: Medikamentöse Therapiestrategie bei Hypertonie und Vorhofflimmern (AF)

Initialtherapie

Zweifachkombination

ACEi oder ARB + Betablocker oder nicht-DHP-CCB^a, oder Betablocker + CCB

Stufe 2

Dreifachkombination

ACEi oder ARB + Betablocker + DHP-CCB oder Diuretikum oder Betablocker + DHP-CCB + Diuretikum

Zusätzlich orale Antikoagulation wenn indiziert gemäß CHA₂DS₂-VASc-Score, sofern nicht kontraindiziert.

^a Routinemäßige Kombination von Betablocker mit nicht-Dihydropyridin-CCB (z.B. Verapamil oder Diltiazem) wird wegen möglicher deutlicher Senkung der Herzfrequenz nicht empfohlen.

DHP = Dihydropyridin.

©ESC/ESH 2018



4 Hierbei können ggf. MRA bereits bei der initialen Kombinationstherapie eingesetzt werden.

5 4.6 Device-basierte Hypertonie-Behandlung

Die Device-basierte Therapie der Hypertonie ist ein in rascher Entwicklung befindliches Gebiet. Obwohl einige positive Daten aus kürzlich veröffentlichten kleineren sham-kontrollierten Studien vorliegen, insbesondere mit renaler Denervation, sind weitere sham-kontrollierte Studien nötig, bevor Device-basierte Therapien für die Routinebehandlung der Hypertonie außerhalb von klinischen Studien empfohlen werden können.

Device-basierte Therapien der Hypertonie		
Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Device-basierte Therapien werden für die Routinebehandlung der Hypertonie, außerhalb von klinischen Studien und RCTs, nicht empfohlen, bis weitere Evidenz hinsichtlich ihrer Sicherheit und Wirksamkeit verfügbar ist.	III	B

©ESC/ESH 2018

5   Kurz vor der Veröffentlichung der Leitlinien wurden insgesamt drei schein-kontrollierte, randomisierte Studien zur renalen Denervation bei Patienten mit Hypertonie publiziert (kommentiert in Schmieder et al. 2018), die von der Task-Force bei der Erstellung der Leitlinien noch nicht berücksichtigt werden konnten. Diese Studien zeigen eine stärkere Blutdrucksenkung nach renaler Denervation verglichen mit einer Scheinintervention bei Patienten mit und ohne medikamentöse antihypertensive Behandlung. In Anbetracht der bisher veröffentlichten Studien kann, falls die medikamentöse Therapie unwirksam bleibt, in ausgewählten Fällen (therapieresistente Hypertonie, nachgewiesene Medikamentenunverträglichkeit/mangelnde Therapieadhärenz) eine renale Denervation erwogen werden (Referenz: European Society of Hypertension position paper on renal denervation 2018. Schmieder et al. J Hypertens 2018; 36(10): 2042-8. DOI: 10.1097/HJH.0000000000001858).

5. Resistente Hypertonie

5.1 Definition der resistenten Hypertonie

Hypertonie wird als therapieresistent definiert, wenn es mit der empfohlenen Behandlungsstrategie (siehe oben) nicht gelingt, den Praxis-BP unter 140/90 mmHg zu senken, und die unzureichende BP-Kontrolle durch ABPM oder HBPM bestätigt wird und die Therapietreue des Patienten gesichert ist.

Die empfohlene Behandlungsstrategie sollte angemessene Lebensstil-Interventionen und eine Therapie mit optimalen bzw. maximal verträglichen Dosierungen von mindestens drei Medikamenten umfassen, die ein Diuretikum und typischerweise einen ACE-Hemmer oder ARB und ein CCB einschließen sollten. Pseudoresistente Hypertonie (siehe unten) und sekundäre Ursachen der Hypertonie sollten ausgeschlossen werden (siehe Abschnitt 6). Patientenmerkmale, Ursachen und weitere zur resistenten Hypertonie beitragende Faktoren zeigt **Tabelle 20**.

5.2 Ursachen einer pseudoresistenten Hypertonie

1. **Schlechte Therapietreue zu verordneten Medikamenten**
2. **Weißkittel-Phänomen:** Praxis-BP ist erhöht, aber normaler BP in der ABPM oder HBPM.
3. **Schlechte Praxis-BP-Messtechnik:** Manschetten, die für den Armumfang zu klein sind, können zu einer fälschlichen BP-Erhöhung führen.
4. **Ausgeprägte Verkalkung der A. brachialis:** in der Regel bei älteren Patienten mit stark kalzifizierten Arterien.
5. **Ärztliche Behandlungsträgheit:** kann zu unangemessenen Dosierungen oder irrationalen Kombinationen von BP-senkenden Medikamenten führen.

Tabelle 20: Resistente Hypertonie: Patientenmerkmale, sekundäre Ursachen und beitragende Faktoren

Merkmale von Patienten mit resistenter Hypertonie	Ursachen für sekundär resistente Hypertonie	Medikamente und Substanzen, die den BP erhöhen können
<p>Demographie</p> <ul style="list-style-type: none"> › Höheres Alter (insbes. > 75 Jahre) › Adipositas › Häufiger bei Afro-Amerikanern › Übermäßige Natriumaufnahme › Hoher Ausgangs-BP und langanhaltende unkontrollierte Hypertonie 	<p>Häufigere Ursachen</p> <ul style="list-style-type: none"> › Primärer Hyperaldosteronismus › Atherosklerotische renovaskuläre Erkrankung › Schlafapnoe › CKD 	<p>Verordnete Medikamente</p> <ul style="list-style-type: none"> › Orale Kontrazeptiva › Sympathomimetika (z. B. Dekongestiva in Erkältungsmitteln) › Nichtsteroidale Antiphlogistika › Ciclosporin › Erythropoietin › Steroide (z. B. Prednisolon, Hydrocortison) › Einige Krebstherapeutika
<p>Begleiterkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> › HMOD: LVH und/oder CKD › Diabetes › Atherosklerotische Gefäßerkrankung › Aortensteifigkeit und isolierte systolische Hypertonie 	<p>Gelegentliche Ursachen</p> <ul style="list-style-type: none"> › Phäochromozytom › Fibromuskuläre Dysplasie › Aortenisthmusstenose › Cushing-Syndrom › Hyperparathyreoidismus 	<p>Nicht verordnete Substanzen</p> <ul style="list-style-type: none"> › Drogen (z. B. Kokain, Amphetamine, anabole Steroide) › Übermäßiger Lakritzkonsum › Pflanzliche Heilmittel (z. B. Ephedra, Ma huang)

© ESC/ESH 2018

5.3 Behandlung der resistenten Hypertonie

Eine wirksame Behandlung kombiniert Lebensstil-Interventionen (insbesondere reduzierte Natriumaufnahme), Absetzen von interferierenden Substanzen und die sequenzielle Hinzugabe von Antihypertensiva zur initialen **Dreifachtherapie (normalerweise ein ACE-Hemmer oder ARB + CCB + Diuretikum)**.

Niedrig-dosiertes **Spironolacton (25–50 mg pro Tag)** ist eine wirksame Therapie der resistenten Hypertonie, dessen Wirksamkeit und Sicherheit bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung allerdings nicht nachgewiesen ist. Folglich sollte sich der Einsatz von Spironolacton bei resistenter Hypertonie in der Regel auf Patienten mit einer eGFR ≥ 45 ml/min und einem Serum-Kalium $\leq 4,5$ mmol/l beschränken. Elektrolyte und eGFR sollten nach Therapiebeginn überwacht werden.

Amilorid (10–20 mg/Tag) hat sich als ebenso wirksam wie Spironolacton (25–50 mg/Tag) gezeigt; es gelten aber dieselben Einschränkungen in Bezug auf Nierenfunktion und Kalium. Ein Schleifendiuretikum sollte Thiazid-/Thiazid-artige Diuretika ersetzen, wenn die eGFR < 30 ml/min ist.

Resistente Hypertonie		
Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
<p>Es wird empfohlen, eine Hypertonie als therapieresistent zu definieren (resistente Hypertonie) wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> › optimale Dosen (oder am besten tolerierte Dosen) einer geeigneten Therapiestrategie, die ein Diuretikum (typischerweise ACE-Hemmer oder ARB + CCB + Thiazid/Thiazid-artiges Diuretikum) einschließen sollte, die klinischen SBP- und DBP-Werte nicht auf < 140 mmHg und < 90 mmHg senken; und › die unzureichende BP-Kontrolle durch ABPM oder HBPM bestätigt wurde; und › andere Ursachen für pseudoresistente Hypertonie (insbesondere schlechte Therapietreue) und sekundäre Hypertonie ausgeschlossen wurden. 	I	C
<p>Empfohlene Therapie der resistenten Hypertonie ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Intensivierung der Lebensstiländerungen, insbesondere Einschränkung der Salzzufuhr. › Hinzugabe von niedrig dosiertem Spironolacton^a zur bestehenden Therapie. › Oder die Hinzugabe weiterer Diuretikatherapie bei Spironolacton-Intoleranz, mit Eplerenon^a, Amilorid^a, höheren Dosen von Thiazid/Thiazid-artigen Diuretika oder Einsatz eines Schleifendiuretikums.^b › Oder die Hinzunahme von Bisoprolol oder Doxazosin. 	I	B

©ESC/ESH 2018

^a Wenn Spironolacton nicht vertragen wird, durch Amilorid oder Eplerenon ersetzen. Der Einsatz dieser Medikamente sollte wegen des Hyperkaliämie-Risikos auf Patienten mit einer eGFR ≥ 45 ml/min und einem Serum-Kalium $\leq 4,5$ mmol/l beschränkt werden.

^b Ein Schleifendiuretikum sollte Thiazid-/Thiazid-artige Diuretika ersetzen, wenn die eGFR < 30 ml/min beträgt.

6. Sekundäre Hypertonie

Sekundäre Hypertonie ist eine Hypertonie aufgrund einer identifizierbaren Ursache, die mit einer für diese Ursache spezifischen Intervention behandelbar sein kann. Eine hohe Aufmerksamkeit (siehe **Tabelle 21**) und eine frühzeitige Erkennung sekundärer Hypertonieursachen ist wichtig, weil Interventionen kurativ sein können, insbesondere bei jüngeren Patienten. Häufige Ursachen von sekundärer Hypertonie und Screening-Untersuchungen zeigen die **Tabellen 22 und 23**. Auch einige Medikamente können den Blutdruck erhöhen (siehe **Tabelle 24**).

Tabelle 21: Patientenmerkmale, die den Verdacht auf sekundäre Hypertonie aufkommen lassen sollten

Merkmal
Jüngere Patienten (< 40 Jahre) mit Hypertonie Grad 2 oder Beginn einer Hypertonie jeglichen Grades in der Kindheit
Akut verschlechternde Hypertonie bei Patienten mit zuvor dokumentierten normotensiven Blutdruckwerten
Resistente Hypertonie
Schwere (Grad 3) Hypertonie oder ein hypertensiver Notfall
Vorhandensein ausgedehnter Hypertonie-bedingter Organschäden (HMOD)
Klinische oder biochemische Merkmale, die auf endokrine Ursachen der Hypertonie oder CKD hindeuten
Klinische Symptome, die auf obstruktive Schlafapnoe hindeuten
Auf Phäochromozytom hindeutende Symptome oder Phäochromozytom in der Familie

©ESC/ESH 2018

Tabelle 22: Häufige Ursachen einer sekundären Hypertonie

Ursache	Prävalenz bei hypertensiven Patienten	Suggestive Symptome und Zeichen	Screening-Untersuchungen
Obstruktive Schlafapnoe	5–10%	Schnarchen; Adipositas (kann bei nicht-adipösen vorhanden sein); Morgenkopfschmerz; Tagesmüdigkeit	Epworth-Score + ambulante Polygraphie
Nierenparenchym-Krankheit	2–10%	Meist asymptomatisch; Diabetes; Hämaturie, Proteinurie, Nykturie; Anämie, Raumforderung bei adulter polyzystischer CKD	Serum-Kreatinin und Elektrolyte, eGFR; Urin-Teststreifen auf Blut und Proteine, Albumin:Kreatinin-Quotient im Urin; Nierenultraschall

©ESC/ESH 2018

Tabelle 22: Häufige Ursachen einer sekundären Hypertonie (Fortsetzung)

Ursache	Prävalenz bei hypertensiven Patienten	Suggestive Symptome und Zeichen	Screening-Untersuchungen
Renovaskuläre und andere Erkrankungen			
Atherosklerotische Nierengefäß-erkrankung	1–10%	Ältere; ausgedehnte Atherosklerose (insbesondere PAE); Diabetes; Rauchen; wiederkehrendes Flash-Lungenödem; abdominelles Strömungsgeräusch	Duplex-Nierenarterien-Doppler oder CT-Angiographie oder MR-Angiographie
Fibromuskuläre Dysplasie		Jüngere; häufiger bei Frauen; abdominelles Strömungsgeräusch	
Primärer Hyperaldosteronismus	5–15%	Meist asymptomatisch; Muskelschwäche (selten)	Plasma-Aldosteron und Renin, und Aldosteron:Renin-Quotient; Hypokaliämie (allerdings nur bei einer Minderheit): beachte eine Hypokaliämie kann den Aldosteron-Spiegel senken
Phäochromozytom	< 1%	Episodische Symptome: paroxysmale Hypertonie, pochender Kopfschmerz, Schwitzen, Herzklopfen und Blässe; labiler BP; BP-Anstiege durch Medikamente (z. B. Betablocker, Metoclopramid, Sympathomimetika, Opioide und trizyklische Antidepressiva)	Metanephrine im Plasma oder 24 h-Sammelurin
Cushing-Syndrom	< 1%	Mondgesicht, zentrale Adipositas, Hautatrophie, Striae und Blutergüsse; Diabetes; chronischer Steroidgebrauch	24-h freies Cortisol im Urin
Schilddrüsenerkrankung (Hyper- oder Hypothyreose)	1–2%	Zeichen und Symptome von Hyper- oder Hypothyreose	Schilddrüsenfunktionstests
Hyperparathyroidismus	< 1%	Hyperkalzämie, Hypophosphatämie	Parathormon, Ca ²⁺

 6 


6  Dazu ist die 2018 AMWF S2K Leitlinie „Erkrankungen der Nierenarterie“ verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/004-008.html>

Tabelle 22: Häufige Ursachen einer sekundären Hypertonie (Fortsetzung)

Ursache	Prävalenz bei hypertensiven Patienten	Suggestive Symptome und Zeichen	Screening-Untersuchungen
Aortenisthmusstenose			
Aortenisthmusstenose	< 1 %	In der Regel bei Kindern oder Jugendlichen entdeckt; BP-Differenz ($\geq 20/10$ mmHg) zwischen oberen–unteren Extremitäten und/oder rechtem–linkem Arm und verzögerte radial-femoral Pulsation; ABI erniedrigt; Auswurfgeräusch zwischen den Schulterblättern; Rippen-Einkerbungen im Thorax-Röntgen	Echokardiogramm

© ESC/ESH 2018

Tabelle 23: Häufigkeit und typische Ursachen für sekundäre Hypertonie nach dem Lebensalter

Altersgruppe	Prozent mit zugrunde liegender Ursache	Typische Ursachen
Kinder (< 12 Jahre)	70–85	Nierenparenchymerkrankung Aortenisthmusstenose Monogenetische Erkrankung
Heranwachsende (12–18 Jahre)	10–15	Nierenparenchymerkrankung Aortenisthmusstenose Monogenetische Erkrankung
Junge Erwachsene (19–40 Jahre)	5–10	Nierenparenchymerkrankung Fibromuskuläre Dysplasie (insbesondere bei Frauen) Nicht diagnostizierte monogenetische Erkrankung
Erwachsene mittleren Alters (41–65 Jahre)	5–15	Primärer Hyperaldosteronismus Obstruktive Schlafapnoe Cushing-Syndrom Phäochromozytom Nierenparenchymerkrankung Atherosklerotische Nierengefäßerkrankung
Ältere Erwachsene (< 65 Jahre)	5–10	Atherosklerotische Nierengefäßerkrankung Nierenparenchymerkrankung Schilddrüsenerkrankung

© ESC/ESH 2018

Tabelle 24: Medikamente und andere Substanzen, die den Blutdruck steigern können

Medikament/Substanz	
Orale Kontrazeptiva	Insbesondere Östrogen-haltige verursachen Hypertonie bei ~5% der Frauen, meist mild, kann auch schwer sein
Adipositasmedikamente	Zum Beispiel, Phenylpropanolamin und Sibutramin
Dekongestiva	Zum Beispiel, Phenylephrin-Hydrochlorid und Naphazolin-Hydrochlorid
Stimulanzien	Amphetamin, Kokain und Ecstasy – diese Substanzen verursachen eher eine akute als eine chronische Hypertonie
Lakritz	Chronischer übermäßiger Lakritzkonsum imitiert Hyperaldosteronismus durch Stimulation des Mineralokortikoidrezeptors und Hemmung des Cortisolstoffwechsels
Immunsuppressive Medikamente	Zum Beispiel, Ciclosporin A (Tacrolimus hat eine geringere und Rapamycin hat fast keine Wirkung auf den BP) und Steroide (z. B. Kortikosteroide, Hydrocortison)
Antiangiogene Tumormedikamente	Antiangiogene Medikamente, wie VEGF-Inhibitoren (z. B. Bevacizumab), Tyrosinkinasehemmer (z. B. Sunitinib) und Sorafenib, sind für BP-Erhöhungen bekannt
Andere Medikamente und Substanzen, die den BP steigern können	Anabole Steroide , Erythropoietin, nichtsteroidale Antiphlogistika, pflanzliche Heilmittel (z. B. Ephedra, Ma huang)

© ESC/ESH 2018

VEGF = vascular endothelial growth factor.

7. Hypertensive Notfälle

Hypertensive Notfälle sind Situationen bei denen eine schwere Hypertonie (meist Grad 3) mit akuter Endorganschädigung verbunden ist, die meist lebensbedrohlich sind und eine sofortige, adäquate Blutdrucksenkung im Krankenhaus erfordern, üblicherweise mittels intravenöser (i.v.) Therapie. Typische Erscheinungsbilder eines hypertensiven Notfalls sind:

- **Patienten mit maligner Hypertonie**, gekennzeichnet durch schwere Hypertonie (meist Grad 3), verbunden mit charakteristischen funduskopischen Veränderungen (streifige Blutungen und/oder Stauungspapille), Mikroangiopathie und disseminierte intravasale Gerinnung, Enzephalopathie (bei etwa 15% der Fälle), akute Herzinsuffizienz und akute Verschlechterung der Nierenfunktion. Der Begriff „maligne“ bezieht sich auf die sehr schlechte Prognose dieses Zustands, falls eine Behandlung ausbleibt.

- **Patienten mit schwerer Hypertonie in Zusammenhang mit anderen klinischen Zuständen**, die wahrscheinlich eine dringende Senkung des BP erfordern, z. B. akute Aortendissektion, akute Myokardischämie oder akute Herzinsuffizienz.
- **Patienten mit plötzlicher schwerer Hypertonie infolge eines Phäochromozytoms**
- **Schwangere Frauen mit schwerer Hypertonie oder Präeklampsie**

Der Begriff **„hypertensive Entgleisung“** wurde auch gebraucht, um eine schwere Hypertonie bei Patienten ohne klinische Anzeichen für akute HMOD zu beschreiben, die sich in der Notaufnahme vorstellen. Wenngleich auch diese Patienten einer BP-Senkung bedürfen, besteht selten die Indikation zur stationären Behandlung. Eine BP-Senkung wird am besten erreicht mittels oraler Therapie gemäß dem in Abbildungen 4–8 dargestellten Pharmakotherapie-Algorithmus. Diese Patienten benötigen eine zeitnahe ambulante Nachsorge, um zu gewährleisten, dass ihr Blutdruck kontrolliert ist.

Tabelle 25: Diagnostik für Patienten mit Verdacht auf hypertensiven Notfall
Gemeinsame Tests für alle möglichen Ursachen
Funduskopie ist ein entscheidender Bestandteil der Diagnostik
12-Kanal-EKG
Hämoglobin, Thrombozytenzahl, Fibrinogen
Kreatinin, eGFR, Elektrolyte, LDH, Haptoglobin
Albumin:Kreatinin-Quotient im Urin, im Urinsediment: Erythrozyten, Leukozyten und Zylinder
Schwangerschaftstest bei Frauen im gebärfähigen Alter
Spezifische Tests nach Indikation
Troponin, CK-MB (bei Verdacht auf kardiale Beteiligung, z. B. akuter Brustschmerz oder akute Herzinsuffizienz) und NT-proBNP
Thorax-Röntgen (Flüssigkeitsüberlastung)
Echokardiographie (Aortendissektion, Herzinsuffizienz oder Ischämie)
CT-Angiographie von Thorax und/oder Bauchraum bei Verdacht auf akute Aortenerkrankung (z. B. Aortendissektion)
CT oder MRT des Gehirns (Beteiligung des Nervensystems)
Nieren-Sonographie (eingeschränkte Nierenfunktion oder vermutete Nierenarterienstenose)
Urin-Test auf Drogen (Verdacht auf Methamphetamin- oder Kokain-Gebrauch)

CK-MB = Creatinkinase-Myokardtyp; LDH = Lactatdehydrogenase;
 NT-proBNP = N-terminal Pro-B Natriuretic peptide.

Tabelle 26: Hypertensive Notfälle, die sofortige BP-Senkung mittels i.v.-Therapie erfordern

Klinische Präsentation	Zeiten und Zielwerte für BP-Senkung	Therapie der ersten Wahl	Alternative
Maligne Hypertonie mit oder ohne akute Niereninsuffizienz	mehrere Stunden MAP-Senkung um 20–25%	Labetalol Nicardipin	Nitroprussid Urapidil
Hypertensive Enzephalopathie	Sofortige MAP-Senkung um 20–25%	Labetalol Nicardipin	Nitroprussid
Akutes Koronareignis	Sofortige SBP-Senkung auf < 140 mmHg	Nitroglycerin Labetalol	Urapidil
Akutes kardiales Lungenödem	Sofortige SBP-Senkung auf < 140 mmHg	Nitroprussid ODER Nitroglycerin (mit Schleifendiuretikum)	Urapidil (mit Schleifendiuretikum)
Akute Aortendissektion	Sofortige SBP-Senkung auf < 120 mmHg UND Herzfrequenz auf < 60/Minute	Esmolol UND Nitroprussid ODER Nitroglycerin ODER Nicardipin	Labetalol ODER Metoprolol
Eklampsie und schwere Präeklampsie/HELLP	Sofortige SBP-Senkung auf < 160 mmHg UND DBP auf < 105 mmHg	Labetalol ODER Nicardipin UND Magnesiumsulfat	Geburtseinleitung erwägen

HELLP = HELLP-Syndrom (Hämolyse, erhöhte Leberenzym-Werte, niedrige Thrombozyten-Zahl); MAP = mittlerer arterieller Druck.

©ESC/ESH 2018



- 7 Aufgrund der zum Teil nur bedingten Verfügbarkeit in Deutschland empfiehlt sich als Mittel der ersten Wahl in den meisten Fällen **Urapidil i.v.** (in Abhängigkeit vom Blutdruckverhalten 10–50 mg langsam als Bolusinjektion, initiale Dosierung 2 mg/min als i.v. Infusion, Erhaltungsdosis im Mittel 9 mg/h). Bei pektanginösen Beschwerden insbesondere bei akutem Koronarsyndrom und/oder Lungenödem sollte **Nitroglycerin** als i.v.-Infusion gewählt werden (33–133 µg/min bzw. 2–8 mg/h, Erhaltungsdosis 0,5–8 mg/h). Zusätzlich werden Schleifendiuretika empfohlen (z.B. **Furosemid** als i.v.-Bolus). Bei therapieresistenten hypertensiven Notfällen kann die i.v.-Gabe des ACE-Hemmers **Enalaprilat** (0,625–1,25 mg Bolus über 5 min, Erhaltungsdosis 1,25–2,5 mg alle 6 Stunden) oder des sehr kurz wirksamen und damit gut steuerbaren **Betablockers Esmolol** (0,5–1,0 mg/kg als Bolus; 50–300 µg/kg/min über i.v.-Infusion) erfolgen [s. auch Tabelle 32 in: Williams et al. J Hypertens 2018; 36: 1953-2041; DOI: 10.1097/HJH.0000000000001940]. Bei **sehr schweren** Fällen ist die Gabe von **Nitroprussid-Natrium** als i.v.-Infusion möglich (0,2–10 µg/kg/min, steigern um 0,2 µg/kg/min alle 3–5 Minuten – keine längere Anwendung wegen Cyanidintoxikation, ggf. zusätzliche Gabe von Natriumthiosulfat). Bei bestehender Agitiertheit, Unruhe oder Alkoholentzugssyndrom ist die i.v. Gabe des zentralen Sympatholytikums **Clonidin** (75–150 µg i.v. über 10 Minuten) eine sinnvolle Möglichkeit (Vorsicht bei älteren Patienten > 65 Jahre ggf. niedrigere Dosierung wählen). **Nicht empfohlen** werden die sublinguale Applikation unretardierter Kalziumkanalblocker (wie z. B. **Nifedipin**) in Form von Tropfen, Spray, Phiolen o.ä. wegen der nachweislich schlechten Steuerbarkeit, der massiven Sympathikusaktivierung und der Gefahr eines zu raschen und vor allem unkontrollierbaren Blutdruckabfalls mit der Folge zerebraler und kardialer Ischämien.

8. Hypertonie in der Schwangerschaft

Hypertensive Störungen in der Schwangerschaft sind weiterhin eine Hauptursache für die Morbidität und Mortalität von Müttern, Foeten und Neugeborenen.

8.1 Definition und Klassifikation der Hypertonie in der Schwangerschaft

Die Definition der Hypertonie in der Schwangerschaft basiert auf Praxis-BP-Werten, **SBP \geq 140 mmHg und/oder DBP \geq 90 mmHg**. Hypertonie in der Schwangerschaft wird, im Unterschied zur Einteilung der gewöhnlichen Hypertonie, als leicht (140–159/90–109 mmHg) oder schwer (\geq 160/110 mmHg), eingestuft.

Hypertonie in der Schwangerschaft ist keine einheitliche Erkrankung sondern umfasst:

- **Vorbestehende Hypertonie:** geht der Schwangerschaft voraus oder entwickelt sich vor der 20. Schwangerschaftswoche und hält in der Regel über mehr als 6 Wochen nach der Geburt an und kann mit Proteinurie einhergehen.
- **Gestationshypertonie:** entwickelt sich **nach der 20. Schwangerschaftswoche** und verschwindet in der Regel binnen 6 Wochen nach der Geburt.
- **Vorbestehende Hypertonie plus überlagerte Gestationshypertonie mit Proteinurie.**
- **Präeklampsie:** **Gestationshypertonie mit bedeutsamer Proteinurie** ($>$ 0,3 g/24 h oder \geq 30 mg/mmol Albumin:Kreatinin-Quotient im Urin). Tritt häufiger auf bei erster Schwangerschaft, **Mehrlingschwangerschaft**, Blasenmole, bei Antiphospholipid-Syndrom oder bei **vorbestehender Hypertonie**, Nierenerkrankung oder **Diabetes**. **Die einzige Heilung für Präeklampsie ist die Entbindung**. Eine Präeklampsie sollte vermutet werden, wenn die Hypertonie mit **Kopfschmerz, Sehstörungen, Bauchschmerz oder abnormen Laborwerten einhergeht, insbesondere niedrige Thrombozyten und/oder**

abnormale Leberfunktion – Proteinurie kann eine Spätmanifestation der Präeklampsie sein.

Management der Hypertonie in der Schwangerschaft		
Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei Frauen mit Gestationshypertonie oder vorbestehender Hypertonie überlagert von Gestationshypertonie, oder mit Hypertonie und subklinischer Organschädigung oder Symptomen wird die Einleitung einer Pharmakotherapie empfohlen, falls SBP ≥ 140 mmHg oder DBP ≥ 90 mmHg.	I	C
In allen anderen Fällen wird die Einleitung einer Pharmakotherapie empfohlen, wenn der SBP ≥ 150 mmHg oder DBP ≥ 95 mmHg beträgt.	I	C
Methyldopa, Labetalol [®] und CCB werden als Medikamente der ersten Wahl zur Behandlung der Hypertonie in der Schwangerschaft empfohlen.	I	B (Methyldopa)
	I	C (Labetalol oder CCB)
ACE-Hemmer, ARB oder direkte Renininhibitoren werden während der Schwangerschaft nicht empfohlen.	III	C
SBP ≥ 170 mmHg oder DBP ≥ 110 mmHg bei einer schwangeren Frau stellen einen Notfall dar, bei dem eine stationäre Aufnahme empfohlen wird.	I	C
Bei schwerer Hypertonie wird eine Pharmakotherapie mit i.v. Labetalol oder oralem Methyldopa oder Nifedipin empfohlen.	I	C
Die empfohlene Behandlung einer hypertensiven Krise ist i.v. Labetalol [®] oder Nicardipin und Magnesium.	I	C
Bei Präeklampsie, in Verbindung mit einem Lungenödem, wird Nitroglycerin als i.v.-Infusion empfohlen.	I	C
Bei Frauen mit Gestationshypertonie oder leichter Präeklampsie wird die Entbindung nach 37 Wochen empfohlen.	I	B
Bei Präeklampsie mit ungünstigen Befunden wie Sehstörungen oder gestörter Hämostase wird empfohlen, die Entbindung zu beschleunigen.	I	C

©ESCC/ESH 2018

^aAnstelle des in Deutschland nicht verfügbaren Labetolols wird Metoprolol empfohlen (www.embryotox.de).

^bSiehe Tabelle 26 für hypertensive Notfälle.

Behandlungsstrategien bei Patienten mit Diabetes mellitus

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei Patienten mit Diabetes und einem Praxis-BP $\geq 140/90$ mmHg wird eine antihypertensive Pharmakotherapie empfohlen.	I	A
Bei Patienten mit Diabetes unter BP-senkender Medikation wird empfohlen:	I	A
<ul style="list-style-type: none"> ➤ einen SBP von 130 mmHg und < 130 mmHg, falls vertragen, anzustreben, aber nicht < 120 mmHg. ➤ bei älteren Personen (≥ 65 Jahre) einen SBP-Bereich von 130–139 mmHg anzustreben. ➤ einen DBP < 80 mmHg anzustreben, aber nicht < 70 mmHg. 	I I I	A A C
Es wird empfohlen, die Behandlung mit der Kombination von RAS-Blocker mit einem CCB oder Thiazid-/Thiazid-artigen Diuretikum einzuleiten. ^a	I	A
Die gleichzeitige Verabreichung von zwei RAS-Blockern, d.h. ein ACE-Hemmer und ein ARB, ist nicht indiziert.	III	A

^a Bei einer eGFR < 30 ml/min/1,73 m² sollte man Thiazid/Thiazid-artige Diuretika vermeiden und ein Schleifen-diuretikum erwägen, falls ein Diuretikum erforderlich ist.

©ESC/ESH 2018

Strategien zur Hypertonie-Behandlung bei chronischer Nierenerkrankung

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei Patienten mit diabetischer oder nicht-diabetischer CKD wird empfohlen, einen Praxis-BP $\geq 140/90$ mmHg mit Lebensstil-Interventionen und BP-senkender Medikation zu behandeln.	I	A
Bei Patienten mit diabetischer oder nicht-diabetischer CKD:	I	A
<ul style="list-style-type: none"> ➤ wird empfohlen, den SBP auf 130–139 mmHg zu senken. ➤ sollte eine individualisierte Behandlung entsprechend ihrer Verträglichkeit und Auswirkung auf Nierenfunktion und Elektrolyte erwogen werden. 	I IIa	A C
RAS-Blocker sind wirksamer in der Verringerung der Albuminurie als andere Antihypertensiva und werden als Teil der Therapiestrategie bei Patienten mit Hypertonie und Mikroalbuminurie oder Proteinurie empfohlen.	I	A
Die Kombination eines RAS-Blockers mit einem CCB oder einem Diuretikum ^a wird als Initialtherapie empfohlen.	I	A
Eine Kombination von zwei RAS-Blockern wird nicht empfohlen.	III	A

^a Bei einer eGFR < 30 ml/min/1,73 m² sollte man Thiazid/Thiazid-artige Diuretika vermeiden und ein Schleifen-diuretikum erwägen, falls ein Diuretikum erforderlich ist.

©ESC/ESH 2018

Therapiestrategien bei hypertensiven Patienten mit Koronarer Herzkrankheit

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei Patienten mit KHK, die Antihypertensiva erhalten, wird empfohlen: > einen SBP \leq 130 mmHg und niedriger anzustreben, falls vertragen, aber nicht $<$ 120 mmHg. > bei älteren Patienten (\geq 65 Jahre) einen SBP-Bereich von 130–140 mmHg anzustreben. > einen DBP $<$ 80 mmHg anzustreben, aber nicht $<$ 70 mmHg.	I	A
	I	A
	I	C
Bei hypertensiven Patienten mit einem Myokardinfarkt in der Anamnese werden Betablocker und RAS-Blocker als Bestandteil der Behandlung empfohlen.	I	A
Bei Patienten mit symptomatischer Angina pectoris werden Betablocker und/oder CCB empfohlen.	I	A

©ESC/EASH 2018

Therapiestrategien bei hypertensiven Patienten mit Herzinsuffizienz oder linksventrikulärer Hypertrophie


Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei hypertensiven Patienten mit Herzinsuffizienz (mit reduzierter oder erhaltener Ejektionsfraktion) sollte eine antihypertensive Therapie erwogen werden, falls BP \geq 140/90 mmHg.	IIa	B
Bei Patienten mit HF _{rEF} wird empfohlen, dass die antihypertensive Therapie einen ACE-Hemmer oder ARB und einen Betablocker und ein Diuretikum und/oder einen MRA einschließen sollte, falls benötigt.	I	A
Falls keine Blutdruckkontrolle erreicht wird, können Dihydropyridin-CCB hinzugefügt werden.	IIb	C
Bei Patienten mit HF _{pEF} gelten dieselben BP-Behandlungsgrenz- und Zielwerte wie bei HF _{rEF} .	IIa	B
Alle Antihypertensiva-Hauptklassen können eingesetzt werden, da sich kein spezifisches Medikament als überlegen gezeigt hat.	I	C
Bei allen Patienten mit LVH: > wird empfohlen, mit einem RAS-Blocker in Kombination mit einem CCB oder Diuretikum zu behandeln. > sollte der SBP auf 120–130 mmHg gesenkt werden.	I	A
	IIa	B

8



©ESC/EASH 2018

HF_{pEF} = Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion.

8  Nach Ansicht der DGK/DHL soll diese Empfehlung wie folgt lauten: Alle Antihypertensiva können bei Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HF_{pEF}) eingesetzt werden, da sich kein spezifisches Medikament als überlegen gezeigt hat.

Therapiestrategien bei hypertensiven Patienten mit akutem Schlaganfall und zerebrovaskulärer Erkrankung

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei Patienten mit akuter intrazerebraler Blutung: <ul style="list-style-type: none"> ➤ wird eine sofortige BP-Senkung nicht empfohlen für Patienten mit SBP < 220 mmHg. ➤ bei Patienten mit SBP ≥ 220 mmHg kann eine vorsichtige akute BP-Senkung mit i.v.-Therapie auf < 180 mmHg erwogen werden. 	III	A
	IIa	B
Beim akuten ischämischen Schlaganfall wird eine routinemäßige BP-Senkung mit Antihypertensiva nicht empfohlen, mit Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> ➤ bei Patienten mit akutem ischämischen Schlaganfall, die für i.v.-Thrombolyse infrage kommen, sollte der BP vorsichtig auf < 180/105 mmHg gesenkt und für mindestens 24 h nach der Thrombolyse gehalten werden. ➤ bei Patienten mit deutlich erhöhtem BP, die keine Fibrinolyse erhalten, kann eine Therapie nach klinischer Einschätzung erwogen werden, um den BP binnen der ersten 24 h nach Symptombeginn um 15% zu senken. 	III	A
	IIa	B
	IIb	C
Bei hypertensiven Patienten mit einem akuten zerebrovaskulären Ereignis wird eine antihypertensive Therapie empfohlen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ sofort bei TIA. ➤ nach mehreren Tagen beim ischämischen Schlaganfall. 	I	A
	I	A
Bei allen hypertensiven Patienten mit ischämischem Schlaganfall oder TIA sollte ein SBP-Zielbereich von 120–130 mmHg erwogen werden.	IIa	B
Die empfohlene antihypertensive medikamentöse Behandlungsstrategie zur Schlaganfallprävention ist ein RAS-Blocker plus ein CCB oder ein Thiazid-artiges Diuretikum.	I	A

© ESC/EFSH 2018

Therapiestrategien bei hypertensiven Patienten mit Vorhofflimmern

Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Bei Patienten mit AF wird ein Screening auf Hypertonie empfohlen.	I	C
Ein Betablocker oder nicht-Dihydropyridin-CCB sollte als Bestandteil der Hypertonie-Behandlung erwogen werden, falls eine Frequenzkontrolle erforderlich ist.	IIa	B
Schlaganfall-Prävention mit oralen Antikoagulantien wird bei Patienten mit AF und Hypertonie und einem CHA ₂ DS ₂ -VASc-Score von ≥ 2 bei Männern und ≥ 3 bei Frauen empfohlen.	I	A

© ESC/EFSH 2018

Therapiestrategien bei hypertensiven Patienten mit Vorhofflimmern		
Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
Schlaganfall-Prävention mit oralen Antikoagulantien sollte bei AF-Patienten mit Hypertonie erwogen werden, selbst wenn die Hypertonie der einzige zusätzliche Risikofaktor ist (CHA ₂ DS ₂ -VASC-Score: 1).	IIa	B
Orale Antikoagulantien sollten bei Patienten mit deutlich erhöhtem BP (SBP ≥ 180 mmHg und/oder DBP ≥ 100 mmHg) mit Vorsicht genutzt werden. Das Ziel sollte sein, den SBP mindestens auf < 140 mmHg zu senken und eine SBP-Senkung auf < 130 erwogen werden. Wenn dies nicht möglich ist, sollten die Patienten in einer bewussten Entscheidung akzeptieren, dass der Schlaganfallschutz durch das Antikoagulanz mit einem höheren Blutungsrisiko verbunden ist.	IIa	B

©ESC/ESH 2018

Therapiestrategien bei hypertensiven Patienten mit PAVK der unteren Extremität		
Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenz-grad
BP-senkende Therapie wird zur Senkung des CV-Risikos empfohlen.	I	A
Als Initialtherapie sollte die Kombination eines RAS-Blockers, CCB oder Diuretikums erwogen werden.	IIa	B
Betablocker können ebenfalls erwogen werden.	IIb	C

©ESC/ESH 2018

11. Management begleitender kardiovaskulärer Risikofaktoren und Patienten-Nachsorge

11.1 Einsatz von Statinen und antithrombozytäre Therapie

Viele Patienten mit Hypertonie haben ein derart erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, um zur Senkung ihres CV-Risikos für zusätzliche Therapiestrategien infrage zu kommen, insbesondere mit Statinen und antithrombozytärer Therapie.

Therapie kardiovaskulärer Risikofaktoren, die mit der Hypertonie assoziiert sind		
Empfehlungen	Empf.-grad	Evidenzgrad
Eine CV-Risiko-Bewertung mit dem SCORE-System wird für hypertensive Patienten empfohlen, die nicht schon ein hohes oder sehr hohes Risiko infolge manifester CVD, Nierenerkrankung oder Diabetes mellitus haben.	I	B
Bei Patienten mit sehr hohem CV-Risiko werden Statine empfohlen, um den LDL-C-Spiegel < 1,8 mmol/l (70 mg/dl), oder eine Senkung um $\geq 50\%$ zu erreichen, falls der LDL-C-Ausgangswert 1,8–3,5 mmol/l (70–135 mg/dl) beträgt.	I	B
Bei Patienten mit hohem CV-Risiko werden Statine empfohlen, um ein LDL-C-Ziel < 2,6 mmol/l (100 mg/dl) oder eine Senkung um $\geq 50\%$ zu erreichen, falls der LDL-C-Ausgangswert bei 2,6–5,2 mmol/l (100–200 mg/dl) liegt.	I	B
Bei Patienten mit niedrigem-moderatem CV-Risiko, sollten Statine erwogen werden, um einen LDL-C-Wert < 3,0 mmol/l (115 mg/dl) zu erreichen.	Ila	C
Eine antithrombozytäre Therapie, insbesondere niedrigdosiertes ASS, wird zur Sekundärprävention bei hypertensiven Patienten empfohlen.	I	A
ASS wird nicht zur Primärprävention bei hypertensiven Patienten ohne CVD empfohlen.	III	A

LDL-C = Low-Density Lipoprotein-Cholesterin.

©ESC/EASH 2018

11.2 Nachsorge hypertensiver Patienten

Nach Einleitung einer antihypertensiven Pharmakotherapie sollte der Patient nachkontrolliert werden, um die Blutdruckkontrolle zu prüfen und mögliche Therapienebenwirkungen zu erfassen. Eine SPC-Therapie sollte den Blutdruck binnen 1–2 Wochen senken und über die nächsten 2 Monate weiterhin reduzieren. Die erste Überprüfung sollte in den ersten 2 Monaten erfolgen. Die Häufigkeit weiterer Nachkontrollen hängt vom Schweregrad der Hypertonie, der Dringlichkeit der BP-Senkung und den Komorbiditäten ab. Sobald das BP-Ziel erreicht ist, hängt das Wiedervorstellungsintervall vom Überwachungsbedarf der Begleiterkrankungen oder Nierenfunktion ab und reicht von 3 bis 12 Monaten. Strategien zur Verbesserung der Therapietreue

© 2018 European Society of Cardiology

Diese Pocket-Leitlinie darf in keiner Form, auch nicht auszugsweise, ohne ausdrückliche Erlaubnis der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. vervielfältigt oder übersetzt werden.

Dieser Kurzfassung liegen die „2018 ESC/ESH Guidelines on the management of arterial hypertension“ zugrunde.

European Heart Journal 2018; doi/10.1093/ eurheartj/ehy339

Herausgeber sind der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung e.V. und der Vorstand der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention; bearbeitet wurden die Leitlinien im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin.

Die dieser Pocket-Leitlinie zugrundeliegende Langfassung der Leitlinien findet sich auch im Internet unter **www.dgk.org**

Die Leitlinien geben den derzeit aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand wieder und wurden zusammengestellt unter sorgfältiger Berücksichtigung evidenzbasierter Kriterien. Ärzten wird empfohlen, dass sie diese Leitlinien in vollem Maße in ihre klinische Beurteilung mit einbeziehen. Die persönliche ärztliche Verantwortung und Entscheidung wird dadurch jedoch nicht außer Kraft gesetzt.

**Deutsche Gesellschaft für Kardiologie –
Herz- und Kreislaufforschung e.V.
*German Cardiac Society***

Grafenberger Allee 100 · D-40237 Düsseldorf

Tel.: +49 (0)211600692-0 · Fax: +49 (0)211600692-10

E-Mail: info@dgk.org · Internet: www.dgk.org

**Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention**

Berliner Straße 46 · D-69120 Heidelberg

Tel.: +49 (0)6221 58855-0 · Fax: +49 (0)6221 58855-25

E-Mail: info@hochdruckliga.de · Internet: www.hochdruckliga.de

www.escardio.org / www.dgk.org