

# Mehr – aber immer noch zu wenig – kontrollierte Hypertoniker in Deutschland

## Hinweise auf eine verbesserte Behandlungsqualität zwischen 1997 und 2005



M. Middeke

### Versorgungsforschung

#### Schlüsselwörter

- ▶ Hypertonie
- ▶ Behandlungsqualität
- ▶ kontrollierte Hypertoniker

#### Key words

- ▶ hypertension
- ▶ quality of treatment
- ▶ controlled hypertension

### Institut

Hypertoniezentrum und  
Blutdruckinstitut München

**eingereicht** 28.4.2008

**akzeptiert** 15.5.2008

### Bibliografie

**DOI** 10.1055/s-2008-1077253

Dtsch Med Wochenschr 2008;

133: 1286–1287 · © Georg

Thieme Verlag KG Stuttgart ·

New York · ISSN 0012-0472

### Korrespondenz

**Prof. Dr. med. Martin Middeke**

Hypertoniezentrum München

Dienerstr. 12

80331 München

Tel. 089/3610-3947

Fax 089/3610-4026

eMail info@blutdruckinstitut.de

www.hypertoniezentrum.de

Lange galt in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, die „Regel der Hälften“ [1, 2, 3, 6, 12, 16]: Nur bei rund der Hälfte der Hypertoniker ist der erhöhte Blutdruck bekannt, davon sind nur ca. die Hälfte behandelt, von denen wiederum nur die Hälfte kontrolliert ist, d.h. 12,5% aller Hypertoniker haben einen Blutdruck im Normbereich. Der Normbereich wurde allerdings in den 1980er und 1990er Jahren meist mit einer Blutdrucksenkung < 160/95 mm Hg noch sehr konservativ definiert. Der Prozentsatz der unbekannteren Hypertoniker war in 2000 (nur) noch 37,5% [5, 7]. Der Bundes-Gesundheitssurvey von 1999 geht von 7,8% kontrollierter Hypertoniker (< 140/90 mm Hg) aus [14, 18, 19]. Dieser Anteil bezieht sich auf alle untersuchten Personen einer Bevölkerungsstichprobe, d.h. einschließlich der bisher „unbekannteren“ und der nicht behandelten Hypertoniker. Diese 7,8% haben im Vergleich mit den Daten anderer Länder, insbesondere mit den USA (28,6%) und Kanada (17,2%) [18, 19] zu einer Diskussion um die Behandlungsqualität in Deutschland geführt. In Schweden und Spanien war der Anteil mit 5,5 bzw. 5,0% noch geringer als in Deutschland, während er in Italien mit 9,0% und in England mit 10,0% darüber lag. Allerdings wurden völlig verschiedene Untersuchungen für diesen Vergleich herangezogen [18, 19].

Das Erreichen der Zielblutdruckwerte bzw. die Normalisierung des Blutdrucks von Hypertonikern ist eine wichtige Voraussetzung, um das Risiko für Schlaganfall, Herz- und Niereninsuffizienz beim einzelnen Patienten zu vermindern und die Gesamtereignisrate in der Bevölkerung zu senken. Die deutliche Abnahme der stationären Schlaganfall-Behandlungsfälle [13] der letzten Jahre könnte für einen Trend in der Senkung der Inzidenzraten durch eine bessere Hypertoniebehandlung sprechen. Zur Behandlungssituation von Patienten mit Hypertonie liegen inzwischen weitere Bevölkerungsstichproben und einige Praxisstudien aus den letzten Jahren vor, die in Querschnittsuntersuchungen die realistische Situation in der Praxis spiegeln. In **Tab. 1** sind die Daten aller Untersuchungen in Deutschland seit 1997 zusammengestellt.

Die Studien umfassen insgesamt 181603 Teilnehmer (15092 in den drei Bevölkerungsstudien und 166511 in den fünf Praxisstudien). Der Prozentsatz der kontrollierten Hypertoniker (Blutdruck unter Behandlung < 140/90 mm Hg) beträgt im Mittel 27,3% über alle Studien (von 14,6 bis 40,0%). Die fünf Praxisstudien mit insgesamt 8463 beteiligten Ärzten weisen im Zeitraum

2001–2005 einen Anteil kontrollierter Hypertoniker von 31,8% aus. Das Durchschnittsalter dieser Patienten betrug 59,9 Jahre. Der Anteil war in den vorausgegangenen Bevölkerungsstudien mit 21% kontrollierte Hypertoniker (Durchschnittsalter 49,5 Jahre) deutlich geringer. Kein Unterschied bestand zwischen der westlichen (KORA im Raum Augsburg) und der östlichen Region (SHIP in Mecklenburg-Vorpommern), wohl aber zwischen Männern (11,8%) und Frauen (26,1%).

Beim Vergleich der beiden nach identischem Design durchgeführten Bevölkerungsstichproben SHIP und KORA mit dem zuvor durchgeführten Bundes-Gesundheitssurvey fällt die hohe Diskrepanz bei den kontrollierten Hypertonikern auf. Hierfür sind am ehesten methodische Gründe ursächlich. Beim Vergleich der nachfolgenden Praxisstudien untereinander fällt der hohe Anteil kontrollierter Hypertoniker von 40% in der CardioMonitor-Studie aus dem Rahmen. Diese Untersuchung hat allerdings erhebliche Limitationen, und ist den anderen Praxisstudien qualitativ unterlegen. Beim Vergleich der Bevölkerungsstudien mit den Praxisstudien fällt die im Mittel um 10,6 Jahre ältere Population mit durchschnittlich um 6,4 mm Hg höherem systolischen Blutdruck in der Praxis auf. Diese Unterschiede sowie unterschiedliche Blutdruckmessmethoden könnten die unterschiedlichen Raten der kontrollierten Hypertoniker zum Teil erklären.

Wird die Blutdruckmessung bei bekannten und behandelten Hypertonikern in der Arztpraxis zugrunde gelegt, zeigt sich ein positiver Trend in den letzten Jahren. Es verfestigt sich so der Eindruck, dass in den letzten Jahren tatsächlich eine positive Entwicklung in der Behandlungsqualität der bekannten Hypertoniker eingetreten ist. Bei rund 30% der bekannten Hypertoniker, die sich in der ärztlichen Praxis einer Behandlung unterziehen, liegt der Blutdruck im Normbereich. Eine aktuelle amerikanische Untersuchung berichtet über ca. 52% (!) kontrollierte Hypertoniker in einer Stichprobe von 4646 Teilnehmern des National Health and Nutrition Examination Survey 2003–2004 [20].

Ein großes Defizit besteht nach wie vor in der hohen Anzahl unentdeckter Hypertoniker. Die epidemiologischen Daten aus 2000 weisen in Deutschland immer noch ca. 37% aus [5, 7]. Diese Zahl ist angesichts der vielfältigen Aufklärungsaktivitäten, Laienpublikationen und vieler Millionen verkaufter Blutdruckgeräte für die Selbstmessung nicht nachvollziehbar. Letztlich können

**Tab. 1** Synopsis der drei Bevölkerungsstudien und fünf Praxisstudien in Deutschland im Zeitraum 1997–2005. SHIP und KORA wurden nach demselben Design durchgeführt.

	Bevölkerungs-Studien 1997–2001			Praxis-Studien 2001–2005				
	BGS	SHIP	KORA	HYDRA	Screening Aktion 1	DETECT	Cardio Monitor	Snapshot BNK
Untersuchungsjahr	1997–1999	1997–2001	1999–2001	2001	2001–2002	2003	2004	2005
untersuchte Personen (n)	7124	3744	4224	45 125	55 169	55 518	3397	7302
Altersbereich (Jahre)	18–79	25–74	25–74	16–102	> 18	> 18	> 18	16–97
mittleres Alter (Jahre)	49.0	49.7	49.2	52.4	63.0	53.9	65.0	65.4
beteiligte Ärzte (n)	–	–	–	1912	2843	3188	252	268
				Hausärzte	Hausärzte	Hausärzte	Hausärzte	Kardiologen
Blutdruckmessungen (n)	3	3	3	1 und mehr	3	1 und mehr	k.A.	1 und mehr
mittlerer Blutdruck Gesamt (mm Hg)	137/83	134/84	128/82	133/80	148/86	132 / 80	141/83	143/84
– Männer	137/85	141/87	133/83	135/81	148/86	134 / 81	k.A.	kein sign.
– Frauen	135/81	128/81	122/78	131/80	149/86	130 / 79	k.A.	Unterschied
kontrollierte Hypertoniker* (%)	<b>29,9</b> <b>(7,8)**</b>	<b>13,5</b>	<b>16,1</b>	<b>29,4</b>	<b>23,6</b>	<b>31,2</b>	<b>40,0</b>	<b>35,3</b>
– Männer	25,7	8,4	10,2	k.A.	23,2	31,6	k.A.	36,6
– Frauen	32,9	20,8	24,7	k.A.	23,2	30,9	k.A.	33,0

\* Kontrollierte Hypertoniker = bekannte und behandelte Hypertoniker mit einem Blutdruck im Normbereich (< 140/90 mm Hg); \*\* Der Prozentsatz bezieht sich auf alle Hypertoniker (einschließlich der bisher nicht bekannten und der nicht behandelten Personen) [18]; k.A. = keine Angaben

die Ärzte aber nur die bekannten Hypertoniker behandeln, die sich auch tatsächlich dazu finden. Kritisch anmerken muss man allerdings, dass erhöhte gemessene Blutdruckwerte im Rahmen epidemiologischer Untersuchungen und Stichproben nicht mit der klinischen Diagnose Hypertonie gleichzusetzen sind.

Die Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen für Deutschland einen kontinuierlichen Rückgang für die wichtigsten und häufigsten Schlaganfalldiagnosen in den letzten Jahren [13]. Die deutliche Abnahme der stationären Schlaganfall-Behandlungsfälle könnte für einen Trend in der Senkung der Inzidenzraten sprechen. Dies wird auch durch die Abnahme der intrazerebralen Blutungen gestützt. Für den – durchaus drastischen – Rückgang der Schlaganfall-Mortalität gibt es zwei mögliche Gründe: Zum einen kann es sich ursächlich um eine Senkung auf Grundlage einer verbesserten Akutversorgung handeln. Schnellere Einweisungszeiten im Rahmen optimierter Transportwege sowie die flächendeckende Versorgung mit Schlaganfallspezialstationen, den sog. Stroke Units, können als mögliche Ursachen für die rapide Senkung gelten. Zum anderen kann die Verbesserung der Primärprävention, insbesondere die bessere Behandlung der Hypertonie, hierzu beigetragen haben.

#### Literatur

- Hense HW, Filipiak B, Döring A, Stieber J, Liese A, Keil U. Ten-year trends of cardiovascular risk factors in the MONICA Augsburg region in Southern Germany. *CVD Prevention* 1999; 1: 318–327
- Hense HW. Epidemiologie der arteriellen Hypertonie und Indikationen für die Prävention. *Dtsch Med Wochenschr* 2000; 125: 1397–1402
- Keil U, Liese AD, Hense HW et al. Classical risk factors and their impact on incident non-fatal and fatal myocardial infarction and all-cause mortality in Southern Germany. *Eur Heart J* 1998; 19: 1197–1207
- Lemmer B, Middeke M, Schaaf B, Eckes L. Prescribing practices and morning blood pressure control. *J Hum Hypertens* 2008; 22: 295–297
- Löwel H, Meisinger C, Heier M et al. Epidemiologie der arteriellen Hypertonie in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131: 2586–2591
- Marques-Vidal P, Tuomilehto J. Hypertension awareness, treatment and control in the community: is the 'rule of halves' still valid? *J Hum Hypertens* 1997; 11: 213–220
- Meisinger C, Heier M, Völzke H, Löwel H et al. Regional disparities of hypertension prevalence and management within Germany. *J Hypertens* 2006; 24: 293–299
- Middeke M, Lemmer B, Schaaf B, Eckes L. Prevalence of hypertension-attributed symptoms in routine clinical practice. *J Hum Hypertens* 2008; 22: 252–258
- Sharma AM, Wittchen H et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care. *J Hypertens* 2004; 22: 479–486
- Silber S, Böhler S, Glaesmer H et al. Unterversorgung in der antihypertensiven und lipidsenkenden Therapie in den hausärztlichen Praxen: Ergebnisse der DETECT-Studie. *Z Kardiologie* 2005; 94, Suppl 1: 427–
- Silber S, Richartz BM, Goss F, Haerer W, Glowatzki M, Schmieder RE. Der Patient mit arterieller Hypertonie in der kardiologischen Facharztpraxis: Ergebnisse des Snapshot-Hypertonie-Registers. Ein Projekt des BNK. *Dtsch Med Wochenschr* 2007; 132: 2430–35
- Smith WC, Lee AJ, Crombie IK, Tunstall-Pedoe H. Control of blood pressure in Scotland: the rule of halves. *BMJ* 1990; 300: 981–983
- Statistisches Bundesamt Deutschland. Gesundheitswesen. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)
- Thamm M. Blutdruck in Deutschland. *Gesundheitswesen* 1999; 61: 90–93
- Wang Y, Alexander G, Stafford R. Outpatient hypertension treatment, treatment intensification, and control in Western Europe and the United States. *Arch Intern Med* 2007; 167: 141–147
- Weinehall L, Ohgren B, Persson M, Stegmayr B, Boman K et al. High remaining risk in poorly treated hypertension: the 'rule of halves' still exists. *J Hypertens* 2002; 20: 2081–2088
- Wittchen HU, Glaesmer H, März W et al für die DETECT-Studiengruppe. Cardiovascular risk factors in primary care: methods and baseline prevalence rates – the DETECT program. *Current Med Res Opin* 2005; 21: 619–629
- Wolf-Maier K, Cooper R, Banegas JR et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003; 289: 2363–2369
- Wolf-Maier K, Cooper R, Kramer H et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension* 2004; 43: 10–
- Wong ND, Lopez VA et al. Inadequate control of hypertension in US adults with cardiovascular disease comorbidities in 2003–2004. *Arch Intern Med* 2007; 167: 2431–36