



Behandlungspfad Hypertonie

Wofür Behandlungspfade?

Behandlungspfade grenzen sich ab von Leitlinien und erst recht von Richtlinien. Sie nutzen, sofern vorhanden, nationale und internationale Leitlinien. Im vorliegenden Fall existiert keine höherwertige Leitlinie in Deutschland.

Behandlungspfade entsprechen einer regionalen Absprache von Hausärzten aus Bremen und Umgebung. Sie sind ein Angebot zur Orientierung – ihre Befolgung ist in keiner Weise verpflichtend.

Sie sind mit einem Ablaufdatum versehen und werden laufend überarbeitet.

Welche Ziele hat der Behandlungspfad Hypertonie?

- Menschen mit Hypertonie erkennen, darunter diejenigen mit besonderem Risiko.
- Unnötige Diagnostik und Therapie vermeiden.

Welche Leitlinien könnten hilfreich sein?

- Hausärztliche Leitlinie Hypertonie aus Hessen
http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/hypertonie_II.pdf
- NICE-Guideline Nr CG 127 <http://guidance.nice.org.uk/CG127>
- Hypertonie-Leitlinie des amerikanischen National Heart, Lung and Blood Institute JNC 7 <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/>

Welche Kennzahlen/Qualitätsindikatoren eignen sich zur Evaluation der Zielerreichung?

- Anteil Patienten mit Seitenkodierung für die Blutdruck-Diagnose als Hinweis darauf, dass zumindest einmal an beiden Armen der Druck gemessen wurde.
- Anteil Patienten mit zumindest einmal durchgeführter ARRIBA-Beratung
- Anteil mit Chlorthalidon behandelte Patienten
- Sind an allen Behandlungsplätzen in der Praxis mindestens 2 verschieden große Blutdruck-Manschetten verfügbar?

Worauf sollten die MitarbeiterInnen an der Rezeption achten?

- Jeder, dem es nicht gut geht, sollte eine RR-Kontrolle bekommen, sofern der Zustand nicht andere Ursachen vordringlich erscheinen lässt.
- Bei bestimmten Pat, die ihre Hypertonie eher ignorieren oder die ein besonderes Gefährdungspotenzial haben, Markierung im PC/auf der Karteikarte, dass der Blutdruck unabhängig vom Anlass gemessen wird.
- Bei Abholen eines Rezeptes fragen: sollen wir mal den Blutdruck messen? Außerdem darauf achten, ob wieder eine Laborkontrolle dran ist.



Wer übernimmt im Team welche Verantwortung?

- Indikationsstellung durch ÄrztInnen, RR-Messung möglichst durch MfA.
- Kontrolle, ob wieder eine N3-Verordnung dran - oder aber schon längst überfällig ist. Zuständigkeit ÄrztInnen
- Systematische Suche nach Bluthochdruckpatienten und Erstellen einer entsprechenden Liste in regelmäßigen Abständen: Zuständigkeit MFA.
- Festlegung: welche Laborkontrollen unter welchem Medikament: Zuständigkeit Arzt/Ärztin
- Patienten suchen, im PC markieren und ggfs. einbestellen, die wieder eine Laborkontrolle brauchen: Zuständigkeit MFA

Soll nach einer Hypertonie gescreent werden?

- Nicht generell bei allen
- Case finding
 - bei allen Patienten mit Diabetes,
 - immer bei Erstvorstellung mit Kopfschmerzen,
 - Brustschmerz,
 - Schwindel,
 - Nasenbluten,
 - Hyposphagma.
- Messung bei Patienten mit erhöhtem Risiko und bereits erlebtem Herzinfarkt oder Schlaganfall.
- Als Bestandteil von Gesundheits- und präoperativer Untersuchung.

Wie und wie zuverlässig werden eine Hypertonie und ihre Ursache eines Behandlungsanlasses diagnostiziert?

- Eingeschränkte Diagnose-Sicherheit durch mäßige Reliabilität
 - ⇒ Kontrollmessungen durch MFAs vereinbaren, ggfs. Leihgerät oder 24-h-Blutdruck-Messung.
- Keine Ursachensuche generell bei allen Bluthochdruck-Patienten

Wonach sollen die Patienten gefragt werden?

- Familienanamnese
- Medikamenten-Einnahme
- Andere Erkrankungen
- Bei Pat. mit schwer einstellbarer Hypertonie nach Lakritze fragen.
- NSAR?
- Bewegung?
- Eigene Erklärung?
- Berufliche/psychosoziale Situation?
- Unverträglichkeiten/Allergien?
- Alkohol und andere Drogen?
- Schnarchen/Tagesmüdigkeit/zunehmend enger werdender Hemdkragen?
- Starke Gewichtsveränderung?
- Raucherstatus



Welche körperlichen Untersuchungen sind sinnvoll?

- Bei asymptomatischen Patienten mit nicht medikamentös oder leicht zu behandelnder Hypertonie eventuell keine.
- über 35-Jährige bekommen einen Termin zur GU für die ARRIBA-Risikokalkulation.
- Personen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko intensivere körperliche Untersuchung
- Jüngere Menschen mit auffallend stark erhöhten Blutdruckwerten sollten systematisch untersucht werden (Herzgeräusche? Nierenarterien? Bei erhöhten Werten einmalig an beiden Armen messen mit Seitenkodierung der Hypertonie-Diagnose und anschließender Messung nur noch am Arm mit dem höheren Druck.

Welche technischen Untersuchungen sollen bei den Patienten durchgeführt werden?

- Bei allen Menschen mit Hypertonie sollte nach einem Diabetes gesucht werden (USPSTF)
- Außer bei Extremwerten (systolischer Blutdruck über 180), symptomatischer Hypertonie, bekannter kardiovaskulärer Erkrankung Cholesterin- und HDL-Messung für die Risikokalkulation nach ARRIBA
- Krea und Elektrolyte vor Therapie mit Diuretika/ACE-Hemmern und 1-4 Wochen nach jeder Dosissteigerung ACE-Hemmer
- EKG vor oder unter Therapie mit Betablocker
- Wenn der Blutdruck mit 3 Medikamenten nicht auf 140 mm Hg zu senken ist, intensivere Suche nach
 - Hyperaldosteronismus,
 - Hypothyreose,
 - Schlaf-Apnoe-Syndrom,
 - bei unter 60-Jährigen: Nierenarterienstenose

Gibt es einen Untersuchungsbefund, der eine Therapie nach sich zieht?

- Anhaltende Hypertonie bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko
- manifeste Hypo-/Hyperthyreose
- Hyperaldosteronismus
- Nierenarterienstenose bei Jüngeren
- Phäochromozytom
- Hyperparathyreoidismus
- Schlaf-Apnoe-Syndrom

Wie wird die Diagnose kodiert?

s.o.



Welche Empfehlungen zur nicht medikamentösen Therapie sollten gegeben werden?

- Bewegung
- Salzreduktion
- Entspannung
- Bitterschokolade
- Rote Beete

Welche Empfehlungen sollen zur medikamentösen Therapie gegeben werden?

- Vorrangig Diuretika – dann möglichst nicht Hct, sondern Chlorthalidon
- Betablocker bei Jüngeren, die unter Stress stehen – und nach Herzinfarkt
- Betablocker und/oder ACE-Hemmer bei eingeschränkter systolischer Pumpfunktion
- Calcium-Antagonisten, wenn es vorrangig um Insuloprävention geht und keine kardiale Dekompensation droht
- Keine Calcium-Antagonisten, wenn die systolische Pumpfunktion herabgesetzt ist
- Ansonsten nach Begleiterkrankungen und UAW

Gibt es sinnvolle Zielwerte/Behandlungsziele?

- <140/90, nicht unter 110
- Bei Jüngeren eher diastolischer Zielwert
- bei Älteren eher systolischer Zielwert - zu große Schere zwischen diastolisch und systolisch vermeiden.
- Keine speziellen Zielwerte bei Menschen mit Diabetes
- Besonders aufpassen bei Menschen mit kardialen oder zerebrovaskulären Erkrankungen, dass der Blutdruck nicht zu stark gesenkt wird

Welches sind die Medikamente der 1. Wahl?

Chlorthalidon und Ramipril

Welches sind Medikamente der 2. Wahl?

Bisoprolol und Calcium-Antagonisten

Welches sind Medikamente der Reserve?

- Sartane,
- Doxazosin
- Clonidin/Moxonidin
- Spironolacton
- Methyl-DOPA bei Schwangeren
- letzte Reserve Dihydralazin oder Minoxidil



Besonderheiten einzelner Medikamente?

- Thiazide nicht bei manifester Gicht, Überempfindlichkeit, in der Schwangerschaft
- Betablocker nicht bei instabilem Asthma
- ACE-Hemmer/Sartane nicht bei Angio-Ödem und Hyperkaliämie, bei sich unter Medikation verschlechternder Nierenfunktion und nicht in der Schwangerschaft
- Calcium-Antagonisten nicht bei eingeschränkter kardialer Pumpfunktion und nicht in der Schwangerschaft

Welche Kontroll-Untersuchungen sind unter Therapie erforderlich?

- RR (v.a. selbst gemessen) bei allen Antihypertensiva
- ACE-Hemmer/Sartane nach 1 Woche Krea/Kalium, sonst 1x/Jahr. Pragmatisch: bei der nächsten Gesundheitsuntersuchung
- Bei Einnahme von 3 oder mehr Antihypertensiva jährliche Laborkontrollen

Wie häufig sollen Kontroll-Messungen erfolgen?

s.o.

Verordnung RR-Messgerät?

Voraussetzung: Anleitung zur Dosisanpassung.

Cave möglicher Schaden an Pat-Psyche

Schnittstelle zu Spezialisten

- Wenn nicht sowieso Betablocker und ACE-Hemmer maximal dosiert sind, Echokardiographie bei Bedarf an Mehrfach-Therapie und erhöhtem kardiovaskulärem Risiko.
- Ebenso bei der Frage, ob evtl. schon Endorganschäden am Herzen vorhanden sind mit der Konsequenz, früher zu behandeln.
- Bei pathologischem Aldosteron-Renin-Quotient => Gastroenterologische Tagesklinik
- Jüngere Menschen mit schlecht einstellbarer Hypertonie => Nephrologe zum Nierenarterienduplex
- Menschen mit schwer einstellbarer Hypertonie und starker Tagesmüdigkeit => ambulantes Schlafapnoe-Monitoring



Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen
Woltmershauser Straße 215 A, 28197 Bremen Tel 0421 52079790, Fax 0421
52079791

Email: geschaeftsstelle@hausarztverband-bremen.de Bremen, 01.04.2014



Erarbeitet beim Etelsen-Seminar 2011, neu zusammengefasst von Günther Egidi am 20.3.2012, diskutiert und überarbeitet beim Etelsen-Seminar 2012, beschlossen beim Etelsen-Seminar am 7.6.2013 von Karl Barcikowski, Ruben Bernau, Jürgen Biesewig-Siebenmorgen, Günther Egidi, Matthias Ertel, Mark Falkenstein, Claudia Kampmann, Ralf Kampmann, Bernhard Lache, Gabriel Rogalli, Holger Schelp, Guido Schmiemann, Jörg Schnakenberg, Wolfgang Trescher, Stefan Zutz