

JOURNAL FÜR HYPERTONIE

GAUL G, DORNAUS C

Therapie-Adhärenz bei arterieller Hypertonie

*Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension 2001;
5 (4), 7-15*

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ZEITSCHRIFT FÜR HOCHDRUCKERKRANKUNGEN

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

THERAPIE-ADHÄRENZ BEI ARTERIELLER HYPERTONIE

Summary

Therapy adherence poses as central problem in all chronic diseases when therapy should last for years or even life long. Arterial hypertension is an endemic disease, afflicting almost a fourth of the adult population in civilized countries. By its pathophysiologic changes in the arterial vasculature of the whole arterial system and specifically in the target organs heart, brain and

kidney hypertension is responsible as one main cause for the high mortality rates from cardiovascular diseases. This review defines therapy adherence as newer topic in the literature on hypertension and discusses reasons for good and bad compliance with therapeutic counseling on the long term. Finally, recommendations for amelioration of therapy adherence are proposed.

ZUSAMMENFASSUNG

Therapieadhärenz ist bei allen chronischen Erkrankungen mit einer über Jahre gehenden, oft lebenslangen Therapie ein zentrales Problem. Hypertonie ist eine Volkserkrankung, die bei einem Viertel der erwachsenen Bevölkerung auftritt. Aufgrund der Auswirkungen auf die Gefäße des gesamten arteriellen Schenkels des Kreislaufsystems und im speziellen auf das Gefäßsystem der Zielorgane Herz, Hirn und Niere ist die Hypertonie – besonders die insuffizient behandelte – eine Hauptursache für das hohe Ausmaß an tödlichen Herz-Kreislauferkrankungen. In der vorliegenden Übersicht wird der Begriff der Therapieadhärenz definiert und die Ursachen einer schlechten und guten Befolgung der therapeutischen Ratschläge diskutiert. Schließlich werden Empfehlungen zur Besserung der Therapieadhärenz aufgezeigt.

EINLEITUNG

In den Vereinigten Staaten wird die Zahl der Hypertoniker auf 23 % der weißen Bevölkerung geschätzt, in Absolutzahlen also 46 Millionen der weißen Bevölkerungsgruppe [1]. Allerdings ist es für einen Patienten von der medizinischen Zuordnung in die Diagnosegruppe Hypertonie bis zur effektiven Einstellung des Blutdrucks im Sinne der erwarteten Zielwerte ein – sozioepidemiologisch gesehen – weiter Weg. Die Zahl jener Patienten, die sich ihrer Situation als Hypertoniker bewußt sind – die sog. *awareness* – ist bei Männern im allgemeinen niedriger als bei Frauen (62,9 vs. 74,5 %). Eine Behandlung lassen ebenfalls deutlich weniger Männer als Frauen zu (45 vs. 59,8 %). Schließlich wird der Zielwert nur mehr von einem kleinen Anteil der hypertensiven Bevölkerung erzielt: 19,3 % der männlichen und 26,7 % der weiblichen Bevölkerung können als zufriedenstellend eingestellt bezeichnet werden [1, 2]. Das bedeutet aber, daß bei bis zu 80 % der entdeck-

ten Hypertoniker die Folgeerscheinungen der Hypertonie gegenüber einer nicht hypertonen Bevölkerung in signifikant höherem Ausmaß zu finden sein werden: Die koronare Herzkrankheit um den Faktor 2,0 für Männer und 2,2 bei Frauen, Schlaganfälle um das 3,8-fache bei Männern und das 2,6-fache bei Frauen, die periphere arterielle Verschlusskrankheit um das Doppelte bei Männern und das 3,7-fache bei Frauen, die dilatative Kardiomyopathie um das Vierfache häufiger bei Männern und das Dreifache bei Frauen [3], das Risiko, an einer Nephropathie zu erkranken, ist gar bis zum 22-fachen erhöht [4]! Dementsprechend wird der grundsätzlichen Befolgung der therapeutischen Empfehlungen, der sog. Therapie-Compliance, aber auch dem dauerhaften Kontrollieren und Einstellen der mit dem erhöhten Blutdruck verbundenen Risikofaktoren und dem erhöhten Blutdruck selbst, der Therapie-Adhärenz, in zunehmenden Ausmaß Bedeutung und auch wissenschaftliches Interesse gewidmet. Der folgende Übersichtsartikel soll die Probleme der Therapieadhärenz definieren und Ansätze zur Verbesserung aufzeigen.

DAS PROBLEM DER THERAPIE-ADHÄRENZ

In einer retrospektiven Studie mit Versicherungsdaten einer amerikanischen Disease-Management Datenbank wurde folgende Untersuchung durchgeführt: Aus den Rezepturdaten von über 1,3 Millionen Patienten wurden jene Daten ausgewählt, die Neu-

verschreibungen von Antihypertensiva betrafen. Die Patienten waren dadurch definiert, daß in den 12 Monaten vor der geprüften Medikation zur Senkung des erhöhten Blutdrucks keine antihypertensive Therapie verabreicht wurde. Die Antihypertensiva wurden in Gruppen zusammengefaßt und zwar: Thiazid-Diuretika, β -Blocker, Kalzium-Kanal-Blocker, ACE-Hemmer und Angiotensin II-Rezeptor-Antagonisten. Insgesamt konnten 21.723 Patienten gefunden werden, die im Jahr zuvor keine Hochdrucktherapie erhalten hatten. Die Verschreibungssituation dieser Patientengruppe wurde über ein Jahr verfolgt. Dabei konnte gezeigt werden, daß das erstverordnete Medikament von 38–64 % je nach der Art des Medikaments weiter gekauft wurde, 6–9 % der Patienten auf eine andere Therapiekategorie umstiegen und bei 29–56 % der Patienten keine nachvollziehbare weitere antihypertensive Therapie bestellt wurde [5]. Die Autoren dieser Studie wiesen aber ausdrücklich darauf hin, keinerlei Informationen über die therapeutische Effektivität der Blutdruckeinstellung zu haben.

Die gemeinsame Aussage der eingangs erwähnten epidemiologischen Studie und der eben zitierten Verlaufsbeobachtung bei Neuverschreibungen über den Anteil gut eingestellter Hypertoniker zeigt das Ausmaß des Dilemmas der Langzeitkontrolle des Blutdrucks, bzw. der Adhärenz mit der Therapie, auf: Bis zu 80 % der Hypertoniker sind nicht adäquat eingestellt, bis zu 56 % hören einfach auf, Hochdruckmittel weiter zu kaufen.

DAS ANGESTREBTE THERAPIEZIEL

Entsprechend den zuletzt publizierten Guidelines der WHO-ISH [6] sollte der Blutdruck in die Nähe des optimalen ($< 120/80$ mmHg) oder zumindest des normalen Blutdrucks ($< 130/85$ mmHg) gemäß dieser Definition gebracht werden. Als noch akzeptabel für die Definition des Normbereichs gelten Werte von $130-139/85-89$ mmHg – sog. hoch-normale Werte. Alle Werte darüber sind den drei Graden der Hypertonie bzw. der Sonderform der isolierten systolischen Hypertonie ISH ($> 140/< 90$ mmHg) zuzuordnen. Diese Zuordnung ist eine Weiterführung der Empfehlungen des Joint National Committee VI zur Prävention, Erkennung, Evaluation und Behandlung eines erhöhten Blutdrucks aus 1997 [7] und ist auch in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks [8]. Nach diesen Kriterien sollte bei Blutdruckwerten $> 180/> 110$ mmHg unverzüglich eine Pharmakotherapie begonnen werden, unterhalb dieser Werte nur, wenn zusätzliche Risikofaktoren wie Nikotinabusus, Übergewicht etc. vorliegen. Bei Vorliegen eines Diabetes und/oder einer Niereninsuffizienz sollte bereits bei „hoch-normalen“ Blutdruckwerten eine Pharmakotherapie einsetzen.

Um den Blutdruckzielwert im Normbereich zu erreichen, müssen grundsätzlich zwei Maßnahmen bedacht werden: eine Reduktion der Risikofaktoren, die eine Hypertonie perpetuieren

oder verstärken und – aber erst in zweiter Linie – eine medikamentöse Einstellung der Hypertonie.

ZUR REDUKTION DER RISIKOFAKTOREN

Der übliche, neu einzustellende Hypertoniker in unseren Praxen ist zwischen 50 und 60 Jahre alt, mit gleicher Wahrscheinlichkeit eine Frau oder ein Mann, er/sie ist übergewichtig, bewegt sich nur ungern, trinkt in einem hohen Ausmaß regelmäßig Alkohol und raucht in ca. 30 %. Die anempfohlene Reduktion der Risikofaktoren stellt einen dramatischen Eingriff in das Leben der Patienten dar und wird nur befolgt werden, wenn Beschwerden vorhanden sind oder ein entsprechendes Krankheitsbewußtsein durch ein einfühlsames Arzt-Patienten-Verhältnis erreicht werden kann. Je größer die Beschwerden eines Patienten sind, desto leichter wird es möglich, ihm eine Änderung seiner Lebensweise nahe zu bringen. Nur:

Macht ein mäßig erhöhter Blutdruck Beschwerden?

Die Frage ist nicht so einfach zu beantworten, da auch eine vergleichbar gesunde Normalbevölkerung immer wieder Symptome wie Kopfwahl, Schwindel, Benommenheit beklagt. In einer schwedischen Studie wurden 191 unbehandelte Männer zwischen 45 und 60 Jahren verschiedenen psychometrischen Tests und einer Analyse mittels Fragebogen nach Symptomen unterzogen, ohne daß den Probanden ihr Blutdruck bekannt war. Dabei zeigte sich in

der Gruppe mit 96 gering bis mittelschweren Hypertonikern gegenüber 91 normotensiven Männern statistisch signifikant ein Überwiegen von Schlafstörungen, nervösen Beschwerden (Unruhe, Fahrigkeit etc.) und Störungen der Sexualfunktion [9]. In einer Studie mit 315 Frauen, die älter als 60 Jahre waren, wurde die antihypertensive Medikation gegen Placebo getauscht und sodann nach 4–8 Wochen die Befindlichkeit, bzw. die Lebensqualität der Patientinnen mittels Fragebogen erfaßt. Dabei korrelierte das Ausmaß der Blutdruckerhöhung mit einer Einschränkung der Auffassungsgabe und einer Einschränkung der sozialen Aktivitäten, die zeitliche Dauer der Blutdruckanamnese mit vermehrten somatischen Beschwerden, wie Kopfschmerz, Schwindel oder Schlafstörungen [10].

Blutdruckerhöhung – auch in einem geringeren Ausmaß – macht offensichtlich doch Beschwerden. In einer Studie von Williams und Koll konnte gezeigt werden, daß das Ansteigen des Blutdrucks und die momentane Höhe mit äußeren beeinflussen Parametern sehr gut in Beziehung gesetzt werden kann, daher sollte an sich sehr früh im Entdecken einer Hypertonie eine Veränderung der Risikofaktoren angestrebt werden [11]. Oft aber ist diese Symptomatik nicht gravierend genug, um im Patienten die Überzeugung der Abkehr von gewohnten Sitten zu bewirken.

Frisch entdeckte Hypertonie: das „labelling phenomenon“

Wenn einem Patienten seine Situation als Hypertoniker auf Grund der Diagnosestellung

bewußt gemacht worden ist, kommt es zur häufigen Beobachtung, daß diese Patienten – vom Zeitpunkt der Mitteilung dieser Diagnose – vorher nicht gekannte Beschwerden haben: rasche Ermüdbarkeit, eine herabgesetzte Stimmungslage, eine vermehrte Krankheitsanfälligkeit, eine verstärkte Neigung zur depressiven Verstimmung und zu vermehrter Ängstlichkeit. Im englischen Schrifttum wird dies als *labelling phenomenon* bezeichnet, also als Phänomen des Abgestempelt-Seins oder Zugeordnet-Seins [12]. So kam es etwa unter frisch entdeckten Hypertonikern im darauffolgenden Jahr zu 80 % mehr Arbeitsausfällen gegenüber 9 % beim normotensiven Vergleichskollektiv [13].

Beschwerden von Hypertonikern als Nebenwirkungen der Therapie

Die bisher besprochenen Beschwerden stehen am Beginn von Diagnostik und Therapie eines neu entdeckten Patienten mit arterieller Hypertonie. Wenn eine Therapie einmal begonnen wurde, kommt noch eine dritte Möglichkeit der Beschwerden bei Hypertonikern hinzu: die durch die Nebenwirkung von Medikamenten induzierten Beschwerden. Hier kann von gruppenspezifischen Aspekten ausgegangen werden, die nach den Hauptgruppen der Therapie kurz umrissen werden sollen. Eine genaue Darstellung würde das Thema dieser Abhandlung überschreiten und sollte der entsprechenden Fachliteratur entnommen werden.

Diuretika erzeugen in einer Dosierung von 25–50 mg Hydrochlorothiazid/Tag bei Männern vermehrte Störungen

der Sexualfunktion, d. h. Libido-verlust, Erektions- und Ejakulationsstörungen [13, 14], aber auch eine erhöhte Gichtanfälligkeit, durch die es zu einem Absetzen der Therapie auch in kontrollierten Studie bis zu 15 % kommt [14]. Bei Frauen mit Diuretika-Medikation besteht ebenfalls eine vermehrte Störung der Sexualfunktion, hinsichtlich des Verlusts von Libido, Anorgasmie und einer verminderten vaginalen Lubrifikation [15]. Werden Diuretika in einer Dosierung von 12,5–25 mg/die verabreicht, wie etwa in der SHEP-, TOMHS- oder in den jüngst veröffentlichten Teilen der ALLHAT-Studie, kommt es kaum mehr zum Auftreten von Nebenwirkungen, auch die sexuelle Dysfunktion der männlichen Patienten ist in geringerem Ausmaß vorhanden [16].

Beta-Blocker müssen aufgrund der unterschiedlichen pharmakologischen Eigenschaften bezüglich ihres Nebenwirkungsprofils unterteilt werden:

- Propranolol als nicht-selektiver, lipophiler Beta-Blocker erzeugt in einem 10 %-Niveau Unruhe, Schläfrigkeit, Diarrhoe, Beinschwäche und Kurzatmigkeit [13]. Eine Störung der Sexualfunktion konnte in placebokontrollierten Studien bei Männern nicht immer nachgewiesen werden [15, 17]. Bei Frauen kommt es zu einer Verstärkung von Beinkrämpfen im Sinne eines M. Raynaud [14].
- Atenolol als β_1 -selektiver, hydrophiler Beta-Blocker beeinflusst die sexuelle Funktion bei Männern negativ [18], schneidet aber im Vergleich zu Propranolol trotzdem beim Parameter „well-being“ besser ab [19].

- Celiprolol mit deutlichen intrinsischen β_2 -mimetischen Eigenschaften beeinflusst in einer placebokontrollierten Studie die sexuelle Funktion bei Männern nicht [18].

Ca-Kanal-Blocker vom Dihydropyridin-Typ (Nifedipin und Analoga) weisen als typische Nebenwirkungen das Auftreten peripherer Ödeme, verstärkte Kopfschmerzen und plötzliche Hautrötungen im Sinn von *flushes* auf. Offensichtlich ist aber auch dies mit einer veränderten pharmakologischen Abgabe des Therapeutikums verbesserbar [20].

ACE-Hemmer verbessern die allgemeine Befindlichkeit und Belastbarkeit und haben auf die Störung der Sexualfunktion einen unterschiedlichen Einfluß [14, 15]. Bei 10–20 % der Patienten kommt es zum Auftreten eines unstillbaren Reizhustens. Die unterschiedliche Beeinflussung der Lebensqualität zwischen Captopril und Enalapril wurde in einer berühmt gewordenen Untersuchung direkt untersucht: eine bestehende schlechte Lebensqualität wurde mit Captopril häufiger gebessert als mit Enalapril [21].

Angiotensin II-Rezeptor-Blocker dürften generell ein äußerst geringes Nebenwirkungsprofil haben, sie unterscheiden sich in dieser Hinsicht kaum von den Nebenwirkungen im jeweiligen Placebo-Arm [22, 23].

Beschwerden bei Hypertonikern haben drei mögliche Ursachen

Insgesamt gesehen haben Hypertoniker also drei verschiedene Ursachen ihrer Beschwerden:

1. Die Erkrankung als solche, die Beschwerden in sehr unterschiedlicher Intensität hervorruft,
2. das Bewußtsein, eine unter Umständen lebenslange Erkrankung zu haben und
3. die Beschwerden aufgrund der Nebenwirkungen der antihypertensiven Medikamente.

MÖGLICHE URSACHEN DER MANGELHAFTEN THERAPIE-ADHÄRENZ

Es erscheint klar, daß ein Absetzen der Medikation durch den/die PatientIn ein sehr bewußter Akt ist, mit dem wir Ärzte uns auseinandersetzen müssen. Über die genauen Ursachen kann zum Teil nur spekuliert werden, vieles ist aber schon bewiesen:

- Patienten mit depressivem Zustandsbild, der sog. *minor* oder *major depression* sind häufiger nicht therapieadhärent.
- Medikamenten-induzierte unangenehme Nebenwirkungen, die die Lebensfreude, das *well-being*, die Lebensqualität, beeinträchtigen, führen oft zu einem Abbruch der Therapie.
- Ein Verleugnen der Krankheit: Hier spielen sicher Gefühle wie Ohnmacht, Wut, Zorn eine Rolle, die sich als autoaggressive Affekte in einer Therapieverweigerung äußern.
- Mangelnde Aufklärung über die möglichen Folgen einer solchen Handlung.

PRÄDIKTOREN DER THERAPIE-ADHÄRENZ

Kann ein Therapie-adhärentes Verhalten eines Patienten vorhergesagt werden [24]? Patienten, die einer vorgeschlagenen Hochdrucktherapie nicht folgen und/oder sie abbrechen, sind häufiger

- männlich,
- haben Partnerschaftskrisen oder sind sozial isoliert,
- beschäftigungslos,
- depressiv,
- neigen vermehrt zum Nikotinabusus,
- konsumieren häufiger exzessiv Alkohol und
- haben generell häufiger eine ungesunde Lebensweise.

Im Gegensatz dazu gibt es auch Faktoren einer positiven Therapie-Adhärenz:

- Frauen sind Therapie-adhärenter als Männer. Es entspricht einer medizinischen Banalerfahrung, daß Frauen medizinische Ratschläge viel leichter und ordentlicher befolgen als Männer.
- Regelmäßige Arztbesuche: Das Vereinbaren häufiger Arztbesuche bedeutet ein vermehrtes Sorgen um den Patienten und ist bei allen chronischen Therapien mit einer verbesserten Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit und zur Befolgung ärztlicher Ratschläge korreliert
- Andere zusätzliche Krankheiten: offensichtlich kommt es bei einem Mehr an Krankheit auch zu einem verbesserten Akzeptieren und Einstellen der eigenen Situation auf das Kranksein.

- Geringe Menge an einzunehmender Therapie. Auch dieser Punkt ist logisch und zu erwarten: Es muß einen Unterschied machen, ob ein Mensch dreimal am Tag vier Tabletten oder einmal am Tag eine Tablette zu sich nimmt, um immer wieder das gleiche Behandlungsziel zu erreichen.

Ohne Einfluß auf die Therapie-Adhärenz sind

- das Ausmaß der Bildung,
- der sozioökonomische Status.

ERKENNUNGSMÖGLICHKEITEN VON ADHÄRENZ BZW. NICHT- ADHÄRENZ

In der Praxis genügt es zumeist, auf die folgenden drei simplen Situationen zu achten [25]:

1. Die Beachtung, ob der Patient den vereinbarten Termin ernst nimmt und einhält. Das Nichteinhalten eines vereinbarten Termins stellt einen klaren und sehr (auto-)aggressiven Akt der Nicht-Adhärenz dar, ebenso kann angenommen werden, daß Patienten, die sehr unregelmäßig zu Kontrollen kommen, die vorgeschlagene Therapie zumeist ebenso unregelmäßig einnehmen.

2. Therapieversager: Patienten, die unter der üblichen Therapie nicht einstellbar sind und auch bei Erhöhung der Therapie keine adäquate Besserung ihrer Hochdrucksituation zeigen, sind zu einem hohen Prozentsatz Therapieverweigerer. Gesichert kann dieser Verdacht werden, wenn eine Beta-Blocker-Medikation nicht zur zu erwartenden Bradykardie führt, eine Diuretika-Therapie

nicht zu einer K⁺-Absenkung, bzw. zu einem Ansteigen des Harnsäurespiegels.

3. Nachfragen: Bei direkter Frage, ob Patienten ihre Therapie einnehmen, geben 55 % der Therapieverweigerer auch zu, die Medikamente nicht einzunehmen, nur 13 % der Therapiewilligen geben eine falsche Auskunft. Diese direkte Methode der Befragung der Patienten hat also eine Sensitivität von 55 % und eine Spezifität von 87 %.

Für wissenschaftliche Fragestellungen hat sich das sog. „pill-counting“ nicht wirklich bewährt, bei dem die übrig gebliebenen Tabletten der vorgeschlagenen Therapie abgezählt werden. Sicherer wäre die Überprüfung der Abstände, die in der Apotheke zwischen den einzelnen Medikamentenbesorgungen liegen oder in der zentralen Abrechnung der Rezepte. Beide Vorgangsweisen können aber nur mit Einverständnis des Patienten durchgeführt werden. Ferner kann bei manchen Medikamenten der Spiegel leicht gemessen (Digoxin, Amiodaron) oder der biologische Medikamenteneffekt kann geprüft werden (Cumarin-Derivate). Wenn dies nicht möglich ist, wurde mit Beimengungen nicht-toxischer Marker versucht, den Medikamenten-Spiegel zu prüfen. Die modernste Entwicklung sind Pillensponder, die die Abgabe von Tabletten von der Menge und Zeit her genau monitieren und daher überprüfbar machen.

IST DIE THERAPIE-ADHÄRENZ ZU BEEINFLUSSEN?

Die Strategien, die Adhärenz zu beeinflussen und zu verbessern, haben drei Ansatzpunkte bzw. Richtungen:

- Die kognitive Ebene: der Patient muß verstehen, was er hat, welche Folgen die Erkrankung haben kann und welche therapeutischen Möglichkeiten es gibt.
- Die behavioristische Ebene: der Patient muß für das Einhalten der Therapievorschrift irgendeine Form einer Belohnung spüren, also Lob des Arztes/der Schwester, weniger Beschwerden, bessere Lebensqualität.
- Die soziale Ebene: das soziale Umfeld, die Situation des Arbeitsplatzes, die Lebenspartner müssen beim Planen der Therapie einbezogen werden.

In der Alltagspraxis scheint es zur Verbesserung der Akzeptanz der Therapie zunächst am leichtesten zu sein, an den Nebenwirkungen anzusetzen: Hier sei nochmals die eingangs erwähnte Studie der Verschreibungssituation zitiert [5]. Die Einnahme des gleichen Medikaments über ein Jahr war stark von der Medikamentenklasse abhängig:

- 38 % der Patienten behielten ein Jahr lang Diuretika bei,
- 43 % Beta-Blocker,
- 50 % Ca-Kanal-Blocker,
- 58 % ACE-Hemmer und
- 64 % Angiotensin II-Rezeptor-Antagonisten.

Ein Abbruch der Therapie war parallel dazu zu registrieren bei

- 56 % der Patienten mit Diuretika-Gabe,
 - 50 % mit Beta-Blocker-Medikation,
 - 41 % mit Ca-Kanal-Blockern,
 - 33 % mit ACE-Hemmern und
 - (nur) 29 % mit Angiotensin II-Rezeptor-Antagonisten,
- ein Umstieg auf eine andere Medikamenten-Gruppe war in allen verglichenen Gruppen um die 7 %, also vergleichbar.

Zusätzlich konnte registriert werden:

- Ein Festhalten an der Therapie war auch altersabhängig, generell waren junge Patienten unter 40 Jahren weniger zuverlässig im Weiterführen der Therapie als Patienten über 65.
- Außerdem konnte gezeigt werden, daß die Verabreichungshäufigkeit eines Medikaments, d. h. ob ein Therapeutikum einmal oder mehrmals am Tag eingenommen werden muß, einen deutlichen Unterschied in der therapeutischen Adhärenz mit sich bringt: Gegenüber einer mehrmaligen Tagesdosis ist die Einmalgabe von Medikamenten mit einer deutlich verbesserten Einnahmesicherheit verbunden.

Ähnliche Ergebnisse berichtet eine Untersuchung in 283 amerikanischen Arztpraxen [26]: Es wurden 2626 Patienten mit nicht zufriedenstellender Blutdruckeinstellung (d. h. $RR_{diast} > 90$ mmHg) randomisiert mit Losartan 50 mg einmal/die, Losartan-Hydrochlorothiazid-Kombination mit 12,5 oder 25 mg versus eine üblichen Hochdrucktherapie behandelt. 23 % der mit der herkömmlichen Therapie behandelten Patienten mußten die Behandlungsgruppe wegen eines zu geringen Thera-

pieerfolges wechseln, während dies nur bei 9 % der Losartan-behandelten Patienten der Fall war. Der Ziel-Blutdruckwert von $RR_{diast} < 90$ mmHg konnte häufiger in der Losartan-Gruppe erzielt werden, was einen Trend zu einer effektiveren Behandlung aufzeigte ($p = 0,058$), das Nebenwirkungsprofil war unter der Losartan/HCTZ-Medikation deutlich geringer als bei der herkömmlichen Therapie ($p < 0,001$).

Darüber hinaus muß aber immer wieder betont werden, daß eine Absenkung der Risikofaktoren jede antihypertensive Therapie begleiten muß. So konnten Anderson und Mitarb. in einer Studie an 975 behandelten Hypertonikern, die über 60 Jahre alt waren, zeigen, daß die Lebensqualität vor allem in den Items physiologische Befindlichkeit und Vitalität gegenüber einer Normalbevölkerung deutlich eingeschränkt war und Übergewicht am deutlichsten diese beiden Items beeinflusste. Es kann also angenommen werden, daß eine Gewichtsreduktion diese Parameter auch günstig beeinflussen würde [27].

DAS ZENTRALE PROBLEM DER LANGZEIT-HOCHDRUCK- THERAPIE IST DIE THERAPIE- ADHÄRENZ

Therapie-Adhärenz ist sicher das zentrale Problem der Langzeitbehandlung von Hypertonikern. Wie bei allen komplexen Fragestellungen wird nicht eine Maßnahme, etwa die Konstruktion eines nebenwirkungsfreien gut

wirksamen Therapeutikum mit Einmalgabe, alle Probleme beseitigen. Eine Mehrfachstrategie sollte folgende Themen beinhalten:

- Eine genaue Aufklärung des Patienten über seine Krankheit, deren Risiken, das Therapieziel und die möglichen Nebenwirkungen der Medikamente.
- Der Patient muß Fragen stellen können und die Anteilnahme des Arztes/der Ärztin und der medizinischen Mitarbeiter spüren.
- Einschüchterungen und Verängstigungen sind kontraproduktiv.
- Der behandelnde Arzt muß immer wieder versuchen, eine Polypragmasie zu vermeiden. Die Therapie, aber auch die Bereitschaft des Patienten, aktiv an seiner Krankheit zu arbeiten, soll immer angesprochen werden.
- Der Patient soll auf seinem Weg zur Gesundheit bestärkt und bestätigt werden: positives Feedback bei Kontrollen, knappe Terminvereinbarungen, Erkundigung über versäumte Visiten des Patienten.
- Einbeziehen des sozialen Umfelds des Patienten in die Therapieführung: Aufklären des Lebenspartners, Aufmunterung, Miteinbeziehen in die Therapie.
- Gute Erfahrung mit Krankenpflegepersonal am Arbeitsplatz, die Patienten direkt beraten und die Therapie mit den Arbeitsgewohnheiten abstimmen, das sog. *Cueing* [25].
- In besonderen Fällen sind wöchentliche Anrufe und Nachfragen nach der Befindlichkeit sicher Adhärenzfördernd.
- Selbstmessung des Blutdrucks, Aufzeichnung, Instruktion über

Vorgangsweise bei Nicht-Erreichen eines Therapieziels („Selbstmedikation“) und Anrufe bei Nichteinhalten eines vereinbarten Termins haben gute Ergebnisse gezeigt [28].

- Zusammenstellen von Patientengruppen, um mit Gleichgesinnten Erfahrung, Krankheitsleid, aber auch Spaß auszutauschen.
- Öffentliche Aufklärung verändert das Bewußtsein des Kranken im Umgehen mit der Krankheit, Hypertonie soll gesellschaftsfähig sein.

Es sollte klar geworden sein, warum die Verbesserung der Therapie-Adhärenz so schwierig ist. Sie erfordert eine sehr intensive Arzt-Patienten-Beziehung mit starken psychosozialen Fähigkeiten des Arztes, aber auch viel Zeit, um den Ansprüchen des Patienten auch wirklich gerecht zu werden.

Literatur:

- Hall WD. Geographic patterns of hypertension in the United States. In: Izzo JL, Black HR (eds). Hypertension Primer. The essentials of high blood pressure. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1999; 226–8.
- Kitler ME. The changing face of hypertension and antihypertensive agents. *Drugs and Aging* 1996; 8: 5–11.
- Kannel WB, Wilson PWF. Cardiovascular risk factors and hypertension. In: Izzo JL, Black HR (eds). Hypertension Primer. The essentials of high blood pressure. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1999; 199–202.
- Klag MJ. Renal risk. In: Izzo JL, Black HR (eds). Hypertension Primer. The essentials of high blood pressure. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1999; 211–4.
- Bloom BS. Therapy adherence with antihypertensive medication after one year. *Clin Ther* 1998; 20: 671–81.
- Chalmers J et al. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17: 151–85.
- The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1987; 157: 2413–46.
- Leitlinien der Deutschen Hypertonie Gesellschaft/Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdrucks: Arterielle Hypertonie. AWMF Leitlinien-Register Nr.046/001. AWMF online, awmf@uni-duesseldorf.de; <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/ihyp01.htm>
- Dahlöf C. Well-Being (Quality of Life) in connection with antihypertensive treatment. *Clin Cardiol* 1991; 14: 97–103.
- Robbins MA, Elias MF, Groog SH, Colton T. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosom Med* 1994; 56: 251–9.
- Brondolo E, Rosen RC, Kostis JB, Schwartz JE. Relationship of physical symptoms and mood to perceived and actual blood pressure in hypertensive men: A repeated-measures design. *Psychosom Med* 1999; 61: 311–8.
- Bulpitt CJ, Fletcher AE. Importance of well-being to hypertensive patients. *Am J Med* 1988; 84 (Suppl 1B): 40–6.
- Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med* 1978; 299: 741–4.
- Williams GH. Quality of life and its impact on hypertensive patients. *Am J Med* 1987; 82: 98–105.
- Prisant LM, Carr AA, Bottini PB, Solursh DS, Solursh LP. Sexual dysfunction with antihypertensive drugs. *Arch Int Med* 1994; 154: 730–6.
- Weir MR, Flack JM, Applegate WB. Tolerability, safety, and quality of life and hypertensive therapy: The case for low-dose diuretics. *Am J Med* 1996; 101 (suppl 3A): 83S–92S.
- Müller A, Montoya P, Schandry R, Hartl L. Changes in physical symptoms, blood pressure and quality of life over 30 days. *Behav Res Ther* 1994; 32: 593–602.
- Cleophas TJM, van der Mey N, van der Meulen J, Niemeyer MG. Quality of life before and during antihypertensive treatment: a comparative study of celiprolol and atenolol. *Int J Clin Pharm Ther* 1996; 34: 312–7.
- Cruikshank JM. Beta-blockers and quality of life. *BJCP* 1992; 46: 34–8.
- Testa MA, Turner RR, Simonson DC, Krafchik MB, Calvo C, Luque-Otero M and the Nifedipine GITS study group. Quality of life and calcium channel blockade with nifedipine GITS versus amlodipine in hypertensive patients in Spain. *J Hypertens* 1998; 16: 1639–47.
- Testa MA, Anderson RB, Nackley JF, Hollenberg NK. Quality of life and hypertensive therapy. A comparison of Captopril with Enalapril. *N Engl J Med* 1993; 328: 907–13.
- Goldberg AI, Dunlay MC, Sweet CS. Safety and tolerability of losartan potassium, an angiotensin II receptor antagonist, compared with hydrochlorothiazide, atenolol, felodipin ER, and angiotensin-converting enzyme inhibitors for the treatment of systemic hypertension. *Am J Cardiol* 1995; 75: 793–5.
- Weber MA. Angiotensin II Receptor Blockers. In: Izzo JL, Black HR (eds). Hypertension Primer. The essentials of high blood pressure. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1999; 377–8.
- Hill MN. Adherence to antihypertensive therapy. In: Izzo JL, Black HR (eds). Hypertension Primer. The essentials of high blood pressure. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1999; 348–51.
- Haynes RB. Improving patient adherence: State of the art, with a special focus on medication taking for cardiovascular disorders. In: Burke LE, Ockene IS (eds). Compliance in healthcare and research. Futura Publishing company, Inc, Armonk, NY, 2001; 3–21.

26. Moore MA, Edelman JM, Gazdick LP, Vrecenak AJ, deLucca P, Flaherty JT. Choice of initial antihypertensive medication may influence patient adherence. *High Blood Press* 1998; 7: 156–67.

27. Anderson RT, Hogan P, Appel L, Rosen R, Shumaker SA. Baseline correlates with quality of life among men and women with medication-controlled hypertension. The trial of non-pharmacologic interventions in the elderly (TONE). *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1080–5

28. Takala J, Niemela N, Rosti J. Improving adherence with therapeutic regimens in hypertensive patients in a community health center. *Circulation* 1979; 59: 540–3.



Prim. Dr. med. Georg Gaul

Geboren 1947 in Halle/Saale, Deutschland. 1971 Promotion zum Dr. med. an der Universität Wien. 1972 Eintritt in das Hanusch-Krankenhaus Wien, Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin. 1978 Facharzt für Innere Medizin, Oberarzt an der Herzstation. 1985 Studienaufenthalt an der Cleveland Clinic, Ohio, USA. 1995 Ernennung zum Vorstand der II. Med. Abteilung im Hanusch-Krankenhaus. 2001 Wahl zum Präsidenten der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft für das Jahr 2002–2003.

Mitglied mehrerer wissenschaftlicher Gesellschaften, Verfasser und Co-Autor von über 150 medizinischen Publikationen.

Korrespondenzadresse:

*Prim. Dr. med. Georg Gaul
Hanusch-Krankenhaus, 2. Med. Abteilung (Herzstation)
A-1140 Wien, Heinrich-Collin-Straße 30*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung