Journal für
Kardiologie
Austrian Journal of Cardiology
Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauferkrankungen

Clinical Shortcuts: Neue Hypertonie-Guidelines – was ist in der Praxis zu beachten?

Weber T

Journal für Kardiologie - Austrian Journal of Cardiology 2024; 31 (11-12), 298-299

Homepage:
www.kup.at/kardiologie
Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

ÖKG Österreichische Kardiologische Gesellschaft
Offizielles Partnerjournal der ÖKG

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®
Member of the ESC-Editor's Club

Offizielles Organ des Österreichischen Herzfonds

ACVC Association for Acute CardioVascular Care
In Kooperation mit der ACVC

Indexed in ESCI part of Web of Science
Indexed in EMBASE

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz
P.b.b. 02Z031105M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21 Preis: EUR 10,–

Medtronic
Engineering the extraordinary

Expert 2 Expert 2026

15.01. – 17.01.2026, Linz

Gemeinsam für eine bessere Patientenversorgung.

OmniaSecure | Micra 2 | Aurora | Affera | LINQ II | TYRX

Vorabanmeldung aufgrund limitierter Plätze notwendig.
Bei Interesse bitte bei Ihrem Medtronic Außendienstmitarbeiter anfragen.

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

Neue Hypertonie-Guidelines – was ist in der Praxis zu beachten?

T. Weber

Abteilung für Innere Medizin II, Kardiologie und Intensivmedizin, Klinikum Wels-Grieskirchen

1. Blutdruckmessen

Mit validierten Geräten (z. B. www.stridebp.org), Messung standardisiert, korrekte Manschettengröße, grundsätzlich am Oberarm (Ausnahme: sehr großer Armdurchmesser), erste Messung an beiden Armen und in der Folge auf der höheren Seite, Messung auch im Stehen (Orthostase?).

Out-of-Office-Blutdruckmessung (24-Stunden-Blutdruckmonitoring, Blutdruckselbstmessung) zur Diagnose einer Hypertonie Klasse-I-Empfehlung.

2. Blutdruck-Klassifikation

Rationale: Epidemiologische Studien, die einen Anstieg des kardiovaskulären Risikos ab einem systolischen Blutdruck von 115 mmHg zeigen, und neue klinischer Studien, die ein niedrigeres Blutdruckziel nahelegen.

	Office-BD	BD-Selbstmessung	ABDM Tag	ABDM Nacht	ABDM 24 Stunden
Nicht-erhöhter Blutdruck	< 120/70	< 120/70	< 120/70	< 110/60	< 115/65
Erhöhter Blutdruck	120/70–> 140/90	120/70–> 135/85	120/70–> 135/85	110/60–> 120/70	115/65–> 130/80
Hypertonie	≥ 140/90	≥ 135/85	≥ 135/85	≥ 120/70	≥ 130/80

BD: Blutdruck, ABDM: Automatisches Blutdruckmonitoring; Werte in mmHg

3. Einschätzung des 10-Jahres-Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen

3a) Hoch/sehr hoch

Atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankungen, Herzinsuffizienz, chronische Nierenerkrankungen (eGFR < 60 ml/min/1,73 m², Albuminurie > 30 mg/g), ausgeprägte Hypertonie-mediierte Organschäden (Herz, Gefäße, Niere), Typ-1- oder -2-Diabetes (Ausnahme: Typ-2-Diabetes, < 60 Jahre: SCORE2-Diabetes verwenden) oder familiäre Hypercholesterinämie; oder SCORE2 oder SCORE2-OP > 10 %

3b) Niedrig

SCORE2 oder SCORE2-OP < 5 %

3c) Intermediär

SCORE2 oder SCORE2-OP 5–10 %: in diesem Fall Berücksichtigung von weiteren Faktoren: positive Familienanamnese, schlechter sozioökonomischer Status, Autoimmunkrankheiten (z. B. rheumatoide Arthritis, SLE, HIV) sowie geschlechtsabhängige Faktoren (Schwangerschaftshypertonie, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Totgeburten, Frühgeburten). Bei weiter bestehenden Unklarheiten Koronarkalk, Karotis- oder Femoralisplaques, Troponin, NT-proBNP oder Pulswellengeschwindigkeit zur Unterscheidung niedriges/hohes Risiko.

4. Therapieindikation

4a) Hypertonie

Das kardiovaskuläre Risiko ist hoch genug, um eine medikamentöse antihypertensive Therapie einzuleiten. Zusätzlich sind Lebensstilmaßnahmen erforderlich.

4b) Erhöhter Blutdruck und niedriges kardiovaskuläres Risiko (< 5 %)

Lebensstilmaßnahmen und Kontrolle in 1 Jahr

4c) Erhöhter Blutdruck und hohes kardiovaskuläres Risiko

Lebensstilmaßnahmen. Wenn der BD nach 3 Monaten > 130/80 mmHg liegt, Einleitung einer medikamentösen antihypertensiven Therapie.

5. Lebensstilmaßnahmen

Wichtige Rolle in der Prävention und Behandlung von erhöhtem Blutdruck und Hypertonie. Empfohlen werden: Kochsalzreduktion (2 g Natrium entsprechend 5 g Kochsalz = 1 Teelöffel oder weniger täglich), körperliche Bewegung (> 150 min/Woche moderates oder 75 min/Woche intensives aerobes Training, kombiniert mit Krafttraining), stabiler Body-Mass-Index 20–25 kg/m², gesunde Ernährung (z. B. mediterrane Ernährung), möglichst wenig Alkohol (jedenfalls < 100 g/Woche), Beschränkung der Zufuhr von freiem Zucker (v. a. in Getränken), Nichtrauchen, Erhöhung der Kaliumzufuhr (besonders bei hoher Natriumzufuhr) auf 0,5–1,0 g/Tag (Ausnahme: moderate oder höhergradige Niereninsuffizienz).

6. Medikamentöse antihypertensive Therapie

Bevorzugt ACE-Hemmer, ARBs, Dihydropyridin-Kalziumantagonisten (DHP), Thiazide/thiazidartige Diuretika (DIU) und Betablocker (bei meist kardiologischer Indikation; KHK, Arrhythmien wie Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz-HFrEF).

Stufenschema

6a) Low-dose-Zweifach-Kombi: ACEi oder ARB / DHP / DIU; wenn unzureichend wirksam:
6b) Low-dose-Triple-Kombi: ACEi oder ARB + DHP + DIU; wenn unzureichend wirksam:
6c) maximal verträgliche Triple-Kombi: ACEi oder ARB + DHP + DIU; wenn unzureichend wirksam:
6d) *resistente Hypertonie* (→ Hypertonie-Spezialist, sekundäre Hypertonie, Adhärenz, Spironolakton, Betablocker, Alphablocker, zentral wirksame Antihypertensiva, renale Denervierung),
6e) *Beginn mit Monotherapie:* Kategorie „erhöhter Blutdruck" mit Behandlungsindikation, moderate bis ausgeprägte Gebrechlichkeit („frailty"), symptomatische orthostatische Hypotonie, Alter 85 Jahre oder mehr.

7. Blutdruckziel

7a) ideal: systolisch 120–129 mmHg (optimal 120), diastolisch 70–79 mmHg (optimal 70); bei guter Verträglichkeit,
7b) bei weniger guter Verträglichkeit: ALARA („as low as reasonably achievable") vorzugsweise < 140 mmHg systolisch.
7c) bei moderater bis ausgeprägter Gebrechlichkeit („frailty"), symptomatischer orthostatischer Hypotonie und/oder einem Alter von 85 Jahren: ALARA („as low as reasonably achievable") vorzugsweise < 140 mmHg systolisch.

8. Renale Denervierung

Kann in der klinischen Routine überlegt werden bei: resistenter Hypertonie trotz Dreifach-Kombination, unkontrollierter Hypertonie unter Therapie mit < 3 Antihypertensivaklassen bei entsprechender Patientenpräferenz nach umfassender Aufklärung, Evaluierung in einem multidisziplinären Team und in einem erfahrenen Zentrum. Die eGFR sollte > 40 ml/min/1,73m² liegen.

Literatur:

McEvoy JE, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J 2024; 45: 3912–4018.

Korrespondenzadresse:
PD Dr. Thomas Weber
Abteilung für Innere Medizin II, Kardiologie und Intensivmedizin
Klinikum Wels-Grieskirchen
A-4600 Wels, Grieskirchnerstraße 42
E-Mail: thomas.weber3@liwest.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☑ **Medizintechnik-Produkte**

Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik

Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH

Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH

InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ **Bestellung e-Journal-Abo**

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**