

Therapeutische Trägheit und Nicht-Adhärenz

# Barrieren für die Hypertoniebehandlung

**Bluthochdruck ist eines der am häufigsten behandelten Probleme in der hausärztlichen Praxis. Mangelnde Compliance zeigen dabei nicht nur die Patienten.**



**Prof. Dr. med. Paolo Ferrari**  
Perth, Australia

**L'hypertension est un des problèmes les plus communs dans la pratique du médecin de premier recours. Une compliance manquante se trouve pas seulement chez les patients.**

Es hat sich gezeigt, dass jede Erhöhung des Blutdrucks um 20/10 mmHg das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (CVD) über den gesamten Blutdruckbereich ab Werten von 115/75 mmHg verdoppelt (1, 2). Neue internationale Hypertonie-Richtlinien empfehlen, dass die Entscheidung zur Einleitung einer Behandlung nicht nur von der Höhe des Blutdrucks, sondern auch von der Beurteilung des gesamten kardiovaskulären Risikos und dem Vorhandensein von Komorbiditäten abhängt und dass das Blutdruckziel, welches durch die Therapie erreicht werden soll, vom individuellen kardiovaskulären Risikoprofil abhängt (1, 2). Zielwerte für einige Patienten mit Hypertonie und Begleiterkrankungen wie Diabetes und Nierenerkrankungen wurden für diese Patienten niedriger angesetzt als für Patienten mit Bluthochdruck ohne diese Komorbiditäten (1, 2). Eine verbesserte Wahrnehmung, Diagnose und Behandlung des Bluthochdrucks zählen zu den Top-Prioritäten in allen Gesundheitssystemen.

Trotz dieser Empfehlungen und der besseren Kenntnis der schädlichen Folgen von Bluthochdruck, gibt es immer noch einen erheblichen Anteil von Personen in der allgemeinen Bevölkerung mit Hypertonie, die unerkannt bleiben, und weniger als ein Viertel der behandelten Patienten haben einen auf den Zielwert behandelten Blutdruck (3–5). Die häufigsten Gründe (Tab. 1), die für diese enttäuschenden Ergebnisse genannt werden, sind die relative Wirkungslosigkeit der antihypertensiven Behandlungen und die schlechte Verträglichkeit oder die schlechte Compliance, die zu einem frühen Abbruch der Behandlung führen (6, 7). In diesem Beitrag werden wir uns auf zwei wichtige und wenig anerkannte Faktoren bei der Erreichung der Blutdruckziele in der klinischen Praxis konzentrieren, die therapeutische Trägheit und die Adhärenz zur vorgeschriebenen antihypertensiven Medikation.

## Therapeutische Trägheit

**Definition und Folgen:** Ein wenig erkanntes Problem für das Scheitern einer besseren Blutdruckkontrolle bei Patienten mit erhöhtem Blutdruck in der klinischen Praxis ist das Versagen der Ärzte beim Beginn einer neuen antihypertensiven Therapie oder der Erhöhung der Dosierung bei bestehender Medikation, wenn

hohe Blutdruckwerte festgestellt werden. Dies wird Trägheit genannt (8). Darüber hinaus wird dieses Problem durch das Scheitern der Konsensus-Richtlinien, den wichtigen Unterschied zwischen Wirksamkeit in klinischen Studien und Wirksamkeit in der klinischen Praxis und die Tatsache, dass Ärzte möglicherweise die neuesten Empfehlungen der Guidelines zur Behandlung von Bluthochdruck oder das Erreichen des Ziels von <140/90 mmHg nur langsam annehmen (9, 10), verstärkt.

## Quantifizierung der therapeutischen Trägheit

Therapeutische Trägheit (auch als klinische Trägheit bekannt) ist ein Maß für den Widerstand gegen eine therapeutische Behandlung für eine bestehende Erkrankung (8, 11). Sie wird allgemein als der Prozentsatz der Zahl der Visiten, in denen ein Patient mit einem bestimmten Zustand eine neue oder erhöhte therapeutische Behandlung in Bezug auf die Gesamtzahl der Besuche des Patienten bei einem Arzt bestimmt. Ein hoher Prozentsatz bedeutet, dass der Arzt langsam bei der Behandlung einer Erkrankung ist. Ein geringer Prozentsatz zeigt an, dass ein Anbieter extrem schnell bei der Anpassung der Behandlung bei Ausbruch einer Erkrankung, einschliesslich der Verschreibung neuer Medikamente ist.

**TAB. 1**

### Gründe, warum das Ziel der Senkung kardiovaskulärer Erkrankungen mit entsprechender antihypertensiver Therapie nicht erreicht wurde

#### Ärztliche Faktoren

- ▶ Zurückhaltung der Ärzte, aggressiv genug zu behandeln, so dass eine angemessene Kontrolle erreicht wird (therapeutische Trägheit)
- ▶ Unzureichende oder gar keine Aufklärung der Patienten
- ▶ Mangelndes Engagement den Patienten in die Behandlung einzuplanen

#### Patientenbezogene Faktoren

- ▶ Kosten für Medikamente und damit verbundene Pflege
- ▶ Komplexität der Dosierung
- ▶ Eine schlechte Adhärenz oder mangelnde Therapietreue

#### andere Faktoren

- ▶ Die Rolle der Genetik in der Pathophysiologie des Bluthochdrucks
- ▶ Die multifaktorielle Natur des Bluthochdrucks
- ▶ Umwelt-Faktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, Kalorienzufuhr und begleitende medikamentöse Therapie
- ▶ Relative Unwirksamkeit der Antihypertensiva
- ▶ Nebenwirkungen von Antihypertensiva

Die einfache Gleichung zur Berechnung der therapeutischen Trägheit (TT) bei der Behandlung eines bestimmten Zustandes des Patienten (z.B. Hypertonie) ist  $TT = (H/V - C/V) \times 100$ , wobei H die Anzahl der Besuche mit unkontrolliertem Bluthochdruck, (C) die Anzahl der Besuche, in denen eine Änderung vorgenommen wird, und (V) die Gesamtzahl der Besuche ist (8). Dabei muss bedacht werden, dass ein Patient mit Bluthochdruck fünf Besuche beim Arzt hat; wenn bei 4 von diesen Besuchen die Hypertonie nicht kontrolliert wird und in 2 Besuchen der Arzt eine Änderung der Behandlung des Patienten vornimmt, dann beträgt TT 40. Wenn der Arzt keine Änderungen in der Behandlung vornimmt beträgt TT 80%.

Obwohl der Begriff therapeutische Trägheit und ihre Quantifizierung von Okonofua erst im Jahr 2006 geprägt wurde (8) galt dem Konzept und seiner Relevanz unsere Aufmerksamkeit seit Beginn des Jahres 2000. Eine der wichtigsten Fragen ist die Beurteilung, warum eine antihypertensive Behandlung nicht verstärkt wird, wenn individuelle Ziele nicht erreicht werden. In einer in der Schweiz unter dem Titel „Gründe für die Intensivierung der antihypertensiven Behandlung“ (mit dem Akronym RIAT) durchgeführten Studie, wurden drei Hauptgründe für therapeutische Trägheit in der Schweizer Praxis identifiziert. Der erste war die Annahme, dass die Zeit nach dem Beginn einer Therapie mit einem neuen Medikament zu kurz ist, um seine volle Wirkung abschätzen zu können. Der zweite Grund war, dass eine deutliche Verbesserung bereits eingetreten oder der Zielwert fast erreicht worden war und der dritte, dass die Selbst-Messungen als befriedigend betrachtet wurden (5). Darüber hinaus zeigte diese Studie auch, dass unter Medizinern die Blutdruck-Ziele für Patienten mit Hypertonie nicht auf eine individuelle Risikostratifizierung zugeschnitten waren (5), was darauf hindeutet, dass die Wahrnehmung der neuen Richtlinien, die zu dieser Zeit in Fachzeitschriften veröffentlicht wurden (1, 12) die Grundversorger nicht erreichte.

## Relevanz und Management der therapeutischen Trägheit

Es gibt wenig neuere Forschung über die Überzeugung und die Praxis von Ärzten in Bezug auf die Behandlung von Bluthochdruck während der letzten Jahre (für eine Übersicht siehe 13). Darüber hinaus basieren aktuelle internationale Hypertonie-Richtlinien weitgehend auf Informationen aus epidemiologischen Daten oder Interventionsstudien, die vor allem auf Patienten aus den sogenannten Industrieländern beruhen, mit kaukasischem und zu einem geringeren Grad afroamerikanischem Hintergrund (1, 2). Somit ist nur sehr wenig über die Prävalenz, das Bewusstsein, Behandlung und die Reaktion auf eine Intervention in nicht-westlichen Ländern bekannt. Allerdings gibt es Unterschiede in den ethnischen und kulturellen Besonderheiten und den spezifischen Kenntnissen und Überzeugungen über Bluthochdruck, die für einige der Unterschiede in der Blutdruckkontrolle verantwortlich sein können (14).

Vor kurzem haben wir eine offene Umfrage zur Intervention bei Hausärzten in 1596 Zentren aus 16 Ländern in 4 verschiedenen Kontinenten durchgeführt. Dabei wurden 35.302 Patienten mit Bluthochdruck rekrutiert, um das Ausmass der therapeutischen Trägheit in nicht westlichen Ländern zu bewerten. In dieser Studie haben wir gezeigt, dass die Haltung der Ärzte die Behandlung der Patienten, die die Blutdruckziele nicht erreichen nicht zu ändern, ein weit verbreitetes Phänomen ist (11).

Auf der anderen Seite zeigte die Studie auch, dass eine einfache Intervention, die das Bewusstsein für Hypertonie-Richtlinien



### Sind die Blutdruckziele erreicht?

erhöht, die Erreichung hoher Blutdruck-Kontrollraten ermöglicht (11).

Therapeutische Trägheit wurde als ein Messverfahren zur Messung der Behandlung von Bluthochdruck entwickelt. Es ist inzwischen ein Standard-Messverfahren zur Analyse der Behandlung von häufigen Komorbiditäten wie Diabetes (1) und Hyperlipidämie (16) geworden.

Therapeutische Trägheit kann und muss angegangen werden (17). Einer der Gründe für die therapeutische Trägheit ist, dass für viele Ärzte die Hypertonie keine Priorität hat, oft wegen Mangel an Zeit oder administrativen Belastungen oder wegen der wachsenden Zahl von andern wichtigen klinischen Bereichen (18). Je nach Finanzierungsmodell könnte eine spezifische Erstattung für die Behandlung von Bluthochdruck für Ärzte, welche die Behandlungsziele anwenden, möglicherweise in Verbindung mit unterstütztem Management durch den Pflegedienst oder einen Apotheker zur verbesserten Erreichung der Behandlungsziele führen (19, 20). Es gibt bereits gute Hinweise darauf, dass die Bekämpfung der therapeutischen Trägheit durch eine verstärkte Pflege zur Behandlung von Bluthochdruck wahrscheinlich positive Ergebnisse haben wird.

Die Meilenstein Hypertension Detection and Follow Up (HDFP)-Studie basierte auf einem Programm von verstärkter medikamentöser Behandlung, verbunden mit einem Schwerpunkt auf niedrige Kosten, Komfort und hohe Therapieadhärenz. Dieses Programm führte zu einer erheblichen Senkung des Blutdrucks und niedrigerer Gesamtmortalität nach 5 Jahren Follow-up (21). Ho et al. haben gezeigt, wie wichtig die ärztlich überwachte Therapie-Intensivierung unter Mithilfe eines klinischen Pharmazie Spezialisten bei der Behandlung ist (22). In ihrer Kohorte von > 10.000 Patienten mit koronarer Herzkrankheit hatten nur 5% der Patienten einen unkontrollierten Blutdruck nach einem medianen Follow-up von 4,6 Jahren (22). Egan et al. schätzen, dass die Verringerung der therapeutischen Trägheit und die zunehmende therapeutische Effizienz unter Zuhilfenahme von Gesundheits-Feedback Reporting-Prozessen den Anteil der kontrollierten Patienten von 69 auf 80% erhöhen und die Hypertoniekontrolle um 8% erhöhen könnte (23).

### Adhärenz

**Definition und Folgen:** In der Medizin beschreibt die Adhärenz den Grad in welchem ein Patient den ärztlichen Rat korrekt befolgt. Bis vor kurzem wurde dies „Compliance“ genannt, was manchmal so ausgelegt wurde, dass nicht nach den Anweisungen für die Behandlung

(non-compliance) auf irrationales Verhalten oder vorsätzliche Missachtung der Anweisungen des Arztes zurückgeführt wurde (24). Heute bevorzugen wir die Begriffe „Adhärenz“ oder „Konkordanz“ mit einem Regime, anstatt „Compliance“, da diese Begriffe genauer die vielfältigen Gründe der Patienten den Behandlungsdirektiven nicht zu folgen, widerspiegeln (24, 25). Während dieser Begriff sich meistens auf die Einhaltung der verordneten Medikamente oder medikamentöser Therapie bezieht, kann es auch die Einhaltung anderer Therapieverläufe bedeuten.

Non-Adhärenz ist ein grosses Hindernis für eine wirksame Gesundheitsversorgung. Schätzungen der WHO zeigen, dass nur etwa 50% der Patienten mit chronischen Krankheiten, die in entwickelten Ländern leben, den Therapieempfehlungen folgen (26). In einem hoch entwickelten Land wie den USA, halten nur 51% der Patienten mit Bluthochdruck die vorgeschriebene Behandlung ein (27). Adhärenzraten tendieren dazu, in der medizinischen Literatur überschätzt zu werden, da Adhärenz oder Compliance in einer formellen klinischen Studie oft hoch ist, aber in einem „real-world“-Setting stark abfällt (11).

Die Folge der geringen Einhaltung von Therapien bei Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck und sogar Asthma ist eine Zunahme der klinischen und wirtschaftlichen Belastung durch diese Krankheiten (26, 28). In der CHARM-Studie war eine gute Medikamenten-Adhärenz mit einem niedrigeren Risiko für Tod als schlechte Adhärenz bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz assoziiert (29). Nach 4 Jahren war der Anteil der noch lebenden Patienten höher in der Placebo-behandelten Gruppe, die >80% Adhärenz zu ihrer Medikation zeigten als in der mit Candesartan behandelten Gruppe mit <80% Adhärenz zur medikamentösen Behandlung (29). Auch in der ANBP2 Studie hatten Probanden, die ihre Medikamentenregime einhielten, ein geringeres Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse oder Tod (30).

### Ursachen der Medikamenten Non-Adhärenz

Wesentliche Hindernisse für die Einhaltung sind die Komplexität der modernen medikamentösen Therapien, geringe „Gesundheitskompetenz“, Mangel an Verständnis für den Behandlungsnutzen, das Auftreten von nicht besprochenen Nebenwirkungen, die Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente und die schlechte Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Gesundheitsanbieter (25, 31). Simons et al. unternahmen eine longitudinale Beurteilung der Aufzeichnungen von Pharmaceutical Benefit Scheme Ansprüchen über einen 2-Jahreszeitraum in einer 10%-Stichprobe von australischen Patienten (N = 48.690), die eine antihypertensive Medikation begannen (32). Nach 6 Monaten betrug die Adhärenz zu einem ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorblocker (ARB) 71%, sie sank aber auf 57% mit einem Kalziumantagonisten (Log-Rank  $p < 0,001$ ) (32), was möglicherweise darauf hindeutet, dass Nebenwirkungen relevant sind, wenn es um die Adhärenz zu einer medikamentösen antihypertensiven Behandlung geht. Nach Beginn folgen die Patienten nur selten den Behandlungsschemata wie vorgeschrieben, und vervollständigen den Verlauf der Behandlung nur selten (25).

In den Entwicklungsländern und auch in den entwickelten Ländern spielen unter niedrigen sozio-ökonomischen Gruppen die hohen Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente bei der schlechten Adhärenz zur vorgeschriebenen antihypertensiven Medikation (33) ebenfalls eine wichtige Rolle.

TAB. 2

### Einige Lösungen zur Behandlung von Bluthochdruck auf Ziel in der klinischen Praxis

- ▶ Wählen Sie die entsprechenden Antihypertensiva
- ▶ Vereinfachen Sie die Behandlung, reduzieren Sie die Pillenbelastung
- ▶ Favorisieren Sie die verzögerte Freisetzung, anstatt mehrere Dosen der Standard-Formulierung
- ▶ Favorisieren Sie Fixkombinationen
- ▶ Frühe und aggressive Therapie bei Patienten mit Bluthochdruck im Einklang mit Richtlinien
- ▶ Zielen Sie darauf ab, die Patienten schnell auf Ziel zu bringen, und wenn die Ziele erreicht sind, sie zu halten
- ▶ Überwachen Sie die Fortschritte regelmäßig und legen Sie gute Patientenakten an
- ▶ Unterstützen Sie die Patientenbeteiligung / Compliance
- ▶ Zielen Sie auf die Behandlung der Medikamenten-Trägheit und fördern Sie die Medikamententreue durch eine Vielzahl von Strategien, was bei der Verringerung des verlorenen therapeutischen Nutzens helfen kann.

### Verbesserung der Medikamentenadhärenz

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) anerkennt, dass sowohl der Patient als auch der Gesundheits-Anbieter die Adhärenz beeinflussen kann, und dass eine positive Arzt-Patient-Beziehung der wichtigste Faktor bei der Verbesserung der Compliance ist (26). Während ein Arztbesuch oft dazu führt, dass der Patient die Praxis mit einem Rezept für Medikamente verlässt, werden nicht alle Patienten das Rezept in der Apotheke einlösen. In den USA sind 20–30% der Verschreibungen nie in der Apotheke (34, 35) eingelöst worden. Es gibt viele Gründe warum die Patienten die Rezepte nicht einlösen, einschliesslich der Kosten für die Medikamente (33), Zweifel an der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung oder die Präferenz für Selbstbehandlungsmassnahmen ausserhalb von Medikamenten (34). Daher sollten Ärzte nur Therapien verschreiben, die in den gegebenen Umständen wirksam sind.

Die Wahrscheinlichkeit für vergessene Dosen und andere Fehler bei der Medikation nimmt ab, wenn die Anzahl der Pillen, die eingenommen werden müssen oder die Male an denen Pillen eingenommen werden müssen, minimiert werden. So wird die Adhärenz durch die Vereinfachung der Dosierung verbessert, indem ein retardiertes Präparat oder ein Kombinationspräparat mit fester Dosierung, welches tagsüber weniger Dosen braucht, angewendet wird (36–38). Fixed-Dose-Kombinationen haben den Vorteil, die Wirksamkeit zu optimieren, und gleichzeitig die Nebenwirkungen nicht zu erhöhen (39, 40). Der Vergleich zweier Antihypertensiva bei niedriger Dosis allein oder in Kombination zeigte, dass die Summe der durchschnittlichen Blutdrucksenkung mit jedem Medikament allein in der Nähe des beobachteten Effekts der beiden Medikamente in Kombination ist (40). Auf der anderen Seite, waren die Nebenwirkungen mit der Kombination im Vergleich zu niedrig dosierter Monotherapie nur geringfügig höher, während die Verdoppelung der Dosis der Monotherapie die Rate an Nebenwirkungen verdoppelte (40).

Die Bemühungen um eine Verbesserung der Adhärenz haben auch zu einer Vereinfachung der Medikamenten-Verpackung geführt, sowie zu wirksamen Medikamenten-Erinnerungen, eine

verbesserte Patientenaufklärung und eine Begrenzung der Anzahl der gleichzeitig verordneten Medikamente (41–44).

Eine Vielzahl von Verpackungsansätzen wurde vorgeschlagen, um den Patienten bei der Adhärenz zur medikamentösen Therapie zu helfen. Diese Ansätze beinhalten Versuche zur erleichterten Erinnerung an die Dosierung sowie verschiedene Etiketten zur Erhöhung des Verständnisses der Patienten für Richtlinien (44, 45). Mit dem Ziel der Patientenunterstützung zur Einhaltung medikamentöser Therapien, wurde eine Not-For-Profit-Organisation (Healthcare Compliance Packaging Council of Europe / HCPC-Europe) zwischen der pharmazeutischen Industrie, der Verpackungs-Industrie und Vertretern der europäischen Patienten-Organisationen eingesetzt. Eine Vielzahl von Verpackungslösungen sind von dieser Zusammenarbeit zur Unterstützung der Patienten-Compliance entwickelt worden.

Wir und andere haben die Bedeutung einer positiven Arzt-Patienten-Beziehung gezeigt, die durch wiederholte Konsultationen zur Behandlung der Hypertonie die Adhärenz der Patienten zur Einhaltung der vorgeschriebenen Behandlung verbessert, wenn die Visiten in relativ kurzer Zeit erfolgen (11, 46, 47). Die Auswahl von Behandlungen mit niedrigeren Nebenwirkungen und die Diskussion, ob es wichtig ist, die Medikation, unabhängig von diesen Nebeneffekten weiterzuführen, ist ebenfalls als anerkannte Strategie zur Verbesserung der Adhärenz wahrgenommen worden. Tipps zur Minimierung oder Bewältigung von Nebenwirkungen und der Aufbau von Vertrauen, damit die Patienten nicht fürchten müssen, verlegen oder verärgert zu werden, wenn sie ein bestimmtes Medikament nicht einnehmen können. Dies erlaubt dem Arzt, eine besser verträgliche Alternative auszuprobieren.

Medikamenten-Kosten und ‚out-of-pocket‘ Kosten für den Patienten werden als ein Hindernis für verschreibungspflichtige Medikamente betrachtet. Eine Analyse von Krankenkassen legt jedoch nahe, dass Patientenzuzahlungen auf 0 reduziert werden können, ohne dass die langfristigen Adhärenz-Raten verbessert würden (33). Dennoch würde in einem Land, wo Zuzahlungen der subventionierten Medikamente existiert, die Verschreibung von Kombinationen von bis zu 3 Antihypertensiva in fixer Dosierung die ‚out-of-pocket‘ Kosten der Patienten um 1/3 im Vergleich zu Einzelrezepten für jedes einzelne Medikament in der Kombination senken. Dies kann ohne Änderung in der Verfahrensweise oder staatliche Eingriffe erreicht werden und kann bei Patienten mit unkontrollierter Hypertonie, zu einem höheren Anteil mit sicherer Erreichung einer Blutdruckkontrolle durch eine Single-Pill führen.

## Abschliessende Bemerkungen

Die Bedeutung der Therapieintensivierung und der Medikamenten-Nichtadhärenz für die Kontrolle des Blutdrucks wurde in einer retrospektiven Studie von >10.000 Patienten mit koronarer Herzkrankheit, die über einen medianen Zeitraum von 4,6 Jahren in einer Managed-Care-Organisation beobachtet wurden, unter Beweis gestellt (22).

In dieser Studie wurden die Kliniker durch einen klinischen Pharmazie-Spezialisten und einen ärztlich überwachten Disease-Management-Service unterstützt, so dass nur 5% der Patienten einen unkontrollierten Blutdruck hatten, was bemerkenswert niedrig ist! Patienten mit unkontrolliertem Blutdruck waren eher nicht Medikamenten-adhärenz (verschreibungspflichtige Rate <80%) und hatten häufiger Erhöhungen der Dosierung oder der Anzahl von blutdrucksenkenden Medikamenten, verglichen mit Patienten, die ihren Blutdruck gesenkt hatten (22). Diese Beobachtung unterstreicht die Bedeutung der beiden hier diskutierten Aspekte: erstens, dass verstärkte Pflegeprogramme, zum Angehen der therapeutischen Trägheit umgesetzt werden können und dass alle Angehörigen der Gesundheitsberufe, einschliesslich der Krankenschwestern, in eine Vielzahl von kommunalen Einrichtungen eingeschlossen werden sollten und zweitens, dass die Vereinfachung der medikamentösen Behandlung durch das Verschreiben von Fixkombination, wodurch die Pillenbelastung sinkt, zu einer besseren Adhärenz zur verordneten Medikation führt (Tabelle 2).

Der Schlüssel zur effektiven Blutdruckkontrolle scheint mehr mit dem Informationsaustausch zwischen Patient und Arzt (oder deren Fehlen) zu tun zu haben als mit der Biologie oder dem Versagen eines Medikaments.

### Prof. Dr. med. Paolo Ferrari

School of Medicine and Pharmacology,  
University of Western Australia and  
Department of Nephrology, Fremantle Hospital  
Alma Street, Perth WA 6160, Australia  
paolo.ferrari@health.wa.gov.au

### + Literatur

am Online-Beitrag unter: [www.medinfo-verlag.ch](http://www.medinfo-verlag.ch)

### Take-Home Message

- ◆ Die Hypertonie ist eine häufige Erkrankung und eine führende Ursache für Mortalität und Krankheitslast
- ◆ Die in den Guidelines empfohlenen Blutdruckziele werden in der Praxis viel weniger erreicht als in den Studien beschrieben
- ◆ Sowohl die Einleitung einer antihypertensiven Therapie als auch ihre Intensivierung zum Erreichen der Zielwerte haben sich in der Praxis als lückenhaft erwiesen (therapeutische Trägheit)
- ◆ Der Wert einer Therapie ist abhängig von der Wirksamkeit und dem Ausmass der Adhärenz des Patienten
- ◆ Das Angehen der therapeutischen Trägheit und der Nicht-Adhärenz durch verschiedene Strategien kann bei der Verringerung des verlorenen Nutzens einer Behandlung hilfreich sein

### Mots clés

- ◆ L'hypertension est une maladie fréquente et une cause majeure de mortalité et de morbidité.
- ◆ Les objectifs cibles de pression artérielle recommandés dans les guidelines sont atteints dans la pratique beaucoup moins que décrits dans les études.
- ◆ Tant l'instauration d'un traitement antihypertenseur ainsi que son intensification pour atteindre les niveaux cibles ont été trouvés incomplets dans la pratique (inertie thérapeutique).
- ◆ La valeur d'une thérapie dépend de l'efficacité et du degré de l'adhérence des patients
- ◆ L'approche de l'inertie thérapeutique et du non-respect par différentes stratégies peuvent être utiles pour réduire les avantages de traitement perdus