

Betablocker in der Hochdruckbehandlung

Kommt bald eine Zurückstufung?

In letzter Zeit mehren sich die Anzeichen, dass Betablocker in der Behandlung der essenziellen Hypertonie eine geringere Schutzwirkung vor kardiovaskulären Komplikationen haben könnten als andere Antihypertensiva. Ist das wirklich so? Müssen die Betablocker gegebenenfalls zurückgestuft werden? Die MMW stellte diese Frage drei Experten:

Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki:

Generelle Unterlegenheit der Betablocker ist nicht belegt

Die Daten bezüglich der Betablocker sind unvollständig und widersprüchlich. Derzeit ist eine generelle Unterlegenheit der Betablockergruppe gegenüber anderen Antihypertensiva nicht belegt. Es kann aber erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Wirkstoffen dieser Gruppe geben. So wurde zum Beispiel der Betablocker Practolol wegen schwerer Nebenwirkungen vom Markt genommen. Es könnte auch sein, dass Metoprolol Atenolol überlegen ist. Hier brauchen wir mehr Daten.

Prof. Dr. med. Manfred Anlauf:

Nicht alle Betablocker sind gleich

Die Hinweise auf eine schwächere Schutzwirkung der Betablocker sind nicht neu. Bereits 1998 ergab eine Metaanalyse bei älteren Patienten eine Unterlegenheit der Betablocker gegenüber Diuretika in der Schlaganfallprävention. Ein aktuelles Cochrane-

Review kommt zu dem Ergebnis, dass Betablocker als Therapie erster Wahl den Diuretika, den Hemmstoffen des Renin-Angiotensinsystems und den Kalziumantagonisten unterlegen seien. Gleichzeitig benennt das Review jedoch auch Forschungsdefizite: Mögliche Differenzen zwischen verschiedenen Betablockern – in 75% der Studien wurde Atenolol eingesetzt – müssen untersucht werden, ebenso mögliche Wirksamkeitsunterschiede bei jungen und alten Patienten.

Prof. Dr. med. Hermann Haller:

Patienten mit kardialen Begleiterkrankungen sind mit Betablockern gut beraten

Es gibt einige große Studien, bei denen die Betablocker bezüglich harter klinischer Endpunkte im Vergleich zu anderen blutdrucksenkenden Substanzen nicht gut aussahen. Allerdings wurde hier häufig das Atenolol verwendet. Es ist bisher unklar, ob wir hier einen Klasseneffekt vorliegen haben oder ein spezifisches Problem von Atenolol.

Deswegen kann man derzeit sagen: Hochdruck-Patienten, die gut mit

einem Betablocker eingestellt sind, haben nichts zu befürchten und sollten bei ihrem Medikament bleiben. Wenn man eine Therapie neu anfängt, sind Betablocker in der Differenzialtherapie weiterhin wichtige Medikamente. Patienten mit kardialen Begleitkrankheiten, v. a. solche mit KHK, sind mit einem Betablocker gut beraten. Auch bei anderen Begleiterkrankungen sind Betablocker sinnvoll: Ich habe erst vorhin eine 79-jährige Patientin gesehen, bei der wir uns als zweites Antihypertensivum für einen Betablocker entschieden haben. Die alte Dame hat einen leichten Alterstremor, der mit dem Betablocker gut behandelt ist. Solche Dinge muss man auch berücksichtigen, es kann nicht immer nur um harte Endpunkte gehen.

Andererseits sind Betablocker eine Medikamentengruppe, die ausgeprägte Nebenwirkungen verursachen können. Das Spektrum reicht von der Impotenz bis zur allgemeinen Leistungsminderung. Man sollte also stets im Hinterkopf behalten, dass Betablocker zu Complianceproblemen führen können.

Prof. Dr. med.
Peter T. Sawicki

Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin



Prof. Dr. med.
Manfred Anlauf

Internist und Nephrologe in Bremerhaven



Prof. Dr. med.
Hermann Haller

Vorstand der Hochdruckliga

