

Bluthochdruck

Mäßiger Schutz durch Betablocker

Betablocker sollten in der Therapie bei Hochdruckpatienten nicht die erste Wahl sein, betonen südafrikanische Forscher. Ihre Studie zeigt: Unter Kalziumantagonisten und RAS-Hemmern waren Sterberisiko und Schlaganfallrate niedriger.

Von Beate Schumacher



Blutdruck im grünen Bereich? Die Vorzüge einer Betablockade stehen bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder nach Herzinfarkt außer Frage.

© Stephanie Eckgold / fotolia.com

KAPSTADT. Die Vorzüge einer Betablockade stehen außer Frage, soweit sie Patienten mit Herzinsuffizienz oder nach Herzinfarkt betreffen: Bei ihnen werden Mortalität und kardiovaskuläre Ereignisrate gesenkt. Weniger eindeutig ist der Nutzen von Betablockern als Ersttherapie bei Hochdruckpatienten.

Charles S. Wiysonge von der Stellenbosch University in Kapstadt und Kollegen haben die Wirkungen auf Mortalität und kardiovaskuläre Komplikationen kürzlich in einem Cochrane-Review untersucht ([Wiysonge CS et al. Cochrane Database Syst Rev 2012](#)).

Im aktuellen JAMA haben sie die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst ([JAMA 2013; 310: 1851](#)).

Analyse von Studien mit 91.500 Patienten

Grundlage der Cochrane-Analyse waren 13 Studien aus den Jahren 1969 bis 2000 mit zusammen 91.500 Patienten im mittleren Alter von 61 Jahren. Als Betablocker wurde in drei von vier Studien Atenolol verwendet.

Die Betablockade führte nicht zu einer Reduktion der Gesamtmortalität. Die Rate an kardiovaskulären Ereignissen war gegenüber Placebo oder keiner Behandlung um 12 Prozent vermindert (5,7 vs. 6,5 Prozent).

Zu verdanken war dies vor allem einem Rückgang der Schlaganfallrate um 20 Prozent (1,8 vs. 2,3 Prozent). Um ein kardiovaskuläres Ereignis bzw. einen Schlaganfall zu verhindern, müssen demnach 140 bzw. 200 Patienten fünf Jahre lang einen Betablocker einnehmen.

Bezüglich der Gesamtmortalität schnitten Betablocker nicht schlechter ab als Diuretika oder Renin-Angiotensin-System (RAS)-Hemmer. Die Sterblichkeit war jedoch höher als unter Kalziumantagonisten (7,8 vs. 7,3 Prozent). Demnach ist ein zusätzlicher Todesfall zu erwarten, wenn 200 Patienten fünf Jahre lang einen Betablocker anstelle eines Kalziumantagonisten erhalten.

Besser sind RAS-Hemmer und Kalziumantagonisten

Die kardiovaskuläre Ereignisrate unter Betablockern unterschied sich ebenfalls nicht von der unter Diuretika oder RAS-Hemmern. Lediglich Schlaganfälle wurden durch Betablocker weniger wirksam verhindert als durch RAS-Hemmer (6,6 vs. 5,1 Prozent).

Klar unterlegen waren die Betablocker wiederum den Kalziumantagonisten, die Rate an schweren Herz-Kreislauf-Komplikationen betrug 9,4 vs. 8,1 Prozent, die Schlaganfallrate 2,9 vs. 2,3 Prozent.

Die Betablockade war mit mehr Nebenwirkungen, zum Beispiel Depression, Fatigue, sexuelle Dysfunktion, assoziiert als die RAS-Inhibition (19,2 vs. 13,7 Prozent).

Wiysonge und Kollegen betonen, dass die schlechtere Wirksamkeit der Betablocker nicht über eine schwächere Blutdrucksenkung zu erklären war.

Vielmehr vermuten sie einen Zusammenhang mit der suboptimalen Wirkung der verwendeten Betablocker auf zentralen Blutdruck, linksventrikuläre Hypertrophie, Intima-Media-Dicke der Karotis, Aortensteifigkeit und Remodelling der kleinen Arterien.

Keine Daten zu neueren, vasodilatierenden Betablockern

Einschränkend geben die Autoren zu bedenken, dass der fehlende Effekt der Betablocker auf die Mortalität durch die kurze Dauer der Studien und die Beschränkung auf ältere Wirkstoffe bedingt sein könnte.

Mit neueren, vasodilatierend wirkenden Betablockern wie Carvedilol oder Nebivolol würden möglicherweise andere Ergebnisse erzielt. Für diese Substanzen in Monotherapie gibt es allerdings keine Mortalitäts- oder Morbiditätsdaten.

In den deutschen und europäischen Leitlinien werden Betablocker weiterhin auch zur Einleitung einer antihypertensiven Behandlung empfohlen.

Begründet wird dies unter anderem mit dem günstigen therapeutischen Effekt bei häufigen Folgeerscheinungen der Hypertonie wie koronarer Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Herzinfarkt. Die britischen Hochdruck-Leitlinien führen Betablocker dagegen nicht mehr als Substanzen der ersten Wahl.