

Algorithmus Therapie der arteriellen Hypertonie (I10)

Therapieziele 4.1

Senkung der kardiovaskulären Mortalität, [weitere...](#)

Nicht-medikamentöse Therapie 4.4

Senkt Blutdruck signifikant und erhöht Ansprechrate der antihypertensiven Medikation (A).

Verhaltensänderungen zur Blutdrucksenkung: 4.4

- Gewichtsreduktion (A) [4.4.1.](#)
- Reduzierte Kochsalzzufuhr (A) [4.4.2.](#)
- Eingeschränkter Alkoholkonsum (A) [4.4.3.](#)
- Körperliches Training (A) [4.4.4.](#)
- Vermehrter Obst- und Gemüsekonsum (B) [4.4.5.](#)
- Reduzierte Gesamtfettaufnahme (B) [4.4.6.](#)
- Entspannungsverfahren (C) [4.4.8.](#)

Verhaltensänderungen zur Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren: 4.4.9.

- Nikotinkarenz einhalten (B) [4.4.9.1.](#)
- Vermehrt ein- und mehrfach ungesättigte Fette und Fischöl konsumieren (B) [4.4.9.2.](#)

Box1 Blutdruckzielwerte (C) 4.2

Blutdruck	Praxis		Mittelwert 24h RR*	
	kein Diabetes	Diabetes	kein Diabetes	Diabetes
Optimal	<140/90	<130/80	<130/80	<130/75
Minimum	<150/90	<140/85	<140/85	<140/80

*Ambulante (24h-/Langzeit-) Blutdruckmesser [3.1.2](#)

Blutdruckzielwerte erreicht? **Box1**

Ja → Fortführung der Maßnahmen und regelmäßige RR-Kontrollen [4.10](#)

Nein

Medikamentöse Therapie 4.6

Fortsetzung der nicht-medikamentösen Therapie reduziert Medikamentenbedarf (A).

Im Regelfall langsam auftitrieren (A).

Start mit langwirksamer Substanz, möglichst Einmalgabe pro Tag (C).

Medikamentöse Therapie **kardiovaskulärer Risikofaktoren** [4.4.9](#) mit Statinen [4.7.2](#) (B) und / oder ASS [4.7.1](#) (B) erwägen.

1-fach Therapie [4.6.1](#) weniger als 50% der Patienten sind mit Monotherapie ausreichend eingestellt (A)

Ohne Begleiterkrankung 4.6	Diabetes mellitus 5.1	Herzinsuffizienz 4.8	Z.n. Myokardinf. 4.6	Niereninsuffizienz 4.6	Isolierte systolische Hypertonie 5.2
<ul style="list-style-type: none"> • Diuretika, speziell niedrigdosierte Thiazide (A) • β-Blocker (A). 	<ul style="list-style-type: none"> • ACE-Hemmer (A). • Diuretika, speziell niedrigdosierte Thiazide (A) • β-Blocker (A). 	<ul style="list-style-type: none"> • Diuretika (A). • ACE-Hemmer (A). • β-Blocker (A). 	<ul style="list-style-type: none"> • β-Blocker (non-ISA) (A) • ACE-Hemmer (bei systolischer Dysfunktion) (A) 	<ul style="list-style-type: none"> • ACE-Hemmer (A). • ggf. Schleifen-diuretika (A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diuretika (A). • langwirksame Kalziumant. (A) • Dihydropyridintyp

Gutes Ansprechen und geringe NW-Rate?

Ja

Blutdruckzielwerte erreicht? **Box1**

Ja → Fortführung der Maßnahmen und regelmäßige RR-Kontrollen

Nein

Box2 Pharmaka (Auswahl) 4.6.3

Diuretika: 4.6.3.1

- [Hydrochlorothiazid](#) Tagesdosis: 12,5-25 mg/d
- [Clopamid](#) Tagesdosis: 10-20 mg/d
- [Xipamid](#) Tagesdosis: 10-40 mg/d
- [Chlortalidon](#) Tagesdosis: 12,5-50 mg/d
- [Furosemid](#) Tagesdosis: 20-40 mg/d
- [Piretanid](#) Tagesdosis: 1,5-6 mg/d
- [Torasemid](#) Tagesdosis: 2,5-5 mg/d
- [weitere...](#)

β -Blocker: 4.6.3.3

- [Carvedilol](#) Tagesdosis: 12,5-25 mg/d
- [Metoprolol](#) Tagesdosis: 50-200 mg/d
- [Bisoprolol](#) Tagesdosis: 2,5-10 mg/d
- [Atenolol](#) Tagesdosis: 50-100 mg/d
- [weitere...](#)

Calciumantagonisten: 4.6.3.9

- [Amlodipin](#) Tagesdosis: 5-10 mg/d
- [Felodipin](#) Tagesdosis: 5 mg/d
- [Lacidipin](#) Tagesdosis: 2-4 mg/d

4.6.1 (C)
Ersatz durch andere Substanzklasse

2fach Therapie 4.6.1 wird von ca. 20% der Patienten benötigt (A)

Sinnvolle Kombinationen: (C)

- | | |
|---|---|
| Diuretikum und <ul style="list-style-type: none"> • β-Blocker <i>oder</i> • ACE-Hemmer <i>oder</i> • Kalziumantagonist <i>oder</i> • Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonist | Kalziumantagonist und <ul style="list-style-type: none"> • β-Blocker (nur mit Dihydropyridinderivat) <i>oder</i> • ACE-Hemmer <i>oder</i> • Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonist |
|---|---|