

## Blutdrucksenkung bei Diabetikern: ACE-Hemmer/Sartane anderen Medikamenten nicht überlegen

### Blood Pressure Reduction in Diabetic Patients: ACE-Inhibitors/Sartans Not Better than Other Drugs

Über 50 % aller Diabetiker leiden unter einer arteriellen Hypertonie, die aber nur bei der Hälfte dieser Patienten angemessen unter Kontrolle ist. Anfang 2016 publizierten zwei Autor/innen im *BMJ* einen Artikel, der sich mit der Hochdrucktherapie bei multimorbiden Patienten beschäftigte. Die Verfasser bezogen sich dabei auf die jeweils letzten Empfehlungen des britischen *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

Unter der Annahme, ACE-Hemmer bzw. Sartane (kurz Renin-Angiotensin- oder RAS-Hemmer) hätten neben ihrer blutdrucksenkenden auch noch eine spezifisch kardio- und nierenprotektive Wirkung, empfiehlt das NICE als **Medikament der ersten Wahl bei (nicht-schwarzen) Patienten einen ACE-Hemmer**, bei Unverträglichkeit ein Sartan (z.B. Losartan). Solche Ratschläge beschränken sich keineswegs auf das Vereinigte Königreich. Auch in anderen in anderen Ländern führen Leitlinien gleichlautende Empfehlungen auf.

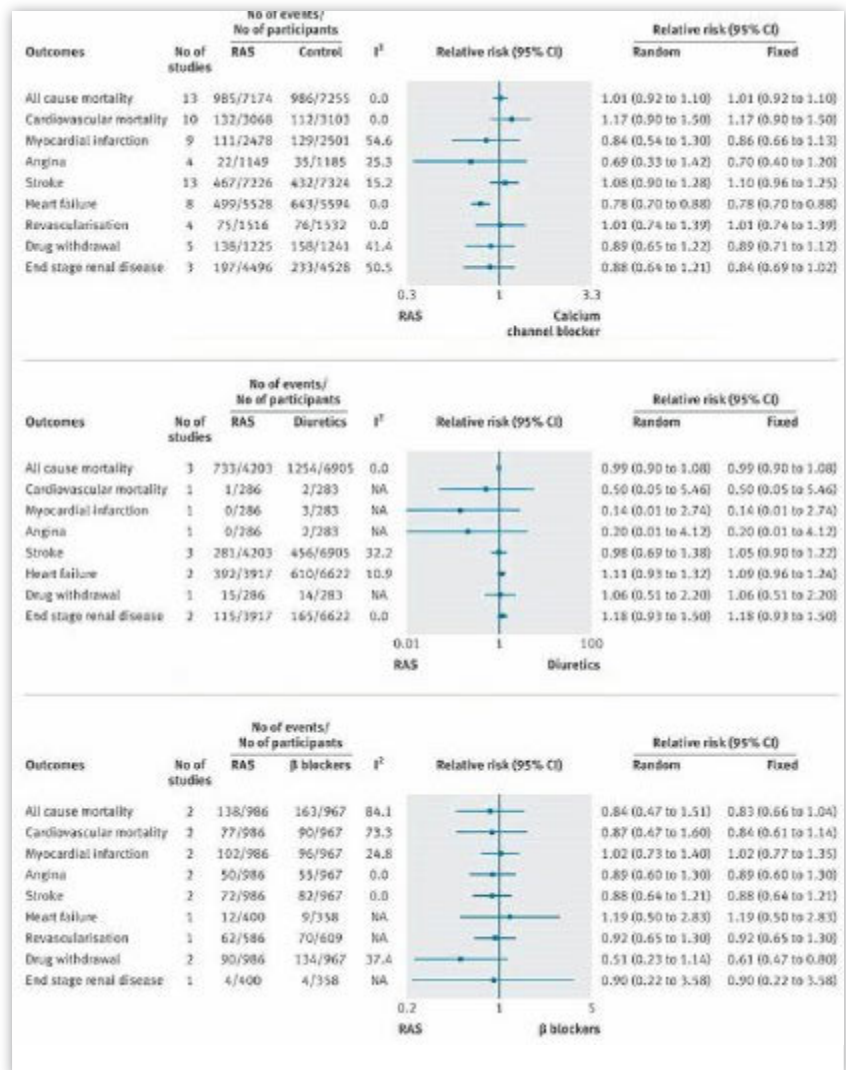
Offizielle Statements renommierter Institutionen. Alles klar?

Nein, meint ein New Yorker Autorenteam einer Metaanalyse. **ACE-Hemmer bzw. Sartane seien zur Blutdrucksenkung bei Diabetikern anderen Medikamenten (wie Beta-blockern, Diuretika oder Calciumantagonisten) in keiner Weise überlegen.**

Die Verfasser durchsuchten die großen medizinischen Datenbanken PubMed, Embase und das Cochrane-Zentralregister. In die Metaanalyse eingeschlossen wurden 19 randomisierte, kontrollierte Studien mit insgesamt 25.414 Patienten.

Bei **keinem** der gewählten Endpunkt-Kriterien

- Gesamtmortalität,
- kardiovaskulärer Tod,
- Myokardinfarkt,
- pektanginöse Beschwerden,
- Herzinsuffizienz,
- Revaskularisierung,
- terminale Niereninsuffizienz



**Abbildung 1** Outcomes with renin angiotensin system (RAS) blockers compared with calcium channel blockers/diuretics/beta blockers in people with diabetes

gab es signifikante Unterschiede zwischen RAS-Hemmern und Diuretika, Calciumantagonisten oder Betablockern. Dies lässt sich in Abbildung 1 gut erfassen.

Das Studiendesign sah allerdings vor, dass nur solche Arbeiten aufgenommen wurden, in denen es um Vergleiche zwischen den verschiedenen Antihypertensiva ging. Damit waren alle placebo-kontrollierten Studien ausgeschlossen, deren Ergebnisse man theoretisch auch miteinander hätte vergleichen können.

Zudem lehnten die Autoren eine Verdopplung des Serumkreatinins als zu weichen Surrogatmarker für eine terminale Niereninsuffizienz ab.

Wie auch immer man zu diesen methodischen Details stehen mag: Die Ergebnisse sind (was vielen von Ihnen bekannt sein dürfte) keineswegs ganz neu. Bereits vorher hatten

- die *Europäischen Gesellschaften für Kardiologie und Hypertonie* (2013; <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/34/28/2159.long>)

- und der achte Bericht des *US Joint National Committee on Prevention, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (2014; <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497>)

empfohlen, **Diabetiker ohne Bevorzugung eines bestimmten Medikamentes mit jeder der verfügbaren antihypertensiven Substanzen zu behandeln.**

Bangalore S. Fakheri R, Toklu B, Messerli FH. Diabetes mellitus as a compelling indication for use of renin angiotensin system blockers: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *BMJ* 2016; 352: i438. Frei verfügbar unter: [www.bmj.com/content/352/bmj.i438](http://www.bmj.com/content/352/bmj.i438)

## Blutdruckmessung per App: Hochgradig ungenau *Blood Pressure Measurement via App: Highly Inaccurate*

Wahrscheinlich ist es für viele unter Ihnen keine Neuigkeit, dass man über bestimmte Apps den Blutdruck mit einem Smartphone messen kann.

Die App „Instant Blood Pressure“ (IBP; Hersteller: Aura Life) gab es zwischen der Markteinführung am 5. Juni 2014 und dem Marktaustritt am 30. Juli 2015 für 4,99 USD zu kaufen. In diesem Zeitraum zählte die App 156 Tage lang zu den 50 populärsten iPhone-Programmen: An jedem der 156 Tage wurde die App 950-mal verkauft. Ergibt nach Adam Riese einen Betrag von 739.518 USD. Noch nicht mal eine schlappe Million, Peanuts ...

Berichten wollte ich aber nicht von dem Reibach, den die Hersteller mit dieser App erzielt haben, sondern vom Nutzen für die Käufer. Ein Autorenteam von der Johns Hopkins University School of

Medicine hat die Messgenauigkeit des Programms an 101 Teilnehmern getestet (Entschädigung pro Person: 5 USD). Das Ergebnis muss man nicht ausführlich erläutern: *Die Messungen waren hochgradig ungenau* (mittlerer Unterschied zu einem geeichten Gerät systolisch 12,4 mmHg und diastolisch 10,1 mmHg).

In einem Leserbrief versuchten die App-Entwickler, sich mit – pardon – an den Haaren herbeigezogenen, methodischen Argumenten zu wehren. Die angesprochenen Autoren der Studie widerlegten nicht nur diese „Beweisführung“, sondern setzten noch eins drauf – keine gute Werbung für das Softwareprogramm ...

Plante TB, Urrea B, MacFarlane ZT, et al. Validation of the Instant Blood Pressure smartphone App. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 700702



©Salome – stock.adobe.com

Archdeacon R, Schneider R, Jiang Y. Critical flaws in the validation of the Instant Blood Pressure smartphone App – a letter from the App developers. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 1410

Plante TB, Appel LJ, Martin SS. Critical flaws in the validation of the Instant Blood Pressure smartphone App – a letter from the App developers – reply. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 1410–1411

Studie und Briefaustausch sind frei verfügbar unter:

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2492134?resultClick=1>

und

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2545999?resultClick=1>

## Überkreuzspende von Organen: Plädoyer für eine Gesetzesänderung *Cross Donation of Organs: Plea For a Change in Legislation*

Nicht nur in Deutschland gibt es anwachsende Listen von Patienten, die auf eine Organtransplantation warten. Zunehmende Akzeptanz erfährt in dieser Situation die Lebendspende durch Ehepartner/innen und Verwandte – Personen, die sich „in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen“, wie es im Transplantationsgesetz heißt (detaillierte Informationen zur Lebendspende unter [www.organ-spende-info.de/organ-und-gewebespende/arten/lebendspende](http://www.organ-spende-info.de/organ-und-gewebespende/arten/lebendspende)).

In Deutschland verboten sind hingegen sog. „Nierentauschprogramme“ oder „Überkreuzspenden“: Unter der Annahme, dass die Niere eines Eltern-



©Wellnhofer Designs – stock.adobe.com

teils dem eigenen Kind wegen Inkompatibilität nicht gespendet werden kann und die identische Situation in einer anderen Familie besteht (aber Verträglichkeit vice versa gegeben wäre), könnten mit einer „Überkreuzspende“ beiden Kindern geholfen werden. Im Gegensatz zu Deutschland ist dies in anderen

Ländern wie z.B. in Australien, Belgien, England, Italien, Niederlande, Polen, Portugal, Schottland, Schweden, Spanien, Südkorea, Rumänien, Türkei oder den USA gestattet.

Ein Artikel von Axel Ockenfels (Professor für Wirtschaftswissenschaften an der Universität Köln) und Thomas Gutmann (Professor für Rechtswissenschaft an der Universität Münster) in der *Süddeutschen Zeitung* ist ein – aus meiner Sicht sehr berechtigtes – **Plädoyer für eine Gesetzesänderung**. „Nierentausch in Zeiten des Mangels“ ist frei verfügbar unter [www.sueddeutsche.de/wirtschaft/forum-nierentausch-in-zeiten-des-mangels-1.2904824](http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/forum-nierentausch-in-zeiten-des-mangels-1.2904824).