



**Berichtsplan  
zum Bericht  
„Nutzenbewertung nichtmedikamentöser  
Behandlungsstrategien bei Patienten mit Bluthochdruck:  
A-Gewichtsreduktion“**

[Auftrag A05-21-A]

Version 1.0

Stand: 24. August 2005

Thema: "Nutzenbewertung nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien bei Patienten mit Bluthochdruck: A-Gewichtsreduktion"

Auftraggeber: Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags: 22. Februar 2005

Interne Auftragsnummer: A05-21-A

Kontakt:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Dillenburger Str. 27

51105 Köln

Tel: 0221/35685-0

Fax: 0221/35685-1

Email: [A05-21@iqwig.de](mailto:A05-21@iqwig.de)

## Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund.....	3
2	Ziel der Untersuchung .....	5
3	Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung .....	7
3.1	Population.....	7
3.2	Intervention und Vergleichsbehandlung.....	7
3.3	Zielgrößen.....	8
3.4	Studientypen .....	8
3.5	Sonstige Studiencharakteristika.....	9
3.6	Ein-/Ausschlusskriterien.....	10
4	Informationsbeschaffung .....	12
5	Informationsbewertung.....	13
6	Informationssynthese und –analyse.....	14
6.1	Meta-Analyse .....	14
6.2	Sensitivitätsanalyse.....	14
6.3	Subgruppenanalyse.....	14
7	Literaturverzeichnis .....	16
8	Anhang .....	18
8.1	Zeitplan.....	18
8.2	Abkürzungsverzeichnis .....	19

## 1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Schreiben vom 22. Februar 2005 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit der Nutzenbewertung verschiedener nichtmedikamentöser Behandlungsstrategien bei Patienten mit Bluthochdruck beauftragt. Hierzu gehört neben anderen nichtmedikamentösen Maßnahmen die Gewichtsreduktion. Zur Gewichtsreduktion werden auch medikamentöse Interventionen eingesetzt, die hier ebenfalls bezüglich ihres Nutzens bei Patienten mit Hypertonie betrachtet werden sollen. Aus diesen Gründen wird hier der Begriff „nicht-antihypertensiv-medikamentöse Therapie“ verwendet zwecks Abgrenzung zur direkt blutdrucksenkenden (antihypertensiven) medikamentösen Therapie. Der nachfolgend verwendete Begriff der "nichtmedikamentös blutdrucksenkenden Therapie" beinhaltet somit nicht-antihypertensiv-medikamentöse und tatsächlich rein nichtmedikamentöse Interventionen.

Kardiovaskuläre Erkrankungen verursachen bei Frauen und Männern die meisten Todesfälle in Deutschland [1]. Die essentielle Hypertonie ist dabei einer ihrer behandelbaren kausalen Risikofaktoren. Auf Basis der im Rahmen des Bundesgesundheits surveys 1998 erhobenen Daten beträgt die Hypertonieprävalenz in Deutschland bei Erwachsenen 55% (Frauen 50%, Männer 60%) [2,3]. Mehr als 90% dieser Patienten haben dabei eine essentielle Hypertonie. Eine essentielle Hypertonie wird diagnostiziert, wenn bei mindestens zwei Gelegenheitsblutdruckmessungen an zwei unterschiedlichen Tagen Blutdruckwerte von  $\geq 140$  mmHg systolisch *und/oder*  $\geq 90$  mmHg diastolisch ohne organischer Ursache vorliegen [4,5].

Für die blutdrucksenkende Behandlung stehen im Wesentlichen direkt medikamentös blutdrucksenkende Wirkstoffe - sogenannte Antihypertensiva - sowie verschiedene nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien zur Verfügung.

Aus den Ergebnissen epidemiologischer Untersuchungen ist eine Vielzahl von Assoziationen zwischen Lebensgewohnheiten und erhöhtem Blutdruck bekannt. So ist beispielsweise die Höhe der täglichen Salzaufnahme mit dem Blutdruck sowohl zwischen Populationen als auch innerhalb von Populationen positiv korreliert [6,7]. Ähnliche Zusammenhänge sind unter anderem für ein erhöhtes Körpergewicht, die verminderte tägliche Kalium-, Kalzium- und

Magnesiumaufnahme, eine faserarme Ernährung, verminderte körperliche Aktivität und gesteigerten Alkoholkonsum in epidemiologischen Beobachtungsstudien beschrieben worden.

Maßnahmen zur Modifikation des individuellen Lebensstils sind neben der Behandlung mit bewiesenermaßen effektiven und verträglichen blutdrucksenkenden Medikamenten Eckpfeiler der modernen antihypertensiven Therapie. Die konsequente und langfristige Umsetzung von nichtmedikamentösen Maßnahmen wird von führenden nationalen und internationalen Fachgesellschaften im Rahmen der antihypertensiven Behandlung empfohlen [4,5,8-10]. Die Umsetzung von nichtmedikamentösen Maßnahmen zur Senkung des Bluthochdrucks könnte auch mit einer Zunahme oder Abnahme der Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit einhergehen.

Ziel dieses Berichts ist die Nutzenbewertung gewichtsreduzierender therapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit Bluthochdruck.

## 2 Ziel der Untersuchung

- die Nutzenbewertung von Interventionen mit der Intention einer Gewichtsreduktion durch nichtmedikamentöse Maßnahmen im Vergleich zu keiner speziellen gewichtsreduzierenden Intervention jeweils bei Patienten mit essentieller Hypertonie hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele und Kriterien der Blutdruckkontrolle.
- die Nutzenbewertung einer Gewichtsreduktion durch medikamentöse Maßnahmen im Vergleich zu keiner speziellen gewichtsreduzierenden Intervention jeweils bei Patienten mit essentieller Hypertonie hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele und Kriterien der Blutdruckkontrolle.
- die Nutzenbewertung einer Gewichtsreduktion durch invasive Maßnahmen im Vergleich zu keiner speziellen gewichtsreduzierenden Intervention jeweils bei Patienten mit essentieller Hypertonie hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele und Kriterien der Blutdruckkontrolle.
- Vergleichende Nutzenbewertung unterschiedlicher medikamentöser und/oder nichtmedikamentöser Interventionen mit der Intention einer Gewichtsreduktion sowie Kombinationen solcher Interventionen bei Patienten mit essentieller Hypertonie hinsichtlich patientenrelevanter Therapieziele und Kriterien der Blutdruckkontrolle.

Unter „nichtmedikamentösen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion“ ist folgendes zu verstehen:

- Interventionen mit dem primären Ziel einer Gewichtsreduktion unter Durchführung einer Ernährungsumstellung, auch in Kombination mit anderen Maßnahmen (Sport etc.), sofern diese Maßnahmen ausschließlich mit dem Ziel der Unterstützung der Gewichtsreduktion durchgeführt werden. Körperliche Aktivität wird hier nur unter dem Aspekt der Gewichtsreduktion betrachtet, eine eigene Bewertung der körperlichen Aktivität bei Patienten mit Bluthochdruck wird im Auftrag A05-21-D und die Kombination im Auftrag A05-21-H untersucht.

Als „Medikamente zur Gewichtsreduktion“ werden folgende derzeit in Deutschland zugelassene und erhältliche Wirkstoffe bewertet:

- Als Sättigungskomprimata

- Alginate
- Carmellose oder Carboxymethylcellulose
- Lyophilisiertes Kollagen
- Als Appetithemmer
  - Amfepramon
  - Cathin
  - (Fenfluramin, Dexfenfluramin)\*
  - Phenylpropanolamin
  - Sibutramin
- Als Lipasehemmer
  - Orlistat

Unter „invasive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion“ ist folgendes zu verstehen:

- Magenband (sog. Gastric banding)
- Endoskopische Verfahren zur invasiven Behandlung von Patienten mit krankhaftem Übergewicht durch das Einbringen eines Magenballons

---

\* In Deutschland nicht erhältlich.

## 3 Kriterien für den Einschluss von Studien in die Untersuchung

### 3.1 Population

Patienten (Alter bei Studienbeginn  $\geq 18$  Jahre) mit essentieller (primärer) arterieller Hypertonie, also mit dauerhaft erhöhten Blutdruckwerten definiert als mehrfach und an verschiedenen Tagen erhöhter systolischer Blutdruck  $\geq 140$  mmHg und/oder diastolischer Blutdruck  $\geq 90$  mmHg [4] ohne bekannte organische Ursache oder Patienten, welche bereits vor Studienbeginn eine medikamentöse antihypertensive Therapie wegen essentieller Hypertonie erhielten. Bei Selbstmessung oder 24-Stunden-Blutdruck-Monitoring gelten die von der European Society of Hypertension (ESH) 2003 definierten niedrigeren diagnostischen Grenzwerte (Selbstmessung: systolischer Blutdruck  $\geq 135$  mmHg und/oder diastolischer Blutdruck  $\geq 85$  mmHg; 24-Stunden-RR-Monitoring: systolischer Blutdruck  $\geq 125$  mmHg und/oder diastolischer Blutdruck  $\geq 80$  mmHg) [5].

### 3.2 Intervention und Vergleichsbehandlung

Die zu prüfende Intervention stellt jeweils die Gewichtsreduktion dar. Als Vergleichsbehandlung gilt das Fehlen einer entsprechenden Intervention oder eine andere Gewicht reduzierende Intervention. Im Falle einer Kombinationsbehandlung der Prüfindervention mit einer medikamentösen blutdrucksenkenden Behandlung, muss diese zusätzliche medikamentöse blutdrucksenkende Therapie auch Bestandteil der Vergleichsbehandlung und in Deutschland zugelassen und verfügbar sein. Studien, in denen eine Gewichtsreduktion als primäre Intervention mit einer anderen, nicht auf Gewichtsreduktion abzielenden antihypertensiven Behandlung als primäre Intervention verglichen wird (z.B. Diät vs. medikamentöse Blutdrucksenkung), werden nicht berücksichtigt.

### 3.3 Zielgrößen

Als Zielgrößen für die Untersuchung werden Parameter verwendet, die eine Beurteilung folgender patientenrelevanter Therapieziele ermöglichen:

- Reduktion der Gesamtmortalität
- Reduktion kardialer Morbidität und Mortalität
- Reduktion zerebraler Morbidität und Mortalität
- Reduktion gefäßbedingter nichtkardialer und nichtzerebraler Morbidität und Mortalität
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, generell
- Erhalt bzw. Besserung krankheitsbezogener Lebensqualität (einschließlich der Berufsfähigkeit und sonstiger Aktivitäten des täglichen Lebens) und der Therapiezufriedenheit.
- Vermeidung bzw. Reduktion sonstiger unerwünschter Arzneimittelwirkungen bzw. Komplikationen der Intervention zur Gewichtsabnahme.

Als weitere Zielgrößen der Untersuchung werden folgende Surrogatparameter herangezogen:

- Dauer und Ausmaß der Blutdruckreduktion
- Andere Parameter der Blutdruckkontrolle (z.B. Absetzen/Reduktion von vorbestehender antihypertensiver Medikation; Versagen eines Auslassversuchs) als Maß für die langfristige Blutdrucksenkung, soweit diese durch Erreichen eines bestimmten Blutdruckziels definiert war.

### 3.4 Studientypen

Randomisierte klinische Studien (RCTs) liefern für die Bewertung des Nutzens einer medizinischen Intervention die zuverlässigsten Ergebnisse, weil sie, sofern methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet sind. Für den zu erstellenden Bericht werden daher

ausschließlich RCTs als relevante wissenschaftliche Literatur in die Nutzenbewertung einfließen.

### 3.5 Sonstige Studiencharakteristika

Die vorliegende Untersuchung soll dem Versorgungsalltag folgend explizit den Nutzen und die Wirksamkeit einer Gewichtsreduktion darlegen. Bezüglich Morbidität und Mortalität sind hierfür insbesondere mehrjährige Studien relevant. Hinsichtlich einer Beurteilung der Therapiequalität sind evtl. auch kürzere Studien aussagekräftig, sofern die blutdrucksenkende Wirkung über mehrere Monate hinreichend sicher beurteilt und einem möglichen Effekt auf patientenrelevante Therapieziele (z.B. Reduktion von Arzneimittelnebenwirkungen, Abnahme körperlicher Beschwerden) gegenüber gestellt werden kann. In die vorliegende Untersuchung fließen daher nur Studien mit einer minimalen Laufzeit von 24 Wochen ein. Auch im Fall von Cross-Over-Studien wird eine Interventionsphase von jeweils 24 Wochen Dauer für jeden Studienarm gefordert.

### 3.6 Ein-/Ausschlusskriterien

In die Nutzenbewertung werden alle Studien einbezogen, die

- alle nachfolgenden Einschlusskriterien und
- keines der nachfolgenden Ausschlusskriterien erfüllen.

#### Einschlusskriterien

- E 1 Patienten mit dauerhafter Erhöhung der Blutdruckwerte wie unter 3.1. definiert.
- E 2 Prüfintervention: Reduktion des Körpergewichts - als primäre Intention - mit nichtmedikamentösen Maßnahmen, medikamentösen Maßnahmen oder invasiven Maßnahmen wie unter Punkt 2 und Punkt 3.2 definiert.
- E 3 Vergleichsbehandlung: Fehlen einer entsprechenden Gewicht reduzierenden Intervention, oder eine andere Gewicht reduzierende Intervention (wie unter Punkt 2 und Punkt 3.2 definiert).
- E 4 Angaben zu Zielgrößen, die sich aus den in 3.3 formulierten Therapiezielen ableiten lassen.
- E 5 Randomisierte kontrollierte Studie.
- E 6 Interventionsdauer  $\geq 24$  Wochen.
- E 7 Patientenalter  $\geq 18$  Jahre.
- E 8 Publikationssprache Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Niederländisch, Portugiesisch oder Spanisch.

#### Ausschlusskriterien

- A 1 Studie bei Patienten mit sekundärer Hypertonie (Bluthochdruck mit organischer Ursache).
- A 2 Mehrfachpublikationen ohne relevante Zusatzinformation.
- A 3 Abstrakt-Publikationen ohne Volltextpublikation<sup>a</sup>.
- A 4 Studie mit schwangeren Patientinnen.
- A 5 Studie ohne prädefinierte Subgruppenanalyse der hypertensiven Patienten, falls die Studienpopulation sowohl normo- als auch hypertensive Patienten einschloss.
- A 6 Kein Unterschied in der Gewichtsreduktion zwischen den beiden Behandlungsgruppen außer bei Vergleichsstudien unterschiedlicher Gewicht reduzierender Interventionen. Die erzielte Gewichtsreduktion in der Interventionsgruppe ist geringer als 2% vom Ausgangsgewicht, ebenso ist die Differenz zur Vergleichsgruppe ohne eine Gewicht reduzierende Intervention geringer als 2% des Körpergewichts außer bei Vergleichsstudien unterschiedlicher Gewicht reduzierender Interventionen.
- A 7 Tierexperimentelle Studien

a: Als Volltext-Publikation gilt in diesem Zusammenhang auch die nicht vertrauliche Weitergabe eines Studienberichts an das Institut oder die nicht vertrauliche Bereitstellung eines Berichts über die Studie, der den Kriterien des CONSORT-Statements [10] genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht.

## 4 Informationsbeschaffung

Die Suche nach relevanten Studien wird in folgenden Quellen durchgeführt:

Quelle	Kommentar
Bibliographische Datenbanken	Suche in folgenden Datenbanken: <ul style="list-style-type: none"> <li>- CENTRAL</li> <li>- EMBASE</li> <li>- MEDLINE</li> <li>- CINAHL</li> <li>- BIOSYS</li> </ul>
Unterlagen des G-BA	Es wurden keine Unterlagen durch den G-BA übermittelt.
Hersteller	Anfrage an Hersteller von Medikamenten zur Gewichtsreduktion bzgl. publizierter und nicht publizierter Studien. Notwendige Voraussetzung für die Berücksichtigung bislang nicht publizierter Daten: <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Die Daten sind nachweislich unter Berücksichtigung der generellen methodischen Standards entstanden.</li> <li>(b) Der Hersteller stimmt der Veröffentlichung im Rahmen des Instituts-Berichts zu.</li> </ul>
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suche in den Literaturverzeichnissen relevanter systematischer Übersichten und HTA-Berichte</li> <li>- Suche in öffentlich zugänglichen Dokumenten der Zulassungsbehörden EMEA und FDA</li> <li>- Suche in Studienergebnisregistern</li> <li>- Datenbestand der Hypertension Review Group</li> <li>- Ggf. Kontaktaufnahme mit Sachverständigen / Experten / Fachgesellschaften</li> <li>- Ggf. Kontaktaufnahme mit Autoren einzelner Publikationen, z.B. zur Frage nach nicht publizierten Teilaspekten</li> </ul>

## 5 Informationsbewertung

Die Dokumentation der Studiencharakteristika und -ergebnisse sowie deren Bewertung erfolgt anhand von standardisierten Dokumentationsbögen, deren grundsätzliche Struktur und Items auf den Internetseiten des Instituts veröffentlicht sind.

## 6 Informationssynthese und –analyse

Die Informationen werden einer Informationssynthese und –analyse, wenn möglich unter Zuhilfenahme der unten beschriebenen Werkzeuge, unterzogen. Eine abschließende zusammenfassende Bewertung der Informationen erfolgt darüber hinaus in jedem Fall.

### 6.1 Meta-Analyse

Sofern die Studienlage es inhaltlich und methodisch als sinnvoll erscheinen lässt, erfolgt eine quantitative Zusammenfassung der Einzelergebnisse im Sinne einer Meta-Analyse gemäß den Methoden des Instituts.

Grundsätzlich erfolgt die Auswertung getrennt für die nichtmedikamentösen und die medikamentösen Maßnahmen der Gewichtsreduktion.

Die weitere Auswertung der Zielgrößen der Blutdruckreduktion und weiterer Parameter der Blutdruckkontrolle wird immer getrennt erfolgen. Gegebenenfalls wird eine Subgruppenanalyse innerhalb dieser Gruppen durchgeführt werden.

### 6.2 Sensitivitätsanalyse

Sensitivitätsanalysen sind insbesondere geplant für

- die biometrische Qualitätsbewertung anhand der in den Extraktionsbögen (s. Abschnitt 5) vorgegebenen ordinalen Einteilung,
- die in den Publikationen beschriebenen Per-Protokoll-Auswertungen (versus ITT-Auswertungen), sofern möglich, und
- ein (statistisches) Modell mit festen Effekten (versus ein Modell mit zufälligen Effekten), falls eine Meta-Analyse vorgenommen wird.

### 6.3 Subgruppenanalyse

Subgruppenanalysen innerhalb der Studien mit den Zielgrößen der Blutdruckreduktion und jener mit den Zielgrößen der Blutdruckkontrolle sind – soweit durchführbar – für die folgenden Merkmale vorgesehen:

- Geschlecht
- Alter
- Begleiterkrankungen (z.B. KHK, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz)
- Normal- vs. übergewichtige Patienten (wie in der Studie definiert) oder bezogen auf den Body Mass Index (BMI)
- Ethnische Zugehörigkeit
- Sozioökonomischer Status
- Bluthochdruckdefinitionen am Studienbeginn (z.B.  $\geq 160/95$  oder  $\geq 140/90$  mmHg)
- Blutdruckzielvorgaben (z.B.  $< 140/90$  oder  $< 150/85$  mmHg)
- Zusätzliche blutdrucksenkende Therapie
- Falls bei einer eventuell durchgeführten Meta-Analyse eine bedeutsame Heterogenität beobachtet wird ( $I^2$ -Wert  $> 50\%$  [12] bzw.  $p < 0.2$  bei einem statistischen Interaktionstest [13]), kann eine Subgruppenanalyse für möglicherweise die Heterogenität erzeugende Merkmale sinnvoll sein.

## 7 Literaturverzeichnis

1. Statistisches Bundesamt Deutschland. Sterbefälle nach den 10 häufigsten Todesursachen insgesamt und nach Geschlecht 2003 (2003).  
<http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab20.php> (Zugriff am 3.8.2005).
2. Thamm M. [Blood pressure in Germany--current status and trends]. Gesundheitswesen 1999; 61 Spec No: S90-S93.
3. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. JAMA 2003; 289: 2363-2369.
4. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA 2003; 289: 2560-2572.
5. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1011-1053.
6. Frost CD, Law MR, Wald NJ. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? II--Analysis of observational data within populations. BMJ 1991; 302: 815-818.
7. Law MR, Frost CD, Wald NJ. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? I--Analysis of observational data among populations. BMJ 1991; 302: 811-815.
8. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie der arteriellen Hypertonie (2004).  
[http://www.akdae.de/35/10Hefte/74\\_Hypertonie\\_2004\\_2Auflage.pdf](http://www.akdae.de/35/10Hefte/74_Hypertonie_2004_2Auflage.pdf) (Zugriff am 3.8.2005).
9. Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes e.V.(Deutsche Hochdruckliga). Leitlinien für die Prävention, Erkennung, Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie (2003). <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/046-001.htm#4.3> (Zugriff am 3.8.2005).
10. North of England Hypertension Guideline Development Group. Essential hypertension: managing adult patients in primary care. Centre for Health Services Research, report no. 111. Newcastle: University of Newcastle, 2004 (2004).  
<http://www.nice.org.uk/pdf/CG018fullguideline.pdf> (Zugriff am 3.8.2005).
11. Altman DG, Schulz KF, Moher D for the CONSORT Group. The revised CONSORT statement for reporting randomized trials: explanation and elaboration. Ann Intern Med 2001; 134: 663-694.

12. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, et al. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003; 327: 557-560.
13. Koch A, Ziegler S. [Meta-analysis as a tool for evaluation of evidence]. *Med Klin (Munich)* 2000; 95: 109-116.

## 8 Anhang

### 8.1 Zeitplan

<b>Arbeitsschritt</b>	<b>Termin (geplant)</b>
Veröffentlichung des Vorberichts	Januar 2006
Einholung von Stellungnahmen	Bis vier Wochen nach Veröffentlichung des Vorberichts
Diskussion der Stellungnahmen	März 2006
Weitergabe des Abschlussberichts an den G-BA	April 2006
Veröffentlichung des Abschlussberichts	Zwei Monate nach Weitergabe an den G-BA

## 8.2 Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
BMI	Body Mass Index
BIOSIS	Bioscience Information Service
CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
EMBASE	Excerpta Medica Database
ESH	European Society of Hypertension
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HTA	Health Technology Assessment
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ITT	Intention-to-Treat
KHK	Koronare Herzkrankheit
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
RCT	Randomised controlled trial (Randomisierte kontrollierte Studie)
RR	Blutdruck, gemessen nach der Methode von Riva Rocchi