

Druckpunkt

Das Magazin für Prävention und Behandlung von Bluthochdruck

Netzwerk

Krankheiten

Herz-Kreislauf

Diagnose

Behandlung

Service

National
Global

Technik

Innere
Medizin

**Digitale Unterstützung der
Hypertoniebehandlung**

**Interview Prof. Kreuz –
neue europäische Leitlinien**

**Unterschätztes Risiko –
Bluthochdruck bei Frauen**

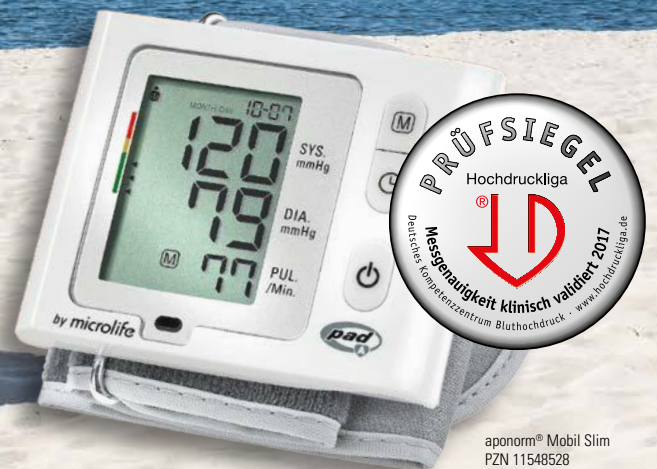
Labor

Medikamente

Auch im Urlaub regelmäßig Blutdruckmessen mit Deutschlands Nr. 1*



**Messgenauigkeit zertifiziert
von der Deutschen Hochdruckliga**



aponorm® Mobil Stim
PZN 11548528



aponorm® Mobil Basis
PZN 11725048

**Ideal für unterwegs –
die kleinen, leichten
Handgelenksmodelle
von aponorm®**

www.aponorm.de

aponorm®
die marke der apotheke

*nach IMS Health Database Stand 12/2017, aponorm® ist Marktführer nach Absatz und Umsatz im Bereich digitaler Blutdruckmessgeräte

Digitalisierung in der Medizin

Mehr als nur Zukunftsmusik

Liebe Leserinnen und Leser!

Die digitale Revolution macht auch vor der Medizin und der Patientenversorgung nicht halt. Zahlreiche klinische Daten, Laborwerte, aber auch Parameter wie Daten aus Gen- und Protein-Untersuchungen haben eine Datenfülle und eine enorme Komplexität von Diagnose und Therapie erzeugt, die in der klassischen Patientenakte kaum mehr zu handhaben sind.

Digitale Technologien zur Handhabung dieser Datenfülle sind daher weit verbreitet, in Krankenhäusern, bei niedergelassen Ärzten wie auch bei den Patienten selbst, zum Beispiel in zahllosen Health Apps. Ein wichtiges übergeordnetes Ziel in diesem Zusammenhang ist die Einführung einer elektronischen Patientenakte. Mit Zustimmung des Patienten sollen dann alle Behandler wie auch die Krankenversicherung schnell und effizient Zugriff auf diese Daten erhalten.

Die Komplexität der laufenden Diskussionen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens und ihre mögliche Bedeutung für die elektronische Patientenakte, auch im Hinblick auf die Behandlung von Hypertonikern, sind Gegenstand eines interessanten Artikels und eines Kommentars in dieser Ausgabe des Druckpunkts (Seite 20 ff).

Darüber hinaus gibt es in der Forschung auch zahlreiche neue Ansätze, wie wir die Datenflut in der Patientenversorgung in Zukunft bewältigen und auch effizient nutzen können. Ein wichtiger Aspekt ist hierbei der Einsatz von künstlicher Intelligenz, wobei zum Beispiel computergestützte Diagnoseverfahren untersucht werden und Computer durch das sogenannte Machine Learning bestimmte Diagnosevorgänge und therapeutische Entscheidungen „erlernen“ können.

Ein besonders spannendes und auch für die Hypertensiologie interessantes Beispiel hierfür wurde kürzlich veröffentlicht (Poplin et al., Prediction of cardiovascular risk factors from retinal fundus photographs via deep learning, Nature Biomedical Engineering, 2018). Bei der Analyse von Augenhintergrundbildern von beinahe 300.000 Patienten konnten in dieser Studie Computer aufgrund eines sogenannten deep learning Ansatzes auf Basis des Augenbefunds klinische Parameter sehr präzise vorhersagen, zum Beispiel Alter, Geschlecht, Raucher-/Nichtraucherstatus, Vorliegen eines Diabetes mellitus wie auch den systolischen und diastolischen Blutdruck der Patienten.

Natürlich müssen diese Methoden noch weiter validiert werden, aber wenn sich ein solches Verfahren, das auf künstlicher Intelligenz und ler-

nenden Maschinen beruht, durchsetzt, könnte es die Diagnostik und Therapie zahlreicher Erkrankungen vereinfachen, automatisieren sowie Zeit und Kosten sparen. Allerdings muss man vor der Umsetzung von solchen digitalen Ansätzen in der Patientenversorgung auch ethische, rechtliche und regulatorische Gesichtspunkte berücksichtigen. Aber wenn man das Vorgehen im Prinzip weiter denkt, stellt sich natürlich die Frage, ob man in der Zukunft denn überhaupt noch Ärzte braucht, wenn alles die Computer übernehmen können? Die Antwort hierauf ist ein klares Ja, denn die persönliche Zuwendung im Gespräch zwischen Arzt und Patient kann durch Roboter oder Computer keinesfalls ersetzt werden. Und wenn durch digitale Technologien der zeitliche Aufwand für die Diagnostik verringert wird, können sich die Ärzte mehr Zeit für die Patienteninteraktion nehmen.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist es jedoch erforderlich, dass wir die Studierenden für Gesundheitsberufe bereits jetzt mit den neuen Technologien und den Chancen und Risiken der Digitalisierung vertraut machen und nicht den Ärzten von morgen die Medizin von gestern vermitteln.

Ihr
Professor. Dr. med. Martin Paul
 President Maastricht University
 Schriftleitung Druckpunkt



Hochdruckliga



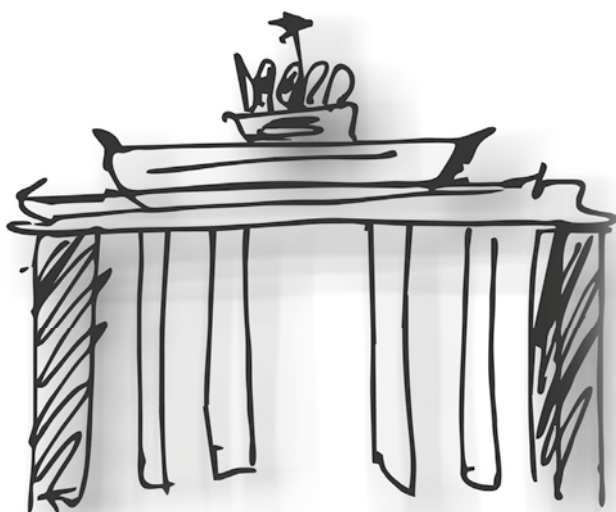
HYPERTONIE 2018

KOSMOS Berlin | 22.-24.11.18

42. Wissenschaftlicher Kongress

Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®

Deutsche Gesellschaft für
Hypertonie und Prävention



Berlin

© bofotofox - fotolia.com



„Hypertonie, auf Herz und Niere geprüft“

✓ hypertonie-kongress.de

Jetzt bis zum 26.08.2018 Abstract einreichen!

conventus
CONGRESSMANAGEMENT



AKTUELL

- 6 Definition des Bluthochdrucks bleibt unverändert – Neue Leitlinien von ESH und ESC
- 8 Barcelona – 8. bis 11. Juni 2018 – Kongressbericht – Jahrestagung der Europäischen Hochdruckgesellschaft
- 10 Stellungnahme der Deutschen Hochdruckliga – Neue europäische Leitlinien für Bluthochdruck: Was ändert sich?
- 11 US-Studie zur Blutdruckkontrolle – Frisör und Apotheker helfen mit



ARZT + BLUTDRUCK

- 12 Von der Wissenschaft in die Praxis – Wissen wir Ärzte wirklich, was in den Studien gemacht wurde?
- 16 Frauenherzen schlagen anders



GESUNDER BLUTDRUCK

- 20 Wieso eine Schwalbe noch keinen Sommer macht – Digitale Unterstützung der Hypertoniebehandlung
- 24 Unterschätztes Risiko – Bluthochdruck bei Frauen



GESUND ESSEN

- 28 Kraftpaket Tomate



AUS DER HOCHDRUCKLIGA

- 30 Welthypertonietag 2018 „Blutdruckmessen, aber richtig“
- 34 „Bluthochdruck im Griff“ – Neue Selbsthilfegruppe der Deutschen Hochdruckliga in Bad Wildungen
- 37 Selbsthilfegruppe Bluthochdruck Leverkusen – Welthochdrucktag 2018
- 38 Welthypertonietag 2018 in Karlsburg – Ein Blick hinter die Kulissen
- 38 Impressum

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Die gewählte männliche Form schließt eine adäquate weibliche Form gleichberechtigt ein.

Definition des Bluthochdrucks bleibt unverändert

Neue Leitlinien von ESH und ESC

Das American College of Cardiology (ACC) und die American Heart Association (AHA) haben in ihren aktualisierten Leitlinien zur Behandlung von Bluthochdruck unter anderem eine Neudefinition der Grenzwerte vorgenommen. In diesen gelten bereits Blutdruckwerte von 130–139 mm Hg systolisch bzw. 80–89 mm Hg diastolisch als Hypertonie Grad 1. Mit Spannung wurde erwartet, wie die europäischen Fachgesellschaften, die European Society of Hypertension (ESH) und die European Society of Cardiology (ESC), in ihren neuen Leitlinien auf die Vorschläge der amerikanischen Kollegen reagieren würden. Professor Dr. Reinhold Kreutz, Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie und Toxikologie an der Berliner Charité und Sekretär der ESH, nimmt Stellung zu den neu formulierten Empfehlungen.

Druckpunkt: Am 9. Juni 2018 wurden im Rahmen der diesjährigen Tagung der European Society of Hypertension (ESH) in Barcelona erstmalig die gemeinsamen Empfehlungen der European Society of Cardiology (ESC) und der ESH zum Management des Bluthochdrucks vorgestellt. Folgen diese Empfehlungen der strengeren Kategorisierung der amerikanischen Fachgesellschaften in Bezug auf die Hypertoniedefinition? Wo sind Übereinstimmungen, wo sind Unterschiede?

Prof. Kreutz: Zunächst ist es sicherlich wichtig, auf den vielleicht wesentlichsten Unterschied hinzu-

weisen, nämlich dass die seit vielen Jahren etablierte Definition des Bluthochdrucks in Europa und damit für uns in Deutschland unverändert bestehen bleibt. Eine von mehreren wichtigen Übereinstimmungen mit den amerikanischen Leitlinien ist die gemeinsame Empfehlung, eine medikamentöse Behandlung bei den meisten Patienten bereits mit einer Zweifachkombination, bevorzugt mit einer Fixkombination, zu beginnen.

Druckpunkt: Was sagen die aktualisierten Leitlinien zur Methodik der Blutdruckmessung aus, zur ambulanten 24-Stunden- sowie zur eigenständigen Blutdruckmessung der Patienten?



Prof. Kreutz: Die Definition der Hypertonie und die Therapieentscheidungen basieren nach wie vor auf Messungen in der ärztlichen Praxis. Dennoch sollen Blutdruckmessungen außerhalb der Praxis und insbesondere häusliche Blutdruckmessungen der Patienten in Zukunft eine größere Rolle spielen und zur Bestätigung der Diagnose eingesetzt werden. Damit soll allgemein das Monitoring und nicht zuletzt die Entdeckung der Weißkittel- und maskierten Hypertonie verbessert werden.

Druckpunkt: Was heißt das für die Praxis? Welche aktualisierten Therapieempfehlungen folgen aus den Leitlinien? Gibt es z.B. seitens der ESH eine Empfehlung, präventiv schon bei Werten unter 130 mmHg systolisch eine medikamentöse anti-hypertensive Therapie einzuleiten?

Prof. Kreutz: Nein, eine blutdrucksenkende Therapie soll im Regelfall, der Definition der Hypertonie folgend, erst bei Patienten mit systolischen oder diastolischen Blutdruckwerten von mindestens 140 und 90 mmHg eingeleitet werden. Neu ist allerdings die Empfehlung, eine Behandlung bei sehr hohem Risiko, und hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Patienten mit koronarer Herzkrankheit, ab Blutdruckwerten von 130 und 85 mmHg zu beginnen. Generell sollen als Ziel Blutdruckwerte unter 140/90 mmHg und, falls gut toleriert, von 130/80 mmHg und im Einzelfall sogar darunter – aber nicht unter 120/70 mmHg – angestrebt werden.

Druckpunkt: Kontrovers wird die Diskussion um die schärfer formulierten Zielwerte im Hinblick auf ältere, über 65-jährige Patienten geführt. Eine aggressive Blutdrucksenkung erhöht das Risiko für Schwindel, Stürze und Frakturen. Gibt es dazu in den aktuellen Leitlinien eine Aussage?

Prof. Kreutz: Dieser sehr wichtige Aspekt wird in den neuen Leitlinien, die ja erst Ende August beim Jahreskongress der ESC in München vollständig veröffentlicht werden, ausdrücklich angesprochen und bei den neuen Empfehlungen berücksichtigt. Auf der einen Seite wird jetzt allge-

mein ein weniger zurückhaltendes Vorgehen bei Patienten über 65 Jahren als bisher empfohlen. Das bedeutet: Insbesondere die älteren Patienten sollen individualisiert nach dem biologischen und nicht nach dem kalendarischen Alter behandelt werden. Man kann sagen, ältere Patientin, die fit sind, sollen so wie die Jüngeren behandelt werden. Als konkretes Beispiel kann ich hervorheben, dass es eine explizite und starke Empfehlung gibt, die davon abrät, bei über 80-Jährigen eine bestehende antihypertensive Therapie, falls sie gut vertragen wird, allein aufgrund des Alters zu beenden.

Druckpunkt: Gibt es in den neuen Leitlinien Änderungen hinsichtlich der empfohlenen Medikation?

Prof. Kreutz: Was die Auswahl der wesentlichen Substanzklassen betrifft, gibt es keine wesentlichen Neuerungen. Neu ist, wie bereits erwähnt, die Empfehlung eines stark vereinfachten Therapieschemas, welches im Idealfall auf nur einer Tablette beruht, in der zwei bis drei Wirkstoffe kombiniert werden. Damit sollen die Therapietreue und die Blutdruckeinstellung allgemein verbessert werden. Die Basistherapie besteht aus Kombinationen eines Hemmstoffes des Renin-Angiotensin-Systems – also entweder ein ACE-Hemmer oder ein Angiotensin-Rezeptorblocker – plus Calciumantagonist oder Diuretikum.

Druckpunkt: Welche aktuellen Projekte verfolgt die ESH derzeit?

Prof. Kreutz: Einerseits verfolgen wir gemeinsame Forschungsprojekte innerhalb der ESH in Zusammenarbeit mit den ESH Hypertonie-Exzellenzzentren in den verschiedenen Ländern. Hierzu zählt aktuell ein großes europaweites Projekt zur Evaluation der Blutdruckkontrolle und des Vorgehens bei der Praxisblutdruckmessung. Andererseits haben wir verschiedene strukturelle Ziele, um die Kommunikation zwischen ESH und den nationalen Hypertoniegesellschaften zu intensivieren. Eine globale Vernetzung mit Partnergesellschaften auf internationaler Ebene spielt ebenfalls eine große Rolle. All dies hat zum Ziel, die Prävention und Behandlung der Hyperto-



Prof. Dr. Reinhold Kreutz
Direktor Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie,
Charité – Universitätsmedizin Berlin

nie zu verbessern. Die Hypertonie ist nach wie vor weltweit der wichtigste Risikofaktor für Erkrankungen und Sterblichkeit.

Druckpunkt: Sie sind Vorstandsmitglied in der ESH. Wie sieht der Alltag eines Sekretärs der ESH aus? Welche Aufgaben haben Sie?

Prof. Kreutz: Meine Hauptaufgaben bestehen in der Unterstützung des wissenschaftlichen Vorstandes, genannt Scientific Council, und des Präsidenten der ESH. Als erste wichtige Maßnahme haben wir gemeinsam mit dem Präsidenten Prof. K. Tsioufis aus Athen die Arbeit unseres Sekretariates neu strukturiert und einige der oben bereits angesprochenen Aktivitäten damit vorangebracht. Wir haben eine neue E-Learning Webseite eingerichtet, die jetzt aktuell mit neuen Fortbildungsinhalten zu den Leitlinien bestückt werden wird. Ich möchte in diesem Zusammenhang alle deutschen Kolleginnen und Kollegen ermuntern, die Möglichkeiten der Kommunikation und Fortbildung mit der ESH gerne zu nutzen und sich jederzeit mit Fragen bzw. Anregungen an uns zu wenden. Die Kontakte sind: eshcouncilsecretariat@eshonline.org (E-Mail), <http://www.eshonline.org> (Webseite). ●

Interview:
Christian Schmid

Barcelona – 8. bis 11. Juni 2018 – Kongressbericht

Jahrestagung der Europäischen Hochdruckgesellschaft



Loro/Foto ©: European Society of Hypertension

Zum diesjährigen Jahreskongress der Europäischen Hypertoniegesellschaft (ESH) trafen sich über 2.500 Ärzte und Wissenschaftlicher im sommerlichen Barcelona. Inzwischen oft Ort der Mammutkongresse der Kardiologen und Diabetologen, nahm sich das europäische Hypertonie-Meeting fast familiär aus – vom riesigen Messezentrum war gerade einmal eine Halle mit den Präsentationen belegt.

In der Eröffnungsveranstaltung wurde noch einmal die weltweite Bedeutung des Risikofaktors Hypertonie für kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Komplikationen unterstrichen, außerdem erinnerte Giuseppe Mancia an den großen „Vater“ und Nestor der europäischen Hypertonieforschung und auch Mitgründer der ESH, Professor Alberto Zanchetti, der im März diesen Jahres im Alter von fast 92 Jahren verstorben war.

Natürlich standen im Mittelpunkt des Interesses die neuen Leitlinien der Europäischen Hypertonie-Gesellschaft (ESH), die wieder in Zusammen-

arbeit mit der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) entwickelt und verfasst wurden. Das Interesse war umso größer, als die USA ja mit eigenen neuen Leitlinien der großen Herzorganisationen AHA/ACC im November 2017 „vorgeprescht“ waren. In einer 90-minütigen Sitzung wurden die neuen Empfehlungen mündlich vorgestellt, publiziert werden sie erst online am 25.8. anlässlich des europäischen Kardiologenkongresses in München (ESC 2018).

Was ist neu, was hat sich geändert? Nicht geändert hat sich – dankenswerterweise und richtig – die Klassifikation der Hypertonie, hier waren die

Amerikaner ja zu niedrigeren Definitionen „aufgebrochen“ und hatten damit fast 50% der Bevölkerung zu Hypertonikern gemacht. In Europa gilt weiterhin optimaler Blutdruck <120/80 mmHg, Beginn Hypertonie ab 140/90 mit dann weiterhin Stadium 1-3.

Auch die Normalwerte für Selbstmessung und ABDM ändern sich nicht. Für die Risiko-Stratifizierung werden weiter die SCORE-Kriterien der ESH/ESC herangezogen, zusätzlich aber auch Endorganschäden wie Linksherzhypertrophie, Nierenschädigung, Retinopathie und v.a. kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Komplikationen.

Generell werden wie bisher alle Patienten mit Blutdruckwerten >140/90 mmHg behandelt, neu gilt das auch für rüstige ältere Patienten bis 80 Jahre. Erstmals wird für ausgewählte Hochrisikopatienten mit hoch-normalem Blutdruck (d.h. 130–139/85–89 mmHg) auch eine medikamentöse Therapie empfohlen, v.a. wenn sie bereits eine manifeste kardiovaskuläre Erkrankung haben (Klasse IIB/ Evidenz A Empfehlung).

Als Blutdruckziel wird für alle Patienten <140/90 mmHg angegeben – was ja aktuell in den meisten Ländern und auch in Deutschland nur bei ca. 50% der Patienten bisher erreicht wird. Wenn die Patienten das tolerieren, soll aber dann im Verlauf der Behandlung ein Blutdruck <130/80 mmHg angestrebt werden, v.a. immer ein Blutdruck <80 mmHg diastolisch. Dies erfordert logischerweise engmaschigere Kontrollen und eine intensiviertere Behandlung.

Womit also behandeln? Natürlich immer zuerst mit Lebensstiländerungen, d.h. Kochsalzaufnahme <5g/Tag (!), weniger als „14 Drinks“ die Woche entsprechend 7 Schoppen Wein oder 7 Halbe Bier, bei Frauen entsprechend ein Drittel bis die Hälfte weniger (wenn auch keine neuen Studien dazu vorliegen), und weiterhin tgl. 30 min Bewegung. Aber wer soll das durchhalten über Jahre?

Aufgewertet wurde erneut die Kombinationsbehandlung und hier in ers-

ter Linie die Behandlung mit Fixdosis-Kombinationen („single pill combinations“). Dies ist die neue Initialtherapie für die Mehrzahl der Patienten; einzige Ausnahme sind sehr alte Hypertoniker und solche mit Stadium I Hypertonie ohne sonstige Risikofaktoren. Bestehen soll die „Fixdosis-Kombi“ aus RAS-Blockern und Diuretika oder Kalzium-Antagonisten. Dieser Abschied von der lange propagierten initialen Monotherapie oder Stufentherapie der Hypertonie darf als die eigentlich echte Neuerung bezeichnet werden!

Nicht nur in der Leitlinien-Sitzung, sondern auch in anderen Sitzungen wurde das Problem der Non-Adhärenz behandelt. Diese ist doch viel häufiger als bisher angenommen und betrifft – wenn pharmakologisch gemessen (Urinproben) – ca. 30–40% der Patienten, v.a. auch solche mit angeblich therapieresistenter Hypertonie; diese ist dann bei Vorliegen einer Non-Adhärenz nur noch pseudo-resistent!

Gibt es neue Medikamente am Horizont der Forschung – leider nicht, v.a. keine, die in den kommenden zwei bis drei Jahren einsatzbereit wären.

Umso mehr wurden die ersten positiven Pilotstudien zur renalen Denervierung beachtet, die aus dem SPYRAL- und RADIANCE-Programm vorgestellt wurden. Diese Studien wurden an erfahrenen Zentren durchge-

führt, das Studienprotokoll erfasste v.a. auch die Adhärenz bzw. Non-Adhärenz relativ genau (und lieferte hier erstaunliche Ergebnisse: so nahmen immerhin bis zu 12% der Patienten der „off-Med“ Gruppe nach Ausschleichen der medikamentösen Therapie nach Studienprotokoll ihre Tabletten weiter). Die Studien zeigten eine Senkung des systolischen Sprechstunden-Blutdruckes um ca. 10 mmHg und des systolischen Tages-ABDM um 5–7 mmHg. Erfreulich die hohe Sicherheit der Methode in erfahrenden „Untersucher-Händen“; unklar noch, welche Patienten sicher von der Methode profitieren und wie der Langzeitnutzen aussieht. Also von der renalen Denervierung sind keine Wunder zu erwarten, aber doch – sollten sich die Ergebnisse auch in größeren Studien zeigen – in Zukunft die Möglichkeit, 1–2 Tabletten beim Hypertoniker einzusparen.

Fazit: Interessante Tage in Barcelona mit ausgewogenen, in die Zukunft weisenden neuen Leitlinien der ESH, die wir auch in Deutschland baldmöglichst umsetzen sollten. Aufgewertet werden u.a. die Prävention (Blutdruckkontrollen bei allen Menschen, auch bei bisher Normotonikern alle 5 Jahre!) und die primäre Kombinationstherapie mit Fixdosis-Kombinationen.

Prof. Dr. Peter Trenkwalder
Chefarzt der Medizinischen Klinik, Klinikum Starnberg der Starnberger Kliniken, Osswaldstraße 1, 82319 Starnberg
peter.trenkwalder@klinikum-starnberg.de

beurer medical

Auf mich passt Beurer auf

BM 57: Das smarte Blutdruckmessgerät mit Bluetooth®

Inflation Technology:
schnelle und komfortable Messung bereits während dem Aufpumpen

Universalmanschette
für Oberarmumfänge von 23 bis 43 cm

XL-Display
weiß beleuchtet und gut ablesbar

Bluetooth®
für Verbindung mit
„beurer HealthManager“ App



Stellungnahme der Deutschen Hochdruckliga

Neue europäische Leitlinien für Bluthochdruck: Was ändert sich?

Auf dem Kongress der „European Society of Hypertension“ (ESH) wurden am 9. Juni 2018 in Barcelona die neuen europäischen Leitlinien für die Behandlung von Bluthochdruck vorgestellt. Die ESH/ESC-Leitlinie hält an der Definition von Bluthochdruck von $\geq 140/90$ mm Hg fest und setzt verstärkt auf Prävention und Früherkennung: Menschen mit optimalen Blutdruckwerten unter $120/80$ mm Hg sollen sich alle 5 Jahre einer Blutdruck-Screening-Messung unterziehen, Erwachsene mit



Foto©: Katarzyna Białasiewicz/123RF

hochnormalen Blutdruckwerten ($130-139/85-89$ mm Hg) mindestens jährlich. Die Therapietreue soll durch den Einsatz von Fixdosis-Kombinationen verbessert werden.

Auf dem Kongress der „European Society of Hypertension“ (ESH) wurden erstmals die neuen europäischen Leitlinien für die Behandlung von Bluthochdruck präsentiert, die zusammen von der ESH und der „European Society of Cardiology“ (ESC) erstellt wurden und deren Publikation im August erwartet wird. Die neuen Leitlinien halten nach wie vor an der bestehenden Krankheitsdefinition von $\geq 140/90$ mm Hg fest, empfehlen aber, eine Senkung in den Normalbereich ($< 130/80$ mm Hg) anzustreben.

Professor Dr. med. Peter Trenkwalder, Stellv. Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® | Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention, kommentiert: „Die US-Leitlinien definieren Bluthochdruck bereits ab Werten $\geq 130/80$ mm Hg, der Grenzwert wurde 2017 u.a. als Reaktion auf die SPRINT-Studie abgesenkt. Die europäische Leitlinienkommission hingegen sah für eine solche Empfehlung keine ausreichende Evidenz. Die neue Leitlinie sieht weiterhin vor, die Mehrzahl der Hypertoniker erst ab einem Blutdruck von $140/90$ mm Hg medikamentös zu behandeln.“ Wie die vorherige Leitlinie differenziert sie zwischen einem optimalen Blutdruckbereich ($< 120/80$ mm Hg),

einem normalen ($120-129/80-84$ mm Hg) und einem hochnormalen ($130-139/85-89$ mm Hg). Erst darüber liegende Werte werden als krankhaft eingestuft und sollten medikamentös behandelt werden, wenn eine Lebensstiländerung, die bereits Patienten mit hochnormalen Werten empfohlen wird, keine Erfolge gezeigt hat.

„Generell gilt aber: Bluthochdruck ist ein komplexes Erkrankungsbild und die moderne Bluthochdrucktherapie sollte individualisiert erfolgen, die Leitlinien setzen lediglich den groben Rahmen“, erklärt Professor Krämer, Präsident der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® | Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention. „Primäres Ziel muss sein, alle Hypertoniker erfolgreich unter diesen Wert von $140/90$ mm Hg, nach Möglichkeit aber in den Normalbereich ($< 130/80$ mm Hg) zu bringen. Doch derzeit ist die Hälfte aller Menschen mit Bluthochdruck nicht bzw. nicht erfolgreich behandelt“, so der Experte. Die Gründe dafür liegen in einer mangelnden Therapietreue der Patienten und in einer immer noch bestehenden Dunkelziffer der Erkrankung.

Diese beiden Probleme adressiert die neue Leitlinie, was die Deutsche Hoch-

druckliga e.V. DHL® | Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention ausdrücklich begrüßt. Zum einen empfiehlt sie, dass normotensive Erwachsene mit optimalen Blutdruckwerten unter $120/80$ mmHg alle 5 Jahre eine Blutdruck-Screening-Messung erhalten und Erwachsene mit hochnormalen Blutdruckwerten ($130-139/85-89$ mmHg) mindestens jährlich. Um die Therapietreue zu stärken, empfiehlt sie den Einsatz von Fixdosis-Kombinationen (engl. „single pill combinations“ = SPC; 2-3 blutdrucksenkende Substanzen in einer einzigen Tablette) – es ist bekannt, dass die Therapietreue nachlässt, je mehr verschiedene Tabletten die Patienten einnehmen müssen. Entsprechend hat sich auch ein Paradigmenwechsel in der Therapie ergeben: „Die medikamentöse Therapie soll nun primär als 2-fach-Kombinationstherapie aus ACE-Hemmern oder Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB) und Kalziumantagonist oder Thiaziddiuretikum erfolgen, die Monotherapie hat als Erstlinientherapie ausgedient“, kommentiert Professor Krämer. Ende August 2018 sollen die Leitlinien schriftlich veröffentlicht werden. Die Deutsche Hochdruckliga wird die neuen Leitlinien sobald als möglich auch im Detail prüfen und Sie hierüber weiter informieren. ●

US-Studie zur Blutdruckkontrolle

Frisör und Apotheker helfen mit

Der Erfolg einer US-Studie sollte nach Ansicht der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® Anlass sein, über ähnliche Modelle auch in Deutschland nachzudenken. In keiner Bevölkerungsgruppe ist der Bluthochdruck in den USA so weit verbreitet wie bei Männern mit schwarzer Hautfarbe.

Die meisten wissen nichts von ihrer Gefährdung, da sie selten zum Arzt gehen und ein zu hoher Blutdruck in der Regel keine Beschwerden verursacht. Der Besuch eines Barbershops gehört hingegen zum Lebensstil. Er ist Gelegenheit, Freunde zu treffen und über Gott und die Welt zu reden.

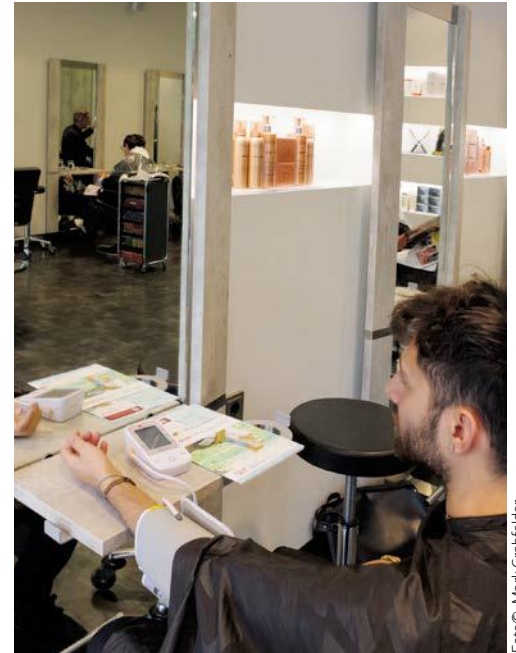
Eine Studie aus Kalifornien zeigt jetzt, dass der soziale Treffpunkt Barbershop genutzt werden kann, um die Blutdruckkontrolle in dieser Hochrisikogruppe zu verbessern. „Die Frisöre wurden angehalten, mit den Männern über das Problem Bluthochdruck zu reden und zu einem Treffen mit dem Apotheker einzuladen“, berichtet Professor Dr. med. Bernhard Krämer, Direktor der V. Medizinischen Klinik an der Universitätsmedizin Mannheim und Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga. „Der Apotheker suchte einmal im Monat den Barbershop auf, um den Kunden den Blutdruck zu messen und Medikamente zu verteilen. Die Erlaubnis dazu hatte der Apotheker von den Hausärzten erhalten, die hierzu einen Vertrag mit dem Apotheker abgeschlossen hatten.“ Der Einbezug von Frisören erscheint etwas naheliegender, wenn man weiß, dass Barbieri ja seit dem Mittelalter in die Gesundheitsversorgung einbezogen waren und Aderlässe und Zahnextraktionen vorgenommen hatten.

Wie erfolgreich diese Strategie sein kann, zeigen die Ergebnisse, die Ronald G. Victor vom Smidt Heart Institute in Los Angeles und weitere Mitarbeiter jetzt im New England Journal of Medicine veröffentlicht haben. Die Wissenschaftler hatten in 52 Frisörsalons 319 afroamerikanische Männer kontaktiert, bei denen der obere systolische Blutdruckwert zu Beginn

im Durchschnitt bei 152,8 mmHg lag und die deshalb ein hohes Risiko für einen Herzinfarkt und einen Schlaganfall hatten. Sechs Monate später war der Blutdruck im Durchschnitt auf 128 mmHg gesunken.

Professor Krämer erläutert: „Knapp 90 Prozent der Männer hatten einen systolischen Blutdruck von unter 140 mmHg, der heute als normal eingestuft wird, weil er langfristig das Risiko für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bei Hochdruckkranken vermindert.“ In einer zweiten Gruppe hatten die Frisöre ihre Kunden nur über die Risiken informiert und sie dringend ermahnt, ihren zu hohen Blutdruck vom Hausarzt behandeln zu lassen. Auch in dieser Gruppe wurde der Blutdruck nach sechs Monaten gesenkt, allerdings nicht so stark. Der durchschnittliche Wert lag nach sechs Monaten bei 145,4 mmHg. Nur ein Drittel hatten einen Normalwert von unter 140 mmHg erreicht.

Für Professor Hoyer, Direktor der Klinik für Nephrologie am Universitätsklinikum Marburg, zeigt die Studie, dass es wichtig ist, die Betroffenen in ihrer gewohnten Umgebung anzusprechen und einen niedrigschwellige Zugang zur Blutdruckkontrolle zu ermöglichen. „Durch das Gespräch mit dem Frisör wird der Bluthochdruck zu einem Thema im Alltag und die Betreuung durch den Apotheker hat sicherlich die Bereitschaft gefördert, den Blutdruck regelmäßig zu kon-



Foto©: Mark Grabfelder

Einmal Haare schneiden, föhnen und Blutdruck senken. Das war eine erfolgreiche Studie in den USA. Auch in Deutschland sind Modelle denkbar. Dres. Lembens haben in Mainz damit begonnen (siehe S. 31).

trollieren und die Medikamente einzunehmen, obwohl man sich eigentlich gesund fühlt“, sagt der Experte.

Ähnliche Modelle kann sich die Deutsche Hochdruckliga durchaus auch für Deutschland vorstellen. „Auch hier gibt es Betroffene, die nichts von ihrem Bluthochdruck wissen und selten zum Hausarzt gehen“, so Hoyer weiter. „Häufiger kommen viele jedoch an einer Apotheke vorbei oder sind beim Betriebsmediziner“, so der Experte. „Diese Kontakte sollten für eine vermehrte Aufklärung über die Gefahren von unerkanntem Bluthochdruck und seiner möglichen Behandlung durch einen Arzt genutzt werden.“ Anders als in den USA dürfen Apotheker in Deutschland zwar den Blutdruck messen, aber eigenständig keine Blutdruckmedikamente ausgeben, könnten jedoch den Patienten an seinen Hausarzt verweisen. ●

Quelle: Ronald G. Victor, M.D., Kathleen Lynch, Pharm.D., Ning Li, Ph.D., Ciantel Blyler, Pharm.D., Eric Muhammad, B.A., Joel Handler, M.D., Jeffrey Brettler, M.D., Mohamad Rashid, M.B., Ch.B., Brent Hsu, B.S., Davontae Foxx-Drew, B.A., Norma Moy, B.A., Anthony E. Reid, M.D., et al. A Cluster-Randomized Trial of Blood-Pressure Reduction in Black Barbershops. New England Journal of Medicine 2018; doi: 10.1056/NEJMoa1717250

Von der Wissenschaft in die Praxis

Wissen wir Ärzte wirklich, was in den Studien gemacht wurde?

Haben Sie auch schon einmal eine Studie gelesen und sich dabei gefragt, wie die darin durchgeführte „Verhaltenstherapie“, „Salzreduktion“ oder „Bewegungsintervention“ genau umgesetzt werden soll? Nicht-medikamentöse Therapien spielen bei chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck eine wichtige Rolle. Die Ergebnisse von Interventionsstudien werden allerdings nur selten im Hinblick auf Transparenz, Wiederholbarkeit und Praxistransfer der durchgeführten Interventionsmaßnahme hinterfragt. Die Qualität der Interventionsbeschreibung in Publikationen ist tatsächlich oftmals mangelhaft, was deren Umsetzung in der klinischen Praxis erschwert. Checklisten stellen sinnvolle Instrumente zur Planung, Durchführung, Berichterstattung und Beurteilung von Interventionen dar.

Warum sind vollständige Interventionsberichte wichtig?

Die Bedeutung von nicht-medikamentösen Maßnahmen für die Behandlung von chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck ist schon lange unumstritten. Die Umsetzung von positiven Studienergebnissen in die klinische Praxis geschieht aber oft langsam oder wird sogar vernachlässigt. Die Gründe hierfür können zum einen in fehlendem Wissen und Bewusstsein sowie in einer mangelnden Übertragbarkeit auf den Patienten liegen. Zum anderen aber stellt sich die Frage, ob die in den Studienpublikationen berichteten Informationen zu einer Therapiemaßnahme überhaupt eine Wiederholung der Intervention ermöglichen.

Tatsächlich ist die Qualität der Interventionsbeschreibung von nicht-medikamentösen Therapien aufgrund ihrer Komplexität bemerkenswert gering. Dies wurde schon in Studien aus dem chirurgischen und onkologischen

Bereich sowie in Interventionen aus der Pflege, Rehabilitation oder Pädiatrie dokumentiert. In einer umfassenden Analyse von 137 nicht-medikamentös durchgeführten Interventionen lag in nur 39% der Studienberichte eine adäquate Beschreibung der Untersuchung vor.

Auch im Bereich der Bewegungstherapie ist eine mangelnde Berichterstattung nicht überraschend. Defizite in der Beschreibung von Therapiemaßnahmen ließen sich bereits für die kardiologische Rehabilitation sowie in der Therapie von Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit und Osteoporose nachweisen. Daraus folgt eine mangelnde Replizierbarkeit und erschwert somit die Umsetzung der nicht-medikamentösen Therapie in der medizinischen Routineversorgung.

Wissenschaftlich belegter Nutzen vs. Wiederholbarkeit

Auch zur Prävention und Behandlung des Bluthochdrucks ist Sport und

Bewegung als nicht-medikamentöse Therapie essentiell. Wie in allen Leitlinienempfehlungen werden hierzu oftmals Studienergebnisse genannt, die primär auf randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) oder deren systematischer Zusammenfassung basieren.

Um Nutzen und Risiken einer Intervention zu bewerten, haben sich systematische Übersichtsarbeiten („systematischer Review“) und Metaanalysen (die quantitativ-statistische Zusammenfassung der Einzelstudien) von RCTs als zuverlässigste Lösung erwiesen. Da diese Studientypen international als Qualitätsstandard in der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung anerkannt sind, fließen die Ergebnisse heute maßgeblich in nationale und internationale Empfehlungen ein. Systematische Reviews und Metaanalysen sind daher auch für die Beurteilung von nicht-medikamentösen Maßnahmen wie Sport und Bewegung von hoher Relevanz für Leitlinien und die klinische Anwendung.



Foto©: Andrii Yalanskyi/istock – getty images

die Forschungsberichterstattung geben, die für Autoren als auch für Gutachter im Rahmen des Begutachtungsprozesses von Publikationen als Hilfsmittel gelten.

Seit 2008 hat sich mit dem EQUATOR-Network (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) eine internationale Initiative zur Förderung der Transparenz und genauen Berichterstattung in Studien aus dem Bereich der Medizin und Gesundheitsforschung etabliert (www.equator-network.org). Als inzwischen verpflichtende Leitlinie gilt das CONSORT (CONSolidated Standard Of Reporting Trials) Statement 2010 zur guten Berichterstattung bei RCTs. Die Berichtsqualität in CONSORT-verpflichtenden Zeitschriften ließ sich gegenüber Journals ohne CONSORT-Empfehlung durch die aktuell 25 Items umfassende Checkliste zwar nachweislich steigern, allerdings führte die Anwendung nicht zu einer besseren

Beschreibung der durchgeführten Intervention. Selbst in einem Vergleich von Veröffentlichungen in der Zeit von 1975-2013 bleibt die Qualität der Studienberichte hinsichtlich der grundlegenden Komponenten einer Intervention auf einem unverändert niedrigen Niveau.

Hilfsmittel für die Beschreibung von Interventionen

Mit der TIDieR Checkliste (Tab. 1) ist 2014 ein Instrument entwickelt worden, welches die bestehenden Leitlinien zur Berichterstattung in RCTs (CONSORT Statement), klinischen Studienprotokollen (SPIRIT) oder Beobachtungsstudien (STROBE Statement) erweitert. Die insgesamt 12 Items umfassende TIDieR Checkliste thematisiert ausschließlich Fragen zur durchgeführten Intervention und präzisiert damit die bisherigen unzureichenden Empfehlungen zur Interventionsbeschreibung. Die Mehrheit dieser Items lässt sich sowohl auf

Doch wie gut geben die in einer Metaanalyse eingeschlossenen Studien Einblick in die durchgeführte Intervention? Ist die Untersuchung anhand der Studienberichte überhaupt reproduzierbar? Gerade an der Schnittstelle zwischen Forschung und Klinik ist es erforderlich, dass alle Prozesse und Strategien einer Intervention nachvollziehbar sind und auch komplexe Bestandteile vollständig berichtet werden. Nur auf diese Weise können Ärzte, Therapeuten, Trainer und andere im Gesundheitswesen sowie in der Gesundheitspolitik tätige Personen fundierte Entscheidungen treffen und wirksame Interventionen in die tägliche Praxis transferieren.

Standards und Leitlinien für eine verbesserte Forschungsberichterstattung

Soll sich die Qualität der Interventionsbeschreibung verbessern, so reicht es nicht aus, nur das Bewusstsein der Autoren zu schulen. Vielmehr muss es verpflichtende Leitlinien für

Tabelle 1: Items und Inhalte der TIDieR Checkliste (Übersetzung)

Nr.	Item	Beschreibung
1	KURZBEZEICHNUNG	Formulierung einer Bezeichnung oder Umschreibung für die Intervention
2	WARUM	Beschreibung der Gründe, Theorien und Ziele der Intervention.
3	WAS: Materialien	Beschreibung aller technischen oder informatorischen Materialien , die in der Intervention genutzt wurden. Dies beinhaltet dem Patienten oder in der Interventionsdurchführung bereitgestelltes Material oder in der Schulung der Interventionsdurchführenden. Angabe zur Zugänglichkeit des Materials (z. B. Onlinematerial, URL).
4	WAS: Verfahren/ Ablauf	Beschreibung der in der Intervention eingesetzten Verfahren, Maßnahmen und/oder Prozesse , einschließlich aller unterstützenden Maßnahmen
5	WER: Behandelnde	Beschreibung der Expertise , des Hintergrundes und jedes spezifischen Trainings für alle durchführenden Personen der Intervention (z. B. Psychologe, Pflegehelfer)
6	WIE	Beschreibung der Art und Weise der Durchführung der Intervention (z. B. persönlicher Kontakt oder auf andere Weise wie Internet oder Telefon) und ob diese als Einzel- oder Gruppenintervention stattfand.
7	WO: Ort	Beschreibung der Merkmale der Ort(e) , an denen die Intervention durchgeführt wurde, einschließlich erforderlicher Infrastruktur oder relevanter Besonderheiten.
8	WANN und WIE VIEL: Dosierung	Beschreibung von Häufigkeit und Dauer der Intervention , einschließlich der Anzahl der Einheiten des Zeitplans sowie der Frequenz, Dauer, Intensität und Dosierung der Intervention.
9	ANPASSUNG	Beschreibung der Anpassung (Was, Warum, Wann und Wie) im Falle einer personalisierten/personenbezogenen oder adaptierten Intervention.
10	MODIFIKATIONEN	Beschreibung der Veränderungen (Was, Warum, Wann, Wie) im Falle einer Modifikation der Intervention im Verlauf der Studie.
11	WIE GUT: geplant	Beurteilung der Adhärenz/Therapietreue : Beschreibung wie und von wem und der gegebenenfalls genutzten Strategien zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Therapietreue.
12	WIE GUT: tatsächlich	Beurteilung der Adhärenz/Therapietreue : Beschreibung des Ausmaßes , in dem die Intervention wie geplant durchgeführt wurde.

medikamentöse als auch auf nicht-medikamentöse Studien übertragen.

Die CERT (Consensus on Exercise Reporting Template) Checkliste (Tab. 2) wurde 2016 schließlich als Erweiterung der TIDieR Checkliste entwickelt und dient speziell der Beschreibung von Bewegungsinterventionen. Mit der 16 Items umfassenden Liste ist somit eine explizite Wiedergabe der grundlegenden Merkmale einer bewegungstherapeutischen Maßnahme möglich. CERT ist unabhängig vom Studiendesign auf jede Art von Bewegungstherapie anwendbar.

Das übergeordnete Ziel beider Checklisten besteht darin, Autoren eine Hilfestellung zur strukturierten und detaillierten Beschreibung der Inter-

vention anzubieten und auf diese Weise ihre Replikation zu gewährleisten. Gleichzeitig ermöglichen beide Instrumente eine Analyse der Studienqualität sowohl für Gutachter als auch für Leser und potentielle Anwender.

Qualität der Interventionsbeschreibung am Beispiel Sport bei Bluthochdruck

Checklisten, wie TIDieR und CERT, stellen sinnvolle Instrumente zur Planung, Durchführung, Berichterstattung und Beurteilung von Interventionen dar. In einer kürzlich durchgeführten Studie wurde daher die Berichtsqualität jener Primärstudien untersucht, welche der derzeit wichtigsten und größten Metaanalyse über die Wirksamkeit von Sport und Bewegung zur Reduktion des arteriellen Blutdrucks zugrundeliegen.

In der Metaanalyse von 2013 wurden 24 RCTs (1980-2010) mit 1195 Hypertonikern im Hinblick auf den Effekt von Ausdauertraining auf den Blutdruck zusammengefasst. In der statistischen Auswertung zeigte sich eine signifikante Senkung des systolischen Blutdrucks von 8,3 mmHg und des diastolischen Blutdrucks von 5,2 mmHg. Die Vollständigkeit der Interventionsberichte wurde mittels der TIDieR und CERT Checkliste geprüft.

Von der TIDieR Checkliste wurden im Durchschnitt 8 von 12 Items zufriedenstellend angegeben, dies entspricht einem Anteil von 67% vollständig beschriebener Interventionsinhalte. Eine adäquate Beschreibung der für die Replizierbarkeit einer Intervention essentiellen Komponenten (Item 3-9) war im Mittel bei 4 der 7 zentralen Items vorhanden. Durchschnittlich waren damit nur 61% der zentralen Interventionsbestandteile nachvollziehbar (Abb. 1).

Im Hinblick auf die speziell für Bewegungsinterventionen entwickelte CERT Checkliste wurden im Durchschnitt 9 der insgesamt 19 Items ausreichend berichtet; nur 49% der Interventionselemente wurden somit adäquat beschrieben. Auch von den wichtigsten Merkmalen einer Intervention (1-4, 6, 7a, 7b, 8-10, 12, 13, 14a, 14b, 15) waren nur durchschnittlich 57% nachvollziehbar; von den insgesamt 15 zentralen Items wurde im Mittel nur zu 8 Items hinreichend Bezug genommen (Abb. 2).

Im Gegensatz zur TIDieR Checkliste lässt sich mithilfe von CERT eine Aussage zum Auftreten unerwünschter Ereignisse treffen. Nur 13% der Studien kamen dieser Berichterstattung nach. Weiterhin sind Kenntnisse über die Belastungsdosierung wichtig für die Wiederholbarkeit einer Intervention sowie für spätere Bewegungsempfehlungen unverzichtbar. Hierzu lagen in 25% der Einzelstudien keine vollständigen Angaben vor.

Generell ließ sich eine Verbesserung in der Interventionsbeschreibung von jüngeren gegenüber älteren Studien nachweisen, welche sich allerdings ausschließlich in der Berichtsqualität

Tabelle 2: Items und Inhalte der CERT Checkliste (Übersetzung)

Nr.	Item	Beschreibung
1	WAS: Materialien	Beschreibung der Trainingsgeräte/Ausstattung (z. B. Gewichte, Trainingsmaschinen, Laufband, Fahrradergometer etc.)
2	WER: Behandelnde	Beschreibung der Qualifikationen , Lehrexpertise und/oder der absolvierten Schulung des Übungsleiters/Therapeuten.
3	WIE: Durchführung	Beschreibung, ob die Übungen individuell oder gruppenweise durchgeführt wurden.
4		Beschreibung, ob die Übungen überwacht oder nicht überwacht wurden und auf welche Art und Weise sie durchgeführt wurden.
5		Beschreibung, wie die Interventionsadhärenz der Probanden gemessen und angegeben wurde.
6		Beschreibung der Motivationsstrategien .
7a		Beschreibung der Kriterien zur weiteren Anpassung/Steigerung des Trainings .
7b		Beschreibung, in welcher Form/wie das Training angepasst/gesteigert wurde.
8		Beschreibung jeder Übung , um eine Wiederholung zu ermöglichen (z. B. Fotografien, Illustrationen, Videoaufzeichnung etc.)
9		Beschreibung der zu Hause zu absolvierenden Komponenten des Programms (z. B. andere Übungen, Dehnen etc.)
10		Beschreibung von nicht-bewegungsbezogenen Inhalten (z. B. Unterricht, kognitive Verhaltenstherapie, Massage etc.)
11		Beschreibung der Art und Anzahl der unerwünschten Ereignisse , die während des Trainings aufgetreten sind.
12	WO: Ort	Beschreibung des Settings , in der das Training stattfand.
13	WANN, WIE VIEL: Dosierung	Beschreibung der Trainingsintervention, einschließlich Dauer der Intervention. Häufigkeit, Intensität, Dauer der Einheiten, Anzahl der Wiederholungen/Sätze/Einheiten , etc.
14a	ANPASSUNG: was, wie	Beschreibung, ob die Übungen allgemeingültig oder individuell angepasst sind.
14b		Beschreibung, wie Übungen individuell angepasst worden sind.
15		Beschreibung des Entscheidungskriteriums, welches das Startlevel/ Belastungsdosis des Übungsprogramms für die Teilnehmer festlegt (z. B. Anfänger, fortgeschrittener Anfänger, Fortgeschrittene etc.).
16a	WIE GUT: geplant	Beschreibung, wie die Interventionsadhärenz oder Therapietreue des Behandelnden bestimmt/gemessen worden sind.
16b	WIE GUT: tatsächlich	Beschreibung des Ausmaßes, in dem die Intervention wie geplant durchgeführt wurde.

nach TIDieR, jedoch nicht nach CERT zeigte. Die Resultate dieser Untersuchung zeigen, dass keine der Primärstudien vollständig nachvollziehbar ist und daher eine erfolgreiche Replikation der Interventionen fraglich erscheint.

Konsequenzen für die Praxis

Die Analyse zur Berichtsqualität von Bewegungstherapien mit Ausdauertraining weist auf eine inadäquate Beschreibung mehrerer zentraler Merkmale einer Intervention hin und unterstreicht die Notwendigkeit einer guten Berichterstattung. Eine Einschätzung zu den Risiken der angewandten Therapien ist

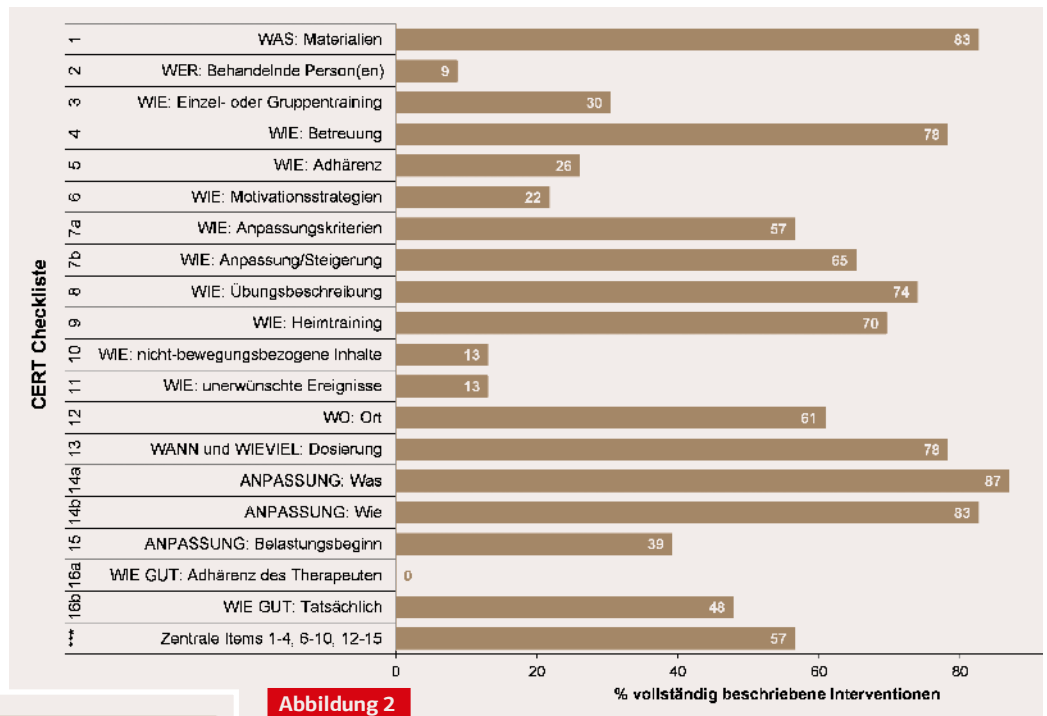


Abbildung 2

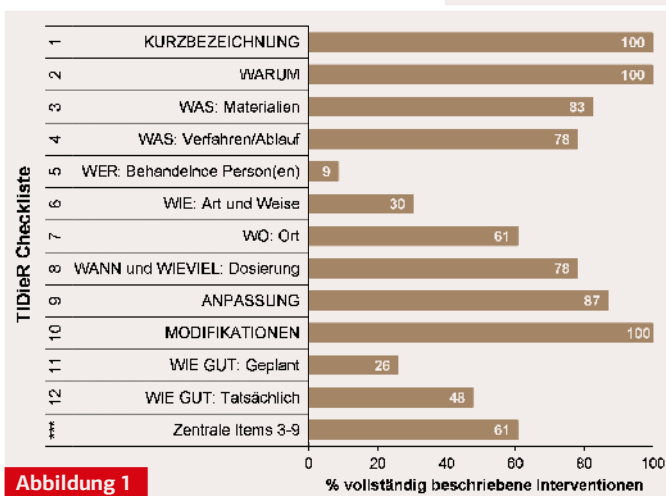


Abbildung 1

Die wohl wichtigste Limitation besteht darin, dass der in mehreren Studien angegebene Blutdruck der Patienten nicht der all-gemeingültigen Definition für Hypertonie entsprach, sodass eine nicht eindeutig zu bestimmende Zahl von Patienten mit einem Blutdruck < 140/90 mmHg eingeschlossen wurde. Des

Fazit

Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass wichtige Elemente einer Bewegungsintervention in Studienpublikationen häufig unvollständig oder gar nicht berichtet werden. Unsere Auswertung ergab weiterhin, dass auch die am meisten zitierten Studien zur Bewegungstherapie für die Behandlung von Bluthochdruck keine ausreichende Beschreibung der Interventionsmaßnahmen beinhalten. Für die Interpretation von Studienergebnissen und den Transfer in die klinische Praxis sind aussagekräftige und nachvollziehbare Angaben jedoch essentiell. Dies könnte die mangelnde Akzeptanz von Bewegung und ähnlichen Lebensstil-Interventionen in der Praxis trotz ihrer Wichtigkeit und der gängigen Empfehlungen erklären.

Wir empfehlen daher allen im Medizin- und Gesundheitssektor tätigen Akteuren, sich mit den bestehenden Leitlinien für eine gute Forschungsberichterstattung vertraut zu machen und deren Einhaltung von der Planung bis zur Veröffentlichung sicherzustellen. ●

Dr. phil. Claudia Hacke
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
 Institut für Medizinische Biometrie und
 Epidemiologie, Hamburg

nahezu unmöglich. Die Anwendung der Checklisten sowie eine kritische Würdigung der Primärstudien einer Metaanalyse bezüglich der Aussagekraft und Übertragbarkeit in die klinische Praxis sind daher dringend zu empfehlen.

In der vorliegenden Untersuchung ist die derzeit wichtigste Metaanalyse zur Effektivität der Bewegungstherapie bei Hypertonikern verwendet worden, deren Ergebnisse seit ihrer Veröffentlichung Eingang in zahlreiche Publikationen und Empfehlungen gefunden haben. In unserer Auswertung der 24 Primärstudien zum Ausdauertraining bei Hypertonikern ließen sich hingegen Unstimmigkeiten im Hinblick auf Studiendesign und -population feststellen.

Weiteren ließen sich die in einer Studie erwähnten Probanden- und Trainingscharakteristika durch Einsicht in die Originalarbeit nicht verifizieren, da es sich bei der angegebenen Referenz um eine Übersichtsarbeit zur Herzinsuffizienz handelt. Die Klärung dieser Unstimmigkeit war auch über eine anschließende Kontaktaufnahme mit den Autoren der Übersichtsarbeit erfolglos.

Eine weitere inhaltliche Limitation der verwendeten Metaanalyse ist das Fehlen konkreter Bewegungsempfehlungen für Hypertoniker. Dies erschwert die Entwicklung evidenzbasierter Bewegungsempfehlungen und den Transfer von Bewegungstherapien in die Praxis.

Herzerkrankungen und besonders der Herzinfarkt werden klassischerweise als eine Erkrankung des Mannes im mittleren Alter wahrgenommen. Über Jahrzehnte wurde jedoch die Bedeutung von Herzerkrankungen bei Frauen nicht erkannt. In den westlichen Industrieländern ging die Sterblichkeit durch Herzerkrankungen im Allgemeinen bei Männern in den letzten drei Jahrzehnten deutlich zurück, die Sterblichkeit bei Frauen blieb jedoch stabil oder sank zumindestens deutlich weniger stark als bei Männern.

Frauenherzen schlagen anders

Auch für Frauen ist die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Todesursache Nummer 1. Mehr als 50 % der Todesfälle nach dem Alter von 50 Jahren sind auf Herzerkrankungen zurückzuführen. Einzelne Herzerkrankungen, wie z.B. die diastolische Herzinsuffizienz, sind sogar besonders bei Frauen in den letzten Jahrzehnten zunehmend, beispielsweise erleiden Frauen auch häufiger einen Schlaganfall nach Vorhofflimmern.

In der wissenschaftlichen Literatur ist völlig unklar, ob biologische Faktoren oder der Lebensstil von Frauen hier die wesentliche Rolle spielen. In den großen klinischen Studien waren Frauen beim Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen deutlich unterrepräsentiert.

Epidemiologie und kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Frauen

Vor der Menopause sind die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit und die Herzinfarkttrate bei Frauen deutlich niedriger als bei Männern. Diese Tatsache ist wohl einerseits durch den Schutzfaktor der hormonellen Situation, aber andererseits auch durch unterschiedliche Profile der klassischen Risikofaktoren bedingt. Etwa ab 60-65 Jahren übersteigt die kardiovaskuläre Letalität bei Frauen jedoch die Letalität bei Männern.

Männer rauchen häufiger als Frauen, dieses beginnt bereits im jugendlichen Alter. Männliche Jugendliche steigern darüber hinaus auch schneller die Anzahl der Zigaretten pro Tag. Auf der anderen Seite ist die körperliche Aktivität beim männlichen Geschlecht, sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen, deutlich höher. Insbesondere ältere Frauen haben niedrige Aktivitätslevel, obwohl das Wissen über den positiven Nutzen von Sport und Bewegung bei Frauen sogar stärker ausgeprägt ist als bei Männern. Offensichtlich bestehen aber Barrieren für Frauen, eine regelmäßige körperliche Aktivität zu beginnen. Dieses wird häufig durch familiäre Pflichten begründet.

Bezüglich des Übergewichtes als Risikofaktor ergibt sich ein differenzier-

tes Bild: leichtes Übergewicht (BMI 25-30 kg/m²) ist bei Männern häufiger, während die Adipositas bei Frauen, besonders im Alter, eine höhere Prävalenz aufweist. Auch der Bluthochdruck als Risikofaktor zeigt geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei jüngeren und mittelalten Erwachsenen ist die Prävalenz der arteriellen Hypertonie bei Männern signifikant höher im Vergleich zu Frauen. Nach der Menopause holen die Frauen hier auf und die Prävalenz der arteriellen Hypertonie im hohen Alter gleicht sich weitgehend an.

Auch psychosoziale Risikofaktoren spielen eine wichtige Rolle für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ein niedriges Einkommen ist eher ein Risikofaktor bei Männern, während bei Frauen das Risiko stärker durch eine geringere soziale Unterstützung (social support) oder eine soziale Isolation ansteigt. Neben der unterschiedlichen Prävalenz von Risikofaktoren gibt es jedoch auch erste Befunde, dass Rauchen, Fettstoffwechselstörungen und Diabetes einen stärkeren Einfluss auf das kardiovaskuläre Risiko bei Frauen ausüben.

Symptome der koronaren Herzkrankheit (KHK)

Die KHK als wichtigste und häufigste Herzerkrankung führt bei Frauen zu Symptomen, die sich von der klassischen Präsentation der Angina pectoris bei Männern unterscheiden. Frauen stellen sich häufiger mit einer atypischen Symptomatik bei einem akuten Koronarsyndrom vor. Rücken- oder Oberbauchschmerzen sind häufiger als die typische linksthorakale Lokalisation bei Männern. Die atypische Präsentation eines akuten Koronarsyndroms ist möglicherweise auch dafür verantwortlich, dass Frauen sich erst später nach Beginn der Symptome bei einem Arzt oder im Krankenhaus vorstellen, weiterhin werden sie mit einem akuten Koronarsyndrom im Krankenhaus auch seltener auf die Intensivstation eingewiesen. Somit ist die Zeit von der Präsentation der Symptome bis zur Diagnosestellung bei Frauen verlängert. Bei der stabilen koronaren Herzkrankheit ist bei Frauen häufi-

ger eine depressive Begleitsymptomatik festzustellen.

Pathophysiologie der koronaren Herzkrankheit bei Frauen

Bei einem akuten Koronarsyndrom werden in einigen Untersuchungen Daten vorgestellt, die darauf hindeuten, dass bei Frauen häufiger ein „unauffälliger“ Herzkatheterbefund erhoben wird. Dieses Fehlen einer Makroangiopathie im Koronarbett bedeutet jedoch nicht einen Ausschluss einer ischämischen Herzerkrankung. Bei Frauen scheinen wohl häufiger mikroangiopathische Veränderungen vorzuliegen, die eine genauso schlechte Prognose wie eine Makroangiopathie aufweisen. Einige Autoren haben vorgeschlagen, den Begriff der koronaren Herzerkrankung generell in ischämische Herzerkrankung zu korrigieren. Daten zu unterschiedlichen pathophysiologischen Verläufen sind zum aktuellen Forschungsstand jedoch noch nicht eindeutig, einzelne Befunde deuten

Tabelle 1: Frauen und Bluthochdruck

- Niedrigere Prävalenz der Hypertonie bei Frauen im jüngeren Alter
- In der Postmenopause häufiger die gefährliche isolierte systolische Hypertonie
- Aggressivere Form der Arteriosklerose im Alter bei Frauen
- Therapie: häufiger Diuretika, mehr subjektive Nebenwirkungen
- Häufiger Elektrolytentgleisungen
- aber: insgesamt bessere Compliance als bei Männern

Tabelle 2: Frauen und koronare Herzkrankheit

- häufiger atypische Symptome
- bei Herzinfarkt längere Zeitdauer bis zur Diagnose
- weniger Katheteruntersuchungen
- weniger Lysetherapie und PCI (Ballondilatation)
- seltener „teurere“ Medikamente
- Sterblichkeit nach akutem Herzinfarkt im Krankenhaus höher
- Sterblichkeit nach Bypassoperationen doppelt so hoch wie bei Männern

auch auf eine geringere Kollateralenbildung bei Frauen mit Koronarstenosen hin. Hier sind weitere Studien dringend notwendig.

Behandlung der koronaren Herzkrankheit – geschlechtsspezifische Unterschiede?

Wissenschaftliche Daten zur Therapie der KHK sind für Frauen in geringerem AusmaÙe vorhanden. In den großen epidemiologischen Studien der letzten Jahrzehnte waren Frauen eindeutig unterrepräsentiert. Möglicherweise auch durch die atypische Präsentation kommt es zu einer geringeren Behandlungsqualität bei Frauen im Vergleich zu Männern nach

akutem Herzinfarkt. Die sogenannte „door to needle“-Zeit ist bei Frauen länger, d.h. die endgültige Diagnose und der Beginn der Therapie erfolgt später nach dem Einsetzen der Symptome, bzw. nach Krankenhausaufnahme. Es ist unklar, ob die medikamentöse Behandlung zwischen Männern und Frauen unterschiedlich sein sollte, für einzelne Substanzen bestehen in den betreffenden Prognosestudien keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen (z.B. Statine), bei anderen Medikamentenklassen ist diese Datenlage nicht so eindeutig (z.B. ACE-Hemmer und Betablocker). Eine Forderung an die Wissenschaft muss der ausreichende

Einschluss von Frauen in die Therapiestudien sein. In den letzten Jahren ist dieses Problem von der klinischen Forschung jedoch erkannt und weitestgehend abgestellt worden. Ein besonderes Augenmerk muss auf ältere Frauen mit Diabetes gerichtet werden. Diabetes mellitus ist ein stärkerer Risikofaktor für eine kardiovaskuläre Mortalität bei Frauen. Die Ursache für die geschlechtsspezifischen Unterschiede ist hier noch nicht klar. Möglicherweise besteht jedoch bei Frauen eine stärkere Notwendigkeit für eine gute Diabetes-einstellung beim Vorliegen von Herzerkrankungen.

**Tabelle 3:
Relatives Risiko für einen Herzinfarkt in der Nurses Health Study**

	Anteil Frauen (%)	Relatives Risiko
Drei protektive Faktoren • gesunde Diät • Nichtraucherin • moderater bis intensiver Sport (> 30 Min./Tag)	12,7	0,43
Vier protektive Faktoren • Body-Mass-Index < 25	7,2	0,34
Fünf protektive Faktoren • Alkohol < 5 g/Tag	3,1	0,17

**Tabelle 4:
Zielwerte Kardiovaskuläre Risikofaktoren, modifiziert nach Europäische Gesellschaft für Kardiologie(ESC) und American Heart Association. Die Zielwerte können beim Vorliegen von Grunderkrankungen oder Vorschädigungen variieren.**

Risikofaktor	Zielwert										
Blutdruck, optimal	<120/80 mmHg										
Gesamt Cholesterin	< 200 mg/dL										
LDL („schlechtes“) Cholesterin	LDL-Cholesterin-Zielwerte hängen von Begleiterkrankungen ab < 115 mg/dl für Gesunde ohne weitere Risikofaktoren <table border="0"> <tr> <td>< 100 mg/dL</td> <td>optimal</td> </tr> <tr> <td>100 – 129 mg/dL</td> <td>nahe optimal/ gering erhöht</td> </tr> <tr> <td>130 – 159 mg/dL</td> <td>grenzwertig erhöht</td> </tr> <tr> <td>160 – 189 mg/dL</td> <td>hoch</td> </tr> <tr> <td>> 190 mg/dL</td> <td>sehr hoch</td> </tr> </table>	< 100 mg/dL	optimal	100 – 129 mg/dL	nahe optimal/ gering erhöht	130 – 159 mg/dL	grenzwertig erhöht	160 – 189 mg/dL	hoch	> 190 mg/dL	sehr hoch
< 100 mg/dL	optimal										
100 – 129 mg/dL	nahe optimal/ gering erhöht										
130 – 159 mg/dL	grenzwertig erhöht										
160 – 189 mg/dL	hoch										
> 190 mg/dL	sehr hoch										
HDL („gutes“) Cholesterin	> 50 mg/dL										
Triglyzeride	<150 mg/dL										
Nüchtern Blutzucker	<100 mg/dL										
Body Mass Index (BMI)	<25 kg/m ²										
Bauchumfang	< 88 cm										
Bewegung/Sport	Minimum 30 Minuten pro Tag, möglichst täglich										

Unterschiede in der Behandlung von Männern und Frauen bei Herzerkrankungen sind jedoch sowohl bei männlichen Kardiologen als auch bei Kardiologinnen festzustellen, ein Einfluss des Geschlechts des behandelnden Arztes existiert hier also nicht

Primär- und Sekundärprävention

Inzwischen existieren für Frauen in der Primärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen Daten mit der gleichen Qualität wie bei Männern. Hier scheint kein systematischer Unterschied zu bestehen. In einer der größten Primärpräventionsstudien, der Nurses-Health-Study mit mehr als 80.000 amerikanischen Krankenschwestern, wurde zweifelsfrei gezeigt, dass primärpräventive Maßnahmen auch bei Frauen einen ausgeprägten Effekt haben. Durch drei protektive Faktoren (siehe Tab.3) ließ sich etwa das relative Risiko für einen Herzinfarkt auf 0,43 senken, d.h. im Vergleich zur Gesamtgruppe war das Risiko nur noch bei 43 %. Insgesamt ließ sich das Herzinfarkttrisiko bei Frauen durch die in Tabelle 3 aufgeführten Faktoren um 83 % reduzieren.

In der Sekundärprävention nach Herzinfarkt bestehen insbesondere bezüglich der Teilnahme an Herzgruppen deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Frauen nehmen wesentlich seltener die Möglichkeit der Sekundärprävention durch körperliche Aktivität in Herzgruppen wahr. Die Ursache für diesen Unterschied ist unklar, möglicher-



Foto©: Wavebreakmedia Ltd - 123RF

Fazit

Die koronare Herzkrankheit bleibt die häufigste Todesursache für Frauen in westlichen Industrieländern. Eine Frau in einem westlichen Industrieland stirbt etwa 10-mal häufiger an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung als an Brustkrebs. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Symptome, des Risikofaktorenprofils, aber auch der Behandlungsergebnisse müssen sowohl in der klinischen Forschung als auch in der täglichen Praxis noch stärker beachtet werden.

weise spielen hier Eingangsbarrieren für ältere Frauen eine Rolle. Einzelne Studien haben bei herzkranken Frauen auch einen geringeren Nutzen eines körperlichen Trainings festgestellt. Hier gibt es noch keine schlüssige Theorie zur Erklärung dieser Unterschiede.

Was können Frauen tun?

Sicher sind die Lebensstilmaßnahmen aus der Nurses Health Studie (Tabelle 3) ein wichtiger Ansatz. An dieser Stelle sollen nicht alle bekannten präventiven Maßnahmen bearbeitet werden. Ein wichtiger Punkt ist jedoch das Bewusstmachen des persönlichen Herz-Kreislauf-Risikos für alle Frauen. Häufig werden familiären Belangen und der Gesundheit von Ehemann und Kindern Priorität eingeräumt, während das eigene Risiko vernachlässigt wird. In den USA wird von der American Heart Association das Programm „know your numbers“ propagiert. Alle Frauen sollen zumindest die wichtigsten eigenen Laborwerte/ Risikofaktoren kennen.

Die Grenz- und Zielwerte sind in Tabelle 4 aufgeführt. Es existiert ein Vielzahl unterschiedlicher, z.T. verwirrender Systeme zur Berechnung des individuellen Risikos. Zentral ist zunächst die Identifikation der in Tabelle 4 aufgeführten Risikofaktoren zur Identifikation von Patientinnen mit erhöhtem Risiko.

Obwohl die Geschlechtsunterschiede bei Bluthochdruck und anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit Jahrzehnten wissenschaftlich untersucht wurden und inzwischen auch hinlänglich bekannt sind, zeigen auch allerneueste Studien, publiziert Ende 2017 und Anfang 2018, weiterhin Unterschiede in Diagnostik und Therapie zwischen den Geschlechtern. Während in einer sehr großen Studie Frauen zu 40–50 % häufiger mit β -Blockern und Aldosteron-Antagonisten behandelt wurden, erhielten sie 20–30 % seltener Ca-Antagonisten oder ACE Hemmer trotz statistischer Korrektur für die Begleiterkrankungen. Diagnostisch zeigte sich in einer weiteren Studie, dass der Nachweis von Verkalkungen in den Herzkranzgefäßen bei Männern einen größeren Zusammenhang mit dem tatsächlichen Schweregrad der Atherosklerose bzw. den Gefäßverengungen hatte. Für Frauen hat er also eine geringere Aussagekraft. Frauenherzen schlagen also anders und der Einfluss des Geschlechts muss bei der Diagnostik und Therapie beachtet werden. Gerade ältere Frauen müssen erhöhte Blutdruckwerte ernst nehmen und sollten sich nicht durch Floskeln wie „stressbedingt“ beruhigen lassen. ●

Prof. Dr. med. Burkhard Weisser

Direktor Institut für Sportwissenschaft, Sportmedizin der CAU
Olshausenstr. 40, 24118 Kiel

boso
BOSCH + SOHN
GERMANY

Gesundheit ist Vertrauenssache.

blutdruck-
messen
ist boso.



Ob Testsieger bei der Selbstmessung am Oberarm oder die Nr. 1 beim Arzt* boso Blutdruckmessgeräte.

*96 % aller deutschen Allgemeinärzte, Praktiker und Internisten arbeiten in der Praxis mit Blutdruckmessgeräten von boso. (API-Studie der GfK 01/2016)

Wieso eine Schwalbe noch keinen Sommer macht

Digitale Unterstützung der Hypertoniebehandlung

Der Deutsche Ärztetag hat im Mai das Fernbehandlungsverbot gelockert. Die Rede von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf dem Hauptstadtkongress wurde kürzlich mit der Schlagzeile kommentiert „Digitalisierung ist Chefsache geworden“. Wird sich die Behandlung von Hypertonikern nun verbessern? Ist jetzt auch eine Fernbehandlung außerhalb der Arztpraxis möglich? Welche Möglichkeiten gibt es, ein digitales Blutdrucktagebuch zu führen, es mit dem Arzt zu teilen bzw. sich dabei telemedizinisch überwachen zu lassen? Diesen Fragen wollen wir nachfolgend nachgehen.

Lockerung des Fernbehandlungsverbots

Der Deutsche Ärztetag lockerte im Mai das Fernbehandlungsverbot. Die ärztliche Berufspraxis erlaubte bisher bereits die telemedizinische Behandlung nach einer persönlichen Untersuchung. Sofern die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt bleibt und es ärztlich vertretbar ist, dürfen Ärzte zukünftig auch ausschließlich über Kommunikationsmedien beraten bzw. behandeln, ohne den Patienten vorher gesehen zu haben.

Dieser Schritt wird auch von der Deutschen Hochdruckliga begrüßt. Prof. Dr. med. Martin Middeke, München, Sprecher der Kommission Telemedizin und E-Health, betonte in einer Pressemeldung der Liga zur Lockerung des Verbots: „Die Therapietreue

lässt bekanntermaßen zwischen zwei Arztbesuchen nach, was den Behandlungserfolg gefährdet. Verordnete Medikamente werden gar nicht erst eingenommen oder vorzeitig wegen Nebenwirkungen oder angeblicher Wirkungslosigkeit abgesetzt.“

An diesem Punkt könnte die Telemedizin ansetzen. Studien haben bereits ausreichend gezeigt, dass telemedizinische Methoden bei diesen Patienten sogar effektiver sind als der Gang in die Praxis. Telemedizin kann und soll die Präsenzmedizin jedoch nach Meinung der Hochdruckliga nicht ersetzen. Im Mittelpunkt einer Hypertoniebehandlung muss der persönliche Dialog zwischen Arzt und Patienten stehen. Dennoch stellt der kluge Einsatz digitaler Hilfsmittel zweifellos eine große Chance bei der Behandlung des Blut-

hochdrucks dar. Der Therapieerfolg wird dadurch nachhaltig gesteigert. Zudem ist es unwirtschaftlich, die Patienten wöchentlich oder gar mehrmals pro Woche für ein Kurzgespräch in die Praxis einzubestellen. Digital sind solche „Zwischensitzungen“ aber gut machbar. Das Arzt-Patientenverhältnis wird gestärkt. Der Arzt kann die Therapietreue erfragen bzw. zu Lebensstilmaßnahmen motivieren und direkt die medikamentöse Therapie anpassen. Der Patient fühlt sich besser betreut und „sicherer“.

Derzeit findet Telemedizin nur innerhalb von Modellprojekten, aber nicht im realen Praxisalltag in der Regelversorgung und ohne angemessene Honorierung statt. Die Krankenkassen zögern und haben offenbar Angst vor einer Leistungsausweitung. Im Digitalzeitalter ist das ein Unding. „Unser Ziel muss es sein, bei Bedarf ‚sprechende Medizin‘ durch Telemedizin sinnvoll zu ergänzen“, so Prof. Dr. med. Bernhard Krämer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga. Noch fehlt der Gestaltungswille, die gesetzliche Regelversorgung hierfür öffnen zu wollen.

Vor fast 25 Jahren wurde auf Initiative der Deutschen Hochdruckliga die Langzeitblutdruckmessung als Regelleistung und Goldstandard für die ärztliche Blutdruckmessung von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Nach Auffassung der Liga bedarf es dringend einer neuen qualitätsgesicherten Aktion für eine vergleichbare Innovation. Vor allem bei schwer einstellbarer Hypertonie, aber auch zum Ausschluss einer antihypertensiven Übertherapie und zur Diagnosesicherung bietet sich eine telemedizinische Blutdrucküberwachung an.

Im Mittelpunkt des Angebots stehen Patient und Arzt. Der Patient misst dabei zu Hause seinen Blutdruck. Idealerweise werden seine Vitaldaten geschützt in die digitale Patientenakte der Arztpraxis oder des Krankenhauses übermittelt und können dort von seinem behandelnden Arzt eingesehen werden. Er kann dabei an ausbleibende Messungen erinnert, bei

guten Werten motiviert werden, „daran zu bleiben“. Bei Bedarf wird die Medikation geändert bzw. bei Blutdruckentgleisungen nach oben und unten zeitnah eingeschritten. Hier stehen bereits funktionsfähige Lösungen bereit, deren Wirksamkeit nachgewiesen wurde. Eine regelhafte Vergütung durch gesetzliche Krankenkassen ist derzeit aber noch nicht vorgesehen. Bisher bezahlen diese Leistungen nur private Krankenkassen. Die Behandlung könnte dabei durch den Hausarzt oder Gynäkologen bei Schwangerschaftshypertonie erfolgen. Hypertensiologen DHL® werden bei Bedarf eingebunden. Vermeidbare Krankenhauseinweisungen könnten verhindert und die Blutdruckeinstellung insbesondere von schwer einstellbaren Hypertonikern und Risikopatienten verbessert werden.

Nicht immer ist eine telemedizinische Überwachung erforderlich. Zunehmende Bedeutung erhält das digitale Blutdrucktagebuch zur Verbesserung der Therapietreue. Derzeit hat aber noch nicht einmal jedes zehnte verkaufte Endverbraucher-Blutdruckmessgerät eine digitale Schnittstelle.

Die derzeitigen Lösungen der Gerätehersteller sehen vor allem die Datenübermittlung des graphischen Tagebuches oder der unbearbeiteten Messdaten per E-Mail vor. Da die Kommunikation via E-Mail oder SMS unverschlüsselt erfolgt, gilt diese Übertragungsform als unsicher. Auch WhatsApp ist trotz Verschlüsselung unsicher, da der Anbieter die europäischen Datenschutznormen nicht beachtet. Dem Arzt bleiben daher diese Kommunikationswege verwehrt, wenn Sie auch vom Patienten bevorzugt werden. Patienten dürfen daher nicht enttäuscht sein, wenn der Arzt solche Übermittlungswege ablehnt bzw. nicht aktiv anbietet. Eine sichere Vitaldatenübertragung an den Arzt könnte und sollte über die neuen elektronischen Gesundheitsakten der Krankenkassen erfolgen, soweit sich nicht eine telemedizinische Überwachung empfiehlt. Entsprechende Funktionalitäten wurden durch die Krankenkassen angekündigt.

Telemedizin im Praxis-Alltag

Zu den Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin, über die neuen digitalen Möglichkeiten im Praxis-Alltag sprachen wir mit Dr. med. Egbert G. Schulz, Mitglied der Kommission Telemedizin und E-Health der Deutschen Hochdruckliga.



Dr. med.
Egbert G. Schulz

Foto ©: Hubert Jelini

Druckpunkt: Welche Rolle könnte Telemedizin im Praxis-Alltag spielen?

Dr. Schulz: Nicht alles, was technisch geht, ist auch sinnvoll. Telemedizin muss den Arzt in der Betreuung seiner Patienten nachweislich unterstützen. Vor der flächendeckenden Einführung muss die telemedizinische Methode geprüft werden auf Therapie-Erfolg, Datenschutz, Praktikabilität und Kosten-Effizienz.

Druckpunkt: Gibt es bereits eine telemedizinische Lösung, die bei der Blutdruck-Einstellung diese Kriterien erfüllt?

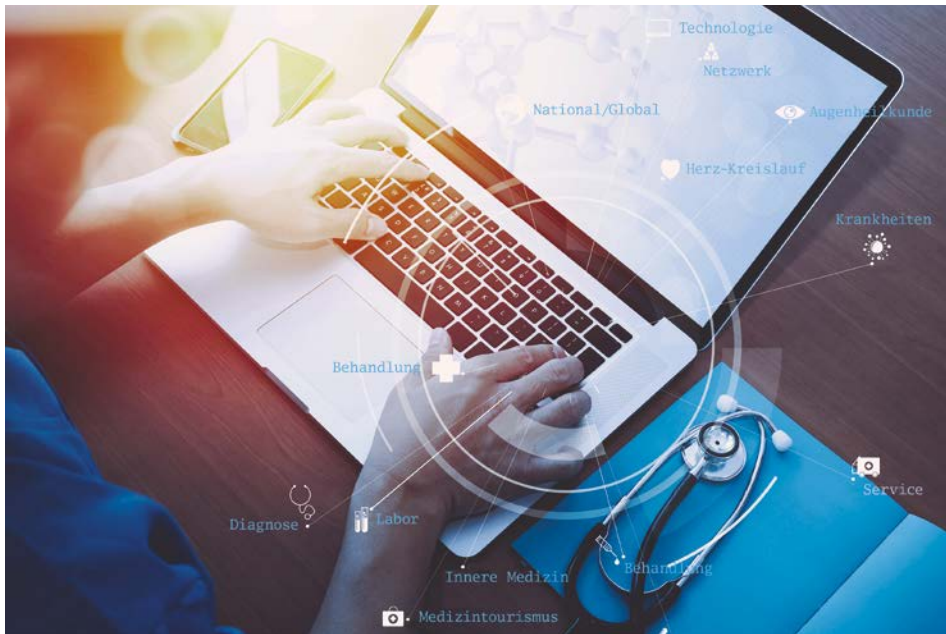
Dr. Schulz: Ja. Die Methode des interventionellen dezentralen Telemonitorings, kurz idTM, basiert auf den deutschen und europäischen Guidelines für Heimblutdruckmessung und wird von der Deutschen Hochdruckliga empfohlen. Wissenschaftliche Studien konnten den nachhaltigen Effekt eines 8-wöchigen Einsatzes von idTM belegen. Der Patient misst hierbei zweimal am Tag seinen Blutdruck, frühmorgens und spätabends.

Druckpunkt: Warum funktioniert das Blutdruck-Telemonitoring in dieser Form?

Dr. Schulz: Es werden „echte“ Blutdruckwerte automatisch von zuhause in die digitale Patientenakte der Arztpraxis übermittelt. Die Ärzte/innen sind so in der Lage, die Dosis der Blutdruckmittel direkt anzupassen und den Effekt zu überprüfen. Die zu erreichenden Zielblutdruckwerte stimmen mit denen der Heimmessung überein, also ein 5-Tages-Durchschnittswert von unter 135/85 mmHg.

Druckpunkt: Was muss jetzt passieren?

Dr. Schulz: Die Methode stößt bei Patienten und Ärzten durchweg auf sehr positive Resonanz. Die einzige Hürde für die Etablierung von idTM als Versorgungsstandard in der Allgemein- und Facharztpraxis ist eine Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die Privaten Krankenkassen sind hier einen Schritt weiter und erstatten die Leistung bereits adäquat.



Foto©: everythingpossible/123RF

Kommentar: Wir stehen nicht im Stau, wir sind der Stau

Die Ursachen für unsere Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen wurden auf dem Hauptstadttagkongress gerade wieder ausgemacht. Die Digitalisierung muss endlich gelingen, dann haben wir alle Versorgungsprobleme wie den Ärzte- und Pflegekräftemangel, die unzureichenden Sektorenschnittstellen, die demographischen Probleme und die Herausforderungen der Multimorbidität gelöst. Das war (fast) die einhellige Meinung von Politik, Krankenkassen und Leistungserbringern auf dem diesjährigen Berliner Kongress. Die Politik macht Tempo. Im Herbst möchte Bundesgesundheitsminister Spahn deshalb seinen Masterplan zur Digitalisierung vorlegen. Dessen Umsetzung soll dann jedes Jahr überprüft werden.

Hand aufs Herz – regelmäßige Feedbacks tragen zur Therapietreue bei. Das wissen wir schon lange. Man muss es nur hinbekommen. Das gilt im Kleinen für die Arztpraxis, die den Patienten an das Folgerezept erinnert und indirekt damit die Therapietreue sicherstellt und für die Masterpläne in der großen Politik. Seit vier Legislaturperioden verfehlt die Bundesregierung trotz jährlicher Standortbestimmung seine Breitbandziele. Ohne gute Internetverbindungen wird digital gestützte Medizin aber nicht funktionieren. Das ist die Achillesferse. Wir stehen nicht im Stau, wir sind der Stau. Deutlich wird auch: Nur mit erfolgreicher Kommunikation lösen wir unsere Versorgungsprobleme.

Digitalisierung kann nur ein Hilfsmittel zur erfolgreichen Kommunikation sein. Wir müssen in unserer analogen wie auch digitalen Welt erfolgreich kommunizieren. Eine hausärztliche Internistin berichtete in Berlin über ihre bereits seit 15 Jahren funktionierende Betreuung von Pflegeheimbewohnern. In ihrer Praxis steht neben ihrer Praxissoftware noch ein zweiter Computer. Über diesen greift sie auf die Online-Pflegedokumentation der Pflegeheime zu. Krankenseinweisungen werden vermie-

den. Kommunikation gelingt dadurch effektiv. Schweißtreibende Telefonate z.B. „Wir brauchen dringend ein Rezept“, „Frau Müller trinkt zu wenig was sollen wir tun“ entfallen. Vor allem der Blutdruck kann leichter überwacht werden. Die ärztliche Visite wird dadurch vereinfacht und beschleunigt. Das ist ein Beispiel für eine gelungene pragmatische Kommunikation im Kleinen, wenn auch (noch!) zwei Systeme zu pflegen sind. Noch wird (scheinbar) an der 2003 beschlossenen Gematik festgehalten. Bis heute funktionieren noch nicht einmal die digitalen Konnektoren flächendeckend. Die Gründe für die Verzögerungen werden politisch nicht aufgearbeitet. Vielleicht ist das Konzept der digitalen Patientenakte überholt und wir brauchen die Gesundheitsakte. Hier ist der Patient Herr seiner Daten. Er kann sie nach der Datenschutzgrundverordnung vom Krankenhaus oder Arzt einfordern. Diese müssen ihm die Daten geben. Es bleibt spannend, ob und welches System sich politisch durchsetzt, vermutlich das benutzerfreundlichere. Letztendlich entscheidet der Patient, mit wem er seine Daten teilt. Egal in welchem System. Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sollte durch die neuen Methoden gestärkt und nicht in Frage gestellt werden. Das kann durch Verbesserung der Abläufe und der Datenqualität gelingen.

Der finanzielle Rahmen muss sich ändern, dass digital unterstützte „sprechende Medizin“ zum Wohl der Patienten gelingt. Auch die Hypertonie braucht „sektorenübergreifende“ Lösungen und eine „sprechende Medizin“, sonst lassen sich die 50 Prozent noch nicht gut eingestellten, unwissenden bzw. nicht therapierten Hypertoniker nicht erfolgreich behandeln. Gesundheit muss besser gefördert und nicht nur Krankheitsbehandlung finanziert werden.

Mark Grabfelder

Bessere Versorgung durch Blutdruckdaten-Speicherung in der Gesundheitsakte?

Seitens einiger Krankenkassen sind inzwischen elektronische Gesundheitsakten (testweise) im Einsatz. Die seit Ende Mai geltende Datenschutzgrundverordnung manifestiert einen Patientenanspruch auf Übermittlung seiner Behandlungsdaten im maschinenlesbaren Format. Das hat die Entwicklung der Gesundheitsakten begünstigt. Die Idee ist, dass der Versicherte seine Daten mit Ärzten seines Vertrauens teilen kann. Der Arzt übernimmt dann die relevanten Daten bei Bedarf in sein Praxisverwaltungssystem.

Die Techniker Krankenkasse bietet ihren Mitgliedern derzeit eine zusammen mit IBM entwickelte Betafassung einer elektronischen Gesundheitsakte (TK-Safe) an. Vivy ist ein anderes, unter anderem von der DAK und Allianz vorgestelltes Projekt. Auch die AOK testet bereits in bestimmten Regionen eine Gesundheitsakte. Es gibt bereits auch unabhängige Gesundheitsakten-Anbieter. Die Gesundheitsakten könnten auch die selbst gemessenen Vitaldaten aufnehmen. Vivy nutzt hierfür derzeit zum Beispiel Apple-Health. Problematisch hierbei ist, dass Apple sich nicht den europäischen Datenschutzvorgaben unterwirft. Nicht alle Gerätehersteller bedienen zudem diese Apple-Schnittstelle.

Die Mehrzahl der Smartphones basiert auf Android. Die Gesundheitsaktenanbieter sollten eine datenschutzkonforme Möglichkeit vorsehen, Vitaldaten in die Gesundheitsakte zu laden. Gerätehersteller und Gesundheitsaktenanbieter müssten sich hierzu nur absprechen. Die Krankenkassen sollten die Vitaldatenspeicherung wie angekündigt auch in ihren Gesundheitsakten verankern. Die TK-Safe Betafassung sieht das derzeit noch nicht vor.

Digitalisierung jetzt Chefsache?

Anfang Juni hat sich der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf dem Hauptstadttagkongress positioniert. Er wies in seiner Eröffnungs-

rede auf den unaufhaltsamen Vormarsch digitaler Lösungen hin. „Die Angebote sind da oder kommen: Amazon, Google, Dr. Ed“. Spahn fügte hinzu: „Es ist die Frage: Gestalten wir das oder kommt das von außen?“ Für den Herbst hat Jens Spahn einen Masterplan und Gesetzesvorschläge zur Bewältigung der anstehenden digitalen Herausforderungen für die Krankenversorgung geplant. Die Versorgung in ländlichen Gebieten, eine Reform des Medikationsplans sowie eine sichere und vertrauenswürdige IT-Infrastruktur sind bereits erklärte Schwerpunkte, ebenso das Teilen von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke.

Vor 13 Jahren wurde seitens der Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens die Gematik gegründet. Die Vorgabe hierzu kam zwei Jahre zuvor 2003 von der Politik. Das Ziel lautete damals, eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Notfalldatenmanagement samt der dazugehörigen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur) für eine digitale und sichere Vernetzung im Gesundheitswesen bereitzustellen.

Beginnen wollte man bereits 2006 mit der kreditkartengroßen eGK. Reumütig erklären inzwischen damalige Entscheider, wir haben uns verhoben und verschätzt. Milliarden wurden zwischenzeitlich aufgewandt. Die Gematik betont inzwischen, die Infrastruktur würde jetzt im Wesentlichen stehen, jetzt fehlen nur noch die dazugehörigen Anwendungen. Der Austausch soll über sogenannte Konnektoren erfolgen. Diese stehen aber noch nicht flächendeckend zur Verfügung. Von dem im E-Health Gesetz 2016 verordneten Regelbetrieb sind wir noch weit entfernt. Die Abspeicherung der Notfalldaten auf der eGK ist als nächstes dann zu lösen. Von „sektorenübergreifenden“ Telemedizinprojekten sind wir aber noch weit entfernt. Problematisch ist auch, dass es an schnellen Internetverbindungen mangelt, das mahnt inzwischen sogar der europäische Rechnungshof an. Es bleibt spannend, welche Antworten das Ministerium auf die Global Player



Foto©: metamorworks/istock – thinkstock

hat, wo ein Regulierungsbedarf gesehen wird und welche Finanzierungsmöglichkeiten endlich geschaffen werden.

Elektronische Patienten- oder Gesundheitsakte: Welches System setzt sich durch?

Bereits verhalten wird seitens einzelner Krankenkassenvertreter die Zukunft der Gematik angezweifelt. Die Politik verspricht hier nachzubessern. De facto präsentieren die Krankenkassen mit der Gesundheitsakte den zeitgemäßen Gegenentwurf zum überholten Gematik-Konzept. Doch wo genau liegen jetzt die Vor- und Nachteile der beiden Konzepte? Welches Konzept brauchen wir?

Bei der elektronischen Gesundheitsakte hat der Patient die alleinige Verfügungsgewalt über seine Akte und seine Daten. Er kann Befunde und Behandlungsdaten vom Arzt einfordern bzw. eigene Vitaldaten abspeichern. Die Krankenkassen werden die Behandlungshistorie und abrechnungsrelevante Daten einspielen. Er entscheidet, was er mit wem bzw. welchem Arzt teilt. Der behandelnde Arzt kann sich deshalb nicht darauf verlassen, ob er alles zu sehen bekommt oder ob alle relevanten Diagnosen abgespeichert wurden. Das kann zu falschen medizinischen Schlussfolgerungen führen. Schnell werden hier ganz viele Informationen

zusammen kommen. Das kann überfordern und zur Entscheidungsunfähigkeit beitragen. Vor lauter Einzelheiten wird das Ganze übersehen. Das stellt den behandelnden Arzt vor neue Herausforderungen.

Die Patientenakte hingegen wird vom Arzt geführt. Sie dient zur Beweissicherung einer ordnungsgemäßen Behandlung. Der Arzt ist gesetzlich zur Datensparsamkeit verpflichtet. Daher finden sich in der Patientenakte nur die nötigsten Untersuchungen. Der Patient hat Einsichtsrecht in seine Patientenakte. Die Gematik soll sicherstellen, dass für jeden Patienten behandlungsunabhängig eine zentrale Patientenakte geführt wird. Der einzige Zugang zur Gematik erfolgt derzeit ausschließlich durch die kreditkartengroße eGK. Der Patient muss hierzu im Arztzimmer sitzen. Letztendlich entscheidet aber auch hier der Patient, welchem Arzt er auf welche Aktenbereiche (Medikationsplan, Befunde, ...) Zugriff erteilt bzw. genau genommen muss er seinen behandelnden Arzt jeweils im Einzelfall bevollmächtigen, dass dieser die relevanten Informationen an andere Ärzte weiterleiten darf. ●

Mark Grabfelder

Diplom-Volkswirt, Geschäftsführer Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention
Berliner Straße 46, 69120 Heidelberg

Frauen schätzen die Wichtigkeit und Bedeutung des Risikofaktors „Herz-Kreislauf-Krankheiten“ überwiegend falsch ein. Sie sind weitaus häufiger besorgt, an Krebs – vor allem Brustkrebs – zu erkranken. Sie unterschätzen ihr Risiko „Hypertonie“ sogar erheblich. Über das ganze Leben einer Frau gerechnet, ist die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, zehnmal größer als Brustkrebs zu bekommen.

Unterschätztes Risiko Bluthochdruck bei Frauen

Wenn von Bluthochdruck und seinen Komplikationen wie Herzinfarkt und Schlaganfall die Rede ist, denken viele nur an das starke Geschlecht: die Männer! Den Frauen wird diese Krankheit nicht in so großem Maße zugemutet. Bis Mitte der achtziger Jahre galten Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems als typische Männerkrankheiten. Die statistischen Zahlen sprechen allerdings weltweit eine andere Sprache.

Jede vierte Frau in Deutschland zwischen 25 und 69 Jahren hat einen hohen Blutdruck. Das sind immerhin drei bis vier Millionen. Ab der Lebensmitte nimmt die Zahl der Frauen mit einem hohen Blutdruck kontinuierlich zu. Seit einigen Jahren haben die Frauen die Männer im Hinblick auf die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sogar überholt. Ab der sechsten Lebensdekade haben die Frauen ihren geschlechtsspezifischen und natürlichen Vorteil ausgespielt.

Hypertonie – auch bei Frauen ein Risiko

Besonders gefährlich ist bei Frauen die Kombination von Pille und Zigarettenrauchen, insbesondere wenn sie das 35. Lebensjahr überschritten haben. Jede dritte Frau über 35 Jahre, die die Pille einnimmt, hat einen zu hohen Blutdruck. Zwischen 45 und 65 Jahren leidet fast jede dritte Frau unter Bluthochdruck. In der Altersgruppe ab 65 Jahren erkrankt bereits jede zweite Frau. Generell sind bei

Frauen die gleichen gefäßschädigenden Risikofaktoren von Bedeutung wie bei Männern: Rauchen, Übergewicht, gestörte Regulation des Blutzuckers, Stress, Bewegungsmangel und fortgeschrittenes Alter, zusätzlich der Wegfall des geschlechtsspezifischen Östrogenschutzes in den Wechseljahren.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen zu Fragen einer Hypertonie wurden zum größten Teil an Männern durchgeführt. Deren Ergebnisse übertrug man bisher einfach auf die Frauen. Beim Älterwerden zeigt sich aber der Unterschied: Frauen besitzen Gene und Hormone, die ihnen ein längeres Leben garantieren. Dabei schützt das weibliche Hormon Östrogen vor hohem Blutdruck und die Blutgefäße vor Arterienverkalkung. Mit den Wechseljahren ist die Gefahr groß, an Bluthochdruck zu erkranken. Es stellen sich zusätzlich sichtbare Veränderungen wie eine Zunahme des Körpergewichtes, Fettansammlungen an markanten Körperregionen, faltige und blasse Haut ein.

Viele Ärzte nehmen die angegebenen Beschwerden und Veränderungen von Messwerten bei Frauen häufiger weniger ernst. Sie diagnostizieren schneller eine „Befindlichkeitsstörung“ und verzichten auf ausführliche Untersuchungen. Das trifft bei hohem Blutdruck besonders zu. Er ist nicht ein ausgesprochener Widerstandshochdruck wie beim Mann, sondern durch Volumenbelastungen und Starre der Gefäße bedingt. Diese so genannte systolische Hypertonie kommt bei älteren Frauen relativ häufig vor und führt schneller zu den lebensbedrohlichen Komplikationen wie Herzinfarkt und Schlaganfall.

Typische Altersprobleme

Pubertät

Die Pubertät ist ein besonderer Lebensabschnitt für das heranwachsende Mädchen. Hormone entfalten ihre Wirkungen. Wegen der fortschreitenden körperlichen Entwicklung der Mädchen erhöhen sich die Blutdruckwerte auch sehr unterschiedlich. Es

werden häufig über lange Zeit sehr niedrige Werte gemessen. Hochgewachsene und schlanke junge Mädchen kommen systolisch oft nicht über 100 mmHg. Ein erhöhter Blutdruck in diesem Alter stellt bereits ein Zeichen eines hohen Gesundheitsrisikos dar. Immer mehr junge Mädchen nehmen zur Verhütung einer Schwangerschaft ein hormonelles Verhütungsmittel ein. Zu den unerwünschten Wirkungen zählt die fast immer nachzuweisende Steigerung des Blutdruckes. Das Ausmaß des Anstieges von systolischen und diastolischen Werten ist jedoch je nach individueller Veranlagung sehr unterschiedlich – bis zu 15 mmHg systolisch und 10 mmHg diastolisch. Bei ein bis fünf Prozent der Frauen, die die Pille einnehmen, wird ein hoher Blutdruck ausgelöst. Bei Präparaten mit niedrigem Östrogengehalt ist allerdings nur eine geringe Erhöhung des Blutdruckes zu verzeichnen. Frauen mit bekanntem Bluthochdruck in ihrer Familie und mit bereits hohen Werten sollten sich durch ihren Frauenarzt beraten lassen.

Mittleres Alter

Im mittleren Lebensalter haben sich viele Frauen profiliert, sind sogar bis in die Chefetagen aufgestiegen. So hat sich eine veränderte Lebensweise fast unmerklich und schleichend eingestellt. Wegen der immer größeren Doppelbelastung „Beruf – Familie“ stehen Frauen immer mehr unter Stress. Sie übernehmen in solchen Situationen durchaus die Fehler der Männer. Es sind deutliche Wandlungen in den Krankheitsbildern von Frauen zu erwarten – besonders für Frauen im mittleren Lebensalter. Im Alter von 25 bis 35 Jahren haben bereits etwa 1,5 bis zwei Prozent der Frauen eine Hypertonie. Heute weiß man: Der Bluthochdruck bei Frauen stellt schon ab dem 35. Lebensjahr den wichtigsten noch korrigierbaren Risikofaktor für die lebensbedrohlichen Herzkrankheiten und den Schlaganfall dar. Bis zum Klimakterium steigt die Anzahl der Erkrankten auf acht bis zehn Prozent. Allgemeine Unpässlichkeiten, Veränderungen des Befindens, Schmerzsymptome oder Beeinträchtigungen des Wohlbefindens werden meist nicht

auf eine Erhöhung des Blutdruckes zurückgeführt. In der Altersgruppe der 30- bis 40-jährigen kannten etwa 65 Prozent ihren Blutdruck nicht. Knapp 40 Prozent der Frauen unter 50 Jahren wussten über ihren Blutdruck Bescheid, ob normal, zu niedrig oder zu hoch.

Wechseljahre

Die Regel bleibt aus – die Eierstöcke stellen ihre Funktionen ein. Bis zu 40 Prozent der Frauen erleben ihr Klimakterium relativ beschwerdefrei. Die restlichen 60 Prozent dagegen leiden unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Eine Zunahme des Gewichtes bis zum leidigen Übergewicht ist oft ein Zeichen der hormonellen Umstellung. Fett sammelt sich nicht nur an Hüften und Oberschenkeln, sondern auch am Bauch an. Es fehlt von nun an der Schutz

Übrigens...

...sind Gewichtsreduktion, Beschränkungen von Alkohol und Salzaufnahme, Nikotinverzicht und Erhöhung der körperlichen Aktivität schon die Allgemeinmaßnahmen, mit denen ein grenzwertig erhöhter Blutdruck auf Werte um 130/85 mmHg gesenkt werden kann. Mehr als zwei Drittel der Patienten mit höheren Werten benötigen zwei oder mehr verschiedene blutdrucksenkende Medikamente, um die gewünschte Normalisierung des Blutdruckes auf Dauer zu erreichen. Eine erfreuliche Nachricht für Hypertonikerinnen: Weiblicher Bluthochdruck ist weitaus leichter zur Norm zurückzubringen als der von Männern. Grund: Frauen sind disziplinierter, wenn es darum geht, ärztliche Empfehlungen zur Therapie und die verordneten Vorschriften zur Einnahme ihrer Medikamente einzuhalten.

der Östrogene, die bisher auf natürliche Weise den Blutdruck regulierten. Verlieren die Eierstöcke ihre Tätigkeit im Zusammenspiel aller Hormone, so wird ein erhöhter Blutdruck zur eindeutigen Belastung. Die Häufigkeit der arteriellen Hypertonie nimmt bei älteren Frauen somit deutlich zu. Um 20 bis 30 mmHg steigen die systolischen Werte an. Bis zum Alter von 70 Jahren zeigen etwa 80 Prozent der Frauen eine mehr oder weniger ausgeprägte Form einer Hochdruckerkrankung.

Stress

Heutzutage gibt es moderne Stressoren: Arbeit und Arbeitslosigkeit, Burnout und Mobbing, Termindruck und Überforderungen, Bewegungsarmut und Computer, Familie und Alltag. Bei vielen Berufstätigen lässt der Stress am Arbeitsplatz den Blutdruck dauerhaft auf höhere Werte steigen. Es besteht keine genügende Zeit der Entspannung. Tagtäglich der gleiche Stress führt automatisch zu hohen Werten, dem so genannten „Job-strain“.

Schwangerschaft

Entsteht während einer Schwangerschaft ein erhöhter Blutdruck, so ist die werdende Mutter durch Komplikationen gefährdet. Zunächst verursacht eine Schwangerschaftshypertonie keine auffälligen Beschwerden. Gelegentlich treten die Symptome eines hohen Blutdruckes als Schwindelgefühl, Ohrensausen, Kopfschmerzen oder verstärktes Herzklopfen auf. Erst die Komplikationen wie Präeklampsie, Eklampsie oder HELLP-Syndrom führen zu erheblichen Beschwerden mit einer Beeinflussung des Allgemeinbefindens und Störung des Schwangerschaftsverlaufes.

Änderung der Lebensweise

Prinzipiell kann man seine eigenen Stressreaktionen beeinflussen. Das nennt man dann „gesunde Stressverarbeitung“. Vor allem Hypertonikerinnen benötigen sie. Sie müssen den Druck aus ihren Gefäßen herausnehmen. Das gelingt nur, wenn man

für genügend psychische Entspannung sorgt. „Wer viel Anspannung hat, braucht auch viel Entspannung!“ Frauen müssen ihre bisherige Lebensweise bewusst ändern und ihre Freizeit dazu nutzen, sich körperlich zu betätigen und fit zu bleiben.

Diät und Übergewicht

Für die übergewichtige Frau mit einem zu hohen Blutdruck sollte neben dem angenehmen Effekt einer guten Figur vor allem die Gesundheit im Mittelpunkt stehen. Fast zwei Drittel aller Frauen probieren es erst einmal mit „FdH“. Weniger Kalorien bedeuten auch weniger Gewicht. Die Zusammensetzung der Nahrung ist jedoch von entscheidender Bedeutung. Es gilt: Reduktion von Kalorien in der Nahrung und regelmäßige Bewegung stellen langfristig die erfolgreichste Therapie des Übergewichtes dar. Wer jeden Tag etwas weniger isst, muss logischerweise abnehmen, wenn er die gleiche Energie verbraucht.

Körperliche Aktivität

Durch Bewegung und Sport lässt sich der hohe Blutdruck sehr gut senken. „Hypertonie“ und „Sport“ stehen in einem komplexen Spannungsfeld zueinander. Auf der einen Seite ist körperliche Aktivität zum grundlegenden Therapieprinzip geworden, auf der anderen Seite ist der richtige Einsatz von Art und Weise einer körperlichen Belastung für den Hypertoniker zu diskutieren. Die körperlichen Aktivitäten beim Vorliegen einer Hypertonie sind auf ein bewegungstherapeutisches Programm mit dem Ziel von Ausdauerbelastungen orientiert. Der Krafteinsatz sollte nur gering bis mittelmäßig sein. In der richtigen Dosierung verhindert die sportliche Betätigung ein übermäßiges Ansteigen des Blutdruckes. Eine ausreichende Zeitdauer sollte man einplanen, um einen trainierenden Einfluss auf die Druckregulation auszuüben. Mit Spazierengehen und Radfahren kann man allein schon einen erhöhten Blutdruck effektiv um 10 bis 15 mmHg senken. Auch Alltagsaktivitäten wie Einkaufen, Gartenarbeit, Treppensteigen, Radfahren, schnelles Gehen oder Hausarbeit gel-

ten als Ausdauerbelastungen. Sie senken den Blutdruck besonders dann, wenn keine psychischen Stressbelastungen hinzutreten.

Dosierung sportlicher Betätigungen

Bei schwer zu behandelnder Hypertonie: Bei stets hohen Blutdruckwerten sollte man alle Kraftanstrengungen wie schweres Heben und Tragen, Pressen und Anstrengungen meiden. Ungeeignet sind Einzelsportarten und Einzelspiele wie Kraft- und Kampfsport, Squash und Badminton, auch Leichtathletik. Mannschaftsspiele mit hoher Bewegungsintensität wie Basketball, Handball, Fußball oder Eishockey sind ausgeschlossen. Es ist leichte Gartenarbeit, Spazierengehen, Radfahren und Hausfrauengymnastik zu empfehlen.

Bei älteren Hypertonikern: Älteren Patienten empfiehlt man vor allem Wandern, Schwimmen, Skiwandern, Radfahren. Gymnastik ist für ältere Frauen ideal. Auch Spiele mit der Familie wie Boccia, Krocket und Tischtennis sind gut geeignet. Viele Omas empfinden das Spielen mit ihren Enkeln als angenehme Bewegung. Anstrengungen sollten ältere Hypertoniker vermeiden. Sport und Spiel mit hohem Krafteinsatz sowie Schnelligkeit sind nicht geeignet. Zu schnell ist die Puste alle und der Blutdruck hoch. Gemächlich, gemächlich – und dennoch aktiv! Gerade ältere Menschen profitieren besonders von körperlicher Bewegung und regelmäßiger Aktivität.

Bei jungen Hypertonikern: Die jungen Menschen passen sich besser den Belastungen des Sports und der körperlichen Beanspruchungen an. Sie sollten verschiedene und intensivere Trainingsreize anwenden. Sie brauchen sich nur wenig Zurückhaltung aufzuerlegen – sie verkraften mehr. Risikosportarten sollten sie jedoch nicht ausüben. Sport für junge Menschen kann vielseitig und interessant sein. Grundsatz soll sein: Es soll Spaß bereiten!

Bei weiblichen Hypertonikern: In jedem Alter sollte der weibliche

Raucher in Deutschland

28 Prozent der Bundesbürger im Alter ab 15 Jahren bezeichnen sich als Raucher. Männer rauchen häufiger als Frauen – sie beginnen auch früher. Aber Frauen holen weiterhin tüchtig auf – bereits Mädchen und junge Frauen. Geschiedene greifen weitaus häufiger zur Zigarette als Verheiratete. Arbeitslose rauchen mehr als Erwerbstätige. Auch wird im Norden Deutschlands mehr geraucht als im Süden. Apotheker, Ärzte sowie Lehrer stehen an der Spitze der Berufe, die am wenigsten rauchen. Der allgemeine Trend der letzten Jahre: Der Anteil der Raucher nimmt in der Bevölkerung kontinuierlich ab.



Foto©: KatarzynaBialasiewicz/stock – getty images

Hypertoniker auf Ausdauersportarten achten. Sport soll Freude bereiten und in jeder Stunde Spaß machen. In einer Frauengruppe werden ungeübt und unkompliziert viele sportliche Aktivitäten ausgeübt. Moderates Fitness-Training ist für die jungen Frauen, ausgewogene Hausfrauengymnastik ist für das „Mittelalter“ und Seniorengymnastik ist für ältere Frauen gut geeignet.

Komplextherapie

Körperliche Aktivität stellt die einzige therapeutische Maßnahme bei der Behandlung eines hohen Blutdruckes dar, die die Lebensqualität sogar verbessern kann. Bei einem lang anhaltenden und mit Medikamenten schlecht einzustellenden Hochdruck lässt sich durch körperliche Aktivitäten allein keine ausreichende Senkung erzielen. Hierbei muss eine Komplextherapie im Mittelpunkt stehen – mit Sport und Bewegung zusammen. Damit werden die zusätzlichen Risikofaktoren wie Übergewicht, hohe Blutfette, krankhafte Blutzuckerwerte und ein Bewegungsmangel vermindert. Doch: Bewegung und Sport wirken allein nicht optimal. Meist ist eine angepasste medikamentöse Therapie mit den unterschiedlichsten Substanzen erforderlich.

Medikamente

Die Verordnung von Medikamenten erfolgt nach Diagnostik in Abhängigkeit von:

- den absoluten Blutdruckwerten
- und dem individuellen Risiko.

Sechs Substanzgruppen werden weltweit empfohlen – für die Mono- und Kombinationstherapie: Betablocker, Kalziumantagonisten, Diuretika, ACE-Hemmer, AT1-Blocker und Alpha-Antagonisten. Zunächst sollte aus den Gruppen ein Präparat nach den individuellen Gegebenheiten der Hypertonikerinnen ausgewählt werden. Stellt sich eine nicht ausreichende Wirksamkeit heraus, wird ein anderes Präparat herausgesucht. Ist dieses im Rahmen einer Monotherapie nicht erfolgreich, ist eine Kombination notwendig. Mittlerweile steht eine Vielzahl von Tabletten zur Verfügung, die zwei oder mehrere Wirkstoffe enthalten.

Zu Beginn der medikamentösen Therapie können durchaus einige Beschwerden oder allgemeines Unwohlsein auftreten. Sie sind auf die Senkung des bisher gewöhnten Blutdruckes zurückzuführen. Das Gehirn hatte unter hohem Blutdruck die Regulierung seiner Durchblu-

tung dem herrschenden Druck angeglichen. Nun muss es sich auf normale gesunde Werte einstellen. Das führt in dieser Zeit zu Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Antriebsmangel oder allgemeiner Unzufriedenheit. Es sind typische Beschwerden, wie sie bei niedrigem Blutdruck auftreten. Diese eher harmlosen Reaktionen beschränken sich in der Regel nur auf die ersten Wochen der neuen Behandlung. Es sind normale Reaktionen – keine Nebenwirkungen. Da Tabletten ihre volle Wirksamkeit erst nach drei bis vier Wochen erreicht haben, sind die Allgemeinbeschwerden dann auch vergangen.

Aus Gründen des Einnahmeverhaltens der Patienten und der Verträglichkeit haben sich langwirksame Zubereitungen der Tabletten bewährt – Retardtabletten. Sie werden einmalig am Tag früh morgens eingenommen. Nach guter Einstellung der Werte genügt in der Regel der Besuch beim Arzt alle ein bis drei Monate. Gelegentliche oder regelmäßige Messungen zu Hause sollten die Frauen in einen Blutdruck-Pass eintragen. Die Werte legen sie dann ihrem Arzt vor. ●

Dr. med. Lutz Koch

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
Wossidlostr. 21, 18181 Graal-Müritz

Tomaten gegen den Bluthochdruck

Kraftpaket Tomate

Der hohe Gehalt an Vitaminen, Mineralstoffen und sekundären Pflanzenstoffen macht die Tomate zum idealen Partner zur Prävention von Bluthochdruck-Erkrankungen. Besonders wertvoll ist der Gehalt an Kalium. Laut WHO reduziert ein erhöhter Kaliumspiegel bei Erwachsenen den systolischen und diastolischen Blutdruck und hat ferner keine negativen Auswirkungen auf Nierenfunktion und Blutlipide. Weiterhin enthält die Tomate das Carotinoid Lycopin in hoher Konzentration.



Tipps rund um die Tomate

Schmackhaft und bestens aufgehoben

Reife Exemplare duften intensiv und aromatisch und weisen eine pralle Konsistenz auf. Rispentomaten sind „zum Anbeißen“ lecker, wenn die Stiele frisch und frei von Blättchen sind. Bevor das frische Sommergemüse gegessen wird, sollte der grüne Stielansatz entfernt werden. Ihre Haut muss unversehrt und frei von Druck- oder Faulstellen sein. Tomaten mögen es luftig und dunkel. Aufbewahrt an einem schattigen Plätzchen in einer Schale oder einem Körbchen bleiben sie nach dem Kauf bis zu eine Woche frisch. Kälte mag das Gemüse gar nicht. Im Kühlschrank wird es hart und verliert sein Aroma. Reife Tomaten daher grundsätzlich nur bei Zimmertemperatur lagern.

Ein Platz an der Sonne

Weisen die gekauften Tomaten noch grüne Stellen auf, sollte man ihnen ein sonniges Plätzchen auf der Fensterbank anbieten. Bereits nach kurzer Zeit erhalten sie ihre typische Farbe und duften intensiv-aromatisch. Werden die reifen Exemplare innerhalb von vier bis fünf Tagen verspeist, schmecken sie am besten.

Tomaten können nicht mit jedem

Aufgepasst: Tomaten verströmen das Reifegas Ethylen, das grünes Gemüse wie Erbsen, Gurken, Kohl oder Kopfsalat sowie Möhren, Kürbis und Paprika schnell reifen lässt. Es lohnt sich daher, Tomaten immer separat aufzubewahren.

Webtipp

Viel Wissenswertes über Obst und Gemüse bietet die Verbraucherkampagne „Deutschland – Mein Garten.“ Neben Informationen über Frische-, Qualitäts- und Umweltvorteile von Obst und Gemüse aus Deutschland finden sich auf der Website www.deutsches-obst-und-gemuese.de auch viele Rezepte. Initiator der Kampagne ist die Bundesvereinigung der Erzeugerverorganisationen Obst und Gemüse e. V.

Die Tomate ist eines der vielseitigsten Gemüse. Die pralle, knackige, leuchtend rote Frucht schmeckt kalt in Salaten, aber auch heiß als Soße oder Gemüse. Das ganze Jahr sind sie frisch erhältlich, doch am beliebtesten sind sie in der warmen Jahreszeit. Die Pflanzen brauchen Wärme wie fast keine andere heimische Gemüsesorte. Nur durch ausreichend Licht erhalten sie ihre intensiv-rote Farbe. Botanisch gehören Tomaten wie Kartoffeln und Paprika zur Familie der Nachtschattengewächse.

Beliebt und gesund zugleich

Jede Sorte unterscheidet sich durch ihre geschmacklichen Nuancen und ihre Festigkeit. Kleinere Tomaten, wie beispielsweise Cherry- oder Cocktailtomaten, sind in der Regel intensiver im Geschmack. Das liegt daran, dass ihr Wassergehalt geringer ist als der ihrer großen Schwestern. Dadurch eignen sich kleine Tomaten besonders gut für den Frischverzehr, aufgeschnitten als Belag für ein leckeres Tomatenbrot oder zur Zubereitung einer schmackhaften Pastasauce. Rundtomaten hingegen sind etwas größer als Cherrytomaten. Sie werden auch als Salattomaten bezeichnet – schon mit etwas Salz und Öl werden sie zur leckeren Beilage. Ihr Aroma

ist süß-säuerlich und ihre Konsistenz saftiger als die der kleineren Tomaten. Sie sind eine hervorragende Wahl für die Zubereitung von Suppen. Fleischtomaten sind noch größer und werden daher hauptsächlich zum Kochen verwendet. Außerdem lassen sie sich gut füllen und machen sich perfekt auf dem Grill.

Ob als Salat, Soße, Püree und auch als Ketchup – Tomaten sind aus der deutschen Küche nicht mehr wegzudenken. Und das hat einen guten Grund: Tomaten sind nicht nur sehr schmackhaft und lecker, sondern auch vitalstoffreich. Sie versorgen uns mit zahlreichen Vitaminen und Mineralstoffen, insbesondere mit Vitamin C und Kalium. Dazu kommt der hohe Gehalt an Ballaststoffen und sekundären Pflanzenstoffen. Vor allem dem farbgebenden Carotinoid Lycopin wird ein hoher Gesundheitswert zugeschrieben. Als natürliches Antioxidans schützt Lycopin Herz und Gefäße und hat darüber hinaus auch krebsvorbeugende Eigenschaften. Außerdem gehören Tomaten zu den kalorienärmsten Gemüsesorten. Gerade mal 17 kcal (73 kJ) enthalten 100 Gramm dieser Früchte. Somit sind Tomaten gut für die schlanke Linie und gehören zu einer vollwertigen und ausgewogenen Kost. ●

Gazpacho mit Zitronenthymian und geräucherter Paprikaschote

ZUBEREITUNG

Den Backofen auf Grillfunktion vorheizen.

Die Paprika waschen, halbieren und mit einem kleinen Messer die Kerne, Stängel und weißen Trennwände entfernen. Anschließend die Hälften vierteln. Ein Backblech mit Öl bestreichen und die Paprikaviertel mit der Schnittfläche nach unten darauf legen. Im heißen Ofen auf oberster Schiene grillen, bis die Haut Blasen wirft und beginnt zu bräunen (ca. 10 Minuten). Aus dem Ofen nehmen und die heißen Paprikahälften mit einem feuchten Küchentuch bedecken. Nach einigen Minuten mit einem scharfen Messer die Haut abziehen.

Für die Suppe das Weißbrot entrinden und in Wasser einweichen. Die Zwiebel und den Knoblauch schälen, beides fein würfeln. Die Tomaten kreuzweise einritzen und in einer Schüssel mit kochendem Wasser übergießen, kalt abschrecken und häuten. Die Gurke schälen, längs halbieren, entkernen und fein würfeln. Den Thy-

mian waschen, trocken schütteln und die Blättchen abzupfen. Das eingeweichte Brot mit den Vierteln einer gegrillten Paprika, Tomaten, Gurke, Zwiebel- und Knoblauchwürfeln, Thymian sowie Tomatenmark und Tomatensaft pürieren. Die Suppe mit Olivenöl, Essig, Zucker, Salz und Pfeffer würzen und abschmecken. Für 1–2 Stunden in den Kühlschrank stellen. Die übrige, gegrillte Paprika etwas kleiner schneiden.

Die Gazpacho in vier Gläser füllen und mit Paprika sowie Thymian garniert servieren.

ZUTATEN

für 4 Personen

Für die Paprika:

2 große, rote Paprikaschoten

2–3 EL Olivenöl

Für die Gazpacho

1 Scheibe Weißbrot

1 Knoblauchzehe

1 kleine, weiße Zwiebel

600 g Cocktailtomaten, orange und rot

200 g Salatgurke

2 Stängel Zitronenthymian

2 TL Tomatenmark

300 ml Tomatensaft

2 EL Olivenöl

1 EL Weißweinessig

1–2 TL Zucker

Salz*, Pfeffer aus der Mühle

Zitronenthymian für die Garnitur



Gefüllte Tomaten mit Spinat und Ricotta

ZUBEREITUNG

Den Backofen auf 200°C Ober- und Unterhitze vorheizen. Einen Bräter mit etwas Öl auspinseln.

Den Spinat gründlich waschen und ca. 1 Minute in kochendem Salzwasser blanchieren. Abgießen, kalt abschrecken und gut ausdrücken. Anschließend grob hacken. Die Tomaten waschen, einen Deckel abschneiden und die Kerne ausschaben.

Den Knoblauch und die Zwiebel abziehen, fein hacken und im Öl glasig anschwitzen. Dann in eine Schüssel geben und mit dem Spinat, dem Ricotta, den Eiern und dem Parmesan vermengen. Mit Salz, Pfeffer und Muskat würzig abschmecken und in die Tomaten füllen. In die Auflaufform setzen und die Deckel auflegen. Etwa 20 Minuten backen und heiß, nach Belieben im Bräter, servieren.

ZUTATEN

für 4 Personen

Olivenöl

450 g frischer Blattspinat

8 Tomaten

2–3 Knoblauchzehen

1 Zwiebel

2 EL Olivenöl

200 g Ricotta

2 Eier

4 EL geriebener Parmesan

Salz*, Pfeffer,

aus der Mühle

Muskat, frisch

gerieben

* wenig Salz oder Salzersatzmischung





Foto©: ZouZou/shutterstock

Welthypertonietag 2018

„Blutdruckmessen, aber richtig“

...war das Motto der Deutschen Hochdruckliga zum diesjährigen weltweiten Hypertonie-Tag am 17. Mai 2018 bzw. im Blutdruck-Messmonat-Mai. Bis Ende Juli 2018 finden noch im Rahmen der MMM 2018 („May Measurement Month“) weltweit Messaktionen statt. Aufgerufen hierzu hat die Internationale Gesellschaft für Hypertonie (ISH) in London. Im letzten Jahr wurden weltweit über 1,2 Mio. Werte in fast 100 Staaten erhoben (siehe Seite 32).

Die Deutsche Hochdruckliga möchte übrigens nicht nur im Blutdruck-Messmonat-Mai auf die Bedeutung der Blutdruckmessung für eine gute Blutdruckeinstellung hinweisen. Ein ganzes Jahr dauert deshalb die aktuelle Kampagne „Blutdruckmessen, aber richtig“ der Deutschen Hochdruckliga bis zum Welt-Hypertonie-Tag 2019 (www.hypertonietag.de).

Unzählige Aktivitäten fanden bisher bereits statt. Es werden Messaktionen, aber auch Informationsstände und Vortragsveranstaltungen ange-

boten. Bei den Messaktionen zeigte sich immer wieder die Bedeutung dieser Aktionsform. Nicht alle wissen um ihren hohen Blutdruck. Nicht alle lassen sich behandeln und nicht alle sind erfolgreich behandelt. In Anbetracht der vielen Aktivitäten können wir nur auszugsweise über Ihre Veranstaltungen berichten. Dass es gar nicht so einfach ist, den Blutdruck richtig zu messen und das auch noch öffentlichkeitsgerecht in einem Bild festzuhalten, haben wieder unsere Fotografen gemerkt, die uns Bilder zur Veröffentlichung im Druckpunkt einsandten. Wir bedanken uns bei allen, die bis-

her mitgemacht haben bzw. noch mitmachen wollen. Nicht immer werden wir über die Aktivitäten informiert. Das ist schade. Halten Sie uns deshalb bitte auf dem Laufenden. Verdeutlichen Sie so die Bedeutung guter Blutdruckwerte für die kardiovaskuläre Vorsorge. Melden Sie uns Ihre Veranstaltung noch nach (www.hypertonietag.de/veranstaltungen.html).

Um Ihnen einen Eindruck von dem Facettenreichtum der bisherigen WHT Aktionen zu vermitteln, möchten wir vor allem die nachfolgenden Veranstaltungen herausheben:

Mainz misst mit

Am Mainzer Südbahnhof führten die Teams von der Gemeinschaftspraxis Dres. Lembens bzw. der Apotheke am Römischen Theater am 17. Mai 2018 einen ganzen Tag lang eine Blutdruckmessaktion durch.

Die Gemeinschaftspraxis Dres. Lembens war zudem beim sechsten Gesundheitstag des Ärztefanclubs Mainz 05 am 26. Mai in der Mainzer OPEL ARENA des 1. FSV Mainz 05 mit einem Messstand vertreten.

Erfolgreich wurde auch vom Frisör Arens in der Großen Bleiche in Mainz bei den Kunden der Blutdruck gemessen. Der Frisörtermin bietet sich zur Blutdruckmessung in optimaler Weise an. Das wurde jüngst in einer amerikanischen Studie gezeigt (siehe Seite 11). Die Kunden und Mitarbeiter vom Intercoiffure Arens in Mainz waren begeistert.

Insgesamt wurden in Mainz über 850 Messungen durchgeführt. Der jüngste interessierte Bürger war 9 Jahre alt, der älteste Bürger 79 Jahre jung. Bei 30% der Menschen, die um ihren Bluthochdruck wussten, zeigten sich erhöhte Werte. Diese wurden gebeten, sich bei ihrem Hausarzt vorzustellen. Es konnten auch viele Betroffene erreicht werden, die bisher noch nichts von ihrem zu hohen Blutdruck wussten. Fast jeder Dritte konnte so im Rahmen der verschiedenen Aktionen in Mainz zum Thema Bluthochdruck sensibilisiert werden – eine durchaus bemerkenswerte Leistung, wie wir finden.

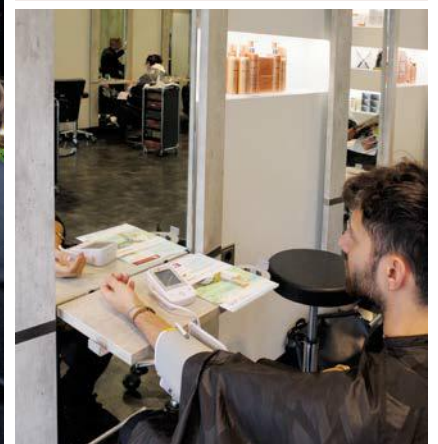
Messung im Rahmen des Mannheimer Maimarkts

Am 5. und 6. Mai bot die Deutsche Hochdruckliga DHL e.V. DHL® Besuchern des Maimarkts in Mannheim – Deutschlands größte Regionalmesse – eine Blutdruckmessung und Beratung an.

Ermöglicht wurde die Messaktion durch Herrn Raab vom Kreisverband Karlsruhe des BDH Bundesverband Rehabilitation. Prof. Dr. med. Bernhard Krämer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga von der Universität Mannheim, hielt zudem einen Vortrag zum Thema „Bluthoch-



▲ Mitarbeiter der Praxis Dres. Lembens und der Apotheke am Römischen Theater sorgten bei der Messaktion in Mainz für sachkundige Beratung der Interessenten.
▼ Beim Intercoiffure Arens in Mainz zeigten sich die Kunden begeistert über den ungewöhnlichen Service der angebotenen Blutdruckmessung.



▲ Vortrag Professor Krämer, Vorstandsvorsitzender, auf dem Mannheimer Mai Markt.

Fotos ©: Vanessa Lüttermann (2), Mark Grabfelder (3)

Internationale Bedeutung

Bluthochdruck ist global betrachtet derzeit eine der größten Herausforderungen für unsere Gesundheit. Weltweit sterben jedes Jahr rund 9,4 Millionen Personen an den Folgen eines zu hohen Blutdrucks. Jeder zweite Herzinfarkt bzw. Schlaganfall wäre mit einem gut eingestellten Blutdruck vermeidbar. Ein Drittel aller Erwachsenen ist weltweit betroffen. Damit ist der Bluthochdruck aktuell die größte Epidemie, die wir zu bewältigen haben.

In den meisten Ländern ist rund die Hälfte aller Betroffenen unwissend und kennt ihre zu hohen Werte nicht. In den unteren Einkommensschichten lässt sich nur jeder Dritte behandeln. Das heißt fünf von sieben Personen lassen sich wissentlich nicht behandeln. Auch in den höheren Einkommensschichten liegt der Behandlungsgrad nur bei 50 %. Der Blutdruck ist letztendlich nur bei einem bzw. zwei von zehn Betroffenen, je nach Einkommensschicht, gut eingestellt (Chow et al. JAMA 2013). Bezogen auf Deutschland ist inzwischen immerhin jeder zweite Betroffene gut eingestellt (unter anderem ein Verdienst der Deutschen Hochdruckliga). Vier von fünf Menschen wissen inzwischen in Deutschland von ihrem Bluthochdruck. Neun von zehn der Betroffenen, die davon wissen, lassen sich behandeln. Von den Behandelten erreichen 75 % in Deutschland gute Blutdruckwerte. Das ist auch ein Verdienst der Deutschen Hochdruckliga bzw. der vielen Unterstützer.

Wie wichtig ein systematisches und flächendeckendes Screening für die Senkung der globalen Krankheitslast im Zusammenhang mit Bluthochdruck ist, zeigt einmal mehr die Auswertung der im letzten Jahr weltweit durchgeführten „May Measurement Month“ Blutdruck-Messaktion (Lancet Global Health; Mai 16, 2018). Zur Screening-Aktion hatte die Internationale Gesellschaft für Hypertonie (ISH) aufgerufen. Die Durchführung der Messungen erfolgte dabei basierend auf einheitlichen Mess-Vorgaben. Es wurden drei Messungen im Abstand von jeweils einer Minute eingefordert.

Die Studie ergab, dass weltweit bei jedem dritten Teilnehmer zu hohe Blutdruckwerte vorliegen. Im europäischen Raum ist sogar jeder Zweite betroffen. Von den Teilnehmern mit Bluthochdruck erhalten weltweit etwa 20% keine medizinische Behandlung. Europa schneidet in diesem Zusammenhang sogar am schlechtesten ab: Etwa 25% – also einer von vier Betroffenen – sind nicht in medikamentöser Behandlung. Dies verdeutlicht einmal mehr die noch bestehenden Defizite beim systematischen Screening sowie in der Aufklärungsarbeit zu Bluthochdruck und seinen Komplikationen. Auch bei der medikamentösen Behandlung von Bluthochdruck gibt es in Europa im internationalen Vergleich noch deutliches Verbesserungspotential. Während weltweit etwa die Hälfte aller Betroffenen medikamentös gut eingestellt ist, ist dies im europäischen Raum nur bei etwa einem Drittel der Fall.

druck: Diagnose, Behandlung und Folgeschäden“, der auf ein großes Interesse der Besucher stieß.

Insgesamt wurden über 415 Messungen an den beiden Tagen durchgeführt. Gemessen wurde zweimal im Abstand von jeweils einer Minute, so wie es die Empfehlungen zur korrekten Blutdruckmessung vorsehen. Bei 37% ergaben die Messungen auffällige Werte. Bei fast jedem Fünften wurden (wissentlich oder unwissend) zu hohe Werte festgestellt. Von denen, die bereits wegen Bluthochdruck in Behandlung sind und blutdrucksenkende Tabletten einnehmen, waren immerhin 41% nicht gut eingestellt. Die Standbesucher wurden ermutigt, zur Überwachung des Bluthochdrucks, aber auch zur Früherkennung regelmäßig zu Hause ihren Blutdruck zu messen. Wichtig ist die regelmäßige standardisierte Messung, d.h. die Messung zur gleichen Tageszeit und unter gleichen Bedingungen.

Weitere Messaktionen

Gemeinsam mit der Apothekenkammer Niedersachsen wurden fast 2.000 niedersächsische Apotheken mit einem Aktionspaket ausgestattet und zu Blutdruckmessungen aufgerufen. An der Aktion wirkten auch die Professoren Limbourg von der Medizinischen Hochschule Hannover

und Servier mit. Wie jedes Jahr führte die Selbsthilfegruppe Leverkusen gemeinsam mit Professor Schwimmbeck, Direktor der Med. Klinik 1 am Klinikum Leverkusen und Regionalbeauftragten der Deutschen Hochdruckliga, einen Patiententag mit großem Erfolg durch. Beteiligt haben sich auch die Johanniter vom Regionalverband Weser-Ems der Johanniter-Unfall-Hilfe. Genau 106 Menschen ließen sich bei einer kostenlosen Messaktion anlässlich des bundesweiten Hypertonie-Tages von den Johannitern in Nordenham den Blutdruck messen. „Wir hatten einige Drücke von mehr als 190 dabei“, sagt Birgit Beerhorst, Leiterin der Johanniter-Tagespflege Nordenham, die zusammen mit ihrer Stellvertreterin Melanie Willms die Aktion organisiert hat. Die meisten der Besucher, die deutlich über dem Grenzwert lagen, befinden sich aber bereits in ärztlicher Behandlung. „Wir haben ihnen geraten, nochmals mit ihrem Arzt über die Medikation zu sprechen“, sagt Beerhorst.

Weitere Aktionen führten u.a. die SHG Frankfurt auf der Frankfurter Zeil und beim 35. Frankfurter Selbsthilfemarkt am Südbahnhof durch.

Eine große Aktion führte auch die SHG Nürnberg gemeinsam mit Professor Schmieder durch. Gemessen wurde auch von den Vital-Kliniken



▲ Der jüngste Besucher bei der Blutdruckmessaktion auf dem Mannheimer Mai Markt war 9 Jahre alt.



▲ Blutdruckmessung der Selbsthilfegruppe Frankfurt auf der Zeil. ▲ Mitarbeiter der Johanniter bei der Messaktion in Frankfurt.

Bad Driburg, von Frau Dr. Paland in Marktredwitz und von Dr. Randerath im Rahmen einer firmeninternen Veranstaltung der UCB Pharma GmbH in Monheim.

Presseaktivitäten zum Welt Hypertonie Tag 2018

Zwei Tage vor dem Welt-Hypertonie-Tag fand in Berlin eine Pressekonferenz zum Thema „Blutdruck messen – aber richtig!“ statt. Der Aktionstag wurde in der Presse breit reflektiert. Neben der Fachpresse (u.a. Deutsches Ärzteblatt und Ärztezeitung) berichteten auch die Breitenmedien: Hervorzuheben ist ein Beitrag in der ARD-Sendung „Brisant“, in dem neben den Experten der Hochdruckliga auch Ort-

win Stein, Gründer der neuen Selbsthilfegruppe in Bad Wildungen (siehe S. 34), zu Wort kam.

Geglückt war darüber hinaus eine Kooperation mit der Bildzeitung: Auf www.bild.de lief ein einstündiger Chat mit Professor Krämer am 17. Mai 2018, der in der Zeitung angekündigt worden war, am 18. Mai folgte dann noch ein halbseitiger Artikel zu Bluthochdruck in der bundesweiten Ausgabe der Zeitung. Das TV-Magazin zibb des RBB hatte am 22. Mai einen Berliner Experten im Studio, außerdem berichteten viele Radiosender (NDR, SWR2) und zahlreiche regionale Tageszeitungen (z.B. Stuttgarter Nachrichten, Augsburger Allgemeine) zum Welt-Hyper-

tonie-Tag oder unmittelbar im Nachgang dazu.

Alles in allem eine geglückte Presseaktion – wir danken allen Experten und Patienten, die Journalisten für ein Gespräch zur Verfügung standen und aktiv mitgeholfen haben, das Thema in die Medien zu bringen. Wir bitten um Verständnis, dass wir in diesem Bericht nur eine Auswahl der Artikel und Beiträge explizit erwähnen konnten. ●

Mark Grabfelder

Weitere Informationen erhalten Sie über den nebenstehenden QR-Code oder unter www.hypertonietag.de



▲ Prof. Bernhard Krämer, Dr. Bettina Albers und Prof. Bernd Sanner bei der Pressekonferenz anlässlich des Welthypertonietag 2018.

Aktionsmaterial zum Bestellen

Bitte denken Sie daran, dass Sie bis auf weiteres Materialien zur Weitergabe an Ihre Patienten bei uns über www.hypertonietag.de/mitmachen.html bestellen können:

- zweiseitiger Kampagnen-Faltflyer der Deutschen Hochdruckliga mit den wichtigsten Hinweisen zur Blutdruckmessung, siehe <https://www.hypertonietag.de>
- 28-seitige Kampagnenbroschüre zur Blutdruckmessung
- Kampagnenplakat zur Veranstaltungsankündigung mit Kampagnenmotiv
- Mustervortrag zur Blutdruckmessung https://www.hochdruckliga.de/tl_files/content/dhl/fohlen/mv-blutdruckmessen/DHL-MV-Blutdruckmessen-aber-richtig.pdf
- RollUp „Blutdruck messen, aber richtig“ mit individualisierbarem Logo (140 € zzgl. Versandkosten)

„Bluthochdruck im Griff“

Neue Selbsthilfegruppe der Deutschen Hochdruckliga in Bad Wildungen

Im Rahmen des Welt Hypertonie Tags wurde in Bad Wildungen mit einer ersten Veranstaltung die neue Selbsthilfegruppe „Bluthochdruck im Griff“ der Deutschen Hochdruckliga (DHL) gegründet. Der Druckpunkt sprach mit dem Initiator und Gründer Ortwin Stein über Motive, Ziele und Inhalte dieser jüngsten Patientenvereinigung der DHL.

Druckpunkt: Herr Stein, wie kommt man auf die Idee, eine Bluthochdruck-Selbsthilfegruppe zu gründen?

Ortwin Stein: Ganz einfach: Wenn man betroffen ist und es im gesamten Umkreis keine Selbsthilfegruppe gibt, liegt das in gewisser Hinsicht nahe.

Bei mir gab allerdings der Eintritt in die Rente den entscheidenden Impuls. Ich hatte über 20 Jahre im Vertrieb gearbeitet und Software verkauft, war beruflich also immer viel in Kontakt mit Menschen gewesen. Mit der Rente stellte sich mir die Frage, welche sinnvollen Aufgaben ich übernehmen könnte. Ich bin ein ziemlich rühriger Mensch, habe auch viele Hobbies. Ich treibe Sport, koche gern, reise viel und versuche auch, mich intellektuell zu fordern, beispielsweise lerne ich gerade Französisch. Gesundheitsthemen haben mich auch schon immer interessiert, besonders natürlich, nachdem ich vor etwa 9 Jahren einen leichten Schlaganfall, eine sogenannte ischämische Attacke, erlitten hatte. Ich habe dann viel zum Thema Bluthochdruck gelesen, auch ein wenig meinen Lebensstil umgestellt, mehr Sport getrieben und mich bewusster ernährt.

Daraus entstand der Wunsch, mich mit anderen Patienten auszutauschen und mein Wissen auch weiterzuge-



Foto©: Ortwin Stein

ben. Ich las über die Selbsthilfegruppen der Hochdruckliga im Internet und als ich sah, dass es bei mir in der Nähe keine gab, reifte dann langsam die Idee, selbst eine zu gründen.

Druckpunkt: Wer hat Sie dabei unterstützt – und wie sah die Unterstützung aus?

Ortwin Stein: Ich habe große Unterstützung durch die Deutsche Hochdruckliga bekommen. Ich hatte Kontakt zum Geschäftsführer, Herrn Mark Grabfelder, aufgenommen und ihm mitgeteilt, dass ich mit dem Gedanken spiele, eine Bluthochdruck-Selbsthilfegruppe in Bad Wildungen zu gründen, und wurde daraufhin von ihm nach Dresden zu einem Treffen der Selbsthilfgruppenleiter der Hochdruckliga eingeladen. Dort konnte ich mich mit anderen Gruppenleitern unterhalten und mir viele nützliche Tipps einholen, wie man eine erfolgreiche Selbsthilfegruppe auf die Beine stellt. Ich habe dann auch den Jahreskongress der Deutschen Hochdruckliga in Mannheim besucht, weil mich die wissenschaftliche Seite ebenfalls sehr interessiert.

Auch habe ich aktiv Kontakt zu anderen Selbsthilfegruppen aufgenommen – sowohl von der Hochdruckliga, aber auch von anderen Organisationen und mir angeschaut, wie solche Selbsthilfgruppentreffen ablaufen. An dieser Stelle möchte ich mich bei der Selbsthilfegruppe der Hochdruckliga in Göttingen bedanken, die ich besuchen durfte und die mich stark inspiriert hat, etwas Ähnliches bei uns aufzubauen.

Als besonders glücklich erwies sich auch der Kontakt zur Selbsthilfegruppe Schlaganfall hier in Bad Wildungen, die sich schon seit 15 Jahren in der Asklepios-Klinik trifft. Über diese Gruppe habe ich den Kontakt zum Verwaltungsleiter der Klinik bekommen, der mir in Aussicht stellt, auch unserer Selbsthilfegruppe einen Raum zur Verfügung zu stellen.

Ich habe dann auch viele Gesundheitstage, z.B. den Herz-Gesundheitstag in Kassel, besucht, einfach, um mich inspirieren zu lassen und neue Impulse und Ideen zu bekommen, wie man die Menschen mit Gesundheitsthemen anspricht. Ich möchte ja viele interes-

sierte Menschen für unsere Selbsthilfegruppe gewinnen!

Druckpunkt: Stichpunkt „Viele gewinnen“ – Sie haben ja gerade erst mit der Selbsthilfegruppe gestartet. Was haben Sie gemacht, damit Betroffene auf Ihre Initiative aufmerksam wurden?

Ortwin Stein: Ich habe den Welt Hypertonie Tag am 17. Mai 2018 als Auftakt genutzt. Vorher habe ich selbst einen Flyer entworfen und erstellt, den habe ich dann in Druck gegeben und an etwa 40 Ärzte, vor allem Allgemeinärzte, hier im 20 km-Umkreis verteilt. Außerdem habe ich mit der Tageszeitung in Bad Wildungen, der WLZ, Kontakt aufgenommen und auch verschiedene Wochenzeitungen angeschrieben. Mehrere haben das Thema Bluthochdruck gebracht und dabei prominent auf unsere Selbsthilfegruppe in Gründung hingewiesen.

Am Welt Hypertonie Tag hatten wir dann die erste Veranstaltung, bei der Herr Dr. Puplat, Internist, Asklepios

Klinik, und Herr Dr. Werner, Leiter des Zentrums für Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Bad Wildungen, einen Vortrag gehalten haben. Die Hochdruckliga hat mich mit vielen schönen Materialien versorgt – Blutdruckpässen, Infobroschüren und auch mit einem Roll-Up. Herr Grabfelder hat darüber hinaus an diesem Treffen teilgenommen und einen informativen Vortrag zum Thema „Therapietreue“ gehalten. Außerdem haben uns zwei Sanitätshäuser und eine Apotheke unterstützt, indem sie uns Blutdruckmessgeräte zur Verfügung gestellt haben.

Druckpunkt: Hat sich die Mühe gelohnt?

Ortwin Stein: Auf jeden Fall! Insgesamt haben 18 interessierte Personen teilgenommen, von denen sich 7 auch in meine Liste eingetragen haben, um Mitglied der Selbsthilfegruppe zu werden. Zu unserem ersten „regulären“ Treffen Anfang Juni, das auch in den Veranstaltungskalender in der Tageszeitung aufgenommen worden war, kamen dann auch noch Interes-

sierte hinzu, die im Mai gar nicht dabei gewesen waren. Zwischenzeitlich bin ich mit dem Verwaltungschef der Asklepios-Klinik Bad Wildungen auch zu einem Herzgesundheitstag in Treysa, ca. 30 km entfernt von Bad Wildungen, gefahren – dort haben wir insgesamt 36 Besucherinnen und Besuchern Blutdruck gemessen. Ein Drittel hatte sehr auffällige Werte – und einer hat sich spontan dazu entschlossen, unserer Selbsthilfegruppe beizutreten. Solche Erlebnisse zeigen, dass es sich lohnt, aktiv zu bleiben.

Wir werden die Werbung für unsere Gruppe natürlich kontinuierlich weiterführen und ich denke, es sind gerade die Ärzte, die unsere Selbsthilfegruppe aktiv ihren Patienten empfehlen werden.

Druckpunkt: Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Stehen Ärzte Ihrer Selbsthilfegruppe offen gegenüber?

Ortwin Stein: Ja, ich war sehr erstaunt! Ich habe mehrere Praxen besucht,



BLUTDRUCKMESSUNG IN DER PRAXIS

Umfrage für Ärzte, medizinisches Fachpersonal und Laien

Die Deutsche Hochdruckliga möchte mit dieser Umfrage einen Überblick über die vorherrschenden Blutdruckmessverfahren in Arztpraxis gewinnen. Ansprechen möchten wir Ärzte, medizinisches Fachpersonal, aber auch Laien. Für unsere Umfrage benötigen Sie weniger als 5 Minuten.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

www.surveymonkey.de/r/PraxisMessung_V01



Ihre eingegebenen Daten werden auf den Servern eines externen Dienstleisters (surveymonkey.de) erfasst. Bei Ihrer Dateneingabe wird geprüft, ob über Ihr Eingabegerät bereits ein Fragebogen ausgefüllt wurde. Aus diesem Grund wird ein Cookie in Ihrem Browser hinterlegt. Es werden aber weder Ihre IP-Adresse noch andere persönliche Daten gespeichert. Die Auswertung erfolgt daher völlig anonymisiert.

mit dem Praxispersonal gesprochen und viele Ärzte wollten dann gleich direkt mit mir reden. Sie haben mit großem Interesse die Gründung unserer Selbsthilfegruppe wahrgenommen und wollten auch den Informationsflyer an betroffene Patienten ausgeben. Das ist eine große Unterstützung, um die Menschen zu erreichen, die in gesundheitlicher Hinsicht von uns profitieren würden. Ich habe mir vorgenommen, nun noch den Verteilerkreis zu erweitern und auch Ärzte in Arolsen, Korbach und Frankenberg, drei Städte, die etwa 30 km entfernt sind, anzusprechen. Eventuell können sich dort Patienten zusammenschließen und Fahrgemeinschaften gründen.

Druckpunkt: Wie sieht das weitere Programm Ihrer Selbsthilfegruppe aus?

Ortwin Stein: Nach der Sommerpause werden wir uns monatlich treffen. Das wird immer am ersten Dienstag im Monat von 18:00 – 20:00 Uhr im Schulungsraum in der Asklepios-Klinik Bad Wildungen (im Gebäude Fürstenhof) stattfinden. Interessierte Leser und Leserinnen des DRUCKPUNKT sind natürlich herzlich willkommen!

Die Themen für 2018 stehen auch schon fest: Im August wird es einen Vortrag „Alles Wichtige zur richtigen Blutdruckmessung“ geben, im September „Was heißt herzgesunde Ernährung – Tipps speziell für Bluthochdruckpatienten“, im Oktober „Bluthochdruck: Welche Medikamente gibt es? Wie sind die Wirkungen und Nebenwirkungen?“, im November „Welches Sport- und Bewegungsprogramm ist gut für Hypertoniker?“ und das Dezemberthema lautet „Umgang mit Stress und Ärger – wie einfache Techniken uns helfen können“. Zu den Themen werden Experten eingeladen, die über das jeweilige Thema referieren – nicht nur Mediziner, auch Ernährungsberater, Sportwissenschaftler und andere. Es soll aber auch immer die Möglichkeit zur Diskussion und zum persönlichen Austausch geben, denn ich denke, ein großes Bedürfnis von Menschen, die einer Selbsthilfegruppe beitreten, ist der Erfahrungsaustausch und das Gespräch.



Foto: Mark Grabfelder

Mit einem **Arzt-Patienten-Seminar** machte Herr Ortwin Stein am 17. Mai 2018 auf die neue Selbsthilfegruppe „Bluthochdruck im Griff“ in Bad Wildungen aufmerksam. Unterstützt von der Asklepios Fachklinik Fürstenhof Bad Wildungen und dem Nephrologen Dr. med. Michael Werner sowie dem Kardiologen Dr. med. Dieter Puplat wurden die Seminarteilnehmer über die Gefahren eines zu hohen Blutdrucks und dessen Prävention aufgeklärt. Inzwischen fand das erste Treffen der von der Deutschen Hochdruckliga unterstützten Gruppe statt. Sie trifft sich jeden 1. Dienstag im Monat von 18.00 – 20.00 Uhr (außer im Juli) in der **Fachklinik Fürstenhof**, Brunnenallee 39, Bad Wildungen. Nähere Informationen erhalten Sie auch per E-Mail: BluthochdruckimGriff@t-online.de.

Druckpunkt: Ist das der Grund, warum Sie auf eine „klassische“ Selbsthilfegruppe gesetzt und keine „virtuelle“ Selbsthilfegruppe gegründet haben?

Ortwin Stein: Ja, ich denke schon. Es mag natürlich eine Generationsfrage sein, aber ich denke, der persönliche Kontakt schafft Vertrauen. Man tauscht sich ja über die eigenen Gesundheitsfragen und -probleme aus, was letztlich schon sensible Informationen sind. Bei einem persönlichen Treffen ist man näher dran am Menschen als wenn die Kommunikation über den Bildschirm läuft, auch wenn modernste Bild- und Tonübertragung eingesetzt wird. Auch haben die Treffen eine soziale Komponente: Man kommt unter Leute und man darf nicht vergessen, dass es auch viele ältere Menschen gibt, die nicht so medien- und technikaffin sind. Daher erstmal die „klassische“ Form der Selbsthilfegruppe. Das heißt aber nicht, dass wir nicht zusätzlich auch die virtuellen Möglichkeiten ausschöpfen möchten. Ich könnte mir vorstellen, dass man beispielsweise bestimmte Vorträge auch einem größeren Publikum zugänglich machen sollte und da eignen sich die modernen Medien besonders gut.

Vorher stehen aber noch andere „Hausaufgaben“ an: Wir müssen uns um finanzielle Unterstützung bei den Krankenkassen kümmern, die Gruppe intern aufstellen, d.h. verschiedene Aufgaben verteilen, und dann möchten wir perspektivisch auch eine eigene Internetseite erstellen – es gibt also noch viel zu tun!

Druckpunkt: Eine kurze Frage zum Schluss: Wie erreichen Sie Menschen, die Ihrer Selbsthilfegruppe beitreten oder Fragen zur Gründung einer Selbsthilfegruppe an Sie richten möchten?

Ortwin Stein: Ganz einfach per E-Mail, die Adresse lautet BluthochdruckimGriff@t-online.de. „Bluthochdruck im Griff“ ist der Name unserer Selbsthilfegruppe. Er bringt zum Ausdruck, dass man aktiv etwas gegen Bluthochdruck tun und selbst dafür sorgen kann, dass man Herr/Frau der Lage bleibt. Für Fragen stehe ich gern zur Verfügung!

Druckpunkt: Vielen Dank für dieses Gespräch!

Dr. Bettina Albers
 Pressestelle Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®,
 Deutsche Gesellschaft für Hypertonie
 und Prävention



Foto ©: Klinikum Leverkusen

Selbsthilfegruppe Bluthochdruck Leverkusen

Welthochdrucktag 2018

Unter dem Motto „Bluthochdruck messen, aber richtig – Welche Zielwerte soll ich anstreben?“ fand am 17. Mai 2018 ein Patientenseminar im Klinikum Leverkusen statt.

Die Kardiologie des Klinikums Leverkusen unter der bewährten Leitung von Prof. Dr. Peter Schwimmbeck (Hypertensiologe und Regionalbeauftragter der DHL) und unsere Selbsthilfegruppe (SHG) Bluthochdruck Leverkusen führten den Welthochdrucktag bereits zum 14. Mal gemeinsam durch. Das Programm umfasste wie in den Vorjahren informative Vorträge, Blutdruck-Kontrollmessungen und ausführliche Beratungen. Schirmherr unserer Veranstaltung war wiederum der frühere WDR-SportChef und SPORTSCHAU-Moderator Heribert Faßbender.

Neben der örtlichen SHG Bluthochdruck waren die Kardiologie und die Ernährungsberatung des Klinikums, die Deutsche Herzstiftung und der Verein für Gesundheitssport Leverkusen (VGS) mit Informations- und Beratungsständen vertreten. Alle Angebote fanden reges Interesse bei den Besuchern. Ärzte der Klinik maßen den Blutdruck, Ernährungsberater und Bewegungstherapeuten beantworteten

Frage- und Antworten. Einige Besucher brachten ihre Handgelenkmessgeräte mit, um durch Kontrollmessungen die Sicherheit für eine verlässliche Selbstmessung zu Hause zu geben.

Die Vorträge wurden von Prof. Dr. Peter Schwimmbeck, Direktor der Medizinischen Klinik 1, Klinikum Leverkusen, moderiert, der auch selbst einen Vortrag zum Thema „Blutdruckzielwerte – Welche sind für mich richtig? Und wie erreiche ich Sie?“ hielt. Nach einer kurzen Darstellung der „Aufgaben und Ziele der Hochdruckliga“ durch den Leiter der SHG fanden zwei weitere Vorträge großes Interesse:

- „Psyche und Hochdruck – Auswirkung der Psyche auf den Hochdruck“, gehalten von Dr. med. Rainer Schubmann, Chefarzt der Kardiologie in der Dr. Becker Klinik Mönchsee, sowie
- „Alternative Therapiemöglichkeiten: Was wirkt?“, gehalten von Dr. med. Wolfgang Mayer-Berger, Ärztlicher Direktor der Klinik Roderbirken in Leichlingen.

Angeboten und gut angenommen wurden weiter Ultraschallmessungen des Herzens und der Halsgefäße durch Ärzte der Medizinischen Klinik 1 sowie der Bauchschlagader durch Herrn Prof. Dr. med. Thomas Lübke, Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie, ebenfalls am Klinikum Leverkusen.

Unsere Veranstaltung fand ein lebhaftes Interesse. Dies ist für uns daher Ansporn, auch im kommenden Jahr wieder ein gemeinsames Patientenseminar mit Unterstützung durch die Hochdruckliga vorzubereiten und anzubieten.

Allen, die zum Gelingen des Welthochdrucktages in Leverkusen beigetragen haben, ein herzliches Dankeschön. ●

Wolfgang Pfeiffer
Selbsthilfegruppe Bluthochdruck
Leverkusen

Welthypertonietag 2018 in Karlsburg Ein Blick hinter die Kulissen

In der idyllischen Gemeinde Karlsburg bei Greifswald trifft man sich immer am 3. Donnerstag im Monat, um sich in vertrauter Atmosphäre zum Bluthochdruck auszutauschen. So auch beim letzten Treffen am 17. Mai. Das Treffen stand diesmal jedoch unter einem besonderen Motto. Anlässlich des Welthypertonietaags 2018 fand zusammen mit der Leitung der Karlsburger Herzklinik eine gemeinsame Aktion statt. Die Bekanntgabe der Veranstaltung erfolgte über die örtliche Presse.



Foto ©: Klinikum Karlsburg

Nach der herzlichen Begrüßung durch die Oberärztin der Kardiologie des Klinikums Karlsburg, Dr. Claudia Bischoff, folgte ein auch für unsere Gruppe sehr interessanter und gut verständlicher Vortrag zu den Ursachen des Bluthochdrucks, der richtigen Medikamenteneinnahme und dem Thema Compliance. Thematisiert wurden auch verschiedene Möglichkeiten, wie der jeder selbst aktiv werden kann, um den Blutdruck in normale Bereiche zu bekommen, wie z.B.: Nikotinverzicht, gemäßigter Alkoholkonsum, genügend Schlaf und, nicht zu vergessen, viel Bewegung in der Natur. Das Hauptanliegen „Blutdruck messen – aber richtig“ wurde ausgiebig

behandelt. Nicht wenigen Besuchern der Veranstaltung konnten so ganz neue Erkenntnisse zu diesem wichtigen Thema vermittelt werden.

Insgesamt war das Publikum am Veranstaltungstag bunt gemischt. Neben den Mitgliedern unserer Selbsthilfegruppe waren auch Patienten der Klinik sowie Betroffene aus dem Umland anwesend, sodass die Veranstaltung gut besucht war. Im Anschluss an den Vortrag hatte jeder Teilnehmer die Möglichkeit, Fragen an Frau Dr. Bischoff und eine Klinikpsychologin zu stellen.

Natürlich war die Hochdruckgruppe auch bemüht, im Rahmen der Ver-

anstaltung neue Mitglieder zu werben. So wurden Werbematerialien und Aufklärungsflyer verteilt und über die Aktivitäten der Selbsthilfegruppe gesprochen. Da Karlsburg in einem dünnbesiedelten Flächenland gelegen ist, gestaltet sich die Planung und Durchführung von Aktivitäten auf Grund teils langer Anfahrtswege nicht immer ganz einfach. Nichtsdestotrotz wollen wir Gruppenmitglieder alles tun, um die Gruppe am Leben zu erhalten und gleichzeitig mit Leben zu füllen! Dabei helfen uns der Fortschritt in der Medizin und nicht zuletzt unsere sozialen Kontakte! ●

Annegret Schornick
Selbsthilfegruppe Bluthochdruck Karlsburg

IMPRESSUM

Herausgeber:

Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®
Deutsche Gesellschaft für
Hypertonie und Prävention

Vorstand:

Prof. Dr. med. Bernhard Krämer (Vorsitzender)
Prof. Dr. med. Peter Trenkwalder
(stellvertretender Vorsitzender)
PD Dr. rer. nat. Kristina Kusche-Vihrog
Prof. Dr. med. Bernd Sanner
Prof. Dr. med. Joachim Weil
Prof. Dr. med. Burkhard Weisser
Prof. Dr. med. Ulrich Wenzel, Ines Petzold

Schriftleitung:

Prof. Dr. med. Joachim Hoyer
Prof. Dr. med. Martin Paul

Geschäftsführer:

Mark Grabfelder (V.i.S.d.P.)

Geschäftsstelle:

Berliner Str. 46, 69120 Heidelberg
Telefon: 0 62 21 / 5 88 55-0
Telefax: 0 62 21 / 5 88 55-25
E-Mail: info@hochdruckliga.de

Verlag:

PACs Verlag GmbH
Innere Neumatten 9, 79219 Staufen
Telefon: 0 76 33/933 20-0
Telefax: 0 76 33/933 20-20
E-Mail: pacs@pacs-online.com

Redaktion:

Dr. Rolf-Günther Sommer
E-Mail: sommer@pacs-online.com

Projektleitung und Anzeigen:

Christoph Knüttel
Telefon: 0 76 33/933 20-12
E-Mail: christoph.knuettel@pacs-online.com

Grafik/Bildredaktion:

Ulf Eberhard • Nils Oettlin
E-Mail: produktion@pacs-online.com

Druck:

abdruck GmbH, Heidelberg

© Deutsche Hochdruckliga e.V. / PACs Verlag GmbH:
Diese Publikation und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Eine Verwertung einschließlich der Erfassung in digitaler Form und des Nachdrucks ist ohne schriftliche Einwilligung unzulässig.

Bezug: DRUCKPUNKT kann bei der Bundesgeschäftsstelle der DHL® für € 26,- pro Jahr (inkl. MwSt.) zzgl. Versandkosten abonniert werden. Preis für Einzelheft: € 5,50 zzgl. Versandkosten. Für DHL®-Mitglieder ist das Abonnement im jährlichen Mindestbeitrag enthalten. Als Abo-Zeitraum gilt das Kalenderjahr. Der Bezug verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht drei Monate vor Jahresende gekündigt wird.

DRUCKPUNKT erscheint max. viermal im Jahr in einer Auflage von je 22.000 Exemplaren

Hinweise: Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind die Autoren verantwortlich. Die Beiträge geben nicht immer die Meinung der Hochdruckliga wieder. Bei der Bezeichnung Hypertensiologe DHL® handelt es sich nicht um eine nach Berufsordnung grundsätzlich führungsfähige Bezeichnung für Ärzte, sondern um eine nach dem entsprechenden ärztlichen Berufsrecht einzuordnende Bezeichnung (z. B. nach der Musterberufsordnung der deutschen Ärzte als „Tätigkeitsschwerpunkt“ bzw. nach den Berufsordnungen der Landesärztekammern). Soweit in der vorliegenden Ausgabe von „Weiterbildung“ die Rede ist, handelt es sich dabei um Fortbildungsmaßnahmen der Deutschen Hochdruckliga DHL® – die nicht mit den Weiterbildungsmaßnahmen der Ärztekammern zu verwechseln sind.

ISSN 1619-0637

Veroval® DUO CONTROL

BLUTDRUCK

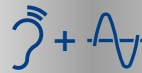
HARTMANN



NEU



Kombiniert 2
Messmethoden



DUO SENSOR Technologie

Speziell geeignet für Patienten
mit Herzrhythmusstörungen



Misst präzise – sogar wenn das Herz aus dem Takt gerät

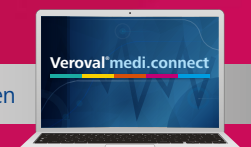


Das neue Veroval® Duo Control Oberarm-Blutdruckmessgerät

- Misst dank DUO SENSOR Technologie auch bei Herzrhythmusstörungen korrekt
- Die patentierte Secure fit Manschette erleichtert korrektes Messen



Einfaches Verwalten und Speichern der Daten



www.veroval.de

OMRON

Die Revolution in der Blutdruckmessung.



OMRON EVOLV

Das neue, leicht zu bedienende All-in-One Oberarm-Blutdruckmessgerät. Genaue Messergebnisse in jeder Position um den Oberarm* und Fortschritte auf dem Smartphone nachverfolgen.

All for Healthcare

www.omron-healthcare.de

* Bilo G et al. Hypertens Res 2017. 40(6): 573-580.