



**Pressekonferenz der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL)®
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention
anlässlich des Welt Hypertonie Tages (17. Mai 2017)**

„Ich bleib mir treu!“

Termin: Montag, 15. Mai 2017, 12.30 bis 13:30 Uhr

Ort: Dependance der DGIM, Oranienburger Straße 22, 10117 Berlin

Programm

„Ich bleib mir treu!“ Jahresthema der Deutschen Hochdruckliga. Warum Arzt und Patient den Therapieerfolg nur gemeinsam erzielen können.

Professor Dr. med. Bernhard Krämer

Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL®, Direktor der V. Medizinischen Klinik, Universitätsklinikum Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Erhöhter Blutdruck im Alter – Was sollten die Patienten, was die pflegenden Angehörigen beachten?

Professor Dr. med. Peter Trenkwalder

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL®, Chefarzt der Medizinischen Klinik am Klinikum Starnberg

Automatische Blutdruckmessung im Alltag – aber richtig!

Professor Dr. med. Bernd Sanner

Vorstandsmitglied der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL®, Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik des Agaplesion Bethesda Krankenhauses Wuppertal gGmbH

Bluthochdruck bei Frauen – Geschlechterspezifische Aspekte als besondere Herausforderung?

Dr. med. Ute Seeland

Fachärztin für Innere Medizin und Gendermedizinerin am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM), Charité-Universitätsmedizin Berlin

Moderation: Dagmar Arnold, Pressestelle DHL®, Stuttgart

Pressekontakt

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

Sabrina Hartmann/ Stephanie Priester

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: +49 711 89 31 - 649, Fax - 167

Mail: hartmann@medizinkommunikation.org

Web: www.hochdruckliga.de

Hochdruckliga



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



**Pressekonferenz der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL)®
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention
anlässlich des Welt Hypertonie Tages (17. Mai 2017)**

„Ich bleib mir treu!“

Termin: Montag, 15. Mai 2017, 12.30 bis 13:30 Uhr

Ort: Dependance der DGIM, Oranienburger Straße 22, 10117 Berlin

Inhalt

Pressemeldungen

Redemanuskripte

Porträt der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL®

Curriculae Vitae der Referenten

Bestellformular für Fotos

Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir es Ihnen gern zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns unter: hartmann@medizinkommunikation.org

Pressekontakt

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

Sabrina Hartmann/ Stephanie Priester

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: +49 711 89 31 - 649, Fax - 167

Mail: hartmann@medizinkommunikation.org

Web: www.hochdruckliga.de



Welt Hypertonie Tag 2017 am 17. Mai: „Ich bleib mir treu!“

Therapietreue – eine gemeinsame Verantwortung von Arzt und Patient

Berlin, 15. Mai 2017 – Unter dem Motto „Ich bleib mir treu!“ findet am 17. Mai der Welt Hypertonie Tag statt. Der Aktionstag rückt in den Fokus, warum es wichtig für den Behandlungserfolg ist, dass Arzt und Patient im Dialog miteinander über die Therapie entscheiden und die Verantwortung für die festgelegten Ziele gemeinsam tragen. Vertreter der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention informieren auf der heutigen Pressekonferenz im Vorfeld des Welt Hypertonie Tages 2017 wie dies umgesetzt werden kann und welche Hürden den Betroffenen im Alltag begegnen.

In Deutschland leiden rund 20 bis 30 Millionen Menschen an Bluthochdruck. „Inzwischen ist der Anteil an Hypertonie-Patienten, die blutdrucksenkend behandelt werden, auf etwa 75 Prozent angestiegen, kontrolliert behandelt werden immerhin 50 Prozent. Das ist sicher auch auf die langjährigen Anstrengungen und die Aufklärungsarbeit der DHL® zurückzuführen“, sagt Professor Dr. med. Bernhard Krämer, Vorsitzender der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL®. Nach wie vor bedeutet dies aber auch, dass rund ein Viertel der Menschen mit Bluthochdruck gar nicht behandelt werden und die andere Hälfte nicht ausreichend.

„Eine wichtige Ursache für eine nichtausreichende Behandlung ist die Nonadhärenz, also das Nichteinhalten und Nichtumsetzen von Therapieempfehlungen“, sagt Professor Dr. med. Bernhard Krämer, der auch Direktor der V. Medizinischen Klinik der Universitätsmedizin Mannheim ist. Eine Studie mit 149 neu diagnostizierten Hochdruck-Patienten konnte beispielsweise durch elektronische Tablettenboxen zeigen, dass 42 Prozent nichtadhärent waren, also weniger als 80 Prozent ihrer verschriebenen Antihypertensiva einnahmen. Bluthochdruck verursache keine Beschwerden oder Schmerzen, Folgeerkrankungen seien den Patienten oft nicht bewusst oder würden nicht ernst genug genommen oder die Therapie werde nicht kontinuierlich eingehalten, fasst Krämer die Ursachen für dieses Verhalten zusammen. Gründe für die Nonadhärenz sind jedoch auch auf der Seite der behandelnden Ärzte zu finden. „Das kann sich zum Beispiel in einer ungenügenden Interaktion zwischen Arzt und Patient, fehlenden Kontrollterminen oder durch Therapieauswirkungen wie



Nebenwirkungen zeigen“, sagt der Experte.

Studien belegen, dass die Blutdruckbehandlung erfolgreicher verläuft, wenn Arzt und Patient gemeinsam und im Dialog über die Therapiemaßnahmen entscheiden. Wie das in der Praxis konkret gelingen kann, erläutert Krämer im Rahmen der Pressekonferenz der DHL® im Vorfeld des Welt Hypertonie Tages. Zudem macht die Deutsche Hochdruckliga in diesem Jahr verstärkt auf dieses Thema aufmerksam.

„Als Deutsche Hochdruckliga möchten wir diesem wichtigen Thema Nachdruck verleihen. Daher haben wir das Motto ‚Ich bleib mir treu‘ auch als unser Jahresthema festgelegt“, sagt Krämer. Die Deutsche Hochdruckliga ruft Ärzte und medizinisches Fachpersonal auf, die Initiative ganzjährig mit Aktionen bis zum nächsten Welt-Hypertonie-Tag zu unterstützen. Auf ihrer Kampagnenwebsite stellt die DHL® Informationen und Material zur Verfügung, beispielsweise zur Durchführung von Arzt-Patienten-Seminaren oder Podiumsdiskussionen mit relevanten Entscheidungsträgern vor Ort. Zudem fordert die DHL® anlässlich der Initiative, schwer einstellbare Hypertoniker durch ein kassenfinanziertes, strukturiertes Behandlungsprogramm im Sinne eines Disease-Management-Programms im Krankheitsprozess zu begleiten.

Über die Bedeutung der Therapietreue und die gemeinsame Verantwortung von Arzt und Patient in der Bluthochdruckbehandlung informieren Experten der DHL® auf der heutigen Pressekonferenz in Berlin. Es geht in den Vorträgen der Experten auch darum, welche Herausforderungen ein erhöhter Blutdruck im Alter mit sich bringt und was gerade pflegende Angehörige hierbei beachten sollten. Daneben stehen Themen wie der Bluthochdruck von Frauen oder die automatische Blutdruckmessung im Alltag im Fokus der heutigen Pressekonferenz anlässlich des Welt Hypertonie Tages.

Pressekontakt

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

Sabrina Hartmann/ Stephanie Priester

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: +49 711 89 31 - 649, Fax - 167

Mail: hartmann@medizinkommunikation.org

Web: www.hochdruckliga.de



Welt Hypertonie Tag 2017 am 17. Mai: „Ich bleib mir treu!“

Deutsche Hochdruckliga e.V. (DHL): Bluthochdruck bei Frauen häufig unterschätzt

Berlin, 15. Mai 2017 – Hypertonie und Herzinfarkt galten früher als typisch männliche Leiden: Der Patient – so das landläufige Bild – hat sich seinen Hochdruck durch beruflichen Stress quasi „erarbeitet“ und ihm dann durch Alkohol und Nikotin noch Vorschub geleistet. Bei Frauen wurde eine Hypertonie oft gar nicht in Erwägung gezogen oder zu spät erkannt. Dabei sind Frauen mit steigendem Alter sogar stärker gefährdet als Männer. Auf der heutigen Pressekonferenz der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention diskutieren Experten in Berlin, welche besonderen geschlechtsspezifischen Herausforderungen es bei Blutdruckpatienten gibt.

„Ab 65 Jahren wird Bluthochdruck häufiger bei Frauen diagnostiziert als bei Männern“, sagt Dr. med. Ute Seeland vom Institut für Geschlechterforschung in der Medizin an der Berliner Charité im Vorfeld der Pressekonferenz. Mittlerweile sind sogar einige Risikofaktoren bekannt, die als typisch weiblich gelten müssen. So steigt das Hypertonie-Risiko auf das Zwei- bis Dreifache an, wenn Frauen die Pille einnehmen und zusätzlich beispielsweise übergewichtig sind. Auch eine Schwangerschaftshypertonie oder eine (Prä-)Eklampsie steigern das Risiko, binnen zehn Jahren einen manifesten Bluthochdruck zu entwickeln. „Die betroffenen Frauen müssen dringend als Risikogruppe wahrgenommen werden. Mit Aufklärungskampagnen sollten diese gezielt angesprochen werden und an Untersuchungen zur kardiovaskulären Risikoeinschätzung teilnehmen“, fordert Dr. Seeland. Die bisherige Aufklärungsarbeit – etwa zum Rauchen – sei vor allem auf Männer abgestimmt gewesen.

Ein Grund dafür, dass Frauen lange Zeit als Zielgruppe vernachlässigt wurden, ist der durch weibliche Östrogene vermittelte Gefäß-Schutz. In mittleren Jahren erkrankten Frauen daher tatsächlich seltener an Bluthochdruck als Männer. Doch solle die hormonelle Schutzwirkung nicht überschätzt werden, mahnt Dr. Seeland. „Wenn 77 Prozent der Hypertonie-Patientinnen die Menopause bereits hinter sich haben, bedeutet das zugleich, dass 23 Prozent noch vor der Menopause betroffen sind“, sagt die Charité-Ärztin und verweist auf die Ergebnisse der Berliner BEFRI-Studie. Für die Studie haben sie und ihre Kollegen über 1000 Berliner Frauen zwischen 25 und 75 Jahren befragt und untersucht. Dabei zeigte sich auch, dass 45 Prozent der weiblichen Allgemeinbevölkerung Störungen der arteriellen



Gefäßfunktion und/oder eine erhöhte Steifigkeit der Gefäßwände aufweisen^{1) 2)}. Solche Veränderungen können einer Hypertonie um Jahre vorausgehen und bleiben oft unentdeckt. „Die Störungen sind oft noch reversibel, sodass gesundheitsfördernde Maßnahmen hier sehr gut greifen können“, sagt die Expertin. Dazu zählte etwa ein Rauchstopp, ausreichend Bewegung, eine salzarme Ernährung (nach Empfehlung der DHL 5 - 6 g Kochsalz pro Tag) und die Vermeidung von Übergewicht. Wie die Internistin betont, stehen heute mit der Messung des sogenannten Augmentationsindex und der Pulswellengeschwindigkeit Methoden zur Verfügung, mit denen die Elastizität der Gefäßwand bereits früh diagnostiziert werden kann. Eine solche Untersuchung solle Männern und Frauen bereits ab 40 Jahren angeboten werden, wenn sie zusätzliche Risikofaktoren aufweisen.

„Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer, weshalb die Phase der Folgekrankheiten auf die Lebenszeit gesehen bei Frauen meistens länger ist, als bei Männern“, erklärt Dr. Seeland. „Das bedeutet aus gendermedizinischer Sicht, dass neben den berechtigten sogenannten „harten Endpunkten“ wie dem kardiovaskulären Tod oder der Gesamtmortalität auch die Lebensqualität als ein weiterer Endpunkt in den Studien seine Berechtigung hat und in Zukunft stärker als Outcome Variable mitberücksichtigt werden sollte. „Einschränkungen der Lebensqualität stärker zu berücksichtigen, sei ein wichtiger Schritt hin zur Entwicklung einer gendergerechten Therapie.

Bei der Diagnose „Bluthochdruck“ handelt es sich um eine Erkrankung, die konsequent und langfristig behandelt werden muss – manchmal ein Leben lang. Rund ein Viertel der Menschen mit Bluthochdruck werden momentan gar nicht behandelt und die andere Hälfte nicht ausreichend. „Eine wichtige Ursache für eine nichtausreichende Behandlung ist die Nonadhärenz, also das Nichteinhalten und Nichtumsetzen von Therapieempfehlungen“, sagt Professor Dr. med. Bernhard Krämer, Vorstandsvorsitzender der DHL®. Studien belegen, dass Blutdruckbehandlungen dann erfolgreich sind, wenn Arzt und Patient die Therapieentscheidungen gemeinsam im Dialog treffen. Wie die Therapietreue des Patienten im Alltag gelingen kann, diskutieren Experten im Rahmen der heutigen Pressekonferenz der Deutschen Hochdruckliga anlässlich des Welt Hypertonie Tages am 17. Mai 2017. In diesem Rahmen spricht Dr. Seeland auch darüber, warum sich die Therapie gendergerecht weiterentwickeln muss und welche besonderen Herausforderungen Bluthochdruck bei Frauen mit sich bringt.



Quellen:

1) Oertelt-Prigione S, Seeland U, Kendel F, Rütcke M, Flöel A, Gaissmaier W, Heim C, Schnabel R, Stangl V, Regitz-Zagrosek V. Cardiovascular risk factor distribution and subjective risk estimation in urban women--the BEFRI study: a randomized cross-sectional study. BMC Med. 2015 Mar 16;13:52.

2) Seeland U, Brecht A, Nauman AT, Oertelt-Prigione S, Ruetcke M, Knebel F, Stangl V, Regitz-Zagrosek V. Prevalence of arterial stiffness and the risk of myocardial diastolic dysfunction in women. Biosci Rep. 2016 Oct 27;36:1-9

Bitte beachten Sie: Im Sinne einer leichteren Lesbarkeit haben wir uns für die männliche Schreibweise entschieden. Die hier abgebildeten Inhalte richten sich jedoch gleichermaßen an weibliche und männliche Interessenten und sind in keiner Weise als Zurücksetzung von Frauen zu verstehen.

Pressekontakt

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

Sabrina Hartmann/ Stephanie Priester

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: +49 711 89 31 - 649, Fax - 167

Mail: hartmann@medizinkommunikation.org

Web: www.hochdruckliga.de



**Deutsche Hochdruckliga schreibt Wissenschaftspreise aus –
Abstracts bis Juli einreichen**

Berlin, 15. Mai 2017 – Die Deutsche Hochdruckliga e. V. DHL® – Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention startet 2017 wieder eine neue Ausschreibungsrunde ihrer Wissenschaftspreise für hervorragende wissenschaftliche Original- und Promotionsarbeiten zum Thema Bluthochdruck. Damit ehrt und fördert die Fachgesellschaft ihren wissenschaftlichen Nachwuchs. Bewerber können ihre Arbeiten bis 11. Juli beziehungsweise 15. August 2017 einreichen. Die Preisverleihung findet im Rahmen des 41. Wissenschaftlichen Jahreskongresses der Deutschen Hochdruckliga vom 10. bis 11. November 2017 in Mannheim im Rosengarten statt. Er wird in diesem Jahr gemeinsam mit der 11. Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft veranstaltet und steht unter dem Motto „Volkskrankheiten Diabetes und Bluthochdruck: vorbeugen, erkennen, behandeln“.

Auch in diesem Jahr vergibt die Deutsche Hochdruckliga wieder Förderpreise für wissenschaftliche Arbeiten und Dissertationen auf dem Gebiet der Hochdruckforschung. Durch die Verleihung von Wissenschaftspreisen, Forschungspreisen und Stiftungsprofessuren hat sich die DHL® als wichtigste Förderinstitution im Bereich der Hypertonieforschung in Deutschland etabliert. „Der Forschung zu neuen Therapiestrategien und Präventionsmaßnahmen misst die Hochdruckliga eine große Bedeutung im Kampf gegen die Volkskrankheit Bluthochdruck bei“, erklärt Professor Dr. med. Bernhard Krämer, DHL®-Vorstandsvorsitzender aus Mannheim. „Um die Prävention, Diagnose und Therapie bei der arteriellen Hypertonie weiter voranzutreiben, ist es uns daher ein Anliegen, den wissenschaftlichen Nachwuchs durch die Preise zu motivieren und hervorragende Leistungen anzuerkennen“, erläutert Professor Krämer. Die Forschungsförderung bleibe sehr wichtig, da trotz Fortschritten in den letzten Jahren Bluthochdruckerkrankungen weiterhin eine große Herausforderung darstellen.

Mit dem **Dieter-Klaus-Förderpreis** für die Hochdruckforschung zeichnet die Deutsche Hypertonie Stiftung DHS® Arbeiten auf dem Gebiet der experimentellen, der klinischen oder der epidemiologischen Hochdruckforschung aus. Bewerben können sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Europa mit bislang unveröffentlichten



beziehungsweise nicht vor dem 10. November 2016 veröffentlichten (Gemeinschafts-) Arbeiten bis zum vollendeten 40. Lebensjahr.

Der Forschungspreis **Dr. Adalbert Buding** richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aus dem deutschsprachigen Raum, die neue Erkenntnisse in der Bluthochdruckforschung gewonnen haben, die ebenfalls noch unveröffentlicht sind beziehungsweise nicht vor dem 10. November 2016 erschienen sind. Auch hier sollten die Forschenden nicht älter als 40 Jahre sein. Gemeinschaftsarbeiten sind zugelassen.

Der **Förderpreis der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® für Sport und nicht-medikamentöse Therapie bei Bluthochdruck** zeichnet herausragende Forschungsprojekte im Themenfeld Sport, nicht-medikamentöse Therapie und Hypertonie aus. In Frage kommen zudem Initiativen oder Projekte aus der Öffentlichkeitsarbeit, Selbsthilfegruppen oder innovative Therapiekonzepte. Voraussetzung für eine Bewerbung ist, dass noch keine Auszeichnung erfolgt ist.

Erstmals vergibt der Vorstand der Deutschen Hochdruckliga in diesem Jahr einen **Förderpreis für vorbildliche Projekte zur Verbesserung der Therapietreue** von Hypertonikern. Ausgezeichnet werden herausragende Projekte, die dieses Ziel verfolgen, ebenso Initiativen, Aktivitäten in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Selbsthilfegruppen und innovative Therapiekonzepte. Die eingereichte Arbeit darf ebenfalls nicht schon anderweitig ausgezeichnet sein.

Mit den „**Best of...**“ **Preisen** prämiert die DHL® die besten freien Vorträge sowie die besten Poster auf dem 41. Wissenschaftlichen Kongress. Teilnehmen kann, wer das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Abstracts können bis zum 11. Juli 2017 online eingereicht werden unter www.hypertonie2017.de bzw. www.herbsttagung-ddg.de/programm/abstracts.html. Die Einreicher der besten Poster und freien Vorträge werden bis Mitte August 2017 ermittelt und zu einer „Best of...“ Session auf den Kongress eingeladen. Die Einladung ist mit einem Reisestipendium verbunden. Die drei besten Poster beziehungsweise Vorträge erhalten nach der Session einen „Best of...“ Preis. Alle angenommenen Abstracts werden, soweit gewünscht, zitierfähig in der Zeitschrift „Medizinische Welt“ vom Schattauer Verlag, Stuttgart, veröffentlicht, sofern sie bis zum 11. Juli 2017 eingereicht werden. Daneben werden weitere Posterpreise vergeben, die nicht finanziell dotiert sind.



Darüber hinaus vergibt die DHL® bereits zum fünfzehnten Mal Reisestipendien im Rahmen des **Young Investigator Award** an Abstract-Einreicher im Vorfeld des Jahreskongresses. Abstracts können von Wissenschaftlern bis zum vollendeten 35. Lebensjahr bis zum 21. September 2017 ebenfalls online unter www.hypertonie2017.de bzw. www.herbsttagung-ddg.de/programm/abstracts.html eingereicht werden.

Zusätzlich zu den Preisen, für die Interessierte sich bewerben können, vergibt die Deutsche Hochdruckliga noch den **Franz-Gross-Wissenschaftspreis**. Dieser Ehrenpreis wird für besondere Verdienste auf dem Gebiet der Hochdruckforschung auf Beschluss des Vorstands verliehen. Eine Bewerbung dafür ist nicht möglich.

Die Auswahlverfahren für die ausgeschriebenen Preise sind kompetitiv und die Begutachtung erfolgt durch ein unabhängiges Expertengremium. Die Unterlagen müssen bis zum 11. Juli beziehungsweise 15. August 2017 in der Geschäftsstelle der DHL®, Berliner Straße 46, 69120 Heidelberg, vorliegen beziehungsweise online eingereicht werden. Genaue Informationen dazu finden Sie in der detaillierten Ausschreibung [hier](#).

Pressekontakt

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

Sabrina Hartmann/ Stephanie Priester

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: +49 711 89 31 - 649, Fax - 167

Mail: hartmann@medizinkommunikation.org

Web: www.hochdruckliga.de

„Ich bleib mir treu!“ Jahresthema der Deutschen Hochdruckliga. Warum Arzt und Patient den Therapieerfolg nur gemeinsam erzielen können.

Professor Dr. med. Bernhard Krämer, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL[®], Direktor der V. Medizinischen Klinik, Universitätsklinikum Mannheim, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg

Der Anteil der Bluthochdruck-Patienten, der in Deutschland blutdrucksenkend behandelt wird, ist zuletzt erfreulicherweise aufgrund unserer gemeinsamen Anstrengungen deutlich auf etwa 75 Prozent angestiegen. Der Prozentsatz der gut behandelten, das heißt kontrollierten Bluthochdruck-Patienten ist ebenfalls auf gut 50 Prozent angestiegen. Das bedeutet andererseits, dass immer noch etwa 25 Prozent gar nicht oder knapp die Hälfte nicht ausreichend gut behandelt werden.

Eine sehr wichtige Ursache hierfür stellt die Nonadhärenz (Nichteinhalten/-umsetzen von Therapieempfehlungen) dar. Beispielsweise konnte in einer Studie an 149 neu diagnostizierten Hochdruck-Patienten mittels elektronischer Tablettenboxen gezeigt werden, dass 42 Prozent nichtadhärent (definiert als die Einnahme von weniger als 80 Prozent der verschriebenen Antihypertensiva) waren. Zwei wichtige Untersuchungen aus Frankfurt und Göttingen konnten mittels Messung von Antihypertensivkonzentration im Urin zeigen, dass insbesondere auch bei schwer einstellbaren Hochdruck-Patienten, die Rate an Nonadhärenz sehr hoch, bei circa 50 Prozent liegt. Faktoren, die Nonadhärenz beim Hochdruck-Patienten begünstigen sind:

1. Beschwerdefreiheit („asymptomatisch“, tut nicht weh)
2. Folgeschäden wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Nierenkrankheit sind dem Patienten nicht bewusst oder werden negiert („so alt möchte ich gar nicht werden“)
3. chronische, nicht heilbare Erkrankung, die eine Dauertherapie benötigt

Aufseiten der Bluthochdruck-Behandlung wird die Nonadhärenz durch

1. häufige, das heißt mehrfach tägliche Medikamentengabe,
 2. Nebenwirkungen (substanz-spezifisch oder durch zu rasche Blutdrucksenkung („vor der Blutdruckbehandlung habe ich mich wacher/fitter gefühlt“)),
 3. ungenügende Information (über Krankheit/Nebenwirkungen) bzw. Interaktion (Nachfragen nach Nebenwirkungen) zwischen Patient und Arzt,
 4. Arzt-Patientenkontakt beeinträchtigt durch lange Wartezeiten bzw. fehlende Kontrolltermine
 5. hohe Kosten (bei fehlender Versicherung)
- begünstigt.

Hieraus ergeben sich unter anderem folgende Konsequenzen:

1. Patienten (und gegebenenfalls die Familie) über das Krankheitsbild, dessen Diagnostik und Behandlung informieren
2. Patienten (und gegebenenfalls die Familie) in Entscheidungsprozesse miteinbeziehen
3. Blutdruckselbstmessung empfehlen und für die Therapiesteuerung verwenden
4. nichtmedikamentöse Ansatzpunkte („Lebensstiländerungen“) zur Blutdrucksenkung erläutern
5. langwirksame blutdrucksenkende Medikamente, die tägliche Einmalgabe erlauben, verwenden
6. Kombinationspräparate verwenden (niedrige Tablettenlast)

7. langsame Blutdrucksenkung in den Zielbereich
8. nach Nebenwirkungen fragen, gegebenenfalls Alternativen vorschlagen
9. nach Adhärenz fragen
10. Tablettenboxen verwenden, elektronische Erinnerungshilfen (z.B. Apps) verwenden

Grundsätzlich benötigen insbesondere schwer einstellbare Hypertoniker eine intensive Begleitung in ihrem Krankheitsprozess. Hierfür wäre ein kassenfinanziertes, strukturiertes Behandlungsprogramm im Sinne eines Disease-Management-Programms für schwer einstellbare Hypertoniker erforderlich.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2017

Erhöhter Blutdruck im Alter – Was sollten die Patienten, was die pflegenden Angehörigen beachten?“

Professor Dr. med. Peter Trenkwalder, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL[®], Chefarzt der Medizinischen Klinik am Klinikum Starnberg

Eine erhöhter Blutdruck im Alter besitzt nach heutiger Auffassung **eindeutig Krankheitswert** – lange vorbei sind die Zeiten, wo im Alter ein „Erfordernishochdruck“ (das heißt systolischer Blutdruck = 100 mmHg plus Lebensalter) postuliert wurde. Ältere Hypertoniker entwickeln eindeutig häufiger Vorhofflimmern oder eine Herzinsuffizienz und erleiden öfter einen Schlaganfall oder eine Herzattacke.

Die **Altershypertonie ist häufig**, nach aktuellen Zahlen der vom Robert Koch-Institut durchgeführten GEDA/EHIS-Studie haben 65 Prozent der untersuchten Männer und Frauen über 65 einen Bluthochdruck. Interessanterweise war die Häufigkeit bei den älteren Frauen abhängig vom Bildungsniveau, mit einer größeren Prävalenz in der „unteren Bildungsgruppe“ (Neuhauser et al. 2016). Vorherrschende Hypertonieform im Alter ist die **isolierte systolische Hypertonie**, definiert als ein systolischer Blutdruck höher als 140 mmHg bei einem diastolischen Blutdruck niedriger als 90 mmHg. Damit besteht immer auch eine erhöhte Blutdruckamplitude (= Pulsdruck). Ursache dieser Hochdruckform ist eine erhöhte Gefäßsteifigkeit im Alter, was zu einem Verlust der Windkesselfunktion der Gefäße, einer höheren Pulswellengeschwindigkeit und einer früheren Reflexion der Pulswelle führt. Die neue Methode der Pulswellenanalyse erlaubt heute nicht-invasiv eine exakte Analyse dieser Phänomene. Dabei kann man auch eine extrapolierte zentrale Blutdruckkurve (= Blutdruck in der Aorta) darstellen. Typischerweise zeigt sich hier ein überhöhter spätsystolischer Blutdruck (Abbildung).

Gerade bei alten Menschen über 65 und sehr alten Menschen über 80 ist immer zwischen „**rüstigen Alten**“ und Pflegepatienten zu unterscheiden. Rüstige Alte sind in der Lage, ihr Leben selbst zu bestimmen und weitgehend eigenständig zu führen, zum Beispiel selbst zum Arzt zu gehen. Pflegepatienten werden zuhause von Angehörigen oder in Pflegeheimen versorgt und sind überwiegend fremdbestimmt sowie oft nur sehr eingeschränkt mobil. Alle **Behandlungsempfehlungen** (und die zugrunde liegenden Studien) beziehen sich immer auf „rüstige ältere Hypertoniker“. So empfiehlt die Deutsche Hochdruckliga für rüstige Hypertoniker bis 80 einen Zielblutdruck von niedriger als 140 mmHg systolisch, bei den Über-80-Jährigen wird ein Zielwert von weniger als 150 mmHg systolisch angegeben. Gerade diese Empfehlung ist nach den Ergebnissen der HYVET-Studie sehr gut belegt. Bei der Behandlung älterer Hypertoniker ist immer eine schwere orthostatische Fehlregulation (das heißt ein starker Blutdruckabfall beim Aufstehen) auszuschließen. Das Grundprinzip der Behandlung lautet „start low, go slow“ – so kann man überschießende Blutdruckabfälle und auch viele Nebenwirkungen vermeiden. Von den Medikamentengruppen führen Blocker des Renin-Angiotensin-Systems, Diuretika und Kalzium-Antagonisten.

Bei **Pflegepatienten** geht es nicht um das Erreichen von Zielwerten. Hier sollen durch die Behandlung vielmehr Komplikationen wie ein akutes Lungenödem oder eine hypertensive Krise verhindert werden. Unbedingt zu vermeiden sind hypotone Episoden, die Vigilanz und kognitive Funktion weiter verschlechtern können. Neue **Daten zu den pflegenden Angehörigen** zeigen, dass es sich hier in 32 Prozent um Ehepartner/Lebenspartner handelt

und in 37 Prozent um Kinder, die ihre Eltern/einen Elternteil versorgen. Auch **diese Angehörigen sind potentielle Hypertoniker**: konkret, ältere Ehe-/Lebenspartner haben ebenfalls in mehr als 60 Prozent eine arterielle Hypertonie; auch ein großer Teil der pflegenden Kinder sind wiederum Hypertoniker; beide Patientengruppen sollte man bei Haus-/Pflegeheimbesuchen zu einer baldigen Blutdruckmessung auffordern.

Ein besonderes Problem bei älteren Hypertonikern sind **Arzneimittel-Interaktionen**. Oft werden diese Patienten nicht nur vom Hausarzt, sondern auch von Augenärzten oder Orthopäden parallel behandelt. Zu beachten sind vor allem die Interaktion von Antihypertensiva mit **NSAR** (nicht-steroidalen Antirheumatika) oder **Cortison** (Steroiden). Beide Substanzklassen können die Wirksamkeit klassischer Antihypertensiva vermindern oder sogar komplett neutralisieren. Im Alltag wichtig ist auch immer die Interaktion von einigen Antihypertensiva (aber auch von Statinen und Clopidogrel) mit **Grapefruitsaft (Pampelmusensaft)**. Hierdurch wird unter anderem die Wirkung von Kalziumantagonisten, Statinen oder Clopidogrel deutlich verstärkt. Fazit: Hypertonie- und Herzpatienten sollten Grapefruit meiden!

Quellen

http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html

http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Versorgung.html

http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegequote_Alter_Geschlecht.html

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2017

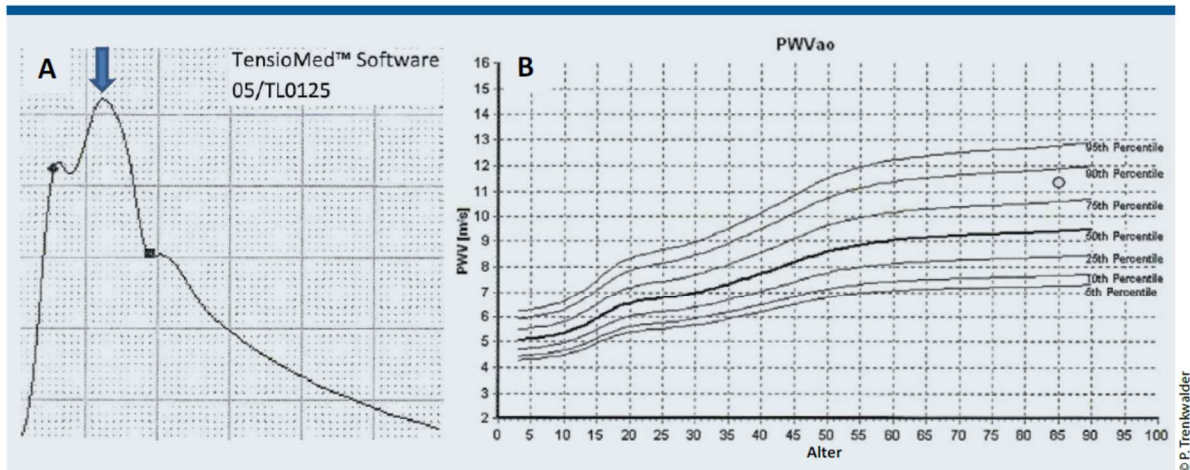


Abb.1: Errechnete zentrale (aortale) Druckkurve (A) und gemessene Pulswellengeschwindigkeit (PWVao; B) bei der Patientin: Typische spätsystolische Überhöhung der aortalen Druckkurve (blauer Pfeil, A), erhöhte Pulswellengeschwindigkeit mit 11,3 m/sec (Originalregistrierung mit TensioMed Software der Fa.Arteriomed).

Automatische Blutdruckmessung im Alltag – aber richtig!

Professor Dr. med. Bernd Sanner, Vorstandsmitglied der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL[®], Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik des Agaplesion Bethesda Krankenhauses Wuppertal gGmbH

Der Bluthochdruck, die arterielle Hypertonie, ist eine Erkrankung, die häufig mit Herz- und Kreislauf-Komplikationen einhergeht und zu einer deutlich erhöhten Sterblichkeit führt. Eine effektive Behandlung mit der Senkung des Blutdrucks um nur wenige Millimeter Hg vermag es, die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen dieser Erkrankung – wie einen Schlaganfall oder andere Gefäßerkrankungen – substantiell zu reduzieren.

Es ist daher wichtig, die tatsächliche Höhe des Blutdrucks und damit auch die individuelle Bedeutung dieser Erkrankung für den Betroffenen so genau wie möglich zu erfassen. Gerade bei der nur zu wenigen Zeitpunkten durchgeführten Messung in der Arztpraxis, der sogenannten Gelegenheits-Blutdruckmessung, gelingt dies nur unzureichend. Auch ist zu bedenken, dass Patienten im häuslichen Umfeld andere Blutdruckwerte haben können als in der Arztpraxis. Entweder sind diese in der Praxis höher als im häuslichen Umfeld, man spricht dann von einer Weißkittel-Hypertonie. Oder sie sind in der Praxis niedriger, dann liegt eine "maskierte" Hypertonie vor.

Die Blutdruck-Selbstmessung Betroffener im häuslichen Umfeld sollte daher unterstützt werden. Zum Einsatz kommen hier vor allem automatische Blutdruckmesssysteme. Solche Systeme werden auch zunehmend häufig in medizinischen Zentren (Altenheime, Reha-Kliniken, Krankenhäuser, aber auch Arztpraxen) verwendet. Fehlerhafte Messungen und die Reaktion auf falsche Blutdruckwerte können jedoch zu erheblichen Problemen führen und eine erfolgreiche Therapie verhindern. Aus diesem Grunde ist unbedingt auf korrekte Messbedingung zu achten:

- Die Messung sollte erst nach fünf Minuten ruhigen Sitzens im entspannten Zustand stattfinden.
- Die Umgebung sollte ruhig sein, Beine sollten nicht überkreuzt werden.
- Auf die richtige Größe der Blutdruckmanschette ist zu achten: ist sie zu klein, wird ein zu hoher Blutdruckwert ermittelt.
- Der Unterrand der Blutdruckmanschette eines Oberarm-Messgerätes sollte 2,5 cm über der Ellenbeuge enden.
- Es sollten nur validierte Blutdruckmessgeräte zum Einsatz kommen. Empfohlen werden vor allem Geräte, die das Prüfsiegel der Deutschen Hochdruckliga tragen.
- Sind die Blutdruckwerte an beiden Armen unterschiedlich, gilt der höhere Blutdruckwert.
- Bei Herzrhythmusstörungen ist zu prüfen, ob das eingesetzte Gerät verlässliche Werte liefert und daher verwendet werden kann.
- Bei der Messung mit einem Handgelenk-Blutdruckmessgerät ist unbedingt darauf zu achten, dass sich die Messmanschette in Herzhöhe befindet.
- Wiederholungsmessungen sollten frühestens nach einer halben Minute stattfinden.
- Empfohlen werden zwei Messungen hintereinander, wobei der zweite, in der Regel niedrigere Wert zählt.

- Während bei der Gelegenheits-Blutdruckmessung beim Arzt ein Blutdruckwert von kleiner als 140/90 mm Hg als normal gilt, liegt der Grenzwert bei der Blutdruck-Selbstmessung bei 135/85 mm Hg.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich durch den Einsatz der automatischen Blutdruckmessung vor allem im häuslichen Umfeld die Versorgungssituation verbessert und sich dadurch Folgeerkrankungen und Komplikationen verhindern lassen und die ansonsten erhöhte Sterblichkeit von Patienten mit einem unbehandelten Bluthochdruck positiv beeinflusst werden kann.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Mai 2017

Bluthochdruck bei Frauen – Geschlechterspezifische Aspekte als besondere Herausforderung?

Dr. med. Ute Seeland, Fachärztin für Innere Medizin und Gendermedizinerin am Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM), Charité-Universitätsmedizin Berlin

Bluthochdruck (Hypertonie) ist die Volkskrankheit Nummer 1. Fast jeder zweite Erwachsene in Deutschland leidet unter Bluthochdruck – viele davon, ohne es zu wissen. Ab einem Alter von 65 Jahren wird Bluthochdruck häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert.

Das physiologische Blutdruckverhalten ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern durch einen Anstieg des systolischen Blutdruckwertes mit zunehmendem Alter gekennzeichnet. Den Daten der Framingham Studie zufolge liegt der systolische peripher gemessene Blutdruck (RR) im Mittel zwischen 140 bis 150 mmHg bei den Über-75-Jährigen. Frauen haben durchschnittlich niedrigere diastolische Werte und dadurch einen höheren Pulsdruck im Vergleich zu Männern. (William B. Kannel et al. Am J Cardiol. 1971 Apr;27:335-46)

Bei Frauen steigt das Risiko für eine koronare Herzerkrankung (KHK) oder einen Schlaganfall um das Dreifache, wenn der systolische RR Wert ohne Therapie regelmäßig bei über 185 mmHg liegt. Das Ziel ist es, erhöhte Blutdruckwerte frühzeitig zu erkennen und zu therapieren. Das heißt, wenn noch keine Symptome aufgrund von Folgeerkrankungen vorhanden sind. Oft wird erst bei der Diagnose Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfall oder Diabetes ein schon lange bestehender Bluthochdruck diagnostiziert. Dann bleibt nur noch zu versuchen, die Einschränkung der Lebensqualität und weitere Komplikationen möglichst gering zu halten.

Aufgrund der längeren Lebenszeit von Frauen, ist diese Phase der Folgekrankheiten auf die Lebenszeit gesehen bei Frauen meistens länger als bei Männern. Das bedeutet aus gendermedizinischer Sicht, dass neben den berechtigten harten Endpunkten wie dem kardiovaskulären Tod oder der Gesamtmortalität auch die Lebensqualität als ein Endpunkt in den Studien seine Berechtigung hat und in Zukunft stärker als Outcome Variable mitberücksichtigt werden sollte.

Eine eigene Querschnittsstudie in der Allgemeinbevölkerung zeigte, dass 48 Prozent der 1066 befragten und untersuchten Berliner Frauen ihr eigenes kardiovaskuläres Risiko unterschätzen. Ein Grund dafür ist, dass das Alter der größte Prädiktor für eine Hypertonie ist. (Oertelt-Prigione S, Seeland U et al. BEFRI Studie, BMC Med. 2015 Mar 16;13:52) Daher empfehlen wir bei Frauen und Männern ab dem 40sten Lebensjahr aktiv nach kardiovaskulären Risikofaktoren zu suchen. Zwei Ansätze könnten hier helfen, die Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Primärprävention findet über Aufklärungskampagnen statt. Wir wissen inzwischen, wie wichtig es ist, diese geschlechtersensibel zu gestalten. Dieses gilt insbesondere auch für die gesundheitsfördernden Primärpräventionsangebote. Beispielhaft sind die Kampagnen zum Rauchverhalten der letzten 20 Jahre, die fast ausschließlich für die größte Zielgruppe – Männer – konzipiert wurden. Tatsächlich hat sich der Nikotinkonsum der Männer deutlich verringert. Der Nikotinkonsum jüngerer Frauen ist gestiegen.

Der zweite Ansatz ist, Risikogruppen frühzeitig mit einer nicht-invasiven Methode zu identifizieren. Eine Störung der Gefäßfunktion kann einer manifesten Hypertonie um Jahre

vorausgehen und mithilfe der Messung des Augmentationsindex und der Pulswellengeschwindigkeit diagnostiziert werden. Die Daten der BEFRI Studie zeigen, dass 45 Prozent der weiblichen Berliner Allgemeinbevölkerung eine Störung der arteriellen Gefäßfunktion und/ oder eine erhöhte Steifigkeit der Gefäßwände aufweisen. Diese Veränderungen in der subklinischen Phase der Hypertonieentstehung sind oft reversibel, so dass gesundheitsfördernde Maßnahmen hier sehr effektiv eingesetzt werden können. Auch wenn 77 Prozent der Frauen in einem postmenopausalen Alter sind, so sind doch 23 Prozent bereits in einem prä- beziehungsweise perimenopausalen Alter betroffen. Die Daten der Studie zeigen auch, dass 30 Prozent der untersuchten Frauen eine bisher nicht diagnostizierte diastolische Funktionsstörung des Herzens aufweisen. Begünstigende Faktoren dafür sind das Alter, ein Taillenumfang größer als 80 cm und eine Pulswellengeschwindigkeit höher als 9.7 m/s. Diese Daten deuten auf einen Zusammenhang zwischen der Gefäßfunktion und der diastolischen Ventrikelfunktion hin. (Seeland U et al. Biosci Rep. 2016 Oct 27;36:1-9) Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen den Ansatz, auch prämenopausale Frauen in die Aufklärungskampagnen und Präventionsmaßnahmen einzuschließen und das Argument des Östrogenschutzes der Frauen bis zur Postmenopause nicht als Ausschlussargument gelten zu lassen.

Auch wenn der positive Effekt des körpereigenen Estradiol auf die Gefäßfunktion im Sinne eines Schutzes vor kardiovaskulären Erkrankungen in Studien mehrfach gezeigt werden konnte und postuliert wird, dass endogenes Östrogen das Hypertonierisiko senkt (Dubey RK et al., Cardiovasc Res. 2002), so ist eine exogene Hormonbehandlung mit einem Anstieg des Blutdruckes assoziiert (Chasan-Taber L et al. Circulation. 1996 Aug 1;94:483-9). Nicht umsonst ist die „Pille“ weiterhin ein verschreibungspflichtiges Medikament. Nutzen und Risiko müssen immer wieder neu beurteilt werden und Frauen mit Übergewicht, Nikotinkonsum und thromboembolischen Ereignissen auf ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall hingewiesen werden. Frauen, die die Pille nehmen, haben im Durchschnitt um 2 bis 8 mmHg höhere RR Werte. Unter Einnahme der Pille ist das Hypertonierisiko zwei- bis dreifach erhöht, insbesondere in der Kombination mit Übergewicht und höherem Alter [Mancia G, J Hypertens. 2013 Jul;31:1281-357].

Im Jahr 2003 wurden erstmals Europäische Guidelines mit Empfehlungen für die Diagnose und Therapie von Bluthochdruck veröffentlicht. Die neueste „ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension“ aus dem Jahr 2013 berücksichtigt als eine der wenigen Guidelines die Situation von Frauen in einem eigenen Kapitel. Aufgrund der mangelnden Auswertung der Studiendaten nach Geschlecht, nur 24 Prozent aller kardiovaskulären Studien, geht eine Menge an Wissen verloren, und somit wird das Kapitel dominiert von dem Thema Schwangerschaft und hormonelle Verhütung bzw. Hormonersatztherapie [Mancia G, J Hypertens. 2013 Jul;31:1281-357].

Inwieweit die „neuen“ Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen bzw. die Entstehung einer Hypertonie eine Bedeutung haben, ist Gegenstand der aktuellen Forschung. Zu den neuen Risikofaktoren gehören zum Beispiel die rheumatischen Erkrankungen und die Schwangerschaftskomplikationen wie die Schwangerschaftshypertonie und die Pre-Eklampsie/ Eklampsie, für die ein erhöhtes Risiko nach zehn Jahren an einer Hypertonie zu erkranken, bereits durch mehrere Studien belegt ist (Mosca L, Circulation. 2011 Mar 22;123:1243-62).

Quellen:

Kannel WB, Gordon T, Schwartz MJ. Systolic versus diastolic blood pressure and risk of coronary heart disease. The Framingham study. *Am J Cardiol.* 1971 Apr;27:335-46.

Oertelt-Prigione S, Seeland U, Kendel F, Rütke M, Flöel A, Gaissmaier W, Heim C, Schnabel R, Stangl V, Regitz-Zagrosek V. Cardiovascular risk factor distribution and subjective risk estimation in urban women--the BEFRI study: a randomized cross-sectional study. *BMC Med.* 2015 Mar 16;13:52.

Seeland U, Brecht A, Nauman AT, Oertelt-Prigione S, Ruecke M, Knebel F, Stangl V, Regitz-Zagrosek V. Prevalence of arterial stiffness and the risk of myocardial diastolic dysfunction in women. *Biosci Rep.* 2016 Oct 27;36:1-9

Dubey RK, Oparil S, Imthurn B, Jackson EK. Sex hormones and hypertension. *Cardiovasc Res.* 2002 Feb 15;53:688-708. Review.

Chasan-Taber L, Willett WC, Manson JE, Spiegelman D, Hunter DJ, Curhan G, Colditz GA, Stampfer MJ. Prospective study of oral contraceptives and hypertension among women in the United States. *Circulation.* 1996 Aug 1;94:483-9

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee DE, Jaarsma T, Kirchhof P, Kjeldsen SE, Laurent S, Manolis AJ, Nilsson PM, Ruilope LM, Schmieder RE, Sirnes PA, Sleight P, Viigimaa M, Waeber B, Zannad F; Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2013 Jul;31:1281-357.

Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, Newby LK, Piña IL, Roger VL, Shaw LJ, Zhao D, Beckie TM, Bushnell C, D'Armiento J, Kris-Etherton PM, Fang J, Ganiats TG, Gomes AS, Gracia CR, Haan CK, Jackson EA, Judelson DR, Kelepouris E, Lavie CJ, Moore A, Nussmeier NA, Ofili E, Oparil S, Ouyang P, Pinn VW, Sherif K, Smith SC Jr, Sopko G, Chandra-Strobos N, Urbina EM, Vaccarino V, Wenger NK. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the American Heart Association. *Circulation.* 2011 Mar 22;123:1243-62.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Mai 2017



Über die Deutsche Hochdruckliga

Die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® | Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention ist ein gemeinnütziger Verein zur Bekämpfung der arteriellen Hypertonie. Die Gesellschaft wurde 1974 gegründet, um die schlechte Versorgungslage von Patienten mit Bluthochdruck zu verbessern. Vor 17 Jahren noch waren nur 42 % der behandelten Hypertoniker gut eingestellt. **Heute sind knapp über 70 % der behandelten Hypertoniker gut eingestellt.** Das ist auch ein Verdienst der Deutschen Hochdruckliga.

Die große Stärke des Vereins ist seine breite **Mitgliederbasis**. Betroffene, Ärzte und Wissenschaftler engagieren sich gemeinsam im Kampf gegen eine Krankheit, die bei vielen Betroffenen immer noch viel zu spät erkannt wird. Über **6.000 Mitglieder** gibt es inzwischen, rund 3.200 Ärzte und 2.800 Laien. Das Selbstverständnis der Deutschen Hochdruckliga drückt sich bereits in ihrem Namen aus. Der Name „Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®“ zeichnet den gemeinnützigen Verein als **zweckgerichtetes Bündnis verschiedener beteiligter Gruppen** aus. Die im gleichen Maße verwendete Bezeichnung „Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention“ weist den Verein als medizinische Fachgesellschaft aus. In der Deutschen Hochdruckliga arbeiten u.a. Allgemeinmediziner, Kardiologen, Nephrologen, Neurologen und Sportmediziner zusammen, was der **integralen Versorgung** der Patienten zu Gute kommt.

Arterielle Hypertonie ist kein nationales Problem, sondern weltweit der **wichtigste Risikofaktor** für die großen Killer Herzinfarkt und Schlaganfall. Im Kampf gegen Bluthochdruck sind internationale Ansätze wie abgestimmte Forschungsprojekte, gemeinsame Therapieempfehlungen und auch die Unterstützung politischer Maßnahmen besonders wichtig. Deshalb arbeitet die Hochdruckliga mit vielen Fachgesellschaften/Organisationen national wie international eng zusammen.

Die Bedeutung der Blutdruckselbstmessung wurde schon früh erkannt. Die regelmäßige Messung des Blutdrucks durch die Betroffenen selbst ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Die selbst gemessenen Werte der Patienten zeigen dem Arzt, wie sich der Blutdruck über einen längeren Zeitraum verhält. Voraussetzung dafür sind zuverlässige Messwerte. Viele im Handel erhältliche Blutdruckmessgeräte liefern aber nur ungenaue Werte. Experten der Deutschen Hochdruckliga überprüfen daher regelmäßig Blutdruckmessgeräte. Wenn die Geräte die strengen Kriterien erfüllen, erhalten Sie das **Prüfsiegel der Deutschen Hochdruckliga** für Messgenauigkeit.

Mit einem eigenen Zertifizierungssystem möchte die Deutsche Hochdruckliga auch die medizinische Betreuung von Patienten mit Bluthochdruck verbessern und ihnen eine an hohen Qualitätsmaßstäben orientierte Behandlung ermöglichen. Fast 3.900 Ärzte wurden seit 2005 durch die Deutsche Hypertonie Akademie zu **Hypertensiologen DHL®** fortgebildet. Für die Ärzte besteht eine jährliche Fortbildungsverpflichtung. Darüber hinaus qualifiziert die Deutsche Hypertonie Akademie medizinisches und pharmazeutisches Fachpersonal zu **Assistenten für Hypertonie und Prävention DHL®**. Seit 2012 wurden zudem 144 Hypertoniezentren zertifiziert. Diese sind insbesondere für eine umfassende Diagnostik der Hypertoniker zuständig. Seitdem haben sich bereits 80 Krankenhäuser und 64 Facharztzentren als **Hypertoniezentrum DHL®** zertifiziert lassen. Die Hypertoniezentren müssen sich alle drei Jahre rezertifizieren lassen.

Zahlreiche Mitglieder der Deutschen Hochdruckliga sind Betroffene, die in den **Selbsthilfegruppen** der Deutschen Hochdruckliga organisiert sind. Vor 36 Jahren im Jahr 1989 wurde die erste Selbsthilfegruppe gegründet, knapp 50 Selbsthilfegruppen existieren derzeit. Die Gemeinschaft einer Gruppe hilft, mit der Krankheit besser zu Recht zu kommen. Die Selbsthilfegruppen sind so unterschiedlich wie ihre Teilnehmer. Die



Selbsthilfegruppen werden durch erfahrene ärztliche Mitglieder der Deutschen Hochdruckliga beraten.

Die Deutsche Hochdruckliga gibt seit 1985 für Laien eine eigene Zeitschrift für Prävention und Behandlung des Bluthochdrucks und seiner Folgen heraus: Das Gesundheitsmagazin **DRUCKPUNKT**. Der DRUCKPUNKT erscheint drei- bis viermal im Jahr mit einer Auflage von jeweils 22.000 Exemplaren. Das **Herz-Kreislauf-Telefon** wurde 1992 ins Leben gerufen. Über 77.000 Betroffene haben bisher um Rat gesucht.

Als gemeinsame Initiative der Welt Hypertonie Liga und Deutschen Hochdruckliga findet jedes Jahr am 17. Mai der **Welt Hypertonie Tag** statt (www.hypertonietag.de). Der weltweite Aktionstag soll auf den Bluthochdruck und seine Folgen aufmerksam machen. Wichtigstes Ziel ist dabei, dass möglichst viele Betroffene von ihrer Krankheit erfahren und möglichst viele gute Werte erreichen. In einer Vielzahl von Aktionen, **Arzt-Patienten-Foren** und **Gesundheitstagen** informieren Experten aus Klinik und Praxis, aber auch Apotheken und Selbsthilfegruppen deutschlandweit über Bluthochdruck und seine Folgen ein.

Forscher und Ärzte machen sich stark für die klinische und experimentelle Erforschung der Hypertonie und für die Verbesserung von Diagnostik und Therapie im Rahmen evidenzbasierter Forschungsergebnisse. Die Deutsche Hochdruckliga veranstaltet jährlich einen wissenschaftlichen Fachkongress. Der nächste, der **41. wissenschaftliche Kongress der Deutschen Hochdruckliga** findet vom 10. bis zum 11. November 2017 gemeinsam mit der 11. Diabetes Herbsttagung der DDG in Mannheim statt. Er steht unter dem Leitthema „**Volkskrankheiten Diabetes und Bluthochdruck: vorbeugen, erkennen, behandeln**“. Bis Ende 2015 finanzierte die Deutsche Hochdruckliga noch eine **Stiftungsprofessur**. Die deutsche Hochdruckliga fördert aktiv junge Wissenschaftler durch Forschungspreise und Stipendien. Das **Forum junge Hypertensiologen** wurde als Plattform vor allem für aktive Nachwuchswissenschaftler gegründet. Für Ärzte in der Weiterbildung bietet die Deutsche Hochdruckliga unter anderem eine Summer School an. An vier Nachwuchsforscher wurden 2013 und 2014 zudem **Forschungsstipendien** vergeben.

2

Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL®
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention
Berliner Straße 46, 69120 Heidelberg
Telefon: +49 6221 58855-0, Fax -25
Mail: info@hochdruckliga.de
Web: www.hochdruckliga.de

Vorstand (nach § 26 BGB)

Prof. Dr. med. Bernhard Krämer (Vorsitzender), Prof. Dr. med. Peter Trenkwalder (stv. 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

Geschäftsführer (besonderer Vertreter nach § 30 BGB)

Diplom-Volkswirt Mark Grabfelder

Vereinssitz: Heidelberg
Vereinsregister Mannheim, VR 330849
Steuer-Nummer: 32081/ 00422

Stand 4. Mai 2017

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernhard Krämer
Vorstandsvorsitzender der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL[®]
Direktor der V. Medizinischen Klinik, Universitätsklinikum Mannheim,
Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg



Ausbildung und beruflicher Werdegang:

- | | |
|-------------|--|
| 11/77–10/83 | Medizinstudium an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg |
| 10/1983 | Approbation als Arzt |
| 3/1984 | Promotion an der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg |
| 4/84–2/89 | Wissenschaftlicher Angestellter der Abteilung III der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen |
| 3/89–2/90 | Forschungsaufenthalt am Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA |
| 3/90–1/92 | Wissenschaftlicher Angestellter der Abteilung III der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen |
| 11/1990 | Anerkennung als Internist durch die Ärztekammer Südwürttemberg |
| 11/1991 | Anerkennung als Internist/Nephrologe durch die Ärztekammer Südwürttemberg |
| 1/1992 | Habilitation für das Fach Innere Medizin an der Fakultät Klinische Medizin der Eberhard-Karls-Universität Tübingen |
| 1/1992 | Erteilung der Lehrbefugnis für das Fachgebiet Innere Medizin durch den Senat der Eberhard-Karls-Universität Tübingen |
| 2/92–3/08 | Aufbau und Leitung der Nephrologie, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II des neugegründeten Universitätsklinikums Regensburg |
| 28.9.1994 | Anerkennung der Fakultativen Weiterbildung Spezielle Internistische Intensivmedizin durch die Bayerische Landesärztekammer |
| Seit 3/1995 | Aufbau und Leitung des neugegründeten Transplantationszentrums Regensburg |
| 9/1998 | Ruf auf Universitätsprofessur (C3) für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg |
| 12/1998 | Ernennung zum Universitätsprofessor auf Lebenszeit |

*Pressekonferenz der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL)[®]
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention anlässlich des Welt Hypertonie Tages
Montag, 15. Mai 2017, 12.30 bis 13.30 Uhr, Dependance der DGIM, Berlin*

9/02–9/09	Mitglied des erweiterten Vorstandes der deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie (DAGKN)
10/03–10/09	Wahl zum Generalsekretär der Deutschen Transplantationsgesellschaft
Seit 2/2004	Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Nierenstiftung
10/2005	Hypertensiologe-DHL
10/04–10/05	Fernstudium „BWL im Krankenhaus“ am Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement der Universität Erlangen-Nürnberg
1/06–3/08	Mitglied im Vorstand des Sonderforschungsbereiches 699
Seit 5/2006	Mitglied im Eurotransplant Kidney Advisory Committee (ETKAC)
9/2007	Tagungspräsident des Kongress für Nephrologie 2007 in München
3/08–3/10	Direktor der Medizinischen Klinik I, Marienhospital Herne, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum und Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin / Nephrologie an der Ruhr-Universität Bochum
9/2008	Regionalbeauftragter der Deutschen Hochdruckliga DHL
Seit 4/2010	Direktor der V. Medizinischen Klinik (Nephrologie, Hypertensiologie, Endokrinologie, Diabetologie, Rheumatologie), Universitätsmedizin Mannheim und Lehrstuhl für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg
Seit 12/2013	Vorstandsmitglied der Deutschen Hochdruckliga DHL
Seit 12/2016	Vorstandsvorsitzender der DHL

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Peter Trenkwalder
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Deutschen
Hochdruckliga e.V. DHL[®], Chefarzt der Medizinischen Klinik am
Klinikum Starnberg



*1955

Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 1974–1980 | Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München |
| 1981 | Promotion über „Mitralklappen- und Mehrfachklappenersatz“ |
| 1989 | Facharztprüfung „Innere Medizin“ – Oberarzt der Medizinischen Klinik des Kreiskrankenhauses Starnberg |
| 1994 | Visiting Professor am Cornell Medical University College, New York |
| 1995 | Habilitation für Innere Medizin (Kardiologie)
Lehrbefugnis für Innere Medizin – Titel "Priv.-Doz." |
| Seit 1995 | Umfangreiche lokale, nationale und internationale Vortragstätigkeit über Themen aus den Gebieten Hypertonie und Kardiologie, u.a. mehrere Vortragsreisen nach Asien, Südamerika, Südafrika und in den Nahen Osten |
| 12/1996 | Teilgebietsbezeichnung „Kardiologie“ |
| 3/1997 | Leitender Oberarzt – Medizinische Klinik – Kreiskrankenhaus Starnberg |
| 1998 | Durchführung regelmäßiger Schulungsprogramme für Hochdruckpatienten |
| 1998 | Gründung der Selbsthilfegruppe Starnberg der Deutschen Hochdruckliga |
| 7/2001 | Chefarzt der Medizinischen Klinik am Klinikum Starnberg |
| 11/2001 | Außerplanmäßige Professur an der Ludwig-Maximilians-Universität München |
| 2002 | Hypertension Specialist der Europäischen Hypertoniegesellschaft (ESH) |
| 2003 | Eröffnung einer Internistischen Schlaganfall-Einheit am Klinikum Starnberg |
| 2003–2009 | Ärztlicher Direktor des Klinikums Starnberg |

2/2005	Titel Hypertensiologe DHL (Deutsche Hochdruckliga)
2006–2011	Modellprojekt „Nachsorge bei Herzinsuffizienz“ mit Telefonsprechstunden einer Herzinsuffizienzschwester
2009	Fachgutachter der Bayerischen Landesärztekammer für Innere Medizin
12/2011	Eröffnung eines modernen Herzkatheterlabors am Klinikum Starnberg
2012–2017	Mitglied der FOCUS Ärzteliste – Deutschlands Top-Mediziner
12/2013	Mitglied des Vorstands der Deutschen Hochdruckliga (bis 2016)
2014	Prüfungsvorsitzender der Bayerischen Landesärztekammer
12/2016	Stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Hochdruckliga (bis 2019)

Publikationen:

- Insgesamt über 340 Originalarbeiten, Übersichtsartikel, Kasuistiken, Buchbeiträge
- Zwei eigene Bücher über Calcium-Antagonisten und Thoraxschmerzen
- Seit 2003 Starnberger Herbstkongress als jährliche Fortbildungsveranstaltung im November/Dezember mit jeweils circa 200 ärztlichen Besuchern

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernd Sanner
Vorstandsmitglied der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL[®],
Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik
des Agaplesion Bethesda Krankenhauses Wuppertal gGmbH



Professor Dr. Bernd Sanner studierte Medizin an den Universitäten in Frankfurt am Main und in Chicago, USA. Seine Facharztausbildung für Innere Medizin erfuhr er an der Ruhr-Universität in Bochum. Er führt die Schwerpunktbezeichnungen Kardiologie und Pneumologie und besitzt die Zusatz-Weiterbildungen Internistische Intensivmedizin und Schlafmedizin. Er ist Hypertensiologe der Deutschen Hochdruckliga/ Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention sowie Hypertension Specialist der European Society of Hypertension. Von 1996 bis 2002 war er Leiter der Abteilung für Pneumologie und des Schlafmedizinischen Zentrums der Ruhr-Universität Bochum am Marienhospital Herne, in den Jahren 2000 und 2001 zusätzlich kommissarischer Direktor der Medizinisch Geriatrischen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2002 ist er Chefarzt und ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik am Agaplesion Bethesda Krankenhaus Wuppertal.

Curriculum Vitae

Dr. med. Ute Seeland
Fachärztin für Innere Medizin und Gendermedizinerin am Institut
für Geschlechterforschung in der Medizin (GIM),
Charité-Universitätsmedizin Berlin



Ärztliche und wissenschaftliche Tätigkeiten:

- 12/1995–5/1997 Ärztin im Praktikum: Franz-Volhard-Klinik, Charité Campus Berlin-Buch
am Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin.
Direktoren: Prof. Dr. R. Dietz – Innere Medizin/Kardiologie und
Prof. Dr. F. Luft – Nephrologie/Rheumatologie
- 1.6.1997 Approbation als Ärztin
- 6/1997–11/1997 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Franz-Volhard-Klinik in Berlin-
Buch. Arbeitsgruppe Prof. R. Dietz / PD Dr. KJ. Osterziel: Thema: „Die
GH-IGF Achse bei ischämischer und dilatativer Kardiomyopathie“
- 3/1999–9/2000 Lise-Meitner-Stipendiatin des Landes Nordrhein-Westfalen:
Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität zu Köln
(Direktor: Prof. Dr. E. Erdmann) in der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. M.
Böhm (Innere Medizin/ Kardiologie). Thema: „Matrix
Metalloproteinasen: Expression und Regulation im Myokard beim
Übergang von der Hypertrophie zur Herzinsuffizienz“
- Seit 1.10.2000 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität des Saarlandes in
Homburg/ Saar, Innere Medizin III (Direktor: Prof. Dr. M. Böhm),
Arbeitsgruppe Prof. Böhm/ Seeland „Myokardfunktion“ – Fortführung
der Forschungsarbeiten aus Köln
- 3/2002–8/2007 Assistenzärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am
Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg/Saar
(Direktor: Prof. Dr. M. Böhm) Betreuung von vier DoktorandInnen.
- 10.5.2007 Facharztanerkennung für Innere Medizin (Ärztekammer des
Saarlandes)
- 7/2009–6/2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Herzzentrum Berlin
(DHZB), delegiert an das Institut für Geschlechterforschung in der
Medizin (GIM), Charité-Universitätsmedizin Berlin, (Direktorin: Frau
Prof. V. Regitz-Zagrosek)
- 26.9.2011 Anerkennung als Gendermedizinerin DGesGM[®] durch die Deutsche
Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin

Seit 07/2010 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschlechterforschung
in der Medizin (GIM), Charité-Universitätsmedizin Berlin (Direktorin:
Frau Prof. V. Regitz-Zagrosek)

Aktueller wissenschaftlicher Fokus:

- Klinische Forschung unter besonderer Berücksichtigung des biologischen und soziokulturellen Geschlechts: Erkrankungen der Arteriolen und der nicht-obstruktiven koronaren Herzerkrankung (NobCAD); Bedeutung von vaskulären Funktionsstörungen bei der subklinischen Hypertonieentwicklung; Schwangerschaft und kardiovaskuläre Erkrankungen
- Grundlagenforschung unter besonderer Berücksichtigung des biologischen Geschlechts: Charakterisierung endothelialer Micropartikel und von miRNA bei vaskulären Erkrankungen als potenzielle Biomarker für arterielle Gefäßerkrankungen. Identifizierung von spezifischen Genloci bei NobCAD
- Lehre: „Blended learning“ in der Gendermedizin. Ziel ist die Erweiterung des Lehrangebots und Implementierung der als Autorin geschriebenen eLearning-Kurse „eGendermedizin/eGender Medicine“ auf nationaler und europäischer Ebene
- Modellstudiengang Humanmedizin an der Charité-Universitätsmedizin Berlin: Aktive Beteiligung bei der Weiterentwicklung des Modellstudiengangs unter besonderer Berücksichtigung gendermedizinischer Lehrinhalte. Erfahrung in der Lehrtätigkeit als Dozentin von zwei Vorlesungen in Modul 19 und Modul 35 sowie als Dozentin des innovativen Lehrkonzeptes Kommunikation, Interaktion und Teamarbeit (KIT)

Mitgliedschaften und Aktivitäten in wissenschaftlichen Gesellschaften

- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)
- European Society of Cardiology (ESC)
- Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin e.V. (DGesGM)
- Deutsche Gesellschaft für Arterielle Gefäßsteifigkeit (DeGAG)
- Deutscher Ärztinnenbund e.V.



Bestellformular Fotos:

**Pressekonferenz der Deutschen Hochdruckliga e.V. (DHL)®
Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention
anlässlich des Welt Hypertonie Tages (17. Mai 2017)
„Ich bleib mir treu!“**

Termin: Montag, 15. Mai 2017, 12.30 bis 13:30 Uhr

Ort: Dependance der DGIM, Oranienburger Straße 22, 10117 Berlin

Bitte schicken Sie mir folgende(s) Foto(s) per E-Mail:

- Professor Dr. med. Bernhard Krämer
- Professor Dr. med. Peter Trenkwalder
- Professor Dr. med. Bernd Sanner
- Dr. med. Ute Seeland

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen oder per Mail an hartmann@medizinkommunikation.org senden.

Pressekontakt

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

Sabrina Hartmann/ Stephanie Priester

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Telefon: +49 711 89 31 - 649, Fax -167

Mail: hartmann@medizinkommunikation.org

Web: www.hochdruckliga.de