

KRISEN FALL BLUTHOCHDRUCK- THERAPIE

16 Millionen Deutsche leiden unter Hypertonie, nur ein kleiner Teil wird ausreichend versorgt. Jetzt steht ein Kampf um die Behandlung der Patienten bevor. Denn ein neues Gutachten zeigt: **Gute Medizin** muss nicht teuer sein

Von **MARTINA KELLER** und **ANDREA KÜPPERS** (Fotos) und **KAROLIN LEYENDECKER** (Interviews)



CHRISTINE JUNG, 42, Inhaberin eines Reisebüros

Therapie: Beta-Blocker – bei Werten von über 140 zu 100

Seit zwei Jahren schlafe ich superschlecht: Ich liege um 3 Uhr wach, die Pumpe geht, ich höre mein Herz bis zum Hals puckern, alles rauscht, macht und tut. Ich bin kürzlich schon aufgestanden, um zu messen. Um 2.50 Uhr war der Wert 137 zu 91. Als ich im Oktober 2006 beim Standard-Jahres-Check war, witzelte mein Arzt noch: „Endlich mal 'ne Patientin, die rank, schlank und gesund aussieht. Jetzt messen wir nur noch den Blutdruck ...“ Alles andere war perfekt: Blutbild, Cholesterin, Zucker, EKG, Lungentest, Galle, Niere, Schilddrüse ... Der Blutdruck aber lag bei 187 zu 140. Ich musste sofort eine 24-Stunden-Messung machen und wurde fast wahnsinnig: alle Viertelstunde sah ich die Werte: 200 zu 144 und so weiter. Ich dachte: Gleich falle ich tot um. Der Arzt sagte, mein gesunder Körper könne das zwar ab, aber nicht auf Dauer. Ich bekam einen Beta-Blocker, aber mir wurde schlecht und schwindelig. Im Januar bekam ich ein anderes Präparat, das mir besser bekommt. Aber die Werte liegen nach wie vor bei 140 plus und unten immer 100, das trage ich täglich in meinen Pass ein. Ich nehme das Mittel jetzt mal 'ne Weile und warte ab. Mein Gott, was willst du sonst machen? Schon vor zwei Jahren habe ich einige Wochen einen Beta-Blocker bekommen, da war ich wegen der Schlaflosigkeit zum Arzt gegangen, ich hatte beruflich viel Stress, die Kinder, Ehe, Haus und Haushalt, mich konnte man an die Wand pappen, so müde war ich. Aber als ich das in den Griff bekam, habe ich die Tabletten eigenmächtig abgesetzt. Und wenn ich so genau darüber nachdenke, das Thema Blutdruck begleitet mich eigentlich schon länger. Zwar hat nie ein Arzt direkt gesagt, es muss was getan werden. Aber schon seit ich 17 bin – ich trieb Leistungssport – hieß es immer: „Kontrollieren Sie mal hin und wieder Ihren Blutdruck in der Apotheke.“ Toller Rat, das habe ich in dem Alter natürlich nie gemacht. Mein Arzt führt heute den hohen Blutdruck auf meine stressige Lebensform zurück. Das macht für mich auch Sinn. Ich bin der gesundeste Mensch, den es gibt, ich habe nur diesen Bluthochdruck ...

DR. FERDINAND GERLACH, Professor für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt am Main, hat die Krankengeschichten der auf den folgenden Seiten vorgestellten Patienten für den *stern* eingeordnet*



EXPERTEN-KOMMENTAR: Mit und ohne Stress: Die Patientin ist nicht optimal eingestellt. Der Blutdruck ist trotz Tabletteneinnahme noch deutlich erhöht, und die geschilderten Symptome könnten gut dazu passen. Die Therapie sollte intensiviert werden.

* Basis der Einschätzung sind die Informationen, die die Patienten dem *stern* gegeben haben. Es ist möglich, dass weitergehende Angaben die Experten-Einschätzung verändern würden.

Ursula Weitzel hat am eigenen Leib erfahren, wie auf dem Pharmamarkt um Umsätze gekämpft wird. Acht Jahre lang hatte sie ihr Medikament gegen Bluthochdruck schon genommen und war bestens damit zurechtgekommen. Dann schickte der Hausarzt sie wegen einer Herzschwäche zum Kardiologen – und bekam seine Patientin mit neuer Medikation zurück. Unter anderem sollte die 57-Jährige statt des bewährten Blutdrucksenkers ein sogenanntes Sartan nehmen – ein moderneres, doppelt so teures Präparat, dessen Wirkung schlechter belegt ist. „Eine missliche Situation für mich als Hausarzt“, sagt Norbert Donner-Banzhoff, der Ursula Weitzel behandelt, „erst schicke ich die Patientin zum Facharzt, und dann muss ich dessen Entscheidung wieder umstoßen.“ Donner-Banzhoff praktiziert als Allgemeinmediziner und lehrt das Fach als Professor an der Universität Marburg. Er vermutet, dass die Therapieveränderung auf geschicktes Marketing zurückging: „Da hat sich der Kollege wohl zu sehr von einem Pharmavertreter beeindrucken lassen.“

DIE UNSTIMMIGKEITEN zwischen Kardiologe und Hausarzt sind nur ein Vorgeschmack. In Deutschland steht eine Schlacht um die Behandlung des Bluthochdrucks bevor – ein Kampf um Hunderte Millionen Euro, ausgetragen in einem traditionellen Krisengebiet hiesiger Medizin. Rund 16 Millionen Männer und Frauen leben in Deutschland mit zu hohem Blutdruck, der auf die Dauer Herz, Nieren →

ELKE BECKER, 68, Rentnerin

Therapie: Zunächst ein ACE-Hemmer und ein Blutgerinnungshemmer, nach dem zweiten Schlaganfall kamen ein Entwässerungsmittel und ein Cholesterinsenker hinzu. Außerdem nahm Elke Becker zehn Kilo ab. Heute liegen ihre Blutdruckwerte noch immer häufig bei 170 zu 97

Es war eine furchtbare Zeit: Mein Mann gestorben, meine Tochter Barbara mit Bluthochdruck schwanger in der Klinik! Ich war fix und fertig, als sie im Krankenbett meinte, jetzt wolle sie doch auch mal meinen Blutdruck messen - und ich hatte 170 zu 115. Trotzdem: Ich tat das ab. Schließlich war mein Blutdruck früher ja immer viel zu niedrig gewesen, schon als Jugendliche hatte ich unter Schwindel und rasenden Kopfschmerzen gelitten. Erst zwei Jahre nach der Messung mit Barbara fühlte ich mich so schlecht, dass ich mit meinem Gynäkologen sprach, und der sagte: „Ja, der Druck ist hoch, 175 zu 115. Sie brauchen Tabletten.“ Ich bekam einen ACE-Hemmer und etwas zur Hemmung der Blutgerinnung, aber ich habe die Medikamente nicht regelmäßig genommen - bis ich ein Jahr später den ersten Schlaganfall hatte. Danach wurde die Dosis erhöht, und auf Anraten der Ärzte habe ich zehn Kilo abgenommen. Die Werte gingen runter. Weil der Arzt gesagt hatte, Abnehmen reduziere die Tablettenmenge, und weil ich auch kein Hypochonder sein wollte, habe ich bei Werten von 140 zu 80 nichts mehr genommen. Im Herbst 2006 hatte ich dann den zweiten Schlaganfall. Seit einigen Monaten nehme ich jetzt vier Medikamente - und das auch wirklich regelmäßig.

EXPERTEN-KOMMENTAR: Der hohe Blutdruck bestand offensichtlich bereits mehrere Jahre, bevor mit einer konsequenten Behandlung begonnen wurde. Aber es kommt häufig vor, dass Patienten ihr Risiko lange verdrängen. Nach einem Schlaganfall profitieren sie jedoch besonders deutlich von einer medikamentösen Behandlung: Schon relativ geringe Reduktionen des Bluthochdrucks (unter 10 mmHG) senken das Risiko für einen weiteren Schlaganfall deutlich. Wenn ein gerinnungshemmendes Medikament genommen wird, erhöht das bei Hochdruck die Blutungsgefahr im Gehirn und anderen Organen - ein weiterer Grund, konsequent zu therapieren. Abnehmen senkt den Blutdruck, Nichtraucher und Bewegung reduzieren zusätzlich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sind daher sinnvoll.

BARBARA BECKER, 42, Radioredakteurin (Tochter von Elke Becker)

Therapie: In den Schwangerschaften verschiedene Mittel, u. a. Beta-Blocker und den Wirkstoff Alphamethyldopa. Heute: ein Beta-Blocker mit Diuretikum bei Werten zwischen 130 zu 100 und 140 zu 80

Ich war gerade in der 20. Schwangerschaftswoche, als mein Vater an einem Herzinfarkt starb, seinem vierten. Mir wurde schwindelig, ich war nicht mehr belastbar und hatte so schlimme Wassereinlagerungen, dass ich aussah wie ein Michelin-Männchen. Die Ärzte vermuteten eine schwangerschaftsbedingte Hypertonie. Ich kam im März 1997 mit 180 zu 140 ins Krankenhaus und nahm jeden Tag eine Handvoll Medikamente. Am 10. April 1997 wurde unsere Tochter in der 30. Woche mit 960 Gramm auf die Welt geholt, und von da an bekam ich nur noch Beta-Blocker, während der zweiten Schwangerschaft geringer dosiert. Ich messe seit langem nur zweimal im Monat, sonst mache ich mich verrückt. Ich nehme meine Tablette gleich morgens beim Zähneputzen und würde nie auf die Idee kommen, sie zu halbieren oder wegzulassen. Ich weiß, dass ich sie brauche.

EXPERTEN-KOMMENTAR: Vor allem in der Schwangerschaft muss Bluthochdruck konsequent behandelt werden. Mit Alphamethyldopa liegen die meisten Erfahrungen vor. Beta-Blocker sind für werdende Mütter keine optimale Wahl.



und Gefäße schädigen kann (siehe Grafik auf Seite 146). Die sogenannte Hypertonie ist einer der Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rund zwei Drittel der Schlaganfälle und die Hälfte der Herzinfarkte gehen auf ihr Konto. Und trotzdem ist die medizinische Versorgung der Gefährdeten miserabel: Nur gut die Hälfte der Hypertoniker weiß überhaupt von ihrem Risiko. Von diesen wiederum bekommt nur die Hälfte Medikamente - nach Expertenschätzungen viel zu wenige. Und auch die Pharmatherapie ist bei mehr als der Hälfte der Behandelten so unzureichend, dass die Werte der Patienten nicht in den grünen Bereich kommen. Unter dem Strich sind gerade einmal acht Prozent der Betroffenen gut mit Medikamenten versorgt. „Ein mittlerer Skandal“, sagt

der Epidemiologe Ulrich Keil von der Universität Münster, der seit einem Vierteljahrhundert zum Thema Bluthochdruck forscht.

Inzwischen hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss des Themas angenommen - ein mächtiges Gremium aus Vertretern von Ärzten und Krankenkassen, das darüber entscheidet, welche Therapien die Kassen bezahlen und welche nicht. Denn trotz der gravierenden Behandlungsmängel ist der Bluthochdruck für die Gemeinschaft der Beitragszahler immens teuer: Die sogenannten Antihypertonika sind der größte Einzelmarkt im Pharmabereich, schätzungsweise 2,8 Milliarden Euro geben die Gesetzlichen Krankenkassen und ihre Versicherten dafür jährlich aus. Allein 840 Millionen, etwa so viel wie das Brutto-

sozialprodukt von Burundi, entfallen auf die jüngste und teuerste Wirkstoffgruppe: die noch patentgeschützten Sartane, als Mono- oder Kombinationspräparate. Während eine Tagesdosis bei den gängigen Mitteln der anderen Gruppen zwischen 17 und 37 Cent kostet, sind bei Sartanen durchschnittlich 65 Cent fällig. Ist das viele Geld gut angelegt? Oder wären hier Millionen zu sparen, die etwa den bislang zu schlecht oder noch gar nicht versorgten Patienten zugutekommen könnten? Der Gemeinsame Bundesausschuss wollte wissen, welchen Nutzen die verschiedenen Wirkstoffe gegen Bluthochdruck als Therapien der ersten Wahl haben, und beauftragte im Februar 2005 das Kölner Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die wissenschaftlichen Daten zu bewerten.

Das Ergebnis des gerade veröffentlichten Vorberichts, für den Experten 16 Studien mit Vergleichen verschiedener Wirkstoffgruppen herangezogen haben: Ein alter und sehr preiswerter Medikamen- →

VIELE HYPERTONIKER WISSEN NICHTS VON IHREM LEIDEN

UNTER DRUCK

Es müssen viele Faktoren zusammenkommen, damit eine **Hypertonie** entsteht. Die Folgen für Herz, Gehirn und Nieren können lebensgefährlich sein.

URSACHEN

Mehr als 90 Prozent aller Bluthochdruck-Patienten leiden an einer sogenannten essentiellen Hypertonie – jener Form der Erkrankung, deren genaue Ursache noch unklar ist. Zwar wissen Mediziner bereits, dass diese Menschen oft genetisch vorbelastet sind. Doch müssen meist weitere Faktoren hinzukommen, damit tatsächlich ein hoher Blutdruck entsteht – wie etwa **Übergewicht, Diabetes** und eine Störung des Fettstoffwechsels. Bei den übrigen fünf bis zehn Prozent der Hypertonie-Patienten können Ärzte recht genau sagen, was den hohen Blutdruck ausgelöst hat. Das kann eine Gefäßerkrankung der Nieren sein, eine Überfunktion der Schilddrüse oder eine hormonelle Störung. Manchmal deckt ein hoher Blutdruck sogar ein heimliches Laster auf: Bei Menschen, die sehr viel Lakritz verspeisen, schnellt der Blutdruck in die Höhe.

MÖGLICHE FOLGEN

Blutgefäße

Die Blutgefäße ziehen sich wie ein Straßennetz durch den Körper. Die großen Arterien verästeln sich in immer kleinere Bahnen, bis schließlich gerade noch ein einzelnes rotes Blutkörperchen durch die feinen Kapillaren passt (30 Milliarden Stück im Körper). Über die Arterien gelangen **Sauerstoff** und Nährstoffe zu den Körperzellen. Das Blut der Venen dagegen transportiert Kohlendioxid und Stoffwechselprodukte aus dem Gewebe ab. Vor allem die Arterien leiden unter der Hypertonie. Sie verkalken und verstopfen – oder platzen, sodass lebensgefährliche Blutungen die Folge sein können.

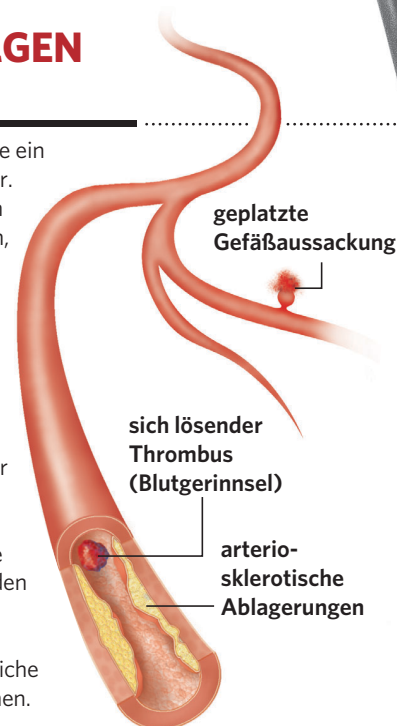
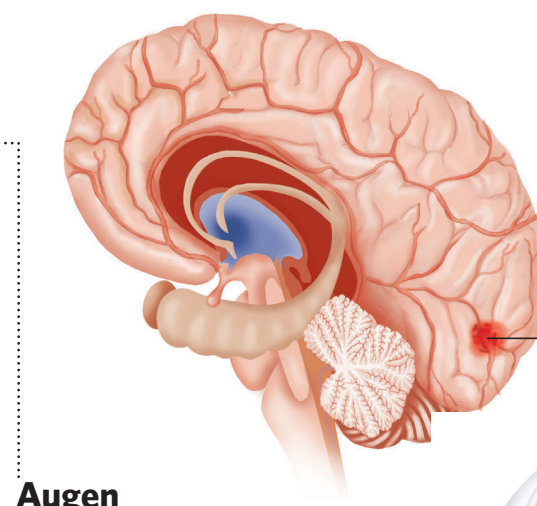
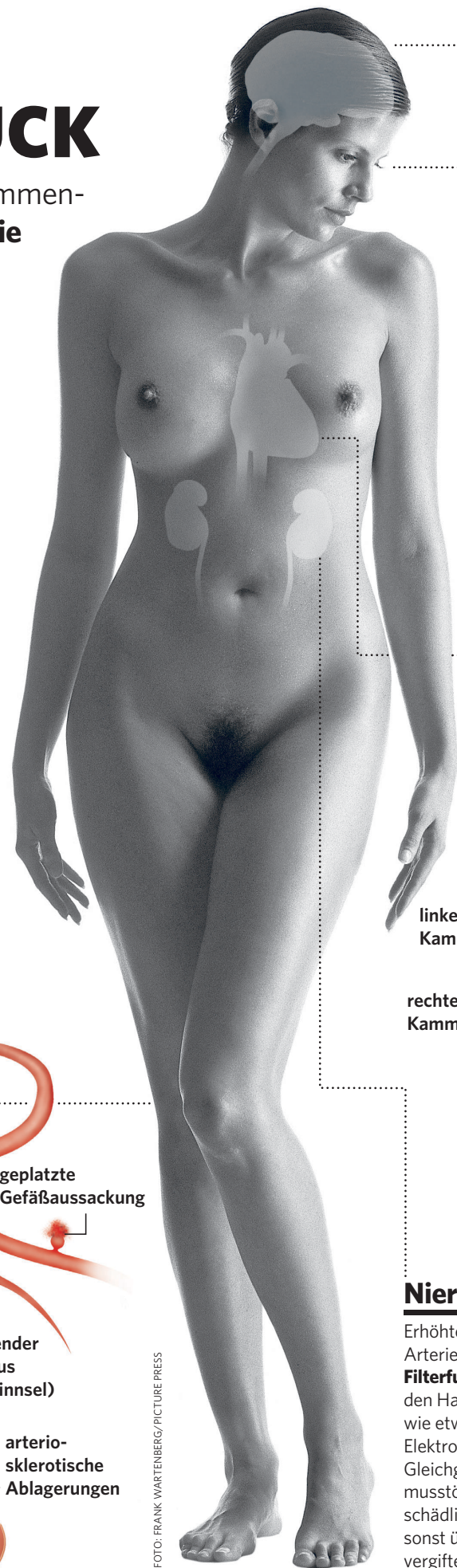


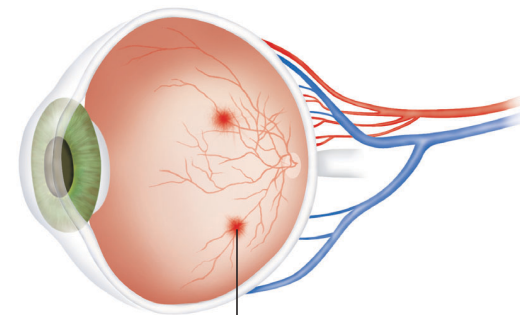
FOTO: FRANK WARTENBERG/PICTURE PRESS



Gehirn

Bluthochdruck ist die häufigste Ursache für einen Schlaganfall, bei dem entweder ein Blutgefäß im Gehirn verstopft oder die Gefäßwand reißt und eine **Hirnblutung** auslöst. Zudem können sich Hypertoniker oft schlecht konzentrieren und klagen über Gedächtnisstörungen.

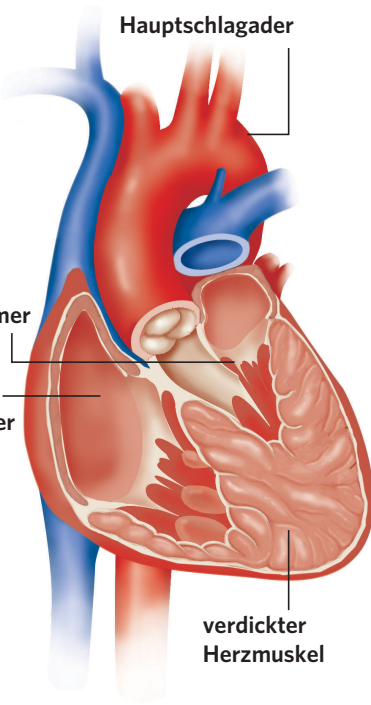
Hirnblutung



veränderte Blutgefäße, Blutung

Augen

Ein hoher Blutdruck schädigt auch die Blutgefäße der Netzhaut. Diese können verstopfen oder platzen und so zu Blutungen führen. **Sehstörungen** und Ausfälle des Gesichtsfelds sind die Folge.



Herz

Die Herzkranzgefäße sind bei Hypertonikern oft verengt. Gelangt nicht mehr genug Sauerstoff über das Blut in das Herzgewebe, kann es zu Angina-pectoris-Anfällen und **Herzinfarkten** kommen. Zudem muss der Herzmuskel sich mächtig anstrengen, weil er ständig gegen einen erhöhten Blutdruck arbeitet. Zunächst verdicken sich die Wände des Hohlorgans, später leieren sie aus. Dann ist das Herz nicht mehr in der Lage, ausreichend Blut in den Kreislauf zu pumpen.

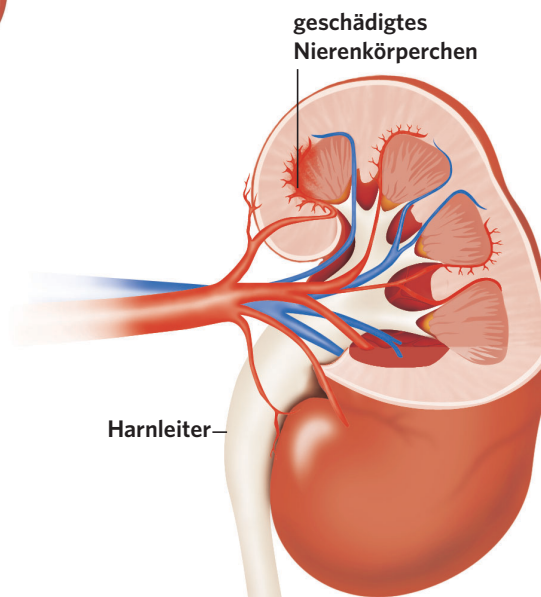
linke Kammer
rechte Kammer

Hauptschlagader

verdickter Herzmuskel

Nieren

Erhöhter Blutdruck schädigt die kleinen Arterien der Nieren und stört die **Filterfunktion der Nierenkörperchen**, die den Harn produzieren. Wichtige Eiweiße wie etwa das Albumin gehen verloren, der Elektrolythaushalt gerät aus dem Gleichgewicht, sodass es zu Herzrhythmusstörungen kommen kann. Und schädliche Stoffwechselprodukte, die sonst über die Nieren entsorgt werden, vergiften den Körper.



Harnleiter

geschädigtes Nierenkörperchen

tentyp schneidet am besten ab – die sogenannten Diuretika, die auf milde Weise an Nieren und Gefäßen wirken (siehe Kasten auf Seite 154). Neun Vergleichsstudien mit der Wirkstoffgruppe bezog das Institut in seine Bewertung ein. Neunmal erwiesen sich die Diuretika den Konkurrenten gegenüber als besser oder zumindest als gleich gut – auch wenn die Behandlung mit ihnen ein höheres Diabetesrisiko birgt als andere Mittel. Als Maßstab für den Nutzen wertete das IQWiG nicht den Grad der Blutdrucksenkung, sondern Therapieziele, die für den Patienten besonders zählen – wie Lebensverlängerung, Vorbeugung von Schlaganfällen, Herzerkrankungen oder Nierenschäden. In puncto Lebensverlängerung ließen sich keine Unterschiede zwischen den Wirkstoffgruppen feststellen. Dagegen zeigten sich die Diuretika bei der Vorbeugung von Herzversagen gegenüber zwei Konkurrenten deutlich überlegen. Außerdem schützten sie besser vor Schlaganfall und Herz-Kreislauf-Komplikationen als eine Wirkstoffgruppe. Mager ist dagegen die Bilanz der teuren Sartane, für die nur drei Studien herangezogen werden konnten. Das IQWiG stellt fest, „dass diese, verglichen mit anderen Wirkstoffgruppen der ersten Wahl, schlecht untersucht sind“. Lediglich in einer Studie schnitten sie besser ab als ein Konkurrent. Zusammenfassend bescheinigt das IQWiG Diuretika den „am besten belegten Nutzen“.

SOLLTE ALSO JEDER HYPERTONIKER erst einmal Diuretika bekommen? Taugen tatsächlich die gleichen Pillen für alle Betroffenen? Und wer ist überhaupt betroffen? Bluthochdruck gilt als „stiller Killer“, die Veränderungen im Körper sind oft nicht zu spüren. Der erste Schritt zur Gefahrenbestimmung ist deshalb stets, den Druck zu messen – oder ihn beim Arzt oder Apotheker messen zu lassen. Dabei werden zwei Zahlen ermittelt: Der höhere, sogenannte systolische Wert, bezeichnet den Druck im Gefäßsystem in dem Augenblick, in dem das Herz sich zusammenzieht und das Blut in den Körper drückt. Der niedrigere, diastolische Wert, spiegelt den Moment, in dem das Herz sich wieder mit Blut füllt.

Über die Frage, welche Werte noch „normal“ sind und ab wann es gefährlich

wird, streiten die Experten. In den USA haben die National Institutes of Health 2003 den Begriff „prehypertension“ eingeführt – eine Vorstufe von Bluthochdruck, die schon bei 120 zu 80 beginnt und etwa ein Fünftel der erwachsenen Bevölkerung in die Nähe von Krankheit rückt. Die europäischen Experten sind dem Beispiel nicht gefolgt, sie arbeiten aber mit der paradoxen Definition „hoch normal“ für Werte ab 130 zu 85. Weit verbreitet und auch in Deutschland als Grenze für Bluthochdruck anerkannt ist 140 zu 90. „Letztlich ist aber auch dieser Wert willkürlich, es gibt ja keine natürliche Grenze, sondern nur ein Kontinuum von Risiko“, sagt Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt. Mit 139 zu 89 ist der Patient nicht auf der sicheren Seite. Und mit 141 zu 91 nicht automatisch in Gefahr.

Viele Mediziner haben in den vergangenen Jahren gelernt, erhöhte Blutdruckwerte nicht mehr als Einzelphänomen zu betrachten. Heute gilt Hypertonie als ein extrem wichtiger Faktor bei der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – aber er ist eben nicht der einzige. Für die Behandlung heißt das: weg von der Fixierung auf den Blutdruckmesser allein. Ein Wert von 150 zu 90 bei einer gesunden, jungen Frau ist weit weniger bedenklich als ein Wert von 135 zu 85 bei einem Diabetiker, dessen Gefäße durch die Zuckerkrankheit ohnehin geschädigt sind. Was zählt, ist das Gesamtrisiko aus Blutdruck, Alter, Geschlecht, weiteren genetischen Komponenten und Lebensstil – die sich teilweise gegenseitig beeinflussen. Und das nicht nur bei der Diagnose.

Auch die Therapie richtet sich zunehmend nach dem Blick aufs Ganze. „Je niedriger das Risiko, desto besser muss man sich überlegen, ob man medikamentös behandelt und womit“, sagt der Bremerhavener Internist Manfred Anlauf. Denn bei einem geringen Risiko ist schließlich auch der mögliche Nutzen des – in der Regel lebenslangen – Pillenschluckens begrenzt. Eine Patientin mittleren Alters mit leichtem Bluthochdruck und erhöhtem Cholesterinwert, die keine weiteren Risikofaktoren aufweist, hätte beispielsweise ein Risiko von vier Prozent, in den nächsten zehn Jahren eine schwerwiegende Komplika- →

DAS GESAMTRISIKO IST ENTSCHEIDEND

SARTAN-HERSTELLER WISSEN, WAS AUF SIE ZUKOMMT

tion wie etwa einen Schlaganfall zu erleiden. „Man darf in solchen Fällen nicht gleich den Rezeptblock zücken“, sagt der Münsteraner Epidemiologe Ulrich Keil. Ingrid Mühlhauser, Gesundheitsforscherin an der Universität Hamburg, stimmt zu: „Oft verordnen Ärzte zu schnell mehrere Präparate auf einmal oder dosieren die Mittel zu hoch.“ Dabei gibt es Alternativen zu den Medikamenten: Sport, gesunde Ernährung, sparsamer Umgang mit Salz und Alkohol, das Vermeiden von Übergewicht (siehe auch Kasten auf Seite 154).

WENN DAS MESSGERÄT allerdings auf die Dauer deutlich erhöhte Werte anzeigt, kommen selbst ansonsten kerngesunde Menschen mit Laufen und maßvollem Essen allein nicht mehr aus der Gefahrenzone. Bei Hochrisikopatienten, die schon einen Herzinfarkt oder Schlaganfall hinter sich haben, gilt das erst recht. Sie profitieren viel stärker von Medikamenten und sind ohne ausreichende Behandlung viel größeren Risiken ausgesetzt als leichtere Fälle – eine Einsicht, zu der viele erst kommen, wenn ihr Leben erneut akut in Gefahr gerät.

Elke Becker ist eine von ihnen. Lange hat die heute 68-Jährige ihren Blutdruck gar nicht gemessen. Erst als ihre Tochter wegen Hypertonie in der Schwangerschaft behandelt werden musste und spaßeshalber auch die Werte ihrer Mutter prüfte, kam es ans Licht: 170 zu 115, eindeutig zu viel. Elke Becker nahm die bedrohlichen Zahlen nicht ernst. Schließlich hatte sie „früher“ immer einen niedrigen Blutdruck gehabt. Als sie zwei Jahre später zum Arzt ging, weil sie sich schlecht fühlte, lag der Blutdruck bei 175 zu 115, aber auch jetzt wollte Elke Becker die Gefahr nicht wahrhaben. Die Pillen, die der Arzt ihr verordnete, nahm sie nur sporadisch. Erst nach zwei Schlaganfällen hat sie sich an ein Leben mit Arzneirationen gewöhnt. „Seit einigen Monaten“, so versichert sie, „nehme ich alle meine Tabletten regelmäßig.“

Das Problem: Weil Hypertoniker im Gegensatz zu Asthmatikern oder schwer Diabeteskranken meist nichts von ihrem Leiden spüren, fällt es ihnen besonders schwer, ihre Therapien durchzuhalten – erst recht, wenn ihnen durch die Sen- →



URSULA WEITZEL, 57, Rentnerin

Therapie: Zunächst ein Calciumantagonist, dann ein ACE-Hemmer. Umgestellt auf ein Sartan plus ACE-Hemmer plus Beta-Blocker und Calciumantagonist. Seit Januar 2007 wieder ACE-Hemmer plus Beta-Blocker. Aktuelle Werte: 130 zu 75

Vor knapp zehn Jahren wurde bei mir Bluthochdruck diagnostiziert. Ich hatte einen Wert von 220 zu 110 und bekam einen leichten Calciumantagonisten. Ich maß regelmäßig, natürlich, das ging ja nicht weiter mit solchen Werten! Als das Medikament aber nicht anschlug, ging ich wieder zum Arzt und bekam einen ACE-Hemmer. Damit lag ich im Bereich 130 zu 90. Ich wurde leichtsinnig, habe nicht mehr kontrolliert, weil ich mich wohlfühlte, die Tabletten aber immer genommen. Letzten Sommer ging es mir sehr schlecht, mein Leben ist nicht leicht: 2004 ist mein suchtkranker Sohn gestorben, ich pflege meine behinderte Schwester und meinen Bruder, der einen Schlaganfall hatte. Also ging ich zur Kontrolle eines Herzproblems zum Kardiologen. Er verschrieb mir neue Medikamente, aber mein Hausarzt hat mich wieder auf meinen alten ACE-Hemmer umgestellt, nur einen Beta-Blocker habe ich zusätzlich behalten. Ich kontrolliere jetzt regelmäßig, und es geht mit gut. Vor 15 Jahren habe ich das Rauchen aufgehört. Leider kann ich keinen richtigen Sport treiben, ich habe künstliche Hüftgelenke. Bei einer Beratung habe ich immerhin einiges über meine falsche Ernährung gelernt und versuche, das abzustellen. Ich bin ein Stressesser, der Süßes mag. Alle in unserer Familie haben mit Übergewicht zu kämpfen.

EXPERTEN-KOMMENTAR: Der ACE-Hemmer wird offenbar gut vertragen und wirkt optimal. Die Umstellung auf ein Sartan hat keine Vorteile und würde unnötig zu deutlich höheren Kosten führen. Der Rauchstopp war – gerade angesichts der übrigen Risikofaktoren – in jedem Fall ein ganz wichtiger Schritt. Eine Gewichtsabnahme wäre ein weiterer wichtiger Schritt zur Blutdrucknormalisierung.


WOLFGANG PFEIFFER, 64, Ingenieur im Ruhestand

Therapie: Beta-Blocker, kurzfristig auch ein ACE-Hemmer, dann ein Sartan. Aktuelle Werte: etwa 120 zu 80

Vor 15 Jahren sagte mein Arzt: „Ihr Blutdruck ist relativ hoch; wir müssen ihn beobachten.“ Das empfand ich erst mal nicht als Problem, da ich ja noch kein Medikament bekam. Ein Jahr später aber lagen die Werte immer noch dauerhaft bei 140 zu 90 und darüber. Der Arzt verschrieb mir einen Beta-Blocker – das war ja früher das Mittel der ersten Wahl. Ich habe mir ein Blutdruckmessgerät zugelegt, täglich gemessen und bin regelmäßig zum Arzt gegangen.

Im Laufe der folgenden fünf Jahre stiegen die Werte wieder an; deshalb wurde zunächst die Dosis des Beta-Blockers erhöht und 2003 zusätzlich ein ACE-Hemmer verschrieben. Unglücklicherweise war ich einer der Patienten, die davon trockenen Husten bekamen. Ich las von neuen Präparaten, den Sartanen, und sprach meine neue Ärztin darauf an. Sie ersetzte sofort den ACE-Hemmer durch ein Sartan. Um die Blutdruckwerte noch weiter zu senken, wurde einige Monate später das Mono- durch ein Kombipräparat mit demselben Wirkstoff und einem Diuretikum ersetzt. Meine Werte liegen seitdem beim täglichen Messen um 120 zu 80 oder geringfügig darüber. Ich achte aber auch, seit ich in Rente bin, auf ein tägliches gesundes Mittagessen, und bewege mich noch mehr als vorher. Ich wandere und gehe schnell, fahre Rad. Geraucht habe ich nie, Übergewicht und Alkohol waren bei mir auch kein Thema. Ich habe keine Angst und fühle mich von meiner Ärztin sehr gut betreut. Seit Oktober 2005 leite ich eine von Ärzten begleitete Selbsthilfegruppe, eine von rund 50 Selbsthilfegruppen der Deutschen Hochdruckliga.

EXPERTEN-KOMMENTAR: Ein Idealfall: Ein gut informierter, angstfreier und aktiver Patient, der seinen Bluthochdruck nicht verdrängt, sondern seinen Lebensstil entsprechend anpasst. Das Sartan ist bei ACE-Hemmer-Husten durchaus sinnvoll. Auch die Kombination mit einem Diuretikum ist gut geeignet.

kung des Blutdrucks anfänglich auch noch schwindelig wird oder wenn Arzneien zu Nebenwirkungen wie Husten oder Potenzstörungen führen. „Das größte Problem an der Sache ist für mich: Bluthochdruck zu haben ist so ein extremer Einschnitt in meine Lebensqualität, dieses Kontrollieren und Aufpassenmüssen. Ich bin kein Tablettennehmer“, sagt die 31-jährige Birte Voss, die ohne Medikamente bei 160 zu 110 liegt. Auch Geld kann sie nicht regelmäßig zum Arzt locken. „Ich müsste mindestens alle sechs Monate zur Untersuchung, um als chronisch krank zu gelten und damit die Praxisgebühr zu sparen“, sagt sie. „Aber dazu habe ich keine Lust.“

„Unser Gesundheitssystem hat keine guten Strategien im Umgang mit chronischen Erkrankungen“, sagt Allgemeinmediziner Ferdinand Gerlach. „Die konsequente Langzeitbehandlung ist die eigentliche Herausforderung.“ Sie verlangt von beiden Parteien viel. „Der Patient muss sehr unterschiedliche Dinge gegeneinander abwägen“, erklärt Norbert Donner-Banzhoff. „Den in ferner Zukunft liegenden Nutzen der Therapie gegen ihre unmittelbaren Nachteile wie Kontrolle, Pillenschlucken, Nebenwirkungen und ein verändertes Körpergefühl.“ Der Arzt wiederum muss den Patienten sorgfältig informieren und ihn, falls er sich für die Therapie entschieden hat, dabei unterstützen.

MIT GUTEM WILLEN allein ist es dabei nicht getan, es bedarf anderer Strukturen in der Versorgung der Patienten. „Arzthelferinnen könnten eine wichtige Rolle übernehmen“, sagt Gerlach, der mit seiner Frankfurter Arbeitsgruppe erforscht, wie sich der Praxisalltag ändern müsste. So könnten die Helferinnen Kontrolltermine mit chronisch Kranken vereinbaren, sie daran erinnern, dass ein Termin näher rückt, und sie ermuntern, ein Therapietagebuch zu führen.

In Großbritannien haben Gesundheitspolitiker das Problem bereits in Angriff genommen: In einer aufwendigen Kampagne wurde ein Qualitätsmanagementprogramm für Praxen publik gemacht, Ärzte, die sich daran beteiligen, erhalten mehr Geld. Über eine Milliarde Pfund fließt seit 2004 jährlich in das Programm. Und auch in Deutschland kommen Fachleute langsam zu dem Schluss, dass sich strukturell etwas ändern muss, wenn die miserable Versorgung von chronisch Kranken wie Hypertonikern besser werden soll. Schon seit 20 Jahren werden vereinzelt wirksame Selbstmanagementprogramme für Pa- →

BIRTE VOSS, 31, Diplom-Kauffrau im Erziehungsurlaub

Therapie: In den Schwangerschaften verschiedene Medikamente, u. a. der Wirkstoff Alphamethyldopa. Später ein ACE-Hemmer, heute ein Sartan – allerdings unregelmäßig. Die Werte liegen mit Tabletten bei 140 zu 90, ohne bei 160 zu 110

Während der ersten Schwangerschaft bekam ich ein Hellp-Syndrom, eine schwere Erkrankung, zu deren Symptomen Bluthochdruck gehört. Beim zweiten Kind stiegen meine Werte wieder auf 180 zu 115, ich musste behandelt werden. Dann war es eine Weile in Ordnung, aber seit Januar 2005 sollte ich wieder Medikamente nehmen – was ich nicht immer regelmäßig getan habe. Das größte Problem ist für mich: Bluthochdruck zu haben ist ein so extremer Einschnitt in meine Lebensqualität, dieses Kontrollieren und Aufpassenmüssen. Ich bin kein Tablettennehmer. Ein Jahr habe ich dann eigenmächtig gar nichts mehr genommen und Alternativen wie Akupunktur ausprobiert. Erst neulich habe ich meine Medikamente wieder hervorgeholt und nehme sie jetzt zwei- bis dreimal in der Woche, wenn ich mich schlecht fühle. So halte ich mich bei 140 zu 90, das reicht mir. Ich müsste alle sechs Monate zur Untersuchung, um als chronisch krank zu gelten und so die Praxisgebühr zu sparen. Dazu habe ich keine Lust. Sport mache ich nicht, aber durch Hund und Kinder bin ich immer in Bewegung, und ich achte auf gesunde Ernährung. Eine Fokussierung auf die Krankheit würde mich irre machen.

EXPERTEN-KOMMENTAR: Die Blutdruckwerte ohne Tabletten sind definitiv zu hoch – auch für einen jungen Menschen ohne weitere Risiken. Falls Lebensstiländerungen allein nicht ausreichen, sollte medikamentös behandelt werden, auch wenn es verständlicherweise „nervt“: Und wenn schon Tabletten, dann konsequent einnehmen und regelmäßig (selbst) kontrollieren. Der Nutzen ist weit höher als die möglichen Nebenwirkungen der Therapie. Eventuell reicht hier schon ein niedrig dosiertes konsequent eingenommenes Diuretikum oder ein Beta-Blocker.



tienten angeboten. Sie lernen dort, ihren Blutdruck zu messen, erfahren von den Wirkungen und Nebenwirkungen ihrer Medikamente und können so besser mit ihrem Risiko umgehen. „Es ist ein Versagen der Ärzte, dass hier bisher so wenig geschehen ist“, klagt Gesundheitsforscherin Mühlhauser. „Vor allem die führenden Experten müssen darauf pochen, dass die Selbstmanagementprogramme für Patienten endlich ausreichend angeboten werden.“ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen schlug in seinem Gutachten aus dem Jahre 2005 vor, Anreize für mehr Engagement beim Arzt und Therapietreue beim Patienten „durch verbesserte Vergütung einer qualitätsgesicherten Therapie“ zu geben.

DAS GELD DAFÜR könnten die Ärzte bei der Behandlung von Hypertoniepatienten leicht selbst erwirtschaften – durch beachtlichen Umgang mit dem Rezeptblock. Der neue IQWiG-Vorbericht mit seiner positiven Bewertung der Diuretika zeigt: Gutes muss nicht teuer sein. „Sartane wer-

den viel zu häufig verordnet, Diuretika sind hingegen stark unterbewertet“, sagt Gerd Glaeske, der als Professor an der Universität Bremen vergleichende Arzneimittelforschung betreibt und auch dem Sachverständigenrat angehört. Der Experte schätzt das Einsparpotenzial bei Sartanen auf jährlich 450 Millionen Euro. Und weist wie das IQWiG darauf, dass der Nutzen der Diuretika am besten belegt sei. Allerdings spiegele sich der Stellenwert der Mittel in keiner Weise auf dem deutschen Markt wider. Im Gegenteil. Gerade die Sartane verzeichnen zusammen mit den ähnlich wirkenden – aber preisgünstigeren – ACE-Hemmern überdurchschnittliche Umsatzraten. Im Jahr 2005 wurden 4,3 Milliarden Tagesdosen verordnet. Alle Diuretika zusammen hingegen liegen bei nicht einmal 1,7 Milliarden Tagesdosen. Das Diuretikum Chlortalidon, das jetzt vom IQWiG zusammen mit einem weiteren Wirkstoff besonders positiv bewertet wurde, hat auf dem deutschen Markt mit nur 6,6 Millionen Tagesdosen nahezu keine Bedeutung.

Dabei ist das Loblied auf die preisgünstigen Mittel keineswegs neu. Bereits im Jahr 2002 hatte eine große wissenschaftliche Arbeit hervorragende Ergebnisse für die Diuretika ergeben: Die sogenannte Allhat-Studie stellte alle bis dahin veröffentlichten Untersuchungen in den Schatten, weil sie erstmals vier Wirkstoffgruppen miteinander verglich und mehr als 42 000 amerikanische Patienten über bis zu acht Jahre verfolgte. Das Ergebnis: Alle Wirkstoffe helfen, doch mit den Diuretika sind die ältesten und mit die preiswertesten Präparate die besten.

Allhat rückte die zuvor weitgehend ins Abseits gedrängten Medikamente wieder in den Vordergrund. 2003 stuften die amerikanischen National Institutes of Health Diuretika als Mittel erster Wahl ein, wenn es gilt, einen unkomplizierten Bluthochdruck zu behandeln, entweder allein oder in Kombination mit anderen Medikamententypen. Im vergangenen Sommer zog das britische National Institute for Health and Clinical Excellence nach. Es stuft Diuretika zusammen mit zwei anderen Wirk-

stoffgruppen als Medikamente erster Wahl ein, die Sartane hingegen wegen ihres hohen Preises nur als Mittel der Reserve.

Sollte also jeder Patient, dessen Risiko so hoch ist, dass er Medikamente braucht, erst einmal Diuretika bekommen? Laut IQWiG-Chef Peter Sawicki belegt der Vorbericht: „Als Therapie der ersten Wahl sollten Diuretika gelten, außer wenn es für Arzt oder Patient gute Gründe gibt, davon abzuweichen.“ „Es gibt nur eine Medikamentengruppe erster Wahl – das sind die Diuretika“, folgert auch Ingrid Mühlhauser aus dem IQWiG-Papier. Andere Experten sehen dies ähnlich, plädieren aber dafür, die individuelle Patientensituation stärker in die Wahl des Mittels miteinzubeziehen. Daher will der Arzneimittelexperte Glaeske die Bluthochdrucktherapie nicht grundsätzlich auf die Diuretika beschränken, sondern, wo notwendig, differenzieren. „Wir müssen auch die Alltagserfahrungen mit den ebenfalls gut belegten ACE-Hemmern, Calciumantagonisten und Beta-Blockern bei Patienten

MISERABLE VERSORGUNG VON **CHRONISCH** KRANKEN

mit mehreren Krankheiten oder unterschiedlichen Alters in die Empfehlungen miteinbeziehen.“ Die Sartane aber seien deutlich schlechter belegt als die anderen Wirkstoffgruppen und zudem noch teurer. Sie kommen laut Glaeske als Alternative allenfalls infrage, „wenn beispielsweise andere Blutdrucksenker nicht vertragen werden, etwa wegen quälenden Hustens nach ACE-Hemmern“. Auch Internist Manfred Anlauf schätzt die Sartane zurzeit noch nicht als Mittel erster Wahl ein, bescheinigt der Pharmaindustrie aber immerhin, mit ihnen die Produktpalette verdienstvoll erweitert zu haben: „Sartane sind beliebt, weil sie fast immer nebenwirkungslos vertragen werden.“

Die Hersteller von Sartanen wissen, was auf sie zukommt, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss den Abschlussbericht aus dem IQWiG durcharbeitet. Und die

Pharmaindustrie hat Übung darin, alte, preiswerte Präparate schlechtzumachen – in der Hoffnung, dass sich neuere, teurere Pillen dann besser verkaufen. Dass die weltweiten Verordnungen der Diuretika seit den 80er Jahren lang anhaltend sanken, hat nicht zuletzt mit massivem Anti-Marketing zu tun. So wurden auf der Basis fragwürdiger Untersuchungen Medienkampagnen in Fernsehen, Radio und Zeitschriften gestartet. Bluthochdruck-Experten empfahlen die damals modernsten und noch patentgeschützten Präparate als Therapie der ersten Wahl, ohne sich auf überzeugende Daten stützen zu können. „Für einstündige Vorträge erhielten solche als Pharmareferenten fungierende ‚Experten‘ Honorare von bis zu 7500 Euro“, klagte 2003 Peter Sawicki, seinerzeit noch Direktor am St. Franziskus Hospital in Köln. Für die bewährten Diuretika machten →

THERAPIEN GEGEN BLUTHOCHDRUCK: WAS WIRKT WIE?

Zur Behandlung der Hypertonie stehen verschiedene wirksame Medikamentengruppen zur Verfügung. Aber auch die Veränderung alltäglicher Gewohnheiten kann die Werte senken

LEBENSSTIL-ÄNDERUNGEN

Übergewicht abbauen

Menschen mit starkem Übergewicht haben ein größeres Blutvolumen als normalgewichtige, was den Blutdruck in die Höhe treibt. Zudem produziert vor allem das Bauchfett Botenstoffe, welche die Blutgefäße direkt schädigen und zu einem Anstieg des Blutdrucks führen können. Nimmt der Patient ab, reduzieren sich diese Belastungen und der Blutdruck sinkt. Schon ein Minus von fünf Kilo senkt die Blutdruckwerte um etwa fünf Millimeter Quecksilbersäule (mm HG).

Weniger Salz essen

Der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zufolge nehmen wir viermal so viel Salz zu uns, wie unser Körper tatsächlich benötigt. Das ist besonders für Patienten mit hohem Blutdruck gefährlich, denn je mehr Salz im Blut schwimmt, desto mehr muss der Organismus das mit Wasser ausgleichen.

Das höhere Blutvolumen übt einen größeren Druck auf die Gefäße aus und bringt sie dazu, sich zusammenzuziehen. Auch das lässt den Blutdruck in die Höhe schnellen. Salzverzicht entlastet die Gefäße entsprechend.

Weniger Alkohol trinken

Regelmäßiger Alkoholkonsum aktiviert das vegetative Nervensystem. Folge: Der Herzschlag wird beschleunigt, es wird mehr Blut in den Körper gepumpt, und der Druck auf die Gefäßwände nimmt zu.

Mehr bewegen

Zunächst steigt der Blutdruck bei jedem Menschen bei körperlicher Belastung an. Bei regelmäßigem Ausdauertraining verbessert sich jedoch die Herz-Kreislauf-Anpassung, und der Blutdruckanstieg verringert sich. Schließlich sinkt auch der Ruheblutdruck der Patienten.

Entspannung

Stress treibt unseren Adrenalinpiegel

in die Höhe. Die Herzfrequenz steigt, das Herz pumpt mehr Blut in die Gefäßbahnen, die Spannung der Gefäßwände nimmt zu. Entspannungstechniken können dem Stress entgegenwirken.

MEDIKAMENTE

Diuretika

Vermutlich wirken sie direkt auf die Muskelzellen der Gefäßwände und stellen diese weit. Der Blutdruck sinkt wegen eines geringeren Widerstands im Kreislauf.

Beta-Blocker (auch: Beta-Adrenozeptorenblocker)

Noch ist nicht im Detail bekannt, wie diese Medikamente den Blutdruck senken. Zum einen vermindern sie die Herzfrequenz, sodass weniger Blut in den Kreislauf gepumpt wird. Zudem bremsen sie die Produktion des Hormons Renin, das über die Aktivierung anderer Botenstoffe die Blutgefäße verengt.

ACE-Hemmer (= Angiotensin-Converting-Enzyme-Hemmer)

Sie bremsen die Umwandlung des Hormons Angiotensin I in Angiotensin II, das die Blutgefäße verengt. So bleiben die Adern weit.

Calciumantagonisten (auch: Calciumkanalblocker)

Sie sind Gegenspieler zu Calcium, das an Muskelzellen wirkt. Wenn Calcium in die Muskelzellen der Gefäße einströmt, ziehen sie sich zusammen. Calciumantagonisten verhindern das.

Sartane (auch: Angiotensin-II-Antagonisten)

Diese Medikamente wirken ähnlich wie ACE-Hemmer. Sie blockieren die gefäßverengende Wirkung des Enzyms Angiotensin II, indem sie seine Bindung an einen bestimmten Rezeptortyp verhindern. So verringert sich der Widerstand, gegen den das Herz das Blut in den Körper pumpt, und der Blutdruck sinkt.

Astrid Viciano

die Firmen dagegen kaum noch Werbung – Mitte der 90er Jahre war etwa die Zahl der Anzeigen im „British Medical Journal“ auf null gesunken. Dafür füllte die Reklame für die damals noch sehr teuren Calciumantagonisten nach einer Stichprobenuntersuchung mehr als ein Viertel aller Anzeigenseiten.

Auch nach der Markteinführung der Sartane in den 90er Jahren wird weiter heftig gegen die Diuretika geschossen. Thomas Unger etwa war lange Zeit Vorstandsmitglied der pharmagesponserten Hochdruckliga und ist nach eigenem Bekunden vielen Pharmafirmen durch Beraterverträge verbunden, die international auf dem Bluthochdruckgebiet arbeiten. 2003 prophezeite er in dem Fachblatt „Berliner

Ärzte“, dass eine auf Diuretika basierende Therapie „für die Patienten eine zeitbombenartige Gefahrenquelle darstellt“, weil die Mittel vermehrt Diabetiker produzieren würden. Tatsächlich hat sich in der Allhat-Studie wie in anderen Untersuchungen gezeigt, dass bei der Behandlung mit Diuretika die Blutzuckerwerte von Patienten ansteigen können und vermehrt Diabetes auftritt. Auch der IQWiG-Vorbericht konstatiert dies.

Allerdings sind die Unterschiede nicht gewaltig. „Von 100 Patienten, die mit einem Diuretikum therapiert werden, haben nach vier Jahren Behandlung elf einen Diabetes, bei Calciumantagonisten sind es neun und bei ACE-Hemmern acht“, sagt Gesundheitsforscherin Ingrid Mühlhauser. „Und

obwohl Diuretika etwas häufiger Diabetes auslösen, schützen sie besser vor Herz-Kreislauf-Komplikationen als andere Wirkstoffgruppen.“ IQWiG-Chef Sawicki, der selbst als Diabetologe praktiziert, hält es deshalb für wichtig, gerade Menschen, die bereits Diabetiker sind, mit Diuretika zu behandeln. „Die meisten Patienten mit Diabetes sterben an Herzinsuffizienz, und Diuretika beugen dem besser vor als andere Hypertonika.“ Arzneimittelexperte Glaeske rät: „Man sollte die Blutzuckerwerte der Patienten beobachten und im Falle einer Diabetes-Entstehung zu einem anderen Wirkstoff wechseln – zumal sich gezeigt hat, dass die Entwicklung wieder rückgängig gemacht werden kann. Die Gesamtbilanz für die Präparate ist trotz der Diabetes-Fälle beeindruckend.“

Wie brisant das Thema Hypertoniebehandlung ist, erfuhr 2006 auch Michael Kochen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin sowie Mitherausgeber des →

MEHR DIABETES DURCH DIURETIKA

pharmaunabhängigen „Arzneitelegramms“. Gemeinsam mit einem Kollegen hatte er für die „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ (ZfA) und für das Blatt „Der Hausarzt“ zum Auftakt einer Serie einen Artikel über die Behandlung des Bluthochdrucks verfasst. „Bislang gibt es keine Belege dafür, Sartane als Hochdruckmittel der ersten Wahl zu kennzeichnen“, schrieben die Mediziner. Als solche stufen sie insbesondere Diuretika ein. Umgehend beschwerte sich der Sartan-Hersteller Takeda Pharma beim Georg-Thieme-Verlag, der die ZfA herausbringt. Allerdings hatten die Autoren lediglich zwei Preise falsch berichtet. Thieme stampfte die Augustauflage ein, beide Zeitschriftenverlage stoppten die geplante Serie. Takeda Pharma versicherte der „Süddeutschen Zeitung“, sie hätte den Verlag trotz Anzeigenrücknahme nicht unter Druck gesetzt. Autor Kochen spricht von „vorausseilender Zensur“.

Für die Sartane hat derweil eine Marketing-Offensive begonnen. In einem Update zum internen Maßnahmenkatalog 06/600 von Novartis, Hersteller von Diovan, las sich das vor Weihnachten so: „Voller Einsatz im Endspurt für die Hypertonie-Marktführerschaft“. Massiv setzt die Pharmaindustrie auf ein umstrittenes Marketinginstrument, die sogenannten Anwendungsbeobachtungen (AWB) (*stern* Nr. 5/2007). Offiziell sind dies Studien über den Einsatz von längst zugelassenen Arzneimitteln. Der eigentliche Zweck aber ist ein anderer: Wenn Ärzte mitmachen, bekommen sie für jeden Patienten, dem sie das Mittel verordnen, ein Honorar. Eine unter Verschluss gehaltene Untersuchung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt deshalb zu dem Schluss, dass die Studien Bluff sind. Auf einer Liste mit den 30 teilnehmerstärksten AWB, die zwischen August 2004 und Dezember 2006 bei den Behörden gemeldet waren, tauchen nahezu alle hierzulande zugelassenen Sartane auf. Auf den sechs vordersten Plätzen finden sich gleich drei Sartane. Nach diesem dem *stern* vorliegenden Papier verschrieben die Ärzte gegen Pharmahonorare 259 010 Patienten die teuren Mittel, das sind so viele, wie Augsburg Einwohner hat. ✎

MEHR INFOS ...

... bei stern.de

www.iqwig.de Der volle Text des Vorberichts zu Hypertonie-Medikamenten

www.stern.de/blutdruck

So messen Sie richtig



JÖRN GRIMM, 62, Rentner

*Therapie: über Jahrzehnte viele verschiedene Medikationen, darunter Beta-Blocker. Seit rund fünf Jahren ein Sartan.
Aktuelle Werte: 120 zu 80*

Der Bluthochdruck hat mein Leben bestimmt. Als ich 27 Jahre alt war, hat ein Internist ihn diagnostiziert - mit dem Hinweis, ich solle Rauchen, Alkohol und Stress vermeiden. Über 30 Jahre habe ich alle erdenklichen Tabletten geschluckt, darunter viele Beta-Blocker, doch meine Werte lagen meistens zwischen 160 zu 100 und 200 zu 140. Ich war in Krankenhäusern und Sanatorien, aber nur mit leidlichem Erfolg. Um 1998 herum wurden bei ersten Computertomografie-Aufnahmen mehrere ältere Schlaganfälle festgestellt, die meine Schwindelgefühle, Kreislaufzusammenbrüche, Wortfindungsstörungen und Orientierungslosigkeit erklärten. Vor vier Jahren hatte ich schließlich einen Schlaganfall mit halbseitiger Lähmung. Ich habe immer ein stressiges Leben geführt und bei allem übertrieben: Feiern mit Geschäftskunden, lange Autofahrten, Gelegenheitsrauchen und Alkohol. Nebenwirkungen wie Depressionen, Potenzschwierigkeiten und Schlaflosigkeit habe ich verdrängt. Ich bekam immer wieder neue Medikamente. Der Internist sagte dies, der Hausarzt das, und im Krankenhaus wurde ich dann wieder neu eingestellt. Es war verwirrend, ich war oft verzweifelt. Heute geht es mir endlich besser. Seit zwei Jahren liegen meine Werte bei 120 zu 80 - als ich in Rente ging und Ruhe in meinen Alltag kam.

EXPERTEN-KOMMENTAR: Hier wird sehr deutlich, wie wichtig Lebensstilfaktoren sind und welche Folgen ein über viele Jahre nicht richtig eingestellter Bluthochdruck haben kann. Und: Viele Köche verderben den Brei. Chronisch Kranke sollten einen(!) Hausarzt ihres Vertrauens wählen, mit diesem die Empfehlungen von Kliniken und verschiedenen Spezialisten besprechen und dann gemeinsam eine angemessene Langzeitversorgung abstimmen.