

Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Blutdruckbewusstsein in Österreich: Regionale Aspekte und historischer Vergleich

Steiner S, Dorner TE, Fodor JG

Kunze M, Rieder A

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2011; 15

(3), 12-17

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie
www.hochdruckliga.at

Indexed in EMBASE/Scopus

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Hypertonie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Hypertonie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Hypertonie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Blutdruckbewusstsein in Österreich: Regionale Aspekte und historischer Vergleich

S. Steiner¹, T. E. Dorner², J. G. Fodor³, M. Kunze², A. Rieder²

Kurzfassung: Blutdruckkontrolle ist ein Kernpunkt kardiovaskulärer Prävention und trotz der Einfachheit des Screenings mittels Blutdruckmessungen ist die Dunkelziffer der arteriellen Hypertonie nach wie vor sehr hoch. Blutdruckbewusstsein in der Bevölkerung ist damit die Grundlage aller erfolgreichen Präventionsmaßnahmen. Kürzlich publizierten wir Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage, in der das Wissen von 1005 Österreichern zu Risikofaktoren und Folgeerkrankungen der Hypertonie, aber auch zum eigenen Blutdruckstatus erfasst wurde. Auffällig war die Diskrepanz zwischen einer hohen Sensibilisierung für allgemeine Risiken der Hypertonie und dem Fehlen regelmäßiger persönlicher Kontrollen verbunden mit weit verbreiteter Fehleinschätzung von Hypertoniesymptomen. Nur ca. 1/3 der Bevölkerung gab eine Blutdruckmessung in den vergangenen 3 Monaten an, weitere 30 % innerhalb des vergangenen Jahres, und 8 % hatten noch nie ihren Blutdruck gemessen. Alarmierend ist die Einschätzung von 61 % der Bevölkerung, einen Bluthochdruck sofort oder nach einiger Zeit selbst zu merken, während nur jeder fünfte über die häufige Symptomarmut bzw. -losigkeit der Hypertonie Bescheid wusste. Übergewicht und Stress wur-

den als die stärksten Risikofaktoren, Herzinfarkt und Schlaganfall als die häufigsten Folgeerkrankungen genannt.

Der folgende Beitrag stellt die Ergebnisse im Detail vor und vergleicht sie mit Umfragen der vergangenen 30 Jahre. Weiters werden Resultate in verschiedenen Regionen Österreichs und für spezielle Bevölkerungsgruppen präsentiert.

Schlüsselwörter: Blutdruck, Bewusstsein, Umfrage

Abstract: Hypertension Awareness in Austria: Regional Aspects and Historical Comparison. Hypertension control is a main focus of public health efforts and despite the simplicity of blood pressure measurement many individuals are still unaware of their hypertension. Blood pressure (BP) awareness is a prerequisite for effective measures to reduce the burden of hypertension. We recently published results from a survey comprising 1005 individuals representative of the Austrian population, which investigated the understanding of health hazards of hypertension but also the knowledge of the personal blood pressure status. While the under-

standing of risk factors and sequelae of hypertension had increased, personal preventive measures including regular blood pressure measurements were still widely underused and a widespread misconception of hypertension symptoms was identified. About 30 % of the population had had a BP measurement within the last 3 months and another 30 % within the last year, while 8 % had never taken their blood pressure before. Alarmingly, 61 % believed they would be able to recognize hypertension themselves immediately or after some time, but only a fifth of all respondents were aware that high blood pressure is often present without or only with uncharacteristic symptoms. Overweight and mental stress were considered the most important risk factors for hypertension, heart attack and stroke the most common sequelae of high blood pressure.

The following article presents the main results of the study and compares them to previous, identically designed surveys from the past 30 years. In addition, findings are given according to regions and for certain populations.

J Hypertonie 2011; 15 (3): 12–7.

Key words: blood pressure, awareness, survey

■ Einleitung

Bluthochdruck ist mit hoher kardio- und zerebrovaskulärer Morbidität und Mortalität verbunden und führt die globale Rangliste der Risikofaktoren für die Gesamtmortalität an [1]. So werden jährlich 7,6 Millionen Tote weltweit dem Bluthochdruck zugeschrieben [2, 3]. Das Ziel von Präventionsmaßnahmen ist eine Reduktion der Krankheitslast in der Bevölkerung, die sich durch die Zahl der durch Behinderung oder Tod verloren gegangenen Lebensjahre („disability-adjusted life years“ [DALY]) messen lässt [4]. Aufgrund ihrer Häufigkeit steht auch hier die arterielle Hypertonie zusammen mit chronischen Nikotinabusus ganz oben auf der Liste der Risikofaktoren, die den größten Verlust an DALYs verursachen. Durch Reduktion der Prävalenz von modifizierbaren Risikofaktoren sowie durch verbesserte Therapiemaßnahmen konnte in den vergangenen Jahrzehnten in vielen Industrienationen wie auch Österreich ein Rückgang von Herz-Kreis-

lauf-Erkrankungen vermerkt werden [5–7], dennoch gehen Projektionen davon aus, dass sie auch im Jahr 2020 die Haupttodesursache sein werden [1]. Grundvoraussetzung jeglicher Präventionsmaßnahmen zur Kontrolle der arteriellen Hypertonie ist das bevölkerungsweite Bewusstsein über Risiken für die Entstehung und Folgen der Hypertonie, aber auch Interesse am eigenen Blutdruckstatus. Trotz der vielfältigen Informationsaktivitäten hinsichtlich Hypertonie mit massiver Präsenz in Laienpublikationen und der zunehmenden Zahl an verkauften Blutdruckgeräten wird weiterhin eine hohe Anzahl an bislang unentdeckten Hypertonikern in epidemiologischen Studien beschrieben [8–10]. In Österreich gab es in den vergangenen 30 Jahren wiederholt Umfragen zum Blutdruckbewusstsein der Bevölkerung, erstmals nach der erfolgreichen Blutdruckkampagne des Österreichischen Herzfonds 1978 [11]. Wir publizierten kürzlich Ergebnisse einer Umfrage vom Oktober 2009 [12] und präsentieren hier eine Zusammenfassung der wesentlichen Resultate sowie eine Aufschlüsselung nach Regionen.

■ Patienten und Methoden

Eine detaillierte Methodik sowie die genaue Beschreibung des verwendeten Fragebogens können einer verwandten Publikation entnommen werden [12]. Entsprechend früheren Umfragen wurde 1005 zufällig ausgewählten Österreichern ab 15 Jahren eine Reihe von Fragen zu ihrem allgemeinen Wissen über Blutdruck und zu ihrem eigenen Blutdruckstatus

Eingelangt am 1. April 2011; angenommen nach Revision am 29. Juni 2011; Pre-Publishing Online am 27. Juli 2011

Aus der ¹Abteilung für Angiologie, Klinik für Innere Medizin II, dem ²Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Österreich und dem ³Prevention and Rehabilitation Centre, University of Ottawa Heart Institute, Ottawa, Canada

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Anita Rieder, Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Rooseveltplatz 3/1; E-Mail: anita.rieder@meduniwien.ac.at

gestellt. Diese Fragen beschäftigten sich mit Häufigkeit und Ergebnissen persönlicher Blutdruckmessungen und, falls eine Hypertonie bekannt war, der Art der Therapie. Weitere Fragen gingen der Einschätzung und Einstellung der Befragten in Bezug auf Risikofaktoren für die Entstehung einer Hypertonie und Folgeerkrankungen durch hohen Blutdruck nach. Dabei konnten Antworten auf einer Likert-Skala zur Messung persönlicher Einstellungen gewählt werden (z. B. ein Risikofaktor führt stark/etwas/kaum zu hohem Blutdruck). Die Fragebogeninhalte werden im Überblick in Tabelle 1 präsentiert. Mittels Quota-Verfahren konnte ein für die österreichische Bevölkerung repräsentativer Querschnitt erzielt werden [13], d. h. die Stichprobe wurde nicht nach dem Zufallsprinzip gezogen, sondern geschulte Interviewer des Spectra-Marktforschungsinstituts haben nach einer Quotenvorgabe die Zielpersonen an ihren Wohnorten über ganz Österreich verstreut im Oktober 2009 rekrutiert. Quotiert wurden die Merkmale Alter, Geschlecht, Beruf und Berufstätigkeit sowie die regionale Verteilung (Bundesländer) entsprechend ihrer tatsächlichen Verteilung in der Grundgesamtheit. Um vergleichbare Gruppengrößen zu erreichen, wurden Wien, Niederösterreich und Burgenland, Steiermark und Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg sowie Oberösterreich als jeweils eine Region gruppiert.

■ Statistische Analyse

Ergebnisse wurden als Prozente der gewichteten Stichprobe dargestellt und Hypothesen zu Gruppenunterschieden mittels Chi-Quadrat-Test getestet. Unabhängige Prädiktoren für Hypertonie wurden mittels multivariater logistischer Regression bestimmt. Details finden sich in einer früheren Publikation [12].

Tabelle 1: Übersicht der Fragebogeninhalte

Fragen zum eigenen Blutdruckstatus und bei Hypertonikern zum Management des Bluthochdrucks

- Frage nach dem eigenen Blutdruck (normal/zu niedrig/zu hoch/weiß nicht)
- Wann wurde das letzte Mal bei Ihnen Blutdruck gemessen?
- Wo wurde der Blutdruck gemessen?
- Falls zutreffend: Was tun Sie gegen Ihren hohen Blutdruck?
- Wie lange muss man Medikamente zur Blutdrucksenkung nehmen?
- Haben Sie früher einmal Medikamente zur Blutdrucksenkung genommen?
- Falls zutreffend: Warum hörten Sie mit der Einnahme der Medikamente auf?
- Wann merkt man erhöhten Blutdruck an sich selbst?
- Kennen Sie Ihren zuletzt gemessenen Wert?

Fragen bezüglich der generellen Einstellung zum Bluthochdruck

- Wissen Sie, wie hoch der Blutdruck bei gesunden Menschen sein soll?
- Halten Sie hohen Blutdruck für: sehr gefährlich/unter Umständen gefährlich/eher harmlos/weiß nicht?

Fragen nach Risikofaktoren für die Entstehung einer Hypertonie

- Übergewicht, Aufregung und Sorgen, Bewegungsmangel, Nikotin, Alkohol, Erbanlagen, salzreiche Ernährung, Nierenerkrankung

Fragen nach Folgeerkrankungen bedingt durch eine Hypertonie

- Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzschwäche, Zuckerkrankheit, Nierenschwäche, Vergesslichkeit

Den Teilnehmern wurden verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Auswahl vorgelesen.

■ Ergebnisse

Die Charakteristika der Befragten und ein Vergleich zur Verteilung in der österreichischen Bevölkerung finden sich in Tabelle 2. Aus Selbstangaben zu Größe und Körpergewicht ergab sich ein durchschnittlicher Body-Mass-Index (BMI) von 24,9 kg/m² (Standardabweichung: 4,2) in der Gesamtbevölkerung. Zirka 35 % der Befragten müssen als übergewichtig (BMI 25–30) und 12 % als adipös (BMI ≥ 30) klassifiziert werden. Aufgeschlüsselt nach Regionen fallen in die Kategorie „übergewichtig“ bzw. „adipös“: 34,6 % bzw. 13,6 % in Wien, 38,0 % bzw. 11,3 % in Niederösterreich und Burgenland, 36,0 % bzw. 13,7 % in Steiermark und Kärnten, 33,5 % bzw. 13,0 % in Oberösterreich und 33,7 % bzw. 7,2 % in Salzburg, Tirol und Vorarlberg.

Bewusstsein für Normwerte, persönlicher Blutdruckstatus und Häufigkeit von Blutdruckmessungen

Der Großteil der Bevölkerung wusste, in welchem Bereich ein „normaler“ Blutdruck liegen sollte. Auf die Frage, welchen

Tabelle 2: Charakteristika der Befragten (n, %) und Verteilung in der österreichischen Bevölkerung (%) gemäß Statistik Austria

Charakteristika	Befragte (n = 1005)	Österreichische Bevölkerung
Geschlecht		
Männer	482 (48 %)	48 %
Frauen	523 (52 %)	52 %
Altersgruppen (in Jahren)		
15–29	221 (22 %)	22 %
30–49	392 (39 %)	39 %
50+	392 (39 %)	39 %
Bildung		
Pflichtschule	259 (26 %)	27 %
Lehre/Weiterführende Schule ohne Matura	500 (50 %)	49 %
Matura, Universitätsabschluss	245 (24 %)	24 %
Beruf		
Landwirt	39 (4 %)	4 %
Arbeiter	320 (32 %)	33 %
Angestellter/Beamter	431 (43 %)	44 %
Leitender Angestellter/Beamter	113 (12 %)	11 %
Selbständig/Freiberufler	88 (9 %)	8 %
Kaufkraft		
Hoch	333 (33 %)	33 %
Mittel	445 (44 %)	44 %
Niedrig	227 (23 %)	23 %
Bundesland		
Wien	200 (20 %)	20 %
Niederösterreich, Burgenland	231 (23 %)	23 %
Steiermark, Kärnten	221 (22 %)	22 %
Oberösterreich	171 (17 %)	17 %
Salzburg, Tirol, Vorarlberg	181 (18 %)	18 %
Ortsgröße		
Land	441 (44 %)	44 %
Klein-/Mittelstadt	251 (25 %)	25 %
Landeshauptstadt (ohne Wien)	111 (11 %)	11 %
Wien	202 (20 %)	20 %

Tabelle 3: Zeitintervall seit der letzten Blutdruckmessung (%)

	3 Monate	3–12 Monate	> 12 Monate	Noch nie	Selbstmessung
Gesamt	33	29	24	8	6
Männer ¹	27	29	26	12	6
Frauen	37	28	23	5	7
Altersgruppen (a)					
15–29	15	29	33	23	–
30–49 ²	29	29	32	7	3
≥ 50 ²	46	28	11	1	14
Bundesland					
Wien	32	24	26	9	9
Niederösterreich, Burgenland	33	33	15	11	9
Steiermark, Kärnten	34	26	27	6	7
Oberösterreich	30	35	24	8	4
Salzburg, Tirol, Vorarlberg	34	27	30	7	2

¹ p < 0,001 Männer vs. Frauen; ² p < 0,0001 Altersgruppe 30–49 vs. 15–29, und Altersgruppe ≥ 50 vs. 30–49 sowie vs. 15–29.

Blutdruck gesunde Menschen haben sollten, wählten 27 % einen systolischen Blutdruck bis 120 mmHg (optimaler Blutdruck gemäß „European Society of Hypertension Guidelines“) und 38 % zwischen 120 und 139 mmHg (normal und hochnormal gemäß ESH-Guidelines). 49 % nannten einen diastolischen Blutdruck bis 80 mmHg bzw. 19 % bis 90 mmHg. Jedoch wussten 16 % keinen systolischen sowie 22 % keinen diastolischen Normwert, wobei jeweils 3 % mehr Männer als Frauen diese Antwort gaben. Hier gab es signifikante Unterschiede in den Alterskategorien (p < 0,001). Insbesondere wählten deutlich mehr Personen < 30 Jahre die Kategorie „weiß nicht“, 25 % für den systolischen und sogar 38 % für den diastolischen Normalwert. Hingegen stieg die Akzeptanz für höhere Werte mit dem Alter, 9 % der Bevölkerung > 50 Jahre glauben, ein normaler Blutdruck sollte > 140 mmHg systolisch sein, während dies nur 1 % der < 30-Jährigen tun. Die Kategorie „100 plus Lebensalter“ wählten immerhin 11 % der Bevölkerung und hier gab es keine Altersunterschiede. Die Ergebnisse waren konstant im Regionenvergleich, doch zeigten sich deutliche Unterschiede nach Berufsgruppen. Die Kategorie „weiß nicht“ für den systolischen/diastolischen Wert eines Gesunden wählten 27 %/36 % der Landwirte, aber nur 11 %/17 % von leitenden Angestellten bzw. Beamten. Hypertoniker wussten besser als Nicht-Hypertoniker über den systolischen Normalwert Bescheid: > 70 % nannten einen Wert ≤ 140 mmHg (p < 0,0001).

Je 1/3 der Bevölkerung hatte eine Blutdruckmessung in den vergangenen 3 (Umfrage 2009: 33 %) oder 3–12 Monaten (Umfrage 2009: 29 %). Allerdings gaben 8 % an, noch nie ihren Blutdruck gemessen zu haben. Es zeigten sich signifikante Geschlechterunterschiede, die vor allem auf mehr rezente Messungen und weniger häufige Angabe der Kategorie „noch nie“ bei Frauen zurückzuführen waren (Tab. 3). Kein Landwirt gab an, regelmäßig selbst zu messen, während dies 12 % der leitenden Angestellten/Beamten taten. Jedoch berichteten 46 % der Landwirte von einer Messung in den vergangenen 3 Monaten. In Tabelle 2 findet sich zusätzlich eine Aufstellung nach Alter und Regionen. Am häufigsten wurde

Tabelle 4: Blutdruckstatus nach Geschlecht, Alter und Bundesland

	Der eigene Blutdruck ist			
	normal	hoch	niedrig	weiß nicht
Gesamt	62	15	8	15
Männer ¹	64	14	2	19
Frauen	60	16	13	12
Altersgruppen (in Jahren)				
15–29	63	3	6	28
30–49 ²	69	8	9	14
≥ 50 ³	54	30	7	9
Bundesland				
Wien	67	14	4	15
Niederösterreich, Burgenland	60	18	7	14
Steiermark, Kärnten	62	17	8	12
Oberösterreich	60	11	9	19
Salzburg, Tirol, Vorarlberg	59	14	10	17

¹ p < 0,0001 Männer vs. Frauen; ² p < 0,001 Altersgruppe 30–49 vs. 15–29 und ³ p < 0,0001 Altersgruppe ≥ 50 vs. 30–49 sowie vs. 15–29.

der Blutdruck beim Arzt gemessen (71 %), nur 3 % nannten eine Messung in der Apotheke. Auf die Frage, ob sie den zuletzt gemessenen Wert kennen, konnten nur ca. 40 % der Population einen ungefähren Wert nennen.

15 % der Befragten klassifizierten sich selbst als hyperten, in der Alterskategorie ab 50 Jahre stieg dieser Prozentsatz auf 30 %. Weiters konnten 15 % ihren eigenen Blutdruckstatus nicht in normal, hoch oder niedrig kategorisieren, wobei dies bei 21 % der Befragten aus der Arbeiter-Berufsgruppe der Fall war. Es zeigte sich auch ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern und so konnte beinahe jeder fünfte Mann seinen eigenen Blutdruck nicht klassifizieren. Eine Aufstellung nach Geschlecht, Alter und Region findet sich in Tabelle 4.

Drei Viertel der Population gab eine medikamentöse Behandlung ihrer Hypertonie an, nur 5 % taten gar nichts. Die wichtigsten Prädiktoren für Hypertonie aus den erhobenen Merkmalen waren Alter (Odds Ratio: 1,05; 95 %-Konfidenzintervall [CI]: 1,04–1,07) und BMI (Odds Ratio: 1,15; 95 %-CI: 1,1–1,2), d. h. für jeden Anstieg des Alters um ein Jahr bzw. des BMI um eine Einheit stieg das Risiko des Vorhandenseins einer Hypertonie um jeweils 5 % bzw. 15 %.

Bewusstsein für Risikofaktoren für die Entstehung einer Hypertonie

Die Befragten wurden gebeten zu beurteilen, ob vorgelesene Risikofaktoren stark/schwach/wenig zu Hypertonie führen. Insbesondere Übergewicht und mentaler Stress (bezeichnet als Aufregung und Sorgen) wurden häufig als starker Risikofaktor bezeichnet. Die Bedeutung von hohem Salzkonsum und Nierenerkrankungen fand deutlich weniger Zustimmung. Details sind in Abbildung 1 dargestellt. Es zeigte sich hier kein Unterschied zwischen Hypertonikern und Nicht-Hypertonikern außer für die Einschätzung der Rolle einer salzreichen Ernährung, die höhere Zustimmung unter Hypertonikern fand (p < 0,01).

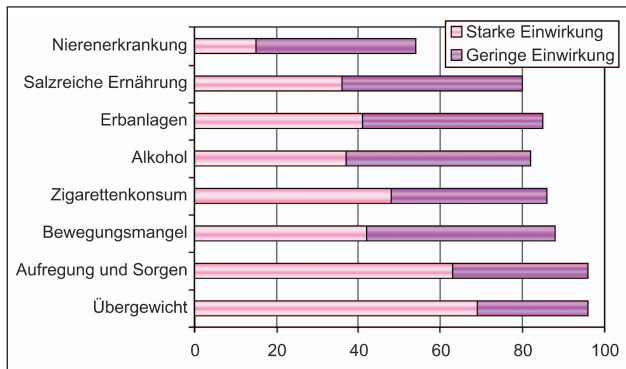


Abbildung 1: Ein Risikofaktor führt stark (rosa) oder etwas (violett) zu erhöhtem Blutdruck. Mod nach [12].

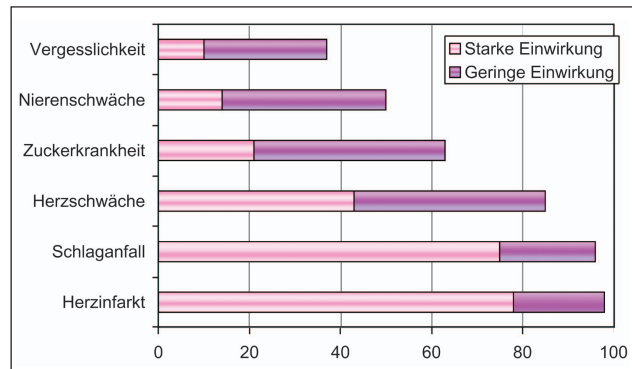


Abbildung 2: Erhöhter Blutdruck führt stark (rosa) oder etwas (violett) zu den angeführten Folgeerkrankungen.

Bewusstsein für Symptome der Hypertonie und Folgeerkrankungen

Auf die Frage „Ab wann glauben Sie, dass man erhöhten Blutdruck an sich selbst merkt?“ konnte mit (1) „sofort, bei Auftreten“, (2) „erst, wenn man ihn schon länger hat“, (3) „gar nicht“ und (4) „weiß nicht“ geantwortet werden. Der Großteil der Bevölkerung glaubt, dass er eine Hypertonie sofort (22 %) oder nach einiger Zeit (39 %) selbst erkennt. Nur 19 % waren davon nicht überzeugt und 21 % wussten keine Antwort. Interessanterweise war diese Einschätzung wenig abhängig vom Alter, auch in der Altersgruppe > 50 Jahre glaubten fast $\frac{2}{3}$ (62 %), einen hohen Blutdruck selbst zu merken. Geschlechter- und regionenspezifische Antworten sind in Tabelle 5 gezeigt.

Auf Fragen zu Folgeerkrankungen und Zielorganschäden wurden besonders Herzinfarkt und Schlaganfall in starken Bezug zur Hypertonie gesetzt. Genaue Ergebnisse werden in Abbildung 2 dargestellt. Die Nennungen von Herzinfarkt und Schlaganfall waren weiters signifikant höher unter Hypertonikern (stark/etwas Herzinfarkt: 87 %/13 % Hypertoniker vs. 76 %/21 % Nicht-Hypertoniker; $p < 0,01$; Schlaganfall: 87 %/13 % Hypertoniker vs. 73 %/22 % Nicht-Hypertoniker; $p < 0,001$). Ansonsten gab es keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Einschätzung der Folgeerkrankungen zwischen Hypertonikern und Nicht-Hypertonikern.

Ergebnisse im historischen Vergleich

Vergleichbare repräsentative Umfragen wurden erstmal 1978 nach der erfolgreichen Blutdruckkampagne des Österreichischen Herzfonds sowie in den Jahren 1984, 1990, 1993 und 1998 durchgeführt [11, 14]. Rezente Blutdruckmessungen innerhalb der vergangenen 3 Monate waren häufig nach der Kampagne 1978 (49 %), stagnieren seither aber bei ca. $\frac{1}{3}$ der Bevölkerung.

Die Selbsteinschätzung, an einer Hypertonie zu leiden, lag 1978 bei 14 %, sank 1998 auf 12 % und stieg 2009 signifikant auf 15 % an ($p < 0,01$ im Vergleich zu 1998). Der Anteil der Hypertoniker, die gar nichts gegen ihren erhöhten Blutdruck unternehmen, hat sich gegenüber 1998 deutlich verringert. Er sank von 10 % auf 5 % ($p < 0,0001$).

Im Vergleich zu 1978 und 1998 stieg die Zustimmung zu allen genannten Risikofaktoren für erhöhten Blutdruck [12].

Tabelle 5: Einschätzung der Symptome von erhöhtem Blutdruck

	Ab wann merkt man erhöhten Blutdruck an sich selbst?			
	Sofort	Nach einiger Zeit	Gar nicht	Weiß nicht
Gesamt	22	39	19	21
Männer ¹	18	37	20	25
Frauen	25	40	19	16
Altersgruppen (in Jahren)				
15–29	19	37	13	30
30–49	21	40	18	21
≥ 50 ²	24	38	23	15
Bundesland				
Wien	15	37	25	22
Niederösterreich, Burgenland	25	35	18	23
Steiermark, Kärnten	28	40	13	19
Oberösterreich	22	35	18	24
Salzburg, Tirol, Vorarlberg	17	46	23	14

¹ $p < 0,01$ Männer vs. Frauen; ² $p < 0,0001$ Altersgruppe ≥ 50 vs. 15–29.

Diskussion

Eine Normalisierung des Blutdrucks von Hypertonikern ist eine wesentliche Voraussetzung, das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen für den einzelnen Patienten zu reduzieren und die Gesamtereignisrate in der Bevölkerung zu vermindern [15]. Um dieses Ziel zu erreichen, muss Wissen um Risiken und Folgen der arteriellen Hypertonie sowie Interesse am eigenen Blutdruckstatus in der Bevölkerung geschaffen werden. Die hier vorgestellte Bevölkerungsstichprobe hat ein identes Design zu Umfragen der vergangenen 3 Jahrzehnte, was die Möglichkeit bietet, direkte Vergleiche zu ziehen. Trotz des zunehmenden Bewusstseins für die Gefahren des erhöhten Blutdrucks kennen viele Österreicher ihren eigenen Blutdruckwert nicht. Wie aus der Literatur bekannt, ist die Wirkung von Medienkampagnen zur Förderung von Präventionsmaßnahmen nur von kurzer Dauer [16] und es kann sicherlich kein Effekt der Blutdruckkampagne von vor > 30 Jahren für heute erwartet werden. Jedoch gibt es eine Vielzahl an Informationsaktivitäten für kardiovaskuläre Gesundheit in Österreich, was sich auch im allgemeinen Wissen der Befragten widerspiegelt, doch offenbar geht dies nicht zwangsläufig mit mehr Blutdruckmessungen einher. Auffällig war in diesem Zusammenhang auch, dass insbesondere < 30-Jährige

nicht wissen, wie ein normaler Blutdruck sein sollte und ältere Personen eher höhere Werte als normal akzeptieren, was auch bereits in der Literatur beschrieben wurde [17]. Die Hypertonie wird seit Langem als „silent killer“ beschrieben, da sie zumeist ohne oder mit sehr unspezifischen Symptomen wie Kopfschmerz oder Schwindel einhergeht, die häufig fehlgedeutet werden [18]. Die Fehleinschätzung eines Großteils der Bevölkerung, selbst den erhöhten Blutdruck erkennen zu können, ist daher besorgniserregend, da dies dazu führen kann, dass das persönliche Hypertonierisiko unterschätzt wird, weil keine Symptome wahrgenommen werden. Eine rezente Untersuchung von Schlaganfallpatienten mit bekannter arterieller Hypertonie im Rahmen des „Vienna Stroke Registry“ zeigte ebenfalls eine Diskrepanz zwischen allgemeinem Wissen und Einschätzung des persönlichen Risikos [19]. So waren sich 77 % der Betroffenen bewusst, dass Hypertonie ein Risikofaktor für Schlaganfall ist, aber nur 30 % glaubten, selbst gefährdet zu sein.

15 % der Befragten klassifizierten sich in unserer Bevölkerungsstichprobe selbst als Hypertoniker. Epidemiologische Studien beschreiben, dass ca. 26 % der erwachsenen Bevölkerung weltweit hypertensiv sind mit einer Streuung von 20–50 % [20]. Zwar verbesserte sich das österreichische Ergebnis im Vergleich zu 1998, doch zeigten andere Screeninguntersuchungen in Europa, dass nur ca. 50–70 % der Betroffenen ihre Hypertonie bekannt ist [10, 21], wovon auch in Österreich auszugehen ist. Wie auch in anderen Studien waren Alter und BMI unabhängige Prädiktoren für das Bestehen einer Hypertonie [22, 23]. Frauen gaben häufiger rezente Blutdruckmessungen als Männer an, was teilweise durch häufigere Arztbesuche erklärt werden kann [24], in deren Rahmen in unserer Umfrage vor allem Blutdruckmessungen durchgeführt wurden. Jedoch zeigten auch andere europäische Studien ein insgesamt höheres Blutdruckbewusstsein bei Frauen [9, 25, 26]. Erfreulicherweise hat sich der Prozentsatz jener, die überhaupt keine Maßnahmen gegen einen bekannt zu hohen Blutdruck ergreifen, im vergangenen Jahrzehnt von 10 auf 5 % halbiert. Es ist wohl naheliegend, dass sich auch in Österreich insgesamt die Behandlungsqualität der arteriellen Hypertonie, wie in verschiedenen Ländern Europas und Nordamerikas, in den vergangenen Jahrzehnten verbessert hat [27].

Bezüglich der Häufigkeit von Blutdruckmessungen fanden sich ähnliche Ergebnisse auch in anderen Ländern [28–30], diese sind aber deutlich schlechter als jene in Kanada, wo ein Reihe von Kampagnen zur Förderung des Blutdruckbewusstseins implementiert wurde. Durch diese und andere Maßnahmen konnte die Rate der behandelten und kontrollierten Hypertoniker deutlich erhöht werden [31], nur 2,6 % der Bevölkerung geben an, noch nie den Blutdruck gemessen zu haben [32].

Eine frühe effektive Behandlung der arteriellen Hypertonie kann Folgeerkrankungen verhindern und so die Volksgesundheit verbessern. Das Ergebnis der rezenten Stichprobe zum Blutdruckbewusstsein der Österreicher unterstreicht, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, um die Bevölkerung für den eigenen Blutdruckstatus zu sensibilisieren. Das Interesse, den eigenen Blutdruck zu kennen, und das Wissen, dass Symptome fehlen können, sollten wiederholt und regelmäßig durch Aufklärungskampagnen vermittelt werden.

■ Relevanz für die Praxis

Das zunehmende Bewusstsein der österreichischen Bevölkerung für die allgemeinen Risiken der Hypertonie steht in Diskrepanz zu seltenen persönlichen Blutdruckmessungen und weit verbreiteter Unkenntnis des eigenen Blutdruckstatus. Dies und die häufig genannte Fehleinschätzung, eine Hypertonie selbst erkennen zu können, unterstreichen die Notwendigkeit für weitere Public-Health-Programme zur Förderung des Blutdruckbewusstseins in Österreich.

■ Förderung

Die Durchführung der Studie wurde durch den Werner-Klein-Preis der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie unterstützt.

■ Interessenkonflikt

Die Autoren verneinen einen Interessenkonflikt.

Literatur:

1. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367: 1747–57.
2. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* 2008; 371: 1513–8.
3. Thom T, Haase N, Rosamond W, et al. Heart disease and stroke statistics – 2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2006; 113: e85–e151.
4. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347–60.
5. Levi F, Chatenoud L, Bertuccio P, et al. Mortality from cardiovascular and cerebrovascular diseases in Europe and other areas of the world: an update. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16: 333–50.
6. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000. *N Engl J Med* 2007; 356: 2388–98.
7. Goldman L, Phillips KA, Coxson P, et al. The effect of risk factor reductions between 1981 and 1990 on coronary heart disease incidence, prevalence, mortality and cost. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38: 1012–7.
8. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003; 289: 2363–9.
9. Sharma AM, Wittchen HU, Kirch W, et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. *J Hypertens* 2004; 22: 479–86.
10. Meisinger C, Heier M, Volzke H, et al. Regional disparities of hypertension prevalence and management within Germany. *J Hypertens* 2006; 24: 293–9.
11. Schmeiser-Rieder A, Kunze U. Blood pressure awareness in Austria. A 20-year evaluation, 1978–1998. *Eur Heart J* 2000; 21: 414–20.
12. Steiner S, Dörner TE, Fodor GJ, et al. Blood pressure awareness in Austria: lessons from a 30 years horizon. *Am J Hypertens* 2011; 24: 408–14.
13. Atteslander P. Methoden der empirischen Sozialforschung. 12. Aufl. Schmidt, Berlin, 2008.
14. Schmeiser-Rieder A, Kunze U. [Blood pressure awareness in Austria: indicators of an increasing information deficit]. *Wien Klin Wochenschr* 1995; 107: 493–9.
15. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206–52.
16. Petrella RJ, Speechley M, Kleinstiver PW, et al. Impact of a social marketing media campaign on public awareness of hypertension. *Am J Hypertens* 2005; 18: 270–5.
17. Witzner B, Gryglewska B, Gasowski J, et al. Normal blood pressure values as perceived by normotensive and hypertensive subjects. *J Hum Hypertens* 2003; 17: 87–91.
18. Dimenas ES, Wiklund IK, Dahlöf CG, et al. Differences in the subjective well-being and symptoms of normotensives, borderline hypertensives and hypertensives. *J Hypertens* 1989; 7: 885–90.
19. Samal D, Greisenegger S, Auff E, et al. The relation between knowledge about hypertension and education in hospitalized patients with stroke in Vienna. *Stroke* 2007; 38: 1304–8.
20. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens* 2004; 22: 11–9.
21. Scheltens T, Bots ML, Numans ME, et al. Awareness, treatment and control of hypertension: the 'rule of halves' in an era of risk-based treatment of hypertension. *J Hum Hypertens* 2007; 21: 99–106.
22. Ong KL, Cheung BM, Man YB, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999–2004. *Hypertension* 2007; 49: 69–75.

23. Leenen FH, McInnis NH, Fodor G. Obesity and the prevalence and management of hypertension in Ontario, Canada. *Am J Hypertens* 2010; 23: 1000–6.
24. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, et al. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract* 2000; 49: 147–52.
25. Primatesta P, Brookes M, Poulter NR. Improved hypertension management and control: results from the health survey for England 1998. *Hypertension* 2001; 38: 827–32.
26. Psaltopoulou T, Orfanos P, Naska A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26,913 adults in the Greek EPIC study. *Int J Epidemiol* 2004; 33: 1345–52.
27. Antikainen RL, Moltchanov VA, Chukwuma C Sr, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: the WHO MONICA Project. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13: 13–29.
28. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005; 23: 1817–23.
29. Al-Roomi KA, Heller RF. Blood pressure measurement in an Australian population. *Med J Aust* 1987; 146: 198–200.
30. Stergiou GS, Thomopoulou GC, Skeva II, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in Greece: the Didima study. *Am J Hypertens* 1999; 12: 959–65.
31. Leenen FH, Dumais J, McInnis NH, et al. Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension. *CMAJ* 2008; 178: 1441–9.
32. Amankwah E, Campbell NR, Maxwell C, et al. Why some adult Canadians do not have blood pressure measured. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2007; 9: 944–51.

Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder

Geboren 1962. 1989 Promotion zum Dr. med. univ. an der Universität Wien. Seit 1989 am Institut für Sozialmedizin der Universität Wien. Seit 1993 Gesundheitspsychologin. 1996 Gründungsmitglied des „Frauenforum Medizin“. 1999 Visiting professor, University of Ottawa, National Heart Institute, Canada. 2000 Professor für Sozialmedizin/kardiovaskuläre Krankheiten, Medizinische Universität Wien.



Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung