

Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Hypertonie aus der Sicht des niedergelassenen

Allgemeinmediziners

Glehr R, Danzinger K

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2014; 18

(1), 5-7

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.

Hypertonie aus der Sicht des niedergelassenen Allgemeinmediziners

R. Glehr¹, K. Danzinger²

Kurzfassung: Bei Patienten mit Hypertonie sind in der Hausarztpraxis Modalitätenvielfalt bei der Entdeckung, später Individualität des Behandlungsansatzes, Betreuungskontinuität und Achtsamkeit auf Folgeerkrankungen bzw. Komorbiditäten charakteristisch. Bewusstsein für Risiken und Notwendigkeit der Behandlung, Änderung des Lebensstils und Kampf gegen das Verdrängen sind ständige Themen in der Patient-Arzt-Beziehung.

Schlüsselwörter: Hypertonie, Hausarztpraxis, Betreuungskontinuität, Behandlungsansatz

Abstract: Hypertension in Family Medicine.

In general practice, hypertensive patients are characterized by a number of modalities at detection, later individualized treatment approaches, continuity of medical attendance as well as awareness of ensuing diseases or comorbidities.

The patient-doctor relationship comprises topics such as risk awareness, necessity of treatment, lifestyle changes, and blocking out. **J Hypertonie 2014; 18 (1): 5–7.**

Key words: Hypertension, general practice, family medicine, continuity of care, therapeutic approach

■ Entdecken

Hypertonie ist eines der häufigsten Behandlungsprobleme in der Hausarztpraxis. Die Entdeckung von Patienten mit Hypertonie erfolgt in sehr unterschiedlichen Situationen. Selten sind dafür typische Symptome Anlass, wie z. B. Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit, Ohrensausen oder Schlafstörungen. Häufiger geschieht die Erstdiagnose durch systematische Messung im Rahmen anderer Beratungsanlässe, bei Führerschein- oder Vorsorgeuntersuchungen. Vor allem bei neuen Patienten ist angesichts der Beschwerdearmut früher Stadien eine konsequente Blutdruckmessung angeraten.

Durch die Verfügbarkeit von Blutdruckmessgeräten in fast jedem Haushalt hat sich die Awareness in der Bevölkerung geändert. Gelegenheitsmessungen zuhause wollen in der Ordination bestätigt oder entkräftet werden. Ein Messergebnis, nicht eine Beschwerde, führt dann zur Konsultation.

■ Bewusstsein schaffen

Bei Diagnose und Behandlung ergeben sich unterschiedliche Perspektiven, je nachdem, ob eine hypertone Krise mit Symptomen vorliegt, ob Hypertonie als Risikofaktor ohne Beschwerden entdeckt wird oder ob chronische Symptome durch bereits vorhandene Organschäden bestehen.

Bei einer akuten Symptomatik, z. B. im Rahmen einer hypertonen Krise, erleben Patienten unmittelbar den Effekt der Behandlung. Es besteht große Bereitschaft für eine genaue Abklärung, die Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit ist leicht zu erzielen, die Motivation zur Lebensstiländerung ist hoch, hält aber häufig nur eine gewisse Zeit an.

Bei vorliegender Diagnose, aber fehlenden Beschwerden liegt der Schwerpunkt der Betreuung in der Information und Bedeutungszuteilung. Es muss dafür ein Bewusstsein geschaffen werden, dass die Behandlungseffekte in der Zukunft liegen. Behandlungsziele, Lebensstiländerung, Medikamenteneinnahme, Kontrollbesuche und Selbst-Monitoring müssen erläutert werden.

Bei bereits vorhandenen Organschäden ist das Bewusstsein für die Zusammenhänge vordringlich näherzubringen. Der Kampf gegen das Verdrängen ist notwendig, die Sinnhaftigkeit einer Lebensstiländerung in Bezug auf Rauchen, Ernährung, Bewegung, Alkohol, Gewicht und Stress zu vermitteln. Unterstützung im täglichen Leben ist oft notwendig. Überlegungen bezüglich einer stationären Rehabilitation sollten in Erwägung gezogen werden.

■ Selbstmanagement fördern

Ist die Diagnose gestellt und die Abklärung erfolgt, plagt man sich oftmals mit den Ergebnissen der wichtigen Selbstmessung der Patienten: Zumeist ist der Blutdruck beim Arzt zu hoch, bei der Selbstmessung bestehen schöne Werte. Wenn die Patienten ihr Selbstmessgerät in die Ordination mitbringen, zeigt sich, dass es weniger „Weißkittelblutdrücke“ gibt als angenommen. Selten, aber doch ist das Gerät fehlerhaft – meist ist es aber die Messmethode des Patienten: Bei den Oberarmmessgeräten stimmt manchmal die Manschettendimension nicht, oft ist es auch die fehlerhafte Anlage der Blutdruckmanschette, vielfach einfach das nicht ausgestreckte Ellbogengelenk. Handgelenksblutdruckmessgeräte werden häufig nicht in Herzhöhe gehalten oder das Messgerät wird an der falschen Hand angelegt.

Ein besonderes Problem bei der Selbstmessung stellt „Vorhofflimmern“ dar. Zehn Prozent der Hypertoniker > 70 Jahre sind davon betroffen. Die unterschiedliche linksventrikuläre Füllung bedingt eine hohe Variabilität der Werte, bei bradykarden Phasen erfolgt oft das Ablassen des Luftdruckes in der Manschette zu schnell. Den Patienten sind wiederholte Messungen

Eingelangt am 12. November 2013; angenommen am 27. November 2013

Aus der ¹Ordination Dr. Glehr, Hartberg; ²Ordination Dr. Danzinger, Allentsteig

Korrespondenzadresse: MR Dr. med. Reinhold Glehr, A-8230 Hartberg, Michaeli-gasse 12; E-Mail: glehr@aon.at

und integrale Bewertung zu empfehlen. Eine eingehende Erklärung der Variabilität ist notwendig [1, 2].

Zur 24-h-Blutdruckmessung müssen die Patienten häufig wegen Störung der Nachtruhe, des Arbeitsablaufes bzw. der öffentlichen Erkennbarkeit als Blutdruckpatient besonders motiviert werden.

■ Problemfelder in der Hausarztmedizin

Problemfelder bei der Diagnose Hypertonie sind einerseits das Nicht-daran-Denken und dadurch Nichterkennen bei jüngeren Patienten, andererseits dass medikamentös behandelte Hypertoniker oft nach wie vor hypertensiv sind und dass nicht medikamentös Behandelte in der Hoffnung auf Lebensstiländerung den Therapiebeginn zu lange hinausschieben. Besondere Aufmerksamkeit brauchen ältere Patienten mit Orthostaseneigung (systolischer Blutdruckabfall von > 20 mmHg nach dem Aufstehen), aber auch Schmerzpatienten mit Dauermedikation und Interaktionspotenzial (z. B. NSAR, Kortisoninjektionen).

Bei älteren Patienten ist die mit Wohlbefinden verbundene und mit möglichst geringem Risiko verknüpfte Blutdruckeinstellung oft schwierig zu finden. *Shared decision-making* ist hier oft schwierig, aber notwendig, um eine möglichst gute Einnahmetreue und eine Nähe zu den Empfehlungen der Leitlinien zu bewirken [3]. Mit einem Medikament alleine schafft man häufig eine zu geringe Blutdrucksenkung. Da die Adhärenz des Patienten mit zunehmender Tablettenanzahl bekanntermaßen sinkt, sind die neuen Kombinationspräparate als hilfreich zu bezeichnen.

Fallstricke gibt es oft bezüglich der Medikamenteneinnahme trotz Computerausdruck des Medikamentenplans: Morgens, mittags, abends wird gelegentlich mit einem Wochentag verwechselt und der Patient wundert sich, dass die Woche nur 3 oder 4 Tage hat (nachts ist dann der 4. Tag). Unterschiedliche Namen von Medikamenten mit gleichen Wirkstoffen können bei Nichtverfügbarkeit in der Apotheke oder Unachtsamkeit bei der Verschreibung Verwirrung stiften. Verwundert ist man auch gelegentlich, welche „therapeutischen Wunder“ eine Betreuung durch die Hauskrankenpflege (und die damit verbundene konsequente Medikamenteneinnahme) vollbringen kann; auf einmal können Antihypertensiva wieder reduziert oder abgesetzt werden.

Die Lebensstilmodifikation, die erste und wichtigste Säule bei der Hypertoniebehandlung, ist wohl am schwierigsten umzusetzen und dem Patienten zu vermitteln. Obwohl die Patienten praktisch immer nach „nichtmedikamentösen Alternativen“ fragen, ist es schwierig, sie zur Änderung ihres Lebensstils zu

motivieren. Oftmals sind arbeitsplatzbedingte Faktoren oder familiäre Belastungssituationen dafür maßgeblich (Pendler, Druck am Arbeitsplatz).

■ Betreuung im Netzwerk

Die Zusammenarbeit mit Spezialisten ergibt sich bei der Erstabklärung bezüglich bereits vorhandener Organschäden und bei therapieresistenter Hypertonie. Echokardiographie (Linksherzhypertrophie, Herzklappen), EKG (abgelaufener Infarkt), Ergometrie (Ausschluss KHK, Blutdruck unter Belastung), Sonographie der Karotiden und der Aorta (Arteriosklerose, Aortenaneurysma), Sonographie der Niere und Nebenniere (sekundäre Hypertonie) sowie eine Funduskontrolle sind die erwünschten Untersuchungen. Die Einhaltung klarer Regeln ist sinnvoll, wann eine Überweisung zum niedergelassenen Spezialisten und wann zu einer höheren Versorgungsebene angezeigt ist.

■ Zusammenfassung

Spezielle hausärztliche Dimensionen bei der Betreuung von Patienten mit Hypertonie sind Kontinuität, Breite, Individualität und Komorbidität. Die Beziehungskontinuität ermöglicht den Blick auf Hypertonie auch bei Krankheitsepisoden anderer Art. Die Breite ermöglicht neben den biomedizinischen die Beachtung psychischer und sozialer Aspekte. Mit der Diagnose verbundene Vorstellungen, Befürchtungen und Erwartungen sollten mit Rücksicht auf die Individualität beachtet werden. Die häufigen Komorbiditäten erfordern simultane Betreuung mit Achtsamkeit auf die Folgen anderer Erkrankungen (z. B. Bewegungsmangel bei Arthrosen).

Bluthochdruck ist einer der 4 großen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das kardiovaskulär-metabolische Muster mit arterieller Hypertonie, Arteriosklerose, koronarer Herzkrankheit, peripherer arterieller Verschlusskrankheit sowie Adipositas, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie und Hyperurikämie steigt von 65–89 Jahren bei Frauen von 19 % auf 44 % und bei Männern von 29 % auf 58 % an [4]. Es gilt, die Diagnose rechtzeitig zu stellen, mögliche Ursachen zu suchen, Folgeschäden zu verhindern und langfristig die Betroffenen zu begleiten. Die Hausarztpraxis ist in Zusammenarbeit mit Spezialisten die beste Stelle, um diese Ziele zu erreichen.

■ Interessenkonflikt

Die Autoren verneinen einen Interessenkonflikt.

■ Relevanz für die Praxis

Die Hypertonie ist eine häufig beobachtete und therapiebedürftige Krankheit in der Allgemeinpraxis. Viele Folgekrankheiten fußen auf der Hypertonie als Grundkrankheit. Eine besondere Herausforderung ist es, den Patienten zur Beibehaltung der Therapie zu motivieren und seinen Lebensstil zu ändern.

Literatur:

1. Mengden T, Dechend R, Lüders S, et al. Praxisleitlinien für Heimblutdruckmessung. Dtsch Med Wochenschr 2011; 136: 2374–7.
2. Nieuwlaat R, Capucci A, Camm AJ, et al.; European Heart Survey Investigators. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. Eur Heart J 2005; 26: 2422–34.
3. Chaudhry SI, Krumholz HM, Foody JM. Systolic hypertension in older persons. JAMA 2004; 292: 1074–80.
4. Van den Bussche H, Schäfer I, Koller D, et al. Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung. Z Allg Med 2012; 88: 365–71. http://www.online-zfa.de/media/article/2012/09/3B097523-687A-416F-87FB-0BB49BFAE1B5/3B097523687A416F87FB0BB49BFAE1B5_van_den_bussche_multimorbidaet_teil_1_1_original.pdf [gesehen 27.11.2013].

MR Dr. med. Reinhold Glehr

1978 Niederlassung als Arzt für Allgemeinmedizin in Hartberg, Vorstandsmitglied Steirische Akademie für Allgemeinmedizin, Lehrbeauftragter Medizinische Universität Graz. 1995 Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin/Familienmedizin (ÖGAM). 2002 Mitglied Akkreditierungsrat Österreichischen Akademie der Ärzte und Referent für Lehrpraxis Ärztekammer Steiermark. 2010 Präsident der ÖGAM.



© Christian Jungwirth

Dr. med. Karl Danzinger

Geboren 1960. 1978–1984 Medizinstudium an der Universität Wien. 1984–1987 Turnusausbildung am KH Gmünd. Seit 1989 Arzt für Allgemeinmedizin und Stadtarzt in Allentsteig sowie Heimarzt am Landesjugendheim Allentsteig.



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](#)