

Entwicklung, der Zunahme von Adipositas, Diabetes mellitus und damit der Hypertonie, um nur die wichtigsten Faktoren zu nennen, nicht durch Akutmaßnahmen lösen können. Der wichtigste präventive Beitrag muss von der primärmedizinischen Front kommen, den Hausärzten.

Die Fülle der wissenschaftlichen Erkenntnis über die Bedeutung einer adäquaten Blutdrucksenkung für die Verringerung des Schlaganfallrisikos muss mehr Einzug in das Beratungs- und Therapieverhalten der Hausärzte finden. Auch wenn die meisten Schlaganfallpatienten über 70 Jahre alt sind, muss dieses Krankheitsbild heraus aus der „geriatrischen Ecke“ und bereits den 50-jährigen Hypertonikern deutlich als Risiko vor Augen geführt werden, da die Grundlagen dafür bereits zwei Jahrzehnte zuvor gelegt werden.

Ich sage meinen Patienten in dieser Beratungssituation jedes Mal ganz klar, dass es wohl einen Unterschied macht, seine letzten zehn Jahre als Pflegefall im Rollstuhl oder auf eigenen Beinen gehend zu verbringen. Das erscheint mir sinnvoller, als auf die ökonomische Belastung der Versicherungsgemeinschaft hinzuweisen, welche

(leider) bei den meisten Patienten eher die Assoziation eines Selbstbedienungsladens auslöst. Dennoch bleibt die traurige Tatsache, dass der Schlaganfall heute die häufigste Ursache für permanente Behinderung und Pflegebedürftigkeit darstellt.

Mit der Kurzdarstellung der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, zwei Kommentaren zur LIFE-Studie, zur ALLHAT-Diskussion und einer zertifizierten Fortbildung in diesem Supplement der MMW-Fortschritte der Medizin wollen wir einen Beitrag leisten, das Problem

Schlaganfall noch fester im Bewusstsein der Hausärzte zu verankern und sie zu „brennenden Fackeln“ für den Gedanken der Primärprävention zu machen. So ein „bisschen“ leicht erhöhter Blutdruck, geschweige denn eine TIA, sind eben keine Bagatelle, sondern ein Fanal für die lange Straße hin zum Schlaganfall. Ihnen als Hausarzt kommt die wichtige Rolle zu, den Patienten davon zu überzeugen, damit er motiviert ist, Ihre Ratschläge und Maßnahmen auch zu befolgen.

H. S. Fießl

Geschäftsführender Schriftleiter der  
MMW-Fortschritte der Medizin

## INHALT

- 4 — Schlaganfall ist nicht gleich Schlaganfall**  
P. Stiefelhagen
- 6 — Auf die Blutdrucksenkung kommt es an (ALLHAT)**  
R. Düsing
- 7 — Mit Losartan noch mehr gegen den Schlaganfall tun (LIFE)**  
P. Baumgart
- 9 — Primärprävention des Schlaganfalls: Was hilft – was hilft nicht?**  
H.-C. Diener
- 11 — Zertifizierte Fortbildung: Time is brain – Prävention, Diagnostik und Therapie des Schlaganfalls**  
P. Stiefelhagen



In der LIFE-(Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension)-Studie wurden 9193 Patienten mit mittelschwerem bis schwerem Bluthochdruck und elektrokardiographisch dokumentierter linksventrikulärer Hypertrophie für im Mittel 4,8 Jahre entweder mit Losartan (LORZAAR®) oder Atenolol behandelt. Weitere Antihypertensiva, z. B. Hydrochlorothiazid, konnten dazu kombiniert werden außer ACE-Hemmern oder Angio-

tensin-II-Antagonisten beziehungsweise Betablockern.

● Bei gleicher Blutdrucksenkung traten in der Atenololgruppe 309 Schlaganfälle, unter Losartan dagegen nur 232 Schlaganfälle auf. Das entspricht einer Reduktion des Schlaganfallrisikos um 24,9% ( $p < 0,001$ ) [1]. Offenbar besitzt Losartan über die Blutdrucksenkung hinausgehende Wirkungen (s. auch Statement von H. Drexler, S. 8).

● Bei Patienten mit isolierter systoli-

scher Hypertonie ( $n = 1326$ ) fand sich unter Losartan sogar eine Reduktion des Schlaganfallrisikos um 40% [2].

● Der kombinierte kardiovaskuläre Endpunkt wurde um 13% und das Auftreten eines Diabetes um 25% reduziert [1] (s. auch Beitrag P. Baumgart, S. 6).

1. Dahlöf, B., Devereux, R. B., Kjeldsen, S. E., et al.: Lancet 359 (2002), 995–1003.
2. Kjeldsen, S. E., Dahlöf, B., Devereux, R., et al.: J. Amer. Med. Ass. 288 (2002), 1491–1498.