

Hypertoniekontrolle beim Friseur?

Eigentlich gehört nicht allzu viel Phantasie dazu, sich traditionelle Orte vorzustellen, an denen sich Hypertoniepatienten mit ihrem Blutdruck beschäftigen: die Arztpraxis, die Apotheke oder zu Hause mit dem eigenen Messgerät (Letzterer ist – sowohl was die Genauigkeit als auch das „entspannte Wohlfühl“ anbetrifft – der Beste ...). Eher ungewöhnlich mutet es hingegen an, wenn der Friseur in der Stadt seinen Salon als Hochdruckmanagement-Büro ausbaut und entsprechend anpreist.

Amerikanische Wissenschaftler haben sich ein Studiendesign ausgedacht, bei dem Friseursalons eine zentrale Rolle spielen. Allerdings nicht nur ein „normaler“ Friseursalon, der Besitzer musste afroamerikanischer Herkunft sein. Dieser Überlegung liegen wissenschaftliche Fakten zugrunde:

- Schwarze Männer in den USA leiden besonders häufig an Bluthochdruck.
- Die Qualität der Einstellung lässt bei über 70% der betroffenen vier Millionen Patienten zu wünschen übrig.
- Letztlich ist auch die altersadjustierte Sterblichkeit an Hochdruckkrankheiten bei Schwarzen drei Mal höher als bei Weißen.

Primäres Ziel dieser cluster-randomisierten Studie in Dallas County/Texas war die „Blutdruckkontrolle“ bei den (schwarzen) Kunden der teilnehmenden Friseure. Warum der Begriff Blutdruckkontrolle in Anführungszeichen steht? Weil die Autoren darunter offenbar die Weiterleitung bisher unbehandelter Personen an Ärzte verstanden, al-



Foto: Fotolia/Andreas Meyer

so im Grunde die Einschleusung ins medizinische Versorgungssystem.

Der Aufwand für diese Untersuchung erscheint enorm. Auf Eignung geprüft wurden 222 Friseurläden und 5.094 Kunden mit Bluthochdruck. Letztendlich randomisiert wurden lediglich:

- 9 Salons mit 539 Kunden in der Interventionsgruppe (kontinuierliche RR-Kontrollangebote; Adressen behandelnder Ärzte; Flyer mit Gesundheitseratschlägen) und

- 8 Salons mit 483 Kunden in der Kontrollgruppe (Standardflyer über Bluthochdruck).

Das Ergebnis ist in meinen Augen enttäuschend. Zwar verbesserte sich die „Blutdruckkontrolle“ durch die Intervention (d.h. die Friseure erfüllten ihre Rolle als „Gesundheitserzieher“ und sorgten dafür, dass hypertone Kunden einen Arzt aufsuchten) – der Blutdruck selbst aber ging nur marginal und statistisch nicht signifikant zurück. Dieses Resultat verkaufen die Autoren als Erfolg. Warum man in den Friseurläden nicht in einem kleinen Hinterzimmer eine Krankenschwester als kontinuierliche „case managerin“ einsetzte, bleibt unklar.

Es scheint doch noch etwas anderes zu sein, beim Friseur ein Schwätzchen zu halten, als sich Änderungen im Lebensstil und einer langfristigen Arzneimittelbehandlung zu unterziehen. Ich sage das allerdings etwas vorlaut, denn mein letzter Friseurbesuch liegt aufgrund fehlenden Schneidmaterials fast genau 15 Jahre zurück ...

Victor RG et al. Effectiveness of a barber-based intervention for improving hypertension control in black men. The BARBER-1 Study: a cluster randomized trial. Arch Intern Med. 2011; 171: 342–50

Morphin als Selbstmedikation freigegeben ...



Foto: fotolia/monropic

Ich nehme einmal an, dass nur wenige Leser dieser Schlagzeile spontan glauben würden. Zugegeben, sie stimmt auch nicht ...

Was ich aber damit andeuten will, ist, dass der Zug der Umwandlung von ehemals

rezeptpflichtigen Arzneimitteln in freiverkäufliche Medikamente weiter an Fahrt aufnimmt – Simvastatin, Naratriptan, Omeprazol/Pantoprazol sind nur einige wenige Beispiele aus letzter Zeit.

Vorreiter in dieser Hinsicht ist seit geraumer Zeit Großbritannien. Dort wurde vor wenigen Monaten der Alphablocker Tamsulosin freigegeben. Die neueste Ausgabe des britischen Drug and Therapeutics Bulletin (entspricht am ehesten dem deutschen Arz-

neimittelbrief) hat darüber einen Artikel verfasst, der wegen *potenziell fehlerhafter Selbstdiagnose der Betroffenen* die Apotheker dazu aufruft, Tamsulosin-Käufern eine vorherige hausärztliche Konsultation anzuraten. Ob dieser Rat von den Angesprochenen beherzigt wird? Es darf gezweifelt werden.

NN. OTC tamsulosin for benign prostatic hyperplasia. Drug Therapeut Bull 2010; 48: 113–114