

## Projekt Elimination der Hepatitis C

# Mehr screenen, testen und behandeln

— Die letzten medizinischen Hürden sind genommen: Nahezu alle Patienten mit chronischer Hepatitis C-Infektion können heute in 8–12 Wochen einfach und nebenwirkungsarm geheilt werden.

Doch um die Infektion in Deutschland bis zum Jahr 2030 zu eliminieren, sind noch erhebliche Anstrengungen nötig, berichtete Prof. Thomas Berg, Universitätsklinikum Leipzig. Dazu gehört ein systematisches Screening auf erhöhte Leberwerte in allen Risikogruppen, u. a. bei Drogenabhängigen, Obdachlosen, Migranten und Prostituierten. Bei erhöhten Leberwerten muss dann gezielt auf Hepatitis B und C getestet werden, so Berg.

Gilead unterstützt das Projekt Hepatitis-C-Elimination, u. a. mit dem sogenannten Buddy-Programm, bei dem HCV-positiv getesteten Patienten im Drogenmilieu ausgebildete Personen zur Seite gestellt werden mit dem Ziel, die Patienten für eine HCV-Therapie zu motivieren und diese Therapie zu begleiten.

### Komfortable Therapiesituation

Die Therapiesituation bei Hepatitis C ist heute für Arzt und Patient komfortabel, sagte Berg. Es stehen mehrere Fixkombinationen aus zwei Wirkstoffen zur Verfügung, z. B. das pangenotypisch wirksame Velpatasvir/Sofosbuvir (Epclusa®). Die Therapie erfolgt damit einheitlich über 12

Wochen unabhängig vom HCV-Genotyp und unabhängig vom Fibrosestadium; bei dekompensierter Zirrhose wird Ribavirin hinzugegeben, so Berg.

Nur wenige Prozent der Patienten entwickeln eine Resistenz auf die modernen HCV-Kombinationen. Für diese Patienten gibt es mit der Dreifachkombination Velpatasvir/Sofosbuvir/Voxilaprevir (Vosevi®) ein Reservemedikament, welches selbst nach erfolgloser Vorbehandlung Heilungsraten von 98% und mehr erzielt.

—  
**Dr. Dirk Einecke**

▪ Pressekonferenz „HepaTalk: Von Blankenese bis nach Burkina Faso – gemeinsam für eine Welt ohne Hepatitis C“, 73. Jahrestagung der DGVS; München, September 2018 (Veranstalter: Gilead)

## Neue Hypertonie-Leitlinien

# Behandlungsziele besser definiert

— Zum ersten Mal seit fünf Jahren haben die Europäischen Fachgesellschaften der Kardiologen (ESC) und Hypertensiologen (ESH) neue Leitlinien für die Diagnostik und Therapie des Bluthochdrucks entwickelt. Den strengen – durch die SPRINT-Studie motivierten – US-Definitionen ist man dabei nicht gefolgt, doch gibt es niedrigere und besser differenzierte Behandlungsziele, wie der Nephrologe Prof. Roland Schmieder, Universität Erlangen-Nürnberg, als Mitglied der Leitlinienkommission betonte.

Therapeutisch angestrebt werden sollte nach neuen Empfehlungen mindestens eine Drucksenkung unter 140/90 mmHg, bei guter Verträglichkeit jedoch auf 130/80 mmHg und tiefer. Für Hypertoner unter 65 Jahren bedeutet dies eine Senkung des systolischen Drucks

bis auf 120 mmHg als Grenzwert. Für Ältere wird ein systolischer Zielbereich von 130 bis < 140 mmHg empfohlen, bei Patienten über 80 Jahren jedoch nur bei Verträglichkeit. Diastolisch sind – unabhängig von Risiko und Komorbiditäten – generell Werte unter 80 mmHg, aber nicht unter 70 mmHg anzustreben, betonte Schmieder.

Schon zum Therapiestart sollte nach den neuen Leitlinien mit zwei Antihypertonika begonnen werden. Bei einem unkomplizierten Hochdruck ist die Kombination aus einem ACE-Hemmer oder einem Angiotensin-Rezeptorantagonisten mit einem Kalziumantagonisten oder einem Diuretikum indiziert. Für die meisten Patienten ist dabei aus Adhärenzgründen eine Fixkombination wie etwa von Perindopril und Amlodi-



**Ihr Bluthochdruck kann heute wesentlich besser behandelt werden.**

pin (wie in Viacoram®) oder von Perindopril und Indapamid (wie in BiPreterax®) optimal.

—  
**Dr. Andreas Häckel**

▪ Pressegespräch „Neue ESH/ESC Leitlinie Hypertonie: Sprint zu neuen Zielwerten?“, Frankfurt/M., Juni 2018, (Veranstalter: Servier)