

Bei Nichterreichen der Blutdruckzielwerte rasch kombinieren

— Die effektive Blutdruckkontrolle hat viel zur Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität beigetragen. Prof. Thomas Unger, Universität Maastricht, Niederlande, wertete es als einen der großen Erfolge

in der Medizin, dass sich bei Erreichen der Blutdruckzielwerte rund 40% aller Schlaganfälle vermeiden lassen.

Allerdings gibt es weiterhin viel zu tun: So hat sich die Blutdruckkontrolle laut Daten des Robert-Koch-Instituts zwar seit Ende der 1990er-Jahre deutlich verbessert. Dennoch erreichte in Deutschland 2011 nur etwa jeder zweite Hypertoniker die Zielwerte. Als Gründe hierfür führte Unger inadäquate Antihypertensiva-Verordnungen, den Einsatz suboptimaler Antihypertensiva-Kombinationen und die geringe Therapieadhärenz von Seiten der Patienten an.

Studien haben deutlich gemacht, dass zum Erreichen des Blutdruckziels meist zwei bis vier Medikamente erforderlich sind. „Wir müssen die meisten Hypertoniker kombiniert behandeln“, so Unger.

Die europäischen Leitlinien empfehlen hierfür Fixkombinationen als Standard, betonte Prof. Christian Schneider, PAN-Klinik Köln. Unger plädierte bei neu diagnostiziertem Bluthochdruck für einen

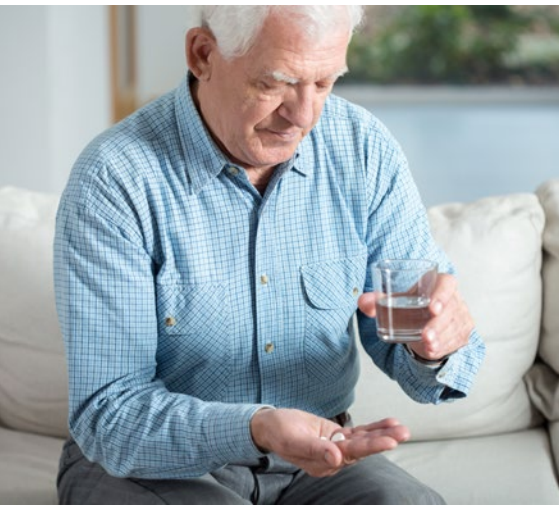
Einstieg in die antihypertensive Therapie mit einem AT₁-Rezeptor-Antagonisten (z.B. Olmesartan Hexal®), ACE-Hemmer oder Kalziumantagonisten.

Bei ungenügender Blutdruckkontrolle sollte nicht lange gewartet, sondern rasch kombiniert werden. Als sinnvoll empfahl er Kombinationen aus einem AT₁-Rezeptor-Antagonisten mit einem Kalziumantagonisten, wobei ersterer möglichst hoch dosiert werden sollte, um eine ausreichende Organprotektion sicherzustellen. Mit der Fixkombination von Candesartan und Amlodipin (CandeAmlö Hexal®) steht hierfür seit November 2016 eine neue Therapieoption in vier Wirkstärken zur Verfügung.

Ist eine weitere Intensivierung der Therapie erforderlich, wird zusätzlich ein niedrig dosiertes Diuretikum verabreicht. Betablocker spielen heute in der antihypertensiven Therapie nur noch eine untergeordnete Rolle und sollten lediglich bei kardialen Begleiterkrankungen eingesetzt werden.

Katharina Arnheim

Pressekonferenz, 83. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Mannheim, 20. April 2017; Veranstalter: Hexal



© Photographee.eu / Fotolia

Herzinsuffizienz: Manchmal gibt es Besseres als ACE-Hemmer

— Die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) zur Herzinsuffizienz haben 2016 entscheidende Veränderungen erfahren. Das betrifft sowohl die Einteilung der Herzinsuffizienz als auch die Therapieempfehlungen für Patienten mit schwer behandelbaren Formen einer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF).

Zwischen die klassischen Kategorien von Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF; LVEF < 40%) und Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion (HFpEF; LVEF ≥ 50% bei erhöhten natriuretischen Peptiden sowie strukturellen Herzveränderungen und/oder diastolischer Dysfunktion) ist nun die neue Klasse der Herzinsuffizienz mit mäßig reduzierter Ejektionsfraktion (HFmrEF) eingefügt worden, berichtete Prof. Burkert Pieske, Charité Berlin und Deutsches Herzzentrum Berlin. Patienten der neuen Kategorie wiesen eine

mäßig reduzierte Ejektionsfraktion (LVEF zwischen 40% und 49%), erhöhte natriuretische Peptide sowie strukturelle Herzveränderungen und/oder eine diastolische Dysfunktion auf.

Geradezu als Paradigmenwechsel bezeichnete Pieske die Empfehlung, HFmrEF-Patienten, die unter der Kombination von Diuretikum, ACE-Hemmer, Betablocker und Mineralokortikoid/Aldosteron-Rezeptor-Antagonist symptomatisch blieben, zukünftig nicht mehr mit einem ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Blocker weiterzubehandeln. Stattdessen sollten diese Patienten auf die neue Substanzklasse der Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitoren (ARNI) umgestellt werden. Einziger derzeit verfügbarer Vertreter dieser Wirkstoffklasse ist die Kombination von Sacubitril und Valsartan (Entresto®). Die Datenlage insbesondere zur Überlebenszeit unter Sacubitril/Valsartan habe sich als so überzeu-

gend erwiesen, dass sowohl die ESC als auch die US-amerikanische AHA in ihren Leitlinien eine Empfehlung der Klasse IB für ARNI ausgesprochen hätten.

Als unverändert dringend bezeichneten Prof. Pieske, Prof. Carsten Tschöpe, Charité Berlin, und Dr. Werner Rieker, Berlin, die Entwicklung wirksamerer Behandlungsoptionen für Patienten mit HFpEF. Diesbezüglich existierten zwar einige Forschungsansätze, ein Durchbruch sei jedoch nach wie vor nicht absehbar.

Aus Sicht des niedergelassenen Kardiologen ging Dr. Rieker zudem auf die oft nicht leitlinienkonforme Behandlung der Herzinsuffizienz ein. Erforderlicher diagnostischer Aufwand und Vergütung stünden im ambulanten – und, wie Rieker vermutete, oft auch im klinischen – Bereich in einem so ungünstigen Verhältnis, dass eine bessere Versorgung schon aus praxisökonomischen Gründen nicht realisierbar sei. Hier seien Nachbesserungen dringend wünschenswert. *Jan Groh*

Novartis Kardiologentage 2017, Berlin, 17.–19. März 2017