



Mehr als 400 Teilnehmer interessierten sich für die Fortbildung zum Thema »Herz«.

Fotos: Alois Müller

dass so viele Kollegen trotz Stress, Lieferengpässen und Personalmangels hier sind«, so Renner. Weniger rege sei bisher allerdings die Teilnahme an der Beratungskampagne. Daher rief Renner alle Anwesenden noch einmal dazu auf, sich daran zu beteiligen.

Zu hoher Druck

Zusammen mit ihrer Stellvertreterin Annette van Gessel führte Renner durch die Fortbildung. Zunächst informierte Professor Dr. Martin Middeke über eine leitliniengerechte Behandlung von Patienten mit Bluthochdruck. Als erfreulich bewertete der Mediziner vom Hypertoniezentrum München, dass immer mehr Menschen darüber Bescheid wüssten, dass sie einen erhöhten Blutdruck haben. Zudem seien auch mehr Patienten in Behandlung, sodass ihr hoher Blutdruck kontrolliert sei. »Hier stehen wir im europäischen Vergleich gut da«, betonte Middeke. Dies sei besonders in Hinblick auf die Schlaganfallprävention wichtig. Nicht so positiv sieht der Mediziner, dass der Betablocker Metoprolol nach wie vor bei Bluthochdruck zum Einsatz komme. Betablocker könnten im Vergleich zu Medikamenten, die das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS) hemmen, die Schlaganfallrate nicht senken. Daher werden sie in der Leitlinie nicht mehr als Medikamente der ersten Wahl gewertet. Metoprolol habe lediglich in der Schwangerschaft und bei Vorliegen

NORDRHEIN / FORTBILDUNG

Herzensangelegenheit

Von Caroline Wendt, Köln / Fortbildungen sind in der heutigen Zeit wichtiger denn je, denn sie stärken eine unserer Kernkompetenzen – die Beratung. »Dadurch sind wir unverzichtbar für das Gesundheitswesen«, betonte Kathrin Hollingshaus, stellvertretene Präsidentin der Apothekerkammer Nordrhein auf der Großen Fortbildung.

Apotheker seien Arzneimittelfachleute und könnten schnelle und kompetente Hilfe vor Ort leisten. Dadurch werde neben der Compliance der Patienten auch die Prävention von Krankheiten gefördert, so Hollingshaus. Gerade bei Bluthochdruckpatienten sei dies wichtig, denn die Patienten verspürten oft keine einschränkenden Symptome. Daher widmete sich die diesjährige Große Fortbildung am 27. November ganz dem Thema Herz, genau wie die Kampagne der Apothekerkammer Nord-

rhein, die im Januar 2020 mit dem Motto »Ich bin die Liebe deines Lebens. Kümmere dich um mich!« startet. »Mit dieser Fortbildung erhalten Sie das nötige Rüstzeug für die Kampagne«, schloss die Vizepräsidentin ihre Begrüßungsrede ab.

Die Chance auf Fortbildung haben in diesem Jahr mehr denn je genutzt, wusste Dr. Katja Renner, Vorsitzende des Fortbildungsausschusses zu berichten. Mehr als 400 Teilnehmer füllten den Saal in Köln. »Es freut mich,



von links: Vizepräsidentin Kathrin Hollingshaus, Dr. Friedrich Späh, Professor Dr. Martin Middeke, Vorsitzende des Fortbildungsausschusses Dr. Katja Renner und Dr. Ralf Goebel

einer weiteren Indikation wie Herzinsuffizienz, Angina Pectoris, Vorhofflimmern oder erhöhter Herzfrequenz noch eine Daseinsberechtigung. Gut geeignet seien hingegen die RAAS-Inhibitoren wie ACE-Hemmer oder Sartane. »Die tun am Herzen und an der Niere nur Gutes und das ohne schwere Nebenwirkungen«, so Middeke. Auch der Calciumantagonist Amlodipin habe eine sehr gute Datenlage. Nifedipin hingegen habe nur noch einen geringen Stellenwert, auch in der hypertensiven Krise. Hier sei das sogenannte Nitrospray die leitliniengerechte Alternative. Ebenfalls kritisch sieht der Mediziner den Einsatz von Furosemid: Dieses senke sehr schnell und drastisch den Blutdruck, habe aber nichts in der Dauermedikation der Hypertonie zu suchen. »Hier gibt es noch viel zu tun«, betonte Middeke.

Im internationalen Vergleich ist der Professor aus München froh, dass die Leitlinienautoren der EU nicht den Empfehlungen der USA gefolgt sind. Hier seien durch die neuen, niedrigeren Schwellenwerte im Jahr 2018 auf einen Schlag mehrere Millionen Amerikaner zu Bluthochdruck-Patienten gemacht worden. Während bei uns ein Patient mit einem systolischen Druck von 130 mmHg noch als prähyperton oder normal gelte, gelten diese Menschen in den USA bereits als Hypertoniker. Diese Diagnose könne jedoch Folgen wie eine Zunahme von Depressionen oder einer Abnahme der Lebensqualität haben. Die neuen europäischen Leitlinien würden zudem keinen fixen Zielwert, sondern einen altersabhängigen Zielkorridor für die anzustrebenden Blutdruckwerte angeben.

Für die Zukunft wünscht sich der Mediziner den vermehrten Einsatz der

sogenannten Pulswellenanalyse. Mit diesem Messverfahren sei eine deutlich bessere Charakterisierung der unterschiedlichen Hypertonie-Formen möglich. Zudem müsse die circadiane Rhythmik eines jeden Bluthochdrucks individuell betrachtet werden. Studien wie die kürzlich veröffentlichte Hygia-Studie, die eine abendliche Einnahme der Antihypertensiva bei allen Patienten vorsieht, sieht der Mediziner kritisch.

Diese Einschätzung teilte auch Dr. med. Friedhelm Späh. Doch stünde das Ergebnis nun erst einmal in der Welt und müsse überprüft werden. Der Mediziner vom Helios Klinikum in Krefeld informierte in seinem Vortrag über die Therapie nach Schlaganfall und Herzinfarkt. Ziel der Behandlung sei dabei, ein erneutes Wiederauftreten eines solchen Ereignisses zu verhindern. Die Leitlinie der European Society of Cardiology (ESC) empfehle hierfür unter anderem, das Körpergesicht zu senken: Der Body Mass Index (BMI) soll demnach unter 25 kg/qm sein, der Bauchumfang bei Frauen unter 80 und bei Männern unter 94 cm. »Außerdem sollten diese Patienten nie wieder rauchen«, betonte Späh. 20 Zigaretten pro Tag würden das Risiko für einen Herzinfarkt um das Vierfache erhöhen.

Statin ist nicht gleich Statin

Neben einem niedrigen Blutdruck sei auch ein niedriger LDL-Cholesterolspiegel wichtig, um das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko gering zu halten. Hier gelte, je niedriger der LDL-Wert, desto besser. »Untersuchungen konnten zeigen, dass sich bei sehr niedrigen LDL-Werten Engstellen in Blutgefäßen sogar zurückbilden können«, so der Arzt. Doch sei es hierbei wichtig, wenn

nötig, mit potenten Statinen wie Atorvastatin oder Rosuvastatin zu behandeln. »Eine 55-prozentige Senkung des LDL-Cholesterins, das schaffen nur diese beiden Statine«. Zudem setze die Wirkung bereits nach einem Monat ein. Erst wenn diese beiden Wirkstoffe keinen Erfolg zeigten, seien andere Arzneimittel wie Ezetimib, PCSK9-Hemmer oder eine Lipoprotein-Apherese angebracht.

Weitere Risiko-Kategorien in der Sekundärprophylaxe seien hohe Triglyceride, Hyperglykämien oder Entzündungen. Zur antidiabetischen Therapie bei Typ-2-Diabetikern mit stabiler kardiovaskulärer Erkrankung empfiehlt die ESC-Leitlinie SGLT2-Inhibitoren wie Empagliflozin oder GLP1-Rezeptoragonisten wie Liraglutid und Semaglutid. »Metformin ist hier etwas nach hinten gerutscht und wird nur bei Patienten mit Adipositas empfohlen«.

Zur antithrombotischen Therapie kommen laut Leitlinie ASS in Kombination mit Clopidogrel oder niedrig dosiertes Rivaroxaban in Frage. Studien hätten zudem gezeigt, dass eine Kombination aus niedrig dosiertem Rivaroxaban und ASS die Mortalität stärker senkten, als die Substanzen alleine. »Dies ist daher der neue Standard für Patienten, die ein hohes Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall und Tod haben«, erklärte Späh.

Um den Motor kümmern

Als Hochleistungsmotor bezeichnete Dr. Ralf Goebel, Gründer und Leiter der PharmaSat-Akademie in Berlin, das menschliche Herz – und hob hervor, wie wichtig es sei, sich um diesen Motor angemessen zu kümmern. Bei einer Herzinsuffizienz kann das Herz den Organismus nicht mehr ausreichend mit Blut versorgen. Doch auch die Skelettmuskulatur und die Nierenfunktion haben Einfluss auf diese Erkrankung. »Dieser Sachverhalt ist erst seit circa 15 bis 20 Jahren bekannt«, so der ehemalige Leiter der Geschäftsstelle der Deutschen Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK).

Ursache für die Krankheit sind meist koronare Herzerkrankungen wie Myokardinfarkt oder ein schlecht eingestellter Bluthochdruck. »Das sind eigentlich Krankheiten, die man gut behandeln könnte«, betonte Goebel. Umso trauriger sei daher die Tatsache, dass die 5-Jahres-Überlebensrate von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz unter der der meisten Krebserkrankungen



Volle Konzentration: Die vier Vorträge boten eine gelungene Mischung von neuem Wissen und Wiederauffrischung bekannter Sachverhalte.



Ina Richling (links) und Annette van Gessel

liege. Therapieziel solle unter anderem neben einer Verlängerung der Überlebenszeit die Senkung der Hospitalisierungsrate, ein verlangsamtes Fortschreiten der Krankheit und eine Verbesserung der Lebensqualität sein. Die Basistherapie bilden dabei ACE-Hemmer, Beta-Blocker und Diuretika. Wichtig bei der Behandlung mit Beta-Blockern sei der einschleichende Therapiebeginn: »Beta-Blocker schützen das Herz wie ein Regenschirm. Aber dieser Schutz muss langsam und vorsichtig aufgespannt werden, schließlich handelt es sich hierbei um kardiodepressive Substanzen.« Auch Sartane und Aldosteron-Antagonisten können bei Herzinsuffizienz zum Einsatz kommen. Neu dazugekommen ist die Kombination aus Valsartan und Sacubitril (Angiotensin-Rezeptor-Nepriiylin-Inhibitor, ARNI). Diese seien sowohl in den USA als auch in der EU noch nicht als Initialtherapie in den Leitlinien, sondern erst, wenn andere Therapien zu keiner Verbesserung führten. »Die Kombination der beiden Wirkstoffe ist auf dem Schreibtisch entstanden und sah dort gut aus – und diese Rechnung ging auf,« betonte der Pharmazeut. Die Mortalität ging um einen Quantensprung zurück und die Patienten fühlten sich signifikant besser. Bei der Umstellung von ACE-Hemmern auf ARNI sei aber unbedingt auf eine 36-Stunden-Auswaschphase zu achten. »Hier können wir als Pharmazeuten tätig werden und darauf achten, dass keine Doppeltmedikation vorliegt«, hob Goebel hervor.

Die altbekannten Digitalisglykoside sind hingegen nur noch Reservemittel oder werden bei nicht beherrschbarem tachyarrhythmischem Vorhofflimmern verordnet. Auch den Einsatz von Weiß-

dornpräparaten sieht Goebel kritisch. Die Präparate konnten nicht nachweisen, dass sie das Leben der Patienten verlängern. Der Versuch, ob sich Patienten mit einem Weißdorn-Präparat besser fühlten, sei aber aufgrund der guten Verträglichkeit dennoch möglich – »dann aber sechs Wochen lang und hoch dosiert«. Zeige sich in dieser Zeit keine Besserung, könne man das Präparat auch wieder absetzen.

»Mit breitem pharmazeutischen Kreuz«

Unnötige Präparate abzusetzen, darüber sprach auch Ina Richling, Apothekerin der Katholischen Kliniken am Märkischen Kreis in Iserlohn. Die Tutorin und Mitinitiatorin des ATHINA-Projektes führt seit Jahren Medikationsanalysen durch und brachte »mit detektivischem Spürsinn« den Teilnehmern der Fortbildung einen Fall aus der Praxis näher. Die vorgestellte Patientin brachte 16 verschiedene Medikamente mit und hatte keinen Medikationsplan. »Keine Seltenheit«, wie Richling zu berichten wusste. Eine klassische Fragestellung sei der richtige Einnahmezeitpunkt von Medikamenten. »Hier können wir mit breitem pharmazeutischem Kreuz dem Patienten zur Seite stehen«, hob die Pharmazeutin hervor. So sei in diesem Fall eine zweimal tägliche Einnahme von Amlodipin nicht nötig, da der Arzneistoff eine Halbwertszeit von 40 Stunden habe. Nach Rücksprache mit dem Arzt könne hier die Einnahme auf einen Einnahmezeitpunkt reduziert werden. Und warum müssen Patienten ASS immer zum Mittagessen einnehmen? Einen echten Grund gebe es dafür nicht, so die Apothekerin. »Ärzte empfehlen das nur, weil ASS zum Essen

besser verträglich ist. Die Patientin kann die Blutverdünner also genauso gut mit den anderen Tabletten zum Frühstück einnehmen.«

Doch stelle sich in diesem Falle überhaupt die Frage, ob die Acetylsalicylsäure nötig sei, da die Patientin außerdem Apixaban erhalte. Bei stabiler Lage laut aktueller Leitlinie nicht. Die Kombination der beiden Medikamente erhöhe zudem das Blutungsrisiko, genauso wie die gleichzeitige Einnahme von Prednisolon oder Ibuprofen. Letzteres nehme die Patientin in der Selbstmedikation ein, hier sei besondere Vorsicht angebracht. »Ibuprofen wird inzwischen von vielen Patienten viel zu leichtfertig geschluckt«, berichtete Richling. Und noch ein weiteres Medikament aus der Selbstmedikation fiel der Apothekerin ins Auge: eine Calcium-Brausetablette mit Vitamin D. Die Patientin nahm nämlich zusätzlich noch einmal wöchentlich Dekristol 20.000 I.E. ein. »Das sieht sonst keiner, da die Patienten beim Arzt selten über die selbst gekauften Medikamente sprechen.«

Besondere Aufmerksamkeit gelte bei diesem Fall jedoch auch der Niere. »Zum einen liegt hier ein klassischer Fall von »Triple Whammy« vor, das haben Sie bestimmt alle erkannt«, so die Apothekerin. Neben einem Diuretikum nehme die Patientin ACE-Hemmer und ein NSAR ein, was das Risiko eines akuten Nierenversagens erhöhe. Zudem sei die Nierenleistung der Patientin bereits vermindert, wie die mitgebrachten Laborergebnisse zeigten. Deshalb gehöre zu diesem Medikationscheck auch, eine mögliche Dosisreduktion zu berechnen. Für die Berechnung empfiehlt die Apothekerin die Formel nach Cockcroft-Gault. »Diese Formel ist zwar alt und manch ein Arzt wird darüber mit den Augen rollen, doch werden die meisten Zulassungsstudien hiermit berechnet«, erklärte Reichling. Daher eigne sich diese Formel in den meisten Fällen. »Am Ende können wir gemeinsam mit dem Arzt einen guten Medikationsplan erstellen«, fasste Richling die Analyse zusammen. »Ich möchte Sie alle dazu motivieren, Medikationsanalysen zu erstellen.« /