



PARACELSUS
MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT

Hochdruckbehandlung in der Primärversorgung

über Nebenwirkungen,
Unverträglichkeiten, und andere
Störfaktoren

29.9.2023



Dr. med. Jochen Schuler

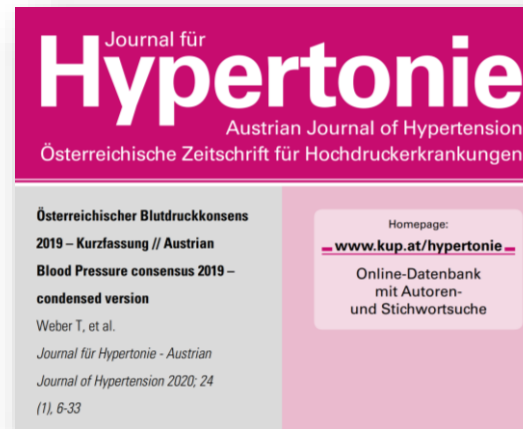
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemein- und Familienmedizin der PMU
- Mitherausgeber DER ARZNEIMITTELBRIEF
- Redaktion Gute Pillen – Schlechte Pillen
- Wahlarzt in Salzburg (Innere Medizin, Kardiologie)
- Keine Interessenkonflikte mit der Industrie



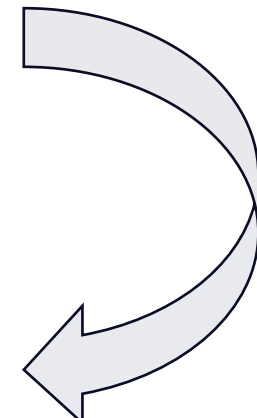
Übersicht (20min + Diskussion)

- Primary Care in den Leitlinien
- Persönlichkeitsstrukturen
- Behandlungsstrategie
- Häufige Nebenwirkungen mit Antihypertensiva
- Was tun bei V.a. Nebenwirkung?
- Weitere Störfaktoren in der Hochdruckbehandlung
- Was tun bei schlechter Adhärenz?
- Hochdruckmanagement (in der Primärversorgung)

„Primary Care“ in den Leitlinien



Suchbegriff	Treffer	Treffer
„Primärversorgung“; „primary care“	0	2
„Hausarzt/ärztin“; „family medicine/doctor“	0	0
Anzahl der Hausärzte im LL-Gremium	0	0



1. „Hypertension is a very common condition and most patients with hypertension, in most healthcare systems, will be managed in the primary care setting.“
2. „Therefore, annual visits to a primary care physician to check BP and metabolic factors are recommended for these patients.“ (Gestationshypertonie)

„Primary Care“ in den Leitlinien

NVL Hypertonie 2023
Langfassung – Version 1.0

NL NATIONALE
VERSORGUNGS
LEITLINIEN

9 Versorgungskoordination

9.1 Primärärztliche und fachspezifische Versorgung

Empfehlung

9-1 | k | neu 2023

Die Langzeitbetreuung der Patient*innen und deren Dokumentation sollte in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin erfolgen.



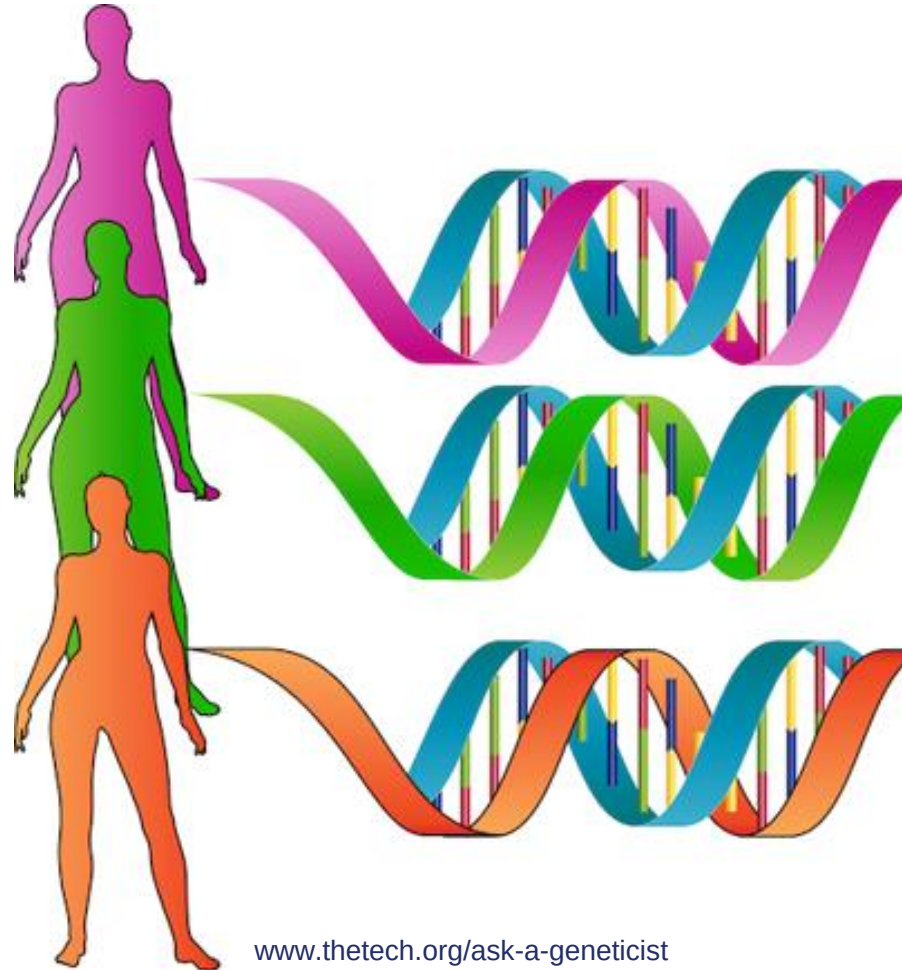
Rationale

Die Betreuung von Patient*innen mit arterieller Hypertonie erfordert eine sektor- und einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit und deren Koordination. Die Versorgungsintensität hängt dabei u. a. vom Lebensalter, dem zeitlichen Verlauf der Erkrankung, dem Schulungsbedarf sowie der Schwere der Symptomatik und Begleiterkrankungen (wie Diabetes mellitus, Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Herzinsuffizienz, Koronare Herzkrankheit) ab. Da Versorgungsstrukturen regional unterschiedlich und Versorgungsbedarfe individuell variabel sind, spricht die Leitliniengruppe für die hausärztliche Langzeitbetreuung und Dokumentation eine abgeschwächte Empfehlung aus.

Hochdruckpatienten sind „divers“



.. sie haben verschiedene genetische Grundlagen



www.thetech.org/ask-a-geneticist

Auswirkungen auf

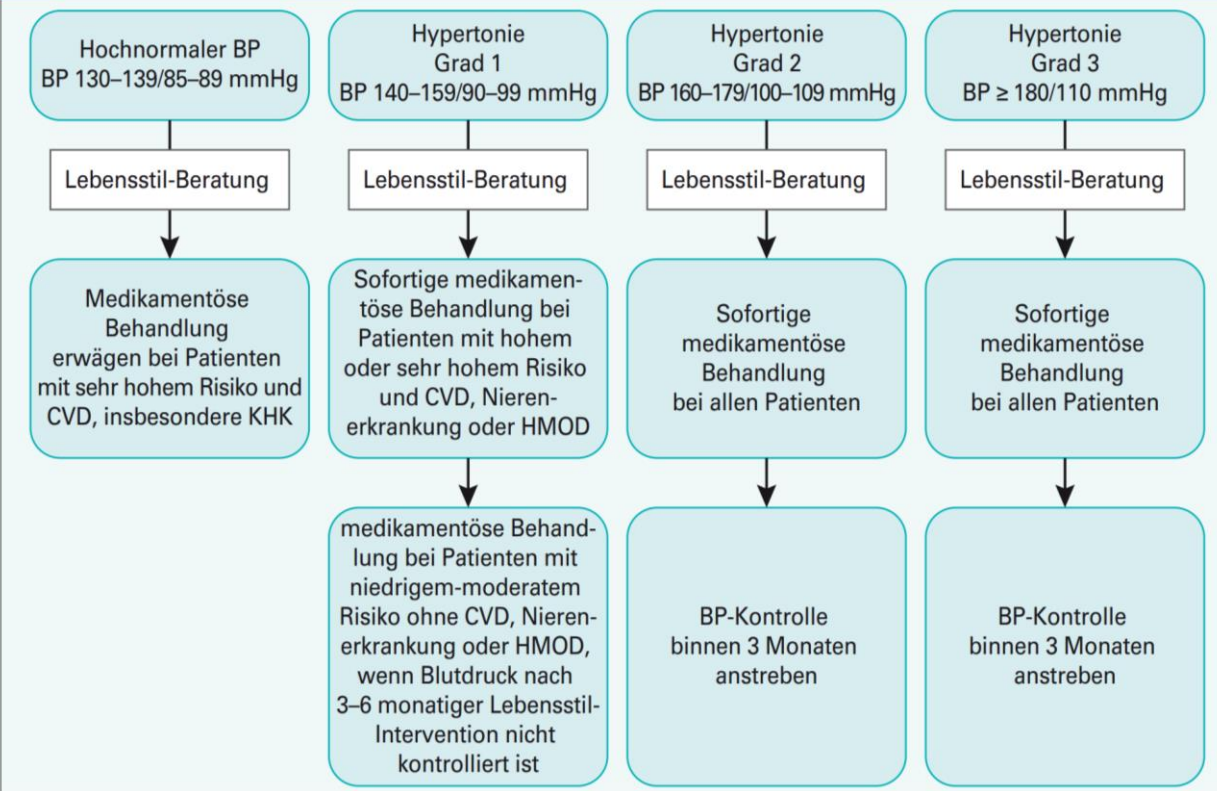
- Krankheitsausprägung
- Krankheitsverlauf
- Medikamenteneffekte
- Medikamentenverträglichkeit

.. und unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen

- Ängstliche/Überbesorgte
- Unbeteiligte/Ignorante
- Undisziplinierte
- Ambitionierte/Ehrgeizige
- Hochsensible/Esoteriker
- Skeptische/Argwöhnische
- Unzufriedene/Gekränkte
- Erschöpfte/Ratlose

Behandlungsstrategie

Abbildung 3: Einleitung einer Blutdruck-senkenden Behandlung (Lebensstiländerungen und Medikamente) bei verschiedenen Praxis-BP-Ausgangswerten



©ESC/ESH 2018

ESC 2018 Pocket Guidelines on Management of Arterial Hypertension

Schulung

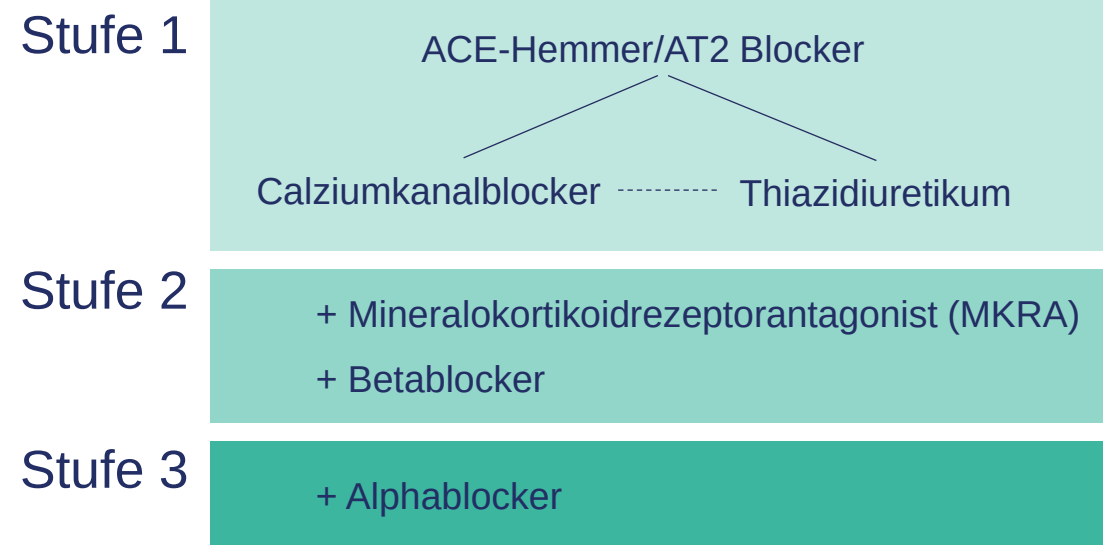
- Krankheitsverständnis
- Korrekte RR-Messung
- Gerätekunde
- RR-Management: Therapieziele*
Bedarfsmedikation & Notfallmanagement
- Nicht medikamentöse Massnahmen
- Aufklärung mögliche Nebenwirkungen
- Medikamentenaustausch
- Not to dos
- Krisenmanagement

* Idealer RR und Mindestziel

Medikamentöses Armamentarium

Grundprinzipien: möglichst wenige Tabletten, vorzugsweise Kombinationspräparate, Fix- und Bedarfsmedikation, Präparateauswahl nach Komorbiditäten, Verträglichkeit, Lebensalter und persönlicher Erfahrung.

Mögliche Probleme antizipieren (Persönlichkeitsstrukturen, mögliche Präparatewechsel, usw.) und besprechen.
Klinische Kontrollen und Laborkontrollen (bes. RAASI, Diuretika) vereinbaren.



Häufig zu beobachtende Nebenwirkungen

Alle: Kopfweg, Schwindel (5-15%)

Hemmstoffe des RAAS

ACEI: Hustenreiz, Laborwerte (Kalium, Kreatinin)

ARB: Laborwerte (Kalium, Kreatinin), Arthralgien

Cave: Kombination mit NSAR + Mineralokortikoidrezeptorantagonisten (MKRA)

Diuretika

alle: Muskelkrämpfe, Exsikkose

Thiazide: Hyponatriämie, Hyperurikämie, Hypokaliämie, Hypercalzämie, nicht melanozytärer Hautkrebs (HCT)

MKRA: Hyperkaliämie, Gynäkomastie (Spironolacton), Libidoverlust

Calziumkanalblocker

alle: Obstipation, Beinödeme (f)

Dihydropyridine: Flush, Hitze, Palpitationen

Non-Dihydropyridine: Bradykardien

Betablocker

Orthostase, Belastungsinsuffizienz, Atemnot, periphere Durchblutungsstörungen, Erektionsstörungen, schlechte Träume

Alphablocker (Doxazosin, Rilmenidin, Urapidil, u.a.)

Orthostase, Palpitationen, Mundtrockenheit, Inkontinenz (w), Juckreiz, Hirsutismus

Cave: Herzinsuffizienz (?)

Was tun bei Nebenwirkung?

- Ernstnehmen!
- wenn typische NW: Absetzen bzw. Ausschleichen und Ersetzen
- bei Verdacht auf NW: Dosisreduktion oder „drug holiday“
- bei v.a. Noceboreaktion: erklären, relativieren, Versuch des „Umprogrammierens“

Weitere Störfaktoren in der Hochdruckbehandlung (Barriers)

RR-Messungen

- Falsche Messung
- Messartefakte, Gerätedefekte
- RR-Schwankungen bei Aufregung, Praxishypertonie
- Maskierte Hypertonie

Managementprobleme

- Misslungene Kommunikation
- Mangelnde/unzureichende Schulung
- Widersprüchliche Informationen (Sektorenübertritt)
- Ungenaue Zielvereinbarungen
- Unzureichende Partizipation
- Unnötige Med.-Umstellungen (Sektorenübertritt)
- Überdiagnostik und –therapie

Pharmakotherapie

- Pharmakologische NW
- Nozeboreaktionen
- Interaktionen
- Multimedikation
- Hypersensitivität
- Medikamentenaustausch
- Lieferschwierigkeiten

Adhärenzprobleme

- Nicht beeinflussbarer Lebensstil
- Ungünstige Präferenzen („bin eigentlich gegen Medikamente“)
- Bestimmte Persönlichkeitsstrukturen (Skeptiker, Esoteriker, Undisziplinierte..)
- Nachlassende kognitive Fähigkeiten
- Fehlende Motivation
- Komplikationen (Stürze, Schwindel..)

Unerkannte/unbehandelte Komorbiditäten

- Nierenerkrankungen
- Schlafstörungen/OSAS
- Unkontrolliertes Übergewicht
- Hormonerkrankungen
- Ängste
- Schmerzen
- Suchterkrankungen (Alkohol)
- Depressionen

Sozioökonomische Barrieren

- Berufstätigkeit
- Bildungsmangel, hohe Zugangsschwelle
- Beschaffungsprobleme
- Mangelnde Autonomie
- Armut

Unzureichende Therapieadhärenz

- Neben der Trägheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte („therapeutic inertia“) zählt die schlechte Therapieadhärenz auf Seite der Patienten zu den wichtigsten Ursachen einer unzureichenden Blutdruckkontrolle
- Nach 6 Monaten haben mehr als ein Drittel und nach einem Jahr etwa die Hälfte der Patienten ihre anfängliche Blutdruckmedikation wieder abgesetzt
- Bei Patienten mit scheinbar resistenter Hypertonie lassen sich bei <50% überhaupt Medikamente im Blut oder Harn nachweisen
- Eine schlechte Medikamentenadhärenz korreliert stark mit der Gesamtzahl der verschriebenen Tabletten
- Das Erkennen und Beheben eines Adhärenzproblems verringert die Zahl kostspieliger Untersuchungen und Therapien (inklusive invasiver Verfahren)

nach: 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. Journal of Hypertension 2018, 36, 1953- 2041.

Was tun bei schlechter Adhärenz?

- no-blame approach
- Individuelle Lösungen finden
- Hürden (Barriers) erkennen und aus dem Weg räumen
- „Ermöglicher“ (Enablers) etablieren
- Loben nicht vergessen

TABLE 33. Interventions that may improve drug adherence in hypertension

Physician level

- Provide information on the risks of hypertension and the benefits of treatment, as well as agreeing a treatment strategy to achieve and maintain BP control using lifestyle measures and a single-pill-based treatment strategy when possible (information material, programmed learning, and computer-aided counselling)
- Empowerment of the patient
- Feedback on behavioural and clinical improvements
- Assessment and resolution of individual barriers to adherence
- Collaboration with other healthcare providers, especially nurses and pharmacists

Patient level

- Self-monitoring of BP (including telemonitoring)
- Group sessions
- Instruction combined with motivational strategies
- Self-management with simple patient-guided systems
- Use of reminders
- Obtain family, social, or nurse support
- Provision of drugs at worksite

Drug treatment level

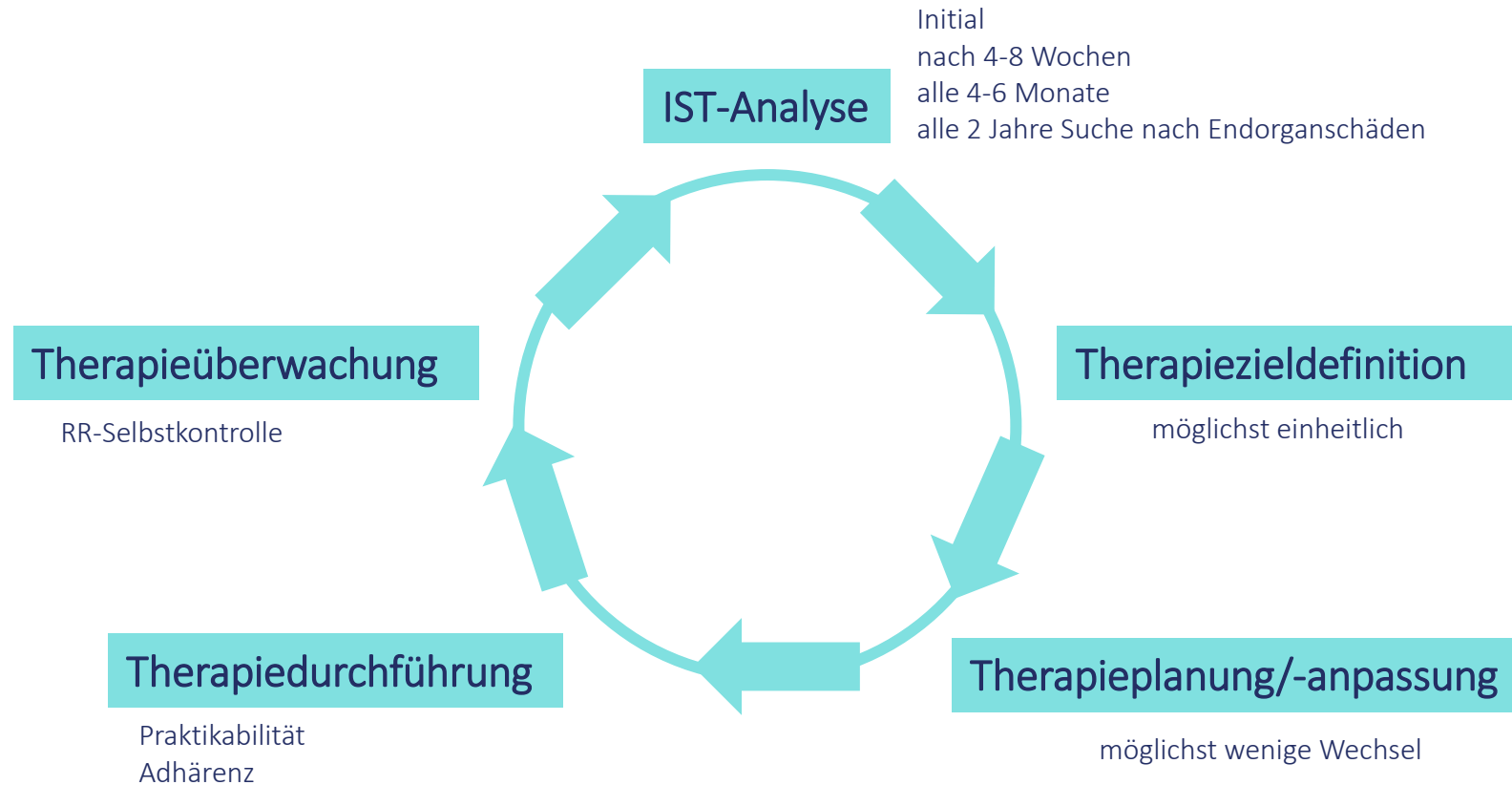
- Simplification of the drug regimen favouring the use of SPC therapy
- Reminder packaging

Health system level

- Supporting the development of monitoring systems (telephone follow-up, home visits, and telemonitoring of home BP)
- Financially supporting the collaboration between healthcare providers (e.g. pharmacists and nurses)
- Reimbursement of SPC pills
- Development of national databases, including prescription data, available for physicians and pharmacists
- Accessibility to drugs

BP, blood pressure; SPC, single-pill combination.

Hochdruckmanagement



Fazit

- Die Bluthochdruckbehandlung ist ein kontinuierlicher Prozess, bestehend aus wiederholten Ist-Analysen, Ziel- und Therapieanpassungen und -kontrollen
- Dieser Prozess ist dynamisch, es gibt eine Vielzahl von Störfaktoren
- Die wichtigsten Störfaktoren für eine gute Blutdruckeinstellung sind arzneimittelassoziierte Probleme, Nonadhärenz, ungünstige Persönlichkeitsstrukturen und Widersprüchlichkeiten im Behandlungsprozess (v.a. beim Sektorenwechsel)
- Durch das Erkennen und Beseitigen von Behandlungsbarrieren und das Ermöglichen einer individuell passenden Behandlungsstrategie können therapeutischen Störfaktoren reduziert werden
- Hausärztinnen und Hausärzte sind prädestiniert für die Prozesssteuerung: sie sehen die Patienten am häufigsten, kennen deren Persönlichkeitsstruktur und Lebensumstände und im Idealfall besteht ein Vertrauensverhältnis
- Therapieänderungen sollten wann immer möglich mit den Hausärztinnen und Hausärzten angesprochen werden
- An zukünftigen Hypertonieleitlinien sollten Hausärztinnen und Hausärzte federführend mitarbeiten

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

jochen.schuler@pmu.ac.at



PARACELSUS
MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT