

Journal für Hypertonie

Austrian Journal of Hypertension
Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen



ESH-MASTERplan zur Behandlung der arteriellen Hypertonie

R. Kreutz, M. Burnier, R. de Pinho, C. Delles,
A. Januszewicz, G. Mancia, F. Ardelt, C. Koppelstätter,
T. Weber

RUBRIKEN

Hypertension News-Screen

Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (ÖGH)

Medizintechnik

Pharma-News

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



www.hochdruckliga.at

www.kup.at/hypertonie

Indexed in EMBASE/Scopus



Grüne
BOX

BLOPRESS™

Hypertonie bewährt behandeln.



CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH
Ziegelhof 24
17489 Greifswald
www.cheplapharm.com

Blopress 16 mg Tabletten. Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 16 mg Candesartan Cilexetil. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: 81,3 mg Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke, Macrogol. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der essenziellen Hypertonie bei Erwachsenen. Behandlung der Hypertonie bei Kindern und Jugendlichen von 6 bis < 18 Jahren. Behandlung von erwachsenen Patienten mit Herzinsuffizienz und eingeschränkter linksventrikulärer systolischer Funktion (linksventrikuläre Ejektionsfraktion $\leq 40\%$), wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden, oder als Add-on-Therapie zu ACE-Hemmern bei Patienten, die trotz optimaler Therapie eine symptomatische Herzinsuffizienz aufweisen, wenn Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten nicht vertragen werden (siehe Abschnitte 4.2, 4.4, 4.5 und 5.1 der FI). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Candesartan Cilexetil oder einem der in Abschnitt 6.1 der FI genannten sonstigen Bestandteile. Zweites und drittes Schwangerschaftstrimester (siehe Abschnitte 4.4 und 4.6 der FI). Schwere Einschränkung der Leberfunktion und/oder Cholestase. Kinder unter 1 Jahr (siehe Abschnitt 5.3 der FI). Die gleichzeitige Anwendung von Blopress mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln ist bei Patienten mit Diabetes mellitus oder eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.5 und 5.1 der FI). **ATC-Code:** Angiotensin-II-Antagonisten, rein, ATC-Code: C09CA06. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** Blisterpackungen mit 28 Stück. **Zulassungsinhaber:** CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH, 17489 Greifswald, Deutschland. **Stand der Fachkurzinformation:** Januar 2025. **Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.**

2 Editorial

T. Weber

3 ESH-MASTERplan zur Behandlung der arteriellen Hypertonie

R. Kreutz, M. Burnier, R. de Pinho, C. Delles, A. Januszewicz, G. Mancía, F. Ardelt, C. Koppelstätter, T. Weber

Rubriken

Hypertension News-Screen

17 Aldosterone synthase inhibitors for resistant or uncontrolled hypertension: a network meta-analysis of randomized clinical trials

Elbahloul MA et al. J Hypertens 2026; 44: 542–52

G. Pichler

19 Low-dose TEL/AML/CHTD SPC versus standard-dose TEL in hypertension: phase III RCT

Ahn JC et al. Hypertension 2026; 83: e25810

D. Zweiker

20 Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (ÖGH)

21 Medizintechnik

23 Pharma-News

Titelbild: Die 4 Säulen im ESH-MASTERplan. Aus R. Kreutz et al., ESH-MASTERplan zur Behandlung der arteriellen Hypertonie, Abb. 1, S. 3.

Impressum

Offizielles Organ der Österreichischen
Gesellschaft für Hypertensiologie
www.hochdruckliga.at

Editor in Chief:

PD Dr. Thomas Weber
Klinikum Wels-Grieskirchen
A-4600 Wels, Grieskirchnerstraße 42

Medieninhaber, Verleger, Anzeigen, Vertrieb, Herausgeber:

Krause & Pachernegg GmbH,
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21
Tel. 02231/61258-0, Fax 02231/6125810
Internet: www.kup.at/hypertonie

Layout: Krause & Pachernegg GmbH, H. Manz

Druck: Wallig Ennstaler Druckerei
und Verlag Ges.m.b.H., A-8962 Gröbmung,
Mitterbergstraße 36

Verlagsort: A-3003 Gablitz

Erscheinungsweise: Bis zu 4× im Jahr

Abonnement: EUR 36,-/Jahr (im Ausland zuzüglich Porto- und Versandkosten), Einzelheft 10,-

Grundlegende Richtung: Fachzeitschrift zur Information und Weiterbildung, Veröffentlichung von wissenschaftlichen Originalarbeiten sowie einschlägigen Berichten aus dem In- und Ausland.

Urheberrecht: Mit der Annahme eines Beitrages zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mithilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen, in Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Wege bleiben vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benützt werden dürfen.

Für Angaben über Dosierungshinweise und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Alle namentlich gekennzeichneten Beiträge spiegeln nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Diese Beiträge fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Die Redaktion übernimmt keine Haftung für unaufgefordert eingesandte Manuskripte.

Geschlechterbezeichnung: Zur leichteren Lesbarkeit der Beiträge wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils weibliche, männliche und diverse Personen gemeint.



Doz. Dr. Thomas Weber

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen in dieser Ausgabe die offizielle deutschsprachige Version des MASTERplans der Europäischen Hochdruckgesellschaft (ESH) zur Behandlung der arteriellen Hypertonie vorstellen zu dürfen, zusammengestellt von den Original-Autoren der ESH-Guidelines unter Führung von **Reinhold Kreutz** von der Charité in Berlin, und unter aktiver Beteiligung der österreichischen Hochdruckspezialisten **Christian Koppelstätter** und **Florian Ardelt**.

Der MASTERplan – ein Akronym aus **M**easure / **A**ssess patient / **S**elect Therapy / **E**valuate Response – ist die Kurzfassung der Guidelines bzw. der Clinical Practice Guidelines und besteht im Wesentlichen aus Infografiken und Tabellen. Wir hoffen, dass wir die wichtigsten Einzelheiten und den Gesamtüberblick der Hypertonie-Guidelines kurz, prägnant und übersichtlich und somit praxistauglich darstellen konnten und dass damit letztlich die Blutdrucksituation in den deutschsprachigen Ländern verbessert wird.

Weiters im Journal finden Sie zwei interessante neue Studien zur Therapie des Bluthochdrucks, diskutiert von **Gernot Pichler** und **David Zweiker**.

Ergänzt wird diese Ausgabe durch die Ankündigung des ÖGH-Fortgeschrittenen-Kurses für das Hochdruck-Diplom, des 24h Blutdruckmessungs-Zertifizierungskurses und der Jahrestagung, die traditionell gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie veranstaltet wird – in diesem Jahr vom **1. bis 3. Oktober** in Zell am See.

Ich wünsche Ihnen wie immer eine spannende und anregende Lektüre!

Ihr

Thomas Weber

Editor in Chief und Immediate Past Präsident der ESH (European Society of Hypertension)

Editorial Board 2026:

Editor in Chief: PD Dr. Thomas Weber, Wels

Associate Editor: Univ.-Prof. Dr. Johann Auer, Braunau

PD Dr. Mathias-Christoph Brandt, Salzburg
PD DDr. Wolfgang Dichtl, Innsbruck
Univ.-Prof. Dr. Robert Gasser, Graz
CA Dr. Peter Grüner, Salzburg
Univ.-Prof. Dr. Michael Hirschl, Zwettl
PD Dr. Katharina Hohenstein, Wien
Univ.-Prof. Dr. Sabine Horn, Villach
PD Dr. Julia Kerschbaum, Horn
PD Dr. Christian Koppelstätter, Innsbruck
Univ.-Prof. Dr. Gert Mayer, Innsbruck
Univ.-Prof. MR Dr. Hans Joachim Nesser, Linz
PD Dr. Sabine Perl, Graz

PD DDr. Gernot Pichler, Wien
Univ.-Prof. Dr. Friedrich C. Prischl, Wels
Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder, Wien
PD Dr. Miklos Rohla, Bern
Univ.-Prof. Dr. Falko Skrabal, Graz
Univ.-Prof. Dr. Jörg Slany, Wien
Univ.-Doz. Dr. Kurt Stoschitzky, Graz
Univ.-Prof. Dr. Bruno Watschinger, Wien
PD Dr. Thomas Weiss, Wien
Univ.-Doz. Dr. René R. Wenzel, Zell am See
PD Dr. David Zweiker, Wien, Graz

ESH-MASTERplan zur Behandlung der arteriellen Hypertonie

R. Kreutz¹, M. Burnier², R. de Pinho³, C. Delles⁴, A. Januszewicz⁵, G. Mancina⁶, F. Ardelt⁷, C. Koppelstätter⁸, T. Weber⁹

On behalf of the Scientific Council of the European Society of Hypertension (ESH)

■ Einleitung

Im Kontext der 2024 Klinischen Praxisleitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie hat die Europäische Gesellschaft für Hypertonie (European Society of Hypertension, ESH) den MASTERplan zur Hypertoniebehandlung entwickelt [1]. Der MASTERplan baut auf den 2023 ESH-Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie auf [2].

Ziel ist es, einen prägnanten und praxisorientierten Rahmen bereitzustellen, der die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen in die klinische Routine erleichtert. Durch die Fokussierung auf die wesentlichsten und unmittelbar anwendbaren Aspekte der 2023 Leitlinien unterstützt der MASTERplan Ärztinnen und Ärzte wie auch andere beteiligte Berufsgruppen (Pharmazeuten, Assistenzpersonal) in der effektiven täglichen Behandlung der Hypertonie.

Der MASTERplan ist um vier Säulen strukturiert, welche die zentralen Schritte einer optimalen Hypertonieversorgung zusammenfassen. Das Akronym lautet in englischer Sprache:

- Measure – Diagnose
- A – Assessment
- ST – Select Therapy
- ER – Evaluate Response

Blutdruckmessung und Diagnosestellung (Säule M), Patientenbeurteilung (Säule A), Therapieauswahl (Säule ST) sowie Beurteilung des Ansprechens und Nachsorge (Säule ER): siehe **Abbildung 1**.

Für jede Säule werden die wichtigsten Informationen in prägnanten Infografiken dargestellt, ergänzt durch zusätzliche Abbildungen und Tabellen, die weitere Details liefern. Dieser Ansatz gewährleistet einen klaren, visuell gut zugänglichen und

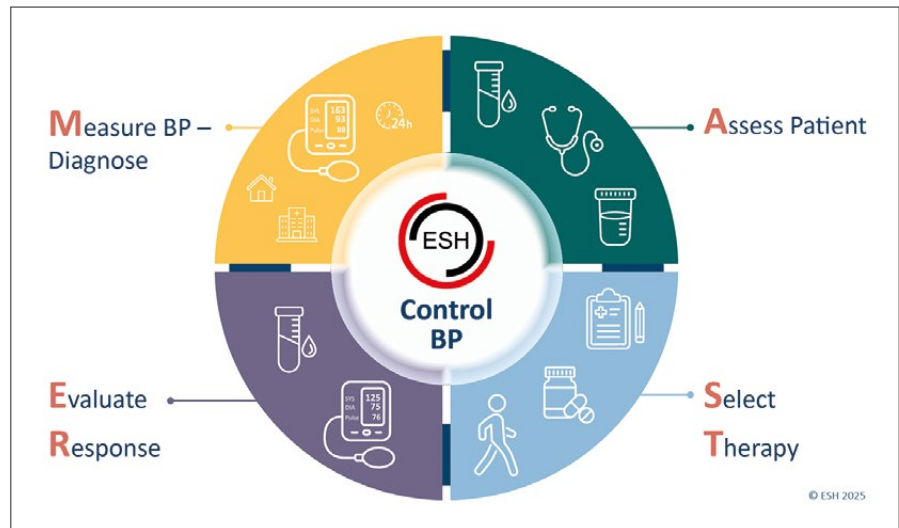


Abbildung 1: Die 4 Säulen im ESH-MASTERplan

praxisorientierten Weg zur Umsetzung einer evidenzbasierten Hypertoniebehandlung im klinischen Alltag.

Für detaillierte und umfassende Übersichten der Evidenz, welche die Empfehlungen in jeder Säule stützen, verweisen wir auf den vollständigen Text der 2023 ESH-Leitlinien zum Management der arteriellen Hypertonie [2].

■ Säule 1: Blutdruck messen – Diagnostizieren einer Hypertonie

Eine genaue und standardisierte Blutdruckmessung ist entscheidend für die Diagnosestellung der arteriellen Hypertonie. **Abbildung 2** zeigt die wesentlichen Schritte der Blutdruckmessung in der Praxis oder außerhalb der Praxis.

Weitere Informationen mit klinischen Indikationen zur Unterstützung des Einsatzes von HBPM oder ABPM sind in **Tabelle 1** zusammengefasst.

■ Säule 2: Patienten beurteilen

Jeder Patient mit arterieller Hypertonie sollte vor Einleitung einer therapeutischen Intervention einer Basisuntersuchung unterzogen werden. Diese kann bei Bedarf und Verfügbarkeit erweitert werden. **Abbildung 3** stellt die zu untersuchenden Parameter dar; **Tabelle 2** zeigt die erweiterte Liste der bei der Anamnese zu berücksichtigenden Faktoren.

Eine erweiterte Liste der Faktoren, die das kardiovaskuläre Risiko bei Hypertonie beeinflussen, ist in **Tabelle 3** dargestellt; **Tabelle 4** enthält zusätzliche Details zur umfassenden körperlichen Untersuchung.

Geschlechterbezeichnung: Zur leichten Lesbarkeit der Beiträge wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils weibliche, männliche und diverse Personen gemeint.

Aus dem ¹Institute of Clinical Pharmacology and Toxicology, Charité Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin, Germany, ²Faculty of Biology and Medicine, University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, ³Family and General Practitioner, São João da Madeira, Portugal, ⁴School of Cardiovascular and Metabolic Health, University of Glasgow, UK, ⁵Department of Hypertension, National Institute of Cardiology, Warsaw, Poland, ⁶University of Milano-Bicocca, Milan, Italy, ⁷Family and General Practitioner, Marchtrenk, Austria, ⁸University Clinic for Internal Medicine IV-Nephrology & Hypertensiology, Medical University Innsbruck, Austria, ⁹Cardiology Department, Klinikum Wels-Grieskirchen, Wels, Austria

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Reinhold Kreutz, Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, D-10117 Berlin, Charitéplatz 1, E-Mail: reinhold.kreutz@charite.de

In der Arztpraxis	Außerhalb der Arztpraxis	
Praxisblutdruckmessung (OBPM)	Heimblutdruckmessung (HBPM)	Ambulante 24-Stunden-Blutdruckmessung (ABPM)
 *SBP ≥ 140 und/oder DBP ≥ 90	 *SBP ≥ 135 und/oder DBP ≥ 85	 *24-h-Mittelwert: SBP ≥ 130 und/oder DBP ≥ 80 * Tageszeit (wach): SBP ≥ 135 und/oder DBP ≥ 85 * Nachtzeit (schlafend): SBP ≥ 120 und/oder DBP ≥ 70
Bedingungen 1. Verwendung eines validierten, automatisierten elektronischen Oberarm-Blutdruckmessgeräts^a (www.stridebp.org). 2. Auswahl einer geeigneten Manschette entsprechend dem Armmumfang gemäß den Herstellerangaben^b. 3. Ruhiger Raum mit angenehmer Temperatur. 4. Kein Rauchen, Koffein, Essen oder körperliche Aktivität innerhalb von 30 Minuten vor der Messung. 5. Beginn der Messung nach 3–5 Minuten ruhigem und entspanntem Sitzen^c. 6. Kein Sprechen während und zwischen den Messungen.	Bedingungen und Körperhaltung 1.-9. Diese Empfehlungen für OBPM gelten auch für die HBPM.	Bedingungen 1.-2. Entsprechen den Empfehlungen der OBPM. 3. Verwendung vollautomatischer Geräte mit 24-h-Messung.
Körperhaltung 7. Sitzend, Rücken an der Stuhllehne angelehnt. 8. Beine nicht überkreuzt, Füße flach auf dem Boden. 9. Unbekleideter Arm auf dem Tisch gelagert, Oberarm auf Herzhöhe.	Messung 10. Empfehlung eines standardisierten Protokolls für den Patienten: • Schulung des Patienten im Umgang mit einem validierten Messgerät und in der Dokumentation der Werte. • Durchführung von 2 Messungen im Abstand von jeweils 1 Minute. • Messungen morgens und abends (bei medikamentöser Therapie vor Einnahme der Medikamente). Messungen über 3–7 Tage vor dem Praxisbesuch. Berechnung des Mittelwerts aller Messungen unter Ausschluss des ersten Tages, sowohl für Blutdruck als auch für Pulsfrequenz. 11. Für die langfristige Verlaufskontrolle behandelter Hypertonie: Durchführung von Doppel-Messungen ein- bis zweimal pro Woche oder pro Monat.	Messung 4. Empfohlenes Messintervall: alle 20 Minuten tagsüber und nachts. 5. Messung über 24 Stunden an einem normalen Arbeitstag. 6. Führen eines Patiententagebuchs (Aktivitäten, Symptome, Mahlzeiten, Medikamente, Schlaf).
Messung 10. Durchführung von 3 Messungen im Abstand von jeweils 1 Minute. Der Mittelwert der letzten 2 Messungen wird für Blutdruck und Pulsfrequenz verwendet^d. Relevanz • Wurde in Outcome-Studien verwendet und bildet die Grundlage für Diagnose und Blutdruckzielwerte.	Relevanz • Empfohlen für die langfristige Verlaufskontrolle behandelter Hypertonie. • Bestätigung der Hypertonie-Diagnose und der echten therapieresistenten Hypertonie.	Relevanz • Erfassung des 24-Stunden-Blutdruckprofils. • Bestätigung der Hypertonie-Diagnose und der echten resistenten Hypertonie. • Obligatorisch vor geplanter renaler Denervation.

*Definition der Hypertonie mit den unterschiedlichen Messmethoden. Ein Gerät, das automatisch Dreifachmessungen durchführt, wird bevorzugt. Die Auswahl einer geeigneten Manschettengröße ist von entscheidender Bedeutung. Eine zu kleine Manschette überschätzt den Blutdruck, eine zu große Manschette unterschätzt ihn. Die Verwendung elektronischer Geräte, die eine automatische Speicherung und Datenübertragung ermöglichen, wird empfohlen. Beim Erstbesuch sollte der Blutdruck an beiden Armen gemessen werden. Eine systolische Blutdruckdifferenz zwischen den Armen von > 10 mmHg muss durch wiederholte Messungen bestätigt werden. Wird sie bestätigt, sollte für alle nachfolgenden Messungen der Arm mit dem höheren Blutdruck verwendet werden. Unterscheiden sich zwei aufeinanderfolgende Blutdruckmessungen an einem Arm um > 10 mmHg, werden zusätzliche Messungen empfohlen.

Abbildung 2: Blutdruck messen – Diagnostizieren

Beurteilung älterer Patienten mit Hypertonie

Die spezifische Beurteilung von Patienten über 80 Jahre sollte die Analyse der funktionellen Leistungsfähigkeit und der Selbstständigkeit (Autonomie) einschließen (Tabelle 5).

Laboruntersuchungen

Ausgewählte Laboruntersuchungen für die Basisdiagnostik bei Patientinnen und Patienten mit Hypertonie sind in Tabelle 6 zusammengefasst.

Erweiterte Patientenbeurteilung

Die erweiterte Evaluation hypertoniebedingter Organschäden (HMOD) kann je nach klinischem Erfordernis und Verfügbarkeit durchgeführt werden (Abbildung 3).

Überweisung an einen Spezialisten oder zur stationären Behandlung

Die Basis- und erweiterte Patientenbeurteilung sollte die Entscheidung unterstützen, wann eine Überweisung an eine Hypertonie-Spezialambulanz oder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Altersabhängige Inzidenzen ausgewählter Formen der sekundären Hypertonie sind in Abbildung 4 dargestellt.

■ Säule 3: Therapie auswählen

Die initiale Behandlung und die Nachsorgestrategien sollten entsprechend dem Risikoprofil des Patienten erfolgen. Die empfohlene Risikostratifizierung ist in Abbildung 5 zusammengefasst.

Tabelle 1: Klinische Indikationen für Blutdruck-Selbstmessung und ambulante 24-Stunden Blutdruckmessung*

Klinischer Kontext	Beispiele
Situationen, in denen eine Weißkittelhypertonie häufiger ist	- Hypertonie Grad 1 bei Praxisblutdruckmessung - Ausgeprägte Blutdruckerhöhung in der Praxis ohne HMOD
Situationen, in denen eine maskierte Hypertonie häufiger ist	- Hochnormaler Praxisblutdruck - Normaler Praxisblutdruck bei Personen mit HMOD oder hohem kardiovaskulärem Gesamtrisiko
Bei behandelten Patienten	- Bestätigung einer unkontrollierten und echten resistenten Hypertonie - Beurteilung der 24-h-Blutdruckkontrolle (insbesondere bei Hochrisikopatienten) - Abklärung von Symptomen, die auf Hypotonie hinweisen (insbesondere bei älteren Patienten)
Verdacht auf orthostatische oder postprandiale Hypotonie bei behandelten Patienten	–
Übermäßige Blutdruckreaktion auf körperliche Belastung	–
Ausgeprägte Variabilität der Praxisblutdruckmessungen	–
Spezifische Indikationen für ABPM gegenüber HBPM	- Beurteilung des nächtlichen Blutdrucks und des Dipping-Status (z. B. Schlafapnoe, CKD, Diabetes, endokrine Hypertonie oder autonome Dysfunktion) - Patienten, die nicht in der Lage oder nicht bereit sind, eine zuverlässige HBPM durchzuführen, oder die bei Selbstmessungen ängstlich reagieren - Beurteilung von Patienten, die für eine renale Denervation in Betracht gezogen werden - Kinder - Schwangerschaft
Spezifische Indikationen für HBPM gegenüber ABPM	- Langfristige Nachsorge behandelter Patienten zur Verbesserung der Therapieadhärenz und der Blutdruckkontrolle - Patienten, die nicht bereit sind, eine ABPM durchzuführen, oder bei denen während der Messung erhebliche Beschwerden auftreten
Indikationen für wiederholte Blutdruckmessungen außerhalb der Praxis (gleiche oder alternative Methode – HBPM/ABPM)	Bestätigung einer Weißkittelhypertonie oder maskierten Hypertonie bei unbehandelten oder behandelten Patienten

© ESH 2025

*Unter Verwendung validierter Geräte gemäß <https://www.stridebp.org>

Die Strategie der initialen Hypertoniebehandlung mit dem Ziel der Blutdruckkontrolle innerhalb von 3 Monaten je nach Risikoprofil ist in **Abbildung 6** dargestellt.

Die Therapieauswahl umfasst Lebensstilinterventionen und medikamentöse Therapie, wie in den **Abbildungen 7 und 8** zusammengefasst.

Zusätzlich zur Pharmakotherapie kann bei Patienten mit echter therapieresistenter Hypertonie, bei unkontrolliertem Blutdruck trotz antihypertensiver Kombinationstherapie oder bei Auftreten schwerwiegender Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung mit Beeinträchtigung der Lebensqualität eine renale Denervation erwogen werden (bei einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate [eGFR] > 40 ml/min/1,73 m²).

Die allgemeine pharmakologische Behandlungsstrategie gilt für die meisten Patienten, einschließlich solcher mit Diabetes, Schlaganfallanamnese oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit.

Spezifische Behandlungsalgorithmen für echte therapieresistente Hypertonie sowie für wesentliche Komorbiditäten – wie koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz mit erhaltener Ejektionsfraktion, Vorhofflimmern und chronische Nierenerkrankung – sind in den ergänzenden Abbildungen S1–S5 dargestellt (verfügbar unter <https://www.eshonline.org>).

Die empfohlene Strategie bei älteren Menschen in Abhängigkeit von funktioneller Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeitsgrad ist in **Abbildung 9** zusammengefasst.

■ Säule 4: Beurteilung des Ansprechens und Nachsorge

Nach Beginn der Behandlung ist es entscheidend, das Ansprechen des Blutdrucks sowie u.a. die Verträglichkeit der verordneten Medikamente zu beurteilen, um das Erreichen der definierten Zielwerte sicherzustellen und Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen.

Die Erstuntersuchung von Patienten sollte entsprechend dem Schweregrad der Hypertonie und den klinischen Umständen angepasst werden.

Basisuntersuchungen



Anamnese

- Persönlich
 - Hypertoniebezogen, einschließlich geschlechtsspezifischer Aspekte, z. B. HDP
 - Komorbiditäten
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren
- Symptome von HMOD, CVD, Schlaganfall oder CKD
- Mögliche sekundäre Hypertonie
- Weitere medikamentöse Therapien oder Einnahmen einschließlich OTC-Präparate (siehe auch Tabelle 2 und Tabelle 3)



Körperliche Untersuchung

- Körperbau und BMI
- Zeichen von HMOD
- Zeichen einer sekundären Hypertonie
- Ruhepulsfrequenz (siehe Blutdruckmessung)
- Grad der Gebrechlichkeit/Funktionalität bei älteren Personen (z. B. >80 Jahre) (siehe auch Tabelle 4 und Tabelle 5)



Laboruntersuchungen Blut (Serum/Plasma)

- Kreatinin, eGFR
- Kalium und Natrium
- (Nüchtern-)Glukose und HbA1c
- Gesamt-, LDL-, HDL-Cholesterin



Urin

- Urinanalyse mittels Multikomponenten-Teststreifen
- Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin (siehe auch Tabelle 6)



Weitere Untersuchungen

- 12-Kanal-EKG

Erweiterte Untersuchungen

HMOD

Auswahl bei Bedarf und Verfügbarkeit



- Echokardiographie
- MRT
- Koronarkalzium-Score



- Ultraschall
- Doppler-Ultraschall



- Carotis-Ultraschall



- Pulswellengeschwindigkeit
- Knöchel-Arm-Index



- CT
- MRT
- Tests der kognitiven Funktion



- Fundoskopie
- Retinale Mikrozirkulation (siehe auch Tabelle 3)

Wann soll ein Patient überwiesen werden



Zum Spezialisten

- Verdacht auf sekundäre Hypertonie (altersabhängig, siehe Abbildung 4)
- Zum Ausschluss einer sekundären Hypertonie bei jüngeren Patienten (<40 Jahre) mit Hypertonie Grad 2 oder 3
- Plötzlicher Beginn oder Verschlechterung der Hypertonie
- Patienten mit therapieresistenter Hypertonie
- Bedarf an einer detaillierteren Beurteilung von HMOD, die Therapie- und Nachsorgeentscheidungen beeinflussen kann
- Hypertonie in der Schwangerschaft



In ein Krankenhaus

- Hypertensive Notfälle, d. h. schwere Hypertonie (Grad 3) mit akuter symptomatischer HMOD
- Schwere Hypertonie bei Zuständen, die ein intensiviertes Blutdruckmanagement erfordern:
 - Akuter Schlaganfall
 - Kompliziertes Aortenaneurysma
 - Akute Herzinsuffizienz
 - Akutes Koronarsyndrom
 - Akutes Nierenversagen
- Hypertonie verursacht durch Phäochromozytom
- Hypertonie durch exogene sympathomimetische Substanzen (z. B. Substanzmissbrauch)
- Schwere Formen von HDP einschließlich Präeklampsie/Eklampsie

Abbildung 3: Patientenbeurteilung

Tabelle 2: Medizinische und familiäre Anamnese*

Kategorie	Details
Persönliche Anamnese	• Zeitpunkt der Erstdiagnose der Hypertonie, einschließlich Angaben zu früheren medizinischen Vorsorgeuntersuchungen und Krankenhausaufenthalten • Stabiler oder rasch ansteigender Blutdruck • Dokumentation aktueller und früherer HBPM-Werte • Aktuelle/frühere antihypertensive Medikation einschließlich Wirksamkeit und Unverträglichkeiten • Therapieadhärenz • Frühere Hypertonie in der Schwangerschaft/Präeklampsie
Risikofaktoren	• Familienanamnese für Hypertonie, CVD, Schlaganfall oder Nierenerkrankungen • Raucheranamnese • Ernährungsanamnese, Alkoholkonsum • Vorwiegend sitzender Lebensstil und Bewegungsmangel • Gewichtszu- oder -abnahme in der Vergangenheit • Anamnese einer erektilen Dysfunktion • Schlafanamnese, Schnarchen, Schlafapnoe (Informationen ggf. auch vom Partner) • Stress • Langzeitüberlebende nach Krebserkrankung
Medikamentöse Therapien oder Einnahmen (außer Antihypertensiva)	• Konsum von Freizeitdrogen/Substanzmissbrauch, begleitende Therapien einschließlich nicht verschreibungspflichtiger Medikamente, z. B. Glukokortikoide, NSAIDs/COX-2-Hemmer, Paracetamol (Acetaminophen), immunsuppressive Medikamente, Antikrebsmittel, nasale Dekongestiva
Anamnese, Zeichen und Symptome von HMOD, CVD, Schlaganfall und Nierenerkrankungen	• Gehirn und Augen: Kopfschmerzen, Schwindel, Synkopen, Sehstörungen, TIA, sensorische oder motorische Defizite, Schlaganfall, Karotisrevaskularisation, kognitive Beeinträchtigung, Gedächtnisverlust, Demenz (bei älteren Menschen) • Herz: Brustschmerzen, Atemnot, Ödeme, Myokardinfarkt, koronare Revaskularisation, Synkopen, Palpitationen in der Anamnese, Arrhythmien (insbesondere Vorhofflimmern), Herzinsuffizienz • Niere: Durst, Polyurie, Nykturie, Hämaturie, Harnwegsinfektionen • Periphere Arterien: kalte Extremitäten, Claudicatio intermittens, schmerzfreie Gehstrecke, Ruheschmerz, Ulkus oder Nekrose, periphere Revaskularisation
Anamnese einer möglichen sekundären Hypertonie	• Frühes Auftreten einer Hypertonie Grad 2 oder 3 (<40 Jahre) oder plötzliche Entwicklung einer Hypertonie bzw. rasche Blutdruckverschlechterung bei älteren Patienten • Anamnese rezidivierender Nieren- oder Harnwegserkrankungen • Wiederholte Episoden von Schwitzen, Kopfschmerzen, Angst oder Palpitationen, hinweisend auf ein Phäochromozytom • Anamnese spontaner oder diuretika-induzierter Hypokaliämie (Hyperaldosteronismus) • Symptome hinweisend auf Schilddrüsenerkrankungen oder Hyperparathyreoidismus • Frühere oder aktuelle Schwangerschaft, postmenopausaler Status sowie Anwendung oraler Kontrazeptiva oder Hormonersatztherapie

*Weitere zu berücksichtigende Faktoren sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3: Faktoren, die das kardiovaskuläre Risiko bei Patienten mit Hypertonie beeinflussen (DBP ist nicht in SCORE2/SCORE2-OP zur Abschätzung des kardiovaskulären Risikos enthalten)

Risikofaktoren	Details
Parameter zur Risikostratifizierung, die in SCORE2 und SCORE2-OP enthalten sind	• Geschlecht (Männer > Frauen) • Alter • Höhe des systolischen Blutdrucks (SBP) • Rauchen – aktuell oder in der Vergangenheit • Nicht-HDL-Cholesterin
Etablierte und neuere Faktoren	• Familiäre Anamnese einer früh einsetzenden Hypertonie • Persönliche Anamnese einer malignen Hypertonie • Familienanamnese einer frühzeitigen CVD (Männer <55 Jahre; Frauen <65 Jahre) • Herzfrequenz (Ruhewerte >80 Schläge/min) • Niedriges Geburtsgewicht • Bewegungsmangel • Übergewicht oder Adipositas • Diabetes mellitus • Dyslipidämie • Lp(a) • Harnsäure • Erkrankungen in der Schwangerschaft (rezidivierende Fehlgeburten, Frühgeburt, hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, Gestationsdiabetes) • Früh einsetzende Menopause • Gebrechlichkeit, funktionelle Kapazität und Grad der Autonomie • Psychosoziale und sozioökonomische Faktoren • Migration • Umweltbedingte Exposition gegenüber Luftverschmutzung oder Lärm • Zusätzliche klinische Erkrankungen oder Komorbiditäten: ◦ Echte therapieresistente Hypertonie ◦ Schlafstörungen (einschließlich obstruktiver Schlafapnoe) ◦ COPD ◦ Gicht ◦ Chronisch-entzündliche Erkrankungen ◦ Metabolische Dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung ◦ Chronische Infektionen (einschließlich Long COVID-19) ◦ Migräne ◦ Depressive Syndrome ◦ Erektile Dysfunktion
Hypertonie-medierte Organschädigung (HMOD)	• Erhöhte Steifigkeit großer Arterien: ◦ Pulsdruck (bei älteren Personen) ≥ 60 mmHg ◦ Carotis–femorale Pulswellengeschwindigkeit >10 m/sec oder brachial-ankle Pulswellengeschwindigkeit >18 m/sec bei Personen zwischen 50 und 70 Jahren • Nachweis nicht hämodynamisch signifikanter atheromatöser Plaques in der Bildgebung • EKG-Linksherzhypertrophie (Sokolow–Lyon-Index >35 mm oder R in aVL ≥ 11 mm; Cornell-Voltage-Duration-Produkt [$+6$ mm bei Frauen] >2440 mm$\cdot$ms oder Cornell-Voltage >28 mm bei Männern oder >20 mm bei Frauen) • Echokardiographische Linksherzhypertrophie (LV-Masseindex: Männer >50 g/m^2; Frauen >47 g/m^2; m = Körpergröße in Metern; Indexierung nach Körperoberfläche kann bei normalgewichtigen Patienten verwendet werden: >115 g/m^2 bei Männern und >95 g/m^2 bei Frauen) • Mäßige Albuminurie 30–300 mg/24 h oder erhöhter Albumin-Kreatinin-Quotient (UACR) (bevorzugt im Morgenurin) 30–300 mg/g • CKD Stadium 3 mit eGFR 30–59 ml/min/1,73 m^2 • Knöchel-Arm-Index $<0,9$ • Fortgeschrittene Retinopathie: Blutungen oder Exsudate, Papillenödem
Etablierte kardiovaskuläre und renale Erkrankungen	• Zerebrovaskuläre Erkrankungen: ischämischer Schlaganfall, Hirnblutung, TIA • Koronare Herzkrankheit: Myokardinfarkt, Angina pectoris, myokardiale Revaskularisation • Nachweis hämodynamisch signifikanter atheromatöser Plaques (Stenosen) in der Bildgebung • Herzinsuffizienz • Periphere arterielle Verschlusskrankheit • Vorhofflimmern • Schwere Albuminurie >300 mg/24 h oder UACR (bevorzugt im Morgenurin) >300 mg/g • CKD Stadium 4 und 5, eGFR <30 ml/min/1,73 m^2

Tabelle 4: Körperliche Untersuchung bei Hypertonie*

Kategorie	Beurteilung
Körperbau	- Gewicht und Körpergröße gemessen mit einer kalibrierten Waage; Berechnung des BMI - Taillenumfang
Zeichen einer hypertoniebedingten Organschädigung	- Neurologische Untersuchung und Beurteilung des kognitiven Status - Fundoskopische Untersuchung auf hypertensive Retinopathie bei hypertensiven Notfällen und maligner Hypertonie - Auskultation von Herz und Carotiden - Palpation der Carotis- und peripheren Arterienpulse - Knöchel-Arm-Index
Zeichen einer sekundären Hypertonie	- Hautinspektion: Café-au-lait-Flecken bei Neurofibromatose (Phäochromozytom) - Palpation der Nieren bei Verdacht auf Nierenvergrößerung bei polyzystischer Nierenerkrankung^a - Auskultation von Herz und Nierenarterien auf Strömungsgeräusche als Hinweis auf Aortenkoarktation oder renovaskuläre Hypertonie - Zeichen eines Cushing-Syndroms oder einer Akromegalie - Zeichen einer Schilddrüsenerkrankung

© ESH 2025

*Anpassung je nach klinischer Situation

^agegebenenfalls Point-of-Care Ultraschall der Nieren**Tabelle 5:** Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit und der Selbständigkeit (Autonomie) bei hypertonen Patienten > 80 Jahre

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Merkmale	Fit	Verlangsamt, aber für die meisten Aktivitäten selbstständig	Schwer pflegeabhängig
Diagnose	- ADL (Katz) ≥ 5 und - Fehlen einer klinisch relevanten Demenz (MMSE > 20) und - Routinemäßige Gehaktivitäten	Profil zwischen Gruppe 1 und Gruppe 3	- ADL (Katz) ≤ 2 oder - schwere Demenz (MMSE ≤ 10) oder - chronisch bettlägerig oder - Lebensende

© ESH 2025

ADL: Activities of Daily Living (Katz-Index), skaliert bewertet von 0 (vollständig abhängig) bis 6 (vollständig autonom): Diese Skala umfasst 6 ADL: Körperpflege, Ankleiden, Toilettengang, Transfer, Nahrungsaufnahme und Kontinenz. Für jede ADL bedeutet '0', dass die Person sie ohne Unterstützung nicht durchführen kann, 0,5 Bedarf an etwas Unterstützung, 1 kein Bedarf an Unterstützung.

MMSE: Mini-Mental-State-Examination: Punktzahl 0–30, 30 am besten, 0–10 schwere Demenz, 11–20 moderate Demenz, 21–30 kein Vorliegen einer klinisch signifikanten Demenz. Die Beurteilung wird verwendet, um die Therapieauswahl zu steuern, wie in Säule 3 dargestellt.

■ Schlussfolgerungen

Die ESH hofft, dass dieser MASTERplan einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung und Optimierung der Hypertonieversorgung in unterschiedlichen Gesundheitssystemen leistet. Ziel ist es, die Primär- und Spezialversorgung bei fundierten und zeitnahen Entscheidungen zu unterstützen.

In diesem Zusammenhang möchten die Autoren dieser Publikation die ESH-Initiative durch die Bereitstellung einer Übersetzung in deutscher Sprache unterstützen.

Literatur:

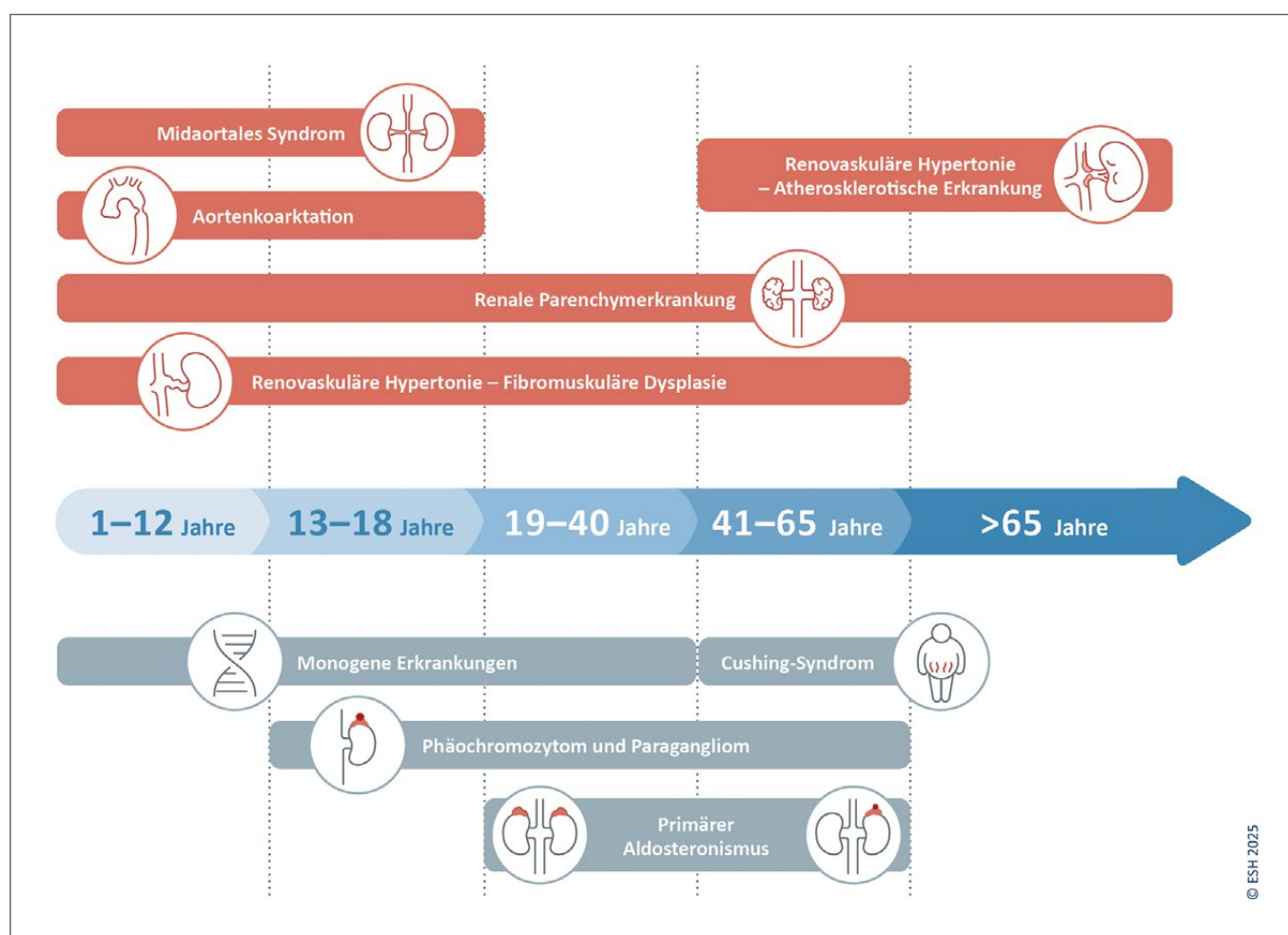
- Kreutz R, Brunström M, Burnier M, et al. 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. Eur J Intern Med 2024; 126: 1–15.
- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). J Hypertens 2023; 41: 1874–2071.

Tabelle 6: Ausgewählte Standard-Laboruntersuchungen bei Patienten mit arterieller Hypertonie*

Probe	Laboruntersuchungen
 Blut (Serum/ Plasma)	• Hämoglobin und/oder Hämatokrit • Nüchternblutzucker und HbA1c • Lipide: Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyzeride • Kalium und Natrium • Harnsäure • Kreatinin (und/oder Cystatin C) zur Abschätzung der GFR mithilfe von eGFR-Formeln • Kalzium
 Urin	Urinanalyse (erste Morgenurinprobe), Multikomponenten-Teststreifen bei allen Patienten, UACR, mikroskopische Untersuchung bei ausgewählten Patienten

© ESH 2025

*Anpassung an die jeweilige klinische Situation


Abbildung 4: Typische Inzidenzen ausgewählter Formen sekundärer Hypertonie in Abhängigkeit vom Lebensalter (klinische Manifestationen können auch in anderen Altersgruppen auftreten.)

Stadieneinteilung der Hypertonie	Weitere Risikofaktoren, HMOD, CVD oder CKD	Blutdruckklassifikation (mmHg)			
		Hochnormal: SBP 130–139 DBP 85–89	Grad 1: SBP 140–159 DBP 90–99	Grad 2: SBP 160–179 DBP 100–109	Grad 3: SBP ≥ 180 DBP ≥ 110
Stadium 1	Keine weiteren Risikofaktoren	Niedriges Risiko	Niedriges Risiko	Moderates Risiko	Hohes Risiko
	1 oder 2 Risikofaktoren	Niedriges Risiko	Moderates Risiko	Moderates bis hohes Risiko	Hohes Risiko
	≥3 Risikofaktoren	Niedriges bis moderates Risiko	Moderates bis hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko
Stadium 2	HMOD, CKD Grad 3 oder Diabetes mellitus	Moderates bis hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko
Stadium 3	Etablierte CVD oder CKD Grad ≥4	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko

Abbildung 5: Risikostratifizierung nach Grad und Stadium der Hypertonie (basierend auf Office-Blutdruck)

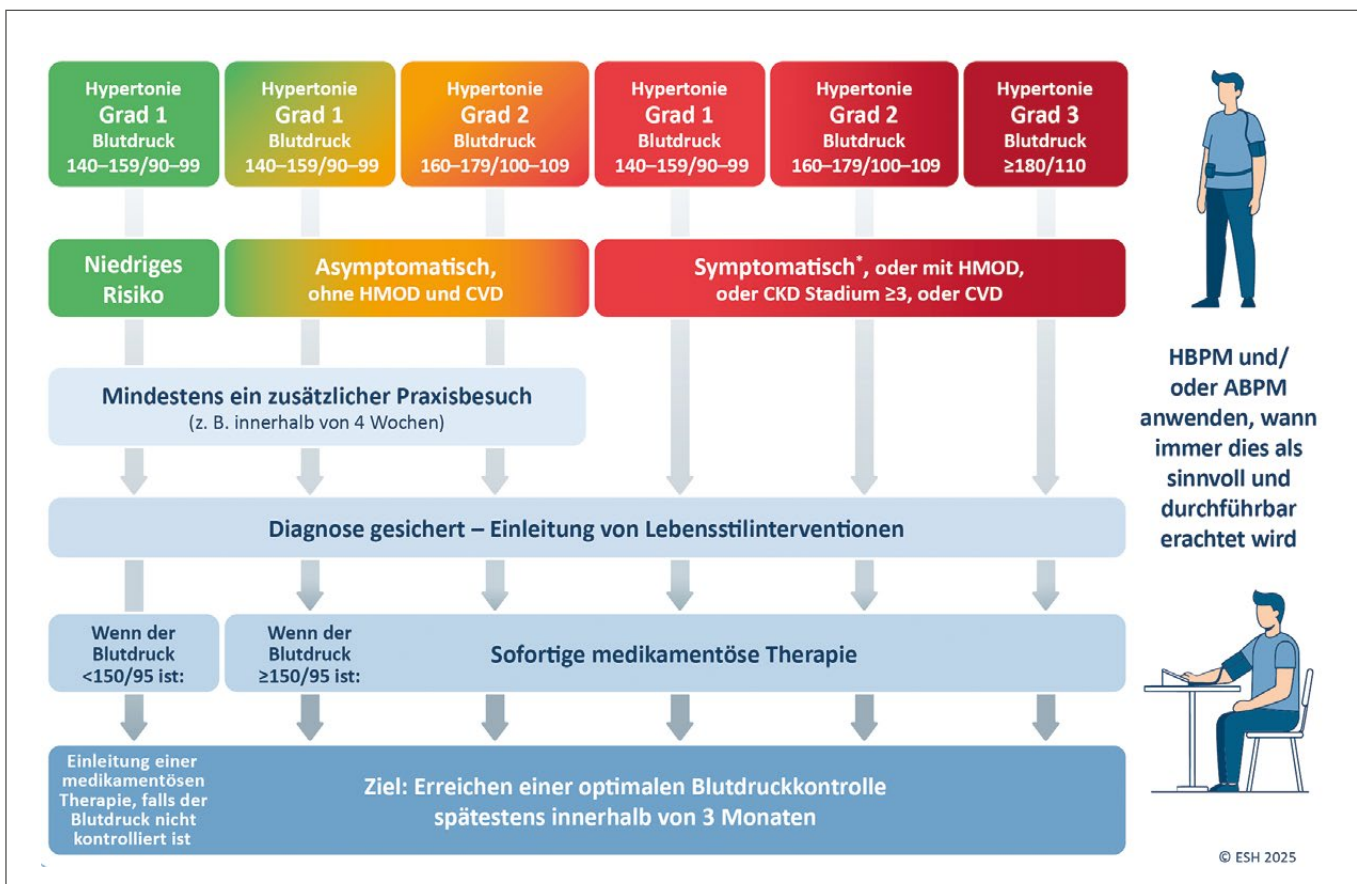


Abbildung 6: Therapie auswählen: Initiale Hypertoniebehandlung (basierend auf Office-Blutdruck)

*Zusätzlich zu den Symptomen, die mit HMOD verbunden sind, wie in Tabelle 2 aufgeführt, können weitere Symptome, die mit Hypertonie assoziiert sind, wie Kopfschmerzen, Dyspnoe, Schwindel oder Palpitationen, berücksichtigt werden.

Relevanz	Verordnung	Unterstützende zusätzliche Interventionen
- Prävention oder Verzögerung des Auftretens von Hypertonie - Verbesserung der allgemeinen/kardiovaskulären Gesundheit und des Wohlbefindens - Senkung des Blutdrucks - Verstärkung der blutdrucksenkenden Wirkung von blutdrucksenkenden Medikamenten - Reduktion der Anzahl/Dosis der zur Blutdruckkontrolle benötigten Medikamente	- Für alle Patienten mit diagnostizierter Hypertonie - Für Patienten mit Weißkittel- oder maskierter Hypertonie - Für Patienten mit hochnormalem Blutdruck - Individuelle Patientenberatung und Unterstützung - Verordnung mit spezifischen Anweisungen, z. B. Intensität und Art der körperlichen Aktivität - Beurteilung, Anpassung und Verstärkung im Rahmen der Nachsorge	 Rauchstopp - Rauchstopp, unterstützende Maßnahmen und Überweisung an Programme zur Raucherentwöhnung werden allen Rauchern empfohlen  Verbesserung des Stressmanagements - Stressreduktion durch: - Regelmäßige körperliche Aktivität - Achtsamkeitsbasierte Übungen - Entspannungstechniken, z. B. tiefe Atmung, Meditation, Yoga oder Tai Chi - Ausreichender Schlaf (7–9 Stunden) - Individuelle Strategien zur Stressbewältigung, z. B. Achtsamkeit, Hobbys oder Gespräche mit einem Therapeuten - Mäßigung des Alkohol- und Koffeinkonsums, Vermeidung von Drogen  Minimierung der Exposition gegenüber Lärm und Luftverschmutzung - Reduktion der Belastung durch Lärm und Luftverschmutzung in Innenräumen - Erwägung einer Reduktion der Luftschadstoffexposition durch Anpassung von Ort, Zeitpunkt und Art von Aktivitäten im Freien
Empfohlene Interventionen zur Blutdrucksenkung		
 Gesunde Ernährung Bevorzugen: - DASH- oder mediterrane Ernährung - Ein gesundes Ernährungsmuster mit mehr pflanzlichen und weniger tierischen Lebensmitteln - Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte, Nüsse, Samen und pflanzliche Öle - Mageres Protein (z. B. Fisch, Geflügel) Begrenzen: - Fettreiches Fleisch, Vollfett-Milchprodukte - Zucker, Süßigkeiten und gesüßte Getränke	 Gewichtsreduktion - Kombination einer kalorienarmen Ernährung mit täglicher körperlicher Aktivität bei Patienten mit Übergewicht oder Adipositas - Überwachung von Taillenumfang und Körpergewicht  Reduktion der Natriumzufuhr - Natrium wird hauptsächlich in Form von Salz aufgenommen, das aus verarbeiteten Lebensmitteln stammt oder beim Kochen bzw. am Tisch zugesetzt wird - Eine Salzrestriktion (NaCl) auf <5 g (~2 g Natrium) bzw. 1 Teelöffel pro Tag wird empfohlen  Erhöhung der Kaliumzufuhr - Erhöhung der Kaliumaufnahme vorzugsweise über Ernährungsumstellung, außer bei Hypertonikern mit fortgeschrittener CKD - Kaliumreiche Lebensmittel sind z. B. weiße Cannellinibohnen (1200 mg/Tasse), ungesalzener gekochter Spinat (840 mg/Tasse), Avocado (708 mg/Stück) und Bananen (450 mg pro mittelgroße Frucht) - Verwendung von Salzersatzstoffen, bei denen NaCl durch KCl ersetzt wird, bei Patienten mit hoher Natriumaufnahme  Alkoholkonsum begrenzen - Begrenzung des Alkoholkonsums bis nahe an Abstinenz, insbesondere bei einem Konsum von ≥3 Drinks/Tag^a - Vermeidung von exzessivem (Rausch-)Trinken	
 Tägliche körperliche Aktivität und regelmäßiges Training - Integration körperlicher Aktivität (z. B. Gehen, Radfahren) in den Alltag und Reduktion sitzender Tätigkeiten - Ziel: 150–300 Minuten aerobe Aktivität pro Woche mit moderater Intensität oder 75–150 Minuten aerobe Aktivität pro Woche mit hoher Intensität oder - eine äquivalente Kombination aus moderater und intensiver körperlicher Aktivität - Ergänzend dynamisches Krafttraining (Muskelkräftigung) 2–3-mal pro Woche - Langsamer Beginn und schrittweise Steigerung von Umfang und Intensität		

^aEtwas 350 ml normales Bier mit 5 % Alkoholgehalt oder 150 ml Wein mit 12 % Alkoholgehalt pro Getränk.

© ESH 2025

Abbildung 7: Therapie auswählen: Lebensstilinterventionen



Königsklasse von Genericon

CandAm®

Candesartan + Amlodipin

Grüne Box | 30 Stück

Die Nr. 1 in
Österreich*



CandAmComp®

Candesartan + Amlodipin + HCT

Grüne Box | 30 Stück

Die Nr. 1 in
Österreich*



Ihr Kombinationsexperte

GENERICON

Fachkurzinformation siehe Seite 22

* CandAm® ist die meistverordnete Candesartan/Amlodipin-Kombination bzw. CandAmComp® ist die meistverordnete Candesartan/Amlodipin/HCT-Kombination in Österreich, laut Insight Health, NPI AT, MAT 2026.06, in Absatz (EH).

© svetazi – stock.adobe.com, 2026_08_CandAm®CandAmComp®_L_JfH_01_Ausgabe_01_2026

Der Snap-Tab-Mechanismus ermöglicht eine besonders einfache und präzise Teilung der Tablette per Fingerdruck.

Snap Tab



Symbolabbildung

Die Tabletten werden mit der Bruchkerbe nach oben gelegt und mit leichtem Fingerdruck geteilt.



GENERICON

Candesartan Genericon®

8 mg | 16 mg | 32 mg Tabletten

Candesarcomp®

Wirkstoffe: Candesartan + Hydrochlorothiazid

8 mg/12,5 mg | 16 mg/12,5 mg Tabletten

Lisinopril Genericon®

5 mg | 10 mg | 20 mg Tabletten

Lisinocomp® Genericon

Wirkstoffe: Lisinopril + Hydrochlorothiazid

20 mg/25 mg Tabletten
mite 20 mg/12,5 mg Tabletten

Amlodipin Genericon®

10 mg Tabletten

Doxazosin Genericon®

8 mg Tabletten

www.genericon.at

QR-Code scannen oder
unter <https://aspreghister.basg.gv.at/>
zu den Fachinformationen gelangen.



Rivaroxaban Genericon®

Referenzarzneimittel Xarelto®

2,5 mg | 10 mg | 15 mg | 20 mg Filmtabletten



GENERICON

PREISVORTEIL*
bis zu 96 Euro bzw. 83 %



Qualität & Service

aus Österreich



GRÜNE BOX

Jetzt NEU in der kompletten Dosierbreite

Fachkurzinformation siehe Seite 22, 23

* Preisvergleich Xarelto® 15 mg Filmtabletten zu 42 Stück und Rivaroxaban Genericon® 15 mg Filmtabletten zu 42 Stück, laut KKP WVZ Stand 07/2026, 2026_08_Rivaroxaban_Genericon®_J_JfH_01_Ausgabe_01_2026

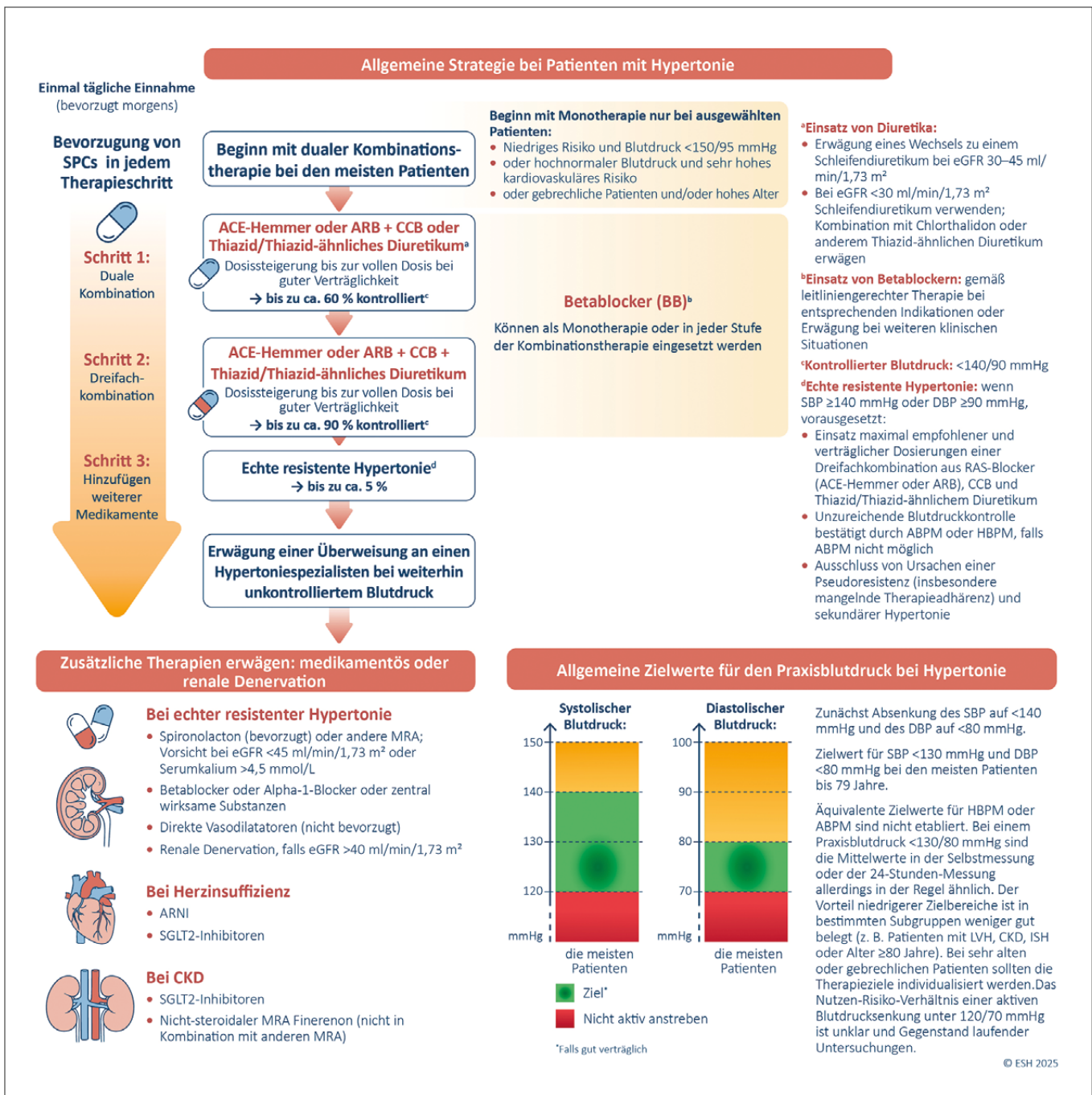


Abbildung 8: Therapie auswählen: Medikamentöse Behandlung

	 Fit	 Verlangsamt, aber für die meisten Aktivitäten selbstständig	 Schwer pflegeabhängig
 Therapiebeginn	1. Wenn der Praxis-SBP ≥ 160 mmHg beträgt. 2. In den meisten Fällen auch erwägen, wenn der Praxis-SBP zwischen 140 und 159 mmHg liegt.	1. Wenn der Praxis-SBP ≥ 160 mmHg beträgt. 2. In den meisten Fällen auch erwägen, wenn der Praxis-SBP zwischen 140 und 159 mmHg liegt.	1. Abhängig von Komorbiditäten und Polypharmazie. 2. Therapie erwägen, wenn der Praxis-SBP ≥ 160 mmHg beträgt.
 Zielblutdruck	3. Praxis-SBP im Bereich von 140–150 mmHg. 4. Ein Bereich von 130–139 mmHg kann erwogen werden, falls gut verträglich. 5. Vorsicht, wenn der DBP bereits unter 70 mmHg liegt.	3.–5. Empfehlungen aus „Fit“ gelten ebenfalls.	3. Praxis-SBP im Bereich von 140–150 mmHg.
 Strategie	6. Erwägen, mit einer Monotherapie zu beginnen.	6. Erwägen, mit einer Monotherapie zu beginnen. 7. Dosis vorsichtig auftitrieren. 8. Therapie reduzieren, wenn der SBP sehr niedrig ist (<120 mmHg) oder bei Patienten mit orthostatischer Hypotonie. 9. Erwägung einer detaillierten Beurteilung des funktionellen Status mit den unten genannten oder gleichwertigen Instrumenten: • Mobilität (Short Physical Performance Battery) • Muskelkraft (Handkraftmessung) • Depression (Mini Geriatric Depression Scale) • Ernährung (Mini Nutritional Assessment – Short Form)	4. Therapie vorsichtig beginnen. 5. Therapie reduzieren, wenn der SBP sehr niedrig ist (<120 mmHg) oder bei Patienten mit orthostatischer Hypotonie. 6. Andere Faktoren und Medikamente korrigieren, die den Blutdruck senken.

Abbildung 9: Therapieauswahl bei älteren Patienten (> 80 Jahre)

Interessenkonflikt / Funding

Conflict of interest disclosure for speaker or consulting honoraria:

Reinhold Kreutz: Bayer AstraZeneca, Bayer, Krka, Menarini Group, Merck, ProMed, PolPharma, Recor, Servier, and Zentiva.

Michel Burnier: Servier, Menarini, Cincor, Bayer, Boehringer Ingelheim.

Christian Delles: none.

Andrzej Januszewicz: Servier; Gedeon-Richter; Medtronic; KRKA; Novartis; AstraZeneca; Adamed; Bausch; Polpharma; Novartis; Berlin Chemie; Termedia; ViaMedica; Medycyna Praktyczna.

Rosa Maria de Pinho: Servier, Tecnimede, Merck.

Giuseppe Mancia: AstraZeneca, Berlin Chemie, Boehringer Ingelheim, Gedeon Richter, Medtronic Vascular Inc, Menarini Int, Merck Healthcare KGaA, Medtronic Inc USA, Neopharm-med-Gentili, Novartis Pharma, Recordati, Sandoz, Sanofi, Servier.

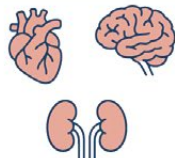
Florian Ardelt: none.

Christian Koppelstätter: AstraZeneca, Medtronic, Boehringer Ingelheim.

Thomas Weber: Medtronic, Boehringer Ingelheim, Merck, Servier, Novartis, Bristol-Myers Squibb, AstraZeneca, Pfizer.

Funding:

The author(s) reported there is no funding associated with the work featured in this article.

	Therapiebeginn (3 Monate)	Kurzfristige Nachsorge (3 Monate – 1 Jahr)	Langfristige Nachsorge (>1 Jahr)
Ziel	Erreichen der Blutdruckkontrolle	Etablierung einer optimalen Blutdruckkontrolle	Aufrechterhaltung einer optimalen Blutdruckkontrolle
	1–2 Visiten (alle 4–6 Wochen)	1–2 Visiten abhängig vom kardio- vaskulären Risiko (alle 4–6 Wochen) Häufigere Kontrollen bei Hochrisikopatienten und schwer einstellbarem Blutdruck	Niedriges Risiko: 1 Visite pro Jahr Hohes Risiko und schwer kontrollierbarer Blutdruck: häufigere Visiten (2–3/Jahr)
	Praxisblutdruck und Blutdruckselbstmessung	Praxisblutdruck und Blutdruckselbstmessungen (vor den Besuchen); Überprüfung der Konsistenz der Blutdruckkontrolle; Berücksichtigung saisonaler Schwankungen ABPM bei scheinbar resistenter Hypertonie; Erwägung einer Überweisung an einen Spezialisten	
	Ausgewählte Laboruntersu- chungen zur Beurteilung der Arzneimittelsicherheit oder von Risikofaktoren	Abhängig vom Ausgangsprofil und klinischen Zustand regelmäßige Reevaluation von Parametern mit Einfluss auf Arzneimittelsicherheit und -auswahl, z. B. eGFR, Kalium oder relevanten Risikofaktoren wie Glukose, HbA1c, LDL-Cholesterin	
	Erneute Beurteilung modifizierbarer Risikofaktoren und HMOD (Tabelle 2 und Tabelle 3)	Bei Patienten mit vorbestehender HMOD Überprüfung blutdruckbe- dingter Veränderungen (abhängig von der Sensitivität gegenüber Ver- änderungen), z. B. eGFR, Albuminu- rie, Pulswellengeschwindigkeit oder linksventrikuläre Hypertrophie	Bei Patienten ohne vorbestehende HMOD erneute Beurteilung in längeren Abständen, z. B. alle 3 Jahre Bei Patienten mit vorbestehender HMOD häufigere Reevaluation blutdruckbedingter Veränderungen
	Überprüfung und Anpassung von Lebensstilinterventionen sowie Empfehlung geeigneter Verordnungsmuster für die medikamentöse Therapie	Unterstützung der Umsetzung von Lebensstilinterventionen. Anpassung der Medikation in Abhängigkeit von Blutdruckkontrolle, Verträglichkeit und Veränderungen von Komorbiditäten erwägen, therapeutische Trägheit ver- meiden. Erwägung einer Reduktion der blutdrucksenkenden Medikamente bei symp- tomatischen sehr alten und gebrechlichen Patienten mit niedrigem Blutdruck	
	Überprüfung des Therapie- beginns und Besprechung der Therapieadhärenz	Überwachung der Adhärenz/Persistenz der medikamentösen Therapie: Identifikation von Barrieren, z. B. Veränderungen von Komorbiditäten, Nebenwirkungen, Polypharmazie einschließlich OTC-Präparaten	
	Unterstützung individueller Bedürfnisse und partizipativer Entscheidungsfindung	Organisation und Umsetzung der Patientenunterstützung Erwägung team-basierter Versorgung, Telemedizin, virtueller Besuche, Selbstmessung und Stärkung der Patientenkompetenz	Aufrechterhaltung der Patientenunterstützung

© ESH 2025

Abbildung 10: Bewertung des kurz- und langfristigen Therapieansprechens

■ Danksagung

Die ESH dankt der Firma ITEM Publishing Sp. z o.o., Warsaw (Polen), für die graphische Aufbereitung der Abbildungen und Tabellen.

Abkürzungsverzeichnis

(Original in Englisch)

ACEi	angiotensin-converting-enzyme inhibitor	HMOD	hypertension-mediated organ damage
ABPM	ambulatory blood pressure monitoring	ISH	isolated systolic hypertension
ADL	activity of daily living	LDL	low density lipoprotein
ARB	angiotensin receptor blocker	Lp(a)	lipoprotein (a)
ARNI	angiotensin receptor neprilysin inhibitor	LV	left ventricle
BB	beta-blocker	LVH	left ventricular hypertrophy
BP	blood pressure	MMSE	mini mental state examination
BMI	body mass index	MRA	mineralocorticoid receptor antagonist
CCB	calcium-channel blocker	NSAIDs	non-steroidal anti-inflammatory drugs
CVD	cardiovascular disease	OSA	obstructive sleep apnea
CKD	chronic kidney disease	OBPM	office blood pressure monitoring
COPD	chronic obstructive pulmonary disease	OTC	over the counter medications
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)	SCORE2	Systematic COronary Risk Evaluation model 2
COX-2	cyclooxygenase 2	SCORE2-OP	Systematic COronary Risk Evaluation model 2 for Older People
DASH	dietary approaches to stop hypertension	SBP	systolic blood pressure
DBP	diastolic blood pressure	SPC	single pill combination
eGFR	estimated glomerular filtration rate	SGLT2i	sodium-glucose cotransporter type 2 inhibitors
ESH	European Society of Hypertension	TIA	transient ischemic attack
HbA1c	hemoglobin A1c	UACR	urinary albumin-creatinine ratio
HBPM	home blood pressure monitoring		
HDL	high density lipoprotein		
HDP	hypertensive disorders in pregnancy		

■ Aldosterone synthase inhibitors for resistant or uncontrolled hypertension: a network meta-analysis of randomized clinical trials

Elbahloul MA et al. *J Hypertens* 2026; 44: 542–52

Abstract

Resistant hypertension is a challenging condition and linked with considerable morbidity. We aimed to evaluate the efficacy and safety of aldosterone synthase inhibitors (ASIs) among patients with resistant hypertension.

Four electronic databases were searched to identify randomized clinical trials (RCTs) evaluating ASIs compared with placebo for resistant hypertension. A frequentist network meta-analysis was conducted.

Continuous outcomes were reported as mean differences and dichotomous

outcomes as risk ratio, each with 95% confidence interval (95% CI), using a random-effect model. The primary outcomes were changes in systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP). A total of 2725 patients from six RCTs were included. Baxdrostat and Lorundrostat significantly reduced SBP (Baxdrostat: MD -8.81 mmHg, 95% CI -10.94 to -6.67; Lorundrostat: MD -8.42 mmHg, 95% CI -11.05 to -5.78) and DBP (Baxdrostat: MD -3.28 mmHg, 95% CI -4.68 to -1.87; Lorundrostat: MD -3.13 mmHg, 95% CI -4.27 to

-1.98). In contrast, Osilodrostat did not show a significant difference in SBP or DBP compared with placebo. Baxdrostat and Lorundrostat were associated with significant increases in serum potassium levels and hyperkalemia. None of the three drugs significantly increased the risk of serious adverse events.

Highly selective ASIs (Baxdrostat and Lorundrostat) significantly lowered BP in patients with resistant hypertension without increasing the risk of serious adverse.

Zusammenfassung

Die vorliegende Metaanalyse randomisierter Studien untersucht die Wirksamkeit und Sicherheit von Aldosteron-Synthase-Inhibitoren (ASI) bei resistenter bzw. unkontrollierter Hypertonie. Insgesamt wurden 2725 Patienten aus 6 randomisiert kontrollierten Studien eingeschlossen. Hochselektive ASI, insbesondere Baxdrostat und Lorundrostat, zeigten eine signifikante Blutdrucksenkung gegenüber Placebo (systolisch ca. -8–9 mmHg, diastolisch ca. -3 mmHg). Demgegenüber erreichte der nichtselektive Inhibitor Osilodrostat keine signifikante Blutdruckreduktion. Hinsichtlich der Sicherheit zeigte sich kein Anstieg schwerwiegender Nebenwirkungen oder Mortalität. Allerdings war die Therapie mit Baxdrostat und Lorundrostat mit einem signifikanten Anstieg des Serumkaliums sowie einem erhöhten Risiko für Hyperkaliämie assoziiert.

Die Ergebnisse unterstreichen das therapeutische Potenzial selektiver ASI als neue Behandlungsoption bei resistenter Hypertonie, insbesondere bei vermuteter Aldosterondysregulation. Limitationen bestehen in der kurzen Studiendauer und dem Fehlen direkter Vergleichsstudien. Langzeitdaten zu kardiovaskulären Endpunkten sowie direkte Vergleiche mit etablierten Therapien (z. B. Spironolakton) sind in Zukunft erforderlich.

Kommentar

Die Netzwerk-Metaanalyse adressiert eine klinisch hochrelevante Population mit unzureichend kontrollierter sowie resistenter Hypertonie. Gleichzeitig ist ein Hyperaldosteronismus in dieser Gruppe häufig und gilt aktuell als zentraler pathophysiologischer Mechanismus, wird jedoch trotz klarer Leitlinienempfehlungen nur bei einem sehr kleinen Anteil der Patienten systematisch gescreent [1, 2]. Dies unterstreicht die potenzielle Bedeutung zielgerichteter Therapiestrategien der resistenten Hypertonie wie der Aldosteronsynthase-Inhibition.

Die Analyse zeigt eine signifikante Blutdrucksenkung durch die selektiven ASI Baxdrostat und Lorundrostat in aktuellen Phase-2- und Phase-3-Studien. Die überwiegend adipöse Studienpopulation (BMI > 30 kg/m²) ist dabei von besonderer Relevanz, da der Zusammenhang zwischen Adipositas und Hyperaldosteronismus gut etabliert ist [3]. Es ist daher plausibel, dass insbesondere diese Patientengruppe von einer gezielten Hemmung der Aldosteronsynthese profitiert. Unklar bleibt jedoch, inwieweit diese Effekte auf andere Hypertoniepopulationen oder auf den Einsatz in früheren Therapielinien übertragbar sind. Klinische Charakteristika der Studienteilnehmer sowie Hintergrundmedikation variierten deutlich unter den eingeschlossenen Studien, hier sollten zukünftige Studien ein heterogenes Teilnehmerbild gezielt adressieren. Beispielsweise sind unter jungen Erwachsenen Prävalenzraten der sekundären Hypertonie, insbesondere Hyperaldosteronismus, von > 30 % beschrieben, in dieser Gruppe wäre es durchaus interessant, eine Therapie mit ASI als First-line-Option zu untersuchen [4].

Baxdrostat und Lorundrostat haben eine effektive Senkung des systolischen und diastolischen Blutdrucks gezeigt, Osilodrostat hingegen zeigte keinen signifikanten antihypertensiven Effekt. Dies lässt sich mechanistisch durch die fehlende Selektivität erklären: Während die „second generation ASI“ Baxdrostat und Lorundrostat hochselektiv das Enzym CYP11B2 (Aldosteronsynthase) inhibieren und nur minimal das Enzym 11β-Hydroxylase (CYP11B1, Kortisolbiosynthese), werden mit Osilodrostat beide Enzyme gehemmt, wodurch eine Suppression der Kortisolsynthese und damit eine limitierte Dosierbarkeit von Osilodrostat resultiert. Zusätzlich könnte die kürzere Halbwertszeit zu einem pharmakologischen Escape beitragen. Der insgesamt dosisabhängige Effekt der beiden effektiven ASI sowie das parallele, dosisabhängige Auftreten von Hyperkaliämie unterstützen den zentralen blutdrucksenkenden Wirkmechanismus, der durch eine maximale und hochselektive Suppression der Aldosteronsynthase erreicht wird.

Die beobachtete Hyperkaliämie ist erwartbar, da die Aldosteron-vermittelte Kaliumsekretion gehemmt wird, sie führte jedoch nicht zu einer Zunahme schwerwiegender Nebenwirkungen oder Mortalität. Das Risiko für Hypotonie und Hyponatriämie unterschied sich nicht signifikant zwischen den Behandlungsgruppen. Unter Lorundrostat wurde ein Abfall der eGFR beobachtet – dieser ist am ehesten funktionell im Sinne einer Reduktion des intraglomerulären Drucks zu werten (ähnlich dem initialen Drop der eGFR unter SGLT2i) und nicht Ausdruck eines strukturellen Nierenschadens. Insgesamt weisen die ASI ein gutes Sicherheitsprofil auf, allerdings wird vermutlich ein engmaschiges Kalium-Monitoring notwendig sein. Head-to-head-Vergleiche der ASI mit Spironolaktone und Eplerenon wären wünschenswert, um einen genaueren Einblick in Wirksamkeit und Sicherheit zu erlangen. Dies wird auch im Hinblick auf die Mehrkosten der neuen Therapien notwendig sein, da die Kosteneffektivität der ASI noch nicht geklärt ist. Eine frühe Identifizierung von Hypertonikern, die vermutlich besonders gut auf die neuen Therapien ansprechen, ist mittels Messung von Renin bzw. Angiotensin II und Aldosteron durchaus möglich und sollte im Einklang mit aktuellen Leitlinien großzügig erfolgen [5, 6].

Wesentliche Limitationen der aktuellen Studie mit ASI umfassen ein kurzes Follow-up (6–12 Wochen), Unterschiede bezüglich klinischer Charakteristika, sowie das Fehlen direkter Vergleiche. Weiters sind noch Daten bezüglich kardiovaskulärer

Endpunkte ausständig, ein zentraler Teil in der Evaluierung neuer antihypertensiver Substanzklassen. Das Ziel neuer medikamentöser Strategien muss nach wie vor sein, das kardiovaskuläre Risiko zu senken, Studien diesbezüglich werden mit Spannung erwartet.

Literatur:

1. Adler GK, Stowasser M, Correa RR, Khan N, Kline G, McGowan MJ, et al. Primary aldosteronism: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2025; 110: 2453–95.
2. Brown JM, Siddiqui M, Calhoun DA, Carey RM, Hopkins PN, Williams GH, et al. The unrecognized prevalence of primary aldosteronism: a cross-sectional study. *Ann Intern Med* 2020; 173: 10–20.
3. Shen H, Wu Z, Luo W, Chen X, Yang J, Zeng Q, et al. Perirenal adipose tissue and hypertension: observational and genetic analyses. *Hypertension* 2025; 82: 1809–21.
4. de Fremerville JB, Gardini M, Cremer A, Camelli S, Baron S, Bobrie G, et al. Prevalence and risk factors for secondary hypertension in young adults. *Hypertension* 2024; 81: 2340–9.
5. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J* 2024; 45: 3912–4018.
6. Byrd JB, Battle D. Time to measure angiotensin II when screening for primary aldosteronism in the evaluation of secondary hypertension. *Hypertension* 2026; 83: e25990.

Korrespondenzadresse:

OA Priv.-Doz. DDr. Gernot Pichler, MSc FESC
 Facharzt für Innere Medizin & Kardiologie
 Abteilung für Kardiologie und
 Karl Landsteiner Institut für kardiovaskuläre und intensiv-
 medizinische Forschung
 Klinik Floridsdorf
 A-1210 Wien, Brünner Straße 68
 E-mail: gernot.pichler@gesundheitsverbund.at

■ Low-dose TEL/AML/CHTD SPC versus standard-dose TEL in hypertension: phase III RCT

Ahn JC et al. *Hypertension* 2026; 83: e25810

Abstract

Background: Although low-dose triple single-pill combination therapies show promising efficacy and safety, studies comparing them to standard-dose monotherapies remain limited. This phase III, randomized, double-blind trial evaluated the efficacy and safety of a low-dose single-pill combination of telmisartan, amlodipine, and chlorthalidone versus standard-dose telmisartan monotherapy in patients with essential hypertension.

Methods: After a 4-week placebo run-in period, 314 eligible subjects were randomized to either receive telmisartan/amlodipine/chlorthalidone 20/2.5/6.25 mg or telmisartan 40 mg for 8 weeks. The primary efficacy end point

was the change in mean sitting systolic blood pressure from baseline to week 8, with noninferiority assessed in the per-protocol set (PPS), followed by superiority testing in the full analysis set using a gatekeeping approach to control for type I error.

Results: At week 8, the combination group demonstrated significant mean sitting systolic blood pressure reduction compared with monotherapy in the per-protocol set analysis (least squares mean difference, -3.8 mm Hg [95% CI: -6.7 to -0.9]; $P = 0.01$), establishing its noninferiority. Furthermore, the superiority of the combination therapy was confirmed in the full analysis set (LS mean difference, -4.0 mm Hg [95% CI,

-6.8 to -1.3]; $P < 0.01$). Mean sitting diastolic BP, BP normalization rates, and response rates also favored the combination group at weeks 4 and 8 (all $P < 0.01$). Subgroup analyses showed consistent efficacy across clinical strata, including age and prior antihypertensive treatment. The incidence of adverse events was comparable between groups, with no serious drug-related events reported.

Conclusions: Low-dose triple single-pill combination of telmisartan/amlodipine/chlorthalidone demonstrated superior BP-lowering efficacy with well-tolerated and comparable safety to standard-dose telmisartan monotherapy.

Zusammenfassung

In dieser randomisierten Studie wurde die Triple-Antihypertensiva-Kombination Telmisartan/Amlodipin/Chlorthalidon mit einer Telmisartan-Monotherapie zur Behandlung von Patienten mit essentieller Hypertonie verglichen.

Insgesamt wurden 526 erwachsene Patienten mit essentieller Hypertonie für den Einschluss in die Studie gescreent, sie erhielten in einer 4-wöchigen „Run-In“-Periode eine Placebotablette täglich. Kriterien für den Einschluss in die Studie waren ein systolischer Blutdruck zwischen 140 und 180 mmHg und eine Medikamenten-Adhärenz von $> 70\%$. Nach dieser Screening-Periode wurden 314 Patienten randomisiert. Der Grund des Ausschlusses vor Randomisierung („Screening Failure“, $n = 212$) war in den meisten Fällen das Nicht-Erreichen der Blutdruckgrenzen mit Placebo-Tablette ($n = 170$).

Die eingeschlossenen Patienten waren 59 ± 13 Jahre alt, 70% männlich und nahmen bereits durchschnittlich 111 ± 100 Monate eine antihypertensive Therapie ein. 16% der Patienten standen unter keiner antihypertensiven Therapie.

Patienten in der Interventionsgruppe erhielten Telmisartan/Amlodipin/Chlorthalidon 20/2,5/6,25 mg und in der Kontrollgruppe Telmisartan 40 mg täglich. Nach 8 Wochen Therapie zeigte sich in der Interventionsgruppe eine signifikant stärkere Blutdrucksenkung sowohl des systolischen als auch des diastolischen Blutdrucks (Blutdrucksenkung systolisch -19,4 vs. -15,7 mmHg und diastolisch -10,1 vs. -7,3 mmHg, $p < 0,01$), womit die Nicht-Unterlegenheit der Per-Protokoll-Analyse und anschließend die Überlegenheit in der Gesamtanalyse bestätigt wurde. Der Ziel-Blutdruck ($< 140 / < 90$ mmHg) wurde

schlussfolgernd in der Interventionsgruppe auch öfter erreicht (69,9 vs. 54,9%, $p < 0,01$).

Zwischen den beiden Gruppen zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Nebenwirkungen, relevante Nebenwirkungen waren numerisch seltener in der Interventionsgruppe (7,1 % vs. 9,6 %, $p = 0,43$). Insgesamt traten nur drei schwere Nebenwirkungen auf, die zur Beendigung der Studienmedikation führten, und zwar 2 (1,3 %) in der Interventionsgruppe und eine (0,6 %) in der Kontrollgruppe.

In der Subgruppenanalyse zeigte sich kein signifikanter Einfluss von systolischem Blutdruck zum Zeitpunkt des Einschlusses, vorheriger antihypertensiver Therapie, Alter oder Dauer der Hypertonie auf das Ergebnis.

Interpretation

Die aktuellen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) [1] und der Europäischen Hypertonie-Gesellschaft (ESH) [2] empfehlen eine Initiierung der antihypertensiven Therapie mit einem Kombinationspräparat mit zwei Wirkstoffen, um eine adäquate Blutdrucksenkung durch synergistische antihypertensive Effekte zu gewährleisten, aber gleichzeitig das Risiko für Nebenwirkungen zu reduzieren. Nur bei älteren Patienten (≥ 85 Jahre) mit Gebrechlichkeit und nur gering erhöhtem Blutdruck sollte mit einer Monotherapie gestartet werden. Ungeachtet dieser Empfehlungen erhalten Patienten in der klinischen Praxis nur in 25% initial ein Kombinationspräparat [3]. Diese Studie bestätigt die Effektivität von Kombinationspräparaten.

Bei Verwendung eines Dreifach-Kombinationspräparats treten bei optimaler Blutdrucksenkung typische Nebenwirkungen der

verwendeten Antihypertensiva kaum auf. Beispielsweise gab es in der Studie keinen Fall von Beinödemen trotz Verwendung von Amlodipin, vermutlich aufgrund der geringen Dosierung.

Als Thiaziddiuretikum wurde im Kombinationspräparat Chlorthalidon statt Hydrochlorothiazid verwendet. Angesichts der 2018 in Populationsstudien entdeckten Assoziation zwischen Hydrochlorothiazideinnahme und dem Auftreten von Basalzellkarzinomen ist Hydrochlorothiazid in Verruf geraten, wenngleich ein Absetzen von Präparaten mit Hydrochlorothiazid ein ungleich höheres kardiovaskuläres Risiko birgt [4]. Acht Jahre später sind in Österreich weiterhin mehr als 300 Kombinationspräparate mit Hydrochlorothiazid und nur 10 mit Chlorthalidon registriert [5]. Somit kann als Folge dieser Studie eine Entwicklung von weiteren Kombinationspräparaten mit Chlorthalidon erhofft werden.

Nach Einleitung der Therapie waren in der Interventionsgruppe ca. 30 % der Patienten noch nicht im Zielbereich (hier definiert als Blutdruck < 140 / < 90 mmHg). Dies lässt den Schluss zu, dass bei einem relevanten Anteil von Patienten mit essentieller Hypertonie eine Dosisanpassung nach Einleitung einer antihypertensiven Therapie notwendig ist, um die optimalen Therapieziele zu erreichen.

Eine Limitation der Studie ist die große Anzahl an „Screening-Failures“, die vermutlich den strikten Blutdruckgrenzwerten während der Run-In-Phase und Placebo-Therapie geschuldet

ist. Damit limitiert sich die äußere Validität der Ergebnisse auf Patienten mit Hypertonie Grad 1 bis 2 (systolischer Blutdruck 140–180 mmHg).

Schlussfolgernd zeigt diese Studie den Benefit der Kombinationstherapie mit Standardantihypertensiva in der Behandlung von essentieller Hypertonie auf.

Literatur:

1. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J* 2024; 45: 3912–4018.
2. Mancia G, Kreutz R, Brunstrom M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens* 2023; 41: 1874–2071.
3. Smith SM, Winterstein AG, Gurka MJ, Walsh MG, Keshwani S, Libby AM, et al. Initial antihypertensive regimens in newly treated patients: real world evidence from the OneFlorida+ Clinical Research Network. *JAMA* 2023; 12: e026652.
4. Perl S, Weber T, Horn S, Koppelstaetter C, Weiss T, Auer J, et al. Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie zum Thema: Hydrochlorothiazid - Risiko für weißen Hautkrebs 2019 [updated 01 Jan 2019. Available from: https://www.hochdruckliga.at/media/Pdfs/2019_01_Stellungnahme_OeGH_-_HCT_und_Hautkrebs.pdf
5. Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG). Abfrage Arzneispezialitätenregister 2026 (Available from: <https://medikamente.basg.gv.at/de/medicinal-products>).

Korrespondenzadresse:

Priv. Doz. DDr. David Zweiker

3. Medizinische Abteilung für Kardiologie und Intensivmedizin
Klinik Ottakring

A-1160 Wien, Montleartstraße 37

E-Mail: davidzweiker@gmail.com

Mitteilungen

der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie (ÖGH)

ÖGH-Jahrestagung: 01. bis 03.10.2026, Zell am See

**24h Blutdruckmessung Zertifizierungskurs: 01.10.2026, Zell am See
im Rahmen der ÖGHN-Jahrestagung 2026**

ÖGH Fortgeschrittenenkurs

Termine 2026: jeweils Freitag 23.10.2026 bis 27.11.2026, 17:00–19:00 Uhr

Der Fortgeschrittenenkurs zur Hypertonie, ihrer Diagnostik und Therapie, bringt Kolleginnen und Kollegen klinisch relevante, tiefergehende Aspekte der Diagnostik und praxisnahen Behandlung der arteriellen Hypertonie nahe. Besonderer Wert wird auf Case Reports zu sekundärer Hypertonie, Hypertonie bei schweren Begleiterkrankungen (Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz) gelegt. Diese Veranstaltung ist in Kombination mit dem Basiskurs eine wichtige Voraussetzung zur Erlangung des Hochdruckdiploms der ÖGH*.

Nähere Information:

www.hochdruckliga.at

boso TM-2450
kleiner
leichter
leiser*



Präzises ABDM – das neue 24-Stunden-Blutdruckmessgerät

Noch mehr Komfort für Ihre Patienten, noch mehr Leistungsfähigkeit für Sie.

- | Kommunikation mit allen gängigen Praxis-Systemen über GDT
- | Inklusive neuer intuitiver PC-Software profil-manager XD 6.0 für den optimalen Ablauf in Praxis und Klinik
- | Übersichtliche Darstellung aller ABDM-Daten inklusive Pulsdruck und MBPS (morgendlicher Blutdruckanstieg)
- | Gerät über eindeutige Patientennummer initialisierbar
- | Möglichkeit zur Anzeige von Fehlmessungen (Artefakten)
- | Hotline-Service



Ausführliche Informationen erhalten Sie unter boso.de

boso TM-2450 | Medizinprodukt
BOSCH + SOHN GmbH & Co. KG
Bahnhofstraße 64 | 72417 Jungingen
Deutschland

Korporative
Mitglieder OGIM

*im Vergleich mit dem Vorgängermodell boso TM-2430 PC 2

Fachkurzinformation zum Beihefter Mitte (Teil)

Lisinocomp® Genericon Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 20 mg Lisinopril als Dihydrat und 25 mg Hydrochlorothiazid. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mannitol, Kalziumhydrogenphosphat-Dihydrat, vorverkleisterte Stärke, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat, rotes und gelbes Eisenoxid (E172). **Lisinocomp® Genericon mite Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 20 mg Lisinopril als Dihydrat und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mannitol, Kalziumhydrogenphosphat-Dihydrat, vorverkleisterte Stärke, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat, rotes und gelbes Eisenoxid (E172). **Anwendungsgebiete:** Essentielle Hypertonie, wenn eine Monotherapie mit Lisinopril oder Hydrochlorothiazid alleine keinen ausreichenden Behandlungserfolg gezeigt hat. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe Hydrochlorothiazid, Lisinopril oder andere ACE-Hemmer (ACE = Angiotensin Converting Enzyme), andere Thiaziddiuretika, Sulfonamide (mögliche Kreuzreaktionen mit Thiaziden beachten!) oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile; Angioneurotisches Ödem in der Anamnese in Zusammenhang mit der Einnahme eines Angiotensin-Converting-Enzym (ACE) Hemmers; Hereditäres oder idiopathisches angioneurotisches Ödem; Anurie bzw. schwere Nierenfunktionsstörung (Serum-Kreatinin > 1,8 mg/dl bzw. Kreatinin-Clearance < 30 ml/min); Schwere Leberfunktionsstörung; Hämodynamisch relevante Aorten- oder Mitralklappenstenose bzw. hypertrophe Kardiomyopathie; Zweites und drittes Trimenon der Schwangerschaft (siehe Abschnitte 4.4 und 4.6); Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6); Die gleichzeitige Anwendung von Lisinopril/Hydrochlorothiazid mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln ist bei Patienten mit Diabetes mellitus oder eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.5 und 5.1); Gleichzeitige Anwendung einer Sacubitril/Valsartan-Therapie. Die Behandlung mit Lisinopril/Hydrochlorothiazid darf frühestens 36 Stunden nach der letzten Dosis Sacubitril/Valsartan begonnen werden (siehe auch Abschnitte 4.4 und 4.5). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System; ACE-Hemmer und Diuretika, Kombinationen ATC-Code: C09BA03. **Lisinocomp® Genericon Tabletten, OP zu 30 Stück, Lisinocomp® Genericon mite Tabletten, OP zu 30 Stück, Lisinocomp® Genericon semi Tabletten, OP zu 30 Stück, Rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

CandAm[®] 8 mg/5 mg Hartkapseln. CandAm[®] 16 mg/5 mg Hartkapseln. CandAm[®] 16 mg/10 mg Hartkapseln. Qualitative und quantitative Zusammensetzung CandAm[®] 8 mg/5 mg Hartkapseln: Jede Hartkapsel enthält 8 mg Candesartan Cilexetil und 5 mg Amlodipin (entsprechend 6,935 mg Amlodipinbesilat). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Hartkapsel enthält 101,95 mg Lactose-Monohydrat. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung CandAm[®] 16 mg/5 mg Hartkapseln:** Jede Hartkapsel enthält 16 mg Candesartan Cilexetil und 5 mg Amlodipin (entsprechend 6,935 mg Amlodipinbesilat). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Hartkapsel enthält 203,90 mg Lactose-Monohydrat. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung CandAm[®] 16 mg/10 mg Hartkapseln:** Jede Hartkapsel enthält 16 mg Candesartan Cilexetil und 10 mg Amlodipin (entsprechend 13,87 mg Amlodipinbesilat). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Hartkapsel enthält 203,90 mg Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kapselhülle: Lactose Monohydrat; Maisstärke; Carmellose-Calcium; Macrogol 8000; Hydroxypropylcellulose; Magnesiumstearat. Kapselhülle von CandAm[®] 8 mg/5 mg Hartkapseln: Chinolingelb (E104); Eisenoxid, gelb (E172); Titandioxid (E171); Gelatine. Kapselhülle von CandAm[®] 16 mg/5 mg Hartkapseln: Chinolingelb (E104); Titandioxid (E171); Gelatine. Kapselhülle von CandAm[®] 16 mg/10 mg Hartkapseln: Titandioxid (E171); Gelatine. **Schwarze Drucktinte bei CandAm[®] 16 mg/5 mg Hartkapseln:** Schellack (E904); Eisenoxid, schwarz (E172); Propylenglycol; konzentrierte Ammoniaklösung; Kaliumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** CandAm[®] ist angezeigt als Substitutionstherapie bei erwachsenen Patienten mit essentieller Hypertonie, deren Blutdruck bereits mit der gleichzeitigen Gabe von Candesartan und Amlodipin in gleicher Dosierung ausreichend kontrolliert wird. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe, gegen Dihydropyridinderivate oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Zweites und drittes Schwangerschaftstrimester (siehe Abschnitte 4.4 und 4.6). Obstruktion der Gallengänge und schwere Leberinsuffizienz. Schock (einschließlich kardiogenem Schock). schwere Hypotonie. Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstrakts (z.B. hochgradige Aortenstenose). Hämodynamisch instabile Herzinsuffizienz nach akutem Myokardinfarkt. Die gleichzeitige Anwendung von CandAm[®] mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln ist bei Patienten mit Diabetes mellitus oder eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.5 und 5.1). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, Angiotensin-II-Antagonisten und Calciumkanalblocker. ATC-Code: C09DB07. **CandAm[®] 8 mg/5 mg Hartkapseln, OP zu 30 Stück, Rezept- und apothekenpflichtig. CandAm[®] 16 mg/5 mg Hartkapseln, OP zu 30 Stück, Rezept- und apothekenpflichtig. CandAm[®] 16 mg/10 mg Hartkapseln, OP zu 30 Stück, Rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

CandAmComp[®] 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkapseln. CandAmComp[®] 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkapseln. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: CandAmComp[®] 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkapseln: Jede Hartkapsel enthält 16 mg Candesartan Cilexetil, 5 mg Amlodipin (als Amlodipinbesilat) und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. **CandAmComp[®] 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkapseln:** Jede Hartkapsel enthält 16 mg Candesartan Cilexetil, 10 mg Amlodipin (als Amlodipinbesilat) und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: CandAmComp[®] 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkapseln:** Jede Hartkapsel enthält 180 mg Lactose-Monohydrat und 0,09 mg Gelborange S (E110). **CandAmComp[®] 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkapseln:** Jede Hartkapsel enthält 180 mg Lactose-Monohydrat, 0,04 mg Azorubin (E122) und 0,34 mg Gelborange S (E110). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Kapselfüllung: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Hydroxypropylcellulose, Carmellose Kalzium, Macrogol Typ 8000, Vorverkleisterte Stärke (Mais), Magnesiumstearat. Kapselhülle (16 mg/5 mg/12,5 mg): Kapselunterteil Titandioxid (E171), Gelatine, Kapseloberteil Gelborange S (E110), Titandioxid (E171), Gelatine. **Kapselhülle (16 mg/10 mg/12,5 mg):** Kapselunterteil Titandioxid (E171), Gelatine, Kapseloberteil Azorubin (E122), Gelborange S (E110), Titandioxid (E171), Gelatine. **Drucktinte:** Schellack, Eisenoxid schwarz (E172), Propylenglycol, Konzentrierte Ammoniak-Lösung, Kaliumhydroxid. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der essenziellen Hypertonie als Ersatztherapie bei erwachsenen Patienten, deren Blutdruck durch die Kombination aus Candesartan Cilexetil, Amlodipin und Hydrochlorothiazid (HCT), die gleichzeitig und in den gleichen Dosen wie im Kombinationsprodukt gegeben werden, ausreichend kontrolliert wird. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe, Dihydropyridinderivate, Sulfonamid-abgeleitete Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Zweites und drittes Schwangerschaftstrimester (siehe Abschnitte 4.4 und 4.6). Schwere Hypotonie. Schock (einschließlich kardiogenem Schock). Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstrakts (z.B. hochgradige Aortenstenose). Hypovolämie. Hämodynamisch instabile Herzinsuffizienz nach akutem Myokardinfarkt. Schwere Einschränkung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min). Anurie. Schwere Einschränkung der Leberfunktion und/oder Cholestase, Praecoma hepaticum. Therapieresistente Hypokaliämie, Hyponatriämie oder Hyperkaliämie. Symptomatische Hyperurikämie/Gicht. Die gleichzeitige Anwendung von CandAmComp[®] mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln ist bei Patienten mit Diabetes mellitus oder eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.5 und 5.1). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, Angiotensin-II-Rezeptorblocker (ARB), andere Kombinationen. ATC-Code: C09DX06. **CandAmComp[®] 16 mg/5 mg/12,5 mg Hartkapseln, OP zu 30 Stück, Rezept- und apothekenpflichtig. CandAmComp[®] 16 mg/10 mg/12,5 mg Hartkapseln, OP zu 30 Stück, Rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** ABA-PHARM GmbH, Hafnerstraße 211, 8054 Graz, Österreich. E-Mail: genericon@genericon.at. **Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Gewöhnungseffekten und zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

2026_08_CandAm[®]CandAmComp[®]_J_Hf_01_01_Ausgabe_01_2026

Rivaroxaban Genericon 2,5 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 2,5 mg Rivaroxaban. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 29,00 mg Lactose, siehe Abschnitt 4.4. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Natriumdodecylsulfat, Lactose, Poloxamer 188, Mikrokristalline Cellulose 105 (E460), Mikrokristalline Cellulose 102 (E460), Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat (E470b), Hochdisperses Siliciumdioxid (E551). **Filmüberzug:** Hypromellose 2910 (E464), Titandioxid (E171), Macrogol 400 (E1521), Eisenoxid gelb (E172). **Anwendungsgebiete:** Rivaroxaban Genericon, zusätzlich eingenommen zu Acetylsalicylsäure (ASS) allein oder zu ASS plus Clopidogrel oder Ticlopidin, ist bei erwachsenen Patienten indiziert zur Prophylaxe atherothrombotischer Ereignisse nach einem akuten Koronarsyndrom (ACS) mit erhöhten kardialen Biomarkern (siehe Abschnitte 4.3, 4.4 und 5.1). Rivaroxaban Genericon, zusätzlich eingenommen zu Acetylsalicylsäure (ASS), ist indiziert zur Prophylaxe atherothrombotischer Ereignisse bei erwachsenen Patienten mit koronarer Herzkrankung (KHK) oder symptomatischer peripherer arterieller Verschlusskrankung (pAVK) und einem hohen Risiko für ischämische Ereignisse. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Akute, klinisch relevante Blutungen. Läsionen oder klinische Situationen, wenn diese als signifikantes Risiko für eine schwere Blutung angesehen werden. Dies können unter anderem akute oder kürzlich aufgetretene gastrointestinale Ulzerationen, maligne Neoplasien mit hohem Blutungsrisiko, kürzlich aufgetretene Hirn- oder Rückenmarksverletzungen, kürzlich erfolgte chirurgische Eingriffe an Gehirn, Rückenmark oder Augen, kürzlich aufgetretene intrakranielle Blutungen, bekannte oder vermutete Ösophagusvarizen, arteriovenöse Fehlbildungen, vaskuläre Aneurysmen oder größere intraspinale oder intrazerebrale vaskuläre Anomalien sein. Die gleichzeitige Anwendung von anderen Antikoagulanzen, z.B. unfractioniertes Heparin (UFH), niedermolekulare Heparine (Enoxaparin, Dalteparin etc.), Heparinderivate (Fondaparinux etc.), orale Antikoagulanzen (Warfarin, Dabigatranetexilat, Apixaban etc.), außer in der speziellen Situation der Umstellung der Antikoagulationstherapie (siehe Abschnitt 4.2) oder wenn UFH in Dosen angewendet wird, die notwendig sind, um die Durchgängigkeit eines zentralvenösen oder arteriellen Katheters zu erhalten (siehe Abschnitt 4.5). Gleichzeitige Behandlung nach ACS mit einer plättchenhemmenden Behandlung bei Patienten mit anamnestischem Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke (TIA) (siehe Abschnitt 4.4). Gleichzeitige Behandlung von KHK/pAVK mit ASS bei Patienten mit früherem hämorrhagischen oder lakunären Schlaganfall oder einem Schlaganfall im vergangenen Monat (siehe Abschnitt 4.4). Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie und einem klinisch relevanten Blutungsrisiko, einschließlich zirrhotischer Patienten mit Child Pugh B und C, verbunden sind (siehe Abschnitt 5.2). Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antithrombotische Mittel, direkte Faktor-Xa-Inhibitoren. ATC-Code: B01AF01. **Rivaroxaban Genericon 2,5 mg Filmtabletten, OP zu 30, 60 und 100 Stück, rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

Rivaroxaban Genericon 10 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 10 mg Rivaroxaban. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 29,00 mg Lactose, siehe Abschnitt 4.4. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Natriumdodecylsulfat, Lactose, Poloxamer 188, Mikrokristalline Cellulose 105 (E460), Mikrokristalline Cellulose 102 (E460), Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat (E470b), Hochdisperses Siliciumdioxid (E551). **Filmüberzug:** Hypromellose 2910 (E464), Titandioxid (E171), Macrogol 3350 (E1521), Eisenoxid rot (E172). **Anwendungsgebiete:** Zur Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) bei erwachsenen Patienten nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen. Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. (Bei hämodynamisch instabilen LE-Patienten siehe Abschnitt 4.4.) **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Akute, klinisch relevante Blutungen. Läsionen oder klinische Situationen, wenn diese als signifikantes Risiko für eine schwere Blutung angesehen werden. Dies können unter anderem akute oder kürzlich aufgetretene gastrointestinale Ulzerationen, maligne Neoplasien mit hohem Blutungsrisiko, kürzlich aufgetretene Hirn- oder Rückenmarksverletzungen, kürzlich erfolgte chirurgische Eingriffe an Gehirn, Rückenmark oder Augen, kürzlich aufgetretene intrakranielle Blutungen, bekannte oder vermutete Ösophagusvarizen, arteriovenöse Fehlbildungen, vaskuläre Aneurysmen oder größere intraspinale oder intrazerebrale vaskuläre Anomalien sein. Die gleichzeitige Anwendung von anderen Antikoagulanzen, z.B. unfractioniertes Heparin (UFH), niedermolekulare Heparine (Enoxaparin, Dalteparin etc.), Heparinderivate (Fondaparinux etc.), orale Antikoagulanzen (Warfarin, Dabigatranetexilat, Apixaban etc.), außer in der speziellen Situation der Umstellung der Antikoagulationstherapie (siehe Abschnitt 4.2) oder wenn UFH in Dosen angewendet wird, die notwendig sind, um die Durchgängigkeit eines zentralvenösen oder arteriellen Katheters zu erhalten (siehe Abschnitt 4.5). Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie und einem klinisch relevanten Blutungsrisiko, einschließlich zirrhotischer Patienten mit Child Pugh B und C, verbunden sind (siehe Abschnitt 5.2). Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antithrombotische Mittel, direkte Faktor-Xa-Inhibitoren. ATC-Code: B01AF01. **Rivaroxaban Genericon 10 mg Filmtabletten, OP zu 5, 10 und 30 Stück, rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

JETZT in voller Dosierbreite: Rivaroxaban Genericon®

NEU in der **Grünen Box**: Das kardio-vaskuläre Produktportfolio vom heimischen Anbieter Genericon wird um **Rivaroxaban Genericon® 10 mg, 15 mg und 20 mg Filmtabletten** erweitert. Rivaroxaban Genericon® glänzt dabei mit einem deutlichen Preisvorteil von bis zu 96 Euro bzw. 83 %¹.



Rivaroxaban Genericon® ist somit in voller Dosierbreite verfügbar: **2,5 mg, 10 mg, 15 mg und 20 mg Filmtabletten**. Das deckt das komplette Indikations-spektrum von Rivaroxaban ab.

Der hoch selektive direkte Hemmer von Faktor Xa unterbricht den intrin-sischen und extrinsischen Weg der Blutgerinnungskaskade, wobei sowohl die Bildung von Thrombin als auch die Entstehung von Thromben inhibiert wird².

Angewendet werden **Rivaroxaban Genericon® 10 mg Filmtabletten** zur Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) bei erwachsenen Patienten nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatz-operationen und zur Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie zur Pro-phylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen².

Rivaroxaban Genericon® 15 mg und 20 mg Filmtabletten sind bei folgenden Indikationen angezeigt²:

- Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei nicht val-vulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren (wie kongestive Herzinsuffizienz, Hyper-tonie, Alter ab 75 Jahren, Diabetes mellitus, Schlaganfall oder transi-torische ischämische Attacke in der Anamnese)
- Behandlung von tiefen Venenthrom-bosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivie-renden TVT und LE
- Behandlung von venösen Thrombo-embolien (VTE) sowie Prophylaxe von deren Rezidiven bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mit einem Körpergewicht von 30 bis 50 kg/über 50 kg nach mindestens 5 Tagen initialer parenteraler Antiko-agationstherapie



Genericon, Ihr starker heimischer Partner, steht für Gesundheit für alle und Qualität aus Österreich!

Fachkurzinformation siehe unten und Seite 22

Weitere Informationen:

Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H.
A-8054 Graz
Hafnerstraße 211
E-Mail: genericon@genericon.at

¹Im Vergleich zum Referenzarzneimittel Xarelto®, Preisvergleich Xarelto® 15 mg Filmtabletten zu 42 Stück und Rivaroxaban Genericon® 15 mg Filmtabletten zu 42 Stück, laut KKP WVZ Stand 07/2026.

²Für weitere Informationen siehe aktuell gültige Fassung der Fachinformation Rivaroxaban Genericon® unter <https://aspreister.basg.gv.at/>

Fachkurzinformation zu obigem Text und zum Beihefter Seite 4 (Teil)

Rivaroxaban Genericon 15 mg Filmtabletten. Rivaroxaban Genericon 20 mg Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Rivaroxaban Genericon 15 mg Filmtablette: Jede Filmtablette enthält 15 mg Rivaroxaban. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 21,75 mg Lactose, siehe Abschnitt 4.4. **Rivaroxaban Genericon 20 mg Filmtablette:** Jede Filmtablette enthält 20 mg Rivaroxaban. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 29,00 mg Lactose, siehe Abschnitt 4.4. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Natriumdodecylsulfat, Lactose, Poloxamer 188, Mikrokristalline Cellulose 105 (E460), Mikrokristalline Cellulose 102 (E460), Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat (E470b), Hochdisperses Siliciumdioxid (E551). **Filmüberzug:** Hypromellose 2910 (E464), Titandioxid (E171), Macrogol 3350 (E1521), Eisenoxid rot (E172). **Anwendungsgebiete:** Erwachsene: Prophylaxe von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren, wie kongestiver Herzinsuffizienz, Hypertonie, Alter ab 75 Jahren, Diabetes mellitus, Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke in der Anamnese. Behandlung von tiefen Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sowie Prophylaxe von rezidivierenden TVT und LE bei Erwachsenen. (Bei hämodynamisch instabilen LE-Patienten siehe Abschnitt 4.4.) Kinder und Jugendliche: Behandlung von venösen Thromboembolien (VTE) sowie Prophylaxe von deren Rezidiven bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren mit einem Körpergewicht von 30 bis 50 kg (15 mg)/über 50 kg (20 mg) nach mindestens 5 Tagen initialer parenteraler Antikoagulationstherapie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Akute, klinisch relevante Blutungen. Läsionen oder klinische Situationen, wenn diese als signifikantes Risiko für eine schwere Blutung angesehen werden. Dies können unter anderem akute oder kürzlich aufgetretene gastrointestinale Ulzerationen, maligne Neoplasien mit hohem Blutungsrisiko, kürzlich aufgetretene Hirn- oder Rückenmarksverletzungen, kürzlich erfolgte chirurgische Eingriffe an Gehirn, Rückenmark oder Augen, kürzlich aufgetretene intrakranielle Blutungen, bekannte oder vermutete Ösophagusvarizen, arteriovenöse Fehlbildungen, vaskuläre Aneurysmen oder größere intraspinale oder intrazerebrale vaskuläre Anomalien sein. Die gleichzeitige Anwendung von anderen Antikoagulanzen, z.B. unfractioniertes Heparin (UFH), niedermolekulare Heparine (Enoxaparin, Dalteparin etc.), Heparinderivate (Fondaparinux etc.), orale Antikoagulanzen (Warfarin, Dabigatranetexilat, Apixaban etc.), außer in der speziellen Situation der Umstellung der Antikoagulationstherapie (siehe Abschnitt 4.2) oder wenn UFH in Dosen angewendet wird, die notwendig sind, um die Durchgängigkeit eines zentralvenösen oder arteriellen Katheters zu erhalten (siehe Abschnitt 4.5). Lebererkrankungen, die mit einer Koagulopathie und einem klinisch relevanten Blutungsrisiko, einschließlich zirrhotischer Patienten mit Child Pugh B und C, verbunden sind (siehe Abschnitt 5.2). Schwangerschaft und Stillzeit (siehe Abschnitt 4.6). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antithrombotische Mittel, direkte Faktor-Xa-Inhibitoren. ATC-Code: B01AF01. **Rivaroxaban Genericon 15 mg Filmtabletten, OP zu 14, 28 und 42 Stück, rezept- und apothekenpflichtig. Rivaroxaban Genericon 20 mg Filmtabletten, OP zu 14 und 48 Stück, rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Gewöhnungseffekten und zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

2026_08_Rivaroxaban_Genericon*_LJfH_01_01_Ausgabe_01_2026

Lisinopril Genericon® 5 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 5,44 mg Lisinopril-Dihydrat entsprechend 5 mg Lisinopril (wasserfrei). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Maisstärke, Mannitol (E421), vorverkleisterte Maisstärke. **Lisinopril Genericon® 10 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 10,89 mg Lisinopril-Dihydrat entsprechend 10 mg Lisinopril (wasserfrei). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Maisstärke, Mannitol (E421), vorverkleisterte Maisstärke. **Lisinopril Genericon® 20 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 21,78 mg Lisinopril-Dihydrat entsprechend 20 mg Lisinopril (wasserfrei). **Liste der sonstigen Bestandteile:** Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Maisstärke, Mannitol (E421), vorverkleisterte Maisstärke. **Anwendungsgebiete:** Hypertonie: Behandlung einer Hypertonie; Herzinsuffizienz: Behandlung einer symptomatischen Herzinsuffizienz; Akuter Herzinfarkt: Kurzzeitige Behandlung (6 Wochen) von hämodynamisch stabilen Patienten innerhalb von 24 Stunden nach einem akuten Herzinfarkt; Nierenkomplikationen bei Diabetes mellitus: Behandlung von Nierenerkrankungen bei Bluthochdruck-Patienten mit Typ-2-Diabetes mellitus und beginnender Nephropathie (siehe Abschnitt 5.1); **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile oder einen anderen Angiotensin-Converting-Enzym (ACE)-Hemmer; angioneurotisches Ödem in der Anamnese im Zusammenhang mit einer vorhergehenden Behandlung mit ACE-Hemmern; angeborenes oder idiopathisches angioneurotisches Ödem; zweites und drittes Trimenon der Schwangerschaft (siehe Abschnitte 4.4 und 4.6); Die gleichzeitige Anwendung von Lisinopril mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln ist bei Patienten mit Diabetes mellitus oder eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.5 und 5.1); gleichzeitige Anwendung einer Sacubitril/Valsartan-Therapie: Die Behandlung mit Lisinopril darf frühestens 36 Stunden nach der letzten Dosis Sacubitril/Valsartan begonnen werden (siehe auch Abschnitte 4.4 und 4.5). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** ACE-Hemmer, rein. ATC-Klassifizierung: C09A A03. **Lisinopril Genericon® 5 mg Tabletten, OP zu 30 Stück, Lisinopril Genericon® 10 mg Tabletten, OP zu 30 Stück, Lisinopril Genericon® 20 mg Tabletten, OP zu 30 Stück, Rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

Amlodipin Genericon® 5 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 5 mg Amlodipin als Mesilat. Sonstige Bestandteile: Mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, Natrium-Carboxymethylstärke, Magnesiumstearat. **Amlodipin Genericon® 10 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 10 mg Amlodipin als Mesilat. Sonstige Bestandteile: Mikrokristalline Cellulose, Calciumhydrogenphosphat, Natrium-Carboxymethylstärke, Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** Hypertonie; chronisch-stabile Angina pectoris; vasospastische (Prinzmetal-) Angina. Amlodipin Genericon wird angewendet bei Erwachsenen und hypertensiven Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren. **Gegenanzeigen:** Amlodipin Genericon darf nicht angewendet werden bei Patienten mit: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Amlodipin, Dihydropyridine oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile, schwerer Hypotonie, Schock (einschließlich kardiogenem Schock), Obstruktion des linksventrikulären Ausflusstrakts (z.B. hochgradige Aortenstenose), hämodynamisch instabiler Herzinsuffizienz nach akutem Myokardinfarkt. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Calciumkanalblocker, selektive Calciumkanalblocker mit überwiegender Gefäßwirkung, Dihydropyridin-Derivate. ATC-Code: C08CA01. **Amlodipin Genericon® 5 mg Tabletten, OP zu 30 Stück, Amlodipin Genericon® 10 mg Tabletten, OP zu 30 Stück, Rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

Doxazosin Genericon® 2 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 2 mg Doxazosin (als Mesilat). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält 40 mg Lactose. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Magnesiumstearat, Natriumdocecylsulfat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), kolloidales wasserfreies Siliciumdioxid. **Doxazosin Genericon® 4 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 4 mg Doxazosin (als Mesilat). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält 80 mg Lactose. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose, Magnesiumstearat, Natriumdocecylsulfat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), kolloidales wasserfreies Siliciumdioxid. **Doxazosin Genericon® 8 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Doxazosin Genericon® 8 mg Tabletten enthalten 9,70 mg Doxazosinmesilat pro Tablette, entsprechend 8 mg Doxazosin. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält 80,88 mg Lactose-Monohydrat. Dieses Arzneimittel enthält weniger als 1 mmol Natrium (23mg) pro Tablette. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Magnesiumstearat, Natriumdocecylsulfat und hochdisperses wasserfreies Siliciumdioxid. **Anwendungsgebiete 2 mg und 4 mg:** Essentielle Hypertonie. Doxazosin ist nicht für die Erstbehandlung der essentiellen Hypertonie geeignet. Es kann als Monotherapie bei Patienten angewendet werden, die auf andere Wirkstoffe nicht angesprochen haben oder bei denen diese kontraindiziert sind. Andernfalls ist die Anwendung in Kombination mit anderen Antihypertensiva auf die Zweit- oder Drittbehandlung zu beschränken. Symptomatische Behandlung der benignen Prostatahyperplasie (BPH), wenn keine Operationsindikation besteht. Doxazosin Genericon® wird bei Erwachsenen angewendet. **Anwendungsgebiete 8 mg:** Essentielle Hypertonie. Doxazosin ist nicht für die Erstbehandlung der essentiellen Hypertonie geeignet. Es kann als Monotherapie bei Patienten angewendet werden, die auf andere Wirkstoffe nicht angesprochen haben oder bei denen diese kontraindiziert sind. Andernfalls ist die Anwendung in Kombination mit anderen Antihypertensiva auf die Zweit- oder Drittbehandlung zu beschränken. Symptomatische Behandlung der benignen Prostatahyperplasie (BPH), wenn keine Operationsindikation besteht. Doxazosin Genericon® wird bei Erwachsenen angewendet. **Gegenanzeigen 2 mg und 4 mg:** Doxazosin ist kontraindiziert: bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, andere Chinazoline (z.B. Prazosin, Terazosin) oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. bei Patienten mit orthostatischer Hypotonie in der Anamnese. bei Patienten mit benigner Prostatahyperplasie bei gleichzeitig bestehender Obstruktion der oberen Harnwege, chronischer Harnweginfektion oder Blasensteinen. bei Patienten mit Hypotonie1. als Monotherapie bei Patienten mit Überlaufblase oder Anurie mit oder ohne progressiver renaler Insuffizienz. 1 Betrifft nur die Indikation benigne Prostatahyperplasie. Gegenanzeigen 8 mg: Doxazosin ist kontraindiziert: bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, andere Chinazoline (z.B. Prazosin und Terazosin) oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. bei Patienten mit orthostatischer Hypotonie in der Anamnese. bei Patienten mit benigner Prostatahyperplasie bei gleichzeitig bestehender Obstruktion der oberen Harnwege, chronischer Harnweginfektion oder Blasensteinen. bei Patienten mit Hypotonie2. als Monotherapie bei Patienten mit Überlaufblase oder Anurie mit oder ohne progressiver renaler Insuffizienz. 2 betrifft nur die Indikation benigne Prostatahyperplasie. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antiadrenerge Mittel, peripher wirkend; Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten. ATC-Code: C02CA04. **Doxazosin Genericon® 2 mg Tabletten, OP zu 10 und 30 Stk., Rezept- und apothekenpflichtig. Doxazosin Genericon® 4 mg Tabletten, OP zu 30 Stk., Rezept- und apothekenpflichtig. Doxazosin Genericon® 8 mg Tabletten, OP zu 30 Stk., Rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

Candesartan Genericon® 8 mg/12,5 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 8 mg Candesartan Cilexetil und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält 117,3 mg Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Maisstärke, Lactose-Monohydrat, Triethylcitrat, Hydroxypropylcellulose, Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat. **Candesartan Genericon® 16 mg/12,5 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 16 mg Candesartan Cilexetil und 12,5 mg Hydrochlorothiazid. Sonstige Bestandteile mit bekannter Wirkung: Jede Tablette enthält 109,3 mg Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Maisstärke, Lactose-Monohydrat, Triethylcitrat, Hydroxypropylcellulose, Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der primären Hypertonie bei erwachsenen Patienten, deren Blutdruck mit einer Candesartan Cilexetil- oder Hydrochlorothiazid-Monotherapie nicht optimal kontrolliert werden kann. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile oder gegen Sulfonamid-abgeleitete Wirkstoffe. Hydrochlorothiazid ist ein Sulfonamid-abgeleiteter Wirkstoff. Zweites und drittes Schwangerschaftstrimenon (siehe Abschnitte 4.4 und 4.6), Schwere Einschränkung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min/1,73 m² KO). Schwere Einschränkung der Leberfunktion und/oder Cholestase. Therapieresistente Hypokaliämie und Hyperkalzämie. Gicht. Die gleichzeitige Anwendung von Candesartan mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln ist bei Patienten mit Diabetes mellitus oder eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.5 und 5.1). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Angiotensin-II-Antagonisten und Diuretika. ATC-Code: C09DA06. **Candesartan Genericon® 8 mg/12,5 mg Tabletten, OP zu 30 Stk., Rezept- und apothekenpflichtig. Candesartan Genericon® 16 mg/12,5 mg Tabletten, OP zu 30 Stk., Rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

Candesartan Genericon® 8 mg/16 mg/32 mg Tabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: **Candesartan Genericon® 8 mg:** Jede Tablette enthält 8 mg Candesartan Cilexetil. **Candesartan Genericon® 16 mg:** Jede Tablette enthält 16 mg Candesartan Cilexetil. **Candesartan Genericon® 32 mg:** Jede Tablette enthält 32 mg Candesartan Cilexetil. **Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung:** **Candesartan Genericon® 8 mg:** Jede Tablette enthält 129,8 mg Lactose-Monohydrat. **Candesartan Genericon® 16 mg:** Jede Tablette enthält 121,8 mg Lactose-Monohydrat. **Candesartan Genericon® 32 mg:** Jede Tablette enthält 243,6 mg Lactose-Monohydrat. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Maisstärke, Lactose-Monohydrat, Triethylcitrat, Hydroxypropylcellulose, Croscarmellose Natrium, Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** Candesartan Genericon wird angewendet zur: Behandlung der essenziellen Hypertonie bei Erwachsenen; Behandlung der Hypertonie bei Kindern und Jugendlichen von 6 bis < 18 Jahren; Behandlung erwachsener Patienten mit Herzinsuffizienz und eingeschränkter linksventrikulärer systolischer Funktion (linksventrikuläre Ejektionsfraktion ≤ 40%), wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden, oder als Add-on-Therapie zu ACE-Hemmern bei Patienten, die trotz optimaler Therapie eine symptomatische Herzinsuffizienz aufweisen, wenn Mineralokortikoid-Rezeptor-Antagonisten nicht vertragen werden (siehe Abschnitte 4.2, 4.4, 4.5 und 5.1). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. Zweites und drittes Trimenon der Schwangerschaft (siehe Abschnitte 4.4 und 4.6). Schwere Einschränkung der Leberfunktion und/oder Cholestase. Kinder unter 1 Jahr (siehe Abschnitt 5.3). Die gleichzeitige Anwendung von Candesartan mit Aliskiren-haltigen Arzneimitteln ist bei Patienten mit Diabetes mellitus oder eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) kontraindiziert (siehe Abschnitte 4.5 und 5.1). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Angiotensin-II-Antagonisten, rein (Candesartan). ATC-Code: C09CA06. **Candesartan Genericon® 8 mg Tabletten, OP zu 30 Stk., Rezept- und apothekenpflichtig. Candesartan Genericon® 16 mg Tabletten, OP zu 30 Stk., Rezept- und apothekenpflichtig. Candesartan Genericon® 32 mg Tabletten, OP zu 30 Stk., Rezept- und apothekenpflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Genericon Pharma Gesellschaft m.b.H., A-8054 Graz, E-Mail: genericon@genericon.at.

Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Gewöhnungseffekten und zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

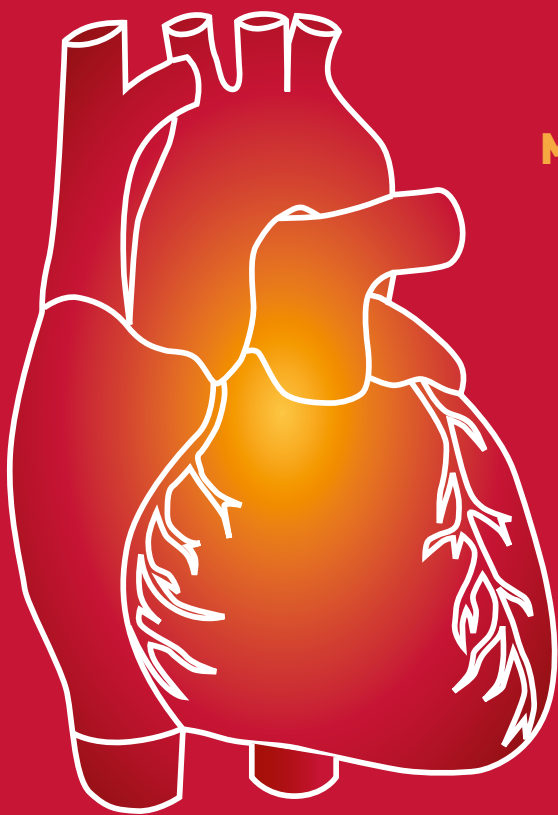
2026_08_Snap_Tab_1_JfH_01_01_Ausgabe_01_2026

FÜR ALLE ÄRZTE AUS
PRAXIS UND KLINIK!

WORKSHOP

DER AG HERZINSUFFIZIENZ

DER ÖSTERREICHISCHEN KARDIOLOGISCHEN GESELLSCHAFT



Diagnostik in der Herzinsuffizienz

Prim. Priv.-Doz. Dr. Hannes Alber (Klagenfurt)
und OÄ Dr. Katharina Leitner (Klagenfurt)

Medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz

Priv.-Doz. Dr. Deddo Mörtl (St. Pölten)
und OÄ Dr. Nadia Schäffer (Villach)

Devices in der Herzinsuffizienz

Univ.-Prof. Dr. Marianne Gwechenberger (Wien)
und OA Dr. Markus Salbrechter (Klagenfurt)

Spezielle Fälle in der Herzinsuffizienz

Univ.-Doz. Dr. Martin Hülsmann (Wien)
und Prim. Univ.-Prof. Dr. Sabine Horn (Villach)

anhand aktueller Fallbeispiele

9.00–13.00 Uhr

Sa 3. Oktober 2026

Klagenfurt – Lakeside Science & Technology Park



med **Congress**

ANMELDUNG:

per E-Mail an fortbildung@medcongress.at

Die Teilnahme ist kostenlos.

Eine Anmeldung ist unbedingt erforderlich.

ORGANISATION:

medCongress GmbH, Gabriele Rech

2221 Gr. Schweinbarth

Hochleitengasse 34/Top 1

Diese Veranstaltung entspricht 5 DFP-Punkten
der Österreichischen Ärztekammer.



Herzinsuffizienz

Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz
der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft

Zentral in der
Blutdrucktherapie^{1*}

Hemmt den
überaktivierten Sympathikus
zentral und in der Niere
und senkt den Blutdruck^{1,6}



Altersbedingte
Hypertonie²



Metabolisches
Syndrom^{3,4,5}



Hypertoniker mit
Niereninsuffizienz^{1**,2}



Stressbedingte
Hypertonie⁶



Perimenopausale Disposition⁷



✓ wirksam¹

✓ verträglich¹

✓ einfach¹⁺



1 Tab/Tag
1-0-0



ITERIUM

NACH 4 WO

Erhöhung
möglich¹

2 Tab/Tag
1-0-1



ITERIUM

UNSER SERVICE
FÜR SIE

Einfach QR-Code scannen!



Bestellen Sie **kostenfrei Blutdruckpässe** für Ihre Patienten!

REFERENZEN UND ANMERKUNGEN 1. Fachinformation ITERIUM® Stand Februar 2021. * Bezogen auf den Wirkmechanismus. ** Siehe Punkt 4.2: Bei Niereninsuffizienz bis zu einer Kreatinin-clearance > 15 ml/min keine Anpassung der Dosierung erforderlich. + Bezogen auf das Dosierschema. 2. Luccioni R et al., Presse Med 1995; 24:1857-64 (725) (Hypertoniker mit Niereninsuffizienz, Dauer: 1 Jahr, Ziel: SBP/DBP Reduktion). 3. Achnikov D et al., Curr Med. Res. and Opinion 2005; 21,1,P1-P7, Paper 2830 (24 Patienten mit Hypertonie und metabolischem Syndrom, Dauer: 12 Wochen, Ziel: SBP/DBP Reduktion, Auswirkung auf Blutfett- und Blutglukoselevel). 4. Huggett R et al., Hypertension 2004; 44:847-852 (69 Patienten: Vergleich von Patienten mit Hypertonie u/o Metabolischen Syndrom zur normotensiven Kontrollgruppe, Ziel: Messung der sympathisch regulierten Vasokonstriktorenaktivität). 5. Konrady AO et al., Journal of Human Hypertension 2006;1-9, (37 Patienten mit Hypertonie, Dauer: 26 Wochen, Ziel: Effekt auf Lipid- und Glukosestoffwechsel, kardiovaskuläres Remodelling bei Hypertonie im Vergleich zu Atenolol). 6. Esler M et al., J of Hypertens 2004; 22:1529-1534 (15 Patienten mit Hypertonie, Dauer: 6 Wochen, Ziel: sympatholytische und blutdrucksenkende Aktivität in Ruhe und bei reflektorischer Sympathikusaktivierung). 7. Kawecka-Jaszcz K et al., Blood Pressure 2006; 15:51-58 (55 perimenopausale Frauen mit leichter bis moderater essentieller Hypertonie, Dauer: 3 Monate, Ziel: antihypertensiver Effekt und Einfluss auf Lebensqualität).

ITERIUM® FACHINFORMATION BEZEICHNUNG DES ARZNEIMITTELS: Iterium® 1mg-Tabletten. **QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG:** 1 Tablette enthält 1,544 mg Rilmenidindihydrogenphosphat, entsprechend 1 mg Rilmenidin. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 1 Tablette enthält 47 mg Lactose. Vollständige Auflistung der sonstigen Bestandteile siehe Abschnitt 6.1 der Fachinformation. **HILFSSTOFFE:** Lactose Monohydrat, mikrokristalline Zellulose, Paraffin, Natriumcarboxymethylstärke, wasserfreies kolloidales Siliziumdioxid, Magnesiumstearat, Talkum, weißes Bienenwachs. **ANWENDUNGSGEBIETE:** Iterium® 1mg-Tabletten werden angewendet bei Erwachsenen. Zur Behandlung einer leichten bis mittelschweren essentiellen Hypertonie, vorzugsweise in Kombination mit anderen Antihypertonika. **GEGENANZEIGEN:** Iterium darf nicht angewendet werden: – bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile, – bei schwerer Depression, – bei stark eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-clearance < 15 ml/min), – in Kombination mit Sultoprid (siehe Abschnitt 4.5 der Fachinformation). **WIRKSTOFFGRUPPE:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antihypertensiva, Antiadrenerge Mittel, zentral wirkend, Imidazolin-Rezeptoragonisten, ATC-Code: C02AC06. **NAMEN UND ANSCHRIFT DES PHARMAZEUTISCHEN UNTERNEHMERS:** SERVIER AUSTRIA GMBH, Mariahilferstraße 20, 1070 Wien. **www.servier.at** **REZEPTPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Weitere Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.** Version 1.0

SERVIER

Iterium_Inserat A4_FK1 V.01_März 2005