

## Wirkstoffe nach Indikationen

Die **Beurteilung der einzelnen Wirkstoffe** bezieht sich ausschließlich auf die Risikoeinschätzung bei Schwangeren und Stillenden. Als „geeignet“ bezeichnete Wirkstoffe können daher u.U. bei Nichtschwangeren wegen geringer Wirksamkeit nur von nachrangiger Bedeutung sein, während im Gegenteil auch als „kontraindiziert“ bezeichnete Wirkstoffe bei Nichtschwangeren Mittel der 1. Wahl darstellen können! Ist ein einzelner Wirkstoff aus offensichtlich juristischen Gründen mit seinem Zulassungsstatus in Schwangerschaft und/oder Stillzeit kontraindiziert, obwohl die empirische Datenlage für eine sichere Anwendung sprechen, wurde er als „formal kontraindiziert“ klassifiziert.

Soweit im konkreten Fall nicht anders angegeben, bezieht sich die Klassifizierung sowohl auf die Anwendung in der **Schwangerschaft** als auch in der **Stillzeit**. Weichen die Beurteilungen bezüglich der Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit voneinander ab, ist dies im Einzelfall angegeben.

Auch für als „geeignet“ beurteilte Wirkstoffe gilt die in der Schwangerschaft grundsätzlich geforderte **strenge Indikationsstellung** mit sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung. Für diese Wirkstoffe be-

steht nach dem heutigen Stand des Wissens kein Verdacht auf eine embryotoxische oder teratogene Wirkung.

Als **Grundlage für die Wirkstoff-Klassifizierung** dienen die jeweiligen Fachinformationen (FI) der pharmazeutischen Unternehmer, die Einteilung in Schwangerschaftskategorien der Food and Drug Administration der Vereinigten Staaten von Amerika (FDA, Kategorien A-, B-, C-, D-, X-) und des Australian Drug Evaluation Committee (ADEC, Kategorien A-, B-, B2-, B3-, C-, D-, X-) sowie die aktuelle wissenschaftliche Studienliteratur.

### Klassifizierung:

- geeignet
- keine ausreichenden Daten (vermutlich geeignet)
- möglichst nicht verwenden
- kontraindiziert

# 1 Herz, Kreislauf

## 1.1 Bluthochdruck (Antihypertensiva)

Hypertonie (Bluthochdruck) mit einem anhaltenden Blutdruck von >140 mmHg (systolisch) und >90 mmHg (diastolisch) stellt in jedem Fall keine Erkrankung für die Selbstmedikation dar. Es werden nicht-schwangerschaftsspezifische und schwangerschaftsspezifische Formen der Hypertonie unterschieden. Grundsätzlich besteht bei milder und mäßiger Hypertonie in der Schwangerschaft, die durch Antihypertensiva behandelt wird, immer die Gefahr, dass sich die medikamentös erzielte Blutdrucksenkung ungünstig auf das Wachstum des Kindes auswirkt.

Bei der nicht-schwangerschaftsspezifischen Hypertonie stehen, neben der meist erforderlichen Lebensstil-Modifikation, zahlreiche unterschiedliche Arzneimittelgruppen zur pharmakologischen Therapie zur Verfügung.

Die hypertensiven Erkrankungen in der Schwangerschaft (HES) umfassen u. a. die schwangerschaftsinduzierte Hypertonie (SIH), Präeklampsie (Gestose), Eklampsie und das HELLP-Syndrom. Die einzigen Antihypertensiva, die sich in der Schwangerschaft bewährt haben, sind Methyldopa, Dihydralazin und (mit Einschränkungen) die  $\beta$ -Rezeptorenblocker. Erste Wahl in der Langzeittherapie der HES stellt Methyldopa dar; selektive  $\beta_1$ -Rezeptorblocker (Metoprolol) und Nifedipin sind eingeschränkt geeignet, alle übrigen Antihypertensiva einschließlich der Diuretika sind ungeeignet. Zur notfallmäßigen Akuttherapie sollten vorzugsweise Nifedipin (oral) oder Urapidil (i. v.) eingesetzt werden.

1. Wahl (pflanzlich): keine  
1. Wahl (synthetisch): Methyldopa, Metoprolol

Tab. 1.1

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe	Schwangerschaft und Stillzeit
Aliskiren	Renin-Inhibitoren	1. Trimenon: möglichst nicht verwenden 2.-3. Trimenon: kontraindiziert Stillzeit: möglichst nicht verwenden
Amilorid (in Kombination mit Hydrochlorothiazid)	Diuretika (Cycloamidine)	kontraindiziert
Amlodipin	Calciumkanalblocker	möglichst nicht verwenden
Atenolol	$\beta$ -Rezeptorenblocker	möglichst nicht verwenden <sup>1</sup>
Benazepril	ACE-Hemmer	1. Trimenon: möglichst nicht verwenden 2.-3. Trimenon: kontraindiziert Stillzeit: möglichst nicht verwenden
Betaxolol	$\beta$ -Rezeptorenblocker	möglichst nicht verwenden <sup>1</sup>
Bisoprolol	$\beta$ -Rezeptorenblocker	geeignet <sup>1</sup>

<sup>1</sup> grundsätzlich weniger geeignet als andere  $\beta$ -Rezeptorenblocker; bei Indikation für einen  $\beta$ -Rezeptorenblocker vorzugsweise Metoprolol verwenden

Tab. 1.1 Fortsetzung

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe	Schwangerschaft und Stillzeit
Candesartan	AT <sub>1</sub> -Rezeptorenblocker	1. Trimenon: möglichst nicht verwenden 2.-3. Trimenon: kontraindiziert Stillzeit: möglichst nicht verwenden
Captopril	ACE-Hemmer	1. Trimenon: möglichst nicht verwenden 2.-3. Trimenon: kontraindiziert Stillzeit: möglichst nicht verwenden
Carteolol	β-Rezeptorenblocker	möglichst nicht verwenden <sup>1</sup>
Carvedilol	β-Rezeptorenblocker	möglichst nicht verwenden <sup>1</sup>
Celiprolol	β-Rezeptorenblocker	möglichst nicht verwenden <sup>1</sup>
Cilazapril	ACE-Hemmer	1. Trimenon: möglichst nicht verwenden 2.-3. Trimenon: kontraindiziert Stillzeit: möglichst nicht verwenden
Clonidin	zentral wirksame Antiadrenergika	1.-3. Trimenon: möglichst nicht verwenden, intravenöse Gabe kontraindiziert Stillzeit: kontraindiziert
Dihydralazin	periphere Vasodilatoren	1. Trimenon: kontraindiziert 2.-3. Trimenon: möglichst nicht verwenden <sup>2</sup> Stillzeit: möglichst nicht verwenden
Diltiazem	Calciumkanalblocker	kontraindiziert
Doxazosin	α-Rezeptorenblocker	1.-3. Trimenon: möglichst nicht verwenden Stillzeit: kontraindiziert
Enalapril	ACE-Hemmer	1. Trimenon: möglichst nicht verwenden 2.-3. Trimenon: kontraindiziert Stillzeit: möglichst nicht verwenden
Eprosartan	AT <sub>1</sub> -Rezeptorenblocker	1. Trimenon: möglichst nicht verwenden 2.-3. Trimenon: kontraindiziert Stillzeit: möglichst nicht verwenden
Felodipin	Calciumkanalblocker	1.-3. Trimenon: kontraindiziert Stillzeit: geeignet

2 Zur notfallmäßigen Akuttherapie sollten vorzugsweise Nifedipin (oral) oder Urapidil (i. v.) eingesetzt werden.