

Campuslizenz **arznei-telegramm**[®] + **atd**

Kostenlose Digitalabos + atd Arzneimitteldatenbank für Studierende der Humanmedizin

finanziert von der Universitätsbibliothek Bielefeld

arznei-telegramm[®]

atd Arzneimitteldatenbank



Designed by tavipuel.com / Freepik

Die unabhängige Information zu Nutzen und Schaden von Arzneimitteln.

Sie erhalten:

- personalisierte **PDF-Ausgaben** zum Download (monatlich)
- Zugriff auf **alle Artikel** seit 1990
- **Newsletter** (Anmeldung erforderlich)

Die ideale Ergänzung zum **arznei-telegramm**[®] mit unabhängigen und **systematisch dargestellten Informationen** zu rund 19.000 Arzneimitteln:

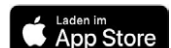
- Bewertung der Wirkstoffe
- Indikationen, Dosierung, Kontraindikationen
- unerwünschte Wirkungen
- Wechselwirkungen, Pharmakokinetik
- **monatlich aktualisiert**

Was tun?

Bestellen Sie hier **kostenlos** Ihre Zugangsdaten:
<https://a-turl.de/biel>



Auch als App:



4/26

Die Information für medizinische Fachkreise
unabhängig • kritisch • anzeigenfrei

arznei-telegramm®

57. Jahrgang, 17. April 2026

Fakten und Vergleiche für die rationale Therapie

THERAPIEKRITIK 25

Endlich Belege für sehr niedrige LDL-Zielwerte?

– Eher nicht!

Venöse Thromboembolie: Apixaban versus Rivaroxaban

Antikoagulation und stabile KHK

– Plättchenhemmer schaden

Skabies: Permethrincreme oder Ivermectin per os?

LESER FRAGEN UND KOMMENTIEREN ... 28

▼ Hydroxiethylstärke (VOLUVEN u.a.):

PHOENICS aus der Asche?

KURZ UND BÜNDIG 29

Vitamin-D-Tabletten bei Säuglingen richtig anwenden

Semaglutid als WEGOVY bei Übergewicht mit manifestem Gefäßleiden in England und Wales erstattungsfähig

Zur Markrücknahme des Analgetikums GELONIDA

NETZWERK AKTUELL 30

Apalutamid (ERLEADA):

Interaktion mit Antihypertensiva

NEBENWIRKUNGEN 31

Levodopa/Carbidopa (NACOM u.a.):

Vitamin-B6-Mangel mit Krampfanfällen

Risiken von Menstruationstassen

Obere Endoskopie: GLP-1-Agonisten pausieren oder beibehalten?

ea-t IM INTERNET

Parenterale Generika der Firma Dr. Eberth

– ein unbefriedigender Rote-Hand-Brief



STICHWORTVERZEICHNIS

Adipositas	30	Kariesprophylaxe	29	Rivaroxaban	26,27
Anfälle, epileptische	31	KHK, stabile	27	Rote-Hand-Brief	ea-t
Antikoagulanzen, orale	26,27	Kodein-Paracetamol	30	Säuglinge	29
Apalutamid	30	LDL-Zielwerte	25	Semaglutid	30,32
Apixaban	26,27	Levodopa/Benserazid	31	Skabies	28
Aspiration	29,32	Levodopa/Carbidopa	31	Statine	25
Dr. Eberth	ea-t	Lifestyle-Arzneimittel	30	Thromboembolie, venöse	26
Endoskopie, obere	32	Markrücknahme	30	Thrombozyten-	
GELONIDA	30	Menstruationstassen	31	aggregationshemmer	27
GLP-1-Agonist	30,32	Morbus PARKINSON	31	Ureterkompression	31
Hydroxiethylstärke	28	NICE	30	Vitamin-B6-Mangel	31
Intrauterinpessar,		NOAK	26,27	Vitamin-D-Tabletten	29
Dislokation	31	Permethrin	28	Vorhofflimmern	27
Ivermectin	28	Rachitisprophylaxe	29	WEGOVY	30

Therapiekritik

ENDLICH BELEGE FÜR SEHR NIEDRIGE LDL-ZIELWERTE? – EHER NICHT!

In Leitlinien wurden die Zielwerte im Rahmen der LDL-Cholesterinsenkung in der Vergangenheit schrittweise abgesenkt. Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie¹ (ESC) empfiehlt für Patienten mit klinisch manifesten atherosklerotischen Gefäßleiden aktuell Werte unter 55 mg/dl (1,42 mmol/l), bei Rezidivereignissen trotz hochdosierter Statine oder bei Mehrgefäßerkrankung unter 40 mg/dl (1,03 mmol/l; a-t 2025; 56: 91-2). Der klinische Nutzen der Zielwertstrategie generell wie auch dieser LDL-Zielwerte ist bisher durch randomisierte Studien nicht belegt. Argumentiert wird mit Analogieschlüssen, meist auf Basis von Analysen der CTT*-Gruppe, die pro absoluter LDL-Senkung um 1 mmol/l (39 mg/dl) eine relative Reduktion des Risikos kardiovaskulärer Ereignisse um 22% errechnet.² Aktuell gibt die randomisierte Ez-PAVE-Studie³ Anlass für neue Diskussionen um die LDL-Zielwerte.

Ez-PAVE vergleicht zwei Zielwerte zur LDL-Senkung. An der offen durchgeführten Studie mit verblindeter Endpunktbewertung nehmen 3.048 im Mittel 64 Jahre alte Patienten (21% Frauen) aus Südkorea mit klinischer atherosklerotischer Gefäßerkrankung teil. Bei 56% ist in der Vorgeschichte ein akutes Koronarsyndrom bekannt, bei 48% eine stabile Angina, bei 9% eine periphere arterielle Verschlusskrankheit und bei 4% ein Schlaganfall oder transitorisch ischämisches Ereignis. 67% hatten zuvor arterielle Revaskularisationen, 59% perkutane Koronarinterventionen, 40% leiden an Diabetes und 73% an Hypertonie. Patienten ohne Statintherapie dürfen nur bei einem LDL von mindestens 70 mg/dl (1,81 mmol/l) teilnehmen. Anfangs beträgt das LDL im Mittel 76 mg/dl (1,97 mmol/l), wobei 91% der Patienten bereits Statine (23% hoch, 68% moderat dosiert) und 29% Ezetimib (EZETROL, Generika) einnehmen. Sie werden Strategien mit LDL-Senkung unter 55 mg/dl (1,42 mmol/l) oder unter 70 mg/dl (1,81 mmol/l) zugeteilt.^{3**}

Während der im Median dreijährigen Therapiedauer erhalten 48% bis 54% der Patienten mit niedrigerem LDL-Ziel hochdosierte Statine (mit abnehmender Tendenz), 56% bis 67% Ezetimib (mit steigender Tendenz) und nur 0,8% bis 2,3% PCSK9-Hemmer. Bei höherem LDL-Ziel erhalten 32% bis 34% hochdosierte Statine, 53% bis 57% Ezetimib und 0,5% bis 0,8% PCSK9-Hemmer. 61% der Patienten erreichen in dieser Zeit ihr LDL-Ziel unter 55 mg/dl gegenüber 68% der Patienten ihr LDL-Ziel unter 70 mg/dl. Im Median über

* CTT = Cholesterol Treatment Trialists

** In beiden Gruppen werden die Patienten zudem randomisiert einem Beginn der Therapie mit Statin allein oder Rosuvastatin (CRESTOR, Generika) plus Ezetimib zugeteilt, bei Zuteilung zur Statinmonotherapie außerdem einem Beginn mit Atorvastatin (SORTIS, Generika) oder Rosuvastatin. Die Prüfer können in diesem Rahmen die Therapie zur Erreichung der LDL-Zielwerte individuell anpassen, nur soll vor Einsatz von PCSK9-Hemmern die Statindosis erhöht und bei Statinmonotherapie nötigenfalls erst Ezetimib ergänzt werden.³