Arzneiverordnung in der Praxis – www.akdae.de

S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Gonarthrose

Dr. med. Natascha Einhart,
Prof. Dr. med. Marcus Schiltenwolf,
Prof. Dr. rer. nat. Jürgen Steinmeyer

Die Leitlinie „Prävention und Therapie der Gonarthrose“ erschien im Mai 2025 (gültig bis Juli 2029). Es werden hier Empfehlungen zur Diagnostik, Prävention, konservativen Therapie (medikamentös und nichtmedikamentös) und operativen Therapie (gelenkerhaltend und gelenkersetzend) ausgesprochen. Die Arzneimitteltherapie der Gonarthrose zielt auf eine Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung. Es soll die niedrigste wirksame Dosis über den kürzesten möglichen Zeitraum eingesetzt werden. Als Mittel der ersten Wahl empfiehlt die Leitlinie topische NSAR (nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente). Nur falls diese unwirksam oder ungeeignet sind, sollte ein orales NSAR eingesetzt werden unter Beachtung von Kontraindikationen. Die Leitlinie rät von einer routinemäßigen Therapie mit Paracetamol und schwach wirksamen Opioiden ab. Intraartikuläre Kortikosteroide werden zur kurzfristigen Therapie nur dann empfohlen, wenn hierdurch physikalische Therapieformen unterstützt werden oder andere medikamentöse Therapien unwirksam bzw. ungeeignet sind; es sei lediglich ein kurzfristiger Therapieeffekt (2–10 Wochen) zu erwarten. Widersprüchliche Evidenz findet sich für die intraartikuläre Injektion von Hyaluronsäure, derzeit eine häufig eingesetzte Therapieoption. Diese soll die Viskositätsabnahme der Synovialflüssigkeit kompensieren. Im Vergleich zu Placebo fallen Behandlungsunterschiede aber gering aus. Die Leitlinie empfiehlt nicht die Behandlung mit Glucosamin. Es gebe dabei keinen über die Placebowirkung hinausgehenden Effekt.

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 02/2025
Internet: www.akdae.de

Der Link und QR-Code führen direkt dorthin:
Kurzlink:
https://t1p.de/in4zd

S3-Leitlinie Vorhofflimmern

Dr. med. Natascha Einhart,
Prof. Dr. med. Birke Schneider

Die S3-Leitlinie „Vorhofflimmern“ erschien am 14. April 2025 (gültig bis Februar 2030). Federführende Fachgesellschaft ist die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK). Vor Veröffentlichung dieser Leitlinie stand keine deutsche Leitlinie zum Vorhofflimmern zur Verfügung.
Die S3-Leitlinie „Vorhofflimmern“ spricht nach einem einführenden Kapitel zur Definition, Einteilung und Epidemiologie des Vorhofflimmerns Empfehlungen aus zur Diagnostik (Kapitel 2), zum Screening (Kapitel 3), zu Prävention und lebensstilbezogenen Maßnahmen (Kapitel 4), zur Schlaganfallprävention (Kapitel 5), zur Rhythmuskontrolle (Kapitel 6) und zur Frequenzkontrolle (Kapitel 7). Abschließend wird auf spezielle Szenarien (Kapitel 8) eingegangen, unter anderem auf das Management der oralen Antikoagulation bei geplanten operativen und interventionellen Eingriffen.
Dieser Artikel in der AVP 52/2 fasst die wichtigsten Empfehlungen zur medikamentösen Therapie des Vorhofflimmerns zusammen. Eingegangen wird auf die Schlaganfallprävention mittels Antikoagulation in Abhängigkeit vom individuellem Risiko, das mittels CHA_2DS_2-VA-Score abgeschätzt werden kann. „Rhythmuskontrolle und Frequenzkontrolle – Was ist neu? Was ist anders?“ sind weitere Themen des Beitrags, der am besten komplett gelesen wird. Verfügbar ist die Leitlinie unter: https://register.awmf.org

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2025
Internet: www.akdae.de

Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink:
https://t1p.de/t2sc4

Alzheimer-Antikörper Lecanemab – nun also doch?

Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer

Trotz anfänglicher Skepsis empfahl der EMA-Ausschuss für Humanarzneimittel CHMP im November 2024 unter öffentlichem Druck die Zulassung des Alzheimer-Antikörpers Lecanemab (Leqembi). Die EU-Kommission erteilte erst im April 2025 eine Marktzulassung – mit erheblichen Auflagen. Lecanemab, ein gentechnisch in Ovarialzellen des Chinesischen Zwerghamsters hergestellter Antikörper, soll Beta-Amyloid-Ablagerungen im Gehirn von Patienten mit Alzheimer-Demenz verhindern. Doch die Zulassung bleibt umstritten: Kritiker sehen den klinischen Nutzen als zu gering im Vergleich zu schweren Nebenwirkungen wie Hirnschwellungen (13 % von Studienteilnehmern) und Blutungen in bestimmen Hirnarealen (17 %). Die Therapie ist nur für Patienten im sehr frühen Alzheimer-Stadium möglich, erfordert aufwendige Diagnostik (MRT, Liquoranalyse, genetische Analyse) und regelmäßige Kontrollen mittels MRT. Der klinische Effekt ist bescheiden: Nach 18 Monaten zeigte sich im CDR-SB-Score nur eine minimale Verbesserung von 0,45 Punkten gegenüber Placebo – kaum spürbar für Patienten. Angesichts der Belastung für Patienten und Gesundheitssystem wird zu realistischer Aufklärung geraten: Lecanemab sei keine Wunderwaffe, sondern eine Option mit begrenztem Nutzen, hohem Risiko und aufwendigem Procedere. Für fortgeschrittene Alzheimer-Fälle komme die Therapie sowieso nicht mehr infrage.

Siehe aktuelle IQWiG-Bewertung S. 40
(Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

Der vollständige Artikel ist abrufbar im Internet unter „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)“, Ausgabe 2/2025
Internet: www.akdae.de

Der Link und QR-Code führen direkt dorthin: Kurzlink:
https://t1p.de/dvfnf

Rubrikenfoto: © marog-pixcells – stock.adobe.com

Zusammenfassungen: Isolde Asbeck