

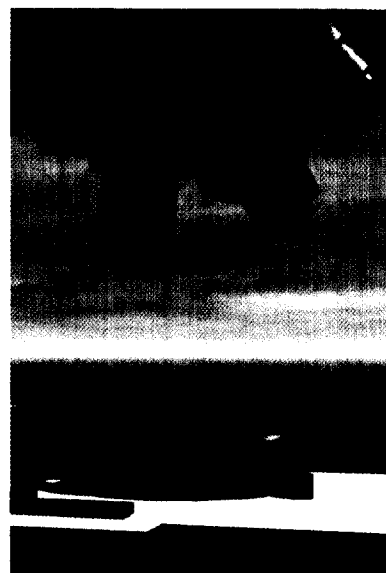
Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die grossen Kardiologenkongresse in den USA und in Europa waren immer wieder Schauplatz der Präsentation von richtungsweisenden Studien, in denen neue medikamentöse Optionen zur Verhinderung von Herzinfarkt und Schlaganfall ihren präventiven Nutzen unter Beweis gestellt haben. Das ist auch heute noch so. Allerdings sind gewisse Veränderungen in jüngster Zeit vom aufmerksamen Kongressbeobachter nicht zu übersehen. So werden einerseits die Studien immer grösser und damit kostspieliger. Andererseits wird die Erwartung an das, was eine innovative Wirksubstanz an therapeutischem Nutzen hervorbringen kann, zumindest in der kardiovaskulären Forschung tendentiell bescheidener.

Ein Grund dafür, dass die Bewährung in Studien für neue Herz-Kreislauf-Medikamente schwieriger wird, sind die Erfolge der vorausgegangenen Forschung. Substanzen wie Statine und ACE-Hemmer haben in den letzten Jahren neue Standards gesetzt. Durch verbesserte Standardtherapie, die in den Kontrollgruppen der Studien den Referenzmassstab bildet, ist die Hürde, die neue Substanzen zu nehmen haben, eindeutig höher geworden. Zunehmend sind Forscher damit konfrontiert, dass die Ereignisrate in der gut behandelten Placebo-Gruppe ihrer Studie niedriger ist als vorausberechnet. Was für die Patienten ein Segen ist, macht den Untersuchern das Leben schwerer: Sie stehen vor der Entscheidung, ob sie die Zahl der Studienteilnehmer erhöhen, die Studienlaufzeit verlängern oder gleich beides machen, um auf die erwartete Zahl von klinischen Endpunkten zu kommen.

Ein Beispiel ist die FIELD-Studie (siehe Seite 15). Hatte vor Beginn dieser klinischen Prüfung eines Fibrats im Jahr 1998 keiner der teilnehmenden Typ-2-Diabetiker Lipidsenker erhalten, stieg im Studienverlauf stetig die Zahl der zusätzlich mit Statinen behandelten Patienten. Am Ende mussten die Studienautoren feststellen, dass die Statin-Behandlung möglicherweise ein Grund dafür war, dass aus dem Fibrat-Placebo-Vergleich beim primären Studienendpunkt nur ein nicht signifikanter Unterschied resultierte.

Peter Overbeck



Aus dem Inhalt

Lipidsenkung: „Je niedriger, um so besser“ gilt auch nach Herzinfarkt	4
Was bei der Blutdruckmessung am Arm alles unentdeckt bleibt	6
Nutzen von Omega-3-Fettsäuren in der KHK-Prävention bestätigt	8
„Go Red for Women“ für bessere Versorgung herzkranker Frauen	9
Statin plus Blutdrucksenker: Es kommt vielleicht auf die Mixtur an	12
Zelltherapie für den defekten Herzmuskel – konträre Resultate	14
Fibrat in der KHK-Prävention weniger erfolgreich als erwartet	15
Bei Herzinsuffizienz auf den Hund gekommen	18
Impressum	20
Kaffeegeniesser zwischen Skylla und Charybdis?	22
Was Raucher leichter vom Glimmstengel abbringen könnte	26