

Periskop

Die Geschichte der **Anorektika** ist für das FDA nicht viel mehr als ein kontinuierliches DDD («Diet Drug Disaster»): Der Reihe nach wurden Anorektika zurückgezogen, zuletzt Dexfenfluramin. Die Schwierigkeiten der Registrierung waren die Schwierigkeiten der Definition eines klinisch signifikanten Gewichtsverlustes. Sie sind es noch immer! Mit dem Verschwinden von Dexfenfluramin zauberte Abbott 1997 Sibutramin – ein weiteres Sympathomimetikum – aus dem Hut: Rund 60% von 320 obesen Patienten verloren 5% ihres Körpergewichts (Das taten 30% von 160 Patienten unter Plazebo ebenfalls!). Angesichts von zwei Todesfällen in Italien wurde die Registrierung an die Auflage geknüpft, die erste grosse Studie zum Nutzen-Risiko-Profil eines Anorektikums vorzulegen: 9000 Patienten während fünf Jahren! Bis dahin fragt sich mancher: «Another Diet Drug Disaster?» – Colman E. *Anorectics on trial. Ann Intern Med* 2005;143:380–5.

Genetische Beratung: Die USPSTF (US Preventive Services Task Force) lehnt die Überweisung zur Durchführung von *BRCA*-Mutations-Tests (*BRCA1* und *BRCA2*) bei Frauen mit *unbelasteter* Familienanamnese ab. Einerseits wäre die Chance dieses Tests, eine *BRCA*-Mutation bei fehlender familiärer Belastung nachzuweisen, nahezu gleich null. Andererseits wären die ethischen, legalen und sozialen Konsequenzen einer solcher Abklärung wahrscheinlich grösser als das unbekannte Risiko, und eine intensive Suche nach dem Malignom, prophylaktische Operationen oder eine Chemoprävention liessen sich auch nicht ausschliessen. Dagegen sollten Frauen mit *familiärer Belastung* (Mamma- und Ovarialkarzinom) dem *BRCA*-Test zugeführt werden. – USPSTF / Nelson ED, et al. *Genetic risk assessment and BRCA mutation testing for breast and ovarian susceptibility ... Ann Intern Med* 2005;143:355–61 / 362–79.

Viel für wenig? Zwei Studien derselben Arbeitsgruppe verglichen auf der Basis von rund 19000 Patienten die **Blutdrucktherapie** mit Amlodipin (Norvasc®) bzw. Atenolol (Tenormin®). Endpunkt: Herzinfarkt oder terminale Herzinsuffizienz. Amlodipin verhinderte mehr Herzinfarkte und löste weniger Diabetes aus als Atenolol. Aber nur rund die Hälfte der Unterschiede waren durch die Blutdruckeinstellung zu erklären; und der Rest ...? Noch etwas: Rund 220 bis 650 Patienten hätten – verbunden mit einem Wechsel zu Amlodipin – über ein Jahr behandelt werden müssen, um einen Infarkt bzw. einen Todesfall zu verhindern. Die Erklärung dafür ist schwer verständlich! – Dahlof B, et al. *Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril versus atenolol adding bendroflumethazid ... Lancet* 2005;366:895–906 / Poulter NR, et al. *Role of blood pressure and other variables in the differential cardiovascular event rates ... Lancet* 2005;366:907–13.

Ausser Spesen nichts gewesen? In Grossbritannien wurde eine neue Behandlung von **Alkoholproblemen**, die sogenannte «social and behaviour network therapy» getestet. Sie ist so gut wie die alte und kostet einiges mehr! Immerhin meldeten Teilnehmer beider Methoden eine hochsignifikante Verbesserung ihres Alkoholverhaltens. Die Einsparung für die Öffentlichkeit betrug etwa das Fünffache der Therapiekosten. Fast zu gut, um wahr zu sein: Die Resultate beruhen auf Aussagen der Behandelten! – UKATT Research Team. *Effectiveness of treatment for alcohol problems / Cost effectiveness of treatment for alcohol problems. BMJ* 2005;331:541–4 / 544–8.

In eine kanadische Studie wurden 1418 Patienten mit **Herzinsuffizienz** (Auswurfraction <40%) im Alter bis 79 Jahre aufgenommen und hinsichtlich ihrer jeweiligen Therapie (ACE-Hemmer, ACE-Blocker und Betablocker) analysiert. Interessant: Bei der Entlassung aus dem Spital erhielten 81% der Patienten mit niedrigem, 73% derjenigen mit mässigem und 60% derjenigen mit hohem Risiko ACE-Hemmer; 86 bzw. 80 bzw. 65% wurden mit ACE-Hemmern oder ACE-Blockern und 40 bzw. 33 bzw. 24% mit Betablockern behandelt – je grösser das Risiko, um so weniger Therapie! Die Autoren vertreten die Meinung, dass die Patienten mit der höchsten Mortalität auch die höchste Pharmakotherapierate haben sollten. Ob das wirklich so klar ist? – Lee DS, et al. *Risk-treatment mismatch in the pharmacotherapy of heart failure. JAMA* 2005;294:1240–7.

Chinas Ein-Kind-Politik sollte die Bevölkerung auf 1,2 Milliarden limitieren. Die Volkszählung im Jahr 2000 ergab tatsächlich 1,27 Milliarden. Eine Unterschätzung? Chinesische Autoritäten nehmen an, dass die Politik 250–300 Millionen Kinder verhindert hat. Die Fertilitätsrate sank von 1979 bis 2004 von 2,9 auf 1,7 (1,3 in städtischen, 2,0 in ländlichen Gebieten). Dafür ist wahrscheinlich nicht einmal die Politik verantwortlich: Der steilste Abfall von 5,9 auf 2,9 erfolgte nämlich zwischen 1969 und 1979! Bei den Fertilitätsraten haben Hongkong mit 0,91, Singapur mit 1,04 und Japan mit 1,38 die Nase vorn! Und die Präferenz für Knaben hat auch nachgelassen: «Mädchen können die Familienlinie auch weiterführen!», heisst es auf einer Plakatwand. – Blumenthal D, et al. *Privatization and its discontents. NEJM* 2005;353:1165–76.

Vier Ärzte, die von 1979 bis 1997 Kremationsformulare des **Massenmörders Shipman** unterzeichnet hatten, sind vom General Medical Council (GMC) von der Anklage auf «serious professional misconduct» freigesprochen worden. Sie hatten die Koinzidenz zwischen Shipmans Visiten und dem Tod der 124 ermordeten Patienten übersehen. Begründung: Shipman war ein hochgeschätzter Arzt, respektiert bei Patienten und Kollegen und ein derart perfekter Lügner, dass der Verdacht bei denen, die mit ihm zu tun hatten, gar nicht aufkommen konnte. Gut und richtig – und dennoch eine Warnung an alle, die Formulare gegenzuzeichnen haben! – Dyer O. *GMC clears doctors who signed cremation forms for Shipman. BMJ* 2005;331:126.