

Samuel Huntington gestorben

„Nach meiner Vermutung werden die fundamentalen Konflikte dieser Welt nicht primär ideologisch oder ökonomisch sein. Sie werden sich vielmehr an kulturellen Differenzen erhitzen“. Samuel Huntington, der Verfasser dieser kontroversen Zeilen (1993 als Essay unter dem Titel „Kampf der Kulturen“ in der Zeitschrift „Foreign Affairs“ publiziert), verstarb am 24. Dezember 2008 im Alter von 81 Jahren.

Der Politikwissenschaftler lehrte 58 Jahre an der Harvard-Universität und arbeitete im Weißen Haus unter Präsident Jimmy Carter.

Huntington war während seines Lebens ein vor allem unter Wissenschaft-

lern umstrittener Mann. In den 80er Jahren wurde ihm zweimal die Mitgliedschaft in der US-amerikanischen Akademie der Wissenschaften verweigert. Das lag vorwiegend an seinem Versuch, seine Thesen durch mathematische Gleichungen zu untermauern. Ein Mathematiker in der Akademie erklärte seinerzeit, Huntington hänge seinen Hypothesen einen wissenschaftlichen Mantel um, der jeder Substanz entbehre.

Besonders kontrovers wurde seine Aussage diskutiert, die chinesische und islamische Kultur stellten die stärkste Bedrohung für westliche Länder dar. Für Politiker in Europa und den USA sprach Huntington nur aus, was viele Zeitge-

nossen hinter vorgehaltener Hand dachten.

Die Anschläge vom 11. September gaben seinen Thesen neuen Auftrieb. Prominente Wissenschaftler, wie Ökonomie-Nobelpreisträger Amartya Sen von der Harvard-Universität, argumentierten hingegen, dass es für den Versuch, Menschen über den Kamm von Religion oder Zivilisation zu scheren und daraus künftige Konflikte vorherzusagen, keine wissenschaftlichen Belege gäbe.

N. N.

Culture clash.

Nature 2009; 457: 129–30

Irbesartan bei Herzinsuffizienz unwirksam

Preserve heißt auf englisch u. a. Konserve und wenn man ein „I“ wie Irbesartan voranstellt, liest sich das „I-Preserve“ – die Abkürzung für die Überschrift einer randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie, deren voller Titel lautet „Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction“.

Um es vorwegzunehmen: Die Untersuchung zeigt, dass Patienten mit einer Herzinsuffizienz Stadium II, III oder IV nach der bekannten New York Heart Association und einer Ejektionsfraktion von mindestens 45 % von einer täglichen Dosis von maximal 300 mg Irbesartan nicht profitierten.

Eingeschlossen wurden 4.128 Patienten, die mindestens 60 Jahre alt waren und in 25 Ländern rekrutiert wurden. Primäres Outcome-Kriterium war Tod durch jegliche Ursache oder Hospitalisation durch z. B. Dekompensation der Herzinsuffizienz, Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Um zu wissen, ob denn die Ergebnisse auch für hausärztliche Patienten aus Ihren Praxen gültig sein könnten, lohnt immer ein Blick auf die Charakteristika der Teilnehmer:

- Mittleres Alter: 72 Jahre
- Rund 60 % Frauen
- Etwa 76 % im Stadium NYHA III

- BMI: 41 % wiesen einen BMI von mindestens 30 auf (!)
- Vorhofflimmern oder -flattern: 29 %
- Diabetes mellitus: rund 27 %
- Zustand nach Schlaganfall: 10 %
- Ursache der Herzinsuffizienz in ca. 25 % KHK und in rund 63 % Hypertonie
- Wegen Herzinsuffizienz in den letzten 6 Monaten im Krankenhaus: 44 %

Circa 84 % der Patienten nahmen Diuretika ein; ACE-Hemmer (25 %) waren nur als Hochdruckmedikament erlaubt (mit anderen Worten: Es wurden nur Patienten eingeschlossen, die für ihre Herzinsuffizienz keine ACE-Hemmer nahmen). Die Initialdosis von Irbesartan war 75 mg.

Die mittlere Nachverfolgungszeit betrug immerhin fast 50 Monate. In dieser Periode ereignete sich das primäre Zielkriterium bei 36 % in der Irbesartan- und bei 37 % in der Placebogruppe. Die Sterberaten betragen 52,6 vs. 52,3, die Raten für Krankenhausaufnahme 70,6 bzw. 74,3 (jeweils pro 1.000 Patientenjahre). Keiner der Unterschiede erreichte statistische Signifikanz. Das traf auch für die unerwünschten Wirkungen zu, die einen Abbruch der Medikation zur Folge hatten (14 % vs. 16 %).

Nach solch einem Ergebnis stellt sich die Frage, warum die Studie (mit Unterstützung von Bristol-Myers Squibb und Sanofi-Aventis) überhaupt durchgeführt wurde. Die Antwort wird klar, wenn man sich die zugelassenen Anwendungsgebiete ansieht: „Zur Behandlung der essenziellen Hypertonie. Zur Behandlung der Nierenerkrankung bei Patienten mit Hypertonie und Typ-2-Diabetes mellitus als Teil einer anti-hypertensiven Behandlung“.

Die angestrebte Erweiterung auf Herzinsuffizienz wird also nicht erfolgen.

Wichtige Schlussfolgerungen: Ohne Studien mit klinischem Outcome kann man nicht davon ausgehen, dass alle Substanzen einer Wirkstoffgruppe gleich wirksam sind. In diesem Falle also gilt nicht „Sartan ist gleich Sartan“.

Vielleicht darf man an dieser Stelle auch daran erinnern, dass es bis heute keinen wissenschaftlichen Beleg gibt, dass Sartane besser wirken würden als ACE-Hemmer. Als bislang einzige Indikation verbleibt daher die Unverträglichkeit von ACE-Hemmern (typischerweise Husten; bei ca. 8 %).

Massie BM et al. Irbesartan in patients with heart failure and preserved ejection fraction. N Engl J Med 2008; 359: 2456–67