

hatten ein metabolisches Syndrom; der mittlere BMI lag über 28. Nur 16,6 % der Patienten nahmen ASS, knapp 16 % waren Raucher und zwischen 11,2 und 11,8 % wiesen eine Familienanamnese einer vorzeitigen KHK auf.

7. Warum die Studie bereits nach 1,9 Jahren abgebrochen wurde, bleibt rätselhaft – nicht zuletzt deswegen, weil der Hauptgrund für solch eine Aktion üblicherweise auftretende Nebenwirkungen sind und nicht etwa vorzeitiges Erreichen der Studienziele. Auch ethische Gründe können nicht angeführt werden, da allen Teilnehmern offen gestanden hätte, mit einem anderen Statin weiterbehandelt zu werden. Wenn wir

schon über Ethik sprechen, sollte man auch fragen dürfen, warum Rosuvastatin gegen Placebo und nicht (zumindest in einem zusätzlichen Arm) gegen z. B. Simvastatin getestet wurde.

Die Motive für dieses Studiendesign erscheinen mir allzu offensichtlich: Man möchte für ein existierendes Medikament eine „neue Behandlungsgruppe“ definieren – (angeblich) gesunde Personen. Mit einem für kardiovaskuläre Erkrankungen wissenschaftlich zweifelhaftem „Diagnostikum“ wie dem CRP sind auch flugs die Patenterträge des Hauptautors gesteigert. In Neudeutsch nennt man dieses ganze Verfahren „disease mongering“.

Die Frage, ob mit der Jupiter-Studie nun auch in Deutschland ein neuer Zulassungsantrag gestellt werden wird (immerhin wurden aus deutschen Zentren 222 Patienten in die Studie eingebracht), bleibt spekulativ.

Handfester ist da schon die Forderung eines Lesers des NEJM: „Raus mit den Fast-Food-Restaurants aus den Städten und sagt unseren Kindern, sie sollen ihren Hintern hoch kriegen, statt vor ihren PCs ‚Schießspiele‘ zu üben“.

Ridker PM, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008; 359: 2195–207

Haarausfall bei Frauen – was tun?

Aus der täglichen Praxis wissen wir, dass Haarausfall bei Frauen kein einfaches Problem ist. Wie die Berliner Dermatologinnen Prof. Ulrike Blume-Peytavi und Kathrin Hillmann in der Januar-Ausgabe der „Arzneiverordnung in der Praxis“ (herausgegeben von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) schreiben, sind neben der häu-

figsten Form, der androgenetischen Alopezie (20–30%), auch Medikamente, zugrundeliegende Erkrankungen und physiologische, lebensabschnittabhängige Ursachen zu berücksichtigen. Die Autorinnen gehen auch auf alle verfügbaren Behandlungsoptionen ein (Blume-Peytavi U, Hillmann K. Haarausfall bei Frauen – Was tun? *AVP* 2009; 36: 13–15).



Kardiovaskuläre Arzneimittel: kein Unterschied in Bioäquivalenz und therapeutischer Äquivalenz

Dass sich die Bioäquivalenz von kardiovaskulären Arzneimitteln wie Betablockern, Calciumantagonisten, Thrombozytenaggregationshemmern oder ACE-Hemmern als Originalpräparat oder Generikum nicht unterscheidet, ist eine Binsenwahrheit.

Autoren aus Boston untersuchten nun auch Studien zur klinisch-/therapeutischen Äquivalenz dieser Medikamente – und fanden ebenso wenig Unterschiede.

Bemerkenswert ist allerdings, dass sich die Wissenschaftler auch noch einer „kleinen Nebenaufgabe“ stellten: In derselben Zeit, in der die besagten Studien liefen, überprüften sie, welche Meinung denn in diversen Editorials zum Austausch von Originalpräparaten gegen Generika vertreten wurde. Von 43 Editorials wurde in mehr als der Hälfte (53 %) die Ansicht kundgetan, dass ein solches Vorgehen Teufelszeug sei (ich übertreibe sprachlich ein wenig ...).

Vergleicht man wissenschaftliche Belege und Mehrzahl der (bezahlten?) Meinungen, ergeben sich gute Argumente für die Schwäche der sogenannten „Eminenzbasierten Medizin“.

Kesselheim AS et al. Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008; 300: 2514–2526