

gegen weitere Forschung auf diesem Gebiet Stellung (28). Dieser Personenkreis argumentiert, daß angesichts der Mittelknappheit medizinische Forschung sich auf die aussichtsreichsten Projekte zu konzentrieren habe. Homöopathie sei nicht plausibel und gehöre daher nicht in diese Kategorie.

Obschon in dieser These eine nicht zu leugnende Logik steckt, ist sie (meiner Meinung nach) zu verwerfen. Die Homöopathie erfreut sich heute einer immensen Beliebtheit (14). Solange große Teile der Bevölkerung (irgend)eine Therapie anwenden, wäre es schlichtweg unethisch (9), nicht zu versuchen, die essentiellen Fragen, die sich auf den Nutzen und das Risiko beziehen, zu beantworten.

Fazit

Der Streit um die Homöopathie ist so alt wie diese Behandlungsform. Die Argumente sind inzwischen bestens bekannt, aber nur zum Teil zutreffend. Eine Lösung ist von diesem Dauerstreit kaum zu erwarten. In dieser Situation kann wohl nur exakte neue Forschung weiterführen. Was wir brauchen, sind nicht weitere ein- bis zweihundert unschlüssige Studien, sondern zwei bis drei adäquat angelegte und von Unparteiischen durchgeführte Studien zum Wirkungsnachweis. Zweihundert Jahre Diskussion, so will es scheinen, macht nicht das eine oder das andere Lager, sondern die Medizin als solche lächerlich. Was schlimmer ist, sie schadet letztlich unseren Patienten.

Zitierweise dieses Beitrags:
Dt Ärztebl 1997; 94: A-2340-2342
[Heft 37]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis im Sonderdruck, anzufordern über den Verfasser.

Anschrift des Verfassers

Prof. Edzard Ernst MD PhD
Department of Complementary
Medicine
Postgraduate Medical School
25 Victoria Park Road
Exeter EX2 4NT · Großbritannien

Gewichtsverlust als unabhängiger Risikofaktor bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Die Therapie von Patienten mit schwerer chronischer Herzinsuffizienz (CHI) ist schwierig. Für eine optimierte spezifische Therapie ist es wichtig, Prognosemarker zu finden, die es erlauben, Patientengruppen mit besonders hohem Sterberisiko zu identifizieren. Bei Patienten mit CHI ist der relativ häufig auftretende chronische Gewichtsverlust seit Hippokrates als Syndrom der Kardialen Kachexie bekannt. Erstmals wurden solche Patienten prospektiv identifiziert und ihr Überleben im Vergleich zu nicht kachektischen Patienten unter Berücksichtigung bekannter Risikofaktoren (NYHA-Klasse, LVEF, maximale Sauerstoffaufnahme [MVO₂], Natrium-Plasmaspiegel) analysiert.

Zwischen Juni 1993 und Mai 1995 wurden 171 ambulante CHI-Patienten (17 Frauen, Alter 60±11 Jahre) klinisch und spiroergometrisch (Laufbandtest, MVO₂ 17,5±6,7 ml/kg/min) untersucht. Kardiale Kachexie bei CHI-Patienten wurde als ungewollter, dokumentierter, nicht ödematöser Gewichtsverlust von mehr als 7,5 Prozent über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten definiert. Im November 1996 wurden der Follow-up (alle Patienten > 18 Monaten) und eine Überlebensanalyse durchgeführt (all cause mortality, Cox-proportional hazard). Das Überleben aller Patienten betrug 87,1 Prozent nach sechs Monaten, 83,0 Prozent nach 12 Monaten und 77,8 Prozent nach 18 Monaten (insgesamt wurden 49 Todesfälle beobachtet).

Als kachektisch wurden 28 Patienten identifiziert (Gewichtsverlust neun Prozent bis 36 Prozent). Die kachektischen Patienten (Gewicht 63±8 kg, 82±7% des Idealgewichts, NYHA Klasse II: 7, III: 16, IV: 5) waren älter (p < 0,05), hatten einen niedrigeren MVO₂ (p < 0,01), und niedrigeres Plasmanatrium (p < 0,01), aber die LVEF war ähnlich im Vergleich zu nicht kachektischen Patienten (26±14 vs 31±15%). Patienten mit Kardialer Kachexie hatten eine Mortalität von 18, 29, 39 und 50 Prozent nach 3, 6, 12 und 18 Mona-

ten. Patienten mit einem MVO₂ < 14 ml/kg/min hatten eine Mortalität von 19, 30, 40 und 51 Prozent bei den genannten Zeitpunkten.

Ein MVO₂ < 14 ml/kg/min, NYHA Klasse (alle p < 0,0001), Prozent Idealgewicht (p = 0,0002), LVEF (p = 0,0004), kachektischer Status (p = 0,0029), und Lebensalter (p = 0,028) waren signifikante Prognosemarker. Die multivariate Analyse der 18-Monate-Mortalität zeigte, daß das Vorhandensein der Kardialen Kachexie unabhängig von Alter, NYHA-Klasse, LVEF, MVO₂ und Natriumspiegel eine verschlechterte Prognose kennzeichnete. Für die beiden bedeutendsten Risikofaktoren MVO₂ < 14 ml/kg/min und kachektischer Status wurden Kaplan-Meier-Überlebenskurven konstruiert. Patienten ohne Risikofaktoren hatten eine sehr gute 18-Monate-Prognose (Überleben 93 Prozent, n = 103). Mit einem Risikofaktor (n = 55) betrug das 18-Monate-Überleben 62 Prozent, aber Patienten mit einem MVO₂ < 14 ml/kg/min und Kardialer Kachexie (n = 13) hatten ein 18-Monate-Überleben von nur 23 Prozent.

Die Kombination der beiden Risikofaktoren Kardiale Kachexie und MVO₂ < 14 ml/kg/min erlaubt einerseits die Definition einer Hochrisiko-Patientengruppe und andererseits bei Abwesenheit dieser Risikofaktoren die Definition von Patienten mit sehr guter Prognose. Es wird daher vorgeschlagen, den Gewichtsverlust standardisiert bei allen Patienten mit CHI zu bestimmen und ihn bei der Evaluierung von Patienten zur Herztransplantation beziehungsweise bei anderen Interventionsstudien, die auf eine Analyse des Überlebens abzielen, zu berücksichtigen. akr

Anker SD, Ponikowski P, Varney S, Clark AL, Chua TP, Webb-Peploe KM, Harrington D, Kox WJ, Poole-Wilson PA, Coats AJS: Wasting as independent risk factor of survival in chronic heart failure. *Lancet* 1997; 349: 1050-1053.

Dr. Stefan Anker, Cardiac Medicine, Imperial College School of Medicine at the National Heart & Lung Institute, Dovehouse Street, London SW3 6LY, Großbritannien.