Ökonomie in der Praxis

2_2013 ■ Serviceblatt für Behandlungsökonomie

Fachgespräch mit oberösterreichischen Rheumaexperten 2

Wissen objektiv 3

Hilfreiches zur Diagnose der Osteoporose: Das FRAX®-Modell 4

Teilung von Tabletten 7

Praktische Bewertung statistischer Ergebnisse 9

Links und interessante Studien 11

Das Öko-Eck: Memantin 12

OÖ GKK
FORUM GESUNDHEIT

Fachgespräch mit oberösterreichischen Rheumaexperten

Die Entwicklung von Biologika im Bereich der Rheumatologie hat in den letzten Jahren nicht nur große medizinische Fortschritte, sondern auch hohe Kostenzuwächse mit sich gebracht. Deshalb hat die oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) im Februar 2013 Experten aus dem Bereich der Rheumatologie eingeladen, um mit ihnen den fachgerechten Einsatz (Indikationsstellung, Einhaltung der Regeltexte des Erstattungskodex), Kosten- und Verordnungsentwicklung von Medikamenten zur Rheumatherapie zu diskutieren. Thema waren auch mögliche ökonomische Potenziale sowie die voraussichtliche weitere Entwicklung in diesem Bereich.

Als gemeinsames Interesse der rheumatologischen Fachärzte und der OÖGKK stand dabei eine qualitativ hochwertige und patientenfreundliche Versorgung der betroffenen Versicherten im Mittelpunkt.

Niedergelassene Vertragsärzte, auch Allgemeinmediziner, dürfen und sollen Patienten mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises nach Ersteinstellung durch Fachärzte weiterbetreuen und, wenn die Voraussetzungen für die Kostenrückerstattung gegeben sind (Regeltext), auch kostenintensive Präparate wie beispielsweise TNF-alpha-Blocker weiterverordnen. Durch die Betreuung durch den Hausarzt zwischen den fachärztlichen Kontrollen kann eine wohnortnahe Versorgung der Patienten ermöglicht werden.
Deshalb richtet sich der ökonomische Fokus der OÖGKK nicht auf die durch den Allgemeinmediziner meist unbeeinflussbaren Weiterverordnungen, sondern auf eine effektive und effiziente Therapie, die eine gute Zusammenarbeit der Fachgruppen erfordert.

Behandlungsökonomische Ansätze:

- **Ausschöpfen der Basistherapie**
- **Regelmäßige Kontrollen beim Facharzt**
- **In manchen Fällen können Rheumatologen die Therapieintervalle ohne Nachteil auf die Wirksamkeit verlängern. Medikamentennebenwirkungen und auch Kosten können somit reduziert werden.**

Allgemeinmediziner oder Ärzte anderer Fachgruppen, die Rheumapatienten betreuen, sollen ihre Patienten mindestens alle sechs Monate wieder zum Facharzt der Rheumatologie zur Kontrolle schicken. Dieser kann dann etwaige Kontrolluntersuchungen und Therapieadaptierungen bzw. -umstellungen sowie ein Absetzen der Therapie durchführen.

Um eine gute Versorgung der Patienten zwischen den fachärztlichen Kontrollen zu gewährleisten, sind im Arztbrief relevante Informationen zu dokumentieren, damit der weiterbehandelnde Arzt seiner Verpflichtung einer regeltextkonformen Medikamentenverordnung nachkommen kann. *Red.*

WISSEN objektiv

Die OÖGKK und die Ärztekammer für OÖ haben sich gemeinsam zum Ziel gesetzt, für die oberösterreichische Ärzteschaft Fortbildungsangebote – mit dem Schwerpunkt auf industrieunabhängige, evidenzbasierte Fortbildung – zu fördern. Es wurde daher ein gemeinsamer Fortbildungstopf geschaffen, aus dem ein industrieunabhängiges oberösterreichisches Fortbildungskonzept gefördert wird. Jeder oberösterreichische Arzt kann sich mit einer Fortbildungsidee um eine Förderung aus dem Topf bewerben.

Nähere Informationen finden Sie auf der Homepage der OÖGKK unter www.ooegkk.at/vertragspartner unter Services und auf der Homepage der OÖ Ärztekammer unter www.aekooe.or.at – Aus- und Fortbildung.

Wir freuen uns, mit dieser Aktion Ihre Aus- und Weiterbildung unterstützen zu können.

Hilfreiches zur Diagnose der Osteoporose: Das FRAX®-Modell

Ao. Univ.Prof. DDr. Manfred Herold,
Universitätsklinik f. Innere Medizin VI., Rheumaambulanz & Rheumalabor, 6020 Innsbruck

Zahlreiche Arbeiten zur Osteoporose oder der Knochenbruch- oder Knochenschwundkrankheit wurden in den vergangenen Jahren veröffentlicht und bildeten die Basis für internationale und nationale Empfehlungen und Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Osteoporose[1-8].

Ziel des Erkennens der Osteoporose ist das rechtzeitige Erfassen jener Personen, bei denen ein hohes Frakturrisiko vorliegt und therapeutische Maßnahmen indiziert sind.

Viele Faktoren sind bekannt, die das Frakturrisiko erhöhen, wobei sie häufig eine nur geringe Sensitivität und Spezifität hinsichtlich ihrer Vorhersagekraft für das Frakturrisiko aufweisen[9]. Dies trifft auch für die Knochendichtemessung mittels DXA-Methode zu[10]. Das Frakturrisiko wird jedoch nicht nur von der aktuellen Knochendichte, sondern auch von verschiedenen anderen Faktoren bestimmt. Die Messung der Knochendichte mit Hilfe DXA-Methode (Dual-X-Ray-Absorptiometrie), die allgemein als die empfohlene Standardmethode zur Bestimmung der Knochendichte gilt, kann nur einen Teil des Frakturrisikos abschätzen.

DXA-Messergebnisse sind wichtige diagnostische Befunde zur Abschätzung der Frakturgefährdung von Patienten, können aber alleine das Risiko nicht vollständig erfassen. Etwa die Hälfte aller klinischen Frakturen werden bei Personen gefunden, die laut Knochendichtemessung und dessen Beurteilung nach der WHO-Definition (T-Wert ≤-2,5; der T-Wert oder t-score ist das Vielfache der Standardabweichung vom Mittelwert junger Erwachsener) keine Osteoporose aufweisen[11]!
Nicht der T-Wert allein ist entscheidend, sondern der T-Wert zusammen mit dem ermittelten Risikoprofil. Dies trifft in der Regel bei Frauen nach dem 65., bei Männern nach dem 70. Lebensjahr zu. Aufgrund der vielen DXA-Messungen und Überbewertung der Resultate wurden in den letzten Jahren vorwiegend jüngere Patienten zu

viel und ältere Patienten zu wenig behandelt. Dies erklärt auch die geringere Compliance im Alter, da eine zu frühe und nicht notwendige Therapie meist keinen klinisch erkennbaren Erfolg zeigte. Bei jüngeren Frauen (<60) und Männern (<70) ist die medikamentöse Therapie bei einem T-Wert <-4 einzusetzen[5].

Das Ergebnis der Knochendichte aus der DXA-Messung ist altersabhängig zu werten und erst nach Erhebung zusätzlicher Risikofaktoren zur Beurteilung des osteoporotischen Frakturrisikos einzusetzen. Gründe für frühzeitige DXA-Messungen wären etwa das Vorliegen einer Fragilitätsfraktur, eine Erkrankung, die mit schnellerem Knochenabbau verbunden ist und zu niedriger Knochendichte führt, Medikamente, die den Knochenabbau beschleunigen oder etwa Untergewicht (BMI < 20) sowie multiple Stürze und Immobilität.

Eine sehr hilfreiche Methode zur Ermittlung des Frakturrisikos ist die Berechnung nach FRAX (FRAX = Fracture Risk Assessment Tool). Der FRAX-Algorithmus wurde vom WHO Collaborating Center vorgeschlagen und berücksichtigt neben den persönlichen Daten (Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht) auch bekannte Risikofaktoren (vorausgegangene Fragilitatsfrakturen, Eltern mit Hüftfraktur, Rauchen, systemische Corticosteroidgabe, rheumatoide Arthritis als eine der häufigsten chronisch entzündlichen Erkrankungen, regelmäßiger Alkoholkonsum) die zusätzlich zur Knochendichte zum Frakturrisiko beitragen.
Mittels FRAX erhalten Sie die 10-Jahres-Wahrscheinlichkeit einer Hüftfraktur und die 10-Jahres-Wahrscheinlichkeit einer anderen osteoporosebedingten Frakturen (Wirbel, Vorderarm, Hüfte oder Schulter).
FRAX ist im klinischen Alltag einfach und rasch anwendbar, und eignet sich sehr gut zur schnellen Risikoeinschätzung auch in Bereichen mit fehlender oder nur schwierig zugänglicher apparativer Diagnostik wie zum Beispiel im niedergelassenen Bereich oder in Pflegeheimen. Das FRAX-Instrument gibt keine Therapieempfehlung. Es gilt allerdings ein absolutes 10-Jahres Frakturrisiko von >20 Prozent als sinnvolle Therapieschwelle[7].

FRAX ist unter der Internetseite http://www.shef.ac.uk/FRAX abrufbar, wobei es für Österreich eine spezifische Weiterleitung gibt (http://shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=16), wo für die Risikoberechnung epidemiologische Daten der österreichischen Bevölkerung zugrunde liegen. Neben der Online-Anwendung sind auch vereinfachte Papierversionen verfügbar und können für den Praxisgebrauch kostenlos heruntergeladen werden.

Nachfolgend ein fiktives Beispiel einer Berechnung der 10-Jahres-Wahrscheinlichkeit für eine Fraktur bei einer 60-jährigen Frau mit deutlich vermindertem T-Wert:

Risikorechner

Als Ergebnis erhalten Sie in diesem Beispiel die 10-Jahres-Wahrscheinlichkeit einer größeren osteoporotischen Fraktur von 11 Prozent und eine 10-Jahres-Wahrscheinlichkeit einer Hüftfraktur von 4 Prozent.

Gemäß den aktuellen österreichischen Empfehlungen[7] ist eine Therapie aufgrund des geringen Zehnjahresrisikos und einem mit DXA-ermittelten T-Wert von -2,7 nicht indiziert[7].

In diesem Fall ist eine medikamentöse Therapie trotz eines Knochendichtewertes im osteoporotischen Bereich nicht erforderlich.

Das FRAX-Modell berücksichtigt nur einige wenige relevante Risikofaktoren zur Einschätzung einer therapiebedürftigen Osteoporose. Dennoch erlaubt diese einfach anwendbare Methode eine bessere oder zumindest gleich gute Vorhersagekraft für das Frakturrisiko im Vergleich zur Knochendichtemessung mittels DXA alleine.

Der Einsatz dieser Methode erscheint somit gerade bei jüngeren Patienten (Frauen <60 Jahre, Männer <70 Jahre) sowie bei älteren Patienten mit noch nicht aufgetretenen Frakturen sinnvoll, da aus der Masse von Patienten solche mit relevantem Risiko herausgefiltert und einer weiteren differenzierten Diagnostik zugeführt werden können.

Eine FRAX-Berechnung ohne Knochendichtemessung kann dafür verwendet werden, bei Personen mit vermutlich niedrigem Frakturrisiko die Indikation zur Knochendichtemessung treffsicherer zu stellen oder unnötige Knochendichtemessungen zu vermeiden.

Somit kann die Berechnung des absoluten 10-Jahres-Frakturrisikos im klinischen Alltag die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Osteoporose sehr gut unterstützen.

Literatur:

1 *NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA, 285: 785–795, 2001.*

2 *Brown JP, Josse RG; Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. CMAJ, 167(Suppl 10): S1–S34, 2002.*

3 *Watts NB, Lewiescki EM, Miller PD, et al. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis foundation 2008. J Clin Densitom, 11: 473–477, 2008.*

4 *Dimai HP, Pietschmann P, Resch H, et al.; für die Austrian Society for Bone and Mineral Research (AuSBMR). Österreichischer Leitfaden zur Medikamentösen Therapie der postmenopausalen Osteoporose – Update 2009. Wien Med Wochenschr, 159 (Suppl 122): 1–34, 2009.*

5 *Dachverband Osteologie e. V. DVO-Leitlinie 2009 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Erwachsenen – Langfassung (http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/dvo-leitlinie-2009). Osteologie, 18: 304–328, 2009.*

6 *Compston J, Cooper A, Cooper C, et al.; on behalf of the National Osteoporosis Guideline Group (NOGG). Guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and men from the age of 50 years in the UK 2009. Maturitas, 62: 105–108, 2009.*

7 *Initiative Arznei & Vernunft, Vernünftiger Umgang mit Medikamenten: Osteoporose – Knochenbruchkrankheit, 3. Auflage, Mai 2010.*

8 *Bröll J, Resch H. (Vorsitzende). Osteoporose: Prävention und Therapie. Österreichischer Konsensus. Österr. Ärztezeitung Dezember 2011 (Supplement).*

9 *Kanis JA, Borgstrom F, De Laet C, Johansson H, Johnell O, Jonsson B, Oden A, Zethraeus N, Pfleger B, Khaltaev N. Assessment of fracture risk. Osteoporos. Int. 2005 Jun; 16 (6): 581-9.*

10 *Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. BMJ. 1996 May 18; 312 (7041): 1254-9.*

11 *Siris ES, Chen YT, Abbott TA, Barrett-Connor E, Miller PD, Wehren LE, Berger ML. Bone mineral density thresholds for pharmacological intervention to prevent fractures. Arch Intern Med. 2004 May 24; 164 (10): 1108-12.*

Teilung von Tabletten

In der Praxis kommt es immer wieder zu Unsicherheiten, ob Tabletten geteilt werden dürfen. Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit Vorteilen aber auch Risiken der Tablettenteilung und geht auf Voraussetzungen und Limitierungen ein. Weiters erhält die verschreibende Ärztin/der verschreibende Arzt Tipps, wo sie/er sich informieren kann, ob eine Tablette teilbar ist.

Welche Vorteile bringt die Teilung von Tabletten?[1]

Durch die Teilung von Tabletten kann in erster Linie eine flexible, bedarfsgerechte Dosierung ermöglicht werden, wenn die benötigten Wirkstoffstärken nicht im Handel sind (z. B. für Kinder), bei häufigen Dosisanpassungen (z. B. bei Marcoumar) und zum Ein- und Ausschleichen einer Therapie. Bei der Teilung sehr großer Tabletten kann die Einnahme erleichtert werden. Letztlich spielt für viele Patientinnen und Patienten der wirtschaftliche Faktor eine Rolle: Durch die Teilung kann es zur Einsparung von Rezeptgebühren kommen, denn die Patientin/der Patient zahlt genauso viele Gebühren, kommt mit dem Medikament aber doppelt so lange aus. Wenn es sich dabei um Präparate handelt, wo die höhere Dosierung zum Flat Price angeboten wird, kommt es überdies auch zu Einsparungen für die Krankenversicherungsträger.

Welche Risiken sind mit der Teilung verbunden?

Durch ungenaue Teilung kann es zu Dosisschwankungen kommen. In einer Studie wurde die Homogenität von Wirkstoffgehalt und Gewicht in den Tablettenhälften von sechs in der Praxis häufig geteilten Arzneimitteln analysiert: 23,9 Prozent der Tablettenhälften überschritten die Grenzwerte der United States Pharmacopeial Convention (USP) für den Wirkstoffgehalt, und 12,8 Prozent lagen außerhalb der von der USP festgelegten Gewichtsgrenzen.[2]

Bei säure- oder lichtempfindlichen Wirkstoffen kann es durch die Teilung zur Inaktivierung des Wirkstoffs kommen. Unangenehm riechende oder schmeckende Arzneistoffe sind oft mit einem Überzug versehen. Werden derartige Arzneimittel geteilt, kommt der Geruch bzw. Geschmack zutage, was letztlich die Compliance der Patientin/des Patienten gefährden kann. Wirkstoffe, die den Gastrointestinaltrakt angreifen und deshalb ebenfalls mit einer Schutzschicht überzogen sind (z. B. Bisphosphonat-Tabletten), sollten nicht geteilt werden, weil es ansonsten zur Schädigung von Magen und Ösophagus kommen kann. Bei der Teilung von Tabletten mit so genannten CMR-Substanzen (kanzerogene, mutagene und reproduktionstoxische Wirkstoffe, z. B. Zytostatika, Virustatika, Retinoide, 5α-Reduktasehemmer) kann die Patientin/der Patient durch den Bruchstaub gefährdet werden. In bestimmten Fällen kann es bei Teilung auch zu gefährlichen Überdosierungen kommen, wie dies in der Vergangenheit bei nicht-teilbaren Morphin-Präparaten vorgekommen ist.[3]

Wo können sich Ärztinnen und Ärzte informieren,ob eine Teilung möglich ist, und welche Voraussetzungen sollten berücksichtigt werden?

Zur Information, ob eine Tablette im konkreten Fall geteilt werden darf, stehen primär folgende Quellen zur Verfügung:

- Die **Austria Codex-Fachinformation** gibt unter Punkt 3. Darreichungsform oder Punkt 4.2 Dosierung, Art und Dauer der Anwendung Hinweise zur Teilbarkeit wiey z. B. *„Die Tablette kann in gleiche Hälften geteilt werden“ oder „Die Bruchkerben dienen nur zum Teilen der Tabletten für ein erleichtertes Schlucken und nicht zum Aufteilen in gleiche Dosen“.*[4]
- Die gewünschte Information findet man auch im **Arzneispezialitätenregister des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen** unter: https://pharmaweb.ages.at.
- Eine weitere Möglichkeit stellt die **direkte Anfrage beim Hersteller** dar, denn dieser muss auf jeden Fall wissen, ob sein Produkt teilbar ist.

Wann sollten Tabletten keinesfalls geteilt werden?

Generell nicht geteilt werden dürfen Weichgelatinekapseln, Tabletten ohne Bruchkerbe, magensaftresistente Tabletten, Dragees und retardierte Filmtabletten. Die Ausnahme bei letzteren bilden Tabletten, die aus einzelnen Pellets hergestellt sind, Matrixtabletten, und so genannte Multiple-Unit-Systeme. Hier finden sich explizit Hinweise zur Teilbarkeit in der Fachinformation.[1]
Bitte beachten Sie, dass das Vorhandensein von Kerben und Rillen nicht immer bedeutet, dass eine Tablette in dosisäquivalente Teile geteilt werden kann. Es kann sich dabei z. B. auch lediglich um Schmuckrillen oder Unterscheidungsmerkmale handeln, oder die Kerben wurden nur zur Verbesserung der Stabilität angebracht.[4]

Wichtige Voraussetzungen, ob eine Teilung in der Praxis korrekt durchgeführt werden kann, sind letztlich bei der Patientin/beim Patienten bzw. ihrer/seiner Betreuungsperson zu suchen: Sie/er sollte sowohl mental als auch physisch in der Lage, sein, die Tablette zu teilen, und die notwendigen Anforderungen an Fingerfertigkeit, Sehvermögen und kognitive Fähigkeiten erfüllen. Außerdem sollte sie/er die Technik des richtigen Teilens beherrschen. Hierfür kann durch eine entsprechende Schulung angezeigt sein. Durch die Anwendung von Tablettenteilern kann die Teilung erleichtert werden. Patientinnen und Patienten sollten insbesondere darauf hingewiesen werden, dass die Teilung keinesfalls mit Hilfe eines Küchenmessers erfolgen sollte.[1, 3]

Literatur:

1 *R. Quinzler, W. E. Haefeli: Tabletten teilen; Therapeutische Umschau 2006, 63 (6), 441-447*
2 *W. Shaynan et al.: Analysis of Drug Content and Weight Uniformity for Half- Tablets of 6 Commonly Split Medications; Journal od Managed Care Pharmacy, 2009, 15 (3), 253-261*
3 *C. Wild: Aus eins mach zwei; Pharmazeutische Zeitung online, 2010; http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=35463 (Zugriff am 16.11.2012)*
4 *H. Wicho: Wann dürfen Tabletten geteilt werden; Österreichische Apothekerzeitung 2010, 64 (16), 913*

Red.

Praktische Bewertung statistischer Ergebnisse

In wissenschaftlichen Studien wird immer wieder die statistische Signifikanz angeführt. Ein Ergebnis ist dann statistisch signifikant, wenn die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Ergebnis durch Zufall von der Vergleichsvariable unterscheidet, sehr gering ist.

In der Praxis ist man oftmals mit der Interpretation von statistisch signifikanten Ergebnissen konfrontiert. Was bedeutet statistische Signifikanz für die Praxis und wie aussagekräftig ist das Ergebnis?

Die Wahrscheinlichkeit einer statistischen Signifikanz erhöht sich beispielsweise, je höher der Effekt ist, oder je homogener die ausgewählten Gruppen sind. Auch die Stichprobengröße und eine höhere Akzeptanz des α-Fehlers (ein Ergebnis als statistisch signifikant zu bezeichnen, obwohl es keines ist) können die statistische Signifikanz positiv beeinflussen. Damit man aufgrund der statistischen Signifikanz keine falschen Schlüsse zieht, kann die Aussage von Effektstärken verwendet werden[1].

Effektstärken

Sie geben an, wie stark ein beobachteter Effekt ist. Die Klassifikation von Effektstärken (r = 0.10 kleiner Effekt, r = 0.30 mittlerer Effekt, r = 0.50 großer Effekt) heißt aber nicht, dass kleine Effektstärken nicht praktisch relevant sein können[1].

Beispiel:

Auswirkung von Aspirin auf das Herzinfarktrisiko von Männern

Therapie	Ereignis	kein Ereignis	Herzinfarktrisiko
ASS (375 mg/Tag)	104	10.933	0,95%
Placebo	189	10.845	1,74%

Abbildung aus Bühner/Ziegler, 2009, S. 182

Obwohl das Ergebnis einen sehr kleinen Effekt aufzeigt (r = 0.032) und sich das absolute Risiko um 0,79 Prozent verringert, konnte das relative Risiko einen Herzinfarkt zu erleiden um 45 Prozent gesenkt werden, was in diesem Fall als klinisch relevant gilt[1].

Number Needed to Treat

Gerade im medizinischen Bereich können kleine Unterschiede von Therapien große Auswirkungen haben. Als Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine Therapie im

Vergleich zu einer anderen oder im Vergleich zu Placebo werden klinische Studienergebnisse eingesetzt. Kennzahl dafür ist die Number Needed to Treat (NNT). Hier handelt es sich um die durchschnittliche Anzahl von Patienten, die mit Intervention A behandelt werden müssen, damit gegenüber Intervention B ein Patient mehr das gewünschte Therapieziel erreicht. Es handelt sich hier somit um eine komparative Maßzahl[2]. Die NNT sollte immer in Relation zur Number Needed to Harm (NNH) betrachtet werden[6]. Diese stellt jene Anzahl an Patienten dar, die aufgrund der Behandlung mit Intervention A geschädigt werden, verglichen mit der Kontrollgruppe der Patienten mit Behandlung B[4].

Interpretation

Wie bei der statistischen Signifikanz ist auch bei der NNT eine Interpretationshilfe notwendig, ist jedoch nicht in bestimmte Stufen unterteilt sondern wird in Relation zur klinischen Relevanz gesetzt. Grundsätzlich gilt: je kleiner die NNT ist, umso größer ist der Vorteil der neuen Therapie gegenüber der alten (4). Jedenfalls sollte die NNT kleiner als die NNH sein (6). Die ideale NNT wäre somit 1 – da hier alle Patienten in der Behandlungsgruppe profitieren und in der Kontrollgruppe keiner. Eine Obergrenze für die Effektivität der NNT kann nicht festgemacht werden, da diese krankheitsbedingt unterschiedlich hoch sein darf, um noch als effektiv zu gelten. Während man bei Schmerzmitteln gegen akute Schmerzen bei einer NNT von 2 – 5 noch von einer effektiven Therapie spricht, kann eine NNT von über 40, beispielsweise der Einsatz von ASS nach einem Herzinfarkt in der Sekundärprävention, immer noch als sinnvoll erachtet werden, da hier die Schwere des klinischen Ereignisses mit berücksichtigt wird[5]. Bei Verhinderung eines Todesfalles kann eine höhere NNT in Kauf genommen werden als bei einer reinen Symptomreduktion[6]. Ein Vergleich von mehreren NNT bei unterschiedlichen Erkrankungen, medizinischen Interventionen, Messparameterdefinitionen oder bei Unterschieden in der Länge der Nachbeobachtungszeit ist nicht angemessen[4].

Die NNT stellt ein wichtiges Tool in der evidence based medicine dar und liefert eine einfach interpretierbare Kennzahl, um die Vorteile einer Therapie gegenüber einer Alternativtherapie auf einen Blick sichtbar machen zu können. Als alleinige Kennzahl, um sich für oder gegen eine Therapie zu entscheiden, sollte sie jedoch nicht eingesetzt werden.

Literatur:

1 *Bühler, Markus/Ziegler, Matthias (2009): Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Pearson Education Deutschland GmbH, München.*

2 *Hutton, Jane (2010): Misleading Statistics, The Problems Sorrounding Number Needed to Treat and Number Needed to Harm. In: Pharm Med 2010; 24 (3): 145-149.*

3 *Number Needet to Treat (NNT) In: http://www.cebm.net/index.aspx?o=1044, letzter Zugriff am 14. 2. 2013.*

4 *Cordell, William (1999): Number Needed to Treat (NNT). In: Annals of emergency medicine April 1999;33: 433-436.*

5 *Numbers needed to treat (NNTs) - calculation, interpretation, advantages and disadvantages In: http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook research-methods/1a-epidemiology/nnts, letzter Zugriff am 18. 2. 2013*

6 *Pharmainformation Juni 2010, Jahrgang 25 Nr. 2 In: http://www2.i-med.ac.at/pharmakologie/info/info25-2.html#ASS, letzter Zugriff am 18. 2. 2013*

Red.

Links und interessante Studien

Hepatitis C: Tödliche Hautreaktion unter Incivo
Seit 2011 ist der Proteaseinhibitor Telaprevir (Handelsname Incivo) zur Behandlung der Hepatitis C in Kombination mit Peginterferon alfa und Ribavirin zugelassen. Nach Berichten des Herstellers über zwei Fälle einer Toxischen Epidermalen Nekrolyse (einer davon mit tödlichem Verlauf) veröffentlichte die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im April 2013 einen Rote-Hand-Brief zu Incivo, abrufbar unter http://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/DSM/Archiv/2013-19.html (Zugang am 27. 5. 2013).

Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia
Im März 2013 wurde ein Review der Cochrane Collaboration zum Thema Antipsychotika bei älteren Patienten mit Demenz veröffentlicht. Die Autoren kommen zum Schluss, dass bei den meisten Alzheimerpatienten die antipsychotische Medikation ohne Verschlechterung störender Verhaltensweisen abgesetzt werden kann. (Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3,
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007726.pub2/pdf (Zugang am 27. 5. 2013)

Berliner Erklärung 2012
Bei der Berliner Erklärung 2012 handelt es sich um eine Initiative, die den öffentlichen Zugang zu den Daten aller klinischen Studien fordert. Ausgelöst wurde die Bewegung durch die Debatte um Oseltamivir (Tamiflu). Der Zulassungsinhaber Roche weigert sich, Daten zu unveröffentlichten Studien zur Verfügung zu stellen.
http://www.change.org/en-GB/petitions/berliner-erkl%C3%A4rung-2012-an-die-b%C3%BCrgerinnen-und-b%C3%BCrger-in-europa-die-verheimlichung-von-klinischen-studiendaten-stoppen#share (Zugang am 27. 5. 2013)

Protelos: Herzinfarktwarnung bei Osteoporosemedikament
Der Wirkstoff Strontiumranelat (Handelsname Protelos) ist bei uns zur Behandlung der Osteoporose zugelassen. Nun zeigte sich eine erhöhte Rate von Myokardinfarkten bei der Anwendung von Protelos in klinischen Studien. Das deutsche Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlichte daraufhin einen Rote-Hand-Brief dazu, in dem vom Einsatz bei Patienten mit bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen und unkontrollierter Hypertonie abgeraten wird. (siehe auch Homepage des deutschen Ärzteblattes,
http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54372/Protelos-Herzinfarktwarnung-bei-Osteoprosemedikament, Zugang 27. 5. 2013).

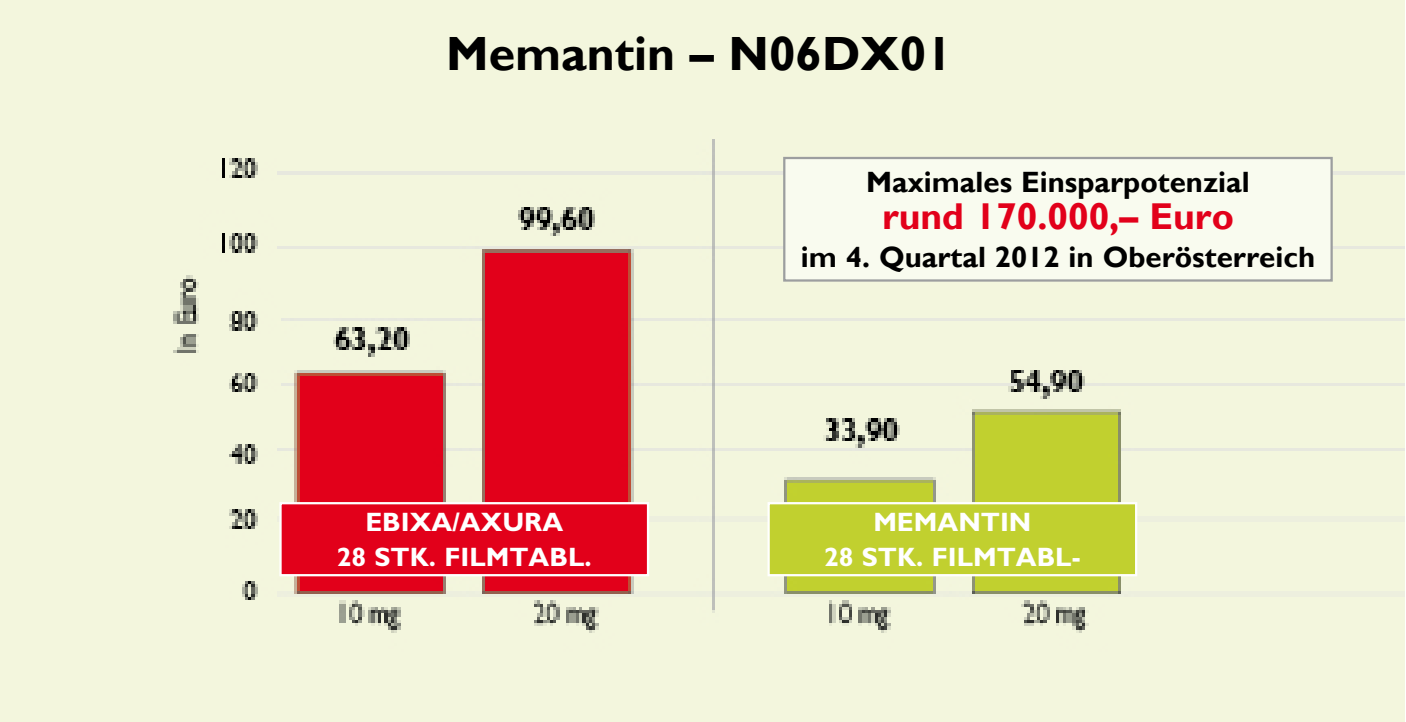
Österreichische Post AG Info. Mail Entgelt bezahlt

Das Öko-Eck

Memantin

Seit 1. 6. 2013 ist der Wirkstoff Memantin als kostengünstiges Nachfolgepräparat der Originale Ebixa und Axura im Gelben Bereich des Erstattungskodex verfügbar. Damit sind nach den Acetylcholinesterasehemmern alle Medikamente zur Behandlung der Alzheimerdemenz generisch verordenbar.
Memantin ist in den Wirkstoffstärken 10 mg und 20 mg in den Packungsgrößen 14 Stück und 28 Stück erhältlich (siehe Erstattungskodex).

Durch den Preisvorteil ergibt sich in OÖ berechnet auf Basis der Verordnungen des 4. Quartals 2012 bei Verwendung des Generikums (Preisbasis Juni 2013) ein Einsparpotenzial von rund 170.000,– Euro pro Quartal!



Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 2 (2) des Ärztegesamtvertrages zur Einhaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise verpflichtet sind.
Das bedeutet, dass bei Ersteinstellung der Patient/innen grundsätzlich das günstigste wirkstoffgleiche oder wirkstoffähnliche Präparat oder Biosimilar zu verordnen ist, es sei denn, dies ist aus medizinischen Gründen nicht möglich. Für Folgeverordnungen gilt derselbe Grundsatz, außer der Preisvorteil bei einer Umstellung wäre nur sehr gering.

Impressum: Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion. OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz. Druck: BTS/Treffling, Gestaltung: Direktionsbüro und Kommunikation, Ursula Macher.
Kontaktadresse: Dr. Kathrin Danninger, c/o OÖ Gebietskrankenkasse, Behandlungsökonomie, Postfach 61, 4021 Linz, oder rufen Sie uns einfach an: 05 78 07 - 10 20 34, E-Mail: kathrin.danninger@ooegkk.at
Redaktionsschluss: Juni 2013