



Cochrane entities > DCZ > Für Sie referiert > Antivirale Therapie der Influenza

S.V. Influenza 4

Das Deutsche Cochrane Zentrum

Antivirale Therapie der Influenza

Wir möchten Sie auf einen Artikel hinweisen, der in der Ausgabe 367, 2006 des Lancet erschienen ist: Jefferson T, Demicheli V, Rivetti D, Jones M, Di Pietrantonj C, Rivetti A. Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review. Lancet 2006; 367.

Seine aktuelle Relevanz und das erwartete hohe Medienecho ergeben sich aus den möglichen Implikationen für die Vogelgrippe.

Im Wesentlichen bestätigen die Autoren, dass Neuraminidasehemmer eine Infektion mit Influenza nicht verhindern, jedoch den Verlauf lindern können. Dies gilt nicht für die influenza-ähnliche Erkrankung, d.h. die Situation, in der eine Virustestung nicht vorliegt und weitere Viren als Verursacher in Frage kommen. Das Präparat Oseltamivir vermindert zudem die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Ausbreitung der Influenza im häuslichen Umfeld. Dies wird durch eine Verminderung der Virusausscheidung über die Nase erklärt, die vor allem für die Weitergabe der Infektion verantwortlich ist. Allerdings kommt es nicht zu einer völligen Eliminierung der Virusbesiedlung in der Nase.

Die Autoren gehen daher davon aus, dass der alleinige Einsatz von Neuraminidasehemmern in einer Pandemie aufgrund der in einer solchen Situation sehr viel höheren Viruslast nicht ausreichend ist, um eine Ausbreitung zu kontrollieren. Vielmehr könnte eine zu optimistische Einschätzung der Wirksamkeit von Neuraminidasehemmern zu einem erhöhten Risikoverhalten und somit sogar zu einer Förderung der Virusausbreitung führen. Der Einsatz von Neuraminidasehemmern während einer Influenza-Epidemie ist somit nur bei zusätzlichen Schutzmassnahmen wie Isolation oder Schutzkleidung Erfolg versprechend. Der routinemäßige Einsatz von Neuraminidasehemmern in üblichen „Grippewellen“ wird aufgrund der fehlenden Wirkung bei den grippeähnlichen Erkrankungen nicht empfohlen. Von Amantadin und Rimantadin wird aufgrund des ungünstigen Nebenwirkungsprofils und der Resistenzentwicklung abgeraten.

Für die Wirksamkeit von Neuraminidasehemmern bei der Vogelgrippe liegt bisher keine Evidenz vor.

Die Autoren der Arbeit haben ein Informationsblatt zusammengestellt, dass Aktiven in der EbM beim Umgang mit Fragen der interessierten Öffentlichkeit helfen soll. Sie können dieses Dokument in deutscher Übersetzung herunterladen:

- Informationsblatt 'Fragen und Antworten' (pdf, 31kb)
- Englische Fassung (pdf, 25kb)

Links

- Arbeitsgemeinschaft Influenza
- Infektiologie Freiburg
- AG Infektionsepidemiologie / Dt. Ges. für Epidemiologie (DGEpi)

- Cochrane-Review "Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults"
- Weitere Cochrane Arbeiten zur Influenza-Prävention und Therapie
- Weitere Cochrane Arbeiten zur Influenza-Impfung

Autorin dieser Besprechung:

PD Dr. Anje Timmer, Fachärztin für Innere Medizin, Epidemiologin - Februar 2006

Fragen und Antworten

Jefferson T, Demicheli V, Rivetti D, Jones M, Di Pietrantonj C, Rivetti A. Antivirale Therapie für Influenza in gesunden Erwachsenen: systematische Übersicht. Lancet 2006; 367. <http://www.thelancet.com/journals/eop>

WAS IST DAS ZIEL DER VERÖFFENTLICHUNG?

Diese Arbeit berichtet über die Ergebnisse zweier Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration (siehe unten) über die Wirkung zugelassener antiviraler Medikamente gegen Influenza („echte“ Grippe). Die Übersichten stellen die aktuelle Datenlage aus klinischen Studien zu diesen Medikamenten zusammen, um eine Abschätzung der Wirksamkeit zu ermöglichen. Die Veröffentlichung enthält Informationen aus über 50 klinischen Studien, die über einen Zeitraum von 50 Jahren zu zwei Substanzklassen veröffentlicht wurden. Dabei handelt es sich um die sogenannten M2-Ionenkanalblocker (Amantadin – *Lysovir* und Rimantadin – *Fluvirin*-, 34 Studien) sowie die neueren Neuraminidasehemmer (Zanamivir – *Relenza* und Oseltamivir – *Tamiflu*, 19 Studien). Elf der Amantadinstudien wurden während der „Hong Kong“ Grippe – Pandemie 1968-69 durchgeführt.

WELCHE WIRKUNGEN WURDEN UNTERSUCHT?

Die klinischen Studien untersuchten die Wirksamkeit der Medikamente zur Prophylaxe und Therapie der Influenza und ihren Komplikationen (z.B. Lungenentzündung) sowie bei grippeähnlichen Erkrankungen und deren Komplikationen. Einige der Studien untersuchten zudem Nebenwirkungen der Medikamente und erfassten Kennzeichen einer viralen Infektion wie zum Beispiel die Antikörperbildung und die Ausscheidung von Influenzaviren im Nasensekret. Die Virusausscheidung im Nasensekret ist wesentlich für die Ausbreitung der Influenza.

WAS IST DER UNTERSCHIED ZWISCHEN INFLUENZA UND INFLUENZA-ÄHNLICHER ERKRANKUNG?

Influenza („echte Grippe“) wird durch Influenza A oder B Viren verursacht. Dagegen kann eine influenza-ähnliche Erkrankung (grippeähnliche Erkrankung, hier häufig auch „grippaler Infekt“ genannt) durch eine ganze Reihe verschiedener anderer Viren ausgelöst werden. Die Beschwerden der Influenza und der grippeähnlichen Erkrankung sind gleich. Ein Arzt kann ohne weitere diagnostische Tests nicht feststellen, wodurch die Infektion verursacht wurde. Diese Durchführung dieser Tests sind in einer vollen Praxis häufig nicht praktikabel. Aus diesem Grund stellt der Arzt in der Regel die Diagnose „grippeähnlichen Erkrankung“, wenn er keine weiteren Tests durchgeführt hat oder die Ergebnisse der Tests noch ausstehen.

IST DIESER UNTERSCHIED WICHTIG?

Wenn ein Arzt nicht einfach feststellen kann, warum der Patient in seiner Sprechstunde krank ist, kann er keine spezifisch wirksame Therapie verschreiben. Dies gilt auch für antivirale Medikamente, die nur gegen Influenza, nicht aber gegen andere Viren zugelassen sind. Der Arzt muss „blind“, d.h. aufgrund unzureichender Information entscheiden.

KÖNNTE DIE WIRKUNG DIESER MEDIKAMENTE UNTERSCHIEDLICH SEIN, JE NACHDEM OB JEMAND DIE „ECHTE“ GRIPPE ODER EINE GRIPPEÄHNLICHE ERKRANKUNG HAT?

Die Fähigkeit antiviraler Medikamente, eine „echte“ Grippe zu verhüten oder zu behandeln, wird Wirksamkeit (efficacy), genannt. Diese ist nur dann hoch, wenn die meisten der damit behandelten Patienten an der echten Grippe leiden. Die Fähigkeit antiviraler Medikamente, eine grippeähnliche Erkrankung zu verhüten oder zu behandeln, wird dagegen Wirkung (effectiveness) genannt. Informationen über die Wirkung (effectiveness) sind wichtig für die üblichen Alltagsbedingungen in einer Praxis, wenn der Arzt nicht die Möglichkeit hat, das die Erkrankung verursachende Virus nachzuweisen. Dies ist ein wichtiger und praxisrelevanter Unterschied. Er wird aus den Studien aller antiviralen Medikamente deutlich, die in der Übersichtsarbeit untersucht wurden.

WAS WAREN DIE ERGEBNISSE DER ÜBERSICHT?

Obwohl dies die aktuellste und umfassendste Übersichtsarbeit zur antiviralen Therapie der Influenza ist, fanden die Cochrane Reviewer keinen Hinweis darauf, dass diese Medikamente wirksam in der Behandlung influenza-ähnlicher Infektionen sind. Beide Substanzklassen scheinen die Beschwerden der „echten“ Grippe zu lindern, verhindern jedoch nicht die Infektion. Während M2-Ionenkanalblocker keine Wirkung auf das Virusausscheidung im Nasensekret und die Viruspersistenz in den oberen Atemwegen hatten, verminderten Neuraminidasehemmer die Virusausscheidung. Diese Wirkung hielt an, solange der Patient das Medikament einnahm.

Diese Wirkung auf die Virusausscheidung über die Nase könnte erklären, warum Oseltamivir offensichtlich in der Lage ist, die Ausbreitung der saisonalen Grippe in einem häuslichen Umfeld zu unterbrechen. Allerdings verhindern sie nicht die Infektion an sich. Zudem sind weiterhin Viren im Nasensekret nachweisbar. Die Gabe von Amantadin führte rasch zur Selektion resistenter Virusstämme. Sowohl Amantadin als auch Rimantadin führten zu unangenehmen Nebenwirkungen, wie Halluzinationen und Agitation. Neuraminidasehemmer werden besser toleriert. Allerdings fühlen gaben einige Personen Übelkeit nach der Einnahme von Oseltamivir an.

WAS BEDEUTEN DIESE ERGEBNISSE?

- Da dieses Medikament bei grippe-ähnlichen Erkrankungen nicht wirken, ist die Routineanwendung während üblicher "Grippewellen" nicht praktikabel.
- Da Amantadin rasch Virusresistenzen induziert und unangenehme Nebenwirkungen hat, sprechen sich die Cochrane Reviewer gegen die weitere Anwendung dieses wie auch des anderen M2 Ionenkanalblockers Rimantadin aus.
- Da Neuraminidasehemmer nicht verhindern, dass von infizierten Personen Viren über die Nase ausgeschieden werden, können sie die Infektion während der Behandlung weiterhin auf andere Personen übertragen. Dies ist insbesondere in einer Pandemie der Fall, wenn die Viruskonzentration (Viruslast) in den oberen Luftwegen höher ist als bei der saisonalen Influenza.
- Wenn daher Neuraminidasehemmer zu Kontrolle einer schweren Epidemie oder Pandemie angewendet werden sollen, müssen zusätzliche weitere Maßnahmen zur Ausbreitungsverhinderung angewandt werden
- Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege wie Barrieremethoden (Masken, Schutzmäntel, Handschuhe), Isolierung (Quarantäne, Schleusen) und Massnahmen der persönlichen Hygiene (Hände waschen) sollten ebenfalls angewandt werden.
- Übergrosses Vertrauen auf medikamentöse Maßnahmen zur Kontrolle einer ernsten Epidemie oder Pandemie kann ein trügerisches Sicherheitsgefühl bedingen, Risikoverhalten und damit Virusausbreitung fördern und zu negativen Folgen für die öffentliche Gesundheit führen.

WAS BEDEUTET DIES FÜR DIE VOGELGRIPPE?

Die Reviewer fanden Daten zum Gebrauch von Oseltamivir (Tamiflu) durch Personen, die in drei verschiedenen Ausbrüchen, jeweils durch andere Virusstämme verursacht, betroffen gewesen waren (Fernost, Niederlande und Kanada). Diese Daten stammen nicht aus klinischen Studien, sondern geben lediglich Beobachtungen an behandelten Personen wieder. Hinweise auf eine Wirksamkeit ergaben sich nicht. Dies war möglicherweise durch eine zu späte Anwendung bedingt, es kann allerdings auch sein, dass das Medikament bei der Vogelgrippe nicht wirkt. In jedem Fall können aus den bisherigen Erfahrungen keine sicheren Schlüsse gezogen werden.

WAS IST SONST VON BESONDEREM INTERESSE?

Die Evidenzbasis für die Verwendung von Neuraminidasehemmern ist gering und spiegelt v.a. das Ziel der Hersteller wieder, die rechtlichen Bedingungen für eine Zulassung der Medikamente erfüllen. So wurde beispielsweise nur in fünf Studien - auf der Basis von insgesamt 1661 Patienten - die nasale Viruslast angegeben, und dies, obwohl zuverlässige Information hierzu vermutlich entscheidend für die Kontrolle einer Pandemie sind. Teilweise sind die Informationen in den Studien unzureichend für eine sinnvolle Interpretation, insbesondere wenn widersprüchliche Ergebnisse berichtet werden. So bleibt unklar, wieso Neuraminidasehemmer eine Infektion nicht verhindern können, die Anwendung andererseits aber die Häufigkeit schwerwiegender Komplikationen vermindert..

WER FINANZIERT DIESE SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEIT?

Die Region Piemont Region in Italien und das Department of Health in England. Die Übersichtsarbeit wurde von der Cochrane Gruppe Akute Atemwegsinfektionen (Acute Respiratory Infections Group, Bond University, Australien) betreut. Die Gruppe erhielt hierfür eine Förderung der Cochrane Collaboration Steering Group.

WAS IST DIE COCHRANE COLLABORATION?

Die Cochrane Collaboration ist eine internationale unabhängige non-profit Organisation, die gegründet wurde, um die weltweite Verfügbarkeit aktueller und zuverlässiger Informationen über die Wirksamkeit von gesundheitsrelevanten Interventionen zu gewährleisten. Die Organisation erstellt systematische Übersichtsarbeiten zu gesundheitsrelevanten Interventionen und sorgt für deren Verbreitung. Sie fördert außerdem die Suche nach Evidenz in Form von klinischen Studien und anderen Untersuchungen der Wirkung von Interventionen.

Weitere Informationen zur Cochrane Collaboration finden Sie auf den Webseiten des Deutschen Cochrane Zentrums, <http://www.cochrane.de> und der Cochrane Collaboration (<http://www.cochrane.org>).

Weitere aktuelle Informationen zur Influenza gibt es auf den Webseiten des Robert-Koch-Institutes (<http://influenza.rki.de>) sowie der Infektiologie am Universitätsklinikum Freiburg (<http://www.if-freiburg.de>)

Übersetzung: A. Timmer, D. Wagner

Letztes Update 19.02.2006

Welchen Einfluss hat Oseltamivir (Tamiflu®) auf die Sterblichkeit bei Influenza?

Dr. med. Martin Sprenger MPH – martin.sprenger@meduni-graz.at
DSA Christoph Pammer MPH – christoph.pammer@meduni-graz.at
Universitätslehrgang Public Health
Medizinische Universität Graz

Hintergrund:

Am 23.12.2005 erschien in der Austrian Presse Agentur (APA) unter dem Titel:
„Expertenmeinung: Zweifel an Tamiflu® grundlos“¹

die folgende Meldung:

„Eine aktuelle Studie, die kürzlich auf der Influenza Conference in Malta präsentiert wurde, zeigt, dass die Sterblichkeitsrate bei Grippe durch die Einnahme von Tamiflu® um über 90% gesenkt wird.“

Die Studie:²

Bei der bis dato unveröffentlichten Studie handelt es sich um die von:
Nordstrom BL, Zhu S, Smith JR. Reduction of influenza complications following oseltamivir use [abstract]. Ingenix i3 Magnifi Epidemiology, Auburndale, MA and Hoffman-La Roche Ltd., Basel, Switzerland. ESWI 2005. Abstract 937.

Die Studie war im Volltext nicht zugänglich, deshalb wurde die kritische Beurteilung anhand folgender Informationen erstellt:

Die Studienpopulation wurde von Nordstrom et al. aus der Datenbank von Ingenix Research Data Mart (RDM) gezogen, welche Informationen über mehr als 20 Millionen Individuen ab dem Jahr 1995 enthält. Dabei handelt es sich um Daten der Versicherten von United Healthcare und Daten aus großen Versicherungsgesellschaften für öffentliche Angestellte, die von United Healthcare verwaltet werden. Die RDM Datenbank beinhaltet die Meldungen über die Rückforderung von Versicherten für medizinische und pharmazeutische Leistungen.

Unter Verwendung der RDM Datenbank wurden 176.001 Versicherte aller Altersgruppen identifiziert, bei denen im Zeitraum 11/1999 – 03/2004 die klinische Diagnose „Influenza“ gestellt wurde. Diese wurden in 2 Kohorten eingeteilt:

39.202 Versicherte die mit Tamiflu® behandelt wurden. In dieser Gruppe starb 1 Person im Beobachtungszeitraum von 4 Wochen nach Diagnosestellung oder 0,003%. Diese Zahl entspricht dem absoluten Risiko an „Influenza“ zu sterben, wenn man mit Tamiflu® behandelt wird.

136.799 an Influenza Erkrankte wurden nicht mit Tamiflu® behandelt. In dieser Gruppe starben 56 Personen im Beobachtungszeitraum oder 0,041%. Diese Zahl entspricht dem absoluten Risiko an „Influenza“ zu sterben, wenn man NICHT mit Tamiflu® behandelt wird.

WICHTIG ist, dass von den Autoren alle in den Versicherungsdaten erfassten Folgeerkrankungen (Lungenentzündung, Herzinfarkt) sowie im Krankenhaus eingetretene Todesfälle innerhalb des Beobachtungszeitraums als Influenza-bedingt eingestuft wurden.

Das auf die Einzelperson bezogene relative Risiko (RR) an Influenza zu versterben, wenn man nicht mit Tamiflu® behandelt wird ist $0,041 / 0,003 = 13,7$. In Worten heißt das, dass das Risiko

Letztes Update 19.02.2006

der nicht behandelten Einzelperson zu sterben fast 14x höher ist, als das der behandelten Einzelperson. In Prozent ausgedrückt, reduziert sich das Risiko der Einzelperson, bei Behandlung mit Tamiflu® zu versterben um 93% (relative Risikoreduktion).

Das bevölkerungsbezogene absolute Mortalitätsrisiko beträgt in der Tamiflu®-Gruppe 0,003% und in der nichtbehandelten Gruppe 0,041%, die absolute Risikoreduktion = $0,041 - 0,003 = 0,038\%$. Das heißt in Worten, durch die Behandlung mit Tamiflu® bleiben 0,038% der Influenza Erkrankten am Leben (oder sterben nicht). Oder anders gesagt, 38 von 100.000 an Influenza Erkrankten sterben aufgrund der Behandlung mit Tamiflu® nicht. Diese Zahl ist wichtig für Politiker, da sich Pandemie-Pläne an bevölkerungsbezogenen Zahlen orientieren sollten. Die Number Needed to Treat (NNT) errechnet sich aus $1 / 0,00038 = 2.632$. Das heißt es müssen 2.632 an Influenza erkrankte Personen mit Tamiflu® behandelt werden, um 1 Toten im Beobachtungszeitraum von 4 Wochen zu verhindern.

Kritische Beurteilung:

1. Was waren die Einschlusskriterien? Wie waren sie definiert?

Einschlusskriterium war die klinische Diagnose Influenza. Ob diese nach einheitlichen Standards durchgeführt wurde bleibt offen. Eine laborgesicherte Verifizierung der Influenza wurde den vorliegenden Informationen zufolge nicht durchgeführt. Deshalb ist vorläufig davon auszugehen, dass auch influenza-ähnliche Erkrankungen (in manchen Studien bis zu 80%) miterfasst wurden. Darüber hinaus liegen keine Informationen hinsichtlich der demografischen Merkmale der Studienpopulation und ihrer Vergleichbarkeit mit üblicherweise an Influenza erkrankten Bevölkerungsgruppen bzw. der Gesamtbevölkerung vor (externe Validität).

2. Was waren die Ausschlusskriterien? Wie waren sie definiert?

Informationen dazu sind nicht vorhanden.

3. Wie wurde die Interventionsgruppe definiert?

Alle Personen mit der klinischen Diagnose Influenza, die mittels „medical claim“ oder „pharmaceutical claim“ bei United Healthcare um eine Rückerstattung der Kosten von Tamiflu® ansuchten, wurden in die Interventionsgruppe inkludiert. Offen bleibt, wie die tatsächliche Einnahme des Medikaments geprüft wurde.

4. Wie wurde die Kontrollgruppe definiert?

Alle Personen mit der klinischen Diagnose Influenza, die NICHT mittels „medical claim“ oder „pharmaceutical claim“ bei United Healthcare um eine Rückerstattung der Kosten von Tamiflu® ansuchten, wurden in die Kontrollgruppe inkludiert. Offen bleibt, ob wirklich alle Personen in der Kontrollgruppe das Medikament bzw. andere antivirale Medikamente nicht eingenommen haben.

5. Waren die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe vergleichbar?

Informationen zur Vergleichbarkeit der Gruppen bezüglich Alter, Geschlecht, ökonomischer Status, Bildung, und vor allem Begleiterkrankungen sind im Abstrakt nicht vorhanden. Ob die Durchimpfungsrate in beiden Gruppen gleich war, bleibt ebenfalls offen.

6. Wie erfolgte die Ergebnismessung?

Alle in den Versicherungsdaten erfassten Folgeerkrankungen (Lungenentzündung, Herzinfarkt) sowie der im Krankenhaus eingetretene Tod innerhalb des Beobachtungszeitraums von 4 Wochen wurden als Influenza-bedingt eingestuft. Wenn der Tod außerhalb des Krankenhauses eingetreten ist, wurde er nicht erfasst. Es liegen vorläufig keine Informationen zu möglichen anderen Todesursachen vor. Wichtig wäre es mehr Informationen zu den Todesfällen zu haben, v. a. wann und woran die 1 Person in der Interventionsgruppe verstorben ist.

7. War der Beobachtungszeitraum adäquat?

Der Beobachtungszeitraum von 4 Wochen scheint im Vgl. zum natürlichen Krankheitsverlauf der Influenza relativ lang. Allerdings wäre es wichtig zu erfahren, zu welchem Zeitpunkt Folgekrankheiten bzw. der Tod eingetreten sind, um einen stärkeren oder schwächeren Zusammenhang mit der klinischen Diagnose herzustellen.

8. Welche Auswirkungen hätte es gehabt, wenn in der Interventionsgruppe niemand verstorben wäre?

Wäre von den 39.202 Personen in der Interventionsgruppe diese 1 Person nicht verstorben, dann hätte Roche mit Tamiflu® die „Wunderpille“ mit einer relativen und absoluten Risikoreduktion von 100%. Andererseits wäre die Studie ohne diesen 1 Todesfall in der Interventionsgruppe (statistisch) nicht verwertbar gewesen.

9. Welche Auswirkungen hätte es, wenn in der Interventionsgruppe 5 statt 1 Person verstorben wäre?

Hinweisen möchten wir auf die kleine Fallzahl und die damit verbundene Ergebnisvariation bei nur geringfügigen Änderungen in den erhobenen Daten, die v. a. in Kohortenstudien nicht zu leugnende biostatistische Problematik mit sich bringt.

Wären von den 39.202 Personen im Beobachtungszeitraum von 4 Wochen 5 Personen woran auch immer verstorben (oder zuhause verstorben und nicht gezählt), dann wäre das RR in der Tamiflu®-Gruppe 0,013% → $RR = 0,041 / 0,013 = 3,2$. In Worten heißt das, dass das Risiko der nicht behandelten Einzelperson zu sterben plötzlich nur noch 3x so hoch ist als das der behandelten Einzelperson. In Prozent ausgedrückt, reduziert sich jetzt das Risiko der Einzelperson (Relative Risikoreduktion) zu versterben bei Behandlung mit Tamiflu® um 67% (gerechnet $100 - 100 / 3$).

Die absolute Risikoreduktion = $0,041 - 0,013 = 0,028$. Jetzt bleiben durch die Behandlung mit Tamiflu® 0,028% der an Influenza Erkrankten am Leben (oder sterben nicht). Oder anders gesagt, 28 von 100.000 an Influenza Erkrankten sterben aufgrund der Behandlung mit Tamiflu® nicht. Die Number Needed to Treat (NNT) ist jetzt $1 / 0,00028 = 3.571$. Das heißt es müssen 3.571 an Influenza erkrankte Personen mit Tamiflu® behandelt werden um 1 Toten im Beobachtungszeitraum von 4 Wochen zu verhindern.

Evidenz versus Eminenz:

Eine Aktualisierung des Cochrane Reviews zur Wirksamkeit von Oseltamivir wird dzt. auf Basis der Cochrane Reviews von 1999 und 2004 durchgeführt. Am 19. Jänner 2006 erschien ein online-Report im Lancet.^{3 4} Von den Autoren wird der routinemäßige Einsatz von Oseltamivir in der saisonalen Grippe nicht empfohlen. Für die Wirksamkeit von Oseltamivir bei der Vogelgrippe liegt nach Angabe der Autoren bisher keine Evidenz vor.

Die Reaktion der Fa. Roche, die Evidenzlevel 1 mit Evidenzlevel 5 vergleicht, ist symptomatisch für die andauernde Diskussion:⁵

“Roche fundamentally disagrees with the conclusions reached by the authors that oseltamivir should not be used for the treatment or prevention of seasonal influenza. The conclusion is at odds with the opinion of experts and regulatory authorities around the world.”

Ökonomische Evidenz:

Einwandfrei ist die Evidenz, dass sich das Geschäft mit Tamiflu® im Jahr 2005 ausgezahlt hat. Der Umsatz von Tamiflu® im Jahr 2005 konnte um 370% im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gesteigert werden. In Zahlen ausgedrückt bedeutet das einen Umsatz von 1 Milliarde Euro im Jahr 2005 alleine mit dem Medikament Tamiflu®.⁶

Letztes Update 19.02.2006

Zusammenfassung:

Wie anderen AutorInnen halten auch wir das Evidenzniveau, auf das sich die Aussagen zum Einfluss von Tamiflu® auf die Sterblichkeit bezieht, für sehr gering. Ähnliches gilt für die Effektivität und Effizienz einer Verwendung von Tamiflu® im Falle einer Pandemie. Deshalb empfehlen auch wir Gesundheitspolitikern die Sinnhaftigkeit eines Großankaufs von Tamiflu® nochmals kritisch zu hinterfragen.

Literatur:

¹ APA-OTS Originaltext-Service GmbH. Expertenmeinung : Zweifel an Tamiflu grundlos. OTS0106 5 C1 0419 MMC0001. 23.12.2005.

² Nordstrom BL, Zhu S, Smith JR. Reduction of influenza complications following oseltamivir use [abstract]. Ingenix i3 Magnifi Epidemiology, Auburndale, MA and Hoffman-La Roche Ltd., Basel, Switzerland. ESWI 2005. Abstract 937.

³ Jefferson T, Demicheli V, Rivetti D, Jones M, Di Pietrantonj C, Rivetti A. Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review. Lancet 2006; 367. Published online. 19.01.2006.

<http://www.thelancet.com/journals/eop>

⁴ Cochrane Collaboration. News & Events. Aktuelles update zur antiviralen Therapie der Influenza. Published online. 19.01.2006. http://news.cochrane.org/view/item/review_one.jsp?j=526 aufgesucht am 19.02.2006

⁵ Roche Media News. Statement – In response to paper by Jefferson et al., published in the Lancet, 19 January 2006, "Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review". Basel, 19 January 2006. www.roche.com/med-cor-2006-01-19 aufgesucht am 19.02.2006

⁶ F. Hoffmann – La. Roche AG. Mitteilung an die Medien. Roche 2005: Umsatz und operativer Gewinn auf Rekordhöhe. Basel, 01.02.2006. www.roche.com/mrar05d.pdf aufgesucht am 19.02.2006