

Inhaltsverzeichnis

1.	Die Informationsflut – ein Vielstoffgemisch	9
1.1.	Die Informationsfluten als Vielstoffgemisch	9
1.2.	Die Aufklärung des Wirkungsmechanismus ist nicht genug	9
1.3.	Warum genauer hinschauen?	10
1.4.	Die Sprache der Evidenzbasierung	10
1.5.	Keine Zeit zum Zeitsparen?	10
1.6.	Am Anfang steht die Frage – das „Infragestellen“	11
1.7.	Haben wir den Mut, unsere pharmazeutischen Überzeugungen infrage zu stellen? – Sind wir bereit für die evidenzbasierte Pharmazie?	11
2.	Navigationshilfe durch die Informationsfluten	13
2.1.	Apotheker als Informationsmanager	13
2.2.	Strukturierte Fragen – das Knüpfen des richtigen Netzes	14
2.3.	Suche in verlässlichen Informationen – wo die Netze auswerfen?	14
2.4.	Strategie wählen – brauche ich ein feines Netz oder genügt ein grobes?	15
2.5.	Praxisbeispiel	15
3.	Qualitätsbewertung klinischer Studien (1)	19
3.1.	Der Goldstandard für einen Beweis: Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	19
3.2.	Qualitätsmerkmale eines RCT: Wo lauern Fehlerquellen?	21
3.3.	Warum es dennoch andere Studiendesigns geben muss	21
3.4.	Praxisbeispiel	22
4.	Qualitätsbewertung klinischer Studien (2)	25
4.1.	Das erste Sieb: Die Grobtrennung	25
4.2.	Das zweite Sieb: Es ist nicht alles Gold, was glänzt ...	25
4.3.	Valide Studienergebnisse identifiziert ... und nun?	29
4.4.	Praxisbeispiel	29
5.	Vier Zahlen und ein bisschen Mathe	32
5.1.	Therapie A, Therapie B oder Therapie C?	32
5.2.	Effektmaße einer fiktiven Studie	34
5.3.	Unterschied von relativ und Absolut	34
5.4.	Praxisbeispiel	35
5.5.	Klinische Studien sind Stichproben	35
6.	Vier Zahlen und noch ein bisschen mehr Mathe	36
6.1.	Ergebnisdarstellung in klinischen Studien	37
6.2.	Ergebnisdarstellung in Beobachtungsstudien und systematischen Übersichten	37
6.3.	Praxisbeispiel	38
7.	Number needed to treat (NNT) und Number needed to harm (NNH)	39
7.1.	Binäre Studienergebnisse – ausgedrückt in verschiedenen Effektmaßen	39
7.2.	Praxisbeispiel	41
8.	Über die Sicherheit von Studienergebnissen	43
8.1.	p-Wert	43
8.2.	Konfidenzintervall	44
8.3.	Nicht jedes signifikante Ergebnis hat für den Patienten eine Bedeutung	45
8.4.	Praxisbeispiel	45

9.	Malen nach Zahlen	47
9.1.	Was sind Überlebenszeit-Analysen?	47
9.2.	Wann „die Uhr starten“?	47
9.3.	Warum es verzwickt ist, solche Kurven zu erstellen	47
9.4.	Was sind „zensierte“ Patienten	48
9.5.	Voraussetzungen für Überlebenszeit-Analysen	49
9.6.	Kaplan-Meier-„Kurven“ sind in der Medizin üblicherweise „Treppen“	49
9.7.	Kaplan-Meier-Kurven lesen können	50
9.8.	Praxisbeispiel	50
10.	Warum wir uns mit mathematischen Modellen herumplagen müssen	53
10.1.	Was ist ein Regressionsmodell und warum brauchen wir es?	53
10.2.	Wie die Cox-Regression funktioniert	54
10.3.	Voraussetzungen, die für die Cox-Regression erfüllt sein müssen	54
10.4.	Praxisbeispiel	55
11.	Gebrauchsanweisung für konzentrierte Evidenz (1)	57
11.1.	Solide Antworten mit wenig Zeitaufwand	57
11.2.	Von Übersichtsarbeiten und Systematik, Metaanalysen und Poolen ...	57
11.3.	Stärken und Schwächen eines Reviews erkennen	58
11.4.	Nur die halbe Wahrheit: Verzerrung durch Nichtpublizieren	60
11.5.	Wie kann ein Publikationsbias bei einem Review minimiert werden?	60
11.6.	Der Goldstandard: Cochrane-Reviews und Metaanalysen	60
11.7.	Praxisbeispiel	61
12.	Gebrauchsanweisung für konzentrierte Evidenz (2)	64
12.1.	Licht in das Dunkel des Ergebnischaos	64
12.2.	Schneller Überblick: Der Forest-Plot	64
12.3.	Metaanalyse: „Gepoolte“ Zusammenfassung der Ergebnisse	65
12.4.	Soll überhaupt gepoolt werden? Der Test auf Heterogenität	66
12.5.	Der Heterogenität auf der Spur: Subgruppenanalysen	66
12.6.	Der Ergebnisstabilität auf der Spur: Sensitivitätsanalysen	67
12.7.	Das Schattenreich der unpublizierten Studien	67
12.8.	Interpretation der Ergebnisse	67
12.9.	Praxisbeispiel	67
12.10.	Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser	68
12.11.	Tipps für die Beratungspraxis	68
12.12.	Die gute Nachricht zum Schluss	70
13.	Nichtunterlegenheitsstudien	71
13.1.	Praxisbeispiel	71
	Stichwortregister	73
	Autoren	75