

Jahrgang 27

Nummer 2/2005

Olmesartan (E. Gysling)	5
Der siebente Angiotensin-II-Rezeptorantagonist, nahe verwandt mit Losartan und ähnlich wirksam wie andere Sartane.	
Nachzügler: überflüssig? kostentreibend? nützlich? (E. Gysling)	7

Synopsis

Olmesartan

E. Gysling

Olmesartan (Olmotec[®], Votum[®]), der siebente in der Schweiz erhältliche Angiotensin-II-Rezeptorantagonist, wird zur Behandlung der arteriellen Hypertonie empfohlen.

Chemie/Pharmakologie

Es handelt sich um ein Imidazolderivat, das in seiner Struktur mit anderen Medikamenten der Gruppe – z.B. mit Losartan (Cosaar[®]) – nahe verwandt ist. Wie alle anderen Angiotensin-Rezeptorblocker blockiert Olmesartan den Subtyp AT₁ der Angiotensin-II-Rezeptoren spezifisch und ohne agonistische Aktivität. Entsprechend wirkt es der Vasokonstriktion, der renalen Natriumrückresorption und der Aldosteronfreisetzung entgegen. Angiotensin-Rezeptorantagonisten führen zu einem Anstieg der Renin- und der Angiotensin-II-Plasmaspiegel. Obwohl zwischen den verschiedenen Angiotensin-Rezeptorblockern gewisse strukturelle und kinetische Unterschiede bestehen, sind bisher keine relevanten pharmakodynamischen Unterschiede bekannt. Olmesartan hat im Vergleich mit den meisten anderen Substanzen der Gruppe eine besonders hohe relative Bindungsaffinität zum AT₁-Rezeptor; es ist jedoch nicht nachgewiesen, dass dieser Tatsache praktische Bedeutung zukommt.¹ Gegenüber den ACE-Hemmern haben Angiotensin-Rezeptorblocker allgemein den Vorteil, in der Regel weder Husten noch angioneurotische Ödeme zu verursachen.

Pharmakokinetik

Olmesartan wird wie z.B. Candesartan (Atacand[®], Blopess[®]) in Form eines Prodrugs (Olmesartan-Medoxomil) verabreicht. Bei der gastrointestinalen Resorption wird das Molekül praktisch vollständig zum aktiven Metaboliten hydrolysiert. In dieser Form erreicht Olmesartan 1 bis 2 Stunden nach der Verabreichung maximale Plasmaspiegel. Die Bioverfügbarkeit beträgt ungefähr 26%. Die terminale Halbwertszeit der aktiven Verbindung beträgt rund 13 Stunden. Bei regelmässiger täglicher Verabreichung wird innerhalb von 3 bis 5 Tagen ein

Fliessgleichgewicht erreicht. Olmesartan wird nicht weiter metabolisiert. Die Ausscheidung erfolgt in unveränderter Form teils mit dem Urin (etwa 40%), teils mit der Galle und dem Stuhl. Bei Personen über 65 Jahren ist die «area under the curve» um gut 30% grösser als bei jüngeren Personen. Bei Frauen finden sich um rund 15% höhere Plasmaspiegel als bei Männern. Eine fortgeschrittene Leberinsuffizienz führt zu einer mässigen, eine Niereninsuffizienz zu einer starken Verzögerung der Clearance.

Klinische Studien

Olmesartan ist in Doppelblindstudien, die insgesamt mehr als 3000 Personen mit einer leichten bis mittelschweren Hypertonie umfassten, mit Placebo und anderen Antihypertensiva verglichen worden. Tagesdosen zwischen 2,5 und 80 mg wurden getestet. Der Blutdruck wurde in der Regel rund 24 Stunden nach der letzten Verabreichung des Medikaments gemessen, zum Teil erfolgten auch 24-Stunden-Messungen. Das Medikament ist in mehreren Ländern (z.B. Deutschland, USA) schon seit 2002 zugelassen.

Gemäss einer zusammenfassenden Analyse von sieben 6 bis 12 Wochen dauernden Studien mit *Placebovergleich* ergibt eine Tagesdosis von 20 mg Olmesartan eine durchschnittlich um 10/6 mm Hg stärkere Blutdrucksenkung als das Placebo. Wird täglich einmal 40 mg Olmesartan verabreicht, so beträgt der Unterschied zu Placebo im Mittel 12/7 mm Hg. Die Blutdrucksenkung lässt sich durch eine weitere Dosissteigerung nicht mehr verstärken.²

Olmesartan ist mit *anderen Angiotensin-Rezeptorblockern* verglichen worden: In einer Doppelblindstudie erhielten 588 Personen mit einem diastolischen Blutdruck zwischen 100 und 115 mm Hg während 8 Wochen entweder Olmesartan (20 mg pro Tag) oder *Losartan* (50 mg/Tag) oder *Valsartan* (Diovan[®], 80 mg/Tag) oder *Irbesartan* (Aprovel[®], 150 mg/Tag). Alle Medikamente wurden einmal täglich verabreicht. Dies ergab in Bezug auf den systolischen Blutdruck keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Medikamenten; es wurde eine Senkung um 8,4 bis 11,3 mm Hg erreicht. Die Senkung des diastolischen Drucks durch Olmesartan war dagegen signifikant grösser (um 11,5 mm Hg) als durch die Vergleichssubstanzen (Senkung um 7,9 bis 9,9 mm Hg).³

Olmesartan ist in einer Tagesdosis von 20 mg auch mit Candesartan (8 mg/Tag) verglichen worden und erwies sich dabei als wirksamer als die (relativ niedrig dosierte) Vergleichssub-

stanz.⁴ Nur in einem doppelblinden Vergleich mit Valsartan (160 mg/Tag) war die Tagesdosis von 20 mg Olmesartan klar unterlegen: schon nach zwei Behandlungswochen ergab sich unter Valsartan eine signifikant stärkere Blutdrucksenkung (in der 24-Stunden-Messung) als unter Olmesartan.⁵

Vergleiche mit *anderen Antihypertensiva* haben gezeigt, dass Olmesartan als ähnlich wirksam wie andere Angiotensin-Rezeptorblocker gelten kann. So war Olmesartan (Anfangsdosis 10 mg/Tag) in zwei Studien ähnlich wirksam wie *Atenolol* (z.B. Tenormin[®], Anfangsdosis 50 mg/Tag).^{6,7} In einer placebokontrollierten Doppelblindstudie war eine Tagesdosis von 20 mg Olmesartan ähnlich wirksam wie *Amlodipin* (z.B. Norvasc[®]) in einer Dosis von 5 mg/Tag.⁸

Olmesartan kann mit anderen Antihypertensiva *kombiniert* werden. In einer 24-wöchigen Studie bei 201 Personen mit einer leichten bis mittelschweren Hypertonie dienten 20 mg Olmesartan als Basistherapie; jeweils nach 4 Behandlungswochen konnte zunächst die Dosis erhöht, dann Hydrochlorothiazid und schliesslich auch Amlodipin hinzugefügt werden, sofern der Blutdruck nicht auf Werte unter 130/85 mm Hg gesenkt worden war. Nur bei etwa einem Drittel der Behandelten genügte die Monotherapie mit Olmesartan, um die erwünschte Blutdrucksenkung zu erreichen.⁹

Studien, in denen die Auswirkungen von Olmesartan auf klinisch relevante Endpunkte untersucht worden wären, liegen nicht vor.

Unerwünschte Wirkungen

Wie andere Angiotensin-Rezeptorblocker verursacht Olmesartan kaum mehr unerwünschte Wirkungen als Placebo. Schwindel wird unter Olmesartan bei rund 3% der Behandelten (unter Placebo nur bei 1%) beobachtet; andere unerwünschte Symptome wie Kopfschmerzen, Ödeme, Durchfall und respiratorische Symptome traten in den Placebogruppen ähnlich häufig auf wie in den Olmesartangruppen.¹

Unter Olmesartan kommt es häufiger als unter Placebo zu einem Anstieg der CPK, der γ GT oder der Triglyzeride (bei 1 bis 2% der Behandelten).

In den präklinischen Untersuchungen hat sich ein Verdacht auf eine mögliche kanzerogene Wirkung ergeben: Nachdem sich in In-vitro-Untersuchungen ein mutagenes Potential gezeigt hatte, wurden zusätzliche Studien durchgeführt, die die Kanzerogenität der Substanz klären sollten. Bei männlichen Ratten traten unter Olmesartan Tumoren im Bereich der Nierentubuli auf; in der Vergleichsgruppe wurden keine Tumoren gefunden. Andere Tests zeigten keinen Verdacht auf eine kanzerogene Wirkung. Die zusammenfassende Analyse ergab, dass ein Zusammenhang mit dem Medikament weder ausgeschlossen noch mit Sicherheit angenommen werden kann.¹⁰ Die amerikanische Arzneimittelbehörde entschied darauf, das Medikament ohne Erwähnung der beobachteten Tumoren zuzulassen.

Interaktionen

Nach aktuellem Wissen beeinflusst Olmesartan die Zytochrom-Isoenzyme nicht. Im übrigen ist bei Olmesartan mit den gleichen Interaktionen zu rechnen, die auch unter anderen Angiotensin-Rezeptorblockern oder ACE-Hemmern beobachtet werden. Eine gleichzeitige Verabreichung von Olmesartan und anderen Medikamenten, die zum Anstieg des Kaliumspiegels führen (kaliumsparende Diuretika, kaliumhaltige Medikamen-

te) muss deshalb besonders bei Personen mit eingeschränkter Nieren- oder Herzfunktion möglichst vermieden werden. Bei gleichzeitiger Verabreichung von Lithiumsalzen kann es eventuell zu einem Anstieg der Lithiumspiegel kommen. Vorsicht ist auch bei gleichzeitiger Verabreichung von nicht-steroidalen Entzündungshemmern angezeigt, da diese mit Angiotensin-Rezeptorblockern zusammen zu einer akuten Niereninsuffizienz führen können. Ob mit den in der Schweiz gebräuchlichen oralen Antikoagulantien Interaktionen auftreten könnten, ist bisher nicht untersucht worden.

Dosierung, Verabreichung, Kosten

Olmesartan (Olmetec[®], Votum[®]) ist als Tabletten zu 10 mg, 20 mg und 40 mg erhältlich und in der Schweiz kassenzulässig. Zu Beginn soll eine Tagesdosis von 10 mg gewählt werden. Diese kann bei ungenügender Wirkung nach einigen Wochen auf 20 mg, noch später bei Personen im Alter unter 65 auf 40 mg gesteigert werden. Bei Schwangeren im zweiten und dritten Trimenon sowie bei stillenden Frauen ist Olmesartan *kontraindiziert*. Da keine entsprechenden Studien vorliegen, soll das Medikament auch Kindern und Jugendlichen nicht verabreicht werden. Auch Kranke mit fortgeschrittener Leber- oder Niereninsuffizienz dürfen kein Olmesartan erhalten. Bei Personen mit Volumendefizit (z.B. infolge einer diuretischen Behandlung) ist zu Beginn der Therapie Vorsicht angezeigt.

Eine Behandlung mit Olmesartan in einer Tagesdosis von 10 bis 20 mg kostet 30 bis 35 Franken pro Monat, deutlich weniger als mit anderen Angiotensin-Rezeptorantagonisten, die zwischen 46 und 62 Franken monatlich kosten. Andere bewährte Antihypertensiva (Diuretika, Generika von ACE-Hemmern, Amlodipin und Betablockern) verursachen allerdings in üblichen Dosen nur monatliche Kosten im Bereich von 10 bis 20 Franken.

Kommentar

Olmesartan wird zu einem viel günstigeren Preis als andere Angiotensin-Rezeptorblocker verkauft, die Herstellerfirma spricht von einem «Original-Sartan zum Generikapreis». Genügt dies, um uns zu veranlassen, in Zukunft jeweils diese Substanz zu wählen, wenn wirklich ein Medikament dieser Gruppe indiziert ist? Wieviele Angiotensin-Rezeptorblocker brauchen wir überhaupt und welche Eigenschaften sollten sie haben? Um unsere Patientinnen und Patienten optimal zu betreuen, benötigen wir in erster Linie Medikamente, deren (positive und negative) Eigenschaften möglichst gut dokumentiert sind. Grundsätzlich ist deshalb wünschenswert, dass eine kleine Anzahl von Substanzen so umfassend wie nur möglich untersucht wird – durch die Einführung von weiteren, fast identischen Substanzen droht eine «Verdünnung» unseres Wissens. Ein günstiger Preis ist zweifellos ein legitimes Argument, aber nur dann, wenn eine Substanz ähnlich gut dokumentiert ist wie die «Konkurrenten». Dies ist vorderhand für Olmesartan nicht der Fall, da fast nur von relativ kurzdauernden Studien Resultate vorhanden sind und diese natürlich keine Auskunft über klinisch relevante Endpunkte geben können. Da Antihypertensiva über lange Zeit eingenommen werden müssen, wäre zudem eine eindeutigere Klärung des Verdachts einer kanzerogenen Wirkung erwünscht.

Literatur

- 1 Warner GT, Jarvis B. *Drugs* 2002; 62: 1345-53
- 2 Neutel JM. *Am J Cardiol* 2001; 87 (8A): 37-43
- 3 Oparil S et al. *J Clin Hypertens* 2001; 3: 283-91
- 4 Brunner HR, Laeis P. *J Hypertens Suppl* 2003; 21: S43-6
- 5 Destro M et al. *Adv Ther* 2005; 22: 32-43
- 6 Püchler K et al. *J Hypertens* 2001; 19 (Suppl 2): 153 (Abstract)
- 7 Van Mieghem W. *J Hypertens* 2001; 19 (Suppl 2): 152 (Abstract)
- 8 Chrysant SG et al. *J Hum Hypertens* 2003; 17: 425-32
- 9 Neutel JM et al. *J Clin Hypertens* 2004; 6: 168-74
- 10 http://www.fda.gov/cder/foi/nda/2002/21-286_Benicar_biopharmr_P1.pdf

ceterum censeo

Nachzügler: überflüssig? kostentreibend? nützlich?

«Nachzügler» ist wohl die freundlichste Bezeichnung für Medikamente, die im Jargon als «me-too» benannt werden, aber auch als Nachahmer-Präparate, Pseudo-Originale und unter anderen abschätzigen Titeln katalogisiert werden. Nicht erst in den letzten Jahren beschert uns die Industrie mangels echter Innovation immer wieder weitere Nachzügler. Besonders in den Therapiebereichen, die «rentieren», verfügen wir heute meistens über eine grössere Auswahl von Arzneistoffen, die sich nur wenig voneinander unterscheiden und die uns eine rationale Auswahl eher erschweren als erleichtern. Dies ist umso mehr der Fall, als die verschiedenen Vertreter einer Gruppe in der Regel die gleichen Nachteile aufweisen. So nützt es mir nicht viel, dass es auf dem Schweizer Markt 11 verschiedene ACE-Hemmer gibt – hustet meine Patientin unter einem dieser Medikamente, so würde sie fast mit Sicherheit auch unter einem anderen ACE-Hemmer husten. Aber selbst dann, wenn für eine der Substanzen ein bestimmter Vorteil auszumachen ist, heisst dies noch lange nicht, dass diese nun den anderen vorgezogen werden sollte. Berücksichtigen müssen wir ja die gesamte Bilanz von Vor- und Nachteilen, nicht nur gerade einen einzelnen Aspekt.

Natürlich wünschen wir alle besser wirksame und verträgliche, einfach verabreichbare und möglichst auch noch kostengünstige Medikamente. Es ist ja nicht so, dass wir schon heute für jede Krankheit über das ideale Mittel verfügen. Genau auf dieser Saite spielt die Industrie, wenn sie Nachzügler einführt. Dass sich Nachzügler aber in der Regel nicht für die Rolle der «Therapieverbesserer» eignen, ist eine Tatsache, die von den seltenen Ausnahmen – ich komme noch darauf zurück – nicht widerlegt wird.

Nachzügler sind zum Teil *Produkte von Konkurrenzfirmen*. So soll z.B. mit Olmesartan (Olmetec[®], Votum[®]) ein Teil des Marktes für Angiotensin-Rezeptorblocker erobert werden. Vielleicht gelingt es auch, diesen Markt zu erweitern, wenn z.B. dank des relativen Preisvorteils von Olmesartan gesamthaft mehr Angiotensin-Rezeptorblocker verschrieben werden. Ob es richtig ist, dass Substanzen aus dieser Gruppe anderen Antihypertensiva vorgezogen werden, erscheint aus ärztlicher Sicht jedoch keineswegs als gesichert. Hingegen ist klar, dass

auch das relativ billige Olmesartan teurer ist z.B. als ein Generikum aus der ACE-Hemmer-Gruppe.

Noch viel offensichtlicher sind die finanziellen Konsequenzen, wenn es einer Firma gelingt, einen *Nachzügler für ein eigenes Präparat* zu finden. Dies stellt eine – aus der Sicht der Industrie – wichtige Massnahme dar, wenn der Patentschutz einer Substanz am Ablaufen ist. Ein typisches Beispiel für eine solche Nachzügler-Substanz ist Esomeprazol (Nexium[®]), das kurz vor Ablauf des Patentschutzes von Omeprazol (Antramups[®] u.a.) eingeführt wurde. Esomeprazol ermöglicht es, mit einem bis auf weiteres geschützten «neuen» Medikament die vielen Omeprazol-Generika im Zaum zu halten.

Mit wenigen Ausnahmen sind Nachzügler-Präparate zu dem Zeitpunkt, da sie eingeführt werden, viel *weniger gut dokumentiert* als ihre «Vorbilder». Zwar gelingt es immer wieder, die Nachfolger als «signifikant» wirksamer oder besser verträglich darzustellen als die älteren Vergleichssubstanzen. In der Werbung für Olmesartan wird zum Beispiel eine Studie hervorgehoben, die Olmesartan als wirksamer als drei andere Angiotensin-Rezeptorblocker erscheinen lässt. Dieses Studienresultat liess sich erreichen, indem die drei Vergleichssubstanzen während 8 Wochen in der üblicherweise für den Behandlungsbeginn empfohlenen Dosis gegeben wurden, während von Olmesartan durchgehend 20 mg täglich gegeben wurde. Die für Olmesartan empfohlene initiale Tagesdosis beträgt jedoch nur 10 mg. Wird auch die Vergleichssubstanz «voll» dosiert, verschwindet der vermeintliche Vorteil. So waren 20 mg Olmesartan in einer anderen Studie keineswegs wirksamer als 160 mg Valsartan (Diovan[®]).

Ein wichtiger Vorteil der schon länger eingeführten Substanzen einer Gruppe sind die *Daten zur langfristigen Wirksamkeit und Verträglichkeit*, deren Erarbeitung ganz einfach Zeit benötigt. Am Beispiel von Rofecoxib (Vioxx[®]) haben wir gelernt, dass die initial vorliegenden Studien zwar Vermutungen zur längerfristigen Verträglichkeit zulassen, das wahre «Gesicht» eines Arzneimittels aber erst nach Jahren offenbar wird. Auch wenn uns die Werbung das Gegenteil eintrichtern will: es ist *fast nie falsch*, ein neuerdings – in den letzten zwei, drei Jahren – eingeführtes Medikament noch *nicht zu verschreiben*. Dagegen setzen wir Patientinnen und Patienten oft einem ungenügend definierten Risiko aus, wenn wir uns von der Industrie und gefügigen «Meinungsbildnern» dazu überreden lassen, das Neueste zu verschreiben.

Bei Medikamenten, bei denen sich in frühen Studien lediglich *Surrogatendpunkte* erfassen lassen (also z.B. ein bestimmtes Ausmass von Blutdrucksenkung), ist das Handicap der Nachzügler besonders gross. So liegen beispielsweise zur Zeit keinerlei Daten vor, wonach Olmesartan das Auftreten eines Herzinfarkts, einer Herzinsuffizienz oder eines Schlaganfalls verhüten könnte. Solche Resultate sind jedoch mindestens für einzelne der schon länger bekannten Angiotensin-Rezeptorblocker und erst recht für Antihypertensiva aus anderen Wirkstoffgruppen vorhanden. Ähnliche Überlegungen gelten für Antiasthmata, Antidiabetika, Lipidsenker und weitere Gebiete: nicht die mehr oder weniger kurzfristig messbaren Surrogatendpunkte interessieren wirklich, sondern die «harten» Endpunkte, die meistens erst nach langer Zeit erreicht werden oder eben vermieden werden können.

Nun kann man einwenden, *sehr viele* der heute häufig und mit gutem Erfolg verschriebenen Medikamente seien eigentlich

Nachzügler. Das trifft zu. Einige der Substanzen, die wir heute als Prototypen auffassen, waren nicht wirklich die ersten ihrer Gruppe. Atenolol (z.B. Tenormin[®]) war nicht der erste Beta-blocker, Amlodipin (z.B. Norvasc[®]) nicht der erste Kalziumantagonist, Simvastatin (z.B. Zocor[®]) nicht das erste Statin, Loperamid (z.B. Imodium[®]) nicht das erste wirksame Antidiarrhoikum aus der Opioidgruppe usw. usw. *Sind Nachzügler also doch nützlich?* Diese Frage kann nicht einfach mit «ja» oder «nein» beantwortet werden, sondern muss je nach therapeutischem Problem und nach den vorhandenen Behandlungsoptionen verschieden beurteilt werden.

Ein Beispiel: Zykllooxygenasehemmer, die uns als nicht-steroidale Entzündungshemmer dienen, sind bekanntlich keine idealen Medikamente. Wenn es nun einen Zykllooxygenasehemmer gäbe, der weder gastrointestinale noch kardiovaskuläre Probleme verursacht, so wäre uns diese Substanz sicher hochwillkommen. In diesem Fall sind wir nämlich zur Zeit in der unangenehmen Lage, dass uns zur Behandlung rheumatischer Schmerzen als Entzündungshemmer eigentlich nur «schwierige» Medikamente zur Verfügung stehen. Unter der Voraussetzung, dass bei ähnlicher Wirksamkeit das Nebenwirkungsprofil spürbar verbessert werden kann, muss ein Nachzügler selbstverständlich als nützlich bezeichnet werden. Wie uns das COX-2-Hemmer-Debakel gezeigt hat, ist jedoch höchste Vorsicht angezeigt, dass wir *nicht zu früh* auf eine Überlegenheit des Nachzüglers schliessen.

Ganz anders sieht die Situation aus, wenn wir mit den vorhandenen Medikamenten einigermaßen zufrieden sein können. Die Chancen, dass ein Nachzügler die therapeutischen Optionen echt verbessert, sind dann klein. Da sich z.B. Protonenpumpenhemmer durch eine zuverlässige Wirkung und auch durch eine gute Verträglichkeit auszeichnen, kann ein Nachzügler in dieser Gruppe kaum als nützlich bezeichnet werden. Die Tatsache, dass unter den häufig verschriebenen Medikamenten auch viele Nachzügler sind, kann also darauf beruhen, dass wirklich ein *Verbesserungsbedarf* bestanden hatte. Es gibt jedoch noch andere Gründe, weshalb sich ein Nachzügler durchsetzen kann. Vieles hängt nämlich auch davon ab, welche Firma hinter dem Medikament steht. Zwar ist es ein Trugschluss zu meinen, gute Studien seien nur realisierbar, wenn die Herstellerfirma zur «Big Pharma» gehört. Gute Studien sind zweifellos kostspielig – aber im Vergleich mit den Marketingkosten durchaus tragbar. Die Frage lautet vielmehr: Ist eine Firma willens, die Mühen (und Risiken) einer anspruchsvollen, grösseren und längeren klinischen Studie auf sich zu nehmen? Oft lockt ja das schnelle Geld, das sich mit Nachzüglern in «rentablen» Bereichen machen lässt, so dass nicht selten die Geduld fehlt, die Studien durchführen zu lassen, die einen längeren Atem erfordern. Dies hängt offensichtlich damit zusammen, dass sich die Pharmaindustrie mehr und mehr vom Idealbild einer «ethischen» Industrie entfernt und *finanzielle Interessen dominieren*, während die Bedürfnisse kranker Menschen in den Hintergrund treten. Werden jedoch mit Nachzügler-Substanzen gute, aussagekräftige Studien durchgeführt und zeigen sich tatsächlich *Vorteile*, so halte ich es für richtig, wenn sich diese gegen ihre Vorgänger durchsetzen. Beispiele für solche Nachzügler, deren Vor- und Nachteile heute gut bekannt sind, sind Amlodipin (z.B. Norvasc[®], im Vergleich mit Nifedipin), Clarithromycin (Klacid[®], im Vergleich mit Erythromycin), Haloperidol (z.B. Haldol[®], im Vergleich mit älteren Neuroleptika) und einige andere, deren Vorgänger wir

kaum mehr kennen. Hier muss allerdings vor *Pseudo-Vorteilen* gewarnt werden: nicht alles, was in der Werbung als Vorteil dargestellt wird, ist wirklich ein Vorteil, sondern beruht lediglich auf der Tatsache, dass ein Nachzügler in einem Bereich getestet wurde, der bei den Vorgängern ganz einfach noch nicht untersucht worden war. Die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer sind in dieser Hinsicht typisch, indem immer wieder einmal eine «Zusatzindikation» – posttraumatische Belastungsstörungen, soziale Phobie und noch mehr – gefunden wird.

Oft ist es ein ganz *banaler Grund*, weshalb sich ein Nachzügler durchsetzt. Gelingt es einem Hersteller nämlich, sein Prestige, seine Marketing-Instrumente und seine akademischen Gefolgsleute so einzusetzen, dass ein Nachzügler von der Ärzteschaft (und womöglich auch vom allgemeinen Publikum) als überlegen angesehen wird, dann ist der Weg zum Verkaufserfolg gebahnt. Beispiele für solche Nachzügler sind Esomeprazol (Nexium[®]), Escitalopram (Cipraxel[®]), einige der neueren «atypischen» Neuroleptika, aber auch Fluticason (Axotide[®]) und die meisten neueren Antidiabetika.

Es gibt deshalb keine optimistische Schlussfolgerung. Nachzügler dienen ganz überwiegend dem Aktienwert der Industrie und nur ganz gelegentlich auch einmal unseren Patientinnen und Patienten.

Etzel Gysling

Pro memoria

Unter dem Titel «Pro memoria» finden Sie in den pharma-kritik-Nummern dieses Jahrgangs jeweils ein Zitat aus dem Buch «100 wichtige Medikamente (2005)». Das Zitat soll zum Lesen des entsprechenden Buchkapitels anregen.

Es bleibt nur zu hoffen, dass uns die heute vorherrschende Tendenz zu höheren Paracetamol-Dosen (z.B. bei Gelenkproblemen) in den kommenden Jahren nicht vermehrt Leber- oder Nierenkomplikationen beschert.

(Aus dem Kapitel «Paracetamol», Seite 175)

Diese Nummer wurde am 5. August 2005 redaktionell abgeschlossen.

pharma-kritik

www.pharma-kritik.ch

e-mail: sekretariat@infomed.ch

Herausgegeben von Etzel Gysling (Wil)
unter Mitarbeit von Renato Galeazzi (St.Gallen) und Urs A. Meyer (Basel)
Redaktionsteam: Etzel Gysling (Leitung), Urs Peter Masche, Peter Ritzmann, Thomas Weissenbach
Layout und Sekretariat: Verena Gysling
Abonnementspreis für den Jahrgang 27 (2005, 20 Nummern): 98 Franken
Erscheinungsweise: 18 Ausgaben
Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, 9500 Wil
Telefon 071-910-0866, Telefax 071-910-0877
Website: www.infomed.org – e-mail: sekretariat@infomed.ch
Druck: Druckerei R.-P. Zehnder AG, 9500 Wil
© 2005 Infomed Wil. All rights reserved.

MARKENNAMEN

der im Text erwähnten Arzneimittel*

(A = in Österreich, D = in Deutschland)

Clarithromycin

A: Klacid

D: Biaxin, Klacid u.a.

Fluticason

A: Flixotide u.a.

D: Atemur und andere

Irbesartan

A: Aprovel, Karvea

D: Aprovel, Karvea

Losartan

A: Cosaar

D: Lorzaar

Omeprazol

A: Losec u.a.

D: Antra MUPS, Losec Mups
und andere

Simvastatin

A: Zocord und andere

D: Zocor und andere

Valsartan

A: Angiosan, Diovan

D: Cordinate, Diovan, Provas

* Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Berücksichtigt wurden in erster Linie Markennamen, die von den Schweizer Namen abweichen.