

Jahrgang 25

Nummer 3/2003

<b>Lornoxicam</b> (UP. Masche) .....	9
Ein nicht-selektiver Zykllooxygenasehemmer, der zur Behandlung rheumatischer und anderer Schmerzen empfohlen wird. Die Substanz ist nahe mit Tenoxicam verwandt, hat aber eine relativ kurze Halbwertszeit. Nennenswerte Vorteile gegenüber anderen nicht-steroidalen Entzündungshemmern sind nicht auszumachen.	
<b>Escitalopram</b> (UP. Masche) .....	11
Escitalopram entspricht dem aktiven Enantiomer des bekannten Antidepressivums Citalopram und scheint nach bisherigem Wissen ungefähr dasselbe wie das Razemat zu erreichen. Das «neue» Mittel hat gegenüber dem Originalpräparat einen günstigeren Preis, weist aber sonst keine Vorteile auf.	
<b>Neues zur Redaktionskommission</b> .....	12

## Synopsis

### Lornoxicam

UP. Masche

Lornoxicam (Xefo®), ein nicht-steroidaler Entzündungshemmer, wird zur Behandlung rheumatisch bedingter und anderer Schmerzen empfohlen.

#### Chemie/Pharmakologie

Lornoxicam ist ein nicht-steroidaler Entzündungshemmer aus der Gruppe der Oxicame und wurde wie Tenoxicam (Tilcotil®), von dem es sich chemisch lediglich durch ein zusätzliches Chlor-Atom unterscheidet, vor rund 30 Jahren erstmals synthetisiert. Zu den Oxicamen zählen auch Piroxicam (Felden® u.a.) und Meloxicam (Mobicox®). Lornoxicam wirkt entzündungshemmend sowie analgetisch und antipyretisch, indem es wie alle nicht-steroidalen Entzündungshemmer das Enzym Zykllooxygenase (COX) hemmt, das an der Prostaglandinsynthese beteiligt ist. Dieses existiert in mindestens zwei Isoformen; während der Typ 1 (COX 1) in vielen Geweben vorhanden ist und physiologische Funktionen wahrnimmt (z.B. in der Magenschleimhaut), ist der Typ 2 (COX 2) diejenige Form, die bei Entzündungsprozessen gebildet wird. Beide Isoformen ungefähr gleichermassen hemmend, zählt Lornoxicam zu den unspezifischen Zykllooxygenasehemmern wie zum Beispiel Ibuprofen (Brufen® u.a.).<sup>1</sup>

#### Pharmakokinetik

Nach oraler Verabreichung von Lornoxicam wird die Plasmaspitzenkonzentration nach etwa 2 Stunden erreicht. Die biologische Verfügbarkeit ist hoch (90% bis 100%). Lornoxicam wird in der Leber durch das Zytochrom P<sub>450</sub>-Isoenzym CYP2C9 abgebaut. Der wichtigste Metabolit ist 5-Hydroxy-Lornoxicam, der offenbar keine pharmakologische Aktivität hat. Die Metabo-

liten werden je etwa zur Hälfte über Stuhl und Urin ausgeschieden. Im Gegensatz zu anderen Oxicamen hat Lornoxicam eine relativ kurze Plasmahalbwertszeit von etwa 3 bis 4 Stunden. Leber- oder Nierenfunktionsstörungen scheinen die Pharmakokinetik von Lornoxicam nicht wesentlich zu verändern.<sup>1,2</sup>

#### Klinische Studien

Lornoxicam ist in Doppelblindstudien sowohl bei akuten als auch bei chronischen, durch rheumatische Erkrankungen verursachten Schmerzen geprüft worden. Ein erheblicher Teil dieser Daten ist nicht publiziert und in den Details nur bei der Herstellerfirma vorhanden («Data on file»).

#### Behandlung akuter Schmerzen

Die Behandlung von akuten Schmerzen wurde in Studien untersucht, in denen Lornoxicam und die Vergleichssubstanzen jeweils als *Einmaldosis* verabreicht wurden.

278 Personen nahmen nach *Weisheitszahn-Extraktion* eine von vier verschiedenen Lornoxicam-Dosen (4, 8, 16 oder 32 mg), *Ketorolac* (Tora-dol®, 10 mg) oder Placebo. Nach sechs Stunden beobachtete man mit beiden aktiven Substanzen eine deutlich bessere schmerzstillende Wirkung als mit Placebo. Der Effekt von Lornoxicam war dosisabhängig, wobei sich die drei höheren Dosen nicht signifikant voneinander unterschieden. Die analgetische Wirkung von 10 mg Ketorolac bewegte sich zwischen der von 8 und 16 mg Lornoxicam. Unter 32 mg Lornoxicam bewerteten 67% der Behandelten die Schmerzlinderung als sehr gut bis ausgezeichnet; unter 16 mg waren es 56%, unter 8 mg 51%, unter 4 mg 28%, unter 10 mg Ketorolac 54% und unter Placebo 8%.<sup>3</sup> In einer ähnlichen, ebenfalls placebo-kontrollierten Studie mit 150 Personen verglich man Lornoxicam mit *Acetylsalicylsäure* (Aspirin® u.a.). Dabei wurden die Schmerzen nach Weisheitszahn-Entfernung durch 8 mg Lornoxicam stärker reduziert als durch 650 mg Acetylsalicylsäure oder durch 2 und 4 mg Lornoxicam.<sup>4</sup>

210 Frauen, bei denen ein *Schwangerschaftsabbruch* durchgeführt wurde, erhielten eine Stunde vor dem Eingriff 8 mg Lornoxicam, 1000 mg *Paracetamol* (Dafalgan® u.a.) oder Placebo.

Mit Lornoxicam blieben 86% der Frauen postoperativ schmerzfrei, während es mit Paracetamol und Placebo signifikant weniger waren, nämlich je 67%.<sup>5</sup>

In mehreren Studien wurde *intramuskulär* oder *intravenös verabreichtes* Lornoxicam nach orthopädischen Operationen oder nach Weisheitszahn-Extraktion mit *Opioiden* verglichen. Es zeigte sich, dass 16 mg Lornoxicam besser wirkten als 100 mg Tramadol (Tramal® u.a.)<sup>6</sup> und 16 bis 20 mg Lornoxicam ähnlich gut wie rund 20 mg Morphin.<sup>7,8</sup> In der Schweiz ist jedoch keine parenterale Formulierung von Lornoxicam erhältlich.

#### Behandlung chronischer Schmerzen

160 Personen mit Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke verabreichte man während vier Wochen eine von drei verschiedenen Lornoxicam-Dosierungen (1mal 6 mg/Tag, 2mal 4 mg/Tag oder 2mal 6 mg/Tag) oder Placebo. Die beiden höheren Lornoxicam-Dosierungen bewirkten eine signifikant bessere Schmerzlinderung als Placebo. Auch die Fähigkeit zu körperlicher Aktivität nahm unter Lornoxicam deutlich stärker zu.<sup>9</sup> In einer zwölf Wochen dauernden Studie mit 135 Personen, die an Hüft- oder Kniearthrose litten, verordnete man Lornoxicam (3mal 4 mg/Tag oder 2mal 8 mg/Tag) oder Diclofenac (Voltaren® und andere, 3mal 50 mg/Tag). Global wurde die Wirkung der niedrigeren Lornoxicam-Dosis von 41% der Behandelten sowie von 41% der Ärzte und Ärztinnen als gut bis ausgezeichnet bezeichnet; bei der höheren Lornoxicam-Dosis waren es 66% und 64%, bei Diclofenac je 51%. Alle Behandelten, welche die zwölfwöchige Studienperiode beendet hatten, erhielten anschliessend während weiteren 40 Wochen eine der beiden Lornoxicam-Dosen. Die nach zwölf Wochen erreichte Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung konnte damit aufrechterhalten werden.<sup>10</sup>

288 Personen mit *rheumatoider Arthritis* wurden drei Wochen lang mit Lornoxicam (3mal 4 mg/Tag) oder mit Diclofenac (3mal 50 mg/Tag) behandelt. Mit beiden Mitteln liessen sich die Krankheitssymptome – gemessen an Schmerzen, Faustschlusskraft und Dauer der Morgensteifigkeit – in ähnlichem Mass mindern.<sup>11</sup> Bei rheumatoider Arthritis wurde Lornoxicam auch mit *Naproxen* (Proxen® u.a.) und *Piroxicam*, bei Morbus Bechterew mit *Indometacin* (Indocid® u.a.) verglichen, wobei sich jeweils keine signifikanten Unterschiede zeigten.<sup>1</sup>

#### Unerwünschte Wirkungen

Lornoxicam verursacht die *typischen Nebenwirkungen nicht-steroidaler Entzündungshemmer*. Häufig – bei mehr als 10% der Behandelten – sind gastrointestinale Nebenwirkungen wie Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung und Sodbrennen. Peptische Ulzera und entsprechende Komplikationen (Blutungen, Perforationen) sind möglich. Unter den zahlreichen anderen Nebenwirkungen sind insbesondere auch Schwindel, Kopfschmerzen, Hautreaktionen und Ödeme zu erwähnen. Andere Oxicame sind mit dem Auftreten eines Stevens-Johnson-Syndroms und einer toxischen Epidermolyse (Lyell-Syndrom) in Verbindung gebracht worden.

Die offizielle Fachinformation enthält zum Thema «Vorsichtsmassnahmen» eine Reihe von fragwürdigen Aussagen – besonders zu kritisieren ist die Angabe, Lornoxicam könnte auch dann verabreicht werden, wenn es zu einem peptischen Ulkus geführt hätte, sofern gleichzeitig ein Säurehemmer verabreicht würde. (Nicht-steroidale Entzündungshemmer sind bei aktiven Magen-Duodenalulzera allgemein kontraindiziert!).

#### Interaktionen

Wie bei allen nicht-steroidalen Entzündungshemmern ist bei Lornoxicam damit zu rechnen, dass es die Wirkung von Antihypertensiva abschwächen sowie die Toxizität von Lithium und Methotrexat verstärken kann. Lornoxicam kann das Hypoglykämie-Risiko von Sulfonylharnstoffen erhöhen, vermutlich indem es mit den Antidiabetika um die Plasmaeiweiss-Bindung konkurriert. Die renale Clearance von Digoxin wird durch Lornoxicam um etwa 15% gesenkt. Lornoxicam kann die Plasmakonzentrationen von oralen Antikoagulantien wie Phenprocoumon (Marcoumar®) erhöhen, was indessen nicht unbedingt mit einer INR-Erhöhung einhergehen muss.<sup>12</sup>

Eine mögliche Verlangsamung des Lornoxicam-Abbaus durch CYP2C9-Hemmer ist wahrscheinlich klinisch nicht bedeutsam.

#### Dosierung, Verabreichung, Kosten

Lornoxicam (Xefo®) ist kassenzulässig und wird als Tabletten zu 4 und 8 mg angeboten. Die empfohlene Tagesdosis beträgt 8 bis 16 mg, verteilt auf zwei oder drei Einnahmen. Bei Leber- oder Niereninsuffizienz sollte man nicht mehr als 8 mg pro Tag verabreichen. Schwangeren und stillenden Frauen sowie Kindern und Jugendlichen soll Lornoxicam nicht verschrieben werden. Eine Tagesdosis Lornoxicam - 12 oder 16 mg - kostet (bei Verwendung der grössten Originalpackung) 1.15 Franken pro Tag. Tenoxicam (20 mg/Tag) und Diclofenac-Generika (150 mg/Tag) sind mit Kosten um 1.20 täglich nur marginal teurer, mehrere Piroxicam-Präparate (20 mg/Tag) sogar billiger.

#### Kommentar

*Was Wirkungen und Nebenwirkungen betrifft, reiht sich Lornoxicam in die zahlreichen nicht-steroidalen Entzündungshemmer ein, die in der Schweiz zur Verfügung stehen. Lornoxicam ist die Schwestersubstanz von Tenoxicam (Tilcotil®), mit dem Unterschied, dass es eine wesentlich kürzere Halbwertszeit aufweist. Über allfällige Vor- oder Nachteile eines relativ kurzwirkenden Oxicams lässt sich diskutieren; klinische Vergleiche mit anderen Oxicamen liegen allerdings nicht vor. Lornoxicam wird vor allem auch als Schmerzmittel angepriesen, mit dem Argument, es habe dieselbe analgetische Wirksamkeit wie Opiode; darauf hinzuweisen, dass sich diese werbekräftigte Aussage auf parenterale Verabreichungsformen von Lornoxicam bezieht, die in der Schweiz gar nicht angeboten werden, hat man offenbar in den Anzeigen untergehen lassen. Gute Argumente zu Gunsten dieser Neueinführung sind schwer zu finden.*

#### Literatur

- 1 Balfour JA et al. *Drugs* 1996; 51: 639-57
- 2 Skjoldt NM, Davies NM. *Clin Pharmacokinet* 1998; 34: 421-8
- 3 Nørholt SE et al. *J Clin Pharmacol* 1995; 35: 606-14
- 4 Patel A et al. *Br Dent J* 1991; 170: 295-9
- 5 Hein A et al. *Ambul Surg* 2001; 9: 91-4
- 6 Staunstrup H et al. *J Clin Pharmacol* 1999; 39: 834-41
- 7 Nørholt SE et al. *Pain* 1996; 67: 335-43
- 8 Rosenow DE et al. *Anesth Analg* 1998; 86: 1045-50
- 9 Berry H et al. *Ann Rheum Dis* 1992; 51: 238-42
- 10 Kidd B, Frenzel W. *J Rheumatol* 1996; 23: 1605-11
- 11 Caruso I et al. *Adv Ther* 1994; 11: 133-8
- 12 Kohl C, Steinkellner M. *Drug Metab Dispos* 2000; 28: 161-8

## Escitalopram

UP. Masche

Escitalopram (Cipralox<sup>®</sup>) wird zur Behandlung von Depressionen empfohlen.

### Chemie/Pharmakologie

Escitalopram (S-Citalopram) ist das linksdrehende Enantiomer von Citalopram (Seropram<sup>®</sup> u.a.),<sup>1</sup> einem bizyklischen Phthalan-Derivat, das als racemische Mischung zweier Stereoisomere vorliegt. Citalopram gehört zu den selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI), die antidepressiv wirken, indem sie in den präsynaptischen Neuronen des Gehirns die Wiederaufnahme des Neurotransmitters Serotonin blockieren; andere Neurotransmitter werden nicht nennenswert beeinflusst. Von den beiden Stereoisomeren ist Escitalopram über 100mal potenter als das R-Enantiomer und wohl für die pharmakologische Wirkung von Citalopram verantwortlich.<sup>2,3</sup>

### Pharmakokinetik

Vier Stunden nach oraler Einnahme von Escitalopram werden maximale Plasmaspiegel gemessen. Angaben zur biologischen Verfügbarkeit spezifisch für Escitalopram gibt es nicht (bei Citalopram beträgt sie ungefähr 80%). Die Elimination von Escitalopram findet grossenteils in der Leber statt, wo die Substanz über die Zytochrome CYP3A4, CYP2C19 und CYP2D6 zu S-Demethylcitalopram und S-Didemethylcitalopram abgebaut wird. Die beiden Metaboliten sind schwach pharmakologisch aktiv, tragen aber kaum zur Wirkung von Escitalopram bei. Die Plasmahalbwertszeit von Escitalopram liegt zwischen 27 und 32 Stunden. Bei Leberinsuffizienz verlängert sich die Halbwertszeit um etwa das Doppelte, während eine Niereninsuffizienz nicht zu einer wesentlichen Veränderung führt.<sup>2,3</sup>

### Klinische Studien

Bei der Beurteilung der Wirksamkeit stützt man sich einerseits auf die Studien mit rund 1000 Personen, die mit dem S-Enantiomer durchgeführt wurden, andererseits auf die klinischen Erfahrungen mit dem racemischen Citalopram. Das letztere gilt besonders für die Langzeittherapie, die bei Escitalopram noch kaum geprüft worden ist. Drei Doppelblindstudien, die jeweils nur acht Wochen gedauert hatten, sind in vollem Umfang veröffentlicht. Sie umfassten Personen, die an einer depressiven Störung («Major Depression») litten. Als Hauptmessinstrument wurde die «Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale» (MADRS) verwendet, mit der depressive Symptome auf einer Skala von 0 bis 60 gewichtet werden; auch andere Skalen wie zum Beispiel die «Hamilton Rating Scale for Depression» (HAM-D, von 0 bis 64 reichend) kamen zur Anwendung.

In einer Studie, die 380 Personen zählte, half Escitalopram (10 mg/Tag) gegen depressive Symptome signifikant besser als Placebo.<sup>4</sup>

In einer zweiten Untersuchung erhielten 468 Personen entweder Escitalopram (10 bis 20 mg/Tag), Citalopram (20 bis 40 mg/Tag) oder Placebo. Bei zum Studienende nach 8 Wo-

chen betrug die Differenz auf der MADRS-Skala zwischen Escitalopram und Placebo 2,9 Punkte, zwischen Citalopram und Placebo 1,5 Punkte.<sup>5,6</sup>

In einer weiteren Studie wurden 491 Personen in vier Gruppen unterteilt: in zwei Gruppen verordnete man Escitalopram in unterschiedlichen Dosierungen (entweder 10 oder 20 mg/Tag), in einer Citalopram (40 mg/Tag) und in einer Placebo. Mit der 10-mg-Dosis von Escitalopram sank die mittlere Punktezahl auf der MADRS-Skala von 28 auf 15, mit der 20-mg-Dosis von 29 auf 15 und mit Citalopram von 29 auf 17 Punkte. Entsprechend fielen auch die Resultate auf der HAM-D-Skala aus. Die Ansprechrate – der Anteil der Behandelten, bei denen sich die MADRS-Punktezahl um mindestens 50% reduziert hatte – betrug mit der 10-mg-Dosis von Escitalopram 50%, mit der 20-mg-Dosis 51%, mit Citalopram 46% und mit Placebo 28%. Somit zeigten sich Escitalopram und Citalopram als deutlich wirksamer als Placebo; die Unterschiede zwischen dem Racemat (Citalopram) und dem S-Enantiomer (Escitalopram) waren dagegen nicht signifikant.<sup>7</sup>

In einer achtwöchigen Doppelblindstudie, die lediglich in Kurzform publiziert ist, erwies sich Escitalopram (10 bis 20 mg/Tag) im Vergleich mit Venlafaxin (Efexor<sup>®</sup>, 75 bis 150 mg/Tag) als leicht überlegen.<sup>8</sup>

### Unerwünschte Wirkungen

Unter Escitalopram ist mit denselben Nebenwirkungen zu rechnen wie unter Citalopram. Zu nennen sind in erster Linie Übelkeit, verzögerte Ejakulation und andere sexuelle Störungen, Schlaflosigkeit, Schläfrigkeit, Schwindel, Mundtrockenheit, Durchfall oder Verstopfung, Appetitabnahme und verstärktes Schwitzen.<sup>3</sup>

### Interaktionen

Wegen der Gefahr eines Serotonin-Syndroms darf Escitalopram wie andere SSRI nicht mit MAO-Hemmern kombiniert werden; auch zusammen mit anderen serotoninerger Substanzen ist Vorsicht geboten. Wenn Escitalopram mit anderen zentral wirksamen Substanzen (inkl. Alkohol) eingenommen wird, besteht die Möglichkeit einer verstärkten Sedation.

Escitalopram hemmt in vitro verschiedene Zytochrom-P<sub>450</sub>-Isoenzyme. Für CYP2D6 ist auch in vivo eine gewisse Hemmwirkung nachgewiesen. Bislang gibt es keine Hinweise, dass Zytochrom-Hemmer oder -Induktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Pharmakokinetik von Escitalopram haben.<sup>3</sup>

### Dosierung, Verabreichung, Kosten

Escitalopram (Cipralox<sup>®</sup>) ist kassenzulässig und als Tabletten zu 10 mg erhältlich. Indikation ist die Behandlung und Rückfallprophylaxe von Depressionen. Die empfohlene Tagesdosis beträgt 10 mg; falls nötig, kann sie auf 20 mg, ebenfalls einmal pro Tag eingenommen, erhöht werden. Bei älteren Leuten und bei einer Leberfunktionsstörung sollten nicht mehr als 10 mg/Tag verschrieben werden. Zur Anwendung von Escitalopram während der Schwangerschaft, Stillzeit oder bei Kindern sind keine Daten vorhanden. Im Tierversuch haben in sehr hohen Dosen sowohl Escitalopram wie Citalopram gewisse schädigende Wirkungen auf den Fetus gezeigt. Von Citalopram ist ferner bekannt, dass es in die Muttermilch ausgeschieden wird.

Mit einer Tagesdosis von 10 mg beträgt der monatliche Preis von Escitalopram 63.95 Franken. Citalopram (20 mg/Tag) ist

als Original (Seropram<sup>®</sup>) teurer (73.55 Franken), als Generikum (Citalopram ecosol<sup>®</sup>) dagegen billiger (49.10 Franken mit halbiertes 40-mg-Tablette).

### Kommentar

*Mit Escitalopram wird die Mode fortgesetzt, dass von bewährten racemischen Substanzen, deren Patent ausläuft, das aktive Stereoisomer als neue Wirksubstanz lanciert wird. Die Idee, dass mit dem Wegfall des «inaktiven» Stereoisomers weniger Nebenwirkungen oder Interaktionen auftreten könnten, mag von der Theorie her durchaus einleuchtend erscheinen. Doch in der klinischen Anwendung ist auch bei Escitalopram bislang nicht zu erkennen, weshalb es der racemischen Muttersubstanz überlegen sein soll. Im Vergleich mit Citalopram bietet Escitalopram weder von den Nebenwirkungen noch vom Interaktionspotential her Vorteile. Dass Escitalopram in einzelnen Punkten marginal besser gewirkt hat als Citalopram, mag für Marketingzwecke interessant sein, hat jedoch in der Praxis sicher keine Bedeutung. Escitalopram wird vom Hersteller zu einem billigeren Preis angeboten als das eigene Citalopram-Produkt – doch da unterdessen ein günstigeres Citalopram-Generikum zur Verfügung steht, ist nicht einmal der Preis ein Grund, um Escitalopram zu empfehlen.*

### Literatur

- 1 Beutler M. pharma-kritik 1991; 13: 7-8
- 2 Burke WJ. Expert Opin Investig Drugs 2002; 11: 1477-86
- 3 <http://www.fda.gov/cder/foi/label/2002/21323lbl.pdf>
- 4 Wade A et al. Int Clin Psychopharmacol 2002; 17: 95-102
- 5 Montgomery SA et al. Pharmacol Toxicol 2001; 88: 282-6
- 6 <http://ex2.excerptamedica.com/02ecnp/abstracts/index.cfm?fuseaction=abs.pm&abstractID=P.1.205>
- 7 Burke WJ et al. J Clin Psychiatry 2002; 63: 331-6
- 8 <http://ex2.excerptamedica.com/02ecnp/abstracts/index.cfm?fuseaction=abs.pm&abstractID=P.1.206>

---

## In eigener Sache

---

## Neues zur Redaktionskommission

Wie bei anderen Zeitschriften steht auch bei pharma-kritik hinter dem Redaktionsteam eine Redaktionskommission, Fachleute, die gewissermassen Schutzpatroninnen und -patrone der Publikation sind. Die Zusammensetzung dieser Kommission ist während vielen Jahren unverändert geblieben. Die beteiligten Kollegen haben oft Texte durchgesehen und waren uns immer eine wichtige «moralische» Stütze.

Im Laufe der letzten Jahre ist mir aber klar geworden, dass wir anstreben sollten, eine kleinere, aktivere Gruppe von Mitstreiterinnen und Mitstreitern zu bilden, die nicht nur Texte durchsehen - das tun andere Fachleute freundlicherweise auch -, sondern auch an der Themenauswahl beteiligt sind und uns in den verschiedensten Belangen zusätzlich beraten. So soll nun die bisherige, relativ grosse Redaktionskommission aufgelöst und im Laufe dieses Jahres durch eine neue Gruppierung er-

setzt werden, die aktiv an der Kontinuität unseres Blattes mitarbeitet. Die Zusammensetzung der neuen Kommission ist noch nicht festgelegt. Ich werde versuchen, auch für die neue Redaktionskommission Kolleginnen und Kollegen zu gewinnen, denen unser wichtigstes Anliegen – unabhängige, praxisrelevante Information – ebenso sehr am Herzen liegt wie dem Redaktionsteam. Selbstverständlich werde ich dazu nochmals berichten.

Schon heute möchte ich aber den Mitgliedern der bisherigen Kommission (deren Zusammensetzung jeweils im Impressum der letzten Nummer jedes Jahrgangs steht) meinen herzlichen Dank sagen. Nicht nur für die «sichtbare» Mitarbeit, sondern auch für die oft spürbare Unterstützung «im Hintergrund» bin ich sehr dankbar. Dies ist für eine Zeitschrift, die nicht so selten auch eher unfreundliche Kritik ausspricht, von besonderer Bedeutung.

Der Psychiater Walter Pöldinger, den ich in seiner Wiler Zeit persönlich kennenlernen durfte, ist letztes Jahr leider gestorben. Prof. Pöldinger war nach der Emeritierung in Basel wieder nach Österreich zurückgekehrt, so dass sich nur noch selten Gelegenheiten zum Gedankenaustausch ergaben. Besonders in den frühen pharma-kritik-Jahren hat er uns oft beraten und in Schutz genommen.

Etzel Gysling

---

*Diese Nummer wurde am 11. Juni 2003 redaktionell abgeschlossen.*

### Fragen zur Pharmakotherapie?

Vielleicht können wir Ihnen helfen. Unser Informationszentrum beantwortet Ihre Fragen vertraulich, schnell und kostenlos.

info-pharma, Bergliweg 17, 9500 Wil  
Telefon 071-910-0866 – Telefax 071-910-0877  
e-mail: sekretariat@infomed.ch

Ihr freiwilliger Beitrag auf Postcheckkonto 90-36-1 hilft uns, diese Dienstleistung auszubauen.

---

# pharma-kritik

---

Internet-Adresse: <http://www.infomed.org>

Herausgegeben von Etzel Gysling (Wil)  
unter Mitarbeit von Renato Galeazzi (St.Gallen) und Urs A. Meyer (Basel)  
Redaktionsteam: Etzel Gysling (Leitung), Urspeter Masche, Peter Ritzmann,  
Thomas Weissenbach

Layout und Sekretariat: Verena Gysling

Abonnementspreis für den Jahrgang 25 (2003): 96 Franken

Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, 9500 Wil

Telefon 071-910-0866, Telefax 071-910-0877, e-mail: [infomed@infomed.org](mailto:infomed@infomed.org)

Druck: Druckerei R.-P. Zehnder AG, 9500 Wil

© 2003 Infomed Wil. All rights reserved.

## MARKENNAMEN

der im Text erwähnten Arzneimittel\*

(A = in Österreich, D = in Deutschland)

### Citalopram

A: Cipram, Sepram,  
Seralgan, Seropram

D: Cipramil, Citadura,  
Sepram, Serital und andere

### Lornoxicam

A: Artok, Lornox, Xefo

D: Telos

### Meloxicam

A: Mobic, Movalis

D: Mobec

### Tenoxicam

A: Liman, Tilcotil

D: –

### Venlafaxin

A: Efexor, Efectin, Trewilor

D: Trewilor

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