

Jahrgang 26

Nummer 18/2004

Psychopharmaka in der Praxis (aus: «Therapeutic Guidelines») 69

Bei einer Behandlung mit Psychopharmaka ist eine Anzahl von speziellen Überlegungen zu beachten. Diese betreffen die Compliance, das informierte Einverständnis, die Problematik von Abhängigkeit, Toleranz und Sucht, die Berücksichtigung besonderer Gruppen von Kranken, die Beendigung der Behandlung, die Plasmaspiegel und psychomotorische Störungen. Mit einem Kommentar von Peter Zingg.

Übersicht

Psychopharmaka in der Praxis

Der vorliegende Text entspricht der Übersetzung eines Textes aus den australischen «Therapeutic Guidelines», der uns im Rahmen des Austausches zwischen Mitgliedern der International Society of Drug Bulletins freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurde. Passagen, die sich auf spezifisch australische Belange beziehen, wurden dabei weggelassen. Einige Referenzen, die sich als ergänzende Lektüre eignen, wurden von uns hinzugefügt. Am Schluss folgt ein Kommentar aus der Sicht eines Schweizer Psychiaters.

Compliance bei der Behandlung mit Psychopharmaka

Mangelnde Compliance (Therapietreue) bei einer medikamentösen Behandlung ist ein häufiges und potentiell gefährliches Gesundheitsproblem. Bei Personen mit psychischen Erkrankungen müssen in dieser Hinsicht eine Reihe von speziellen Punkten beachtet werden.¹⁻³ Es ist sehr wichtig, diese Punkte zu berücksichtigen und Massnahmen einzuleiten, um die Compliance zu verbessern. Dies bezieht sich insbesondere auf chronische psychische Erkrankungen und vor allem auf die Schizophrenie und auf bipolare Störungen. Patientinnen und Patienten mit psychischen Krankheiten sind sich ihrer Beeinträchtigung oft nicht bewusst.

Die Behandlung hat bessere Erfolgschancen, wenn zwischen Fachleuten und Kranken eine gute Beziehung vorhanden ist, und wenn sie gemeinsam Verantwortung für die Wahl der Behandlung übernehmen.

In der Tabelle 1 sind verschiedene Massnahmen zusammengestellt, die sich zur Verbesserung der Compliance eignen.

Informiertes Einverständnis

Das relative Wissensdefizit der behandelten Person macht aus, dass diese eine bestimmte Therapie und deren Bedeutung unter

Tabelle 1: Massnahmen zur Verbesserung der Compliance

- Es lohnt sich ausfindig zu machen, wie gut eine Patientin oder ein Patient seine Krankheit und deren Behandlung versteht und wie er sich dazu einstellt. Falls die Einstellung negativ ist, sollte die Situation besprochen werden. Die Ziele der Behandlung, die Art und Weise, wie die Ziele erreicht werden sollen, sowie die Vor- und Nachteile gewisser Ansätze sollen besprochen werden. Die Kranken sollen zur aktiven Teilnahme an der Behandlung ermutigt werden; die Behandlung soll so angepasst werden, dass sie gut verstanden und befolgt werden kann.
- Eine möglichst einfache, individuell akzeptable Therapie soll verschrieben werden. So ist bei einer einmaligen täglichen Dosis die Wahrscheinlichkeit grösser, dass das Medikament regelmässig eingenommen wird, als bei einem Therapieschema mit drei täglichen Dosen.
- Eine genaue Instruktion umfasst nicht nur die Angabe, wann und wie das Medikament genommen werden muss, sondern auch Informationen zur Wirkung. Wichtig ist auch, über Nebenwirkungen (und wie damit umgegangen werden soll) zu informieren. Gewisse unerwünschte Wirkungen können allenfalls minimiert werden, wenn das Mittel vor dem Zubettgehen eingenommen wird. Die Hintergründe der Ratschläge sollen erklärt werden. Schliesslich soll sichergestellt werden, dass die Informationen auch verstanden wurden.
- Wenn die Symptome nicht auf die Behandlung ansprechen, soll eine fehlende Compliance als mögliche Ursache in Betracht gezogen und besprochen werden, ohne die Patientin oder den Patienten damit zu bedrängen.

Umständen nicht versteht. Um die Akzeptanz einer vorgeschlagenen Behandlung zu erleichtern, sollte die Therapie zwischen dem oder der Kranken und der Fachperson ausgehandelt werden. Dabei sind die «wissenden» Fachleute verpflichtet, den «unwissenden» Kranken genügend Informationen zu unterbreiten, damit sie eine einsichtige Wahl treffen können.⁴

Die folgenden Fragen sind für ein informiertes Einverständnis von Nutzen:

1. Sind die mentalen Kapazitäten des oder der Kranken «robust» genug, um eine vernünftige Einschätzung der relevanten Punkte zu treffen?

Wenn diese Frage mit «Ja» beantwortet wird, dann soll man sich fragen, ob es Informationen zur Behandlung gibt, die man den Kranken lieber nicht mitteilen würde, weil sie ihre Begeisterung für die gewählte Therapie reduzieren könnten. Wenn dies der Fall ist, so sind diese Informationen – wie auch diejenigen über die Diagnose und die positiven und negativen Wirkungen der Behandlung – genau diejenigen, die *unbedingt mitgeteilt werden sollten*. Andernfalls kann man nicht von einem informierten Einverständnis sprechen.

2. Wie soll die Verhandlung protokolliert werden? Es ist immer sinnvoll, Diskussionen mit den Patientinnen und Patienten in der Krankengeschichte genau zu dokumentieren.

Abhängigkeit, Toleranz und Sucht

Abhängigkeit, Toleranz und Sucht sind sowohl für die Kranken wie auch für die verschreibende Fachperson von grosser Bedeutung. Die genannten Fachausdrücke werden nicht von allen Leuten gleich interpretiert und werden heute oft so verwendet, als ob sie das Gleiche bedeuteten. Eine klinische Unterscheidung ist jedoch sinnvoll.^{2,5}

Eine körperliche *Abhängigkeit* ist ein veränderter physiologischer Zustand, bei dem die wiederholte Verabreichung eines Medikamentes nötig ist, um charakteristischen Entzugserscheinungen, Abbruch- und Entzugssyndromen vorzubeugen. Gewisse Medikamentengruppen wie z.B. die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) stellen für die Entwicklung einer Abhängigkeit oder Sucht in der Regel kein Entzugsrisiko dar, während andere (z.B. Benzodiazepine) durch kontinuierlichen Gebrauch und Dosiserhöhung nach dem Absetzen zu Entzugserscheinungen führen können. Medikamenten-Abhängigkeit ist ein Verhaltenssyndrom, bei dem Personen Medikamente weiterhin einnehmen, obwohl keine therapeutische Indikation mehr vorhanden ist. Sie tun dies oft trotz negativer medizinischer und sozialer Konsequenzen und sie verhalten sich so, als ob die Wirkung der Medikamente nach wie vor für ihr Wohlbefinden nötig wäre.

Toleranz ist ein körperlicher Zustand, bei dem eine bestimmte Medikamentendosis – nach wiederholter Verabreichung – eine verminderte Wirkung erzielt, oder bei dem eine zunehmend grössere Dosis nötig ist, um die gewünschte Wirkung der ursprünglichen Dosis zu erzielen.

Die *Sucht* ist ein Verhaltensmuster, das charakterisiert ist durch eine überwältigende Beschäftigung mit der Einnahme und dem Erwerb des Medikamentes; Süchtige haben eine hohe Tendenz zu Rückfällen.

Personen, die gegenwärtig Substanzen missbrauchen – vor allem Alkohol oder Opioide – oder die in der Vergangenheit solche Substanzen missbraucht haben, haben ein erhöhtes Risiko, von Benzodiazepinen abhängig zu werden.

Wenn ein Missbrauch illegaler Drogen erkannt wird, so ist es wichtig, auch an andere psychotrope Substanzen zu denken, da mehrfacher Drogen-Missbrauch in dieser Situation sehr geläufig ist. Bei Personen mit Drogenproblemen tritt eine Reihe von psychiatrischen Erkrankungen mit erhöhter Häufigkeit auf.

Psychopharmaka bei speziellen Gruppen von Kranken

Psychopharmaka bei älteren Menschen

Ältere Menschen können von verschiedenen verschreibenden Ärzten und Ärztinnen eine Vielzahl von Medikamenten erhalten. Es ist wichtig, dass die gesamte medikamentöse Behandlung dieser Personen periodisch überprüft wird, um das Risiko unerwünschter Wirkungen zu verringern und auch um die unnötige Weiterführung von älteren Behandlungen abzusetzen. Die Hausärztin oder der Hausarzt ist am besten geeignet, dies zu überprüfen. Die verschiedenen Verschreibungen sollten miteinander abgestimmt werden; auch ist darauf zu achten, dass auch die Behandelten gut informiert sind.

Die *Clearance* von Medikamenten bei älteren Menschen kann durch eine Beeinträchtigung der Nieren- oder Leberfunktion und durch ein reduziertes Herzzeitvolumen verringert sein. Dies kann zu erhöhten Plasmaspiegeln führen. Die Halbwertszeit von lipidlöslichen Medikamenten ist wegen der relativen Zunahme des Fettgewebes im Verhältnis zur fettfreien Körpermasse bei älteren Personen erhöht. Ausserdem zeigt das alternde Nervensystem eine erhöhte Sensibilität für viele der gebräuchlichen psychotropen Medikamente, so dass häufiger unerwünschte Wirkungen auftreten.⁶

Ältere Menschen sind in der Regel anfälliger auf unerwünschte Wirkungen und auf die Toxizität vieler Psychopharmaka. Vor allem Medikamente oder Kombinationspräparate mit *anticholinergen* Eigenschaften, z.B. trizyklische Antidepressiva, anticholinerge Antiparkinson-Mittel, Antihistaminika, Phentothiazine und gewisse Erkältungsmittel können ein zentrales anticholinerges Syndrom auslösen, das durch Verwirrung, Halluzinationen und zentrale Erregung gekennzeichnet ist.

Eine *orthostatische Hypotonie* ist eine der wichtigeren unerwünschten Wirkungen von Psychopharmaka, die eine hemmende Wirkung an adrenergen Alpharezeptoren zeigen. Diese Nebenwirkung ist bei älteren Personen besonders bedeutsam, weil sie das Risiko von Stürzen und Frakturen erhöht. Mit Benzodiazepinen behandelte ältere Menschen sind besonders auf Ataxie und anschliessende Stürze und Verletzungen, Verwirrung, Gedächtnisverlust und kognitive Einbussen anfällig.

Verwirrung, Lethargie und eine sich verschlimmernde Psychose oder Demenz können Zeichen einer *Hyponatriämie* sein; diese kann von den meisten Psychopharmaka – insbesondere von den SSRI sowie von Venlafaxin (Efexor[®]), den Neuroleptika und von Carbamazepin (Tegretol[®] u.a.) – verursacht werden.

Die *Anfangsdosis* eines Medikamentes bei älteren Leuten sollte normalerweise an der unteren Grenze des Dosisbereichs oder gar unterhalb des empfohlenen Bereiches liegen; Dosiserhöhungen sollten stufenweise erfolgen und regelmässig überprüft werden. Der englische Slogan lautet: «start low, go slow and monitor frequently». Wie bei allen anderen Kranken ist es auch hier wichtig, die Dosis individuell anzupassen.

Die *Erhaltungsdosis* ist in der Regel niedriger als bei jüngeren Kranken. Normale Erwachsenendosen sind allerdings manchmal nötig, um die gewünschte therapeutische Wirkung zu erzielen, so dass die Dosis von Individuum zu Individuum verschieden sein kann.

Psychopharmaka bei Personen mit koronarer Herzkrankheit

Psychopharmaka können zu einer erhöhten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität führen. Die Ursachen für diese nega-

tive Auswirkung liegen in Nebenwirkungen wie Hypotonie oder Gewichtszunahme, oder in einer direkten Wirkung auf das Herz (z.B. kardiotoxische Wirkungen von trizyklischen Antidepressiva).

Viele Neuroleptika und Antidepressiva – z.B. Imipramin (Tofranil®) und Amitriptylin (Saroten® u.a.) – können das *QTc-Intervall* verlängern, woraus sich lebensgefährliche Arrhythmien ergeben können.

Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva und SSRI haben in unterschiedlichem Ausmass die Fähigkeit, eine *Tachykardie* oder eine *Hypotonie* zu verursachen. Eine orthostatische Hypotonie ist eine unerwünschte Wirkung vieler Neuroleptika. Das Antidepressivum Venlafaxin kann dagegen auch zu einem Blutdruckanstieg führen.

Unerwünschte Wirkungen können auch auf *Interaktionen* von Psychopharmaka mit den für Herz und Kreislauf verschriebenen Medikamenten beruhen. So kann beispielsweise die Wirkung oraler Antikoagulantien durch Fluvoxamin (Floxyfral® u.a.), das mehrere Isoenzyme hemmt, aber auch durch Carbamazepin, das CYP3A4 induziert, beeinflusst werden.

Andererseits beeinflussen manchmal Herz-Kreislauf-Medikamente die Wirksamkeit von Psychopharmaka. ACE-Hemmer und Diuretika können z.B. die renale Clearance von Lithium reduzieren und so eventuell zu toxischen Lithiumspiegeln führen.

Psychopharmaka bei Personen mit Epilepsie

Mehrere Antidepressiva erhöhen die Krampfbereitschaft; bei Personen mit einer Epilepsie sind auch unter üblichen therapeutischen Dosen von trizyklischen Antidepressiva und von Mianserin (Tolvon®) epileptische Anfälle beobachtet worden. In zu hohen Dosen können alle Antidepressiva Konvulsionen verursachen. Auf eine adäquate Dosierung aller Antiepileptika ist zu achten und nach Bedarf müssen auch die Plasmaspiegel kontrolliert werden.

Übliche therapeutische Plasmaspiegel von Lithium verursachen hingegen keine Probleme bei Epileptikerinnen und Epileptikern.

Zu beachten ist ferner, dass Antikonvulsiva Zytochromhemmer oder – wie z.B. Carbamazepin – Zytochrominduktoren sind und deshalb eventuell den Metabolismus von Psychopharmaka verändern. Umgekehrt kann auch die Kinetik der Antiepileptika von mehreren Psychopharmaka beeinflusst werden.⁷

In Einzelfällen kann es sinnvoll sein, Fachleute aus den Gebieten der Neurologie und der Psychiatrie zu konsultieren.

Beendigung einer Behandlung mit Psychopharmaka

Wenn eine Behandlung mit Psychopharmaka abgesetzt wird, entweder weil gar keine medikamentöse Therapie mehr notwendig ist oder wenn das Medikament gewechselt werden soll, muss in vielen Fällen die Möglichkeit eines *Entzugssyndroms* in Erwägung gezogen werden. Entzugssymptome deuten nicht unbedingt auf eine Abhängigkeit hin.

Nach der Beendigung einer Therapie mit *Neuroleptika* können während mehrerer Wochen verschiedene unspezifische Entzugssymptome auftreten, z.B. Übelkeit, Erbrechen, Unruhe und leichte grippeähnliche Symptome. Ein cholinerges Entzugssyndrom kann dem Ende der Neuroleptika-Behandlung folgen, insbesondere wenn das verwendete Neuroleptikum ausgeprägte anticholinerge Eigenschaften hat.

Das Absetzen von *trizyklischen Antidepressiva* kann zu Schlaflosigkeit, vermehrter Traumaktivität sowie zu körperlicher Unruhe tagsüber führen. Ähnliche Symptome können auch nach dem Absetzen von kurzwirkenden SSRI auftreten und vereinzelt sogar nach einer Behandlung mit dem langwirkenden Fluoxetin (Fluctine® u.a.). Entzugssymptome werden manchmal nach dem Absetzen von Paroxetin (Deroxat® u.a.) beobachtet, wobei eventuell ein grippeähnliches Syndrom auftritt. Auch mit Venlafaxin kann ein signifikantes Entzugssyndrom auftreten. Es kann schwierig sein, zwischen den Symptomen eines SSRI-Entzugs, klinischen Merkmalen einer Depression, unerwünschten Wirkungen von SSRI und einem potentiell lebensgefährlichen Serotoninsyndrom zu unterscheiden.

Wenn Antiepileptika wie z.B. Valproat (Convulex® u.a.) als *Stabilisatoren bei bipolaren Störungen* eingesetzt werden, sind nach dem raschen Absetzen dieser Medikamente Entzugssymptome möglich. Ein abrupter Abbruch einer Lithium-Therapie führt bei vielen Personen mit einer bipolaren Erkrankung innerhalb weniger Monate zu einem Rückfall der Manie (oder, seltener, zu Depressionen). Lithium sollte daher langsam, über mindestens 1 bis 2 Monate, abgesetzt werden.

Nach einer kurzen Behandlung können *Benzodiazepine* normalerweise ohne Probleme abgesetzt werden. Personen, die längerfristig mit Benzodiazepinen (und vor allem mit höheren Dosen) behandelt werden, sind dem Risiko einer Abhängigkeit ausgesetzt. Dieses Risiko nimmt zu, je länger die Behandlung dauert. Ungefähr ein Drittel der Personen, die längerfristig mit Benzodiazepinen behandelt wurden, dürften Schwierigkeiten haben, die Benzodiazepine zu reduzieren oder abzusetzen. Das Benzodiazepin-Entzugssyndrom ist sehr variabel. Geläufige Symptome sind Angstgefühle, Schlaflosigkeit, Erregbarkeit, Herzklopfen und sensorische Störungen. Abrupte Behandlungsabbrüche bei Personen, die hohe Dosen einnehmen – z.B. mehr als täglich 50 mg Diazepam (Valium® u.a.) – können von epileptischen Anfällen begleitet sein.

Entzugssymptome, die nach einem *Medikamentenwechsel* auftreten, werden manchmal irrtümlich als unerwünschte Wirkungen des neu verabreichten Mittels interpretiert. Dies kann dazu führen, dass das neue Mittel fälschlicherweise in der Dosis reduziert oder gar abgesetzt wird. Wenn es die klinischen Umstände erlauben, ist es ratsam, eine Behandlung mit Psychopharmaka zunächst zu stoppen, allfällige Entzugssymptome abzuwarten und erst dann ein neues Medikament einzuführen. Viele Entzugssymptome können durch langsames Ausschleichen vermieden werden.

Kontrolle der Plasmaspiegel

Die Plasmaspiegel von Psychopharmaka oder ihrer Metaboliten erlauben üblicherweise keinen zuverlässigen Schluss auf die klinische Wirkung, da das Verhältnis zwischen Plasmaspiegel und Wirkung individuell stark variiert. Zwei Personen, die mit dem selben Medikament behandelt werden, können sehr ähnlich auf dieses Medikament ansprechen, auch wenn ihre Plasmaspiegel deutliche Unterschiede aufweisen.⁸

Lithiumspiegel sind jedoch gute Indikatoren sowohl bezüglich Wirksamkeit als auch bezüglich Toxizität. Auch Plasmaspiegel von trizyklischen Antidepressiva und von Clozapin (Leponex® u.a.) können in gewissen Situationen nützlich sein. Die bei der Behandlung einer Epilepsie anerkannten therapeutischen Plasmaspiegel von Carbamazepin und Valproat können auch als

generelle Richtwerte für die Dosierung dieser Medikamente für Personen mit bipolaren Affektstörungen benutzt werden. Für Valproat sind speziell in der Behandlung akuter manischer Phasen therapeutische Plasmaspiegel definiert worden.

Psychomotorische Störungen infolge von Psychopharmaka

Einige Psychopharmaka, insbesondere die Benzodiazepine und sedierende Antidepressiva, beeinträchtigen die psychomotorischen Fähigkeiten, so dass gewisse generelle Regeln befolgt werden sollten.⁹ Mit diesen Medikamenten Behandelte sollten sich des Potentials der psychomotorischen Beeinträchtigung bewusst sein. Dies gilt insbesondere für das Lenken von Autos, das Bedienen von Maschinen und das Velofahren. Auch wenn jemand zu Fuss unterwegs ist, ist die verlangsamte Reaktionszeit von Bedeutung. Wichtig ist ferner der Hinweis auf die Verstärkung der Psychopharmaka-Wirkung durch Alkohol oder illegale Drogen. Im Idealfall sollte Alkohol während der Behandlung vermieden werden. Nach einigen Tagen oder nach gutem Ansprechen auf die Behandlung ist es möglich, dass die psychomotorische Beeinträchtigung abnimmt.

Literatur

- 1 Dolder CR et al. J Clin Psychopharmacol 2003; 23: 389-99
- 2 Desan PH, Powsner S. Crit Care Med 2004; 32 (Suppl): S166-73
- 3 Byrne MK et al. Aust N Z J Psychiatry 2004; 38: 246-53
- 4 Hamann J et al. Acta Psychiatr Scand 2003; 107: 403-9
- 5 Larsson S et al. Subst Use Misuse 2001; 36: 1323-56
- 6 Zubenko GS, Sunderland T. Harv Rev Psychiatry 2000; 7: 311-33
- 7 Mula M, Monaco F. Clin Neuropharmacol 2002; 25: 280-9
- 8 Baumann P et al. Pharmacopsychiatry 2004; 37: 243-65
- 9 Ogden EJ, Moskowitz H. Traffic Inj Prev 2004; 5: 185-98

Kommentar

Der Text handelt von allgemeinen, aber dennoch bedeutsamen Themen der Psychopharmakotherapie. Wenn heute generell empfohlen wird, dass die Medikation während Monaten in unveränderter Dosierung über die Remission einer Episode schizophrener oder affektiver Störungen hinaus weiter geführt werden soll, da in diesem Zeitraum das Rückfallrisiko noch hoch ist, betrifft dies Fragen der Compliance wie des Informed Consent. Beides bleibt jenseits formeller, technischer und organisatorischer Massnahmen in erster Linie eine Funktion der nachhaltigen Arzt-Patienten-Arbeitsbeziehung. Absetzsymptome werden nicht selten unterschätzt und als «Entzugserscheinungen» fehlbezeichnet, weil dadurch in den Bereich «Sucht» gebracht. Dem Patienten oder der Patientin den wesentlichen Unterschied zwischen einem einfachen physiologischen Adaptationsvorgang und dem komplexen Verhaltenssyndrom «Sucht» zu erklären, ist ein Teil des Informed Consent. Wenn auch bei gewissen Substanzen besonders ausgeprägt (beispielsweise Paroxetin), sind Absetzsymptome bei vielen Medikamenten zu erwarten, weshalb gemeinsam ein sorgfältiges Reduktionsschema über ausreichend lange Zeit geplant werden sollte.

Die Frage Fahreignung und Psychopharmaka betrifft einerseits Belange der Sicherheit, andererseits aber auch der Arbeitsrehabilitation: Beeinträchtigungen sind vor allem bei Substanzen mit sedierenden (Neben-)Wirkungen in der Einstellungsphase zu erwarten, weshalb in der Regel eine Karenzfrist von mehreren Wochen abgewartet werden sollte. Danach – und nach Massgabe der individuellen Wirkung – sind Perso-

nen unter Psychopharmaka im allgemeinen fahrfähig, wobei ein Hinweis auf ungünstige Interaktionen (mit anderen Medikamenten, Alkohol, aber auch Übermüdung oder anderweitig reduzierte Befindlichkeit) nicht unterbleiben sollte. Bezüglich epileptischer Anfälle als unerwünschte Wirkung wäre allenfalls noch das bei uns nicht ungebrauchliche Maprotilin (Ludiomil®) zu ergänzen, weshalb hier die Dosisobergrenze bei 200-225 mg/Tag festgelegt ist.

Vielleicht etwas sparsam werden Fragen der paraklinischen Untersuchung behandelt. Sicher nicht zu Unrecht stehen in jüngerer Zeit dabei zwei Bereiche vermehrt zur Diskussion: Potentielle Verlängerungen der QTc-Zeit – vor allem auch im Zusammenhang mit Interaktionen – dürften für einen grosszügigeren Einsatz von EKG-Vorabklärungen und -kontrollen sprechen. Neue Psychopharmaka haben bisweilen auch neue – oder bislang zu wenig beachtete – unerwünschte Wirkungen, so im Bereich des «metabolischen Syndroms», weshalb das Körpergewicht und glykämische bzw. lipidämische Laborparameter vermehrte Berücksichtigung erhalten sollten. In der Schweiz bieten die von der Schweiz. Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie herausgegebenen «Grundlagen der Arzneimitteltherapie» eine kurz gefasste und zuverlässige Informationsquelle, auch zu vielen Belangen der Therapie mit Psychopharmaka. Dieses nützliche Buch ist soeben in einer neuen Auflage erschienen.¹

Peter Zingg

- 1 Buclin T et al. (Herausgeber): Grundlagen der Arzneimitteltherapie. 2005: Documed Basel.

Kommentar zu dieser Nummer:

Dr. P. Zingg, Privatklinik Wyss AG, CH-3053 Münchenbuchsee

Für die Überlassung des Textes danken wir Mary Hemming (Chief Executive Officer) und dem Team der «Therapeutic Guidelines» sehr herzlich.

Die Übersetzung des Textes erfolgte durch Philipp Gysling (Toronto).

Diese Nummer wurde am 17. Juni 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 26 (2004, 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)

Fluvoxamin

A: Felixsan, Floxyfral

D: Fevarin und andere

Mianserin

A: Miabene, Tolvon

D: Tolvin und andere

Paroxetin

A: Seroxat und andere

D: Seroxat und viele andere

Venlafaxin

A: Efectin, Trewilor

D: Efexor, Trevilor

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