

Jahrgang 17

Nummer 22/1995

Venlafaxin (A. Frei) 85

Ein neues Antidepressivum, das selektiv die Wiederaufnahme von Noradrenalin und Serotonin aus dem synaptischen Spalt hemmt. Wirksamer als bisher bekannte Antidepressiva ist es wohl nicht; es verursacht jedoch weniger anticholinerge Nebenwirkungen als die Trizyklika. Es ist noch zu wenig mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern wie Fluoxetin verglichen worden, als dass sein relativer Nutzen zuverlässig abgeschätzt werden könnte.

infomed-screen: Ihr heisser Draht zu den wichtigsten Studien? 87

Synopsis

Venlafaxin

A. Frei

Venlafaxin (Efexor®) wird zur Behandlung aller Arten von Depressionen empfohlen.

Chemie/Pharmakologie

Es handelt sich um eine neue, bitykliche Substanz, ein Phenylethylamin, die mit den bisher verfügbaren Antidepressiva nicht verwandt ist.

Die meisten antidepressiv wirksamen Arzneimittel beeinflussen den Stoffwechsel der biogenen Amine Noradrenalin und Serotonin in den Basalganglien des Gehirns. Die nicht-selektive Beeinflussung anderer Transmitter wie Acetylcholin und Histamin durch die trizyklischen Antidepressiva ist dafür verantwortlich, dass diese Medikamente zahlreiche (namentlich «anticholinerge») Nebenwirkungen verursachen.

Venlafaxin hemmt die Wiederaufnahme von Noradrenalin und von Serotonin sowie – in geringerem Masse – von Dopamin. Das Medikament zeigt in vitro nur eine sehr geringe Affinität zu cholinergen, histaminergen oder adrenergen Rezeptoren.¹ Wie andere Antidepressiva hemmt es die Bindung von Imipramin im Rattenhirn. Venlafaxin hat sich in einigen Tiervershaltensmodellen der Depression als wirksam erwiesen.²

Pharmakokinetik

Das Medikament wird gastro-intestinal zu über 90% resorbiert. Es wird zum Teil schon bei der ersten Leberpassage metabolisiert, wobei insbesondere ein aktiver Metabolit, O-Desmethylvenlafaxin, entsteht. Zwei weitere Metaboliten sind kaum aktiv. Maximale Plasmaspiegel von Venlafaxin und seinem Hauptmetaboliten sind 2 bzw. 4 Stunden nach der Verabreichung erreicht. Es ist nicht

restlos geklärt, wie gross die relative Bedeutung von Venlafaxin und von Desmethylvenlafaxin für die klinische Wirkung ist.

Venlafaxin und seine Metaboliten werden zum grössten Teil über die Nieren ausgeschieden, wobei nur ein geringer Prozentsatz der Originalsubstanz im Urin nachzuweisen ist. Die Eliminationshalbwertszeit ist vergleichsweise kurz und beträgt für Venlafaxin etwa 5 Stunden, für den aktiven Hauptmetaboliten O-Desmethylvenlafaxin etwa 10 Stunden.

Dialysepflichtige Patienten scheiden das Arzneimittel stark verzögert aus. Auch bei Leberzirrhose ist die Eliminationshalbwertszeit etwa doppelt so lange wie bei Gesunden.²

Klinische Studien

Venlafaxin ist in mehreren Studien mit Placebo und mit anderen Antidepressiva verglichen worden. Das neue Medikament wurde in fast allen Studien in drei über den Tag verteilten Dosen verabreicht. Aufgrund seiner kinetischen Eigenschaften lässt sich aber annehmen, dass es ebenso gut nur zweimal pro Tag gegeben werden kann.³

Tatsächlich konnte in einer sechs Wochen dauernden Doppelblindstudie bei 312 ambulanten Patienten mit Depression gezeigt werden, dass Venlafaxin auch bei Verabreichung in zwei täglichen Dosen zu einer gegenüber Placebo signifikanten Abnahme der depressiven Symptome führen kann.⁴ Dabei ist allerdings anzumerken, dass diese mit Venlafaxin-Dosen bis zu 200 mg/Tag erreichten Resultate zwar statistisch signifikant, in ihrer klinischen Bedeutung aber minimal waren.⁵

Wichtig sind die Vergleiche mit anderen Antidepressiva:

In einer ebenfalls sechs Wochen dauernden Doppelblindstudie erhielten 224 ambulante Patienten mit «Major Depression» Venlafaxin, Imipramin (Tofranil®) oder Placebo. Als Beurteilungsgrundlage dienten die vier Beurteilungsskalen HAM-D, MADRS, CGI und HSCL (Abkürzungen siehe Tabelle 1). Die Medikamente wurden dreimal täglich eingenommen und im Verlauf der ersten zwei Wochen (soweit verträglich) allmählich gesteigert. Von der dritten Woche an betrug die Venlafaxin-Tagesdosis durchschnittlich etwa 175 mg, die Imipramin-Tagesdosis etwa 170 mg. Sowohl

Tabelle 1: Skalen zur Beurteilung depressiver Symptome

CGI	Clinical Global Impression
HAM-D	Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression
HSCL	Hopkins Symptom Checklist
MADRS	Montgomery Asberg Depression Rating Scale

Venlafaxin als auch Imipramin führten zu einer gegenüber Placebo signifikanten Abnahme der Punktezahl in den verschiedenen Skalen. Dagegen ergab sich kein eindeutiger Unterschied zwischen Venlafaxin und Imipramin. Über ein Drittel der aktiv Behandelten brach die Studie vorzeitig ab; dies erfolgte in der Imipramin-Gruppe deutlich häufiger wegen unerwünschten Wirkungen.⁶

Venlafaxin ist auch in einer *Langzeit-Doppelblindstudie* mit *Imipramin* verglichen worden. Auch hier handelte es sich um Personen mit «Major Depression». 290 Patienten erhielten Venlafaxin, 91 Imipramin. Die Tagesdosen der verwendeten Medikamente konnten zwischen 75 und 225 mg betragen. In dieser Studie galt das Hauptinteresse den unerwünschten Wirkungen (siehe unten). Nur 30% der mit Venlafaxin und 20% der mit Imipramin Behandelten beendeten die Studie planmässig erst nach einem vollen Jahr; schon nach einem Vierteljahr hatte rund die Hälfte der Patienten die Studie verlassen. Unerwünschte Wirkungen waren jedoch in beiden Gruppen nur bei etwa einem Drittel der Patienten für den Abbruch verantwortlich. Die antidepressive Wirksamkeit wurde mit der CGI-Skala beurteilt; es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Medikamenten.⁷

In einer sechswöchigen placebokontrollierten Doppelblindstudie wurde Venlafaxin auch mit *Trazodon* (Trittico®) verglichen. Von 225 depressiven Patienten beendeten 149 die Studie, die durchschnittlichen Tagesdosen betragen 160 mg Venlafaxin und 300 mg Trazodon. Obwohl sich am Ende der Studie kein signifikanter Unterschied zwischen Venlafaxin-, Trazodon- und Placebo-Gruppe zeigen liess, ergab sich gesamthaft ein eindeutiger Vorteil der beiden (etwa gleichwertigen) aktiven Medikamente.⁸

Mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern ist Venlafaxin bisher nur *sehr wenig* verglichen worden. In einer multizentrischen Doppelblindstudie wurde das neue Medikament mit *Fluoxetin* (*Fluoxetine*®) verglichen. Für diese Studie wurden 68 hospitalisierte Patienten mit «melancholischer» Depression ausgewählt. (Der Begriff Melancholie wird auf depressive Erkrankungen mit ausgeprägten neurovegetativen Symptomen [Schlaf- und Appetitstörungen], einer Rückfall-Anamnese und fehlenden Persönlichkeitsveränderungen im Intervall angewandt. Früher wurde diese Form oft als «endogene» Depression bezeichnet.) Diese Patienten erhielten täglich entweder 200 mg Venlafaxin oder 40 mg Fluoxetin. Die Beurteilung erfolgte nach den drei Skalen MADRS, HAM-D und CGI; die Patienten wurden insgesamt sechs Wochen behandelt und während dieser Zeit siebenmal untersucht. Gegenüber den Ausgangswerten konnte schon nach wenigen Tagen unter beiden Medikamenten eine deutliche Besserung gezeigt werden. Venlafaxin war bei allen Untersuchungsdaten der Vergleichssubstanz überlegen; dieser Unterschied erreichte jedoch erst nach vier und sechs Wochen statistische Signifikanz.⁹ Es scheint also, dass Venlafaxin – ähnlich wie die trizyklischen Antidepressiva – bei dieser besonders schweren Form der Depression wirksamer ist als die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer.

In einer offenen Studie erhielten 84 Patienten mit «*therapieresistenter*» Depression Venlafaxin. Es handelte sich um Kranke, die trotz intensiver Behandlung mit verschiedenen anderen Antide-

pressiva eine «Major Depression» aufwiesen. Die Venlafaxin-Dosis wurde innerhalb der ersten Woche rasch auf 150 mg/Tag eingestellt und in der Folge nach Bedarf bis auf ein Maximum von 450 mg/Tag gesteigert. Gemäss den Resultaten, die bei 70 Patienten während einer Behandlung von 12 Wochen gewonnen wurden, konnte bei 15 bis 20% der Behandelten ein wesentliche und bei weiteren 10 bis 15% eine teilweise Besserung der depressiven Symptome erreicht werden.¹⁰

In einzelnen placebokontrollierten Studien wurde festgestellt, dass die antidepressive Wirkung von Venlafaxin vergleichsweise früh einsetzt.⁴ Die bisher publizierten Vergleiche mit anderen Antidepressiva lassen aber nicht den Schluss zu, dass Venlafaxin nennenswert rascher als die bisher bekannten Medikamente wirkt.

Unerwünschte Wirkungen

Die folgenden Nebenwirkungen betrafen in den klinischen Studien mehr als 10% der Behandelten und waren mindestens doppelt so häufig wie unter Placebo: Brechreiz, Somnolenz, Mundtrockenheit, Obstipation, Nervosität, vermehrtes Schwitzen, Schwächegefühl, verzögerte Ejakulation oder verzögerter Orgasmus, Appetitlosigkeit. Auch über Schlafstörungen und Kopfschmerzen wurde häufig berichtet. Das Medikament kann – besonders in höheren Dosen – zu *Blutdruckanstieg* führen. Dieser spezielle Aspekt ist allerdings bisher nur in einzelnen Studien genauer erfasst worden. In wenigen Fällen wurden auch Gewichtsveränderungen (Abnahme oder Zunahme) beobachtet. Epileptische Anfälle sind beschrieben, bei plötzlichem Absetzen sind Entzugerscheinungen möglich.

Die meisten Symptome treten zu Beginn der Behandlung auf und sind mindestens teilweise dosisabhängig. In den Studien hatte ein Drittel bis die Hälfte der Behandelten Brechreiz, der nicht selten auch zum Absetzen des Medikamentes führte. Bei älteren Leuten ist die Verträglichkeit offenbar nicht schlechter als bei jüngeren. Untersucht wurden insbesondere die Unterschiede zu den trizyklischen Antidepressiva. In der bereits erwähnten Langzeitstudie verursachte Venlafaxin nur etwa halb so häufig «anticholinerge» Nebenwirkungen (z.B. Mundtrockenheit, Herzklopfen) wie Imipramin.⁷ Da noch kaum entsprechende Vergleiche vorliegen, ist dagegen unklar, ob Venlafaxin gleich häufig oder häufiger Nebenwirkungen hervorruft wie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (z.B. Fluoxetin).

Bisher sind offenbar keine tödlich verlaufene Venlafaxin-Vergiftungen bekannt; bei einer Frau, die neben anderen Medikamenten auch 4,5 g Venlafaxin einnahm, kam es zu einer gefährlichen zentralnervösen Dämpfung mit Atemdepression.¹¹

Interaktionen

Bisher sind keine praktisch relevanten Interaktionen beobachtet worden. Da die Substanz aber als potenter Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wirkt, kann sie möglicherweise mit MAO-Hemmern zusammen zu lebensbedrohlichen Allgemeinreaktionen führen. Venlafaxin soll deshalb frühestens 2 Wochen nach dem Absetzen eines MAO-Hemmers verabreicht werden und nach Absetzen von Venlafaxin soll mindestens eine Woche mit der Gabe eines MAO-Hemmers zugewartet werden. Venlafaxin verursacht offenbar keine gefährlichen Interaktionen mit Diazepam, Lithium oder Alkohol.

Dosierung/Verabreichung/Kosten

Venlafaxin (Efexor®) ist als Tabletten zu 37,5, zu 50 und zu 75 mg erhältlich; alle Formen sind kassenzulässig. Zur Behandlung leicht-

ter bis mittelschwerer Depressionen wird empfohlen, anfänglich morgens und abends 37,5 mg (mit dem Essen) zu geben. Bei schwer depressiven Patienten kann die Behandlung mit dreimal täglich 50 mg begonnen werden. Nach Bedarf kann die Dosis allmählich bis auf 375 mg/Tag (verteilt auf drei Einzelgaben) gesteigert werden. Unter Venlafaxin soll der Blutdruck regelmässig kontrolliert werden. Bei Beendigung der Behandlung muss die Dosis schrittweise reduziert werden. In den USA wird empfohlen, dieses Ausschleichen auf zwei Wochen zu verteilen.

Obwohl aus Tierversuchen keine Hinweise auf teratogene Wirkungen vorhanden sind und nach Firmenangaben einzelne menschliche Schwangerschaften ohne Komplikationen verliefen, ist die Ungefährlichkeit des Medikamentes in der Schwangerschaft nicht gesichert. Es ist nicht bekannt, ob Venlafaxin mit der Muttermilch ausgeschieden wird; deshalb wird auch bei stillenden Frauen zu grösster Zurückhaltung geraten.

Bei Patienten mit fortgeschrittenen Nieren- und Leberfunktionsstörungen soll die Venlafaxin-Dosis primär auf die Hälfte reduziert werden. Dosisempfehlungen für ältere Leute können nicht generell formuliert werden.

Die monatlichen Kosten einer Venlafaxin-Behandlung liegen zwischen 71 Franken (für eine Tagesdosis von 75 mg) und etwa 175 Franken (für eine Tagesdosis von 225 mg). Eine hochdosierte Imipramin-Behandlung (200 mg/Tag) kostet dagegen nur knapp 55 Franken, eine Behandlung mit der üblichen 20-mg-Tagesdosis von Fluoxetin wenig mehr als 90 Franken pro Monat.

Kommentar

Venlafaxin wird als erster Vertreter einer neuen Antidepressiva-Klasse, den selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern, propagiert. Es handelt sich zweifellos um ein wirksames Antidepressivum, das jedoch bisher fast nur im Vergleich mit Placebo und älteren Antidepressiva dokumentiert ist. Die einzige bisher publizierte Vergleichsstudie mit Fluoxetin wurde bei «melancholischen» Depressiven, die scheinbar weniger gut auf selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer ansprechen, durchgeführt. Diese Studie lässt vermuten, dass Venlafaxin bei dieser Form von schweren Depressionen ähnlich wirksam ist wie trizyklische Antidepressiva. Über die relative Inzidenz und Gefahr der unerwünschten Wirkungen lässt sich noch nichts definitives aussagen. Im Vergleich mit trizyklischen Antidepressiva scheint Venlafaxin deutlich weniger «anticholinerge» Nebenwirkungen hervorzurufen. Andererseits scheint es fast, als ob das neue Medikament gesamthaft mehr unerwünschte Wirkungen als Fluoxetin und andere Serotonin-Wiederaufnahmehemmer verursache. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Beobachtung erhöhter Blutdruckwerte unter Venlafaxin. Venlafaxin ist möglicherweise eine gute Option bei «melancholischen» Patienten. Bis einmal mehr Daten zu Vergleichen mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und allgemein zu den Nebenwirkungen vorliegen, wird Venlafaxin aber sonst am besten nur bei Patienten verwendet, die auf besser dokumentierte Medikamente und Verfahren nicht ansprechen.

Literatur

- 1 Montgomery SA. J Clin Psychiatry 1993; 54: 119-26
- 2 Holliday SM, Benfield P. Drugs 1995; 49: 280-94
- 3 Troy SM et al. J Clin Pharmacol 1995; 35: 404-9

- 4 Mendels J et al. Psychopharmacol Bull 1993; 29: 169-74
- 5 Morton WA et al. Ann Pharmacother 1995; 29: 387-95
- 6 Schweizer E et al. J Clin Psychiatry 1994; 55: 104-8
- 7 Shrivastava RK et al. J Clin Psychopharmacol 1994; 14: 322-9
- 8 Cunningham LA et al. J Clin Psychopharmacol 1994; 14: 99-106
- 9 Clerc GE et al. Int Clin Psychopharmacol 1994; 9: 139-43
- 10 Nierenberg AA et al. J Clin Psychopharmacol 1994; 14: 419-23
- 11 Fantaskey A, Burkhart KK. J Toxicol Clin Toxicol 1995; 33: 359-61

In eigener Sache

infomed-screen: Ihr heisser Draht zu den wichtigsten Studien?

Niemand bezweifelt, dass es ständig schwieriger wird, unser persönliches medizinisches Wissen *up to date* zu halten. Niemand bezweifelt auch, dass wir uns in den kommenden Jahren noch mehr als bisher darum bemühen müssen, die sogenannten Gesundheitskosten im Zaum zu halten. Es überrascht daher nicht, dass der Ruf nach «Evidence Based Medicine» – einer Medizin, die sich an reproduzierbaren, zuverlässigen Daten orientiert – immer lauter wird. Unser Blatt hat seit Anbeginn Daten aus kontrollierten Studien bevorzugt und den relativen Nutzen verschiedener Medikamente auch in diesem Sinn interpretiert.

Es sind vor allem zwei Umstände, die mich veranlassen, eine Ergänzung von pharma-kritik zu planen:

Erstens ist offensichtlich, dass sich das *Tempo*, mit dem *neue Erkenntnisse* hervorgebracht werden, beschleunigt hat und in den nächsten Jahren noch mehr beschleunigen wird. So stelle ich beispielsweise fest, dass unser 1994 erschienen Buch «Hundert wichtige Medikamente» schon heute, rund zwei Jahre später, in mehreren Abschnitten revisionsbedürftig ist. Für eine neue Auflage, die nicht vor Herbst 1997 erscheinen wird, muss das Buch daher erheblich überarbeitet werden. Es besteht aber grundsätzlich ein Bedürfnis nach mehr oder weniger kontinuierlicher Information. Dieses Bedürfnis kann teilweise durch die Verwendung elektronischer Medien abgedeckt werden. Viele Kolleginnen und Kollegen lesen aber einen Text immer noch viel lieber auf Papier als auf dem Bildschirm. Zudem sind medizinische Informationen z.B. im Internet nur sehr selten in einer unserer Landessprachen zu lesen (unsere eigenen Internet-Publikationen sind eine Ausnahme!).

Zweitens beunruhigt mich die bisher vorwiegend in den USA sichtbare Entwicklung, dass es mehr und mehr *Nicht-Ärzte* sind, die *über die «beste» Behandlung entscheiden*. Dass Leute, die mit individuellen Kranken und ihren Schicksalen keinen direkten Kontakt haben, gewissermassen vom Schreibtisch aus darüber befinden, wie unsere medizinischen Ressourcen eingesetzt werden sollen, ist dem Wohl der Patienten langfristig sicher abträglich. Zu verlockend ist es, sich von abstrakten Algorithmen und überwiegend wirtschaftlichen Überlegungen leiten zu lassen und den Praktiker auf vermeintlich narrensichere «Guidelines» festzulegen. So sehr ich persönlich von rationalen Prinzipien in der Medizin überzeugt bin, so sehr möchte ich mich auch dafür engagieren, dass diese Prinzipien nicht stur über den Kopf der praktisch tätigen Ärztinnen und Ärzte hinweg appliziert werden. Dies bedeutet aber gleichzeitig, dass wir uns *alle immer wieder selbst aktiv* mit Veränderungen auseinandersetzen müssen und nicht selten auch

vertraute Gewohnheiten über Bord werfen müssen. Nur wenn wir uns auf dem laufenden halten, sind wir der Herausforderung einer «Evidence Based Medicine» gewachsen.

Zusammen mit einer der nächsten pharma-kritik-Nummern werden alle Abonentinnen und Abonnenten ein zweites «Muster» von *infomed-screen* erhalten. Sie erinnern sich: wir haben Ende 1995 einmal eine vierseitige Beilage dieses Namens mitgesandt. Diesmal sollen es acht Seiten sein, entsprechend dem Umfang, den das geplante Blatt auch später haben soll.

Ich bin sehr glücklich, für diesen zweiten Versuchsballon *zwei Kopiloten* gefunden zu haben, die dafür verantwortlich sind, dass praxisrelevante und wissenschaftlich einwandfreie Studien ausgewählt wurden: *Benedikt Holzer*, ein Thuner Allgemein- und Tropenmediziner, der mit pharma-kritik seit vielen Jahren eng verbunden ist, hat diese Probenummer betreut. Bei *Matthias Egger*, dem Koordinator der schweizerischen Gruppe der «Cochrane Collaboration» hat er kompetente Unterstützung gefunden. Wenn sich unser Projekt realisieren lässt, darf ich damit rechnen, dass diese beiden Kollegen auch weiterhin für *infomed-screen* hauptverantwortlich zeichnen.

Die *erklärte Absicht* von *infomed-screen* ist es, praktisch tätigen Ärztinnen und Ärzten den Zugang zu guten, randomisierten Studien und entsprechenden Metanalysen zu erleichtern. Ausserdem sollen von Zeit zu Zeit praxisorientierte Leitfäden und Kommentare zu bedeutsamen neuen Entwicklungen erscheinen. Schliesslich wird *infomed-screen* regelmässig Angaben zu elektronischen Informationsquellen publizieren, um auch in dieser Weise möglichst viele Elemente einer «Evidence Based Medicine» leicht verfügbar zu machen. Es ist klar, dass *infomed-screen* auch für viele andere, z.B. Apothekerinnen und Apotheker, eine ideale Ergänzung zu unseren bisherigen Publikationen darstellt.

Wie pharma-kritik soll auch *infomed-screen* *insetratefrei* erscheinen. Ich habe im Laufe der Jahre mit vielen Leuten darüber diskutiert, ob pharma-kritik denn notwendigerweise *insetratefrei* sein müsse. Ich bin durchaus nicht ein fanatischer Werbegegner. Wenn aber eine Publikation dieser Art in der Lage sein soll, unabhängig von finanziellen Überlegungen zu berichten, so gibt es meines Erachtens keine andere dauerhafte Lösung, als eben konsequent *insetratefrei* zu bleiben. Es gibt zu viele Beispiele von sogenannten Fachzeitschriften, die demonstrieren, wie penetrant der Industrie-Einfluss sein kann.

Die *Insetratefreiheit* bringt den Zwang zu sehr grosser Bescheidenheit mit sich. Die *Nachteile*, die sich daraus ergeben, sind keineswegs zu vernachlässigen. Nicht nur sind unsere Löhne klein, auch unsere Möglichkeiten, wünschenswerte, ergänzende Aktivitäten zu realisieren, sind sehr gering. Um mehr anbieten zu können, braucht es meistens zusätzlichen «manpower» (oder «womanpower») und dafür fehlt einfach das Geld. Nicht zu vernachlässigen sind aber auch die bedeutsamen *Vorteile*, insbesondere für die Abonentinnen und Abonnenten. Neben der Unabhängigkeit, die für pharma-kritik eine Selbstverständlichkeit darstellt, profitieren Leserinnen und Leser von der Verpflichtung zur Kürze. Ein Blatt, das auf wenigen Seiten die essentiellen Daten bringt, ist doch um einiges leichter zu lesen als eines, in dem man die wesentlichen Elemente selbst herausuchen muss.

Weil *infomed-screen* auf der gleichen «Philosophie» wie pharma-kritik beruhen soll, kann ich das neue Blatt vorläufig *nicht als Tatsache, sondern nur als Projekt* vorstellen. Wir können uns einfach nicht leisten, *infomed-screen* gewissermassen vorzufinanzieren. Dies bedeutet, dass sich das Projekt nur realisieren lässt, wenn sich eine genügend grosse Zahl von Leuten zu einer Subskription verpflichtet. Der Abonnementspreis für 80 Seiten Infor-

mation pro Jahr wird ungefähr gleich hoch sein wie für ein pharma-kritik-Jahresabonnement. Wir benötigen ein Minimalbudget von knapp 100'000 Franken. Gelingt es nicht, diesen Betrag durch Subskription sicherzustellen (d.h. etwas mehr als 1000 Leute für unser Projekt zu begeistern), so wird das Projekt wohl oder übel begraben. Schade wäre es schon, bietet es doch eine Chance, eine moderne, deutschsprachige Alternative zu englischen und amerikanischen Publikationen (z.B. *Journal Watch*, *ACP Journal Club*) zu entwickeln.

Die neue Publikation soll aber nicht nur gedruckt, sondern *auch elektronisch* erhältlich werden. Statt eines «Blattes» könnten Abonentinnen und Abonnenten die gleiche Information auch auf Diskette erhalten. Das letztere Abonnement hätte den Vorteil, dass sich die Information in dieser Form ganz einfach auf dem Computer sammeln und durchsuchen liesse. Wir werden auch prüfen, ob sich eine Zustellung über das Internet (als e-mail oder in einer anderen Form) realisieren lässt. Wer weiss, vielleicht bahnt die neue Publikation auch neue Wege für pharma-kritik.

Gerne empfehle ich daher unseren zweiten *infomed-screen*-Versuch, den Sie im August 1996 erhalten werden, Ihrer besonderen Aufmerksamkeit. Sie werden bis Ende Oktober Zeit haben, uns mit Ihrer Subskription grünes Licht für mehr gute Information zu geben.

Etzel Gysling

Ulf Käsemodel gestorben

Am 16. Juli 1996 ist Ulf Käsemodel im Alter von 35 Jahren gestorben. Er war 1989/90 während ungefähr eines Jahres bei pharma-kritik Redaktionsassistent und hat sich anschliessend zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgebildet. Sein Interesse an kritisch evaluierter Arzneimittel-Information ist aber auch wach geblieben, als er sich schon ganz der Psychiatrie zugewandt hatte. So hat er z.B. eines der Kapitel im Buch «Hundert wichtige Medikamente» verfasst. Mit Ulf habe ich viele anregende Diskussionen über medizinische Themen, aber auch über Musik und andere kulturelle Belange geführt. Er gehörte zu den Kollegen, die mir und dem pharma-kritik-Team über die Jahre freundschaftlich verbunden geblieben sind. Opfer einer schweren iatrogenen Krankheit, musste er vor ein paar Monaten seine Praxis, die ihm in kurzer Zeit viel Freude bereitet hatte, wieder aufgeben. Er wird mir als ein lebensfroher Mensch in Erinnerung bleiben.

Etzel Gysling

Diese Nummer wurde am 19. Juli 1996 redaktionell abgeschlossen.

pharma-kritik

Herausgegeben von Etzel Gysling (Wil)

unter Mitarbeit von Renato Galeazzi (St. Gallen) & Urs A. Meyer (Basel)

Redaktion: Thomas Kappeler, Peter Ritzmann

Externe redaktionelle Mitarbeiter: Benedikt Holzer, Michael M. Kochen,

Peter Koller, Eva Maurer, Johannes Schmidt

Verlagsmitarbeiterin: Judith Künzler

Bezugspreise: Jahresabonnement Fr. 94.- (Studierende Fr. 47.-),

Zweijahresabonnement Fr. 158.-, Einzelnummer Fr. 7.-

Infomed-Verlags-AG, Postfach 528, 9501 Wil

Telefon (071) 910 08 66, Telefax (071) 910 08 77, e-mail infomed@ping.ch

Unsere Adresse im INTERNET: <http://www.infomed.org>

© 1996 Etzel Gysling Wil. All rights reserved.