

---

# HIV•REPORT.DE

---

HERAUSGEGEBEN VON DER DEUTSCHEN AIDS-HILFE E.V.

---

Ausgabe Nr. 05/2008 vom 27.05.2008

## INHALT

**Frühes virologisches Versagen der Kombination Truvada + Virmue in der Ersttherapie.....2**

Kommentar.....2

**Ziagen oder Videx = Herzinfarkt???...3**

**Frühzeitiger Hinweis auf eine laufende Überprüfung der Sicherheit von Ziagen (Abacavir) und Videx (ddl) .....4**

**Patient(inn)en nicht im Regen stehen lassen – für eine industrieunabhängige Patienteninformation.....5**

Kommentar.....7

## INFO+ Sexuell übertragbare Krankheiten

Die Broschüre richtet sich an Mitarbeiter/innen in Beratungsstellen und Arztpraxen sowie an interessierte Laien. Der Schwerpunkt

liegt in den genauen Beschreibungen von Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten. Dabei wird auf die Besonderheiten in Zusammenhang mit HIV hingewiesen, z.B. der leichteren Übertragung von HIV bei Vorliegen von STDs

als auch auf Besonderheiten bei Erkrankungsverlauf, Diagnostik und Therapie im Falle von Koinfektionen.



Aktualisiert wurden in der 2. Auflage (im Vergleich zur 1. Auflage von 2007) v.a. folgende Themen: Infektiosität und HIV-Viruslast unter stabiler antiretroviraler Therapie, Beschneidung und HIV (WHO-Empfehlung zu Heterosexuellen und Forschungsstand bei MSM), Stand der Forschung zu Mikrobiziden, Diaphragma, PREP und Impfungen gegen HIV, Finanzierung der nicht-beruflichen HIV-PEP (Änderung im Herbst 2007), HPV-Impfstoffe, Chamydien-Screening für junge Frauen (seit 1.1.2008 in Deutschland eingeführt) und Chlamydien-Diagnostik, Feigwarzen-Therapie, Epidemiologische Zahlen zu HIV, Syphilis und anderen STD.

**2., überarbeitete Auflage (April 2008), DIN A5**

**176 Seiten, Bestellnummer: 026133**

[Online Bestellen](#)

## Frühes virologisches Versagen der Kombination Truvada + Viramue in der Ersttherapie

Die Kombination aus Viread (Tenofovir), Emtriva (FTC) oder Epivir (3TC) und Viramune (Nevirapin) ist in verschiedenen Therapieleitlinien als Kombination für die Behandlung von nicht vorbehandelten HIV-Patienten gelistet, do auch in der aktuelle Fassung der Deutsch-Österreichischen Therapieempfehlungen. Hier wird bei Viramune lediglich gewarnt, beim Einsatz bei vorbestehender Lebererkrankung, Männern mit mehr als 400 CD4/ $\mu$ l und bei Frauen mit mehr als 250 CD4/ $\mu$ l Vorsicht walten zu lassen.

Allerdings ist diese Kombination nie in prospektiven, hinreichend gepowerten, klinischen Studien untersucht worden. Nun haben die Ergebnisse einer kleinen Studie Bedenken bezüglich der antiviralen Wirksamkeit dieser Kombination geschürt.

In einer open-label-Studie (also eine Studie, in der die behandelnden Ärzte und die Patienten genau wissen, welche Medikamente eingenommen werden) erhielten bislang nicht vorbehandelte HIV-Patienten entweder Truvada (einmal täglich) + Viramune (200 mg, zweimal täglich) oder Truvada + mit Norvir geboostetes Reyataz [1].

Die Patienten wurden nach dem Zufallsprinzip den beiden Studienarmen zugeteilt. Primäres Ziel der Studie war die Bewertung der Veränderungen der Blutfettwerte.

Im April 2007 entschieden sich die Studienleiter, zu einem extrem frühen Zeitpunkt (die Studie war noch in der Rekrutierung) eine ungeplante Zwischenauswertung der antiretroviralen Wirksamkeit vorzunehmen, nachdem Daten der DAUFIN-Studie ein frühes Therapieversagen der Medikamentenkombination Viread + Epivir + Viramune zeigten [2].

Zum Zeitpunkt der Zwischenauswertung waren nur sieben Patienten in jedem Arm. Trotz der nur 12-wöchigen Therapie zeig-

ten drei der sieben Patienten im Viramune-Arm der Studie ein virologisches Therapieversagen – im Vergleich zu keinem der Patienten im Reyataz-Arm.

Bei alle drei Patienten mit Therapieversagen konnten zu diesem Zeitpunkt Resistenzmutationen nachgewiesen werden – bei Studienbeginn lagen keiner Resistenzen vor:

Patient 1: K65R, Y181C, und G190A

Patient 2: T69N, K101E, Y181C und M184V

Patient 3: K103N, Y181C und M184V.

Diese drei Patienten berichteten eine gute Therapietreue und es konnten hinreichend hohe Talspiegelkonzentrationen von Viramune nachgewiesen werden (> 3mg/dl). Alle drei Patienten hatten vor Therapiebeginn eine hohe Viruslast (> 100.000 RNA-Kopien/ml) und eine niedrige Zellzahl (< 200 CD4-Zelle/ $\mu$ l).

Die Studie wurde aufgrund dieser Daten sofort gestoppt.

### Kommentar

Die Daten über die Kombination von Viread, Emtriva (oder Epivir) und Viramune sind extrem widersprüchlich mit Besorgnis erregenden Berichten über frühes virologisches Therapieversagen aus mindestens zwei kleinen prospektiven klinischen Studien. Eine große, industriegesponserte, klinische Studie zur Evaluation der Kombination Truvada + Viramune oder geboostetes Reyataz läuft derzeit. Solange diese Ergebnisse nicht vorliegen, ist die Kombination aus Viread + Emtriva (oder Epivir) + Viramune keine sichere Option für die initiale HIV-Therapie.

<sup>1</sup> Lapadula G et al. Risk of early virological failure of once-daily tenofovir-emtricitabine plus twice-daily nevirapine in antiretroviral therapy-naïve HIV-infected patients. *Clin Infect Dis* 2008 Apr 1; 46:1127

<sup>2</sup> <http://www.retroconference.org/2007/Abstracts/29768.htm>



## Ziagen oder Videx = Herzinfarkt???

Auf der diesjährigen Retroviruskonferenz hat das Poster 957c [<sup>3</sup>] für Furore gesorgt, stellte sich doch in der Analyse der D:A:D-Studie heraus, dass es eine Beziehung zwischen dem Einsatz von Ziagen oder Videx und Herzinfarkten gibt. Das Poster war aus Sicht der Redaktion so problematisch (extreme Selektion von Daten, die eine vernünftige Interpretation schlicht unmöglich gemacht hat), dass wir bislang darüber nicht berichtet haben.

In der Ausgabe vom 26. April 2008 des Lancet ist nun die Analyse publiziert worden [<sup>4</sup>].

Hier die Ergebnisse:

Bis zum 1. Februar 2007 sind in dieser, aus mehreren großen und kleinen Kohorten zusammengesetzten D:A:D-Studie (also eher so etwas was wie eine Meta-Kohorte) 33.347 Patienten mit einer Beobachtungszeit von insgesamt 157.912 Personenjahren eingeschlossen worden (mediane Beobachtungszeit pro Patient 5,1 Jahre). Über diesen Zeitraum haben 517 Patienten einen Myokardinfarkt erlitten (Event-Rate 3,3 pro 1.000 Personenjahre).

Von diesen 517 Patienten hatten 509 antiretrovirale Therapien eingenommen. 59 dieser 509 waren zum Zeitpunkt des Infarkts in einer Therapiepause. Zum letzten Datenpunkt vor Diagnose des Infarkts betrug die mediane CD4-Zellzahl 420 Zellen/µl (Bereich 1 – 1.686), der mediane CD4-Nadir (niedrigste jemals gemessene CD4-Zellzahl) betrug 130 Zellen/µl (Bereich 0 – 1.020). 262 (51 %) der 517 Patienten mit Myokardinfarkt hatten zum letzten Datenpunkt vor Diagnose des Infarkts eine Viruslast unter 50 RNA-Kopien/ml.

Die Infarkt-Patienten waren älter, häufiger Männer, aktive Raucher, hatten häufiger kardiovaskuläre Erkrankungen in der Familiengeschichte und hatten mit einer größeren Wahrscheinlichkeit einen Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Lipodystrophie oder Fettstoffwechselstörungen als die

restlichen 32.830 Patienten der D:A:D-Studie, die keinen Myokardinfarkt hatten.

Wurden verschiedene Rechenmodelle zur Vorhersage des 10-Jahres-Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen angewendet, zeigte sich, dass 33 % der Patienten mit Myokardinfarkt ein hohes Risiko und 37 % ein moderates Risiko hatten – im Vergleich zu 6 % bzw. 18 % der restlichen Patienten.

90 % der Patienten ohne Myokardinfarkt hatten eine antiretrovirale Therapie eingenommen.

Für die Interpretation dieser Ergebnisse wäre es wichtig gewesen, die Zahl der Infarkte in einer risikovergleichbaren, nicht HIV-positiven Population anzugeben. Das ist zugegebenermaßen insgesamt ein ausgesprochen kniffliges Verfahren, das das Infarktrisiko (und damit auch die Zahl der zu erwartenden Infarkte) unter anderem auch abhängig vom Wohnort und der ethnischen Herkunft ist. Bei gleichem Risiko (etwa Rauchen, Mann, 45 Jahre, Bluthochdruck, hohe Blutfettwerte) unterscheidet sich das Risiko wesentlich, wenn man etwa in Südfrankreich oder in Bremen lebt.

So lässt sich nicht wirklich sagen, ob und wenn ja wie viel mehr Infarkte man im Vergleich zum sogenannten „Hintergrundrauschen“ gesehen hat. Mit anderen Worten: es ist schwer nachvollziehbar, was an der, sich in den verschiedenen nachfolgenden statistischen Analysen herauskristallisierte Beziehung wirklich dran ist.

Dazu kommen noch wissenschaftliche / methodologische Probleme mit Beobachtungsstudien / Kohorten, wie sie von Michael D. Hughes und Paige L. Williams in der Ausgabe des New England Journals of Medicine vom 26. April 2007 dargestellt werden [<sup>5</sup>].

Es kann also derzeit keinesfalls belastbare schlussgefolgert werden, dass der Einsatz von Ziagen oder Videx das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen erhöht.

<sup>3</sup> <http://www.retroconference.org/2008/Abstracts/33471.htm>

<sup>4</sup> <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608604237/abstract>

<sup>5</sup> <http://content.nejm.org/cgi/content/extract/356/17/1705>



## Frühzeitiger Hinweis auf eine laufende Überprüfung der Sicherheit von Ziagen (Abacavir) und Videx (ddl)

Diese Information spiegelt die derzeitige Analyse der FDA der verfügbaren Daten über diese Medikamente wieder. Die Veröffentlichung dieser Informationen bedeutet nicht, dass die FDA schlussgefolgert hat, es gäbe eine ursächliche Beziehung zwischen diesen beiden Medikamenten und aufgetauchten Fragen der Arzneimittelsicherheit. Die Veröffentlichung bedeutet auch nicht, dass die FDA verschreibenden Ärzten dazu rät, diese Medikamente nicht mehr zu verschreiben. Die FDA berät – ist aber noch nicht zu einer Schlussfolgerung gelangt – ob diese Informationen eine Handeln der Zulassungsbehörden erfordern. Die FDA beabsichtigt, dieses Dokument upzudaten, wenn zusätzlich Informationen oder Analysen verfügbar werden.

Die FDA ist über die jüngsten Analyseergebnisse von Daten, die im Rahmen der *The Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs (D:A:D) Studie* gesammelt worden sind in Kenntnis gesetzt worden. Die D:A:D-Studie ist ein große Beobachtungsstudie an 33.347 HIV-1-infizierten Patienten aus Nordamerika, Europa und Australien. Die Patienten dieser Studie werden beobachtet, um die Kurzzeit- und Langzeitnebenwirkungen der Behandlung mit gegen HIV gerichteten Medikamenten zu bewerten.

Die Analysen der Daten, die bis zum 1. Februar 2007 gesammelt worden sind, untersuchten das Risiko für Myokardinfarkte (Herzinfarkt) bei Patienten, die ausgewählte HIV-Medikamente aus der Medikamentenklasse, die als nukleosidanaloge Reverse Transkriptase-Hemmer (NRTI) bekannt sind, einnehmen – Zidovudin, Stavudin, Abacavir, Didanosin und Lamivudin. Diese Analysen beschreiben ausdrücklich das relative Risiko für Herzinfarkte bei kumulativer Einnahme, jüngster Einnahme (aktuelle Einnahme oder Einnahme innerhalb der letzten sechs Monate) und Einnahme in der Vergangenheit (letzt Einnahme länger als sechs Monate her) dieser Medikamente.

Die Analysen zeigten, dass die jüngste Einnahme von Abacavir oder Didanosin mit einem erhöhten Risiko für einen Herzinfarkt vergesellschaftet ist. Patienten, die eins dieser Medikamente einnehmen, haben ein höheres Risiko, einen Herzinfarkt zu bekommen, als Patienten, die andere Medikamente einnehmen. Das Risiko scheint sich nicht über die Zeit zu erhöhen, sondern bleibt stabil und scheint – nachdem Abacavir oder Didanosin nicht mehr eingenommen werden – reversibel zu sein.

Im Herbst 2007 wurden die vorläufigen Ergebnisse der Analysen der D:A:D-Studie dem Hersteller von Abacavir GlaxoSmithKline (GSK) mitgeteilt. GSK führte eine Suche ihrer eigenen Datenbank der klinischen Studien durch. Die Ergebnisse der GSK-Analyse sind nicht zwingend, zeigten aber kein erhöhtes Risiko. Bristol Myers Squibb (BMS), der Hersteller von Didanosin, führte ebenfalls eine Suche ihrer eigenen Datenbank der klinischen Studien durch und fand ebenfalls kein mit der Einnahme von Didanosin vergesellschaftetes erhöhtes Risiko für Herzinfarkte. Auch die Ergebnisse der BMS-Analyse sind nicht zwingend.

Die wesentlichen Ergebnisse der D:A:D-Studie sind:

- Die Erhöhung des Risikos für Herzinfarkt bei Patienten die bestimmte NRTI einnehmen, scheint bei Patienten größer zu sein, die zusätzlich noch andere Risiken für Herzerkrankungen haben. Risikofaktoren schließen vorherige Herzerkrankungen, hohe Cholesterinwerte, hoher Blutdruck, Diabetes, Rauchen und Alter ein.
- Bestimmte Analysen fanden, dass sich das Risiko für Herzinfarkte um 49 % bei Patienten, die Didanosin und um 90 % bei Patienten, die Abacavir einnehmen, erhöht.
- Das erhöhte Herzinfarktrisiko verbleibt über die Zeit der Therapie stabil und der Effekt konnte nicht



mehr gesehen werde, wenn diese Medikamente sechs Monate oder länger nicht mehr eingenommen worden sind.

Derzeit ist die FDA der Überzeugung, dass die Analysen der Daten der D:A:D-Studie unvollständig sind. Es wurden keine Analysen zur Bewertung des Herzinfarkttrisikos bei Patienten durchgeführt, die Tenofovir oder Emtricitabin einnehmen – zwei andere Medikamente aus der Klasse der NRTI. Die FDA wird jedoch die Bewertung der Gesamtrisiken und des Gesamtnutzen von Abacavir und Didanosin fortführen. Diese Evaluation kann möglicherweise in der Notwendigkeit der Anpassung der Produktinformation führen. Solange wie diese Evaluation nicht fertig gestellt ist, sollten behandelnde Ärzte die potentiellen Risiken und den potentiellen Nutzen

jedes der HIV-Medikamente, das ihre Patienten einnehmen, bewerten – einschließlich Abacavir und Didanosin.

Die frühzeitige Kommunikation findet in Übereinstimmung mit der Verpflichtung der FDA statt, die Öffentlichkeit über laufende Sicherheitsüberprüfungen von Medikamenten zu informieren. Die FDA arbeitet mit den Herstellern von Abacavir und Didanosin zusammen, um die Risiken und den Nutzen, der mit dem Einsatz dieser Produkte vergesellschaftet ist, vollständig zu evaluieren. Sobald dieser Prozess beendet ist, wird die FDA die Schlussfolgerungen und Empfehlungen öffentlich kommunizieren.

Quelle:

[http://www.fda.gov/cder/drug/early\\_comm/abacavir.htm](http://www.fda.gov/cder/drug/early_comm/abacavir.htm) – erstellt am 27. März 2008, zuletzt auf Aktualität kontrolliert am 26. Mai 2008

## Patient(inn)en nicht im Regen stehen lassen – für eine industrieunabhängige Patienteninformation

Gesundheitsinformationen sind ein wichtiger und notwendiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Damit Patient(inn)en eine sachgerechte Entscheidung in Gesundheitsfragen treffen können, brauchen sie unabhängige und ausgewogene Informationen. Gesundheitsinformationen müssen:

**Zuverlässig sein:** Gesundheitsinformationen müssen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen (unter Angabe der Datenquellen).

**Unabhängig sein:** Es muss deutlich werden, wer die Information verfasst hat und wie sie finanziert wurde. Dies ermöglicht es Patient(inn)en, Informationen, die durch Interessenkonflikte beeinflusst sind, zu erkennen.

**Vergleichend sein:** Dazu gehören die Darstellung der Wirksamkeit und des möglichen Schadens aller vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten sowie der möglichen Folgen eines Verzichts auf Behandlung. Des Weiteren sollten Angaben zu Ursache und Verlauf der Erkrankung oder des Problems bereitgestellt werden.

**Anwender/innenfreundlich sein:** Die Informationen sollten verständlich und leicht zugänglich sein sowie den kulturellen Hintergrund berücksichtigen.

Mit Sorge beobachten wir, dass die Grenzen zwischen Arzneimittelwerbung und Gesundheitsinformation zunehmend verwischen. Schon heute nutzen Firmen gesetzliche Regelungslücken und mangelnde Überwachung durch die Behörden, um tendenziöse Gesundheitsinformation und indirekte Produktwerbung auch für rezeptpflichtige Arzneimittel, z.B. über das Internet zu verbreiten. Für die Verbraucher/innen wird es so immer schwieriger, unabhängige Gesundheitsinformationen von Werbung zu unterscheiden. Diese Situation könnte sich in naher Zukunft weiter verschärfen.

Die Europäische Kommission plant noch in diesem Jahr einen neuen Gesetzesvorschlag im Bereich der Arzneimittelwerbung und Patienteninformation. Zwar soll nach Aussagen der Kommission das Verbot der Laienwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel erhalten bleiben, die vorgesehene Gesetzesänderung würde es der Pharma-



industrie jedoch erlauben, „Informationen“ über Gesundheit / Krankheit und Arzneimittel direkt an die Verbraucher/innen zu richten. [6] Träger der Information sollte jedoch immer eine unabhängige Institution sein, die keine unmittelbaren ökonomischen Interessen an der Produktvermarktung hat. Deshalb führt das Argument der EU-Kommission, Information nur auf Basis der Qualität, nicht aber aufgrund der Quelle der Information zu beurteilen, bewusst in die Irre. [7]

Die primäre Rolle der Pharmaindustrie im Bereich Information ist die Erstellung von qualitativ hochwertiger Fachinformation für Ärzte und Ärztinnen einerseits und Patient(inn)en andererseits (Packungsbeilagen). Pharmazeutische Unternehmen haben darüber hinaus die Pflicht, *alle* Studien zu registrieren und für die lückenlose Veröffentlichung auch von Studien mit negativen Ergebnissen zu sorgen [8] sowie Berichte über unerwünschte Arzneimittelereignisse zeitnah an die Bundesoberbehörden zu melden. Im Rahmen der Förderung unabhängiger Patienteninformation sind ein öffentliches Register, in das alle Studien eingetragen werden müssen und eine öffentliche Datenbank für unerwünschte Arzneimittelwirkungen erste Schritte. Diese Themen werden im Vorschlag der EU-Kommission aber überhaupt nicht angesprochen.

Verbraucher(inn)en benötigen gerade aufgrund der unübersichtlichen Zahl von Gesundheitsinformationen in den Medien (und besonders im Internet) eine klare Unterscheidung zwischen Werbung und Information. [9] Um eine rationale Ent-

scheidung für die eigene Gesundheit treffen zu können, brauchen sowohl Patient(inn)en als auch die Öffentlichkeit unabhängige, vergleichende Informationen zum Für und Wider aller Behandlungsmethoden. Dazu gehört neben medikamentösen und nichtmedikamentösen Methoden auch die Möglichkeit, auf Behandlung zu verzichten. Pharmafirmen und von ihnen finanzierte „Partner“ können dies nicht leisten, denn wer Produkte verkaufen will, kann nicht neutral informieren.

Die Erstellung qualitativ guter Informationen für Patient(inn)en und Verbraucher/innen erfordert daher eine klare Trennung der Rollen der unterschiedlichen handelnden Akteure: die klare Etikettierung und informative Packungsbeilage durch die Unternehmen; vergleichende Informationen zu Gesundheit, Krankheiten und Behandlungen durch industrieunabhängige Einrichtungen, Beschäftigte im Gesundheitswesen, Verbraucherschutzorganisationen und unabhängige Patient(inn)enverbände.

### **Unabhängige Gesundheitsinformation ist eine öffentliche Aufgabe.**

Wir fordern:

- Die Aufrechterhaltung des Verbots der Verbraucherwerbung für rezeptpflichtige Arzneimittel einschließlich des Verbots so genannter Informationsangebote durch die Industrie.
- Eine stärkere Kontrolle und Ahndung von Verstößen gegen geltendes EU- / nationales Recht.
- Die Bereitstellung von verständlicher vergleichender Informationen über Arzneimittel durch unabhängige Einrichtungen.
- Eine bessere Vernetzung und finanzielle Stärkung der bestehenden unabhängigen Informationsangebote.
- Eine Registrierung aller Studien in einem öffentlichen Register sowie die Veröffentlichungspflicht aller zu einem Medikament durchgeführten Studien.

<sup>6</sup> Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat zum Bericht über die gegenwärtige Praxis der Bereitstellung von Arzneimittelinformationen für Patienten, Brüssel 20.12.2007 KOM (2007) 862 endgültig, <http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/new.htm> sowie Konsultation [http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2008/2008\\_02/info\\_to\\_patients\\_consult\\_200802.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2008/2008_02/info_to_patients_consult_200802.pdf)

<sup>7</sup> Commission staff working document – Background information supportive to the Communication from the Commission to the European Parliament and the Council concerning the Report on Current Practice with Regard to Provision of Information to Patients on Medicinal Products, in the form of different annexes, Brüssel 18.12.2007 COM(2007) 862, SEC(2007) 1740

<sup>8</sup> Dass eine Unterschlagung negativer Daten immer wieder geschieht, zeigt der jüngste Fall von Novo Nordisk. Hier wurden wichtige Studienergebnisse zu Insulinanaloga unter Verschluss gehalten (<http://www.iqwig.de/kurzwirksame-insulinanaloga-bei-diabetemellitus.658.html>). Ein weiteres Beispiel ist die selektive Publikation zur Wirksamkeit von Antidepressiva (Turner et al. Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy N Engl J Med 358;3, p 252)

<sup>9</sup> Die Frage, ob Informationen aktiv („push“) und passiv („pull“) verbreitet bzw. rezipiert werden – wie die Kommission vorschlägt –, ist als vorrangiges Unterscheidungskriterium zwischen Werbung und Information allerdings ungeeignet.



- Die unverzügliche Meldung unerwünschter Arzneimittelereignisse an die zuständige Oberbehörde sowie die Aufnahme in eine öffentliche Datenbank.

Diese Stellungnahme ist initiiert von der BUKO Pharma-Kampagne, der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. (IPPNW) Deutschland, der Bundes-Arbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen (BAGP) sowie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Berlin, München und Bielefeld, 7. April 2008

Diese Stellungnahme wird außerdem von den folgenden Organisationen unterstützt: Bioskop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien

Breast Cancer Action Germany

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V.

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte e.V. (MEZIS e.V.)

Netzwerk Frauengesundheit Berlin

Psoriasis Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft e.V.

Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten

## Kommentar

Der Bundesverband Verbraucherzentrale e.V. und die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. waren vor wenigen Jahren an dieser Stelle noch sehr engagiert. Warum jetzt nicht mehr?

## Impressum

### Autor

Bernd Vielhaber

Fon: 05176 – 976 76 76/ Fax: 05176 – 976 76 77

E-Mail: [redaktion@hivcommunity.net](mailto:redaktion@hivcommunity.net)

### Lektorat

Helmut Hartl, München und Arnold Dörr, DAH

### Herausgeber

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Armin Schafberger

Dieffenbachstraße 33, 10967 Berlin

Fon: 030 – 69 00 87 30 / Fax: 030 – 69 00 87 42

[www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)

E-mail: [hivreport@dah.aidshilfe.de](mailto:hivreport@dah.aidshilfe.de)

### Bestellung

[www.hivreport.de](http://www.hivreport.de)

### Rückfragen

Bei technischen Problemen, Bestellung oder Änderung wenden Sie sich bitte an

Uli Sporleder, 030 / 69 00 87 62

E-Mail: [uli.sporleder@dah.aidshilfe.de](mailto:uli.sporleder@dah.aidshilfe.de)

**Diskussionsforum** für die Leserinnen und Leser des HIV.Reports:

<http://www.hivcommunity.net/orion/viewforum.php?f=14>

Das Forum ist durch ein Passwort geschützt. Es lautet: HIVREPORTDE (bitte in Großbuchstaben eintippen).

### Spendenkonto der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Kto.-Nr. 220 220 220, Berliner Sparkasse,

BLZ 100 500 00

### Wichtige Hinweise!

Die hier genannten Verfahren, Medikamente, Inhaltsstoffe und Generika werden ohne Rücksicht auf die bestehende Patentlage mitgeteilt. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) sind nicht als solche gekennzeichnet; es darf daher nicht angenommen werden, dass es sich bei den verwendeten Bezeichnungen um freie Warennamen handelt. Redaktion und Herausgeber übernehmen keinerlei Gewähr für die Richtigkeit der Angaben und haften nicht für Schäden durch etwaige Irrtümer. Wir raten unseren Leserinnen und Lesern, auf die Originaltexte und die Beipackzettel der Herstellerfirmen zurückzugreifen. Dies gilt insbesondere dann, wenn eine Substanz verschrieben werden soll, mit der weder der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin noch der Patient/die Patientin vertraut sind.

### Wir danken für die Unterstützung von:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gilead Science, GlaxoSmithKline, Hoffmann La Roche, Pfizer, MSD

