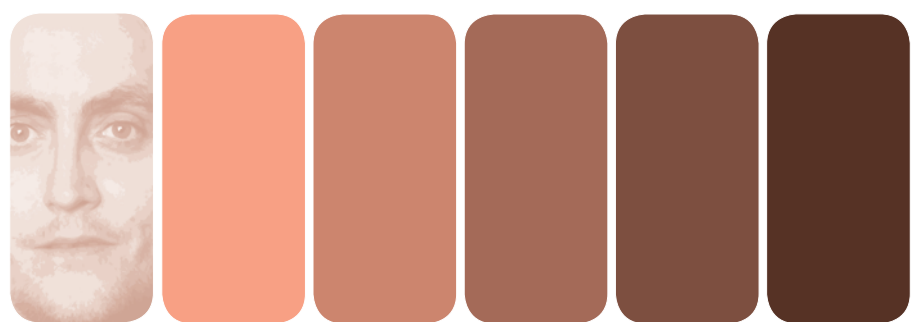


Hepatitis C und Drogengebrauch



**Grundlagen,
Therapie,
Prävention,
Betreuung und
Recht**



INHALT

VORWORT.....	6
I MEDIZIN	9
1. Hepatitis allgemein	9
1.1 Aufbau und Funktion der Leber	9
1.2 Was ist eine Hepatitis?	9
1.3 Verlaufsformen von Virushepatitiden	11
1.4 Untersuchung der Leber	14
1.5 Meldepflicht	17
1.6 Impfungen gegen Hepatitis	17
1.7 „Hepatitis ABC“	24
1.7.1 Hepatitis A	25
1.7.2 Hepatitis B	29
1.7.3 Hepatitis C	35
1.7.4 Hepatitis D	39
1.7.5 Hepatitis E	41
1.7.6 Musterbrief	43
2. HCV-Tests in nicht-medizinischen Settings	45
2.1 Labortest, Schnelltest, Antikörpertest und Virusnachweis (mittels PCR)	45
2.1.1 Hepatitis C-Schnelltest - Vor- und Nachteile	46
2.2 Meldepflicht	46
2.3 Beratung	47
2.3.1 Test-Vorberatung	47
2.3.2 Test-Nachberatung	47
2.4 Hepatitis C - Wer sollte sich testen lassen?	48
2.5 Erfahrungen aus der Testsprechstunde	49
3. Therapie	50
3.1 Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Therapie	50
3.2 Therapie der Hepatitis B und Hepatitis D	50
3.3 Therapie der Hepatitis C Virus (HCV) Infektion	52
3.4 Therapie der Hepatitis C bei HIV-Infizierten	54
3.5 Nebenwirkungen der Therapie	54
3.6 Weiterführende Literatur	57
4. Schwangerschaft	59
4.1 Paare in der Beratung	59
4.1.1 Infektionsprophylaxe	59
4.1.2 Schwangerschaftsverhütung	59
4.1.3 Kinderwunsch	61
4.2 Hepatitis-Infektion in der Schwangerschaft	62
4.2.1 Schwangerschaft und Entbindung	62
4.2.2 Schutz des Neugeborenen	65
4.2.3 Stillen	67
4.3 Weiterführende Literatur	68

II PRÄVENTION	69
1. Strategien der Hepatitis-Prävention: Von der Theorie zur Praxis	69
1.1 Kernelemente der Verhaltensprävention	69
1.2 Kernelemente der Verhältnisprävention	69
1.3 Grundlegende Ziele und Maßnahmen der Hepatitis-Prävention	70
1.4 Beispiele der Hepatitis-Prävention	71
2. Konsumregeln	73
2.1 Anhang (für Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumräumen)	81
3. Tätowieren und Piercen	83
4. Sexuelle Übertragung und Safer Sex	84
4.1 Sexpraktiken und Hepatitis C	85
5. Hygiene	86
5.1 Händehygiene	92
5.2. Verhalten bei Exposition mit infektiösem Blut, Körperflüssigkeiten oder Gegenständen	96
5.3 Sofortmaßnahmen	99
5.4 Folgemaßnahmen	99
5.4.1 Postexpositionsprophylaxe (PEP)	100
5.4.2 HCV und HBV - Kontakt	101
III LEBEN MIT EINER CHRONISCHEN ERKRANKUNG	105
1. Krankheitsbegriff: Infiziert oder chronisch krank?	105
1.1 Hepatitis C zum Thema der Betreuung machen!	106
2. Was soll Ihre psychosoziale Betreuung leisten?	109
2.1 Bezugsbetreuung als Fallmanagement	110
2.1.1 Unterstützung bei der Selbstversorgung	111
2.1.2 Unterstützung bei der Tagesgestaltung und Kontaktfindung	114
2.1.3 Hilfen zur Förderung von Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung	116
2.1.4 Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung	118
3. Checkliste Hepatitis C	124
4. Ein Therapiebericht: Interferonbehandlung für DrogengebraucherInnen ja oder nein?	125
IV ARBEITSPLATZ, RECHT, SOZIALRECHT	131
1. Arbeitsschutz	131
1.1 Rechtliche Bestimmungen	132
1.2 Arbeitsmedizinische Vorsorge und sicherheitstechnische Betreuung	134
1.3 Hepatitis-Schutzimpfung für Beschäftigte	137
1.4 Gefährdungsanalyse für die Einrichtung	137
1.5 Hygieneplan	140
1.6 Arbeitsschutz im Qualitätsmanagement	140
1.7 Notfallplan	141

2. Arbeitsunfall und Berufskrankheit	143
2.1 Arbeitsunfall	144
2.2 Berufsbedingte HCV-Infektion und Berufskrankheit	146
2.3 Exkurs: Chronisch HCV-infiziert am Arbeitsplatz - ein Risiko für andere? ..	150
3. Arbeitsrecht	153
3.1 Infektionsschutzgesetz	156
4. Sozialrechtliche Informationen	
für von Hepatitis bedrohte und betroffene DrogengebraucherInnen	159
4.1 Zugang zur Hepatitis C Behandlung und Kostenübernahme	159
4.2 Regelung der Zuzahlung für medizinische Leistungen	160
4.2.1 Musterschreiben für eine Stückelung der Zuzahlung	163
4.3 Beratung im Kontext der Sozialgesetzgebung	164
V ANHANG	173
1. Checklisten	173
2. Quiz Hepatitis C	205
2.1 Antworten	206
3. Glossar	209
4. Wichtige Websites	212
5. AutorInnen	213
6. Impressum	214



VORWORT

Etwa drei Prozent der Weltbevölkerung sind chronisch mit HCV infiziert. Schätzungen für Europa gehen von drei bis zu fünf Millionen HCV-positiven Personen aus. In der Bundesrepublik weisen etwa 0,4 - 0,7% der Bevölkerung Hepatitis C-Antikörper auf, das heißt sie hatten schon einmal Kontakt mit dem Virus. Bei 60 - 80% der Infizierten gelingt es dem Immunsystem nicht, das Virus erfolgreich zu eliminieren. Die Infektionen verlaufen dann chronisch. In Deutschland leben circa 400.000 bis 500.000 Menschen, die das Virus in sich tragen. Bei bis zu 20 Prozent dieser Patienten kann sich eine Leberzirrhose entwickeln. Die Zeitdauer von der Infektion bis zum Vollbild der Zirrhose wird mit 20 bis 30 Jahren angegeben. Patienten mit einer durch HCV verursachten Zirrhose haben zusätzlich ein hohes Risiko, Leberzellkrebs zu entwickeln.

Seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 sind alle Fälle von HCV-Infektionen an das Robert Koch-Institut zu übermitteln, für die Jahre 2001-2004 wurden im Durchschnitt 7852 Fälle übermittelt (siehe www.rki.de). Bei mehr als der Hälfte der neu gemeldeten Fälle, bei denen Angaben zum möglichen Infektionsrisiko vorlagen, wurde intravenöser Drogenkonsum genannt. Unter intravenös Drogengebrauchenden ist die Hepatitis C Prävalenz enorm hoch (bis zu 90%). Dem steht eine sehr geringe Behandlungsquote (lediglich 3 - 4% der behandlungsbedürftigen HCV-infizierten Drogengebraucher werden behandelt) gegenüber. Es bestehen immer noch eine Reihe von Barrieren und Vorbehalten gegenüber der Behandlung dieser Gruppe: die Angst vor Re-Infizierungen, Annahmen geringer Compliance, Kostenargumente etc. Diese Barrieren müssen identifiziert und systematisch angegangen werden. Die Forschung hat gezeigt, dass die HCV-Behandlung auch bei Drogenabhängigen - in vielen verschiedenen Settings - sicher anzuwenden und effektiv ist. Angesichts der Schwere der Krankheit, der weiten Verbreitung in dieser Gruppe und den enormen Fortschritten bei der HCV-Behandlung (seit der ersten Auflage dieses Manuals 2006) müssen alle Anstrengungen unternommen werden, die Zugänge zu Screening, Diagnostik und Behandlung nachhaltig zu verbessern, um die gesundheitliche Ungleichheit nicht noch weiter zu verschärfen. Eines hat die Forschung gezeigt: Drogenabhängige sind ebenso gut und erfolgreich zu behandeln, wie alle anderen Betroffenengruppen. Der Forschungsstand bezüglich der Effektivität und Effizienz der Behandlung zeigt eindeutig: die HCV-Behandlung ist erfolgreich, kosteneffektiv und die hohe Heilungsrate trägt substantiell zur Steigerung der Lebensqualität Betroffener bei¹. Die noch vor einigen Jahren gestellte Frage: „Warum HCV-infizierte DrogenkonsumentInnen mit behandeln?“, muss umgekehrt werden in die Frage: „Warum erfolgt keine HCV-Behandlung von i.v. DrogenkonsumentInnen?“

Ein Zusammenschluss der größten deutschen Fachverbände im Bereich Hepatitis hat zudem eine „Strategie Virushepatitis“ entworfen, die als Grundlage zur Verbesserung der Situation HCV-Infizierter genutzt werden soll².

Das Fachwissen zu Hepatitis bei allen involvierten Akteuren (MitarbeiterInnen in Aids- und Drogenhilfen, MedizinerInnen, sowie in anderen sozialen/medizinischen Hilfesegments) ist unzureichend: Trotz der epidemischen Verbreitung und Schwere der HCV-Infektion werden die Bedeutung für die Gesundheit eines erheblichen Teils der Bevölkerung und die damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitswesen in der Gesundheitspolitik und auch in der Fachöffentlichkeit weitgehend verkannt.

1 Robaey, G. et al. (2013): Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. In: *Clinical Infectious Diseases* (im Druck)

2 Veröffentlicht im Sommer 2013 (im Druck), www.akzept.org

Dies war die Ausgangslage, als sich das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ (siehe Impressum) im Jahre 2004 mit dem Ziel gegründet hat, die Bedeutung und Auswirkungen von Hepatitis-Infektionen auf die Gruppe der Drogenkonsumenten und unser Gesundheitswesen deutlich zu machen (www.akzept.org).

Immer noch bestehen bei vielen MitarbeiterInnen der Drogen-/Aids-/Jugend-/Straffälligenhilfe Unsicherheiten bzgl. Übertragungswege, Impfschutz, Präventionsmöglichkeiten/-notwendigkeiten und die Relevanz des Themas Hepatitis allgemein, für die KlientInnen, die eigene Einrichtung und den Arbeitsplatz.

Ein wesentliches Anliegen des Aktionsbündnisses ist es daher, den MitarbeiterInnen der psycho-sozialen-/Gesundheitsberufe das nötige Grundwissen und eine grundlegende Orientierung zur verbesserten Ansprache, Beratung und Behandlungsüberleitung von Betroffenen, sowie der Würdigung aller relevanten rechtlichen Regelungen für MitarbeiterInnen und Betroffene an die Hand zu geben.

Anstoß und Vorbild für unser vorliegendes Handbuch war das vom Schweizer Bundesamt für Gesundheit geförderte und von der Schweizer Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD; Christopher Eastus, Régine Linder) mit vielen ExpertInnen erarbeitete „Handbuch HepCH - Prävention und Therapie“ (www.hepch.ch). Mit diesem auch online verfügbaren Manual haben die schweizer Verantwortlichen und ExpertInnen auf die Informations- und Beratungsbedürfnisse der Fachöffentlichkeit adäquat reagiert.

Das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ hat anlässlich der Präsentation dieses schweizer Handbuches auf dem „1. Internationalen Fachtag Hepatitis C in Berlin 2004“ die Idee aufgegriffen und wollte dieses Handbuch zunächst auf deutsche Verhältnisse übertragen. Dank der Unterstützung und Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (Dr. Ingo Ilja Michels) und der freundlichen Genehmigung durch das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (Herr Markus Jann, Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen) konnten die „Umbau- und Ergänzungsarbeiten“ in Angriff genommen werden. Wir bedanken uns bei dem schweizer BAG für die freundliche Zustimmung zur Übernahme einiger Kapitel (u.a. Bildtafeln im Anhang). Es zeigte sich jedoch bald, dass es nicht nur viele formale Veränderungen gab, sondern dass auch inhaltlich neue Akzente (Prävention, Checklisten) gesetzt und andere Schwerpunkte (z.B. psycho-soziale Betreuung von Menschen mit HCV) in die Bearbeitung genommen wurden. Im Zuge der Bearbeitung hat sich dann ein eigenes Handbuch herauskristallisiert. Es soll Verunsicherungen und offenen Fragen bezüglich der Hepatitis begegnen, Informationslücken zur Prävention, zu den Test- und Therapiemöglichkeiten schließen.

Mit einer markierten Unterscheidung in „Basiswissen“ und „Detailwissen“ (Lupe) wollen wir auf die unterschiedlichen Wissensbedarfe und Informationsstände in den verschiedenen Arbeitsbereichen der LeserInnen eingehen: Nicht Jede/r benötigt alle Informationen über Hepatitis. Das Handbuch soll lesbar und praxisnah bleiben.

In den im Anhang aufgeführten Checklisten werden für das jeweilige Setting (niedrigschwelliger Kontaktladen/Konsumraum, Beratung, stationäre Langzeittherapie und Haft) Vorlagen gegeben, die bei einer Befassung mit Hepatitis in dem jeweiligen Arbeitsfeld unerlässlich sind.

Wir haben uns für ein Handbuch in Form einer „Loseblattsammlung“ entschieden, da diese Form eine einfache Erweiterung respektive Veränderung der Inhalte erlaubt.

Die einzelnen Buchkapitel sind nicht am ‚grünen Tisch‘ entwickelt worden: Die Auswahl der ExpertInnen mit ihren besonderen Arbeitshintergründen zeigt, dass die Beratungsinhalte bereits in der Praxis erprobt wurden. Praxisorientierung war ein leitendes Prinzip für die Erstellung aller Beiträge. Um einen hohen Praxisbezug zu erzielen ist das Manual auf die Anwendungs- und Praxistauglichkeit in verschiedenen Settings diskutiert worden, um einen hohen Praxisbezug zu erzielen. Die Beiträge wurden auf mehreren Arbeitstreffen von Autoren/Autorinnen und ExpertInnen insgesamt diskutiert. Die Mitarbeit der einzelnen Autoren/Autorinnen geht also weit über die im Kapitel „Autoren/Autorinnen“ angezeigten Kapitel hinaus. Ein Dank an alle AutorInnen, die mit ihrer Expertise für eine hohe Praxisrelevanz gesorgt haben!

Ein besonderer Dank gilt den ExpertInnen Dr. Karlheinz Keppler, Dr. Beatriz Elena Canas de Sandberger, Armin Schafberger und Dr. Hans Haltmayer, die erste Fassungen mit uns diskutiert haben und vor allem der Deutschen AIDS-Hilfe für die freundliche Genehmigung der Übernahme von Texten. Für kritische Anmerkungen danken wir insbesondere Dr. Rüdiger Raber, Universität Bremen. Anregungen und Kritik, die zur Weiterentwicklung dieses Handbuches führen, sind herzlich willkommen, denn es geht auch zukünftig darum, möglichst zielgruppengenaue und praxisnahe Informationen und Handlungsempfehlungen auszusprechen, um die Zahl der Neuinfektionen zu reduzieren, Menschen mit HCV bedarfsgerecht zu unterstützen und zu behandeln, und strukturelle Veränderungen im Hinblick auf eine Verankerung des Themas „Hepatitis“ in der Gesundheitspolitik und der Gesellschaft allgemein zu erreichen.

Im Namen aller MitarbeiterInnen des „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“
Prof. Dr. Heino Stöver, Fachhochschule Frankfurt, im April 2013

I MEDIZIN

1. Hepatitis allgemein

1.1 Aufbau und Funktion der Leber

Um Symptome und Krankheitsverläufe einer Lebererkrankung besser verstehen zu können, einleitend einige Worte zu Aufbau und Funktion der Leber. Die Leber, das größte innere Organ des Menschen liegt im rechten Oberbauch direkt unter dem Zwerchfell, besteht aus einem rechten und linken Leberlappen und wiegt ca. 1500 - 2000 Gramm.

Da die Leber selbst nicht schmerzempfindlich ist, bemerkt man Lebererkrankungen häufig gar nicht. Nur außen ist sie von einer schmerzempfindlichen Haut umgeben. Vergrößert sich die Leber beispielsweise auf Grund einer Entzündung, entsteht dadurch ein Spannungsschmerz.

Die Leber ist ein sehr gut durchblutetes Organ. Obwohl sie nur etwa 4% des Körpergewichts ausmacht, wird sie von 28% des Blutflusses durchströmt und verbraucht etwa 20 % des gesamten Körpersauerstoffs. Den Blutzustrom erhält sie einerseits von den Blutgefäßen, die nährstoffreiches Blut vom Darm transportieren, zum anderen aus den Arterien des großen Blutkreislaufs (vom Herzen). Nach dem Durchströmen der Leber gelangt das Blut beider zuführender Systeme zurück in den großen Kreislauf, von wo es über das Herz verteilt wird.

Als wichtigstes Stoffwechselorgan des menschlichen Körpers ist die Leber an einer Vielzahl sehr unterschiedlicher Stoffwechselprozesse beteiligt. Sie baut Nahrungsbestandteile wie Fette, Eiweiße und Zucker in Körperbausteine um, speichert wichtige körpereigene Substanzen wie Zucker, Vitamine, Spurenelemente und Mineralstoffe und stellt sie anderen Organen zur Verfügung. Sie bildet neben Blutgerinnungsfaktoren und Enzymen auch einige Hormone; darüber hinaus ist sie an der Aktivierung und am Abbau von Hormonen beteiligt. Für die Aufnahme von Fetten aus der Nahrung produziert die Leber täglich etwa 600ml Gallensaft, der in der Gallenblase gespeichert und in den Darm abgegeben wird.

Als Entgiftungsorgan baut die Leber Giftstoffe (Alkohol!) und Medikamente ab und scheidet sie mit der Galle aus.

Eine gesunde Leber hat zudem ein enormes „Selbstheilungspotential“, d.h. sie kann geschädigtes oder zerstörtes Lebergewebe rasch wieder erneuern.

1.2 Was ist eine Hepatitis?

„Hepatitis“ kommt von „hepar“, dem griechischen Wort für Leber, die Endung „-itis“ steht in der medizinischen Fachsprache immer für Entzündung. Der Begriff „Hepatitis“ (Mehrzahl: Hepatitiden) bezeichnet somit ganz allgemein alle Formen von Leberentzündungen, sagt aber nichts über deren Ursache oder Art aus.

Fälschlicherweise wird die Hepatitis oft als „Gelbsucht“, in der Szene auch „Gilb“ genannt, doch ist z.B. die Hepatitis B nur in etwa jedem dritten Fall und die Hepatitis C nur in etwa jedem zehnten Fall mit einer Gelbfärbung der Augenschleimhäute und der Haut verbunden.



Ursachen von Leberentzündungen

Eine Entzündung ist, allgemein gesprochen, eine Abwehrreaktion des Körpers oder eines Organs gegen einen Krankheitserreger oder eine fremde Substanz.

In den westlichen industrialisierten Ländern werden Leberentzündungen am häufigsten durch übermäßigen Alkoholkonsum verursacht. Die Leber ist hauptverantwortlich für den Alkoholabbau im menschlichen Körper, außerdem hat Alkohol eine direkte leberschädigende Wirkung.

Am zweithäufigsten tritt Hepatitis als Folge einer Infektion mit Hepatitis-Viren auf; seltener sind andere Erreger (z.B. Bakterien oder Parasiten).

Leberentzündungen können aber auch durch Medikamente, Drogen oder giftige Substanzen verursacht werden.

Ebenso können Stoffwechselstörungen und Autoimmunerkrankungen (hier richtet sich das Immunsystem aus ungeklärten Gründen gegen den eigenen Körper) zu einer Entzündungsreaktion der Leber führen, sehr selten ist eine Leberentzündung auch im Rahmen einer Schwangerschaft möglich.

Es ist daher sehr wichtig, die Ursache einer Leberentzündung rasch festzustellen, weil nur so gegebenenfalls eine gezielte Behandlung möglich wird und eine eventuelle Ansteckung anderer Menschen vermieden werden kann. In jedem Fall sollten - unabhängig von der Ursache- leberschädigende Substanzen (Alkohol, Drogen, aber auch verschiedene Medikamente) möglichst vermieden oder wenigstens reduziert werden, da sie die Leber noch zusätzlich belasten und den Verlauf einer Hepatitis nachteilig beeinflussen können.

Dieses Handbuch beschäftigt sich in erster Linie mit Leberentzündungen, die durch Hepatitis-Viren verursacht werden.

Hepatitis-Viren

Hepatitis-Viren sind winzig kleine Partikel aus Erbinformationen (DNS / DNA= Desoxyribonukleinsäure / -acid oder RNS / RNA= Ribonukleinsäure / -acid) und Eiweißen (Proteinen). Da sie (wie alle Viren!) keinen eigenen Stoffwechsel haben, sind sie zur Vermehrung auf lebende „Wirtszellen“ angewiesen: Nach der Infektion dringen sie in menschliche Zellen ein, setzen dort ihr Erbgut frei und programmieren die Zellen so um, dass sie neue Virusbausteine produzieren. Diese werden anschließend aus den Zellen geschleust und währenddessen mit einer Hülle versehen. Fertig sind dann neue Viren, die ihrerseits andere Zellen befallen können.

Heute sind verschiedene Formen von Hepatitisviren bekannt, die nicht miteinander verwandt sind. Der Einfachheit halber bezeichnet man sie mit den Anfangsbuchstaben des Alphabets:

- Hepatitis-A-Virus (HAV)
- Hepatitis-B-Virus (HBV)
- Hepatitis-C-Virus (HCV)
- Hepatitis-D-Virus (HDV)
- Hepatitis-E-Virus (HEV).



1.3 Verlaufsformen von Virushepatitiden

Bei virusbedingten Leberentzündungen kann man unterscheiden zwischen:

- akuter Infektion
 - chronischer Infektion
- **Eine bestehende Infektion bedeutet NICHT, dass eine Erkrankung vorliegen muss! Es wird erst von einer Erkrankung gesprochen, wenn Symptome auftreten.**

Akute Infektion

Eine akute Infektion kann asymptomatisch, also ohne irgendwelche Krankheitszeichen, verlaufen und wird dann von den Betroffenen meistens nicht bemerkt. Die Infektion kann jedoch auch im Nachhinein durch Blutuntersuchungen festgestellt werden.

Tritt eine akute Erkrankung ein, verläuft diese, unabhängig davon, von welchem Hepatitis-Virus sie verursacht wird, in der Regel sehr ähnlich. Die Beschwerden sind jedoch oft so unspezifisch, dass die akute Erkrankung nicht als Hepatitis erkannt, sondern z.B. als Grippe fehlgedeutet wird.

Treten Symptome auf, so handelt es sich häufig um Appetitlosigkeit, Widerwillen gegen Fett und Alkohol, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, leicht erhöhte Körpertemperatur, Übelkeit, Erbrechen und eventuell Schmerzen im rechten Oberbauch. In etwa einem Drittel der Fälle kommt es nach ungefähr einer Woche, dem Betroffenen geht es dann meistens schon deutlich besser, zur „Gelbsucht“ (Ikterus), d.h. zur Gelbverfärbung der Augenschleimhäute und der Haut. Die Symptome klingen in der Mehrzahl der Fälle nach zwei bis sechs Wochen ab.

Sehr selten kommt es im Rahmen einer akuten Hepatitis-Infektion zum lebensgefährlichen Leberversagen (fulminanter Verlauf), bei dem in der Regel nur noch eine Lebertransplantation Rettung bringen kann.

Ikterus („Gelbsucht“)

Normalerweise wird in der Leber der rote Blutfarbstoff (Hämoglobin) zu Bilirubin abgebaut, das über die Galle in den Darm abgegeben und mit dem Stuhl ausgeschieden wird. Ist die Ausscheidung von Bilirubin gestört, wird ein Teil davon in der Augenschleimhaut und in der Haut abgelagert, was eine Gelbfärbung verursacht. Ein weiterer Teil wird über die Nieren ausgeschieden und färbt den Urin deutlich dunkel. Der Stuhl wird hingegen hell, weil ihm das Bilirubin, das nun nicht mehr in den Darm abgegeben wird und normalerweise die Braunfärbung bewirkt, fehlt.

Liegen diese Symptome vor, so spricht man von „Ikterus“. Die gestörte Ausscheidung von Bilirubin kann jedoch nicht nur durch eine Hepatitis verursacht sein, sondern z.B. auch durch einen Gallenstein, der den Gallenfluss behindert.

Chronische Infektion

Von einer chronischen (anhaltenden) Leberentzündung spricht man, wenn die Infektion länger als sechs Monate andauert, d.h. wenn nach sechs Monaten immer noch Viren im Blut nachweisbar sind.



Möglich sind sie bei Infektionen mit dem Hepatitis-B-, -C- oder -D-Virus, bei Hepatitis A und E dagegen sind sie nach heutigem Wissensstand ausgeschlossen. Ob eine Infektion chronisch wird, hängt unter anderem vom Zustand des Immunsystems ab. Außerdem ist der Anteil der chronischen Verläufe bei den verschiedenen Virus-Hepatitis unterschiedlich groß.

Der Verlauf einer chronischen Infektion ist vielgestaltig und oftmals nicht vorhersehbar. Es gibt asymptomatische und sehr milde Verläufe, die über Jahre oder Jahrzehnte stabil sind. Die Infektion kann in Schüben verlaufen, denen symptomarme Intervalle folgen. Es gibt aber auch schwere Verläufe, bei denen es dem Immunsystem nicht gelingt, das Virus zu kontrollieren, so dass die Leberzellen nach und nach zerstört werden.

Bei einem milden Verlauf kommt es nur zu einer leichten Entzündung und Vergrößerung der Leber, zu Veränderungen von Laborwerten sowie Symptomen wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit, unspezifischen Oberbauchbeschwerden oder Juckreiz.

Bei einem schweren Verlauf kommt es dann über Monate bis Jahre zu einem bindegewebigen Umbau der Leber, zur Leberfibrose. Daraus kann sich eine narbige Schrumpfung der Leber, eine Leberzirrhose entwickeln. Auf dem Boden einer Leberzirrhose entsteht in einem kleinen Teil der Fälle ein Leberzellkarzinom (Leberkrebs).

Menschen mit chronischer Hepatitis sind weiterhin infektiös (ansteckend).

Häufig hört man auf der Drogenszene von Menschen, die eine chronische Hepatitis C haben, folgenden Satz: „Meine Hepatitis hat sich verkapselt!“

Woher diese Aussage kommt ist nicht erklärlich, Tatsache aber ist:

- ▶ **Es gibt keine verkapselte Hepatitis! Dieser Begriff ist wahrscheinlich von „abgekapselter Tuberkulose“ hergeleitet, ist aber in Bezug auf Hepatitis falsch.**

Versucht man heraus zu finden, was sich hinter dieser Aussage verbirgt, welche Konsequenzen die Betroffenen für sich daraus ziehen, so entsteht meist ein diffuses Bild von „zurück gegangener Entzündung“ bis hin zur „Heilung“, fast immer verbunden mit der Aussage, andere Menschen nun nicht (mehr) anstecken zu können.

Die Betroffenen wähnen sich somit u. U. in einer fatalen Sicherheit!

Leberfibrose / Leberzirrhose

Man spricht von einer Leberfibrose, wenn es auf Grund einer lang andauernden entzündlichen Reizung zu einem bindegewebigen Umbau der Leber kommt, wobei Bindegewebszellen an die Stelle von Leberzellen treten. Die vielfältigen Aufgaben der Leberzellen können sie jedoch nicht übernehmen. Das Ausmaß der Fibrose wird in Schweregrade (Fibrosegrade) eingeteilt.

Liegt eine weitestgehende Zerstörung der Leber vor, sie ist in diesem Stadium geschrumpft und verhärtet, spricht man von einer Leberzirrhose. Die normalen Leberfunktionen sind kaum noch vorhanden. Auch hier gibt es eine Stadieneinteilung, die den Schweregrad beschreibt.

Etwa 20 % der Menschen mit chronischer Hepatitis B oder C entwickeln im Laufe von zehn oder mehr Jahren eine Zirrhose. Ob und in welchem Zeitraum es dazu kommt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Höher ist das Risiko z.B. für Männer und ältere Menschen sowie bei starkem Alkoholkonsum.



Symptome der Zirrhose sind allgemeine körperliche Beschwerden wie Abgeschlagenheit, Leistungsverlust, Druck- und Völlegefühl im Oberbauch sowie der Verlust von Muskulatur. An der Haut treten Gefäßveränderungen (kleine „Gefäßsternchen“ oder „Gefäßspinnen“), an den Händen und Fußsohlen Rötungen auf, Juckreiz ist nicht selten.

Der weitere Verlauf der Zirrhose ist unter anderem von der Grunderkrankung abhängig: Bei aktiver Hepatitis B schreitet sie schneller voran als bei der Hepatitis C; bei alkoholbedingter Zirrhose kann sich die Krankheit durch strikten Alkoholverzicht auch in bereits fortgeschrittenem Stadium noch stabilisieren - ein Rückgang der Zirrhose ist jedoch nicht möglich. Bei chronischer Hepatitis B oder C fördern schon geringe Mengen Alkohol das Fortschreiten der Zirrhose!

Im fortgeschrittenen Stadium führt eine Zirrhose zum Verlust von lebenswichtigen Leberfunktionen: Es werden nicht mehr ausreichend Hormone, Blutgerinnungsfaktoren und Enzyme gebildet, die Blutungsneigung nimmt zu. Als Folge der hormonellen Veränderung treten bei Frauen Menstruationsstörungen auf, mitunter bleibt die Monatsblutung ganz aus. Bei Männern kommt es zum Verlust der Körperbehaarung, zu Störungen der Potenz und des sexuellen Verlangens (Libido) sowie zu einer Rückbildung der Hoden (Hodenatrophie), gleichzeitig kann eine schmerzhaft Vergrößerung einer oder beider Brustdrüsen (Gynäkomastie) auftreten.

Durch den zirrhotischen Umbau wird der Blutfluss innerhalb der Leber dauerhaft behindert, es staut sich unter erhöhtem Druck zurück (Pfortaderhochdruck) und es bilden sich so genannte Umgehungskreisläufe, wie z.B. über die Venen der Speiseröhre. Über diesen Umweg sucht sich das Blut seinen Weg zurück in den venösen Kreislauf. Man spricht dann von „Krampfadern in der Speiseröhre“, den Oesophagusvarizen. Diese Blutgefäße sind jedoch für einen derartig großen Blutfluss nicht geeignet, so dass es zu schweren, lebensbedrohlichen Blutungen kommen kann, die aufgrund der bestehenden Blutgerinnungsstörung meist nur schwer zu behandeln sind. Mögliche Folgen sind auch Wasseransammlungen im Bauch (Aszites), der Bauchumfang kann dabei beträchtliche Ausmaße annehmen, manchmal auch in den Beinen (Ödeme).

Darüber hinaus haben Stoffwechselprodukte, welche die Leber nicht mehr abbauen kann, eine schleichende „innere Vergiftung“ zur Folge. Vor allem das von den Darmbakterien gebildete Ammoniak führt zu einer deutlichen Verringerung der Leistungsfähigkeit des Gehirns (hepatische Enzephalopathie), was im Koma enden kann.

Leberzellkarzinom (hepatozelluläres Karzinom)

Ein Leberzellkarzinom ist in etwa 80% der Fälle Folge einer durch Viren oder Alkohol bedingten Zirrhose. 1-5% der Menschen mit einer Leberzirrhose entwickeln pro Jahr einen derartigen Tumor.

Häufig wird auch von einem primären Leberzellkarzinom gesprochen, was lediglich verdeutlichen soll, dass es sich hierbei nicht um eine Metastase handelt.



1.4 Untersuchung der Leber

Körperliche Untersuchung

Durch Abtasten und Beklopfen der Bauchdecke kann der Arzt / die Ärztin die ungefähre Größe und Beschaffenheit der Leber feststellen.

Bildgebende Verfahren

Eine genauere Untersuchung ist durch eine Ultraschalluntersuchung (Oberbauchsonographie) möglich, bei bestimmten Fragen wird eine Computertomographie (CT) oder Kernspintomographie (auch Magnet-Resonanz-Tomographie = MRT) durchgeführt.

Leberbiopsie

Bei chronischen Leberentzündungen ist es mitunter sinnvoll, ein kleines Stück Lebergewebe zu entnehmen und es anschließend mikroskopisch zu untersuchen. So können das Ausmaß und die Aktivität der Leberentzündung sowie das Vorliegen einer Fibrose (Vermehrung des Bindegewebes) bzw. Zirrhose (narbige Schrumpfung mit Verlust der Leberfunktion) festgestellt werden.

Vor allem aber gibt das Ergebnis Auskunft darüber, ob und ab wann eine Therapie sinnvoll ist, und erlaubt die Beurteilung des Behandlungsverlaufs.

Was passiert bei einer Leberbiopsie?

Zunächst wird mit einer Ultraschalluntersuchung die günstigste Stelle für die Punktion (Einstich) ermittelt und lokal betäubt.

Danach wird durch einen kleinen Hautschnitt zwischen den rechten Rippen eine dünne Kanüle (1,4 mm) eingeführt, durch die unter Mithilfe des Patienten (Atmen, Luftanhalten) eine kleine Gewebeprobe entnommen wird. Das Einführen der Kanüle ist nicht schmerzhaft und wird meistens lediglich als »ungewohntes Gefühl« im Oberbauch wahrgenommen.

Anschließend muss der Patient etwa zwei bis vier Stunden mit einem Sandsack auf der punktierten Stelle liegen, um Nachblutungen zu verhindern.

- **Wichtig: In den Tagen vor einer Leberbiopsie dürfen keine gerinnungshemmende Medikamente wie z.B. Aspirin oder Paracetamol eingenommen werden!**

Fibroscan

Eine Leberbiopsie zur Bestimmung des Fibrosegrades kann häufig vermieden werden. Dazu wird seit einigen Jahren ein nicht-invasives Verfahren zur Bestimmung des Fibrosegrades eingesetzt: der Fibroscan (= Elastographie der Leber). Bei diesem Verfahren handelt es sich um ein Ultraschall-gestütztes System. Ein auf der Körperoberfläche aufgesetzter spezieller Schallkopf sendet eine mechanische Impulswelle in die Leber. Es wird dann die Wandergeschwindigkeit des Impulses gemessen: je fortgeschrittener eine Fibrose ist, je steifer ist das Lebergewebe und um so schneller wandert die Impulswelle.

Leberwerte

Die Stoffwechselleistungen der Leber können durch die Bestimmung verschiedener Blutwerte (Leberfunktionstests) überprüft werden.



Eine Blutentnahme ist auch erforderlich, um die Ursache einer Leberentzündung festzustellen und den Krankheitsverlauf zu beurteilen. Je nach Schweregrad der Erkrankung treten im Blut bestimmte Leberenzyme in veränderter, meist erhöhter Konzentration auf.

- ▶ **Aber Achtung: Die Enzyme (Transferasen oder Transaminasen), häufig vereinfacht als „Leberwerte“ bezeichnet, können im Normbereich liegen, auch wenn ein zirrhotischer Umbau bereits vorliegt!**

Besteht eine Leberzirrhose, so kann es außerdem zu Veränderungen beim Ammoniak, den Werten der Blutgerinnung, beim Serumalbumin und Gesamteiweiß kommen.

DETAILWISSEN

Referenzbereich („Normbereich“), Messverfahren und Einheiten

Zur Angabe eines Laborwertes gehört immer die Angabe des entsprechenden Referenzbereichs. Ohne diese Kenntnis ist die Beurteilung eines Laborwertes nicht möglich.

In der Regel handelt es sich bei dem Referenzbereich um den Bereich, in dem 95% der Messwerte eines definierten Referenzkollektivs liegen.

Oft sind Referenzbereiche alters- und geschlechtsabhängig oder gelten nur für das eingesetzte Messverfahren.

Auch die ethnische und sozioökonomische Zusammensetzung eines Referenzkollektivs kann die Verteilung von Messwerten beeinflussen. Da die Messwertverteilung damit nicht Ausdruck einer „Norm“ sein kann, ist der häufig verwendete Ausdruck „Normbereich“ nicht ganz korrekt.

Neben dem Referenzbereich ist immer auch die Einheit des Messwertes zu beachten, denn die Darstellung von Messwerten kann von Labor zu Labor unterschiedlich sein.

- ▶ **Achtung! Wurden die gleichen Blutwerte in verschiedenen Laboren erhoben, z.B. nach einem Arztwechsel, so sind diese folglich nicht immer vergleichbar!**

Im folgenden Abschnitt werden häufig benutzte Referenzbereiche genannt.

U steht für unit = Einheit

l = Liter

k = kilo

AST, GGT oder doch ALT? -die wichtigsten Laborwerte und ihre Bedeutung

Transferasen (alte Bezeichnung: Transaminasen):

AST oder ASAT = Asparataminotransferase

(alte Bezeichnung: GOT = Glutamat-Oxalacetat-Transaminase)

Eine Erhöhung dieses Enzyms kann auf eine Leberzellschädigung hinweisen, aber auch auf eine Herzmuskelschädigung oder Muskeltrauma.

Referenzbereich: für Frauen 5 - 15 U/l, für Männer 5 - 18 U/l



15



ALT oder ALAT = Alaninamotransferase

(alte Bezeichnung: GPT = Glutamat-Pyruvat-Transaminase)

Da dieses Enzym fast ausschließlich in der Leber vorkommt, gibt ein erhöhter Wert genauere Hinweise auf eine Leberzellschädigung.

Referenzbereich: für Frauen 5 - 17 U/l, für Männer 5 - 22 U/l

GGT oder γ -GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)

Dieses Enzym ist ein sehr empfindlicher Indikator bei Störungen der Leber und des Gallengangsystems.

Referenzbereich: für Frauen 4 - 18 U/l, für Männer 6 - 28 U/l

- ▶ **Achtung: Es mehren sich die Hinweise, dass die Grenzwerte für Transferasen ev. zu hoch sind. Es könnte also sein, dass Werte im oberen Grenzbereich bereits pathologisch sind!**

Cholinesterase wird vor allem in der Leber gebildet. Die Konzentration im Blut ist bei eingeschränkter Leberfunktion verringert.

Referenzbereich: 2,3 - 7,4 kU/l

Alkalische Phosphatase (Enzym) kommt u. a. bei einer Hepatitis in erhöhter Konzentration im Blut vor.

Referenzbereich: 40 - 175 U/l

Bilirubin ist ein Abbauprodukt des roten Blutfarbstoffes. Ist die Ausscheidung über die Galle durch beispielsweise eine Hepatitis oder einen Gallenstein gestört, so kommt es zum Ikterus (Gelbfärbung der Haut und Augenschleimhaut, Dunkelfärbung des Urins und Entfärbung des Stuhls), die Konzentration im Blut ist dann erhöht.

Referenzbereich für Bilirubin gesamt: 0,2 - 1mg/dl

(Anmerkung: es gibt auch noch die Differenzierung zwischen direktem und indirektem Bilirubin- aber das geht dann wohl doch etwas zu weit...)

Albumin wird in der Leber produziert, bei Leberzirrhose ist diese Syntheseleistung eingeschränkt.

Referenzbereich: 3,5 - 5,5g/dl

Quickwert = Prothrombinzeit ist ein Test dafür, wie schnell das Blut eines Menschen gerinnt. Bei Leberfunktionsstörungen ist dieser Wert erniedrigt.

Referenzbereich: 70 - 130%

Antikörper, Antigen & Co

Antikörper = Immunglobulin

Antikörper (z.B.: Anti-HCV = Antikörper gegen das Hepatitis C-Virus), werden zur Abwehr eines Erregers vom Körper gebildet. Ganz allgemein kann man Folgendes sagen: Werden durch eine Blutuntersuchung Antikörper nachgewiesen, so ist ein (irgendwann stattgefunder) Kontakt mit einem bestimmten Erreger erwiesen. Es gibt jedoch zwei Klassen von Immunglobulinen: IgM und IgG

Immunglobuline der Klasse IgM sprechen für eine frische Infektion, also ein frühes Stadium (kleine Eselsbrücke: „M“ wie morgens, also früh...), sie verschwinden im Laufe der Zeit wieder.

Immunglobuline vom Typ IgG bleiben jedoch unter Umständen ein Leben lang erhal-



ten und können oftmals vor einer erneuten Erkrankung schützen (es besteht dann Immunität).

Durch den Nachweis von Antikörpern lässt sich somit oftmals auch eine Aussage über mögliche Infektiosität (Ansteckungsgefahr für andere) oder mögliche Immunität treffen.

Antigen

Ein Antigen ist ganz allgemein ein Stoff, der zur Bildung eines Antikörpers führt. Auch Bestandteile von Viren können eine Antikörperbildung auslösen.

Werden Antigene durch eine Blutuntersuchung nachgewiesen, so lässt sich oftmals eine Aussage zur Ansteckungsgefahr für andere Menschen (Infektiosität) treffen.

Viruslast = Virusbelastung = viral load

Die Virusbelastung sagt aus, wie viele Viren in einem Milliliter Blutplasma zu finden sind. Die Höhe der Virusbelastung erlaubt eine Aussage über:

- die Aktivität einer Infektion
- die Wahrscheinlichkeit der Infektiosität
- die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie

Typenbestimmung

Bei der Hepatitis B kann man den Subtyp, bei der Hepatitis C den Genotyp bestimmen. Der Genotyp des Hepatitis C-Virus lässt Rückschlüsse auf die Heilungschancen und die erforderliche Behandlungsdauer zu. (siehe Kapitel I, 3)



1.5 Meldepflicht

Nach dem seit Januar 2001 gültigen Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind der Verdacht auf, die Erkrankung an und der Tod durch eine Virushepatitis namentlich meldepflichtig. Ausnahme: eine bereits gemeldete chronische Hepatitis B oder C. (siehe Kapitel IV, Absatz 3.1)

1.6 Impfungen gegen Hepatitis

Impfungen - allgemein

Zur Zeit gibt es nur Impfstoffe gegen die Virushepatitiden A & B. Eine Impfung gegen Hepatitis B schützt auch vor einer Hepatitis D-Infektion. Es gibt zwar noch keinen Impfstoff gegen Hepatitis C, es laufen zurzeit jedoch viel versprechende Impfstudien. Sollten diese Studien positiv ausfallen, ist aber erst frühestens in ca. 6 Jahren mit einer Zulassung zu rechnen.

Im Folgenden allgemeine Informationen zur Impfung und (mal wieder) Erklärungen verschiedener Begriffe, die in diesem Zusammenhang oft zu hören sind. Bei Impfungen unterscheidet man zwischen:

- aktiver Immunisierung.
- passiver Immunisierung

Aktive Immunisierung:

Bevor eine aktive Immunisierung gegen Hepatitis A oder Hepatitis B begonnen wird, ist es sinnvoll, den aktuellen Hepatitisstatus durch eine **Serologie** zu bestimmen. Mittels einer Blutentnahme lassen sich gegebenenfalls Hepatitis-Antikörper nachweisen. Eine Impfung wäre in diesem Fall nicht mehr nötig, da bereits eine „natürliche Immunität“ vorliegt, der Körper sich bereits mit dem Virus auseinandergesetzt hat. Ist die Serologie negativ, werden also keine Antikörper gefunden, sollte geimpft werden.

Durch das Impfen von beispielsweise gentechnisch hergestellten Virusbestandteilen, wird die Bildung von Antikörpern provoziert, ohne eine Infektion auszulösen. Sind Antikörper in ausreichender Anzahl gebildet worden, so besteht bei Kontakt mit dem „echten Virus“ ein Infektionsschutz. Um diesen Schutz zu erreichen, sind mehrere Impfungen nötig - man spricht von einer **Grundimmunisierung**. Es dauert allerdings einige Wochen oder Monate, bevor ein ausreichender Schutz aufgebaut worden ist. Die aktive Immunisierung kann dann jedoch etwa 10 Jahre vor einer Infektion schützen.

Impfkontrolle: Ca. 6 Wochen nach einer abgeschlossenen Grundimmunisierung, sollte durch eine Blutentnahme die Zahl der gebildeten protektiven Antikörper überprüft werden. Man nennt diese Blutuntersuchung **Titerbestimmung**. Durch die Höhe des Titers lässt sich bestimmen, ob ein ausreichender Impfschutz erreicht wurde, oder ob eine nochmalige Impfung notwendig ist. Impfkontrollen sind darüber hinaus, nach Absprache mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin, in regelmäßigen Abständen zu wiederholen, um bei unzureichendem Titer eine Auffrischimpfung (Boosterimpfung) durchzuführen.



18

- ▶ **Menschen mit geschwächter Immunabwehr, dazu müssen auch viele DrogenkonsumentInnen gezählt werden, entwickeln häufig deutlich schlechtere Titer, als Menschen mit gesunder Immunabwehr. Regelmäßige und u. U. engmaschige Titerkontrollen sind deshalb in diesen Fällen besonders wichtig!**

Passive Immunisierung:

Bei der passiven Immunisierung werden spezifische Antikörper (Immunglobuline) eingesetzt, die von Menschen stammen, die bereits eine Hepatitis durchgemacht haben. Dieser Impfschutz hält allerdings nur 3 Monate an, weil die schützenden Antikörper schnell wieder abgebaut werden. Eine passive Immunisierung ist jedoch sinnvoll, wenn kurzfristig ein Impfschutz gebraucht wird.

Erfolgen passive und aktive Immunisierung gleichzeitig, so spricht man von **Simultanimpfung**.

Wer bezahlt die Impfungen?

Es lassen sich grob drei verschiedene Kostenträger für Impfungen unterscheiden:

- **Selbstzahler** z.B. bei Reiseimpfungen
- **Arbeitgeber** bei beruflicher Gefährdung (siehe Arbeitsschutz)
- **Krankenkassen** bei empfohlenen Impfungen.

Die Impfempfehlungen werden von der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch Institut herausgegeben (www.rki.de - Infektionsschutz - Impfen - Empfehlungen der STIKO). Die Krankenkassen (gesetzliche und private) übernehmen diese Empfehlungen in der Regel hinsichtlich der Kostenübernahme in ihre Verträge. Privat Versicherte sollten diesbezüglich ihre Verträge überprüfen! Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, kann davon ausgehen, dass die empfohlenen Impfungen in die Verträge zwischen Krankenkassen und Kassenärzten („Kassenärztliche Vereinigung/KV“) übernommen worden sind. In einzelnen Bundesländern bzw. KV-Bezirken kann es jedoch Abweichungen geben. Meist sind allerdings die Kassenärztinnen und -ärzte nicht ausreichend informiert und verweigern Impfwilligen zu Unrecht die Impfung auf Kosten der Kasse. Letzteres gilt insbesondere bei den so genannten „Indikationsimpfungen“ für besonders gefährdete Personengruppen, zu denen u.a. DrogengebraucherInnen, SexarbeiterInnen und homosexuell aktive Menschen zählen können. Hier ist es wichtig, dass Impfwillige gut über ihre Rechte informiert sind; es kann hilfreich sein, wenn sie dem Arzt/der Ärztin eine Empfehlung der Beratungsstelle, Drogenhilfeeinrichtung etc. übergeben.

Hinweise für (ärztliche) BeraterInnen in Einrichtungen der Drogen- und AIDS-Hilfe: Vergewissern Sie sich durch eine Anfrage bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, ob die Indikationsimpfungen in die Verträge mit allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen worden sind. Wenn dies der Fall ist, wird für die Präventionsleistung Impfung keine Praxisgebühr fällig. Für die Ärzte/Ärztinnen ist wichtig, dass die Impfstoffe nicht das Arzneimittelbudget belasten. Zum Bezug der Impfstoffe muss ein Rezeptblatt „Impfstoffanforderung“ nach Vorschrift der KV ausgefüllt werden. Dieses Rezept enthält keine personenbezogenen Daten des/der Impfwilligen (Datenschutz!). Ärztinnen/Ärzte müssen prüfen (und in ihren ärztlichen Aufzeichnungen vermerken), ob die Zugehörigkeit zu einer der gefährdeten Personengruppen gemäß STIKO gegeben ist, bevor sie eine Indikationsimpfung durchführen. Einige tun sich damit schwer oder wissen einfach nicht Bescheid. Eine kurze schriftliche Begründung und Erläuterung des Verfahrens durch BeraterInnen einer Beratungsstelle oder Drogenhilfeeinrichtung kann in diesen Fällen oft weiter helfen - siehe dazu den Musterbrief (Anhang). Evtl. sollte geprüft werden, ob bezüglich der Impfungen für KlientInnen aus Ihrer Einrichtung mit einer bekannten Arztpraxis oder der spezialisierten Hepatitis-/HIV-Praxis zusammengearbeitet wird, die auch Kooperationspartner in Notfällen ist (siehe Kapitel IV, 2).



19

Impfung gegen Hepatitis A

Aktive Immunisierung:

Die sicherste Vorbeugung gegen Hepatitis A ist eine Schutzimpfung (aktive Immunisierung), die sehr gut verträglich ist.

Die erste Impfdosis baut innerhalb von zwei Wochen bei 96% der Geimpften einen wirksamen Schutz auf, der ca. 1 Jahr hält. Fernreisende sollten sich deshalb spätestens 2 Wochen vor Reisebeginn impfen lassen.

Sechs bis zwölf Monate nach der ersten Impfung wird eine Auffrischungsimpfung vorgenommen. Bei diesem Vorgehen entwickeln fast alle Personen mit intaktem Immunsystem einen Impfschutz, der in der Regel mehr als zehn Jahre anhält. Ob danach (noch) ein Impfschutz besteht, kann durch die Bestimmung der Hepatitis A-Antikörper im Blut festgestellt werden; falls nicht, sollte erneut geimpft werden.

Seit einigen Jahren gibt es einen Hepatitis A & B -Kombinationsimpfstoff - eine Kosten sparende Variante, wenn beide Impfungen gewünscht sind!

Passive Immunisierung

Wenn kein Impfschutz durch eine aktive Impfung besteht, aber sofort (z.B. bei engem sozialen Kontakt zu einer akut infizierten Person) Schutz vor einer Hepatitis A-Infektion benötigt wird, ist auch eine passive Immunisierung mit spezifischen Immunglobulinen (Antikörper von Menschen, die bereits eine Hepatitis durchgemacht haben) möglich. Der Impfschutz hält bei dieser Methode aber nur etwa drei Monate an, weil die Antikörper rasch abgebaut werden.

Wer sollte sich impfen lassen?

Die Hepatitis A-Impfung ist insbesondere für Reisende wichtig, die Länder mit starker Hepatitis A-Verbreitung besuchen („Reiseimpfung“). Das HAV ist in großen Teilen Osteuropas, in den südlichen Mittelmeerländern, im Nahen und Mittleren Osten sowie in den Tropen und Subtropen, d.h. im zentralen und südlichen Asien, in nahezu ganz Afrika, in Mittel- und Südamerika verbreitet. „Rucksack-Touristen“ und EntwicklungshelferInnen sind besonders infektionsgefährdet.

Weiterhin wird eine Impfung gegen Hepatitis A sehr empfohlen für folgende Menschen, die serologisch keine Zeichen einer durchgemachten Hepatitis A-Infektion aufweisen:

IMPFPFEMPFEHLUNG FÜR PERSONEN	KOSTENÜBERNAHME
• die als medizinisches oder anderes Fach- und Pflegepersonal sowie als Küchen- und Reinigungskräfte in medizinischen, psychiatrischen oder therapeutischen Einrichtungen wie z.B. Drogenhilfeeinrichtungen oder in Kindergärten und -heimen tätig sind;	Arbeitgeber
• die in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Verbreitung reisen;	Selbstzahler
• die mit einer Person zusammen leben, die akut infiziert ist; • die eine chronische Lebererkrankung haben;	Krankenkasse
• die homosexuell aktiv sind.	Krankenkasse (evtl. Begründung erforderlich: „Indikation“)

► **Besonders Menschen mit einer chronischen Lebererkrankung (ca. 80% der i. v. Drogen GebraucherInnen haben eine chronische Lebererkrankung!) sollten sich unbedingt gegen Hepatitis A impfen lassen! Diese normalerweise eher harmlose Infektion kann für chronisch Leberkranke in bis zu 10% der Fälle schwere akute Verläufe nehmen, die u. U. zum Leberversagen führen.**

Bei immungeschwächten HIV-Positiven kann sich allerdings oftmals kein ausreichender Schutz aufbauen.

Wer bezahlt die Impfung?

Die Kosten einer Hepatitis A-Impfung werden für die medizinisch empfohlenen Impfungen z.B. bei Menschen mit chronischen Lebererkrankungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Bei den so genannten Indikationsimpfungen, hier insbesondere für homosexuell aktive Menschen, kann es bei einigen Ärzten/Ärztinnen Probleme geben. Mitunter ist eine kurze Begründung seitens des beratenden Arztes/der beratenden Ärztin oder anderer beratender Personen aus einer Drogen- oder AIDS-Hilfe-Einrichtung aber hilfreich (siehe 1.7.1 „Musterbrief“).



Reine „Reiseimpfungen“ werden generell nicht von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlt. Die Kostenübernahme durch private Krankenversicherungen richtet sich nach den jeweiligen Vertragsbedingungen. Gerade bei Reiseimpfungen an den Kombinationsimpfstoff denken! Kosten für eine Einzeldosis Hepatitis-A-Impfstoff ca. 56 €, Kombi-Impfstoff ca. 66 € (Stand: 11/2005).

Bei beruflich bedingter Ansteckungsgefahr trägt der Arbeitgeber die Kosten für die Impfung (vgl. Kapitel IV,1.3).

Impfung gegen Hepatitis B

Aktive Immunisierung

- ▶ **Die sicherste und damit wichtigste Vorbeugung gegen Hepatitis B ist eine Schutzimpfung (aktive Immunisierung), die auch vor einer Hepatitis D-Infektion schützt.**

Die Verträglichkeit ist im Allgemeinen gut. Gelegentlich kommt es zu lokalen Reaktionen wie Rötungen und Schwellungen, in einzelnen Fällen tritt leichtes Fieber auf. Sehr selten können neurologische Komplikationen auftreten.

Impfprocedere:

1. Blutabnahme für eine Hepatitisserologie

- Es wird überprüft, ob ev. schon Hepatitis-Antikörper vorliegen. Ist dieses der Fall, so ist eine Impfung nicht mehr nötig, da ein natürlicher Schutz vor erneuter Infektion vorhanden ist. Werden keine Antikörper gefunden, so sollte geimpft werden.
- Wird ohne vorherige Serologie geimpft (bei Kindern ist das üblich) und der/die Betroffene hatte bereits eine Hepatitis B, so gibt es keine negativen Folgen - die Impfung war jedoch überflüssig!

2. Das übliche Impfschema für eine Grundimmunisierung lautet wie folgt:

Zwei Impfungen im Abstand von einem Monat, die dritte Impfung erfolgt 6 Monate nach der ersten Impfung.

Es gibt jedoch auch ein so genanntes „verkürztes Impfschema“: Zwei Impfungen im Abstand von einer Woche, die dritte Impfung erfolgt 3 Wochen nach der ersten Impfung.

- Vorteil: schnellerer Impfschutz
- möglicher Nachteil: der Impfschutz hält nicht so lange an wie nach dem üblichen Impfschema; deshalb wird eine Boosterimpfung nach einem Jahr empfohlen.

3. Blutabnahme für eine Titerkontrolle 6 - 8 Wochen nach der letzten Impfung

- Die Titerbestimmung ist eine Erfolgskontrolle, gibt somit Auskunft darüber, ob der Impfschutz ausreicht oder ob noch einmal nachgeimpft werden muss.



DETAILWISSEN

Die Titerkontrolle ist eine Anti-HBs-Bestimmung, er wird in IE/L angegeben.

Titer > 100IE/L:	Es besteht ein sicherer Impfschutz, der 10 Jahre oder länger anhalten kann.
Titer < 10IE/L:	Ein Impfschutz ist nicht gewährleistet, es sollte nochmals geimpft werden.
Titer zwischen 10 und 100IE/L:	Es besteht zwar (noch) Impfschutz, eine Boosterimpfung wird jedoch empfohlen.

Bei Menschen mit intaktem Immunsystem ist die Impfung zu über 90% erfolgreich (bei Kindern zu 97-99 %) und bietet ca. 10 Jahre Schutz vor einer Hepatitis B-Infektion.

Deutlich schlechtere Impfresultate zeigen sich bei geschwächtem Immunsystem, z.B. bei:

- HIV-Positiven mit fortgeschrittener Immunschwäche
- intravenös Drogen Gebrauchenden
- bei Patienten, die nach einer Organtransplantation oder im Rahmen einer Krebsbehandlung immunsuppressive Medikamente bekommen (sie unterdrücken das Immunsystem)
- bei Dialysepatienten

Schlägt eine Impfung nicht an, wird entweder eine Wiederholung mit höherer Dosis u. U. in mehreren Schritten empfohlen, bis ein ausreichender Impfschutz erreicht ist.

Möglich ist auch, dass ein bestehender Impfschutz vorzeitig verloren geht. Dann sollte eine Boosterimpfung zur Auffrischung verabreicht werden. Falls das Immunsystem jedoch derart geschwächt ist, dass keine ausreichende Antikörperproduktion stattfinden kann, sollte eine mögliche Erholung abgewartet werden, um dann gegebenenfalls eine Auffrischimpfung oder eine erneute komplette Grundimmunisierung durchzuführen.

Passive Immunisierung / Post-Expositions-Prophylaxe

Die passive Immunisierung ist praktisch nur im Rahmen der Post-Expositions-Prophylaxe von Bedeutung. Hat beispielsweise eine Nadelstichverletzung stattgefunden, und es besteht keine Immunität, wird eine Simultanimpfung durchgeführt. Es wird mit einer Grundimmunisierung begonnen und gleichzeitig werden spezifische Immunglobuline (Antikörper von Menschen, die bereits eine Hepatitis B durchgemacht haben) verabreicht. Die passive Immunisierung wirkt ca. 3 - 6 Monate.

Wer sollte sich impfen lassen?

Grundsätzlich sollte eine Hepatitis-B-Grundimmunisierung schon im Säuglings- und Kleinkindalter erfolgen. Bei bis dahin noch ungeimpften Kindern und Jugendlichen sollte möglichst vor der Pubertät, spätestens aber bis zum 18. Lebensjahr die Grundimmunisierung nachgeholt werden. Neugeborene von HBV-infizierten und von nicht getesteten Müttern sollten unmittelbar nach der Geburt geimpft werden.

Ganz allgemein sollten sich alle Menschen impfen lassen, die zu den gefährdeten Gruppen gehören und bei denen keine ausreichende Menge von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus nachweisbar ist:



22



IMPFPFEMPFEHLUNG FÜR PERSONEN	KOSTENÜBERNAHME
<ul style="list-style-type: none"> • die im Gesundheitsdienst, in psychiatrischen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen mit gefährdenden Tätigkeiten beschäftigt sind (einschließlich Reinigungspersonal, Auszubildenden bzw. Studenten); • die durch Blutkontakte mit möglicherweise infizierten Personen gefährdet sind, z.B. betriebliche oder ehrenamtliche Ersthelfer, Mitarbeiter von Rettungsdiensten, Polizisten, Sozialarbeiter und Gefängnispersonal mit Kontakt zu Drogengebrauchenden; 	Arbeitgeber
<ul style="list-style-type: none"> • die längere Aufenthalte in Regionen mit hoher Hepatitis B-Verbreitung planen und/oder enge, insbesondere sexuelle Kontakte zur einheimischen Bevölkerung erwarten; 	Selbstzahler
<ul style="list-style-type: none"> • die mit einer Person zusammen leben, die akut infiziert ist; • die mit HBsAg-Trägern in einer Gemeinschaft leben, z.B. in Familien, Wohngemeinschaften, Kindergärten, Schulen, Pflegestätten, Heimen, Gefängnissen; • die Patienten in der Dialyse oder mit häufiger Übertragung von Blutprodukten (z.B. Bluter) sind oder die vor ausgedehnten chirurgischen Eingriffen stehen (z. B. Operationen unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine); • die eine Lebererkrankung haben und/oder die mit HIV leben; 	Krankenkasse
<ul style="list-style-type: none"> • die intravenös Drogen gebrauchen; • die homosexuell aktiv sind (Männer, die Sex mit Männern haben); • die als Sexarbeiter(innen) tätig sind; • die längere Zeit als Strafgefangene einsitzen werden. 	Krankenkasse (evtl. Begründung erforderlich: „Indikation“)

- ▶ **Da die Infektionsrate für i. v. Drogengebraucher über 50% liegt und ca. 80% an einer chronischen Lebererkrankung leiden, sollte geimpft werden, wann immer sich die Möglichkeit bietet (Substitution, Therapie, Gefängnis etc.)! Wer eine Haftstrafe antreten muss und ungeimpft ist, sollte sich unbedingt vor dem Aufenthalt im Strafvollzug impfen lassen!**

Wer bezahlt die Impfung?

Die Kosten für die Hepatitis-B-Impfung werden von allen Krankenkassen regelhaft bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren übernommen,

Prinzipiell sollten die Kosten auch für alle Personen mit einer medizinischen Impfpfempfehlung, die in der Tabelle genannt sind (gelb), übernommen werden. So ist die Kostenübernahme für Menschen, die Kontakt zu Personen haben, die akut oder chronisch HBV-infiziert sind, sowie für HIV-Positive meist kein Problem. **Auch für i. v. DrogengebraucherInnen ist die Kostenübernahme mittlerweile Standard.** Bei den sogenannten Indikationsimpfungen - hier z.B. Männer, die Sex mit Männern haben oder SexarbeiterInnen - kann es bei einigen ÄrztInnen Probleme geben. Mitunter ist eine kurze Begründung seitens des beratenden Arztes/der beratenden Ärztin oder anderer beratender Personen aus einer Drogen- oder AIDS-Hilfe-Einrichtung aber hilfreich (siehe 1.7.1 „Musterbrief“).

Generell schwierig wird es bei Reiseimpfungen, da bezahlen die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht, die privaten Kassen je nach Vertrag. Kosten für eine Einzeldosis Hepatitis-B-Impfstoff ca. 60 €, Kombi-Impfstoff ca. 66 € (Stand: 11/2005).

- ▶ **Oftmals ist der Kosten sparende Einsatz des Hepatitis A & B - Kombiimpfstoffes sinnvoll! Auch in Einrichtungen der Jugendhilfe sollte die Impfung gegen Hepatitis B thematisiert werden, da die Krankenkassen bis zum 18. Lebensjahr die Kosten generell übernehmen und eine Impfung die primärpräventive Maßnahme schlechthin darstellt.**



1.7 „Hepatitis ABC“

**BASIS- UND DETAILWISSEN
zu den verschiedenen Formen der Virushepatitis**

HEPATITIS-FORM	HEPATITIS A	HEPATITIS B	HEPATITIS C	HEPATITIS D	HEPATITIS E
Wichtige Übertragungswege	fäkal-oral ; verunreinigte Nahrung od. Trinkwasser, bestimmte Sexualpraktiken	Blut, Sperma, Scheidensekret, Speichel und andere Körperflüssigkeiten ; Sex (60-70%), Drogengebrauch, Piercing, Tätowierungen	Blut ; Drogengebrauch (> 50%); Piercing, Tätowierungen; selten beim Sex	Blut ; Drogengebrauch	fäkal-oral (wie Hepatitis A)
Inkubationszeit	1,5 bis 7 Wochen	1 bis 6 Monate	3 Wochen bis 6 Monate	wie Hepatitis B	2 bis 8 Wochen
Akute Infektion	meist keine Symptome oder milder Verlauf. In 1/3 der Fälle heftiger Verlauf mit Ikterus. Selten Leberversagen.	meist keine oder milde Symptomatik. In 1/3 der Fälle ausgeprägter Verlauf mit Ikterus. Selten Leberversagen.	In bis zu 80% der Fälle keine oder milde Symptomatik. Bei ca. 10% der Betroffenen ausgeprägter Verlauf mit Ikterus. Selten Leberversagen	Bei gleichzeitiger Ansteckung mit Hepatitis B: Verlauf siehe Hepatitis B. Bei Infektion zusätzlich zu bestehender Hepatitis B: häufig schwererer Verlauf.	Ähnlich wie bei Hepatitis A
Therapie bei akuter Infektion	keine wirksame Therapie bekannt	keine wirksame Therapie bekannt	Interferon über 6 Monate	keine wirksame Therapie bekannt	keine wirksame Therapie bekannt
Chronische Infektion	nein	möglich	häufig	häufig	nein
Therapie bei chronischer Infektion		pegyliertes Interferon oder Nukleosid-analoga über Monate bis Jahre	pegyliertes Interferon in Kombination mit Ribavarin über 6 Monate bei Genotyp 2 oder 3 bzw. über 12 Monate bei Genotyp 1 oder 4	keine wirksame Therapie bekannt	
Mögliche Langzeitfolgen der unbehandelten chronischen Erkrankung		Leberfibrose /-zirrhose, Leberversagen, Leberkrebs	Leberfibrose /-zirrhose, Leberversagen, Leberkrebs	Leberfibrose /-zirrhose, Leberversagen, Leberkrebs	
Immunität nach durchgemachter Erkrankung oder erfolgreicher Therapie?	ja	ja	nein	nein	nein
Schutzimpfung (aktive Immunisierung)?	ja	ja	nein	nein, aber eine Hepatitis B-Impfung schützt auch vor einer Hepatitis D	nein
Passive Immunisierung (Immunglobuline)?	ja	ja	nein	nein	nein



24



1.7.1 Hepatitis A

BASISWISSEN

- Das Hepatitis-A-Virus (HAV) wird vor allem über verunreinigte Lebensmittel und Trinkwasser übertragen.
- Die Erkrankung gilt (wie auch die Hepatitis E) als »Reisehepatitis«.
- HAV verursacht eine akute Leberentzündung und wird nicht chronisch.
- Eine spezifische Therapie gibt es nicht.
- Die Infektion hinterlässt lebenslange Immunität = Schutz vor erneuter Ansteckung.
- Die wirksamste Vorbeugung ist die Impfung gegen Hepatitis A.
- Sie ist auch für HIV-Positive möglich und zu empfehlen.
- **Menschen mit chronischer Lebererkrankung sollten unbedingt geimpft werden wenn keine Immunität vorhanden ist, da lebensgefährliche Krankheitsverläufe möglich sind.**

Verbreitung

Die folgenden Zahlen spiegeln mit Sicherheit nicht die Realität wieder. Die Anzahl der tatsächlichen Fälle liegt deutlich höher, da die Hepatitis A oft unbemerkt verläuft bzw. nicht als solche erkannt und gemeldet wird.

Welt: ca. 1.400.000 neue Infektionen/Jahr

Weltweit gibt es jährlich schätzungsweise 1,4 Millionen neue HAV-Infektionen; besonders weit verbreitet ist die Hepatitis A in Asien, Afrika und den GUS-Staaten, in Süd- und Osteuropa sowie Zentral- und Südamerika.

Deutschland: ca. 1.000 an das RKI gemeldete neue Infektionen/Jahr

In Deutschland (wie auch in Westeuropa, Nordamerika und Australien) ist die Zahl der Neuinfektionen in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken und im Allgemeinen niedrig. Es kommt allerdings gelegentlich zu örtlich begrenzten Ausbrüchen.

Übertragungswege

Das Hepatitis-A-Virus wird über den Darm ausgeschieden und hauptsächlich „fäkal-oral“ übertragen, also indem menschliche Ausscheidungen (lat.: faeces) direkt oder indirekt (Schmierinfektion, Nahrungsmittel) in den Mund gelangen. Auch eine Übertragung durch Blut ist möglich.

Infektionen finden statt durch:

- verunreinigte oder nicht lang genug gekochte Nahrungsmittel, vor allem durch Meeresfrüchte (Muscheln z.B. filtern große Mengen Wasser und reichern dadurch HAV an), ungeschältes Obst, Gemüse und Salate
- verschmutztes Trinkwasser (auch in Form von Speiseeis und Eiswürfeln!)
- im Toiletten-, Bad- und Küchenbereich bei mangelnder Hygiene (Hände waschen!)
- gemeinsame Benutzung von Zahnbürsten, Rasierzeug oder Handtüchern,
- verschmutztes Geschirr oder Besteck
- verunreinigtes Spritzbesteck und Zubehör (Filter, Löffel, Wasser) beim Drogengebrauch



- Sex, entweder bei anal-oralem Sex (»Rimming«) oder indirekt über den Weg Anus - Finger - Mund. HAV kann auch beim Sex mit Blut-Blut- bzw. Blut-Schleimhautkontakten übertragen werden.

Eine Übertragung durch Speichel, Urin oder Sperma ist sehr selten, eine Ansteckung durch Blutprodukte so gut wie ausgeschlossen, da diese auf HAV getestet werden.

Infektiosität

Die Virusausscheidung und damit auch die Ansteckungsgefahr für andere beginnt etwa zwei Wochen vor Auftreten von Krankheitssymptomen und ist in dieser Zeit auch am stärksten; mit Abklingen der Symptome nimmt auch die Infektiosität ab.

Besonders Gefährdete:

- Reisende in Gebiete, in denen Hepatitis A weit verbreitet ist (vor allem tropische und subtropische Regionen und Länder mit niedrigem Hygienestandard). Die Hepatitis A wird daher auch als Reisehepatitis bezeichnet.
- Menschen, die auf engem Raum zusammenleben (Inhaftierte/Gefängnispersonal, Heimbewohner und Betreuungspersonal),
- Angehörige von Heil- und Pflegeberufen
- intravenös Drogen Gebrauchende
- Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern
- Männer die Sex mit Männern haben



26

Impfung

(siehe Kapitel I, 1.7.2)

Vorsichts- und Hygienemaßnahmen

In Ländern mit niedrigem Hygienestandard sollte man ungekochte Nahrung vermeiden und nur desinfiziertes (notfalls mit Silberchlorid-Tabletten) oder abgekochtes Wasser trinken. Auf ungeschältes Obst, Salat, Eiswürfel und Speiseeis sollte man in diesen Ländern generell verzichten.

Der Verzehr von Muscheln, die zu ihrer Ernährung große Mengen von Wasser filtern, ist besonders riskant, da Muschelbänke häufig im Einleitungsbereich menschlicher Abwässer liegen.

Bei injizierendem Drogengebrauch verringert Safer Use das Infektionsrisiko (siehe Kapitel 2).

Kondomgebrauch beim Anal- oder Vaginalverkehr senkt das Infektionsrisiko nur unbedeutend, denn HAV kann auch durch Schmierinfektion (gebrauchtes Kondom - Finger - Mund, Anus - Finger - Mund) oder bei anal-oralen Sexualpraktiken (»Rimming«) übertragen werden.

- ▶ **Eine ganz einfache Hygienemaßnahme soll nicht unerwähnt bleiben: Das gründliche Händewaschen nach der Toilettenbenutzung! (siehe Kapitel II, 5.1)**

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen / Meldepflicht und sonstige Verpflichtungen

Die meisten Patienten mit Hepatitis A können zu Hause ausreichend versorgt werden und müssen nicht ins Krankenhaus. Empfohlen wird körperliche Schonung; ob Bett-ruhe eingehalten werden muss, ist vom Zustand des Patienten abhängig. Im Liegen wird jedoch die Leber deutlich besser durchblutet, was sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt.

Im Krankenhaus ist eine Unterbringung im Einzelzimmer und die Benutzung einer eigenen Toilette notwendig, und zwar bis zu zwei Wochen nach Auftreten erster klinischer Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten eines Ikterus.

Hepatitis A ist namentlich meldepflichtig. (siehe Kapitel IV, 3.1)

Personen, die mit Hepatitis-A-Kranken in einem Haushalt leben, sie pflegen oder betreuen, so wie Partner von Menschen mit Hepatitis A sollten sich - sofern kein Impfschutz besteht - möglichst umgehend impfen lassen (aktiv und passiv) und für den Zeitraum der Infektiosität besonders auf Hygiene achten, also **z.B. die Hände nach jeder Toilettenbenutzung und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen**, mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend mit einem alkoholischen Händedesinfektionsmittel desinfizieren. Ist die strikte Einhaltung dieser hygienischen Maßnahmen nicht gewährleistet, können Kontaktpersonen ohne Impfschutz bis zu vier Wochen nach dem letzten Kontakt mit der HAV-infizierten Person vom Besuch von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen werden.



Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

(siehe Kapitel 5.4.1)

Diagnose

Eine Hepatitis A wird durch Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-A-Virus im Blut festgestellt. Für eine frische Infektion sprechen Antikörper des Typs IgM, die sich etwa zwei bis vier Wochen nach der Infektion, also in der Frühphase der Immunantwort des Körpers bilden. Sie können über drei bis vier Monate nachgewiesen werden.

Antikörper vom Typ IgG werden etwa gleichzeitig gebildet und bleiben nach einer durchgemachten Hepatitis A meist lebenslang nachweisbar.

Anhand dieser Antikörper kann bei unklaren Leberwerterhöhungen und Krankheitsbeschwerden auch unterschieden werden, ob eine akute Hepatitis-A-Infektion vorliegt oder nicht. Erhöhte Leberwerte mit nachgewiesenen IgG-Antikörpern ohne gleichzeitig nachgewiesene IgM-Antikörper sprechen gegen eine akute Infektion. Nur selten dagegen werden im Rahmen der Routinediagnostik Verfahren zum Nachweis des Virus selbst angewendet.

Verlauf

Zwischen Infektion und Erkrankung vergehen im Durchschnitt 3-4 Wochen (Inkubationszeit). In dieser Zeit ist die Virusmenge im Stuhl sehr hoch, und auch im Blut ist HAV nachweisbar. Die sich anschließende Phase der immunologischen Abwehr des Virus kann ohne Krankheitsbeschwerden verlaufen, doch besteht auch dann Ansteckungsgefahr für andere.

Bei mildem Verlauf treten oft nur geringe allgemeine Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Abneigung gegen Fett und Alkohol, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Druckgefühl, gelegentlich Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen sowie Muskel- und Gelenkschmerzen auf. In dieser etwa zweiwöchigen Phase besteht häufig mäßiges Fieber. Anschließend kommt es in etwa einem Drittel der Fälle zu einem ausgeprägten Verlauf mit Ikterus (Gelbfärbung von Haut und Schleimhäuten, dunklem Urin, entfärbtem Stuhl und oft auch starkem Juckreiz); Verläufe ohne Gelbsucht werden häufig als Grippe fehlgedeutet. Die Krankheitsbeschwerden klingen in der Regel nach zwei bis sechs Wochen wieder ab.

In etwa 0,01-0,1 % der Fälle kommt es zu einem »fulminanten Verlauf« mit lebensgefährlichem akutem Leberversagen, bei dem in der Regel nur noch eine Lebertransplantation Rettung bringen kann. Das Risiko eines solchen Verlaufs ist erhöht bei Personen über 50 Jahren oder bereits bestehender Leberschädigung (z.B. bei chronischer Hepatitis B/C oder alkoholbedingter Leberzirrhose). HAV-Infektionen im letzten Drittel der Schwangerschaft können Fehlgeburten verursachen.

Eine Hepatitis A heilt immer vollständig aus, was in Einzelfällen allerdings mehrere Monate dauern kann. Anschließend besteht **lebenslange Immunität**. Eine chronische Verlaufsform wurde bislang nicht beschrieben.

Behandlung

Für die akute Hepatitis A gibt es keine spezifische (gegen das Virus gerichtete) Therapie. Behandelt werden die Allgemeinsymptome der Erkrankung.

Empfohlen werden:

- körperliche Schonung
- eine ausgewogene, nicht zu fette Ernährung (eine spezielle Diät ist nicht erforderlich)
- der Verzicht auf Alkohol sowie - wenn möglich - die Vermeidung leberschädigender Medikamente

Ein Krankenhausaufenthalt ist in der Regel nicht erforderlich.



1.7.2 Hepatitis B

BASISWISSEN

- ▶ **Das Hepatitis-B-Virus (HBV) ist um ein Vielfaches infektiöser als das HI-Virus, es reichen schon kleinste Mengen für eine Infektion aus. Außerdem ist es außerhalb des Körpers deutlich widerstandsfähiger und hat dadurch eine längere Überlebenszeit. Es wird vor allem beim Sex und bei intravenösem Drogenkonsum übertragen.**

HBV-Infektionen können chronisch werden.

Kinder, HIV-Positive und Menschen mit geschwächtem Immunsystem (z.B. viele Drogengebraucher) haben ein erhöhtes Risiko, eine chronische Entzündung zu entwickeln.

Bei einer akuten Hepatitis B werden in der Regel nur die Symptome behandelt. Bei Anzeichen einer Einschränkung der Leberfunktion im Rahmen einer akuten Hepatitis B scheint jedoch eine sofortige antivirale Therapie mit Lamivudin gerechtfertigt. Eine chronische Hepatitis B kann grundsätzlich immer therapiert werden. Wichtige Parameter für die Entscheidung zu einer Therapie sind: die Anzahl der Viren, der Entzündungs- und Fibrosestatus und die Höhe der Transaminasen im Blut.

- ▶ **Gegen Hepatitis B kann man sich impfen lassen. I.v. Drogenkonsumenten sollten sich unbedingt impfen lassen, wenn keine Immunität vorliegt! Bis zum 18. Lebensjahr wird die Impfung generell von den Krankenkassen übernommen.**

Verbreitung

Welt: Chronische Hepatitis B: 300-420 Millionen

Weltweit gehört die Hepatitis B zu den häufigsten übertragbaren Krankheiten: Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben etwa zwei Milliarden Menschen eine HBV-Infektion durchgemacht; schätzungsweise 350 Millionen Menschen sind chronisch mit dem Hepatitis-B-Virus infiziert (das entspricht 5-7% der Weltbevölkerung). In einigen tropischen und subtropischen Gegenden sind fast 30 % der Bevölkerung chronische Hepatitis-B-Träger, wobei dort die meisten Infektionen während der Geburt oder im Säuglingsalter geschehen.

Deutschland: Chronische Hepatitis B: 500.000

Chronische Hepatitis B + HIV-Koinfektion: 2.800

In Deutschland zählt das Robert Koch-Institut jährlich ca. 1.800 Hepatitis B- Fälle.. Die tatsächliche Anzahl der Erkrankungen wird allerdings, da viele Verläufe symptomlos bleiben, höher sein. Seit 1997 lässt sich ein rückläufiger Trend beobachten. Etwa 5-8 % der Bevölkerung haben eine HBV-Infektion durchgemacht, 0,6 % (ca. 500.000 Personen) sind Virusträger. Bei Menschen mit HIV allerdings ist der Anteil derer, die eine Hepatitis B durchgemacht haben, sehr viel höher als im Durchschnitt der Bevölkerung; Schätzungen gehen von ca. 2.800 Patienten mit einer HIV/HBV-Koinfektion aus.



Übertragungswege

HBV ist im Blut in hoher Konzentration vorhanden und findet sich in geringerer Menge, die aber für eine Ansteckung immer noch ausreichen kann, auch in Speichel, Muttermilch, Sperma, Vaginalsekret, Menstruationsblut und Tränenflüssigkeit. In Deutschland wird HBV gegenwärtig schätzungsweise in **60-70 % der Fälle beim Sex** (vaginal, anal, oral) übertragen, da HBV in allen Flüssigkeiten zu finden ist, die beim Sex eine Rolle spielen.

Das Risiko erhöht sich, wenn auch Blut im Spiel ist, denn für eine Infektion reicht schon eine winzige Menge aus, die - z.B. über kleinste Verletzungen der Haut oder Schleimhaut - in den Körper gelangt.

Kontakt mit infiziertem Blut ist auch in Krankenhäusern (von Patient zu Patient oder zu Personal, aber auch von Personal zu Patient), bei **intravenösem Drogenkonsum** (insbesondere bei gemeinsamem Gebrauch von Spritzen und Zubehör), beim **Tätowieren, Piercen**, Ohrlochstechen (wenn mit nicht genügend desinfiziertem Gerät gearbeitet wird) bei gemeinsamer Benutzung von Zahnbürsten, Rasierzeug und Ähnlichem sowie (weniger in Deutschland, dafür aber sehr häufig weltweit) in der Schwangerschaft und während der Geburt der häufigste Ansteckungsweg.

Das Risiko einer Ansteckung durch Blutprodukte ist in Deutschland gering und wird auf 1 : 50.000 bis 1 : 200.000 geschätzt.

Infektiosität

Eine Ansteckungsgefahr besteht, unabhängig davon ob Krankheitssymptome

auftreten oder nicht, wenn:

- HBV-DNA (Virus-Erbsubstanz) oder
 - HBsAg (Virusbestandteil) oder
 - HBeAg (Virusbestandteil)
- als Merkmale der Virusvermehrung nachweisbar sind.

Bei chronisch infizierten HBV-Trägern kann das jahrelang der Fall sein. Die Ansteckungsgefahr hängt von der Konzentration der Viren im Blut und der Art des Kontaktes ab. Bei fortgeschrittener Immunschwäche kommt es zu einer starken Vermehrung des Hepatitis-B-Virus (hohe Virusmenge im Blut). Die Infektiosität erhöht sich, Sexualpartner können sich also leichter infizieren.

Besonders Gefährdete:

- Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern
- Menschen, die mit chronisch infektiösen Personen zusammenleben
- intravenös Drogen Gebrauchende; ca. 50 % der Drogengebrauchenden haben Antikörper gegen Hepatitis B
- Dialysepatienten
- Personal und Patienten/Insassen bzw. Bewohner von Heil-, Pflege- und Gefängnis-einrichtungen sowie von Heimen
- Menschen in Ländern mit weiter Hepatitis-B-Verbreitung, z.B. in Asien, der Türkei oder den GUS-Staaten
- Neugeborene, bei deren Müttern HBsAg oder HBeAg nachweisbar ist (ohne vorbeugende Maßnahmen liegt das Infektionsrisiko bei bis zu 95%.)



Impfung und Post-Expositions-Propylaxe

(siehe Kapitel I, 1.6 und II, 5.4.1)

Safer Use, und Hygiene (siehe Kapitel II, 2 und 5)

Safer Sex

Da Hepatitis B-Viren in allen Körperflüssigkeiten zu finden sind, die beim Sex eine Rolle spielen, ist letztendlich ein Impfschutz die beste „Safer Sex-Maßnahme“! Kondombenutzung bei vaginalem, analem und oralem Sex reduziert das Risiko einer Infektion erheblich, doch verbleibt im Vergleich zu HIV ein relativ großes „Restrisiko“, da HBV z.B. auch durch (intensives) Küssen übertragen werden kann.

Vermieden werden sollte jeglicher Blutkontakt, also Vorsicht während der Menstruation und auf (kleinste) Verletzungen achten! Gleitmittel können die Verletzungsgefahr reduzieren!

Begleitende sexuelle Erkrankungen erhöhen das Risiko einer Infektion, ebenso ein schlechter Zahnstatus - beides bietet HBV hervorragende Eintrittspforten!

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen / Meldepflicht und andere Verpflichtungen

Bei Einhaltung der im („normalen“) Haushalt allgemein üblichen Hygiene ist das Infektionsrisiko für andere gering.

- ▶ **Besonders aufmerksam müssen jedoch injizierende Drogengebraucherinnen sein, da in ihrem häuslichen Umfeld mit Blut verschmutzte Gegenstände sicherlich eine viel größere Rolle spielen, als in einem „normalen“ Haushalt.**

Hepatitis B ist namentlich meldepflichtig.

HBV-Träger können Gemeinschaftseinrichtungen besuchen bzw. dort ihrer Tätigkeit nachgehen. Personen, die in einem Haushalt mit Menschen mit Hepatitis B leben, sie pflegen oder betreuen (auch in der Schule), so wie Partner sollten sich - sofern kein Impfschutz besteht - möglichst impfen (passive und aktive Immunisierung!) und den Impferfolg kontrollieren lassen.

Im Gesundheitswesen tätige chronisch mit Hepatitis B infizierte Personen sollten die üblichen Hygieneregeln beachten, um Patienten nicht zu gefährden. Es scheint aber nicht gerechtfertigt, Hepatitis-B-positives Personal von der Patientenversorgung auszuschließen, da die Ansteckungsgefahr bei Einhaltung der Hygieneregeln gering ist. Sinnvoll ist - sowohl zum Schutz des Personals als auch zum Schutz der Patienten - die aktive Impfung gegen Hepatitis B für im Gesundheitswesen Tätige. (siehe Kapitel IV 2.3, Exkurse)

Diagnose

Eine Hepatitis B wird in der Regel durch den Nachweis von Antikörpern (Anti-HBs, Anti-HBe) gegen bestimmte Bestandteile der Virushülle (Antigene) oder gegen innere Eiweißbestandteile (Anti-HBc = Immunglobuline der Klassen IgM und IgG) festgestellt.



Der Nachweis von HBe-Antigen deutet auf eine hohe Viruslast im Blut hin. Nach Verschwinden des HBe-Antigens hat das Immunsystem den ersten Schritt zur Kontrolle der Vermehrung des Hepatitis-B-Virus unternommen.

Auch die HBV-Erbinformation (DNA) kann nachgewiesen werden; ihre Konzentration (Virämie) ist ein Maß für die Infektiosität.

DETAILWISSEN: HBsAg und mehr... - Serologischer Verlauf einer akuten Hepatitis B

HBsAg

Etwa sechs bis acht Wochen nach einer Ansteckung (also mehrere Tage, manchmal Wochen vor dem Auftreten klinischer Symptome) kann man in der Regel HBs-Antigen (HBsAg) im Blut nachweisen.

Die HBsAg-Konzentration erreicht mit dem Auftreten der typischen Symptome die höchste Konzentration und fällt danach allmählich wieder ab. Ist HBsAg mehr als sechs Monate nach Beginn der Erkrankung noch nachzuweisen, hat man es mit einer chronischen Hepatitis-B-Infektion zu tun; die Patienten müssen als infektiös gelten.

Anti-HBsAg

Bei normalem Krankheitsverlauf treten kurz nach dem Verschwinden von HBsAg Antikörper gegen diesen Virusbestandteil auf (Anti-HBs): Zeichen für die Eliminierung des Virus und das Ende der Infektiosität.

Auch nach erfolgreicher Impfung lässt sich Anti-HBs nachweisen. Ist die Anti-HBs-Konzentration hoch genug, besteht in der Regel Immunität gegen eine weitere Infektion.

Anti-HBcAg

Antikörper gegen HbC sind bereits bei Auftreten von Symptomen vorhanden.

Anti-HBc-IgG im Blut zeigt an, dass ein Kontakt mit HBV stattgefunden hat. Vor einer geplanten Impfung wird daher nach diesen Immunglobulinen gesucht, die lebenslang nachweisbar bleiben.

Anti-HBc-IgM tritt zu Beginn der Erkrankung in hoher Konzentration auf und fällt bei normalem Verlauf innerhalb von mehreren Wochen bzw. Monaten auf nicht mehr nachweisbare Werte ab.

Bei chronischen Verläufen dagegen kann Anti-HBc-IgM über lange Zeit in niedriger bis mäßig hoher Konzentration nachweisbar bleiben.

HBeAg und Anti-HBe

HBeAg ist während einer akuten Infektion für einige Tage bis Wochen nachweisbar und deutet auf eine aktive Virusvermehrung mit hoher Virämie (Virusmenge). Anschließend wird HBeAg in der Regel durch die entsprechenden Antikörper abgelöst (Anti-HBe), die meist über mehrere Jahre nachweisbar bleiben.

Bei chronischen Infektionen, vor allem bei chronisch-aktiven, kann HBeAg auch weiterhin im Blut verbleiben.

Dies gilt allerdings nicht für eine Untergruppe von HBV, die eine genetische Veränderung (Mutation) des HBe-Antigens aufweist (Precore-Mutante): Obwohl sich bei den



32



betroffenen Patienten mit den gängigen Nachweisverfahren kein HBeAg mehr, wohl aber Anti-HBe nachweisen lässt, haben sie eine chronisch-aktive Hepatitis B (was sich durch den Nachweis großer Mengen von HBV-DNA im Blut feststellen lässt) und sind damit ansteckend. Diese Mutanten breiten sich zunehmend in Deutschland aus und sind inzwischen bei der Mehrheit der diagnostizierten Hepatitis-B-Infektionen nachweisbar.

Nach Ausheilung einer Hepatitis B sind nur noch die Antikörper (Anti-HBs und Anti-HBc, evtl. Anti-HBe) im Blut feststellbar. Bei einer chronischen Infektion bleiben in der Regel das HBs-Antigen und Anti-HBc, manchmal das HBe-Antigen und die HBV-DNA nachweisbar. Bei Nachweis von HBV-DNA gelten Betroffene als weiterhin infektiös (ansteckend). Wird keine HBV-DNA mehr nachgewiesen, wohl aber HBs-Antigen, spricht man von einem HBs-Trägerstatus; die Infektiosität ist in diesem Stadium als sehr gering einzuschätzen.

Verlauf

Akute Infektion

Zwischen Infektion und Erkrankung vergehen ein bis sechs, im Durchschnitt zwei bis drei Monate (Inkubationszeit). Der Krankheitsverlauf, der wesentlich von der Immunantwort des Körpers und nicht vom Virus selbst bestimmt wird, kann sehr unterschiedlich sein.

- **In bis zu zwei Dritteln der Fälle treten gar keine oder nur geringe Beschwerden auf, so dass die Hepatitis nicht erkannt wird.**

Typisch sind Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Oberbauchbeschwerden, Unwohlsein sowie Gelenkschmerzen und Hautveränderungen, selten sind auch die Nieren beteiligt (Nierenentzündung).

In etwa jedem dritten Fall kommt es zu einem Ikterus mit Gelbfärbung von Haut und Schleimhäuten, dunklem Urin, entfärbtem Stuhl und oft auch starkem Juckreiz. Diese Beschwerden sind nach drei bis sechs Wochen in der Regel wieder abgeklungen.

Verläufe ohne Gelbsucht werden häufig als Grippe fehlgedeutet.

In etwa 0,5-1 % der Fälle kommt es zu einem »fulminanten Verlauf« mit lebensgefährlichem akutem Leberversagen, bei dem nur noch eine Lebertransplantation Rettung bringen könnte. Dieses Risiko erhöht sich mit zunehmendem Alter.

Im Anschluss an eine ausgeheilte Hepatitis-B-Infektion besteht eine wahrscheinlich lebenslange Immunität. Das Virus ist zwar weiterhin in den Leberzellen präsent, wird aber vom Immunsystem kontrolliert und an der Vermehrung gehindert.

Bei Verlust der immunologischen Kontrolle z.B. durch eine deutliche Immunschwäche infolge einer HIV-Infektion oder durch eine Chemotherapie kann es trotz »Ausheilung« zu einer erneuten Vermehrung des Hepatitis-B-Virus kommen.

Chronische Infektion

Von einer chronischen Infektion spricht man, wenn nach mehr als einem halben Jahr noch HBsAg nachweisbar ist. Dabei wird zwischen asymptomatischem HBsAg-Trägerstatus und chronischer Hepatitis B unterschieden.



DETAILWISSEN

Unwahrscheinlich wird ein chronischer Verlauf wenn innerhalb der ersten drei bis sechs Monate der Erkrankung das HBe- und auch das HBs- Antigen »negativ« werden, also nicht mehr nachgewiesen werden können, und stattdessen Antikörper gegen HBeAg und HBsAg auftreten.

Ob eine akute Hepatitis B ausheilt oder chronisch wird, hängt vor allem vom Alter und vom Zustand des Immunsystems ab: Bei der Geburt infizierte Neugeborene werden in über 90 % der Fälle zu chronischen Virusträgern, bei Erwachsenen mit intaktem Immunsystem dagegen heilt eine akute Hepatitis B meist aus und wird nur in 5 % der Fälle chronisch.

In mehr als der Hälfte der Fälle verläuft eine chronische Hepatitis-B-Infektion mild, d.h. nur mit Laborwertveränderungen und lediglich mikroskopisch feststellbaren Zeichen einer Leberentzündung. Weil es meist keine Beschwerden gibt, werden diese Infektionen in der Regel nicht bemerkt.

Bei einem aggressiven Verlauf kommt es zu einer zunehmenden Einschränkung der Leberfunktion, bei langer Dauer oft zu einer Leberzirrhose mit bleibenden Leberschäden. Hieraus kann sich dann ein Leberzellkrebs entwickeln, zu dem es bei einer Hepatitis B in seltenen Fällen auch ohne Leberzirrhose kommt.

Auch ohne Behandlung kommt es pro Jahr bei etwa 2-5 % der Betroffenen zu einer Inaktivierung der chronischen Hepatitis, d.h., sie gehen in einen asymptomatischen HBsAg-Trägerstatus über und das Virus ist nicht mehr im Blut nachweisbar.

Infizieren sich Menschen mit einer Immunschwäche (z.B. HIV-Positive mit wenigen Helferzellen) mit HBV, kommt es deutlich häufiger zu einer Chronifizierung. Diese chronische Hepatitis B verläuft zwar meist milder (da die Abwehrreaktion des Körpers infolge der Immunschwäche geringer ausfällt), doch kommt es später häufiger zu einer Zirrhose. Außerdem werden bei einer Immunschwäche manchmal scheinbar ausgeheilte Infektionen reaktiviert.

Bei HIV-Positiven ist mittlerweile eine erhöhte leberbedingte Sterblichkeit zu verzeichnen: Da die Lebenserwartung von Menschen mit HIV durch die Erfolge der antiretroviralen Behandlung deutlich gestiegen ist, hat eine HBV-Infektion »mehr Zeit« zur Entwicklung einer Leberzirrhose.

Behandlung

Behandlung der akuten Hepatitis B

Für die akute Hepatitis B gibt es keine spezifische Behandlung. Empfohlen werden körperliche Schonung, die Behandlung der Allgemeinsymptome, eine ausgewogene, nicht zu fette Ernährung, der **Verzicht auf Alkohol** sowie - wenn möglich - die Vermeidung leberschädigender Medikamente. Eine Krankenhausaufnahme ist in der Regel nicht erforderlich. Bei besonders schweren Verläufen wird Lamivudin eingesetzt.

Behandlung der chronischen Hepatitis B

Die Behandlung einer chronischen Hepatitis B gehört in die Hand eines Spezialisten! Eine chronische Hepatitis B kann grundsätzlich immer therapiert werden. Wichtige Parameter für die Entscheidung zu einer Therapie sind: die Anzahl der Viren, der Entzündungs- und Fibrosestatus und die Höhe der Transaminasen im Blut. Für die Behandlung der chronischen Hepatitis B sind folgende Medikamente zugelassen:

- Alpha-Interferone
- Nukleosid-Analoga: Lamivudin, Entecavir und Telbivudin
- Nukleotid-Analoga: Adefovir dipivoxil und Tenofovir dipivoxil

(siehe auch Kapitel 1.3)



34



1.7.3 Hepatitis C

BASISWISSEN

- ▶ **Das Hepatitis C-Virus (HCV) ist außerhalb des Körpers deutlich widerstandsfähiger und hat dadurch eine längere Überlebensdauer als das HI-Virus. Schon kleinste Mengen reichen für eine Infektion aus. Übertragungsweg: Blut, andere Übertragungswege sind zur Zeit noch nicht gesichert.**

HCV wird vor allem beim Drogengebrauch (durch gemeinsam benutztes Spritzbesteck und Zubehör) übertragen. Eine Übertragung durch Sex ist selten, entscheidend sind jedoch die Sexualpraktiken.

- ▶ **Bei einer akuten Hepatitis C-Infektion lässt sich durch eine sechsmonatige Behandlung mit Interferon (Interferon alpha oder pegyliertem Interferon alpha) in fast allen Fällen eine Chronifizierung verhindern.**

Unbehandelt wird die akute Hepatitis C häufig chronisch und kann über Jahre/Jahrzehnte zu einer Leberzirrhose oder zu Leberkrebs führen.

Die Erfolgsaussichten einer Behandlung der chronischen Hepatitis C liegen je nach Genotyp bei bis zu 90%. Wie lange therapiert werden muss, hängt u. a. zwar vom vorliegenden Genotyp ab. Das wichtigste Kriterium für die Dauer der Therapie ist aber die Schnelligkeit des Therapieerfolgs: sind Viren nach kurzer Zeit nicht mehr nachweisbar, kann die Behandlungsdauer ggf. verkürzt werden. Drogengebrauch/Substitution sind kein Ausschluss für eine Therapie.

- ▶ **Es gibt keine Immunität gegen HCV. Eine einmal durchgemachte Hepatitis C oder eine erfolgreiche Therapie schützen nicht vor einer erneuten Ansteckung. Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung. Chronisch Infizierte sollten jedoch gegen Hepatitis A & B geimpft werden.**

Das Hepatitis C-Virus ist die dritthäufigste Ursache für eine virusbedingte Leberentzündung in der Allgemeinbevölkerung. **Mehr als 60% der Menschen, die Drogen injizieren, haben jedoch Antikörper gegen das Virus!**

Heute sind mehrere Formen dieses Virus (Genotyp 1 bis 6 mit zahlreichen Subtypen) bekannt, die sich bezüglich Virusaufbau, Krankheitsverlauf und Therapieerfolg unterscheiden. Bei uns sind die Genotypen 1 und 2 am häufigsten (in dieser Reihenfolge).

Verbreitung

Bei allen Zahlen handelt es sich um Schätzungen. Es gibt keine genauen Daten!

Welt: Chronische Hepatitis C: ca. 130 -170 Millionen

Kontakt mit dem Hepatitis C-Virus haben vermutlich weltweit ca. 170 Millionen Menschen gehabt (3% der Weltbevölkerung). Davon sind schätzungsweise 130 Millionen chronisch infiziert, in Europa etwa 3-5 Millionen.

Besonders weit verbreitet ist HCV in Asien und Osteuropa, aber auch im Mittelmeerraum kommt HCV weitaus häufiger vor als in Mittel- und Nordeuropa.



Deutschland: Chronische Hepatitis C: 400.000-500.000
Chronische Hepatitis C + HIV-Infektion: 6.000

In Deutschland werden jährlich ca. 5000 Hepatitis C-Infektionen erstmalig an das RKI gemeldet. Die tatsächliche Zahl dürfte aber aufgrund des häufig symptomlosen Verlaufs höher sein. Etwa 0,4-0,6 % der Bevölkerung haben Antikörper gegen Hepatitis C im Blut. Da ca. 50-80 % der Infektionen chronisch werden, rechnet man mit etwa 400.000-500.000 chronisch Infizierten. Bei Menschen mit HIV ist der Anteil der chronisch Hepatitis C-Infizierten deutlich höher als im Durchschnitt der Bevölkerung. Schätzungen gehen von ca. 6.000 HIV-positiven Patienten aus, die zugleich eine chronische Hepatitis C haben (das entspricht etwa 15 % aller Menschen mit HIV).

Übertragungswege

HCV wird vor durch Blut übertragen (und zwar wesentlich leichter als HIV). HCV wird zwar auch in anderen Körperflüssigkeiten nachgewiesen. Ob auf diesem Weg jedoch eine Infektion möglich ist, gilt nach heutigem Wissensstand als unwahrscheinlich. In über 50% der Fälle erfolgt die Infektion durch gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck und Zubehör beim intravenösen Drogenkonsum.

Auch eine Übertragung beim Sex ist möglich. Die Übertragungswahrscheinlichkeit erhöht sich durch begleitende sexuell übertragbare Erkrankungen sowie Haut- und Schleimhautverletzungen und ist damit auch von den ausgeübten Sexualpraktiken abhängig: Werden Schleimhäute verletzt und ist Blut im Spiel (auch in geringen Mengen), z.B. beim ungeschützten Analsex, ist das Risiko höher.

- ▶ **Eine Beratung zur sexuellen Übertragung von Hepatitis C muss sehr detailliert erfolgen, wenn man sie nicht auf die generelle Benutzung von Kondomen reduzieren will! (siehe auch Kapitel II,4...)**

Weitere Infektionswege sind:

- das gemeinsame Benutzen eines Röhrchens zum Sniefen von Kokain oder Speed (wenn das Röhrchen mit verletzter Nasenschleimhaut in Kontakt kommt)
- invasive diagnostische oder operative Eingriffe; eine besonders hohe Gefahr stellt die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen unter mangelhaften hygienischen Bedingungen in Hepatitis C-Hochprävalenzländern dar
- gemeinsames Benutzen von Gegenständen, die mit Blut in Kontakt gekommen sind (Zahnbürste, Rasierzeug, Nagelschere usw.)
- Piercen, Tätowieren oder Ohrlochstechen unter mangelhaften hygienischen Bedingungen (z.B. im Gefängnis).

Das Risiko einer Infektion durch Blutprodukte (z.B. bei Transfusionen) dagegen ist heute aufgrund moderner Testverfahren in Westeuropa gering.

- ▶ **Normale Sozialkontakte wie Küssen, Umarmungen, der gemeinsame Gebrauch von Haushaltsgegenständen (Z.B. Geschirr, Besteck) beinhalten kein Übertragungsrisiko, solange kein Blut im Spiel ist!**

Infektiosität

Da ein großer Teil der Hepatitis C-Infektionen chronisch verläuft (50-80 % der Fälle), können infizierte Personen unter Umständen viele Jahre ansteckend sein. Das Übertragungsrisiko ist aber von der Viruskonzentration im Blut abhängig, die oft



über lange Zeiträume sehr niedrig ist. HIV-Infizierte mit einer Hepatitis C haben bei fortgeschrittener Immunschwäche größere HCV-Mengen im Blut, weshalb von erhöhter Ansteckungsgefahr auszugehen ist.

Besonders Gefährdete

Drogengebrauchende sind besonders gefährdet, wenn sie Spritzbesteck und Zubehör, aber auch Snief Röhrchen gemeinsam verwenden. Darüber hinaus gibt es auch im häuslichen Umfeld von injizierenden Drogengebrauchenden ein erhöhtes Risiko, da Blut eine größere Rolle spielt als in einem „normalen“ Haushalt.

Hepatitis C-Infektionen werden vermehrt durch riskante sexuelle Praktiken unter Männern, die Sex mit Männern haben (abgekürzt: MSM) übertragen. Ein besonders hohes Risiko besteht für HIV-positive MSM.

Darüber hinaus gelten auch Zahnärzte und operativ tätige Mediziner als besonders gefährdet.

Vorbeugung

Impfung

Eine Vorbeugung gegen Hepatitis C ist derzeit weder durch eine aktive Immunisierung (Schutzimpfung) noch durch eine passive Immunisierung (Immunglobuline) möglich.

Hygiene, Safer Use und Safer Sex

Da es zurzeit noch keine Impfung gegen Hepatitis C gibt, sind diese Punkte von ganz besonderer Bedeutung und sollten fester Bestandteil in der Arbeit mit Drogengebrauchenden sein! (siehe Kapitel II,2,3,4 und 5...)

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen / Meldepflicht und sonstige Verpflichtungen

- ▶ **Menschen mit HCV sollten sich, sofern sie keinen ausreichenden Immunschutz haben, gegen Hepatitis A und B impfen lassen, da diese Infektionen bei bestehender chronischer Hepatitis C zu einem schwereren Krankheitsverlauf führen.**

Eine erstmalig festgestellte HCV-Infektion ist namentlich meldepflichtig. (siehe Kapitel IV 3.1)

Personen, die in einem Haushalt mit Menschen mit Hepatitis C leben, sie pflegen oder betreuen (z.B. auch in der Schule), so wie Partner sollten die gemeinsame Benutzung von Nagelschere, Zahnbürste, Rasierapparat oder Ähnlichem meiden.

- ▶ **Besonders aufmerksam müssen jedoch injizierende Drogengebrauchende sein, da in ihrem häuslichen Umfeld mit Blut verschmutzte Gegenstände eine gefährliche Infektionsquelle darstellen**

Diagnose

Eine HCV-Infektion wird in der Regel durch die Kombination des Nachweises von Antikörpern gegen das Virus (Anti-HCV) sowie von HCV-RNA (Erbinformation des



Virus) im Blut festgestellt. Die Antikörper treten meist acht bis zwölf Wochen nach der Infektion auf, in Einzelfällen aber auch deutlich später. Die HCV-RNA dagegen ist bereits zu einem früheren Zeitpunkt nachweisbar oft schon nach zwei Wochen.

Bei nachgewiesener HCV-RNA, deutlich erhöhten Leberwerten und negativem HCV-Antikörpertest gilt eine akute Hepatitis C als wahrscheinlich (auch dann, wenn keine körperlichen Beschwerden auftreten).

Bei positivem HCV-Antikörpertest und nicht nachweisbarer HCV-RNA ist von einer spontan oder nach Therapie ausgeheilten Hepatitis C auszugehen; diese Personen sind nicht infektiös.

Bei HIV/HCV-Koinfizierten mit fortgeschrittenem Immundefekt kann es in seltenen Fällen zu einem Verlust von HCV-Antikörpern trotz weiter bestehender chronischer Hepatitis C kommen. Daher empfiehlt sich bei allen HIV-positiven Patienten mit Hepatitis-C-Verdacht auch ein direkter Virusnachweis.

Verlauf

Die Zeit zwischen Infektion und Erkrankung (Inkubationszeit) beträgt etwa drei Wochen bis sechs Monate, im Mittel 1,5 Monate. In etwa 90 % der Fälle verläuft die Infektion ohne ausgeprägte Beschwerden, in 50-80 % sogar völlig asymptomatisch. In 10-20 % treten grippeähnliche Symptome auf, in etwa 10 % ein Ikterus. Ein fulminanter Verlauf, bei dem in der Regel nur noch eine Lebertransplantation Rettung bringen kann, tritt in weniger als 0,5 % der Fälle auf. Kommt zu einer bereits bestehenden chronischen Hepatitis C eine Hepatitis A hinzu, ist dieses Risiko - wie auch bei gleichzeitiger HBV- und HCV-Infektion - höher. 50-80 % der Hepatitis C-Infektionen werden chronisch, die anderen Infektionen heilen innerhalb von sechs Monaten aus.

Die spontane Ausheilungsrate bei Menschen mit einer symptomatischen akuten Hepatitis C liegen bei ca. 50%! (nur leider verlaufen die meisten asymptomatisch - siehe oben) Eine Ausheilung kann auch später noch jederzeit geschehen; bei milden chronischen Verläufen ist eine spontane Heilung häufig.

- ▶ **Auch bei einer Ausheilung der chronischen Hepatitis C entsteht kein Schutz vor einer erneuten Ansteckung mit HCV!**

Von den chronischen Infektionen verläuft etwa ein Drittel aggressiv, d.h. mit Leberentzündung und bindegewebigem Umbau bzw. Vernarbung der Leber (Fibrose). Folgen können eine Leberzirrhose (in etwa 10-20 % dieser Fälle) mit anschließendem Leberversagen oder (seltener) Leberkrebs sein.

Eine Zirrhose tritt bei älteren Menschen häufiger als bei jüngeren, bei Männern häufiger als bei Frauen und entwickelt sich rascher, wenn zusätzliche Risikofaktoren wie etwa fortgesetzter (auch mäßiger) Alkoholkonsum hinzukommen.

Bei HIV-Positiven und anderen Immungeschwächten verläuft die chronische Hepatitis C in der Regel rascher, und es kommt häufiger zu einem Leberversagen.

Behandlung

- ▶ **Die Therapie gehört in die Hände von Spezialisten! Besonders bei der Behandlung von Drogengebrauchern ist nicht nur medizinisches Know How gefragt, es muss auch die Bereitschaft der behandelnden Praxis vorhanden sein, sich wirklich auf diese Menschen einzulassen! (siehe Kapitel I,3...)**



1.7.4 Hepatitis D

BASISWISSEN

- Hepatitis D-Virus (HDV) wird vor allem beim Drogengebrauch übertragen.
- HDV ist ein unvollständiges Virus und braucht zur Vermehrung die Hülle von Hepatitis B-Virus; eine Ansteckung mit HDV kann daher nur gleichzeitig mit einer Ansteckung mit HBV passieren (Simultaninfektion) oder zusätzlich zu einer schon bestehenden Hepatitis B (Superinfektion).
- Bei einer Infektion mit HDV zusätzlich zu einer schon bestehenden Hepatitis B (Superinfektion) verläuft die Hepatitis schwerer als bei alleiniger HBV-Infektion.
- Eine Impfung gegen Hepatitis B schützt auch vor Hepatitis D.

Verbreitung

Welt: ca. 10 Millionen HDV/HBV-Koinfektionen

Man schätzt, dass etwa 10 Millionen der ca. 300-420 Millionen HBs-Antigen-Träger (chronische Hepatitis B) zusätzlich HDV-infiziert sind. HDV kommt häufig im Mittelmeerraum, in den Balkanländern, im Vorderen Orient, in einigen Ländern Afrikas und in Südamerika vor.

Deutschland

HDV-Infektionen sind in Deutschland selten, 2010 wurden dem RKI 10 Fälle übermittelt..

Übertragungswege

HDV wird wie HBV in erster Linie durch Blut-Blut-Kontakte - z.B. durch gemeinsame Benutzung von Spritzbesteck und Zubehör beim Drogengebrauch, beim Piercen, Tätowieren und Ohrlochstechen, bei gemeinsamer Benutzung von Zahnbürsten, Rasierzeug usw. - und durch Blutprodukte übertragen. Seltener ist eine Übertragung beim Geschlechtsverkehr und während der Geburt von der Mutter auf das Kind.

Infektiosität

HDV kann wie HBV während der Inkubationszeit und der akuten Infektion sowie bei chronischer Infektion durch Blut und andere Körperflüssigkeiten übertragen werden. Das Übertragungsrisiko steigt mit der Virusmenge im Blut.

Besonders Gefährdete:

- Drogengebrauchende
- Reisende in Länder mit hoher HDV-Verbreitung

Vorbeugung

Die wirksamste Vorbeugung gegen eine Hepatitis D-Infektion besteht in einer Schutzimpfung gegen Hepatitis B. Eine spezifische Aktivimpfung gegen HDV dagegen existiert nicht. Hat jemand bereits eine chronische Hepatitis B, so kann er nicht mehr



durch eine Schutzimpfung vor einer HDV-Superinfektion geschützt werden. Beim Drogengebrauch verringert Safer Use das Infektionsrisiko. Das Risiko einer sexuellen Übertragung wird durch Kondomgebrauch gemindert. Im Krankenhaus, in der (Zahn-)Arztpraxis sowie bei allen instrumentellen Eingriffen (Tätowierungen Piercings) sind die üblichen Hygiene- und Desinfektionsregeln einzuhalten.

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen / Meldepflicht

Für HDV-Träger und Kontaktpersonen gelten die gleichen Regeln wie für Menschen mit HBV.

Diagnose

Die Diagnose einer Hepatitis D erfolgt durch den Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis D-Virus im Blut (Anti-HDV = Immunglobuline der Klassen IgM und IgG).

In speziellen Untersuchungen lassen sich auch HDV-RNA (also Virus-Erbinformation) sowie HDV-Antigen im Lebergewebe feststellen.

Diese Marker treten zu verschiedenen Zeitpunkten einer Hepatitis D-Infektion auf: Während der akuten Krankheitsphase sind IgM, später auch IgG in niedriger Menge nachweisbar; sie verschwinden später.

Chronisch HDV-infizierte Personen dagegen weisen hohe IgM- und IgG-Mengen auf.

Verlauf

Die Zeit zwischen Infektion und Erkrankung (Inkubationszeit) beträgt sowohl bei gleichzeitiger HDV- und HBV-Infektion (Simultaninfektion) als auch bei HDV-Infektion zusätzlich zu einer bestehenden Hepatitis B (Superinfektion) etwa 3-8 Wochen.

Bei einer Simultaninfektion unterscheidet sich der Verlauf nicht von dem einer Hepatitis B-Infektion, bei einer Superinfektion hingegen entwickelt sich in etwa 80% der Fälle eine chronische Hepatitis D, und das Risiko eines fulminanten Verlaufs bzw. einer raschen Zirrhoseentwicklung ist erhöht.

Auch eine chronische Hepatitis D kann aber spontan ausheilen.

Behandlung

Einen Standard zur Therapie der Hepatitis D gibt es derzeit nicht.



1.7.5 Hepatitis E

BASISWISSEN

- Das Hepatitis-E-Virus (HEV) wird in erster Linie über verunreinigte Lebensmittel und Trinkwasser übertragen. Die Erkrankung gilt (wie die Hepatitis A) auch als »Reisehepatitis«. In den letzten Jahren wurden aber vermehrt Infektionen gemeldet, die in Industrienationen stattfanden. Es wird vermutet, dass für die Infektionen der Verzehr von infiziertem Fleisch, das roh war oder nicht ausreichend gegart wurde, verantwortlich ist.
- Eine Hepatitis E ist vor allem für Schwangere gefährlich!
- HEV verursacht eine akute Leberentzündung und wird nicht chronisch.
- Gegen die akute Leberentzündung gibt es keine spezifische Therapie.
- Die Infektion hinterlässt keine Immunität. Man kann sich erneut infizieren.
- Gegen Hepatitis E gibt es keine Impfung.

Verbreitung

Welt

Das Hepatitis E-Virus (HEV) ist in Vorderasien, im Mittleren Osten, in Nord- und Westafrika, Mittel- und Südamerika sowie in den Balkanländern weit verbreitet. Genaue Zahlen über die Häufigkeit der Infektion liegen nicht vor.

Deutschland: ca. 100 neue Infektionen pro Jahr

In Deutschland ist die Hepatitis E sehr selten, sie tritt häufig bei Reisenden auf, die aus Gebieten mit weiter HEV-Verbreitung kommen.

Übertragungswege

HEV wird über den Stuhl ausgeschieden, die Übertragung erfolgt wie bei HAV vor allem fäkal oral, im Wesentlichen über verunreinigte Nahrungsmittel und Trinkwasser. Eine Übertragung durch direkten Kontakt ist selten. Eine sexuelle Übertragung wurde bislang nur in Einzelfällen beschrieben.

Beim Konsum von Drogen kann man sich durch gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck und Zubehör anstecken.

Infektiosität

Die Virusausscheidung beginnt bereits vor Auftreten von Symptomen und ist in dieser Zeit auch am stärksten; nach Abklingen der Symptome bzw. nach Ende der akuten Phase hält sie noch einige Zeit an.

Vorbeugung

Die prophylaktischen Maßnahmen entsprechen im Wesentlichen denen gegen Hepatitis A, da die Übertragungswege identisch sind.

Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis E gibt es noch nicht; zurzeit wird in Studien ein gentechnisch hergestellter Impfstoff erprobt.



Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen / Meldepflicht

Auch die Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen entsprechen denen bei Hepatitis A. Hepatitis E ist namentlich meldepflichtig.

Diagnose

Die Diagnose einer Hepatitis E-Infektion erfolgt über Antikörper des Frühtyps (IgM), die sich bereits nach zwei bis vier Wochen nachweisen lassen.

Verlauf

Die Zeit zwischen Infektion und Erkrankung (Inkubationszeit) beträgt etwa zwei Wochen bis zwei Monate. Die Hepatitis E verläuft meist ähnlich wie die Hepatitis A. Bei Schwangeren dagegen wird gehäuft eine schwere Verlaufsform mit Leberversagen (Sterblichkeit bis zu 20 %) beobachtet.

Die Hepatitis E geht - wie die Hepatitis A - nicht in eine chronische Form über. Anders als bei einer Hepatitis A besteht aber nach einer durchgemachten Hepatitis E keine Immunität.

Behandlung

Für die akute Hepatitis E gibt es keine spezifische Behandlung. Empfohlen werden körperliche Schonung, die Behandlung der Allgemeinsymptome, eine ausgewogene, nicht zu fette Ernährung der Verzicht auf Alkohol sowie - wenn möglich - die Vermeidung leberschädigender Medikamente. Eine Krankenhausaufnahme ist in der Regel nicht erforderlich.



1.7.6 Musterbrief

Briefkopf Beratungsstelle Musterhilfe

Sehr geehrte Frau Dr. / Sehr geehrte Herr Dr. _____,

anlässlich einer Gesundheitsberatung am 20..... habe ich bei Ihrer Patientin/Ihrem Patienten geb. 19..... die Zugehörigkeit zu einer der **„besonderen Risikogruppen“** nach den Empfehlungen der **„Ständigen Impfkommission (STIKO)“** des Robert Koch Institutes festgestellt. (aktuelle STIKO-Empfehlungen: www.rki.de - Infektionsschutz - Impfen - Empfehlungen der STIKO)

Danach wird die Durchführung folgender Indikationsimpfung(en) empfohlen:

- aktive Hepatitis A-Schutzimpfung**
- aktive Hepatitis B-Schutzimpfung**

Da die STIKO-Empfehlungen in die Verträge der Krankenkassen mit der KV Musterland übernommen wurden, können Sie die Impfung als Präventionsleistung durchführen. (ggf. Quelle KV Musterland nennen)

Die Impfstoffe belasten nicht Ihr Arzneimittelbudget und beeinflussen nicht budgetbegleitende Richtgrößen, wenn der Bezug der Impfstoffe korrekt erfolgt. Es muss ein Rezeptblatt „Impfstoffanforderung“ nach Vorschrift Ihrer KV ausgefüllt werden (z.B. Vordruck Muster 16 zu Lasten der „BEK“, im Namensfeld: „Impfstoffanforderung“ und in Feld 8: „8“ eintragen). Hinweis der KV: Sprechstundenbedarf und Impfstoffe nie auf einem Rezept anfordern; wirtschaftliche Bezugsmöglichkeiten wahrnehmen (z.B. Großpackungen)!

Mit freundlichen Grüßen

Musterfrau
Berufsbezeichnung

Mustermann
Berufsbezeichnung





MEDIZIN

2. HCV-Tests in nicht-medizinischen Settings

HCV-Antikörpertests sind prinzipiell nichts Neues: meist im Rahmen einer Hepatitis-Serologie oder anlassbezogen aufgrund einer auffälligen Symptomatik wurden in den vergangenen Jahren auch immer wieder HCV-Antikörper bestimmt. Das geschah in der Regel in medizinischen Settings und häufig ohne ausführliche Beratung. Betroffene erhielten ggf. das Ergebnis „HCV-positiv“ und wussten nicht, was das für sie bedeutet. Viele Fragen blieben unbeantwortet oder wurden meist von den Betroffenen gar nicht erst gestellt.

In den letzten Jahren haben sich nun aber in verschiedenen Settings Testsprechstunden etabliert, in denen u.a. auch HCV-Testungen mit einem ambitionierten Beratungsangebot durchgeführt werden. Dass vermehrt HCV-Testungen in nicht-medizinischen Settings (vor allem in Kontakt- und Beratungsstellen) angeboten werden, ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass seit einiger Zeit HCV-Schnelltests verfügbar sind. Auch in solch nicht-medizinischen Settings muss jedoch ärztliche Präsenz in der Testsprechstunde gewährleistet sein.

Für den HCV-Test gilt, genauso wie für den HIV-Test, dass er nur mit einer informierten Einwilligung der Testinteressierten durchgeführt werden darf.

2.1 Labortest, Schnelltest, Antikörpertest und Virusnachweis (mittels PCR)

Möchte man sich im niedrighschwelligem Setting auf Hepatitis C testen lassen, wird in der Regel zuerst ein Hepatitis C-Antikörpertest gemacht. Dieser Test sucht nach Antikörpern, die im Blut nach einer Infektion mit dem Hepatitis C-Virus meist nach 6 - 9 Wochen nachweisbar sind. Gelegentlich ist ein Nachweis von Antikörpern aber auch erst nach 6 Monaten möglich. Bei HIV-positiven Menschen kann sich die Hepatitis C-Antikörperbildung noch länger verzögern. Es können falsch negative Ergebnisse auftreten.

Ein Hepatitis C-Antikörpertest kann als Labortest oder als Schnelltest durchgeführt werden. Für den Labortest muss eine venöse Blutentnahme stattfinden. Der Schnelltest funktioniert auch mit einem Blutropfen aus der Fingerkuppe oder mit Mundflüssigkeit.

Ist ein Antikörpertest „reaktiv“, d. h. es werden Antikörper nachgewiesen, so wird bei einem Labortest vom Labor routinemäßig ein Bestätigungstest durchgeführt. Es gibt aber keine Bestätigungstests als Schnelltests. Nach einem reaktiven Schnelltest müsste deshalb zur Überprüfung des Ergebnisses noch ein Labortest durchgeführt werden. Erst ein reaktiver Bestätigungstest erlaubt, dass von einem „positiven“ Antikörpertest gesprochen werden darf! Aber was heißt nun ein „positiver Hepatitis C-Antikörpertest“? Das Ergebnis sagt aus, dass in der Vergangenheit Kontakt mit dem Hepatitis C-Virus stattgefunden hat. Es sagt NICHT aus, dass immer noch eine Hepatitis C-Infektion vorliegt. Beweisend für das Vorliegen einer akuten oder chronischen Hepatitis C ist erst der Nachweis von Viren, der mittels PCR (Polymerase-Chain-Reaktion) erfolgt.



2.1.1 Hepatitis C-Schnelltest - Vor- und Nachteile

Für Menschen, die sich im niedrighschwelligem Setting testen lassen möchten, ist neben dem üblichen Labortest der sogenannte „Schnelltest“ besonders interessant bzw. angezeigt. Erprobte und empfehlenswerte Schnelltests gibt es erst seit 2010 und sie sind erheblich teurer als ein Labortest, weshalb eine normale Arztpraxis den Schnelltest in der Regel nicht anbieten wird.

Der Hepatitis C-Schnelltest ist, wie bereits beschrieben, ein Antikörpersuchtest. Er liefert nach einer halben Stunde ein Ergebnis: „negativ“ oder „reaktiv“. Man muss also nicht nach einer Woche erneut kommen, um sich das Laborergebnis mitteilen zu lassen. Die Getesteten ersparen sich somit auch eine Woche des möglicherweise angstvollen Wartens.

Durch den Schnelltest wird weitestgehend vermieden, dass Getestete ihre Ergebnisse nicht abholen.

Ein reaktives Ergebnis muss immer durch einen Bestätigungstest überprüft werden, da falsch reaktive Ergebnisse möglich sind¹. Auch wenn das selten passiert, muss diese Möglichkeit vorab mit den Testinteressierten besprochen werden.

Ein negatives Testergebnis hat hingegen die gleiche Aussagekraft wie ein Laborergebnis: eine Infektion mit dem Hepatitis C-Virus kann ausgeschlossen werden, wenn keine Risikosituation im „diagnostischen Fenster“ erfolgt ist.

Das diagnostische Fenster bezeichnet den Zeitraum nach Infektion, in dem bereits Viren im Blut vorhanden sind, Antikörper jedoch noch nicht gefunden werden können. Das diagnostische Fenster kann bis zu sechs Monate andauern, bei HIV-Koinfizierten noch länger. Der Schnelltest verkürzt also NICHT die Dauer des diagnostischen Fensters, wovon gelegentlich fälschlicherweise ausgegangen wird. Gestern Risikosituation und heute Schnelltest funktioniert also nicht! Diagnostische Sicherheit in den ersten sechs Monaten nach Risikosituation bietet eine zusätzliche PCR.

HCV-Schnelltests sind, genauso wie HCV-Antikörper-Labortests, NICHT zur Verlaufskontrolle bei ausgeheilten oder erfolgreich therapierten Hepatitis C geeignet, da HCV-Antikörper ein Leben lang nachweisbar sind - egal ob eine chronische oder ausgeheilte Hepatitis C vorliegt.

2.2 Meldepflicht

Ein reaktives HCV-Schnelltestergebnis ist nicht meldepflichtig. Die namentliche Meldepflicht an das Gesundheitsamt besteht bei einem erstmalig positiven Labortest.

Es empfiehlt sich, Kontakt mit dem zuständigen Gesundheitsamt aufzunehmen, da ggf. die namentliche Meldung oder wenigstens das Anschreiben der positiv Getesteten durch das Gesundheitsamt verhindert werden kann, wenn die notwendige Aufklärung der positiv Getesteten (im Infektionsschutzgesetz werden Informationen zur Prävention gefordert) im Rahmen einer Testsprechstunde geleistet wird.

¹ Antikörpersuchtests haben eine hohe Sensitivität (annähernd 100%), d.h. positive Proben werden auch sehr sicher als positiv erkannt. Sie haben aber eine nicht ganz so hohe Spezifität, d.h. es können vereinzelt negative Proben als reaktiv diagnostiziert werden. Dazu ausführliche Informationen siehe DAH: HIV- und STI-Tests



2.3 Beratung

BeraterInnen müssen natürlich qualifiziert sein und über „Spezialistenwissen“ (z.B. das Zubereiten von Drogen für einen i.v.-Konsumvorgang und die möglichen Infektionsrisiken) verfügen. Idealerweise werden personenzentrierte Beratungstechniken beherrscht. Eine zugewandte und akzeptierende Haltung sind selbstverständlich.

Generell gilt: Inhalt und Umfang der Beratungen sind immer individuell auf die Testinteressierten ausgerichtet. Die Inhalte der folgenden Kapitel zur Test-Vor- und Nachberatung sind deshalb weniger als Standards, sondern vielmehr als variierbarer Beratungsleitfaden zu verstehen.

Sehr empfehlenswert ist das Beraterhandbuch „HIV- und STI-Tests- Informationen und Standards“ der Deutschen AIDS-Hilfe.

2.3.1 Test-Vorberatung

In der Test-Vorberatung wird gemeinsam das Risiko reflektiert, die Testinteressierten werden bei der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Test unterstützt. Je nach individuellem Wissensstand der Testinteressierten werden ggf. Infektionsrisiken erklärt. Das diagnostische Fenster wird thematisiert: eventuell ist ein HCV-Antikörpertest zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll, stattdessen könnte ein Virusnachweis mittels PCR angeboten werden oder ein zusätzlicher Virusnachweis.

Die Bedeutung eines reaktiven Schnelltests oder eines positiven HCV-Antikörper-Labortests werden erläutert, das mögliche weitere Procedere wird besprochen. Die Erwartungshaltung der Testinteressierten hinsichtlich des Testergebnisses wird berücksichtigt: die BeraterInnen versuchen zu vermeiden, dass unangemessene Ängste vor dem Testergebnis bei geringem Risiko entstehen. Sollte jedoch ein hohes Risiko vorhanden sein, dann werden die Testinteressierten auf ein möglicherweise positives Testergebnis vorbereitet.

Die Therapie- und Heilungsmöglichkeiten einer Hepatitis C werden angesprochen. Es findet eine Aufklärung zur Meldepflicht statt.

Die Beratungssituation bietet den Testinteressierten Raum, Fragen zu stellen.

Am Ende der Test-Vorberatung sollte, bei weiterhin bestehendem Testwunsch, eine informierte Zustimmung der Testinteressierten stehen.

2.3.2 Test-Nachberatung

Das Ergebnis eines Hepatitis C-Tests wird immer persönlich mitgeteilt, egal ob es sich um ein negatives oder positives Testergebnis handelt. Es wird nochmals erläutert, was dieses Ergebnis bedeutet.

Negativer Antikörpertest:

Die Getesteten werden motiviert, weiterhin HCV-Prävention in ihren Alltag zu integrieren. Bei Bedarf werden individuell relevante Präventionsstrategien besprochen.



Reaktiver / positiver Antikörpertest:

Auch wenn ein positiver HCV-Antikörpertest meistens nicht die gleiche Dramatik für die Betroffenen hat wie ein positiver HIV-Test, so gibt es dennoch schockierte Reaktionen. Mitunter sind die Getesteten nicht zugänglich für umfassende Informationen und die BeraterInnen müssen sich auf die wichtigsten Informationen beschränken.

Die bestehende Möglichkeit einer spontanen Ausheilung und die guten Chancen einer erfolgreichen Therapie sollten, auch wenn bereits in der Test-Vorberatung erwähnt, angesprochen werden.

Weitere wichtige Themen bei positivem Testergebnis:

- unmittelbare Bedürfnisse und Unterstützungsbedarf,
- Vermeidung von riskantem Verhalten zum Schutz anderer,
- Vermeidung von riskantem Verhalten zum eigenen Schutz².

Die Getesteten erhalten idealerweise sofort die Möglichkeit, einen Bestätigungstest (nur nötig bei reaktivem Schnelltest) und eine PCR durchführen zu lassen. Sollte das nicht möglich sein, wird an erfahrene Ärztinnen/Ärzte verwiesen.

Negative PCR nach positivem Antikörpertest:

Entwarnung! Es liegt KEINE akute oder chronische Hepatitis C vor!

Die Getesteten werden (nochmals) motiviert, Präventionsmaßnahmen im Alltag umzusetzen. Die Gefahr einer möglichen Reinfektion wird besprochen.

Positive PCR:

Es liegt eine akute oder chronische Hepatitis C vor. Weitere Untersuchungen und fachärztliche Versorgung werden dringend empfohlen. Beratungsinhalte sind ähnlich, wie nach positivem Antikörpertest - ein „vielleicht ist auch gar nichts und die Hepatitis C ist ausgeheilt“ schwingt nun leider nicht mehr mit. Die Informationen zur Therapie rücken eventuell in den Vordergrund.

2.4 Hepatitis C - Wer sollte sich testen lassen?

Bevor die Frage nach dem „Wer“ beantwortet wird, nochmals ein kleiner Exkurs zu den verschiedenen Antikörpertests:

Da es sich bei dem HCV-Schnelltest nur um einen Antikörpersuchtest handelt, muss aufgrund der hohen Sensitivität und der nicht optimalen Spezifität mit gelegentlich falsch reaktiven Ergebnissen gerechnet werden. In einer Population, in der Hepatitis C nur eine geringe Prävalenz hat, also nur selten vorkommt, steigt der Anteil falsch reaktiver Ergebnisse - allerdings nicht die absolute Anzahl. Für diese Population (z.B. deutsche Allgemeinbevölkerung OHNE besondere Risiken) ist deshalb ein HCV-Schnelltest nicht zu empfehlen. Soll nun aber in solch einer Population ein Screening gemacht werden, oder jemand möchte sich „einfach nur mal so“ testen lassen, so wäre ein Labortest zu empfehlen.

Ein HCV-Test (Labor- oder Schnelltest) wird für Menschen empfohlen, die:

- Drogen injizieren/injiziert haben,
- Drogen sniefen/gesnieft haben,
- unter nicht professionellen Bedingungen Tätowierungen oder Piercings erhalten haben,

² Wäre der/die Betroffene tatsächlich VirusträgerIn, dann sollte die mögliche Infektion mit einem anderen HCV-Genotypen vermieden werden. Es besteht ja aber auch die Chance, dass der/die Betroffene nicht VirusträgerIn ist, also eine Spontanheilung stattgefunden hat. In diesem Fall sollten natürlich auch Präventionsmaßnahmen zum eigenen Schutz praktiziert werden, da eine Reinfektion möglich ist.



- Blutkontakt zu einem (möglicherweise) positiven Menschen hatten,
- SexualpartnerInnen von Menschen mit einer Hepatitis C sind,
- aus einem Hochprävalenzland stammen wie z.B. Ägypten,
- beruflich exponiert sind oder einem konkreten Infektionsrisiko (z.B. Nadelstichverletzung) ausgesetzt waren,
- erhöhte Leberwerte unklarer Genese und/oder andere möglicherweise leberbedingte Funktionseinschränkungen/-veränderungen vorweisen.

2.5 Erfahrungen aus der Testsprechstunde

Nach wie vor ist das Thema „Hepatitis C“ geprägt von Unwissenheit und Unsicherheit. Übertragungswege und damit auch mögliche Präventionsmaßnahmen sind oftmals nicht bekannt. Injizierende DrogengebraucherInnen gehören häufig zu den besser informierten NutzerInnen des Testangebots, PartygängerInnen, die Drogen sniefen, sind meist erschreckend ahnungslos.

Um das Wissen bzgl. Diagnostik und die Bedeutung der Testergebnisse ist es nicht besser bestellt. Immer wieder hört man die Aussage „ich bin HCV-positiv“, oder „ich wurde positiv getestet“, aber auf Nachfrage kann nicht beantwortet werden, welche Untersuchungen gemacht wurden. Eventuell fand nur ein Antikörpertest statt und es wurde nie geklärt, ob überhaupt Viren im Blut nachweisbar sind. In solchen Fällen sollte unbedingt eine PCR angeboten werden!

Der allgemeine Sprachgebrauch ist in der Tat auch verwirrend: Liegt ein positiver Antikörpertest vor, so wird von „HCV-positiv“ gesprochen - auch wenn keine oder eine negative PCR vorliegt.

Es zeigt sich in der Testsprechstunde deutlich, dass im Vergleich zu HIV das Wissen über Hepatitis C in der Allgemeinbevölkerung kaum präsent ist.



3. Therapie

3.1 Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Therapie

Für eine erfolgreiche Behandlung von Drogenkonsumenten und Opioidabhängigen, die an einer Infektionskrankheit leiden, spielt eine spezielle Behandlungssituation eine wichtige Rolle:

Das Praxisteam muss erfahren sein und Kenntnisse haben nicht nur im Bereich Suchtmedizin, sondern auch in der somatischen Medizin, insbesondere der Infektiologie und auch in der Psychiatrie. Idealerweise kann vor Ort zusätzlich eine psychosoziale Begleitung angeboten werden. Sehr stabile Patienten sind zwar in der Lage, die suchtmizinische Behandlung an einem Ort und die Behandlung der Infektionskrankheit an einem anderen Ort erfolgreich zu absolvieren, schwerkranke Menschen können jedoch viel erfolgreicher behandelt werden, wenn alles Wissen und alle Kenntnisse an einem Ort angeboten werden können und die Behandlung der Infektionskrankheit an die Substitutionsbehandlung geknüpft werden kann. Wenn die Behandlung der Infektionskrankheiten oder auch der psychiatrischen Krankheiten nicht von Suchtmedizinern angeboten werden, so ist es wichtig, dass der Suchtmediziner als Hausarzt alle Informationen von den zusätzlich benötigten Fachärzten erhält.

Bevor mit einer schwierigen Behandlung, wie es zum Beispiel die Behandlung einer chronischen Hepatitis C darstellt, begonnen wird, muss geklärt werden, ob die Wohnverhältnisse geeignet sind, eine finanzielle Basisversorgung ausreichend vorhanden ist und kein Haftantritt droht. Ist eine abstinenzorientierte Behandlung über eine qualifizierte Entzugsbehandlung mit anschließender Entwöhnungsbehandlung geplant, so muss vorab geklärt werden, ob die Behandlung der Infektionskrankheiten lückenlos in den jeweiligen Einrichtungen fortgeführt werden kann. Mehrere Studien haben deutlich gezeigt, dass die beste Zeit des Beginns einer Hepatitis C Behandlung eine stabile Substitutionsbehandlung darstellt. Während der gesamten Zeit einer Hepatitis C Behandlung sollte die Substitutionsbehandlung fortgeführt werden. Eine Hepatitis B Behandlung und eine HIV Behandlung wird auch sinnvollerweise während der Substitutionsbehandlung begonnen. Da die Behandlung der Hepatitis B und einer HIV Infektion jahrelang, bzw. lebenslang notwendig ist, ist jeweils bei einem Wechsel in ein anderes stationäres Setting die Fortführung der Therapie abzuklären und zu gewährleisten.

Das wichtigste Fundament einer erfolgreichen Behandlung stellt die Vertrauensbasis zwischen Patient und Praxisteam dar.

3.2 Therapie der Hepatitis B und Hepatitis D

Das Hepatitis B Virus wird über Geschlechtsverkehr und unsauberes Equipment, unsterile Spritzen, Kanülen, aber auch durch das Spülwasser oder die Filter übertragen. Alle Patientinnen und Patienten, die keinen Immunschutz gegenüber Hepatitis B haben, müssen geimpft werden. Die Impfung wird gut vertragen. Es wird an drei Terminen der Impfstoff intramuskulär in den Oberarmmuskel injiziert. Die Impfung wird von der Krankenkasse bezahlt. Auch gegenüber der Hepatitis A besteht die Möglichkeit der Impfung. Bei vorliegender Hepatitis B oder Hepatitis C sollte diese Impfung auch unbedingt angeboten werden.



Die Hepatitis B heilt meistens aus, kann jedoch zu ungefähr 5 % chronisch verlaufen. Patientinnen und Patienten, die an einer Hepatitis B leiden, können sich zusätzlich auch mit einem Hepatitis D Virus (HDV) infizieren. Daher muss bei diagnostizierter Hepatitis B immer auch nach einer Hepatitis D gesucht werden.

Die Indikation zur Therapie basiert hauptsächlich auf der Kombination von drei Parametern:

- der Viruslast, also der Höhe der HBV DNA (IU/ml)
- erhöhte Leberwerte (GPT)
- Histologie: Fibrose oder Zirrhosezeichen

Eine Hepatitis B Therapie sollte bei einer Viruslast > 2000 IU/ml - das entspricht ungefähr einer Viruslast von 10000 Kopien/ml - überlegt werden. Wenn die GPT erhöht ist und eine moderate oder schwere Entzündung oder Fibrose vorliegt, sollte eine Behandlung ebenfalls in Erwägung gezogen werden. Besonders behandlungsbedürftig sind HBV DNA positive Patienten mit deutlicher und fortgeschrittener Fibrose und Patienten mit Leberzirrhose.

Ist die Indikation zur Therapie gestellt, muss zwischen einer Therapie mit Interferon und einer mit Nukleosid/Nukleotidanaloga (NUC) gewählt werden. Niedrige Viruslast, hohe Aktivitätsparameter in der Leberbiopsie und hohe GPT sind günstige Voraussetzungen für ein Ansprechen der Therapie. Die Genotypen A und B haben bei Interferonbehandlung eine etwas günstigere Prognose als die Genotypen C und D. Bei der Interferontherapie ist das virologische Ansprechen definiert als ein Absinken der Viruslast unter 2000 IU/ml nach 24 Wochen, ein serologisches Ansprechen liegt vor, wenn HBe - positive Patienten serokonvertieren. Bei der NUC-Therapie kann bei virologischem Ansprechen HBV DNA nach 48 Wochen nicht mehr nachgewiesen werden. Ziel ist es, HBV-DNA dauerhaft unter die Nachweisgrenze zu supprimieren, langfristig wird eine Serokonversion von HBs-Antigenen zu Anti-HBs Antikörpern angestrebt. Die Interferontherapie stellt derzeit die einzige Option bei einer Hepatitis-D-Virus-Infektion dar. Pegyliertes Interferon α -2a 180 μ g subcutan 1x/Woche wird über ein Jahr appliziert. Fällt die Wahl auf eine NUC-Therapie, so kann entsprechend der deutschen Leitlinie bei niedriger Viruslast und geringem Resistenzrisiko Lamivudin oder Telbivudin eingesetzt werden. In den europäischen Leitlinien werden jedoch nur noch Substanzen mit hoher Resistenzbarriere und Potenz, Entecavir und Tenofovir, empfohlen.



Medikament	Applikation	Therapiedauer
Peg. Interferon α -2a (Pegasys®)	180 μ g subcutan 1 x / Woche	48 Wochen
Lamivudin (Zeffix®)	100 mg / Tag	Langfristig oder Serokonversion
Entecavir (Baraclude®)	0,5 mg / Tag	Langfristig oder Serokonversion
Telbivudin (Sebivo®)	600 mg / Tag	Langfristig oder Serokonversion
Adefovir dipivoxil (Hepsera®)	10 mg / Tag	Nicht mehr empfohlen
Tenofovir dipivoxil (Viread®)	245 mg / Tag	Langfristig oder Serokonversion

3.3 Therapie der Hepatitis C Virus (HCV) Infektion

Eine akute HCV - Infektion kann symptomatisch oder asymptomatisch verlaufen. Unbehandelt geht eine akute Hepatitis C in 50 - 85% in eine chronische Hepatitis C über. Eine akute Hepatitis C liegt vor, wenn HCV-RNA positiv und Anti-HCV negativ getestet werden. Die Infektion liegt weniger als sechs Monate zurück. Eine Therapie ist zu 85-98% unabhängig vom Genotyp erfolgreich: In den Leitlinien wird empfohlen, über 24 Wochen pegyliertes Interferon α -2a in einer Dosierung von 180 μ g oder -2b in einer Dosierung von 1,5 mg/kg Körpergewicht subcutan 1 x pro Woche zu applizieren. Manche Zentren geben zusätzlich Ribavirin. Eine symptomatische Hepatitis C heilt häufiger aus als eine asymptomatische, so dass unter Umständen ein dreimonatiges Warten gerechtfertigt erscheint, bevor mit der Therapie begonnen wird. Durch den kontinuierlichen Kontakt mit sich in Substitutionsbehandlung befindenden Patientinnen und Patienten kann eine akute Hepatitis C häufiger und rascher diagnostiziert werden.

Die chronische Hepatitis C ist einer der häufigsten Erkrankungen von Opioidabhängigen. Je nach Stadt und Land sind bis zu 90% der Opioidabhängigen mit dem HCV infiziert. Sie kann zu Leberzirrhose, Leberversagen und Leberkrebs führen. Eine Impfung ist bis heute nicht möglich. Die Art und Dauer der Therapie hängen vom festgestellten Genotyp ab. Seit November 2011 stehen für den Genotyp 1 zusätzliche Medikamente zur Verfügung. Genotyp 2, 3 und 4 - 6 werden nach wie vor mit der dualen Therapie bestehend aus pegyliertem Interferon und Ribavirin behandelt. Ribavirin wird gewichtsadaptiert in einer Dosis von 15 mg / Kg Körpergewicht verteilt auf zwei Tagesdosen eingenommen. Die hohe Dosis wird möglichst beibehalten. Mittlerweile kann Ribavirin auch als Generikum verschrieben werden. Es gibt 200mg- und 400mg-Tabletten.

Therapie der chronischen Hepatitis C, Genotyp 2, 3 und 4 - 6

Medikament	Applikation	Therapiedauer
Peg. Interferon α -2a (Pegasys®)	180 μ g subcutan 1 x / Woche	Genotyp 2, 3: 24 Wochen Genotyp 4 - 6: 48 Wochen
Peg. Interferon α -2b (PegIntron®)	1 - 1,5 mg / Kg Körpergewicht 1 x / Woche	Genotyp 2, 3: 24 Wochen Genotyp 4 - 6: 48 Wochen
Ribavirin (Copegus®, Rebetol®, u.a.)	15 mg / KG Körpergewicht	Genotyp 2, 3: 24 Wochen Genotyp 4 - 6: 48 Wochen

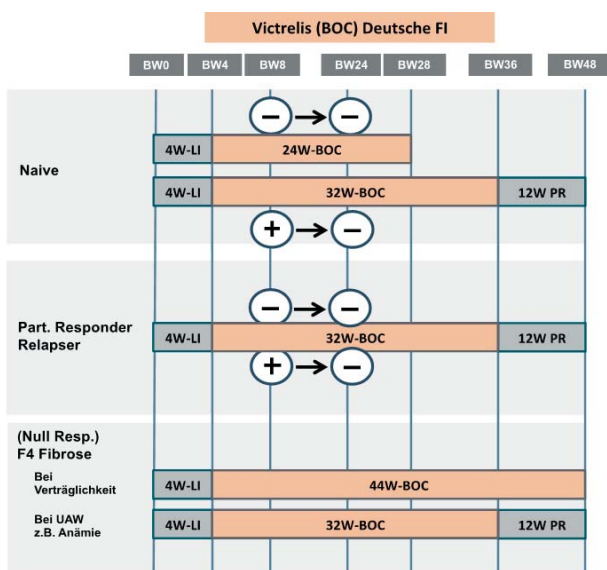
Die Tripletherapie für die Behandlung des Genotyps 1a oder 1b besteht zusätzlich zum pegyliertem Interferon und Ribavirin aus einem Proteaseinhibitor (PI), Boceprevir oder Telaprevir. Werden alle Medikamente zuverlässig eingenommen, so können bei naiven Patienten über 80% geheilt werden. Anders als bei der dualen Therapie, darf Ribavirin in der Dosis bei Auftreten von Anämie oder anderen Nebenwirkungen reduziert werden, wohingegen die PIs konstant in gleichbleibender Dosierung zusammen mit 20 g Fett bei Telaprevir oder einem kleinen Imbiss bei Boveprevir eingenommen werden müssen. In Kürze wird die Zulassung bei Telaprevir für eine zweimalige Einnahme (2 x 3 Tbl. anstatt 3 x 2 Tbl) erwartet, da die OPTIMIZE - Studie bei zweimaliger Gabe keine schlechteren Ergebnisse im Vergleich zur dreimaligen Gabe gezeigt hat.



Therapie der chronischen Hepatitis C, Genotyp 1a und 1b

Medikament	Applikation	Therapiedauer
Peg. Interferon α -2a (Pegasys®)	180 μ g subcutan 1 x / Woche	24 - 48 Wochen
Peg. Interferon α -2b (PegIntron®)	1 - 1,5 mg / Kg Körpergewicht 1 x / Woche	24 - 48 Wochen
Boceprevir (Victrelis®)	3 x 800 mg / Tag (3 x 4 Tbl.)	24 - 44 Wochen
Telaprevir (Incivo®)	3 x 750 mg (3 x 2 Tbl.)*	Langfristig oder Serokonversion

*Eine zweimal tägliche Dosierung von 2 x 1125 mg (2 x 3 Tbl.) steht kurz vor der Zulassung.



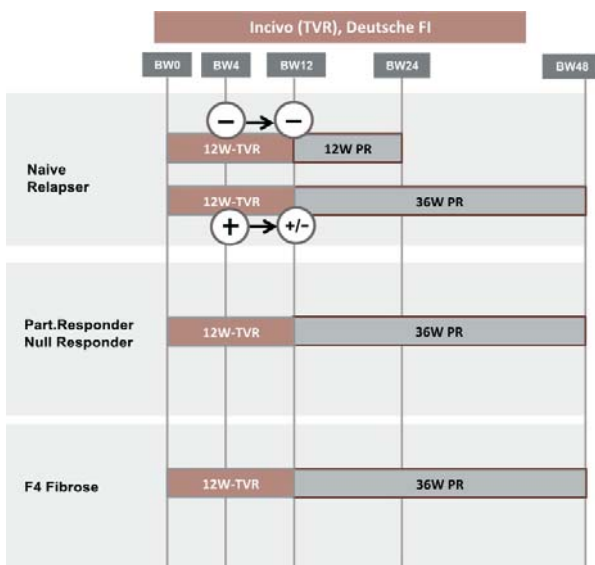
Therapieschema

für die Triple-Therapie mit Boceprevir bei HCV GT1 in Kombination mit PegIFN alfa und Ribavirin (z.B. Pegasys® und Copegus®)



⊖ = HCV RNA < 9,3 IU/ml

Stoppregeln für BOC/P/R:
 Wenn HCV RNA \geq 100 IU/ml zu BW12 \rightarrow dann STOP
 Wenn HCV RNA detectable ($>$ 9,3 IU/ml) zu BW24 \rightarrow dann STOP



Therapieschema

für die Triple-Therapie mit Telaprevir bei HCV GT1 in Kombination mit PegIFN alfa und Ribavirin (z.B. Pegasys® und Copegus®)

⊖ = HCV RNA < 10 IU/ml

Stoppregeln für TVR/P/R:
 Wenn HCV RNA \geq 1000 IU/ml zu W4 oder W12 \rightarrow dann STOP
 Wenn HCV RNA detectable ($>$ 10 IU/ml) zu W24 \rightarrow dann STOP

Eine Lead-In-Phase, also ein Beginn mit der dualen Therapie über vier Wochen, ist immer auch dann zu überlegen, wenn bei günstiger Ausgangssituation, zum Beispiel niedriger Viruslast, eine Ausheilung auch alleine mit der dualen Therapie möglich erscheint. Sollte zu Woche 4 HCV RNA negativ getestet werden und die Ausgangsviruslast < 600000 gewesen sein, kann sogar auf 24 Wochen verkürzt mit pegyliertem Interferon und Ribavirin behandelt.

3.4 Therapie der Hepatitis C bei HIV-Infizierten

Bei gutem Immunstatus sollte versucht werden, vor Beginn der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) der HIV-Infektion die Hepatitis C zu behandeln und auszuheilen. Zu beachten ist, dass auch Patienten mit Genotyp 2 und 3 über 48 Wochen behandelt werden sollen. Bei schlechtem Immunstatus, wird durch eine HAART versucht, die CD4-Helferzellen auf > 350 Zellen/mm³ anzuheben, um dann mit der HCV-Therapie zu beginnen. Die PIs der Tripletherapie gehen Wechselwirkungen mit den NNRTIs, zum Beispiel Efavirenz oder den PIs der HAART ein, so dass auf ein Regime zum Beispiel aus Tenofovir, Emtricitabin und Raltegravir umgestellt werden muss.

3.5 Nebenwirkungen der Therapie

Opioidabhängige Patientinnen und Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, dass die nach der Interferonspritze häufig auftretenden allgemeinen Nebenwirkungen Fieber, Glieder-, Gelenk- und Muskelschmerzen keine Opiatentzugssymptome sind, sondern Nebenwirkungen des Interferons. Vor allem ehemalige Opioidabhängige können durch diese schlichte Information vor einem plötzliche auftretenden Suchtdruck und konsekutivem Rückfall bewahrt werden. Um diese grippeähnliche Symptomatik zu lindern, können 30 Minuten vor der Applikation der Interferonspritze Ibuprofen, Metimazol oder auch Paracetamol eingenommen werden. Gegen Übelkeit hilft Metoclopramid, Ondansetron oder aber auch niedrigdosiert Haloperidol. Bei starken Durchfällen kann Loperamid eingesetzt werden. Bei Gastritis oder Refluxösophagitis kommen Säureblocker wie Omeprazol zum Einsatz.

Unbedingt muss regelmäßig der psychopathologische Befund einschließlich der Suizidalität erhoben werden. Um eine Interferoninduzierte Depression zu verhindern, kann schon vor Beginn der HCV-Therapie mit einer antidepressiven Therapie mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), zum Beispiel mit Citalopram oder Escitalopram begonnen werden. Diese sollte mindestens 6 Monate über das Ende der HCV-Therapie hinaus fortgesetzt werden. Bei hartnäckigen Schlafstörungen kann der Einsatz von schlafanstossenden Antidepressiva wie Doxepin oder Mirtazapin hilfreich sein. Auch Quetiapin kann bei vorbekannten rezidivierenden Depressionen gut wirken. Ehepartner, Lebenspartner, Angehörige, Mitbewohner sollte ebenso wie der Patient darüber informiert werden, dass nicht nur Depressionen, sondern auch Gereiztheit und Aggressionen durch die HCV-Therapie hervorgerufen werden können. Auch hier können Atypika wie Quetiapin oder Olanzapin helfen.

Luftnot ist häufig die Folge der Anämie, die eventuell mit Bluttransfusionen ausgeglichen werden muss. Eine Lungenentzündung muss frühzeitig breit antibiotisch behandelt werden.



Sofortige fachärztliche Diagnostik durch Augenärzte oder Hals-Nasen-Ohren-Ärzte ist bei Sehstörungen und Hörstörungen notwendig, notfallmäßig auch durch Klinikweisung, da Erblindungen und Gehörlosigkeit infolge der Therapie beschrieben worden sind.

Juckreiz und Hautausschläge können am besten durch intensives, mindestens dreimal tägliches Eincremen vermieden werden.

Für Patienten mit kardiologischen Vorerkrankungen ist eine Mitbehandlung durch einen Kardiologen zu empfehlen. Die Risiken zum Beispiel eines Herzinfarktes erhöhen sich durch die Anämie. Ebenfalls verschlechtert sich eine Herzinsuffizienz. Die Risiken der HCV-Therapie müssen mit den Risiken der kardiologischen Erkrankung abgewogen werden.

Bei der dualen Therapie ist es besonders wichtig, die hohe Ribavirindosis beizubehalten. Bei starkem Abfall unter 10 mg/dl Hämoglobin wird Ribavirin um 200 mg reduziert. Bei einem Absinken unter 8 mg/dl müssen Bluttransfusionen erwogen werden. Bei der Tripletherapie muss Ribavirin stärker reduziert werden. Sinken die Leukozyten unter 1000, so muss die Interferondosis um 30% reduziert werden. Bei einer Verringerung der Blutplättchen unter 50000 soll die Therapie wegen Blutungsgefahr laut Fachinformation abgebrochen werden. Prinzipiell müssen die Fachinformationen beachtet werden. In Rücksprache mit spezialisierten Zentren kann manchmal ein individuelles Vorgehen sinnvoll sein. Unter wöchentlichen Kontrollen kann unter Abwägen der Risiken ein Abfall bis zu 20000 toleriert werden. Eventuell können Thrombozytenkonzentrate transfundiert werden.

Vor der Therapie müssen die häufigen Schilddrüsenfunktionsstörungen besprochen werden. Sowohl Über- als auch Unterfunktionen müssen erkannt und rechtzeitig behandelt werden.

Die NUCs bereiten klinisch nur selten so starke Nebenwirkungen mit Ausnahme der möglichen Schädigung des Nierengewebes durch Adefovir und Tenofovir. Bei einem Kreatininanstieg muss die Therapie eventuell abgebrochen werden.

Vor HCV-Therapie muss wegen der Teratogenität des Ribavirins bei Frauen eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Frauen und Männer müssen über einen sicheren Empfängnischutz aufgeklärt werden, der nach dem HCV-Therapie-Ende noch weitere 6 Monate fortgesetzt werden muss.



Wichtigste Nebenwirkungen von Interferon



56

ALLGEMEINE NEBENWIRKUNGEN	MAGEN-DARM-TRAKT
Fieber Glieder-/Gelenkschmerzen Müdigkeit Appetitlosigkeit Gewichtsverlust	Übelkeit/Erbrechen Durchfall Bauchschmerzen Zahnfleischbluten Entzündung der Zunge trockene Mundhöhle Leberversagen
SEELISCHE ERKRANKUNGEN	LUNGE/ATEMWEGE
Depression Aggressivität/Reizbarkeit Schlaflosigkeit Angstgefühl psychotische Episoden Konzentrationsstörungen Impotenz	Husten Luftnot bei Belastung Nasen-/Rachenentzündung Lungenentzündung
SINNESORGANE	HAUT UND ANHANGSGEBILDE
trockene Augen Augenschmerzen Verschwommensehen Netzhautblutung Ohrensausen Schwindel Gehörstörungen	trockene Haut Haarausfall Juckreiz vermehrtes Schwitzen allergisches Exanthem
HERZ/KREISLAUF	SONSTIGE
Herzrhythmusstörungen Herzklopfen Wassereinlagerung ins Gewebe Angina pectoris Herzinfarkt Bluthochdruck	Überfunktion der Schilddrüse Unterfunktion der Schilddrüse Geschmacksstörungen Missempfindungen Abfall der Zahl der Blutplättchen Abfall der weißen Blutkörperchen Abfall der roten Blutkörperchen

Die wichtigsten Nebenwirkungen des Ribavirins

Schädigung des Keimmaterials in Ei- und Samenzellen
Absinken des roten Blutfarbstoffs (Hämoglobin) in den roten Blutkörperchen
Absinken der Blutplättchen
Absinken der weißen Blutzellen

Durch die PIs kommen vor allem die Nebenwirkungen Anämie, Dysguesie bei Boceprevir und Hautausschlag und Juckreiz bei Telaprevir häufiger vor.

Nebenwirkungen der HCV-Therapie, je nach Therapieregime

Nebenwirkung	INF und RBV	INF, RBV, BOC	INF, RBV, TEL
Müdigkeit	50 - 57%	57%	56%
Schlaflosigkeit	31%	32%	32%
Kopfschmerzen	39 - 43%	44%	41 - 43%
Fieber	24 - 31%	31%	26 - 30%
Übelkeit, Erbrechen	31 - 40%	45%	40 - 43%
Durchfall	17 - 18%	23%	26%
Haarausfall	25%	26%	Nicht untersucht
Depression	20%	20%	20%

Anämie	17 - 29%	49%	36%
Neutropenie	18%	23%	23%
Dysguesie	3 - 15%	37%	10%
Hautausschlag	17 - 34%	16%	56%
Juckreiz	23 - 28%	21%	47%
Anorectaler Diskomfort	1 - 3%	1%	11%

Bei Anämie wird Ribavirin reduziert, nicht aber die PIs.

3.6 Weiterführende Literatur

Backmund M, Meyer K, von Zielonka M et al. Treatment of Hepatitis C Infection in Injection Drug Users. *Hepatology* 2001a; 34: 188-193.

Backmund M. HIV-Infektion und Opioidabhängigkeit. *Sucht* 2008; 54: 221-227.

Backmund M. Hepatitis-C-Tripletherapie. *Suchtmed* 2013; 15: 6-9

Kraus MR, Schäfer A, Schöttker K et al. Therapy of interferon-induced depression in chronic hepatitis C with citalopram: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Gut*. 2008 Apr;57(4):531-6

Reimer J, Schulte B, Castells X, Schaefer I, Lorenzen J, Heinemann A, Polywka S, Haasen C, Backmund M, Krausz M. Guidelines for Treatment of Hepatitis C Virus Infection in Injecting Drug Users: Status Quo in the European Union Countries. *Clin Infect Dis* 2005; 40 Suppl 5: S373-378.

Sarrazin C, Berg T, Ross RS et al. Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AMWF-Register-Nr.:021-012. *Z Gastroenterol* 2010, 48: 289-351.

WHO. HIV/AIDS Treatment and Care - Clinical protocols for the WHO European Region. 2007: www.euro.who.int/pubrequest





4. Schwangerschaft

4.1 Paare in der Beratung

4.1.1 Infektionsprophylaxe

BASISWISSEN

- Safer Sex und Safer Use bieten einen weitgehenden Schutz vor Neu-, Zusatz- oder Reinfektionen mit einem oder mehreren Hepatitisviren.
- Gegen Hepatitis A und B kann vorbeugend geimpft werden, um Neu- oder Zusatzinfektionen mit zusätzlichen Virustypen, die zu schweren Verläufen führen können, zu vermeiden.
- Es gibt zurzeit keine Schutzimpfung gegen Hepatitis C.
- Eine ausgeheilte Hepatitis-C-Infektion bietet keinen Schutz gegen eine erneute Infektion mit Hepatitis C.
- Menschen mit einer akuten oder chronischen Hepatitis-Infektion sollten in regelmäßiger medizinischer Behandlung und Kontrolle sein, um schwere Verläufe weitgehend zu verhindern und alle Therapieoptionen auszuschöpfen.
- Welchen Einfluss eine Hepatitisinfektion eines Partners oder beider Partner auf die Partnerschaft haben kann, hängt von den jeweiligen Übertragungswegen und Verlaufsformen ab (Detailwissen dazu findet sich im Kapitel „Hepatitis allgemein“ und im Kapitel „Prävention, Safer Sex und Konsumregeln“).



59

4.1.2 Schwangerschaftsverhütung

BASISWISSEN

- In der Beratung ist zwischen der Verhütung ungewollter Schwangerschaften und der Verhütung von Schwangerschaften aus medizinischen Gründen zu unterscheiden.
- Eine Schwangerschaft ist aus medizinischen Gründen unbedingt auszuschließen
 - bei einer behandlungsbedürftigen bzw. akut behandelten Hepatitis B oder C der Frau (Behandlung mit Ribavirin und/oder Interferon) und bis zu 6 Monate danach (Ribavirin),
 - während einer Behandlung des Partners mit Ribavirin und bis zu 6 Monate danach.
- Kondome dienen der Schwangerschaftsverhütung und dem Schutz vor Virusübertragung.
- Bei medizinisch gebotener Schwangerschaftsverhütung empfiehlt sich dringend neben Kondomen ein zusätzliches Verhütungsmittel.
- Die Wahl des zusätzlichen Verhütungsmittels muss den aktuellen Gesundheitsstatus (z. B. Leberwerte) der Anwenderin und die Handhabbarkeit berücksichtigen.

DETAILWISSEN

Hepatitisviren können - je nach Typ - auch beim ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen werden. Wegen der zusätzlichen Infektionsprophylaxe bietet sich der (konsequente und korrekte) Gebrauch von Kondomen zur Schwangerschaftsverhütung an.

Wenn aus medizinischen Gründen eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden sollte, oder wenn die durchgängige Kondomnutzung zur Verhütung ungewollter Schwangerschaft nicht akzeptiert und/oder nicht umgesetzt wird, empfiehlt sich unbedingt die Wahl eines zusätzlichen Verhütungsmittels.

Medizinische Gründe, eine Schwangerschaft einer Hepatitis-C- und/oder -B-infizierten Frau auszuschließen, sind:

- eine akut behandlungsbedürftige Hepatitis,
 - die Behandlung eines der Partner oder beider Partner mit Ribavirin und/oder Interferon (nach Behandlungsende sollte noch sechs Monate für eine sichere Verhütung gesorgt werden).
- **Ribavirin kann zu Fehlbildungen in der Frühschwangerschaft führen, und zwar auch dann, wenn nicht die werdende Mutter, sondern der Partner damit behandelt wird oder innerhalb der letzten 6 Monate behandelt wurde! Interferon erhöht das Risiko für Fehlbildungen und Fehlgeburten.**

Bei der Wahl des Verhütungsmittels muss die individuelle Situation des Paares eine richtige Anwendung des Präparates zulassen. So kann z.B. eine Drogenkonsumentin in der Regel nicht die erforderliche zeitgenaue Einnahme der Minipille leisten. Welche Verhütungsmethoden individuell am besten geeignet sind, kann in der Beratung besprochen werden. Hier muss auch darauf geachtet werden, dass die gesundheitliche Situation der Anwenderin oder des Anwenders (z.B. Leberwerte) durch das Verhütungsmittel nicht unangemessen belastet wird. Bei der Einnahme von antiretroviralen Substanzen, z.B. zur Behandlung einer HIV-Infektion, kann es außerdem zu Wechselwirkungen mit der „Pille“ kommen; die Wirkung der Pille ist dann nicht mehr sicher.

Die Partner, der Gynäkologe/die Gynäkologin, der/die betreuende Arzt/Ärztin und der/die Beraterin sollten gemeinsam eine möglichst sichere und umsetzbare Verhütungsmethode finden. Ist eine sichere Verhütung aus medizinischen Gründen angezeigt, werden die Kosten für das Verhütungsmittel von der Krankenkasse getragen. Das Rezept muss mit dem Hinweis „medizinische Indikation“ versehen sein. Weitere Informationen sind z.B. über Pro Familia und die Broschüre „HIV und Verhütung“ der Deutschen AIDS-Hilfe zu bekommen.



60



4.1.3 Kinderwunsch

BASISWISSEN

- Das Risiko einer HCV-Übertragung durch ungeschützten Geschlechtsverkehr ist gering, aber nicht auszuschließen.
- Während der medikamentösen Therapie der Hepatitis bei einem von beiden Partnern und bis zu 6 Monate nach Behandlungsende ist wegen der schädigenden Wirkung einiger Medikamente für die sichere Verhütung einer Schwangerschaft zu sorgen.

DETAILWISSEN

Das Risiko einer HCV-Übertragung durch ungeschützten Geschlechtsverkehr ist eher gering (abhängig von der Viruslast), kann aber nicht ausgeschlossen werden. Bei einer hohen Viruslast erscheint vor Umsetzung des Kinderwunsches eine Senkung der Viruslast mit einer entsprechenden Therapie sinnvoll. Dabei muss beachtet werden, dass bei einigen Medikamenten eine Schwangerschaft bis zu 6 Monate nach Abschluss der Therapie ausgeschlossen werden muss.

Ist die Partnerin Hepatitis-C-infiziert, kann sie zum Schutz des Partners eine „Selbstinsemination“ durchführen, z.B. durch Umstülpen eines mit Sperma des Partners gefüllten Kondoms. In diesem Fall ist bei der Auswahl der Kondome darauf zu achten, dass sie nicht mit spermiziden Substanzen beschichtet sind.

Eine andere Methode wäre, das in einem Behälter aufgefangene Ejakulat des Partners mit einer Spritze (ohne Kanüle) in die Scheide einzubringen.

Ist der Partner Hepatitis-C-infiziert, kann zum weitgehenden Schutz der Partnerin eine Kinderwunschbehandlung mit aufbereiteten Spermien in entsprechenden Kinderwunschzentren erwogen werden. Die Kosten dafür werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

Nach Ausheilung einer Hepatitis C ist keine Ansteckung des Partners mehr zu befürchten. Eine erneute Infektion mit Hepatitis C ist jedoch möglich.

Für Partner von Hepatitis-A-, -B- und -D-Infizierten bietet eine Impfung gegen Hepatitis A bzw. B ausreichend Schutz.



61



4.2 Hepatitis-Infektion in der Schwangerschaft

4.2.1 Schwangerschaft und Entbindung

BASISWISSEN

- Haben Schwangere Kontakt zu Hepatitis-infizierten Menschen, sollten sie sich passiv (mit Immunglobulinen) gegen Hepatitis A und B immunisieren lassen. Eine Impfung mit Lebendimpfstoffen (aktive Impfung) in der Schwangerschaft wird von der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts nicht empfohlen (www.rki.de). Der durch Immunglobuline erzielte Schutz hält nur ca. 6 Wochen an und muss daher ggf. wiederholt werden. Zusätzlich sollte unbedingt nach der Entbindung eine aktive Impfung erfolgen.
- Je früher die Blutuntersuchungen zum Hepatitisstatus der Schwangeren durchgeführt werden, desto schneller können mit Hepatitis infizierte und/oder chronisch erkrankte Frauen erkannt und ggf. angemessen betreut werden. Bei einer bereits vor der Schwangerschaft bestehenden (chronischen) Hepatitis B-Infektion kann individuell die medikamentöse Senkung einer hohen Virusbelastung erwogen werden, um das Risiko für eine Übertragung unter der Geburt zu reduzieren.
- Bei Frauen mit akuter oder chronischer Hepatitis-B- und/oder -C-Infektion können Fruchtwasserpunktionen (Amniocentese) und andere invasive Untersuchungen in der Schwangerschaft oder während der Geburt zu einer Virusübertragung führen und sollten daher möglichst vermieden werden.
- Auch bei einer Hepatitis-C-Infektion mit hoher Viruslast wird eine Kaiserschnittentbindung nicht mehr empfohlen, da das Risiko der Virusübertragung auf das Kind durch den Kaiserschnitt kaum gesenkt werden kann.
- Bei einer Erstinfektion mit einer Hepatitis B während der Schwangerschaft kann es zu schweren Krankheitsverläufen der Schwangeren kommen.
- Neugeborene von Frauen mit Hepatitis B- und/oder C-Infektion sollen nach der Geburt aktiv gegen Hepatitis B geimpft werden. Möchte eine Hepatitis B positive Patientin stillen, muss zusätzlich auch eine passive Immunisierung (Immunglobuline) des Neugeborenen erfolgen.



62



DETAILWISSEN

In den meisten Fällen bemerken die betroffenen Personen eine Infektion mit Hepatitis C und/oder B nicht. Die Richtlinien zur Schwangerenvorsorge empfehlen die Bestimmung des Hepatitis-B-Antigens im letzten Drittel der Schwangerschaft. Dies bedeutet, dass unter Umständen eine infektiöse Hepatitis-B-Infektion erst spät in der Schwangerschaft festgestellt wird und eine Hepatitis-C-Infektion oder andere Hepatitiden gar nicht erkannt werden. Bei einer Kontrolle des Hepatitisstatus in der frühen Schwangerschaft - insbesondere bei Frauen mit erhöhtem Infektionsrisiko - kann man Hepatitisinfektionen frühzeitig erkennen, eventuelle Therapieoptionen nutzen und das weitere Vorgehen für Schwangerschaft, Entbindung und für das Kind adäquat bestimmen.

Hepatitis C

Eine frische Infektion mit Hepatitis C hat in der Regel keinen nachteiligen Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft und die kindliche Entwicklung. Auch bei einer Reinfektion oder einer chronischen Hepatitis C sind keine Risiken für die Schwangerschaft und die Entwicklung des Kindes bekannt. Insofern wird wegen einer Infektion mit Hepatitis C kein Schwangerschaftsabbruch empfohlen. Selten auftretende schwere Verläufe der Infektion fordern jedoch die individuelle Risikoabwägung für das weitere Vorgehen.

Die Vorsorge bei einer Schwangeren mit bekannter Hepatitis-C- und/oder Hepatitis-B-Infektion sieht über die Kontrolle des allgemeinen Hepatitisstatus, der Leberwerte und der HCV- und/oder HBV-Viruslast keine Besonderheiten vor. Bei schwerem Verlauf der Erkrankung muss jedoch abgewogen werden, ob eine Behandlung während der Schwangerschaft erfolgen muss.

Während einer Ribavirin-Behandlung der Frau und/oder des Partners ist bei Eintritt einer Schwangerschaft und bis zu 6 Monate danach das Risiko für Fehlbildungen des Kindes deutlich erhöht, weshalb in diesen Fällen ein Schwangerschaftsabbruch erwogen werden sollte.

Die HCV-Übertragung von der Mutter auf das Kind erfolgt meistens während der Geburt. Die Häufigkeit nimmt mit der Viruslast der Mutter zu; sie wird mit einer Rate von ca. 3-7% angegeben (ca. 14%-36% bei HIV-Zusatzinfektion). Ist die Mutter Hepatitis-C-Antikörperträgerin ohne Virusnachweis, ist eine Virusübertragung unwahrscheinlich.

Hepatitis-C-infizierte Schwangere brauchen, nach dem aktuellen Wissensstand nicht per Kaiserschnitt entbunden werden, da dadurch das Übertragungsrisiko nicht, bzw. kaum gesenkt werden kann.

Neugeborene von HCV-infizierten Müttern sollten aktiv gegen Hepatitis B geimpft werden, um sie bei Infektion mit Hepatitis C vor einer Doppelinfektion zu schützen. Nach der Entbindung ist die Hepatitis-B-Schutzimpfung allen HCV-infizierten Frauen anzuraten.

Ist eine HCV-infizierte Schwangere zusätzlich HIV-infiziert, sollten während der Schwangerschaft und der Entbindung die aktuellen Deutsch-Österreichischen Empfehlungen für HIV-infizierte Schwangere befolgt werden (www.rki.de).

Nicht infizierte Schwangere mit Viruskontakt

Bei intemem Kontakt oder Spriztentausch einer Schwangeren mit einer Hepatitis-C infizierten Person ist eine mögliche Infektion mittels der Hepatitis-C-Antikörper, des direkten Virusnachweises und der Leberwerte zu überprüfen. Dabei ist die mittlere Inkubationszeit von 2-20 Wochen zu beachten.

Nach der Entbindung wird in diesem Fall als Schutz vor Zusatzinfektionen, die eine Infektion mit HCV negativ beeinflussen können, eine Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A und B empfohlen. Derzeit existieren keine Empfehlungen zur Postexpositionsprophylaxe.

Hepatitis B

Bei einer Erstinfektion mit einer Hepatitis B während der Schwangerschaft kann es zu schweren Krankheitsverläufen der Schwangeren kommen. Grundsätzlich steht bei schweren, behandlungsbedürftigen Verläufen einer Hepatitis die Behandlung



der Mutter im Vordergrund. In diesen Fällen muss individuell erwogen werden, ob eine Behandlung der Mutter die Entwicklung des Kindes so stark gefährden, dass eine Unterbrechung der Schwangerschaft oder eine vorzeitige Entbindung erwogen werden sollte.

Eine Übertragung von Hepatitis B auf das Ungeborene findet bei Erstinfektion in der Schwangerschaft in ca. 60-70% der Fälle statt.

Bei chronisch infizierten Schwangeren finden ca. 80% der Virusübertragungen während der Geburt statt. Das Übertragungsrisiko ist abhängig von der Viruslast der Mutter. Die Infektion des Neugeborenen während der Geburt kann in 95% der Fälle verhindert werden, wenn die Neugeborenen Hepatitis-B-Antigen-positiver Mütter direkt nach der Entbindung aktiv und passiv gegen Hepatitis B geimpft werden. Bei kompletter Hepatitis-B-Impfung (Auffrischung nach vier Wochen und sechs Monaten) besteht für diese Kinder für 10 Jahre ausreichend Schutz vor einer Infektion mit Hepatitis B (siehe: „Schutz des Neugeborenen“). Eine Kaiserschnittentbindung reduziert das Infektionsrisiko nicht. Für die Kinder, die während der Schwangerschaft infiziert worden sind, kommt die Schutzimpfung zu spät.

Nach den aktuellen S3 Richtlinien zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B wird empfohlen, dass Schwangere mit einer akuten Hepatitis-B und einer hohen Viruslast (>10 hoch 7 Kopien/ml) im letzten Drittel der Schwangerschaft antiviral behandelt werden, um das Risiko eine Virusübertragung auf das Kind zu reduzieren. Diese Behandlung sollte bis mindestens 6 Monate nach der Entbindung fortgesetzt werden. Die antiviralen Medikamente sind für die Therapie in der Schwangerschaft nicht zugelassen. Aus dem HIV-Bereich gibt es jedoch sehr lange und gute Erfahrungen mit Lamivudin und Tenofovir. Interferon ist in der Schwangerschaft kontraindiziert und sollte nicht gegeben werden.

Bei Schwangeren mit einer chronischen Hepatitis-B kann mit der antiviralen Therapie meist bis nach der Geburt gewartet werden.

Schwangere, die mit Beginn der Schwangerschaft bereits behandelt werden, sollten in der Schwangerschaft weiterbehandelt werden, um einen massiven Anstieg der Hepatitis-B-Viren zu vermeiden. Die Medikamente sollten auf Lamivudin oder Tenofovir umgestellt werden. Wurde mit Interferon behandelt, sollte ggf. ein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen werden.

Nicht infizierte Schwangere mit Viruskontakt

Bei Intimkontakt oder Sprizentausch einer nicht infizierten Schwangeren mit einer Hepatitis-B-infektiösen Person sollte - nach vorheriger Überprüfung der Immunitätslage der Frau - eine passive Immunisierung mit Hepatitis-B-Hyperimmunglobulin durchgeführt werden, die mehrere Wochen Schutz bietet. Direkt nach der Entbindung sollte der Schutz mit der aktiven Impfung gegen Hepatitis B komplettiert werden, um einen dauerhaften Impfschutz zu erzeugen.

Bei HBV/HIV-koinfizierten Schwangeren gelten die aktuellen Deutsch-Österreichischen Empfehlungen für HIV-infizierte Schwangere (www.rki.de).

Andere Hepatitiden

Die **Hepatitis-D-Infektion** ist immer eine Zusatzinfektion zur Hepatitis B und erschwert den Infektionsverlauf in der Regel.



Auch die Zusatzinfektion mit Hepatitis D ist keine zwingende Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. Je nach Schwere des Infektionsverlaufes und die dadurch bedingte Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung, welche die kindliche Entwicklung und den Schwangerschaftsverlauf stören können, kann in der frühen Schwangerschaft ein Schwangerschaftsabbruch und im letzten Schwangerschaftsdrittel die vorzeitige Entbindung des Kindes erwogen werden.

Schwangere mit intemem Kontakt oder nach Sprizentausch mit einer Hepatitis-D infizierten Person, sollten so schnell wie möglich eine Passivimpfung mit Immunglobulinen gegen Hepatitis B erhalten, sofern keine Immunität gegen Hepatitis B vorliegt. Nach der Entbindung sollte der Impfschutz gegen die Hepatitis B (aktive Impfung) komplettiert werden.

Eine akute **Hepatitis-A-Infektion** hat keinen Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft und der Kindesentwicklung. Im letzten Schwangerschaftsdrittel ist die Fehlgeburt rate erhöht, und es kann zu Frühgeburten kommen. Ein Schwangerschaftsabbruch wird wegen einer Hepatitis-A-Infektion nicht empfohlen, muss bei einem schweren Verlauf mit akuter Behandlungsbedürftigkeit der Infektion aber individuell erwogen werden.

Bei engem Kontakt der Schwangeren zu einer Hepatitis-A-infizierten Person wird eine passive Immunisierung mit Standardglobulin gegen Hepatitis A empfohlen, wenn keine eigene Immunität gegen Hepatitis A vorhanden ist. Nach der Entbindung ist die Schutzimpfung gegen Hepatitis A zu empfehlen.

Bei Schwangeren mit einer **Hepatitis-E-Infektion** sind aus Indien schwere Verläufe mit einem hohem Risiko für Fehlgeburten und einer hohen Sterblichkeitsrate bei den Müttern bekannt. Dies betrifft vor allem Schwangere, die sich im letzten Drittel der Schwangerschaft infiziert haben. Spezifische Fehlbildungen bei den Kindern wurden nicht beobachtet. Eine Schwangerschaftsunterbrechung bei frischer Infektion wird nicht grundsätzlich empfohlen. Jedoch sollte auch hier bei schweren Verläufen die Risikoabwägung für Mutter und Kind das weitere Vorgehen bestimmen.

Schwangere sollten von Reisen in entsprechende Endemiegebiete sowie von Kontakt zu Hepatitis-E-infizierten Personen Abstand nehmen, da es bislang keine Schutzimpfung gegen Hepatitis E gibt.



65



4.2.2 Schutz des Neugeborenen

BASISWISSEN

- Der weiterbehandelnde Kinderarzt sollte grundsätzlich über den Infektionsstatus der Mutter während der Schwangerschaft und der Geburt informiert sein, um das Kind adäquat betreuen zu können.
- Neugeborene haben ca. bis zum 18 Lebensmonat als „Nestschutz“ die Antikörper der Mutter, auch wenn sie selbst nicht infiziert sind. Dies bedeutet, dass in diesem Zeitraum Hepatitis-Antikörper nachweise immer positiv ausfallen, wenn die Mutter Antikörperträgerin ist. Der Nachweis oder der Ausschluss einer Hepatitisinfektion des Kindes kann in diesem Zeitraum nur über den direkten Virusnachweis geführt werden.

- Neugeborene von HAV-, HBV- oder HCV-infizierten Müttern sollten in den ersten Lebensstunden in der Entbindungsklinik gegen Hepatitis A bzw. Hepatitis B aktiv und passiv geimpft werden. Diese Impfungen schützen das Kind dann gegen eine Infektion mit Hepatitis A, B und D.

DETAILWISSEN

Hepatitis C

Neugeborene von Müttern mit bekannter Hepatitis-C-Infektion werden in den ersten 12 Lebensstunden aktiv und passiv gegen Hepatitis B geimpft, um bei möglicher Hepatitis-C-Infektion des Kindes das Risiko einer Zusatzinfektion mit Hepatitis B und D, welche den Verlauf der kindlichen Hepatitis-C-Infektion deutlich verschlechtern können, weitgehend auszuschließen.

Aktive und passive Impfung des Kindes gegen Hepatitis A sollte ebenfalls erwogen werden. Der Impfschutz muss vom Kinderarzt komplettiert werden. Die Impfabstände entsprechen den üblichen Impfschemen.

Das Risiko einer HCV-Übertragung von der Mutter auf das Kind liegt bei ca. 3-7%.

Generell ist das Risiko einer Übertragung höher, wenn die Virusbelastung der Mutter hoch ist. Aber auch das Kind einer Mutter mit einer Virusbelastung unter der Nachweisgrenze sollte auf Hepatitis-C untersucht werden, da auch in diesem Fall Fälle der Ansteckung beschrieben sind. Ist die Mutter Hepatitis-C und HIV-infiziert liegt das Infektionsrisiko für das Kind bei ca. 36%.

In den letzten Jahren hat sich herausgestellt, dass schwere Verläufe der Hepatitis C bei Kindern eher selten sind; ca. 5-10% der infizierten Neugeborenen zeigen einen schweren chronischen Verlauf. Bei über 40% der Kinder, die unter der Geburt mit HCV infiziert wurden, ist im Verlauf von Jahren kein Virus mehr nachweisbar.

Hepatitis B und D

Die Neugeborenen von Müttern mit einem positiven Nachweis des HBs-Antigens werden innerhalb der ersten 12-24 Lebensstunden nach der Geburt simultan aktiv und passiv gegen Hepatitis B geimpft, wodurch sie zu 95% vor einer Ansteckung geschützt sind. Der weiterbehandelnde Kinderarzt muss den Impfschutz komplettieren.

5-10% der Kinder HBs-Antigen-positiver Mütter infizieren sich bereits während der Schwangerschaft; für diese Kinder bietet die Impfung keinen Schutz mehr.

90% der Kinder Hepatitis-B-infizierter Mütter, die keine Simultanimpfung erhalten haben, sind Hepatitis-B-infiziert. Bei diesen Kindern fehlen oft die Krankheitssymptome der akuten Infektion, es kommt aber mit ca. 90% der Fälle deutlich häufiger zu einer Chronifizierung der Hepatitis B als bei den Erwachsenen (5-10%).

Eine Hepatitis-D-Zusatzinfektion kommt bei weniger als 5% der Hepatitis-B-infizierten Kinder vor und ist damit sehr selten. In diesem Fall sind die Erfolge einer medikamentösen Therapie der Kinder schlechter als bei alleiniger Hepatitis B.

Wird das Neugeborene einer Mutter mit einer frischen **Hepatitis-A-Infektion** in den ersten Lebensstunden gegen Hepatitis A geimpft, ist es vor einer Infektion mit dem Virus ausreichend geschützt.



66



4.2.3 Stillen

BASISWISSEN

- Eine Übertragung des Hepatitis-C-Virus durch die Muttermilch ist unwahrscheinlich, daher wird allgemein nicht vom Stillen abgeraten.
- Nach passiver und aktiver Impfung können Neugeborene Hepatitis-A- und/oder -B infizierter Mütter gestillt werden.

DETAILWISSEN

Hepatitis C

Eine HCV-Übertragung über die Muttermilch konnte bislang weder ausgeschlossen noch bewiesen werden. Es ist davon auszugehen, dass das Risiko der Virusübertragung durch das Stillen eher gering ist, insbesondere bei geringer Viruslast. Bewertet man diese Umstände im Zusammenhang mit den eher unproblematischen Infektionsverläufen infizierter Kinder, wird in der Regel nicht vom Stillen abgeraten. Bei wunden oder blutenden Brustwarzen sollte nicht gestillt werden. Ansonsten sind die Eltern über das statistische Risiko nach dem derzeitigen Kenntnisstand aufzuklären; die Entscheidung ist unter Berücksichtigung individueller Risiken zu treffen.

Eine Behandlung der Hepatitis-C mit Ribavirin und Interferon ist in der Stillzeit kontraindiziert.

Hepatitis A, B und D

Kinder Hepatitis-A- und/oder -B-infizierter Mütter werden in den ersten Lebensstunden aktiv und passiv geimpft und können gestillt werden. Eine Hepatitis-Infektion des Kindes durch das Stillen kann jedoch nach heutigem Wissenstand auch bei geimpften Kindern nicht völlig ausgeschlossen werden. Die Infektionsgefährdung des Kindes ist individuell abhängig von der Viruslast der Mutter, vom Zeitpunkt der Infektion und von der Impfantwort des Kindes.

Ist in der Schwangerschaft eine Therapie zur Senkung der Hepatitis B-Viruslast erfolgt, muss eine individuelle Entscheidung zum Stillen getroffen werden. Die antiviralen Medikamente (Lamivudin und Tenofovir) gehen in die Muttermilch über und es liegen noch keine ausreichenden Erfahrungen zur Anwendung in der Stillzeit vor.

Wenn die Mutter selbst aufgrund eines schweren Infektionsverlaufes behandlungsbedürftig ist und Medikamente eingesetzt werden müssen, die das Stillen verbieten, sollte vom Stillen abgesehen werden.



4.3 Weiterführende Literatur

Burdelski, M. et al. (2004): Virale Hepatitis bei Kindern und Jugendlichen. *Gastroenterol* 42, 731-733

Cornberg, M. et al. (2011): Aktualisierung der S 3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion, AWMF-Register-Nr.: 021/011. *Gastroenterol* 2011; 49: 871-930

Empfehlungen der Nationalen Stillkommission vom 19. März 2001 in Abstimmung mit der Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung und der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (2002): Hepatitis C und Stillen. *Suchtmed* 5, 45-47

Enders, G, Braun R. (2000): Prä- und peripartale Übertragung des Hepatitis C Virus. *Internist* 7, 676-678

Ferenci, P. (2009): Hepatitis B und Schwangerschaft. *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen* 2009; 7 (4), 26-29

Polywka, S., Laufs, R. (1999): Die vertikale Übertragung des Hepatitis-C-Virus von infizierten Müttern auf ihre Kinder. *Bundesgesundheitsbl.* 42, 562-568

Sarrazin, C. et al (2010): Update der S 3_Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion, AWMF-Register_Nr.: 021/012. *Gastroenterol* 2010; 48, 289-351



II PRÄVENTION

1. Strategien der Hepatitis-Prävention: Von der Theorie zur Praxis

Trotz der epidemischen Verbreitung, der Schwere der HCV-Infektion einerseits und den guten Heilungsaussichten andererseits wird ihre Bedeutung für die Gesundheit eines erheblichen Teils der Bevölkerung und die Herausforderung für das Gesundheitswesen verkannt. Für eine erfolgreiche Präventionsarbeit¹ ist es wichtig, die Widerstände zu benennen, die es zu überwinden gilt, wenn HCV-Prävention gesundheitspolitisch verankert und fachlich in die Praxis umgesetzt werden soll:

- geringe gesundheitspolitische und fachöffentliche Aufmerksamkeit gegenüber HCV
- verbreitete Präventionsmüdigkeit und -nachlässigkeit (z.B. Impfmüdigkeit)
- verbreiteter Präventions-/Therapiepessimismus
- reduzierte Gesundheitsbudgets
- gesundheitspolitische Ängste („neue Kostenlawine“).

Entsprechend diesen Widerständen müssen Präventionsstrategien auf den Ebenen individuellen Verhaltens und gesellschaftlicher Verhältnisse entwickelt werden.

1.1 Kernelemente der Verhaltensprävention

Die Kernelemente der Verhaltensprävention sind:

- verständliche und ansprechende Informationen
- Lebensweltnähe, Settingbezug
- Zielgruppenspezifität
- Alters-, Geschlechts- und Kulturspezifität, Gendermainstreaming.

Verhaltensprävention kann nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn parallel Strategien zur Verhältnisprävention entwickelt werden.

1.2 Kernelemente der Verhältnisprävention

- Gesundheitspolitische Forderungen nach nationaler Hepatitis-C-Gesamtstrategie.
- Thematisierung von HCV bei politisch Verantwortlichen, Fachbehörden und Fachverbänden.
- Verschränkung der infektionsprophylaktischen Angebote (Spritzen-/Spritzen-silbergabe) diverser Träger (Drogen-/Aids-/Jugendhilfe, Apotheken usw.) sowie verschiedener Disziplinen und Professionen.
- Verstärkung der HCV-Aufklärungsbemühungen für Fachkräfte, Ärzte/Ärztinnen insbesondere substituierende Ärztinnen und Ärzte sind enorm wichtig für Diagnostik und Behandlungsüberführung).
- Ausbau der Substitutionsbehandlung (verbessertes Schnittstellenmanagement).



¹ Leicht, A.; Stöver, H. (2005): Innovative Strategien der Hepatitis-C-Prävention. In: Heudtlass, J.-H.; Stöver, H. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt: Fachhochschulverlag, 3. Auflage, S. 309–323

1.3 Grundlegende Ziele und Maßnahmen der Hepatitis-Prävention

Erhöhung des Hygienebewusstseins

Das Ziel ist, durch effektive, einfache Maßnahmen krankmachende Keime bzw. die Übertragung von HCV reduzieren. Die wichtigsten Maßnahmen sind die Hände-Hygiene und Oberflächen-Hygiene. In der Präventionsarbeit sollte immer an die Möglichkeit der Alltags- und Haushaltsübertragungen gedacht werden (auch in Bezug auf MRSA und andere Keime). (siehe Kapitel II, 5)

Blutaufmerksamkeit erzeugen

Blutaufmerksamkeit bedeutet, dass jemand sich bewusst ist, dass in seinem Leben Blut (auch nicht sichtbares Blut) ein Gesundheitsrisiko darstellen kann. Die Gelegenheiten, mit fremdem Blut in Berührung zu kommen, sind vielfältig, sowohl im Haushalt (Schnitt-/Stichverletzungen, bei der Ersten Hilfe, Hygieneartikel) als auch beim Sex und Drogenkonsum. (siehe Kapitel II, 2, 3, 4 + 5)

Zugang zu sterilen bzw. hygienischen Konsumutensilien

Wissen allein nützt nichts. Zur Vermeidung von Infektionen beim Drogenkonsum sind sterile Spritzen, Kanülen und viele weitere Gegenstände (Filter, Wasser, Säure, Desinfektionsmittel, Entsorgungsbehälter usw.) notwendig, um eine Infektion mit dem sehr infektiösen und lange überlebensfähigen HC-Virus zu vermeiden. Die bedarfsgerechte Vergabe von Konsumutensilien und -zubehör in Verbindung mit einer qualifizierten Information in Einrichtungen, die von Drogengebrauchenden aufgesucht werden, ist von essentieller Bedeutung (siehe dazu Kapitel II,2).

Substitutionsbehandlung

Die medizinische Behandlung der Opioidabhängigkeit durch Verschreibung von Substitutionsmitteln gilt heutzutage als „Goldstandard“ in der Suchtmedizin. Sie ist nachweislich effektiv im Hinblick auf die HIV- und HCV-Prävention.

Testung auf Hepatitis C und bei Nicht-Geimpften auch auf Hepatitis B

Ein niedrigschwellig zugängliches, freiwilliges und anonym zu nutzendes Angebot zur Diagnostik der Virushepatitis bietet die Möglichkeit, zum einen mit Beratung und Aufklärung über Ansteckungsrisiken und Schutzmöglichkeiten Einfluss auf das Risikoverhalten zu nehmen. Zum anderen können Folgeschäden durch eine fortgeschrittene Infektion und die unbeabsichtigte Weiterverbreitung der Infektion vermieden werden. Schnelltests auf Hepatitis C-Antikörper sind für viele Testsuchende besonders attraktiv. Angesichts der hohen (und auch nach Ausheilung lebenslang bleibenden) Antikörper-Prävalenz sollte das Angebot auch stets ein PCR-Labortest zum direkten Virusnachweis gehören (siehe Kapitel 1,2).

Impfung gegen Hepatitis A und B

Es sollte über den Nutzen der Hepatitis-A- und -B-Impfung aufgeklärt werden. Der Zugang zur Impfung sollte erleichtert werden, ggf. durch Kooperation mit niedergelassenen ÄrztInnen/Ambulanzen oder durch ein Impfangebot in der eigenen Einrichtung. (siehe Kapitel I, 1.6)



Behandlung der chronischen Hepatitis

Auch die Behandlung der Hepatitis hat, epidemiologisch betrachtet, einen primärpräventiven Effekt. HCV-positive DrogengebraucherInnen sollten aufgeklärt und bei der Auseinandersetzung mit dem Für und Wider einer Therapie unterstützt werden.

Während und nach der Therapie ist eine begleitende Unterstützung zur Vermeidung von Therapie-Abbrüchen und Re-Infektionen häufig zweckmäßig. (siehe Kapitel I, 3)

Arbeitsschutz: Drogen-/Aidshilfe geht mit gutem Beispiel voran

Die Arbeitgeber sollten MitarbeiterInnen über arbeitsplatzspezifische Hepatitis-Infektionsrisiken aufklären und ihnen eine Hepatitis-A/-B-Impfung anbieten, und die MitarbeiterInnen sollten ihrerseits bereit sein, sich gegen Hepatitis A und B impfen zu lassen. Es sollte ein Hygieneplan existieren, und die Entsorgung potenziell infektiöser Gegenstände (gebrauchte Spritzen vom Spritzentausch/Konsumraum, Verbandsmaterial) sollte gut organisiert sein. (siehe Kapitel IV)

1.4 Beispiele der Hepatitis-Prävention

Förderung der Hepatitis-Impfung

- Durchführung von Impfungen im niedrighwelligen Setting.
- Strukturelle Prävention
- Motivierung/Aufklärung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zur Impfung
- Aufklärung Jugendlicher, die in riskanten Lebenssituationen leben (Trebe, Prostitution).
- Motivation der Zielgruppe durch ALLE Einrichtungen, die mit der Zielgruppe zu tun haben, anregen.
- Impfung in Haft für spezielle Gruppen (DrogengebraucherInnen, LangstraferInnen, HCV-/HIV-Positive, ...).
- Impfung als ÖGD-Leistung einfordern.
- Testsprechstunden: Hepatitis C-Schnelltests auf Antikörper und Labor-Untersuchungen auf Virus-RNA.

Information und Motivation

Eingesetzt werden können die klassischen Methoden der Präventionsarbeit:

- Einzel- und Gruppengespräche
- Aktionen in Kampagnen-Form
- Kurzinterventionen: Kurze Gespräche mit Vermittlung zentraler Botschaften und Vergabe von „Incentives“ als Verstärker.

Die Vergabe von Info-Broschüren und anderem Schriftmaterial allein reicht nicht aus!



Konkret bieten sich folgende Projekte an:

In niedrigschwelligen Einrichtungen (aber nicht nur!!!):

- „Mein-/Dein“-Kampagne (Schweiz)
- „Gegenstand der Woche“ (z.B. Stericup)
- Vergabe von Werbegeschenken („Gegenstand der Woche“)
- Lehrfilm „Einwandfrei“ von Fixpunkt e. V., Berlin
- Rollenspiele und Trainings („Safer Use“)
- „Was hat Sex mit Hep C zu tun?“
- „Präventionstische“
- Händewasch-Trainings
- Spritzenschachtel-Aufdrucke oder -Einleger
- Einsatz von Peers

Im betreuten Wohnen zusätzlich:

„Hygiene-Erstaustattungs-Set“ und Hygiene-Beratung in der eigenen Wohnung (Beispiel: zIK gGmbH Berlin).

In Beschäftigungsprojekten, Tagesstätten und Wohngruppen zusätzlich:

- „Pflicht-Trainings“
(Gruppenveranstaltungen zu Hygiene, Infektionsschutz, Drogennotfall)
- Händewasch-Trainings

Für alle Einrichtungen (in Kooperationen mit Gesundheits- und Jugendämtern usw.):

„HCV-Kompaktkurse“, die neben Fortbildung auch eine Intensivierung der Zusammenarbeit und Verschränkung der Arbeit der professionellen Akteure/Akteurinnen vor Ort leisten (Beispiele in Bremen und Berlin - akzept e.V.)

- ▶ **Wir wünschen uns, dass Sie als Leser und Leserin dieses Handbuchs angeregt werden, Ideen zu entwickeln. Dabei ist es natürlich auch erlaubt, Ideen anderer Einrichtungen „abzukupfern“ und weiterzuentwickeln. Suchen Sie sich Bündnispartner auf lokaler und überregionaler Ebene. Denn gemeinsam geht es besser. Packen Sie es an!**



2. Konsumregeln

BASISWISSEN

Anders als bei den Übertragungswegen des HI Virus gibt es bei der Übertragung von Hepatitis A, B und C Viren eine hohe Zahl an ungeklärten Übertragungen. Zudem sind die Viren weitaus leichter übertragbar und um ein vielfaches weiter verbreitet als andere Viren. Dies sind verbunden mit einem nach wie vor geringen Blutbewusstsein die Hauptgründe für die extrem hohe Ansteckungsrate unter Drogengebrauchenden Menschen [vgl. Vorwort].

Nachdem sich diese Erkenntnisse über Jahrzehnte nicht in den Präventionsbemühungen niedergeschlagen haben, wird es nun endlich Zeit, das Drogen konsumierenden Menschen ein Blut- und Hygienebewusstsein vermittelt wird und die bisherigen Safer Use Botschaften, die aus der HIV-Prävention heraus entstanden sind, entsprechend angeglichen bzw. erweitert werden. Nur dann besteht die Möglichkeit, eine weitere Verbreitung von Hepatitis Infektionen unter Drogengebrauchern zu verhindern oder zumindest eindämmen [vgl. 6, Anhang, Illustrierte Merkblätter].

Konsumregeln für intravenös Drogen Konsumierende

Grundsätzlich sollte bei jedem intravenösen Drogenkonsum -

- in einer möglichst ruhigen und geschützten Umgebung stressfrei konsumiert werden.
- möglichst nicht alleine, sondern mit einer vertrauenswürdigen Person konsumiert werden, da sonst im Falle eines Notfalls niemand erste Hilfe leisten kann.
- nach längeren Konsumpausen oder bei unbekannter Stoffqualität vorsichtig dosiert und/oder in kleinen Dosierungen angetestet werden.
- ein gründliches Händewaschen mit Seife erfolgen.
- eine saubere Unterlage vorbereitet sein.
- auf die Bereitstellung aller notwendigen Utensilien (in ausreichender Zahl und ohne Hektik) geachtet werden.
- kein gemeinsamer Gebrauch von Injektionsmaterial und Zubehör wie Spritzen, Nadeln, Wasser, evtl. Rührwerkzeug, Löffel (möglichst Einweg-/Metallfilter), Wasser, Ascorbinsäure, (Einweg-)Filter, Feuerzeug erfolgen.
- immer frische Desinfektionsmittel und/oder Tupfer benutzen.
- die Konsumdosis nur mit eigenen, neuen und sterilen Spritzen (keine Insulinspritzen, da diese nicht zum i.v. Konsum geeignet sind), Nadeln und (Einweg-)Filter, gründlich gereinigten Löffeln (besser Einweg Aufkochpfännchen), eigenem Feuerzeug und Stauschlauch und frischem (sterilem) Wasser zubereitet werden.
- von dem Gebrauch von selbst gebastelten Löffeln (Getränkedosen o.ä.) abgeraten werden, da das Erhitzen gefährliche Schwermetalle und Lacke freisetzen kann, was fast unweigerlich zu schweren Shakes führt.
- auch der Wasserbehälter und Löffel immer sehr gründlich gereinigt werden, da andernfalls Bakterien und andere Krankheitserreger anhaften, die lange Zeit infektiös bleiben können.
- wenn mehrere Personen konsumieren müssen, alle Beteiligten für jede Injektion eigene, sterile Materialien verwenden. Nur als allerletzte Möglichkeit sehr gut des-



infizierte Spritzen und Materialien teilen. [Notfalldispositiv Reinigung: siehe 4.2.2.].

- zum Teilen bei diesen Gelegenheiten immer erst das Pulver aufteilen und dann getrennt zubereiten. „Front- oder Backloading“ sind hier keine Alternativen. Wenn es dennoch praktiziert wird, dann nur in absoluten Ausnahmen und nur mit jeweils eigenen, neuen und sterilen Spritzen und Nadeln.
- jegliche Form von Filtern nur einmal verwendet werden (auch wenn noch etwas Stoff darin gebunden scheint). In gebrauchten Filtern finden sich in Blutresten neben Viren oft große Kulturen von Bakterien, die sich gerade bei Körpertemperatur sehr schnell vermehren (z. B. wenn die Filter in der Hosentasche getragen werden). Darum darf ein eigener Filter auch dann nur einmal gebraucht werden, wenn alleine konsumiert wird. Wenn die Möglichkeit besteht, sollten Einweg-/ Metallfilter genutzt werden. Sie filtern Schwebstoffe besser heraus und es bleibt kein Heroin in Ihnen zurück. Wenn es in Notzeiten dennoch einmal nötig sein sollte, die Filter aufzuheben, müssen sie erst einmal getrocknet werden (im Idealfall mindestens 10 Tage), bevor sie weiter benutzt werden.

Wer nicht auf das Spritzen verzichten kann/will hat trotzdem einige Alternativen. Mögliche Alternative zum i.v. Konsum:

„Up the bum“ (die „Po-Injektion“) ist eine nadelfreie Variante, die ähnlich stark wirkt wie der i.v. Konsum. Hierbei wird die Spritze ohne Nadel in den After eingeführt. Die Schleimhäute sorgen für eine schnelle Aufnahme ins Blut (wie z.B. bei Zäpfchen o.ä.). Für die Vorbereitungen gelten die gleichen Regeln wie für den i.v. Konsum.

Grundsätzlich sollte ein „Blutbewusstsein“ an alle Drogenkonsumierenden vermittelt werden. Blut - auch getrocknetes und auch in kleinsten Mengen - kann grundsätzlich kontaminiert sein. Es ist deshalb immer als infektiös einzustufen. [vgl. «Blut-Aufmerksamkeit», 2.2.1].

Konsumregeln für rauchende und sniffende Drogenkonsumenten

- In einer möglichst ruhigen und geschützten Umgebung konsumieren.
- Möglichst nicht alleine, sondern mit einer vertrauenswürdigen Person konsumieren, da sonst im Falle eines Notfalls niemand erste Hilfe leisten kann.
- Nach längeren Konsumpausen oder bei unbekannter Stoffqualität möglichst vorsichtig dosieren und/oder eine kleine Dosis antesten. Es gibt keinen wirklich verlässlichen Qualitätstest für Konsumenten.
- Vor und nach jedem Konsum die Hände gründlich mit Seife waschen.
- Eine saubere Unterlage vorbereiten.
- Alle notwendigen Utensilien in ausreichender Zahl und ohne Hektik bereitlegen.
- Bei nasalem Konsum vorher die Nase gründlich putzen.
- Kein gemeinsamer Gebrauch von Inhalationsröhrchen (Verletzungs- und damit Infektionsgefahr). Bei verletzter Nasenschleimhaut einer sniffenden Person können die von ihr benutzten Röhrchen (auch gerollte Banknoten) mit Blut - und damit auch mit Hepatitis A, B- oder C-Viren - verunreinigt sein. Bei Weitergabe des Röhrchens können auf diesem Wege solche Viren übertragen werden.
- Wenn die Möglichkeit besteht sollten Safer Sniff Sets von den Beratungsstellen ausgegeben und von den Konsumenten benutzt werden. Diese enthalten neben geeigneten Röhrchen (ohne scharfe Kanten) auch eine Pflegecreme für die Nasenschleimhaut etc.
- Besonders Kokain besteht aus scharfkantigen Kristallen, die die Schleimhaut ver-



letzen können. Kokainkonsum schwächt außerdem die Abwehrfunktion des Organismus. Daher kann bereits eine geringere Anzahl Viren/Bakterien zu einer Infektion führen.

Beim Rauchen von Heroin sind zusätzlich folgende Punkte zu beachten:

- Wenn die Möglichkeit besteht sollten Safer Smoke Sets von den Beratungsstellen ausgegeben und von den Konsumenten benutzt werden. Diese enthalten speziell zum Rauchkonsum geeignete, dickere und unbeschichtete Folien.
- Bei der Nutzung von Haushalts-Alufolie diese zuvor auf jeden Fall von beiden Seiten erhitzen um Beschichtungen o. ä. abzubrennen.

Entsorgung

Alles beim/zum Drogenkonsum gebrauchte Material muss sobald wie möglich und auf möglichst sichere Art entsorgt werden.

Bei nicht stechendem Material:

- Gebrauchte Tupfer, Filter, Folien usw. müssen in einen geeigneten Behälter entsorgt werden. Außerhalb des Konsumraums: z. B. in eine leere Alu-Dose und dann regulär in den Abfall.

Bei stechendem Material:

Im medizinischen Setting und Konsumraum

- Kein Aufsetzen der Plastikkappe auf eine gebrauchte Kanüle (Nadel). Kanülen müssen samt Spritzen vor Ort in bruch- und stichfesten Behältern entsorgt werden können.

Außerhalb von medizinischem Setting und Konsumraum

- Bei der eigenen Spritze immer die Plastikkappe wieder auf die gebrauchte Kanüle aufsetzen und zusammen mit der Spritze in einen festen, möglichst verschließbaren Behälter (z.B.: leere Alu Dose) entsorgen und regulär in den Abfall werfen.
- Wenn es sich um fremde gebrauchte Spritzen und/oder Nadeln handelt in keinem Fall die Kappe wieder aufsetzen. Dabei kommt es zu den meisten unbeabsichtigten Stichverletzungen.



75



DETAILWISSEN

Risikoärmere(s) Injektion, Inhalation und Sniffen

Es muss grundsätzlich darauf geachtet werden, dass Drogengebrauchern 24 Stunden am Tag Zugang zu Injektions- und anderweitigem Konsummaterial (wie Safer Sniff / Safer Smoke Sets) ermöglicht wird. Die Materialien müssen in ausreichender Menge zur Verfügung stehen und möglichst auch anonym zu beziehen sein (Spritzenautomaten). Es darf dabei nicht vergessen werden, dass besonders intravenös Kokain Konsumierende unter Umständen einen sehr großen Bedarf haben. Konsumräume sollten versuchen ihre Öffnungszeiten an den Lebens- und Konsumgewohnheiten ihrer Kunden auszurichten.

Dieser Grundsatz gilt nicht nur für Konsumräume, sondern sollte für alle Einrichtungen gelten, die Spritzen etc. ausgeben. Zur Vermeidung von Wartezeiten stellen

Spritzenautomaten eine adäquate Alternative dar. Nur so kann verhindert werden, dass gebrauchtes Injektionsmaterial weiter gegeben bzw. gemeinsam gebraucht wird. Zudem bieten sie eine gute Möglichkeit die gebrauchten Materialien sicher zu entsorgen.

Vor dem intravenösen Konsum

- Für ein möglichst ruhiges Umfeld Sorge tragen.
- Freie und saubere Unterlage wählen bzw. vorbereiten.
- Steriles Zubehör in ausreichendem Maße bereitlegen.
- Behälter für das Entsorgen der gebrauchten Tupfer, Taschentücher usw. vorbereiten.
- Hände gründlich waschen.
- Sterile Spritze und geeignete Nadeln (lang und dick statt kurz und dünn), Idealerweise mit Einweg-/Metallfilter (=notfalls ein Stück Zigarettenfilter) verwenden. (Zigarettenfilter nie mit den Zähnen, sondern mit gewaschenen Händen herausziehen.)
- Seine eigenen Filter nie teilen/ausleihen - auch nicht „um zu helfen“. Generell sollten Filter nicht aufgehoben und weiterverwendet werden. Wenn es in Notzeiten unbedingt nötig sein sollte die Filter aufzuheben, sollten sie erst einmal völlig durchtrocknen (im Idealfall mindestens 10 Tage), bevor sie weiter benutzt werden.
- Eigenen, persönlichen Löffel verwenden; vor Gebrauch gründlich mit Wasser / Alkoholtupfer reinigen. Am besten sollten jedoch steril verpackte ‚Einweg-Aufkochpfännchen‘ Anwendung finden.
- Steriles Wasser verwenden - falls nicht verfügbar: frisches Wasser direkt ab Wasserhahn (Wasser kurz laufen lassen um kein abgestandenes Wasser aus der Leitung zu nutzen).



76

Bei Heroinkonsum: (in sterilen Einzeldosen verpacktes) Ascorbin (Vit.C) statt Zitronensaft verwenden (Zitronensaft enthält stets Schwebstoffe die als Bakterienträger ins Blut gelangen können). Immer so wenig Ascorbin wie unbedingt nötig, da die Säure die Venen zusätzlich schädigt.

Bei Kokainkonsum: da das Kokain stark betäubt, kann ein „daneben drücken“ unbemerkt bleiben, was die Gefahr einer Abszessbildung erhöht. Beim spritzen von Kokain oder Crack wird zudem das Wasser nicht erhitzt, so dass Bakterien und/oder Viren nicht abgetötet werden können.

- ▶ **Immer darauf achten, dass die Flüssigkeit in der Spritze klar und kalt ist und keine Verunreinigungen enthält. Das schont die Venen und schützt vor Embolien. Notfalls noch einmal filtern.**

Beim Vorliegen von starken Entzugssymptomen: möglichst erst eine geringe Menge sniffen oder rauchen. Injektionen mit „Affen im Nacken“ führen meist zu Hektik und in der Folge zu unnötigen Verletzungen. Die Hygieneregeln finden so weniger oder keine Beachtung und die Gefahr von Infektionen erhöht sich damit massiv.

- Möglichst die besterhaltenen (stärksten/dicksten) Venen verwenden und riskante Venen (z.B. Leiste, Hals Finger Fußsohlen etc.) vermeiden.
- Immer in Richtung des Herzens injizieren.
- Wenn mehrere Versuche nötig sind sollten die Einstiche min. 1 cm voneinander entfernt sein (besser Wechseln zwischen Arm und Bein / links und rechts usw.).
- Sogenannte „Rollvenen“ mit dem Finger fixieren.
- Nach dem Konsum die Einstichstelle für 2 Minuten abdrücken und mit einem tro-

- ckenen Tuch abtupfen.
- Im Anschluss Heparin-Salbe auftragen um die Venen auf lange Sicht vor Verhärtungen zu schützen.

RaucherInnen / SnifferInnen:

Kokain - (Free -) Base an Stelle von Crack verwenden. «Free basing» heißt der Prozess, mit welchem Kokain-Hydrochlorid (=Kokain) in Kokain-Base (=rauchbares Kokain) zurückverwandelt wird.

Man unterscheidet hier anhand der verschiedene Methoden der Zubereitung:

- **Methode 1:** Besser sollte das Kokain mit Magensalz (Bullrichsalz) oder Backpulver (Natriumbikarbonat NaBic) erhitzt werden. Das Pulver wird dadurch in rauchbare Kristalle umgewandelt die dann in einer Pur-Pfeife geraucht werden können. Diese Methode ist den anderen Zubereitungsarten vorzuziehen, da Ammoniak Übelkeit erzeugen kann und sehr gesundheitsschädlich ist. Bei angegriffener Leber wird das Ammoniak zudem nicht ausgeschieden und verbleibt im Blutkreislauf.
- **Methode 2:** Ammoniak sowie Äther werden mit Kokain-Hydrochlorid und Wasser vermischt. Die Mischung wird erhitzt, der Äther verdampft. Nach dem Auskühlen und Auskristallisieren wird die Mischung mit Äther oder Chloroform «gewaschen». Das Resultat: Kokain - Free - Base. Durch das Miterhitzen von Äther entsteht bei der Herstellung ein hoch entflammbares Gemisch, das sich auch selbst entzünden und zu heftigen Explosionen führen kann! Der Herstellungsprozess dauert etwa 24 Stunden.
- **Methode 3:** Ammoniak wird mit Kokain-Hydrochlorid und Wasser vermischt. Die Mischung wird erhitzt und abgekühlt. Dann werden die Kristalle herausgefiltert. Das Resultat ist Kokain-Base (Crack). Crack enthält Reste von Ammoniak, die beim Konsum der bereits strapazierten Lunge weiter schaden. Daher wäre das Rauchen von Kokain - (Free -) Base - der beim «Waschen» allfällige Ammoniak-Reste entzogen werden oder das evtl. gar nicht erst mit Ammoniak in Berührung gekommen ist - vorzuziehen. Der aufwändige (und gefährliche) Prozess der Kokain - (Free - Base) - Herstellung unter Verwendung von Ammoniak und die relative Unbekanntheit der alternativen Zubereitung mit NaBic oder Magensalz führt aber dazu, dass in vielen Fällen Crack geraucht wird.

Begriffsverwirrung: In Deutschland gibt es weder unter Drogengebrauchern noch unter in der Beratung tätigen Personen einen einheitlichen Sprachgebrauch im Hinblick auf Crack und Kokain - (Free -) Base. Dies ist im gesamten deutschsprachigen Raum ähnlich. So wird oft z.B. Crack als Base oder gar Free Base bezeichnet. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle auf die Zuordnung der Zubereitungsmethoden zu den verschiedenen Begriffen verzichtet.

Noch ein kurzer Hinweis: Besonders in einigen Regionen Deutschlands (z.B.: Frankfurt am Main und zunehmend auch Hamburg) ist im Kleinsthandel auf den Straßenszenen kaum noch Kokainpulver erhältlich. Es werden fast ausschließlich „Steine“ gehandelt. Dies führt dazu, dass immer mehr DrogengebraucherInnen diese Steine i.v. konsumieren, indem sie diese wieder auflösen und dann wie gewohnt injizieren. Das birgt aufgrund des wesentlich höheren Reinhaltsgehalts gegenüber dem handelsüblichen Kokainpulver ein um ein vielfaches höheres Risiko von (tödlichen) Überdosierungen.



Vor dem Sniffen:

- Fläche zum Zubereiten der «Linien» desinfizieren oder zumindest gründlich reinigen.
- Vor dem sniffen die Nase gründlich putzen.
- Beim Sniffen darauf achten, dass ein eigenes Röhrchen verwendet und dieses nicht weiter gegeben wird.
- Nach dem Konsum eine Pflegesalbe zur Pflege der Schleimhäute auftragen.
- Kein Gebrauch von gerollten Banknoten oder anderweitigen scharfkantigen Röhrchen, da diese die Nasenschleimhaut verletzen können.

Vor dem Rauchen:

- Die Folie sollte so dick wie möglich sein, damit sie beim Erhitzen nicht verbrennt (möglichst spezielle Rauchfolie).
- Haushaltsfolie vor dem Konsum von beiden Seiten erhitzen um Beschichtungen abzubrennen.
- Bei der Inhalation („Chasing the Dragon“) darauf achten, dass ein eigenes Röhrchen verwendet und in keinem Fall weiter gegeben wird.

Der intravenöse Konsum

- Möglichst eigenen Original - Stauschlauch anbringen (lässt die Venen «hervortreten»). Oftmals werden keine geeigneten Venen mehr gefunden weil nicht richtig (zu fest oder nicht fest genug) gestaut wird. Es kann hilfreich sein, vor dem stauen Wärme auf den Arm aufzubringen (Wasserbad oder Kompressen), den Arm gestaut 1 - 2 Minuten hängen zu lassen oder zu pumpen (Faust mehrmals ballen) um die Venen besser hervortreten zu lassen. Der Stauschlauch sollte sich auf jeden Fall leicht und mit einer Hand öffnen lassen.
- Vor dem Einstich die Haut mit Alkoholtupfer oder -spray desinfizieren. Dazu die Einstichstelle mit dem Tupfer min. eine Minute gründlich in eine Richtung abreiben und den Alkohol einwirken lassen.
- Wenn rotes, helles Blut von allein in die Spritze dringt, wurde eine Arterie getroffen. In diesem Fall die Nadel sofort zurückziehen und die Injektionsstelle für mindestens 5 Minuten fest zu pressen.
- Grundsätzlich gilt, dass die Nadel immer in Richtung des Herzens eingeführt werden muss um die Venenklappen nicht unnötig zu schädigen. Dazu die Nadel möglichst weit einstecken, damit sie sicher in der Vene liegt.
- Wenn die Nadel richtig platziert ist: vor dem Abdrücken des Kolbens den Stauschlauch lösen.
- Muss mehrmals eingestochen werden die Einstichstelle jedes Mal wechseln und min. 2 cm Abstand zwischen den Stellen lassen. Besser zwischen linken und rechtem Arm, Handrücken und Bein etc. wechseln. Leiste, Hals und Penis sind als Injektionsstellen absolut ungeeignet. Am besten die dicken Venen an Ober- und Unterarm oder Handrücken benutzen. Venen an Handinnenflächen sowie Füßen und Fingern sind extrem schmerzhaft und platzen schnell.
- Wenn es gar nicht anders geht und in die Muskeln gespritzt wird, sollte in einen entspannten Muskel ca. 1 cm tief eingestochen werden (unter das Fettgewebe). Wenn der Muskel getroffen ist kommt beim anziehen kein Blut, Es sollten hier keine dünnen Nadeln verwandt werden, da diese abbrechen können. Es muss unbedingt





sehr langsam abgedrückt werden da die Flüssigkeit viel Zeit braucht um sich im Gewebe zu verteilen.

Nach dem intravenösen Konsum

- Einstichstelle abdrücken und den Blutropfen mit sauberem Trockentupfer abwischen.
- Pflaster aufkleben.
- Um die Venen zu pflegen sollten regelmäßig heparinhaltige Salben aufgetragen werden. Dies kann auch helfen einen Abszess zu verhindern, wenn daneben gedrückt wurde.
- Spritze direkt nach Gebrauch in einen Entsorgungsbehälter werfen, um eine Wiederverwendung zu vermeiden.
- Gebrauchte Tupfer in einen Abfalleimer oder anderen geeigneten Behälter werfen. Auch Krankenhäuser Apotheken und Arztpraxen nehmen sicher verpackte Spritzbesteck und Utensilien oftmals zur Entsorgung an.
- Die Unterlage reinigen (resp. wegwerfen) und den Löffel putzen.
- Hände gründlich waschen.
- Bei erneuter Injektion: nicht die gleiche Vene wie beim letzten Mal verwenden.

An dieser Stelle noch ein Wort zu Tabletten und Cocktails: Tabletten sind grundsätzlich ungeeignet zum i.v. Konsum. Sie enthalten Bindungsmittel wie Talkum das sich in den Gefäßen und im Gewebe ablagert und zu Verstopfungen und Entzündungen führen kann. Dazu kommt ein um ein vielfaches höheres Risiko einer Überdosierung. Wenn Tabletten dennoch gespritzt werden, müssen die Tabletten fein zerstoßen werden und dann lange und mehrmals aufgekocht und gefiltert werden bis nur noch eine klare Flüssigkeit in der Spritze ist.

„Cocktails“ aus Heroin und Kokain und/oder Tabletten sind zum Teil sehr beliebt. Die Gefahr einer Überdosierung ist auch hier um ein vielfaches Höher als gewöhnlich. Es sollte daher möglichst vorsichtig dosiert und nicht alleine konsumiert werden. Diese Konsumregeln sind der Klientel auf geeignete Weise und mit Nachdruck zu vermitteln. Es ist besonders darauf zu achten, dass diese Regeln, auch außerhalb der Konsumräume, Anwendung finden. [vgl. 6 Anhang, Merkblatt Injektion]

Alternative Desinfektionsmöglichkeiten (Notfalldispositiv)

Die unten beschriebenen Desinfektionsmöglichkeiten sind selbstverständlich nur bedingt tauglich und nur im äußersten Notfall anzuwenden! Sterile Spritzen und Nadeln sind nach wie vor allen anderen Möglichkeiten vorzuziehen. Allen Institutionen inkl. Gefängnissen wird mit Nachdruck empfohlen, ihrer Klientel steriles Injektionsmaterial in ausreichendem Maß zur Verfügung zu stellen.

Falls in bestimmten Situationen absolut kein steriles Injektionsmaterial zur Verfügung steht und auch nicht besorgt werden kann (und nur dann!), können Spritzen, Kanülen, Löffel und Wasserbehälter ausnahmsweise desinfiziert werden.

Spritzen

Boiling - Lösung:

Die eigene Spritze kann ausgekocht werden (die gleiche Spritze höchstens 3-mal): Zuerst auf jeden Fall mindestens zwei Mal mit kaltem Wasser durchspülen, um grobe Rückstände (besonders Eiweißrückstände/Blut) zu entfernen. Spritze in Einzelteile zerlegen (Spritze, Kolben, Nadel und Löffel) und 20 Minuten in sprudelndem Wasser

auskochen. Wenn dem Wasser zudem Sodalösung (0,5%) zugefügt wird, verbessert sich die Desinfektionswirkung noch einmal. Danach erneut zwei Mal mit frischem, kaltem Wasser durchspülen.

► **Hinweis:**

Auch nach diesem Prozedere besteht weiterhin ein gewisses Risiko!

Im Notfall können Spritzen auch mit Bleichmittel das (min.1%) Natriumhypochlorid enthält (z.B. Dan Klorix Hygiene Reiniger®) oder med. Alkohol (min.70-80%) sowie Betaisadonallösung desinfiziert werden.

Bleach - Lösung:

Die Spritze zuerst min. zwei Mal kalt durchspülen. Es folgt min. zweimaliges Spülen mit der Bleach Lösung. Die Flüssigkeit sollte jeweils min. 2 Minuten in Spritze und Nadel verbleiben. Wenn man genug Zeit hat können auch die Einzelteile für mindestens 20 Minuten in die Desinfektionsflüssigkeit eingelegt werden. Anschließend mindestens 5 Mal kräftig mit frischer Desinfektionsflüssigkeit durchspülen. Zuletzt noch 3 Mal mit frischem Wasser durchspülen.

Jod - Lösung:

Hier wird genau wie bei der Bleach Lösung vorgegangen allerdings ist die nötige Einwirkdauer etwas geringer. Es kommen Betaisodonna® oder Braunol® Lösungen zur Anwendung. Diese sind Jodhaltig, wesentlich länger haltbar und behalten ihre desinfizierende Wirkung länger als Bleach Produkte.

Alkohol Lösung:

Alkohol ist nur bedingt tauglich, da besonders Hepatitis-Viren nicht zuverlässig abgetötet werden. Im Notfall ist ein Alkoholgehalt von min. 70 - 80 % nötig (Ethanol, Isoopropanol). In Alkoholischen Getränken findet man solchen Alkoholgehalt in der Regel nicht (einzige Ausnahme Strohrum®). Besser ist hier z.B. Klosterfrau Melisengeist® geeignet. Die Desinfektion erfolgt wie bei den anderen Methoden beschrieben. Besonders hier gilt: möglichst lange einwirken lassen. [vgl. 6 Anhang, Merkblatt Desinfektion der Spritze nur im Notfall]

Löffel und Wasserbehälter

Löffel und Wasserbehälter können mit Alkoholtupfern, Bleichmittel oder med. Alkohol desinfiziert werden: Auch hier gilt erst einmal grobe Verunreinigungen mit Wasser entfernen. Erst dann einen Tupfer (oder Ähnliches) mit viel Desinfektionsmittel tränken und die Flüssigkeit auf die Geräte auftragen. Mindestens 5 Minuten einwirken lassen. Mit trockenem Tupfer nachwischen. Dann mit kaltem Wasser gut spülen. Zuletzt nachtrocknen.

- **Achtung: Reste von Bleichmittel in Spritze oder Nadel können fatale Folgen haben! Daher immer auch auf das Spülen große Aufmerksamkeit richten und diese gründlich vornehmen.**

[vgl. 6 Anhang, Merkblatt Desinfektion]

Alternative Konsumformen zur Injektion

Zur Erinnerung: Neben der Injektion gibt es andere, risikoärmere Konsumformen: Inhalation (Rauchen) oder Sniffen.



Eine weitere alternative Methode, die bisher eher selten praktiziert wird, ist die Applikation mit einer Spritze ohne Nadel über den Anus. Wenn nur eine Spritze zur Verfügung steht und/oder der/die KonsumentIn über sehr schlechte Venen verfügt, kann die Droge mittels Spritze ohne Nadel auch in den Anus appliziert werden. Die Applikation erfolgt bestmöglich im Liegen notfalls in der Hocke. Dazu zuerst den Anus mit Vaseline o. ä. einfetten um Verletzungen an der Schleimhaut etc. zu verhindern. Die Spritze wird dann ca. 1-2 cm eingeführt (hier liegen die stark durchbluteten Schleimhäute über die die Aufnahme erfolgt). Die Flüssigkeit muss vorsichtig und langsam abgedrückt werden, damit der Wirkstoff komplett aufgenommen werden kann. Der Muskel des Afters schließt in der Regel so gut dass keine Flüssigkeit austritt. Nach dem Konsum für 2-3 Minuten liegen bleiben.

Der Effekt («Flash») steht dem der i.v. Injektion kaum nach.

- ▶ **Die Hygieneregeln (Hände waschen, eigene, sterile Spritze verwenden) gelten selbstverständlich auch hier (besonders im Hinblick auf die Weitergabe von Hep.A)!**

2.1 Anhang (für Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumräumen)

Konsumräume erfüllen einen wichtigen Auftrag der Infektionsprophylaxe und auch der öffentlichen Sicherheit. In der Bundesrepublik muss jedes Bundesland eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen, die die Auflagen zum Betrieb von Konsumräumen festlegt. Beispielhaft folgen hier einige Möglichkeiten für Standards in Einrichtung und Ausstattung von Konsumräumen. In der Einrichtung von Konsumräumen sollten aber nicht nur die Hygienebedürfnisse und die Erfordernisse der Arbeitsabläufe berücksichtigt werden, sondern auch die Bedürfnisse der Nutzer (Paravents hinter denen in die Leiste injiziert werden kann, Ausreichend Aufenthalts (Genuss-)räume, Zugang für Jugendliche und Substituierte und vieles mehr) Beachtung finden. Zudem sollte im niedrighschwelligem Setting grundsätzlich auch eine sichere und saubere Konsummöglichkeit vorgehalten werden.

Räumliche Voraussetzungen

a) Raumangebot

Folgende Innen- und Außenräume müssen zur Verfügung stehen:

- Personalbüro(s) / Personalraum
- Nasszellen (WC, Dusche, Waschküche)
- gemütlicher Aufenthalts-Genussraum
- Küche / Theke
- Konsumraum
- Medizinischer Raum (Gesundheitsraum)
- Vorplatz bzw. Eingangsbereich

Die Größe der einzelnen Räume muss den angesichts des Einzugsgebiets zu erwartenden Besucherfrequenzen angemessen sein.



b) Zweck und Einrichtung der einzelnen Räume

Personalbüro / Personalraum

Das Personal verfügt über ein Büro oder einen Personalraum mit dem Betrieb angemessener Infrastruktur.

Nasszellen

Für die körperliche Pflege braucht es WC's (je für Frauen und Männer), Dusche, Waschmaschine/Trockner.



Aufenthaltsraum

- Der Aufenthaltsraum bietet den NutzerInnen Rückzugsmöglichkeiten von der Strasse in denen der Konsum ‚genossen‘ werden kann
- Der Raum sollte pflegeleicht eingerichtet sein aber auch ein gemütliches Ambiente vermitteln.
- Es sollen Spiele, Bücher, Zeitschriften usw. angeboten werden.
- Ein überschaubarer Sitzplatz im Freien (Innenhof) kann von Vorteil sein.

Küche / Theke [vgl. Seite 2 Anhang zum Kapitel Hygiene]

Sie ermöglichen die hygienisch einwandfreie Herstellung und Abgabe von Lebensmitteln.

Konsumraum

- Der Konsumraum verfügt über einen angemessenen Warteraum oder -platz im Aufenthaltsraum der Anlaufstelle. Der Wartebereich sollte ausreichend groß sein um zu verhindern, dass vor der Einrichtung gewartet werden muss.
- Der Konsumraum muss von den übrigen Räumlichkeiten klar abgetrennt sein.
- Im Konsumraum muss fließendes Wasser und Desinfektionsmaterial zur Verfügung stehen.

Medizinischer Raum / Gesundheitsraum

- Die medizinische Versorgung soll in einem von den übrigen Räumen abgegrenzten Raum stattfinden.
- Die nötige Infrastruktur (inkl. fließendem Wasser) muss vorhanden sein.

Vorplatz / Eingangsbereich

- Der Vorplatz bzw. Eingangsbereich der Kontakt- und Anlaufstelle sollte überschaubar sein.
- Eine Überwachung des öffentlichen Raums und der Zugangswege ist Sache des Gemeinwesens. Es sollte aber in enger Kooperation mit der Einrichtung dafür Sorge getragen werden das ein Zugang zum Konsumraum ohne Angst vor Strafverfolgung möglich ist.

Reinigung und Desinfektion

a) Haut-Desinfektionsmittel (Gebrauchsanweisung beachten)

Wird für die hygienische und chirurgische Händedesinfektion gebraucht. Platzieren der Spender:

- in der Nähe der Waschbecken,
- im Konsumraum,
- im medizinischen Raum / Gesundheitsraum,
- hinter der Theke.



b) Flüssigseife (zum Hände Waschen; Gebrauchsanweisung beachten)

Platzieren der Spender: wie Haut-Desinfektionsmittel (siehe oben).

c) Alkohol 70% (nur unverdünnt anwenden!)

- zur Desinfektion der Beatmungsmaske (nach jedem Gebrauch)
- zur Reinigung der Spritzenumtausch-Stelle
- Im Konsumraum: an jedem Sitzplatz, in Sprühflasche:
 - zur Löffeldesinfektion (mindestens 15 Minuten einwirken lassen)
 - zur Hautdesinfektion vor der Injektion
 - zur Tischreinigung nach der Injektion
- Im medizinischen Raum:
 - zur Instrumenten-Desinfektion
 - zur Tisch- und Stuhlreinigung (nach jedem/jeder KlientIn)
 - zur Reinigung von Geräten (Telefon u. ä.)

d) Flächen-Desinfektionsmittel (nur unverdünnt anwenden! Gebrauchsanweisung beachten)

- Im Konsumraum: zur umfassenden Desinfektion (unmittelbar nach der täglichen Schließung):
 - der Konsumplätze
 - des Waschbeckens
 - der Türen
- In den Nasszellen (komplett).



83

3. Tätowieren und Piercen

Tattoos und Piercings, die in einem Tätowierstudio in Deutschland angefertigt werden, bergen in aller Regel kein HCV-Infektionsrisiko, da nach festgelegten Hygieneregeln und -standards gearbeitet wird. Übertragungsrisiken, die hier thematisiert werden, betreffen „privat“ angefertigte Tattoos und Piercings, die zu Hause oder auch im Gefängnis gemacht werden. Hier besteht ein Übertragungsrisiko, da in der Regel notwendige Hygienestandards nicht eingehalten werden können, weil nicht immer sterile bzw. unbenutzte Materialien zur Verfügung stehen.



► **Tattoos und Piercing im Studio und vom Profi machen lassen!**

Wenn ein Tattoo oder Piercing zu Hause oder im Gefängnis angefertigt wird, worauf muss geachtet werden? Natürlich auf vieles, hier gehen wir nur auf die infektionsrelevanten Dinge ein:

- TätowiererIn und PiercerIn sollten Handschuhe benutzen.
- Bevor mit dem Tätowieren oder Piercen begonnen wird, sollte man die Haut mit Wasser und Seife waschen, trocknen und mit einem antiseptischen Mittel säubern und sie dann trocknen lassen.

PRÄVENTION

- Grundsätzlich neue und sterile Materialien benutzen; Nadeln dürfen nicht für mehrere Leute hintereinander verwendet werden (hier gelten die gleichen Empfehlungen wie bei der Desinfektion von gebrauchten Nadeln beim Safer Use (siehe Kapitel II, 2).
- Die für das Tätowieren benötigte Farbe muss in Extra-Behälter, die nur einmalig benutzt werden, abgefüllt werden; sonst können Krankheitserreger auch über die Farbe übertragen werden.
- Beim Auftragen von flüssigen Substanzen sollte man Tuben mit Klappverschluss oder Spender verwenden.
- Flüssige Substanzen sollten jedes Mal (auch bei derselben Person) mit einem sauberen, ungebrauchten Applikator oder Löffel entfernt werden.
- Abgefüllte Substanzen dürfen nicht in den Originalbehälter zurückgegeben werden!

► **Die frisch tätowierte oder gepiercte Stelle ist wie eine Wunde zu behandeln!**

Einen sterilen Verband anlegen (Pflaster oder Wundabdeckung), desinfizierendes Wundgel oder desinfizierende (z. B. jodhaltige) Salbe auftragen. Verband täglich wechseln und kontrollieren, ob sich eine Entzündung bildet. Die Kruste nicht entfernen oder aufweichen lassen; Wunde nicht mit Schmutz in Berührung kommen lassen. Bei Entzündungen sofort zum Arzt oder zur Ärztin gehen.

Weitere Hinweise zur Vorbereitung, Durchführung und anschließenden Wundbehandlung sind u. a. in „Risikominimierung im Strafvollzug - Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für PraktikerInnen“ und in der Broschüre „Tattoo und Piercing in Haft“ zu finden. Es steht auch ein Videospot über Tätowieren und Piercen zur Verfügung, dieser kann in den Einrichtungen eingesetzt werden. Die Arbeitsmaterialien, die Broschüre und der Videospot sind kostenlos über die Deutsche AIDS-Hilfe erhältlich.



84



4. Sexuelle Übertragung und Safer Sex

Über die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit der sexuellen Übertragung von Hepatitis C wird seit geraumer Zeit viel gerätselt und gestritten. Dabei beziehen sich die „Kontrahenten“ auf unterschiedliche Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen. So wurde in einer Langzeituntersuchung heterosexueller diskordanter Paare (ein Partner HCV+ und einer HCV-), die in monogamen Beziehungen leben, festgestellt, dass das Risiko einer HCV-Übertragung auch ohne Kondombenutzung sehr gering ist bzw. gegen Null tendiert (2004, Am J Gastroenterol 99, Dr. Carmen Vandelli, Modena). Andere Studien, bei denen vor allem MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) im Blickpunkt stehen, weisen HCV-Übertragungen nach und bestätigen das Risiko einer sexuellen Übertragung von HCV (2004, Dr. Marie-Laure Chaix, Paris). Seit 2002 wird in europäischen Großstädten vermehrt über sexuelle Übertragungen von HCV bei schwulen - v.a. HIV-positiven - Männern berichtet (z.B. Wandeler 2012)

Wir gehen davon aus, dass die sexuelle Übertragung von Hepatitis C möglich ist. Die Übertragungswahrscheinlichkeit ist maßgeblich von den ausgeübten Sexualpraktiken und der Viruslast abhängig (siehe Kapitel I, 1.7.3) und erhöht sich durch begleitende sexuelle Erkrankungen (HIV, Syphilis, Gonorrhoe usw.) sowie Haut- und Schleimhautverletzungen. In der Beratung sollte deshalb auf die sexuelle Übertragung und Safer Sex eingegangen werden.

Sexuelle Übertragung und Safer Sex ist ein Thema

- allgemein in der Prävention.
- in der Paarberatung.
- bei Beginn einer HCV-Behandlung.
- in der Beratung zu Safer Work (Sexarbeit).

Worauf sollte geachtet werden?

In der Beratung zur sexuellen Übertragung von HCV gilt es (wie auch schon in den anderen Kapiteln beschrieben), den Blick für Praktiken zu schärfen, bei denen kleinere Verletzungen und Blutkontakt eine Rolle spielen. **Grundsätzlich empfiehlt sich die Kondombenutzung**, die auch einen gewissen Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Krankheiten bietet.

Die **Hepatitis B** wird vor allem beim Sex übertragen, beim anal-oralen Sex sowie durch Schmierinfektion (Pofalte-Finger-Mund) besteht zusätzlich das Risiko der **Hepatitis-A**-Übertragung.

- ▶ **Hepatitis-A- und -B-Impfung thematisieren!** Eine Impfung bietet Schutz! Eine zusätzliche chronische Hepatitis B würde den Verlauf der Hepatitis C komplizieren! Daher unbedingt bei beiden Partnern die Impfung gegen Hepatitis A und B thematisieren!
- ▶ **Begleitende sexuelle Erkrankungen behandeln lassen, sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer sexuellen Übertragung von HCV!**

**4.1 Sexpraktiken und Hepatitis C**

Das Risiko einer Übertragung von Hepatitis B besteht bei allen nachfolgend genannten Sexualpraktiken bis auf „mit der Hand befriedigen“ (Wichsen). Das Risiko einer Übertragung von Hepatitis C variiert je nach Sexualpraktik. Das Risiko erhöht sich aber immer, sobald Blut im Spiel ist.

Analverkehr

Ist die risikoreichste Sexualpraktik, da die Darmschleimhaut empfindlich ist und es dabei sehr schnell zu kleineren Verletzungen kommen kann. Es ist davon auszugehen, dass der/die aufnehmende („passive“) PartnerIn gefährdeter ist.

- ▶ Einsatz von Kondom und Gleitmittel.

Vaginalverkehr

Besondere Vorsicht während der Menstruation und bei Vaginalinfektionen.

- ▶ Einsatz von Kondom und evtl. Gleitmittel.

Fellatio („Blasen“, Lecken oder Saugen des Penis)

Geringes Risiko; kein Sperma in den Mund kommen lassen, Vorsicht bei sexuell übertragbaren Erkrankungen (nässende Geschwüre, Eiter) an der Eichel sowie Wunden im Mund und Zahnfleischbluten.

- ▶ Um das Restrisiko einer HCV-Übertragung auszuschließen, Kondome benutzen.

Cunnilingus (Lecken der Scheide)

Risikoarm; Vorsicht während der Menstruation und bei Vaginalinfektionen.

Mit der Hand befriedigen („Wichsen“)

Risikolos.

Fingerspiele (anal, vaginal)

Risikoarm; Vorsicht bei Wunden an Hand/Fingern und bei Nagelbettentzündungen.

- ▶ Restrisiko durch Anwendung von Latexhandschuhe oder Fingerlinge minimieren.

Faustfick („Fisting“ - anal, vaginal)

Risikoreich; Vorsicht bei Wunden an Hand/Fingern und bei Nagelbettentzündungen. Verletzungen der Darmschleimhaut oder der Vagina sind möglich.

- ▶ Einsatz von Latexhandschuhen und Gleitmittel.

Anal-oraler Sex („Arschlecken“ oder „Rimming“)

Vorsicht bei Verletzungen des Anus oder des Darms

- ▶ Das Restrisiko ausschließen durch Benutzung eines Dental Dams (kleines Tuch aus dünnem Latex, in Sex-Shops erhältlich) oder eines aufgeschnittenen Kondoms.

Spiele mit Urin („Anpissen“, „Natursekt“) und Kot („Scat“, „Kaviar“)

Nicht auf offene Wunden oder mit Schleimhäuten in Kontakt kommen lassen

S/M (Sadomasochismus)

Vorsicht bei Peitschen, Fesseln und sonstigen Hilfsmitteln, an denen Blut haften kann.

- ▶ Gegenstände aus Leder oder sonst schwer zu reinigendem Material nicht mit anderen Personen teilen; Hilfsmittel stets gründlich reinigen, bevor man sie bei weiteren Personen anwendet. Zuerst mit Wasser und Seife gründlich waschen, anschließend für 10 Minuten in 70-prozentige Alkohollösung legen (in Apotheke oder Drogerien erhältlich).

Dildos, Vibratoren und anderes Sexspielzeug („Toys“)

Sexspielzeug gründlich reinigen. Wenn eine Reinigung nicht möglich ist, Gegenstände nicht mit anderen Personen teilen, Dildos und Vibratoren ein Kondom überziehen.

Küssen

Küsse, auch tiefe und intensive Zungenküsse, gelten als sicher, solange kein Blut im Spiel ist (Zahnfleischbluten, Entzündungen der Mundschleimhaut usw.)

- ▶ Zahnbehandlung bei schlechtem Zahnzustand empfehlen

5. Hygiene

BASISWISSEN

Blutaufmerksamkeit als Grundlage der Prävention und Hygiene

Auf „Blut aufmerksam zu sein“ bedeutet, sich der potentiellen oder tatsächlich vorhandenen Präsenz von Blut in bestimmten Situationen oder in bestimmten Umgebungen bewusst zu sein.

Es bedeutet, dass man spezifische Vorkehrungen trifft, um eine Übertragung von blutübertragbaren Keimen zu vermeiden.



Blutaufmerksamkeit basiert auf dem Bewusstsein, dass Blut auch im Alltag und außerhalb von medizinischen Einrichtungen ausgetauscht werden kann und dabei infektiöse Krankheiten von einem Menschen zu einem anderen direkt oder über Gegenstände übertragen werden können.

Hygiene

Eine effektive Infektionsprävention sollte sich nicht nur auf HIV oder Hepatitis konzentrieren, sondern alle relevanten krankheitserregenden Keime (Viren, Bakterien, Pilze) einbeziehen. Eine Übertragung von Hepatitiden oder HIV wird dabei „automatisch“ ebenfalls vermieden.

Die wichtigste Voraussetzung für die Umsetzung von Hygienemaßnahmen in Einrichtungen der Drogenhilfe ist die Sensibilisierung und Motivierung aller MitarbeiterInnen durch fortlaufende Informationen und Kommunikation.

Händehygiene

Hände sind unbestritten der wichtigste Übertragungsweg von krankheitserregenden Keimen. Beim Anfassen von kontaminierten Gegenständen oder Flächen können Keime auf die Hände geraten und anschließend alle Orte besiedeln, die mit den nun ebenfalls kontaminierten Händen berührt werden.

- ▶ **Deshalb ist Händehygiene die entscheidende Maßnahme in der Infektionsprävention! Dies gilt sowohl für KlientInnen wie für das Personal!**
- ▶ **Hinweis:** Die Händehygiene kann in ihrer Bedeutung nicht genug betont werden. Denn diese Tatsache ist außerhalb medizinischer Einrichtungen nicht ausreichend bekannt. Es ist aber leider auch nachgewiesen, dass die Compliance im Hinblick auf Händehygiene bei Ärzten und Pflegekräften in medizinischen Einrichtungen noch nicht zufriedenstellend hoch ist.

Zur Händehygiene gehört:

- Selbstuntersuchung der Hände
- Abdecken verletzter oder offener Hautpartien
- Händewaschen
- hygienische Händedesinfektion
- Verwendung von Einmalhandschuhen
- Hautschutz und -pflege



87

DETAILWISSEN

Blutaufmerksamkeit

Eine ganze Anzahl von Krankheiten wird durch Blut und andere Körperflüssigkeiten übertragen. Im Alltag oder beim Zusammenleben mit Drogenkonsumierenden gilt dies vor allem für Viren wie HIV, Hepatitis B, Hepatitis C und Staphylokokken-Bakterien.

Zur Verhinderung einer Ansteckung haben der sichere Umgang mit Materialien und eine sichere Arbeitstechnik höchste Priorität.



Neben den bekannten Infektionswegen und Risikosituationen und den entsprechenden Hauptbotschaften zu deren Vermeidung (eigenes steriles Injektionsmaterial, Kondomanwendung, Safer Sex etc. siehe Kapitel ???) gilt es, Drogenkonsumierende, ihre Angehörigen und PartnerInnen sowie Personal von Institutionen zu motivieren, «Blutaufmerksamkeit» zu entwickeln.

Menschen, die Drogen injizieren sollen sich darüber bewusst sein, dass sogar unsichtbare Blutmengen ein Infektionsrisiko darstellen. Auch Menschen, die Drogen nasal zu sich nehmen („sniefen“) sind einem Infektionsrisiko ausgesetzt, wenn sie Konsumutensilien verwenden, die von anderen Menschen benutzt worden sind.

Das Konzept der „Blut-Aufmerksamkeit“ einzusetzen, bedeutet in Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe:

- immer die Routine-Infektionskontroll- und Schutzprozeduren einzuhalten
- immer die Erste-Hilfe-Richtlinien zu beachten und
- immer Gesundheits- und Sicherheitsrichtlinien der Beschäftigten zu beachten.

Alle MitarbeiterInnen sollten mit dem Konzept der Blutaufmerksamkeit arbeiten. Damit wird ein angemessener Umgang mit Blut erreicht. Und nicht zuletzt wird damit auch einer Diskriminierung von potentiell infizierten bzw. infektiösen Individuen vorgebeugt.

Im häuslichen Bereich bedeutet „Blut-Aufmerksamkeit“:

- keine gemeinsame Verwendung von scharfen Pflege- Gegenständen, wo Blut anhaften kann (z. B. Zahnbürsten, Rasierer)
- beim Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten: Handschuhe sollten immer getragen werden und andere beteiligte Personen sollten auf das Blut aufmerksam gemacht werden
- offene Hautstellen sollten stets schützend abgedeckt werden, damit keine schädlichen Keime in den Körper gelangen können.
- Den Menschen, die Drogen injizieren oder sniefen, sollten schadensmindernde Schritte empfohlen werden, um eine Virusinfektion oder -reinfektion zu vermeiden
- bei Tätowierungen und Piercing: Die Menschen sollten aufmerksam gegenüber potentieller Anwesenheit von Blut sein und sich sicher sein, dass der Tätowierer/ Piercer die Routine-Hygieneregeln einhält
- Sexualpraktiken: Manche sexuelle Praktiken können zu Blut-zu-Blut-Kontakten führen (z. B. Sex während der Menstruation, Verwendung von Sex-Spielzeugen, Praktiken, bei denen die Haut geritzt wird, heftiger Sex).

Was bedeutet das für die Prävention?

Die Förderung der „Blutaufmerksamkeit“ muss im Fokus der Präventionsarbeit stehen. Das Konzept der Blutaufmerksamkeit ergänzt und baut auf HIV-Präventionsbotschaften wie z. B. „Für jeden Druck eine sterile Spritze“ auf. Um die Übertragung der Hepatitis C zu vermeiden, müssen diese Botschaften und Informationen aber ergänzt werden durch die Förderung eines klaren Bewusstseins für die Möglichkeit von Blut in allen möglichen Interaktionen, Situationen oder in der Umgebung.

Es ist immens wichtig, dass alle MitarbeiterInnen fortgesetzt die Blutaufmerksamkeit als ein Schlüssel-Konzept einsetzen, um die Menschen zu sensibilisieren für die Risiken von blutübertragbaren Viren und um die Hepatitis C-Übertragungsrate zu senken.



Blutaufmerksamkeit

PRÄVENTION



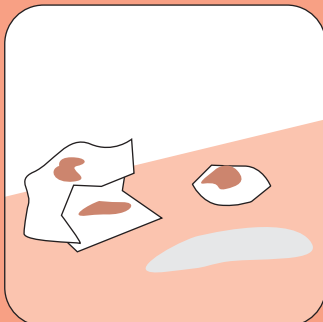
- Schnittverletzungen bei der Arbeit oder beim Hantieren mit fremden Messern, Nadeln etc.
- Bei direktem Kontakt mit offenen Wunden (Erste Hilfe) immer Handschuhe tragen!



- Sexualpraktiken bei (auch minimalsten) Verletzungen;
- Beatmen ohne Beatmungsmaske von Menschen mit Mundverletzungen oder Nasenbluten;
- Bisse von Menschen mit Mundverletzungen;



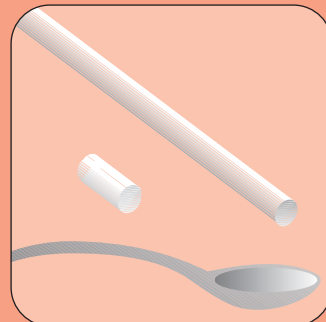
- Nagelscheren und -feilen, Rasierapparate und -klingen, Zahnbürsten;
- Piercing- und Tätowierinstrumente (nicht oder ungenügend gereinigt und sterilisiert)



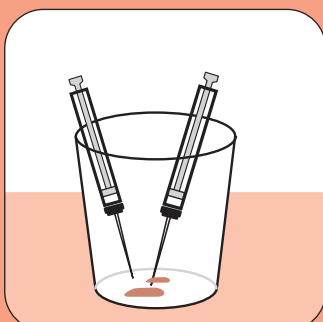
- Ablageflächen (Tische, Papierunterlagen), auf denen verunreinigtes Material lag



- Blutreste an den Fingern durch Aufkratzen von Wunden, Insektenstichen, Ekzemen usw.
- Abtasten von bereits angestochenen Venen mit schmutzigen, blutverschmierten Fingern (bei Injektionshilfe bei einer anderen Person)
- Abdrücken der Einstichstelle mit schmutzigen Fingern nach dem Herausziehen der Nadel (Trockentupfer verwenden!)



- Inhalationsröhrchen beim Sniefen oder Basen;
- Filter (mit schmutzigen Händen/Blutresten) berührt;
- Löffel (nicht oder unvollständig gereinigt /desinfiziert);
- Blutreste (auch eingetrocknete) an Stauschlauch, Wasserbehälter, Messer, anderen Utensilien.



Wasserbehälter, aus denen mit einer gebrauchten Spritze Wasser entnommen wurde Spritzen (gebrauchte) beim Aufteilen von Stoff



Der symbolische Charakter von Blut

Die Mitarbeiter sollten sich darüber bewusst sein, dass Blut viele unterschiedliche kulturell bedingte Bedeutungen hat, die einen Einfluss auf ihre Möglichkeiten zur adäquaten Präventionsaufklärung haben:

- Blut wird oft als ein Symbol des Lebens und der Vitalität gesehen
- Blut wird assoziiert mit Zusammengehörigkeit, Stärke und Stolz („Blutsbrüderschaft“, „Blutsbande“)
- Blut spielt in vielen religiösen Ritualen und Riten der Initiation, der Familie, im Krieg und in der Notfall-Lebensrettung eine wichtige Rolle und
- die Thematisierung von Blut kann starke emotionale Reaktionen hervorrufen.

Das zunehmende Bewusstsein für blutübertragbare Viren wie Hepatitis C und eine Blutaufmerksamkeit stellt in der Tat eine nicht zu unterschätzende Herausforderung für unsere Tradition und Kultur, unsere Art zu denken und zu handeln dar.

Konkrete Risikosituationen

Da bei bestimmten Viren wie Hepatitis C-Viren bereits kleinste Mengen unsichtbaren Blutes für eine Ansteckung ausreichen können, genügt es nicht, allgemein Risiken zu benennen oder einzelne Risikosituationen und Präventionsmaßnahmen aufzuzählen.

Es geht **zusätzlich** darum, sich Gedanken darüber zu machen, wo im **persönlichen** Alltagsleben aufgrund individueller Gewohnheiten, Umstände und Einstellungen Kontakte mit Blut oder mit Gegenständen, an denen Blut oder Blutreste - auch eingetrocknete - haften könnten, möglich sind:

Beispiele aus dem Lebensalltag

- Schnitt- und Stichverletzungen in der Küche, beim Nähen, beim Handwerken usw.
- Verletzung durch fremde Nähnadel, Messer usw.
- Erste Hilfe: Versorgung von Wunden bei anderen, dadurch direkter Kontakt mit offenen Wunden, ohne dass Einmalhandschuhe getragen werden.
- Zahnbürsten, Rasierapparate und -klingen, Nagelscheren, Nagelfeilen
- Sexualpraktiken mit (auch nur kleinen) Verletzungen
- Blutreste an den Fingern durch Aufkratzen von Wunden, Insektenstichen, Ekzemen, beim Ausdrücken von Mitessern/Pickeln usw.

Beispiel aus der Praxis: „Es gibt nichts, was es nicht gibt...“

Ein Drogengebraucher sitzt im Kontaktladen und näht seine Hose. Was tun, wenn er sich an der Nähnadel sticht? Empfehlenswert: Die Stichwunde muss sofort versorgt werden (Pflaster), die Nähnadel wird sofort stichsicher entsorgt und blutverunreinigte Oberflächen werden desinfiziert.

Im Konsumraum bekommt eine Drogengebraucherin kurz nach der Injektion einen epileptischen Anfall. Beim Versuch, die krampfende Frau sicher auf den Boden zu legen, kratzt die Krampfende die Mitarbeiterin mit ihren blutverschmierten Fingernägeln.

Beispiele für nicht unbedingt Alltägliches

- Beatmen ohne Beatmungsmaske bei Menschen mit Nasenbluten oder Mundverletzungen
- Bisse von Menschen mit Mundverletzungen
- Piercing- oder Tätowierinstrumente (nicht oder nicht vollständig gereinigt und sterilisiert)





Beispiele beim Konsumvorgang

- Blutreste befinden sich auf Ablageflächen und Unterlagen, auf denen vorher verunreinigtes Material abgelegt wurde (Tische, Papierunterlagen)
- Abtasten von bereits angestochenen Venen mit schmutzigen, blutverschmierten Fingern (bei Injektionshilfe bei einer anderen Person)
- Abdrücken der Einstichstelle mit schmutzigen Fingern nach dem Herausziehen der Nadel ohne Verwendung von Trockentupfern
- Inhalationsröhrchen beim Sniffen oder Basen
- Filter (mit schmutzigen Händen / mit Blutresten an den Fingern berührt)
- Löffel (nicht oder unvollständig gereinigt und sterilisiert)
- Blutreste (auch eingetrocknete) an Feuerzeug, Abbinder (Stauschlauch), Wasserbehälter, Messer beim Teilen von Stoff usw.
- Wasserbehälter, aus denen mit einer gebrauchten Spritze Wasser entnommen wurde
- Verwendung einer gebrauchten Spritze beim Aufteilen von Stoff
- Versehentliche (und unbemerkte!) Verwendung von gebrauchten Spritzbestecke oder anderen Utensilien anderer KonsumentInnen, z. B. in unübersichtlichen Situationen oder beim exzessiven Konsum (Kokain!)
- Versehentliche Stichverletzungen durch Kanülen anderer KonsumentInnen, z. B. beim Transport oder Tausch gebrauchter Nadeln.

Diese Liste ist nicht vollständig. Sie soll vielmehr deutlich machen, dass in vielen Situationen Blutkontakte - und damit ein Infektionsrisiko - möglich sind.

Hygiene

Welche spezifischen Keime sind in der Drogenhilfe relevant? Die HIV-Prävalenz und das Ansteckungsrisiko unter DrogenkonsumentInnen ist höher als in der „Normalbevölkerung“. Hepatitiden sind in enorm hohem Maße unter DrogenkonsumentInnen verbreitet. In regional sehr unterschiedlichem Maße muss mit einer Besiedlung von KlientInnen mit MRSA-Bakterien (antibiotikaresistente Erreger) gerechnet werden². Unter DrogenkonsumentInnen, die obdachlos sind und/oder HIV-infiziert sind, kann gehäuft eine Tuberkulose auftreten³. Insbesondere DrogenkonsumentInnen, die in der Prostitution tätig sind, haben ein erhöhtes Risiko, sich eine sexuell übertragbare Infektionen (sogenannte STI - Sexually Transmitted Infection) zuzuziehen. In den letzten Jahren richtete sich zudem die Aufmerksamkeit auf Milzbrand-Infektionen, die von Anthrax-Bakterien verursacht werden und in mehreren Ländern Europas vereinzelt bei Drogenkonsumierenden auftreten⁴.

Besonders infektionsgefährdet sind Personen, die chronisch erkrankt oder immunsupprimiert sind oder an Ekzemen, offenen Wunden u. ä. leiden. Das Infektionsrisiko steigt zusätzlich bei invasiven Maßnahmen (z. B. Injektionen, das heißt: intravenöser Drogenkonsum!), wiederholten Antibiotika-Therapien (vor allem, wenn sie unkontrolliert abgebrochen werden) und häufigen Krankenhausaufenthalten. Das trifft vor allem auf sozial verelendete Menschen oder Menschen in exzessiven Konsumphasen zu.

Lebensbereiche, in denen Hygiene eine wichtige Rolle spielt, sind die Körperpflege und der Umgang mit Lebensmitteln. Die wichtigsten Hygienemaßnahmen sind die

2 Vgl.: Fleisch, Ruef: Epidemic Spread of a Single Clone of MRSA among Injection Drug Users in Zurich, Switzerland in Clinical Infectious Diseases 2001; 32:581-6

3 weitere Informationen zur Tuberkulose-Strategie in Deutschland und zu aktuellen Therapieempfehlungen siehe Epidemiologisches Bulletin, Ausgaben 11 und 12/2012, zum Welttuberkulosestag 2012 und „Tuberkulose: Zur Strategie der Prävention in Deutschland“ in Epidemiologisches Bulletin Nr. 31, S. 276 – 280, 05.08.05, Robert-Koch-Institut-Berlin

4 vergleiche: Infektionen von A – Z, Ratgeber für Ärzte, Robert-Koch-Institut Berlin, download <http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/A/Anthrax/Anthrax.html>

Händehygiene und die Reinigung von Flächen und Gebrauchsgegenständen.

5.1 Händehygiene

Hände untersuchen

MitarbeiterInnen und KlientInnen sollten ihre Hände auf Verletzungen wie Schnitte und Schürfungen und Entzündungen täglich untersuchen. Bei MitarbeiterInnen müssen alle Hautläsionen spätestens vor Arbeitsbeginn mit einem wasserdichten Schutz versehen werden.

- ▶ **Zu den wichtigsten Maßnahmen der Händehygiene zählen das Hände waschen und die hygienische Händedesinfektion⁵.**

Hände waschen

Krankheitserreger werden oftmals über ungewaschene Hände weitergegeben (gilt für Personal und Klientel).

Beispiel aus der Praxis: „Händeschütteln zur Begrüßung“

Viele Besucher gehen im Kontaktladen ein und aus. Sie begrüßen sich untereinander und auch die Mitarbeiter gerne mit Händeschütteln. Der Mitarbeiter desinfiziert sich die Hände, bevor er einen Klienten basismedinisch versorgt und auch, bevor er selbst etwas isst. Ob auch die Klienten sich vor der Nahrungsaufnahme oder vor dem i. v. Drogenkonsum die Hände desinfizieren?

Die Keimbelastung der Hände kann durch gründliches Händewaschen mit Seife und fließendem Wasser effizient reduziert werden. Anschließend sollten die Hände gut getrocknet werden.

Hände sollten möglichst nur gewaschen werden, wenn sie schmutzig sind und zwar allerhöchstens 20 Mal am Tag. Eine hygienische Händedesinfektion ist die bessere Alternative zum ständigen Händewaschen!

Hände dürfen nicht zu oft gewaschen werden, damit der natürliche Hautschutz nicht zerstört wird. Als Orientierungsgröße gilt: die normale, ungeschädigte Haut hält höchstens 20 Händewaschungen oder 2 Stunden tägliches Hantieren mit Wasser aus. Muss die Haut öfters von infektiösen Keimen gereinigt werden (z. B. in der Pflege, bei häufigen Injektionen), ist die hygienische Händedesinfektion, d. h. das 30-sekündige Desinfizieren der trocknen Haut, weniger schädlich als das Waschen mit Wasser und Seife (siehe Punkt ‚hygienische Händedesinfektion‘).

Die allerwichtigsten Dinge, die beim Händewaschen beachtet werden müssen, sind:

- Ablegen von Schmuck (Ringern u. ä.) vor dem Waschen
- Verwendung von Seife und warmem, laufendem Wasser.
- Verwendung von alkalifreier Seife mit einem pH-Wert von 5,5, um den Säureschutzmantel der Haut nicht zu zerstören.
- Die gesamte Handoberfläche, auch die Handgelenke und die Rückseite der Hände, die Finger und gegebenenfalls auch unter den Fingernägeln müssen gewaschen werden.

⁵ Zu umfassenderen Hintergrundinformation siehe u. a. Bundesgesundheitsbl. Empfehlungen Händehygiene – Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut 2000, 43:230 -233, erhältlich über www.rki.de oder S-2-Leitlinie des Arbeitskreises „Krankenhaus- und Praxis-Hygiene“ der AWMF, Reg. Nr. 029/027 in der Fassung vom Juni 2008 erhältlich über www.awmf.org



- Die Hände müssen mindestens 10 bis 15 Sekunden aneinander gerieben werden.
- Beim Händetrocknen darf nur ein sauberes Handtuch, in einer öffentlichen Toilette sollten nur Einmal-Papierhandtücher benutzt werden. Statt wildem Abrubbeln ist es besser, die Haut abzutupfen, um sie nicht zu sehr zu belasten.
- Nach dem Händewaschen sollen die (keimbelasteten) Wasserhähne nicht mit den sauberen Händen berührt werden; der Wasserhahn kann mit Hilfe eines Papiertuchs geschlossen werden.
- Die Pflege der Hände mit Handcreme ist wichtig, um ein Austrocknen zu verhindern.



Hygienische Händedesinfektion

Eine hygienische Händedesinfektion ist insbesondere durchzuführen

- nach Kontakt mit möglicherweise infektiösem Material (Blut, Körperflüssigkeiten, Gegenstände, die damit verunreinigt sind)
- vor und nach jeder potentiell infektionsgefährdenden Tätigkeit z. B. bei Wundversorgung, Anlegen von Verbänden oder Injektionen - bevor man die Einmal-Handschuhe anlegt und nachdem man sie abgelegt hat.
- vor dem Umgang mit Lebensmitteln bzw. vor der Essensausgabe
- nach dem Toilettenbesuch

Die geeigneten Desinfektionsmittel sind auf einer Liste der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) aufgeführt.

Das Desinfektionsmittel wird auf die **trockenen** (ganz wichtig!!!) Hände (Innen- und Außenfläche, einschließlich Handgelenke, zwischen den Fingern, Fingerspitzen, Nagelfalze, Daumen) und während der Einwirkungszeit von 30 Sekunden nicht abgetrocknet.

Nach Beendigung der Händedesinfektion können die Hände noch einmal gewaschen werden.

Nächstbessere Lösungen - oder: Was tun, wenn Desinfektionsmittel, Wasser oder Seife fehlt?

Bei Obdachlosigkeit oder unzureichenden Wohnverhältnissen ist eine regelmäßige, ausreichende Händehygiene oft schwer umzusetzen. Trotzdem ist es möglich, die Händehygiene zu verbessern. Denn schon regelmäßiges Waschen (wenigstens morgens und abends) und/oder eine hygienische Händedesinfektion ohne spezifischen Anlass reduziert die Keimzahl auf den Händen.

Was kann überlegt werden?

Tipps für DrogengebraucherInnen:

- Findet Drogenkonsum in öffentlichen Einrichtungen (medizinisch betreuter Konsumraum, Kaufhaus-Toilette, Arbeitsagentur) statt, so sollte dort konsequent VOR und NACH dem Konsum die Waschgelegenheit genutzt werden.
- Alltagsroutinen entwickeln, in denen das Händewaschen einen festen Platz hat, z. B.: täglich morgens und abends eine öffentliche Einrichtung mit Toilette (Drogenhilfe-Einrichtung, Sozialamt, Arbeitsagentur, City-Toilette, Kaufhaus) zum Händewaschen aufsuchen.



- Sogenannte „Kittelflaschen“ (100 ml) zur Händedesinfektion lassen sich gut verstauen und sollten unterwegs nicht fehlen.

Tipps für Einrichtungen der Drogenhilfe:

- Konsequentes Auf- und Einfordern der Händereinigung/desinfektion vor dem Essen und dem Drogenkonsum.
- Aktionen, Händewasch-Schulungen zur Motivation der KlientInnen.
- Vergabe von kleinen Flüssigseife-Packungen und Einmalhandtüchern in niedrigschwelligen Kontaktstellen.
- Vergabe von Händedesinfektionsmitteln.

Weitere Hygienemaßnahmen in der Drogen- und Aidshilfe

Hautpflege und Hautschutz

Zum Schutz vor Infektionen ist die Pflege der Haut wichtig. Deshalb soll die Haut nicht öfters als nötig gewaschen oder desinfiziert werden. Durch die Verwendung von Hautpflegemitteln kann den hautbeeinträchtigenden Wirkungen von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln entgegengewirkt werden. Deshalb sollte am Arbeitsplatz bzw. den KlientInnen Hautpflegemittel zur Verfügung gestellt werden.

Verwendung von Schutzkleidung

Dazu zählen

- (Einmal-)Handschuhe, wenn z. B. bei der Wundversorgung oder Oberflächen-Reinigung Kontakt mit Blut oder Sekreten stattfinden kann.
- Mund-Nasen-Schutz, wenn z. B. bei Wunderöffnung oder -pflege mit dem Spritzen bzw. Versprühen infektiöser Körperflüssigkeiten zu rechnen ist.
- Ggf. Schutzkittel (waschbar oder zum Einmalgebrauch aus Papier oder Plastik).

Pflegeartikel

- Nagelscheren, Rasierapparate, Zahnbürsten etc. sollen nur von einer Person benutzt werden. Damit es nicht zu unbeabsichtigten Verwechslungen kommt, sollten sie ihren festen Platz haben bzw. mit Namen beschriftet oder durch unterschiedliche Farben und Formen unterscheidbar sein.
- Dusch- und Badewannen sollten insbesondere bei Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko (z. B. nicht intakter Haut) sowohl vor und nach der Benutzung desinfizierend gereinigt werden.

Flächenreinigung und -desinfektion

- Im Haushalt: routinemäßige oder bedarfsgerechte Reinigung von Gegenständen und Oberflächen mit handelsüblichen Haushaltsreinigern.
- In Arbeitsbereichen, wo eine soziale Betreuung stattfindet, ist im Hinblick auf den Infektionsschutz eine routinemäßige Reinigung wie im Haushalt ausreichend. In Einzelfällen kann eine gezielte Desinfektion bei Verunreinigung von Oberflächen mit potentiell infektiösem Material sinnvoll sein. Türklinken und PC-Tastaturen nicht vergessen!
- In pflegerisch-medizinischen Arbeitsbereichen muss in einem detaillierten Hygieneplan die Art und Häufigkeit der Reinigung festgelegt werden.

Entsorgung gebrauchter Spritzen

- Die Kanülen sind in durchstichsicheren, bruchsicheren und verschließbaren Behälter (Büchsen, Plastikboxen o. ä., keine Glasflaschen!) zu entsorgen - und zwar direkt nach der Benutzung. Das bedeutet, dass Drogengebrauchende geeignete



- transportable Entsorgungsbehälter auch zu Hause und für unterwegs benötigen.
- Kein Umfüllen, Sortieren, sonstiges Hantieren u. ä.
- Spritzen und Kanülen können, wenn sie durchstichsicher verpackt sind, mit dem Hausmüll bzw. dem hausmüllähnlichen Gewerbeabfall entsorgt werden.

Abfallentsorgung

- Es sollte ein einrichtungsspezifisches Entsorgungskonzept vorhanden sein, das sich an den Vorgaben der LAGA-Richtlinie und den Regelungen vor Ort (ggf. mit Absprachen mit kommunalen oder privaten Abfallentsorgern) orientiert.
- Abfallsäcke nicht mit der Hand, sondern z. B. mit Besen stopfen. Beim Tragen der Säcke Abstand zum Bein und zu anderen Personen halten. Nur kurze Wege mit dem Sack in der Hand zurücklegen.

Weitere Hygienemaßnahmen im Alltag

- ▶ **Körperhygiene, Lebensmittelhygiene und Oberflächenhygiene sind wichtige Bestandteile der täglichen Gesundheitsvorsorge und KEINE spezifische Hepatitis-Präventionsstrategie, sondern eine Voraussetzung bzw. Grundlage für eine effektive Hepatitis-Prävention.**

Folgende strukturelle Voraussetzungen müssen generell in öffentlichen Einrichtungen erfüllt werden:

Lebensmittelhygiene

Wird Essen zubereitet oder ausgegeben, muss das in der Küche beschäftigte Personal gemäß § 43 IfSG vor Aufnahme der Tätigkeit durch das Gesundheitsamt oder einen Arbeitsmediziner und dann mindestens einmal jährlich erneut durch den Arbeitgeber belehrt werden. Inhalte dieser Belehrung sind der hygienische Umgang mit Lebensmitteln bei der Kühlung, Zubereitung und Lagerung.

Es muss ein Hygieneplan für die Einrichtung vorliegen. Darin wird festgelegt, was, wie oft und womit gereinigt werden muss.

Im § 42 IfSG wird geregelt, welche Infektionen ein Beschäftigungsverbot für Mitarbeiter im Küchen-/Verpflegungsbereich nach sich ziehen. Zu nennen sind zum Beispiel Hepatitis A oder Salmonellen.

Besteht der Verdacht oder die Feststellung, dass eine mikrobiell verursachte Lebensmittelvergiftung oder eine akute infektiöse Gastroenteritis beim Küchenpersonal aufgetreten ist, so muss dies dem Gesundheitsamt gemeldet werden.

Räumliche und technische Voraussetzungen

Es müssen angemessene Handwaschmöglichkeiten vorhanden sein (warmes/kaltes Wasser, leicht erreichbar, mit Flüssigseife, Einmalhandtücher)

Kühl- und Tiefkühleinrichtungen müssen ausreichend dimensioniert und kühlfähig sein (Kühlgerät maximal + 4 Grad Celsius, Tiefkühlgerät - 18 Grad Celsius oder kälter).

Die Küchenbereiche und die Arbeitsabläufe müssen so eingerichtet bzw. festgelegt sein, dass sauberes und benutztes Geschirr nicht durcheinander gebracht werden können. Benutztes Geschirr darf nicht unnötig lange stehen gelassen werden. Das Geschirr (anstelle von Holz besser Kunststoff verwenden) sollte spülmaschinenfest sein und möglichst in Spülmaschinen bei 65 Grad Celsius gereinigt werden.



Arbeitsflächen und Schränke müssen riss- und spaltenfrei sowie leicht zu reinigen sein. Unbeschichtete Holzoberflächen sind für Küchen nicht geeignet. Wandanschlüsse und Stoßkanten müssen abgedichtet sein, damit weder Wasser noch Lebensmittel eindringen können.

5.2. Verhalten bei Exposition mit infektiösem Blut, Körperflüssigkeiten oder Gegenständen

BASISWISSEN

Als generelle Richtlinie gilt, dass so wenig Menschen wie möglich so kurz und so wenig wie möglich mit potentiell infektiösem Material zu tun haben sollten. Sie sollten ausreichend fachkompetent und sensibilisiert sein und über Schutzmöglichkeiten verfügen.

Diese Richtlinie gilt genau so sehr für DrogengebraucherInnen wie für MitarbeiterInnen der Drogenhilfe und des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Schutzstrategien sind:

- technische Vorrichtungen z. B. beim Spriztentausch, die die Kontaktmöglichkeiten verringern oder ausschließen.
- ausschließlich persönliche Verwendung von potentiell blutverschmutzten Utensilien (Rasierapparate, Nagelscheren, Zahnbürsten etc.), Achtung: Darauf achten, dass Gegenstände nicht verwechselt werden können (mit Namensschildern versehen oder verschiedene Modelle und Farben für unterschiedlichen Personen!).
- Hände-Hygiene, insbesondere
 - hygienische Händedesinfektion,
 - Hände waschen,
 - Tragen von Einmalhandschuhen.

Was tun nach einer Exposition mit möglicherweise infektiösem Blut oder anderen Körperflüssigkeiten?

- ▶ **Eine Nadelstichverletzung, eine Bissverletzung, die Exposition von (verletzter) Haut oder von Schleimhäuten mit Blut (Ekzem, Wunde usw.) gibt Anlass zum sofortigen Handeln!**
- Die erste Maßnahme ist das Reinigen bzw. Desinfizieren der betroffenen Körperstelle (siehe Detailwissen). Bei Stichverletzungen darf eine Blutung nicht gestoppt werden.
- Handelt es sich um eine Stichverletzung, Kontamination von verletzter Haut oder um große Mengen von möglicherweise kontaminiertem Blut, das auf Schleimhäuten oder ins Auge gelangt ist oder ist die Situation unübersichtlich und der Mitarbeiter verunsichert, schließt sich daran das Aufsuchen einer spezialisierten medizinischen Einrichtung (niedergelassener Arzt, Schwerpunkt-Klinik) an, um sich über das weitere Vorgehen (Blutentnahmen, medikamentöse Postexpositionspro-



- phylaxe) beraten lassen zu können bzw. eine Behandlung in Anspruch nehmen zu können.
- Ein Arbeitsunfall muss dem Arbeitgeber und der Berufsgenossenschaft gemeldet werden (siehe auch: Arbeitsunfall).
 - Nicht zu vergessen: Die infektionsriskante Situation sollte mit anderen Beteiligten oder KollegInnen später und in Ruhe ausführlich ausgewertet werden. Es sollte überlegt werden, wie zukünftig das Risiko in ähnlichen oder gleichen Situationen verringert oder vermieden werden kann.

Heute stehen als PEP und zur Verhinderung einer Infektion Impfstoffe gegen Hepatitis B und wirksame Medikamente gegen das HI- und Hepatitis-B-Virus zur Verfügung. Die PEP muss möglichst rasch nach dem Blutkontakt angewendet werden, das heißt in den ersten 72 Stunden und für HBV innerhalb von 24 Stunden (mit stündlich abnehmender Erfolgsaussicht: für HIV maximal 24 Stunden, HBV maximal 48 Stunden). Für Hepatitis C ist eine PEP nicht möglich und nach heutigem Wissenstand auch nicht erforderlich.

DETAILWISSEN

Verhinderung von Blutexpositionen

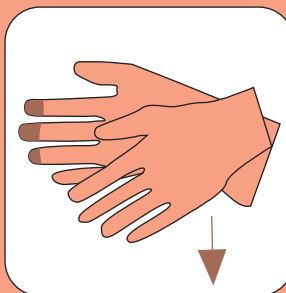
Als generelle Richtlinie gilt, dass so wenig Menschen (KlientInnen wie MitarbeiterInnen) wie möglich zu kurz und so wenig wie möglich mit potentiell infektiösem Material zu tun haben sollten. Sie sollten ausreichend fachkompetent und sensibilisiert sein und über Schutzmöglichkeiten verfügen.

Die wichtigsten Schutzstrategien allgemein sind:

- technische Vorrichtungen z. B. beim Spritzentausch, die die Kontaktmöglichkeiten verringern oder ausschließen
- ausschließlich persönliche Verwendung von potentiell blutverschmutzten Utensilien (Rasierapparate, Nagelscheren, Zahnbürsten etc.), Achtung: Darauf achten, dass Gegenstände nicht verwechselt werden können (mit Namensschildern versehen!)
- Hände-Hygiene (insbesondere: Tragen von Einmalhandschuhen)



Bei allen Verrichtungen, bei denen ein Kontakt mit Blut und bluthaltigen Körperflüssigkeiten vorhersehbar ist, müssen **Latexhandschuhe** getragen werden.



Nach Blutkontakt: **Handschuhwechsel!**



Nach dem Tragen von Handschuhen: **Hände waschen!**



Die wichtigsten Schutzstrategien im Umgang mit blutverunreinigten Spritzen und Kanülen:

In Einrichtungen

(z. B. im Konsumraum oder beim Impfen) gilt für Spritzen und Kanülen:

- Spritzenbenutzer selbst soll die Nadel entsorgen. Dabei beachten:
- Kein Wiederaufsetzen der Plastikkappe auf die Nadel, da hierbei erfahrungsgemäß ein sehr hohes Nadelstich-Verletzungsrisiko besteht (wenn man unaufmerksam ist, angestoßen wird, mit den Händen zittert usw.)
- Kein Abwerfen von Kanülen in Abfall-Schalen, sondern direktes Entsorgen der Spritze samt Nadel in einen für diesen Zweck vorgesehenen Entsorgungsbehälter.

Außerhalb von Einrichtungen

(zu Hause oder z. B. auf dem öffentlichen WC, im Park) gilt:

- immer Wiederaufsetzen der Plastikkappe auf die eigene gebrauchte Nadel. Die Nadel sollte mit der Verschlusskappe „aufgefädelt“ werden - und zwar, ohne dass man die Kappe anrührt.
- sofortiges Entsorgen der Spritze samt Nadel in stich- und bruchfesten Behälter (z. B. leere Kaffee-/Zigarettdose, am besten eine Spezialentsorgungsbox), dann regulär in den Abfall.

- ▶ **Bitte daran denken:** beim Spritzentausch bringen BesucherInnen häufig Nadeln von anderen DrogenkonsumentInnen mit. MitarbeiterInnen müssen also immer davon ausgehen, dass tauschende DrogenkonsumentInnen ebenso wie sie selbst durch diese Nadeln infektionsgefährdet sind.

Verhalten nach einer Blutexposition

Stechendes Material

links: Medizinisches Setting (inkl. Konsumräume)
Kein Aufsetzen der Plastikkappe auf eine gebrauchte Kanüle („Nadel“).
Kanülen müssen samt Spritzen am Ort in bruch- oder stichfestem Behälter entsorgt werden können.

rechts: Nach Injektionen außerhalb überwachter (Konsum)-Räume:
Immer Aufsetzen der Plastikkappe auf eine gebrauchte Kanüle und samt Spritze in festen Behälter (z.B. leere Aludose) entsorgen und regulär in den Abfall.

Eine

- Nadelstichverletzung
 - Bissverletzung
 - Exposition von verletzter Haut mit Blut (Ekzem, Wunde usw.)
 - Exposition von Schleimhaut mit Blut
- gibt sofortigen Anlass zum Handeln!



Durch eine Nadelstichverletzung und durch Kontakt mit Blut, z. B. auf die Schleimhaut oder vorgeschädigte Hautpartien (Ekzem, Wunde usw.) können vor allem **HIV**, **Hepatitis B** und **Hepatitis C** übertragen werden.

Das höchste Risiko für eine Infektion birgt eine Stichverletzung mit einer nachweislich durch entsprechende Viren frisch kontaminierten Nadel.

Bei Haut- oder Schleimhaut-Kontakt ist in der Regel die Durchführung von Sofortmaßnahmen ausreichend. Bei Stich- oder Bissverletzungen mit Blutaustritt sind auch Folgemaßnahmen erforderlich.

5.3 Sofortmaßnahmen

Nadelstichverletzung

- Ggf. vollständiges Entfernen des Fremdkörpers.
- Wunde bluten lassen, wenn sie blutet,
- dann mindestens 1 Minute lang großzügig desinfizieren mit 70% Alkohol oder Isopropanol oder anderen Desinfektionsmitteln, die in der Liste der DGHM (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie) aufgeführt sind.
- Steht kein Desinfektionsmittel zur Verfügung: mit Wasser verdünnen!

Hautkontakt mit Blut

- Gründlich mit Seife und Wasser waschen.
- Großzügig desinfizieren mit 70% Alkohol oder Isopropanol oder anderen DGHM-gelisteten Mitteln (mindestens 1 Minute lang).
- Steht kein Desinfektionsmittel zur Verfügung: mit Wasser verdünnen!
- gründlich mit Seife und Wasser waschen.

Mund- oder Nasenschleimhautkontakt mit Blut

- Nase schnäuzen und mit Wattestäbchen und 70% Alkohol mindestens 1 Minute desinfizieren.
- Mund mit 70% Alkohol spülen und während mindestens 1 Minute einwirken lassen. Den Alkohol nicht runterschlucken, sondern ausspucken!
- steht kein medizinischer Alkohol zur Verfügung, kann notfalls auch ein hochprozentiges alkoholisches Getränk zum Spülen verwendet werden.
- Ist kein Alkohol und auch keine andere trinkbare Flüssigkeit verfügbar, sollte der Speichelfluss angeregt werden, um zu verdünnen.

Blutspritzer ins Auge

Auge ausgiebig mit großen Mengen Kochsalzlösung, Leitungswasser oder sonst einer sauberen Flüssigkeit (Getränk) auswaschen. Dies gelingt am besten im Liegen und mit Unterstützung einer Hilfsperson. Achtung: Flüssigkeit immer zur Seite vom Körper weg ablaufen lassen (das andere Auge schützen)!

5.4 Folgemaßnahmen

Nach einer Stichverletzung sind Folgemaßnahmen in jedem Falle erforderlich: unverzügliches Aufsuchen einer HIV/Hepatitis-Spezialsprechstunde im Krankenhaus oder Schwerpunktarztpraxis. Dort Beratung und Entscheidung, ob eine Postexpositi-



onsprophylaxe durchgeführt werden sollte.

- ▶ **Häufig ist es so, dass ein Klient oder Mitarbeiter entweder schockiert ist oder das Infektionsrisiko entweder nicht wahrnimmt oder herunterspielt. Hier ist die Aufmerksamkeit und Unterstützung der MitarbeiterInnen gefragt. Diese sollten den KlientInnen oder Kollegen zur Spezialberatung „hinschicken“ oder ggf. auch persönlich begleiten.**

Wenn immer möglich, sollte dem Menschen, mit dessen potentiell infektiösen Körperflüssigkeiten bzw. Blut die verletzte bzw. exponierte Person in Kontakt gekommen ist, Blut für die HIV-, Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Testung abgenommen werden.

Jede Person sollte über Informationen zu ihrer Hepatitis-Serologie bzw. zum Impfstatus verfügen, damit mit entsprechenden Maßnahmen der sogenannten „**Post-Expositions-Prophylaxe**“ (PEP) keine Zeit verloren geht.

5.4.1 Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Postexpositionsprophylaxe (PEP) bei Kontakt mit HIV

Eine PEP soll nach einem Kontakt mit HI-Viren eine Infektion verhindern. Die Viren werden schon vor ihrer Ansiedelung und Vermehrung im Körper bekämpft und abgetötet. Der PEP kommt bei Kontakt mit HIV einer großen Bedeutung zu, da eine HIV-Infektion derzeit mit Medikamenten nicht ausgeheilt werden kann und lebenslang antiviral behandelt werden muss.

Ist nach einer Exposition kein Experte bekannt oder in der Nähe erreichbar, so kann über die Internetseite der Deutschen AIDS-Hilfe - www.hivreport.de die Liste der Kliniken mit 24 Stunden Beratung und PEP-Angebot gefunden werden. Telefonisch kann tagsüber das Robert-Koch-Institut erreicht werden: 030/187543467 oder - 3420.

Das gemeinsame Verwenden von Injektionsutensilien birgt das höchste Risiko einer Infektion gefolgt von ungeschütztem, aufnehmenden oder eindringenden Anal- oder Vaginalverkehr. Einzelfälle einer HIV-Übertragung wurden auch bei aufnehmendem Oralverkehr beschrieben. Eine hohe Viruslast und eine frische HIV-Infektion bringen ein besonders hohes Risiko der Infektion mit sich. Von einer behandelten HIV-infizierten Person, deren Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, reduziert sich höchstwahrscheinlich das Infektionsrisiko. Bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr begünstigen Geschlechtskrankheiten wie Gonorrhoe, Lues, Trichomonaden, Chlamydien und genitale Herpes simplex - Infektion eine HIV-Ansteckung.

Indikation zur HIV-PEP

Art der Exposition	PEP - Indikation
Transfusion von HIV-haltigen Blutkonserven	Dringend empfehlen
Erhalt von HIV-haltigen Blutprodukten oder Organen	Dringend empfehlen
Nutzung HIV-kontaminierter Injektionsbestecks	Dringend empfehlen
Ungeschützter insertiver oder rezeptiver vaginaler oder analer Geschlechtsverkehr mit einer HIV-infizierten Person	Empfehlen, außer wenn Person unter stabiler HAART eine nicht nachweisbare Viruslast hat
Ungeschützter oraler Geschlechtsverkehr	Nur bei zusätzlichen Risikofaktoren, wie z.B. Ulzera, verletzte Mundschleimhaut empfehlen



Küssen und andere Sexualpraktiken ohne Sperma-/Blut-Schleimhautkontakt	Nicht empfehlen
Perkutane Verletzung mit Injektionsnadel	Empfehlen
Oberflächliche Verletzung mit Nadel	Anbieten
Oberflächliche Verletzung und Indexperson hat hohe Viruslast oder AIDS	Empfehlen
Tiefe Verletzung mit sichtbarem Blut	Dringend empfehlen
Nadelverletzung nach intravenöser Injektion	Dringend empfehlen
Kontakt zu Schleimhaut oder verletzter/geschädigter Haut mit Flüssigkeit mit hoher Viruskonzentration	Anbieten
Perkutaner Kontakt mit anderen Körperflüssigkeiten als Blut wie Urin und Speichel	Nicht empfehlen
Kontakt von intakter Haut mit Blut (auch bei hoher Viruslast)	Nicht empfehlen

Eine HIV-PEP sollte so schnell wie möglich nach der Exposition begonnen werden, am besten innerhalb der ersten zwei Stunden, möglichst innerhalb der ersten 24 Stunden. Nach 72 Stunden kann nach dem momentanen Stand der Wissenschaft keine PEP mehr empfohlen werden.

Mögliche Standard-Kombinationen

Kombination	Nebenwirkungen	Einnahme pro Tag
Tenofovir / Emtricitabin (Truvada® 300/200mg)	Nierentoxisch, Pankreatitis: Absetzen	1 x
Zidovudin / Lamivudin (Combivir® 300/150mg)	Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Müdigkeit	2 x
Lopinavir in Fixkombination mit Ritonavir (Kaletra® 400/100mg)	Übelkeit, Durchfall, Geschmacksveränderung	2 x

Über die Kombination mit den NRTIs Zidovudin und Lamivudin liegen am meisten Daten vor. Ebenso effektiv und wohl bis auf die genannten manchmal auftretenden Nebenwirkungen besser verträglich ist die Kombination Tenofovir und Emtricitabin. Letztendlich sind auch andere Kombinationen möglich, auch Dreierkombinationen.

Die Prophylaxe dauert in der Regel 28 Tage. Bei einer länger als 24 Stunden - 48 Stunden zurückliegenden Exposition kann eine Verlängerung erwogen werden. Eine besondere Auswahl ist in der Schwangerschaft zu treffen. Hier kann Zidovudin eingesetzt werden in einer mit Experten in Rücksprache getroffenen Kombination.

5.4.2 HCV und HBV - Kontakt

Bei Kontakt mit HCV ist keine PEP möglich. Hier wird bei Nachweis von HCV-RNA die akute Hepatitis C wie in Kapitel 3 mit 90% Ausheilungschance behandelt. Ob bei symptomatischer akuter Hepatitis C eine mögliche Spontanausheilung abgewartet wird, müssen Betroffener und Arzt gemeinsam erörtern und entscheiden.

Bei einer möglichen Infektion mit Hepatitis B Virus bei einer bisher ungeimpften Person oder einem Anti-HBs-Titer < 10 wird Hepatitis-B-Immunglobulin verabreicht (passive Impfung). Gleichzeitig wird mit der ersten Impfung aktiv begonnen. Bei geimpften Personen mit einem Titer > 100 besteht kein Handlungsbedarf.



PEP bei Hepatitis B

Wurde bei dem/der IndexpatientIn - also derjenigen Person, welche die exponierte Person angesteckt haben könnte - ein positiver HBsAg-Wert nachgewiesen oder ist der/die IndexpatientIn unbekannt und vermutlich drogenabhängig (RisikopatientIn):

Innerhalb von 48 Stunden nach der Exposition muss Hepatitis B-Immunglobulin (passive Impfung) verabreicht und eine aktive Hepatitis B-Impfung begonnen werden, wenn

- der Exponierte nicht geimpft ist.
- der Antikörper-Titer bei Exponierten niedriger als 10 ist.

Ist der Exponierte innerhalb der letzten 10 Jahre geimpft worden, ist der aktuelle Titer aber nicht bekannt, so bleibt Zeit, um notfallmässig den Titer/Impfstatus (HBsAk) zu bestimmen. Liegt der HBsAk-Wert zwischen 10 und 100 muss eine Auffrisch-Impfung durchgeführt werden.

Ist beim Exponierten bekannt, dass der Titer über 100 liegt, sind bezüglich Hepatitis B keine weiteren Maßnahmen notwendig, der Impfschutz ist dann langfristig ausreichend.

PEP bei HIV

Eine HIV-PEP sollte nur nach reiflicher Überlegung durchgeführt werden. Sie kann nebenwirkungsreich sein und wird deshalb erfahrungsgemäß leider häufig vorzeitig vom Patienten abgebrochen.

Um eine Entscheidung über die Notwendigkeit der HIV-PEP treffen zu können, ist es zur Einschätzung des Infektionsrisikos sehr wichtig zu wissen, ob die Indexperson (also die Person, mit dessen Blut oder Körperflüssigkeiten sich die betroffene Person angesteckt haben könnte) HIV-positiv ist oder nicht. Dazu ist eine Blutentnahme bei der Indexperson natürlich die sicherste Methode. Leider ist dies im nicht-ärztlichen Arbeitssetting oder im Privatleben häufig nicht realisierbar. Bei nicht feststellbarem HIV-Status des/der IndexpatientIn oder bisher negativem Resultat ist deshalb eine ausführliche Beratung unter Beteiligung eines erfahrenen (!) Arztes unerlässlich, um das Infektionsrisiko differenziert abzuwägen.

Im Notfall gilt allerdings: bei Unsicherheit lieber eine erste Dosis PEP-Medikamente schlucken und sich somit Zeit verschaffen, um weitere Abklärungen zu treffen. Der Nachteil von Nebenwirkungen ist gegenüber einer möglichen HIV-Infektion vernachlässigbar.

Jedem/jeder MitarbeiterIn sollte bekannt sein, wo ein Notfallset - bei Bedarf auch rund um die Uhr! - erhältlich ist (nahegelegene Arztpraxis, Krankenhaus, Apotheke). Die erste Dosis sollte vom Betroffenen unverzüglich (maximal zwei Stunden!) nach dem Expositionsereignis eingenommen werden. Das bedeutet, dass schon vor dem Eintritt des ersten Ereignisses entsprechende Absprachen mit der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder der Apotheke zu treffen sind und die MitarbeiterInnen darüber informiert und regelmäßig daran erinnert werden müssen.

Die HIV-PEP sollte wegen der häufig auftretenden starken Nebenwirkungen der PEP-Behandlung unbedingt von einem HIV-Spezialisten durchgeführt oder begleitet werden. Ein vorzeitiger Abbruch der PEP-Behandlung kann den Behandlungserfolg zunichte machen.



Die empfohlenen Medikamente sind für die HIV-Behandlung zugelassen, haben aber keine spezielle Zulassung für die PEP (obwohl sie nachgewiesenermaßen erfolgreich ist), so dass es sich formal um eine „off-label“-Therapie handelt. Darüber sollte der Patient informiert sein.

Eine HIV-PEP nach beruflicher Exposition wird von der Berufsgenossenschaft gezahlt (nur, wenn auch eine Unfallanzeige gemacht worden ist). Bei außerberuflicher Exposition zahlt die Krankenkasse in der Regel, obwohl es sich um eine „off-label-Therapie“ handelt, da es sich um eine vorbeugende Behandlung zur Verhinderung einer lebensgefährlichen Infektion handelt.

Detaillierte und aktuelle Empfehlungen zur HIV-PEP (derzeit: deutsch-österreichische Empfehlungen zur HIV-Postexpositionsprophylaxe von 2008) sind nachzulesen über www.aidshilfe.de (<http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/2008%201%20Leitlinie%20PEP.pdf>) oder www.rki.de (http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Prophylaxe/Leitlinien/pep_empfehlungen_08_kurz.pdf?__blob=publicationFile).

HIV-PEP bei Drogengebern?

Eine PEP wird bei einem Drogengebern in der Praxis selten durchgeführt. Allein die Tatsache, dass die Blutexposition im „Privatleben“ entstanden und nicht beruflich bedingt ist, führt dazu, dass sowohl der Betroffene selbst als auch die medizinische Institution die Möglichkeit einer PEP gar nicht in den Sinn kommt - oder dass eine PEP sogar von der medizinischen Institution abgelehnt wird. Die dann formulierten Vorbehalte beziehen sich darauf, dass bei fortgesetztem Drogengebrauch Risikosituationen häufig zu erwarten sind, die Kosten einer PEP sehr hoch sind und die Compliance bei Drogengebern als gering eingeschätzt wird. Zu bedenken ist, dass die Compliance bei der PEP auch bei nicht Drogengebern aufgrund der starken Nebenwirkungen schon recht schlecht ist. Es muss also in jedem konkreten Fall die Frage gestellt werden, ob der Aufwand der PEP (regelmäßige Einnahme, starke Nebenwirkungen, Resistenzgefahr bei unsachgerechter Anwendung, hohe Kosten) im Verhältnis zum Nutzen steht.

Eine Einzelfall-Bewertung gemeinsam mit dem Drogengebern ist angesichts der Schwere einer HIV-Infektion unbedingt sinnvoll. Da die HIV-Prävalenz unter Drogengebern heutzutage relativ gering ist, ist bei konkreten Anhaltspunkten, dass bei Exposition HIV-infiziertes Blut vorhanden ist, eine PEP anzuraten.





PRÄVENTION

III LEBEN MIT EINER CHRONISCHEN ERKRANKUNG

- IMPLIKATIONEN FÜR DIE PSYCHO-SOZIALE BERATUNG UND BETREUUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHER HEPATITIS C

1. Krankheitsbegriff: Infiziert oder chronisch krank?

Wie bei der Diskussion über eine Differenzierung zwischen HIV-Infektion und Aids-Erkrankung muss auch bei der Betrachtung der Hepatitis C und ihrer gesundheitlichen Folgen zwischen dem Zustand der Infektion mit HCV und der Erkrankung als einer möglichen Folge dieser Ansteckung unterschieden werden.

Bis zu 85 % der Infektionen gehen in chronische Formen über, die klinisch häufig uncharakteristisch und mild verlaufen und durch Müdigkeit, unspezifische Oberbauchbeschwerden, Leistungsabfall, z.T. auch Juckreiz und Gelenkbeschwerden gekennzeichnet sind. Nicht jede chronische HCV-Infektion führt also zu schwerwiegenden Lebererkrankungen. Bei 2 - 35% der chronisch Infizierten erreicht der Krankheitsprozess nach 20 - 25 Jahren das Stadium der Leberzirrhose, mit anschließendem Leberversagen oder (seltener) Leberkrebs¹.

Eine Hepatitis C-Infektion kann aus diesem Verständnis heraus nicht zwangsläufig als chronisch verlaufende Erkrankung eingeschätzt werden. Inwieweit eine Infektion chronisch verläuft oder ob aus dieser schwerwiegende Erkrankungen resultieren, hängt u.a. vom Zustand des Immunsystems ab. Menschen mit geschwächter Immunabwehr, z.B. Drogenkonsumenten oder Menschen mit Koinfektionen (HIV, Hepatitis A, B) sind deshalb besonders gefährdet. Die HCV-Infektion bleibt dabei häufig unerkannt, und das Virus wird unbemerkt übertragen.

Das Fortschreiten der Hepatitis C in das Stadium einer klinisch signifikanten Erkrankung dauert meistens Jahre. Die häufigsten Beschwerden im frühen Stadium der Erkrankung sind unspezifisch und ohne schwerwiegende Symptome. Dennoch können sie mit einer reduzierten Lebensqualität einhergehen, etwa dann, wenn mit der Diagnose Stigmatisierung, Schuldgefühle oder eine Fehleinschätzung der Erkrankung verbunden sind.

Zahlreiche Studien belegen, dass Hepatitis C-Patienten auch ohne Leberzirrhose oder Therapienebenwirkungen und unabhängig von der Art der Infektion eine signifikant reduzierte Lebensqualität aufweisen. Infolgedessen kann auch die Einschätzung, Deutung und Bewertung der chronischen Erkrankung zu einer deutlichen psychischen Beeinträchtigung führen. Depressionen können zudem durch eine Hepatitis-C-Therapie verstärkt oder induziert sein.

¹ Vgl. Robert-Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin, 24. September 2012 / Nr. 38. Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland, Virushepatitis B, C und D im Jahr 2011, S. 371 ff.

² Vgl. Moser, Gabriele: Hepatitis C und Psyche. In: Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen. Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes, 2 (3). Gablitz 2004, S. 20 - 22. Verfügbar unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/4715.pdf>



1. Krankheitsbegriff: Infiziert oder chronisch krank?

1.1 Hepatitis C zum Thema der Betreuung machen!

BETREUUNG

Der hohe Anteil Betroffener mit schwerwiegendem psychischen Stress und einer deutlich verminderten Lebensqualität bei mangelndem Verständnis für die Krankheit, weisen auf die Notwendigkeit einer fundierten psychosozialen Unterstützung der Betroffenen hin².

In jedem Fall ist eine Hepatitis C-Infektion Anlass für erhöhte Wachsamkeit und eine stetige Verlaufskontrolle (vgl. Kapitel 1 dieses Handbuchs).

Dass eine Diskussion über Implikationen für die psychosoziale Beratung und Betreuung vor allem auf den Umgang mit chronisch verlaufenden Erkrankungen zielt, ist naheliegend.

Das gilt umso mehr, als sich Klienten einer Drogenberatungsstelle oder Aidshilfe häufig einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen gegenüber sehen. Gesundheitlich beeinträchtigt durch Fehlernährung und exzessiven Alkohol- oder Drogenkonsum, sind viele Klienten nicht nur alkohol- oder opiatabhängig (bzw. substituiert), sondern „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“ (CMA). Hinzu treten nicht selten psychiatrische Krankheitsbilder, die unterschiedliche Ursachen haben können (z.B. drogeninduzierte Psychosen). Auch Koinfektionen mit HIV sind häufig.

Diese ohnehin komplexe Gemengelage wird durch eine oft unzureichende Diagnostik erschwert, deren Ursache ein ebenso unzureichend entwickeltes Körpergefühl der Klienten sein kann. Eine auf Krankheit hindeutende Symptomatik wird häufig nicht bzw. erst verspätet wahrgenommen und eine zu Anfang meist symptomlos verlaufende Erkrankung (wie die Hepatitis C) gerät leicht vollständig aus dem Blick und dem Bewusstsein.

Kranksein und Gesundsein, Sich-Krankfühlen und Sich-Gesundfühlen sind nicht zuletzt eine Frage der subjektiven Wahrnehmung. Nicht immer erfolgt diese deckungsgleich mit den medizinischen Befunden. Die Wahrnehmungsfähigkeit der Klienten zu schärfen und die Gefahr einer HCV-Infektion ebenso wie die gesundheitlichen Folgen einer möglichen HCV-Erkrankung ins Bewusstsein zu rufen, dabei gleichzeitig einen angemessenen Umgang mit der Infektion oder der Erkrankung zu fördern und realistische Lebensperspektiven zu eröffnen, ist eine wesentliche Anforderung an die im psychosozialen Bereich Tätigen.

1.1 Hepatitis C zum Thema der Betreuung machen!

Die aktuelle Situation:

Chronische Hepatitis C: 400.000 - 500.000 Menschen in Deutschland

In Deutschland werden derzeit jährlich etwa 7.000 erstdiagnostizierte (akute und bislang noch nicht diagnostizierte chronische) Hepatitis C-Infektionen an das Robert-Koch-Institut gemeldet. Etwa 0,4 - 0,8% der Bevölkerung haben Antikörper gegen Hepatitis C im Blut³. Die Bevölkerungsgruppe der intravenös (i.v.) injizierenden Drogenkonsumenten ist dabei sehr viel stärker von Hepatitis C betroffen: Bis zu 80 Prozent dieser Menschen sind mit dem HC-Virus infiziert⁴. Demgegenüber werden lediglich 3 - 4 % der behandlungsbedürftigen HCV-infizierten Drogengebraucher behandelt.

² Vgl. Moser, Gabriele: Hepatitis C und Psyche. In: Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen. Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes, 2 (3). Gablitz 2004, S. 20 - 22. Verfügbar unter: <http://www.kup.at/kup/pdf/4715.pdf>

³ Virus Hepatitis 2011, Broschüre, 11. überarbeitete Auflage, Berlin 2011, S. 58 ff., Hrsg.: Deutsche Aids-Hilfe

⁴ Vgl. Robert -Koch-Institut, Epidemiologisches Bulletin, 24. September 2012 / Nr. 38. Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland, Virushepatitis B, C und D im Jahr 2011, S. 380 f.

Der außerordentlich hohe Anteil Hepatitis-C-Infizierter bei den Drogenkonsumenten erklärt, warum sich in der Praxis hauptsächlich die Mitarbeiter jener sozialen Einrichtungen, die Drogengebraucher oder einen HIV-positiven Personenkreis beraten oder betreuen (z.B. Drogen- und Aidshilfen), mit dem Thema Hepatitis C konfrontiert sehen. Sie sind es auch, die entsprechende Konsequenzen für die psychosoziale Beratung und Betreuung Hilfesuchender zu berücksichtigen haben.

Was bedeutet also die hohe Wahrscheinlichkeit einer HCV-Infektion eines Klienten für Ihre Beratung?

Bei einer erstmaligen Kontaktaufnahme sollten Sie als Berater oder Betreuer nicht nur die Möglichkeit einer HIV-Infektion des Ratsuchenden in Betracht ziehen, sondern in gleicher Weise eine möglichen Ansteckung mit HCV, dem Erreger der Hepatitis C, gezielt erfragen. Denn:

- ▶ **Das Hepatitis-C-Virus (HCV) ist um ein Vielfaches infektiöser als das HIV-Virus (HIV). Durch die vergleichbaren Übertragungswege (Blutkontakt z.B. durch needle-sharing oder auch unsafe Sexualkontakte) treten HIV/HCV-Koinfektionen entsprechend häufig auf. Die Deutsche Aids-Hilfe geht für Deutschland von ca. 9.000 HIV-HCV-koinfizierten Menschen aus⁵.**

Ein Beispiel aus der Projekt-Praxis: Bei ZIK - Zuhause im Kiez, einem Berliner Wohnprojekt für Menschen mit HIV, Aids oder chronischer Hepatitis C, liegt die Prävalenz von Koinfektionen bei der drogengebrauchenden HIV-positiven Klientel bei 33 Prozent⁶.

Fragen Sie einen Klienten, von dem Sie wissen, dass er Drogengebraucher oder HIV-infiziert ist, auch dann nach seinem HCV-Status, wenn eine Hepatitis für ihn nicht der Anlass war, Ihre Beratung in Anspruch zu nehmen. Und geben Sie sich nicht mit Hinweisen auf den guten Allgemeinzustand zufrieden: Oft ist den Betroffenen Ihre Infektion oder Erkrankung nicht anzusehen und das subjektive Empfinden gut. Aufschluss über eine Hepatitis-Infektion oder Hepatitis-Erkrankung kann aber nur ein Test liefern.

Klären Sie den Klienten über die Möglichkeit eines Tests auf, bieten Sie nötigenfalls Unterstützung bei der Umsetzung an (Arztwahl, Terminvereinbarung, Termineinhalten, gegebenenfalls Begleitung) und informieren Sie auch über die Möglichkeiten der Vorbeugung gegen die Hepatitiserreger Typ A und B durch Impfung. Eröffnen Sie andererseits die Aussicht auf bestehende Behandlungsmöglichkeiten der Hepatitis B oder C.

- ▶ **Machen Sie Ihren Klienten unbedingt auf die erheblichen Risiken einer nicht erkannten und infolgedessen unbehandelten Hepatitis C aufmerksam:**

Eine unbehandelte Hepatitis C wird mit hoher Wahrscheinlichkeit einen chronischen Verlauf nehmen, wodurch das ohnehin angeschlagene und belastete Immunsystem eines Drogengebrauchers bzw. HIV-Patienten zusätzlich geschwächt wird. Als Spätfolge einer dauerhaften Schädigung der Leber durch eine chronische Hepatitis C kann es schließlich zur möglicherweise lebensbedrohlichen Ausbildung von Leberzirrhose (Leberschrumpfung) oder Leberkrebs kommen.

- ▶ **Raten Sie Ihrem Klienten zum Test!**

5 Virus Hepatitis 2011, Broschüre, 11. überarbeitete Auflage, Berlin 2011, S. 58, Hrsg.: Deutsche Aids-Hilfe
6 ZIK-Jahresbericht 2011, Grundlage: 629 erfasste Klienten im Betreuten Wohnen, Berlin 2012



Beim HCV-Antikörper-Test wird das Blut einer Reihenuntersuchung unterzogen (Screening-Test). Ein positives Ergebnis muss durch eine spezifischere Methode bestätigt werden. Die Diagnose ist nur gesichert, wenn auch dieser Test ein positives Resultat aufweist. Nähere Informationen zu Testverfahren und Testberatung finden Sie im Kapitel 1 dieses Handbuchs.

Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung. Vergewissern Sie sich deshalb unabhängig vom vorliegenden Befund, dass der Klient nicht nur die allgemeinen Hygieneregeln, sondern auch die Safer Use- beziehungsweise Safer Sex-Regeln kennt und anwendet. Andernfalls klären Sie ihn über diese Regeln auf und sorgen Sie dafür, dass er geeignetes Informationsmaterial erhält. Informativ und gut verständlich sind zum Beispiel die Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe. Insgesamt geht es hierbei um die Erhöhung des Hygiene- und Blutbewusstseins des Klienten (Stichwort: „Händewaschen“). Im Hinblick auf die Übertragungsrisiken müssen unbedingt auch Re-Infektionsrisiken, Infektionen Dritter und Koinfektionen thematisiert werden.

Ein negatives HCV-Testergebnis bietet keine vollständige Gewähr für eine Nichtinfektion.

HCV-Antikörpertests fallen unter Umständen falsch negativ aus, wenn eine HIV-Infektion vorliegt. Die Zuverlässigkeit des Tests beträgt bei HIV-Positiven lediglich 90 Prozent (bei HIV-Negativen ist der HCV-Antikörpertest zu fast 100 Prozent zuverlässig). Ein direkter Virusnachweis sollte deshalb in Betracht gezogen werden.

- ▶ **Rechnen Sie damit, dass die Gefährlichkeit einer HCV-Infektion unterschätzt wird!**

Nicht selten werden Klienten Sie mit einer der folgenden - falschen - Ansichten oder Einschätzungen konfrontieren:

„HIV ist gefährlicher als HCV.“

„Bevor mich die Hepatitis erwischt, bin ich schon längst an Aids gestorben.“

„Was interessiert mich eine Krankheit, die erst in vielen Jahren, manchmal aber auch gar nicht zum Ausbruch kommt?“

Machen Sie diesen Klienten klar, dass die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung bei bestehender HIV-Infektion höher ist, der Verlauf sich beschleunigt, eine Leberzirrhose darum früher auftreten kann und eine chronische Hepatitis C bei HIV-Infizierten häufiger zu einem Leberversagen führt. Darüber hinaus schwächt der Kampf des Körpers mit einer weiteren schweren Virusinfektion das Immunsystem des Betroffenen zusätzlich. Eine rechtzeitige Therapie (3 bis 4 Monate nach der Ansteckung) ist deshalb gerade für HIV/HCV-Koinfizierte besonders wichtig.

Um den tatsächlichen Ernst einer Erkrankung zu erfassen, deren potenziell gefährliche Folgen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung in der nicht unmittelbaren Zukunft liegen, muss der Klient über eine motivierende Lebensperspektive verfügen. Eine solche Lebensperspektive zu entwickeln und zu verfolgen, übersteigt allerdings oft den Umfang einer einmaligen Beratung.

- ▶ **Die Komplexität der gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen der meisten Klienten erfordert häufig eine längerfristige Betreuung.**



Aufgabe dieser Betreuung wird es sein, zu klären (und zu erklären), warum und in welcher Weise eine HCV-Infektion in die Lebensplanung einbezogen werden sollte. In der Betreuung wird dazu mit dem Klienten eine Hilfeplanung erarbeitet, die auf eine psychosoziale Grundstabilisierung abzielt.

2. Was soll Ihre psychosoziale Betreuung leisten?

Aufgabe der psychosozialen Betreuung ist es:

1. aufzuklären,
2. einen Zugang zur Behandlung zu eröffnen,
3. die Compliance⁷ bzw. Adhärenz des Klienten während der Behandlung zu stärken,
4. Schaden zu begrenzen, wenn eine Behandlung nicht erfolgreich ist oder aus bestimmten Gründen (zur Zeit) nicht in Frage kommt,
5. Selbstständigkeit und Patientenmündigkeit zu fördern,
6. realistische Lebensperspektiven zu entwickeln,
7. Infektionen Dritter und eigene Reinfektionen zu verhindern (Stichwort „Blutaufmerksamkeit“).

Die vier zentralen Beratungs- und Betreuungsziele der psychosozialen Betreuung sind dabei:

1. Testen lassen (Hepatitis A, B und C)
2. Impfen lassen (Hepatitis A und B)
3. Behandeln lassen (Optionen individuell prüfen)
4. Infektionen Dritter und eigene Reinfektionen vermeiden

► **Machen Sie die individuellen Lebensbezüge Ihres Klienten zum Ausgangspunkt von Beratung oder Betreuung!**

Eine chronische Infektionserkrankung hat auf jeden der folgenden vier Lebensbereiche des Klienten Einfluss:

1. Selbstversorgung (Wohnen, Haushalt, Körperpflege und Ernährung),
2. Tagesgestaltung und Kontaktfindung (Freizeit, Partnerschaft, soziale Kontakte),
3. Arbeit und Beschäftigung (Jobsuche, Jobehalt, Umschulung, Arbeitsreduzierung oder Jobausstieg),
4. Krankheitsbewältigung (gesundheitliche Versorgung, psychische Stabilität).

► **Voraussetzung für eine erfolgreiche gesundheitliche Versorgung und den verantwortlichen Umgang mit der Infektion ist eine Absicherung der existenziellen Bedürfnisse des Klienten.**

Die Bedeutung dieser Absicherung für eine erfolgreiche psychosoziale Arbeit mit dem Klienten darf nicht unterschätzt werden. Umso wichtiger ist eine sorgfältige, auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfeplanung.

► **Die zweite unverzichtbare Säule einer Betreuung besteht im Aufbau einer stabilen und belastbaren Betreuungsbeziehung.**

7 „Compliance bedeutet jedoch nicht nur, dass man als Patient den ärztlichen Anweisungen Folge leistet, sondern kann als gelungene Kooperation zwischen Arzt und Patient interpretiert werden. Sie beruht auf einer vertrauensvollen Beziehung und schließt eine eigenverantwortliche und aktive Beteiligung der Patienten bei der Planung und Durchführung der Behandlung ein. Compliance steht also für die Fähigkeit und Bereitschaft als Patient aktiv bei der Behandlung mitzumachen.“ Aus: MED-INFO Ausgabe 53, September 2005, Hrsg. AIDS-Hilfe Köln



Ohne eine solche persönliche Beziehung werden die Schwierigkeiten einer Lebenssituation, die sich in den meisten Fällen durch die Überlagerung und Überlappung verschiedener Problemfelder auszeichnet, nicht zu meistern sein. Die Erfahrung zeigt, dass es in allererster Linie die Verlässlichkeit der Beziehung Klient-Betreuer ist, die den stabilisierenden Kern der psychosozialen Arbeit bildet, ohne den Erfolge auf dem schwierigen Weg zur Verbesserung der materiellen, gesundheitlichen, sozialen, psychischen und mentalen Situation des Hilfesuchenden nicht zu erreichen sind.

Neben der HCV-Infektion treten, wie beschrieben, oft Koinfektionen mit HIV und nicht selten auch psychische Erkrankungen auf, die eine Folge des Drogenkonsums oder der Ausbildung eines Aids-Krankheitsbildes (z.B. HIV-Demenz) sein können. Ein Teil der HCV-Betroffenen mit Suchtproblemen ist „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“ (CMA). Ein wahlloses, auf die verschiedensten Formen des Drogenmissbrauchs zurückgreifendes (polytoxikomanes) Drogenkonsumverhalten ist typisch und stellt höchste Ansprüche an die motivierende und integrierende Fähigkeit des Betreuers.

Auf der anderen Seite wird in der Betreuung vom Klienten ein hohes Maß an Bereitschaft verlangt, sich auf beratende, betreuende und therapeutische Prozesse einzulassen und sie im eigenen Interesse und zum eigenen Vorteil mitzugestalten. Diese Bereitschaft lässt sich erfahrungsgemäß nur durch die intensive Betreuungsbeziehung herstellen und aufrechterhalten.

Die vielschichtige und zum Teil unübersichtliche Problemlage der Betroffenen kann wirkungsvoll nicht ohne eine engmaschige Vernetzung und Kooperation von psychiatrischer Versorgung, Suchthilfe, Medizin und Sozialarbeit bewältigt werden. Institutionell ist diese Vernetzung nicht vorgegeben und der Klient kann sie aus eigener Kraft meistens auch nicht herstellen, insbesondere, wenn er Hilfen nur in Krisensituationen in Anspruch nimmt. Deshalb ist immer wieder die koordinierende und motivierende Fähigkeit des Betreuers gefordert. Ihm fällt in der Betreuung die Aufgabe zu, für den Klienten Fallmanager und Lotse im Gesundheitssystem zu sein.

2.1 Bezugsbetreuung als Fallmanagement

Erstellen eines Gesamthilfeplanes

Ermitteln Sie systematisch den Hilfebedarf des Klienten und entwickeln Sie daraus einen Hilfeplan, der eine psychische Grundstabilisierung in den zuvor erwähnten vier Lebensbereichen zum Ziel hat. Stellen Sie sicher, dass die Koordination aller Maßnahmen in Ihrer Hand, d.h. in einer Hand liegt. Es reicht nicht aus, wenn verschiedene Helfer ohne Wissen voneinander die vielschichtigen Probleme aus ihrer fachspezifischen Perspektive heraus in Angriff nehmen. Diese Form psychosozialer Mehrfachbetreuung führt leicht zu Reibungsverlusten, Meinungsverschiedenheiten oder Kompetenzgerangel, mit Sicherheit aber zur raschen Verunsicherung sowie Überforderung und Frustration des Klienten. Die Koordination aller Hilfen kann daher vom Bezugsbetreuer nur in engster Abstimmung mit seinem Klienten erfolgen.



Schadensbegrenzung, wenn die Bereitschaft zur Mitwirkung nicht ausreicht

Das Krankheitsbild, die psychiatrische Morbidität und das Maß an sozialen Schwierigkeiten eines Klienten, aber auch einfach nur sein persönlicher Wille können Ihrer Hilfeplanung Grenzen setzen. Diese müssen Sie, falls sie sich argumentativ nicht überwinden lassen, akzeptieren. Denn ohne die entsprechende Bereitschaft des Klienten lassen sich keine nachhaltigen Erfolge erzielen. Wenn Sie also zu dem Schluss kommen, dass in diesem Einzelfall das Ziel einer „optimalen“ Behandlung bzw. Versorgung nicht zu erreichen ist, denken sie über den Einsatz schadensbegrenzender Strategien nach.

Strategien der Schadensbegrenzung (harm reduction) vermeiden ein Herausfallen des Klienten aus dem Hilfesystem und bieten, wenn auch in verringertem Umfang, die Möglichkeit, die Situation des Klienten zu verbessern und zu stabilisieren.

Machen Sie daher Ihren Klienten zumindest mit den wesentlichen Maßnahmen zur Infektionsvermeidung vertraut. Bereits durch die Kenntnis beziehungsweise die Befolgung allgemeiner Hygieneregeln, die Nutzung eines Druckraums und die Anwendung der Safer-Use-Regeln lässt sich die gesundheitliche Situation von Drogengebranchern entscheidend verbessern.

2.1.1 Unterstützung bei der Selbstversorgung

Wohnen

Die Absicherung des Wohnraums spielt eine zentrale Rolle bei der psychosozialen Grundstabilisierung und besitzt Vorrang vor allen anderen Maßnahmen. Die Einhaltung erhöhter Hygieneanforderungen, wie sie eine Hepatitis-C-Infektion verlangt, ist nur in einem angemessenen Wohnumfeld möglich. Die Wohnung muss (unabhängig davon, ob der Klient in der eigenen Wohnung oder in einem Wohnprojekt lebt) den Einschränkungen einer chronischen Erkrankung entsprechen. Mit Blick auf Phasen von Krankheit oder auch Therapie (Nebenwirkungen!) sind folgende fünf Mindestanforderungen einzuhalten:

1. Lage im Erdgeschoss, Hochparterre oder im erstem Stock (liegt die Wohnung in einem höheren Stockwerk muss ein Aufzug vorhanden sein);
2. Ausstattung mit Wohn-/Schlafraum, Küche, Bad (inklusive Dusche und WC);
3. Warm- und Kaltwasserversorgung in Küche und Bad;
4. Zentralheizung oder Gasetagenheizung in allen Räumen (keine Ofenheizung!);
5. Möglichkeit zur späteren Durchführung von Maßnahmen zur Wohnraumanpassung (barrierefreies Wohnen).

Liegen zusätzliche Erkrankungen wie Aids oder auch psychiatrische Krankheitsbilder (Depressionen, Psychosen) vor, wird oft eine Vermittlung von der vorhandenen in eine andere, ggf. behindertengerechte Wohnung erforderlich. Sind die gesundheitlichen oder auch sozialen Einschränkungen besonders groß, ist das Wohnen möglicherweise nur in einer betreuten Wohnform (Wohnprojekt oder Betreutes Einzelwohnen) möglich. Suchen Sie mit Ihrem Klienten nach einer Lösung, die ihm eine angemessene Versorgung und zugleich das größtmögliche Maß an Selbstständigkeit (und Selbstverantwortung) garantiert.



- ▶ **Die Bewältigung des Wohnungsproblems ist in der Regel Voraussetzung für den Erfolg einer medizinischen Versorgung! Gesundheitsfördernde Ernährung und das konsequente Einhalten von Hygieneregeln ist nur in angemessenem Wohnraum möglich.**

Haushaltsführung und Hygiene

Prüfen Sie im Rahmen von Hausbesuchen, ob Ihr Klient Unterstützung bei der Haushaltsführung braucht, damit er gesundheitsfördernde Ernährung und Hygiene umsetzen kann. Geben Sie ihm, wenn nötig, eine motivierende Beratung und Anleitung beim Putzen, aber auch zur Einhaltung allgemeiner Hygienestandards. Setzen Sie gegebenenfalls nur geringe Kenntnisse voraus und sprechen Sie, wenn Sie bei einem Hausbesuch die Notwendigkeit dazu erkennen, offen und in nichtdiskriminierender Form auch sensible Themen an wie

- den adäquaten Umgang mit Lebensmitteln,
- angemessene Tierhaltung,
- Vermeidung von Vermüllung,
- Vermeidung von Ungeziefer und Fäkalien im Wohnbereich.

Prüfen Sie neben dem Vorhandensein einer Wohnung und dem Zustand des Haushalts auch die gegenwärtige Wohnsituation des Klienten: Lebt er allein? Mit Partner? Mit Kindern? Mit Mitbewohnern in einer Wohngemeinschaft?

Machen Sie in jedem Fall die Übertragungswege des Hepatitis-C-Virus im Haushalt zum Thema. (Fast alle Klienten, auch wenn sie allein leben, empfangen hin und wieder Besuch oder besuchen selbst Familienangehörige, Freunde oder Bekannte).

Besprechen Sie offen und ausführlich mit dem Klienten alle Vorsichtsmaßnahmen. Die wichtigsten Punkte enthält folgende Aufzählung:

- allgemeine Hygiene beachten (Körperpflege; Händewaschen nach dem Toilettengang, vor dem Umgang mit Lebensmitteln, vor dem Zubereiten von Mahlzeiten und vor ihrem Verzehr);
- Blut-Aufmerksamkeit (Blood-Awareness) entwickeln;
- Safer Use (steriles Material und saubere Injektionstechnik beim Drogenkonsum);
- Safer Sex (Verwendung eines Kondoms beim eindringenden; Geschlechtsverkehr, kein Sperma in den Mund, keinen Blutkontakt!).

Lebt der Klient nicht allein, ist es sinnvoll, wenn die Partner, Kinder oder Mitbewohner an diesem Informationsgespräch teilnehmen. Erläutern Sie darin die Notwendigkeit einer eigenen Zahnbürste, eines eigenen Rasierers (nass oder elektrisch), einer eigenen Nagelschere und sonstiger Hygieneartikel. Ziel ist es, Blutkontakte (auch getrocknet oder in kleinsten Mengen) zu vermeiden.

Wünscht der Klient kein gemeinsames Gespräch, ist es seine Aufgabe, die Haushaltsangehörigen über Ansteckungsgefahren und Vorbeugungsmaßnahmen aufzuklären.

- ▶ **Ein ausreichender Schutz vor Ansteckung im Haushalt ist gegeben, wenn die allgemeinen Hygienevorschriften beachtet werden und jeder Haushaltsangehörige seine eigenen Körperpflegeutensilien besitzt und verwendet.**



Bei Menschen, die lange wohnungslos waren und das Wohnen verlernt (oder nie gelernt) haben, ist dieser selbstverständliche Umgang mit Hygiene und Hygieneartikeln nicht zwangsläufig vorauszusetzen. Suchen Sie nach kreativen Lösungen, um mit Ihrem Klienten darüber ins Gespräch zu kommen. Das Berliner Wohnprojekt ZIK schenkt jedem neuen Bewohner zum Einzug ein Hygiene-Set, das

- 1 Zahnputzglas,
- 1 Zahnbürste,
- 1 Zahnpasta,
- Einmalrasierer,
- 1 Seife,
- 1 Kondom
- und 1 „Beipackzettel“ zur HCV-Prävention

enthält. Das sogenannte „Starter-Kit“ macht Hepatitis C bei allen Bewohnern von Anfang an zum Thema.

Gesundheitsfördernde Ernährung

Durch eine gesunde Lebensführung und eine richtige Ernährung lässt sich der Verlauf einer chronischen Hepatitis positiv beeinflussen. Die Leber ist das zentrale Stoffwechselorgan des Körpers: Fettreiche Ernährung und übermäßiger Alkoholkonsum können zu schweren Schädigungen führen. Der weitgehende Verzicht auf Alkohol und eine fettarme Ernährung wirken sich hingegen entsprechend günstig aus.

Die früher häufig empfohlene „Leberschonkost“ gilt heute als überholt. Detaillierte Hinweise und Anregungen für eine (gesundheits)bewusste Ernährung finden Sie u.a. im Internet⁸.

Sozialrechtliche Ansprüche und Umgang mit Geld

Unterstützen Sie den Klienten bei der Beantragung und Durchsetzung seiner sozialrechtlichen Ansprüche. Chronische Erkrankungen haben in der Regel Konsequenzen für den Anspruch auf Sozialleistungen (Arbeitslosengeld II nach SGB II oder Grundversicherung bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII, Wohngeld, Krankengeld, Pflegegeld, Schwerbehindertenförderung, Erwerbsminderungsrente usw.).

Die Unterstützung des Klienten beim angemessenen Umgang mit Geld hat eine direkte Bedeutung für seinen Umgang mit der Erkrankung. Gesundheitsfördernde Ernährung, eine angemessene Hygiene (gleichgültig, ob Körperpflege oder Sauberhaltung von Wohnung und Kleidung) und einen insgesamt gesundheitsbewussten Lebensstil muss man sich leisten können. Die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse hat aus diesem Grund immer Priorität vor in der Bedürfnishierarchie höher angesiedelten Zielen. Erst wenn die materielle Existenz gesichert ist, können Fragen der gesunden Lebensführung, der sozialen Integration und der Selbstständigkeit in Angriff genommen werden.

Justizprobleme

Liegen Probleme mit der Justiz vor, fällt Ihnen in der Betreuung zunächst die Aufgabe zu, den Klienten bei der Haftvermeidung zu unterstützen, indem Sie beispielsweise



⁸ Vgl. http://www.betanet.de/betanetprint/soziales_recht/Hepatitis-C---Ernaehrung-613.html

dafür sorgen, dass vom Klienten die geforderten Bewährungsauflagen eingehalten werden. Versuchen Sie auch, mit den Justizbehörden die Einstellung von Verfahren auszuhandeln oder eine Strafaussetzung zu Gunsten einer Therapie, zur Bewährung oder Haftverschonung zu erreichen. Lange Zeit galt ein (drohender) Haftantritt als Kontraindikation für eine Hepatitis C-Therapie, weil diese im Gefängnis oftmals nicht weitergeführt werden konnte. Mittlerweile kann eine solche auch in der Haftanstalt fortgesetzt werden.

Sexualität und Drogenkonsum sind innerhalb des geschlossenen Strafvollzugs tabuisiert. Vor einem Strafantritt sollten Sie deshalb den betroffenen Klienten auf besondere Risiken einer Hepatitis-Infektion im Strafvollzug hinweisen und entsprechend über Safer Use und Safer Sex aufklären.

Vermittlung weiterführender Hilfen

Motivieren Sie Ihren Klienten, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören nicht nur medizinische und pflegerische Versorgungsleistungen. Auch psychologische und psychiatrische Hilfen oder Selbsthilfegruppen können einen sinnvollen Beitrag zur Stabilisierung und zur besseren Bewältigung des Alltags oder der Krankheit leisten. Stellen Sie allerdings fest, dass bei einem Klienten unzutreffende oder übertriebene Vorstellungen über den Umfang oder die Art der zu erwartenden Hilfen bestehen, unterstützen Sie ihn darin, eine realistischen Einschätzung der möglichen Hilfen zu entwickeln. Nur im Wissen um ihren Sinn und Zweck, ihre Art und ihren Umfang, können diese Hilfen gezielt und in angemessener Weise in Anspruch genommen werden.



2.1.2 Unterstützung bei der Tagesgestaltung und Kontaktfindung

Chronische Erkrankungen erschweren die Tagesgestaltung und verursachen oft Schwierigkeiten in Freundschaft, Partnerschaft und Sexualität. Häufig behindern sie bereits die Aufnahme und Entwicklung sozialer Beziehungen und fast immer haben sie Auswirkungen auf die Familienplanung, die im Vorfeld berücksichtigt werden müssen.

Eine strukturierte Tagesgestaltung ist von besonderer Bedeutung für Menschen, die noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, eine Arbeit oder eine arbeitsähnliche Tätigkeit auszuüben, denen also keine Struktur zur Gestaltung ihres Tages von außen vorgegeben wird. Die praktische Erfahrung von Drogenhilfe- oder Aidshilfeprojekten zeigt auch, dass Nicht-Arbeit bzw. Arbeits- und Erwerbslosigkeit bei den meisten Klienten die Regel sind. Suchen Sie deshalb gemeinsam mit Ihrem Klienten nach Möglichkeiten, den Tagesablauf einerseits so zu ordnen, dass dieser Ablauf seinem Leben den notwendigen Halt verleiht (ohne ihn dabei zu überfordern oder unbeweglich zu machen), andererseits seine Freizeit so zu gestalten, dass sie ihm Abwechslung und Erholung von der Routine bietet und seinen Interessen und Begabungen Raum gibt. Ermuntern Sie den Klienten auch bei bestehenden körperlichen oder seelischen Einschränkungen zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und überlegen Sie gemeinsam mit ihm, welche Hobbies, sportlichen Betätigungen, ehrenamtlichen Tätigkeiten oder künstlerischen Beschäftigungen seinen Neigungen entsprechen,

seine Neugier wecken oder sein Bedürfnis nach Kontakten befriedigen könnten. Berücksichtigen Sie dabei immer die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen und verfolgen Sie vor allem die Aufnahme von Tätigkeiten, die erfolgreich und ohne einen unrealistisch hohen Aufwand an Zeit, Geld, Kraft oder Geschicklichkeit zu bewältigen sind.

Neue Kontaktmöglichkeiten müssen nicht immer von der Einrichtung organisiert werden; sie lassen sich auch über offene Gruppenangebote von Selbsthilfe, Aids- oder Drogenhilfe finden. Fast immer benötigen Klienten Unterstützung bei der Recherche dieser Angebote, anfangs oft auch Begleitung durch Betreuer, da sie ansonsten nicht in der Lage sind, ihre Antriebsschwäche zu überwinden. Gerade der Alltag von Drogengebrauchern und Substituierten ist häufig gekennzeichnet von wenig aktiver und un kreativer Freizeitgestaltung.

Gesprächsgruppen, Verabredungen zum gemeinsamen Ausgehen (Kino, Kneipe, Konzertbesuch usw.) bis hin zu Tai Chi oder Yoga können Unternehmungen sein, welche die körperliche Verfassung des Klienten zulässt. Am Anfang der Betreuung sind diese Angebote aber meist noch zu hochschwellig.

Eine nahe liegende und alltägliche (bzw. Alltag vermittelnde) Gruppen-Beschäftigung, die sich bewährt hat, ist das **gemeinsame Kochen**. Fast alle Klienten können mindestens zu einer gemeinsamen Mahlzeit überredet werden. Zum verbindenden Gemeinschaftserlebnis des Speisezettel-Erstellens, Einkaufens, Zubereitens und Essens gesellt sich der Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten, die jedem Teilnehmer unmittelbar zugute kommen.

Die Zubereitung der gemeinsamen Mahlzeit gibt dem Betreuer Gelegenheit, Informationen über Hygiene im Haushalt bzw. Blut-Aufmerksamkeit zu vermitteln. Auch die entsprechenden Verhaltensweisen (Händewaschen, Tragen von Gummihandschuhen bei Verletzungen usw.) lassen sich bei dieser Gelegenheit angeleitet einüben.

Spielgruppen oder auch Turniere in den Wohnprojekten - in Berlin wird z.B. jedes Jahr ein Drachenboot-Rudern organisiert - unterhalten und fungieren als soziale Anknüpfungspunkte.

Manche Einrichtungen geben auch eine eigene Zeitung heraus, die von den Klienten gestaltet und verantwortet wird. Andere Klienten führen Tagebuch oder zeichnen, verdichten darin ihre Erlebnisse und Alltagserfahrungen. Gespräche über diese Arbeiten ermöglichen dem Betreuer mitunter einen weiteren Zugang zum Klienten und befördern den offenen Austausch mit Gleichgesinnten.

Bewährt haben sich **ergotherapeutisch angeleitete Gruppenaktivitäten**.

Ob Keramik, Seidenmalerei oder Modellbau - entscheidend für den Erfolg eines Beschäftigungsangebotes ist der konkrete Lebensweltbezug. Kann der Bewohner z.B. unter Anleitung in der Holzwerkstatt ein Regal für seine eigene Wohnung bauen, ist er dazu in der Regel viel stärker motiviert, als wenn es nur darum geht, „die Zeit tot zu schlagen“. Versuchen Sie deshalb Angebote zu schaffen oder zu vermitteln, die einen konkreten Nutzen (Mehrwert) für den Klienten darstellen.

Die **Organisation eines gemeinsamen Festes** kann über den Zeitraum von mehreren Wochen sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten bieten, ebenso wie die Vorbereitung und Durchführung einer **gemeinsamen Reise** (z. B. mit dem Wohnprojekt). Diese Aktivitäten helfen nicht nur die Freizeit zu gestalten, sondern werden von den Teilnehmern auch als Höhepunkte im Jahresablauf wahrgenommen.



Alle genannten Maßnahmen

- stärken das Selbstvertrauen, aber auch die Selbstwahrnehmung und Selbstwertschätzung,
- verbessern Gefühls- und Körperwahrnehmung,
- helfen beim Abbau von Aggressionen und psychischen Spannungen
- und fördern die Entspannungs- und Genussfähigkeit⁹.

Für die psychische Stabilität ist die Möglichkeit, an ihnen teilzunehmen und sich persönlich einzubringen, von großer Bedeutung.

Unterstützen Sie den Klienten auch, wenn er Schwierigkeiten hat, persönliche und soziale Beziehungen aufzunehmen, zu pflegen und fortzuentwickeln. Seien Sie geduldig: Die Bewältigung von Einsamkeit und Kontaktängsten - Probleme, die gerade für Menschen mit mehrfachen chronischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen typisch sind - setzt großes Vertrauen seitens des Klienten und großes Einfühlungsvermögen seitens des Betreuers voraus.

Gespräche allein können selbstverständlich nicht alle Probleme lösen, sie können aber den Leidensdruck lindern.

Neben Einsamkeit und Kontaktängsten haben viele männliche wie weibliche Klienten auch Probleme mit dem (Er-)Leben ihrer Sexualität. Libido-Störungen können eine Folge der Erkrankung(en), einer medikamentösen Behandlung oder auch substanzbedingter psychosomatischer Störungen bei Drogenabhängigkeit sein. Ermutigen Sie Ihren Klienten, mit seinem behandelnden Arzt zu klären, ob und inwiefern das der Fall ist und welche Form der Behandlung möglicherweise infrage kommt. Liegen die Störungen im seelischen Bereich, sollten Sie die Vermittlung an einen Psychotherapeuten in Betracht ziehen.

Auch wenn Sexualität und Partnerschaft für einen Klienten angstbesetzte und problematische Lebensfelder sind, sollten Sie das Gespräch mit ihm über die Safer-Sex-Regeln nicht scheuen; möglicherweise gelingt es sogar, den Partner in ein solches Gespräch miteinbeziehen. Der Schutz Dritter vor Ansteckung ist eine legitime Forderung und nicht unvereinbar mit dem Bedürfnis nach Unbeschwertheit und Nähe.

2.1.3 Hilfen zur Förderung von Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung

Eine Hepatitis C, die anfänglich symptomlos verläuft, bedeutet für den Betroffenen nicht zwingend, dass er keiner Arbeit oder Beschäftigung mehr nachgehen kann. Allerdings muss im Verlauf einer Hepatitis C-Therapie mit starken Nebenwirkungen (siehe Abschnitt 2.1.4 „Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung“) und körperlichen wie seelischen Beeinträchtigungen gerechnet werden. Bei der Diskussion um den besten Zeitpunkt für einen Therapiebeginn gilt es daher immer auch die berufliche Situation des Klienten im Blick zu haben. Kommt es in dieser Hinsicht zu Konflikten mit Arbeitgebern, versuchen Sie im gemeinsamen Gespräch im Sinne des Klienten zu vermitteln, für Verständnis zu werben und pragmatische Lösungen zu suchen, die das Arbeitsverhältnis sichern.

Wissen Sie von Ihrem Klienten, dass er regelmäßig oder sporadisch sein Geld als Sexarbeiter verdient - also anschaffen geht - besprechen Sie mit ihm offen und vorur-

⁹ Vgl. Konzept der Schule für Ergotherapie Biel. Das Bieler Modell. Ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Maßnahmen. August 2003.

teilsfrei, dass die Safer-Sex-Regeln selbstverständlich auch bei der Ausübung dieser Tätigkeit gelten und berücksichtigt werden müssen. Weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass es neben dem Schutz des Sexualpartners auch um die Vermeidung einer eigenen HCV-Reinfektion geht sowie um den Ausschluss einer (erstmaligen oder neuerlichen) HIV-Infektion.

Häufiger jedoch als die Sicherung und Fortsetzung eines bestehenden Arbeitsverhältnisses wird in der psychosozialen Arbeit mit Drogengebrauchern die bestehende Erwerbslosigkeit bzw. die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit zum Gegenstand der Betreuung werden.

Um die eigene Wertschätzung des Klienten zu festigen und seine Lebensqualität zu verbessern, prüfen Sie mit ihm ernsthaft die Möglichkeiten zur Aufnahme einer Arbeit oder Beschäftigung.

Besprechen Sie dazu mit dem Klienten zunächst seine Erwartungen und Wünsche. Wie viel Zeit und wie viel Kraft kann er in eine solche Tätigkeit investieren? Welche Art der Tätigkeit würde ihn interessieren? Welche Angebote hat er möglicherweise bereits gesehen? Welche Schritte hat er deshalb unternommen?

Finden Sie anschließend heraus, welche individuellen Erfahrungen und Voraussetzungen im Hinblick auf Beschäftigung, Arbeit und Bildung vorhanden sind. Welche Schule hat der Klient besucht? Welche Abschlüsse hat er erreicht? Hat er eine Ausbildung gemacht, und wenn ja: in welchem Beruf? Bestehen Erfahrungen mit regelmäßiger Arbeit? Wie weit liegen diese zurück? Welche zusätzlichen Qualifikationen hat der Klient erworben?

Sprechen Sie auch Faktoren an, die der Aufnahme einer Arbeit oder Beschäftigung potenziell oder objektiv im Wege stehen. Überlegen Sie gemeinsam mit dem Klienten, wie mit diesen Hindernissen umgegangen werden kann, wie eine geeignete Tagesstruktur aussehen könnte und ob Arbeitsfelder gefunden werden können, auf denen hauptsächlich die Fähigkeiten und Kenntnisse des Klienten zum Tragen kommen (und nicht seine Schwächen und Einschränkungen).

Entwickeln Sie auf diese Weise ein realistisches Bild von Wünschen und Möglichkeiten des Klienten, aber auch von seinen Leistungsgrenzen und von zu erwartenden Schwierigkeiten. Versuchen Sie diesem Anforderungsprofil eine geeignete Tätigkeit gegenüberzustellen und sorgen Sie dafür, dass Ihr Klient sich einfache und erreichbare Ziele setzt. Denn fühlt der Klient sich durch die Vorstellung, eine Arbeit aufzunehmen überfordert (und nicht angeregt und positiv gefordert), wird er keine Anstrengungen in dieser Richtung unternehmen.

Es gibt jedoch überzeugende Motive, die auch bei eingeschränkter Erwerbsfähigkeit für eine Betätigung sprechen. In erster Linie ist das die Aussicht auf

- soziale Kontakte,
- geistige Beanspruchung,
- Selbstverwirklichung
- und Abwechslung.

Einer Integration der Klienten in Arbeit steht neben möglichen persönlichen Einschränkungen und Hindernissen vor allem die momentane Arbeitsmarktlage entgegen. Auch vor diesem Hintergrund wäre es gefährlich, unrealistische Erwartungen zu wecken. Für Klienten, die lange Zeit oder nie in Arbeit oder Beschäftigung waren,



kann ein erster Schritt deshalb die Vermittlung in gemeinnützige Tätigkeiten sein. Weitere Möglichkeiten bietet die Kooperation

- mit sozialen Arbeitsprojekten,
- mit Bildungseinrichtungen und Ausbildungsinstitutionen,
- mit Beschäftigungsinitiativen.

Ein starker, zusätzlicher Anreiz, eine Arbeit oder Beschäftigung aufzunehmen, besteht selbstverständlich, wenn die Tätigkeit mit einer Entlohnung versehen ist, selbst wenn diese gering sein sollte. Da jedoch bei Maßnahmen mit Mehraufwandsentschädigung (MAE), den so genannten „Ein-Euro-Jobs“, ein Mindestmaß an Selbstdisziplin und Selbstorganisation vorausgesetzt wird, sollten Sie in derartige Tätigkeiten vor allem Klienten vermitteln, von denen Sie denken, dass sie dieser Erwartung mit großer Wahrscheinlichkeit entsprechen können. Andernfalls werden Sie den Klienten demotivieren oder sogar endgültig entmutigen.

2.1.4 Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung

Ein Lebensbereich, dem bei Vorliegen einer HCV-Infektion naturgemäß eine große Bedeutung zukommt, ist der Bereich der Krankheitsbewältigung.

Da sich die Problemlage bei chronischen Erkrankungen meist als vielschichtig und unübersichtlich herausstellt, ist die Versorgung des chronisch Kranken besonders anfällig für Über-, Unter- und Fehlversorgung, solange die unterschiedlichen Behandlungsansätze (Gesundheitsförderung, Prävention, Kur, Rehabilitation und Pflege) nicht angemessen organisiert und aufeinander abgestimmt werden. Diese Organisation und Abstimmung zu leisten, ist Aufgabe der Bezugsbetreuung.

Helfen Sie Ihrem Klienten, sich in der oft unübersichtlichen, stark segmentierten Angebotsstruktur des Gesundheitssystems zurechtzufinden und ermöglichen Sie es ihm, Zugangsbarrieren zu überwinden. Gleichzeitig stärken Sie den Klienten bei der Entwicklung persönlicher Bewältigungsstrategien (Coping). Helfen Sie ihm, als Patient zum möglichst aktiven, autonomen „Manager“ seiner Behandlung zu werden und damit die Abhängigkeit von professionellen Hilfen gering zu halten. Binden Sie dazu den Klienten und möglichst auch seine wichtigsten Bezugspersonen (Partner, Arzt, Therapeut) von Anfang an in alle Entscheidungs- und Zielbildungsprozesse der Therapie ein.

Oberstes Ziel ist es, die vorhandenen Fähigkeiten eines Klienten rechtzeitig und so weitgehend zu erhalten, dass es gelingt, den gesundheitlichen Abbau so lange wie möglich aufzuhalten und eine möglichst hohe Lebensqualität zu sichern. Dazu bedarf es einer langfristigen und verlässlichen Compliance auf Seiten des Klienten. Für die Förderung dieser Compliance in der gesundheitlichen Versorgung ist die psychosoziale Grundstabilisierung des Klienten, wie sie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben wurde, die wesentliche Voraussetzung!

Für die Stärkung der Compliance ist die Arzt-Patient-Beziehung von zentraler Bedeutung. Aus diesem Grund sollten Sie gemeinsam mit dem Klienten besondere Aufmerksamkeit auf die Auswahl des behandelnden Arztes legen und eine enge Kooperation mit spezialisierten Arztpraxen, Tageskliniken, Krankenhäusern und Pflegediensten anstreben, um die verschiedenen gesundheitlichen und psychosozialen Hilfemaßnahmen bestmöglich aufeinander abzustimmen.



Arztwahl

Anforderungen, die ein behandelnder Arzt erfüllen soll: Er

- ist fachkompetent,
- arbeitet niedrigschwellig,
- ist gut erreichbar,
- ist kooperationsbereit,
- hat im Umgang mit Drogengebrauchern oder Schwulen Erfahrung bzw. keine Berührungssängste,
- bietet HIV- und HCV-Behandlung aus einer Hand,
- betreut ggf. auch die Substitution des Klienten.

Die Behandlung der verschiedenen Erkrankungen bzw. die Substitution in einer Arztpraxis zu konzentrieren, ist nicht nur wegen der Übersicht über die verordneten Therapiemaßnahmen und Medikamente (vor allem hinsichtlich ihrer wechselseitigen Wirkung und Verträglichkeit) wesentlich, sondern auch um die Terminverbindlichkeit des Klienten nicht zu überfordern. (Das ist umso wichtiger, als viele Ärzte wiederholte Unpünktlichkeit oder gar das Nichteinhalten von Terminen durch den Patienten in der Behandlung nicht tolerieren.) Ist die medizinische Behandlung aus „einer Hand“ aufgrund der Infrastruktur in der Region nicht möglich, wird die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung mit einem erhöhten Koordinationsaufwand für den Bezugsbetreuer verbunden sein.

Standards für die Kooperation von Patient, Arzt und Betreuer

Überzeugen Sie den Klienten von der Wichtigkeit einer guten Arzt-Patient-Beziehung und streben Sie eine enge Kooperation mit dem behandelnden Arzt an. Bei Therapiebeginn und in Krisensituationen ist eine beratende Teilnahme des Betreuers an einem Gespräch zwischen Arzt und Klient sinnvoll und für beide Seiten hilfreich.

Nehmen Sie in der gesundheitlichen Versorgung eine moderierende beziehungsweise vermittelnde Rolle ein: Dem Arzt gilt es die Bedürfnisse, Einschränkungen und Ressourcen des Klienten zu erklären; dem Klienten beziehungsweise Patienten die medizinischen Fachtermini zu übersetzen.

- ▶ **Aber Achtung: Geben Sie selbst keine Therapieempfehlungen und vertreten Sie keine *second opinion*!**

Sie treten sonst in Konkurrenz mit dem behandelnden Arzt, dessen Kompetenz Sie durch eine solche „zweite Meinung“ infrage stellen. Zugleich verunsichern Sie den Klienten und beschädigen sein Vertrauen in den behandelnden Arzt, mit erwartbar negativen Folgen für seine Compliance.

Das Dreiergespräch mit dem Arzt soll dazu dienen, folgende Fragen zu klären:

Wie lautet die genaue Diagnose und welche Konsequenzen hat sie?

1. Genotyp? Fibrosestadium? Relevanz von Koinfektionen?
2. Welche Auswirkungen haben der individuelle Alkohol- und Drogenkonsum auf den Krankheitsverlauf?
3. Welche Auswirkungen hat die Ernährung auf den Krankheitsverlauf?
4. Was sollte sich im Hinblick auf Lebensgewohnheiten ändern?



5. Welche Auswirkungen hat die Diagnose für die Partnerschaft, die Familienplanung oder im Umgang mit Freunden?
6. Wie können Infektionen Dritter bzw. eigene Reinfektionen vermieden werden?
7. Welche Auswirkungen hat die Diagnose für Beruf, Arbeit, Beschäftigung?

Ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine HCV-Therapie möglich und sinnvoll?

8. Welche individuellen Erfolgsaussichten hat die HCV-Therapie im konkreten Fall?
9. Erscheinen in naher Zukunft neuere/ wirksamere/ nebenwirkungsärmere Medikamente zur Behandlung?
10. Welche Medikation wird vorgeschlagen?
11. Wann ist der richtige Zeitpunkt für den Beginn?
12. Wie lange dauert die Therapie?
13. Mit welchen Nebenwirkungen muss gerechnet werden?
14. Welche medizinischen und psychosozialen Kontraindikationen sprechen gegen eine Therapie?
15. Welche beruflichen Konsequenzen ergeben sich aus der Therapie? (Berufliche Rehabilitation vor Therapie!)
16. In welcher Weise muss der Klient bzw. Patient bei einer Therapie mitwirken?
17. Wie werden Therapietreue und Compliance vom Klienten selbst, vom Arzt und vom Betreuer eingeschätzt?
18. Wie kann Beratung und Betreuung den Therapieerfolg unterstützen?
19. Was muss der Klient im Hinblick auf Terminverbindlichkeit, Drogen- und Alkoholkonsum leisten bzw. ändern, um zum Erfolg der Therapie beizutragen?

Die Relevanz der oben genannten Fragen lässt sich aus folgendem Fallbeispiel ableiten.

Ausgangssituation vor Beginn einer HCV-Therapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin: Gerd S. ist 44 Jahre alt, hat eine chronische Hepatitis C (Genotyp 1), eine (noch) nicht behandlungsbedürftige HIV-Infektion und ist seit 20 Jahren i.v. drogenabhängig. Seit 3 Jahren wird Gerd S. Methadon-substituiert; seit fast 1 Jahr ist er weitgehend ohne Beigebrauch psychoaktiver Substanzen. Ein Alkoholproblem besteht nicht. Gerd S. ist oft antriebsarm und neigt zu depressiven Verstimmungen. Seine körperliche Verfassung ist trotz der Koinfektion mit HIV gut. Seit 2 Jahren wird Gerd S. im Rahmen des Betreuten Einzelwohnens beim Berliner Träger ZIK psychosozial betreut. Zwischen Klient und Bezugsbetreuerin besteht ein gutes Betreuungsverhältnis.

Mit dem behandelnden Arzt einer HIV-Schwerpunktpraxis, der auch die Substitutionsbehandlung durchführt, hat Gerd S. nach anfänglichen Problemen aufgrund von Drogenrückfällen (Kokain-Beikonsum) eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung entwickeln können. Klient, Sozialarbeiterin und Arzt kooperieren seit 2 Jahren miteinander: In 2 bis 3-monatigem Abstand finden Dreiergespräche zur Substitutionsbehandlung statt, aber auch zur HIV/HCV-Koinfektion.

Gerd S. lebt seit 6 Monaten mit seiner Freundin in der eigenen Wohnung zusammen. Die Freundin von Gerd S. wird ebenfalls substituiert, allerdings von einer anderen Arztpraxis. Sie hat keine HCV-Infektion und auch keine andere chronische Erkrankung; ihre psychosoziale Betreuung erfolgt über eine Drogenberatungsstelle.

Gerd S. hat keine Berufsausbildung, arbeitet aber ehrenamtlich in der sogenannten ZIK-Orangerie, einem Kiez-Restaurant, das als Arbeits- und Beschäftigungsprojekt



ebenfalls zum psychosozialen Betreuungskonzept gehört. Dort wird Gerd S. auf eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme vorbereitet.

Bereits sechs Monate vor Therapiebeginn wurden in Dreiergesprächen mit dem Arzt, aber auch in Einzelgesprächen mit der Betreuerin, Vor- und Nachteile einer Hepatitis C-Behandlung der chronischen Hepatitis C und der „richtige Zeitpunkt“ intensiv diskutiert.

Folgende Argumente sprachen aus Sicht von Gerd S. eher für den Therapiebeginn:

- Bei einer HCV/HIV-Koinfektionen ist die Gefahr einer lebensbedrohlichen Zirrhose oder eines Leberkarzinoms besonders groß. Sein Arzt rät daher prinzipiell zur HCV-Therapie.
- Die HIV-Infektion von Gerd S. ist noch nicht behandlungsbedürftig. Da Nebenwirkungen bei gleichzeitiger Behandlung einer HIV-Infektion i.d.R. stärker sind, sollte mit einer HCV-Therapie früh begonnen werden.
- Die Substitutionsbehandlung verläuft seit einem Jahr weitgehend ohne Drogengebrauch. Das erhöht die Chance einer hohen Therapietreue und vermindert das Risiko einer Reinfektion nach erfolgreicher Therapie.
- Leberbelastender Alkoholkonsum spielt keine Rolle.
- Gerd S. lebt in einer Partnerschaft, die als unterstützend erlebt und als belastbar einschätzt.
- Mit seiner Bezugsbetreuerin hat Gerd S. eine vertrauensvolle und tragfähige Betreuungsbeziehung entwickelt. Da die Kosten für die Betreuung auch längerfristig übernommen werden, kann vor einer psychosozialen Begleitung während der gesamten Therapie ausgegangen werden. Auf Antrag kann die betreuende Sozialarbeiterin den Aufwand bei Bedarf auch kurzfristig anpassen. Eine entsprechende Vereinbarung wurde mit dem Kostenträger der Maßnahme abgesprochen.
- Eine psychosoziale Grundstabilisierung (Wohnung, Ernährung, Hygiene, Tagesstruktur und Beschäftigung) wurde bereits in der Betreuung erreicht. Es sind also gute Voraussetzungen für Compliance in der Betreuung geschaffen worden.
- Da Gerd S. wegen seiner Methadonsubstitution regelmäßig die Arztpraxis aufsucht, schätzt er seine Terminverbindlichkeit bei der Behandlung hoch ein. Arzt und Betreuerin teilen diese Ansicht.

Folgende Argumente sprachen aus Sicht von Gerd S. eher gegen den Therapiebeginn:

- Gerd S. ist mit dem HCV-Genotyp 1 infiziert, der weniger gut behandelbar ist als die Genotypen 2 und 3. Die Heilungschancen liegen bei der Standardtherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin bei unter 50%. Bei den neuen Medikamenten (Telaprevir, Boceprevir) ist sie deutlich höher, ist aber mit noch stärkeren Nebenwirkungen schlechter verträglich. Die Therapiedauer beträgt meistens bis zu einem Jahr und ist damit doppelt so lang wie bei den „günstigen“ Genotypen.
- Gerd S. hat Ängste vor den Nebenwirkungen und befürchtet insbesondere Depressionen, die eine Belastung für seine Beziehung sein könnten.

Ziel der psychosozialen Betreuung war es von Beginn an, die Patientenmündigkeit von Gerd S. so zu stärken, dass er mit dem Arzt gemeinsam eine Entscheidung für oder gegen die HCV-Therapie fällen kann.



Trotz der eingeschränkten Heilungschancen entschied sich Gerd S. zusammen mit seinem Arzt für eine HCV-Therapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin. Der Arzt klärte ihn außerdem darüber auf, dass die Nebenwirkungen in jedem Einzelfall sehr unterschiedlich sind. Als Prophylaxe gegen Depression verordnete er 6 Wochen vor Therapiebeginn das Antidepressivum Citalopram.

Zum Verlauf der Therapie:

In den ersten sechs Wochen litt Gerd S. unter grippeähnlichen Symptomen, die danach allerdings abklagen. Nach 2 Monaten nahmen Antriebsschwäche und depressive Verstimmungen zu. Gerd S. beschreibt diese Zeit rückblickend als besonders problematisch, da sich gleichzeitig sein „Suchtdruck“ verstärkte. Die Beziehung zur Freundin war ebenfalls belastet. Gerd S. übernahm weniger Verantwortung im Haushalt, Streitereien -auch über Geld - häuften sich. In der Bezugsbetreuung verpasste Gerd S. diverse Termine, die ehrenamtliche Arbeit im Beschäftigungsprojekt gab er auf.

Es erwies sich als hilfreich, dass in dieser Phase eine Stundenerhöhung in der psychosozialen Betreuung kurzfristig durchgesetzt werden konnte. Methodisch war ein verändertes Vorgehen der Bezugsbetreuerin erforderlich. Statt Treffen in der Einrichtung zu verabreden, organisierte sie nun häufiger Hausbesuche. Bei Kontaktabbruch wurden auch spontane Hausbesuche der Sozialarbeiterin durchgeführt. Dieses Vorgehen hatte sie bereits vor der HCV-Therapie mit ihrem Klienten vereinbart. Motivierende Gespräche¹⁰, aber auch konkrete Hilfestellungen bei sozialrechtlichen Angelegenheiten, beim Umgang mit Geld, bei der Schlichtung von Streitigkeiten mit der Freundin und bei der Aufarbeitung von Drogenrückfällen (Dreiergespräche mit dem Arzt) standen im Vordergrund der Betreuung. Krisensituationen wurden während der gesamten Therapie von Phasen der Stabilisierung abgelöst. Der Betreuungsaufwand wurde mehrfach angepasst.

Gerd S. hat die HCV-Therapie nach knapp einem Jahr erfolgreich abgeschlossen. Er wird nach wie vor von der Einrichtung ZIK psychosozial betreut, allerdings mit einem verringerten Stundensatz. Die während der Therapie abgebrochene ehrenamtliche Beschäftigung will er wieder aufnehmen.

Die Entscheidung über einen Therapiebeginn ist auch von diversen somatischen und psychosozialen Faktoren abhängig. Als Kontraindikationen gelten u.a.

- dissoziale Persönlichkeitsstörungen,
- affektive Psychosen,
- Unterbrechung der beruflichen Rehabilitation,
- weniger als 12 Monate dauernde Opiatabstinenz,
- erheblicher Beikonsum bei Substituierten,
- erkennbar schlechte Compliance.

Unterstützen Sie deshalb Ihren Klienten, die notwendigen Voraussetzungen für eine HCV-Therapie zu erfüllen. Wenn der Klient sich gerade zur Aufnahme einer Arbeit entschlossen hat, kann es sinnvoll sein, mit dem Therapiebeginn zu warten, bis er sich in diesem Lebensbereich sicher fühlt und in der Lage ist, möglichen Nebenwirkungen zu begegnen. Wägen Sie im gemeinsamen Gespräch mit Klient und Arzt ab, welches Ziel zum gegenwärtigen Zeitpunkt Vorrang haben sollte.

10 Gesprächstechniken wie das „Motivational Interviewing“ haben sich als hilfreich erweisen. Vgl.: W.R. Miller / S. Rollnick: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau 2004.

Um den Verlauf der Therapie zu erleichtern, kann es in einigen Fällen sinnvoll sein, bereits vor Therapiebeginn eine Behandlung mit Psychopharmaka bzw. Antidepressiva einzuleiten. Bei Drogenkonsumenten sollte zudem über eine Erhöhung des Substitutes nachgedacht werden, um Suchtdruck, der in Folge der Behandlung entstehen/ zunehmen kann, vorzubeugen.

Unterstützen Sie den Klienten, wenn er während einer Interferon/Ribavirin-Kombitherapie oder bei einer Telaprevir/Boceprevir-Therapie somatische und psychische Nebenwirkungen der Behandlung zu bewältigen hat. Treffen Sie sich ggf. mit Klient und Arzt zu einem erneuten Dreiergespräch.

Treten akute psychiatrische Probleme im Verlauf einer Hepatitis C-Therapie auf, vermitteln Sie entsprechende Hilfen:

- Behandlung mit Psychopharmaka bzw. Antidepressiva,
- Psychotherapie,
- Kooperation mit einem Psychiater.

Besteht Pflegebedarf, wählen Sie gemeinsam mit dem Klienten einen fachlich qualifizierten Pflegedienst, der den Bedürfnissen chronisch mehrfach beeinträchtigter Klienten gerecht wird, eine psychiatrische Fachpflege anbietet und somatische Begleiterkrankungen von Drogen- und Alkoholkonsumenten versorgen kann. Streben sie auch hier eine enge Kooperation an.

Rechnen sie damit, dass ein Teil der Klientel den Substanzkonsum auch dann nicht einstellen wird oder einstellen kann, wenn krisenhafte Lebensphasen bewältigt sind und eine psychosoziale Grundstabilisierung erreicht wurde. Richten Sie stattdessen den Fokus Ihrer Betreuungsarbeit darauf, den Klienten durch individuelle Regeln und Maßnahmen zunächst bei der „Schadensbegrenzung“ zu unterstützen. Hierunter sind vor allem niedrigschwellige lebenspraktische Hilfen zu verstehen. Sie erhalten so die Betreuungsbeziehung aufrecht; möglicherweise ist der Klient zu einem späteren Zeitpunkt zu einer weitergehenden Zusammenarbeit mit Ihnen bereit. Halten Sie die Tür dazu nach Möglichkeit offen!

Zur Schadensbegrenzung gehört, wie beschrieben, die Prävention einer Ansteckung Dritter und die Vermeidung von Reinfektionen. Ihre Mindestanforderung an den Klienten im Umgang mit seiner HCV-Infektion lautet daher:

- ▶ **Die allgemeinen Hygieneregeln beachten, Blutaufmerksamkeit entwickeln, eigene Hygieneartikel verwenden und die Regeln von Safer Use und Safer Sex kennen und befolgen!**



3. Checkliste Hepatitis C

Die folgende Checkliste fasst die wesentlichen Maßnahmen, die innerhalb der psychosozialen Beratung und Betreuung von Menschen mit chronischer Hepatitis C noch einmal zusammen.

Hepatitis C zum Gegenstand der Betreuung machen:

Die Reihenfolge und Notwendigkeit der Maßnahmen kann fallspezifisch variieren.

SOFORTMASSNAHMEN BEI ALLEN AUFGENOMMENEN KLIENT(INN)EN																									
Aufklärung / Infektionsvermeidung																									
1	Übertragungsrisiken: Re-Infektionsmöglichkeiten, Infektionen Dritter, Koinfektionen (Alltagshygiene, Safer Use, Sexualpraktiken)																								
2	Erhöhung des Hygiene- / Blutbewusstseins (Schlagwort: „Händewaschen“)																								
3	Verlauf der Infektion, Risiken bei Nichtbehandlung sowie Test-, Impf- und Behandlungsmöglichkeiten besprechen																								
4	Testen lassen: Hepatitis A, B und C / HIV (Koinfektionen)																								
5	Hepatitis A und B Impfung fordern und fördern																								
FOLGEMASSNAHMEN BEI BETROFFENEN KLIENT(INN)EN																									
Behandlungsoptionen klären: (in Kooperation mit dem Arzt / keine „Second Opinion“)																									
6	Motivation zur Behandlung und Behandlungsoptionen individuell prüfen																								
7	Auf Meldepflicht des Arztes hinweisen																								
8	Beratung zur Arztwahl, Dreiergespräche, ggf. Zweitmeinung																								
9	Diagnose: Genotyp, Fibrotestadium, Relevanz von Koinfektionen, Vorbehandlung (Relapser / Non-Responder)																								
10	Konsequenzen: Ernährung, Alkohol- und Drogenkonsums, Lebensgewohnheiten, Verbindlichkeit, Partnerschaft, Familienplanung, Umgang mit Freund(inn)en, Arbeit, Beschäftigung																								
11	Therapiebeginn: Erfolgsaussichten, günstiger Zeitpunkt, neue Therapieoptionen, Therapiedauer, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Kontraindikationen																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Therapiebegleitung</th> <th>Krankheitsbegleitung:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Wenn Behandlung nicht erfolgreich war oder (z.Zt.) nicht möglich / erwünscht ist</td> </tr> <tr> <td>12 Informationen zu mögl. Therapieverläufen und Nebenwirkungen</td> <td>Informationen zum Krankheitsverlauf</td> </tr> <tr> <td>13 Therapievorbereitungen: Mitwirkung durch Klient(in), Medikamente (Einnahmeschemata), ggf. Erhöhung des Substituts / Einstellung mit Antidepressiva</td> <td>Schadensbegrenzung / -minimierung</td> </tr> <tr> <td>14 Absprachen mit Arbeitgeber, JobCenter und Kostenträger</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 Alltagsstruktur anpassen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 Umgang mit Nebenwirkungen</td> <td>Krankheitsbewältigung</td> </tr> <tr> <td>17 Regelmäßige Dreiergespräche zur Verlaufskontrolle</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 Compliance bzw. Adhärenz stärken und Durchhaltevermögen fördern</td> <td>ggf. Behandlungsmotivation fördern</td> </tr> <tr> <th colspan="2">MASSNAHMEN NACH ERFOLGREICHER THERAPIE</th> </tr> <tr> <td>19 Nachuntersuchungen empfehlen (alle 6 Monate)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>20 Re-Infektionsmöglichkeiten thematisieren</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Therapiebegleitung	Krankheitsbegleitung:		Wenn Behandlung nicht erfolgreich war oder (z.Zt.) nicht möglich / erwünscht ist	12 Informationen zu mögl. Therapieverläufen und Nebenwirkungen	Informationen zum Krankheitsverlauf	13 Therapievorbereitungen: Mitwirkung durch Klient(in), Medikamente (Einnahmeschemata), ggf. Erhöhung des Substituts / Einstellung mit Antidepressiva	Schadensbegrenzung / -minimierung	14 Absprachen mit Arbeitgeber, JobCenter und Kostenträger		15 Alltagsstruktur anpassen		16 Umgang mit Nebenwirkungen	Krankheitsbewältigung	17 Regelmäßige Dreiergespräche zur Verlaufskontrolle		18 Compliance bzw. Adhärenz stärken und Durchhaltevermögen fördern	ggf. Behandlungsmotivation fördern	MASSNAHMEN NACH ERFOLGREICHER THERAPIE		19 Nachuntersuchungen empfehlen (alle 6 Monate)		20 Re-Infektionsmöglichkeiten thematisieren	
Therapiebegleitung	Krankheitsbegleitung:																								
	Wenn Behandlung nicht erfolgreich war oder (z.Zt.) nicht möglich / erwünscht ist																								
12 Informationen zu mögl. Therapieverläufen und Nebenwirkungen	Informationen zum Krankheitsverlauf																								
13 Therapievorbereitungen: Mitwirkung durch Klient(in), Medikamente (Einnahmeschemata), ggf. Erhöhung des Substituts / Einstellung mit Antidepressiva	Schadensbegrenzung / -minimierung																								
14 Absprachen mit Arbeitgeber, JobCenter und Kostenträger																									
15 Alltagsstruktur anpassen																									
16 Umgang mit Nebenwirkungen	Krankheitsbewältigung																								
17 Regelmäßige Dreiergespräche zur Verlaufskontrolle																									
18 Compliance bzw. Adhärenz stärken und Durchhaltevermögen fördern	ggf. Behandlungsmotivation fördern																								
MASSNAHMEN NACH ERFOLGREICHER THERAPIE																									
19 Nachuntersuchungen empfehlen (alle 6 Monate)																									
20 Re-Infektionsmöglichkeiten thematisieren																									

Tabelle XX: Checkliste Hepatitis C



4. Ein Therapiebericht: Interferonbehandlung für DrogengebraucherInnen ja oder nein?

In Deutschland sind nach offiziellen Angaben etwa 500.000 Menschen mit dem Hepatitis C Virus (kurz HCV) infiziert.

Insbesondere DrogengebraucherInnen, die ihre Substanzen intravenös konsumieren, sind eine der Hauptbetroffenengruppen von HCV Infektionen. Studien zeigen, dass je nach untersuchter Subgruppe zwischen 50 und 90% mit dem Hepatitis C Virus infiziert sind.

Darüber hinaus zeigt sich in den letzten Jahren auch ein Anstieg von HCV Infektionen bei Männern die mit Männern Sex haben (MSM)

Substituierte in der Interferonbehandlung

Bis vor wenigen Jahren galt die Interferonbehandlung bei Substituierten als Kontraindikation. Das hatte zur Folge, dass diese Behandlungen bei Drogenkonsumenten und Substituierten nicht oder nur sehr selten von den Krankenkassen übernommen wurden und dementsprechend kaum durchgeführt wurden. Erst spezielle Studien, die ein dauerhaftes virologisches Ansprechen bei Substituierten (SVR = Sustained Virologic Response) im Fokus hatten, trugen dazu bei, dass nach und nach die Interferonbehandlung bei Personen die sich in einer Substitution befinden als bestes Setting für eine erfolgreiche Interferonbehandlung gesehen wird.

Je nach Genotyp, Geschlecht und Fibrosegrad (Grad der Entzündung) der Leber weisen substituierte Patienten eine bessere Compliance und höheres virologisches Ansprechen auf als opiatnaive HCV infizierte.

Dennoch werden heute nur etwa 15 - 20% der behandlungsbedürftigen HCV infizierten DrogengebraucherInnen antiviral behandelt.

Für diese immer noch zu geringe Quote der HCV Behandlungen gibt es sicherlich unterschiedliche Gründe.

- Vielen SuchtmedizinerInnen, die die Substitutionsbehandlung durchführen, fehlen Fachkenntnisse um diese Behandlung durchzuführen.
- Gastroenterologen und Hepatologen, die fachliche Voraussetzungen aufweisen, haben nur geringes Interesse Drogenkonsumenten zu behandeln.
- Viele Substitutionspatienten sind von der Behandlung aufgrund vermeidlicher oder tatsächlich fehlender Compliance ausgeschlossen.

Nach dem Motto „Bad News are good News“ werden in der Community Drogen gebrauchender Menschen mehrheitlich Negativerlebnisse in Bezug auf Nebenwirkungen, Therapieabbrüche und Relapse weitergegeben. Hierdurch gibt es bei vielen Substituierten große Ängste und Vorbehalten gegenüber der Interferonbehandlung.

- ▶ **Um die Vorbehalte auf Seiten der Ärzte, der Drogengebraucher und Substituierten sowie vieler Drogenberater zu minimieren, müssen Positiverlebnisse im Rahmen der Interferonbehandlung bei Substituierten beschrieben werden.**



Darüber hinaus gilt zu verdeutlichen, dass Therapieverläufe vielfältig und individuell völlig unterschiedlich sein können.

Wusstet ihr eigentlich, dass

- die Interferonbehandlung gegen den Hepatitis C Virus nicht einer 12- monatigen Quälerei gleichen muss?
- Erfolgsraten von bis zu 90% möglich sind?
- es gegen die Hepatitis C keine Impfung gibt?
- eine Reinfektion möglich ist?
- weltweit ca. 10 Millionen i.v.-Drogengebraucher entweder eine Hepatitis C durchgemacht haben oder an einer akuten oder chronischen Infektion leiden.

Tipps und Hinweise für eine erfolgreiche Interferonbehandlung

...denn auf den Arzt kommt es an

Als ich mich vor einigen Jahren entschloss eine Interferonbehandlung zu beginnen, hat mein Arzt hier eine entscheidende Rolle gespielt.

Er hat meine Ängste, die selbstverständlich vorhanden waren, weitgehend nehmen können. Er hat mir die Chancen aufgezeigt die eine solche Behandlung bietet. Ich wurde mir bewusst, dass es keine wirkliche Alternative zur Interferontherapie gab.

- Es gab keine wirklich erfolgversprechende Alternativbehandlung.
- Meine Leber wies einen Fibrosegrad zwischen 2- und 3 auf.
- Bei einem gleichbleibenden Fortschreiten des Fibrosegrads wäre meine Leber in weiteren 10 Jahren so geschädigt gewesen, dass dies lebensbedrohliche Folgen gehabt hätte.

► Der Beziehung zum behandelnden Arzt kommt für eine Interferontherapie eine große Bedeutung zu.

Er oder sie wird Dein enger Begleiter in den nächsten Monaten sein. Daher ist - neben der fachlichen Expertise - wichtig dass Du ein gewisses Vertrauensverhältnis zu ihm/ihr hast.

Dies war bei mir gegeben und dennoch habe ich unzählige Anläufe benötigt bis ich schließlich mit der Behandlung startete.

Denn

- da war die Angst nicht arbeitsfähig zu sein,
- da war die Angst vor einer 12 monatigen antiviralen Behandlung,
- da war die Angst vor den immer wieder beschriebenen Nebenwirkungen wie entzugsähnliche Symptome einer Grippe, Haarausfall, Depressionen usw.,
- da waren die vielen Negativerlebnisse über die mir andere berichteten.

Der Behandlungsbeginn

Ich erhielt eine Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon (mit längerer Wirkzeit und daher nur einmal wöchentlich anzuwenden) und Ribavirin. Einmal wöchentlich musste ich mir fortan das Interferon die die Bauchfalte oder in den Oberschenkel spritzen und täglich mein Ribavirin einnehmen.

Nachdem die erste Spritze in der Arztpraxis verabreicht wurde, führte ich in der Folgezeit die Injektionen immer zu Haus durch. Ich weiß noch genau wie aufgeregt ich vor der ersten Injektion war. Ich wartete förmlich auf die (negative) Wirkung. Manch-



mal kam mir dieses Gefühl aus jener Zeit bekannt vor, wenn ich auf das Einsetzen der Wirkung des Heroins wartete. Ich hörte in mich herein, aber auch als ich noch so sensibel auf die Wirkung oder die vielbeschriebenen Abwehrreaktionen meines Körpers wartete - es passierte nix.

Auch in der nächsten und übernächsten Woche war ich erstaunt über den komplikationslosen und symptomlosen Verlauf der Behandlung. Ich bekam erste Zweifel ob die Behandlung überhaupt anschlägt, da mir mein Arzt doch immer sagte „Nebenwirkungen sind auch immer ein Zeichen für die Wirksamkeit der Behandlung“. Sollte die Behandlung also überhaupt keine Wirkung entfalten?

Der Einnahmerhythmus

Da der Tag der Einnahme und der Tag danach die unangenehmsten Nebenwirkungen verursachen sollten, entschied ich mich zum Therapiebeginn dafür meine Interferondosis immer Freitag zu nehmen. So konnte ich die Wochenenden nutzen um die Nebenwirkungen zu behandeln und mich anschließend zu erholen. Dies hatte den Vorteil, dass ich fit für die folgende Arbeitswoche war.

Wo bleiben die Nebenwirkungen?

Ich konnte es kaum glauben, sollen doch gerade die ersten Injektionen und die damit verbundene Umstellung des Körpers überaus nebenwirkungsreich sein. Außer ein paar Tagen mit Kopfschmerzen am Morgen und reduziertem Appetit verliefen die ersten Wochen schließlich sehr erträglich.

Nach 2 Monaten - der entscheidende Tag

Da ich so sehr wenig von der Behandlung spürte war ich ziemlich aufgeregt als 2 Monate nach Therapiebeginn die erste entscheidende Untersuchung über den Fortgang der Behandlung anstand. Sollte nicht ein deutlicher Abfall der Viruslast erkennbar sein hätte die Behandlung abgebrochen werden müssen, da eine spätere Reduzierung der Viruslast höchst unwahrscheinlich ist und dem Körper die anstrengende Therapie erspart wird. Als schließlich ein deutlicher Abfall der Viruslast bei mir festgestellt wurde, war dies wie ein Motivationsschub. Es war schon merkwürdig aber ich freute mich letztendlich über die Fortsetzung dieser Behandlung. Weitere 10 Monate standen vor mir. Nun aber mit dem Wissen dass die Medikamente wirken und die Hepatitis C Viren bekämpfen.

Erträglich aber kontinuierlich - die Nebenwirkungen

Diese Motivation konnte ich nun auch gebrauchen, denn die beschriebenen Nebenwirkungen traten nun - wenn auch nicht außerordentlich heftig- aber umso kontinuierlicher auf. Meine Appetitlosigkeit führte zu einem spürbaren Gewichtsverlust von schließlich 17 Kilo. Ich verspürte auch in emotionaler Hinsicht Veränderungen. Ich fühlte mich nun, als wenn mich lediglich eine sehr dünne Schutzhülle umgibt, die beim geringsten Stress erste Risse zeigt.

Ich war schnell erschöpft und es gab Tage an denen ich, wenn nicht alles 100%ig lief, körperlich und mental völlig erschöpft um die Mittagszeit mein Büro verlies. Rückblickend denke ich, dass es wichtig ist auf diese Signale des Körpers zu hören und nicht dagegen anzukämpfen.



Familie und soziale Netzwerke - wichtige Faktoren während der Therapie

Intakten sozialen Netzwerken mit Partner/Partnerin, Freunden und Bekannten kommt in jeder Lebensphase eine wichtige Bedeutung zu. Allerdings nahm der Stellenwert von „Geborgenheit“, „Sicherheit“ und Partnerschaft im Rahmen der Interferontherapie mit physischen und psychischen Veränderungen an Wichtigkeit zu.

Ich mag mir nicht vorstellen wie diese Zeit ohne meine Lebenspartnerin und meine Arbeitskollegen und Freunde verlaufen wäre. So überstand ich die Interferonbehandlung ohne die zusätzliche Gabe von so genannten „Stimmungsaufhellern“ wie Tranquilizern oder anderen Medikamenten der Gruppe der Antidepressiva.

Das dicke Ende kam zum Schluss

Die Wochen und Monate vergingen und ich arrangierte mich mit meiner Therapie. Die positive Entwicklung, die sich u. a. auch in der Verringerung der Viruslast ausdrückte half mir die immer wieder auftretenden „schlechten Zeiten“ verbunden mit Kopfschmerzen, Übelkeit, Abgeschlagenheit, Gereiztheit und allgemeinen körperlichen Schwächegefühlen zu überwinden.

Ich hatte mich dazu entschieden meinen Arbeitgeber über die Behandlung zu informieren auf eventuell vermehrt auftretende Arbeitsausfälle vorzubereiten. So bog ich eigentlich gefestigt in das letzte Viertel meiner 12- monatigen Therapie ein. Als mich immer öfter der Gedanke ereilte „in wenigen Tagen oder Wochen hab ich es überstanden“ traf es mich faustdick. Durch den Abfall der weißen Blutkörperchen (Leukozyten), die für die Abwehr von Krankheitserregern zuständig sind, wurde mein Körper immer anfälliger für Entzündungen. Ein tagelanger Husten verbunden mit hohem Fieber entwickelte sich zu einer Lungenentzündung, die stationär im Krankenhaus behandelt werden musste. Kaum wieder zu Hause (es war der Morgen des Heiligen Abend) schlug direkt die nächste Infektion zu. Als ich nach dem Aufstehen kaum mehr sitzen oder stehen konnte ergab eine Untersuchung im Krankenhaus die Diagnose „Nebenhodenentzündung“. Durch die hochdosierte Gabe von Antibiotika bekam ich auch diese „Nebenwirkung“ der Interferonbehandlung in den Griff.

Das erfolgreiche Therapieende

Ich sehnte das Ende der Therapie nach 12 Monaten Behandlung förmlich herbei. Zum Abschluss der Behandlung war ich Virusfrei. Ich hatte viel über so genannte Relapser - also Patienten bei denen nach dem Absetzen der Medikamente der Hepatitis C Virus wieder zurückkehrte- gehört. Aber alles war gut- auch 6 Monate nach Absetzen der Medikamente war ich Virusfrei. Meine Therapie war also erfolgreich verlaufen- und dies obwohl ich mit Genotyp 1b eher weniger günstige Erfolgsaussichten hatte als andere HCV infizierte mit Genotyp 2 oder 3.

Nach Absetzen der Medikamente kam mein Appetit genauso schnell wieder, wie er mir während der Behandlung vergangen war. So dauerte es nur wenige Monate bis ich mein Ausgangsgewicht wieder herstellen konnte. Die Entzündungen hatte ich gut überstanden. Erst jetzt ohne eine chronische HCV Infektion merkte ich, wie mich der Virus vor der Behandlung einschränkte. Nun hatte ich wieder mehr Energie und die vor der Behandlung zur Normalität gewordene Müdigkeit und die schnelle Erschöpfung gehörten der Vergangenheit an.



Heute gut 7 Jahre nach meiner Therapie bin ich weiterhin virusfrei. Dies lasse ich mir in Abständen von 6 Monaten immer wieder von meinem Arzt bestätigen. Für mich haben sich die Anstrengungen wirklich gelohnt und im Rückblick bin ich sehr froh über meine Entscheidung für eine Interferonbehandlung.

Hört auf Euer Bauchgefühl und Euren Arzt.

All denen die sich seit Tagen, Monaten oder Jahren mit dem Gedanken um eine Interferonbehandlung tragen möchte ich sagen:

- Lasst Euch von vermeidlichen oder tatsächlichen „Horrorgeschichten“ anderer nicht von der Interferonbehandlung abschrecken, denn jede Therapie verläuft anders.
- Sollten Veränderungen in Eurem Leben bevorstehen wie z.B. ein neuer Job, Haftantritt, abzusehende Krankenhausaufenthalte so wartet noch ein paar Wochen oder Monate bis ihr mit Eurer Therapie beginnt.
- Sucht Euch einen Arzt, der in der antiviralen Behandlung der Hepatitis C erfahren ist und menschlich zu Euch passt.
- Wenn die Interferonbehandlung nicht durch Euren Substitutionsarzt durchgeführt werden kann, sollte der Arzt der die Interferonbehandlung durchführt in engem Kontakt zum substituierenden Arzt stehen.
- Neben dem Arzt können Partner/Freunde und Bekannte während der Therapie stützende Effekte haben und Dir über schwierige Phasen hinweghelfen.
- Sei konsequent in der Einnahme deiner Medikamente. Die Therapie ist nicht erfolglos wenn Du mal eine Tablette oder Spritze vergisst. Aber wenn Du nicht mindestens 80% der verordneten Medikamente einnimmst sinken die Chancen für einen Therapieerfolg drastisch.



129

Neue Medikamente, neue Hoffnung?

Mit den Proteasehemmern Boceprevir (Produktname Victrelis®) Telaprevir (Produktname Incivo®) gibt es neue Medikamente zur Behandlung von Genotyp 1 Patienten. Beide neuen Medikamente können zusammen mit Interferon und Ribavirin erfolgreich bei unbehandelten („therapienaiven“) Patienten eingesetzt werden. Auch bei Patienten, die vorübergehend oder teilweise auf die Behandlung mit Interferon und Ribavirin angesprochen haben („Relapser“ oder „Teilresponder“), verbessern die neuen Medikamente die Heilungsraten deutlich. Die Therapie wird aber auch nebenwirkungsreicher. Da beide Medikamente alle acht Stunden eingenommen werden müssen kann das Therapieregime insbesondere für Substituierte etwas schwieriger werden.

Informiert Euch bei Eurem substituierenden Arzt oder bei Eurer Drogen- oder AIDS Hilfe über diese neuen Behandlungsmöglichkeiten. (Mehr dazu im Kapitel „Behandlung“)

Die Therapie ist sicherlich anstrengend aber sie muss keineswegs zur Quälerei werden. Es gibt genug Berichte über sehr milde Therapieverläufe mit geringen Nebenwirkungen. Heute kann die Behandlungsdauer auf 6 oder 9 Monate verkürzt werden. Jede Therapie verläuft anders.

Es gibt also viele Gründe eine Interferontherapie in Angriff zu nehmen.

Dirk Schäffer

BETREUUNG



130

IV ARBEITSPLATZ, RECHT, SOZIALRECHT

1. Arbeitsschutz

BASISWISSEN

Beschäftigte dürfen weder selbst gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt sein, noch dürfen Beschäftigte andere Menschen (KollegInnen und/oder KlientInnen) gefährden.

Der Arbeitgeber übernimmt mit Abschluss des Arbeitsvertrages eine Fürsorgepflicht für Leben und Gesundheit des Arbeitnehmers. Eine regelmäßige Aufklärung und Information des Personals über Schutzmaßnahmen und Unfallverhütungsvorschriften zur Verhinderung von Infektionen ist notwendig. Entsprechende Informations- und Trainingsveranstaltungen müssen regelmäßig abgehalten werden. Arbeitgeber sind verpflichtet, über Sicherheits- und Hygienebestimmungen zu informieren, die notwendigen Maßnahmen zu ermöglichen (z.B. Schutzimpfungen) und ihre Einhaltung zu überwachen. Der Arbeitnehmer kann die Einhaltung der Arbeitsschutz- und Hygienevorschriften verlangen. Die Beschäftigten selbst werden verpflichtet, sich aktiv durch Maßnahmen der Gefahrenabwehr und das Einbringen ihres Erfahrungswissens an der Gestaltung der betrieblichen Arbeitsschutzmaßnahmen zu beteiligen. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten müssen sie für ihre eigene Gesundheit und Sicherheit und die anderer Personen sorgen.

Arbeitsschutzvorschriften finden sich in einer Reihe von Gesetzen und Verordnungen. Für ansteckungsgefährdende Arbeitsbereiche (Spritzentausch, Konsumraum, medizinische Versorgung) gelten insbesondere das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und die Biostoff-Verordnung (BioStoffV) - letztere, weil blutübertragene Viren wie HBV, HCV und HIV zu den biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffen) gehören. Deshalb gilt die BioStoffV auch für Drogenhilfeeinrichtungen und das Gesundheitswesen. Als BeraterInnen zu allen Fragen des Arbeitsschutzes stehen Beschäftigten und Verantwortlichen im Betrieb die Betriebsärztinnen/-ärzte sowie die Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Verfügung. Außerhalb des Betriebes sind es die staatlichen Gewerbeärztinnen/-ärzte und Ämter für Arbeitsschutz sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung; Letztere ist für Einrichtungen der Drogenhilfe meist die Berufsgenossenschaft (BGW).

Die wichtigsten Maßnahmen des Arbeitsschutzes bei Beschäftigten sind:

- arbeitsplatzspezifische Risikoanalyse und daraus abgeleitete passende Schutzmaßnahmen und deren regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung.
- Festlegung angemessener Verfahren zur Überwachung der Umsetzung der Schutzmaßnahmen (u.a. Infektionspräventionskonzept und Hygieneplan).



- kontinuierliche, arbeitsplatzbezogene Information und Beratung der Beschäftigten zu Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten, Schulung der Beschäftigten zur Anwendung der Sicherheitsregeln und Vorrichtungen.
- Ausstattung der Einrichtung mit technischen Schutzvorrichtungen (z.B. beim Spritzenaustausch).
- vertrauensbasierte sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Beratung und Betreuung des Betriebs und der Beschäftigten.

Die wichtigsten konkreten Maßnahmen speziell zum Infektionsschutz sind:

- Hygieneplan
- Entsorgungs-/Müllplan
- Verhaltensregeln einschließlich Notfallplan (siehe Kapitel IV, 2)
- Hepatitis-A-/B-Impfung (siehe Kapitel I, 1.6)
- Hände-Hygiene (siehe Kapitel IV, 2).

DETAILWISSEN

1.1 Rechtliche Bestimmungen

Die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz von Beschäftigten sind ein umfangreiches und komplexes Thema. Die Verordnungen, Vorschriften und Regelwerke sind schier unüberschaubar. Es scheint für fast jeden Handgriff seitenlange Sicherheitsanweisungen zu geben. Das macht es nicht gerade attraktiv, sich mit dem Thema „Arbeitsschutz“ zu beschäftigen. Aber sowohl aufgrund der tatsächlichen Risiken am Arbeitsplatz als auch aus haftungsrechtlichen Gründen ist dem Arbeitgeber und den leitenden MitarbeiterInnen dringend anzuraten, sich mit den rechtlichen Bestimmungen und daraus folgenden Maßnahmen intensiv zu beschäftigen.

Gesetzliche Grundlage ist das „Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit“, kurz: **Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)**. Es zählt zu den Grundpflichten aller Arbeitgeber (§ 3 ArbSchG), die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben. Er darf die Kosten der Arbeitssicherheit nicht den Beschäftigten auferlegen!

Jeder Arbeitgeber muss eine Gefährdungsanalyse (§ 5) durchführen und ermitteln, welche Arbeitsschutzmaßnahmen erforderlich sind. Dies muss er schriftlich dokumentieren. In besonders infektionsgefährdenden Arbeitsbereichen dürfen nur MitarbeiterInnen eingesetzt werden, die zuvor geeignete Anweisungen erhalten haben. Der Arbeitgeber muss für Notfälle (§ 10) Maßnahmen der Ersten Hilfe vorbereitet haben (technische Ausstattung, Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen zu Ersthelfern/Ersthelferinnen). Eine arbeitsmedizinische Vorsorge (§ 11) soll regelmäßig durchgeführt werden. Die MitarbeiterInnen müssen regelmäßig eine angemessene Unterweisung (§ 12) erhalten.



132



In der Unfallverhütungsvorschrift „**Grundsätze der Prävention**“ (**BGV A1**) ist in § 3 festgelegt, dass der Arbeitgeber eine Gefährdungsanalyse machen und eine entsprechende arbeitsmedizinische Vorsorge sicherstellen muss.

Im „Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“, kurz: **Arbeitssicherheitsgesetz (AsiG)**, wird festgelegt, dass der Arbeitgeber einen Betriebsarzt (§ 2 ff) und eine Fachkraft für Arbeitssicherheit (§ 5ff) mit der Betreuung des Betriebs und ggf. der Beschäftigten beauftragen muss.

Die Beschäftigten sind verpflichtet, für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen (§ 15 ArbSchG). Sie müssen dem Arbeitgeber alle von ihnen festgestellten Gefahren für Sicherheit und Gesundheit melden und den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz unterstützen (§ 16 ArbSchG).

Weitere für den Infektionsschutz am Arbeitsplatz relevante Verordnungen und Gesetze sind

- die **Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV)**, in der Begrifflichkeiten, Pflichten und Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge konkretisiert werden;
- die **Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV)**, in der u. a. der Nichtraucherschutz, Mindeststandards bei der Raumausstattung und zum Schutz vor Gefahren festgelegt werden;
- die **Biostoffverordnung (BioStoffV)**, in der es um Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen geht;
- das **Infektionsschutzgesetz (IfSG)**, in dem Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen festgelegt sind (u. a. Meldepflichten, Impfungen, Überwachungen, Quarantäne usw.). (siehe Kapitel IV, 3.1);
- das **Mutterschutzgesetz (MuSchG)**, das werdende und stillende Mütter vor gesundheitlichen Gefahren, Überforderungen und Einwirkungen von Gefahrstoffen am Arbeitsplatz schützt;
- die **LAGA-Mitteilung Nr. 18**: „Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind nach dem Sozialgesetzbuch (SGB VII) gegen das Unfallrisiko am Arbeitsplatz, einschließlich des Weges von und zur Arbeit, sowie gegen die Folgen von arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten (BK) in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) versichert. Die **gesetzliche Unfallversicherung** ist ein Zweig der Sozialversicherung (Kranken-, Pflege-, Renten-, Arbeitslosenversicherung), die von den Arbeitgebern bzw. Unternehmern finanziert wird. Mitglieder des Spitzenverbandes „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ (DGUV) sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften <http://www.hvbg.de> und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand: Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungen <http://www.unfallkassen.de>. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind fachlich, d.h. nach Gewerbebranchen gegliedert. Beschäftigte in Drogenhilfeeinrichtungen, die sich in privater Trägerschaft befinden, sind meist bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) versichert (<http://www.bgw-online.de>). Die gesetzliche Aufgabe der Berufsgenossenschaften ist es, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und im Falle eines Unfalles oder einer Berufskrankheit für eine umfassende medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zu sorgen.



- ▶ **Tipp für den Einstieg in das Thema „Arbeitssicherheit“:**
GeschäftsführerInnen bzw. verantwortliche Führungskräfte sollten die wesentlichen Gesetze und Verordnungen (ArbSchG, AsiG, ArbStättV sowie IfSG und BioStoffV) kennen. Dann sollte (z.B. auf Empfehlung anderer Träger) ein Betriebsarzt/ eine Betriebsärztin und eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ausgewählt werden, die mit der Betreuung des Betriebs beauftragt werden. Mit diesen werden dann weitere Schritte (Gefährdungsbeurteilung, Maßnahmen) beraten und abgestimmt (siehe nächstes Kapitel).
- ▶ **Tipp:** Jeder Träger sollte einen Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin zum/zur „Sicherheitsbeauftragten“ ernennen (das ist bei Betrieben mit mehr als 20 ständig Beschäftigten sowieso gesetzliche Pflicht). Zu den Aufgaben des/der Sicherheitsbeauftragten zählen: die Beratung des Arbeitgebers zur Arbeitssicherheit, die Entgegennahme und Weitergabe von Informationen über Sicherheitsmängel und Anregungen zu deren Behebung, Mitarbeit an der Erstellung der Gefährdungsanalyse und die Durchführung von Unterweisungen. Der/die Sicherheitsbeauftragte kann auf Kosten der Berufsgenossenschaft an BG-Fortbildungsseminaren zur Arbeitssicherheit teilnehmen.
- ▶ **Hinweis:** Ein Fundus für Regelwerke, Tipps und Fachinformationen ist auch die Homepage der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege www.bgw-online.de, hier z.B. die Berufsgenossenschaftliche Regel BGR 250/TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“. Gesetze und Verordnungen finden sich im Internet unter www.gesetze-im-internet.de.
- ▶ **Hinweis:** Der Arbeitsschutz ist eine recht dynamische Thematik. Bei den Gesetzen, Verordnungen, Regelwerken und Empfehlungen gibt es ständig Entwicklungen und Veränderungen. So existiert die ArbMedVV erst seit Ende 2008 (zuvor wurde arbeitsmedizinische Vorsorge in der BioStVO geregelt) und wurde zuletzt im November 2010 geändert. Die LAGA-Mitteilung Nr. 18 ersetzt seit September 2009 die LAGA-Richtlinie. Wer sich länger als drei, vier Jahre nicht mehr mit dem Thema en détail beschäftigt hat, sollte überprüfen, ob die Broschüren-Ordner vielleicht aktualisiert werden müssen.

1.2 Arbeitsmedizinische Vorsorge und sicherheitstechnische Betreuung

Jeder Betrieb in Deutschland ist verpflichtet, einen Arbeitsmediziner/eine Arbeitsmedizinerin und eine Fachkraft für Arbeitssicherheit mit der Betreuung des Betriebs zu beauftragen. Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin und die Fachkraft für Arbeitssicherheit sind weisungsfrei.

Die arbeitsmedizinische Vorsorge dient dem **Schutz der Beschäftigten**, sie wird von den Betriebsärztinnen/-ärzten oder von beauftragten Ärztinnen/Ärzten für Arbeitsmedizin durchgeführt. Die Ärztinnen/Ärzte unterliegen der **Schweigepflicht**, insbesondere auch gegenüber dem Arbeitgeber. Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist seit dem 18.12.2008 in der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) geregelt (zuvor § 15 der BioStoffV). Die ArbMedVV legt fest, dass der Arbeitgeber





Beschäftigte vor Aufnahme von Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen arbeitsmedizinisch untersuchen und beraten lassen muss. Arbeitsrechtlich ist diese Untersuchung eine **Beschäftigungsvoraussetzung** (siehe Kapitel IV, 3).

Empfehlenswert für Arbeitgeber sind arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen als Erstuntersuchung vor Beginn der Tätigkeit. Diese Erstuntersuchung ist zu unterscheiden von Einstellungsuntersuchungen oder Eignungsuntersuchungen. Ob bzw. welche Beschäftigten arbeitsmedizinisch untersucht und betreut werden müssen, vereinbaren ArbeitsmedizinerIn und Arbeitgeber auf der Grundlage der vom Betrieb erstellten Gefährdungsanalyse.

In Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe kommen in der Regel die Bildschirmverordnung (häufiges Arbeiten am PC) und die BioStoffV in Frage. Im Gegensatz zur arbeitsmedizinischen Untersuchung bei Arbeiten am Bildschirm, die vom Arbeitgeber angeboten werden muss, aber von den Beschäftigten freiwillig in Anspruch genommen werden kann, sind arbeitsmedizinische Untersuchungen auf der Grundlage der BioStoffV für Arbeitgeber und Beschäftigte verpflichtend!

Die Beschäftigten, die Kontakt mit infektiösen Materialien haben (also beim Spritzen-tausch, im Konsumraum, in der medizinischen Versorgung), müssen nach Vorschrift alle drei Jahre arbeitsmedizinisch untersucht werden: Pflichtuntersuchung.

Näheres regelt der berufsgenossenschaftliche Untersuchungsgrundsatz G 42, der u.a. die regelhafte Untersuchung auf HBV- und HCV-Antikörper („Serostatus“) vorsieht. Der (anonyme) HIV-Test ist freiwillig, soll aber angeboten werden. Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin kann bei erhöhtem Expositionsrisiko (MitarbeiterIn ist in der basismedinischen Versorgung tätig) ein verkürztes Untersuchungsintervall (z.B. HCV-AK-Testung alle 12 Monate) verlangen, wenn eine intensivierete arbeitsmedizinische Überwachung das Infektionsrisiko verringern kann. Die arbeitsmedizinische Untersuchung wird als eine Schutzmöglichkeit neben anderen (Hygiene, technische Schutzvorrichtungen) gewertet. (siehe Kapitel II, 5.4.1 + IV, 2)

Anlassbezogen, z.B. wenn ein Arbeitsunfall (Stichverletzung) passiert ist oder ein direkter Kontakt zu einem TBC-Kranken stattgefunden hat, können auch zwischendurch Untersuchungen erforderlich werden. Ein HIV- oder Hepatitis-AK-Test muss auch im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorge mit ausdrücklichem Einverständnis des/der Beschäftigten durchgeführt werden ('informed consent'). Lehnt ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin zum Beispiel nach einem Arbeitsunfall den Test ab, so kann dies später wegen fehlender Beweise zur Folge haben, dass die Berufsgenossenschaft keine Leistungen gewährt (siehe Kapitel IV, 2), wenn eine HCV-Infektion festgestellt wird. Es kann auch zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen (Kündigung!), wenn der Arbeitgeber Beschäftigten, die sich einer Untersuchung nicht unterziehen wollen, keine Tätigkeit außerhalb infektionsgefährdender Bereiche anbieten kann. Denn, wie gesagt, die Biostoff-Untersuchung ist eine Beschäftigungsvoraussetzung!

Betriebsärztinnen/-ärzte können nach G 42 dem Arbeitgeber zeitweilig oder dauerhaft **Tätigkeitsbeschränkungen** und/oder einen Wechsel des Arbeitsplatzes zum **Schutz des/der Beschäftigten** vorschlagen. Dies geschieht selbstverständlich ohne Nennung der Diagnose. Dem Arbeitgeber werden lediglich Bedenken hinsichtlich bestimmter Tätigkeiten/Arbeitsplätze oder Befristungen für Tätigkeitsbeschränkungen mitgeteilt. Der Arbeitgeber muss diese Entscheidung beachten, d.h. zum Beispiel, den Beschäftigten/die Beschäftigte mit einer anderen Aufgabe beauftragen.

Im Einzelfall, vor allen Dingen bei kleinen Einrichtungen und Projekten, kann es möglich sein, dass es keine anderen Aufgaben für den Beschäftigten/die Beschäftigte gibt. Dann kann eine Kündigung die Folge sein. Der/die ArbeitsmedizinerIn ist da manchmal in einer schwierigen Situation!

Sollen Beschäftigte aus einer für sie besonders belastenden (z.B. Schichtarbeit) oder gefährdenden Tätigkeit herausgenommen werden, kann dies nur nach sorgfältiger Abwägung und mit ausdrücklichem Einverständnis des/der Betroffenen geschehen. Auf etwaige Pflichten zur Information oder Beteiligung des Betriebsrates wird hingewiesen.

- ▶ **Beispiel:** Ein solcher Fall könnte gegeben sein, wenn ein chronisch HCV-infizierter Mensch nach einer Hepatitis-B-Impfung keinen ausreichenden Impfschutz entwickelt hat, aber in einem infektionsgefährdenden Bereich wie einem Konsumraum arbeitet.

Werdende Mütter sollen dem Arbeitgeber und ggf. ihren BetriebsärztInnen die Schwangerschaft und den voraussichtlichen Entbindungstermin so bald wie möglich mitteilen. Nur dann kann der Arbeitgeber die Vorschriften des Mutterschutzgesetzes einhalten. Arbeitgeber sind verpflichtet, das für sie zuständige Amt für Arbeitsschutz über eine Schwangerschaft unter Angabe des Namens, des Entbindungstermins, der Arbeitszeit und der Art der Tätigkeit der Schwangeren zu informieren (§ 5 Abs. 1 und § 19 MuSchG). Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin schlägt ggf. geeignete Schutzmaßnahmen wie die Umgestaltung des Arbeitsplatzes, einen Arbeitsplatzwechsel oder die Freistellung wegen Beschäftigungsverbotes vor.

- ▶ **Beispiel:** Ein Beschäftigungsverbot muss für schwangere Mitarbeiterinnen ausgesprochen werden, die beim Spritzentausch, im Konsumraum oder in der medizinischen Versorgung beschäftigt sind und trotz persönlicher Schutzausrüstung u.a. durch Nadelstichverletzungen gefährdet sind. Weiterhin dürfen werdende und stillende Mütter nicht mit Tätigkeiten beschäftigt werden, bei denen ein direkter Körperkontakt mit Körperflüssigkeiten von KlientInnen/PatientInnen möglich ist. Kann die Einhaltung des Beschäftigungsverbotes nicht sichergestellt oder die Mitarbeiterin nicht auf einen anderen Arbeitsplatz (z.B. in der Verwaltung) umgesetzt werden, muss die werdende oder stillende Mutter unter Zahlung des Arbeitsentgeltes freigestellt werden. Seit 2006 sind alle Arbeitgeber am allgemeinen Umlageverfahren „U2-Verfahren“ der gesetzlichen Krankenkassen beteiligt, durch das bei einem Beschäftigungsverbot die Lohnkosten voll zurückerstattet werden. Weitere Auskünfte erteilen die Krankenkassen.
- ▶ **Hinweis:** Die Berufsgenossenschaften, z.B. die BGW geben allgemeine Hinweise für Träger von Einrichtungen (Unternehmer) zur Auswahl von und zur Vertragsgestaltung mit arbeitsmedizinischen bzw. -technischen Diensten unter <http://www.bgw-online.de> → Service → Kundenzentrum → Medienangebote: „Informationen zur neuen GGV A2 - Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit/TP-BGV A2“. Verantwortliche in Drogenhilfeeinrichtungen sollten darüber hinaus prüfen, ob die ArbeitsmedizinerInnen besondere fachliche und rechtliche Kenntnisse bezüglich Hepatitis/HIV haben - Stichworte: Gefährdungsanalyse, PEP, HCV-infiziert am Arbeitsplatz, Einstellungsuntersuchung/Eignung. Ggf. ist der Betriebsrat zu beteiligen.





1.3 Hepatitis-Schutzimpfung für Beschäftigte

Bei Personen, die beruflich häufig mit Blut zu tun haben, sollten ein Hepatitis-B-Impfschutz sowie eine HBsAk-Titerbestimmung vorliegen, die aussagt, ob der Impfschutz ausreicht (siehe Kapitel I, 1.6). Dies trifft in der Drogenhilfe auf Beschäftigte zu, die regelmäßig mit blutverunreinigten scharfen und spitzen Gegenständen hantieren (Spritzentausch, Reinigungsarbeiten in Räumen, in den regelmäßig gebrauchte Kanülen nicht sachgerecht entsorgt herumliegen können, Wundversorgung).

Der Arbeitgeber muss auf seine Kosten eine **Hepatitis-B-Impfung bei allen Beschäftigten** durchführen lassen, die mit gebrauchten Kanülen, Spritzen oder Abfall aus der medizinischen Versorgung zu tun haben. Da der Kombinations-Impfstoff gegen Hepatitis A und B in Deutschland nur unwesentlich teurer ist (ca. 5-7 Euro pro Impfdosis) als der Impfstoff zur alleinigen Hepatitis-B-Impfung, empfiehlt es sich, bei Bedarf (Beschäftigte/r hat noch keine Hepatitis A durchgemacht), die Kombi-Impfung durchzuführen. Eine Hepatitis-A-Impfung ist aus arbeitsmedizinischer Sicht zwar nicht zwingend erforderlich, wird jedoch für Beschäftigte in Drogenhilfeeinrichtungen empfohlen.

Beschäftigte können eine Impfung ablehnen. In diesem Fall wird dem Arbeitgeber empfohlen, die Person nochmals über die Nützlichkeit der Impfung zu informieren, die Person an einem Arbeitsplatz ohne Infektionsrisiko einzusetzen und die Verweigerung der Impfung trotz wiederholter Information schriftlich festzuhalten. Es ist möglich, dass MitarbeiterInnen die Tätigkeit in der medizinischen Versorgung von DrogengebraucherInnen arbeitsmedizinisch untersagt wird, wenn sie nicht bereit sind, sich gegen Hepatitis B impfen zu lassen. Wenn ein Arbeitgeber diese MitarbeiterInnen nicht an anderer Stelle einsetzen kann (z.B. weil es sich um einen kleinen Träger handelt), kann dies unter Umständen zur Kündigung des/der Beschäftigten führen.

1.4 Gefährdungsanalyse für die Einrichtung

Eine Gefährdungsanalyse ist das Erste, was innerhalb einer Einrichtung zur problemadäquaten Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen unternommen werden muss.

Erster Schritt: Zunächst erfolgt eine Beschreibung der Tätigkeiten, die in der Einrichtung durchgeführt werden; Dabei werden mögliche Gefährdungen identifiziert. Wichtig ist, nicht nur an Infektionen, sondern auch an Haltungs- und Augenschäden durch PC-Arbeit, an Hebe- und Trageschäden durch zu schwere Lasten und herunterfallende Gegenstände von Regalen im Büro zu denken! Auch Nichtraucherschutz - vor allem im betreuten Heroin-/Kokain-Rauchraum spielt eine Rolle. Nicht zu unterschätzen sind zudem psychische Belastungen, z.B. durch Androhung oder Ausübung von verbaler oder körperlicher Gewalt durch KlientInnen.

Infektionsrelevante Tätigkeiten in der Arbeit mit DrogengebraucherInnen bzw. mit HCV- oder HIV-Infizierten sind insbesondere die Versorgung und Behandlung von Wunden, chirurgische Behandlungen; die Entgegennahme von gebrauchten Spritzenutensilien beim Spritzentausch und im betreuten Konsumraum, Reinigungs- oder Aufräumarbeiten, bei denen die Gefahr besteht, dass man sich an blutkontaminierten Gegenständen verletzen könnte (z.B. bei der Leerung von Mülleimern, Reinigung von Sitzgelegenheiten, Garderobe, Ablagen). Hat der/die MitarbeiterIn nicht

abgedeckte Wunden bzw. offene Hautstellen, so stellt schon der Kontakt der nicht intakten Haut mit blutverunreinigten Oberflächen, Gegenständen oder Körperteilen anderer Personen ein Ansteckungsrisiko dar.

Weitere Schritte: Studium der Biostoffverordnung und der BGR 250/TRBA 250 (BGR-Regel zu biologischen Arbeitsstoffen im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrts-pflege). Klärung: Handelt es sich in unserer Einrichtung um Tätigkeiten im Sinne der Biostoffverordnung? Die Beratung und Betreuung von DrogengebraucherInnen oder reine Verwaltungstätigkeiten fallen NICHT unter die Biostoffverordnung. Die **Bio-stoffverordnung** bezieht sich auf die medizinische Untersuchung, Behandlung und Pflege von Menschen, aber auch auf das Hantieren mit potenziell infektiösen Gegenständen wie gebrauchten Spritzen! Kontakt mit gebrauchten Spritzen kann z.B. bei Hausbesuchen vorkommen, die von ansonsten nur in der Beratung und Betreuung tätigen Beschäftigten wahrgenommen werden. Bei Tätigkeiten mit potenziell infektiösen Gegenständen (bei denen es z.B. zum Haut-/Schleimhautkontakt oder zu Kanülenstichverletzungen kommen kann), handelt es sich um „nicht gezielte Tätigkeiten nach der Biostoffverordnung“ (Bitte gut merken und so formulieren, wenn das Amt für Arbeitsschutz nachfragt!).

- Feststellung: In welcher Risikogruppe (1-4) befinden sich die Keime, mit denen die Einrichtung zu tun hat?

Hepatitis- und HI-Viren zählen zu den schwerwiegendsten blutübertragbaren „biologischen Arbeitsstoffen“. Sie werden der Risikogruppe 3 zugeordnet („Biologische Arbeitsstoffe, die eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen können und eine ernste Gefahr für Beschäftigte darstellen können; die Gefahr einer Verbreitung in die Bevölkerung kann bestehen, doch ist normalerweise eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung möglich.“).

- Feststellung: In welche **Schutzstufe** (1-4) muss die Einrichtung eingeordnet werden?

Gemäß § 3 BioStoffV kann man in der Regel niedrighschwellige Kontaktarbeit auf Drogenszenen, die medizinische Behandlung und die Entsorgung von medizinischem Bedarf (gebrauchten Spritzen usw.) der Schutzstufe 2 zuordnen. Im Ausnahmefall kann eine Schutzstufe 3 erforderlich sein (Verdacht auf TBC-Erkrankung eines Klienten/einer Klientin).

- Beschreibung/Festlegung der **Schutzmaßnahmen**, entsprechend der Schutzstufe.

Allgemeine Sicherheitsmaßnahmen der Schutzstufe 2 sind zum Beispiel:

- leicht erreichbare Händewaschplätze mit warmem und kaltem Wasser, die ohne Handberührung bedienbar sind (Einhebelmischbatterien; im Klienten-Bereich sind sensorengesteuerte Wasserhähne überlegenswert),
- Desinfektionsmittel,
- Seife,
- Hautschutz-/Pfleagemittel,
- Einmalhandtücher,
- Personaltoiletten.
- Verwendung von Einmal-Handschuhen,
- leicht zu reinigende/desinfizierende und beständige Oberflächen,



- qualifizierte Einarbeitung der Beschäftigten und Überwachung, dass die Regeln eingehalten werden,
- kein Einsatz von Schwangeren oder Jugendlichen in Bereichen, in denen mit infektiösem Material hantiert wird (Spritzentausch, Spritzenentsorgung, Wundversorgung),
- Festlegung eines Hygieneplans,
- kein Lagern von Lebensmitteln, Essen und Trinken in den Bereichen, in denen sich potenziell infektiöse Gegenstände befinden,
- Schutzkleidung muss getrennt von anderer Kleidung aufbewahrt werden,
- weitere Maßnahmen der Hände-Hygiene.

Speziell in Konsumräumen, bei der Spritzenentsorgung und in der medizinischen Basisversorgung wichtig:

- Spritzen, Kanülen, Verbandsabfälle in stich- und bruch sicheren, fest verschließbaren Behältnissen sammeln.
- kein Umfüllen von/Hantieren mit blutkontaminierten Abfällen.
- technische Vorrichtungen, damit kein Kontakt zu Kanülen möglich ist (z.B. Vorrichtungen, durch die MitarbeiterInnen nicht in direkten Kontakt mit Spritzen/Kanülen kommen; spezielle Greifer zum Aufheben von heruntergefallenen Kanülen).
- eindeutige Kommunikation/mit Missverständnissen rechnen, KlientInnen können unachtsam sein; mit Spontan-Impulsen der MitarbeiterInnen rechnen (Auffangen einer fallenden Tüte mit Kanülen, Entgegenstrecken der Hand, wenn Kanülen an gereicht werden).
- auf eine gute Belüftung des Arbeitsplatzes achten, vor allem in einem betreuten Konsumraum, in dem Drogen auch geraucht werden und in Einrichtungen, in denen mit einem erhöhten Aufkommen an TBC-Erkrankten gerechnet werden muss (Risikofaktoren für TBC: Obdachlosigkeit, fortgeschrittene HIV-Infektion, Drogenabhängigkeit, Einwanderung aus Ländern mit erhöhtem TBC-Aufkommen).

Sicherheitsmaßnahmen der Schutzstufe 3 sind zum Beispiel:

- Vorhalten einer Atemschutzmaske mit FFP-3-Ausatemventil.
- konkrete Verhaltensanweisungen für die MitarbeiterInnen im Falle eines TBC-Verdachts.



1.5 Hygieneplan

Ein schriftlich dokumentierter Hygieneplan beinhaltet Hygieneanleitungen zum Schutz der KlientInnen und MitarbeiterInnen. Der Hygieneplan wird nach Tätigkeitsbereichen gegliedert. In den Regelwerken der Berufsgenossenschaften (MAAS-BGW, BGV A1/TRBA) wird den Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen folgende Gliederung vorgeschlagen:

- A Allgemeine Personalhygiene (Definitionen, Hände-Hygiene, Sofortmaßnahmen nach Exposition);
- B Allgemeine Desinfektionsmaßnahmen (Liste von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln mit Anwendungshinweisen für die jeweiligen Anwendungsgebiete);
- C Spezielle Hygienemaßnahmen in verschiedenen Funktionsbereichen;
- D Hygienemaßnahmen bei Diagnostik, Pflege und Therapie;
- E Ver- und Entsorgungsregelungen;
- F Mikrobiologische Diagnostik (z. B. Kontrolle von Sterilisationsgeräten).

1.6 Arbeitsschutz im Qualitätsmanagement

Zielgerichtetes, strukturiertes Qualitätsmanagement ist eine Möglichkeit, die Dienstleistungen der Einrichtung sowohl im Prozess als auch im Ergebnis zu verbessern und die Wettbewerbsfähigkeit zu steigern.

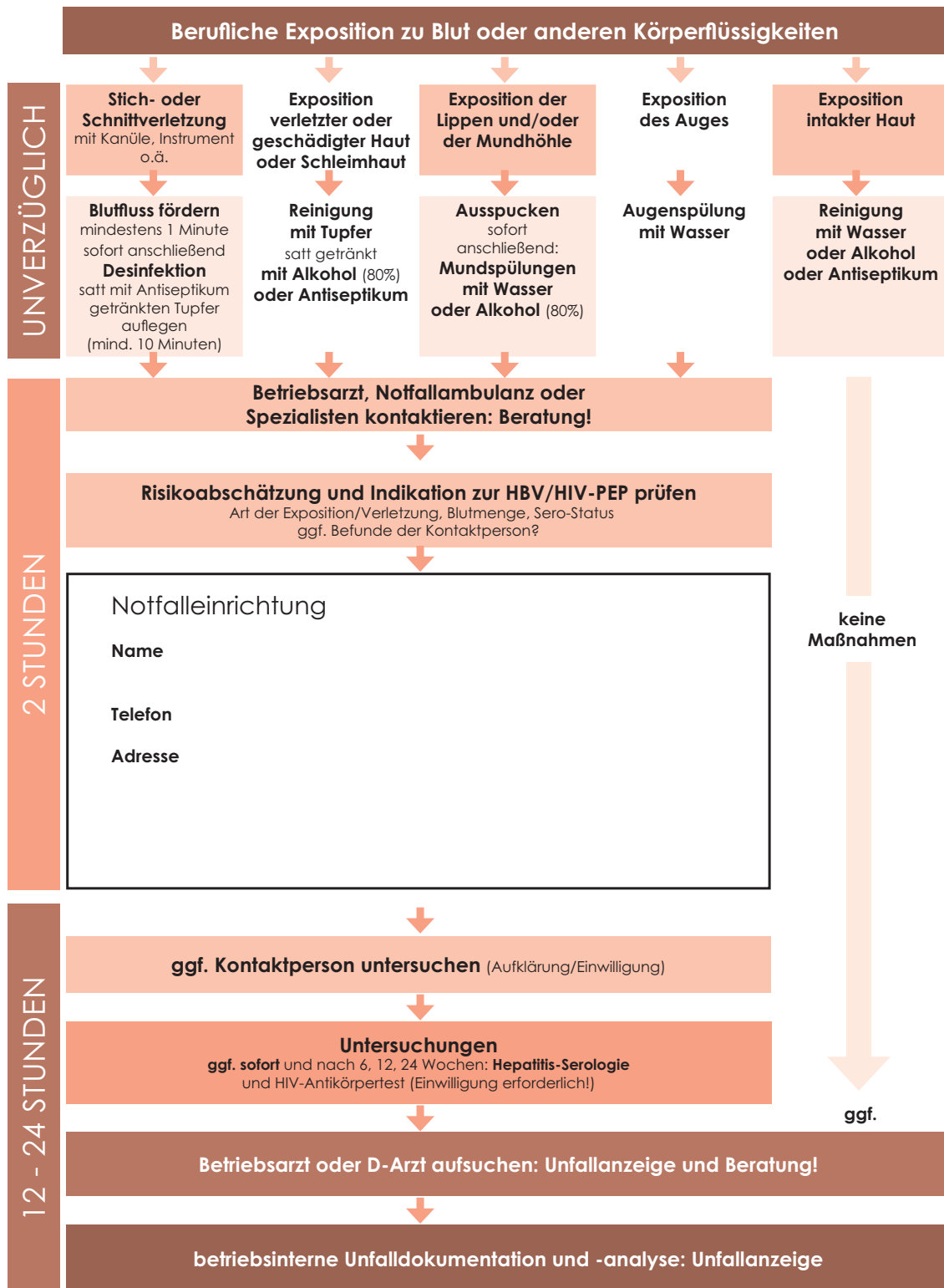
In Einrichtungen, die nach Biostoffverordnung arbeiten und unter das Infektionsschutzgesetz fallen, bietet es sich nahezu zwangsläufig an, das Thema „Arbeitsschutz“ mit Qualitätsmanagement-Verfahren zu bearbeiten. Kernprozesse des Arbeitsschutzes sind Führungsprozesse! Dies trifft vielleicht sogar zeitweilig auf so genannte Unterstützungsprozesse wie zum Beispiel die Spritzenentsorgung zu, da diese unter Infektionsschutz-Gesichtspunkten ein hohes Gesundheitsrisiko bergen kann.





1.7 Notfallplan

Notfallplan





2. Arbeitsunfall und Berufskrankheit

BASISWISSEN

- ▶ **Zur Erinnerung:** Eine
 - Nadelstichverletzung
 - Bissverletzung
 - Exposition von verletzter Haut (Ekzem, Wunde usw.) mit Blut
 - Exposition von Schleimhaut mit Blut
 ist Anlass zu sofortigem Handeln!

Dafür sollte ein Notfallplan allen MitarbeiterInnen bekannt und gut zugänglich sein. Zunächst sind Sofortmaßnahmen durchzuführen! (siehe Kapitel II, 5.4.3)

Dann muss unverzüglich der/die im Notfallplan ausgewiesene Haus- oder Notfall- arzt/- ärztin oder die spezialisierte Hepatitis-/HIV-Praxis kontaktiert werden, um das weitere Vorgehen abzusprechen:

- **Gefährdungsanalyse:** Risikoabschätzung der Infektionsgefährdung durch Hepatitis und HIV!
- Besteht ausreichender **Hepatitis-Impfschutz**?
- Wie ist der **Hepatitis-/HIV-Status der Indexperson** (Kontaktperson), von der die potenziell infektiöse Körperflüssigkeit stammt?
- Ist eine **Post-Expositions-Prophylaxe** - HBV und/oder HIV - zu erwägen?
- Muss bei der betroffenen Person ein „**Nullserum**“ erhoben werden, weil keine aktuellen Befunde aus Hepatitis- und HIV-Tests vorliegen?
- Muss eine **ärztliche Unfallmeldung** angefertigt werden - ggf. durch einen Durchgangsarzt/eine Durchgangsärztin (D-Arztbericht)?
- Welche weiteren Maßnahmen wie etwa **Blutuntersuchungen** sind in der Folge erforderlich?

Häufig ist es so, dass der/die MitarbeiterIn schockiert und reaktionsunfähig ist oder das Infektionsrisiko nicht wahrnimmt oder herunterspielt. Manchmal glaubt er/sie, die Arbeit zu Ende führen zu müssen und weder Sofortmaßnahmen durchführen zu können noch zu einer spezialisierten HIV-/Hepatitis-Ambulanz fahren zu können. Hier ist die Aufmerksamkeit und Unterstützung anwesender KollegInnen gefragt. Diese sollten den Kollegen/die Kollegin „weschicken“ und ggf. auch persönlich begleiten. MitarbeiterInnen sollten über Informationen zur persönlichen Hepatitis-/HIV-Serologie bzw. zum Impfstatus verfügen, damit bei ggf. durchzuführenden Maßnahmen der so genannten „**Post-Expositions-Prophylaxe**“ (**PEP**) (siehe Kapitel II, 5.4.1) keine Zeit verloren geht. Wenn immer möglich, sollte auch der Person, mit deren potenziell infektiösen Körperflüssigkeiten bzw. Blut die verletzte bzw. exponierte Person in Kontakt gekommen ist (**Indexperson**), Blut für die HIV-, Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Tes- tung abgenommen werden, falls entsprechende Befunde nicht schon bekannt sind.

- ▶ **Hinweis: Freiwilligkeit sowie Beratung und Einverständnis beachten!**



Arbeitsunfälle müssen durch den Arbeitgeber der Berufsgenossenschaft bzw. Unfallversicherung gemeldet werden, wenn als Folge des Unfalles oder einer berufsbedingten Erkrankung länger als drei Tage Arbeitsunfähigkeit besteht. Es empfiehlt sich jedoch, **alle Arbeitsunfälle zu melden**, bei denen Kontakte zu Blut gegeben oder potenziell möglich waren. Die Unfallanzeige ist vom Betriebsrat mit zu unterzeichnen. Die **Unfallanzeige** ist die wesentliche formale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung wie z.B. einer Unfallrente nach einem Arbeitsunfall. Deshalb ist nach beruflichen Expositionen mit Blut durch Nadelstich- oder Schnittverletzung, Haut-, Schleimhaut- oder Wundkontamination die Beweissicherung, d.h. die Unfallmeldung und -dokumentation so wichtig. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer **Berufskrankheit** müssen ebenfalls angezeigt werden. Eine durch einen Arbeitsunfall beruflich erworbene HCV-Infektion kann unter bestimmten Voraussetzungen als Berufskrankheit anerkannt werden. Betroffene erhalten dann u.a. die **Heilbehandlung** und ggf. eine **Unfallrente** über die Unfallversicherung.



144

DETAILWISSEN

2.1 Arbeitsunfall

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die Versicherte in Folge ihrer versicherten Tätigkeit - einschließlich des Weges von und zur versicherten Tätigkeit - erleiden, z.B. als ArbeitnehmerInnen, BlutspenderInnen, SchülerInnen usw. Durch die Maßnahmen des Arbeitsschutzes sollen Arbeitsunfälle mit allen geeigneten Mitteln verhütet werden. Wenn es dennoch zu einem Unfallereignis kommt, sollte nach einem gut vorbereiteten und allseits bekannten **Notfallplan** vorgegangen werden (**siehe Seite 141**).



Gefährdungsanalyse

Grundlage des weiteren Vorgehens nach Durchführung der Sofortmaßnahmen ist die Beurteilung der konkreten Gefährdung. Die Beantwortung folgender Fragen kann hilfreich sein:

- **Wann** hat der mögliche Kontakt mit HBV/HCV/HIV stattgefunden?
- **Von welcher Indexperson** stammt das Material?
- **Wie** wurde HBV/HCV/HIV möglicherweise übertragen - z.B. Frage nach Art der (Hohlraum-)Kanüle? Schleimhaut-/Wundkontakte?
- **Inspektion** etwaiger Verletzungen (immer erst nach Blutung und Desinfektion) im Hinblick auf Tiefe und ggf. eröffnete Blutgefäße?
- Welche **Blutmenge** war beteiligt - trägt das verletzende Instrument Spuren der Kontamination mit Blut?
- **Impfstatus** der betroffenen Person?
- Ist die **Indexperson** nachweislich infiziert bzw. wie wahrscheinlich ist eine HBV-/HCV-/HIV-Infektion? (ggf. Untersuchung der Indexperson). In welchem Stadium der HCV-/HIV-Erkrankung (klinische Manifestation, CD4-Zellzahl) befindet sich die Indexperson? Wie hoch ist aktuell die Viruslast der Indexperson (HCV-/HIV-RNA-Kopi-



en/ml)? Wird die Indexperson mit Medikamenten behandelt? Wenn ja, mit welchen Medikamenten und über welchen Zeitraum?

Medizinische Notfalleinrichtung

Es empfiehlt sich, dass die Einrichtung der Drogenhilfe schon vor dem ersten Eintreten eines Arbeitsunfalls Kontakt zu einem Unfallarzt/einer Unfallärztin oder, besser noch, einer spezialisierten HIV-/Hepatitis-Ambulanz (Arztpraxis oder Krankenhaus) aufnimmt, um dem/der betroffenen Beschäftigten ggf. sofort Adressen, AnsprechpartnerInnen usw. nennen zu können. Falls in der Einrichtung „Dienste zu ungünstigen Zeiten“ üblich sind, z.B. in den Abendstunden, nachts oder am Wochenende, soll die medizinische Notfalleinrichtung auch zu diesen Zeiten erreichbar sein. Mit der medizinischen Notfalleinrichtung und ggf. gemeinsam mit dem/der ArbeitsmedizinerIn und der Fachkraft für Arbeitssicherheit, die die Einrichtung betreuen, sollte das Vorgehen bezüglich Post-Expositions-Prophylaxe, Unfallanzeige, Folgeuntersuchungen usw. grundsätzlich abgestimmt werden. Wichtig ist z.B., dass von dort immer eine ärztliche Unfallanzeige aufgegeben wird, weil nur dann die Kosten für Untersuchungen und ggf. für die PEP oder für die Frühbehandlung einer akuten HCV-Infektion von der Berufsgenossenschaft bzw. der Unfallkasse übernommen werden.

Unfalldokumentation und Unfallanzeige

Folgendes Vorgehen wird von den Berufsgenossenschaften/Unfallversicherungen empfohlen:

- Zwischenfälle, bei denen der Verdacht besteht, dass eine Verunreinigung/Verletzung mit HBV-/HCV-/HIV-haltigem Blut/Material oder anderen erregerehaltigen Körperflüssigkeiten erfolgte, sind unverzüglich zu melden:
 - dem Betriebsarzt/der Betriebsärztin,
 - dem/der betrieblichen Vorgesetzten und/oder
 - der für die Meldung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zuständigen Stelle.
- Betriebsinterne Unfalldokumentationen, z.B. durch Verbandbücher (auch „Infektions-oder Unfallbücher“), sind von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen vorgeschrieben. Die Dokumentation ist fünf Jahre lang aufzubewahren. Es ist Unternehmern und Beschäftigten unbenommen, zur Beweisführung z.B. in Feststellungsverfahren (siehe Kapitel IV, 2.2) folgende Informationen in geeigneter Weise zu dokumentieren:
 - Art und Zeitpunkt einer Verletzung/Exposition (vgl. Gefährdungsanalyse);
 - Name/Nummer der Indexperson (z.B. Klient(in)) - nicht jedoch die Diagnose (Datenschutz)!

Der Arbeitgeber und der Betriebsarzt/die Betriebsärztin müssen jeweils eine Unfallanzeige per Vordruck an die Unfallversicherung aufgeben. Es empfiehlt sich, alle Arbeitsunfälle zu melden, bei denen Kontakte zu Blut gegeben oder potenziell möglich waren. Die Unfallanzeige ist vom Betriebsrat mit zu unterzeichnen. Vordrucke für die Unfallanzeige sind über die DGUV erhältlich:

http://www.dguv.de/formtexte/unternehmer/U_1000/U1000.pdf dazu Erläuterungen:
http://www.dguv.de/formtexte/unternehmer/U_1000-E/U1000-E.pdf

Blutuntersuchungen

Kann nach der Gefährdungsanalyse ein Infektionsrisiko nicht ausgeschlossen werden, sollen folgende **Blutuntersuchungen** sofort durchgeführt („Nullserum“ zur Beweissicherung) und nach 6 und 12 Wochen sowie nach 6 und 12 Monaten wiederholt werden (zur Frühdiagnose bzw. zum sicheren Ausschluss einer berufsbedingten Infektion):

- Hepatitis: Anti-HBs, Anti-HBc, **Anti-HCV**; HCV-PCR (nach 6 und 12 Wochen) (siehe Kapitel II, 5.4.1);
- HIV: **Anti-HIV** (siehe Kapitel II, 5.4.1).

Die Kosten für die genannten Untersuchungen sowie ggf. für die Impfung(en), die Post-Expositions-Prophylaxe oder eine Frühtherapie übernimmt die Berufsgenossenschaft/Unfallkasse, wenn eine Unfallanzeige erstattet wurde.

- ▶ **Ganz wichtig: Nach jedem Arbeitsunfall sollte man diesen im Betrieb ausführlich analysieren und Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft finden, dokumentieren und umsetzen.**

Beispiel aus der Praxis: „Missverständnisse“

Ein Mitarbeiter bittet den Klienten nach Aushändigung von Spritzenutensilien um 80 Cent Kostenbeteiligung und streckt die Hand danach aus. Der Klient legt gebrauchte Kanülen in die Hand des Mitarbeiters.

Sofortmaßnahme:

Der Mitarbeiter untersucht seine Hand. Er stellt keine Stichverletzung fest. Er führt eine hygienische Händedesinfektion durch.

Weitere Maßnahmen:

Der Vorfall wird auf der nächsten Teamsitzung berichtet. Es wird überlegt, wie in Zukunft solche Missverständnisse bzw. daraus resultierende Risiken vermieden werden können. Es wird vereinbart, dass Geld zukünftig nicht mehr mit der Hand direkt entgegengenommen, sondern stets auf eine Wechselgeld-Schale gelegt wird.



146

DETAILWISSEN

2.2 Berufsbedingte HCV-Infektion und Berufskrankheit

Deutschland gehört zu den Ländern mit einer vergleichsweise geringen Verbreitung aller blutübertragenen Viren. Der Anteil infizierter ÜberträgerInnen an der Gesamtbevölkerung wird für HBV auf 0,7%, für HCV auf 0,5% und für HIV auf weniger als 0,1% geschätzt (Durchschnittswerte). Aufgrund von epidemiologischen Gegebenheiten und/oder Besonderheiten von Erkrankungen kann es in einzelnen Arbeitsbereichen des Gesundheitswesens zu einer Häufung von Personen kommen, die ansteckungsfähige Träger von HBV/HCV/HIV sind (dies trifft auf Drogenhilfeeinrichtungen zu, die häufig von HCV-infizierten Menschen aufgesucht werden,). Dort besteht bei jeder infektionsrelevanten Exposition ein statistisch deutlich erhöhtes Ansteckungsrisiko, weil schon kleinste Mengen infizierten Blutes bei praktisch jeder beruflichen



Exposition für eine Ansteckung ausreichen können. Gleichwohl ist die berufsbedingte Übertragung im Gesundheitswesen und in Drogenhilfeeinrichtungen insgesamt selten.

	HBV	HCV	HIV
Anteil der frisch Infizierten, die eine chronische Infektion entwickeln	5-10%	70%	100%
Mittlere Viruskonzentration im Blut bei einer nicht therapierten infizierten Person	10^7 - 10^9 Viruspartikel/ml	10^6-10^7 Viruskopien/ml (sehr variabel)	10^4 - 10^5 Viruskopien/ml
Mittlere Infektionswahrscheinlichkeit bei Stich-/Schnittverletzungen (Nadelstich)	Bei HBs-/HBe-Ag-positiver Indexperson ca. 30%	Bei Anti-HCV-positiver Indexperson ca. 2%, bei HCV-RNA-positiver Indexperson ca. 5-10%	0,3-0,4%
Prophylaktische Maßnahmen oder Postexpositionsprophylaxe	Impfung, Hepatitis-B-Hyperimmunglobulin	HCV-PEP nicht möglich ggf. Frühtherapie mit Interferon-alpha/Peg-Interferon erwägen	Postexpositionsprophylaxe mit in der Regel 3 antiretrovirale Substanzen über einen Zeitraum von 4 Wochen
Wirksamkeit der prophylaktischen Maßnahmen (bei rechtzeitigem Einsatz)	ca. 95%	ca. 95% (Frühtherapie)	> 80%, < 100%

Tabelle 1: Vergleich verschiedener Parameter, die das Infektionsrisiko für HBV, HCV und HIV im medizinischen Bereich in Deutschland beeinflussen¹ (Quellen: RKI, Merkblätter für Ärzte, <http://www.rki.de>)

Meist sind beruflich bedingte Infektionen mit HCV Folge konkreter Unfallereignisse wie z.B. Nadelstichverletzungen, wenn Prävention, Sofortmaßnahmen und Frühbehandlung versagt haben (siehe Kapitel II). Das Robert Koch-Institut (RKI) schätzt, dass es in Deutschland durch berufsbedingte Expositionen pro Jahr zu weniger als 150 HBV-Infektionen (Tendenz abnehmend wegen der HBV-Schutzimpfung für Beschäftigte im Gesundheitswesen seit Anfang der 1980er Jahre!), zu mehr als 250 HCV-Infektionen (Tendenz zunehmend!) und ca. 2-3 HIV-Infektionen (Tendenz deutlich abnehmend) kommt. Berufsbedingte HIV-Infektionen bei Beschäftigten aus Einrichtungen der Drogenhilfe sind bisher nicht bekannt geworden.

Die Wahrscheinlichkeit einer HCV-Infektion nach einer Nadelstichverletzung mit einer kontaminierten Kanüle oder nach einer vergleichbaren Verletzung beträgt etwa zwei Prozent, wenn die Indexperson HCV-AK-positiv ist (siehe **Tabelle 1**). Bei erhöhter Viruslast (HCV-RNA-positiv) kann die Übertragungswahrscheinlichkeit bis zu 10% betragen.

Neben der Häufigkeit der Expositionen wird das tatsächliche Infektionsrisiko auch bestimmt durch die Art der Exposition und die dabei aufgenommene Menge potenziell erregerehaltiger Körperflüssigkeit. Weitere wesentliche Faktoren für die Höhe des Infektionsrisikos stellen die Häufigkeit (Prävalenz) infektiöser Personen in der jeweiligen (Patienten-)Klientel, die Konzentration eines Infektionserregers in der entsprechenden Körperflüssigkeit, die Art des Erregers und die Empfänglichkeit gegenüber einem bestimmten Krankheitserreger auf Seiten der exponierten Person dar. Beruflich erworbene HCV-Infektionen können bei Versicherten in der gesetzlichen Unfallversicherung unter bestimmten Voraussetzungen als Berufskrankheit anerkannt werden. Berufskrankheiten sind Krankheiten, die in der Berufskrankheitenverordnung (BKV) als solche bezeichnet sind und die sich Versicherte durch ihre versicherte Tätigkeit zuziehen. Nach der BKV Nr. 3101 sind Infektionskrankheiten, hier beruflich

¹ Vgl. Jarke, J.; Marcus, U. (2002): Berufsbedingte HIV-Infektionen bei medizinischem Personal. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 37 (2002) 5; 218-231



erworbene blutübertragene Virusinfektionen (Hepatitis, HIV), **Berufskrankheiten** (BK) in allen Stadien der Krankheit, „wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war“.

Der ursächliche Zusammenhang der Exposition (Blutkontakt, Verletzung) und der Erkrankung mit der versicherten Tätigkeit muss bewiesen werden. Die Beweispflicht liegt bei der/dem Versicherten. Deshalb ist nach beruflichen Expositionen mit Blut die Beweissicherung, d.h. die **Unfallmeldung und -dokumentation** so wichtig (siehe Kapitel IV, 2.1).

Die Anforderungen an den Beweis sind durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte konkretisiert. **Der Beweis gilt als erbracht, wenn**

- eine **berufliche Exposition mit Blut** (Nadelstich- oder Schnittverletzung; Haut-, Schleimhaut- oder Wundkontamination mit Blut),
- ein **negativer HCV-Antikörper-Test** („Nullserum“) vor - z.B. aus Anlass einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung - oder kurz nach der Exposition und
- ein **positiver HCV-AK-Test** („Serokonversion“) in der Folge der Exposition dokumentiert sind.

Es ist nicht erforderlich, die Infektionsquelle (Kontakt- bzw. Indexperson) zu identifizieren. Wenn entsprechende Informationen vorliegen, erleichtert dies jedoch die Beweisführung.

Der Nachweis der o.g. Sachverhalte (Beweisanforderungen) dürfte in der Regel von Beschäftigten aus Einrichtungen der Drogenhilfe gefordert werden. Für Beschäftigte in Gesundheitsberufen, die regelmäßig und häufig gefährdende Tätigkeiten mit einem besonders hohen Verletzungs- und Infektionsrisiko verrichten, sind Beweiserleichterungen formuliert worden. Bei Vorliegen dieser Konstellationen wird der ursächliche Zusammenhang grundsätzlich als gegeben angenommen. Für Beschäftigte in Drogenhilfeeinrichtungen gilt dies nur, wenn sie bei ihrer Tätigkeit regelmäßig und häufig Verletzungsereignissen mit Blutkontakt ausgesetzt sind (siehe Kapitel IV, 1.4). Jeder Arzt/jede Ärztin hat bei Verdacht auf einen Arbeitsunfall oder auf Vorliegen einer BK eine Mitteilung an den zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder den staatlichen Gewerbearzt/die staatliche Gewerbeärztin zu machen. Entsprechendes gilt für den Arbeitgeber. Die Meldung einer BK durch die berufsranke Person selbst ist im Gesetz nicht vorgesehen, wird jedoch meist akzeptiert.

- ▶ **Hinweis:** Wegen der im Zusammenhang mit den blutübertragenen Virusinfektionen häufig zu beobachtenden Ängste der Betroffenen u.a. vor beruflicher und/oder sozialer Diskriminierung sollte deren Einverständnis vor Erstattung einer Anzeige eingeholt werden. Vor der Meldung sollte der/die Betroffene eingehend über mögliche Folgen beraten werden. Tatsächlich sind Diskriminierungen in Feststellungsverfahren nicht bekannt geworden, wenn die Berufsgenossenschaft gleichzeitig mit der Erstattung der Anzeige auf den Daten- und Vertrauensschutz hingewiesen und entsprechende Verhaltensweisen abgestimmt wurden.

Nach Eingang einer Anzeige leitet der Unfallversicherungsträger ein Verfahren zur Feststellung des Ursachenzusammenhanges der Krankheit mit der versicherten Tätigkeit ein. Im **Feststellungsverfahren** bestehen Mitwirkungspflichten der Leistungsberechtigten und der Arbeitgeber. Im Laufe des Verfahrens wird neben dem/der staatlichen Gewerbearzt/-ärztin meist ein/e medizinische/r GutachterIn eingeschaltet,



der/die ein so genanntes Zusammenhangsgutachten erstellt und ggf. auch Vorschläge zur Heilbehandlung sowie zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation macht. Der/die Gutachter/in schätzt die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“, nach der sich die Unfallrente bemisst. Schließlich ergeht durch die Unfallversicherung ein Bescheid, gegen den als Rechtsbehelf Widerspruch möglich ist (gegen Widerspruchsbeklage vor dem Sozialgericht).

Falls im Feststellungsverfahren (oder ggf. erst durch ein Sozialgericht) die HCV-Infektion als Berufskrankheit anerkannt wird, erbringt die gesetzliche Unfallversicherung folgende Leistungen:

- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit,
- Heilbehandlung,
- Verletztengeld (entspricht dem Krankengeld),
- Unfall- oder Berufskrankheitenrente (unabhängig von einer Berufstätigkeit),
- Hinterbliebenen- und Waisenrente,
- Übergangsgeld,
- medizinische Behandlung und Rehabilitation,
- berufliche Rehabilitation (Berufshilfe).

Die Höhe der **Unfall- oder Berufskrankheitenrente** richtet sich nach dem letzten Jahresarbeitsverdienst (Bezugszeitraum und Berechnung sind im Gesetz geregelt). Eine Rente wird gezahlt, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mindestens 20% beträgt. Bei einer MdE von 100% (so genannte Vollrente) beträgt die Unfall- oder BK-Rente zwei Drittel des letzten Jahresarbeitsverdienstes, eine Teilrente bei einer MdE von 20% entspricht 20% der Vollrente. Bezieht jemand mehrere Renten, z.B. eine Erwerbsminderungsrente oder Altersrente zusätzlich zur Unfalloder BK-Rente, so kann es zu einer Kürzung der gezahlten Renten kommen.

- **Hinweis:**
abeKra, Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter e.V.

Stammheimer Str. 2
63674 Altenstadt
Tel.: 06047-95266-0
Fax: 06047-95266-2
<http://www.abekra.de>

Beratung in medizinischen und rechtlichen Fragen. Lobby für berufsbedingt erkrankte Menschen. Vermittlung von GutachterInnen und AnwältInnen und Unterstützung in Verfahren vor den Sozial- und Arbeitsgerichten.



2.3 Exkurs: Chronisch HCV-infiziert am Arbeitsplatz - ein Risiko für andere?

BASISWISSEN

Die HCV-Infektion spielt im Arbeitsleben in formaler Hinsicht grundsätzlich keine große Rolle. Bei der ganz überwiegenden Anzahl beruflicher Tätigkeiten besteht seitens der HCV-Infizierten keine Infektionsgefährdung für andere MitarbeiterInnen, KlientInnen oder KundInnen. Dies gilt uneingeschränkt auch für Beschäftigte in Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe.

Grundsätzlich ist es sinnvoll, dass Beschäftigte, die mit Blut oder anderen potenziell infektiösen Körperflüssigkeiten in Kontakt kommen, ihren HIV-, HBV- oder HCV-Serostatus kennen. Zum einen wird bei Bedarf eine Impfung ermöglicht, zum anderen eröffnet sich bei HIV- oder chronisch Hepatitis-infizierten Beschäftigten die Möglichkeit zu einer medizinischen Behandlung und (bei Hepatitis) Heilung. Andererseits gibt es immer wieder Überreaktionen, wenn Betriebsärzte/-ärztinnen oder auch Arbeitgeber Kenntnis vom Serostatus erlangen (müssen). Diese sind zwar sehr viel seltener als sachgerechter und fürsorglicher Umgang von BetriebsärztInnen und/oder Arbeitgebern mit HBV-/HCV-/HIV-infizierten Beschäftigten, aber eben häufig individuell folgenschwer, z.B. wegen finanzieller Nachteile, Tätigkeitsbeschränkungen oder gar Berufsverbots.

Im Abwägungsprozess zwischen dem Schutzanspruch Anderer und der Rücksichtnahme auf berufliche und soziale Interessen des betroffenen Fachpersonals sind BetriebsärztInnen häufig einzige AnsprechpartnerInnen und BeraterInnen des/der Betroffenen. Die ärztliche Schweigepflicht schützt dieses besondere Vertrauensverhältnis. Dadurch kommt BetriebsärztInnen eine sehr verantwortungsvolle Schlüsselfunktion zu, in der Überreaktionen möglichst vermieden werden sollen. Wichtig: sorgfältige Auswahl der BetriebsärztInnen (siehe Kapitel IV,1.2).

Für Beschäftigte, die im Gesundheitswesen, aber nicht in der Drogenhilfe tätig sind, gilt: Einschränkungen der Berufsausübung bei chronischen HBV-/HCV-/HIV-Infektionen sind **nur im Einzelfall** für bestimmte übertragungsträchtige bzw. gefahrgeneigte Tätigkeiten (und ggf. in Abhängigkeit von der Viruslast) erforderlich.

Diese Einschränkungen betreffen fast ausschließlich operativ tätige ÄrztInnen, sehr selten nichtärztliches Assistenzpersonal (aber keine anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen!), weil nur hier eine Fremdgefährdung von PatientInnen möglich ist. In Einzelfällen wurden HCV-Übertragungen von HCV-positivem medizinischem Personal auf PatientInnen bei Operationen, bei Akupunktur oder zahnärztlichen Eingriffen bekannt.

Für Beschäftigte in der Drogenhilfe mit direktem Kontakt zu KlientInnen ist die regelhafte Untersuchung auf HBV- und HCV-Antikörper Pflicht (Beschäftigungsvoraussetzung), der HIV-Test ist freiwillig. Eine HIV-Infektion oder eine chronische Hepatitis-Infektion, die von BetriebsärztInnen festgestellt wird, darf nicht ohne Einwilligung des/der Beschäftigten dem Arbeitgeber mitgeteilt werden! Eine solche Mitteilung ist auch aus fachlicher Sicht nicht erforderlich, weil die chronischen Infektionen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und/oder die berufliche Eignung haben (siehe



Arbeitsrecht). BetriebsärztInnen können jedoch im besonderen Einzelfall dem Arbeitgeber ohne Nennung einer Diagnose ggf. Tätigkeitsbeschränkungen und/oder einen Wechsel des Arbeitsplatzes zum Schutz des/der Beschäftigten vorschlagen (siehe Kapitel IV, 1.6).

Bezüglich der Fremdgefährdung durch so genanntes infektiöses Personal kommt es nicht auf den Umstand an, dass der/die MitarbeiterIn eines Gesundheitsbetriebes eine Infektion hat, sondern ob diese sich in der konkreten Behandlungssituation als Risiko für andere Personen erweist. Kann dieses Risiko nach menschlichem Ermessen ausgeschlossen werden, so wird man eine Haftung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin oder des Gesundheitsbetriebes ebenfalls ausschließen können. Nur aus dem Vorliegen einer Infektionserkrankung, welcher Art auch immer, kann nicht auf eine Infektiosität des Trägers/der Trägerin geschlossen werden, sondern es bedarf einer Betrachtung des konkreten Einzelfalls.

Leider gibt es immer wieder auch Situationen, in denen chronisch HCV-Infizierte von BetriebsärztInnen oder dem Arbeitgeber aus „psychologischen Gründen“ mit Tätigkeitsbeschränkungen belegt werden - dies nicht nur im Gesundheitswesen, sondern beispielsweise auch im Lebensmittel- und Gastronomiegewerbe. Begründet wird dann nicht medizinisch-fachlich, sondern mit der Befürchtung, beim Bekanntwerden der Infektion könnten PatientInnen oder KundInnen verschreckt werden. Entsprechende Beispiele sind auch aus dem Strafvollzug berichtet worden. Sachlich, z.B. mit einem Ansteckungsrisiko, sind diese Entscheidungen nicht begründet und deshalb aus rechtlicher Sicht weder notwendig noch verhältnismäßig; die „psychologischen Probleme“ dürfen nicht auf dem Rücken Einzelner ausgetragen, sondern müssen anders gelöst werden.



151



DETAILWISSEN (gilt nicht für Beschäftigte in der Drogenhilfe)

Grundsätzlich können Beschäftigte im Gesundheitswesen, die ansteckungsfähige Träger von HBV, HCV und/oder HIV sind, ihre Berufe ohne Gefährdung von PatientInnen weiter ausüben. Es gibt keine allgemeinen Beschränkungen für die Zulassung zur Berufsausbildung, deren Beendigung sowie für die staatliche Anerkennung des Heilberufes.

Voraussetzung dafür ist, dass alle Verantwortlichen die allgemeinen Maßnahmen zum Infektionsschutz treffen. Die Einhaltung der Hygiene-, Schutz- und Unfallverhütungsmaßnahmen minimiert ein HBV-, HCV-, HIV-Übertragungsrisiko auf PatientInnen bei (zahn-)ärztlichen, kranken- und Altenpflegerischen Tätigkeiten. Bei der Infektionsprävention gehören der Patientenschutz und der Mitarbeiterschutz zusammen (zwei Seiten einer Medaille), rechtlich fallen sie jedoch in unterschiedliche Bereiche.

Grundsätzlich stellen Menschen mit einer Hepatitis- und/oder HIV-Infektion - gleich ob behandelt oder unbehandelt - im (beruflichen) Alltag keine Infektionsgefahr dar, auch nicht bei der Kinderbetreuung oder im Zusammenhang mit der Verarbeitung, Zubereitung, Darreichung etc. von Lebensmitteln. In Deutschland gibt es keine offiziellen Berufsverbote für Menschen mit Hepatitis oder HIV. Sie können ihren Beruf frei wählen und uneingeschränkt ihrer Tätigkeit nachgehen. Das gilt generell auch für

Angehörige von Berufen im Gesundheitswesen - Pflegeberufe, Arztberufe, medizinische TherapeutInnen oder weitere medizinische Berufe, weil von ihnen keine Ansteckungsgefahr für PatientInnen ausgeht. Besteht eine HIV-Infektion kommt es darauf an, für den Einzelfall die Auswirkungen auf die berufliche Eignung, hier auch die Ansteckungsgefahr für andere, zu prüfen. Es hat sich bewährt, eine interdisziplinär besetzte Fallkonferenz zu beteiligen.

Zur Verhinderung der Übertragung von HCV durch medizinisches Personal auf Patienten wurden von der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruskrankheiten (DVV) **Empfehlungen** zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-C-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst erarbeitet (entsprechende Empfehlungen gibt es zu HBV und HIV) ².

Wesentlich ist eine kontinuierliche arbeitsmedizinische Betreuung einschließlich der Überprüfung des HCV-Serostatus (siehe Kapitel IV, 1.2) und die regelmäßige Unterweisung des Personals bezüglich konsequenter Durchführung der erforderlichen Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen (Tragen doppelter Handschuhe bei operativen/invasiven Eingriffen; Verwendung von Instrumenten, bei denen das Risiko einer Verletzung minimiert wird; Gebrauch von Schutzkleidung, ggf. Schutzbrille oder Visier bzw. Mund-Nasenschutz oder Visier). Besondere Vorsichtsmaßnahmen sind bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr (gefahr geneigte Tätigkeiten) erforderlich. Zu Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr sollten möglichst HCV-RNA-negative Personen (oder Personen deren HC-Viruslast unter 1.000 Kopien/ml liegt) herangezogen werden. Alle, die verletzungsträchtige Tätigkeiten durchführen, sollten ihren HCV-Status kennen, damit Behandlungsmöglichkeiten geprüft und ggf. durchgeführt und so Risiken für PatientInnen minimiert werden können.

Die bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr zu treffenden Maßnahmen sollten durch ein Gremium vor Ort (Fallkonferenz) definiert und überwacht werden, das auch zur Einsatzmöglichkeit der/des HCV-Infizierten Stellung nimmt. Die Mitglieder der Fallkonferenz unterliegen der Schweigepflicht. Die Fallkonferenz kann auch im anonymen Verfahren tätig werden. Handlungsbedarf bezüglich des Patientenschutzes besteht jedoch nur bei chronisch (oder gelegentlich auch akut) HBV-, HCV- und HIV-infizierten Beschäftigten, die sogenannte verletzungs- beziehungsweise übertragungsträchtige Tätigkeiten ausüben und deren Viruslast nachhaltig über den wissenschaftlich begründeten Grenzwerten liegt

Der Fallkonferenz muss es um den Patientenschutz (Recht auf körperliche Unversehrtheit) **und** um den Arbeiterschutz (Persönlichkeitsschutz und Recht der freien Berufsausübung der/des Betroffenen) gehen. Ziel der Fallkonferenz ist die Diskussion und Bewertung des Risikoprofils bezogen auf die jeweilige konkrete Tätigkeit. Die zu findenden Maßnahmen müssen notwendig, geeignet und angemessen im Sinne der Infektionsprävention und der wissenschaftlichen Empfehlungen sein. Eine Entscheidung der Fallkonferenz kann u.U. zu einer Einschränkung der Tätigkeit der/des chronisch Infizierten führen. Andererseits bedeutet die auf breiter Basis getroffene Entscheidung für die Betroffenen und ihre Arbeitgeber eine Absicherung ihrer zukünftigen Tätigkeit.

Außerhalb der stationären Versorgung (z.B. im Bereich der Drogenhilfe) kann die Einsatzfähigkeit einer HCV-infizierten Person durch eine Kommission bei der Landesärztekammer oder im Rahmen der Ermittlungspflicht durch das Gesundheitsamt fest-

2 DVV (2007) Prävention der nosokomialen Übertragung von Hepatitis B Virus (HBV) und Hepatitis C Virus (HCV) durch im Gesundheitswesen Tätige. www.dvv-ev.de, Rabenau H.F. et al Prävention der nosokomialen Übertragung von Humanem Immunschwächevirus (HIV) durch HIV-positive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Bundesgesundheitsbl. 2012, 55:937-943 www.dvv-ev.de/1kommissionen





gelegt werden. Deren Entscheidung muss sich - wie die einer Fallkonferenz - fachlich an den aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen orientieren.

Die multidisziplinär besetzte Fallkonferenz bewertet das Risiko, empfiehlt Maßnahmen zum Infektionsschutz und macht ggf. Auflagen für die Ausübung übertragungsträchtiger Tätigkeiten. Im anonymen Verfahren obliegt es dem Betriebsarzt oder einer neutralen Vertrauensperson des Betroffenen, die Entscheidungen der Fallkonferenz zu vermitteln und ihre Einhaltung zu kontrollieren. In beiden Verfahren kann jedoch auch das örtliche Gesundheitsamt auf der Grundlage des § 16 IfSG (Ermittlungen des Gesundheitsamtes, Unterrichtungspflichten des Betriebsarztes) nach einem vereinbarten Zeitraum beim Betriebsarzt beziehungsweise bei der neutralen Vertrauensperson nachfragen, ob die empfohlenen Maßnahmen eingehalten wurden/werden oder nicht. Diese dürfen darüber Mitteilung machen (§ 16 IfSG; Allgemeine Maßnahmen der Behörde), wenn dies mit dem Betroffenen so vereinbart wurde. Das Vorgehen sollte dokumentiert und eine nach Möglichkeit genau definierte Schweigepflichtsentbindungserklärung verfasst werden. Liegt eine solche Einverständniserklärung nicht vor, ist die Mitteilung an das Gesundheitsamt - als ultima ratio - nur unter (zulässigem) Bruch der Schweigepflicht im Rahmen des rechtfertigenden Notstands nach § 34 Strafgesetzbuch (StGB) möglich. Bevor im Einzelfall die Schweigepflicht gegen den Willen des Betroffenen aus Gründen des rechtfertigenden Notstandes nach § 34 StGB gebrochen wird, sollte Rechtsrat eingeholt werden und das Vorgehen rechtlich abgestimmt werden. Bei Nicht-Einhalten der Auflagen kann das Gesundheitsamt nach dem IfSG dafür sorgen, dass die für erforderlich gehaltenen Maßnahmen bindend umgesetzt werden (§ 28 IfSG; Schutzmaßnahmen). (→ *Infektionsschutzgesetz*)

3. Arbeitsrecht

BASISWISSEN

Grundsätzlich können Beschäftigte, die ansteckungsfähige Träger von HCV (und/oder HBV/HIV) sind, aus medizinisch-fachlicher Sicht ihre Berufe (mit wenigen Ausnahmen im Gesundheitswesen) ohne Gefährdung Anderer weiter ausüben (siehe Kapitel IV, 2.3). Die HCV-Infektion stellt für sich genommen keinen Grund zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses dar, da von ihr keine Fremdgefährdung ausgeht und sie - zumindest in einem frühem Stadium oder unter erfolgreicher Behandlung - die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt. Sie hat in der Regel keinen Einfluss auf die Eignung von Bewerberinnen und Bewerbern. Auch lässt sich allein aufgrund einer chronischen HCV-Infektion keine Vorhersage über eventuelle Zeiten der Arbeitsunfähigkeit treffen. Daran muss sich die arbeitsrechtliche Bewertung bei der Einstellung und im bestehenden Arbeitsverhältnis orientieren.

DETAILWISSEN

Von der Rechtsprechung sind bisher im Rahmen von **Einstellungsverfahren** nur folgende Fragen als zulässig erachtet worden, zu denen Arbeitgeber sich Informationen verschaffen dürfen:

- solche, die die Eignung der BewerberInnen für die konkret **vorgesehene Tätigkeit** betreffen;
- solche, die von Bedeutung für die Prognose der Arbeitsfähigkeit **unmittelbar nach Aufnahme** der Tätigkeit sind;
- solche, die für die Beurteilung von Gefahren für andere MitarbeiterInnen, KlientInnen, KundInnen oder PatientInnen relevant sind.

Die **Arbeitsfähigkeit** unmittelbar nach Aufnahme der Tätigkeit kann bei HCV nur durch wenige schwerwiegende Krankheitsverläufe wie z.B. akute und chronisch-aktive Hepatitis, Leberzirrhose oder Leberkarzinom gefährdet sein. Da die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsunfähigkeit bei Menschen mit diesen Krankheiten groß ist, hat der Arbeitgeber bei der Frage nach (in absehbarer Zeit) bevorstehender Arbeitsunfähigkeit dann - und nur dann - das Recht, eine wahrheitsgemäße Antwort zu bekommen. Chronisch HCV- (und/oder HBV/HIV-)infizierte ArbeitnehmerInnen - auch in Gesundheitsberufen - müssen in der Regel im Bewerbungsgespräch oder während des Arbeitsverhältnisses ihre Krankheit nicht anzeigen. In Vertragsverhandlungen muss man die Wahrheit sagen. Dies bezieht sich allerdings nur auf solche Fragen, die für das Vertragsverhältnis von Bedeutung sind. Die symptomlose bzw. chronische HCV-Infektion darf deshalb im **Bewerbungsgespräch** verschwiegen werden, weil sie in der Regel keinen Einfluss auf die Eignung bzw. die vorgesehene berufliche Tätigkeit der BewerberInnen hat. Fragen, die sich nicht auf diese Tätigkeit beziehen, dürfen vom Arbeitgeber nicht gestellt werden. Daraus ergibt sich das Recht, diese Fragen nicht zu beantworten. Eine unrichtige Antwort gilt hier nicht als arglistige Täuschung. Juristisch nicht ganz korrekt wurde dies als „Recht zur Lüge“ bezeichnet.

Wie eingangs erläutert, wird dem Arbeitgeber nach der Rechtsprechung im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen („Eignungsuntersuchung“) ein Fragerecht nur bzgl. bestehender Erkrankungen eingeräumt, die die berufliche Tätigkeit beeinflussen können. Auch die Untersuchung selbst darf nur verlangt werden, wenn sie individuell für die Beurteilung der Eignung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin für den vorgesehenen Arbeitsplatz/für die vorgesehene Arbeit (Einstellung) oder für die im Arbeitsverhältnis ausgeübte Tätigkeit erforderlich ist und die Untersuchung nicht bereits aufgrund einer Rechtsvorschrift vor Beginn der Beschäftigung und während der Tätigkeit vorgeschrieben ist (siehe IV, 2.3). Diese Untersuchungen dürfen von Ärztinnen/Ärzten nur vorgenommen werden, wenn die Betroffenen nach Aufklärung über Art und Umfang ausdrücklich eingewilligt haben.

Chronisch HCV-infizierte ArbeitnehmerInnen müssen einer vom Arbeitgeber geforderten (**Eignungs-) Untersuchung** also nur unter bestimmten Umständen zustimmen. In der Alltagspraxis gestaltet sich das oftmals sehr schwierig, weil eine Verweigerung der Zustimmung den Ausschluss aus dem Bewerbungsverfahren bzw. von einer Tätigkeit zur Folge haben kann. Deshalb sollte die Zustimmung zur Untersuchung selbst nicht verweigert werden, aber sehr genau kontrolliert werden, welche Information die mit der Untersuchung betrauten Ärztinnen/Ärzte dann an den Arbeitgeber weitergeben (siehe unten). Auch im bestehenden Arbeitsverhältnis berechtigen allein die Zwecke des Arbeitsverhältnisses den Arbeitgeber nicht, einzelne ArbeitnehmerInnen zu einer ärztlichen Untersuchung zu veranlassen.





Routineuntersuchungen aller BewerberInnen oder Beschäftigten z.B. bezüglich Hepatitis- oder HIV-Serologie oder eines allgemeinen Drogenscreenings sind laut Bundesarbeitsgericht nicht statthaft (Urteil vom 12.08.1999 - 2AZR 55/99).

Deshalb ist hier die ärztliche Sorgfalt besonders wichtig, nur solche Untersuchungen durchzuführen oder Informationen weiterzugeben, die fachlich zur Beantwortung der zulässigen Fragen zwingend erforderlich oder rechtlich geboten sind. Ärztinnen/Ärzte dürfen nur in diesem Rahmen zu der Informationsgewinnung beitragen und den Arbeitgebern in Bezug auf die jeweils vorgesehene Tätigkeit mitteilen: „geeignet“ oder „nicht geeignet“. Auch dann, wenn ArbeitnehmerInnen durch tarif- oder arbeitsvertragliche Regelungen oder die Bestimmungen des Arbeitsschutzes verpflichtet sind, sich untersuchen zu lassen, und nach Aufklärung der Untersuchung zugestimmt haben, dürfen die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte nicht alle Untersuchungen durchführen, die sie oder der Arbeitgeber für sachdienlich halten. Die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte müssen das Arbeitgeberinteresse unter fachlichen Gesichtspunkten abwägen gegen das Recht der ArbeitnehmerInnen auf Unversehrtheit der Person. Dieser Schutz ist umso intensiver, je näher die Daten der Intimsphäre der/des Betroffenen stehen (HIV oder Hepatitis!).

- ▶ **Beispiel:** Bei Tätigkeiten in der Drogenhilfe mit direktem Kontakt zu Klientinnen und Klienten ist die Untersuchung auf Hepatitis-Antikörper bei der Einstellung und im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge rechtlich geboten und kann von dem/der Beschäftigten nicht ohne nachteilige Konsequenzen abgelehnt werden (siehe Kapitel IV, 1.6). In dieser Fallkonstellation könnte also die Frage des Arbeitgebers nach einer chronischen HCV-Infektion ggf. wahrheitswidrig beantwortet werden, nicht aber die entsprechende Frage des Betriebsarztes/der Betriebsärztin. Letzteren müssen Betroffene sich offenbaren bzw. einer Untersuchung zustimmen. Allerdings müssen sie auch darauf vertrauen können, dass die fachlichen Empfehlungen beachtet werden, die ihre Eignung für die Tätigkeit in der Drogenhilfe durch die chronische HCV-Infektion nicht einschränken. In seltenen Einzelfällen kann jedoch eine infektionsgefährdende Tätigkeit ungeeignet sein (siehe Kapitel IV, 1.2).

Eine chronische HCV-Infektion schränkt die Eignung für eine Tätigkeit in der Drogenhilfe grundsätzlich nicht ein. Leider haben Betriebsärzte/-ärztinnen immer wieder - teilweise auch unter Bruch der Schweigepflicht - allein das Vorliegen einer chronischen HCV-Infektion oder eine HIV-Infektion zum Anlass genommen, die Nicht-Eignung oder ein Tätigkeitsverbot für die vorgesehene Tätigkeit (allgemeine Kranken-/Altenpflege, Gastronomie, Verkehrspolizei u.v.a.m.) auszusprechen oder gar den Arbeitgeber zu informieren. Falls bei einer Untersuchung eine chronische HCV-Infektion festgestellt wird, darf dem Arbeitgeber ärztlicherseits kein Befund bzw. keine Diagnose mitgeteilt werden (Schweigepflicht!). Die/der Betroffene sollte die Ärztinnen/Ärzte schon bei der Zustimmung zur Untersuchung verpflichten, ihnen die vorgesehene Mitteilung an den Arbeitgeber vorab zur Kenntnis zu geben. Ggf. kann dagegen Widerspruch erhoben und/oder eine zweite fachliche Meinung eingeholt werden.

Literatur:

Jarke, J., Hösl, J., Korn, K., von Schwarzkopf, H.: HIV und Arbeit - Normalität auch im Gesundheitswesen. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. ASU 46 (2011) 8: 471-81

3.1 Infektionsschutzgesetz

BASISWISSEN

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) trat am 01.01.2001 in Kraft. Es löste das Bundesseuchengesetz ab und stellte insbesondere das System der meldepflichtigen Krankheiten in Deutschland auf eine neue Basis. Das IfSG regelt, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod und welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern meldepflichtig sind. Weiterhin legt das Gesetz fest, welche Angaben von den Meldepflichtigen gemacht werden und welche dieser Angaben vom Gesundheitsamt weiterübermittelt werden. Andere als im Gesetz genannte Daten dürfen dem Gesundheitsamt grundsätzlich weder bekannt gemacht noch von diesem angenommen und gespeichert werden.

Ziel der Meldepflicht ist, neben der Überwachung von Häufigkeiten des Auftretens und der geographischen Verteilung, auch die Identifizierung möglicher Infektionsquellen, um die Verbreitung des Erregers zu verhindern.

Das IfSG sieht eine **namentliche Meldepflicht** für alle erstmalig diagnostizierten Hepatitis-A-, -B- und -C-Infektionen vor. Meldepflichtig sind der/die behandelnde Arzt/Ärztin bezüglich Krankheitsverdacht, Erkrankung und Tod (§ 6) sowie die Untersuchungseinrichtung (Labor), die den positiven Virusbefund erstellt hat (§ 7). Die Meldung erfolgt an das örtliche Gesundheitsamt. Demgegenüber ist HIV nicht namentlich meldepflichtig; hier erfolgt nur eine anonymisierte Meldung des Labors über den Nachweis (positiver HIV-Test) an das Robert Koch-Institut. (zur Meldepflicht siehe Kapitel IV, 3.1) Das Gesundheitsamt kann bei namentlich gemeldeten Krankheiten weitere Ermittlungen anstellen (§ 25), z.B. Hausbesuche machen oder Personen vorladen; es kann weitere Untersuchungen (§ 26) und/oder Schutzmaßnahmen (§ 28) anordnen, z. B. Hygienemaßnahmen oder auch die Isolierung bzw. Wiederzulassung von Personen sowie in besonderen Fällen auch Tätigkeitsbeschränkungen oder ein Berufsverbot (§ 31) aussprechen. Der/die behandelnde Arzt/Ärztin ist berechtigt, mit Zustimmung des Patienten/der Patientin an den Untersuchungen nach § 26 teilzunehmen.

Hepatitis C

Alle erstmalig diagnostizierten Hepatitis-C-Infektionen sind namentlich meldepflichtig. Melden muss der/die behandelnde Arzt/Ärztin bei Krankheitsverdacht, Erkrankung und Tod sowie das Labor, das den positiven Virusbefund erstellt hat. Die Meldung erfolgt an das örtliche Gesundheitsamt. **HCV-Erregernachweise sind nicht meldepflichtig, wenn das Labor bei dem Patienten bereits früher HCV nachgewiesen und gemeldet hat oder wenn die Information vorliegt, dass dem/ der einsendenden Arzt/Ärztin ein früher durchgeführter positiver Labornachweis einer Hepatitis C bekannt ist.**

In folgenden Bundesländern bestehen erweiterte Meldepflichten auf Grund von Länderverordnungen für den Krankheitsverdacht und/oder für HCV-Träger(innen) (HCVAK- positiv): Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt. In Thüringen besteht ein freiwilliges Meldesystem mit Einverständnis



nis der Betroffenen. Die **Wiederzulassung** nach einer Erkrankung an Hepatitis C **zu einer Gemeinschaftseinrichtung** (z.B. Kindereinrichtung, Schule) kann erfolgen, sobald das Allgemeinbefinden den Besuch der Einrichtung wieder erlaubt, unabhängig davon, ob der Erreger zu diesem Zeitpunkt im Blut noch nachweisbar ist. Sinngemäß gilt dies auch für HCV-TrägerInnen (Carrier) unter den Beschäftigten oder den Kindern einer Einrichtung. Eine Ausnahme von dieser Regel stellen nur Personen mit ungewöhnlich aggressivem Verhalten (Beißen), einer Blutungsneigung oder einer generalisierten Dermatitis dar. In diesen Fällen muss die Entscheidung über die Zulassung zu einer Gemeinschaftseinrichtung durch das Gesundheitsamt individuell getroffen werden. Personen, die in einem Haushalt mit Menschen mit Hepatitis C leben, sie pflegen oder betreuen (z.B. auch in der Schule) sowie Partner sollten die gemeinsame Benutzung von Nagelschere, Zahnbürste, Rasierapparat oder Ähnlichem meiden.

Besonders aufmerksam müssen jedoch intravenös Drogen Gebrauchende sein, da in ihrem häuslichen Umfeld mit Blut verschmutzte Gegenstände eine gefährliche Infektionsquelle darstellen.

HCV-TrägerInnen können - mit wenigen Ausnahmen - auch in Gesundheitsberufen und in der Altenpflege tätig sein (siehe IV, 2.3). Das Gesundheitsamt kann nach dem IfSG dafür sorgen, dass die von Betriebsärzten/-ärztinnen oder einer Fallkonferenz für erforderlich gehaltenen Maßnahmen bindend umgesetzt werden (§ 28). Im extremen Problemfall kann (als letzte Möglichkeit) eine Tätigkeitsbeschränkung oder ein Berufsverbot ausgesprochen werden (§ 31), wenn die Maßnahme notwendig, geeignet und verhältnismäßig ist.



157

DETAILWISSEN

Hepatitis A

Nach dem IfSG ist der/die feststellende Arzt/Ärztin verpflichtet, sowohl den Verdacht auf als auch Erkrankung und Tod an akuter Virushepatitis an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. LeiterInnen von Untersuchungsstellen (Laboratorien) sind verpflichtet, den direkten oder indirekten Nachweis des Hepatitis-A-Virus zu melden, soweit dieser auf eine akute Infektion hinweist. Hepatitis-A-Kranke oder Personen, bei denen der Verdacht auf eine HAV-Infektion besteht, dürfen in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, die Kontakte zu den dort Betreuten beinhalten, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Betreute Personen, die an Hepatitis A erkrankt sind oder bei denen der Verdacht auf eine HAV-Infektion besteht, müssen während des Zeitraums der Infektiosität isoliert werden. Diese Regelungen gelten entsprechend für Wohngemeinschaften. Personen, die mit Hepatitis-A-Kranken in einem Haushalt leben, sie pflegen oder betreuen, sowie PartnerInnen von Menschen mit Hepatitis A sollten sich - sofern kein Impfschutz besteht - möglichst umgehend impfen lassen (aktiv und passiv) und für den Zeitraum der Infektiosität besonders auf Hygiene achten, also z.B. die Hände nach jeder Toilettenbenutzung und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend mit einem alkoholischen



Händedesinfektionsmittel desinfizieren. Ist die strikte Einhaltung dieser hygienischen Maßnahmen nicht gewährleistet, können Kontaktpersonen ohne Impfschutz bis zu vier Wochen nach dem letzten Kontakt mit der HAV-infizierten Person vom Besuch von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen werden.

Hepatitis B

Dem Gesundheitsamt wird gemäß IfSG der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an akuter Virushepatitis sowie der direkte oder indirekte Nachweis von Hepatitis-B-Virus, soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich gemeldet. In einigen Bundesländern bestehen darüber hinausgehende Meldepflichten, z.B. auch für HBV-TrägerInnen (Carrier).

Bei Einhaltung der im Haushalt allgemein üblichen Hygiene ist das Infektionsrisiko für andere gering. **Besonders aufmerksam müssen jedoch intravenös Drogen Gebrauchende sein, da in ihrem häuslichen Umfeld mit Blut verschmutzte Gegenstände sicherlich eine viel größere Rolle spielen als in einem „normalen“ Haushalt.**

- ▶ **HBV-TrägerInnen** können Gemeinschaftseinrichtungen besuchen bzw. dort ihrer Tätigkeit nachgehen. Personen, die in einem Haushalt mit Menschen mit Hepatitis B leben, sie pflegen oder betreuen (auch in der Schule), sowie PartnerInnen sollten sich - sofern kein Impfschutz besteht - möglichst impfen (passive und aktive Immunisierung!) lassen und den Impferfolg kontrollieren lassen.

- ▶ **Im Gesundheitswesen tätige chronisch mit Hepatitis B infizierte Personen** sollten die üblichen Hygieneregeln beachten, um Patienten nicht zu gefährden. Es ist nicht gerechtfertigt, Hepatitis-B-positives Personal grundsätzlich von der auszuschließen, da die Ansteckungsgefahr bei Einhaltung der allgemeinen Hygieneregeln gering ist (Ausnahme: übertragungsträchtige operative Tätigkeiten, für die nur Personen eingesetzt werden dürfen, deren HB-Viruslast unter 1.000 Kopien/ml liegt).

Sinnvoll ist - sowohl zum Schutz des Personals als auch zum Schutz der PatientInnen - die aktive Impfung gegen Hepatitis B für im Gesundheitswesen Tätige.



4. Sozialrechtliche Informationen für von Hepatitis bedrohte und betroffene DrogengebraucherInnen

Mit einschneidenden Veränderungen im Zuge der Gesundheitsreform (Gesundheitsmodernisierungsgesetz, Januar 2004) und den Neuerungen im Rahmen der Gesetze zur Belegung des Arbeitsmarktes (HARTZ IV, Januar 2005), ergaben sich für Drogengebrauchende und chronisch kranke Menschen eine Reihe von Veränderungen, Unklarheiten und Fragen, die in der Beratung und Betreuung thematisiert und beantwortet werden sollten.

Die Praxis zeigt, dass der Information von Drogengebrauchenden und chronisch kranken Menschen in der Drogenberatung und AIDS-Hilfe Arbeit ein bedeutender Stellenwert zukommt. Die Komplexität dieser gesetzlichen Neuregelungen macht eine detaillierte und umfassende Vorstellung in diesem Handbuch unmöglich. Dennoch werden nachfolgend einige der wesentlichen Veränderungen in den Bereichen Gesundheit und Sozialrecht beschrieben.

Die Gesundheitsreform

Seit dem 01. Januar 2004 ist die Gesundheitsreform in Kraft. Die Veränderungen sollten dazu beitragen die Versicherungsbeiträge zu senken und die Ausgaben zu begrenzen. Dazu gehört aber auch eine größere finanzielle Beteiligung der PatientInnen. Durch veränderte Zuzahlungs- und Finanzierungsregeln werden PatientInnen stärker an den Gesundheitskosten beteiligt. Insbesondere für chronisch kranke Menschen mit Hepatitis oder HIV/AIDS und opiatabhängige Menschen in einer Substitutionsbehandlung ergaben sich in den letzten Jahren vielfältige Veränderungen.

4.1 Zugang zur Hepatitis C Behandlung und Kostenübernahme

Grundsätzlich müssen alle Krankenkassen oder das Sozialamt die Kosten der zugelassenen Therapien übernehmen - unabhängig davon, ob der Patient Drogengebraucher ist oder nicht. Allerdings ist dazu eine ärztliche Indikationsstellung erforderlich, das heißt, dass der behandelnde Arzt eine Therapie befürworten muss.

In Folge verschiedener Studien, die die dauerhaften Ansprechraten (SVR) sowie die Compliance substituerter Patienten im Rahmen der Interferonbehandlung untersuchten, erhöhten sich in den letzten Jahren die Behandlungsmöglichkeiten für Drogengebraucher und Substituierte.

Drogenabhängigkeit stellt keine Kontraindikation für eine Interferonbehandlung dar. Eine Substitutionsbehandlung bedeutet aufgrund der engmaschigen Patientenbindung sogar eine günstige Voraussetzung. Für die erfolgreiche Durchführung einer Interferontherapie sind eine regelmäßige Medikamenteneinnahme und eine gute Compliance des Patienten entscheidend. Diese ist in der Regel bei einem unkontrollierten Drogenkonsum nicht oder nur eingeschränkt gegeben. Auch Patienten mit aktuellem i.v. Drogenkonsum können bei individueller Nutzen-Risiko-Abwägung antiviral behandelt werden.



Was tun in der Beratung?

Für aktuell Drogen gebrauchende Menschen stellt eine Substitutionsbehandlung die Basis für eine spätere Behandlung der Hepatitis C dar.

- Vermittlung einer Adresse eines erfahrenen Suchtmediziners der Substitutionsbehandlungen durchführt
- Vorgespräch mit dem Arzt führen um dem Arzt wichtige Informationen zum Klienten mitzuteilen, die eine Aufnahme in die Substitutionsbehandlung unterstützen.

► **Aktuelle Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung**

Nach der Richtlinie „Methoden der vertragsärztlichen Versorgung“³ (RL - MVV) ist eine unbefristete Substitution prinzipiell für jeden möglich, der mindestens 18 Jahre alt und seit mindestens zwei Jahren opiatabhängig ist.

Für Personen, die das 18.Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder noch keine zwei Jahre opiatabhängig sind, erfolgt eine Überprüfung nach §9 Abs.4.

In diesen Fällen ist die Substitution in der Regel nur als zeitlich begrenzte Maßnahme zum Übergang in eine drogenfreie Therapie möglich.

Die Substitution soll Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes mit dem Endziel der Betäubungsmittelabstinenz sein, doch umfasst dieses Konzept auch die Sicherung des Überlebens sowie die gesundheitliche und soziale Stabilisierung.

4.2 Regelung der Zuzahlung für medizinische Leistungen

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Zuzahlungen leisten. Versicherte müssen maximal zwei (2%) Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen aufbringen um eine Befreiung der Zuzahlung zu erhalten. Für Chroniker gilt hierbei die ein (1%) Prozent Regelung.

Bei der Berechnung der individuellen Belastungsgrenze wird das Familienbruttoeinkommen zugrunde gelegt.

- Bei Paaren wird das Einkommen zusammengezählt. Partner und Kinder erhalten Freibeträge.
- Für das Kalenderjahr 2012 liegt der Freibetrag für Partner bei 4.725 €. Bei Kindern beträgt der Freibetrag 7.008 €.

Hier ein Beispiel zur Errechnung des Freibetrages (Ehepaar mit 2 Kindern):

Jahreseinkommen Ehemann:	20.000 €
Jahreseinkommen Ehefrau:	15.000 €
Jahresbruttoeinkommen:	35.000 €
Freibetrag Ehegatte:	- 4.725 €
Freibetrag Kinder:	-14.016 €
= zu berücksichtigendes Familieneinkommen:	16.259 €

Davon Belastungsgrenze 2%	325,18 €
Belastungsgrenze 1% (chronisch krank)	162,59 €

Somit hat die Beispielfamilie im Kalenderjahr zusammen max. 325,18 € bzw. 162,59 € an Zuzahlungen zu leisten.

3 http://www.kvno.de/downloads/quali/methadon_richtlinie.pdf



Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt, Arbeitslosengeld II, von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft berechnet. D.h. der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 89,76 Euro, bei chronisch Kranken 44,88 Euro.

Sobald Versicherte mit ihren Zuzahlungen innerhalb eines Kalenderjahres die Belastungsgrenze erreicht haben, können sie bei ihrer Krankenkasse eine Befreiungsbescheinigung beantragen. Diese befreit sie dann von allen weiteren Zuzahlungen im laufenden Jahr.

Art der Zuzahlungen

... bei verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmitteln

Zuzahlung von 10 Prozent des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Mittel. Die Zuzahlung ist in jedem Fall begrenzt auf die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels.

... im Krankenhaus

Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.

...nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht erstattet. Die Ausnahme bilden Arzneimittel die zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen zum Therapiestandard gehören. Es gelten dann die gleichen Zuzahlungsregeln wie bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln.

...Fahrtkosten

Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht von der Krankenkasse übernommen. (Mehrere Versuche Fahrtkosten zur täglichen Substitutionsbehandlung erstattet zu bekommen scheiterten.) Auch für die Hepatitis C Behandlung mit Interferonen werden derzeit keine Fahrtkosten zum Arzt bezahlt.

Befreiung von der Zuzahlung wegen chronischer Erkrankung

Für chronisch kranke Menschen mit (z.B. Hepatitis C, HIV/AIDS, Opiatabhängigkeit) stellen Zuzahlungen eine nicht zumutbare finanzielle Belastung dar. Daher besteht die Möglichkeit, sich durch die Krankenkasse aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Krankheit (§62 SGB V) von der Zuzahlung befreien zu lassen.

In der „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) ist definiert, wer als schwerwiegend chronisch krank gilt.

Eine schwerwiegende chronische Erkrankung liegt dann vor, wenn der Versicherte:

- wenigstens einmal im Quartal seit einem Jahr mit derselben Krankheit in ärztlicher Behandlung ist und mindestens eines der folgenden Kriterien aufweist:
- ohne eine kontinuierliche medizinische Versorgung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.
- eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 wegen dieser Erkrankung vorliegt.
- ein Grad der Behinderung (GdB) von mind. 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mind. 60% wegen derselben Erkrankung vorliegt.



Der Arzt entscheidet ob eine chronische Erkrankung im Sinne des § 62 SGB V vorliegt. Eine chronische Hepatitis C Infektion ist eine „schwerwiegend chronische Erkrankung“ wenn die o. g. Kriterien zutreffen.

- ▶ **Für chronisch Opiatabhängige Menschen**, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, zeigt sich hinsichtlich der Anerkennung als „Chroniker“ kein einheitliches Bild. Hier gilt im Zusammenspiel von Arzt, Klient und Berater einen entsprechenden Antrag zu formulieren der in den Fokus rückt und deutlich macht, dass ohne eine Substitution „eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität“ zu erwarten ist.

Ein entsprechender Antrag muss unter Beifügung der ärztlichen Bescheinigungen (Dauerbehandlung und Prognose) bei der zuständigen Krankenkasse vorgelegt werden. Liegen die vorgenannten Unterlagen vollständig vor, so muss die Krankenkasse den „Chronikerstatus“ umgehend feststellen. Ein Ermessensspielraum besteht für die Kasse in diesen Fällen nicht.

Die Höhe der Zuzahlung darf dann nur 1% des Bruttojahreseinkommens des Versicherten ausmachen. Von allen weiteren Kosten für Rezepte, Krankenhausaufenthalte und Praxisgebühren wird der Patient von der Krankenkasse befreit.

Hierzu müssen ein Antrag bei der zuständigen Krankenkasse gestellt und die bereits geleisteten Zahlungen durch Belege eingereicht werden. Die Rückerstattung bereits überzahlter Beträge wird unterschiedlich gehandhabt.

- ▶ **Tipp:** Es besteht die Möglichkeit zum Beginn des Kalenderjahres einen Staffelantrag bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. Bei Bewilligung wird der Zuzahlungsbetrag in Höhe von 1% des Jahreseinkommens auf 12 Monate verteilt. Dies hat den Vorteil, dass nicht zu Beginn des Jahres, mit Eingang vieler Rechnungen, auch noch ein Großteil an Arztgebühren geleistet werden muss.



4.2.1 Musterschreiben für eine Stückelung der Zuzahlung

* * * * *

Stückelung der Zuzahlung bis zu meiner persönlichen Belastungsgrenze im Jahr 20..

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin ein schwerwiegend chronisch krankes Mitglied. Die entsprechende Bescheinigung liegt Ihnen aus diesem Jahr bereits vor. Als solches habe ich im Jahr 1 % meiner Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlung zu den in Anspruch genommenen Leistungen zu zahlen.

Da ich nur über sehr geringe Einkünfte verfüge, trifft mich diese Zuzahlung am Jahresanfang mit besonderer Härte. Daher stelle ich hiermit den Antrag, dass Sie den von mir zu zahlenden Jahresbetrag für die Zuzahlung in 12 gleiche Teile aufteilen und diesen monatlich von mir einzufordern.

(alternativ: von meinem Konto Nummer beim Bankinstitut
BLZ: abzubuchen.)

Dies wird bei anderen Krankenkassen bereits so gehandhabt. Bitte erteilen Sie mir im Ablehnungsfall einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift

Anlage

Einkommensnachweise

* * * * *

- **Tip**: Bei einigen Krankenkassen besteht für Chroniker im ALG II Bezug die Möglichkeit, zu Beginn des Jahres den Betrag in Höhe von 44,88 € einzuzahlen und dann umgehend eine Befreiung zu erhalten. Dies ist natürlich eine Handhabung auf Kulanzbasis und muss bei jeder Krankenkasse erfragt werden. Für den Versicherten hat es den Vorteil, dass nicht erst lästige Belege gesammelt und Anträge gestellt werden müssen.



4.3 Beratung im Kontext der Sozialgesetzgebung

Nachfolgend werden einige Teilbereiche der Sozialgesetzgebung vorgestellt, die für die Beratung und Betreuung von besonderer Relevanz sein können.

Schwerbehinderung

Nach dem neunten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX, „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“⁴) erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Erbracht werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Grad der Behinderung

Nach § 1 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit länger als sechs Monate von dem typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Maßstab für die Auswirkungen dieser Beeinträchtigung ist der in Zehnerschritten von 20 bis 100 gestufte Grad der Behinderung (GdB), der vom zuständigen Versorgungsamt unter Hinzuziehung medizinischer Unterlagen der Patienten festgestellt wird:

- **Schwerbehinderte** sind Personen mit einem GdB von mindestens 50, die ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz in Deutschland haben.
 - **Behinderte** sind Personen mit einem GdB von weniger als 50. Bei dieser Einstufung erhält der Betroffene vom Versorgungsamt nur einen Bescheid und keinen Ausweis.
 - **Gleichgestellte** sind Personen mit einem GdB von weniger als 50, aber mindestens 30, die auf Antrag beim Arbeitsamt einem Schwerbehinderten gleichgestellt wurden. Oft können Betroffene wegen ihrer Behinderung ohne diese Gleichstellung einen Arbeitsplatz nicht bekommen oder behalten (Schwerbehinderte genießen u. a. besonderen Kündigungsschutz).
- **Zu beachten ist, dass der Grad der Behinderung nicht mit dem Grad der Erwerbsminderung im Sinne des Rentenrechts identisch ist, da die Schwerbehinderung nichts über die Fähigkeit zur Ausübung eines Berufs aussagt.**

4 http://www.kvno.de/downloads/quali/methadon_richtlinie.pdf

Grad der Behinderung bei Hepatitis und Leberzirrhose (Orientierungswerte)

Chronische Hepatitis	GdB
ohne (klinisch-)entzündliche Aktivität	20
mit geringer (klinisch-)entzündlicher Aktivität	30
mit mäßiger (klinisch-)entzündlicher Aktivität	40
mit starker (klinisch-)entzündlicher Aktivität, je nach Funktionsstörung	50 - 70
Alleinige Virusreplikation („gesunder Virusträger“). Bei Hepatitis-C-Virus nur nach histologischem Ausschluss einer Hepatitis.	10

Leberzirrhose	GdB
kompensiert inaktiv	30
kompensiert gering aktiv	40
kompensiert stärker aktiv	50
dekompensiert (aszites, portale Stauung, hepatische Enzephalopathie)	60 - 100

Schritt für Schritt: der Weg zum Schwerbehindertenausweis

1. Antrag beim zuständigen Versorgungsamt (ärztliche Befundberichte und Berichte von Krankenhausaufenthalten - wenn vorhanden - beifügen).
2. Nach Eingang aller Unterlagen beim Versorgungsamt wird die Akte dem ärztlichen Dienst zugeleitet, der den Grad der Behinderung (GdB) feststellt.
3. Überprüfung durch den zuständigen Abschnitt des Versorgungsamtes.
4. Bescheid an den Patienten. Beträgt der Grad der Behinderung mindestens 50, stellt das Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis aus. In Verbindung mit dem Ausweis können dann die entsprechenden Nachteilsausgleiche geltend gemacht werden, z. B. Vergünstigungen bei öffentlichen Einrichtungen usw.
5. Gegen den Bescheid kann Widerspruch eingelegt werden.
6. Der Widerspruch wird durch einen anderen Arzt vom Versorgungsamt geprüft.
7. Kommt er zu keinem anderen Ergebnis, ist eine Klage vor dem Verwaltungsgericht möglich.



165

Nachteile des Schwerbehindertenausweises

Ein Schwerbehindertenausweis kann Nachteile mit sich bringen, z. B. beim Wechsel des Arbeitsplatzes oder bei der Arbeitssuche. Ein Schwerbehindertenausweis sollte daher erst dann beantragt werden, wenn klar ist, dass in absehbarer Zeit kein neuer Arbeitsplatz angestrebt wird.

- Eine Schwerbehinderung muss im Bewerbungsverfahren angegeben werden, wenn sie sich in absehbarer Zeit auf die angestrebte Tätigkeit auswirken kann.
- Fragt der Arbeitgeber, und sei es auch nur in einem Bewerbungsfragebogen, muss hierauf wahrheitsgemäß geantwortet werden.
- Wird die Behinderung verschwiegen, kann dies später zur Anfechtung des Arbeitsvertrages wegen arglistiger Täuschung führen, was weitere Nachteile bei der Arbeitslosenversicherung (z. B. Sperrzeiten) mit sich bringen kann.
- Schwerbehinderte sind allerdings nicht verpflichtet, einem Arbeitgeber den Grund der Schwerbehinderung anzugeben oder ihm den Schwerbehindertenausweis zur Kenntnis zu geben.
- der Status der Schwerbehinderung kann nicht einfach wieder aufgegeben werden, indem der Ausweis zurückgegeben wird. Zwar können Betroffene einen zeitlich befristeten Ausweis durch Nicht-Verlängerung entwerten, ihren Status verlieren

sie dadurch jedoch nicht. Rein rechtlich und faktisch liegt die Schwerbehinderung immer noch vor und muss auf Nachfrage dem Arbeitgeber angegeben werden.

Sozialmedizinische Beurteilung chronischer Lebererkrankungen

Bei der Feststellung des Grades der Behinderung handelt es sich um eine „offizielle“ medizinische Beurteilung, welche vom medizinischen Dienst des örtlichen Gesundheitsamtes, vom Amtsarzt der jeweiligen Agentur für Arbeit oder vom Vertrauensarzt des Rentenversicherungsträgers oder der Krankenversicherung durchgeführt wird - je nach Situation des Betroffenen. Eine solche Beurteilung liegt auch Entscheidungen über die Bewilligung oder Ablehnung von Rehabilitationsmaßnahmen, Erwerbsminderungsrenten, Grundsicherung (siehe Erwerbsunfähigkeit und Sozialhilfe), Anerkennung von Mehrbedarf u. A. zugrunde, die von den entsprechenden Behörden gefällt werden.

- Generell eingeschränkt ist das Leistungsvermögen bei aggressiver chronischer Virushepatitis und fortschreitender Leberzirrhose jeglicher Herkunft.
- Generell nicht eingeschränkt ist das Leistungsvermögen bei „ruhender“ chronischer Hepatitis, unspezifischer chronischer Hepatitis, Leberverfettung, Fettleber 1. und 2. Stadium.
- Stadienabhängig eingeschränkt ist das Leistungsvermögen bei chronischer, nicht eitriger destruierender Cholangitis (einer Entzündung der Gallenwege) und primärer biliärer Zirrhose (einer von den Gallengängen ausgehenden Leberzirrhose).

Die Leistungsfähigkeit von Menschen mit einer chronischen Lebererkrankung lässt sich nur schwer objektiv messen. Grundlage für die Beurteilung ist eine genaue Diagnose mit der Bewertung der aktuellen Leberfunktion. Bedingt durch zumeist langjährig schwierigen Lebens- und Konsumbedingungen von (ehemals) Drogen gebrauchenden Betroffenen leiden sie vielfach noch unter anderen Erkrankungen, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Sorgfältig abzuwägen ist auch, inwieweit die berufliche Tätigkeit den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst oder ob der Krankheitszustand die Leistungsfähigkeit mindert.

Sozialhilfe

Im Zuge der sog. Hartz Reformen wurde die bisherige Arbeitslosenhilfe und die Sozialhilfe für grundsätzlich erwerbsfähige Hilfebedürftige und deren Familienangehörige im Zweiten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB II) zusammengefasst und mit dem Namen: Grundsicherung für Arbeitssuchende versehen, besser bekannt unter dem Namen Arbeitslosengeld II (ALG II) und Sozialgeld.

Auf Sozialhilfe im engeren Sinn haben ab dem 01.01.2005 nur noch:

- Erwerbsunfähige auf Zeit,
- Vorruheständler mit niedriger Rente,
- längerfristig Erkrankte,
- hilfebedürftige Kinder mit selbst nicht hilfebedürftigen Eltern einen Anspruch.

Rechtsgrundlage ist das Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch - (SGB XII). Daneben sind im SGB XII auch die Regelungen für Grundsicherungsleistungen für dauerhaft Erwerbsunfähige enthalten.



Für die Frage, ob nun ein Anspruch auf

- Arbeitslosengeld II (SGB II),
 - auf Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung (SGB XII) oder
 - auf Sozialhilfe (SGB XII) besteht,
- ist das Tatbestandsmerkmal der Erwerbsfähigkeit entscheidend.

Es kommt darauf an, ob der Anspruchsberechtigte zu einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für mindestens 3 Stunden nachgehen kann.

Im Einzelnen:

- Ist die Leistungsfähigkeit auf Dauer oder nur befristet auf weniger als 3 Stunden eingeschränkt und ist das 18. Lebensjahr vollendet, so besteht Anspruch auf Grundsicherung (im Alter und) bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII.
- Ist das 65. Lebensjahres vollendet, so besteht (ebenfalls) ein Anspruch auf Grundsicherung im Alter (und bei Erwerbsminderung) nach dem SGB XII.

Im Gegenschluss bedeuten die obigen Ausführungen, dass Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld) derjenige erhält, wer für mindestens drei Stunden am Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden kann oder mit einem Anspruchsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft lebt, sofern dieser Anspruchsberechtigte nicht einen Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII haben darf.

Besondere Regeln sieht das Asylbewerberleistungsgesetz vor; die Erstattung von Kosten im Rahmen der Gesundheitsfürsorge ist hier auf das Allernotwendigste beschränkt. Behandelt werden lediglich akute Erkrankungen und Schmerzzustände, nicht jedoch chronische Erkrankungen wie z. B. eine chronische Hepatitis.

- ▶ **Tipp:** Um dennoch die Kosten für die Behandlung eines an chronischer Hepatitis C erkrankten Asylbewerbers erstattet zu bekommen, wurde in Sachsen erfolgreich im Widerspruchsverfahren geklagt.⁵

Mehrbedarf

Ein Mehrbedarf, der z. B. durch kostenaufwendige Ernährung verursacht wird, muss beim jeweiligen Kostenträger (ARGE/Jobcenter/Landschaftsverband o.a.) beantragt werden. Dazu ist auf jeden Fall ein ärztliches Attest nötig.

Bei Menschen mit chronischer Hepatitis oder HIV/Aids etwa kann ein erhöhter Bedarf an kostenaufwändiger Ernährung durch Gewichtsverlust oder nicht ausreichendem Körpergewicht möglich sein. Der deutsche Verein hat Empfehlungen zur Höhe des Mehrbedarfs ausgesprochen, an den sich die Ämter orientieren.

- ▶ **Tipp:** Neben dem ärztlichen Attest sollten Sie zu ihrem Antrag auch die vorgeschlagene Ernährungsbehandlung sowie die monatlichen Mehrkosten schriftlich einreichen.

Berufsverbot bei Hepatitis C

Bei einer Infektion mit Hepatitis C gibt es kein generelles Berufsverbot, auch nicht bei Mitarbeitern im medizinisch-pflegerischen Bereich, bei denen eine Ansteckung über den Blutweg wahrscheinlich sein könnte. Zur Vermeidung von Ansteckung wurden



5 http://www.equal-asyl.de/fileadmin/dokumente/080128_Expertise_Opfer_von_Menschenhandel.pdf

Empfehlungen von der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung von Viruserkrankungen erarbeitet. Folgende Punkte sind für die Ansteckungsvermeidung unverzichtbar:

- Regelmäßige Unterweisung des Personals bezüglich konsequenter Durchführung der erforderlichen Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen (z.B. Tragen doppelter Handschuhe, Gebrauch von Schutzkleidung),
- Regelmäßige Überprüfung der Hepatitis C Viruslast.

Rehabilitationsmaßnahmen

Die Rentenversicherungsträger arbeiten nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Bei einer chronischen Hepatitis z. B. werden Umschulungen oder berufsfördernde Leistungen sowie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen übernommen, seltener auch eine „Kur“. Informationen und Beratung bietet die Deutsche Rentenversicherung.

Rehabilitationsmaßnahmen werden bewilligt, wenn dadurch

- bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsunfähigkeit eine weitere Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann (§ 15 SGB VI),
- bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB VI),
- der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann (§ 10 SGB VI).

Oberstes Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist nicht die Verbesserung des Wohlbefindens des Kranken, sondern die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in die Arbeitswelt.

Berufsfördernde Leistungen/Umschulungen

Unter dem Stichwort „Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation“ gewähren die Rentenversicherungsträger z. B. Beihilfen für Arbeitgeber, um eine Weiterbeschäftigung im Betrieb zu ermöglichen (auf einer anderen Stelle oder in einem anderen Bereich) oder um einen behindertengerechten Arbeitsplatz einzurichten.

Wenn es für Versicherte erforderlich ist, finanziert der Rentenversicherungsträger auch eine Umschulung; dies gilt auch für Empfänger von Arbeitslosengeld.

Fahrtkosten, Lern- und Arbeitsmittel bei Umschulungen, Übergangsgeld (ersetzt den Arbeitsverdienst bzw. das Arbeitslosengeld), Sozialversicherungsbeiträge und unter Umständen sogar die Kosten für eine Haushaltshilfe zur Betreuung von Kindern, werden für die Dauer der Maßnahme vom Rentenversicherungsträger übernommen.

Ziel all dieser Maßnahmen ist die Wiedereingliederung in ein geregeltes Arbeitsleben - ob jemand, der Jahre- oder jahrzehntelang drogenabhängig war, dazu in der Lage ist, muss individuell geklärt werden (anhand von medizinischen Unterlagen, Sozialberichten usw.).

Medizinische Rehabilitation/„Kur“

Die Erfahrung zeigt, dass einem Antrag von Patienten mit chronischer Hepatitis auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation nicht unbedingt entsprochen wird, und zwar auch dann nicht, wenn sich infolge der Behandlung mit Interferon und Ribavirin Nebenwirkungen wie z. B. Depressionen einstellen.



Erwerbsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrente

Das Einkommen von Arbeitern und Angestellten wird bis zu einer bestimmten Höhe mit Sozialversicherungsabgaben belastet (Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung). Können Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung (z.B. Hepatitis) eine Erwerbstätigkeit nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang ausüben, zahlt der Versicherungsträger eine Erwerbsminderungsrente, und zwar unabhängig vom Lebensalter.

Die Erwerbsminderungsrente wird in der Regel als Zeitrente geleistet, das heißt für längstens drei Jahre; diese Befristung kann bis zu drei Mal wiederholt werden. Wenn nicht abzusehen ist, dass die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann, wird die Rente unbefristet gewährt. Nach einer Gesamtdauer der Befristungen von neun Jahren ist davon auszugehen, dass die Erwerbsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann.

Zum Stichtag 1. Januar 2001 sind die Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt worden. Ist bereits vor diesem Datum ein Anspruch auf Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entstanden, werden diese auch weiterhin nach dem bis zum 31.12.2000 geltenden Recht gezahlt. Sind befristete Renten aus der Zeit vor dem 31.12.2000 neu zu beantragen, erfolgt die Beurteilung weiterhin nach dem alten Recht der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Versicherte haben Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn

- sie nach Feststellung der Rentenversicherung teilweise erwerbsgemindert sind und
- in den letzten fünf Jahren⁶ vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtversicherung bestanden hat und
- vor Eintritt der Erwerbsminderung die Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) erfüllt ist.

Ist eine Beschäftigung im Umfang von mehr als drei, aber weniger als sechs Stunden täglich möglich, liegt eine teilweise Erwerbsminderung vor.

► **Beispiel:** Kann z. B. ein querschnittsgelähmter Maurer nicht mehr in seinem Beruf arbeiten, aber vier Stunden täglich in einer Pförtnerloge sitzen, bekommt er lediglich eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Kann dem Versicherten jedoch kein entsprechender Teilarbeitsplatz angeboten werden, wird Rente wegen voller Erwerbsminderung gezahlt. Dabei wird für jeden Monat, in dem die Rente vor dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters in Anspruch genommen wird, ein Abschlag von 0,3 % erhoben (höchstens aber 10,8 %).

Bei einem Leistungsvermögen von über sechs Arbeitsstunden täglich liegt keine Erwerbsminderung im Sinne des Gesetzes vor.

Bei Versicherten, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind, muss sich die Beurteilung des „Restleistungsvermögens“ wie früher bei der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente an ihrer beruflichen Qualifikation orientieren statt an der zuletzt ausgeübten Tätigkeit.



⁶ Dabei muss man aber weder die fünf noch die drei Jahre an einem Stück zurückgelegt haben: Erforderlich sind 60 bzw. 36 Monate, wobei ein Monat bereits dann gezählt wird, wenn in ihm nur an einem einzigen Tag Beiträge entrichtet wurden.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

Versicherte haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn

- sie nach Feststellung der Rentenversicherung voll erwerbsgemindert sind und
- in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtversicherung bestanden hat und
- vor Eintritt der Erwerbsminderung die Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren erfüllt ist.

Voll erwerbsgemindert ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande ist, mindestens drei Stunden täglich in irgendeiner Beschäftigung erwerbstätig zu sein - die seiner Qualifikation und seinem bisherigen beruflichen Werdegang in keiner Weise entsprechen muss. Eine Rente wegen voller Erwerbsminderung wird wie eine Altersrente berechnet.

Tipps für die Beratung und Betreuung Drogen gebrauchender Menschen

- Viele Drogengebraucher können nicht über einen längeren Zeitraum einer Arbeit nachgehen, z. B. aufgrund gesundheitlicher Probleme oder von Inhaftierungen. Die Voraussetzungen für die Zahlung einer Erwerbsminderungsrente sind daher häufig nicht gegeben, und ist das doch der Fall, ist die Rente meist sehr niedrig. In diesem Fall können Wohngeld und/oder Grundsicherung (statt ergänzender Sozialhilfe) bei den örtlichen Sozialhilfeträgern beantragt werden.
- Da in vielen Fällen das Krankengeld höher ist als die zu erwartende Erwerbsminderungsrente, stellen viele Betroffene erst dann einen Rentenanspruch, wenn die Krankenkasse „nicht mehr mitspielt“. Die Bearbeitung eines Rentenanspruches kann aber bis zu einem Jahr dauern, da alle Zeiträume überprüft werden müssen, für die kein Beitrag bezahlt wurde. Das ist bei Drogengebrauchern meistens besonders schwierig - der häufige Wechsel von Arbeitsstellen oder Wohnorten, Entzugstherapien usw. führen zu ungeklärten Versicherungszeiten. Es empfiehlt sich daher, schon frühzeitig beim Rentenversicherungsträger einen Antrag auf „Kontenklärung“ zu stellen. Wird dann zu einem späteren Zeitpunkt die Rente beantragt, kann diese schneller und einfacher bewilligt werden.

Erwerbsminderungsrente und Bezug von Arbeitslosengeld

Die Arbeitsagentur trägt neben der monatlichen Zahlung von Arbeitslosengeld alle Sozialversicherungsbeiträge, auch die der gesetzlichen Rentenversicherung. Daher gelten für Arbeitslosengeldempfänger dieselben Anwartschaftsbedingungen für das Antragsverfahren der Erwerbsminderungsrente wie für Arbeitnehmer in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis.

Während der Wartezeit bis zur Bewilligung und Zahlung einer Erwerbsminderungsrente zahlt die Arbeitsagentur normal weiter; diese Leistungen müssen aber bei der später fälligen Rentennachzahlung zurückerstattet werden. Sobald und solange eine Erwerbsminderungsrente gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Erwerbsunfähigkeit und Sozialhilfe/Soziale Grundsicherung

Viele Betroffene beziehen schon seit vielen Jahren Sozialhilfe und haben keinen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente.

Die Grundsicherung für Menschen ab 65 Jahren und bei Erwerbsunfähigkeit, die bisher in einem eigenen Gesetz geregelt war, ist seit dem 1.1.2005 im SGB XII integriert.



Die bisherige Zweiteilung innerhalb des BSHG in „Hilfe zum Lebensunterhalt“ und „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ wurde aufgelöst. Leistungen nach diesem Gesetz können Menschen ab dem 65. Lebensjahr sowie dauerhaft voll Erwerbsunfähige ab 18 Jahren erhalten (hier ist eine amtsärztliche Bescheinigung erforderlich). Anspruch auf Grundsicherung haben Personen die unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind, und bei denen es unwahrscheinlich ist, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.

Die Leistungen richten sich grundsätzlich nach der Leistungshöhe des Sozialhilfe-rechts, allerdings mit der Besonderheit, dass sich der Regelsatz um 15 Prozent er-höhrt. Zusätzlich kann ein Mehrbedarf von 20 Prozent geltend gemacht werden, wenn zu den übrigen Voraussetzungen bei der Schwerbehinderung noch das Merkzeichen „G“ (gehbehindert) hinzukommt.

Getragen werden auch die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unter-kunft und Heizung sowie Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entsprechend dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

Ungeklärt ist allerdings noch das Vorgehen, wenn ein erhöhter Mehrbedarf wegen besonders kostenaufwändiger Ernährung oder wegen sonstiger Gründe besteht, die gesetzlich nicht geregelt sind.

In sehr vielen Fällen wird neben der Grundsicherung auch noch Sozialhilfe bezogen, da die Berechnung nicht alle sozialhilferechtlichen Bedarfe im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt abdeckt. Auch können nach wie vor Leistungen für besondere Lebenslagen beim Sozialamt beantragt werden. Im Einzelfall sollte genau ausgerech-net werden, ob Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz höher oder niedriger ausfallen würden als die Sozialhilfeleistungen.

Die Leistungen nach dem GSiG sind jedoch vorrangig vor Leistungen des Sozialamts zu beantragen. Der dann gegebenenfalls noch bestehende Fehlbetrag zum sozialhil-ferechtlichen Bedarf ist durch das Sozialamt zu decken.

Vorteile der Grundsicherung sind in jedem Fall darin zu sehen, dass der Bewilli-gungszeitraum ein Jahr beträgt. Außerdem können Verwandte nur dann zu Unter-haltsleistungen herangezogen werden (die Regelungen in Bezug auf Ehegatten, Lebenspartner und Partner, mit denen man einen gemeinsamen Hausstand hat, entsprechen denjenigen für die Sozialhilfe), wenn ihr Jahreseinkommen 100 000 € übersteigt. Eigenes Einkommen (z.B. eine geringe Erwerbsminderungsrente) sowie das Einkommen des im gleichen Haushalt lebenden Ehe- oder Lebenspartners ist, wie bei der Sozialhilfe, zu berücksichtigen.

Nach den gesetzlichen Vorschriften ist die Deutsche Rentenversicherung verpflichtet, über Fragen des Grundsicherungsgesetzes zu informieren.



Modellrechnung für eine allein stehende Person
 (gilt nicht für HeimbewohnerInnen)

Regelsatz für Haushaltsvorstand	293,00 €
Zuschlag von 15 % unter anderem für einmaligen Bedarf	+ 43,95 €
Unterkunftskosten	+ 250,00 €
Heizkosten	+ 50,00 €
Bedarf	+ 636,95 €
abzüglich Rente	- 200,00 €
ergibt einen Grundsicherungsbedarf von	436,95 €

Modellrechnung für ein Ehepaar/eine eheähnliche Gemeinschaft

BEDARF	1. PARTNER	2. PARTNER
Regelsatz Haushaltsvorstand bzw. Haushaltsangehörige	293,00 €	234,00 €
Zuschlag von 15 % des Regelsatzes Haushaltsvorstand zur Abdeckung u. a. des einmaligen Bedarfs	+ 43,95 €	+ 43,95 €
Unterkunftskosten (für jeden anteilig)	+ 150,00 €	+ 150,00 €
Heizkosten (für jeden anteilig)	+ 33,00 €	+ 33,00 €
BEDARF	519,95 €	460,95 €
abzüglich Rente	- 600,00 €	- 300,00 €
ergibt einen Überschuss von	80,05 €	
ergibt einen ungedeckten Bedarf von		160,95 €
abzüglich des Überschusses beim Partner		- 80,05 €
ergibt einen Grundsicherungsanspruch von		80,90 €

Weblinks:

<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung.html>

<http://www.tacheles-sozialhilfe.de/>

<http://www.betainstitut.de/institut.php>

<http://www.aidshilfe.de/de/leben-mit-hiv/migration/sozialrecht>



V ANHANG

1. Checklisten

A Setting: niedrigschwellige Kontaktarbeit (Kontaktladen, mobiler/stationärer Konsumraum, streetwork)¹

Das Setting „niedrigschwellige Kontaktarbeit“ (Kontaktladen, Konsumraum, Streetwork etc.) ist gekennzeichnet durch kurze, einmalige, in der Regel aber mehrmalige Kontakte, (Kurzberatungen, Informationsweitergabe, Versorgungsleistung, z.B. Spritzenvergabe). Die MitarbeiterInnen unterschiedlicher Professionen und z.T. Disziplinen leisten auf unterschiedlichen Ebenen Hilfe: Vergabe von Safer-Use/Safer-Sex Materialien (Spritzen, Löffel, Filter, Wasser, Staubänder, Kondome, Gleitmittel); Informationen (Broschüren, Flyer, Info-cards), Bereitstellung von hygienischen Konsumbedingungen, Zurverfügungstellung eines Aufenthaltsraums (Wärmestube etc.) mit unterschiedlichen Angeboten der materiellen Versorgung (Essen, Getränke etc.), Aufklärungsveranstaltungen (themenbezogen, peer-involvement) mit unterschiedlichen Medien (Kurse, Broschüren, Videos, Internet). Das Ziel aller Maßnahmen ist der (Erst-)Kontakt, Versorgung, gesundheitliche Stabilisierung und Vermittlung in weitergehende Hilfeangebote.

Die Infektionsprophylaxe hat im niedrigschwelligen Setting einen hohen Stellenwert. Die Beratung und Vermittlung von chronisch Hepatitis-C-Infizierten spielt ebenso eine große Rolle. Klienten und Mitarbeiter sind jedoch häufig unzureichend informiert, sie schätzen die Bedeutung der HCV-Infektion falsch ein und betrachten HCV als ‚Anhängsel‘ der HIV/AIDS-Prävention. Häufig sind es nicht nur Wissenslücken, sondern auch Verhaltensunsicherheiten: Mitarbeiter wissen nicht, ob und wie sie diese Problematik ansprechen sollen, bzw. wie sie auf Aussagen von Klienten wie „ich habe eine Hepatitis C“ reagieren sollen.

Die Leitfragen in diesem Setting sind: Welche Prioritäten sollten in niedrigschwelligen Projekten gesetzt werden? Welche grundlegenden Bedingungen bzgl. Informationsvermittlung, Wissensverbesserung, Stärkung der Blutaufmerksamkeit, arbeitsplatzspezifische Risikoanalyse und Informationen, Fortbildung der MitarbeiterInnen müssen in diesen Einrichtungen erfüllt sein? Welche Methoden des Wissenstransfer sind unter den häufig erschwerten Rahmenbedingungen eines niedrigschwelligen Settings möglich und erfolgreich?

1. Prävention für KlientInnen

HCV-Aufklärung/Beratung

Alle KlientInnen

ja nein im Einzelfall, Welche Zielgruppe?

In welchen Hilfebereichen?

1 Material wurde verwendet aus den Protokollen W2 Setting: Niedrigschwellige Kontaktarbeit, von Kerstin Dettmer, Felix von Ploetz und Joachim Krause. In: akzept/Deutsche AIDS-Hilfe, LaBAS (Hrsg.): 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin, 2004, S. 93ff.

In allgemeinen Aufklärungsveranstaltungen?

ja nein Wann?

In individuellen Beratungsgesprächen?

ja nein Wann?

In Gruppenangeboten?

ja nein Wann?

In ärztlicher Sprechstunde?

ja nein Wie oft angeboten?

Mit konkretem Bezug zur individuellen Lebenssituation?

ja nein Wie?

In welcher Intensität?..... Mit welcher Frequenz?

Themen:

Safer Use – Informationen oder Training

ja geplant nein, weil

Verhalten nach Exposition (Nadelstichverletzungen u.a.)

ja nein geplant, wann?

Wie (verwendete Medien, Curriculum etc.)?.....

Wie können Rückfragen beantwortet werden?

Hintergrundmaterialien verteilt bzw. zugänglich gemacht?

ja nein Welche?

Hintergrundmaterialien mehrsprachig?

ja nein In welchen Sprachen?

Interaktives Lernen (z.B. online, Computer, Video)

ja nein

Auffrischung der Aufklärung zu weiteren Zeitpunkten (Nachhaltigkeit)?

ja nein geplant Rhythmus: Termin:

Einzel- oder Paarberatung zu weiterführender Diagnostik und Behandlung?

ja nein Durch wen? (Arzt/Ärztin, andere Personen?)

Online-Beratung (per Email) ja nein

2. HCV –Prophylaxe

a) Vergabe von sterilen Einwegspritzen und Kanülen?

ja nein, weil

Wenn ja, verschiedene Größen?

ja nein, weil

Anleitungen für sichere Entsorgung gegeben?

ja nein

b) Vergabe von Spritzutensilien?

ja nein, weil

Löffel (stéricup)

ja nein, weil

Filter

ja nein, weil

Staubband

ja nein, weil

Alkoholtupfer

ja nein, weil

Trockentupfer

ja nein, weil

Na-Cl-Lösung

ja nein, weil

Feuerzeug

ja nein, weil

Sonstiges

c) Hygiene-Aufklärung (Händewaschen)?

Mitgabe Seife? ja nein

Zugang zu Desinfektionsmitteln in der Einrichtung? ja nein

Vergabe von Desinfektionsmitteln?

ja nein, weil

Wenn ja, welche?.....

Wo?Wann?

Anleitungen für sicheren Umgang gegeben? ja nein



d) Nass-Rasiergeräte verfügbar?

ja nein Wo?

e) Zahnbürsten verfügbar?

ja nein Wo?

f) Nagelscheren verfügbar?

ja nein Wo?

g) Kondome verfügbar?

ja nein Wo?

h) Gleitmittel verfügbar?

ja nein Wo?

i) Wundabdeckungen (Pflaster, Verbandsmaterial) verfügbar?

ja nein Wo?

Zugang (a-i) jeweils ausreichend? ja nein

Verbesserung wie?

3. Prävention und Prophylaxe für MitarbeiterInnen

a) HCV-Aufklärung/Beratung

Arbeitsplatzbezogene Information/Beratung zu Infektionsrisiken erfolgt?

ja nein geplant, wann? regelmäßig?

Schulung über Verhalten bei Nadelstichverletzungen?

ja nein geplant, wann?

Auffrischung in regelmäßigen Abständen?

ja nein geplant, wann? Rhythmus

Durch Betriebsarzt/-ärztin?

ja nein geplant, Termin:

Durch externe Einrichtungen

ja nein geplant, Termin:

Welche?

Wie?

Wie werden Rückfragen d. MitarbeiterInnen beantwortet?

Hintergrundmaterialien verteilt?.....

Welche?.....

Verbesserung.....

b) Impfung

Impfangebot Hepatitis A + B unterbreitet?

ja nein geplant, Termin:

Impfung durch wen (z.B. Betriebsarzt/-ärztin)?

ja nein geplant, Termin:

Finanzierung von Hepatitisimpfungen wie?

**c) HIV Postexpositionsprophylaxe (PEP)
Angebot vorhanden/schnell verfügbar?** ja nein

**d) Kooperation mit arbeitsmedizinische/
sicherheitstechnische Betreuung** ja nein

4. Hygiene in der Einrichtung

a) Arbeitsplatz-/Einrichtungsspezifische Gefährdungsanalyse erfolgt?

ja nein geplant

Schutzmaßnahmen getroffen?

ja nein geplant, welche?

z.B. Aufklärung, Schutzmaßnahmen
zur Händehygiene?

ja nein

b) Desinfektionsmittel verfügbar? ja nein

Welche?

Unterweisung über effektiven Einsatz erfolgt? ja nein geplant

c) Hygienepläne vorhanden? ja nein

Für welche Bereiche?

Hygienebegehungen durch das Gesundheitsamt und Aktualisierung juristischer Vorgaben als Rahmen für internen Umgang mit TBC, STIs u.a. Erkrankungen.

ja nein

Verfügen Sanitärbereiche, Küche und Teambüros über Hand/Flächendesinfektionsmöglichkeiten?

ja nein nicht nötig (weil Rücksprache mit örtl. GA)

Händedesinfektion im Arztzimmer und Labor
(Sterilium und Meliseptol) ja nein

Unterrichtung der MitarbeiterInnen über Verhalten
bei medizinischen Tätigkeiten (Wundversorgung,
Verbandwechsel, Einreibungen) ja nein

Steht ein Notfallset zur Verfügung? ja nein

Wo (z.B. Arzt-/Wartezimmer/Konsumraum)?

5. Test/Diagnose

KlientInnen

Vorbefunde vorhanden? (Testergebnisse, Versorgung, Aufklärung, Behandlung) ja nein

Hilfen bei der Feststellung des HCV-Status? ja nein

Hepatitis Serologie angeboten?

ja nein auf Nachfrage im Einzelfall (Wer?)

HCV-Testmöglichkeit vorhanden ja nein

Wenn Blutabnahme in der Einrichtung: Sicherheitsbestimmungen für Bluttransport eingehalten (schriftlich fixiert?) ja nein

Medizinische Befunde einholen schriftlich (Fax) mündl.

Zustimmung der PatientInnen wie eingeholt? schriftlich mündl.

Vertraulichkeit gewährleistet?

ja nein, Verbesserungsbedarf:

Test-Vorbesprechung

ja nein geplant, Wie?

Durch wen?

Test-Nachbesprechung

ja nein geplant, Wie?

Durch wen?

Bei negativem Ergebnis welche Hinweise/Materialien?

Bei positivem Ergebnis welche Maßnahmen?

Weitervermittlung an ärztl. Praxis; Schwerpunktpraxis? ja nein

Information über weiterführende Hilfen?

Unterstützung durch Externe?.....

Unterstützung bei Beratungs-/Betreuungsende? ja nein

Wie?.....

Welche Konsequenzen ergeben sich aus einem positiven Befund innerhalb der Beratung/Betreuung?

.....

Welche Schulung/Trainings zur Test-Vor- und Nachbesprechung sind besucht worden?

.....

MitarbeiterInnen:

6. Datenschutz

Schweigepflichtentbindung über Informationsaustausch zwischen Arzt, Klient und Berater/Betreuer, andere Institutionen, externe Ärzte

ja nein schriftlich, Wer wird informiert?

MitarbeiterInnen?

ja nein nicht nötig

Möglichkeit einer anonymen HCV-Testung bzw. Hepatitis-Impfung?

ja nein nicht nötig

7. Beratung, Betreuung und Behandlung von KlientInnen mit HCV

a) Impfangebot

Impfstatus geprüft? ja nein

Impfangebote unterbreitet? ja nein

Impfung Hep A ja nein

Impfung Hep B ja nein

Wem? Allen einzelnen Zielgruppen Einzelpersonen

Wer führt Impfung durch?

Überwachung der Einhaltung der Impftermine durch wen?

Verbesserung des Impfangebotes, wie?

b) Beratung

Frei zugängliche Angebote zu vertraulicher HCV-Beratung für HCV-positive KlientInnen Innerhalb der Einrichtung ja nein

Sonstige Beratungsstellen

Werden geschlechts-, migrations; alters- und bildungs-spezifische Aspekte berücksichtigt? ja nein

Werden externe Mitarbeiter (von Drogen-/AIDS-Hilfen, Gesundheitsämtern) in Prozessen Aufklärung, Entwicklung von Präventionsmaßnahmen, Unterstützung Betroffener einbezogen ?

ja nein geplant, welche?

c) Behandlung

Informationen über alternative Medikamente/ ja nein
Medikamentenkombinationen

Kooperation mit Außenpartnern (Schwerpunktpraxis/Praxis) organisiert?

ja nein geplant, welche?

Beratung HCV-positiver Klienten über Behandlungs- ja nein
angebot/-modalitäten (z.B. Nebenwirkungen)?

Durch wen?

Auf Anfrage oder routinemäßig?

Psycho-soziale Unterstützung organisiert? ja nein

Durch wen?

Betroffenengruppenangebot? (z.B. „Hepatitisgruppe“) ja nein

Treffen wie oft?

Bei Beendigung der Beratung/Betreuung sind folgende Maßnahmen mit Zustimmung
des Patienten getroffen worden:

.....

Kontakt zum Hausarzt/Schwerpunktpraxis ja nein
in der Stadt/Wohnregion des Klienten

Unterstützung in den Bereichen Sozialhilfe, ja nein
Arbeit/Schule, Recht?

B Setting: Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle, psychosoziale Begleitung)²

Das Setting „ambulante Einrichtung“ (Beratungsstelle, psycho-soziale Betreuung) ist gekennzeichnet durch eine einmalige oder (in der Regel) mehrmalige/mehrmonatige Beratung und/oder Betreuung unter unterschiedlichen, zwischen dem/der professionellen MitarbeiterIn und KlientIn vereinbarten Zielsetzungen. Drogenbezogene Ziele können sein: mehr Kontrolle, Abstinenz oder Substitution, allgemeine Beratungsgegenstände sind z.B. Ernährung, Lebensführung, Lebensunterhalt, Kind(er) usw. Während der Beratungszeit werden die KlientInnen entweder substituiert, oder/und sie konsumieren weiterhin Drogen, oder sie leben drogenabstinent. Die Räumlichkeiten können ebenfalls sehr unterschiedlich sein (z.B. klassische Beratungsstelle, Beratungssituation innerhalb einer anderen Einrichtung).

In vielen ambulanten Einrichtungen und Beratungsstellen wird Hepatitis C nur selten und eher zufällig thematisiert. KlientInnen und MitarbeiterInnen sind oft unzureichend informiert oder wissen nicht, ob und wie sie diese Problematik ansprechen bzw. ob und wie sie auf Klientenangaben reagieren sollen. Dennoch gibt es viele Möglichkeiten, dieses Thema auch im Setting „Beratung, psycho-soziale Begleitung“ zu reflektieren und seiner Bedeutung entsprechend zu behandeln.

² Material wurde verwendet aus den Protokollen zum Workshop „W3 Setting: Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle, PSB)“ von Monika Brühahn und Katrin Schiffer auf dem 1. Internationalen Fachtag Hepatitis C. In: akzept/Deutsche AIDS-Hilfe/LaBAS (Hrsg.): 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin, Dokumentation. Berlin 2004, S. 99 ff.

Die Leitfragen in diesem Setting sind: Welchen Stellenwert hat die Hepatitis C innerhalb der ambulanten Beratung und Betreuung? Welchen Beitrag können BeraterInnen und BetreuerInnen im Rahmen der ambulanten Arbeit leisten, um den Zugang zur medizinischen Behandlung zu erleichtern und Therapieerfolge zu sichern? Welche grundlegenden Bedingungen bezüglich der Informationsvermittlung, der Wissensverbesserung, der Stärkung der Blutaufmerksamkeit, der arbeitsplatzspezifischen Risikoanalyse und Informationen sowie der Fortbildung der MitarbeiterInnen müssen in einer ambulanten Einrichtung erfüllt sein?

1. Prävention für KlientInnen

HCV-Aufklärung/-Beratung

Alle KlientInnen? ja nein im Einzelfall

Bestimmte Zielgruppen? Welche?

In allgemeinen Aufklärungsveranstaltungen?

ja nein Wann?

In individuellen Beratungsgesprächen?

ja nein Wann?

In ärztlicher Sprechstunde?

ja nein Wie oft angeboten?

Mit konkretem Bezug zur individuellen Lebenssituation?

In welcher Intensität? Mit welcher Frequenz?

Safer-Use-Informationen oder -Training?

ja nein, weil

Safer-Sex-Informationen oder -Training?

ja nein geplant

Verhalten nach Exposition (Nadelstichverletzungen u.a.)

Wie (verwendete Medien, Curriculum usw.)?

Wie können Rückfragen beantwortet werden?

Hintergrundmaterialien verteilt bzw. zugänglich gemacht?

ja nein Welche?

Hintergrundmaterialien mehrsprachig? ja nein

Interaktives Lernen (z.B. online, Computer, Video)? ja nein

Auffrischung der Aufklärung zu weiteren Zeitpunkten (Nachhaltigkeit)?

ja nein geplant Rhythmus: Termin:

Gesundheits- bzw. HCV-Betroffenengruppe eingerichtet?

ja nein geplant Rhythmus:

Einzel- oder Paarberatung zu weiterführender Diagnostik und Behandlung?

ja nein

2. HCV-Prophylaxe

a) Vergabe von sterilen Einwegspritzen und Kanülen?

ja nein, weil.....

Wenn ja, verschiedene Größen?

ja nein, weil.....

Anleitungen für sichere Entsorgung gegeben? ja nein

b) Vergabe von Spritzutensilien?

ja nein, weil.....

Löffel (stéricup)

ja nein, weil.....

Filter

ja nein, weil.....

Staubband

ja nein, weil.....

Alkoholtupfer

ja nein, weil.....

Trockentupfer

ja nein, weil.....

NaCl-Lösung

ja nein, weil.....

c) Hygiene-Aufklärung (Händewaschen)? ja nein

Zugang zu Desinfektionsmitteln in der Einrichtung? ja nein

ja nein, weil

Vergabe von Desinfektionsmitteln?

ja nein, weil

Wenn ja, welche?.....

Wo?..... Wann?

Anleitungen für sicheren Umgang gegeben? ja nein

d) Nass-Rasiergeräte verfügbar?

ja nein Wo?

e) Zahnbürsten leicht verfügbar?

ja nein Wo?

f) Nagelscheren verfügbar?

ja nein Wo?

g) Kondome verfügbar?

ja nein Wo?

h) Gleitmittel verfügbar?

ja nein Wo?

i) Wundabdeckungen (Pflaster, Verbandsmaterial) verfügbar?

ja nein Wo?

Zugang (a–i) jeweils ausreichend?

ja nein Verbesserung wie?



3. Prävention und Prophylaxe für MitarbeiterInnen

a) HCV-Aufklärung/-Beratung

Arbeitsplatzbezogene Information/Beratung zu Infektionsrisiken erfolgt?

ja nein geplant, wann? regelmäßig?

Schulung über Verhalten bei Nadelstichverletzungen?

ja nein geplant, wann?

Auffrischung in regelmäßigen Abständen?

ja nein geplant, wann? welcher Rhythmus?

Durch Betriebsarzt/-ärztin?

ja nein geplant, wann?

Durch externe Einrichtungen

ja nein geplant, wann?

Welche? Wie?

Wie werden Rückfragen der MitarbeiterInnen beantwortet?

Hintergrundmaterialien verteilt?

Welche?

Verbesserung

b) Impfung

Impfangebot Hepatitis A + B unterbreitet?

ja nein geplant, wann?

Impfung durch wen (z.B. Betriebsarzt/-ärztin)?

ja nein geplant, wann?

Finanzierung von Hepatitisimpfungen wie?.....

c) HIV Postexpositionsprophylaxe-Angebot (PEP) vorhanden/schnell verfügbar?

ja nein

d) Kooperation mit Berufsgenossenschaft ja nein
(arbeitsmedizinische/sicherheitstechnische Betreuung)

4. Hygiene in der Einrichtung

a) Arbeitsplatz-/einrichtungsspezifische Risikoanalyse erfolgt?

ja nein geplant

Schutzmaßnahmen getroffen?

ja nein geplant, welche?

z.B. Aufklärung, Schutzmaßnahmen zur Händehygiene? ja nein

b) Desinfektionsmittel verfügbar?

ja nein Welche?

Unterweisung über effektiven Einsatz erfolgt?

ja nein geplant

c) Hygienepläne vorhanden?

ja nein Für welche Bereiche?

Hygienebegehungen durch das Gesundheitsamt und Aktualisierung juristischer Vorgaben als Rahmen für internen Umgang mit TBC, STIs u.a. Erkrankungen?

ja nein

Verfügen Sanitärbereiche, Küche und Teambüros über Hand-/Flächendesinfektionsmöglichkeiten?

ja nein nicht nötig (weil Rücksprache mit örtl. GA)

Händedesinfektion im Arztzimmer und Labor (Sterilium und Meliseptol)?

ja nein

- Unterrichtung der MitarbeiterInnen über Verhalten bei medizinischen Tätigkeiten (Wundversorgung, Verbandwechsel, Einreibungen, ...)? ja nein
- Steht ein Notfallset zur Verfügung? ja nein
- Wo (z.B. Arzt-/Wartezimmer)?

5. Test/Diagnose

- Vorbefunde vorhanden? (Testergebnisse, Versorgung, Aufklärung, Behandlung)?
 ja nein
- Hepatitis Serologie angeboten?
 ja nein auf Nachfrage im Einzelfall, wer?
- HCV-Testmöglichkeit vorhanden
 ja nein
- Wenn Blutabnahme in der Einrichtung: Sicherheitsbestimmungen für Bluttransport eingehalten (schriftlich fixiert)?
 ja nein
- Medizinische Befunde einholen schriftlich (per Fax) mündlich (telefonisch)
- Zustimmung der PatientInnen wie eingeholt? schriftlich mündlich
- Vertraulichkeit gewährleistet?
 ja nein, Verbesserungsbedarf:
- Test-Vorbesprechung
 ja nein geplant, wie?
- Durch wen?
- Test-Nachbesprechung
 ja nein geplant, wie?
- Durch wen?
- Bei negativem Ergebnis welche Hinweise/Materialien?
- Bei positivem Ergebnis welche Maßnahmen?
- Weitervermittlung an ärztl. Praxis; Schwerpunktpraxis? ja nein
- Information über weiterführende Hilfen?
- Unterstützung durch Externe?



Unterstützung bei Beratungs-/Betreuungsende? ja nein
 Wie?.....
 Welche Konsequenzen ergeben sich aus einem positiven Befund innerhalb der Beratung/Betreuung?

 Welche Schulung/Trainings zur Test-Vor- und Nachbesprechung sind besucht worden?

 MitarbeiterInnen:

6. Datenschutz

Schweigepflichtentbindung über Informationsaustausch zwischen Arzt, Klient und Berater/Betreuer, andere Institutionen, externe Ärzte
 ja nein schriftlich

7. Beratung, Betreuung und Behandlung von KlientInnen mit HCV

a) Impfangebot

Impfstatus geprüft? ja nein
 Impfangebote unterbreitet? ja nein
 Impfung Hep A ja nein
 Impfung Hep B ja nein
 Wem? Allen einzelnen Zielgruppen Einzelpersonen
 Wer führt Impfung durch?
 Überwachung der Einhaltung der Impftermine durch wen?
 Verbesserung des Impfangebotes, wie?

b) Beratung

Frei zugängliche Angebote zu vertraulicher HCV-Beratung für HCV-positive KlientInnen Innerhalb der Einrichtung ja nein
 Sonstige Beratungsstellen
 Werden geschlechts-, migrations; alters- und bildungs-spezifische Aspekte berücksichtigt? ja nein
 Werden externe Mitarbeiter (von Drogen-/AIDS-Hilfen, Gesundheitsämtern) in Prozessen Aufklärung, Entwicklung von Präventionsmaßnahmen, Unterstützung Betroffener einbezogen ?
 ja nein geplant, welche?

c) Behandlung

Informationen über alternative Medikamente/
Medikamentenkombinationen ja nein

Kooperation mit Außenpartnern (Schwerpunktpraxis/Praxis) organisiert?

ja nein geplant, welche?

Beratung HCV-positiver Klienten über Behandlungs-
angebot/-modalitäten (z.B. Nebenwirkungen)? ja nein

Durch wen?

Auf Anfrage oder routinemäßig?

Psycho-soziale Unterstützung organisiert? ja nein

Durch wen?

Betroffenengruppenangebot? (z.B. „Hepatitisgruppe“) ja nein

Treffen wie oft?

Bei Beendigung der Beratung/Betreuung sind folgende Maßnahmen mit Zustimmung
des Patienten getroffen worden:

.....

Kontakt zum Hausarzt/Schwerpunktpraxis in der Stadt/
Wohnregion des Klienten ja nein

Unterstützung in den Bereichen Sozialhilfe, Arbeit/
Schule, Recht? ja nein

C Setting: Stationäre Langzeittherapie/Wohneinrichtung³

Das Setting „Stationäre Langzeittherapie“ oder „Wohneinrichtung“ ist gekennzeichnet durch einen mehrmonatigen Aufenthalt der KlientInnen (zwischen sechs und zehn Monaten, in angeschlossenen Wohneinrichtungen auch länger). In der stationären Therapie und den meisten Wohnprojekten leben die KlientInnen drogenabstinent und werden psychotherapeutisch und psycho-sozial für ein zukünftig abstinentes und selbstverantwortliches Leben unterstützt. Die KlientInnen leben während dieser Zeit in Form von Wohngemeinschaften, in denen sie den Alltag selbst organisieren und gestalten (Mahlzeiten kochen, Wäsche waschen, Zimmer und Wohnung reinigen, die Freizeit gestalten einschließlich Partnerbesuche). Gleichzeitig werden sie medizinisch und z. T. auch psychologisch beraten, behandelt und die körperliche Leistungsfähigkeit wird gefördert.

Die KlientInnen haben oft eine jahrzehntelange Drogengeschichte und sind häufig mehrfach belastet (HIV, HCV, HBV, STIs), haben Phasen in der Prostitution und/oder Obdachlosigkeit, Gefängnisaufenthalte und anderes mehr hinter sich. Die Mehrzahl der KlientInnen ist bereits auf eine Hepatitisinfektion untersucht worden, doch liegen Befunde häufig nicht vor.

³ Material wurde verwendet aus den Protokollen W4 Setting: Stationäre Einrichtung (Entzug, Therapie, Wohnen), von Dane Aubel, Liane Hyttrowski, Tanja Becker, Anabela Dias de Oliveira. In: akzept/Deutsche AIDS-Hilfe, LaBAS (Hrsg.): 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin, 2004, S. 104ff. Erstellt mit Hilfe von Beatriz H. Cañas de Sandberger, ehemalige ärztliche Leitung des Therapiezentrum Hohehorst bei Bremen

Folgende Fragen stellen sich:

- Zeitpunkt der Erstdiagnose nicht bekannt
- Zeitpunkt und Umstände der Infizierung nicht bekannt
- chronische Verläufe nicht diagnostiziert
- kaum Kennzeichnung der „Mehrfach-Infektion“ mit verschiedenen Hepatitis-Viren
- veraltete Diagnosen
- veraltete Testmethoden
- unvollständige Diagnosenberichte
- Diagnosen wie z.B. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) oder Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS)
- Testende/r oder behandelnde/r Ärztin/Arzt nicht bekannt
- keine Information über vergangene Aufklärung/Behandlung
- aktuelle Untersuchungsbefunde nicht bekannt oder nicht rechtzeitig bekommen

Häufig findet sich in dieser Phase eine intensive Auseinandersetzung mit bestimmten Infektionserkrankungen und möglichen Folgen einer chronischen Hepatitis. Dies gilt es aufzugreifen und zu unterstützen. Insbesondere Fragen zu möglichen Infektionswegen und Schutzmöglichkeiten sowie Behandlung bestehender Erkrankungen sollten thematisiert werden.

1. Prävention für KlientInnen

HCV-Aufklärung/Beratung

- Alle KlientInnen? ja nein im Einzelfall
- Bestimmte Zielgruppen? ja nein im Einzelfall
- Welche?
- In allgemeinen Aufklärungsveranstaltungen? ja nein Wann?
- In ärztlicher Sprechstunde? Wie oft angeboten?
- Beim hausärztl. Termin/ärztl. Sprechstunde ja nein
- Wie (verwendete Medien, Curriculum usw.)?
-
- Wie können Rückfragen beantwortet werden?
- Hintergrundmaterialien verteilt bzw. zugänglich gemacht?
- ja nein Welche?
- Mehrsprachig? ja nein
- Interaktives Lernen (z.B. Computer, Video) ja nein
- Auffrischung der Aufklärung zu weiteren Zeitpunkten
- ja nein geplant Rhythmus: Termin:
- Gesundheits- bzw. HCV-Betroffenengruppe eingerichtet?
- ja nein geplant Rhythmus:

Einzel- oder Paarberatung zu weiterführender Diagnostik Behandlung und Prävention

ja nein Durch wen? (Arzt/Ärztin, andere Personen?)

Safer Use/Safer Sex – Informationen/Training

ja nein geplant

Safer-Use-/Safer-Sex-Infos für Entlassung oder Therapieabbruch

ja nein geplant

2. HCV-Prophylaxe

a) Vergabe von Desinfektionsmitteln?

ja nein, weil

Wenn ja, welche?.....

Wo?..... Wann?

Anleitungen für sicheren Umgang gegeben? ja nein

b) Nass-Rasiergeräte verfügbar?

ja nein Wo?

c) Zahnbürsten leicht verfügbar?

ja nein Wo?

d) Nagelscheren verfügbar?

ja nein Wo?

e) Kondome verfügbar?

ja nein Wo?

f) Gleitmittel verfügbar?

ja nein Wo?

Zugang (a–f) jeweils ausreichend?

ja nein Verbesserung wie?

g) Schulungen zur Bedeutung der Prophylaxe (z.B. Förderung einer Blutaufmerksamkeit) und Anwendung von Kondomen) ja nein

Ausgabe von sterilen Einwegspritzen/-Kanülen und Konsumutensilien

ja nein nicht umsetzbar

h) Impfangebot Impfstatus geprüft? ja nein

Impfstatus geprüft? ja nein



- Impfangebote unterbreitet? ja nein
- Impfung Hep A ja nein
- Impfung Hep B ja nein
- Wem? Allen einzelnen Zielgruppen Einzelpersonen
- Wer führt Impfung durch?
- Überwachung der Einhaltung der Impftermine durch wen?
- Verbessere des Impfangebotes, wie?

3. Prävention für MitarbeiterInnen

a) HCV-Aufklärung/Beratung der MitarbeiterInnen erfolgt?

- ja nein geplant Wann?
- Schulung über Verhalten bei Nadelstichverletzungen?
- ja nein geplant Wann?
- Auffrischung in regelmäßigen Abständen?
- ja nein geplant Wann? Rhythmus
- Durch Betriebsarzt/-ärztin?
- ja nein geplant, Termin:
- Durch externe Einrichtungen
- ja nein geplant, Termin:
- Welche? Wie?
- Wie werden Rückfragen d. MitarbeiterInnen beantwortet?
- Hintergrundmaterialien verteilt?.....
- Welche?.....
- Verbesserung

b) Impfung

- Impfangebot Hepatitis A und B unterbreitet?
- ja nein geplant, Wann?
- Förderung von Hepatitisimpfungen ja nein
- Durch wen (z.B. Betriebsärztin/-ärztin)?

- c) Schulung über Einhaltung von Hygienemaßnahmen** (Benutzung von Handschuhen bei der UK-Abnahme, Erster Hilfe) ja nein

d) HIV-Postexpositionsprophylaxe(PEP)-Angebot vorhanden/schnell verfügbar? ja nein

e) Kooperation mit Berufsgenossenschaft (arbeitsmedizinische/sicherheitstechnische Betreuung) ja nein

4. Hygiene in der Einrichtung

a) Gummihandschuhe verfügbar?

ja nein geplant Wo?

b) Desinfektionsmittel verfügbar?

ja nein Wo? Welche?

Unterweisung über effektiven Einsatz erfolgt? ja nein geplant

c) Desinfektionspläne vorhanden? ja nein

Für welche Bereiche?.....

Blut-Übertragungswege in Desinfektionsplänen ausreichend berücksichtigt? ja nein

Verbesserung a-c?

Tätowierungsverbot? Was wird getan, wenn trotzdem Tätowierungen durchgeführt werden?
.....

Hygienebegehungen durch das Gesundheitsamt und Aktualisierung juristischer Vorgaben als Rahmen für internen Umgang mit TBC, STIs und anderen Erkrankungen? ja nein

Belehrung für alle KlientInnen, die in der Küche arbeiten? ja nein

Handschuhpflicht in den Arbeitsbereichen Küche/Reinigung? ja nein

Verfügen Sanitärbereiche, Küche und Teambüros über Hand-/Flächendesinfektionsmöglichkeiten?

ja nein nicht nötig, weil Rücksprache mit örtl. Gesundheitsamt

Händedesinfektion im Arztzimmer und Labor (Sterilium und Meliseptol)

ja nein trifft nicht zu

Nach der tägl. Putzkontrollabnahme durch MitarbeiterInnen Flächendesinfektion für Küche und Sanitärbereiche?

ja nein nicht nötig, weil

Erhält jede Klientin/jeder Klient bei Einzug eine eigene Sprühflasche Desinfektionsmittel?

ja nein nicht nötig, weil



Unterrichtung der MitarbeiterInnen über Verhalten bei medizinischen Tätigkeiten (Wundversorgung, Verbandwechsel, Einreibungen, Krampfversorgung mit Handschuhen) ja nein

Steht ein Notfallset zur Verfügung?

ja nein Wo? (z.B. Arztzimmer, Wohngruppe)

5. Test/Diagnose

Medizinische Eingangsuntersuchung ja nein

Vorbefunde vorhanden? (Testergebnisse, Versorgung, Aufklärung, Behandlung) ja nein

Medizinische Befunde einholen schriftlich (Fax) mündlich

Laboruntersuchungen in der Einrichtung Hausarzt/-ärztin

Hepatitis-Serologie angeboten bei Aufnahmeuntersuchung? ja nein

auf Nachfrage im Einzelfall im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung

später, wann?

Zustimmung der PatientInnen wie eingeholt? schriftlich (Fax) mündlich

Vertraulichkeit gewährleistet? ja nein

Verbesserungsbedarf?

Test-Vorbesprechung

ja nein geplant, wie? Durch wen?

Test-Nachbesprechung

ja nein geplant, wie? Durch wen?

Bei negativem Ergebnis welche Hinweise/Materialien?

Bei positivem Ergebnis welche Maßnahmen?

Klärung des allgemeinen Gesundheitszustandes?

Kontrolle des Krankheitsverlaufes?

Information über weiterführende Hilfen?

Unterstützung durch Externe? Wie?

Welche Konsequenzen ergeben sich aus einem positiven Befund innerhalb der Einrichtung?

.....



6. Datenschutz

Schweigepflichtentbindung über Informationsaustausch zwischen Arzt/Ärztin und Einrichtung soll eingeholt werden ja nein

7. Beratung, Betreuung und Behandlung von KlientInnen mit HCV

HCV-positiven KlientInnen wird frei zugängliche vertrauliche HCV-Beratung angeboten innerhalb der Einrichtung ja nein

in sonstigen Beratungsstellen

Werden geschlechts-, migrations-, alters- und bildungs-spezifische Aspekte berücksichtigt? ja nein

Werden externe MitarbeiterInnen (von Drogen-/Aidshilfen, Gesundheitsämtern) in die Prozesse Aufklärung, Entwicklung von Präventionsmaßnahmen, Unterstützung Betroffener einbezogen?

ja nein geplant, Welche?

Informationen über alternative Medikamente/Medikamentenkombinationen? ja nein

HCV-Behandlungsangebot vorhanden?

ja nein geplant

Kooperation mit Außenpartnern (Schwerpunktpraxis/Praxis) organisiert

ja nein geplant, Welche?

Beratung HCV-positiver KlientInnen über Behandlungsangebot/-modalitäten (z.B. Nebenwirkungen)? ja nein

Durch wen?

Kontakt zu Hausarzt/-ärztin oder Schwerpunktpraxis in der Wohnregion des Klienten/der Klientin ja nein

Unterstützung in den Bereichen Sozialhilfe, Arbeit/Schule, Recht? ja nein

Arbeitsangebote für HCVpositive KlientInnen eingeschränkt?

ja nein nicht nötig

Für welche Bereiche/Erkrankungen (z.B. akute HAV)?.....

Besondere Ernährung möglich?

ja nein nicht nötig (ausreichend)

Auf Anfrage oder routinemäßig?

Psycho-soziale Unterstützung organisiert?

ja nein Durch wen?

Betroffenengruppenangebot (z.B. „Hepatitisgruppe“)?

ja nein Treffen, wie oft?

8. Übergreifende allgemeine Gesundheitsförderungsstrategie der Einrichtung

Beschäftigungsangebote (auch als Stabilisierung im Sinne von Selbstwertsteigerung und -training)

ja nein nicht nötig/möglich

Gemeinwesenorientierung und Gemeinschaftsangebote (z.B. gegen Vereinsamung)

ja nein nicht nötig

Ergotherapie- und Entspannungsangebote im Haus als medizinisch stützende Ergänzungsbehandlungen

ja nein nicht nötig/möglich

Bewegungs-/Sportangebote

ja nein

9. Entlassung

Welche Maßnahmen sollten vor der Entlassung getroffen worden?

.....

Wird Gesundheits-/Krankheits-Status noch mal reflektiert? ja nein
(z.B. bei der Abschlussuntersuchung!)

Empfehlung von Nachuntersuchungen (z.B. alle sechs Monate bei chronischer HCV, auch nach einer Interferontherapie) ja nein

Besprechung des Impfstatus (Hinweis auf noch anstehende Vervollständigungsimpfung (z.B. in Abschlussuntersuchung) ja nein

D Setting: Gefängnis

1. Standards

Für das Setting Gefängnis besitzt das Thema Hepatitis-Prävention/-Behandlung eine herausragende Bedeutung: Die Hepatitis-C-Prävalenz in Haftanstalten ist hoch, knapp 18 % aller Gefangenen haben eine HCV-Infektion (RKI/WIAD 2008). Der Zugang zu anerkannten und wirksamen Infektionsschutzangeboten bleibt Gefangenen verwehrt (z. B. steriles Spritzbesteck, sterile Tätowiernadeln, Desinfektionsmittel). Die Inhaftierung wurde in mehreren Studien als unabhängiger Risikofaktor für eine Hepatitis-Infektion festgestellt. Angesichts der Tatsache, dass eine große Zahl von Inhaftierten zwischen Haftaufenthalt und dem Leben in Freiheit pendelt und damit auch eine Carrierfunktion zwischen Risikogruppen und Allgemeinbevölkerung einnimmt, muss die Zeit der Inhaftierung für medizinische Untersuchungen, Diagnostik, Aufklärung/Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten genutzt werden.

Welche Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten gibt es in Haftanstalten? Welche Standards müssen erfüllt sein, welche Voraussetzungen sind notwendig, um das Thema Hepatitis C angemessen in die alltägliche Arbeit integrieren zu können? Wie kann eine Verzahnung der Angebote in der Haft mit denen in Freiheit erfolgen?

Die folgenden Standards richten sich an alle, die innerhalb und außerhalb von Haftanstalten mit Gesundheitsfragen und Gesundheitsförderung für Gefangene und Bedienstete beschäftigt sind. Die Standards sollen die Grundlagen bilden für den fachlich adäquaten Umgang mit HCV auf allen Ebenen (Prävention, Kontrolle, Behandlung, Unterstützung HCV-Infizierter). Die konkrete Umsetzung dieser Standards hängt von den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten ab. Diese Standards verstehen sich als Grundlage einer HCV-Strategie (mit eigener Planung und Überprüfung ihrer Umsetzung und Wirksamkeit), die für jede Haftanstalt zu entwickeln ist.

Einige der hier aufgeführten Maßnahmen sind bereits umgesetzt, doch oft nicht flächendeckend, nicht fachgerecht oder in Formen, die den Bedürfnissen der Zielgruppen entsprechen.

Die hier aufgeführten Standards sollen helfen:

- die Bedürfnisse der Insassen in Bezug auf Prävention, Beratung, Betreuung und Behandlung in den Mittelpunkt zu rücken,
- die Koordination und Kontinuität der Betreuung und Behandlung von Menschen mit HCV zu verbessern,
- die Flexibilität bei HCV-spezifischen Angeboten einzufordern, die nötig ist, um den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Haftanstalten Rechnung zu tragen, Angebote der Anstalt zu Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen.

Standards für HCV-Präventionsmaßnahmen für Inhaftierte

Gefangene müssen Zugang zu Präventionsangeboten und Informationen im Umgang mit Hepatitis C haben, eine HCV-Behandlung sollte auch im Vollzug angeboten werden. Die Ausgabe von sterilen Einwegspritzen/-kanülen und Konsumutensilien stellt aus fachlicher Sicht das Mittel der Wahl bei der Kontrolle von HCV dar. Wo dies kurzfristig nicht umsetzbar ist, sollten alternative HCV-Prophylaxe-Konzepte erarbeitet werden. Die Vergabe von Desinfektionsmittel ist ein Mittel zweiter Wahl, um HCV-Infektionsgefährdungen zu reduzieren.

Die kostenlose und vertrauliche Vergabe von Mitteln zur Desinfektion von Spritzen, Kanülen und Tätowiernadeln und Aufklärung über ihre wirksame Anwendung sollte in allen Haftanstalten möglich sein. Haftanstalten sollten sterile Nadeln und Desinfektionsmittel ausgeben, um HCV-Infektionen bei Tätowierungen und anderen Körperkunst-Techniken (z. B. Piercen) vermeiden zu helfen. Aufklärung über die effektive Anwendung ist mit der Ausgabe verbunden. Das Tätowierverbot, das in den meisten Haftanstalten über die Hausordnung geregelt ist, sollte aufgehoben werden, damit eine Beratung und Behandlung der Gefangenen erleichtert werden kann. Auch die Bestellung von Tätowierzubehör, wie z.B. Farbe, soll ermöglicht werden, um die eigene Herstellung von Farben, die gesundheitsschädigende Folgen haben kann, zu reduzieren.

Eine in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlung sollte, wenn der/die Inhaftierte dies wünscht, in Haft fortgeführt werden. Im Dialog zwischen Arzt/Ärztin und Patientin sollte die Wahl des Substitutionsmittels und die Dosierung medizinischen Gründen folgen und nicht anstaltsspezifischen Gründen.

Wird eine Opioidabhängigkeit in der Aufnahmeuntersuchung diagnostiziert, sollte, wenn der/die Inhaftierte dies wünscht, eine Substitutionsbehandlung in Haft begonnen werden.

Auf Drogenfreiheit orientierte Hilfeangebote und Unterstützungskonzepte sollten in jeder Haftanstalt zugänglich und bestenfalls mit Hilfeangeboten in Freiheit verzahnt sein, um eine Kontinuität der Behandlung nach Haftentlassung zu gewährleisten.

Der Zugang zu Nass-Rasiergeräten, Zahnbürsten und Nagelscheren ausschließlich für den persönlichen Gebrauch sollte gegeben sein und gefördert werden. Gefangene sollten Etiketten erhalten, um ihre persönlichen Gegenstände wie z.B. den Rasierer zu kennzeichnen und damit Verwechslungen zu minimieren.

Haftanstalten sollten einen möglichst jederzeitigen, vertraulichen und anonymen Zugang zu Kondomen und Gleitmittel bereitstellen.

Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut) empfiehlt eine Hepatitis- B-Impfung u. a. für Drogenabhängige, Gefangene mit langen Haftstrafen, homosexuell aktive Männern, SexarbeiterInnen, Personen mit chronischer Lebererkrankung sowie HIV-Positive. Nach dieser Impfempfehlung müssen die meisten der Gefangenen geimpft werden. Sinnvoll ist eine Hepatitis-A- und -B-Impfung.

Die Hygienepläne der Anstalt (z. B. für Behandlungs-/Wartezimmer, Krankenstation, Küche, Friseure) sollten die Blut-Übertragungswege identifizieren und berücksichtigen.

Haftanstalten sollten für alle Inhaftierten frei zugängliche Angebote zu vertraulicher HCV-Beratung schaffen. Geschlechts-, migrations-, alters- und bildungsspezifische Aspekte sind dabei zu berücksichtigen.

Standards für HCV-Präventionsmaßnahmen für Bedienstete

Alle Bediensteten sollten über die relevanten Aspekte von Hepatitis C (Charakter der Krankheit, Infektionswege, Präventionsmaßnahmen und Verhalten bei Nadelstichverletzungen etc.) aufgeklärt werden. Der medizinische Dienst sowie Einrichtungen in den Kommunen bieten dafür die Grundlagen und stellen Hintergrundinformationen zur Verfügung.

Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut) empfiehlt eine Hepatitis- B-Impfung u. a. für Gefängnispersonal.

Weitere Präventions- bzw. Hygienemaßnahmen für Bedienstete sind der Zugang zu

- Gummihandschuhen und stichfesten Lederhandschuhen,
- Beatmungstüchern für den Notfall,
- Desinfektionsmitteln (und eine Unterweisung zum effektiven Einsatz),
- Spiegeln zur ungefährlichen Haftraumkontrolle.

Standards für HCV-Tests

Mit allen Gefangenen sollte im Rahmen der Zugangsuntersuchung eine Risikoabschätzung zur Möglichkeit einer HCV-Infektion vorgenommen werden und auf dieser Basis eine Hepatitis-Serologie angeboten werden. Jeder Test sollte mit einer Test-Vorbesprechung und einer Beratung nach dem Test verbunden werden. Die Test-Vor-/Nachbesprechung wird vom Anstaltsarzt/-ärztin vorgenommen. Eine ausführliche Test-Vorbesprechung sollte jedem Test vorausgehen. Dies sollte in einer verständlichen und annehmbaren Form geschehen, die kultur- und bildungsspezifische Besonderheiten (z. B. in der Muttersprache, Berücksichtigung von Analphabetismus usw.) bei den Gefangenen berücksichtigt. Themen der Test-Vorbesprechung sind:

- Risikoabschätzung, Verbreitung von HCV in Haftanstalten und in verschiedenen Bevölkerungsschichten und, abhängig von Risikoindikatoren, die Möglichkeit eines positiven Test-Ergebnisses;
- Charakter und Verlauf der Hepatitis C, HCV-Behandlung im Gefängnis;
- Risikoreduktion (wie wird das Risiko verringert, sich selbst oder andere zu infizieren);
- Zugang zu Harm-Reduction-Angeboten in der Haftanstalt;
- Test-Prozedur, einschließlich der Fragen, wann und wie die Testergebnisse vorliegen und übermittelt werden, der Verlässlichkeit des Tests und des „diagnostischen Fensters“;
- Bedeutung eines positiven, negativen oder unbestimmten Testergebnisses;
- Vertraulichkeit und Schutz der Privatsphäre im Gefängnis, einschließlich der Fragen, wer jetzt und in Zukunft Zugang zu den Testergebnissen hat;
- Unterstützung in der Zeit des Wartens auf das Ergebnis und bei positivem Testergebnis;
- Gesundheitsuntersuchung, wenn das Testergebnis positiv ist, um den Gesundheitszustand, die Eignung und den Zeitpunkt für eine Therapie festzulegen.

Test-Nachberatung gehört zu jeder Übermittlung eines positiven und auch negativen HCV-Testergebnisses. Bei einem negativen Testergebnis sollte auf Prävention und mögliche Folgen der Infektionen hingewiesen werden. Wenn das Testergebnis positiv ausfällt, müssen folgende Themen besprochen werden:

- Bedeutung des positiven Testergebnisses;
- Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, um zu bestimmen, ob der Insasse/die Insassin das Virus noch in sich trägt und eine chronische Infektion vorliegt;
- unmittelbare Bedürfnisse und Unterstützungsmöglichkeiten;
- Vermeidung von risikohaftem Verhalten, Aufklärung, Informationen über Re-Infektionen (Genotypen);
- Zugang zu Harm-Reduction-Angeboten im Gefängnis und bei Ausgang/Urlaub;
- Risikoverhalten in Bezug auf andere und Umgang damit;
- Was soll und kann wem erzählt werden (innerhalb der Anstalt und „draußen“)?

- Kontakt zu und Unterstützung von PartnerIn, Familie und Freundeskreis?
- Verstehen und Bewältigen von Kummer, Angst, Verlust;
- Verfügbarkeit von Behandlung im Gefängnis und ggf. außerhalb;
- Strategien des Lebens mit HCV;
- rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der Meldung der Infektion.

Ein positives Testergebnis sollte möglichst am Vormittag mitgeteilt werden und ein weiterer Termin im Laufe des Tages angeboten werden, um weitere Fragen, die sich nach der Mitteilung ergeben, zu besprechen.

Bei dem/der Hepatitis-C-positiven Gefangenen sollte eine Klärung des allgemeinen Gesundheitszustandes, eine Kontrolle des Krankheitsverlaufs und eine Information über weiterführende Hilfen einschließlich Behandlung erfolgen.

Die Privatsphäre des/der Gefangenen sollte sowohl bei der Entscheidung für einen Test als auch bei der Übermittlung des Testresultats vertraulich behandelt werden. Informationen bezüglich Test und Testresultat müssen ausschließlich beim medizinischen Personal der Anstalt verbleiben.

Haftanstalten sollten sich an Infektions-Surveillance-Programmen beteiligen, um die HCV-Prävalenz/-Inzidenz und damit die Infektionsdynamik in Haft bearbeiten zu können.

Die Zugangsuntersuchung (in den ersten 48 Stunden) ist ein ungünstiger Zeitpunkt für die Durchführung eines Hepatitis-Tests bzw. das Einholen des Einverständnisses dazu, weil eine entsprechende Test-Vorbesprechung in dieser für die/den Gefangene/n sehr belastenden und ungewohnten Umgebung schlecht möglich ist.

Standards für HCV-Aufklärung und Beratung

Gefangene sollten HCV-Aufklärung beim Zugang in die JVA, während ihrer Haftstrafe und in entlassungsvorbereitenden Programmen haben. Alle Gefangenen sollten die Möglichkeit haben, diese Informationen mit qualifiziertem Personal in einer vertraulichen Umgebung zu diskutieren.

Präventionsmaterial sollte alters-, gender- und kultur- und bildungsspezifisch aufbereitet und in mehreren Sprachen verfügbar sein. Interaktive und andere Formen der Wissensvermittlung sollten ebenfalls verfügbar sein (Computer, Video).

Peer-Education-Programme („von gleich zu gleich“) und Interessen-/Betroffenen-gruppen sollten in jeder JVA eingerichtet werden. Die Peer-MultiplikatorInnen sollten entsprechend geschult und unterstützt werden, damit sie ihr Wissen an ihre Zielgruppe weitergeben und Nachfragen beantworten können.

Externe MitarbeiterInnen (von Drogen-/Aidshilfen, Gesundheitsämtern) sollten in die Prozesse der Aufklärung, der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und der Unterstützung Betroffener einbezogen werden, um einerseits Standards einzubringen und andererseits nach Haftentlassung bereitzustehen.

Der Psychologische Dienst der Anstalt sollte über Unterstützung bei HCV-positiven Gefangenen informiert und darin ausgebildet sein.

Standards für die Betreuung und Behandlung von HCV-positiven Gefangenen

Gefangene sollten Zugang zu Beratung über Behandlungsoptionen, -modalitäten und -nebenwirkungen haben. Ferner sollte geprüft werden, ob die Einrichtung einer Patientengruppe in der JVA möglich ist. Diese Form der Wissensvermittlung und des Erfahrungsaustauschs haben sich als geeignet erwiesen.

Eine HCV-Behandlung sollte in Haft angeboten werden (ggf. in enger Kooperation mit einer Schwerpunktpraxis und Beratungsstelle außerhalb). Eine Inhaftierung ist kein Grund für eine Nichtgewährung einer HCV-Therapie oder für eine Unterbrechung bzw. einen Abbruch.

Die Therapieempfehlungen für HCV-positive Menschen (siehe Kapitel I, 3) sind auch in Haft gültig und umzusetzen.

Die Entscheidung für die Aufnahme einer HCV-Behandlung beinhaltet die Verpflichtung zur notwendigen Unterstützung (für die Dauer der gesamten Therapie) und je nach Haftlänge zur Weiterführung nach Haftentlassung.

Haftanstalten sollten mit kommunalen Versorgungseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen Kooperationen eingehen, um eine optimale Behandlung und Weiterführung der Therapie nach Haftentlassung zu gewährleisten.

Der Ausschluss HCV-positiver Gefangener von bestimmten Arbeitsbereichen (z. B. Küchenarbeit) ist nicht gerechtfertigt und trägt sowohl zur Verunsicherung von Mitgefangenen als auch zur Stigmatisierung davon Betroffener bei.

HCV-positive Gefangene sollten Möglichkeiten zusätzlicher und besonderer Ernährung erhalten. Dies sollte so diskret wie möglich organisiert werden, um eine Diskriminierung zu reduzieren und um keinen Neid bei den übrigen Gefangenen zu erzeugen.

2. Checkliste-Setting Gefängnis: KlientInnen, MitarbeiterInnen, Einrichtung

2.1 HCV Prävention Inhaftierte

HCV-Aufklärung/Beratung

a) alle Häftlinge

ja nein im Einzelfall

b) bestimmte Zielgruppen? Welche?

ja nein im Einzelfall, Durch wen?

Wann? Termin:

In Aufklärungsveranstaltungen? ja nein

Wann?

In ärztlicher Sprechstunde?..... Wie oft angeboten?

Wie (verwendete Medien, Curriculum usw.)?

Wie können Rückfragen beantwortet werden?

Hintergrundmaterialien verteilt bzw. zugänglich gemacht? ja nein

Welche?

Mehrsprachig? ja nein

Auffrischung der Aufklärung zu weiteren Zeitpunkten der Inhaftierung?

ja nein geplant, Rhythmus: Termin:

c) Vertraulichkeit (im Rahmen von Beratung, Test) gewährleistet ja nein

Verbesserung (Abläufe?)

d) Selbsthilfe-Programme, Peer-Education zu HCV?

ja nein geplant, Welche?

Unterstützung durch externe Organisationen gegeben?

ja nein geplant, Welche?

e) Kooperation mit AußenpartnerInnen/externen MitarbeiterInnen

ja nein geplant, Projekte:

MitarbeiterInnen:

f) Nach Haftentlassung Betreuung/Kontakt gewährleistet

ja nein geplant, Durch wen?.....

g) Psychologischer Dienst über Aspekte von HCV informiert (z.B. Bedeutung und Bewältigung eines positiven Testergebnisses)?

ja nein geplant

HCV-Prophylaxe

a) Vergabe von Desinfektionsmitteln

Welche? ja nein

Wo? Wann?

Anleitungen für sicheren Umgang gegeben? ja nein

b) neue Nass-Rasiergeräte verfügbar ja nein

Wo?

c) neue Zahnbürsten verfügbar ja nein

Wo?

d) neue Nagelscheren verfügbar ja nein

Wo?

e) Kondome verfügbar ja nein

Wo?

f) Gleitmittel verfügbar ja nein

Wo?

Zugang (a-f) jeweils ausreichend? ja nein

Verbesserung wie?

g) Impfangebot

Impfangebote unterbreitet?

Impfung Hep A ja nein

Impfung Hep B ja nein

Wem? Wann?

Verbesserung des Impfangebots?

h) Substitutionsbehandlung angeboten? ja nein

Erhaltungsbehandlung ja nein

Kontakte für Weitersubstitution nach Haftentlassung hergestellt? ja nein

Behandlungsangebot begrenzt? ja nein

Gründe

Entzugsbehandlung ja nein

Verbesserung Substitutionsbehandlung: Wie?

i) Vergabe steriler Einwegspritzen ja nein geplant/diskutiert

Was wird für die Einführung des Angebots benötigt?

.....

.....

.....



2.2 HCV-Prävention Bedienstete

a) HCV-Aufklärung/Beratung der Bediensteten erfolgt?

ja nein geplant, Wann?

Schulung zum Verhalten bei Nadelstichverletzungen?

ja nein geplant, Wann?

Auffrischung in regelmäßigen Abständen?

ja nein geplant, Wann? Rhythmus?

Durch medizinischen Dienst der Anstalt

ja nein geplant, Termin:

Durch externe Einrichtungen

ja nein geplant, Termin:

Welche?

Wie?

Wie werden Rückfragen der Bediensteten beantwortet?

Hintergrundmaterialien verteilt? ja nein

Welche?

Verbesserung

b) Impfung

Impfangebot Hepatitis A und B unterbreitet?

ja nein geplant, Termin:

c) HIV Postexpositionsprophylaxe-Angebot (PEP) vorhanden/schnell verfügbar?

ja nein

2.3 Hygiene

a) Gummihandschuhe verfügbar? ja nein geplant

b) Beatmungstücher verfügbar? ja nein geplant

c) Desinfektionsmittel verfügbar?

ja nein geplant, Welche:

Unterweisung zum effektiven Einsatz erfolgt? ja nein geplant

Verbesserung a-c?

d) Hygienepläne lt. Infektionsschutzgesetz vorhanden? ja nein

Für welche Bereiche?

Arbeitsplatzbedingungen lt. Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)/ arbeitsmedizinischen Anforderungen erfüllt? ja nein

Blut-Übertragungswege in Desinfektionsplänen ausreichend berücksichtigt? ja nein

Spiegel zur Haftraumkontrolle vorhanden? ja nein geplant

Stichfeste Handschuhe für die Haftraumkontrolle vorhanden? ja nein geplant

2.4 HCV-Tests Inhaftierte

Hepatitis-Serologie angeboten?

ja nein auf Nachfrage im Einzelfall

Im Rahmen der Zugangsuntersuchung?

ja nein Später, wann?

Zustimmung der PatientInnen wie eingeholt? mündlich schriftlich

Vertraulichkeit gewährleistet? ja nein

Verbesserungsbedarf?

Test-Vorbesprechung

ja nein geplant, Wie? Durch wen?

Test-Nachbesprechung

ja nein geplant, Wie? Durch wen?

Bei negativem Ergebnis: Welche Hinweise/Materialien?

Bei positivem Ergebnis: Welche Maßnahmen/Materialien?

Klärung des allgemeinen Gesundheitszustandes? ja nein

Kontrolle des Krankheitsverlaufs? ja nein

Information über weiterführende Hilfen? ja nein

Unterstützung durch Externe? ja nein

Unterstützung bei Haftentlassung? ja nein

Wie?.....

Beteiligung der Anstalt an HCV-(Infektions)-Surveillance-Programmen

ja nein geplant

2.5 Betreuung und Behandlung von Inhaftierten mit HCV

HCV-Behandlungsangebot vorhanden

ja nein geplant

Kooperation mit Außenpartnern (Schwerpunktpraxis/Praxis) organisiert?

ja nein geplant, Welche:

Beratung HCV-positiver Gefangener über Behandlungsangebot/-modalitäten

(z. B. Nebenwirkungen)? ja nein

Durch wen?

Auf Anfrage oder routinemäßig?

Psycho-soziale Unterstützung organisiert? ja nein

Durch wen?

Bei Haftentlassung sind folgende Maßnahmen mit Zustimmung des Patienten/der Patientin getroffen:

- Kontakt zu Hausarzt/-ärztin oder Schwerpunktpraxis in der Wohnregion des/der Gefangenen ja nein
- Unterstützung in den Bereichen Sozialhilfe, Arbeit/Schule, Recht? ja nein

Arbeitsangebote für HCV-Positive eingeschränkt? ja nein

Für welche Bereiche?

Besondere Ernährung möglich? ja nein

2. Quiz Hepatitis C

Hepatitis C kann übertragen werden ...	ja	nein
beim Tätowieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch Niesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über Nahrungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch gemeinsam benutzte Zahnbürsten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Stillen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch gemeinsam benutzte Nadeln und Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch Wegwischen von Blut anderer Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei der Mund-zu-Mund-Beatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch Bluttransfusionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Händeschütteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Oralsex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über die gemeinsame Toilettenbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Piercen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch gemeinsam benutztes Essbesteck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Vaginalsex während der Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über gemeinsame Benutzung von Filter, Löffel und Wasser beim Drogengebrauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über gemeinsam benutzte Ohrringe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über gemeinsames Zigarettenrauchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gemeinsam benutzte Rasierer und Nagelscheren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eignen sich folgende Vorkehrungen, um Hepatitis-C-Infektionen zu vermeiden?	ja	nein
Hepatitisimpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kondombenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamin -C- Einnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spritzbesteck durchspülen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nur den eigenen Rasierer benutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Händewaschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nahrungsmittel mind. 15 Min. kochen/braten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spritzutensilien nicht mit anderen teilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperkontakt meiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tattoos und Piercings im Tattoo-Studio statt privat anfertigen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wunden mit Heilsalbe behandeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionsstatus des Konsumpartners abfragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Rund um (die) Hepatitis C und ihre Behandlung	ja	nein
Hepatitis C ist unheilbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeder HCV Positive bekommt eine „Gelbsucht“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HCV kann sich „verkapseln“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wer eine Hepatitis C hat, wird namentlich beim Gesundheitsamt gemeldet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regelmäßiger Alkoholkonsum desinfiziert die Leber und vermindert dadurch die Viruslast	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nach einer erfolgreichen HCV-Behandlung kann man sich nicht erneut anstecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HCV Positive dürfen nicht im Küchendienst (z.B. zur Essenszubereitung) eingesetzt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis C hat den gleichen Krankheitsverlauf wie HIV/Aids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen, die aktuell Drogen nehmen oder substituiert werden, erhalten keine HCV-Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.1 Antworten

Hepatitis C kann übertragen werden ...		Anmerkungen
beim Tätowieren	ja	Wenn nicht steril gearbeitet wird (z.B. privat oder in Haft angefertigte Tattoos). „Körperschmuck“ beim Profi machen lassen und z.B. im Urlaub nicht in der „letzten Hütte vorm Strand“... (siehe Kapitel II, 3)
durch Niesen	nein	(siehe Kapitel I, 1)
über Nahrungsmittel	nein	(siehe Kapitel I, 1)
durch gemeinsam benutzte Zahnbürsten	ja	Auf der Zahnbürste können sich Blutrückstände (z.B. vom Zahnfleischbluten) befinden. (siehe Kapitel II, 5)
beim Stillen	„jein“	HCV-Übertragung unwahrscheinlich. Vorsicht: bei hoher Viruslast! Nicht bei Wunden oder blutenden Brustwarzen stillen! (siehe Kapitel I, 4)
durch gemeinsam benutzte Nadeln und Spritzen	ja	Bei DrogengebraucherInnen häufigster Übertragungsweg. (siehe Kapitel II, 2)
durch Wegwischen von Blut anderer Menschen	ja	Beim Wegwischen Handschuhe tragen! (siehe Kapitel II, 5)
bei der Mund-zu-Mund-Beatmung	nein	HCV-Übertragung äußerst unwahrscheinlich. Ausnahme: Verletzungen / blutende Wunden.

durch Bluttransfusionen	„jein“	Seit 1990 HCV-Übertragung unwahrscheinlich, geringes Restrisiko (siehe Kapitel I, 1)
beim Händeschütteln	nein	Jedoch Hygieneregeln beachten! Vor jedem „Druck“ die Hände waschen. (siehe Kapitel II, 5)
beim Oralsex	nein	HCV-Übertragung äußerst unwahrscheinlich. Risiken während der Menstruation und Wunden/Verletzungen. Um Restrisiko auszuschließen Kondome oder Dental Dams benutzen (siehe Kapitel II, 4)
über die gemeinsame Toilettenbenutzung	nein	(siehe Kapitel I, 1)
beim Piercen	ja	Wenn nicht steril gearbeitet wird (z.B. privat oder in Haft angefertigte Piercings). „Körperschmuck“ beim Profi machen lassen und z.B. im Urlaub nicht in der „letzten Hütte vorm Strand“ (siehe Kapitel II, 3)
durch gemeinsam benutztes Essbesteck	nein	(siehe Kapitel I, 1)
beim Vaginalsex während der Menstruation	ja	Die sexuelle Übertragungswahrscheinlichkeit ist insgesamt gering, erhöht sich jedoch während der Menstruation und beim Vorliegen weiterer sexuell übertragbaren Erkrankungen (siehe Kapitel II, 4)
über gemeinsame Benutzung von Filter, Löffel und Wasser beim Drogengebrauch	ja	Viren befinden sich auch auf allen Gegenständen, die zur Konsumvorbereitung eingesetzt werden und zuvor mit (auch geringen Mengen) Blut in Kontakt gekommen sind (siehe Kapitel II, 2)
über gemeinsam benutzte Ohrringe	„jein“	HCV-Übertragung unwahrscheinlich; es sei denn, dass Ohrlöcher zuvor blutig waren. Um Restrisiko zu vermeiden, Ohrringe säubern und desinfizieren. (siehe Kapitel II, 3)
über gemeinsames Zigarettenrauchen	nein	
gemeinsam benutzte Rasierer und Nagelscheren	ja	Auf den Gegenständen können sich Blutrückstände befinden. (siehe Kapitel II, 5)

Eignen sich folgende Vorkehrungen, um Hepatitis-C-Infektionen zu vermeiden?		Anmerkungen
Hepatitisimpfung	nein	Eine Impfung gegen Hepatitis C gibt es leider nicht. Hepatitis A/B Impfungen bieten keinen Schutz vor Hepatitis C (siehe Kapitel I, 1.6))
Kondombenutzung	Ja	(siehe Kapitel II, 4)
Vitamin -C- Einnahme	nein	Vitamin C Einnahme ist grundsätzlich empfehlenswert, schützt leider nicht vor einer Hepatitis C!
Spritzbesteck durchspülen	nein	Das Durchspülen benutzter Spritzen und Nadeln reicht nicht aus (siehe Kapitel II, 2)
nur den eigenen Rasierer benutzen	ja	(siehe Kapitel II, 5)
Händewaschen	Ja	(siehe Kapitel II, 5)
Nahrungsmittel mind. 15 Min. kochen/braten	nein	(siehe Kapitel I, 1)
Spritzutensilien nicht mit anderen teilen	ja	(siehe Kapitel II, 2)
Körperkontakt meiden	nein	HCV wird nicht über Berührungen und Körperkontakt übertragen, folglich muss der Körperkontakt auch nicht gemieden werden (siehe Kapitel I, 1)

Tattoos und Piercings im Tattoo-Studio statt privat anfertigen lassen	ja	(siehe Kapitel II, 3)
Wunden mit Heilsalbe behandeln	nein	Ist zwar für die Wunde insgesamt gut, schützt jedoch nicht vor einer HCV-Infektion. Wunden zusätzlich mit Verband oder Pflaster abdecken (siehe Kapitel II, 3+5)
Infektionsstatus des Konsumpartners abfragen	nein	Das Virus kann zwar nur übertragen werden, wenn jemand infiziert ist. Aber vermeintlich HCV negative Menschen lassen sich nicht ständig testen und eine ganz frische Infektion ist auch nicht direkt nachweisbar („diagnostisches Fenster“) (siehe Kapitel I, 1)

Rund um (die) Hepatitis C und ihre Behandlung		Anmerkungen
Hepatitis C ist unheilbar	nein	Es gibt Kombinationstherapien, die zur Behandlung eingesetzt werden. Der Behandlungserfolg hängt von verschiedenen Faktoren ab, auch wenn noch nicht jede chronische Hepatitis C mit den derzeitig zur Verfügung stehenden Medikamenten erfolgreich behandelt werden kann, (siehe Kapitel I, 3)
Jeder HCV Positive bekommt eine „Gelbsucht“	nein	Nur ein kleiner Teil entwickelt eine „Gelbsucht“ (Gelbfärbung der Haut und Augenschleimhäute) (siehe Kapitel I, 1)
HCV kann sich „verkapseln“	nein	Es gibt keine „verkapselte“ Hepatitis C (siehe Kapitel I, 1)
Wer eine Hepatitis C hat, wird namentlich beim Gesundheitsamt gemeldet	ja	Jede neu diagnostizierte Hepatitis C wird beim Gesundheitsamt namentlich gemeldet (siehe Kapitel IV, 3.1)
Regelmäßiger Alkoholkonsum desinfiziert die Leber und vermindert dadurch die Viruslast	nein	Alkoholkonsum schädigt die Leber. HCV Positive sollten möglichst auf den Alkoholkonsum verzichten (siehe Kapitel I, 1)
Nach einer erfolgreichen HCV-Behandlung kann man sich nicht erneut anstecken	nein	Eine durchgemachte Hepatitis C Infektion schützt nicht vor erneuter Ansteckung (siehe Kapitel I, 3)
HCV Positive dürfen nicht im Küchendienst (z.B. zur Essenszubereitung) eingesetzt werden	nein	HCV Positive dürfen natürlich auch in der Küche arbeiten.. Eine Infektionsgefahr besteht nicht, wenn Hygieneregeln eingehalten werden (siehe Kapitel IV, 3)
Hepatitis C hat den gleichen Krankheitsverlauf wie HIV/ Aids	nein	Die Krankheiten sind komplett unterschiedlich. Gemeinsamkeiten gibt es nur bei den Übertragungswegen (siehe Kapitel I, 1)
Menschen, die aktuell Drogen nehmen oder substituiert werden, erhalten keine HCV-Behandlung	nein	DrogenkonsumentInnen und Substituierte können behandelt werden. Zu prüfen ist, ob die Lebensverhältnisse und Konsumgewohnheiten mit der Behandlung in Einklang zu bringen sind, da die Behandlung lange dauert und Nebenwirkungen wahrscheinlich sind. (siehe Kapitel I, 3)

3. Glossar

A

Akzidentiell durch Unfall bedingt

Ak Antikörper

ALT oder auch **AKAT** Alanin-Aminotransferase, früher GPT (= Glutamat-Pyruvat-Transaminase). Leberenzym, kommt fast ausschließlich in der Leber vor, ein erhöhter Wert gibt Hinweise auf eine Leberschädigung.

Antigen Stoff (Eiweiss oder Peptide [Baustein von Eiweissen]), der zur Antikörperbildung führt

Anti-HBc Antikörper gegen das HBc-Antigen

Anti-HBc-IgM Antikörper gegen das HBc-Antigen. Aber eine bestimmte Subklasse von Antikörpern, nämlich IgM (s. unten), auch als Frühantikörper bezeichnet.

Anti-HBe Antikörper gegen das HBe-Antigen. Beurteilung der Infektiosität, Verlaufsbeurteilung der chronischen Hepatitis B. Ein Verschwinden des HBe-Antigens und das Auftreten von Anti-HBe zeigt den Übergang in die nichtreplikative Phase an und gilt als prognostisch günstiges Zeichen.

Anti-HBs Antikörper gegen das HBs-Antigen (Titerkontrolle, siehe unten)

Asymptomatisch nicht den erwarteten Symptomen entsprechend

B

Base eigentlich: Kokain Base = Crack

Biopsie (Leber-) Entnahme eines kleinen Stück Lebergewebes zur Untersuchung. Bei chronischen Leberentzündungen sinnvoll.

C

CD4-Test misst die Anzahl bestimmter Helferzellen im Blut (bei HIV).

Crack Kokain Base, aus Kokain-Hydrochlorat (Kokain) gewonnen. Rauchbar. Enthält Reste von Ammoniak.

Co-Infektion Gleichzeitiges aktiv sein von mehr als einem Krankheitserreger

D

DNS, auch DNA Desoxyribonukleinsäure, ein sehr großes Molekül, das als Träger der Erbinformation dient. Anhand dieser Information, die in einer bestimmten Form, dem genetischen Code, in die DNS eingeschrieben ist, werden Proteine produziert.

E

Exkrememente Fäkalien

Exposition medizinisch: Kontakt

F

Fäkalien (Exkrememente), vom tierischen und menschlichen Organismus nicht weiter verwertbare, ausgeschiedene Stoffe (Kot und Urin).

fäkal-oral (bei Ansteckungswegen gebraucht) von menschlichen Exkrementen zum Mund

Free Base eigentlich: Kokain Free Base, in aufwändigem Verfahren aus Kokain-Hydrochlorat (Kokain) gewonnen. Rauchbar.

frontloading Teilen einer zur Injektion bestimmten aufbereiteten Dosis einer Droge durch Aufziehen in eine Spritze und Umfüllen von Teilmengen in eine oder mehrere weitere Spritzen durch die vordere(n) Öffnung(en) (den Konus). Erhebliches Infektionsrisiko, wenn eine der verwendeten Spritzen kontaminiert ist.

fulminant im medizinischen Sinne: starker, schneller Verlauf.

G

Genitalsekret Flüssigkeit der Genitalien = Sperma und Vaginalschleim

GGT oder **y-GT** (Gamma-Glutamyl-Transferase). Enzym, empfindlicher Indikator bei Störungen der Leber und des Gallengangsystems.

H

HAV Hepatitis-A-Virus

HAV-Ak HAV-Antikörper

HBc-Ag Hepatiti-B-c-Antigen. Ein Teil des Kerns (engl. core) des Hepatitis-B-Virus.

HBe Hepatitis-B-envelope (Antigen)

HBe-Ag Hepatitis-Be-Antigen. Entstehen bei der Virusvermehrung, Funktion unbekannt.

HBs-Ag Hepatitis-B-surface, ist in der Regel der erste nachweisbare Marker einer Hepatitis-B-Infektion. Teil der Oberfläche (engl. surface) des Hepatitis-B-Virus. Früher auch Australia (Au) Antigen oder HAA (Hepatitis-assoziiertes Antigen) genannt.

HBV Hepatitis-B-Virus

HBV-DNA Hepatitis-B-Virus Deoxyribonucleic Acid, dt. Desoxyribonukleinsäure, die Erbsubstanz des Virus, also ein Teil des Virus

HCV Hepatitis-C-Virus

HDV Hepatitis-D-Virus

HEV Hepatitis-E-Virus

HIV human immunodeficiency virus, Auslöser der Aids-Krankheit.

I

IfSG Infektionsschutzgesetz

IgG oder **IGG** Immunglobuline (Antikörper) der Klasse G

IgM oder **IGM** Immunglobuline (Antikörper) der Klasse M

Ikterus (Gelbfärbung der Haut und Augenschleimhaut, Dunkelfärbung des Urins und Entfärbung des Stuhls)

Immunität Unempfänglichkeit gegenüber Krankheitskeimen infolge

1. Bildung von Antikörpern nach überstandener Infektionskrankheit;
2. Bildung von Antikörpern nach Impfung.

IndexpatientIn Person, welche die exponierte Person angesteckt haben könnte.

Infektion Ansteckung mit (Krankheits-)Erregern. Sagt nichts aus über Symptome etc.

Infertilität Fortpflanzungsunfähigkeit

Inkubationszeit Zeitraum zwischen Infektion und Auftreten klinischer Zeichen der Infektionskrankheit.

INR-Wert Zur Wirkungskontrolle blutverdünnender Medikamente wird der so genannte INR-Wert nach einer Blutentnahme im Labor bestimmt.

Insuffizienz ungenügende Leistungsfähigkeit (eines Organs)

invasiv (in den Körper) eindringend

K

Kanüle «Nadel», Hohnadel an einer Injektionsspritze

kontaminiert verseucht

Krankheit Ausnahmezustand des Körpers mit Vorliegen von (Krankheits-)Symptomen

L, M, N, O, P

Leberfibrose bindegewebiger Umbau der Leber, wobei Bindegewebszellen an die Stelle von Leberzellen treten.

Leberzirrhose narbige Schrumpfung der Leber. Die normalen Leberfunktionen sind kaum noch vorhanden. In einem kleinen Teil der Fälle entsteht ein Leberzellkarzinom (Leberkrebs).

Leberzellkarzinom (hepatozelluläres Karzinom) In den meisten Fällen Folge einer durch Viren oder Alkohol bedingten Zirrhose. Häufig wird auch von einem primären Leberzellkarzinom gesprochen, d.h. es handelt sich hierbei nicht um eine Metastase.

Metavir Das Fibroseausmaß Metavir (Score 1-4 oder Ishak Score 1-6) dient als Maß für das Stadium der Erkrankung und damit die Prognose und Dringlichkeit der Therapie.

PCR Polymerasen-Kettenreaktion; Methode, um DNS zu vervielfältigen, ohne einen lebenden Organismus, wie z.B. Escherichiacoli oder Hefe zu benutzen.

PEP Post-Expositions-Prophylaxe

pegyliertes Interferon Interferon mit verzögerter Wirkstofffreisetzung

Q, R

Rezidivprophylaxe Rückfallprophylaxe

RNA (Ribonukleinsäure) international gebräuchliche englische Abkürzung für Ribonukleinsäure (RNS). Die RNA ist eine Nukleinsäure, die in lebenden Zellen gelegentlich anstelle der DNA als Träger des Erbguts dient.

Rimming anal-orale Sexualpraktiken

S, T

Screening Reihenuntersuchung nach Antikörpern

STIKO Ständige Impfkommission beim Robert Koch Institut (RKI)

Titerkontrolle Anti-HBs-Bestimmung (siehe oben)

Transferasen alte Bezeichnung: Transaminasen

U, V, W, X, Y, Z

viral verwandt mit oder bedingt durch ein Virus.

Virus-Genotyp Es gibt sechs Haupttypen von HCV; am weitesten verbreitet ist Genotyp 1, der am schlechtesten auf die Therapie anspricht.

Viruslast = Virusbelastung = viral load

4. Wichtige Websites

www.aidshilfe.de

www.akzept.org

www.akzept.org/hepatitis_c_fachtag/index.html

www.fixpunkt.org

www.dgsuchtmedizin.de

www.akzeptierende-eltern.de

www.correlation-net.org/hepatitis/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=2

www.jes-bundesverband.de

www.hepch.ch

www.dghm.org

www.hepatitisc.org.au

www.health.gov.au

www.emcdda.eu.int

www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Viral_Hepatitis_Newsletters/vhv12n3.pdf

www.kompetenznetz-hepatitis.de

www.hepatitis-care.de

5. AutorInnen

Priv. Doz. Dr. med. **Markus Backmund**
 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für
 Suchtmedizin (DGS) e.V.
 Praxiszentrum im Tal
 Tal 9, Rgb, 80331 München
 I Medizin: 3 Therapie; II Prävention: 5.4.1 Post-
 expositionsprophylaxe (PEP)

Kerstin Dettmer
 FIXPUNKT e.V.
 Reichenberger Straße 131, 10999 Berlin
 Fon 030 616755881
 Fax 030 6944111
k.dettmer@fixpunkt.org
 I Medizin: 1 Hepatitis allgemein, 2 Testberatung
 und Labordiagnostik

Martin Hilckmann, Dipl. Sozialpädagogin
 ZIK gGmbH
 Perleberger Straße 27, 10559 Berlin
 Fon 03039896037
martin.hilckmann@zik-ggmbh.de
www.zik-ggmbh.de
 III Psycho-soziale Beratung und Betreuung

Dr. med. **Jens Jarke**, Leitender Arzt
 Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
 Billstraße 80a, 20539 Hamburg
 Fon 040 42837-2301
jens.jarke@bwg.hamburg.de
 IV Arbeit-Recht-Sozialrecht: 1 Arbeitsschutz,
 2 Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 3 Arbeits-
 recht

Marco Jesse
 JES Bundesverband
 VISION e.V.
 Verein für innovative Drogenselbsthilfe
 Neuerburgstraße 25, 51103 Köln
 Fon 0221 622081
marco.jesse@vision-ev.de
 II Prävention: 2 Konsumregeln

Bärbel Knorr, Dipl. Soz.päd. und
 Gesundheits- und Sozialökonomin
 Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
 Drogen & Menschen in Haft
 Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
 Fon 030 690087-45
baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de
www.aidshilfe.de
 II Prävention: 3 Tätowieren und Piercen,
 4 Sexualität; V Anhang: Hepatitis C Quiz, D
 Setting Gefängnis

Astrid Leicht, Dipl.-Pädagogin
 FIXPUNKT e.V.
 Reichenberger Straße 131, 10999 Berlin
 Fon 030 616755881
 Fax 030 6944111
a.leicht@fixpunkt.org
www.fixpunkt.org
 II Prävention: 1 Strategien der Hepatitis-Prä-
 vention, 5 Hygiene; IV Arbeit-Recht-Sozial-
 recht: 1 Arbeitsschutz, 2 Arbeitsunfall und
 Berufskrankheit, 3 Arbeitsrecht

Manuela Nagel, Dipl. Sozialpädagogin
 Charité, Virchow-Klinikum
 Klinik für Geburtsmedizin
 Infektionsambulanz
 Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
 Fon 030 450564163-112
manuela.nagel@charite.de
infektionsambulanz@charite.de
 I Medizin: 4 Schwangerschaft

Dirk Schäffer
 Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
 Referent für Drogen und Strafvollzug
 Abteilung Strukturelle Prävention 2
 Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
 Fon 030 690087-56
www.aidshilfe.de
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de
 II Prävention: 3 Tätowieren und Piercen,
 4 Sexualität; III Psycho-soziale Beratung und
 Betreuung: Erfahrungsbericht

Claudia Schieren, Fallmanagerin
 Heidenfeldstraße 9, 10249 Berlin
 Fon 030 81471866
claudi39@arcor.de
 IV Arbeit-Recht-Sozialrecht: 4 Sozialrechtliche
 Informationen

Prof. Dr. Heino Stöver
 Fachhochschule Frankfurt
 University of Applied Sciences
 Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
 Faculty „Health and Social Work“
 Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt
 Fon 069 1533-2823 /-2819
 Mobil 0162 1334533
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de
www.isff.de
www.fh-frankfurt.de/stoever
 Gesamtedaktion, II Prävention: 1 Strategien
 der Hepatitis-Prävention; V Anhang: 1 Check-
 listen, 4. Glossar

6. Impressum

Herausgeber

akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende
Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
Prof. Dr. Heino Stöver
Christine Kluge Haberkorn
www.akzept.org



Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Bärbel Knorr
Dirk Schäffer
www.aidshilfe.de



Fixpunkt e.V.
Astrid Leicht
www.fixpunkt-berlin.de



Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (gegr. 2004)

akzept e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe

Fixpunkt e.V.

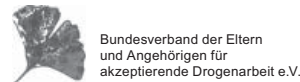
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin
DGS (vorm. DGDS)



JES



Bundesverband der Eltern und Angehörigen
für akzeptierende Drogenarbeit e.V.



Kontakt zum Aktionsbündnis:
akzept e.V.
akzeptbuero@yahoo.de

Redaktion: Prof. Dr. Heino Stöver,
Fachhochschule Frankfurt/Main
Lektorat: Prof. Dr. Heino Stöver,
Christine Kluge Haberkorn, Berlin
Gestaltung: Katrin Glogengiesser (2006)
Satz: Katja Fuchs, Mainz (2013)
Druck: PinguinDruck GmbH Berlin
Fotonachweis: Titelfotos und fortlaufend: Deutsche
AIDS-Hilfe/JES Abb. Seiten: 83,87,89, 98: Fixpunkt
Berlin, Seite 80: Dr. Heino Stöver; Seite 93: bobby
fisher

Bestellungen an:

akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende
Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik
Südwestkorso 14, 12161 Berlin
Fon 030 82706946
akzeptbuero@yahoo.de

**Dieses Projekt wurde vom Bundesministerium
für Gesundheit gefördert.**



Alle Rechte bei den AutorInnen

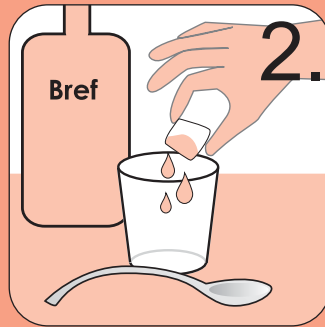
Berlin, Mai 2013

Desinfektion

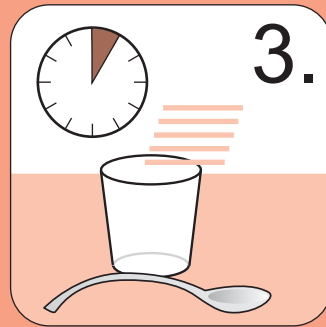
Löffel und Wassergefäß desinfizieren



1.
Löffel und Wasserbehälter mit Alkoholtupfern oder Bleichmittel desinfizieren.



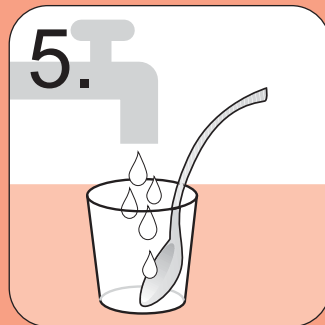
2.
Viel Desinfektionsmittel mit Tupfer oder Papiertaschentuch auf Löffel und Wasserbehälter auftragen.



3.
Mindestens 5 Minuten einwirken lassen.



4.
Mit frischem Tupfer oder Papiertaschentuch trocknen.



5.
Mit frischem Wasser gründlich spülen.



6.
Zuletzt mit frischem Tupfer oder Papiertaschentuch trocknen.

Erste Hilfe / Wundversorgung

Patientin

Pflegeperson



Wunde kurz bluten lassen.



Hände gründlich waschen....



... und mit desinfizierender Lösung einreiben.



Wunde desinfizieren.



Latex-Handschuhe anziehen. (Nach Blutkontakt: Handschuhe entsorgen und frische anziehen.)



Kleinere Wunden mit Heftpflaster, größere mit Verband abdecken.

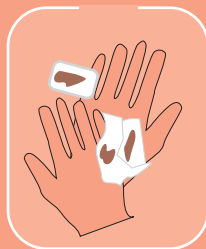


Bluttropfen auf Arbeitsfläche mit desinfizierender Lösung entfernen. Gebrauchte, blutbefleckte Lappen, Tupfer, Handschuhe usw. sofort entsorgen.



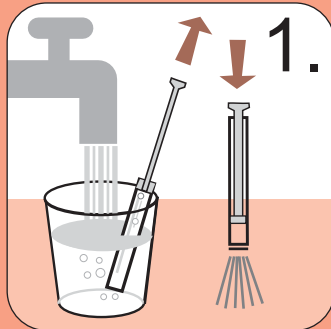
Hände gründlich waschen....

... und mit desinfizierender Lösung einreiben.

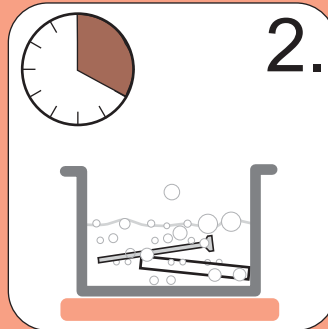


Desinfektion der Spritze

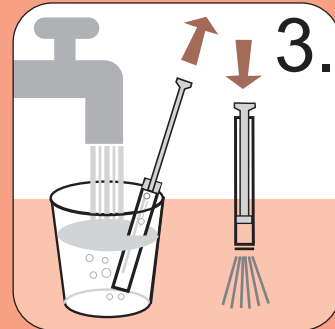
Spritze auskochen



Zuerst mit kaltem Wasser durchspülen.



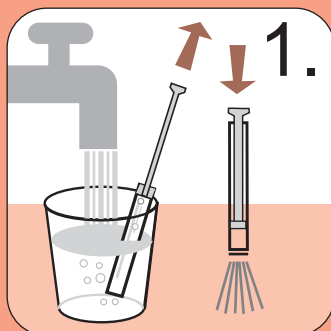
Spritze in Einzelteile zerlegen, mindestens 20 Minuten auskochen.



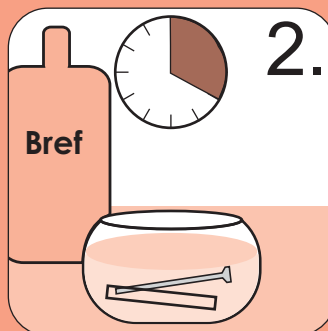
Zuletzt mit kaltem Wasser durchspülen.

Es gibt keine Garantie dafür, dass beim Auskochen wirklich alle Bakterien abgetötet werden!

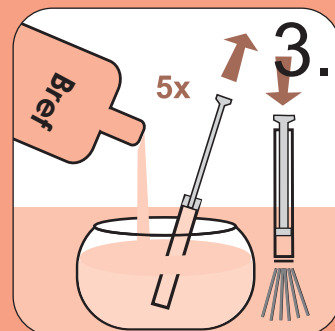
Spritze mit Bleichmittel desinfizieren



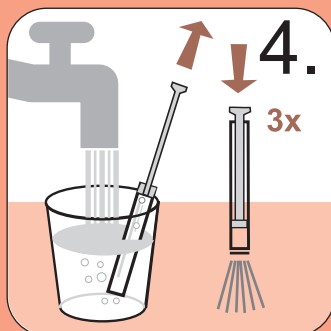
Spritze zuerst mit kaltem Wasser durchspülen.



Spritze in Einzelteile zerlegen und mindestens 20 Minuten in Bref einlegen.



Spritze danach mindestens 5 Mal kräftig mit frischem Bref durchspülen.



Spritze zum Schluss 3 Mal mit klarem Wasser durchspülen.

Achtung:

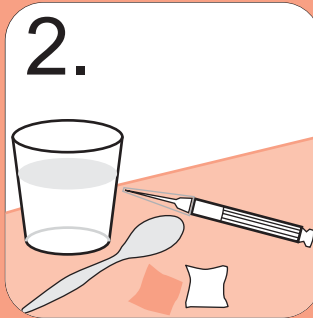
Alle Reste von Bleichmittel oder Bref müssen unbedingt entfernt werden.

Die letzte Spülung sehr sorgfältig vornehmen!

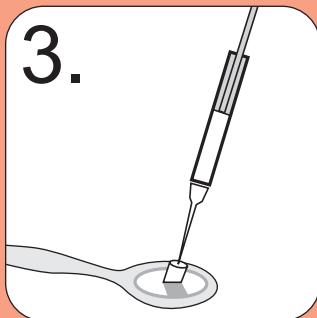
Injektion



Hände gründlich waschen



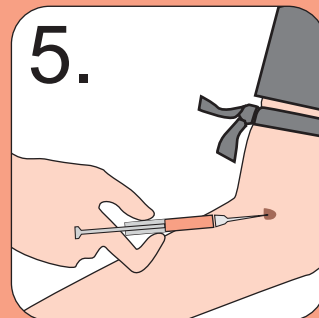
- saubere Unterlage vorbereiten;
- immer eigenes, frisches Injektionsmaterial verwenden (Spritze, Nadel, Wassergefäß, Wasser, Löffel, Filter, Ascorbinsäure, Alkohol- und Trockentupfer, Stauschlauch, Pflaster;
- Injektionsmaterial nie teilen oder weitergeben! Auch Filter nicht weitergeben.



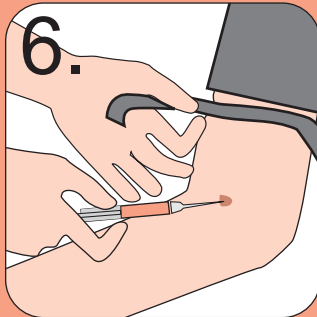
Sterile Spritze mit Filter (möglichst Einweg-/Metallfilter, notfalls Zigarettenfilter) verwenden; Filter nicht mit dem Zähnen entfernen. Filter sollen generell nicht wieder verwendet werden. Im Notfall vor der Wiederverwendung (10 Tage) trocknen.



Stauschlauch anbringen (lässt die Venen hervor treten); Einstichstelle mit Alkohol reinigen; Zur Desinfektion muss die Stelle mindestens 2 Minuten kräftig eingerieben werden.



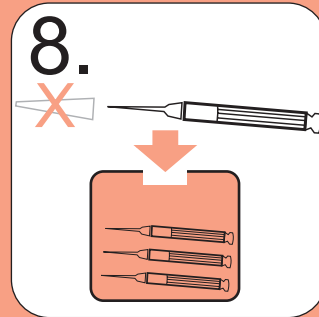
Wenn hellrotes Blut von selbst in die Spritze dringt, wurde eine Arterie getroffen. Nadel zurück ziehen und die Einstichstelle während mindestens 5 Minuten fest pressen.



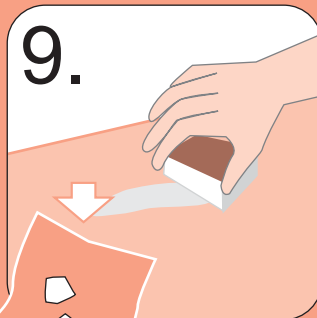
Wenn die Nadel richtig platziert ist (dunkles Blut); vor dem Abdrücken des Kolbens den Stauschlauch lösen.



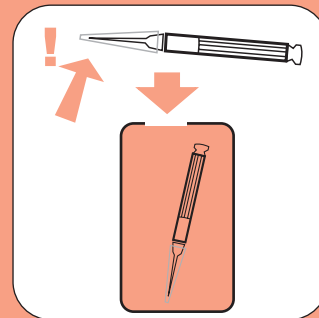
Nach der Injektion: Vene pressen und den Blutropfen mit sauberem Trockentupfer abwischen. Danach Heftpflaster aufkleben.



Im Konsumraum: gebrauchte Spritze ohne Plastikkappe auf Nadel in speziellen Behälter werfen.



Unterlage reinigen; Benutzte Spritze wie geschildert (8) entsorgen (ohne Nadel); Tupfer, Filter etc. entsorgen.



Überall sonst: gebrauchte Spritze mit Plastikkappe auf Nadel in soliden Behälter (z. B. leere Alu-Dose) stecken und Dose in den Abfall werfen.