

**1. Internationaler Fachtag
Hepatitis C Berlin 2004**

**Innovative Konzepte und
Praxis von Prävention
und Psychosozialer Betreuung
bei Drogengebrauch**

Dokumentation

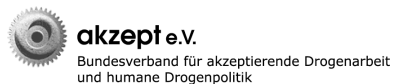
Herausgegeben von

akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende
Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

LaBAS e.V.



*Der Fachtag steht unter der Schirmherrschaft von
Frau Marion Caspers-Merk,
Parlamentarische Staatssekretärin bei der
Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
und Drogenbeauftragte der Bundesregierung
der Bundesrepublik Deutschland*

Herausgeber

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Landesverband der Berliner AIDS Selbsthilfegruppen LaBAS e.V.

Alle Rechte bei den Autoren

Redaktion

Dirk Schäffer, Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

Fotos

Abb. Cover und S. 9, 150: Christine Kluge Haberkorn

Abb. S. 84, 88, 92, 114, 161: Dirk Schäffer

Gestaltung und Satz

taips. Bremen

Druck

AscoSturm Druck, Bremen

Bestellungen

akzeptbuero@yahoo.de

Berlin, September 2004

ISBN 3-00-014301-7

Inhalt

Vorwort der Herausgeber	6
Grußwort	10
<i>Ingo-Ilja Michels</i> Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (Marion Caspers-Merk)	
Vorträge	
Hepatitis A, B, D, E – Bedeutung für Menschen mit chronischer Hepatitis C	13
<i>Gerd Klausen</i>	
Hepatitis und HIV-Koinfektion	16
<i>Jörg Claus</i>	
Behandlung gescheitert oder Zugang verwehrt? Alternativen in der Behandlung der chronischen Hepatitis C	23
<i>Friedemann Schad</i>	
Analyse der Leitlinien zur Hepatitis-C-Behandlung in den Ländern der Europäischen Union und Norwegen in Bezug auf den Behandlungszugang von DrogenkonsumentInnen	29
<i>Dagmar Hedrich, Bernd Schulte, Jens Reimer</i>	
Therapie der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten	36
<i>Jörg Gölz</i>	
Epidemiologie der Hepatitis C	42
<i>Doris Radun</i>	
Hepatitis C – Prävention und psychosoziale Versorgung in Deutschland	48
<i>Heino Stöver</i>	
Innovative Präventionsideen aus der Schweiz	61
<i>Régine Linder, Christopher Eastus</i>	
HCV in den Niederlanden	72
<i>Josefien Ensdorff</i>	
Hepatitis C und Drogenkonsum	76
<i>Hans Haltmayer</i>	
Statement der Drogen-Selbsthilfe JES	83
<i>Marco Jesse</i>	

Workshops

Vorbemerkung	85
W1 Eckpunkte einer nationalen Hepatitis C-Strategie	
Abstract <i>Astrid Leicht, Heino Stöver</i>	86
Protokoll <i>Holger Sweers</i>	89
W2 Setting: Niedrigschwellige Kontaktarbeit	
Abstract <i>Kerstin Dettmer, Felix von Ploetz</i>	93
Protokoll <i>Uwe Niethammer</i>	95
W3 Setting: Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle, PSB)	
Abstract <i>Monika Brühahn, Katrin Schiffer</i>	99
Protokoll <i>Achim Weber</i>	100
W4 Setting: Stationäre Einrichtung (Entzug, Therapie, Wohnen)	
Abstract <i>Dane Aubel</i>	104
Abstract <i>Liane Hyttrowski, Tanja Boecker, Anabela Dias de Oliveira</i>	105
Abstract <i>Christian Thomes</i>	110
Protokoll <i>Anabela Dias de Oliveira</i>	112
W5 Setting: Gefängnis	
Protokoll <i>Jens Carstensen</i>	115
W6 Bedürfnisse und Perspektiven chronisch HCV-infizierter Drogengebraucher – was kann die psychosoziale Versorgung anbieten?	
Abstract <i>Kristine Leicht</i>	123
Abstract <i>Elke Rasche</i>	124
Abstract <i>Sabine von Wegerer</i>	125
Protokoll <i>Ulrike Dieckmann</i>	127
W7 Hepatitis C und Drogen: Beispiel Kanada Interdisziplinäre Forschung zu HCV und Aus- und Weiterbildung: was wird gebraucht? Hepatitis C, illegale Drogen und marginalisierte Populationen in Kanada: Ein kurzer Überblick zu Epidemiologie, Prävention, und Behandlung	
Vortrag mit Diskussion <i>Benedikt Fischer, Robert Remis, Emma Haydon</i>	131
Protokoll <i>Heike Werner, Christine Schulze</i>	145
Programm 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004	147
Referenten und Moderatoren	151
Pressespiegel	154
Wichtige Websites	159
Unterstützer	160
Veranstalter	161
Aktionsbündnis Hepatitis C	162

Vorwort

Mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) sind in Deutschland etwa eine halbe Million Menschen infiziert. Jährlich treten ungefähr 5.000 Neuinfektionen auf, davon mehr als die Hälfte in der Gruppe der DrogenkonsumentInnen.

Damit ist HCV zu einer Infektion und Erkrankung vor allem von DrogengebraucherInnen geworden.

Die Situation intravenös drogengebrauchender Menschen ist derzeit gekennzeichnet durch eine immens hohe Hepatitis C Prävalenz (bis zu 90%), eine geringe Behandlungsquote (lediglich 3-4 % der behandlungsbedürftigen HCV infizierten Drogengebraucher werden behandelt) sowie durch unzureichende Informationen zur Thematik bei allen Beteiligten (MitarbeiterInnen in Aids- und Drogenhilfen, Medizern und auch Betroffenen).

Um dieses bisher vernachlässigte Thema »Hepatitis C bei Drogengebrauchern« in den Fokus zu rücken und eine interdisziplinäre und setting-bezogene Diskussion anzulegen schlossen sich der Bundesverband akzept e.V. die Deutsche AIDS Hilfe e.V. und der LaBAS e.V. zusammen, um den **1. Internationalen Fachtag Hepatitis C Berlin 2004** am 24 und 25 Mai 2004 in Berlin zu veranstalten.

Ziel des 1. Internationalen Fachtages Hepatitis C war, die Bedeutung der HCV-Infektion für die Gruppe der DrogenkonsumentInnen und für das Gesundheitswesen insgesamt heraus zu arbeiten. Es fehlen bisher übergreifende Konzepte zur Aufklärung der Gesamtbevölkerung, der Hauptbetroffenen, zur psychosozialen Versorgung chronisch Infizierter.

Es reicht nach Einschätzung der Veranstalter nicht mehr aus, die Diskussion über Präventionsstrategien, die psychosoziale Versorgung und medizinische Behandlung von HCV-Infizierten als »Huckepackstrategie« von HIV/AIDS mitzudiskutieren.

Vor dem Hintergrund dass sich der HC Virus lange Zeit quasi im Schatten von HIV/AIDS besonders in der Gruppe der iv Drogen Gebrauchenden verbreiten konnte, galt es im Rahmen dieser Fachveranstaltung Grundlagen für eine eigenständige nationale Hepatitis C-Strategie zu erarbeiten.

Bedingt durch die hohe HCV Prävalenz bei DrogengebraucherInnen fokussierten sich die bisher unzureichenden Bemühungen folglich auf die Behandlung dieser Gruppe. Vom Fachtag galt es einen dringenden Handlungsbedarf für die Primärprävention zu signalisieren und die setting-bezogen (niedrigschwellig, ambulant, stationär, psychosozial, Gefängnis) zielgruppenspezifische und lebensweltorientierte Präventionsstrategien von HCV Infektionen zu erarbeiten. Ausgehend davon, dass in den kommenden Jahren mit steigenden Zahlen erkrankter HCV-Positiver (Leberzirrhose, Leberkarzinom etc.) zu rechnen ist, muss man sich auf steigenden Bedarf im professionellen Hilfesystem einstellen. Die Selbsthilfe muss ebenfalls gestärkt werden.

Die Veranstalter verstanden den Fachtag darüber hinaus als Startschuss einer mittel-

fristig angelegten **Aktionsreihe**, die die Expertise unterschiedlicher Multiplikatoren zusammenfasst um die Verantwortlichen in allen Bereichen (Politik, AIDS- und Drogenhilfe, Selbsthilfe, Medizin) auf ihre Verantwortung hinzuweisen. Dies mit der Zielstellung Veränderungen in Epidemiologie, Prävention, Therapie zu initiieren.

Im **Programm** der Fachtagung wurden folgende Themenschwerpunkte gesetzt:

Epidemiologie: Wie ist die Datenlage? Wie weit verbreitet ist HCV, welche Trends lassen sich ablesen?

Therapie: Welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen, und welche Voraussetzungen sind dazu auf Seiten der Betroffenen und der Mediziner erforderlich?

Prävention: Welche wirksamen Präventionsstrategien kennen wir, welche sind in der Praxis umgesetzt worden? Welche settings (Kontaktarbeit, Beratungs- und Betreuungsarbeit, stationäre Therapie, Gefängnis) können wie zu einer Eindämmung der Infektion beitragen?

Versorgung: Welche Bedürfnisse, welche Grenzen und Möglichkeiten einer psycho-sozialen Versorgung dieser Problemgruppe lassen sich ausmachen. Welche besonderen Problemlagen von HIV/AIDS + HCV-infizierten Menschen ergeben sich.

Patientenberatung: Welche Möglichkeiten haben wir, die Betroffenen zu unterstützen?

Der Veranstaltungsablauf wurde gegliedert in

a) einen Block medizinischer Basisinformationen.

Dazu gehörten ein Überblick über die verschiedenen Hepatitis Viren und deren Übertragungswege, das Thema Koinfektion und die Möglichkeiten alternativer Heilmethoden mittels Phytopeutika.

b) Vorträge zu Epidemiologie, Therapie und Prävention und psychosozialer Versorgung in Deutschland sowie zu innovativen Präventions-Ideen aus den Niederlanden und der Schweiz und Ideen zur psychosozialen Versorgung in Österreich .

c) Fünf setting-bezogene und zwei grundsätzliche Workshops.

Zielgruppen des Fachtages waren MitarbeiterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen (niedrig- und höherschwelliger Bereich, Ambulante Hilfen, Wohnprojekte) und AIDS-Hilfen, Selbsthilfegruppen, die Partydrogenszene, Drogengebraucher behandelnde Ärzte, ebenso wie Vertreter von Fachverwaltungen und Politik auf kommunaler, Länder- und Bundesebene.

Als **Resumée** ergibt sich angesichts der hohen Frequentierung dieser Veranstaltung und darüber hinausgehender Nachfragen, dass die Veranstalter mit der Thematik »Hepatitis und Drogengebrauch« einen aktuellen Bedarf hinsichtlich Informationsvermittlung und Fortbildung aufgegriffen haben.

Der methodisch / thematische Ablauf der Veranstaltung mit Referaten zu medizinischen und sozialwissenschaftlichen Themen als auch die Erarbeitung setting bezogener Präventionsstrategien im Rahmen von Arbeitsgruppen wurde von den Teilnehmenden angenommen und in den Feedback-Bögen als positiv bewertet.

Vom 1. Internationalen Fachtag »Hepatitis C und Drogengebrauch« in Berlin ist somit ein wichtiger Impuls für eine intensivere und detailliertere Auseinandersetzung ausgegangen.

Deutlich wurde, dass alle Disziplinen die im Kontext von Drogengebrauch beschäftigt sind Wissensdefizite im Bezug auf Hepatitiden aufweisen. Dies sowohl hinsichtlich der Einschätzung der Krankheitsschwere, der Behandlungsmöglichkeiten als auch im Bezug auf die Entwicklung von praxisrelevanten und Präventionsstrategien.

Im Nachgang des Fachtags werden die Veranstalter praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen für MitarbeiterInnen unterschiedlicher Bereiche (niedrigschwellig, ambulant, stationär) anbieten.

Ein weiteres Ergebnis der Veranstaltung ist, das die Datenlage zur Prävalenz und Inzidenz von Hepatitis C Infektionen bei Drogengebern völlig unzureichend ist.

Parallel hierzu wurde deutlich, dass es an einer nationalen Strategie fehlt, wie sie zum Beispiel bei HIV/AIDS seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert wird. Ferner muss ein Prozess in Gang gesetzt werden, der die Verantwortlichen in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitspolitik sich ihrer Verantwortung bewusst werden und ihren Teil dazu beitragen lässt die Bereiche Epidemiologie und Strategiefindung prominenter zu besetzen.

Die Veranstalter als Fachleute der Aids- und Drogenarbeit haben mit der Gründung eines »Aktionsbündnisses Hepatitis C« ein Signal des Aufbruchs gesetzt.

Dieses Aktionsbündnis, das momentan aus den Veranstaltern des Fachtages, dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V., der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin und JES e.V. besteht und perspektivisch erweitert werden wird, hat zum Ziel in der Öffentlichkeit gegenüber Gesundheitspolitikern mit Nachdruck auf die Notwendigkeit einer zentralen und konsistenten Präventions- und Behandlungsstrategie in Bezug auf Hepatitis C aufmerksam zu machen und zu beobachtende Tendenzen eines »Präventionspessimismus« (*»was soll noch getan werden, es sind ja eh' alle DrogenkonsumentInnen infiziert«*) entgegenzuwirken.

Hierbei gilt von den Strategien und Methoden der HIV Prävention zu lernen aber gleichsam das Thema Hepatitis eigenständig zu behandeln und die zur Prophylaxe von Infektionen erforderlichen komplexeren bzw. erweiterten Botschaften in die Zielgruppen zu tragen.

Von den Strukturen und Methoden der HIV Prävention lernen meint, die dort praktizierte strukturelle Prävention mit ihren Eckpunkten

- Einheit von Verhaltens und Verhältnisprävention
- Einbeziehung und Förderung von Selbsthilfe
- Praktizieren einer lebensweltnahen und zielgruppenspezifischen Prävention
- Einheit von Primär- und Sekundärprävention

auf das Thema HCV umzusetzen.

Neben dem Bereich der Prävention und Epidemiologie gilt es die Behandlungsbereitschaft bei Medizinern zu erhöhen. Hierbei müssen Fehlinformationen und Vorurteile (Substitution und Drogengebrauch als Kontraindikation, Drogengebraucher haben eine zu schlechte Compliance) die die Zugänge für Drogengebraucher zur Interferonbehandlung versperren, durch Fortbildung verändert werden.

Die Fachtagung hat gezeigt, dass insbesondere MitarbeiterInnen des niedrigschwelligen Bereichs in Aids- und Drogenhilfen die Bereitschaft signalisieren, sich offensiv der

Thematik Hepatitiden anzunehmen, ihren individuellen Kenntnisstand zu verbessern und schließlich die Prävention und Behandlung von Hepatitiden als Basissegment in die jeweilige Angebotspalette vor Ort zu integrieren.

Die zahlenmäßig weitaus geringere Teilnahme von Einrichtungen des ambulanten oder stationären Behandlungsbereichs ist Indiz dafür, dass das Thema Hepatitis dort ebenfalls noch nicht in dem Maße angekommen ist, wie es aufgrund der Prävalenz der Infektionen erforderlich wäre. Eine erfolgreich strukturelle Prävention zum Thema Hepatitis kann aber nur realisiert werden, wenn kommunal, landesweit und bundesweit Netzwerke unter Miteinbeziehung aller Ebenen der Drogenarbeit geschaffen werden die die Bildung von Qualitätszirkeln befördern.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass es mit dieser Veranstaltung gelungen ist dem Thema Hepatitis eine größere Bedeutung für die Gruppe der DrogenkonsumentInnen und für das Gesundheitswesen zukommen zu lassen und die Teilnehmenden für die Thematik zu sensibilisieren.

Mit dem 1. Internationalen Fachtag Hepatitis C Berlin 2004 ist ein erfolgreicher Auftakt für die Bewusstseins-schärfung und Netzwerk begründung zum Thema Hepatitis C bei Drogengebern gelungen. Diese beiden wesentlichen Ergebnisse des Fachtages ermutigen zur Fortsetzung des Austausches über Politik und Praxis von Prävention und Behandlung. Dass dies international organisiert werden muss zeigten die Ausführungen der Referenten aus dem Ausland (Kanada, Niederlande, Österreich, Schweiz).

Berlin, September 2004

akzept e.V.

Dr. Heino Stöver

DAH e.V.

Dirk Schäffer

LaBAS e.V.

Astrid Leicht



Hepatitis Infektionen bei Drogenkonsumenten – Herausforderung für die Drogenhilfe

Grußwort zum 1. Internationalen Fachtag Hepatitis C am 24./25. Mai 2004 in Berlin

Dr. Ingo Ilja Michels

Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Marion Caspers-Merck

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich, heute diese erste größere Fachtagung zur Thematik der Prävention und Behandlung von Hepatitisinfektionen und -erkrankungen bei Drogenkonsumenten mit eröffnen zu können. Ich darf dies auch gern im Namen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, tun, die die Schirmherrschaft über den Fachtag übernommen hat. Mich beschäftigt diese Thematik in der Tat schon seit langer Zeit.

Ich kann mich gut erinnern – in meiner damaligen Funktion als Referent der Deutschen AIDS-Hilfe –, dass ich auf einer internationalen Konferenz zur Reduzierung drogenbedingter Schäden im März 1992 in Melbourne in Australien zum ersten Mal damit konfrontiert wurde, dass in Australien die Thematik der sogenannten »blood-borne infections« sehr viel breiter diskutiert wurde als nur auf HIV begrenzt. Man befasste sich schon damals mit der Hepatitis-Problematik und es ist insofern nicht verwunderlich, dass in Australien schon seit einigen Jahren eine nationale Strategie entwickelt worden ist, wie man dieser Infektionskrankheit unter Drogenkonsumenten Herr werden könnte.

In Deutschland hingegen wurde diese Problematik vernachlässigt, es herrschte die Annahme vor, mit einer effektiven Strategie zur Vermeidung von HIV und AIDS ließe sich auch Hepatitis vermeiden.

Erst Jahre später – im Grunde genommen erst seit Ende der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts – begann langsam die Bewusstwerdung, dass diese sogenannte »Huckepack-Strategie nicht aufgegangen war. Während auf der einen Seite deutlich wurde, dass die HIV-Epidemie gestoppt werden konnte und die Neuinfektionen unter Drogenkonsumenten drastisch abnahmen und die Prävalenz unter 5% gedrückt werden konnte, zeichnete sich bei Hepatitis ein ganz anderes Bild- Hepatitisinfektionen nahmen drastisch zu und in manchen Untersuchungskollektiven langjähriger Opiatkonsumenten wurde Prävalenzraten von über 80% gefunden.

Diese hohen Prävalenzwerte führten aber – anders als bei HIV – nicht zu einem deutlichen Problembewusstsein. Das hat auch damit etwas zu tun, weil es sich um grund-

sätzlich andere Ausgangssituationen handelte. Bei HIV und AIDS gab es zunächst erhebliche Panikreaktionen. Die Diagnose war gleichbedeutend mit einem Todesurteil. Es gab erhebliche öffentliche Debatten um diese Infektionserkrankung und große Ängste, dass das Virus den »Sprung in die Allgemeinbevölkerung« schaffe. Es gab auch eine zugespitzte gesellschaftliche Diskussion über die notwendige Reaktion: Modelle von umfassender Aufklärung standen Ausgrenzungsstrategien gegenüber. Und die Aufklärungsstrategien setzten sich durch. Im Drogenbereich führte dies zu einem Durchbruch niedrigschwelliger Hilfen – wie Spritzenvergabe und Substitutionsbehandlungen bis hin zur Einführung von Drogenkonsumräumen. Die angewendeten Strategien zeigten sich auch im Drogenbereich als erfolgreich.

In der Hepatitis-Epidemie war dies anders. Die Hepatitis war in der Drogenszene ohnehin verbreitet, aber wurde nicht ernst genommen, weil ihre Folgen auch nicht als gravierend wahrgenommen wurden. Bei HIV/AIDS hatten sich die Behandlungsmethoden wesentlich verbessert, es begann, eine chronische Erkrankung zu werden mit langjährigen Überlebenschancen. Hepatitis wurde in diesem Fahrwasser unterschätzt.

Andererseits wurde Hepatitis im Rahmen verschiedenen europäischer Aktivitäten zur Drogenkontrolle und zur Reduzierung von Folgeschäden des Drogenkonsums zunehmend thematisiert. Der »Europäische Aktionsplan Drogen 2000 – 2004« hatte als eine wesentliche Kernzielsetzung die *erhebliche* Reduzierung drogenbedingter Infektionserkrankungen. In der Empfehlung des Europäischen Rates »zur Prävention und Reduzierung von Risiken im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit« vom Oktober 2002 wird der Verhinderung bzw. Behandlung von Hepatitis-Infektionen großer Stellenwert eingeräumt und die Mitgliedsstaaten werden aufgefordert, hier entsprechende Anstrengungen zu unternehmen. Auch die Resolution der Commission on Narcotic Drugs – dem beschlussfassenden Gremium der Vereinten Nationen zur Drogenproblematik – vom März dieses Jahres »Strengthening strategies regarding the prevention of HIV/AIDS in the context of drug abuse« widmet sich harm reduction orientierten Maßnahmen zur Verhütung von Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit Drogenkonsum.

In all diesen Strategien wird zunächst die Frage der besseren Erreichbarkeit der Zielgruppe – durch Straßensozialarbeit und niedrigschwellige Kontakthilfen – thematisiert. Und es wird auch die Zugänglichmachung von Behandlungsmöglichkeiten gefordert.

Im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung habe ich mich seit 2001 bemüht, die verschiedenen zuständigen Fachressorts an einen Tisch zu bringen, um die Umsetzung der Anliegen des Infektionsschutzgesetzes zur Hepatitisprävention zu verbessern. Im September 2003 ist es deshalb in enger Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut in Berlin zur Durchführung eines Expertengesprächs gekommen, um einerseits eine epidemiologische Bestandsaufnahme zu machen und das vorhandene Wissen im Bereich der Prävention und Behandlung zusammenzutragen. Es gab im Vorfeld eine große Bereitschaft zur Unterstützung dieses Expertengesprächs, das vor allem auch zur Aufgabe hatte, die verschiedenen fachwissenschaftlichen Disziplinen von der Epidemiologie, der Drogenhilfe und der Medizin zusammenzubringen.

Die heutige Tagung ist eine Fortsetzung dieses Dialogs in größerem Umfang und unter Einbeziehung von Erfahrungen aus der Schweiz, Österreichs und den Niederlanden.

Was sind die Erwartungen an die Fachtagung?

- Man sollte Strategien überlegen, um notwendige Präventionsbotschaften in den unterschiedlich betroffenen Drogenszenen zu verankern; nationale Kampagnen sind aber nur mit vorhandenen – eingeschränkten – Ressourcen umsetzbar; aber es geht;
- In der Prävention ist noch vieles zu erreichen, denn nach vorliegenden Studien ist die Infektionsrate mit Hepatitis C doch geringer als angenommen, sodass sich »Prävention lohnt« für mindestens 40 % von Drogenabhängigen!
- Bei jungen Einsteigern in die intravenös konsumierende Szene – z.B. jugendlichen Aussiedler – ist es dringend geboten, Maßnahmen zur Risikominimierung zu propagieren, Hygieneempfehlungen unbedingt auch versteh- und anwendbar werden zu lassen;
- Niedrigschwellige Einrichtungen können ihr Bewusstsein über Infektionsrisiken deutlich verbessern;
- Durch verstärkte Impfungen gegen Hepatitis A und B können die Infektionsraten hier deutlich gesenkt werden und Doppelinfektionen vermieden werden;
- Insbesondere Substitutionsbehandlungen sollten genutzt werden für Impfkationen;
- Die Behandlung einer Hepatitis-C-Infektion ist möglich, aber sie ist nicht in jedem Fall notwendig; dennoch müsste die Anzahl von Behandlungen ausgeweitet werden, da von den behandlungsbedürftigen 10.000 bis 20.000 Drogenabhängigen nur ein kleiner Teil von unter 1.000 behandelt wird;
- Die Vernetzung von medizinischem und psychosozialen Wissen ist notwendig und die Ermutigung durch diese Konferenz sollte Anlass sein, sie auf lokaler Ebene fortzusetzen;
- Die Einbeziehung der vorhandenen Selbsthilferessourcen, z.B. der verschiedenen Leberhilfe-Gruppen, ist wertvoll und die Tagung ein erster Beginn, vorhandene Berührungspunkte der unterschiedlichen betroffenen Gruppen abzubauen;
- Die Einbeziehung des »Kompetenznetzwerk Hepatitis« ist deutlich zu verstärken und die vorhandenen Wissensressourcen können besser genutzt werden;
- Der stationäre Bereich der Sichtkrankenhilfe muss noch stärker in Maßnahmen der Prävention und Behandlung einbezogen werden;
- Das Gefängnissetting ist ein besonderer Risiko-Ort, der nach wie vor stark vernachlässigt wird.

Es liegen also eine Reihe von Handlungsaufgaben vor uns, aber ich bin zuversichtlich, dass die heutige Tagung ein weiterer Anlass ist, das politische Bewusstsein für Handlungsbedarfe zu schärfen und die vorhandenen Impulse der Kooperation von betroffenen Akteuren zu stärken.

Hepatitis A, B, D, E – Bedeutung für Menschen mit chronischer Hepatitis C

Dr. Gerd Klausen

Praxiszentrum Kaiserdamm, Berlin

Menschen die unter einer chronischen Infektion mit dem Hepatitis C-Virus (HCV) leiden wird empfohlen, ihre Leber vor weiteren schädigenden Faktoren zu schützen. Dazu gehört neben dem Verzicht auf größere Mengen Alkohol und der Meidung leberschädlicher Medikamente auch die Vermeidung einer Infektion mit weiteren Hepatitis-Viren.

Eine wesentliche Rolle spielt hierbei die Impfung gegen Hepatitis A und B.

Die Hepatitis B Impfung ist von der »Ständigen Impfkommission« des Robert-Koch-Institutes (STIKO) für alle Risikopersonen empfohlen. Hierzu gehören u.a. i.v.-Drogen Gebrauchende. Eine bestehende chronische HCV-Infektion ist eine zusätzliche Indikation zur Impfung gegen Hepatitis B und in diesem Fall ist auch die Impfung gegen Hepatitis A empfohlen.

Die Impfung mit dem Kombinationsimpfstoff besteht aus 3 Injektionen im Zeitraum von 6 Monaten und der anschließenden Kontrolle des Impferfolgs mittels einer Blutuntersuchung. Gegen andere Hepatitis-Viren kann bislang leider nicht geimpft werden.

In der folgenden Tabelle sind einige Merkmale und Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Virushepatitis zusammengefasst.

Hepatitis	A	B	C	D	E
Übertragung	fäkal-oral	Blutkontakt Sperma / Vaginalsekret	Blutkontakt	Blutkontakt Sperma / Vaginalsekret	fäkal-oral
Risiko	verschmutztes Wasser / Sex (v.a. anal-oral)	Sex Blutprodukte IVDU	Blutprodukte IVDU (Sex)	Sex Blutprodukte IVDU	verschmutztes Wasser / Sex (v.a. anal-oral)
Chronische Verläufe?	nein	ja	ja	ja (nur zusammen mit chron. Hepatitis B)	nein
Prävention	Hygiene Safer Sex IMPfung	Safer Sex Safer Use IMPfung	Safer Sex Safer Use	Safer Sex Safer Use	Hygiene Safer Sex

Die neben der Hepatitis C bedeutsamste Form der Virushepatitis ist die Infektion mit dem Hepatitis B-Virus (HBV) da nur diese beiden Viren (HBV und HCV) eine chronische Form der Hepatitis verursachen. Hepatitis A und E verursachen dagegen lediglich vorübergehende (manchmal jedoch sehr heftige) Entzündungen der Leber. Chronische Verlaufsformen kommen hier nicht vor. Eine Sonderform ist die Hepatitis D-Virus (HDV)-Infektion, die nur zusammen mit einer chronischen Hepatitis B auftritt. Dabei kann die Infektion mit beiden Viren gleichzeitig erfolgen oder HDV kann sich auf eine schon bestehende chronische HBV-Infektion aufpfropfen.

Auch zwischen den beiden Viren, die am häufigsten chronische Hepatitiden auslösen, nämlich HBV und HCV gibt es einige wesentliche Unterschiede:

Während HCV nur selten zu einer heftigen akuten Hepatitis mit deutlichem Anstieg der Leberwerte und entsprechenden Beschwerden des Patienten wie Leberschmerzen und Gelbverfärbung der Haut (»Gelbsucht«) führt ist dies bei der akuten Infektion mit HBV häufig der Fall. Dagegen führt der Kontakt mit HCV deutlich häufiger zu einer chronischen Hepatitis als der mit HBV. Während eine akute HBV-Infektion in über 80 % der Fälle ausheilt und danach ein lebenslanger Schutz vor HBV besteht (»Immunität«), führen Infektionen mit HCV in 60-80 % zu einer chronischen Infektion. Und im Gegensatz zu HBV führt eine durchgemachte HCV-Infektion auch nicht zum Schutz vor einer erneuten Infektion mit HCV. So ist die hohe Durchseuchung mit Hepatitis C bei i.v.-Drogenkonsumenten zu erklären, da diese oft wiederholt mit dem hoch ansteckenden HCV in Kontakt kommen.

Spätfolge einer langjährigen chronischen HBV-Infektion kann, wie auch bei auch bei HCV, die Vernarbung der Leber (Leberzirrhose) sein. Zusätzlich ist Risiko der Entstehung von Leberkrebs bei chronischer Hepatitis und v.a. bei schon bestehender Leberzirrhose deutlich erhöht.

Glücklicherweise erleidet nur ein kleiner Teil der Menschen mit chronischer HBV- oder HCV-Infektion diese dramatischen Folgen, da es bei beiden Formen der chronischen Hepatitis sehr unterschiedlich schwerwiegende Verlaufsfolgen gibt.

Aufgabe des behandelnden Arztes ist es, abzuschätzen wie groß das individuelle Risiko von schwerwiegenden Folgen der chronischen Hepatitis ist. Hierzu ist es manchmal notwendig, zusätzlich zur Labor- und Ultraschalluntersuchung eine Leberbiopsie durchzuführen, um Lebergewebe feingeweblich unter dem Mikroskop zu untersuchen.

Zur Behandlung einer chronischen HBV-Infektion stehen verschiedene Therapien zur Verfügung. Während das primäre Ziel der Behandlung der HCV-Infektion die Ausheilung der Infektion ist, was in ca. 50 % der Fälle erreicht wird, kann die chronische HBV-Infektion in der Regel nicht geheilt werden. Ziel der HBV-Therapie ist es daher, die Infektion unter Kontrolle zu halten, indem die Virusvermehrung reduziert wird und somit das Fortschreiten der Leberschädigung zu verhindern.

Als Therapie der chronischen HBV-Infektion stehen derzeit entweder dauerhaft als Tabletten einzunehmende Medikamente (Zeffix® und Hepsera®) oder eine 6-monatige Interferontherapie zur Verfügung. Leider sind die modernen, pegylierten Interferone bislang nicht zur HBV-Therapie zugelassen, so dass hier noch die traditionellen Interferone, die mehrmals pro Woche gespritzt werden müssen eingesetzt werden.

Die Wahl der Behandlung der chronischen HBV-Infektion ist individuell zu entscheiden und hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie Höhe der Viruslast, genetischen Faktoren des HBV-Virus, Begleiterkrankungen u. v. m. Diese Entscheidung sollte von einem mit der HBV-Behandlung vertrauten Arzt in Absprache mit dem Patienten getroffen werden.

Hepatitis und HIV-Koinfektion

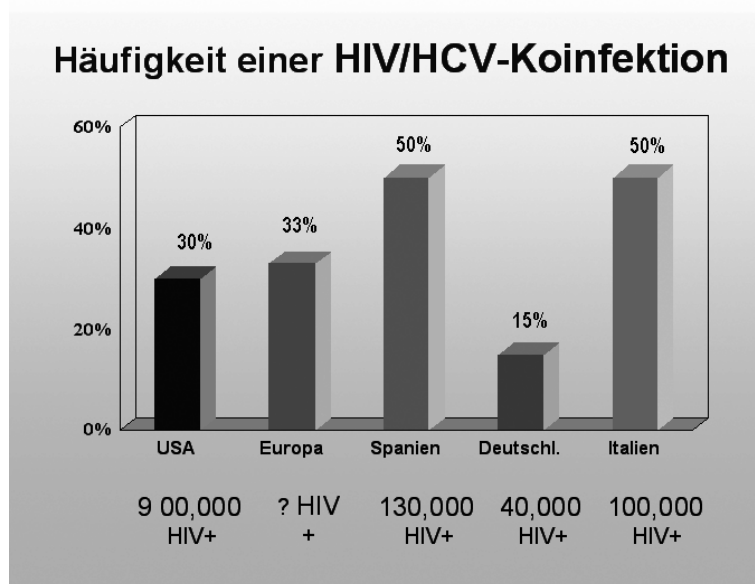
Auszüge aus dem Power Point Vortrag von
Dr. Jörg Claus
 Dipl.-Psych., Facharzt für Allgemeinmedizin, Berlin

Epidemiologie von HIV und HCV

- HIV und HCV werden beide über Blut und Blutprodukte übertragen.
- Hohe Rate von Doppelinfektionen bei Personen mit häufigen Blut-Blut-Kontakten
- Bei Hämophilen, die Anfang der 80er Jahre mit Blutprodukten behandelt wurden, sind 50 % HIV und 90 % HCV-seropositiv.

Natürlicher Verlauf der Hepatitis C

- 60 bis 85 % aller HCV-infizierten Personen entwickeln eine chronische Infektion.
- Anteil der Personen mit chronischer Hepatitis C, die eine Zirrrose 20 Jahre nach initialer Infektion entwickeln, variiert stark von 2 bis 4 % in Studien bei jungen Kindern und jungen Frauen und bis zu 20-30 % bei transfundierten Erwachsenen mittleren Alters.



Prävalenz der HCV-Infektion bei HIV-seropositiven Individuen

IVDG	- 50-90 %
Hämophile	- 60-90 %
Homosexuelle	- 4-10 %
Neugeborene koinfizierter Mütter	- 8-30 %

HIV/HCV-Koinfektion: Epidemiologie

- Zunahme der sexuellen Transmission von HCV bei HIV-koinfizierten Patienten auf bis zu 3 %
- Anstieg der vertikalen Transmission von HCV bei HIV-Koinfektion auf bis zu 10-30 % insbesondere bei progredienter Immundefizienz

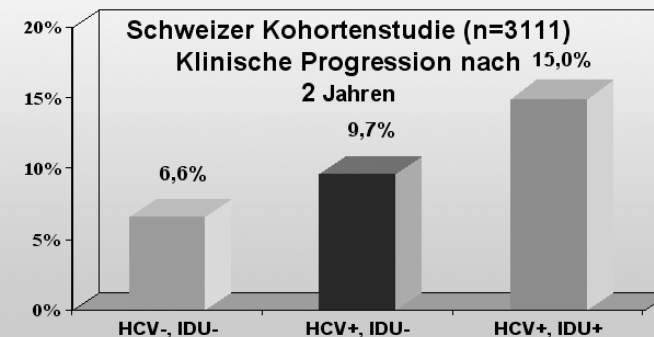
Nelson K et al., Clinical and Diagnostic Laboratory immunology 2001; 8: 867-870

Craib KJP et al., 8th CROI, Chicago 2001; #561

Zanetti AR, et al., Lancet 1995; 345:289-291

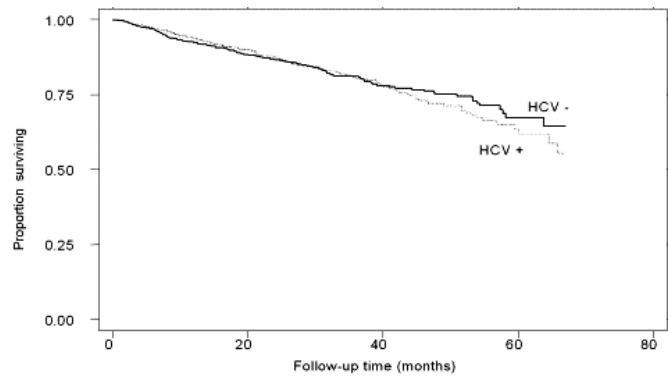
Brown R, et al., 6th Int. Congress on rug Therapy in HIV-Infection 2002, Glasgow; P283

HCV beschleunigt die klinische Progression von HIV



Greub G. Lancet, 2000

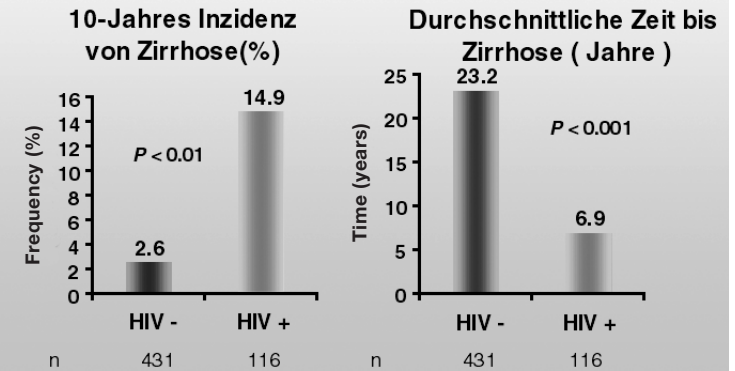
Hepatitis C und Progression der HIV-Erkrankung:
(n=1955) John Hopkins HIV observational cohort



Warum zuerst Hepatitis C-Behandlung bei HIV koinfizierten Patienten?

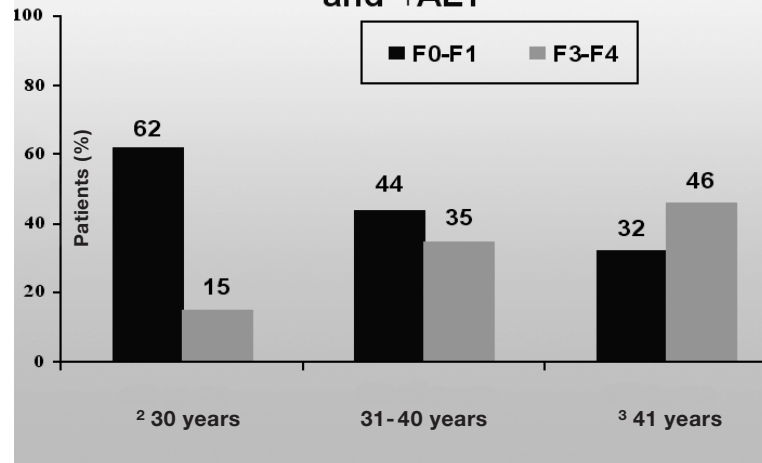
- Beschleunigte Progression zu Leberzirrhose
~ (50% F3-F4 durchschnittlich nach 25 Jahren HCV-Infektion)
- Höheres Risiko von Hepatotoxizität durch ARV-Drogen
– 12–15% (HCV-pos) versus 5–7% (HCV-neg)

Effekt von HIV auf Progression zur
Zirrhose bei HCV-Infizierten

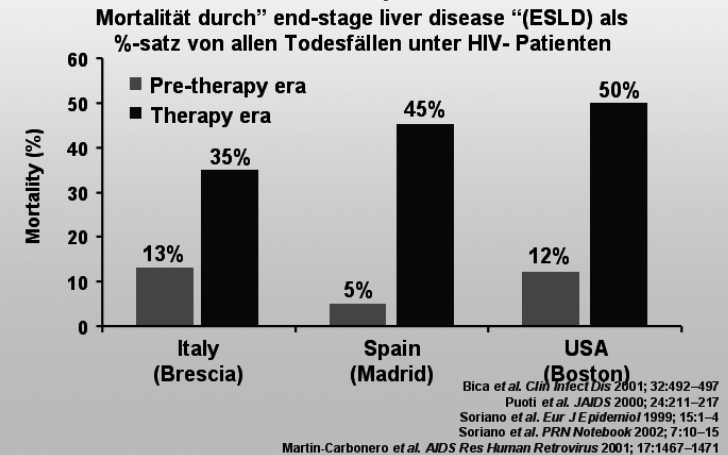


Soto et al. J Hepatol 1997;26:1-5

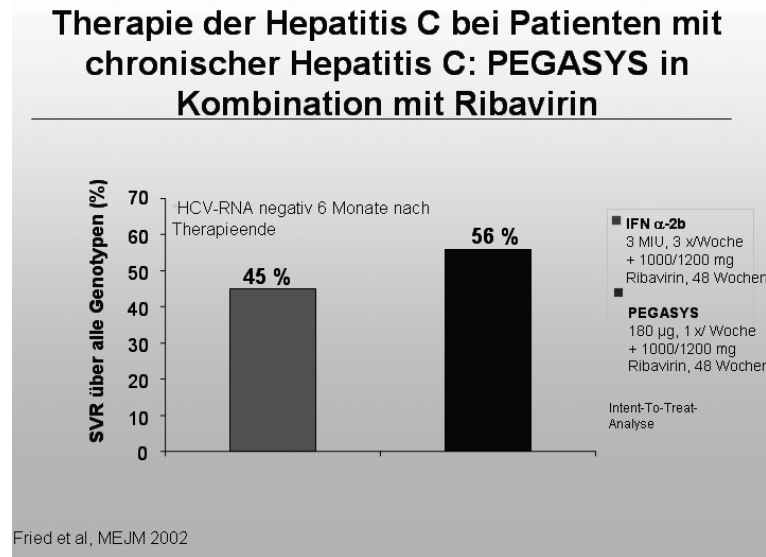
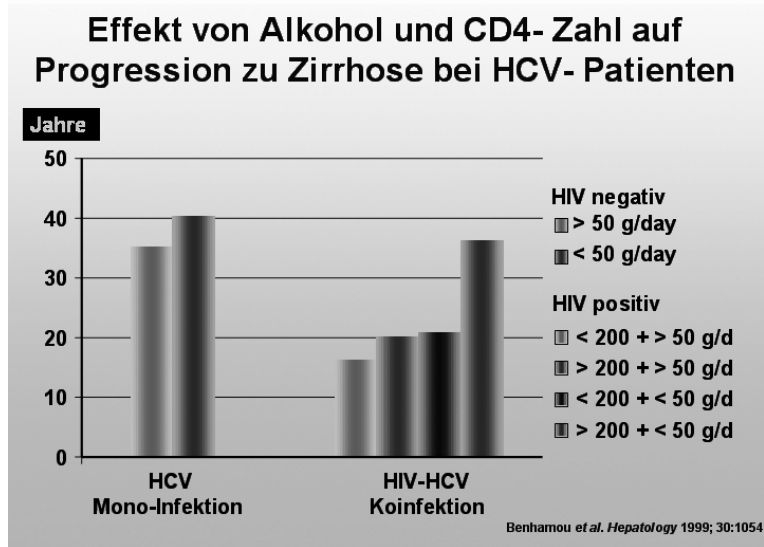
European Collaborative Study
914 HIV+ patients with chronic hep C
and ↑ALT



Lebererkrankung als Haupttodesursache in
der Ära von potenter antiretroviraler
Therapie



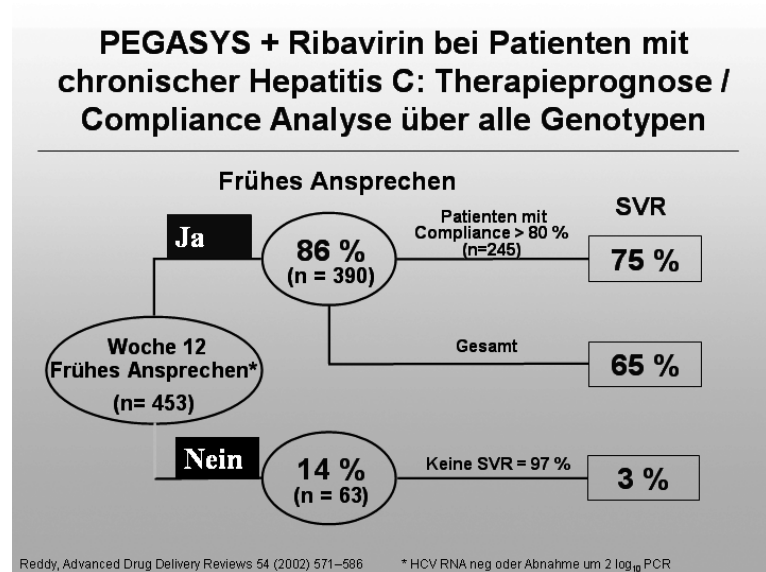
Bica et al. Clin Infect Dis 2001; 32:492-497
Puoti et al. JAIDS 2000; 24:211-217
Soriano et al. Eur J Epidemiol 1999; 15:1-4
Soriano et al. PRN Notebook 2002; 7:10-15
Martin-Carbonero et al. AIDS Res Human Retrovirus 2001; 17:1467-1471



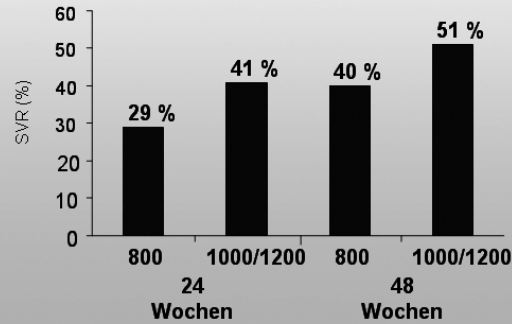
Hepatotoxizität unter ART

Autor	N	ART	HCV	CD4	Rate	Prädiktoren
Rodríguez ¹	132	PI-basiert	62 %	324	11 %	HCV, Alk.
Sulkowski ²	211	PI-basiert	51 %	109	12 %	HCV, CD4
Saves ³	1249	2 NRTIs	44 %	234	6 %	HCV, HBV
den Brinker ⁴	394	PI-basiert	22 %	150	18 %	HCV, HBV
Martínez ⁵	610	NVP-basiert	51 %	279	9,7 %	HCV, ALT
Núñez ⁶	222	ART	40 %	337	9 %	HCV, Alter, Alk.

- Rodríguez-Rosado et al. AIDS 1998;12:1256.
- Sulkowski et al. JAMA 2000;283:74.
- Saves et al. AIDS 1999;13:F115.
- den Brinker et al. AIDS 2000;14:2895.
- Martínez et al. AIDS 2001;15:1261.
- Núñez et al. J AIDS 2001;27:426.

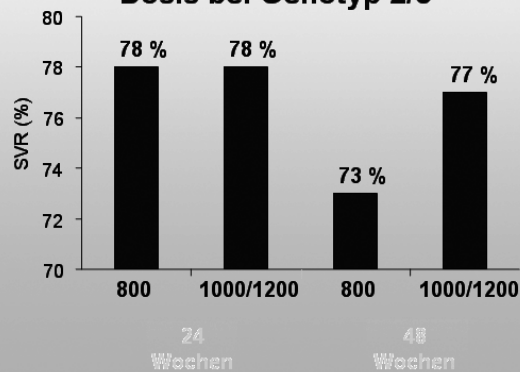


PEGASYS in Kombination mit Ribavirin bei Patienten mit chronischer Hepatitis C: SVR in Abhängigkeit von Therapiedauer und Ribavirin-Dosis bei Genotyp 1



Hadziyannis SJ et al., EASL, 2002, Madrid
Hoffmann-La Roche, data on file

PEGASYS in Kombination mit Ribavirin bei Patienten mit chronischer Hepatitis C: SVR in Abhängigkeit von Therapiedauer und Ribavirin-Dosis bei Genotyp 2/3



Hadziyannis SJ et al., EASL, 2002, Madrid

Behandlung gescheitert oder Zugang verwehrt? Alternativen in der Behandlung der chronischen Hepatitis C

Auszüge aus dem Power Point Vortrag von
Dr. med. Friedemann Schad
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (Berlin)
Abteilung für Gastroenterologie / Forschungsinstitut Havelhöhe

Warum Therapiealternativen?

- Erheblicher Bedarf aus der Praxis
- 75 % wollen und gebrauchen Naturheilkunde
- 60 % Krebspatienten nehmen Misteltherapie

Chronische HCV: Für wen und wozu eine Therapiealternative?

- Non-Responder, Patienten mit Relaps
- Abbruch der IFN-Therapie wegen UAW
- Kontraindikationen
- IFN-Verweigerer
- Aktive Suche nach alternativem Therapieansatz

Supportivtherapie / Lebensqualität

- Müdigkeit, Abgeschlagenheit
- Allgemeine Schwäche
- Antriebsarmut
- Depressivität
- Nachtschweiß
- Innere Unruhe etc.

Therapieziele

- Viruselimination
- Normalisierung der Transaminasen
- Hemmung der Leberfibrose (bindegewebige Umbau)
- Verbesserung der Lebensqualität
- Senkung der Zirrhoserate
- Senkung der HCC Prävalenz

Therapieverfahren

- Homöopathie
- Phytotherapie
- Chinesische Medizin

- Ayurvedische Medizin
- Anthroposophische Medizin

Phytotherapeutika I

- Phyllanthus amaris
- Artischocke (Cynara scolymus; Cynarin)
- Astragalus (Astragalus membranaceus)
- Hollunder (Sambucus nigra)
- Johanneskraut (Hypericum perforatum, Hypericin)
- Eberaute (Herba Abrotani) Knoblauch (Allium sativum)
- Löwenzahn (Taraxacum officinale)
- Schöllkraut (Chelidonium majus)
- Sonnenhut (Echinacea angustifolia)
- Abrotanum Tee
- Terminalis chebula, Terminalis belerica, Emblica officinalis, Picrorrhiza curruora, Tinospora cordifolia

Phytotherapeutika II

- Mariendistel (Cardus marianus®, Legalon®, Durasilymarin®, Silymarin®)
- Süßholz (Glycyrrhiza glabra)
- Misteltherapie
- Solanum lycopersicum L.
- Hepatodoron

Angenommene Wirkungen I

- Allgemein antiphlogistische Wirkung
- Fibrosehemmung
- Antivirale Effekte
- Hepatoprotektive Effekte: zytotoxische Schädigung und stabilisierend auf Leberlysosomen
- Immunstimulierende, immunmodulierende Wirkung; NK-Zellaktivierung
- Gallenabfluss fördern

Angenommene Wirkungen II

- Gegen Erschöpfungszustände, Energiemangel, Antriebsschwäche
- Erfrischung, Reinigung, Erneuerung
- Reinigende, entschlackende, entgiftende Wirkung
- Regeneration stärken

Mariendistel

(Cardus marianus®, Legalon®, Durasilymarin®, Silymarin®)

- Nachgewiesener Effekt bei alkoholinduzierter und toxischer Leberschädigung
- Senkung der Mortalität bei alkoholinduzierter Leberzirrhose
- Antifibrotischer Effekt

- membranstabilisierend, antioxidativ, Verbesserung der Entgiftung, Stimulation der Proteinsynthese

Glyzerrhizin

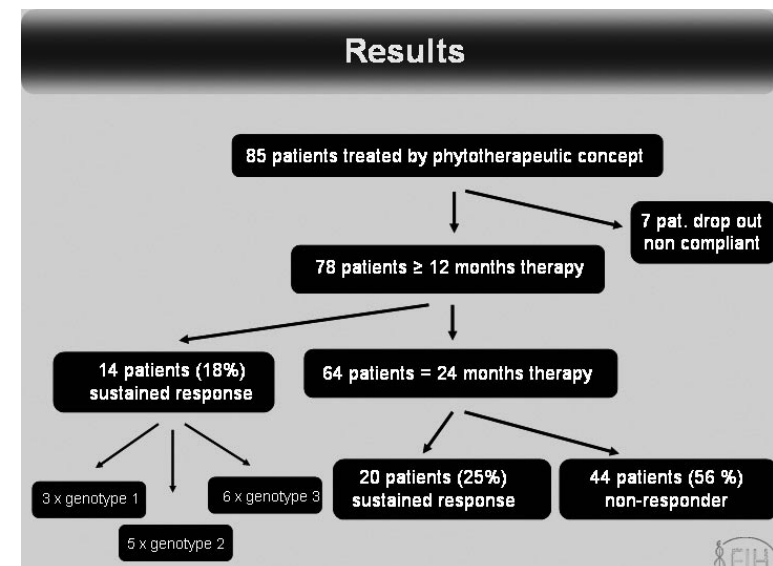
- Antientzündliche, immunmodulierende, zellprotektive Effekte
- Sehr gute Verträglichkeit (häufig Besserung von Abgeschlagenheit etc.)
- bei ca. 60 % der Patienten mit chronischer HCV Infektion Normalisierung oder Reduktion der Transaminasen um > 50 %
- Hinweise für Verhinderung von Leberkrebs bei HCV Zirrhose unter langfristiger Anwendung
- Hinweise für eine Verbesserung der Leberhistologie
- Kein Effekt auf die Viruslast

Misteltherapie / Solanum lycopersicum L.

Mistel = Viscum album L.: Halbschmarotzer auf Wirtsbäumen

- AbnobaVISCUM®, Helixor®, Iscador®, Iscucin®, Eurixor®, Vysorel®, Lectinol®
- Therapie:
 - AbnobaVISCUM aceris Stufe 6 – 5 – 4 (Mo - Di - Fr)
 - 1 Amp. Sc. Helixor M 5-20 mg 3 x wö 1 Amp sc.
- Solanum lycopersicum D4-6 1-4Tabl/die
- Hepatodoron
- Schafgarbenleberwickel

Results I



Results II

After 1 year

Responder	14 patients	18 %
Partial Responder	38 patients	49 %
Non-Responder	26 patients	33 %

After 2 years and 6 months follow up

Responder	34 patients	44 %
Partial Responder	22 patients	28 %
Non-Responder	22 patients	28 %

Partial Response = HCV-RNA-PCR reduced > 3 log or
ALT reduced more 1/3 of starting level

Fragebogeninventare zur Lebensqualität

Havelhöher Konstitutionsfragebogen 2.1 (HKF)

- Endogene Regulation (eR12 und eR22)
- Morgen-Abendtypologie
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A und D)
- Angst und Depression
- Selbstregulation (SR) nach Grossarth-Maticsek
- HLQ 2.5
- Körperliche Verfassung
- Vitalität
- Seelisches Verhalten
- Soziales Umfeld
- Persönlichkeitspräsenz

SF 36

• Angst und Depression gesamt nach HADS

Signifikant weniger depressive Verstimmung
Schwache Tendenz
weniger Ängstlichkeit

• Angst und Depression nach HADS bei

eR22 < 48
Signifikant weniger Angst und depressive Verstimmung
eR22 > 48
Nicht signifikant

• Selbstregulation (SR) bei

eR22 < 48
SR nach 6 Monaten *signifikant* angestiegen
eR22 > 48
Nicht signifikant

• LQ: Körperliche Verfassung und Vitalität bei Erkrankungsdauer – Dia 25

< 20 Jahre
Vitalität steigt *signifikant*
20 > Jahre
Nicht signifikant

• LQ: Seelisches Verhalten, Persönlichkeitspräsenz, soziales Umfeld bei Erkrankungsdauer

< 20 Jahre
Signifikant
20 > Jahre
Nicht signifikant

Ergebnisse Lebensqualität

- Erhöhung Selbstregulation (SR): von 0 – 6 Monate
- Reduktion von depressiver Verstimmung von 0 – 6 Monate
- Signifikante Verbesserung der Lebensqualität (außer körp. Verfassung)
- Vitalität
- Seelisches Verhalten
- Persönlichkeitspräsenz
- Soziales Umfeld

Die Therapie verbessert die Lebensqualität und die Selbstregulation

Methodische Bemerkung

- Pathogenetisches Konzept – Salutogenetisches Konzept
- Selbstregulation, Kohärenzkonzept, Selbstmanagement, Ordnungstherapien, Regulationsmedizin
- Krankheit ist die Verschiebung von physiologischen Vorgängen zum falschen Ort zur falschen Zeit
- Naturheilkunde heißt nicht immer wirksam
- Nicht untersucht heißt nicht unwirksam

Fazit

- Zahlreiche naturheilkundliche Therapieverfahren
- Unterschiedlich gut evaluiert; zum Teil gute Erfahrungsmedizin
- Keines ist so effektiv wie die IFN-Therapie
- Therapieziele beachten, Supportive Therapie und Lebensqualität
- Beispiele zur Behandlung der chronischen Hepatitis C dargestellt

Nicht gescheitert – Zugang sollte nicht verwehrt werden

Literatur zur Misteltherapie bei HCV

- Matthes H., Matthes B., Biesenthal S. (2000): Hepatitis C therapy with an aqueous mistletoe extract and lycopersicum esculentum. Gastroenterology 118, 4, Suppl. 2 Part 1 of 2.
- Matthes H., Schaf F., Matthes B., Biesenthal-Matthes S., Schenk G.: Outcome study on hepatitis C therapy with mistletoe (*Viscum album* L.; *Abnoba-viscum*) and *Solanum lycopersicum*. Abstract Digestive Disease Week (DDW)
- Tusenius K.J., Spoek J.M., Kramers C.W.: Iscador Qu for chronic hepatitis C: an exploratory study. Complementary Therapies in Medicine. 9:12 – 16 (2001)

- Huber R., Ludtke R., Klassen M., Müller-Busch G., Wolff-Vorbeck G., Scheer R.: Effects of a mistletoe preparation with defined lectin content on chronic hepatitis C: an individually controlled cohort study. *European Journal of Medical Research*. 6:399 – 405 (2001)
- Turjanov M.Ch., Tomkevich M.S., Malyshev N.A. et al. (2001): Einfluss von Iscador auf den Verlauf der Hepatitis C, Teil I. *TOP Medizin*, (russian edition): 6:29 – 32
- Kim, K; Oh, S; Kim, J.; Somasundaram, R; Rühl, M; Matthes, B (2003): Antifibrotic and Antioxidative Effect of Solanum lycopersicum in (Cirrhosis) induced rats. *Proceedings of the convention of the pharmaceutical society of korea*. 2: 30
- Kogan E.A., Demura S.A., Azov A.G. et al. (2002): Einfluss von Iscador auf den Verlauf der Hepatitis C, Teil II. *TOP Medizin*, (russian edition): 1-2:26 – 31
- Mabed M., El-Helw L., Shamaa S.: Phase II study of viscum fraxini-2 in patients with advanced hepatocellular carcinoma. *British Journal of Cancer*. 90: 65 – 69 (2004)
- Piao B.K., Wang Y.X et al. (2004): *Anticancer Res*. 2004 Jan-Feb;24 (1):303-9.
- Stein, GM; Pfuller, U; Schietzel, M; Büsing, A. (2000): Intracellular expression of IL-4 and inhibition if IFN-gamma extracts from European mistletoe is related to induction of apoptosis. *Anticancer Res*: 2987-94.
- Matthes, B; Mühlenfeld, K; Langner, A; Matthes, H. (1998). Untersuchungen zur Toxikologie von Solanum lycopersicum. *Z Gastroenterol*. 36:657-779 (P343).
- Schad F, Matthes B, Biesenthal-Matthes S, Buchwald D, Matthes H (2004): Viscum album L and Solanum lycopersicum inhibit fibrosis in chronic hepatitis C (HCV): A pilot study. *Gastroenterology*; Abstract Nr. 105308 *Digestive Disease Week (DDW)*
- Sonderheft Hepatitis *Der Merkurstab Jahrgang 52, 1999*

www.fih-berlin.de

Dr. F. Schad, B. Matthes, S. Biesenthal, J. Portner,
D. Buchwald, G. Wellmann, Dr. M. Kröz, Dr. H. Matthes

Unterstützung durch:

SoftwareAG Stiftung

ABNOBA Heilmittel GmbH, Helixor Heilmittel GmbH, Novipharm GmbH
Carus Akademie Hamburg, Forschungsfond Allg. Anthropos. Gesellschaft

Analyse der Leitlinien zur Hepatitis-C-Behandlung in den Ländern der Europäischen Union und Norwegen in Bezug auf den Behandlungszugang von Drogenkonsumenten

Dagmar Hedrich (Europ. Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon),
Bernd Schulte und Jens Reimer (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universität Hamburg)

Die EBDD

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) ist die zentrale Anlaufstelle in der Europäischen Union für drogenspezifische Informationen. Sie wurde 1993 in Lissabon mit dem Ziel errichtet, der EU und ihren Mitgliedstaaten objektive, zuverlässige und auf europäischer Ebene vergleichbare Informationen über Drogen und Drogensucht und ihren Folgen zu liefern¹.

Aufgabenbereich der EBDD

Vier Kernaufgaben bilden den Schwerpunkt der Tätigkeit der EBDD:

- Erhebung und Analyse der vorhandenen Daten im Drogenbereich
- Verbesserung der Datenvergleichsmethoden
- Verbreitung von Informationen
- Zusammenarbeit mit EU-Institutionen, internationalen Einrichtungen und Organisationen sowie mit Nicht-EU-Ländern

Die von der EBDD erhobenen, analysierten und verbreiteten Informationen konzentrieren sich auf folgende Inhalte:

- Drogennachfrage und ihre Reduzierung
- Nationale und gemeinschaftliche Strategien und Politiken
- Internationale Zusammenarbeit und Geopolitik des Angebots
- Überwachung des Handels mit Suchtstoffen, Psychotropen Substanzen und Vorprodukten
- Folgen der Drogenproblematik für die Erzeuger-, Verbraucher- und Transitländer

Arbeitsprogramm, Zielgruppen und Partner

Das Arbeitsprogramm orientiert sich an der EU-Drogenstrategie und dem Aktionsplan und umfasst Projekte in den folgenden Bereichen: Beobachtung und Analyse der Drogensituation, der bezüglich der Drogensituation ergriffenen Maßnahmen und der einzelstaatlichen und gemeinschaftlichen Strategien und Herangehensweisen und deren Auswirkungen auf die Drogensituation, sowie die Beobachtung und Beurteilung neuer synthetischer Drogen (siehe Box 1). Projektübergreifende Arbeitsfelder sind die Entwicklung neuer Datenerhebungsmethoden und -instrumente.

Box 1. Aktuelle EBDD-Arbeitsbereiche und Themen

Analyse der Drogensituation

- Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung
- Problematische Konsummuster
- Behandlungsnachfrage
- Drogenbedingte Infektionskrankheiten
- Todesfälle, Mortalität
- Kriminalität, Drogenmarkt

Analyse von Maßnahmen

- Nationale & EU-Strategien
- Gesetzgebung
- Prävention
- Schadensminderung
- Therapie, Wiedereingliederung
- Maßnahmen im Gefängnis

Die Zielgruppen der EBDD sind politische Entscheidungsträger und ihre Berater; Forscher, Fachkräfte im Drogenbereich sowie ganz allgemein die Medien und die Öffentlichkeit. Die Informationen gehen der EBDD in erster Linie aus dem Reitox-Netzwerk zu, das aus Informations-Knotenpunkten in den 25 EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen und bei der Europäischen Kommission besteht. In Deutschland ist die Funktion des nationalen Knotenpunktes über drei Institutionen verteilt. Die Leitung liegt beim Institut für Therapieforschung in München; die Partner des IFT sind die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) in Hamm, die Informationen zur Drogenhilfe in Deutschland bereitstellt; und die BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) mit Sitz in Köln, die Daten zur Prävention bearbeitet.

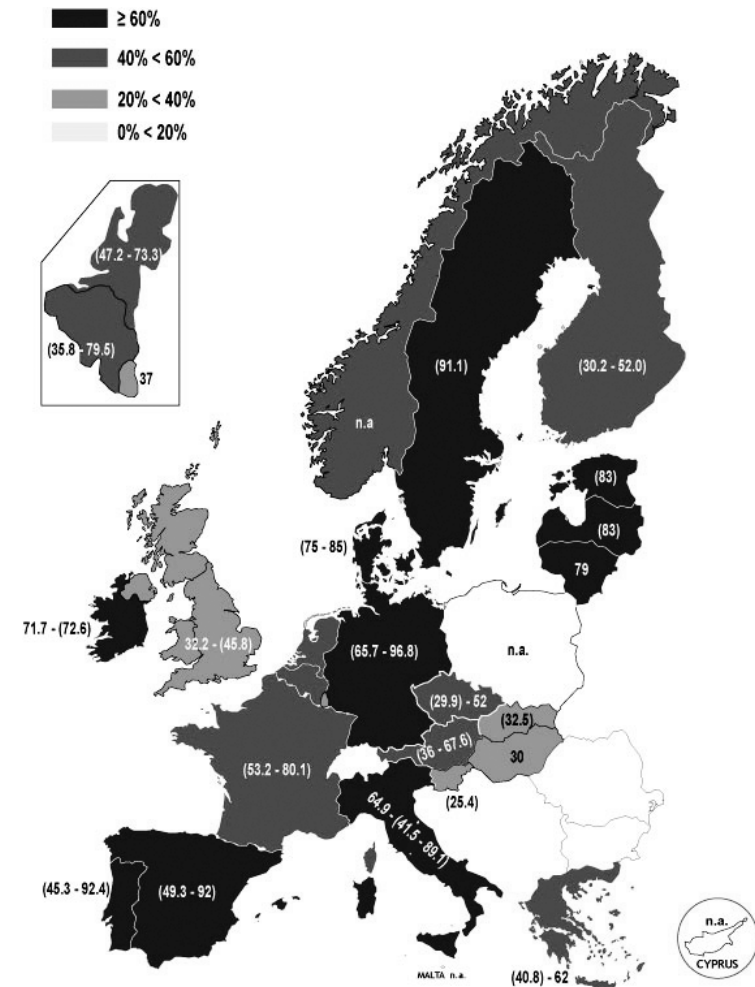
Eine wichtige regelmäßige Veröffentlichung der EBDD ist Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegenⁱⁱ, dessen gedruckte Fassung in allen Amtssprachen der Europäischen Union erscheint, mit einer dazugehörigen ausführlichen Online-Dokumentationen der erhobenen Daten und Fakten. Außerdem werden von der EBDD Monografien, Handbücher, thematische Analysen, Periodika (incl. Newsletter), und projektbezogene Expertenberichte veröffentlicht.

Aktuelle Veröffentlichungen der Beobachtungsstelle zum Thema Hepatitis C sind ein Policy-Briefing »Drogen im Blickpunkt« (Nr. 11/2003) und die wissenschaftliche Monografie Nr. 7 »Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options«ⁱⁱⁱ.

Verbreitung und Prävention der Hepatitis-C-Infektion bei Drogengebrauchern in Europa

Zur Prävalenz der Infektion mit dem Hepatitis C Virus (HCV) bei Drogenkonsumenten in der Europäischen Union liegen der Europäischen Beobachtungsstelle aggregierte Prävalenzdaten aus unterschiedlichen Routinesettings (z. B. Drogentherapie, Sprizentauschprogramme, Strafvollzug) sowie aus speziellen Studien vor. Insgesamt liegt nur eine geringe Datenmenge vor. Sofern Daten verfügbar sind, sind diese nur begrenzt

repräsentativ und vergleichbar. Die Daten vermitteln jedoch bereits einen allgemeinen Eindruck von den Unterschieden zwischen Ländern, Regionen und Settings^{iv}. Die Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion ist höher und verteilt sich gleichmäßiger in der EU als die HIV-Prävalenz. Die Zahl der mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infizierten injizierenden Drogenkonsumenten reicht von 40 % bis über 90 % der untersuchten Stichproben, und kann sogar in Ländern mit niedrigen HIV-Infektionsraten wie Griechenland sehr hoch sein (siehe die folgende Abbildung).



(Quelle: EMCDDA 2004, <http://annualreport.emcdda.eu.int/de/page089-de.html> – siehe hier auch erläuternden Text zur Abbildung und detaillierte Hintergrundinformation zu den Settings, in denen die Studien durchgeführt wurden.)

Maßnahmen zur Minimierung drogenbedingter gesundheitlicher Schäden, zur Reduzierung von Todesfällen und zur Verringerung der Belastung der Öffentlichkeit sind zu einem wesentlichen Bestandteil zahlreicher nationaler Drogenstrategien geworden und stellen in den meisten Ländern mittlerweile eine klare Priorität in der Politik dar^v.

Innerhalb der Datensammlung zur Schadensminderung stellen die Maßnahmen zur Prävention von drogenbedingten Infektionskrankheiten einen aktuellen Schwerpunkt dar. Informationen zu den Hepatitis C Präventionspolitiken und -maßnahmen werden gesammelt, und Projektbeispiele für eine Datenbank aufbereitet. Es werden Informationen zu folgenden Maßnahmen gesammelt:

- Vorhandensein eines nationalen Aktionsplans zur Prävention von Infektionskrankheiten unter Drogengebern
- Verbreitung von spezifischen Strategien der Aufklärung und Informationsverbreitung zu Infektionsrisiken und Risikoprävention: z. B. Verteilung von Informationsbroschüren, peer-education, aufsuchende Arbeit; gezielte Gesundheitserziehung durch safer-use Training für Drogengebern; Konsumräume
- Verbreitung und Bedarfsdeckung Spritzenaustauschprogramme, Umfang in dem Paraphernalia bereitgestellt werden
- Infektionssurveillance und Testing-Policy
- Impfprogramme Hep A & B
- Hepatitis C Behandlungsleitlinien

EBDD-Studie zu Behandlungsleitlinien

Die hier dargestellte Studie zu Behandlungsleitlinien in Europa wurde im Rahmen des EBDD-Arbeitsprogramms zu Schadensminimierung durchgeführt und im Sommer 2003 in Auftrag gegeben. Der Bericht der Auftragnehmer (ZIS, Hamburg) ist zur Zeit im peer-review Prozess. Die Veröffentlichung der Ergebnisse auf der Website der EBDD unter den Projekten des Themenbereichs »harm reduction« ist für den Herbst 2004 geplant. Bei den hier dargestellten Ergebnissen handelt es sich um erste Zwischenergebnisse der Studie.

Hintergrund

Eine chronische HCV-Infektion birgt das Risiko erheblicher gesundheitlicher Probleme, die langfristig – oft erst nach Jahrzehnten – bei einem Teil der Infizierten zu schweren Leberschäden und vorzeitigem Tod führen können. Die extrem hohen HCV-Infektionsraten unter Drogenkonsumenten (auch unter ehemaligen Konsumenten) in Europa könnten die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer in den nächsten Jahrzehnten noch stark belasten.

Die Behandlung von Hepatitis C wird zwar in allen Ländern angeboten, der Zugang der Drogenkonsumenten zur Behandlung scheint in der Praxis oft schwierig zu sein. Dies kann sehr unterschiedliche Ursachen haben^{vi}. Experten aus mehreren Ländern berichteten in den Nationalen Berichten der vergangenen Jahre (2001 – 2003) jedoch auch mit Hinweis auf geltende Behandlungsrichtlinien von einem begrenzten

Zugang^{vii}. Demzufolge würden Drogenkonsumenten erst behandelt, wenn sie längere Zeit drogenfrei lebten oder langfristig an einer oralen Substitutionstherapie teilnehmen. Die Problematik der mangelnden »compliance« von Drogenkonsumenten und die Gefahr einer Wiederansteckung wurden thematisiert.

Behandlungsleitlinien haben als systematisch entwickelte Behandlungsempfehlungen einen hohen Stellenwert in der Steuerung medizinischer Interventionen. Als handlungsorientierte Entscheidungsunterstützung für Ärzte und Patienten sollen Behandlungsleitlinien den aktuellen Wissenstand und Standard einer medizinischen Behandlung widerspiegeln. Es wurde von der Annahme ausgegangen, dass Behandlungsrichtlinien beim Zugang zur Behandlung der Hepatitis C zumindest insofern eine Rolle spielen, als Empfehlungen zum Behandlungsausschluss von allen oder von Teilgruppen von Drogenkonsumenten vorliegen könnten. Um die Sachlage festzustellen, wurde eine Übersicht über die existierenden Behandlungsleitlinien der chronischen Hepatitis C in Auftrag gegeben.

Vorgehensweise

Zwischen Juni 2003 und Januar 2004 wurden aus den fünfzehn EU-Ländern und Norwegen die veröffentlichten Leitlinien zur Hepatitis-C-Behandlung gesammelt sowie Expertenmeinungen zusammengetragen. Die Leitlinien wurden dann daraufhin analysiert, ob sie ehemalige oder aktuelle Drogengebern als eine der wichtigsten Betroffenen explizit benennen, und unter welchen Voraussetzungen oder Bedingungen dieser Gruppe Zugang zur Behandlung gewährt wird.

Über das Netz der nationalen Knotenpunkte der EBDD (Reitox-Netzwerk) und durch Recherchen in nationalen und internationalen Datenbanken (Medline, Embase), Kontakte zu Fachgesellschaften aus den relevanten medizinischen Teilbereichen der Suchtmedizin (Gastroenterologie, Hepatologie), Gesundheitsbehörden und anerkannten Experten wurden Konsensus-Dokumente, offizielle und halb-offizielle Leitlinien erfasst. Falls keine solchen Dokumente veröffentlicht waren, wurde die gängige Behandlungspraxis bei anerkannten Experten abgefragt^{viii}.

Die Leitlinien wurden inhaltlich daraufhin untersucht, welche Empfehlungen für die Behandlung der Hepatitis C bei Drogenabhängigen enthalten waren, oder ob andere Aussagen zu dieser Patientengruppe getroffen wurden. Es wurde hierbei geprüft, inwiefern wissenschaftliche Forschungsergebnisse bei der Entscheidungsbegründung zu Behandlungsempfehlung oder -ausschluss berücksichtigt worden waren.

Die Gruppen der Konsensuspapiere und offiziellen Leitlinien wurden außerdem mit Hilfe einer Checkliste zur Qualitätsbeurteilung von Leitlinien^{ix} qualitativ von vier unabhängigen Experten analysiert. Zu den zu bewertenden methodischen Bereichen gehören Geltungsbereich und Zweck (z.B. Fragen zur spezifischen Definition des Gesamtziels), Beteiligung von Interessengruppen (z.B. wurde die Patientengruppe berücksichtigt?), Methodologische Exaktheit der Leitlinienentwicklung (z.B. Fragen zur systematischen Suche nach Evidenz), Klarheit und Gestaltung (z.B. Fragen zur Darstellung der Empfehlung, Anwendbarkeit (z.B. Fragen zu Kosten durch die Empfehlungen) und Redaktionelle Unabhängigkeit (z.B. Unabhängigkeit von finanzierenden Organisationen).

Zwischenergebnisse

Konsensus-Dokumente oder offizielle Leitlinien zur Behandlung der Hepatitis C wurden in neun Ländern und zwei Regionen (Katalonien, Schottland) gefunden (siehe Tabelle 1). Das Konsensus-Dokument der Europäischen Vereinigung für Leberforschung (EASL) aus dem Jahr 1999 wird zur Zeit überarbeitet und die Veröffentlichung einer erneuerten Richtlinie wird in Kürze erwartet.

Aus zwei dieser Länder (Deutschland und Österreich) sowie aus Spanien, Irland und Norwegen lagen außerdem neuere semi-offizielle Leitlinien vor. Aus Italien, Luxemburg und Portugal lagen keine Leitlinien vor. Es wurden jedoch Expertenmeinungen eingeholt, inwiefern Drogenabhängige Zugang zur Behandlung einer Hepatitis C Infektion haben.

Tabelle 1: Leitlinien zur Behandlung von Hepatitis C in den EMCDDA Mitgliedstaaten

Typologie ^x	Land / Region (Jahr)
Konsensuspapiere oder offizielle Leitlinien wurden gefunden in:	Belgien (2003), Dänemark (2001), Deutschland (1997), Frankreich (2002), Griechenland (ohne Jahr), Österreich (1999), Schweden (2003), Niederlande (1997), UK (2001, 2002 & 2004)
Regionale Leitlinien:	Katalonien (ohne Jahr); Schottland (2002) Europäische Vereinigung für Leberforschung (EASL, 1999)
Semioffizielle Leitlinien wurden gefunden in:	Deutschland (2003), Irland (2003), Spanien (1996, 1999, 2001, 2002), Österreich (2001), Norwegen (2002)
Länder, aus denen keine publizierten Leitlinien vorlagen:	Italien (Leitlinien unter Vorbereitung), Luxemburg, Portugal

Gemäß den vorläufigen Ergebnisse der Studie enthalten verschiedene Leitlinien keine explizite Bezugnahme auf Drogengebraucher. Wenn Empfehlungen vorlagen, wurden oftmals längere Abstinenzphasen vorausgesetzt, oder eine Stabilisierung in oraler Substitution.

In einigen seit 2001 veröffentlichten wissenschaftlichen Studien wurde der Behandlungserfolg Drogenabhängiger bei der Hepatitis C Behandlung gezielt untersucht, wobei sich die Patienten teilweise in interdisziplinärer (suchtmedizinisch-hepatologischer) Betreuung befanden^{xi}. Diese Studien sind zu dem Schluss gekommen, dass durch qualifizierte Betreuung Drogenabhängiger eine gute »compliance« der Klienten erreicht werden kann, und die Therapieerfolge denen von Nicht-Konsumenten nicht nachstehen.

Modernere Leitlinien beziehen diese Ergebnisse bereits ein und sind insgesamt permissiver, so dass auch sporadischer Konsum bzw. kontrollierter (nicht-chaotischer) Konsum in manchen Leitlinien kein automatischer Ausschlussgrund der Hepatitis C Behandlung war.

- i Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Vorstellungsbroschüre), Luxembourg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2003. Weitere Informationen finden sie unter www.emcdda.eu.int
- ii <http://annualreport.emcdda.eu.int/de/home-de.html>
- iii Bitte informieren Sie sich auf www.emcdda.eu.int über alle Veröffentlichungen. Das Policy Briefing kann bei Publikationen unter »Drugs in Focus« in deutscher Sprache heruntergeladen werden. Die Monografie liegt in gedruckter Fassung in englischer Sprache vor. Siehe Bestellinformationen.
- iv EMCDDA, **Jahresbericht 2003** über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen, <http://annualreport.emcdda.eu.int/de/page001-de.html>, Kapitel 1 & 2.
- v Genauere Angaben zur Rolle der Schadensminimierung in den nationalen Drogenpolitiken befinden sich in Kapitel 2 des Jahresberichts 2003, Online-Tabelle 6 OL, unter: <http://annualreport.emcdda.eu.int/de/page053-de.html>
- vi Siehe z. B. Huber et al (2002) Gründe für die ausbleibende Hepatitis-C-Behandlung bei Drogenabhängigen in Opiatsubstitution, Suchttherapie Supplement 2002, (Vol. 3), pp 27-30.
- vii Siehe <http://annualreport.emcdda.eu.int/de/page054-de.html>, Online-Tabelle 10 OL
- viii Es wurde eine Kategorisierung der recherchierten Behandlungsleitlinien in Konsensus-Papiere, offizielle Richtlinien, semioffizielle Richtlinien und Expertenmeinungen vorgenommen. Um sich für ein Konsensus-Papier zu qualifizieren, musste die Leitlinie als Ergebnis einer Konsensuskonferenz veröffentlicht werden. Offiziellen Status erreichte eine Leitlinie, wenn sie von einer professionelle Organisation veröffentlicht wurde und als semioffiziell wurde eine Richtlinie bezeichnet, wenn die Autorschaft von mindestens drei Experten gebildet wurde. Leitlinien von einzelnen Experten erhielten die Status einer Expertenmeinung.
- ix AGREE – Appraisal of Guidelines Research and Evaluation. AGREE – Instrument. Siehe: www.agreecollaboration.org.
- x siehe Fußnote iii.
- xi Backmund M, Meyer K, von Zielonka M, Eichenlaub D. Treatment of hepatitis C infection in injection drug users. *Hepatology* 2001; 34:188-93
Jowett SL, Agarwal K, Smith BC, et al. Managing chronic hepatitis C acquired through intravenous drug use. *QJM* 2001; 94: 153-58
Neri S, Bruno CM, Abate G, et al. Controlled clinical trial to assess the response of recent heroin abusers with chronic hepatitis C virus infection to treatment with interferon alpha-2b. *Clin Ther* 2002; 24:1627-35
Schaefer M, Schmidt F, Folwaczny C, et al. Adherence and mental side effects during hepatitis C treatment with interferon alfa and ribavirin in psychiatric risk groups. *Hepatology* 2003; 37:443-51
Sylvestre D. Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug Alcohol Depen* 2002; 67:117-23

Therapie der Hepatitis C bei Drogenkonsumenten

Dr. Jörg Gözl

Praxiszentrum Kaiserdamm

Schwerpunktpraxis für HIV, Hepatitis, Suchtmedizin

1. Aktuelle Behandlungsrealität in der BRD

In der Bundesrepublik leben zur Zeit circa 800 000 Menschen mit einer chronischen HCV-Infektion. Mindestens 300 000 dieser Patienten sind ehemalige, substituierte oder aktive Drogenkonsumenten. Die Zahl der nicht Diagnostizierten ist relativ hoch, da in vielen Fällen die Erkrankung nahezu ohne Symptome verläuft.

Zu einem bestimmten Zeitstichpunkt sind jeweils circa 30 % der Patienten mit chronischer HCV-Infektion behandlungsbedürftig. Bei ihnen hat die HCV-Infektion schon eine mehr oder weniger starke Leberschädigung hinterlassen.

In grober Annäherung leben damit also in der BRD ungefähr 90 000 Drogenabhängige mit behandlungsbedürftiger chronischer HCV-Infektion. Pro Jahr kommen 2000 bis 3000 neue drogenabhängige Patienten in einem behandlungsbedürftigen Krankheitsstadium hinzu.

Die niedergelassenen Ärzte in der Bundesrepublik behandeln pro Jahr höchstens 1000 bis 1500 Drogenkonsumenten mit chronischer HCV-Infektion. Das sind weniger als neue Behandlungsbedürftige hinzukommen. Unter den aktuellen Bedingungen steigt also die Zahl der Drogenkonsumenten, die dringend einer Behandlung ihrer chronischen HCV-Infektion bedürften. An den Abbau der Infektionen, die sich in den letzten Jahrzehnten in dieser Patientengruppe angesammelt haben ist vorläufig nicht zu denken.

2. Behandlungswiderstände bei den Ärzten

Die chronische HCV-Infektion ist mit den heutigen Standardtherapien (pegyliertes Interferon plus Ribavirin) bei den Genotypen 1 und 4 zu 50 % und bei den Genotypen 2 und 3 zu 80 % heilbar. Woher stammt also die Haltung der Ärzte, bei einer potentiell tödlichen Erkrankung trotz so großer Heilungschancen so wenig therapeutische Aktivität zu entwickeln.

Soweit erkennbar handelt es sich um eine ganze Reihe von Faktoren:

Obwohl die chronische HCV-Infektion die häufigste Erkrankung bei Drogenkonsumenten ist, wird häufig bei der ärztlichen Befunderhebung gar nicht nach einer Diagnosesicherung oder deren Ausschluss gefahndet. Über diese Unterlassung können nur Vermutungen angestellt werden. Am wahrscheinlichsten unterbleibt die Diagnostik, weil von vornherein keine Therapie geplant wird.

Dort wo die Diagnose gestellt wird erfolgt häufig keine Therapie. Hier sind vor allem Befürchtungen der Ärzte wegen der mangelhaften Compliance, wegen der Unsicherheit beim Management der Nebenwirkungen und wegen der Angst vor Regressforde-

rungen der Kassen maßgeblich wirksam. Alle drei Gründe sind nicht stichhaltig, aber sie sind offenbar nur schwer auszuräumen.

Häufig unterbleibt die Behandlung auch aus einer nachvollziehbaren Selbstbeschränkung des Arztes, da er insgesamt zu wenig Erfahrungen auf diesem Gebiet sammeln konnte. Meist hat er Schwierigkeiten, den Patienten an eine andere Instanz zur Therapie zu überweisen. Universitätskliniken übernehmen ungern Drogenkonsumenten zur HCV-Therapie und nur in großstädtischen Ballungsgebieten gibt es erfahrene niedergelassene Kollegen, zu denen man überweisen kann.

3. Voraussetzungen für die Therapie

Für eine angemessene Routine in der Behandlung HCV-infizierter Drogenkonsumenten muss die Behandlungsinstitution eine Reihe von Voraussetzungen erfüllen, die in ihrer Kombination nicht häufig anzutreffen sind. Dies stellt einen Engpass für die Behandlung dar.

Die Institution sollte ärztliches und pflegerisches Personal besitzen, das sowohl mit psychiatrischen als auch mit infektiologischen Problemen vertraut ist. Eine enge Kooperation mit Drogenberatern muss gewährleistet sein. Erfahrung in der Methadonsubstitution und Erfahrungen mit der HIV-Infektion sind ebenso gefordert. Ideal wäre auch die Möglichkeit zur ambulanten Leberpunktion innerhalb einer solchen Institution.

Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass die belastenden Nebenwirkungen der Interferontherapie weitaus seltener zum Therapieabbruch führen, wenn die Patienten in einer spezialisierten Abteilung oder Praxis behandelt werden. Deutlich schlechter ist die Compliance in einer Institution, in der Drogenabhängige als »schwierige« und »lästige« Patienten erlebt werden.

4. Prognose, aktuelle Therapie-Standards und Nebenwirkungen

Die chronische HCV-Infektion führt bei 20-30 % der betroffenen Patienten in einem Zeitraum zwischen 15 und 25 Jahren zu einer Leberzirrhose, in 5 % zu einem Leberzellcarcinom.

Die Zeiträume bis zu diesen tödlichen Ereignissen verkürzen sich erheblich, wenn gleichzeitig eine HIV-Infektion besteht oder erheblicher Alkoholkonsum zur Zirrhosebildung noch beiträgt.

Die Standardbehandlung der chronischen HCV-Infektion besteht in einer Kombinationstherapie aus pegyliertem Interferon (PegIntron® oder Pegasys®) und Ribavirin (Rebetol® oder Copegus®). Das pegylierte Interferon wird einmal in der Woche subcutan gespritzt, die Ribavirindosis muss zweimal täglich oral eingenommen werden.

Die Dauer der Behandlung ist abhängig vom HCV-Genotyp. Patienten mit den Genotypen 2 und 3 werden 24 Wochen lang behandelt, Patienten mit den Genotypen 1 und 4 werden 48 Wochen lang behandelt.

Für Patienten mit dem Genotyp 2 und 3 kann von einer 70 bis 80 % ige Heilungschance durch die Therapie ausgegangen werden, bei den Genotypen 1 und 4 besteht eine 50 % ige Heilungschance. Von Heilung spricht man, wenn 6 Monate nach Therapieende im Blut kein Hepatitis-C-Virus nachweisbar ist.

Die Interferone wirken auf Überträgerstoffe und Neurorezeptoren im Gehirn ein. Dies führt zu einer Fülle von psychischen Nebenwirkungen, die bei psychisch kranken Menschen noch akzentuierter auftreten:

Tabelle 1: Psychische Nebenwirkungen durch Interferone

Depression
psychotisches Erleben
Angst- und Panikattacken
gereizt-aggressive Verstimmung
Erhöhung des Suchtdrucks

Daneben entwickelt Interferon eine Reihe typischer körperlicher Begleiterscheinungen.

Tabelle 2: Körperliche Nebenwirkungen durch Interferone

Müdigkeit
Kopfschmerzen
Muskel- und Gelenkschmerzen
Fieber
Appetitlosigkeit
Übelkeit
Haarausfall
Veränderungen des Blutbildes

Alle Symptome sind reversibel, d. h. nach Absetzen des Interferons bilden sie sich zurück. Nur in Einzelfällen können auch langdauernde psychische Störungen nach Interferon erhalten bleiben.

Die psychischen und die körperlichen Nebenwirkungen werden bei Bedarf mit zusätzlichen Medikamenten behandelt.

5. Indikation und Kontraindikation

Nicht jede chronische HCV-Infektion ist dringend behandlungsbedürftig. Da die Behandlung selbst Risiken birgt, muss abgewogen werden, ob die Risiken einer Therapie im richtigen Verhältnis zu den Risiken einer fortbestehenden HCV-Infektion stehen.

Den wesentlichen Anhalt für die Dringlichkeit einer Behandlung erhält man durch den Grad an Fibrosierung in der Leber, der durch den Krankheitsverlauf eingetreten ist. Dies kann man allerdings nur durch eine Leberpunktion feststellen. Ab dem Fibrosegrad F2 nach METAVIR ist eine Therapie dringend anzuraten. Da sich viele Patienten nicht punktieren lassen, ist man heute dazu übergegangen, allen Patienten mit Genotyp 2 und 3 die Therapie zu empfehlen, da eine kürzere Therapiedauer mit weniger Risiken verbunden ist und eine hohe Heilungschance besteht. Beim Genotyp 1 und 4 sind mit der längeren Behandlungsdauer und der geringeren Erfolgschance an eine Therapieempfehlung strengere Maßstäbe zu stellen. Man sollte sich hier am besten auf das Ergebnis einer Leberpunktion stützen. Weder die Höhe der Viruslast noch die

Höhe der Leberenzyme im Blut geben eine Auskunft über die Dringlichkeit der Therapie. Die zweite wichtige Therapieindikation ergibt sich aus einer gleichzeitig bestehenden HIV-Infektion. Hier muss auch ohne Punktion in jedem Fall dringend eine HCV-Therapie empfohlen werden, da die HIV-Koinfektion nach allen Erfahrungen dazu führt, dass die HCV-Infektion in diesen Fällen sehr viel schneller zur Leberzirrhose führt.

Eine Therapie ist unabhängig vom Genotyp immer dann zu empfehlen, wenn die Symptomatik der HCV-Infektion so im Vordergrund steht, dass die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt ist oder eine berufliche Rehabilitation daran scheitert. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn die HCV-Infektion mit starker Abgeschlagenheit einhergeht oder wenn dauerhaft starke Gelenkschmerzen auftreten.

Bei Patienten bei denen das Therapieziel der Ausheilung nicht erreicht werden konnte, ist es in Einzelfällen angezeigt die Therapie fortzusetzen mit dem Ziel, das Fortschreiten zur Leberzirrhose zu verlangsamen. Dies nennt man eine palliative IFN-Therapie.

Neben den allgemein gültigen Kontraindikationen für eine Interferon- oder Ribavirin-Therapie (Suizidalität, akute Psychose, endogene Depression, Angst- und Panikstörungen, Epilepsie, koronare Herzerkrankung) gibt es zusätzlich spezielle Kontraindikationen bei Drogenabhängigen, bei denen eine Therapie der HCV-Infektion verschoben werden oder aber ganz unterbleiben muss.

Eine Therapie sollte verschoben werden, wenn in absehbarer Zeit mit einer Haftstrafe zu rechnen ist und nicht gesichert ist, ob die Therapie in der Haftanstalt fortgesetzt wird.

Desgleichen sollte die Therapie – soweit medizinisch vertretbar – verschoben werden, wenn gerade eine berufliche Rehabilitation begonnen wurde, oder der Patient einen Arbeitsplatz gefunden hat. In der Regel lassen die Nebenwirkungen der Therapie keine Ausbildung oder Arbeitstätigkeit zu.

Bei abstinenten Patienten sollten mit dem Therapiebeginn mindesten 12 Monate Abstinenz abgewartet werden, da die Nebenwirkungen des Interferons Rückfälle provozieren können.

Auch bei länger abstinenten Patienten, die aufgrund einer speziellen Lebenssituation über erhöhten Suchtdruck klagen, sollte ein IFN-Therapie verschoben werden.

Insgesamt ist eine HCV-Therapie am günstigsten während einer Substitutionsbehandlung zu platzieren.

Solange ein erheblicher Alkoholkonsum (mehr als 30 Gramm reiner Alkohol täglich) besteht, ist eine Interferontherapie nicht angezeigt. Das gleiche gilt für Patienten mit einer schweren dissozialen Persönlichkeitsstörung, die sich durch impulsives aggressives Verhalten manifestiert. Der Verstimmungszustand durch Interferon kann bei solchen Patienten hochgefährliche Gewaltakte provozieren.

6. Spezielle Therapieprobleme bei Drogenabhängigen

Da Drogenkonsumenten in der Regel neben ihrer Abhängigkeit meist zusätzliche psychiatrische und somatische Störungen aufweisen, wird die Therapie der HCV-Infektion mit pegyliertem Interferon und Ribavirin kompliziert.

Ungefähr 75 % der in Behandlung befindlichen Drogenkonsumenten weisen neben der Sucht ein weitere psychiatrische Erkrankung auf: Borderline-Struktur, Angst-Syndrom, depressive Störungen, narzisstische und schizoide Persönlichkeitsstörungen. Je nach Schwere der zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung muss vor Beginn der eigentlichen HCV-Behandlung eine medikamentöse Einstellung der Angst-Symptomatik, der Depression und der psychotischen Reaktion eingeleitet werden. So beugt man einer Krise bei Gabe des Interferons vor.

Bei den körperlichen Begleiterkrankungen bereiten vor allem die HIV-Infektion und die häufigen Herz- und Nierenerkrankungen Schwierigkeiten.

Bei HIV-Koinfizierten sollte die HCV-Therapie am besten dann durchgeführt werden, wenn noch ein funktionsfähiges Immunsystem (über 350 CD4-Zellen) vorliegt. Damit erhöhen sich die Therapiechancen für die HCV-Therapie und die Wechselwirkungen zwischen Ribavirin und den antiretroviralen Medikamenten wird vermieden. Diese günstige Ausgangslage ist aber in der Wirklichkeit nicht immer gegeben. Bei schlechtem Immunstatus muss zuerst eine Therapie der HIV-Infektion stattfinden, bis entsprechende CD4-Zellzahlen erreicht sind. Erst dann kann mit Aussicht auf Erfolg mit der HCV-Therapie begonnen werden. HIV-/HCV-Doppelinfizierte sollten ausschließlich in HIV-Schwerpunktpraxen behandelt werden.

Bei den häufigen Herzerkrankungen vor allem nach Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut durch unsterile Spritzen) und bei Verengung der Herzkranzgefäße muss die Dosierung des Ribavirins oft angepasst werden. Die Verminderung des Farbstoffs der roten Blutkörperchen durch das Ribavirin kann sonst zu Infarkten oder Schlaganfällen führen. Bei den häufig durch rezidivierende Abszesse verursachten Nierenschädigungen werden Anpassungen der Medikamenten-Dosierung notwendig.

Während und bis zu 6 Monaten nach einer Interferon/Ribavirin-Therapie sollte kein Kind gezeugt und kein Kind empfangen werden, da die Missbildungsrate durch Ribavirin hoch ist. Eine typische Komplikation bei Drogenkonsumenten ist es, dass trotz dieses Hinweises während der Therapie Kinder gezeugt werden.

Die Erfahrung in unserer Praxis zeigt, dass während der HCV-Therapie der Nebenkonsum von Kokain und Heroin ansteigt. Mit dem Kokain wird offenbar versucht gegen die Müdigkeit anzugehen, mit dem Heroin die entzugsähnliche Nebenwirkung des Interferons zu bekämpfen. Dieser Rückfall in alte Gewohnheiten sollte nicht zu streng bewertet werden. Wichtig ist in dieser Situation zunächst, dass die Therapie beendet wird. Die folgende Tabelle gibt anhaltweise einen Überblick zu den Komplikationen einer HCV-Therapie bei Drogenkonsumenten in unserem Praxiszentrum.

Tabelle 3: Besondere Therapierisiken bei Drogenkonsumenten (234 Therapiezyklen)

<i>Risiko</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Risiko</i>	<i>Häufigkeit</i>
Anstieg des Kokainbeikonsums	35	Schwangerschaft	3
Anstieg des Heroinbeikonsums	20	Heroinrückfall bei Abstinente	2
delirante /psychotische Episoden	21	Tod durch Suicid	2
Schilddrüsenfunktionsstörung	4		

7. Erfolgsraten

Entgegen den Vorurteilen im medizinischen Bereich lassen sich die Interferon/Ribavirin-Therapien bei Drogenkonsumenten mit gleichem Erfolg durchführen wie bei Patienten ohne Drogenabhängigkeit. Dies gilt auch, obgleich Drogenkonsumenten häufig Begleiterkrankungen haben, die sich erschwerend auf die Therapie auswirken. Die Abbruchrate bei Drogenkonsumenten liegt nicht höher als die bei den Patientenkollektiven der Zulassungsstudien. Auch die erneute Infektion mit Hepatitis C nach erfolgreicher Therapie – ein häufig gehörtes Argument, um Drogenkonsumenten von der Therapie auszuschließen – lässt sich in den bundesrepublikanischen Zentren mit hoher Behandlungsaktivität nicht beobachten.

Tabelle 4: Dauerhafter Therapieerfolg (n 165) Praxiszentrum Kaiserdamm Berlin

	<i>Anzahl</i>	<i>dauerhafter Therapieerfolg</i>
Gesamtgruppe	165	47 %
Drogenabhängige	116	48 %
Nicht-Drogenabhängige	49	45 %
HIV-Koinfizierte	70	31 %

Der Vergleich zwischen Drogenkonsumenten und Patienten ohne Drogenkonsum lässt in unserer Behandlungsgruppe keine Unterschiede bezüglich des Therapieerfolges erkennen. Allein die Tatsache einer gleichzeitigen HIV-Infektion senkt die Erfolgsrate der HCV-Therapie. Dieses geringere Ansprechen gilt aber generell bei Doppelinfizierten, unabhängig von Drogenkonsum.

8. Zusammenfassung

Eine mit der Durchschnittsbevölkerung vergleichbar erfolgreiche HCV-Therapie ist auch bei Drogenkonsumenten möglich. Dies gilt auch, obgleich wegen der hohen Belastung mit zusätzlichen Erkrankungen bei Drogenkonsumenten mit geringeren Therapieerfolgen zu rechnen wäre. Die Behandlung sollte am Besten in darauf spezialisierten Zentren mit dem Doppelschwerpunkt Infektiologie und Suchtmedizin erfolgen. Dieses Versorgungssystem ist vor allem auf großstädtische Ballungsräume beschränkt, auf dem flachen Land fehlt weitgehend eine solche Spezialisierung.

Aufgrund verschiedener Vorurteile und Befürchtungen der behandelnden Ärzte, wird einerseits die HCV-Infektion bei Drogenkonsumenten unterdiagnostiziert und den diagnostisch gesicherten Fälle werden zu selten Behandlungsangebote gemacht. Um dies zu verändern, bedarf einer längeren Aufklärungskampagne. Auch die Drogenberater befinden sich häufig in einer reservierten Haltung gegenüber der HCV-Therapie, weil sie eine Destabilisierung ihrer Klienten befürchten. Auch hier bedarf es einer Aufklärungskampagne. Nur wenn Ärzte und Drogenberater gleichermaßen eine realistische Einstellung zur Notwendigkeit und zu den Gefahren einer HCV-Behandlung besitzen, kann die Unterversorgung bei einer potentiell tödlichen Erkrankung verbessert werden.

Epidemiologie der Hepatitis C*

Dr. Doris Radun

Robert Koch-Institut

Abt. 3, Infektionsepidemiologie

Das Hepatitis C Virus, ein RNA-Virus, wurde 1989 entdeckt. Es existieren sechs Genotypen. Zwei Drittel aller Neuinfektionen verlaufen asymptomatisch und damit un bemerkt. Daher ist die infektionsepidemiologische Überwachung von Neuinfektionen grundsätzlich schwierig.

Etwa 60-80 % der Infektionen nehmen einen chronischen Verlauf, von denen ca. 20 % nach Jahrzehnten eine Leberzirrhose verursachen können. Für die Entwicklung einer Leberzirrhose spielen begleitende Faktoren, etwa Alkoholkonsum, eine wichtige Rolle. Eine ernste Komplikation der chronischen Hepatitis C-Infektion, fast immer erst auf dem Boden einer Leberzirrhose, stellt die Entwicklung eines Leberzellkarzinoms dar.

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben 170 Millionen Menschen weltweit (etwa 3 %) mit dem Hepatitis C-Virus Kontakt gehabt. Davon gelten mindestens 130 Millionen als chronisch infiziert. Es bestehen erhebliche regionale Prävalenzunterschiede. Einzelne Länder weisen eine gemittelte HCV-Seroprävalenz von über 10 % auf (wie z. B. die Mongolei, Ägypten, einige westafrikanische Staaten). Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Datenlage in vielen Ländern lückenhaft ist, so dass Annahmen zur Epidemiologie der Hepatitis C oft auf spärlichen Informationen beruhen.

Vorwiegender und effektivster Übertragungsweg für HCV ist der parenterale:

Der durch kontaminierte Injektionen zu medizinischen Zwecken verursachte Anteil von Hepatitis C-Infektionen beträgt in einigen Ländern nach Schätzungen der WHO 75-100 %.

So waren in Ägypten bis in die achziger Jahre intravenöse Injektionen zur antischistosomalen Therapie bei Bilharziosekranken in Gebrauch, im Zuge derer offenbar zahlreiche Menschen durch kontaminierte Injektionen mit Hepatitis C infiziert wurden (Frank et al., 2000). SIGN (»Safe Injection Global Network«) ist eine von der WHO geleitete internationale Organisation, die zum Ziel hat, einen unkritischen Spritzengebrauch zu medizinischen Zwecken weltweit zu minimieren und die Sicherheit von Injektionen zu fördern. Es wird angenommen, dass noch im Jahr 2000 global zwei Millionen Hepatitis C-Neuinfektionen auf kontaminierte Injektionen zu medizinischen Zwecken zurückzuführen waren (Hauri et al., 2004).

* Basierend auf dem Vortrag »Epidemiologie der Hepatitis C« vom 26.5.2004

In den vergangenen Jahrzehnten kam es zu einem Wandel der relevanten Übertragungswege für HCV in Deutschland:

Kontaminierte Injektionen zu medizinischen Zwecken stellten auch in Deutschland in der Zeit, als man Infektionskrankheit und Übertragungswege noch nicht kannte, eine bedeutsame Quelle für Hepatitis C dar. Inzwischen ist die Zahl von Neuinfektionen auf diesem Wege infolge guter Hygienestandards wie dem Gebrauch von sterilen Injektionen durch Einmalkanülen praktisch vernachlässigbar.

Bis zur Einführung spezifischer Tests auf HCV bei Blutspendern 1991 kam kontaminierten Blutprodukten eine nicht unerhebliche Bedeutung in der Übertragung von HCV in Deutschland zu. Zusammen mit einer sorgfältigen Auswahl von Spendern und den seit 1999 durchgeführten HCV-Nukleinsäure-Amplifikationstests wird inzwischen ein sehr hohes Maß an Sicherheit erreicht, so dass heutzutage Blutprodukte in Deutschland epidemiologisch keine Rolle in der Übertragung von HCV mehr spielen. Das Risiko, sich durch eine Transfusion mit Hepatitis C zu infizieren, wird gegenwärtig auf < 1 : 1000.000 beziffert (Offergeld et al., 2003).

Gemeinsames Benutzen von Injektionsbesteck oder anderem Zubehör unter injizierenden Drogengebern hingegen stellt nach wie vor einen wichtigen Übertragungsweg für HCV dar. Das Infektionsrisiko bei einer perkutanen Stichverletzungen mit einer HCV-kontaminierten Kanüle wird mit 2-3 % angenommen.

Die Wahrscheinlichkeit einer perinatalen Übertragung beträgt etwa 3-5 %. Nach derzeitiger Datenlage ist eine Virusübertragung bei bestehender chronischer Hepatitis C der Mutter über den Stillvorgang unwahrscheinlich. Das Risiko einer sexuellen Übertragung ist gering. In bestimmten Betroffenenengruppen bzw. bei bestimmten Sexualpraktiken scheint jedoch ein relevantes sexuelles Übertragungsrisiko zu existieren, zum Beispiel bei ungeschütztem Verkehr unter Männern mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten.

Nach Erkenntnissen aus dem Bundesgesundheitsurvey von 1998 sind im Mittel 0,4 % der bundesdeutschen Bevölkerung mit dem Hepatitis C-Virus infiziert (Thierfelder et al., 2001).

Es ist in der sorgfältigen Auswahl von Blutspendern im Sinne der Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) begründet, dass die HCV-Antikörper-Seroprävalenz unter Erstspendern 2001 mit 0,09 % niedriger als der Bundesdurchschnitt lag (Offergeld et al., 2003). Personen mit sehr hoher Seroprävalenz für Marker der Hepatitis C sind injizierende Drogengebern. Verschiedene Studien bestimmten die Seroprävalenz in dieser Gruppe mit 60-84 % (Backmund et al., 2003, Brack, 2002, Stark et al., 1997).

Angehörige unterschiedlicher Risikogruppen wurden Anfang der neunziger Jahre auf Marker für Hepatitis C getestet (Weber et al., 1995). Danach fand man besonders unter injizierenden Drogengebern und an Hämophilie-Erkrankten, die Blutprodukte vor Einführung aktueller Sicherheitsstandards erhalten hatten, hohe Seroprävalenzen für HCV-Marker.

Es wird geschätzt, dass derzeit 400.000-500.000 chronisch HCV-Infizierte in Deutschland leben.

In verschiedenen, internationalen Studien wurden Risikofaktoren für Hepatitis C untersucht.

Hierbei wurden vorrangig »intravenöser Drogengebrauch« und, unter Drogengebranchern, »Tausch von Spritzen oder Zubehör«, das »Fehlen drogenfreier Phasen«, »Gefängnisaufenthalt«, »Dauer des Drogengebrauchs« sowie »Alter unter 20 Jahren« als Risikofaktoren für Hepatitis C identifiziert (Stark et al, 1997, Murphy et al., 2000, Mansson et al., 2000, van Beek et al., 1998).

Für methodologisch schwieriger durchzuführende Inzidenzstudien ist die Datenlage im Vergleich zu Prävalenzstudien spärlicher. Insgesamt zeigen diese jedoch, dass neben einer bekannten hohen Seroprävalenz auch eine sehr hohe Rate an Neuinfektionen unter injizierenden Drogengebranchern vorliegt (Mansson et al., 2000, van Beek et al., 1998, Roy et al., 2002, Fuller et al., 2004).

Zum 1. 1. 2001 trat in Deutschland das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Kraft, das das Bundesseuchengesetz ablöste. Bis dahin wurden epidemiologische Daten meldepflichtiger Krankheiten aus Deutschland beim Statistischen Bundesamt in Wiesbaden zusammengeführt und einmal jährlich in Form aggregierter Daten veröffentlicht. Mit Einführung des IfSG wurde dem Robert Koch-Institut (RKI) die Aufgabe übertragen, infektionsepidemiologische Daten, die über Gesundheitsämter und Landesgesundheitsämter kontinuierlich in eine zentrale Datenbank am RKI eingehen, auszuwerten und zu veröffentlichen.

Mit der Einführung des IfSG wurden darüber hinaus spezifische Falldefinitionen für alle meldepflichtigen Erkrankungen bzw. meldepflichtigen Erreger entworfen. Durch die Falldefinition wird klar festgelegt, welche Kriterien vorhanden sein müssen, damit ein an das Gesundheitsamt gemeldeter Fall weiter zur verantwortlichen Landestelle und zum RKI übermittelt wird.

Für die infektionsepidemiologische Überwachung der Hepatitis C gilt, dass die Inzidenzerfassung, die sich auf das Erkennen von Neuinfektionen konzentriert, wegen des oft asymptomatischen Verlaufs einer akuten Infektion schwer bestimmbar ist.

Diesen Schwierigkeiten Rechnung tragend, ist in Deutschland jede erstdiagnostizierte Hepatitis C meldepflichtig. So besteht nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) für den Arzt und nach § 7 für den Laborleiter eine Meldepflicht an das zuständige Gesundheitsamt. Seit 2001 werden, neben anderen zusätzlichen Informationen, vorangegangene Expositionen im Sinne von möglichen Übertragungswegen erfasst: Diese Erfassung trägt wesentlich dazu bei, aktuell bedeutsame Aspekte der Epidemiologie zeitnah zu erkennen. Mitarbeiter des Gesundheitsamtes erheben Informationen zu folgenden Expositionen bei der Fall-Person:

- I.v. Drogengebrauch
- Erhalt von Blutprodukten
- Injektion im Ausland
- Operativer od. invasiv-diagnostischer Eingriff
- Dialyse
- Organtransplantation
- Tätowierung

- Piercing
- Beruflicher Kontakt
- Geschlechtsverkehr (GV) mit Virusträger
- GV (wechselnde Partner)
- Heterosexueller GV
- Homosexueller GV
- Mutter Virusträgerin bei Geburt des Fallpatienten
- Wohngemeinschaft mit Virusträger
- Sonstige relevante Exposition

Die Zahl übermittelter Hepatitis C-Fälle lag in den vergangenen sieben Jahren im Bereich zwischen jeweils etwa 6000 und 8700 Fällen. Erst seit 2001 allerdings sind durch die Falldefinition eindeutige Kriterien festgelegt, anhand derer bestimmbar ist, ob ein Fall übermittlungspflichtig ist.

Unter den seit 2001 übermittelten Fällen befindet sich ein Teil bereits chronischer, jedoch erstdiagnostizierter Fälle. Die alters- und geschlechtsspezifische jährliche Meldeinzidenz für Hepatitis C in Deutschland ist – ähnlich wie in den Vorjahren – im jungen Erwachsenenalter, hier unter Männern, am höchsten (RKI, 2003). Das alters- und geschlechtsspezifische Muster deutet bereits auf mögliche Risikofaktoren in diesen Bevölkerungsgruppen hin.

Im Jahr 2003 wurde im Meldeverfahren für ein Drittel aller übermittelten Hepatitis C-Fälle mindestens eine Exposition als vorhanden angegeben.

An erster Stelle wurde »intravenöser Drogengebrauch« genannt (51% der Fälle mit vorliegenden Angaben zu Expositionen). Sexuelle Expositionen wurden an zweiter Stelle (36%), »operative oder invasiv-diagnostische Eingriffe« an dritter Stelle (19%) und »Erhalt von Blutprodukten« an vierter Stelle (14%) genannt.

Das mittlere Alter derer mit der Angabe von »intravenösem Drogengebrauch« lag mit ca. 30 Jahren wesentlich niedriger als das derer, bei denen »Erhalt von Blutprodukten« (knapp 60 Jahre) genannt wurde. Dies deutet darauf hin, dass intravenöser Drogengebrauch als gegenwärtiger Übertragungsweg eine Rolle spielt, während der Erhalt von Blutprodukten als Exposition vorwiegend in der länger zurückliegenden Vergangenheit bedeutsam gewesen sein mag.

Die geographische Darstellung von im Meldeverfahren übermittelten Hepatitis C-Erstdiagnosen 2003 zeigt, dass städtische Kreise im Schnitt eine höhere Meldeinzidenz aufwiesen als ländliche Bereiche. So betrug die jährliche Inzidenz für die Stadtkreise Berlin, Hamburg, Frankfurt oder München >12,6 Fälle pro 100.000 Einwohner, während die bundesdurchschnittliche Inzidenz bei 8,4 Fällen pro 100.000 Einwohnern lag. Die Spannweite der Meldeinzidenz für Hepatitis C nach Bundesländern im Jahr 2003 betrug 3,1 - 16,1 Fälle pro 100.000 Einwohner. Ein ausgeprägter Inzidenzanstieg war, verglichen mit der mittleren Inzidenz beider Vorjahre, für Berlin zu verzeichnen. Der Grund hierfür ist in dem vollständigeren Melden und Übermitteln von erstdiagnostizierten, teilweise bereits chronischen Fällen zu suchen. Die hohe Inzidenz reflektiert den vergleichsweise hohen Anteil Angehöriger von Risikogruppen, wie z.B. injizierende Drogengebrancher, in großstädtischen Ballungszentren. Daher ist anzunehmen,

dass 2003 erstmals die für einen großstädtischen Raum erwartbar höhere Inzidenz angemessen wiedergegeben wurde.

Zusammenfassend kommen in wenig-industrialisierten Ländern weiterhin, zum Teil in beträchtlichem Maße, HCV-Infektionen durch kontaminierte Injektionen zu medizinischen Zwecken vor. In industrialisierten Ländern hingegen findet sich vor allem in der Gruppe der injizierenden Drogengebraucher eine hohe HCV-Seroprävalenz und -Inzidenz.

Im Hinblick auf die infektionsepidemiologische Überwachung der Hepatitis C in Deutschland ist festzustellen, dass seit 1997 jährlich etwa gleich viele Fälle von Hepatitis C übermittelt wurden. Die höchste Inzidenz fand sich, bezogen auf die Meldedaten von 2003, wie in Vorjahren, unter jungen Männern. Es zeigte sich eine im Vergleich zum Bundesdurchschnitt erhöhte Inzidenz in städtischen Ballungszentren. Intravenöser Drogengebrauch scheint aktuell in Deutschland bedeutsamster Risikofaktor für eine neu erworbene Hepatitis C zu sein.



Quelle: SIGN

Literatur:

1. Frank C, Mohamed MK, Strickland GT et al.: The role of parenteral antischistosomal therapy in the spread of hepatitis C virus in Egypt. *The Lancet* 2000; 355:887-891
2. Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJF: The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *Int J STD & AIDS* 2004; 15:7-16
3. Offergeld R, Stark K, Hamouda O: Infektionen bei Blutspendern. *Bundesges. blatt Ges.forsch Ges.schutz* 2003; 46:775-9
4. Thierfelder W et al.: Prevalence of markers for hepatitis A, B and C in the German population. Results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. *Europ J Epidemiol* 2001; 17:429-35
5. Backmund M, Meyer K, Wächtler M et al.: Hepatitis C virus infection in injection drug users in Bavaria: risk factors for seropositivity. *Eur J Epidemiol* 2003; 18:563-68
6. Brack J: Die Hepatitiden B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie. *Suchttherapie* 2002 (Supplement); 3:3-10
7. Stark K, Bienzle U, Vonk R et al.: History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *Int J Epidemiol* 1997; 26(6):1359-66
8. Weber B, Rabenau H, Berger A et al.: Seroprevalence of HCV, HAV, HBV, HDV, HCMV and HIV in high risk groups/Frankfurt a.M, Germany. *Zbl Bakt* 1995; 282:102-112
9. Murphy EL, Bryzman SM, Glynn SA et al.: Risk factors for hepatitis C virus infection in United States blood donors. *NHLBI Retrovirus Epidemiology Donor Study (REDS)*. *Hepatology* 2000; 31(3):756-62

10. Mansson AS, Moestrup T, Nordenfelt E et al.: Continued transmission of hepatitis B and C viruses, but no transmission of human immunodeficiency virus among intravenous drug users participating in a syringe/needle exchange program. *Scand J Infect Dis* 2000; 32(3):253-8
11. van Beek I, Dwyer R, Dore GJ et al.: Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in a prevention setting: a retrospective cohort study. *BMJ* 1998; 317(7156):433-7
12. Roy K, Andragetti R, Taylor A et al.: Monitoring hepatitis C virus infection among injecting drug users in the European Union: A review of the literature. *Epidemiol Infect* 2002; 129:577-585
13. Fuller CM, Ompad DC, Galea S et al.: Hepatitis C incidence – a comparison between injection and noninjection drug users in New York City. *J Urban Health* 2004; 81:20-24
14. Robert Koch-Institut, Berlin, 2003: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2003. ISBN: 3-89606-085-6
oder online: <http://rki.ae0.de/GESUND/GESUND.HTM?/INFEKT/IFSG/INFJB.HTM&1>

Hepatitis C – Prävention und psychosoziale Versorgung in Deutschland

P. D. Dr. Heino Stöver^{xi}

Das Thema Hepatitis wird vorwiegend im Medizinbereich verhandelt. Mit großem Eifer und Erfolg wird an der medikamentösen Therapie der Hepatitis B und C gearbeitet (siehe Veröffentlichungen des Kompetenznetzwerkes Hepatitis). Doch es scheint, als konzentrierte sich die meiste Energie auf die Themen Epidemiologie, Therapie und Impfung. In nahezu jeder medizinischen oder wissenschaftlichen Veröffentlichung wird – standardmäßig und eher pflichtschuldig – auf die Bedeutung und Notwendigkeit der Prävention hingewiesen. In der alltäglichen Praxis übernehmen diese Wissenschaftler jedoch keine Verantwortung für die Anregung oder Umsetzung von präventiven Maßnahmen. Noch nicht einmal in ihrer eigentlichen Domäne – der Impfprophylaxe – sind Mediziner besonders engagiert: Eine Hamburger Studie zeigt, dass nur rund 37 % der Drogengebraucher gegen Hepatitis B immun waren, weniger aufgrund von Schutzimpfungen, sondern, weil bereits eine Hepatitis B durchgemacht wurde (Brack 2002). Die Impfraten sind nach derzeitigem Wissensstand in dieser Risikogruppe mit etwa 10 % völlig unbefriedigend.

Darüber hinaus ist die hohe Hepatitis C-Verbreitung unter Drogenabhängigen auch nicht von den zuständigen gesundheitspolitischen Behörden thematisiert worden – jedenfalls nicht als Gesundheitsproblem mit starkem Handlungs- und Forschungsbedarf. Eine nationale Hepatitis C-Strategie, wie sie in anderen Ländern angesichts der gesundheitspolitischen Herausforderung entwickelt wurde (siehe Australien) fehlt völlig.

In der Drogen- und Aidshilfe haben sich Aktivitäten zur Infektionsprophylaxe in den letzten Jahrzehnten auf HIV/Aids konzentriert. Man ging lange Zeit davon aus, dass bei einer erfolgreichen Aidsprävention auch Hepatitis-Infektionen »automatisch«, als »Huckepack-Strategie« vermieden werden können – eine Fehleinschätzung, wie die Prävalenzraten im Vergleich zeigen:

Die heutige Prävalenz von HIV unter Drogengebrauchern ist gegenüber der Prävalenz, die vor zwanzig Jahren in Drogenszenen vorgefunden wurde, und entgegen früherer Prognosen mit ca. 5 Prozent erfreulich niedrig (wenn auch immer noch wesentlich höher als in der Allgemeinbevölkerung). Man kann also mit Recht davon ausgehen, dass i. v. Drogengebraucher sich effektiv vor HIV schützen, sie zu Einstellungs- und Verhaltensveränderungen in der Lage sind. Die Informations- und Versorgungsleistungen der Aids- und Drogenhilfe haben wesentlich zum Erfolg dieser geringen HIV-Prävalenz beigetragen.

^{xi} Dieser Beitrag und auch das Referat auf dem Fachtag basiert auf Diskussionen und gemeinsamen Arbeiten mit Astrid Leicht, Fixpunkt e.V., Berlin.

Eine Hepatitis B haben ca. 40 – 60 Prozent der Drogengebraucher durchgemacht. Eine chronische Hepatitis B ist bei Drogengebrauchern mit ca. einem Prozent aber selten anzutreffen. Die Verbreitung der Hepatitis A, die nie chronisch wird, wird auf ca. 30 % geschätzt (Holbach et al (1998) in: DBDD, 2001). Die Angaben zur HCV-Prävalenz hingegen bewegen sich, je nach untersuchter Konsumenten-Population, zwischen 50 und 90 Prozent (EU-weit zwischen 40 und 90 %, siehe EMCDDA 2003). Bei bis zu 60 Prozent der jährlich ca. 5.000 – 6.000 neu gemeldeten HCV-Infektionen wurde als vermuteter Infektionsweg »intravenöser Drogengebrauch« genannt. Bei einem Großteil der Betroffenen entwickelt sich eine chronische Hepatitis (60 – 80 %, Robert-Koch-Institut, 2003: 80 – 85 %; Health Education Board 2002). In den meisten Fällen verläuft sie asymptomatisch – die Menschen sind sich ihrer chronischen Infektion nicht bewusst, können aber andere Personen anstecken.

Eine retrospektiv angelegte Studie aus Schottland (Delahooke, Blair Haydon 1998) zeigt, dass 21 % der HCV-Infizierten nach 20 Jahren eine Zirrhose entwickeln, 33 % nach 25 Jahren und 50 % nach 30 Jahren. Das Fortschreiten der Krankheit wird bei einer HIV-Koinfektion oder durch exzessives Trinken beschleunigt. Bei Personen, die sich erst nach dem 30. Lebensjahr infiziert haben, wird der Krankheitsverlauf ebenfalls beschleunigt.

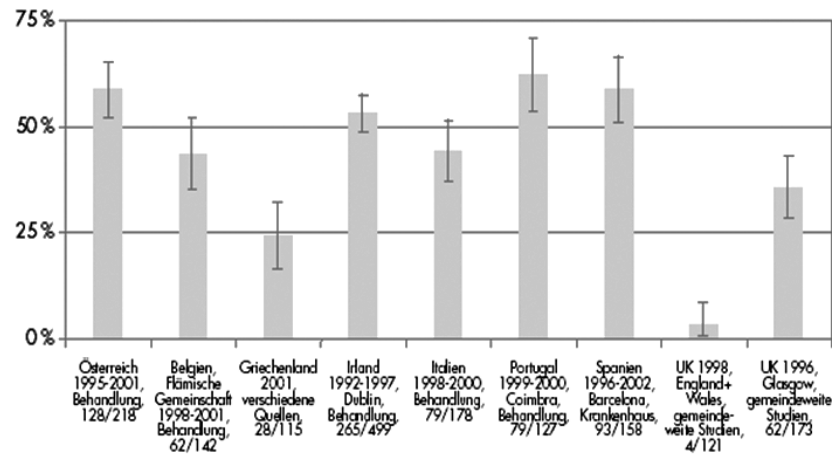
Damit wird Hepatitis C zur zentralen gesundheitspolitischen Herausforderung der nächsten Jahre (vgl. Kools et al. 2000). Wie kommt es, dass Hepatitiden, besonders die Hepatitis C, unter Drogengebrauchern so weit verbreitet sind?

1. Gründe für die geringe Aufmerksamkeit gegenüber Hepatitis C

Das Hepatitis-C-Virus (früher als Non-A-Non-B-Hepatitis bekannt) konnte sich viel ungehinderter als HIV verbreiten: HCV existiert schon viel länger als HIV, also schon zu Zeiten, als die Drogenhilfe noch ausschließlich auf Abstinenz ausgerichtet war, es noch keinerlei Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Infektionsprophylaxe und schon gar keine Maßnahmen der Schadensminderung (Harm-Reduction, wie Spritzenvergabe, Safer-Use-Aufklärung, Substitutionsbehandlung etc.) gab. Hepatitis war ein ständiger Begleiter vieler Drogenabhängiger, scheinbar eine naturgegebene Bedrohung und nur schwer vermeidbare Begleiterscheinung intravenösen Drogenkonsums. Vor allem in den 80er Jahren ist zwar ein Bewusstsein über Hepatitis (»der Gilb«) vorhanden gewesen, schien aber angesichts der Abstinenzdominanz kaum zu verhindern. Und in der Tat: die Grafik des EMCDDA (2003) auf der nächsten Seite zeigt, dass mehrere – neuere – Studien zeigen, dass bereits weniger als zwei Jahre i. v. Drogenkonsums für eine hohe Wahrscheinlichkeit der HCV-Infektion (durchschnittl. 50 %) ausreichen.

Bis weit in die neunziger Jahre hat das Thema Hepatitis in der Drogen- und Aids-Hilfe eine geringe Beachtung erfahren, das betrifft auch die Thematisierung der unterschiedlichen Übertragungswege und der Routinen. Erst ab etwa Mitte der 90er Jahre haben sich die Akteure und Institutionen der Gesundheitsversorgung intensiver mit dem Thema Hepatitis befasst, zunächst eher in der eher pflichtschuldigen Verfassung von Broschüren und Merkblättern, die die komplizierten Themen von Übertragung, Behandlung und Prävention aufgriffen. Bis auf wenige Ausnahmen ist die Befassung

Prävalenz der Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus unter seit weniger als zwei Jahren injizierenden Drogenkonsumenten



Bei Vergleichen ist Vorsicht geboten, da die Daten mithilfe verschiedener Studienanforderungen und -methoden ermittelt wurden. Die Klammern geben das 95%-Vertrauensintervall an.

(Quelle: EMCDDA 2003)

nicht über eine randständige Bedeutung in der konkreten Praxis und Politik in der Gesundheitsversorgung hinausgekommen. Eine Unterentwicklung der Präventionsbotschaften, -medien und -strategien lässt sich ausmachen^{xi}, die insbesondere als Ergänzung zur HIV/AIDS-Strategie nötig wären.

Diese Entwicklung hat zu einer epidemiologischen Dynamik geführt: Da insgesamt schon viele Drogengebraucher HCV-infiziert sind, ist die Gefahr, sich in einer Risikosituation anzustecken, sehr hoch. Die im Vergleich zu HIV erheblich höhere Infektiosität und Überlebensfähigkeit des Hepatitis C-Virus ist in der infektionsprophylaktischen Aufklärungsarbeit nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt worden. Hier werden grundsätzliche Hygienedefizite in den Lebensbedingungen der DrogenkonsumentInnen relevant, die auch auf die größere soziale Dimension der Hepatitis-Epidemie hinweisen. Das Motto der HIV-Prävention: »Für jeden Druck 'ne saubere Pumpe« hat sich als verkürzt herausgestellt. Möglicherweise haben sich viele Infektionen nicht durch direkten Spritzentausch bzw. gemeinsame Spritzenverwendung, sondern durch gemeinsame Verwendung von blutkontaminierten Utensilien wie Filter, Wasser, Wasserbehälter, Feuerzeug sowie über blutverunreinigte Tischoberflächen, Waschbecken etc. ereignet. Das macht Prävention und Intervention komplizierter, die Botschaften zur Ansteckungsvermeidung werden differenzierter und müssen situations-/individual-/alters-/kultur- und geschlechtsspezifisch angepasst werden.

Aber – nicht nur die virologisch bedingten Eigenschaften, auch die gesellschaftliche Reaktionen auf HIV bzw. Hepatitis sind sehr unterschiedlich. Gründe dafür sind u. a., dass die publizistische Aufmerksamkeit bei HIV erheblich höher war, weil es sich bei HIV/AIDS um eine »neue« tödlich endende Infektionskrankheit im Zeitalter des medizinischen Perfektionismus handelte, HIV sexuell übertragen werden kann und der HIV-Krankheitsverlauf in den ersten Jahren bis zum Einsatz antiretroviraler Therapien erschreckende, dramatische Erscheinungsformen wie starke Auszehrung und die auffälligen rote Flecken auf der Haut hatte. Durch den Tod berühmter Künstler wie z. B. Rock Hudson und Freddy Mercury, die frühe Opfer der HIV-Epidemie waren, gelangte das Thema HIV/AIDS weltweit an die breite Öffentlichkeit. Die globale Bedrohungssituation mit schweren Folgen für die Bevölkerungszusammensetzung, fatalen ökonomischen, kulturellen und politischen Folgen für ganze Kontinente wurde (und konnte) bei HCV nie gesehen (werden). Gesundheits- und gesellschaftspolitisch hat HIV/AIDS also eine Schubkraft entwickelt, die massive Veränderungen im Gesundheitssystem zur Folge hatte. HIV/Aids hatte somit stets eine politische Dimension. Die Infektionskrankheit diente als Vehikel und Ventil für den gesellschaftlichen Diskurs zu Themen wie »Sexualität«, »Homosexualität«, »Selbstverantwortung«, »Zwang«, »Schuld« und »Akzeptanz von Abweichungen von der gesellschaftlichen Norm«. Die Hauptbetroffenen, schwule Männer, konnten erfolgreich ihre politische Lobby organisieren und haben diese auch für andere Hauptbetroffenengruppen, die Drogengebraucher und Prostituierten, eingesetzt. Also eine Mischung aus Angst einer neuen Bedrohung gegenüber, Bürgerrechtspolitik und Kampf von Betroffenenorganisationen hat anfänglich für die gesundheitspolitische Schubkraft gesorgt, die für Hepatitis C nie entwickelt werden konnte – und Drogengebraucher allein konnten keine starke Lobby aufbauen. Es scheint, als wäre Hepatitis eine graue, schleichende, vergessene Krankheit, die mit folgenden Negativ-Begriffen charakterisiert werden konnte:

- Präventionsnachlässigkeit
- Präventions-/Behandlungspessimismus
- Fatalismus: Unentrinnbares Schicksal
- Impfmüdigkeit (bei HBV)

Diese Charakterisierung der Krankheit impliziert bereits eine geringe (fach-)öffentliche Thematisierungsmöglichkeit. Ganz im Gegensatz zur Entwicklung im HIV/AIDS-Bereich: Entsprechend der hohen politischen Bedeutung aufgrund der starken emotionalen Aufladung in der Bevölkerung wurden der Aids-Forschung, -Behandlung und -Prävention anfänglich finanzielle Mittel zugänglich gemacht, die im Prinzip nicht in verhältnismäßiger Relation zu anderen sexuell bzw. blutübertragbaren Infektionen stehen. Mittlerweile sind die Budgets vieler AIDS-Hilfen allerdings so stark gekürzt worden, dass die Basisarbeit trotz wieder ansteigenden Bedarfs (Erhöhung der Zahl jährlicher HIV-Neuinfektionen) nicht mehr geleistet werden kann. Und auch die (sozialwissenschaftliche) Forschungsarbeit wird seit mehr als einem Jahrzehnt völlig unzureichend unterstützt. Es scheint nun, als bestünde bei verantwortlichen Politikern und FachreferentInnen die Sorge, dass eine öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber Hepatitis C wieder zu Aufregung und Panik in der Bevölkerung führen könnte. Dies könnte zur

Folge haben, dass (zusätzlich) finanzielle Mittel in Hepatitis-C-Maßnahmen gelenkt werden müssten. Aus diesem Grund scheint es, dass politisch und fachlich Verantwortliche in den zuständigen Bundesbehörden (BMGS) möglichst abwiegeln und die Augen vor den Dimensionen von HCV verschließen.

2. Anforderungen an eine wirksame HCV-Prävention

Der hohe Verbreitungsgrad der Hepatitiden unter Drogengebrauchern vor allem bei der Hepatitis B und C kann auch einen engagierten Präventionsaktivisten zunächst entmutigen. Ein »Präventionspessimismus« ist unter vielen Berufsgruppen verbreitet und schlägt einem in manchen settings entgegen, als »Da kann man ja eh' nichts mehr machen, sind doch sowieso alle infiziert« (z. B. im Gefängnis). Vielleicht ist dies auch ein Grund dafür, dass Hepatitis als »stille und vergessene Infektion« so lange im Schatten von HIV/AIDS stand.

Es gibt jedoch einige gute, überzeugende Gründe, den Präventionspessimismus zu überwinden:

- Jede verhinderte Infektion ist ein großer Erfolg!
- In epidemiologischer Hinsicht muss man langfristig denken. Jede verhinderte Infektion unterbricht eine Infektionskette oder sogar eine Infektionspyramide.
- Ein Impfschutz gegen Hepatitis A und B ist im Prinzip eine einfache und gute Möglichkeit, die für viele Jahre gegen Hepatitis A und B schützt. Vor allem HCV-Infizierte sollten sich impfen lassen, um die Leber vor weiteren Infektionen zu schützen.
- Nach einem Kontakt bzw. einer Infektion mit HCV ist eine Spontanheilung oder eine Heilung mit Hilfe einer medikamentösen Therapie möglich. Da man aber nie immun gegen HCV werden kann (das ist bei Hepatitis A und B anders!), ist eine erneute Ansteckung mit HCV besonders tragisch.
- HCV-Infizierte tragen auch eine Verantwortung zum Infektionsschutz in ihrem sozialen Umfeld. Sie müssen besonders sorgfältig und hygienisch mit ihrem Blut umgehen, um andere zu schützen.

2.1. Zielgruppen und settings

HCV-Infektionen ereignen sich meist bereits zu einem frühen Zeitpunkt des intravenösen Drogenkonsums; viele stecken sich bereits in den ersten beiden Jahren an (vgl. EMCDDA 2004). Drogenkonsumenten in einem solch frühen Stadium des Konsums zu erreichen, ist eine besonders große Herausforderung. Da DrogengebraucherInnen in der Anfangszeit des Konsums eher keinen Kontakt zum Drogen- und Aids-Hilfe-System suchen, müssen sich die Drogen- und Aids-Hilfen um die »Neueinsteiger« intensiv bemühen. Eine Kooperation mit der Jugendarbeit, der Jugend-/Gerichtshilfe und der Suchtprävention ist dabei sehr wichtig.

Besonders gefährdet sind Drogengebraucher mit Migrations-Hintergrund. Ist der Wissensstand bei deutschen Konsumenten schon eher dürftig, so sind Migranten noch stärker im Hintertreffen, wenn es um grundlegende Informationen und Handlungsoptionen geht.

Weiterhin wird »Inhaftierung« als Risiko einer Hepatitis-C-Infektion in mehreren Studien als besonderes Risiko herausgearbeitet. Das zeigt, dass man sich im Vollzug dem Übertragungsrisiko stärker stellen muss. Es reicht nicht, entsprechend der Situation außerhalb des Gefängnisses vor 15 Jahren, an die Abstinenz als Behandlungs- und gleichzeitiges Vollzugsziel zu appellieren und Abweichler von diesen Zielen allenfalls als erneute Täter zu begreifen – es müssen kultur-/geschlechts- und altersspezifische Strategien des Umgangs mit dem Tabu Drogenkonsum und Infektionsgefahren entwickelt werden (Stöver/Trautmann 2003).

Eine weitere vorrangige Zielgruppe der Präventionsarbeit sollten Menschen in besonders ungesicherten bzw. schlechten Lebensverhältnissen mit hochriskanten Drogenkonsummustern sein, also im Strafvollzug, bei Obdachlosigkeit oder in akuten Notlagen (siehe BMGS 2004).

Die Basis für jegliche Präventionsaktivitäten ist jedoch zunächst die Überzeugungsarbeit bei den professionellen Helfern und die konzeptionelle Einbettung von HCV-Präventionsarbeit in die alltägliche praktische Arbeit. Auch hier herrscht Verwirrung und Unsicherheit über Übertragungswege, Charakter und Dynamik der Infektion, selbst in der unmittelbar mit DrogengebraucherInnen arbeitenden Profession der SozialarbeiterInnen in den Angeboten der Drogen- und Aids-Hilfe. Wie sieht es dann erst bei MitarbeiterInnen von Hilfeeinrichtungen außerhalb dieses zielgruppenspezifischen settings aus?

2.2. Wichtige Botschaften für Verhaltensprävention

Die Verhaltensprävention basiert auf folgenden Kernelementen:

- Information / Wissensvermittlung
- Individuelle Beratung
- Stetige Erneuerung komplexer Botschaften
- Lebensweltnähe
- Zielgruppenspezifität, d. h. vor allem
- Geschlechts-/Kultur-/Altersspezifik (hier v. a. junge KonsumentInnen)

Die Hepatitis-Prävention ist ein breites, vielschichtiges und tiefgründiges Aufgabenfeld. In der Aufklärungsarbeit sollten folgende Inhalte auf jeden Fall vermittelt werden:

- Unterscheidungsmerkmale zwischen Hepatitis A, B und C vermitteln. – Viele Menschen kennen die bedeutsamen Unterschiede bei der Übertragung, beim Infektionsschutz, den Auswirkungen einer Infektion und die Therapiemöglichkeiten nicht.
- Hepatitis-A- und -B-Impfung fördern und auch fördern. – Die Impfung ist ein wirksamer Schutz und sollte Drogengebrauchern unbedingt nahegelegt werden.
- Informationen zu Übertragungsrisiken verbreiten. – Alltags- und lebensweltbezogene Information ist notwendig.
- Förderung eines »Blutbewusstseins«: Vermeidung jeglichen Blutkontakts (auch auf Oberflächen). – Das »Blutbewusstsein« ist besonders bei der Hepatitis-C von großer Bedeutung.

- Verknüpfung dieser Informationen mit dem persönlichen Lebensalltag im Sinne eines persönlichen Risikomanagements. Prävention kann nur wirksam sein, wenn sie im Alltag auch anwendbar ist.
- Angemessene Hygiene beim alltäglichen Umgang mit Blut bzw. mit Gegenständen, die blutverunreinigt sein können. – Alltagshygiene als ein Element der Infektionsprophylaxe ist bislang zu sehr vernachlässigt worden.
- Bedeutung einer HCV-Testberatung, Aussagekraft von Testergebnissen. – Die gängigen Testergebnisse sind nur beschränkt aussagekräftig. Die Auswirkungen eines HCV-Testergebnisses sind nicht zu unterschätzen.
- Heilungsmöglichkeiten bei Hepatitis. Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten erweitern sich seit einigen Jahren rasant.
- Re-Infektionsmöglichkeiten. – Gegen Hepatitis-C kann man nicht immun werden; eine erneute Infektion nach Ausheilung ist also möglich.

2.3. Methoden- und Strategievelfalt

Eine Vielfalt von Methoden zur Informationsvermittlung, zur Erweiterung des Wissens über Zusammenhänge von Infektionskrankheiten und Drogenkonsum und zum Einüben von präventionsbewusstem Handeln ist unbedingt notwendig.

Auch wenn es die einfachste Methode ist: allein über schriftliches Material ist eine Informationsaufnahme und -verarbeitung bei den meisten Menschen nicht zu erreichen. Eine zentrale Bedeutung hat die zwischenmenschliche Kommunikation. Hier muss es gelingen, anknüpfend an der aktuellen Situation und der Persönlichkeit des einzelnen Gegenübers, Botschaften so zu vermitteln, dass sie einen konkreten Bezug zum Leben und Bewusstsein des Angesprochenen haben. Ergänzend können Methoden eingesetzt werden, die alle Wahrnehmungssinne beim Menschen ansprechen und interaktiv sind.

Hepatitis-Prävention kann nur erfolgreich sein, wenn man die Plattform des Allgemeinen verlässt. Im Prinzip sind die wesentlichen Informationen zum Infektionsschutz bekannt. Aber sie nützen wenig, wenn sie nicht »begreifbar« und in der alltäglichen Routine auch anwendbar gemacht werden. Es ist für die meisten Menschen eher schwer, Wissen in die alltägliche Praxis umzusetzen. Damit dies möglich ist, ist es sinnvoll, an bereits bestehende und praktizierte Risikomanagement-Strategien anzusetzen. Diese müssen überprüft und möglicherweise angepasst werden. Hepatitis-Prävention kann nur wirksam sein, wenn die Drogen- und AIDS-Hilfe verstärkt Einzelsprache und eine Einzelfall-Orientierung vornimmt. Die Drogen- und AIDS-Hilfe kann sich nicht auf den (am Rande mitlaufenden) Transport von Infektionsbotschaften in größeren Versorgungsangeboten (Kontaktladen etc.) verlassen. Gerade die Druckraum-Studien-Evaluation hat besondere Defizite in diesen Angeboten ausgemacht^{xi} (siehe Poschadel 2002).

Gleichzeitig bestehen aber auch erhebliche Defizite und Hemmnisse bei der konkreten Umsetzung von harm-reduction-Botschaften, sowohl bei den GebraucherInnen als auch bei den professionellen HelferInnen (siehe Leicht/ Stöver 2004 a/b/c).

Bei gemeinschaftlichem Konsum wird eine Risikoberechnung durchgeführt: Wichtig ist, ob der Konsumpartner bekannt ist bzw. in welcher Beziehung man zu dieser Person steht, ob diese schon länger konsumiert, ob er/sie chaotisch konsumiert oder nicht, sauber aussieht, welcher Kultur er/sie angehört, wie der Ruf auf der Szene ist usw. Das Risiko wird differenziert und berechnet entsprechend der Logik von Fremdheit. Die Insider-Outsider Gegenüberstellung stellt eine Form situationsbezogener Rationalität her. Das bedeutet konkret, dass HCV-präventive Botschaften bei Fremden effektiv sein werden, da sie an einer bereits vorher existierenden Unbehaglichkeit gegenüber dem Fremden anknüpfen. Sobald aber »Insider«-Blut im Spiel ist, ist die Effizienz der Botschaft schon zweifelhaft. Präventionsbotschaften müssen sich also in einer Form von »Blutbewusstsein« an das »Fremde« in der eigenen Insider-Kultur richten: mein Besteck, dein Besteck – auch für Liebesbeziehungen... Diese Botschaft stellt aber in hohem Maße eine Vereinzelung der KonsumentInnen her, fordert Achtsamkeit und Wachsamkeit gegenüber jedem/jeder Anderen. Das wird oft so verstanden, dass man/frau niemandem mehr vertrauen kann. Es geht vielleicht auch das Gefühl von Geborgenheit und das Sich-Gegenseitig-annehmen-können-wie-man-ist verloren.

Es wird deutlich, dass die HCV-präventiven Botschaften behutsam und so adressiert werden müssen, dass sie annehmbar, nachvollziehbar und überzeugend bleiben und nicht als Misstrauen (engsten) Vertrauten gegenüber, als spalterisch und feindselig zurückgewiesen werden können. Die Schere zwischen Sicherheitsbotschaft und Bedrohung der letzten Verlässlichkeiten (die eigene, »Insider«-Kultur) darf nicht zu sehr auseinandergehen. Ansonsten kann die HCV-präventive Botschaft leicht als wirklichkeitsfremd oder gar bedrohlich abgelehnt und damit nicht in die Alltagswelt einbaubar wahrgenommen werden.

- Interventionen sollten an bereits praktizierte risikoreduzierende Strategien innerhalb der Drogenszene anknüpfen. Gut ist es, wenn man anerkannte »Szenegrößen« als Unterstützer gewinnen kann. Infektionsrelevante Situationen, die thematisiert werden sollten, sind der gemeinschaftliche Konsum, Mangel- und Stress-Situationen.

Es kann nicht um die Festlegung von Patentrezepten oder Handlungsanleitungen gehen. Handlungskompetenzen müssen erworben oder trainiert werden, um für schwierige Situationen gewappnet zu sein. Letztlich muss jeder Konsument für sich realistisch einschätzen, was möglich ist. Das Infektionsrisiko beim i. v. Drogengebrauch kann gemindert, aber letztlich kaum ausgeschlossen werden.

Die Chance einer unideologischen, offenen und ins Detail gehenden Präventionsarbeit liegt darin, dass auch in kritischen, schwer beherrschbaren Situationen die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass risikoärmere Verhaltensweisen möglich sind – weil sie vorher diskutiert, reflektiert, vielleicht auch geübt worden sind. Der Konsument geht bewusster mit sich und seinem Risiko um.

2.4. Projekt- / Praxisbeispiele

Im Folgenden möchten wir einige Anregungen für die praktische Umsetzung der Hepatitis-Prävention anhand von Beispielen aus der Drogen-/Aidshilfe geben:

Aufsuchende Gesundheitsberatung auf offenen Drogenszenen: Die MitarbeiterInnen von »Mainline«, Amsterdam suchen das Gespräch und bieten sich als Diskussionspartner an. Interessant ist der Anknüpfungspunkt an den Erfahrungen, Meinungen und an den »Gesundheitsglaubenssätzen« (health beliefs) der DrogenkonsumentInnen. Die von Mainline veröffentlichte Zeitung »Mainliners« publiziert aus User-Sicht wichtige alltägliche und grundsätzliche Themen. Weitere Infos: www.mainline.org

AHCV-Peer-Projekt: Drogengebraucher werden zu HCV geschult und beauftragt, in Drogenszenen Aufklärung zu betreiben. Sie erhalten ein Zertifikat, können nachgeschult werden und erlangen den Status eines »Experten« (Projekt in der Schweiz, siehe archido.de).

Apotheken-Kampagne: An Apotheker werden kleine Taschen mit spezifischen Info-Materialien und Kontaktangeboten verteilt. Die Apotheker geben diese Taschen an ihre drogengebrauchenden Spritzenkunden weiter.

Polizei-Kampagne: Präventionsarbeit wird meist wie selbstverständlich individual- und verhaltensbezogen verstanden. Doch die sozialen Verhältnisse müssen in gleicher Weise thematisiert werden. Wenn beispielsweise die Polizei Spritzenfunde als Anlass zur weiteren Personenüberprüfung auf dem Polizeirevier oder gar Beschlagnahme nimmt, leben DrogenkonsumentInnen in ständiger Angst und versuchen, möglichst wenig »Beweise« mit sich zu führen. Deshalb wird häufig erst der Stoff und dann erst eine sterile Spritze besorgt. Als strukturelle Voraussetzung zur Veränderung solcher Handlungsrou-tinen muss der Kontakt und der Austausch mit der Polizei vor Ort hergestellt werden.

»**Gegenstand der Woche**«: Es werden Gegenstände, die HCV-relevant sind (infektionsgefährlich bzw. schützend) den Klienten präsentiert, z. B. mit Schautafeln, Infotischen, Handzetteln und damit systematisch auf breiter Ebene eine Kommunikation zum Thema angeregt.

Safer-Use-Video: Darstellung von infektionsriskanten Situationen, Schutzmöglichkeiten und der Bewältigung präventionserschwerender Probleme (Bezug über: www.fixpunkt.org).

Hygiene-Aufklärung: Wichtig ist die Entwicklung eines »Blutbewusstseins« in Hinblick auf den Drogengebrauch. Beim Injizieren fließt in der Regel viel Blut, aber in der All-täglichkeit dieses Geschehens fehlt es an allgemeinem Hygienebewusstsein. Es gehört deshalb zur Aufgabe der Drogenhilfe und der Selbsthilfe, die Aufmerksamkeit hierfür zu schärfen. Ein grundlegendes Element der Hygiene-Aufklärung ist das Thema »Händewaschen« (siehe auch www.haende-waschen.de).

Psychosoziale Betreuung Substituierter: In diesem setting befinden sich vergleichsweise die meisten Drogenabhängigen in Deutschland. Systematische und konzen-trierte Schulungen zur Hepatitis-C-Prävention wären ein geeigneter Ort, weil hier psycho-soziale Faktoren als auch medizinisches Know-How zusammentreffen.

Strafvollzug: Der Strafvollzug bietet gute Möglichkeiten der Ansprache von Infektionsrisiken. Dies hat nur geringe Chancen wenn es im Rahmen eines Unterrichts »konfron-tativ« geschieht. Stattdessen muss an den Erfahrungen der Gefangenen angesetzt werden. So können z. B. »fatale Irrtümer« herausgearbeitet werden (z. B. »Ich bin schon HCV-positiv – ich kann mich nicht mehr anstecken«). Dass die Einrichtung von peer-support-Gruppen, safer-use-Trainings auch im Gefängnis möglich sind, zeigen einige praxisorientierte Studien auf (Jacob/Stöver 1998; Stöver/Trautmann 1998).

Differenzierung der Vergabe von Konsumutensilien: Es reicht nicht aus, nur Spritzen abzugeben. Zusätzliche Materialien zum Spritzen (stéricup) aber auch zu alternativen Konsumformen, die auch HCV-Risiken bergen (z. B. Röhrchen für nasalen Konsum) müssen ausgegeben und zum Anlass für Diskussionen über Hygiene und Übertra-gungsrisiken genommen werden.

Workshops zum risikominimierenden Drogengebrauch durchgeführt, um insbeson-dere MitarbeiterInnen in niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe und von Drogenselbsthilfegruppen in Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe lebensweltnah zu schulen und trainieren. Fortbildung sollte auch im Wechsel als »in-house«-Training organisiert werden, um den spezifischen Praxisanforderungen gerecht zu werden.

Plakate und Broschüren: Zielgruppenspezifische Materialien, z. B. von der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) dienen der Ergänzung bzw. Vertiefung von Informationen.

Impfkampagne: Trotz der eindeutigen Impf-Empfehlung wird DrogengebraucherInnen bzw. chronisch HCV-Infizierten die Impfung erfahrungsgemäß von niedergelassenen ÄrztInnen, auch Substitutions-Ärzten, leider nicht offensiv angeboten. Ein Grund ist vermutlich die allgemeine Arbeitsbelastung, die eine Fokussierung der Arztpraxis auf dieses »Spezialthema« häufig erschwert. Und obwohl die Impfung als Präventions-Leis-tung außerhalb des Budgets abgerechnet werden kann, gibt es keinen finanziellen Anreiz für Ärzte. Die Vergütung für die vorher notwendige Impfberatung und die Imp-fung ist niedrig (ca. 6 Euro pro Impfung), so dass sie nicht im Verhältnis zum Aufwand (Motivationsarbeit, Management der erforderlichen Serologien und Impftermine) steht. Impfkampagnen für Risikogruppen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind bislang nur im Einzelfall durchgeführt worden und nur mit erheblichem organisa-torischem und finanziellen Aufwand zu realisieren.

3. (Gesundheitspolitische) Präventionsstrategien gegenüber der HCV-Epidemie

In Anbetracht der epidemiologischen Situation und der in Zukunft noch steigenden negativen Auswirkungen der HCV-Epidemie ist eine nationale Hepatitis C-Gesamtstrategie angemessen. Politisch Verantwortliche und Ministerien auf Bundes- und Länderebene sollten unter Einbeziehung von Experten Zielsetzungen und Maßnahmen in den Bereichen Epidemiologie, medizinischer Therapie einschließlich der Grundlagen- und Anwendungsforschung, aber auch der Prävention bestimmen. Die Maßnahmen sollten sinnvoll koordiniert werden. Ein Anfang ist mit dem medizinischen Kompetenznetzwerk Hepatitis gemacht worden (www.kompetenznetz-hepatitis.de).

Ein Schritt jedes »aufmerksamen Bürgers« sollte es deshalb sein, politisch Verantwortliche, Fachbehörden und Fachverbände auf das Thema HCV aufmerksam zu machen, Stellungnahmen einzufordern, Zuständigkeiten zu erfragen und auf abgestimmtes Vorgehen zu drängen.

Auf dem »1. Internationalen Fachtag Hepatitis C – Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und Psychosozialer Betreuung bei Drogengebrauch am 24. und 25. Mai 2004 in Berlin ist ein Aktionsbündnis begründet worden, das eine nationale Hepatitis C-Strategie einfordert und Eckpunkte dazu erarbeiten wird. Das Aktionsbündnis knüpft hierbei an den umfangreichen Erfahrungen in Australien (www.health.gov.au) an.

Präventionsmüdigkeit überwinden!

Jede verhinderte Infektion ist ein Erfolg. Auch wenn die meisten intravenös Drogenkonsumierenden bereits chronisch HCV-infiziert sind, muss die HCV-Präventionsarbeit vor allem für und mit den jüngeren Gefährdeten verbessert und verstärkt werden. Die Präventionsarbeit zielt darauf ab, dass ALLE über HCV-Infektionswege und -schutzmöglichkeiten informiert sind, um sich und auch andere schützen zu können. Auch das Wissen und der Zugang zur medikamentösen Therapie wirkt HCV-präventiv, weil die Infektion nach erfolgreicher Behandlung nicht mehr weiter verbreitet wird. Eine begleitend notwendige Maßnahme ist die Hepatitis-A- und -B-Impfung aller chronisch HCV-Infizierten und aller i. v. Drogengebraucher.

Erfolgsversprechende Methoden der Präventionsarbeit sind neben den klassischen Service-Angeboten (Spritzen-/Spritzenhilfenvergabe) die individuelle Information und Beratung und der Einsatz von Gleich-zu-Gleich-Strategien (»Peer-Ansatz«) und von weiteren Multiplikatoren (z. B. Jugendhilfe, Apotheken). Der Einsatz von kreativen Methoden (Vor-Ort-Aktionen, Kampagnen, Lehrfilme sowohl für Betroffene als auch für MitarbeiterInnen in dezentralen Drogen- und AIDS-Hilfen, aber auch in angrenzenden Hilfesegmenten (Jugend-, Bewährungshilfe, Krankenhäuser etc.) verstärkt die klassischen sozialarbeiterischen bzw. medizinischen Arbeitsformen der Beratung und Vergabe von Informationsmaterial.

Dem Therapiepessimismus entgegenwirken!

Der rasante medizinische Fortschritt in der erfolgreichen Behandlung der HCV-Infektion ist bei der Mehrzahl der Drogengebraucher, Sozialarbeitern und selbst bei vielen Medizinern noch nicht bekannt.

Nicht jeder, der chronisch HCV-infiziert ist, muss oder sollte therapiert werden. Aber eine regelmäßige Untersuchung und Beratung durch Hepatitis-Spezialisten können bei der Therapie-Entscheidung sehr hilfreich sein. Denn auch wenn das Leben mit dem HC-Virus über viele Jahre beschwerdefrei sein kann – das Risiko einer fortschreitenden Erkrankung und die Gefahr, dass andere angesteckt werden können, können eine hohe Belastung für die Betroffenen darstellen.

Hepatitis C muss aus dem Schatten von HIV/AIDS herausgelöst werden, gleichzeitig kann von den gesundheitspolitischen Veränderungen, die mit HIV/AIDS erreicht worden sind, profitiert werden – eine gesellschaftliche Lernstrategie, mit Akzeptanz und Einbezug der Zielgruppen verspricht Aussicht darauf, Präventionsbotschaften stärker zu verankern, das Wissen der Zielgruppen, aber auch aller Beteiligten drumherum zu verbessern, den Zugang zur und die Adhärenz (Therapietreue) bei der HCV-Therapie zu erhöhen.

Literatur

- Bornemann, R. (1997): Needle sharing. In: Gözl, J. (Hrsg.): Der drogenabhängige Patient, München: Urban u. Fischer, S. 156-160
- Brack, J.: Die Hepatitiden B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie; Suchttherapie Supplement 2002; 3; S3 – S10
- BMGS/Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Expertengespräch zur Verbesserung der Hepatitis-Prävention und Behandlung für Drogenabhängige am 5. September 2003 in Berlin
- DBBD (2001): Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001, S. 66
- EMCDDA (2003): Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2003. Lissabon, Portugal
- EMCDDA (2004): Hepatitis C: A hidden epidemic. A major challenge to public health. In: Drugs in focus. Bimonthly briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Delahooke, T.; Blair, C.S.; Haydon, G.H. et al. (2002): The natural history of chronic hepatitis C virus in a Scottish population. In: Hepatology 28, 275A
- Health Education Board for Scotland (2002): Preventing HCV in Scotland: Options for action. Report of a deliberate seminar, Edinburgh
- Jutta Jacob, H.S. (Hrsg.): Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen. Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug. Oldenburg: BIS-Verlag, 1998
- Kools, J.-P., Boerboom, S.; Viergever, B. (2000): Hepatitis und Drogengebrauch – Vorbeugung und Gesundheitsratschläge. In: Heuttlas, J.-H.; Stöver, H. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt: Fachhochschulverlag, S. 281-293
- Leicht, A.; Stöver, H. (2004a): Der Transfer von Risk Reduction-Strategien in den Alltag der Drogen- und AIDS-Hilfen. In: AIDS und Drogen. Ein Beratungsführer. Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
- Leicht, A.; Stöver, H. (2004b): **Hepatitis C – die stille und vergessene Epidemie. Eine große Herausforderung für die Gesundheitspolitik der nächsten Jahre: Nehmen wir sie an? In: Mabuse 2004 (im Druck)**

- Leicht, A.; Stöver, H. (2004c): Innovative Strategien der Hepatitis-C-Prävention. In: Heudtlass, J.-H.; Stöver, H. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Fachhochschulverlag Frankfurt (im Druck)
- Poschadel et. al. (2002): Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland (Fassung vom 19.08.02). Bochum
- Reimers, J. (2004): Europäische Standards der Hepatitis-Behandlung. EMCDDA, Lissabon/Portugal (im Druck)
- Robert-Koch-Institut (2003), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15, S. 11
- Stöver, H.; F. Trautmann: »The European Peer Support Project, phase 3: »Risk reduction activities in prison« Utrecht: Trimbos instituut (Selbstverlag) 1998
- Stöver, H. (2002): Hepatitis-Prophylaxe für Drogengebraucher(innen). In: Suchttherapie, 3. Jahrgang, Juli. 2002, S 31-S37
- Stöver, H.; Trautmann, F. (2002): Risikominimierung im Strafvollzug – Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen. Deutsche AIDS-Hilfe: Berlin, 2003
- Stöver, H.; Leicht, A. (2003): Problemübersicht: Hepatitis-Prävention für DrogenkonsumentInnen. Beitrag auf dem Expertengespräch zur Verbesserung der HIV/HCV-Prävention und -behandlung für Drogenabhängigen am 5.9.04 in Berlin

Innovative Präventionsideen aus der Schweiz

Régine Linder, Christopher Eastus

Von Hepatitis, insbesondere des Typus C, sind in der Schweiz – je nach Konsumdauer – zwischen 50 % und 95 % der intravenös Drogen Konsumierenden betroffen. Dies entspricht bei vorsichtigen Schätzungen einer Gesamtzahl von 15.000 bis 28.500 betroffenen Menschen (von total rund 70.000 in der Schweiz; vgl. <http://www.hepatitis-info.ch/>). Diese Gruppe der Drogenkonsumierenden macht auch den Hauptanteil der registrierten Fälle aus. Die Konsequenzen für das Gesundheitswesen sind enorm; bei Chronifizierung der Krankheit drohen schwerste gesundheitliche Einschränkungen der Betroffenen.

Es werden im Folgenden 1. die Hepatitis C-Kampagne »mein – dein« für Drogen Konsumierende (2001–2002) und 2. das Projekt HepCH für MitarbeiterInnen im Drogenbereich (2004) vorgestellt.

1. Die Kampagne »mein – dein«

Diese Kampagne wurde entwickelt von der Aids-Infostelle Winterthur in Zusammenarbeit mit der Kontakt- und Anlaufstelle Winterthur (ausführlicher illustrierter Bericht: <http://www.aidsinfo.ch/hcv/>). In der Folge wurde die Kampagne zuerst vom ganzen Kanton Zürich und anschliessend von der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich FASD zuerst für die deutschsprachige Schweiz (in Zusammenarbeit mit dem damaligen Fachverband Verein Suchtfachleute Deutschschweiz VSD, heute Fachverband Sucht FS), dann auch für die französischsprachige Schweiz (in Zusammenarbeit mit dem Fachverband GREAT) übernommen.

(Weitere Informationen: www.fasd-brr-urd.ch)

Die Kampagne umfasst

- Regionale Weiterbildungsveranstaltungen für MitarbeiterInnen
- Diverse abzugebende Materialien für Drogen Konsumierende (Flyers, Plakate, Kleber etc.)
- Aktionen in Institutionen, Peer-Involvement

Weiterbildungsveranstaltungen:

Insgesamt wurden 13 WB-Veranstaltungen durchgeführt für 322 Mitarbeitende aus 116 Institutionen der deutsch- und französisch sprechenden Schweiz.

Inhalte: medizinisches Update, Vorstellen des Materials und der Kernaussage »mein – dein«, Information zu Peer-Involvement, erste Planung von möglichen Aktionen in der eigenen Institution.

1.1 Basisinformationen

1.1.1 Verschleppung verschiedener Krankheitserreger

	Hepatitis					HIV	TBC	Toxo-plasmose
	A	B	C	D	E			
Kontakt- und Schmierinfektion (Stuhlgang, Tiere)	●	◐	◑	◑	●	◐	◐	●
Tropfeninfektion (Husten, Niesen)	●	◐	◑	◑	●	◐	●	◐
via Nahrungsmittel und Wasser	●	◐	◑	◑	●	◐	◐	●
via Transportflüssigkeiten (Blut, Spermen, Vaginalsekret, Speichel)	◐	●	●	●	◐	●	◐	◐
via Hände, via Zwischenwirte	◐	◐	◐	◐	◐	◐	●	●

Verschleppungsrisiko: ● hoch ◐ gering ◑ minim

1.1.2 Körperhygiene

Die Körperhygiene ist ein wichtiger Teil der täglichen Gesundheitsvorsorge.

1.1.2.1 Hygiene der Hände

Einer der wichtigsten Übertragungswege von Keimen verläuft über die Hände. Daher sollte ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass die Keime von kontaminierten Gegenständen oder Flächen beim Anfassen auf die Hände übertragen werden und anschliessend all diejenigen Orte besiedeln, die mit den nun ebenfalls kontaminierten Händen berührt werden. Zu den hauptsächlichen Kontaminationsquellen gehören rohe Lebensmittel, Haustiere, kontaminierte Flächen und Reservoirs wie Toiletten, des Weiteren Niesen, Husten und das Übertragen von Nasensekret auf die Hände. Kontaminierte Hände können durch gründliches Händewaschen mit Seife, fliessendem Wasser und kräftigem Reiben effizient dekontaminiert werden. Anschliessend sollten die Hände gut getrocknet werden. Unter bestimmten Umständen, z. B. wenn eine Person mit einer ansteckenden Krankheit gepflegt wird, müssen die Hände mit einer alkoholischen, desinfizierenden Lösung gereinigt werden.

Hände müssen *immer* gewaschen werden:

1. bevor Lebensmittel angefasst werden
2. nach Benutzung der Toilette
3. nach Berühren von Haustieren, ihrer Käfige oder Fütterungsutensilien
4. nach Kontakt mit Körperflüssigkeiten wie Nasensekret, Erbrochenem
5. nach Kontakt mit potenziell kontaminierten Reservoirbereichen (z. B. Abflüsse) oder einem Reservoir/ Weiterverbreiter (z. B. Lappen für die Nassreinigung)
6. bevor einer anderen Person ein Medikament verabreicht wird
7. vor dem Einsetzen von Kontaktlinsen
8. und zu guter Letzt: wenn sie sichtbar schmutzig sind!

Hygiene

HepCH 1/04 **1**
BASIS

1.1.2.2 Allgemeine persönliche Hygiene

Regelmässiges Baden oder Duschen bei einem massvollen Einsatz von Seifen und Duschmitteln und eine gute allgemeine Hygiene reduzieren die Gefahr der Auto- oder Kreuzinfektion, ohne dabei die Normalflora des eigenen Körpers aus dem Gleichgewicht zu bringen.

1.1.2.3 Gegenstände für die persönliche Hygiene

Badeschwämme, Nagelbürsten, Zahnbürsten und Handtücher können kontaminiert sein und somit ein Reservoir oder einen Weiterverbreiter bilden. Eine gezielte Pflege mit folgenden Massnahmen ist ratsam:

1. Waschlappen, Badeschwämme, Nagelbürsten und Zahnbürsten nach dem Gebrauch gründlich unter fliessendem Wasser ausspülen und anschliessend möglichst rasch trocknen, damit sich die noch vorhandene Keimflora nicht weiter vermehren kann.
2. Handtücher, Waschlappen und Schwämme regelmässig in der Waschmaschine waschen (Waschehygiene).
3. Handtücher nach dem Gebrauch gut über die Halterung ausbreiten und trocknen lassen.

1.1.3 Lebensmittelhygiene

Die Körperhygiene ist auch hierbei entscheidend. Ein hohes Mass an persönlicher Hygiene ist eine Grundlage für eine gute Lebensmittelhygienepraxis. Bei der Verarbeitung von Lebensmitteln dürfen keine Fehler unterlaufen. Bereits kleine Nachlässigkeiten können grosse Folgen haben und zum Verderb der Speisen führen oder noch viel schlimmer, eine Lebensmittelvergiftung verursachen. Hygiene in der Küche ist die wesentliche Voraussetzung dafür, dass Lebensmittel und daraus hergestellte Speisen in einwandfreier Qualität hergestellt und verspeist werden können. Das gelingt nur, wenn alle Beteiligten beim Arbeiten in der Küche auf Sauberkeit achtet und hygienisch mit Lebensmitteln umgeht.

1.1.4 Räumliche Voraussetzungen / Bauliche Anforderungen

Waschbecken
Zum Reinigen der Hände muss eine Handwaschgelegenheit mit fliessendem kaltem und warmem Wasser vorhanden sein. Die Handwaschgelegenheit muss leicht erreichbar sein. Am Handwaschbecken muss Flüssigseife vorhanden sein. Das Trocknen der Hände erfolgt mit einmal zu benutzenden Handtüchern (Papier), und nicht mit Stoffhandtüchern.

Kühl- und Tiefkühlrichtungen
Der Kühlschrank muss für den Bedarf ausreichend gross dimensioniert sein und eine Temperatur von + 4 °C halten können. Ebenso muss der TK-Schrank ausreichend gross sein. In diesem darf die Temperatur von – 18 °C nicht unterschritten werden. Zur Überprüfung ist ein Kontrollthermometer erforderlich.

Geschirreinigung
Zum Reinigen des Geschirrs ist die Geschirrpulmaschine das geeignetste Verfahren. Hier wird mit einer Temperatur von über + 65 °C gearbeitet, die die vorhandenen Bakterien abtötet.

Arbeitsfläche und Schranke
Arbeitsflächen und Schranke müssen riss- und spaltenfrei und leicht zu reinigen sein. Unbeschichtetes Holz hat in der Küche nichts zu suchen. Die Wandanschlüsse und Stosskanten müssen abgedichtet sein, damit Wasser und Lebensmittel nicht eindringen können.

Gegenstände und Ausrüstungen
Gegenstände und Ausrüstungen, also Geschirr, Topfe, Messer, usw. müssen leicht zu reinigen sein. Sie müssen aus Material bestehen, das keine gesundheitsschädliche Stoffe an das Lebensmittel abgibt. Aus hygienischen Gründen ist Holz nicht zu verwenden. Kochlöffel und Schneidbretter sind aus Kunststoff.

Reinigungsmittel
Reinigungsmittel und Reinigungsutensilien müssen getrennt von Lebensmitteln gelagert werden. Zur getrennten Lagerung muss ein separater Raum oder verschliessbarer Schrank vorhanden sein.

Hygiene

HepCH 1/04 **2**
BASIS

Schädlingsbekämpfungsmittel

Schädlingsbekämpfungsmittel haben in der Küche nichts zu suchen. Bei Problemen mit Schädlingen wird ein professioneller Schädlingsbekämpfer beigezogen.

1.1.5 **Umgang mit Lebensmitteln**

Lagerung

Grundsätzlich gilt: Aufgrund der Keimbelastung dürfen keine Lebensmittel auf dem Fussboden gelagert werden. Der (Tief-)Kühlschrank wird täglich, die Vorratsschränke wöchentlich auf verdorbene oder beschädigte Ware überprüft. Die Lagerung nach dem „fiffo-Prinzip“ (engl. first-in-first-out, alte Ware zuerst verbrauchen) beugt einer Überlagerung von Lebensmitteln vor.

Vorratsschrank

Lebensmittel, die nicht mehr zum Verzehr geeignet sind, müssen sofort entsorgt werden. Nur so wird verhindert, dass verdorbene Lebensmittel unbeabsichtigt verzehrt werden. Alle Lebensmittel müssen in geschlossenen Behältnissen gelagert werden. Dies schützt zum einen vor Feuchtigkeit, zum anderen wird so verhindert, dass Schädlinge von einem auf das andere Lebensmittel gelangen können. Die Lebensmittel werden vor direkter Sonneneinstrahlung und Licht geschützt aufbewahrt.

Kühlschrank

Die Temperatur im Kühlschrank muss auf maximal +4° C geregelt sein, um alle Lebensmittel ausreichend zu kühlen. Rohe Lebensmittel, z.B. Gemüse und Obst, müssen von zubereiteten Speisen zur Verhinderung der Übertragung von Bakterien streng getrennt werden. Deshalb werden alle Lebensmittel in geschlossenen Behältnissen, mindestens aber vollständig abgedeckt gelagert. Rohe Lebensmittel müssen im Kühlschrank unten gelagert werden.

Tiefkühlschrank

Die Temperatur ist auf mindestens -18° C. Die Mindesthaltbarkeits- bzw. Verbrauchsdaten müssen vor dem Verzehr bzw. der Zubereitung überprüft werden.

1.1.5.1 **Infektionsprophylaxe / Reinigung**

Reinigung

Wo Lebensmittel zubereitet und verarbeitet werden, ist Hygiene das oberste Gebot! Wichtig ist, dass bei der Reinigung nichts vergessen wird. Wird nicht alles gründlich gereinigt, haben Keime leichtes Spiel. Die Arbeitsabläufe und die Bereiche in der Küche sind so eingerichtet, dass sauberes Geschirr und benutztes Geschirr nicht miteinander vermischt werden. Benutztes Geschirr wird nicht unnötig lange stehen gelassen; in den anhaftenden Lebensmittelresten finden schädliche Bakterien genügend Lebensraum.

- Sauberes Geschirr darf nur mit sauberer Hand angefasst werden.
- Benutztes Geschirr und sauberes Geschirr sind zu trennen.
- Grobe Speisereste werden entfernt, bevor das Geschirr in die Geschirrspülmaschine kommt.
- Das Sieb der Geschirrspülmaschine muss täglich geleert werden.
- Beim Spülen von Hand müssen die Gegenstände möglichst heiss nachgespült werden und mit der Öffnung nach unten abtropfen.
- Gläser und Besteck werden auf keinen Fall angehaucht.

1.1.5.2 **Einkauf/Zubereitung**

Einkauf

- Die Lebensmittel werden möglichst am Tag der Verarbeitung eingekauft.
- Beim Einkauf wird die Ware sorgfältig auf Frische und Qualität geprüft.
- Die Lebensmittel werden nach dem Einkauf sofort in den entsprechenden Kühleinrichtungen eingelagert.

Zubereitung

- Kühl- oder tiefkühlbedürftige Lebensmittel dürfen nicht länger als unbedingt nötig in der Wärme stehen.
- Die Waren müssen vor der Verarbeitung nochmals auf Frische und Verunreinigungen geprüft werden.
- Sind Lebensmittel auf den Boden gefallen, muss sorgfältig geprüft werden, ob eine Weiterverarbeitung nach einem Reinigungsprozess zu verantworten ist.

- Wenn gegarte Speisen, fertig zubereitete Speisen, die nicht mehr erhitzt werden, Wurst, Käse oder Brot mit dem Boden in Berührung gekommen sind, müssen diese auf jeden Fall entsorgt werden.
- Aufgetaute Lebensmittel dürfen nicht wieder eingefroren werden und müssen am Tag des Auftauens verarbeitet werden.
- Das Abschmecken der Speisen muss mit 2 Löffeln stattfinden, keinesfalls vom Kochlöffel probieren.

1.1.5.3 **Abfallentsorgung**


Kehrichtsäcke nicht mit der Hand, sondern z.B. mit Besen stopfen, beim Tragen der Säcke Abstand zum Bein halten.

1.2 **Vertiefte Informationen**


1.2.1 **Grundsätzliches**

Eine ganze Anzahl von Krankheiten wird durch Blut übertragen. Im Umgang mit DrogenpatientInnen sind dabei vor allem HIV, Hepatitis B, und Hepatitis C wichtig. Oberste Priorität hat die Verhinderung einer Ansteckung durch sichere Arbeitstechnik.

Verhinderung von *Blutexposition* und von *Nadelstichverletzungen*:

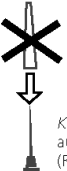


Bei allen Verrichtungen, bei denen ein Kontakt mit Blut und bluthaltigen Körperflüssigkeiten vorhersehbar ist, müssen *Latexhandschuhe* getragen werden.




Nach Blutkontakt: *Handschuhwechsel*


Nach dem Tragen von Handschuhen: *Hände waschen*




Kein Aufsetzen der Schutzhülle auf eine gebrauchte Kanüle (Recapping)




Nadeln müssen am Ort in bruch- und stichfesten Behälter entsorgt werden können



Kehrichtsäcke nicht mit der Hand, sondern z.B. mit Besen stopfen



Beim Tragen der Säcke Abstand zum Bein halten.



HepCH 1/04 **5** VERTIEFT

1.3 **Spezial-/Detailinformationen**

1.3.1 **Gefahren**

Durch Nadelstichverletzung und Kontakt mit Blut, z.B. auf Schleimhaut oder eine vorgeschädigte Haut (Ekzemen, Wunde, usw.) können vor allem HIV, Hepatitis B und Hepatitis C übertragen werden. Das Risiko für eine HIV-Infektion nach Stichverletzung mit einer HIV-kontaminierten Nadel im Spitalbereich beträgt etwa 0.3%.

1.3.2 **Sofortmassnahmen**

1.3.2.1 **Nadelstichverletzung**

- Vollständiges Entfernen des Fremdkörpers
- Gründlich mit Seife und Wasser waschen. Wunde bluten lassen, evtl. Blut leicht auspressen, nicht aussaugen. Bei Stichverletzungen ohne Blutausfluss den Stichkanal leicht spreizen.

1.3.2.2 **Hautkontakt mit Blut**

- Gründlich mit Seife und Wasser waschen.
- Grosszügig desinfizieren mit Betadine oder 70% Alkohol oder Isopropanol (alle mind. 1 Minute).

1.3.2.3 **Mund- oder Nasenschleimhautkontakt mit Blut**

- Nase schnäuzen und mit Wattestäbli und wässriger Betadinelösung mind. 1 Minute desinfizieren.
- Mund mit wässriger Betadinelösung spülen und mind. 1 Minute einwirken lassen.

1.3.2.4 **Blutspritzer ins Auge**

- Auge ausgiebig mit grossen Mengen Kochsalzlösung (((??%??))), Leitungswasser oder sonst einer sauberen Flüssigkeit (Getränk) auswaschen. Dies gelingt am besten durch Unterstützung einer Hilfsperson und im Liegen.

1.3.3 **Weitere Behandlung/Prophylaxe**

Heute stehen zur Verhinderung einer Infektion wirksame Medikamente gegen das HI-Virus zur Verfügung. Diese sogenannte *Postexpositionsprophylaxe* muss möglichst bald nach dem erfolgten Blutkontakt eingenommen werden. Personen ohne ausreichenden Impfschutz gegen Hepatitis B können ferner durch Gabe von Hepatitis B-Immunglobulinen vor dieser Krankheit geschützt werden.

Bei jeder


- Nadelstichverletzung
- Bissverletzung
- Exposition von verletzter Haut, z.B. bei einem Ekzem oder einer Wunde mit Blut
- Exposition von Schleimhaut mit Blut

muss deshalb unverzüglich der/die *Haus- oder Notfallärztin/der HIV-Sprechstunde* kontaktiert werden, um das weitere Vorgehen abzusprechen.

1.3.3.1 **Wenn die Person, von der das Blut stammt, bekannt ist**

Personalien, inkl. Hausarzt der Person erfassen.
Wenn möglich bei der betroffenen Person sofort 10 ml Serum (weisses Röhrchen) abnehmen oder Person überzeugen, ins Spital/zum Arzt/Ärztin mitzukommen, damit dort Blutentnahme gemacht werden kann.

Auch wenn eine Postexpositionsprophylaxe abgelehnt wird, muss aus versicherungsrechtlichen Gründen so bald als möglich ein Arzt/eine Ärztin zur Blutentnahme aufgesucht werden. Blutuntersuchungen müssen nach 3 und nach 6 Monaten vom Hausarzt, von der HIV-Sprechstunde oder einem Arzt des ambulanten Drogendienstes wiederholt werden. In der Zwischenzeit ist die betroffene Person als möglicherweise infiziert und damit als möglicherweise ansteckend zu betrachten, d.h. die Regeln des »Safer Sex« müssen beachtet werden. >



HepCH 1/04 **6** SPEZIAL / DETAIL

HYGIENE

BASIS

HepCH 1/04 **7**

Schon kleinste Blutspuren können Hepatitis C übertragen. Darum: Wenn Nadeln, dann sauber!

Mehr als die Hälfte der Drogen Konsumierenden in der Schweiz ist mit Hepatitis C infiziert!

- Hepatitis ist unter Drogen Konsumierenden weit verbreitet. Während die Keimkonzentration mit HIV abgenommen haben, sind die Infektionsraten bei Hepatitis noch wie vor alarmierend hoch.
- Bereits nach einem Jahr Drogenkonsum sind 20 bis 40% infiziert.
- Bei langjährig Konsumierenden sind bis zu 90% mit dem Hepatitis C-Virus infiziert!

Hepatitis (Gelbsucht) kann zu einer schweren Lebererkrankung führen!

- Im Gegensatz zu Hepatitis B gibt es gegen Hepatitis C keine Impfung.
- Das Hepatitis-C-Virus wird über Blutkontakt übertragen. Schon kleinste und unsichtbare Blutspuren reichen aus für eine Übertragung.
- Vorsicht: Blutreste von anderen Personen können überall verformert: Nadeln, Filter, Messer, Gläser, Nadeln.
- Eine Übertragung bei ungeschütztem Sex ist nicht ausgeschlossen. Deshalb immer Kondome verwenden.
- Die Hepatitis C-Infektion verläuft oft über viele Jahre unentdeckt.

Weitere Infos: www.swhp.ch

STHCVP
Hepatitis-C-Virus

©2008 Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Gesundheit, Bern, 3003
Etwas mehr als die Hälfte der Drogen Konsumierenden in der Schweiz ist mit dem Hepatitis C-Virus infiziert. Diese Zahlen sind die Grundlage für die Kampagnenmaterialien. Die Daten sind aus dem Bericht der Bundeskanzlerin über die Drogenproblematik in der Schweiz, Bern, 2008.

...und richtig entsorgen

mit kaltem Wasser (z.B. Flash-Box) oder heissem Wasser verwenden

Endschleife öffnen

eigener, stabiler Löffel

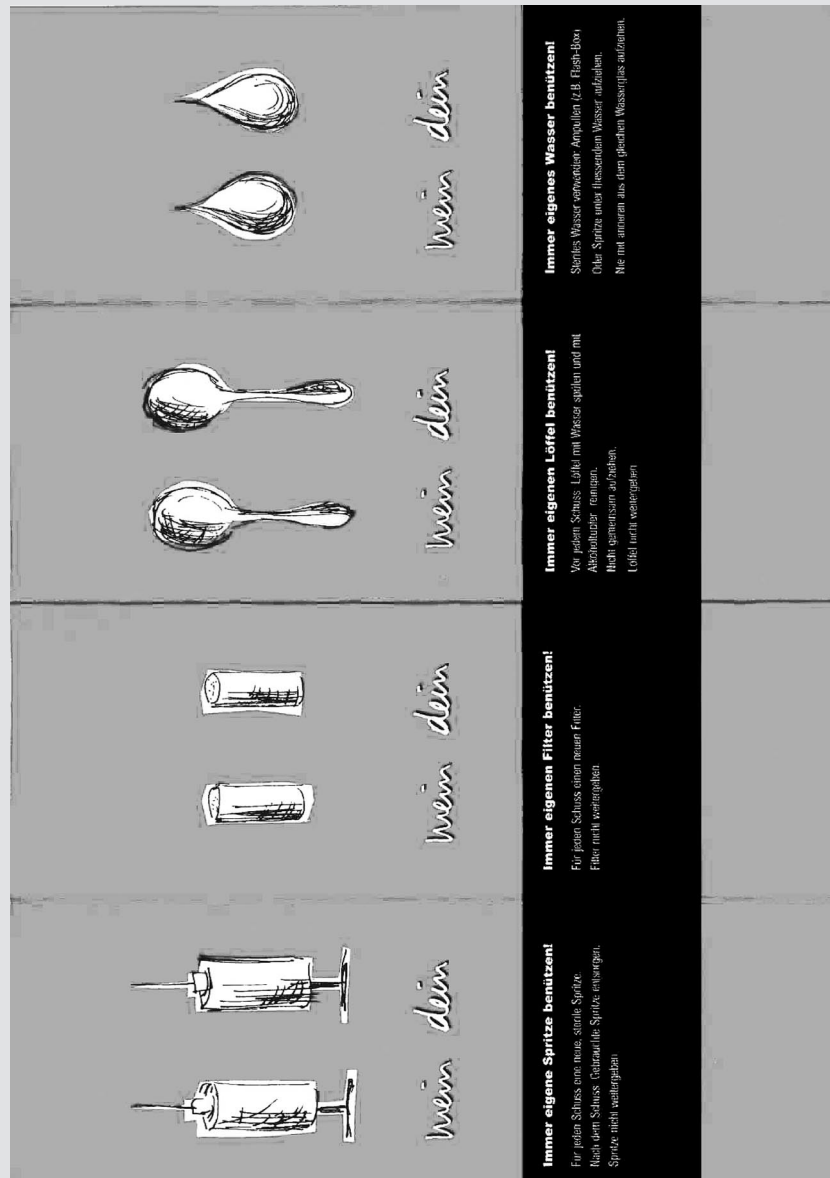
reduziert naze, sterile Spritze

Bildung mit Trockennadel stillen

nach dem Kaufen Desinfizieren!

Hepatitis C

Infos für Drogen Konsumierende



Aktionen:

Verschiedene Institutionen verbanden mit der Durchführung der Kampagne zusätzliche Aktionen mit den NutzerInnen: Quiz für Konsumierende; Koordination mit einer Hepatitis B Impfkation; Löffel mit eigenem Namen gravieren; monatliche Aktionstage einführen; Abgabe von Spritzencontainern in Wohnungen; Erarbeitung von eigenen Fragebogen u. a.

2. Das Projekt HepCH

Um auf dringliche Wissensbedürfnisse des Arbeitsfeldes (Kontakt- und Anlaufstellen, aufsuchende Arbeit, Arbeit im Bereich Prostitution, stationäre und ambulante Therapie, Freiheitsentzug etc.) einzugehen, einer Zielgruppe von über 3.000 Angestellten, finanzierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Jahr 2000 eine Hepatitis-C-Tagung des Fachverbandes Sucht, und eine Nachfolgetagung dazu im Jahr 2002. Aus den Workshops dieser zweiten Tagung wurden Bedürfnisse und Erwartungen in Bezug auf Hepatitis auch an das BAG formuliert. Diese beinhalteten unter anderem:

- die klare und verbindliche Formulierung von Hygieneregeln sowie
- Standards zum Umgang mit infektiösem Material; Umgang im Alltag mit Menschen mit Hepatitis C und anderen Hepatitiden.

Zur Standortbestimmung und weiteren Planung im Bereich Hepatitis-C trafen sich im November 2002 VertreterInnen des BAG, des Fachverbandes Sucht und der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich, FASD. Ergebnis dieses Treffens war der Auftrag des BAG an die FASD, eine Skizze für die Umsetzung einer neuen HepC-Kampagne für die Zielgruppe der Fachleute des Drogenbereichs zu entwerfen. Schwerpunkte dieser Kampagne sollen einerseits ein breit verwendbares Handbuch und andererseits zu organisierende regionale Fachzirkel zur Vermittlung von vertieften und aktualisierten Informationen sein.

Konkret werden mit dem Projekt HepCH die folgenden Ziele verfolgt:

- Produktion eines für die über 3.000 Fachleute des Drogenbereichs verwendbaren, leicht zu aktualisierenden Informationsmanuals zum Thema Hepatitis C mit den Schwerpunkten Grundinformationen, Hygieneregeln, Standards im Umgang, Konsumregeln und speziell Injektions- und Inhalationstechniken sowie Therapie- und Behandlungsempfehlungen.
- Ankündigung und Vorstellung des Produktes bei den Fachleuten anlässlich eines ersten Fachzirkels.
- Versand des Manuals
- Formulieren von Empfehlungen z. Hd. Bundesamt für Gesundheit BAG bezüglich weiterem Vorgehen

Die Präsentation gibt Auskunft zur Organisation und Produktion des Manuals und zeigt einige Textbeispiele aus der Arbeit. Das Produkt wird spätestens Ende 2004 in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch zur Verfügung stehen.

HCV in den Niederlanden

Josefiën Ensdorff

Stichting Mainline, NL

Ich arbeite als Projektleiterin bei der Stichting Mainline. HCV zählt offiziell nicht zu meinem Aufgabenbereich, schlimmer noch, niemand bei Mainline ist eigens für HCV zuständig ...

Einführung

Während ich diesen Vortrag vorbereitete, begegnete ich einem Bericht des Imperial College in London. Tim Rhodes erklärt darin Folgendes: »Bisher lässt sich ein auffälliges Fehlen gezielter Gesundheitsaufklärungskampagnen in Bezug auf HCV und ein Mangel an nationaler Politik hinsichtlich der Schadensbegrenzung für Drogenkonsumenten feststellen.« In Großbritannien sind etwa zweihunderttausend Menschen mit HCV infiziert, dabei handelt es sich größtenteils um Drogenkonsumenten. Rhodes ruft den britischen Staat auf, Prioritäten zu setzen und eine Aufklärungskampagne für Drogenkonsumenten zu konzipieren, die sich auf die Risiken von HCV konzentriert. Meiner Ansicht nach ist Großbritannien exemplarisch für den Rest Europas: Viele Kranke unter Drogenkonsumenten, eine Behandlungsmöglichkeit und – Ausnahmen vorbehalten – betäubende Stille.

Früher

Um 1953 herum fing man in den Niederlanden allmählich an, sich vom Aidsschock zu erholen. Damals stellte sich heraus, dass etwa achtzig Prozent der intravenösen Drogenkonsumenten mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert waren. Diese Feststellung und der Umstand, dass keine Schutzmaßnahmen dagegen bekannt waren, führten zu einer Lähmung im Umgang mit HCV.

In jenem Klima hat ein Hepatologe an der Universitätsklinik *Academisch Ziekenhuis Utrecht* gemeinsam mit einem Drogenarzt das Heft ergriffen. Der Hepatologe führte 1995 die Behandlung ein und stellte Rezepte aus, der Drogenarzt machte die Feldarbeit am Methadonposten und Spritze. Das Ergebnis war ermutigend: Es zeigte sich, dass die Zielgruppe gut behandelbar war.

Jetzt

In den Niederlanden sind derzeit zwischen 15 000 und 60 000 Menschen mit dem HC-Virus infiziert. Drogenkonsumenten (ehemalige Konsumenten und Menschen, die noch immer konsumieren) stellen den größten Teil dieser Gruppe. Eine chronische HCV-Infektion lässt sich dank der jetzt gängigen therapeutischen Möglichkeiten gut behandeln. Trotzdem erhalten viele derzeitige und ehemalige Drogenkonsumenten

keine Behandlung für Hepatitis C. Internisten zweifeln an der Compliance, also der Therapietreue von Drogenkonsumenten. Darüber hinaus werden Drogenkonsumenten im Allgemeinen als eine schwierige Zielgruppe betrachtet. Dadurch wird die größte Gruppe HCV-infizierter Menschen in den Niederlanden nicht oder kaum behandelt. Dies ist beunruhigend und widerspricht dem Streben nach Gleichberechtigung im Gesundheitsbereich. Eine Studie des besagten Hepatologen und des Drogenarztes machte auch ersichtlich, dass die Compliance unter Drogenkonsumenten und besonders hoch ist (95 Prozent), wenn der eigene vertraute Drogenarzt aktiv am Behandlungsprogramm beteiligt ist.

Weshalb wird dann so sporadisch behandelt?

Für die Tatsache, dass Drogenkonsumenten kaum behandelt werden, lassen sich viele verschiedene Ursachen nennen. Die Organisation des Gesundheitswesens in den Niederlanden ist einer reibungslosen Abwicklung von Tests und Behandlungsprogrammen für Drogenkonsumenten nicht förderlich. Das kommunale Gesundheitsamt hält es nicht für seine Aufgabe, Drogenkonsumenten gegen HCV zu behandeln, die Betreuungsstellen für Drogenkonsumenten haben Gesundheitspflege nicht in ihrem Aufgabenpaket, Fachärzte haben kein Vertrauen in die Zielgruppe. Außerdem verläuft in den Niederlanden der Weg zum Facharzt über den Hausarzt. Hat man keine gute Beziehung zu seinem Hausarzt oder ist der Hausarzt nicht hinreichend über HCV informiert, ist die Chance, schnell an einen Facharzt überwiesen zu werden, gering.

Zusammenfassend:

- Der Drogenkonsument
 1. Mangelnde Kenntnisse von der Krankheit und den möglichen Behandlungsmethoden
 2. noch keine körperlichen Beschwerden
- Der Hausarzt
 1. Unzureichendes Rüstzeug für die Sucht- und Hepatitisproblematik
 2. oft schlechte Beziehung zum Drogenkonsumenten, viele Konsumenten haben keinen Hausarzt
 3. wenig Überweisungen
- Der Drogenarzt
 1. Mangelnde Kenntnisse von der Krankheit und von den Behandlungsmöglichkeiten und Ergebnissen
 2. nicht genug Zeit und Möglichkeiten zur guten Begleitung der Diagnostik und Behandlung
- Der Facharzt
 1. Negative Erwartung hinsichtlich der Therapietreue bei dieser Zielgruppe
 2. Unkenntnisse in Bezug auf die Zielgruppe, die Suchtproblematik und den Lebensstil des Drogenkonsumenten

- Die Krankenkasse und das Gesundheitswesen
 1. Unzureichende Anerkennung des Drogenarztes als vollwertigen und allumfassenden Hilfeleistenden
 2. unzureichende strukturelle Einrichtungen zur Diagnose von Hepatitisviren auf der Ebene des Drogenarztes
- Staat
 1. Keine Regie
- Öffentlichkeit
 1. Gleichgültigkeit
 2. Fixer
 - 3.

Die Studie des NHC

Viele niederländische Heroinkonsumenten erhalten täglich Methadon. Dieses wird meist innerhalb einer Betreuungseinrichtung für Drogenkonsumenten verteilt. Die Hilfeleistung innerhalb eines solchen Methadonprogramms besteht außer aus der Methadonverabreichung aus ärztlicher und sozialer Betreuung und Prävention mit Hilfe von Aufklärung.

Da dies ein Ort ist, den Drogenkonsumenten regelmäßig besuchen und an dem sie informiert werden und eine Vertrauensperson (Drogenarzt) sprechen, hat das Nationaal Hepatitis Centrum, analog zu dem Experiment, das 1995 der Hepatologe und der Drogenarzt durchführten, ein Projekt in Angriff genommen: Die Medikation wird von einem Hepatologen verschrieben und die Behandlung erfolgt in der Betreuungsstelle für Drogenkonsumenten durch den Drogenarzt.

Mainline

Mainline wurde 1990 mit dem Hauptziel der Prävention von HIV und Aids in Amsterdam gegründet. Später wurde der Aufgabenbereich auf die Erteilung von Gesundheitsinformationen und Leistung von Unterstützung an Drogenkonsumenten im In- und Ausland erweitert. Die Arbeitsfelder sind Streetwork, Veröffentlichung von Informationsmaterial, Training, wissenschaftliche Forschung, Kampagnen und internationale Projekte. Im Bereich von HCV hat Mainline in den letzten fünfzehn Jahren in vier Bereichen Aktivitäten entwickelt:

- Veröffentlichung von Informationsmaterial

Seit 1993 erscheinen in der Zeitschrift ›Mainline‹ regelmäßig Artikel über HCV
Im Jahr 1996 erschien die HCV-Informationsbroschüre
Eine neue Broschüre lässt leider schon viel zu lange auf sich warten
- Schulung

1995 wurde ein Zielgruppentraining für Schlüsselfiguren in den Niederlanden organisiert.
Seit 2000 veranstaltet Mainline Schulungen für Mitarbeiter in der Suchthilfe, im Gefängniswesen und in Krankenhäusern

- Streetwork

Bei Mainlines Streetwork steht der Kontakt zu Konsumenten in ihrem alltäglichen Milieu (Straße, Krankenhaus, Gefängnis, Obdachlosenheime, Strich) im Mittelpunkt. In persönlichen Kontakten versucht Mainline maßgeschneiderte Gesundheitsinformationen zu geben und Konsumenten möglichenfalls auf Risiken und Prävention sowie Behandlungsmöglichkeiten auch in Bezug auf HCV aufmerksam zu machen.
- Konferenzen

Im Jahr 1995 hat Mainline einen Amsterdamer HCV-Kongress für Professionals veranstaltet.
2000 organisierte Mainline gemeinsam mit der englischen Organisation Mainliners einen internationalen HCV-Kongress.

Für Fragen wenden sich Konsumenten an Mainline, sie rufen beispielsweise an, wenn sie schon seit 20 Jahren keine Drogen mehr konsumieren und vom Hausarzt an uns verwiesen werden, weil er keine Kenntnisse auf dem Gebiet von HCV hat ...

Last, not least

Mainline beschäftigt sich mit der Beschaffung von Geldmitteln für die Erstellung eines neuen, aktuellen Infohefts. Die staatliche Sparpolitik hat zu einer so genannten Verlegung der Prioritäten geführt: Für HCV-Prävention und -Behandlung stehen innerhalb des staatlich subventionierten Programms »Infektionskrankheiten und Drogen« keine Mittel mehr zur Verfügung.

Augenblicklich sind in drei Regionen in den Niederlanden Experimente im Rahmen der Studie des NHC angelaufen. Der Konsument kann sich in dem Labor, mit dem er sonst auch zu tun hat, testen lassen. Mit dem Ergebnis und für weitere Untersuchungen geht der Klient zu einem Behandlungsleiter (Hepatologe, Infektologe). Dieser stellt die Indikation, kümmert sich um die Genehmigung der Behandlung bei der Krankenkasse und ordnet die Medikation an. Derzeit haben zwei Klienten dieses Programm angefangen ...

Hepatitis C und Drogenkonsum

Überlegungen zur Verbesserung der bio-psychozialen Versorgung

Dr. Hans Haltmayer

Ärztlicher Leiter Ambulatorium Ganslwirt,
Verein Wiener Sozialprojekte

1. Epidemiologische Situation in Österreich:

Wie in den meisten Ländern Europas stellt Hepatitis C auch in Österreich die häufigste Infektionserkrankung bei Drogenabhängigen mit intravenösem Konsummuster dar.

Die Datenlage zur Prävalenz ist inkonsistent und stützt sich auf kleine Samples aus Erhebungen im Betreuungsbereich. Verlässliche Aussagen über Trends und Veränderungen können damit nicht gemacht werden (ÖBIG 2003).

Die erhobenen HCV-Prävalenzraten sind konstant hoch und bewegen sich im Bereich von 36 % bis 66 % (ÖBIG 2003), jeweils bezogen auf nachgewiesene HCV-Antikörper. In einer publizierten Studie wurde in die Prävalenzerhebung neben der Bestimmung von HCV-AK (80,3 %) auch der Nachweis von HCV-RNA (66,5 %) miteinbezogen (Gombasch 2000).

Die Prävalenz des »problematischen Opiatkonsums« beträgt in Österreich nach Expertenschätzungen zwischen 20.000 und 30.000 Personen (Uhl, Seidler 2000; ÖBIG 2002). Aus dieser Gesamtheit befanden sich Ende 2002 österreichweit 5.857 Personen (ca. 20 %) in Substitutionsbehandlung. In der Bundeshauptstadt Wien waren es zum gleichen Zeitpunkt 3.840 Personen. Das entspricht einem Anteil von 65 % aller in Österreich substituierten Personen. Die Zahlen aus 2003 zeigen in etwa dieselbe Verteilung (siehe folgende Tabelle).

Substitutionsbehandlung in Österreich und Wien

	Österreich	Wien	Anteil Wien
2002	5857 P.	3840 P.	~ 65 %
2003	6413 P.	4378 P.	~ 68 %

Quellen: BMGF, ÖBIG, MA 15

2. Substitutionsbehandlung als Schlüssel zur Behandlung der chronischen Hepatitis C

In Wien läuft die substituierungsgestützte Behandlung zum überwiegenden Teil über die Praxen von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin. Etwa 76 % der PatientInnen werden in dieser Weise versorgt. Die restlichen PatientInnen teilen sich auf Drogen-Spezialambulanzen (13%) und niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie bzw. Neurologie (11%) auf. Mit den Drogen-Spezialambulanzen, die größtenteils auch über allgemeinmedizinische Kompetenz verfügen, können somit nahezu 90% der substituierten PatientInnen als allgemeinmedizinisch gut versorgt angesehen werden.

Diagnostik, Verlaufskontrolle, aber auch Therapiedurchführung und Nachkontrollen könnten in enger Zusammenarbeit mit GastroenterologInnen und SuchtmedizinerInnen beim überwiegenden Teil der PatientInnen mit chronischer Hepatitis C (cHC-PatientInnen) von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin übernommen werden. Vorteile ergäben sich, indem die Behandlung beider Erkrankungen (cHC und Substanzabhängigkeit) durch eine Stelle erfolgte. Dies würde einen besseren Überblick und raschere Reaktionen auf Veränderungen ermöglichen. Den PatientInnen könnten zeitraubende Wege und Wartezeiten erspart werden und gesundheitsökonomisch gesehen handelte es sich um die kostengünstigste Variante.

Diagnostik, Verlaufskontrolle, aber auch Therapiedurchführung und Nachkontrollen könnten in enger Zusammenarbeit mit GastroenterologInnen und SuchtmedizinerInnen beim überwiegenden Teil der PatientInnen mit chronischer Hepatitis C (cHC-PatientInnen) von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin übernommen werden. Vorteile ergäben sich, indem die Behandlung beider Erkrankungen (cHC und Substanzabhängigkeit) durch eine Stelle erfolgte. Dies würde einen besseren Überblick und raschere Reaktionen auf Veränderungen ermöglichen. Den PatientInnen könnten zeitraubende Wege und Wartezeiten erspart werden und gesundheitsökonomisch gesehen handelte es sich um die kostengünstigste Variante.

3. Expertengestützte ärztliche »Drogen-Qualitätszirkel«

Seit dem Frühjahr 1997 findet in Wien ein durch die Initiative des Magistrats der Gemeinde Wien (MA15), der Wiener Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Wien neu entwickeltes Qualitätsverbesserungsprojekt Anwendung, das verschiedenartige Strukturelemente und Methoden sinnvoll kombiniert – »*Combined and multifaceted interventions*« (Grol 2001). Elemente der Gesetzgebung, der Zusammenarbeit tragender Institutionen, gewisser finanzieller Anreize (zusätzliche Vergütung von Konsultationen mit drogenabhängigen Patienten durch die Sozialversicherung) bilden den Rahmen für ein Fortbildungsprogramm für niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin. Es besteht aus einem Einführungsworkshop und der jährlichen Teilnahme an mindestens zwei moderierten und von Experten unterstützten Qualitätszirkeln (QZ). Die Experten sind ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, PharmazeutInnen sowie SozialarbeiterInnen mit Erfahrung im Bereich der Betreuung drogenabhängiger PatientInnen. Die Qualitätszirkel können als interaktive Fortbildungsgruppen betrachtet werden – »*interactive educational meetings*« (Grol 2001).

Aktuell gibt es 8 fixe Qualitätszirkel dezentral in Wien verteilt, mit je einem/er fixen ModeratorIn und 4 Terminen pro Jahr.

Bis jetzt haben sich etwa 200 von 900 niedergelassenen Wiener ÄrztInnen für Allgemeinmedizin (mit Verträgen mit der Wiener Gebietskrankenkasse) zur regelmäßigen Teilnahme an diesem Programm entschlossen.

4. Expertengestützte ärztliche »Hepatitis C-Qualitätszirkel«

Die guten Erfahrungen mit den oben beschriebenen sog. »Drogen-Qualitätszirkel« sowie ein großer Bedarf an Know how in der Betreuung und Behandlung drogenabhängiger cHC-PatientInnen, veranlasste uns im Jahr 2001 zur Einführung eines expertengestützten Qualitätszirkels zum Thema Hepatitis C und Drogenabhängigkeit. Ein erfahrener QZ-Moderator, ein Experte aus dem Suchtmedizin-Bereich und der Leiter einer Hepatitis-Ambulanz bildeten gemeinsam mit ÄrztInnen für Allgemeinmedizin einen QZ.

Es wurden zunächst Erwartungen und Einstellungen der Teilnehmer erhoben, aufeinander abgestimmt und gemeinsame Ziele formuliert. Während der 6 Zusammentreffen innerhalb eines Jahres fanden Fortbildung und ein professionell-kollegialer Erfahrungsaustausch zu den Themen Epidemiologie, Übertragungswege, Erkrankungsverlauf, Diagnostik, Behandlungsindikation/-kontraindikationen, medikamentöse Behandlung, Compliance und Management von Nebenwirkungen statt. Zudem wurden drei Checklists (CL) erarbeitet: eine »CL-Diagnostik«, eine »CL-Therapieeinleitung« und eine »CL-Therapiephase und Nachkontrolle«. Die Zusammenarbeit von SpezialistInnen und ÄrztInnen aus dem niedergelassenen Bereich ermöglichte es, die Checklists besonders praxistauglich und nach den Bedürfnissen der KollegInnen zu gestalten. Ein Beispiel finden Sie unten in der Checklist dargestellt.

Innerhalb eines Jahres nahmen insgesamt 37 KollegInnen an mindestens einer QZ-Sitzung statt. Die Fakten wurden laufend protokolliert und wie die Checklists an alle TeilnehmerInnen ausgesandt. Die Kosten wurden zu einem Teil durch die Wiener Ärztekammer und zum Teil durch Firmensponsoring gedeckt.

Die im Qualitätszirkel abgehandelten Inhalte waren zur Gänze auf den ärztlichen Bereich ausgerichtet. Psychosoziale Problemstellungen wurden nach Möglichkeit thematisiert und besprochen, die rein ärztliche Zusammensetzung des QZ erlaubte aber keine adäquate expertinnengestützte Bearbeitung dieser Thematik.

Checklist Therapiephase und Nachkontrolle

Patientenname: _____ Geb.datum: _____												
Grösse: _____ cm		Gewicht _____ kg		RR: _____ / _____ mmHg								
Dosis												
Woche	BB(Diff.)	GPT	GGT	GOT	Krea.	BUN	Na	K	TSH	PCR	PegInterferon	Ribavirin
W 2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
W 4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
W 6	✓	✓	✓	✓	✓							
W 12	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓		
W 18	✓	✓	✓	✓	✓							
W 24	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓		
W 30	✓	✓	✓	✓	✓							
W 36	✓	✓	✓	✓	✓				✓			
W 42	✓	✓	✓	✓	✓							
W 48	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓		
W 72	✓	✓	✓	✓	✓					✓		

5. Stellenwert der (bio-)psychosozialen Betreuung

Die psychosoziale Betreuung (PSB) von cHC-infizierten DrogenpatientInnen ist zum gegebenen Zeitpunkt in nicht zufriedenstellendem Maße gewährleistet. Eine im Mai dieses Jahres zur Thematik via email durchgeführte Umfrage an den wichtigsten medizinischen Hepatitis-Zentren in Österreich bekräftigte dies. Die befragten LeiterInnen der medizinischen Abteilungen betonten übereinstimmend die Wichtigkeit einer PSB für PatientInnen mit cHC, aber fast ebenso übereinstimmend die aufgrund mangelnder Ressourcen an den betreffenden Abteilungen eingeschränkte Leistbarkeit. In einzelnen Fällen wird mit im Hause befindlichen psychiatrischen Abteilungen kooperiert. Als für die PatientInnen besonders belastende Problembereiche, welche eine psychosoziale Betreuung erfordern würden, wurden die im Folgenden angeführten Themen genannt.

Häufige psychosoziale Probleme bei cHC-PatientInnen

(nach Häufigkeit der Nennung gereiht)

- Arbeitslosigkeit; Arbeitsunfähigkeit
- Probleme am Arbeitsplatz; Mobbing
- Stigmatisierung durch (Sucht- und) Infektionserkrankung
- Gesellschaftliche Isolation
- Schuldverarbeitung
- Depression
- Probleme mit dem Partner
- Probleme mit der Familie
- Angst vor chronischer Erkrankung; Lebenserwartung
- Kinderwunsch
- Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie
- Dysphorie / Aggressivität unter IFN-Behandlung

In den medizinischen Zentren ist man sich der Bedeutung und Notwendigkeit einer PSB von cHC-PatientInnen also bewusst, bietet sie aber aufgrund mangelnder struktureller und personeller Ressourcen nur eingeschränkt an.

In den Drogenspezialeinrichtungen ist das Thema PSB bei cHC-PatientInnen ebenso präsent wie aktuell, wobei es diesen fast spiegelbildlich zu dem medizinischen Einrichtungen mehr an spezialisierten ärztlichen Versorgungsstrukturen mangelt. PatientInnen werden zur Behandlung an hepatologischen Zentren vorgestellt, eine enge Kooperation auf struktureller Ebene oder eine Behandlung der PatientInnen in der eigenen Institution bleibt aber auf Einzelfälle beschränkt.

Im Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin stellt sich die Situation meinen Erfahrungen nach kaum anders dar.

Publizierte Konzepte oder Standards zur PSB bei cHC-PatientInnen existieren in Österreich nicht. Einen Ansatz in diese Richtung stellt das Konsensuspapier zur Behandlung der cHC bei DrogenkonsumentInnen dar (Haltmayer et al 2001). Neben Vorschlägen

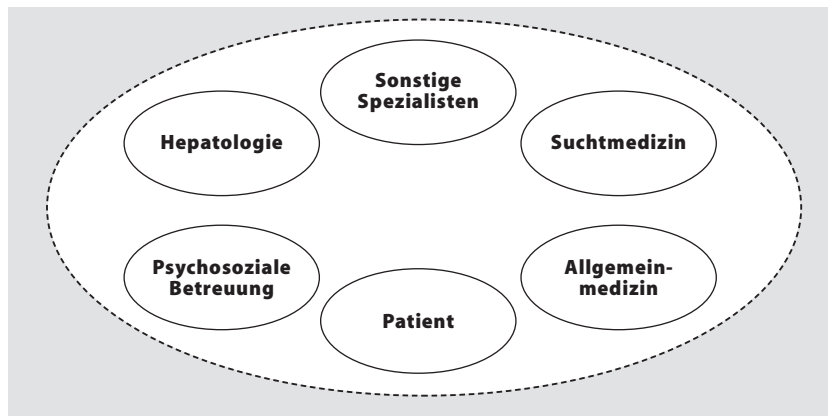
zur Prävention und Diagnostik wird in einem sog. »Fünf-Achsenmodell« Hilfestellung bei der Indikationsstellung zur Kombinationstherapie (Interferon+Ribavirin) geboten. Neben einer somatischen Achse sind auch die Dimensionen soziale Achse, psychische Achse, Betreuungssachse und Drogenkonsum-Achse einbezogen.

Zukünftige Konzepte müssten jedenfalls unter Berücksichtigung biologischer und psychosozialer Betreuungserfordernisse entwickelt und umgesetzt werden. Es ist unumstritten notwendig, den eindimensional somatisch ausgerichteten Behandlungszugang um die psychosoziale Dimension zu erweitern. Dabei ist darauf zu achten, dass psychosoziale Betreuung nicht als Gegenbewegung zur medizinischen Behandlung verstanden wird und sich quasi abgekoppelt von dieser zu einem eigenen Zweig der cHC-Behandlung entwickelt. Die ärztliche und die psychosoziale Behandlung sollten in ein bio-psychosoziales Modell integriert sein. Der ärztliche Zugang zur Behandlung der cHC-PatientInnen muss dabei einer nebst biologischen auch psychosoziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit berücksichtigenden Medizin entspringen.

6. Expertengestützte *multiprofessionelle* »Hepatitis C-Qualitätszirkel«

Die Behandlung der cHC ist für alle betreuenden Einheiten eine große Herausforderung und stellt hohe Anforderungen an deren Fähigkeit zur multiprofessionellen Zusammenarbeit. Expertengestützte multiprofessionelle Qualitätszirkel (siehe folgende Abbildung) sind ein bewährtes Instrument zur Förderung der fächerübergreifenden Kooperation im Denken und Handeln. In manchen Bereichen der Medizin ist dieses Modell bereits gut etabliert und gängige Praxis. Zu nennen wären hier die Schmerztherapie, die Onkologie oder etwa die Palliativmedizin. Bewährte Modelle könnten übernommen und für die geänderten Erfordernisse adaptiert werden. Den komplexen Anforderungen und der vielschichtigen Problematik, die sich aus der Kombination von Suchterkrankung und chronischer Hepatitis C ergeben, könnte in diese Weise adäquat entsprochen werden.

Modell eines expertInnengestützten multiprofessionellen Qualitätszirkels



6.1 Vorschlag für die konkrete Umsetzung

Die Gründung eines expertInnengestützten multiprofessionellen Hepatitis C-Qualitätszirkels könnte unter folgenden Rahmenbedingungen erfolgen:

4–5 zweistündige Sitzungen pro Jahr in möglichst konstanter Zusammensetzung. Einzelveranstaltungen bringen nicht den nachhaltigen Effekt, der durch ein kontinuierliches gemeinsames Arbeiten an einer Problemstellung erzielt werden kann.

Im QZ sollten ein/e erfahrene/r ModeratorIn, ein/e ärztliche/r VertreterIn einer Drogenambulanz, ein/e nicht-ärztliche/r VertreterIn einer Drogenambulanz (SozialarbeiterIn, SozialpädagogIn, PsychologIn, PsychotherapeutIn), ein/e ärztlicher/e VertreterIn einer Hepatitis-Ambulanz und bis zu max. 12–14 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin vertreten sein. Bei speziellen Fragestellungen können weitere SpezialistInnen punktuell hinzugezogen werden (PatientInnen, JuristInnen, Selbsthilfegruppen, Sozialversicherungsträger, etc).

Eine Finanzierung wäre über Zuschüsse aus den Landesärztekammern (in Wien werden QZ mittels finanzieller Zuwendungen gefördert) und über Sponsoring durch die Pharma-Industrie denkbar.

Mögliche Zusammensetzung des Qualitätszirkels

- 1 Moderator/in
- 1 Arzt/Ärztin einer Drogenambulanz
- 1 psychosoziale/r Experte/in einer Drogeneinrichtung (SozialarbeiterIn, -pädagogIn; PsychologIn, PsychotherapeutIn)
- 1 Arzt/Ärztin einer Hepatitis-Ambulanz
- 12-14 ÄrztInnen für Allgemeinmedizin
- bei Bedarf geladene ExpertInnen (PatientInnen, JuristInnen, Selbsthilfegruppen, Versicherungsträger, etc.)

6.2. Ziele der Qualitätszirkelarbeit

Wesentliches Ziel sind der Austausch, die Vernetzung und die Vertiefung der bio-psychosozialen Kompetenz der TeilnehmerInnen und die Umsetzung am Patienten. Es geht nicht um das Vorantreiben einer weiteren Spezialisierung oder um das Schaffen neuer Behandlungseinheiten, sondern um den Austausch und die Vernetzung von bereits Bestehendem. Die Umsetzung der Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen kann und soll natürlich entsprechend den therapeutischen Erfordernissen und Möglichkeiten in den jeweiligen Einrichtungen erfolgen.

Auf lokaler Ebene könnten so gut funktionierende Betreuungsnetzwerke geknüpft werden, wobei die multidisziplinäre Ausrichtung alle für die PatientInnen relevanten Problembereiche berücksichtigen muss. Somit wäre die psychosoziale Betreuung ein integraler und gleichwertiger Bestandteil der Behandlung von drogenabhängigen cHC-PatientInnen.

Gleichermaßen könnten diese multiprofessionellen Qualitätszirkel Modellcharakter gewinnen und als Kristallisationspunkte für eine Verbreitung dieses Behandlungsansatzes fungieren.

Mögliche inhaltliche Ziele der QZ:

- Die TeilnehmerInnen über relevante Problemstellungen aus dem jeweils eigenen Behandlungsbereich informieren. Womit hat jede/r in seinem/ihrem Bereich zu »kämpfen«? Was sind die Problemstellungen? Wie bilden sich die Probleme in anderen Behandlungseinheiten ab?
- Multiplikation und Verfestigung der Erkenntnisse aus dem eigenen Bereich. Gegenseitiges Vermitteln von Know how und Lösungsstrategien. Womit haben jede/r Einzelne bzw. die SpezialistInnen der anderen Bereich gute Erfahrungen gemacht? Was kann weitergegeben werden? Was kann aus anderen Bereichen in die eigene Arbeit integriert werden?
- Erarbeiten von gemeinsamen Abläufen zur Vermeidung von Missverständnissen, Leerläufen und Doppelgleisigkeiten. Wer wird am besten wo zugewiesen? Wer ist Ansprechpartner/in? Welche Vorbefunde werden von den Abteilungen verlangt? Was kann/soll im Rahmen der Vorbetreuung erhoben werden?
- Erarbeiten gemeinsamer Problemlösungen. Womit haben alle Betreuungseinheiten gleichermaßen zu »kämpfen«? Was kann gemeinsam gelöst werden? Was muss an andere Entscheidungsträger herangetragen werden (Politik, Krankenversicherung, Wohlfahrt, etc.)?
- Gegenseitiges Kennen (lernen) und dadurch erleichterte Kontaktaufnahme, laufende Kommunikation und Abstimmung während der Behandlung sowie in der Vor- und Nachbetreuung.
- Management von Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung. Verbesserung der Haltequote.
- Gegenseitiges Fortbilden und gemeinsames Lernen.
- u. v. a. m

7. Schlussbemerkung

Qualitätszirkel können als »interactiv educational meetings« (Grol 2001) betrachtet werden und sind eine in Wien etablierte und gut akzeptierte Methode der Qualitätsverbesserung in der Betreuung drogenabhängiger PatientInnen. Über die Einführung von expertInnengestützten multiprofessionellen Qualitätszirkeln zur Behandlung von DrogenpatientInnen mit chronischer Hepatitis C könnte die bio-psycho-soziale Betreuung entscheidend verbessert werden und eine nachhaltige Verankerung finden. Diese QZ könnten Modellcharakter gewinnen und als Kristallisationspunkte für die Verbreitung dieses integrativen Behandlungsansatzes wirken.

Literatur beim Verfasser

Statement der Drogen-Selbsthilfe JES

Marco Jesse

JES Bremen

In der Vermeidung und Behandlung von Hepatitis C Erkrankungen insbesondere unter intravenös Drogen gebrauchenden Menschen gibt es erhebliche Defizite. Effektive bundesweite Konzepte zur Vermeidung von Neuinfektionen und zur Behandlung fehlen. Sowohl unter medizinischem als auch unter sozialem Personal gibt es zum Teil enorme Wissenslücken. Entgegen den neuesten Erkenntnissen werden Drogengebraucher/innen noch immer mit veralteten Argumenten von der Behandlung ausgeschlossen.

Nachdem das Thema Hepatitis C unter Drogengebraucher/innen in der Vergangenheit lange vernachlässigt wurde, ist es nun höchste Zeit sich diesem zuzuwenden. Schon heute sind 60 – 90 % der DrogenkonsumentInnen mit dem Hepatitis Virus infiziert. Eine speziell auf die Übertragung von Hepatiden ausgerichtete Aufklärung findet praktisch nicht statt.

JES als bundesweite Interessenvertretung von Junkies, Ehemaligen und Substituierten fordert daher die Schaffung bzw. Ausweitung von Angeboten um Neuinfektionen zu vermeiden. Die bisherigen Angebote zur Vermeidung von HIV Infektionen greifen dabei zum Teil nicht weit genug. Erschwerend kommt hinzu, dass immer mehr sinnvolle Programme, die auch der Vermeidung von Hepatitis dienen, wie Spritzentausch (besonders auch in Haft), Drogenkonsumräume etc. aufgrund von fehlenden finanziellen Mitteln und vor allem aufgrund politischer Ideologien, eingestellt werden.

Betroffene finden in der täglichen Praxis oftmals an keiner Stelle kompetente Unterstützung und Beratung. In den »etablierten« Drogenhilfeeinrichtungen herrscht in der Regel ebenfalls ein Halbwissen vor, das den Drogenkonsument/innen in keinsten Weise hilft. Präventive Botschaften verhallen oftmals ungehört, da in den Einrichtungen das zur Vermeidung von Neuinfektionen nötige Hygiene Bewusstsein nicht »vor-gelebt« wird.

Auch aus der Behandlung gibt es wenig Erfreuliches. Nur vereinzelt sind einige Ärzte bereit, Drogenkonsumenten zu behandeln. Einem Großteil der Mediziner fehlt ausreichendes Fachwissen genauso wie die Bereitschaft dieses zu erwerben. Dieses Problem verschärft sich unter Haftbedingungen noch einmal um ein vielfaches. Obwohl Studien belegen, dass auch Drogengebraucher/innen durchaus in der Lage sind, eine Hepatitisbehandlung erfolgreich zu beenden, weigern sich viele Behandler noch immer dies umzusetzen. Eine Aufklärung über die Erkrankung, Infektionswege und schädli-

gende Verhaltensweisen erfolgt nach der Diagnose meist ebenfalls nicht, was die weitere Ausbreitung von Hepatitis unter Drogengebraucher/innen noch befördert.

Die unnötige Verschlechterung der gesundheitlichen Situation ist ebenso Folge dieser Ignoranz, wie eine weitere unkontrollierte Verbreitung von Hepatitis C auch über den Kreis der Drogengebraucher/innen hinaus. Obwohl gerade substituierte Drogengebraucher/innen, täglichen Kontakt zu ihrem Arzt haben müssen und somit gut erreicht werden könnten, wird dieser Weg nicht genutzt, um präventiv tätig zu werden.

Das JES Netzwerk engagiert sich daher aktiv für die Aufklärung von Betroffenen, fordert aber gleichzeitig die politisch Verantwortlichen auf, dem Thema die Aufmerksamkeit und Förderung entgegenzubringen, die es benötigt. Es hat fatale Folgen, wenn nicht sofort auf die Erforderlichkeiten reagiert und versucht wird, die bisherigen Versäumnisse auszugleichen.

