

## **2. Fortbildung mit integriertem interdisz. Qualitätszirkel „Hepatitis C/B und Drogengebrauch“ - Niederösterreich**

Protokoll vom 01.10.2009

**OA. Dr. Anton Fahrner** (Krankenhaus Neunkirchen, Hepatitis Ambulanz)

**Dr. Leonidas Lemonis** (Grüner Kreis, Ärztlicher Leiter)

**Dr. Hans Haltmayer** (2. Vorsitzender ÖGABS; Ganslwirt, Ärztlicher Leiter,)

Ort: Hotel Corvinus

2700 Wiener Neustadt, Bahngasse 29-33

Veranstalter: ÖGABS und Ärztekammer für Niederösterreich

### **A.) Begrüßung der Teilnehmer:**

Veranstalter ist die „Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS, <http://www.oegabs.at/>) in Kooperation mit der Ärztekammer für NÖ. Die Veranstaltung ist mit 2 DFP-Punkten „Innere Medizin“ und 1 DFP-Punkt „Psychiatrie“ approbiert. Weiters mit 3 Einheiten des ÖÄK-Diplom „Substitutionsbehandlung“

Das Ziel der Veranstaltungsserie ist der kollegiale fachliche Austausch, eine verbesserte Vernetzung in der Region, sowie die Bildung eines multidisziplinären Netzwerks um die Hepatitis-Ambulanzen der Krankenhäuser Neunkirchen (OA Dr. Fahrner) und Wiener Neustadt (OA Dr. Plankensteiner), zur Optimierung von Vorbetreuung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge HCV-infizierter Drogengebraucher, sowie der begleitenden suchttherapeutischen Maßnahmen, wie Substitutionsbehandlung (SB), Safer Use, u.a.m.

### **B.) Die Teilnehmer stellen sich vor:**

Es sind 12 TeilnehmerInnen (Internisten, Allgemeinmediziner, Psychiater, Psychologen) anwesend.

### **Themen/Fragen:**

- Anforderung an die Stabilität bei der HCV-Behandlung von Drogengebrauchern bzw. Substituierten.
- Braucht es immer eine psychiatrische Freigabe?
- Verlauf der chron. Hepatitis C, Kontrollintervalle, Risiken?
- Beikonsum von Benzodiazepinen (BZD) im Rahmen der Substitutionsbehandlung.
- Hepatitis C und Meldepflicht.
- Substitutionsbehandlung und Fahrerlaubnis.
- Therapiedauer bei chron. Hepatitis C

**Dr. Wudy**, der Leiter des Substitutionsreferates in der Ärztekammer für NÖ, ist ebenfalls anwesend. Er betreut selbst 70 – 80 Substitutionspatienten. Das Interesse der Allgemeinmediziner in NÖ an der SB ist gering – es gibt im Gegensatz zu anderen Bundesländern (Wien, Tirol, OÖ) dafür keine gesonderte Bezahlung. In ganz NÖ sind nur 802 Patienten substituiert. Die Patienten finden keine Ärzte. Teilweise kommen die Patienten aus Mistelbach zur SB zu Dr. Wudy.

Von der ÄK-NÖ wird zur Zeit ein rechtlicher Leitfaden für die Substitutionsbehandlung ausgearbeitet.

**OA Dr. Fahrner:**

Vor 7-8 Jahren wurde begonnen die Hepatitis-Ambulanz im KH Neunkirchen aufzubauen.

Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt hinsichtlich des Outcome bei der Behandlung der chron. Hepatitis C keine Unterschiede zwischen Substituierten und Allgemeinpatienten.

Hinsichtlich einer zwingenden psychiatrischen Abklärung vor Behandlungsbeginn gibt es keinen Automatismus.

**OA Dr. Plankensteiner**

OA an der 1. internen Abteilung des Krankenhaus Wiener Neustadt. Das Patientengut der Abteilung setzt sich in Etwa wie folgt zusammen:

ca. 40% chron. Hepatitis C

ca. 20% chron. Hepatitis B

Rest: Pat. mit Lebercirrhose oder Autoimmunerkrankungen.

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Psychiatern in der Region ist sehr wichtig. Substitutionspatienten „tauchen“ wenige im KH Wr. Neustadt auf. Auch die Abstimmung zwischen den Hepatologischen Zentren ist wichtig.

**Dr. Lemonis:**

Die Patienten des GK werden frühestens nach 3 Monaten im stationären Setting an die Hepatitis Ambulanz Neunkirchen überwiesen. Ein entsprechender Vorlauf und eine gute Vorinformation der Patienten ist wichtig. Die Patienten sind der Hepatitisbehandlung gegenüber sehr positiv eingestellt.

Es gibt eine Neuerung im Grünen Kreis: Als zusätzliche Angebot gibt es als Pilotprojekt ein stationäres Behandlungssetting für Substituierte Patienten. Die Patienten müssen frei von (BZD-)Beikonsum sein. Näheres dazu evtl. bei einer der nächsten Veranstaltungen.

**Stabilität als Voraussetzung zur Behandlung der Hepatitis C:**

Hinsichtlich der für eine Behandlung erforderlichen Stabilität lassen sich schwer allgemeingültige Regeln aufstellen.

Vor Behandlungsbeginn sind in der Leberambulanz Neunkirchen mindestens 3 Kontakte erforderlich. Da kann man schon abschätzen, ob eine gewisse (Termin-)Konstanz gegeben ist.

**Warum ist Stabilität wichtig?**

- Die Therapie dauert lange.
- Für den Therapieerfolg ist es wichtig, dass die Medikamente regelmäßig eingenommen werden.

Faustregel: 80% der Medikamente müssen über 80% der Zeit verabreicht werden.

- Die Therapie hat Nebenwirkungen und ist belastend. Die Behandlung soll nicht mehr schaden als nützen.

#### **Kriterien für Stabilität:**

- Verlässlichkeit Termine einzuhalten. Hier zeigt sich schon im Vorfeld ob eine gewisse Konstanz gegeben ist, da im Rahmen der Voruntersuchungen (LFP, etc.) mehrere Termine notwendig sind.  
Geringe Verlässlichkeit ist deswegen ein Problem, weil die Behandlung mit Nebenwirkungen verbunden ist und Kontrolluntersuchungen (BB, etc.) für die Patientensicherheit unabdingbar sind.
- Ein gewisse Frustrationstoleranz sollte vorhanden sein, da im Rahmen der Behandlung mit depressiven Episoden zu rechnen ist.
- Stabile Substitutionsbehandlung bzw. stabiler Drogengebrauch (d.h. keine unkontrollierten Rückfälle wie z.B. Intoxikationen). Kein zusätzliches Alkoholproblem.
- Keine „Problemkumulation“. Wenn auch in anderen Lebensbereichen Probleme bestehen (Wohnen, Arbeitsplatz, wenig soziale Kontakte, Partnerschaft, etc.) ist die Behandlungsindikation zurückhaltend zu stellen. Es gilt zu klären, ob der Zeitpunkt für die Therapie richtig ist.

Generell besteht für eine Behandlung kein Zeitdruck. Die Erkrankung verläuft über einen langen Zeitraum. Sollte keine ausreichende Stabilität gegeben sein, kann der Behandlungsbeginn ohne Weiteres z.B. 6 Monate aufgeschoben werden.

#### **Der natürliche Verlauf der chron Hep. C:**

20 Jahre → 25 % Cirrh. Hepatis → 2-4 %/Jahr Hepatom

Der natürlich Verlauf ist langsam. Wenn keine Behandlungsindikation besteht bzw. etwas gegen eine Behandlung spricht (z.B. soziale Faktoren, Instabilität), reichen viertel-halbjährliche Kontrollen mit Bestimmung der Leberfunktionsparameter aus.

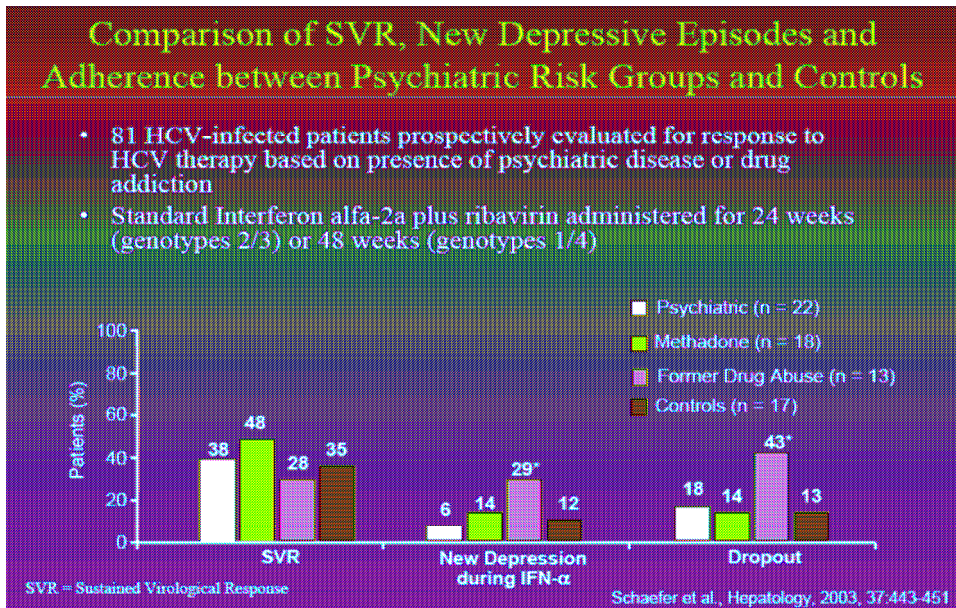
#### **Psychiatrische Problemen bei der Behandlung der chron. Hepatitis C:**

Pat. mit chron. Hepatitis C und einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung sollten hinsichtlich Letzterer gut eingestellt sein. Ist dies der Fall, stellt die psychiatrische Erkrankung für die Behandlung der cHC kein zusätzliche Problem dar. Wichtig ist der Kontakt zu Psychiatern, falls es zu einer Verschlechterung kommen sollte.

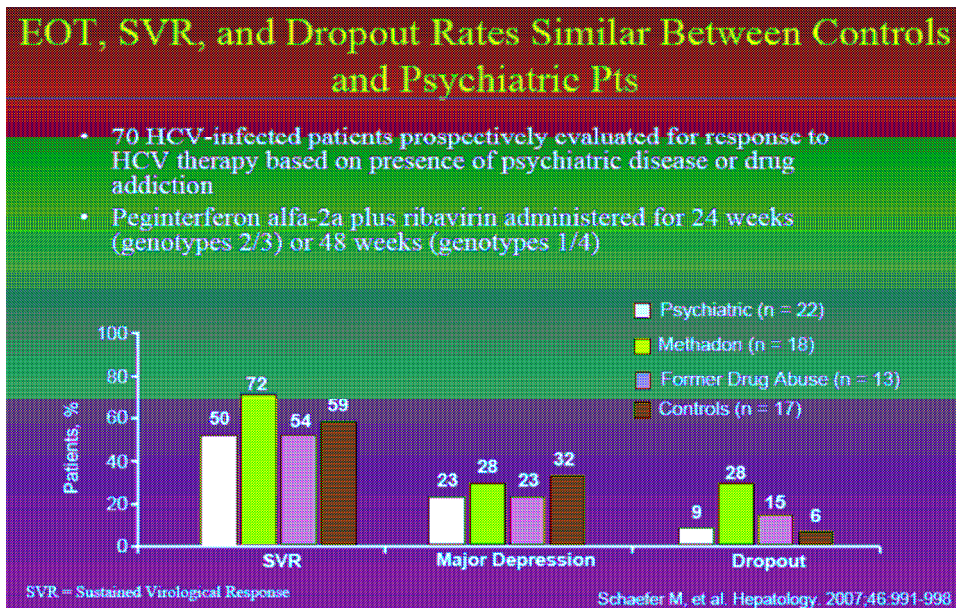
Einige Studien zeigen, dass psychiatrische Patienten und Substituierte unter Interferon keine schwerere Depression erleiden als die „Durchschnittspatienten“. IFN induziert bei allen Patienten eine leichte Depression und eine schwere nur bei entsprechender Vorbelastung. Diese scheint bei psychiatrischen Patienten und Substituierten nicht häufiger zu sein als bei Durchschnittspatienten.

Siehe dazu Grafik 1-3:

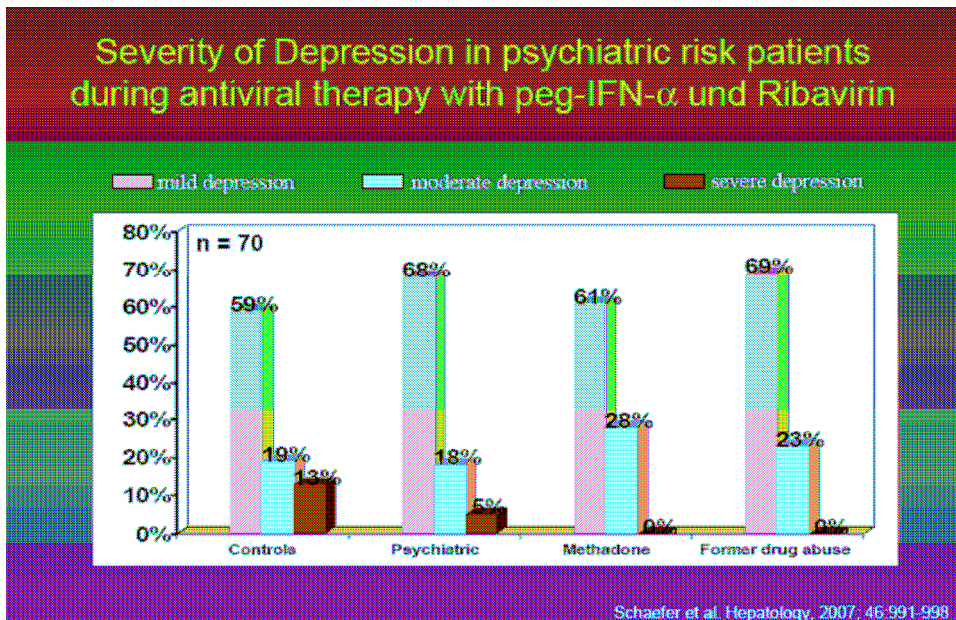
Grafik 1:



Grafik 2:



Grafik 3:



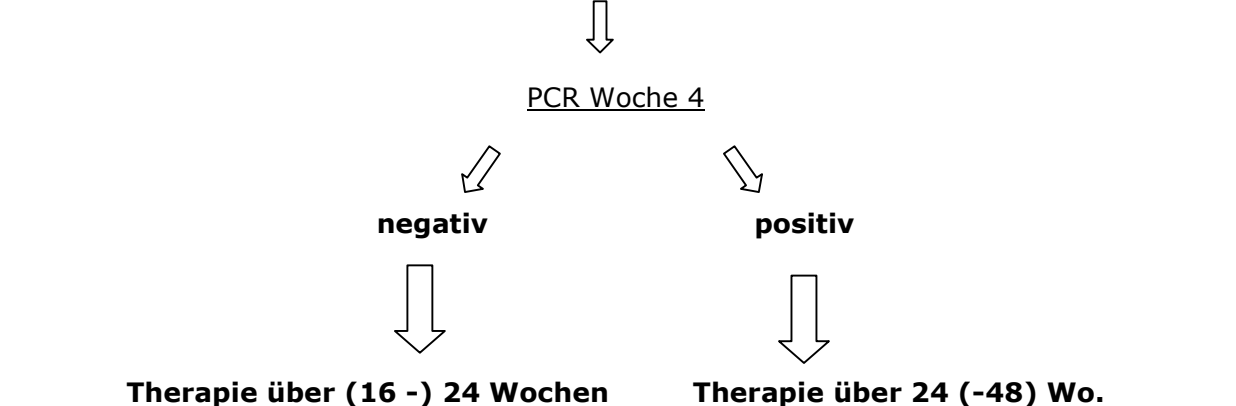
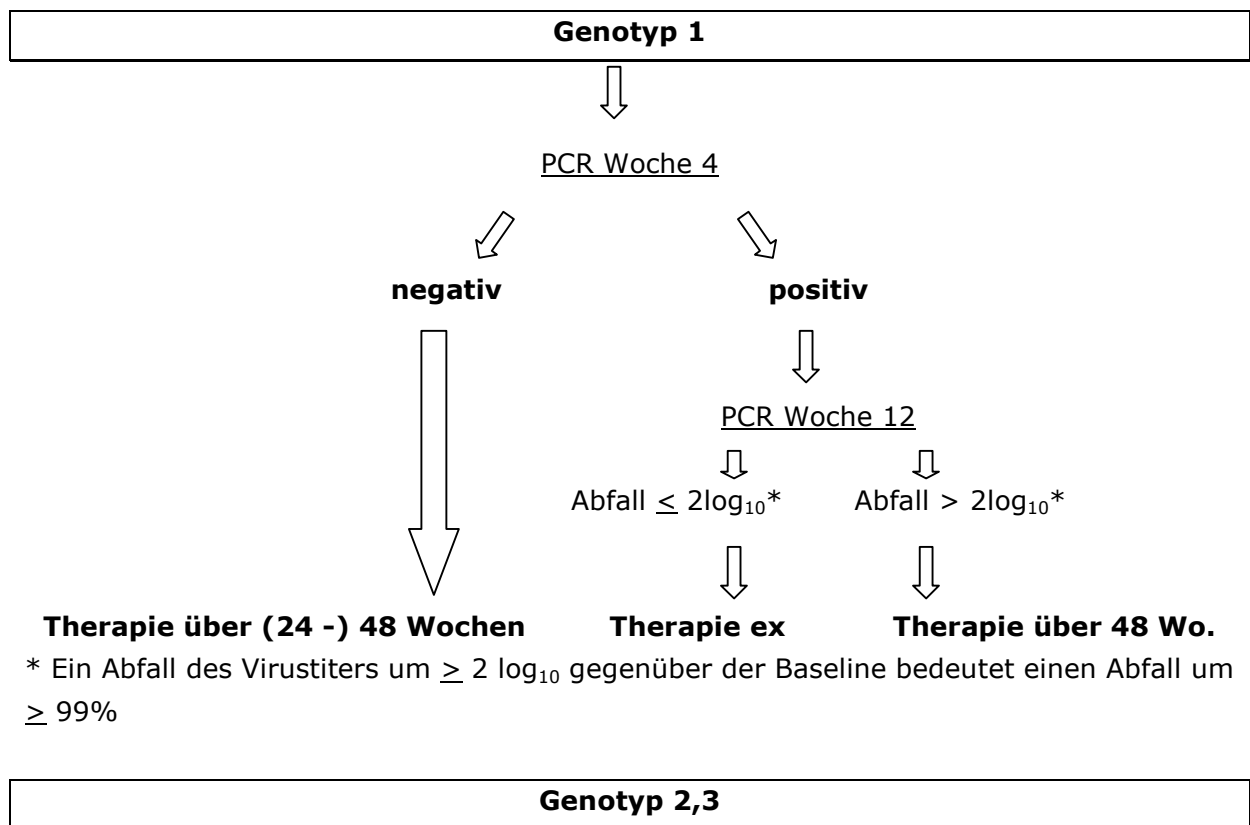
Ein systematische medikamentöse Antidepressive Therapie vor Beginn der Behandlung ist nicht notwendig. Das sind auch die Erfahrungen aus der Behandlung der Patienten vom Grünen Kreis.

Empfohlen wird, mit der AD-Therapie beim Auftreten von Symptomen zu beginnen.

### Therapiedauer bei der Behandlung einer chron. Hepatitis C:

Die Behandlung dauert lange (24 – 48 Wochen) und die Kosten betragen ca. 15.000 € (48 Wochen). Dementsprechend ist eine gute Vorbereitung wichtig.

### Behandlungs-Algorithmus:



### Einfluss der Viruslast (VL):

Die Höhe der Viruslast (VL) hat keinen Einfluss auf den Verlauf der Hepatitis C.

Die VL spielt aber Rolle bei der Therapieplanung. Das Absinken der VL bei Therapiebeginn ist prognostisch wichtig.

Tendenziell sind die Heilungsaussichten bei hoher VL vor Therapiebeginn auch geringer als bei niedriger VL. Niedrige VL bedeutet etwa < 50.000 copies/ml

### **Ad Leberbiopsie:**

Eine Leberbiopsie ist primär nicht notwendig. Bei älteren Patienten kann eine Biopsie zur Indikationsstellung erforderlich sein (Ausmaß der Entzündungsaktivität).

### **Meldepflicht:**

Die (akute und chronische) Hepatitis C ist eine meldepflichtige Erkrankung. Die Meldung erfolgt bei einem pos. Befund bereits durch das Labor.

### **Benzodiazepine (BZD) in der Substitutionsbehandlung:**

Opioide und BZD sind eine problematische Kombination, u.a. wegen der Gefahr einer Atemdepression durch gegenseitige Wirkverstärkung.

Wenn BZD im Rahmen der SB verschrieben werden, dann nur vom substituierenden Arzt (keine verschreibung bei „Fremdpatienten“!).

- Verschreibung nur mit klarer Indikationsstellung. Das kann z.B. die Förderung der Kontrolle über den BZD-Gebrauch sein: Überführen von einer „High-Dependency in eine „Low-Dependency“
- Verschreibung nur im kontrollierten Setting: z.B. Abgabe der Tagesdosis gemeinsam mit dem Substitutionsmittel in der Apotheke. Vereinbarung von Tagesdosis und Einnahmemodus gemeinsam mit dem Patienten.  
Zielformulierung und -überprüfungsintervalle im „informed consent“
  - Keine Verschreibung von Flunitrazepam (Rohypnol<sup>®</sup>, Somnubene<sup>®</sup>). Wechsel auf kurz wirksames BZD ohne aktive Metaboliten, z.B. Oxazepam (Praxiten<sup>®</sup>, Anxiolit<sup>®</sup> ret.).  
Höchst-Tagesdosis: 300mg Oxazepam

Im GK wird im Rahmen des stat. BZD-Entzuges mit derselben Substanz entzogen, die der Patient vorher genommen hat.

Antiepileptische Abschirmung ist wichtig, z.B. mit Topamax<sup>®</sup>.

Ein ambulanter Entzug von BZD gelingt praktisch nie. Möglich sind langsame Dosisreduktionen über Monate-Jahre.

### **Fahrtüchtigkeit:**

Hinsichtlich Substitutionsbehandlung und Fahrtüchtigkeit gibt es keine exakten Richtlinien.

Die Amtsärzte verlangen einen Harntest, ein Psychiatrisches Attest und manche zusätzlich einen Verkehrspsychologischen Test. Die Fahrerlaubnis wird dann befristet, meist auf 1 Jahr, erteilt.

Weder hinsichtlich der in Verwendung stehenden Substitutionsmittel, noch hinsichtlich der Höhe der Tagesdosis, gibt es definierte Einschränkungen bzw. Obergrenzen. Für Dr. Lemonis sind z.B. bei Morphin retard - Präparaten 800mg eine (subjektiv) empfundene Obergrenze.

Für die Gutachter ist die Beurteilung schwierig – auch etwa die Bewertung der Rückfallsgefahr. Das ist insofern ein Problem, da doch eine rechtliche Verantwortlichkeit besteht.

Für das Protokoll:

Dr. Hans Haltmayer