

# 2. Internationaler Fachtag Hepatitis C

Prävention, Behandlung und psychosoziale  
Betreuung bei Drogengebrauch

## Kongress-Publikation

21. und 22. Oktober 2005

AKH Wien, Hörsaalzentrum, Ebene 07

# DER VEREIN WIENER SOZIALPROJEKTE

Der Verein Wiener Sozialprojekte wurde 1990 im Auftrag der Stadt Wien vor dem Hintergrund einer wachsenden Drogenproblematik im öffentlichen Raum gegründet.

Ziel war es, ein niedrigschwelliges Hilfsangebot – den Ganslwirt – für jene KlientInnen zu etablieren, die von den bestehenden abstinenzorientierten Einrichtungen nicht erreicht wurden.

Damit wurde in der Suchtkrankenhilfe der Grundstein für einen Paradigmenwechsel hin zu Sucht begleitenden Konzepten gelegt.

Heute betreibt der Verein neben dem Ganslwirt mit Streetwork, fix und fertig, betreutes Wohnen und ChEck iT! weitere Einrichtungen und beschäftigt mehr als 100 MitarbeiterInnen.

Der Verein Wiener Sozialprojekte wird gefördert von: Fonds Soziales Wien, AMS, esf, BMWA, BMGF, Stadt Wien

Verein  
Wiener  
**Sozialprojekte**



Der **GANSLWIRT** ist ein niedrigschwelliges sozialmedizinisches Betreuungszentrum mit den Angeboten Tageszentrum, Ambulatorium und Notschlafstelle.



**STREETWORK** leistet aufsuchende Sozialarbeit und niedrigschwellige psychosoziale Beratung an Szeneplätzen.



**FIX UND FERTIG** ist ein sozialökonomischer Betrieb, der Trainingsarbeitsplätze mit sozialer Betreuung bietet.



**CHHECK iT!** bietet im Rahmen einer wissenschaftlichen Kooperation Information, Beratung und Substanzanalyse im Feld der Freizeitdrogen.



**BETREUTES WOHNEN** stellt Wohnplätze mit sozialer Betreuung zur Verfügung.

#### KONTAKT:

Verein Wiener Sozialprojekte  
Rotenmühlgasse 26 • A-1120 Wien  
Tel.: +43/1/810 13 01 • Fax.: +43/1/810 13 01-9  
E-Mail: vws@vws.or.at • Web: www.vws.or.at

#### SPENDENKONTO:

Bank Austria, BLZ 20151  
Kto.nr.: 650 189 400  
www.vws.or.at/sponsoring

## Veranstalter

- Verein Wiener Sozialprojekte (VWS)
- Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBI)

## Wissenschaftliche Leitung und Kongresskomitee

- Dr. Hans Haltmayer, Ärztlicher Leiter, Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte (VWS)
- Dr. Elisabeth Tanzmeister, Verein Wiener Sozialprojekte (VWS)
- Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer, Institutsvorstand Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBI)

## Impressum

#### ■ Herausgeber und Medieninhaber:

Dr. Hans Haltmayer, Ärztlicher Leiter, Ambulatorium Ganslwirt,  
Verein Wiener Sozialprojekte, Esterhazygasse 18, 1060 Wien  
Fon +43/1/586 04 38, Fax +43/1/586 04 38-9

# Vorwort



## Liebe Kongressteilnehmerin! Lieber Kongressteilnehmer!

Ich glaube, wir können mit dem „2. Internationalen Fachtag Hepatitis C“ in Wien auf einen erfolgreichen Kongress zurückblicken, an dem über 100 Vertreterinnen und Vertreter aus Österreich, Deutschland und der Schweiz Teil genommen haben. Es war dies die erste internationale Tagung zu diesem Thema in Österreich und das große Interesse ermutigt uns, das Thema auf Kongressebene weiter zu bearbeiten.

Die Tagung lieferte einen Überblick über den aktuellen Stand der Wissenschaft hinsichtlich wesentlicher Aspekte der Co-Morbidität von Drogenabhängigkeit und Hepatitis C. In Vorträgen und Workshops wurde Aktuelles und Innovatives aus den Bereichen Epidemiologie, Prävention, Behandlung und Psychosoziale Betreuung präsentiert und diskutiert. Die Möglichkeiten für Kommunikation und Meinungsaustausch auf fachlicher und interdisziplinärer Ebene wurden reichlich genützt und es ergaben sich neue und interessante Perspektiven der Zusammenarbeit.

Das Zusammenführen von unterschiedlichen Disziplinen in der Behandlung von Patienten mit einer Drogen- bzw. Abhängigkeitsproblematik ist in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung: Zum Einen erfordern komplizierte Krankheitsverläufe und multimorbide Zustandsbilder mehrdimensionale Behandlungskonzepte, zum Anderen trägt ein ganzheitlicher bio-psychozialer Behandlungsansatz zu einer weiteren Professionalisierung und Normalisierung in der Behandlung Suchtkrankter bei. Belastende Vorurteile und stigmatisierende Zuschreibungen betreffen ja nach wie vor sowohl PatientInnen als auch die behandelnden und betreuenden Fachkräfte.

Im vorliegenden Tagungsband finden Sie nochmals die Highlights der Tagung in komprimierter Form. Als Auffrischung für Sie als Teilnehmerin und Teilnehmer und als kompakter Überblick für jene, die diesmal leider nicht dabei sein konnten.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen vom Kongresskomitee, bei unseren Mitveranstaltern, beim Kongressbüro, den Referentinnen und Referenten, den Fördergebern und Sponsoren, bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie allen, die an der Realisierung der Tagung mitgewirkt haben. Nur das Zusammenwirken machte diesen Kongress und das vorliegende Booklet möglich.

Zum Abschluss bleibt mir noch, Sie auf den „3. Internationalen Fachtag Hepatitis C“ am 21. + 22. 9. 2006 in Bonn hinzuweisen.

Dr. Hans Haltmayer  
Kongressleiter

## Kooperationspartner

- Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie (Medizinische Universität Wien)
- FSW (Fonds Soziales Wien)
- ÖGGH (Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie)
- ögam (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin)
- HHÖ (Hepatitis Hilfe Österreich)
- Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (Deutsche AIDS-Hilfe e. V.; akzept e. V.; LABAS e. V.; JES; Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin DGS; Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e. V.)
- DFP (Diplomfortbildungsprogramm)
- Ärztekammer Wien
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

## Sponsoren

Kongressorganisation und anschließende Publikation wurde durchgeführt von Welldone Marketing- und Kommunikationsberatungsges. m. b. H.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>Seite</b>	<b>2</b>
<b>Vorwort</b> .....	<b>Seite</b>	<b>3</b>
<b>VORTRÄGE FREITAG 21. OKTOBER 2005</b>		
<b>Epidemiologische Aspekte der Hepatitis C-Infektion, Ilonka Horvath, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>5–6</b>
<b>Strategien der Hepatitis C-Prävention, Heino Stöver, Bremen</b> .....	<b>Seite</b>	<b>6–7</b>
<b>Der Teufel sitzt im Detail – Hepatitis C-Prävention in der Praxis, Daniel Meili, Zürich</b> .....	<b>Seite</b>	<b>9</b>
<b>Aktueller Stand der Behandlung von Hepatitis C – individualisiert, Wolfgang Vogel, Innsbruck</b> .....	<b>Seite</b>	<b>10–11</b>
<b>VORTRÄGE SAMSTAG 22. OKTOBER 2005</b>		
<b>Psychische Probleme und Bedarf an psychischer Betreuung bei PatientInnen mit Hepatitis C, Gabriele Moser, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>11–12</b>
<b>Vorbehalte versus Erfahrungen bei der Behandlung HCV-infizierter Drogenabhängiger, Jörg Götz, Berlin</b> .....	<b>Seite</b>	<b>13–14</b>
<b>Stellenwert der Hepatitis-Impfung bei DrogengebraucherInnen, Hans Haltmayer, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>14–15</b>
<b>Hepatitis C und Haft – epidemiologische und therapeutische Implikationen, Rainer Pöhl, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>17–18</b>
<b>Hepatitis C/HIV-Koinfektion: eine spezielle Herausforderung in psychosozialer und medizinischer Hinsicht, Brigitte Schmied, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>18–20</b>
<b>WORKSHOPS</b>		
<b>Verbesserung der Adherence in der Behandlung von Hepatitis C-PatientInnen, Manuela Teleu, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>20</b>
<b>Innovative Strategien der Hepatitis-Prävention, Astrid Leicht, Berlin</b> .....	<b>Seite</b>	<b>21</b>
<b>Hepatitis C in der Praxis: von der Diagnose zur Behandlung, Elisabeth Tanzmeister, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>22</b>
<b>Soziale und sozial-rechtliche Problemfelder bei PatientInnen mit Hepatitis C, Ernst Leitgeb, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>23</b>
<b>Hepatitis C und Drogengebrauch – ein multidisziplinärer Qualitätszirkel, Hans Haltmayer, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>24</b>
<b>Die psychosoziale Dimension der Hepatitis C-Infektion, Markus Backmund, München</b> .....	<b>Seite</b>	<b>25</b>
<b>Hepatitis C in der Praxis: typische und atypische Behandlungsverläufe, Martha Rosenbeiger, Wien</b> .....	<b>Seite</b>	<b>25</b>
<b>Referentenliste</b> .....	<b>Seite</b>	<b>26</b>

## Fachkurzinformationen

**PEGASYS® 180 bzw. 135 Mikrogramm Injektionslösung in einer Fertigspritze. Zusammensetzung:** Eine Fertigspritze enthält Peginterferon alfa-2a\* 180 bzw. 135 Mikrogramm in 0,5 ml Lösung (\*gentechnisch aus *Escherichia coli* hergestelltes rekombinantes Interferon alfa-2a konjugiert mit bis-[Monomethoxy-Polyethylenglykol] mit einer Molekularmasse Mn von 40 000). Anwendungsgebiete: Chronische Hepatitis B. Pegasys ist indiziert zur Behandlung der HBeAg-positiven und HBeAg-negativen chronischen Hepatitis B bei erwachsenen Patienten mit kompensierter Lebererkrankung, mit Nachweis viraler Replikation, erhöhten GPT-Werten und histologisch verifizierter Leberentzündung und/oder -fibrose (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte „Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Chronische Hepatitis C: Pegasys ist indiziert zur Behandlung erwachsener Patienten mit chronischer Hepatitis C, deren Serum HCV-RNA-positiv ist, einschließlich Patienten mit kompensierter Zirrhose und/oder mit einer klinisch stabilen HIV Begleitinfektion (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). Pegasys wird bei Patienten mit chronischer Hepatitis C am besten in Kombination mit Ribavirin angewendet. Diese Kombination ist sowohl bei unvorbehandelten Patienten indiziert als auch bei Patienten, die vorher auf eine Therapie mit Interferon alfa angesprochen und nach Absetzen der Therapie einen Rückfall erlitten haben. Die Monotherapie ist hauptsächlich bei einer Intoleranz oder Kontraindikationen gegen Ribavirin indiziert. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem wirksamen Bestandteil, alfa-Interferone oder einen der sonstigen Bestandteile - Hepatitis als Autoimmunerkrankung - Schwere Dysfunktion der Leber oder dekompensierte Leberzirrhose - Neugeborene und Kleinkinder bis zu 3 Jahren, da das Arzneimittel Benzylalkohol enthält - Schwere vorbestehende Herzerkrankung in der Anamnese, einschließlich instabiler oder unkontrollierter Herzkrankung in den vergangenen sechs Monaten (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“) - Schwangerschaft und Stillzeit - Die Anwendung von Pegasys ist bei HIV/HCV-Patienten mit Zirrhose und einem Child-Pugh-Wert > 6 kontraindiziert. Wenn Pegasys in Kombination mit Ribavirin angewendet werden soll, beachten Sie bezüglich der Kontraindikationen zu Ribavirin auch die Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation) von Ribavirin. Hilfsstoffe: Natriumchlorid, Polysorbit 80, Benzylalkohol, Natriumacetat, Essigsäure, Wasser für Injektionszwecke. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Roche Registration Limited, 40 Broadwater Road, Welwyn Garden City, Hertfordshire AL7 3AJ, Vereinigtes Königreich. Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht: Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Wirkstoffgruppe:** Immunstimulanz/Cytokin. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

**COPEGUS® 200 mg - Filmtabletten. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Filmtablette enthält 200 mg Ribavirin. **Anwendungsgebiete:** COPEGUS ist indiziert zur Behandlung der chronischen Hepatitis C und darf nur als Teil einer Kombinationstherapie mit Interferon alfa-2a oder mit Peginterferon alfa-2a angewendet werden. **Gegenanzeigen:** COPEGUS darf nicht als Monotherapie angewendet werden. Naive Patienten: Zur Behandlung von unvorbehandelten erwachsenen Patienten mit histologisch nachgewiesener chronischer Hepatitis C und erhöhten Transaminasenwerten, die Serum-HCV-RNA-positiv sind und die eine Fibrose oder eine hohe Entzündungsaktivität aufweisen, einschließlich instabiler Patienten mit kompensierter Zirrhose. Patienten, die nur eine portale Fibrose (minimale Fibrose) haben, sollten eine hohe Entzündungsaktivität aufweisen. Rückfall-Patienten: Zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit chronischer Hepatitis C, die zunächst auf eine Interferon-alfa-Monotherapie angesprochen haben (negativer HCV-RNA-Nachweis am Ende der Behandlung), jedoch später einen Rückfall erlitten haben. Bitte beachten Sie die Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (s. veröffentlichte Fachinformation) von Interferon alfa-2a oder Peginterferon alfa-2a für Informationen zur Anwendung, Jung des jeweiligen Arzneimittels. **Gegenanzeigen:** Beachten Sie zu den Gegenanzeigen auch die jeweiligen Informationen zur Anwendung von Interferon alfa-2a oder Peginterferon alfa-2a. Überempfindlichkeit gegenüber Ribavirin oder einem der Hilfsstoffe. **Gegenanzeigen:** Schwangere Frauen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“). Die Behandlung mit COPEGUS darf so lange nicht begonnen werden, bis ein negativer Schwangerschaftstest unmittelbar vor dem Beginn der Therapie vorliegt. Stillende Frauen (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt „Schwangerschaft und Stillzeit“). Anamnestisch bekannte vorbestehende schwere Herzerkrankung, einschließlich instabiler oder nicht beherrschter Herzerkrankung in den letzten 6 Monaten. Schwere Leberfunktionsstörung oder dekompensierte Leberzirrhose. Hämoglobinopathien (z.B. Thalassemie, Sichelzellenanämie). **Hilfsstoffe:** Tablettenkern: Vorverkleisterte Stärke, Natriumstärkeglykolat, Mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, Magnesiumstearat. Tablettenhülle: Hypromellose, Talkum, Titandioxid (E 171), Gelbes Eisenoxid (E 172), Rotes Eisenoxid (E 172), Ethylcellulose, wässrige Dispersion, Triacetin. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Roche Austria GmbH, Engelhoergasse 3, 1211 Wien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Wirkstoffgruppe:** direkt wirkende Virustatika, Nucleoside und Nucleotide (ausgenommen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren). **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln sowie Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

**SUBUTEX 2 mg - Sublingualtableten, SUBUTEX 8 mg - Sublingualtableten. Zusammensetzung:** SUBUTEX 2 mg: eine Tablette enthält 2 mg Buprenorphin (als Hydrochlorid), SUBUTEX 8 mg: eine Tablette enthält 8 mg Buprenorphin (als Hydrochlorid). Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Mannitol, Maisstärke, Povidon K 30, Zitronensäure, Natriumziträt und Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** Zur sublingualen Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit im Rahmen einer umfassenden und überwachenden medizinischen, sozialen und psychologischen Therapie. Die Indikationsstellung soll nur von einem Arzt einer Einrichtung gem § 15 Suchtmittelgesetz erfolgen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Buprenorphin oder einem anderen Bestandteil des Präparates. Patienten, die MAO-Hemmer erhalten oder innerhalb der letzten 2 Wochen erhalten haben. Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren. Schwere respiratorische Insuffizienz. Schwere Leberinsuffizienz. Akuter Alkoholismus oder Delirium tremens. Stillzeit. **Zulassungsinhaber:** AESCA Pharma GmbH, Badenerstraße 23, 2514 Traiskirchen. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** SG, Abgabe nur auf Suchtgiftrezept, (ein Suchtgiftdauerrezept muss vom zuständigen Amtsarzt vidiert sein und darf ausschließlich durch einen Arzt einer Einrichtung gemäß § 15 Suchtmittelgesetz ausgestellt werden. Diesem gleichgestellt werden in der Suchtgiftdauerrezept erfahrene Niedergelassene Ärzte, die eine Ausbildung nachweisen, die nach Inhalt und Dauer jenen von der Bundeskurie der Niedergelassenen Ärzte der Osterreichischen Ärztekammer aufgestellten Curricula entspricht), apothekenpflichtig. **Stand der Information:** Dezember 2005. **Weitere Angaben zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, Neben- und Wechselwirkungen und zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der „Austria-Codex“-Fachinformation zu entnehmen.**

**PegIntron 50, 80, 100, 120 und 150 Mikrogramm Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung in einem vorgefüllten Injektor. Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jeder vorgefüllte Injektor von PegIntron 50, 80, 100, 120 oder 150 Mikrogramm enthält eine ausreichende Menge an Peginterferon alfa-2b, auf Proteinbasis berechnet, als Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung sowie die entsprechende Menge an Lösungsmittel, um 50, 80, 100, 120 oder 150 Mikrogramm Peginterferon alfa-2b in 0,5 ml zu liefern, wenn die Auflösung wie vorgeschrieben erfolgt. Der arzneilich wirksame Bestandteil ist kovalent gebundenes rekombinantes Interferon alfa-2b\* an Monomethoxy-Polyethylenglykol. Die Potenz dieses Produktes darf nicht mit der anderer pegylierter oder nicht-pegylierter Proteine der gleichen therapeutischen Klasse verglichen werden. Für weitere Informationen, siehe Abschnitt 5.1. \*DNA-technologisch hergestelltes aus E. coli Zellen mittels eines gentechnologisch hybridisierten Plasmids, welches ein Interferon alfa-2b Gen aus menschlichen Leukozyten enthält. Sonstige Bestandteile: Dinatriumhydrogenphosphat, Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat, Saccharose, Polysorbit 80. Lösungsmittel zur Herstellung von Parenteralia: Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** PegIntron ist indiziert zur Behandlung erwachsener Patienten mit chronischer Hepatitis C, die erhöhte Transaminasenwerte ohne Leberdekompensation haben und die Serum-HCV-RNA-positiv oder anti-HCV-positiv sind (siehe Abschnitt 4.4). Die beste Art, PegIntron bei dieser Indikation anzuwenden, ist die Kombination mit Ribavirin. Diese Kombination ist sowohl bei naiven Patienten als auch bei Patienten indiziert, die zuvor auf eine Interferon-alfa-Monotherapie angesprochen haben (mit einer Normalisierung der ALT-Werte am Ende der Behandlung), die aber später einen Rückfall erlitten haben. Die Interferon-Monotherapie, einschließlich PegIntron, ist hauptsächlich indiziert im Fall einer Intoleranz oder einer Gegenanzeige gegenüber Ribavirin. Die Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (SPC) von Ribavirin ist ebenfalls zu beachten, wenn PegIntron in Kombination mit Ribavirin angewendet werden soll. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil, irgendein Interferon oder einen der sonstigen Bestandteile; Anamnestisch bekannte vorbestehende schwere Herzerkrankung, einschließlich instabiler oder nicht beherrschter Herzerkrankung in den letzten sechs Monaten (siehe Abschnitt 4.4); Schwere, schwächende Erkrankungen; Autoimmunerkrankung oder Autoimmunerkrankung in der Vorgeschichte; Schwere Leberfunktionsstörungen oder dekompensierte Leberzirrhose; Bereits bestehende Schildrüsenkrankung, sofern sie sich nicht durch herkömmliche Therapiemaßnahmen beherrschen lässt; Epilepsie und/oder andere Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems (ZNS). In Kombination mit Ribavirin: Patienten mit einer Kreatinin-Clearance < 50 ml/min. **Schwangerschaft und Stillzeit:** PegIntron darf nur dann bei Frauen im gebärfähigen Alter eingesetzt werden, wenn sie eine zuverlässige Methode zur Empfängnisverhütung während der Behandlung anwenden. Es liegen keine hinreichenden Daten für die Verwendung von Interferon alfa-2b bei Schwangeren vor. Tierexperimentelle Studien haben eine Reproduktionstoxizität gezeigt (siehe Abschnitt 5.3). Interferon alfa-2b zeigte eine abortive Wirkung an Primaten. PegIntron wird diese Wirkung ebenfalls haben. Das potentielle Risiko für den Menschen ist nicht bekannt. PegIntron sollte während der Schwangerschaft nur angewendet werden, wenn der potentielle Nutzen das potentielle Risiko für den Fötus rechtfertigt. **Stillzeit:** Es ist nicht bekannt, ob die Bestandteile dieses Arzneimittels beim Menschen in die Muttermilch sezerniert werden. Aufgrund des Nebenwirkungspotentials für gestillte Säuglinge ist vor Beginn der Behandlung abzustillen. Kombinationstherapie mit Ribavirin: Ribavirin verursacht schwerwiegende Schädigungen des Ungeborenen, wenn es während der Schwangerschaft angewendet wird. Frauen im gebärfähigen Alter müssen während und bis zu vier Monate nach der Behandlung eine zuverlässige Verhütungsmethode anwenden (siehe auch Abschnitt 5.3) und die entsprechenden Informationstexte der Ribavirin enthaltenden Arzneimittel). **Zulassungsinhaber:** SP Europe, 73, rue de Stalle, B-1180 Bruxelles Belgien **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 27. April 2006. **Weitere Angaben zu Dosierung, Art und Dauer der Anwendung, Neben- und Wechselwirkungen, sowie zu den Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung sind der „Austria-Codex“-Fachinformation zu entnehmen.**

# Epidemiologische Aspekte der Hepatitis C-Infektion

Mag.a Ilonka Horvath, Wien

REITOX National Focal Point, ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, A-1010 Wien

E-Mail: horvath@oebig.at, Web: www.oebig.at

Österreichweit sind Schätzungen zufolge etwa 0,5 bis ein Prozent der Gesamtbevölkerung mit dem Hepatitis C-Virus (HCV) infiziert.<sup>1</sup> Prävalenzdaten zur Hepatitis C-Infektion bei intravenös (i.v.) Drogenkonsumierenden sind in Österreich nur unzureichend verfügbar, da es keine nationale Erfassung im Rahmen der HCV-Meldepflicht, die seit 1993 besteht, bzw. keine repräsentative HCV-Seroprävalenzstudie für diese Personengruppe gibt.

Das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) sammelt seit 1996 in seiner Funktion als REITOX Focal Point der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)<sup>2</sup> verfügbare Daten zu den drogenbezogenen Infektionskrankheiten HCV, HBV, HIV. Die Datenquellen setzen sich aus zwei stationären und zwei niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe sowie aus den Gutachten der drogenbezogenen Todesfälle zusammen. Zudem stehen 2004 erstmals Prävalenzdaten aus der Basisdokumentation der Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe zur Verfügung.<sup>3</sup>

In Österreich kann auf Basis der aktuellen Datenlage derzeit in der Gruppe der i.v. Drogenkonsumierenden von einer HCV-Prävalenz zwischen 40 und 50 Prozent ausgegangen werden.<sup>4</sup> Vergleicht man diese Prävalenzdaten über den Faktor Zeit, so fällt auf, dass sie derzeit unter den einzelnen Einrichtungen weniger streuen als noch in den Jahren zuvor.<sup>5</sup>

Zur Prävalenz der Infektion mit dem Hepatitis C-Virus in der Europäischen Union liegen der EBDD seit 1996 aggregierte Daten aus unterschiedlichen Routinesettings (z. B. Behandlungseinrichtungen, Spritzenaustauschprogramme, Strafvollzug) sowie aus speziellen Studien vor. Die Prävalenz von Antikörpern gegen das Hepatitis C-Virus unter i.v. Drogenkonsumierenden ist EU-weit im Allgemeinen außerordentlich hoch und verteilt sich in der EU gleichmäßiger als die HIV-Prävalenz. Für 2002/2003 wurden aus Belgien, Estland, Griechenland, Italien, Polen, Portugal und Norwegen HCV-Prävalenzraten von über 60 Prozent gemeldet. In einzelnen Stichproben ergeben sich allerdings in Belgien, der Tschechischen Republik, Griechenland, Ungarn, Slowenien, der Slowakei, Finnland und in Großbritannien Prävalenzraten von unter 40 Prozent.<sup>6</sup>

Die oben erwähnten Daten sind aber hinsichtlich mehrerer Aspekte nur beschränkt interpretierbar und vergleichbar. Die Limitationen beziehen sich sowohl auf die für Österreich präsentierten wie auch auf die von der EBDD publizierten europaweiten HCV-Prävalenzen.

Gerade in Hinblick auf die Definition der gezogenen Stichproben kann es zu epidemiologischen Unschärfen kommen. So werden Daten über aktuell i.v. Konsumierende (recent IDUs), jemals i.v. Kon-

sumierende (ever IDUs) und Drogenkonsumierende ohne i.v. Konsum (PDU) sowohl in einigen österreichischen wie auch europäischen Stichproben nicht immer getrennt erfasst. Diese Subgruppen sind aber hinsichtlich der HCV-Prävalenz nicht direkt vergleichbar, da das Risiko einer HCV-Infektion bei i.v. Drogenkonsum erheblich höher ist. Dies kann zu einer Unterschätzung der gesamten HCV-Prävalenz führen.<sup>7</sup>

Ersichtlich wird auch eine Heterogenität hinsichtlich Datenquellen und Erhebungssettings. Im Datenpool befinden sich aggregierte Daten, die aus unterschiedlichen Routinesettings gezogen wurden und sich daher bezüglich Freiwilligkeit der Statuserhebung, Alter der Stichprobe etc. wesentlich unterscheiden. Innerhalb der einzelnen Länder ergibt ein Vergleich der einrichtungsspezifischen Prävalenzdaten auf Grund der geringen Stichprobengröße wie auch auf Grund der geografischen Verteilung der Datenquellen kein repräsentatives Bild der HCV-Prävalenz. Durch die Freiwilligkeit der Statuserhebung ergibt sich methodisch zudem eine Vermischung von Prävalenz und Inzidenz<sup>8</sup>, da sich erfahrungsgemäß nur jene Personen testen lassen, die noch kein vorangegangenes positives HCV-Testergebnis erhalten haben.

Zu beachten ist zudem die auf EU-Ebene derzeit aktuell diskutierte, divergierende Nachweispraxis. Diese betrifft einerseits den länderwie auch den einrichtungsspezifischen Umgang mit anamnestischen Daten, andererseits das verwendete Testverfahren. In den meisten Fällen basieren die dokumentierten HCV-Prävalenzdaten auf einem einmaligen Antikörpernachweis. Nur in einigen wenigen EU-Ländern sind auch HCV-RNA-Ergebnisse routinemäßig verfügbar. In Anbetracht der Tatsache, dass ein einmaliger Antikörpernachweis wenig über den aktuellen Status der HCV-Infektion aussagt, bietet dieser Datenpool somit auch eine unzureichende Basis für evidenzbasierte Interpretationen und epidemiologische Aussagen.

Trotz all dieser Einschränkungen, die bei der Interpretation der Prävalenzdaten bestehen, ermöglicht die derzeitige österreichweite wie auch EU-weite Datensammlung zumindest eine Einschätzung der epidemiologischen Situation bezüglich HCV-Infektionen in der Risikogruppe der i.v. Drogenkonsumierenden. Deutlich wird in diesem Zusammenhang aber ein nationaler und internationaler Handlungsbedarf betreffend Datenqualität und -verfügbarkeit hinsichtlich Vereinheitlichung der Datenerfassung und Stichprobendefinition. Eine verbesserte Datenlage könnte in Kombination mit Informationen über Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe einen wesentlichen Beitrag leisten, um Präventionsstrategien zu entwickeln, die in weiterer Folge effektiv in die Praxis umgesetzt werden könnten.

## LITERATUR

1. ITA (2004): Chronische Hepatitis C. Implikationen für Therapie und ökonomischen Ressourceneinsatz in Österreich, Institut für Technologiefolgen-Abschätzung der österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien
2. Die EBDD wurde 1993 von der Europäischen Union als Informationszentrum gegründet, mit dem Ziel, der EU und den einzelnen Mitgliedsstaaten objektive, zuverlässige und vergleichbare Daten zu den Themen Drogen, Drogensucht und deren Auswirkungen zu liefern. Um eine Basis für vergleichende Analysen der epidemiologischen Situation in Europa zu haben, wurden fünf Schlüsselindikatoren entwickelt. Einer dieser Schlüsselindikatoren fokussiert auf drogenbezogene Infektionskrankheiten (HCV, HBV, HIV). Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens (Standard Table 9) werden Daten für diesen Schlüsselindikator erhoben.
3. IFES (2004): BADO-Basisdokumentation KlientInnenjahrgang 2003, im Auftrag des Fonds Soziales Wien, Wien
4. ÖBIG (2005): Bericht zur Drogensituation 2005, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
5. HCV-Prävalenz 1996–2000: 41 bis 85 %; 2002: 36 bis 66 %; 2003: 39–51 %; vgl. ÖBIG (1996–2004): Berichte zur Drogensituation 1996 bis 2004, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
6. EMCDDA (2005): Jahresbericht 2005, Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen – 2005, EMCDDA, Lissabon
7. EMCDDA (2004a): Jahresbericht 2004, Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen – 2004, EMCDDA, Lissabon
8. Prävalenz gibt die Anzahl aller infizierten Personen wieder und Inzidenz beziffert nur jene, die in einem bestimmten Zeitraum als Neuinfektionen dazukommen.

# Strategien der Hepatitis C-Prävention

Univ.-Doz. Dr.rer.pol. Heino Stöver, Bremen

Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen, D-28334 Bremen

E-Mail: [heino.stoever@uni-bremen.de](mailto:heino.stoever@uni-bremen.de), Web: [www.archido.de](http://www.archido.de), [www.heinostoever.de](http://www.heinostoever.de)

## EINLEITUNG

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

Seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Deutschland im Jahr 2001 sind alle Fälle von HCV-Infektionen an das Robert-Koch-Institut zu übermitteln, für die Jahre 2001–2004 wurden im Durchschnitt 7852 Fälle übermittelt (siehe [www.rki.de](http://www.rki.de)). **Mehr als die Hälfte der neu infizierten Menschen stammen aus der Gruppe der DrogenkonsumentInnen.** Ihre Situation ist derzeit gekennzeichnet durch eine immens hohe Hepatitis C-Prävalenz (bis zu 90 %), eine geringe Behandlungsquote (lediglich drei bis vier Prozent der behandlungsbedürftigen HCV-infizierten Drogengebraucher werden behandelt) sowie durch unzureichende Informationen zur Thematik bei allen involvierten Akteuren (MitarbeiterInnen in Aids- und Drogenhilfen, MedizinerInnen sowie in anderen sozialen/medizinischen Hilfesegments): **Trotz der epidemischen Verbreitung und Schwere der HCV-Infektion werden die Bedeutung für die Gesundheit eines erheblichen Teils der Bevölkerung und die damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitswesen in der Gesundheitspolitik und auch in der Fachöffentlichkeit weitgehend verkannt.**

Die Gründe dafür sind:

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

Dies war die Ausgangslage, als sich das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ im Jahre 2004 mit dem Ziel, die Bedeutung und Auswirkungen von Hepatitis-Infektionen auf die Gruppe der DrogenkonsumentInnen und unser Gesundheitswesen deutlich zu machen ([www.akzept.org](http://www.akzept.org)), gegründet hat. Immer noch bestehen bei vielen MitarbeiterInnen der Drogen-/Aids-/Jugend-/Straf-fälligenhilfe Unsicherheiten bzgl. Übertragungswege, Impfschutz, Präventionsmöglichkeiten/-notwendigkeiten und der Relevanz des Themas Hepatitis allgemein für die eigene Einrichtung und den Arbeitsplatz.

Neben einer gesundheitspolitischen Strategie zur Erhöhung der Aufmerksamkeit gegenüber Hepatitis, verfolgt das Aktionsbündnis in fachlicher Hinsicht das Ziel, den MitarbeiterInnen der psychosozialen-/Gesundheitsberufe eine grundlegende Orientierung zur verbesserten Ansprache, Beratung und Behandlungsüberleitung von Betroffenen sowie der Würdigung aller relevanten rechtlichen Regelungen für MitarbeiterInnen und Betroffene an die Hand zu geben. Vor diesem Hintergrund wurde das auch online verfügbare ([www.akzept.org](http://www.akzept.org)) „Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch – Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht“ erarbeitet (Vorbild: „Handbuch HepCH – Prävention und Therapie“, [www.hepch.ch](http://www.hepch.ch)).

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. Man kann einerseits mit Recht davon ausgehen, dass sich i. v. Drogengebraucher 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-Prävalenzen beigetragen. Andererseits weist die hohe HCV-Epidemiologie auf die lebensweltlichen Dimensionen klandestinen und strafverfolgten i. v. Drogengebrauchs hin.

## 1. KERNELEMENTE DER VERHALTENSPRÄVENTION

Die Kernelemente der Verhaltensprävention sind:

- Information/Wissensvermittlung
- Individuelle Beratung
- Stetige Erneuerung komplexer Botschaften
- Lebensweltnähe, Settingbezug
- Geschlechts-/Kultur-/Altersspezifik  
(hier v.a. junge KonsumentInnen)

Verhaltensprävention kann nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn parallel eine Verhältnisprävention stattfindet.

## 2. KERNELEMENTE DER VERHÄLTNISPRÄVENTION

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

## 3. GRUNDLEGENDE ZIELE UND MASSNAHMEN DER HEPATITIS-PRÄVENTION

### Erhöhung des Hygienebewusstseins

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

### Blutaufmerksamkeit erzeugen

Die Blutaufmerksamkeit bedeutet, dass jemand sich bewusst ist, dass im eigenen Leben (nicht-sichtbares) Blut eine Rolle spielt und ein Gesundheitsrisiko darstellen kann. Die Gelegenheiten, mit fremdem Blut in Berührung zu kommen, sind vielfältig: sowohl im Haushalt (Schnitt-/Stichverletzungen, bei der Ersten Hilfe, Hygieneartikel) als auch beim Sex und Drogenkonsum.

### Impfung gegen Hepatitis A und B

Es sollte über die Sinnhaftigkeit der Hepatitis A- und B-Impfung aufgeklärt werden. Der Zugang zur Impfung sollte erleichtert werden, ggf. durch Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Ambulanzen oder durch ein Impfangebot in der eigenen Einrichtung.

### Behandlung der chronischen Hepatitis

Auch die Behandlung der Hepatitis hat, epidemiologisch betrachtet, einen primärpräventiven Effekt. HCV-positive DrogengebraucherInnen sollten aufgeklärt und bei der Auseinandersetzung des Für und Wider einer Therapie unterstützt werden. Während der Therapie ist eine begleitende und anschließende Unterstützung zur Vermeidung von Therapie-Abbrüchen und Re-Infektionen häufig zweckmäßig.

## Arbeitsschutz: Drogen-/Aidshilfe geht mit gutem Beispiel voran

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

## 4. BEISPIELE DER HEPATITIS-PRÄVENTION

- Förderung der Hepatitis-Impfung
- Durchführung von Impfungen im niedrigschwelligen Setting
- Strukturelle Prävention
- Motivierung/Aufklärung niedergelassener Ärzte zur Impfung
- Aufklärung Jugendlicher, die in riskanten Lebenssituationen leben (Trebe, Prostitution)
- Motivation der Zielgruppe, durch alle Einrichtungen, die mit der Zielgruppe zu tun haben, anregen
- Impfung in Haft für spezielle Gruppen (Drogengebraucher, Langstrafer, HCV-/HIV-positive Menschen)
- Impfung als ÖGD-Leistung einfordern.

### Information, Wissensvermittlung und Motivation

Es können die klassischen Methoden der Präventionsarbeit eingesetzt werden:

- Einzel- und Gruppen-Gespräche
- Aktionen in Kampagnen-Form

### In niedrigschwelligen Einrichtungen:

- „Mein-/Dein“-Kampagne (Schweiz)
- „Gegenstand der Woche“ (z. B. Stéricup)
- „Incentive“-Vergabe („Gegenstand der Woche“)
- Lehrfilm „Einwandfrei“ von Fixpunkt e. V., Berlin
- Rollenspiele + Trainings („safer use“)
- „Was hat Sex mit Hep C zu tun?“
- Spritzenschachtel-Aufdrucke

### Im betreuten Wohnen zusätzlich:

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

### In Beschäftigungsprojekten, Tagesstätten und Wohngruppen

**zusätzlich:** „Pflicht“-Trainings (Gruppenveranstaltungen zu Hygiene, Infektionsschutz, Drogennotfall)

**Für alle Einrichtungen (in Kooperationen mit Gesundheits-/Jugendämtern etc.):** „HCV-Kompaktkurse“, die neben Fortbildung auch eine Intensivierung der Zusammenarbeit und Verschränkung der Arbeit der professionellen Akteure auf lokaler Ebene leisten (siehe [www.archido.de](http://www.archido.de)).

## LITERATUR

1. Dieser Beitrag basiert auf Diskussionen und gemeinsamen Arbeiten mit Astrid Leicht, Fixpunkt e. V., Berlin

# Kompetenz bei chronischer Hepatitis



Überlegen bei der Behandlung  
der chronischen Hepatitis C,  
einschließlich Patienten mit:

- Kompensierter Zirrhose
- Normalen Transaminasen
- HIV-Begleitinfektion

Überlegen bei der Behandlung  
der chronischen Hepatitis B:

- HBeAg - positiv
- HBeAg - negativ

**COPEGUS<sup>®</sup>**  
ribavirin



**PEGASYS<sup>®</sup>**  
peginterferon alfa-2a (40KD)

# Der Teufel sitzt im Detail – Hepatitis C-Prävention in der Praxis

Chefarzt Dr. med. Daniel Meili, Zürich

ARUD Zürich, CH-8005 Zürich, E-Mail: [d.meili@arud-zh.ch](mailto:d.meili@arud-zh.ch), Web: [www.arud.ch](http://www.arud.ch)

Der Vortrag zeigte auf, welche Techniken Gruppen beim Zubereiten von Drogen zum intravenösen Konsum anwenden und wie dabei das Infektionsrisiko einzuschätzen ist. Illustriert wurde, wie kleinste Blutmengen und dadurch auch Viren über mehrfach verwendete Utensilien und Flüssigkeiten weitergegeben werden können. Zur Ansteckung mit HIV ist Spritzen- oder Nadeltausch notwendig, da eine relativ große Virenmenge übertragen werden muss. Für die Ansteckung mit dem Hepatitis C-Virus reichen bereits die kleinsten Mengen, die beim gemeinsamen Zubereiten von Drogen ausgetauscht werden können. Der Ablauf wurde anhand einer Demonstration mit den Utensilien verdeutlicht.

In der Poliklinik Zokli der ARUD Zürich (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen), einem der größten Methadonprogramme der Schweiz mit ca. 500 Behandlungsplätzen, waren bereits 1996 über 60 % der Methadonbezügler HCV-positiv.

In einer Befragung von MethadonbezüglerInnen gaben nur 19 % der intravenös Konsumierenden an, nie Drogen in Gruppen zuzubereiten. Durch die Techniken des Aufteilens (frontloading, backloading, Ausgleich über den Löffel etc.) gelangt die Drogenlösung häufig mit fremden, gebrauchten Spritzen, Löffeln oder Filtern in Kontakt. Die Mehrheit erachtet das Tauschen von Spritzen und Nadeln als Infektrisiko, hingegen stufen die meisten das gemeinsame Zubereiten von Drogen als harmlos ein.

Dies ist fatal, da Drogenlösungen beim Drogenteilen immer potenziell als viren-kontaminiert betrachtet werden müssen, sobald ein Bestandteil mehrfach verwendet wird.

**Kontamination mit Blut:** Damit es zu einer Kontamination der Drogenlösung und der Utensilien kommen kann, muss Blut in die Spritze gelangen: Sobald die Nadel in der Vene platziert ist, wird eine kleine Menge Blut in die Spritze gezogen, um die korrekte Lage zu prüfen. Nach Injektion der gesamten Drogenlösung bleibt immer eine kleine Blutmenge in Nadel und Spritze (B. Bertisch-Möllenhoff et al.: „Nachweis von Hepatitis C-Viruslast in gebrauchten Heroinspritzen“, in Suchttherapie Supplement 2002; 3: S. 17–19).

**Praktische Demonstration:** Es ist didaktisch wichtig, diesen Sachverhalt mit den Utensilien praktisch zu demonstrieren, da die rein theoretische Abhandlung des Themas erfahrungsgemäß nicht nachhaltig ist. Dabei sollten alle Varianten des Drogenteilens durchgespielt werden.

Am Besten geschieht diese Demonstration in Kleingruppen, wobei sowohl die therapeutisch tätigen Personen als auch die PatientInnen einbezogen werden sollten. Als Filter werden in der Regel Zigarettenfilter benutzt. Als „Blut“ verwendet man vorzugsweise Tinte (am besten eignet sich wegen der starken Konzentration solche aus Nachfüllbehältern – in der Regel kleine Flaschen – für Patronen von Tintenstrahler-Druckern). Dabei wird sichtbar, dass stets kleine Mengen an „Blut“ zurückbleiben und sich nachher in der Lösung verteilen.

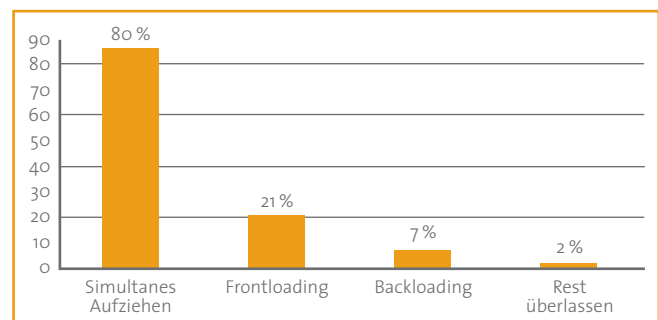
## DIE TECHNIKEN DES DROGENTEILENS IM EINZELNEN

**Simultanes Aufziehen:** Zwei Spritzen werden simultan ohne Nadel auf den Filter gepresst und die vorbereitete Lösung wird gleichzeitig von einer Person aufgezogen. Bei ungleichen Mengen wird der Überschuss in den Löffel zurückgegeben und mit der anderen Spritze aufgesogen.

**Frontloading:** Dabei wird die gesamte Drogenmenge in eine Spritze aufgezogen. Mit einer Nadel bestückt, wird die Hälfte durch die Frontöffnung in die Empfängerspritze umgefüllt.

**Backloading:** Es wird aus der Empfängerspritze der Kolben herausgezogen und aus der Geberspritze wird mit oder ohne Nadel die Drogenlösung von hinten eingespritzt.

**Rest überlassen:** Mehrere Konsumenten ziehen ihren Drogenanteil nacheinander über den Filter in ihre Spritze auf. Ausgleich nach obigen Techniken.



## GENERELLE BOTSCHAFT ZUM SICHEREN INTRAVENÖSEN KONSUM

**Für jede Injektion, ob allein oder in Gruppen, gilt:**

- Eine neue Spritze und Nadel und einen neuen Filter benutzen
- Neues NaCl-Wasser direkt aus Einmalgebinde in den Löffel geben
- Löffel vor der Drogenzubereitung mit Alkoholtupfer reinigen
- Die Injektionsstelle muss vor dem Injizieren desinfiziert werden

**Die Prävention soll sich nicht generell gegen den Konsum in Gruppen richten, weil die Gruppe viele positive Effekte hat:**

- Wichtige Rolle der Gruppe für den Süchtigen durch gemeinsamen, häufig ritualisierten Konsum
- Soziale Kontakte, bei denen der Süchtige sich austauschen kann, was wiederum für die Prävention genutzt werden kann
- Bei Überdosierung kann die Gruppe lebensrettend sein

## WEITERE INFORMATIONEN

- D. Meili et al.: „Mögliche Wege der Übertragung viraler Erkrankungen beim gemeinsamen Zubereiten von Drogen zum i.v.-Konsum – Konsequenzen für die Prävention“, in: Suchttherapie Supplement 2002; 3: S. 20–26
- Website der ARUD Zürich: [www.arud-zh.ch](http://www.arud-zh.ch)

# Aktueller Stand der Behandlung der Hepatitis C – individualisiert

Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Vogel, Innsbruck

Stv. Präsident der ÖGGH, Ordinarius der Universitätsklinik für Innere Medizin, Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, A-6020 Innsbruck, E-Mail: wolfgang.vogel@uibk.ac.at

## EPIDEMIOLOGIE

Mit dem Nachweis des Hepatitis C-Virus (HCV) 1989/90 auf molekular-biologischem Weg war die Voraussetzung für eine effektive Diagnostik geschaffen. Die Einführung der Testung auf Antikörper gegen das HCV hat das Übertragungsrisiko im medizinischen Bereich auf fast Null reduziert. Die meisten Infektionen erfolgen heute in der entwickelten Welt im Drogenmilieu mit einer Inzidenz von ca. zehn Prozent pro Jahr. Die Prävalenz im Drogenmilieu reicht von 34 % bis über 80 %. Die Rate der Neuinfektionen in Österreich ist unbekannt, da kein die Anonymität sicherndes zentrales Melde-register vorliegt. Aus eigenen Beobachtungen kann die Zahl der Neuinfektionen in Österreich auf etwa 3.200 Fälle mit einer Prävalenz der Erkrankung von aktuell 40.000 hochgerechnet werden.

Die Infektiosität ist erfreulich niedrig und liegt deutlich unter der der HIV- oder Hepatitis-B-Infektion und erfordert in der Regel eine Verletzung der natürlichen Oberflächen des Menschen mit Einbringung einer hohen Virusmenge in ein Blutgefäß. Die hohe Ansteckungsrate im Drogenmilieu kontrastiert bezeichnend mit einer bei fast bei Null liegenden Infektionsrate im medizinischen Bereich – und dies trotz der hier gut dokumentierten hohen Rate an Verletzungen mit infizierten Nadeln.

Der Verlauf der Hepatitis C-Infektion ist extrem variabel. Die akute Gelbsucht, die durch das Virus ausgelöst wird, heilt in bis zu 50 % der Fälle von selbst aus. Eine Erkrankungsdauer von mehr als drei Monaten ist Ausdruck der Unfähigkeit des Organismus zur Selbstheilung. In diesem frühen, akuten Stadium der Erkrankung sind die modernen Therapieverfahren extrem effektiv. Hier liegt die Heilungsrate nach einer dreimonatigen Behandlung bei > 90 %. Heilung bei der Virushepatitis ist immer definiert als negativer Virusnachweis mittels PCR sechs Monate nach Ende der Therapie. Zu betonen ist allerdings, dass es keine Immunität gegen die Hepatitis C-Infektion gibt. Eine neuerliche Infektion ist somit möglich. Leider erfolgen die meisten Infektionen ohne klinische Zeichen, das heißt der/die PatientIn (im Weiteren wird Patient geschlechtsneutral verwendet) spürt den Beginn der Erkrankung in der Regel nicht. Die Erkrankung nimmt einen chronischen Verlauf, der unbeeinflusst in der Zirrhose mit all ihren Komplikationen bis hin zum Leberkrebs mündet. Die Dauer bis zu diesem potenziell lebensgefährlichen Stadium kann aber zwischen zehn und mehr als 50 Jahren liegen. Sehr langsam verläuft die Hepatitis, wenn die Infektion im jugendlichen oder jungen Erwachsenenalter (besonders bei Frauen) erfolgt. Bei Infektion in höherem Lebensalter, bei Vorliegen von zusätzlichen Risikofaktoren wie Alkoholmissbrauch, Hepatitis B-Infektion kann die Zirrhose schon nach zehn- bis 20-jährigem Verlauf auftreten.

Eine Behandlung der chronischen Hepatitis C muss heute jedem Patienten angeboten werden. Allerdings gilt im Einzelfall, die Prognose der Erkrankung gegen die möglichen Nebenwirkungen und die Wahrscheinlichkeit der Heilung abzuwägen. Als sehr hilfreich für die Einschätzung der Prognose hat sich die Leberbiopsie erwiesen. Aus dieser Momentaufnahme aus dem Gewebe lässt sich die Dauer bis zur Zirrhoseausbildung hochrechnen. Fortgeschrittene Lebererkrankungen sprechen in der Regel schlechter auf Therapie an. Faktoren, die mit einer hohen Heilungsrate assoziiert sind, sind Genotyp (GT) 2 und 3 (vor allem bei Drogenkonsumenten nachzuweisen), weibliches Geschlecht und eine niedrige Viruslast. Die Höhe der Leberwerte ist ohne Bedeutung für die Beurteilung der Schwere der Erkrankung oder die Wahrscheinlichkeit des Ansprechens auf die Therapie. Die beiden anderen Genotypen, die noch in unserer Bevölkerung vorkommen, 1 (ca. bei 60 % aller Infizierten) und 4, sprechen schlecht auf die derzeitige Behandlung an. Wichtig für die Einleitung einer Therapie ist psychische Stabilität, die entweder durch ein entsprechende psychiatrische Behandlung gewährleistet wird oder vorgegeben ist, und vor allem der Therapiewunsch des Patienten. Die subjektiven Nebenwirkungen können durch Mexalen verbessert werden; die objektiven Nebenwirkungen bedürfen einer begleitenden ärztlichen Betreuung.

Die Standardtherapie besteht aus pegyliertem Interferon, das einmal pro Woche unter die Haut injiziert wird, und nach Körpergewicht zu dosierenden Ribavirin Tabletten, die täglich zur Mahlzeit genommen werden müssen. Die Dauer einer Behandlung kann heute nach individuellen Charakteristika formuliert werden. Die besten Ergebnisse mit der kürzesten Therapiedauer sind zu erwarten, wenn das Virus nach einer vierwöchigen Behandlung eliminiert wird. Bei GT 2,3 Patienten genügen dann zwölf Wochen zur Heilung bei > 90 % der Patienten; bei GT 1,(4?) sind 24 Wochen notwendig, mit einer Heilungschance von ~70 %; bleiben diese Patienten nach vier Wochen positiv, sind auf jeden Fall 48 Wochen Behandlung notwendig und die Chance auf Heilung sinkt auf ca. 50 % ab. Für GT 1,4 Patienten, die nach 24 Wochen Behandlung noch Virus positiv sind, tritt die „Stopp-Regel“ in Kraft: Eine Weiterführung der Behandlung hat kaum mehr Chance auf Heilung. Allerdings ist selbst unter diesen Bedingungen ein signifikant günstigerer Verlauf der Hepatitis zu erwarten.

Die Arbeiten an spezifisch gegen das HCV gerichteten Medikamenten hat in den letzten Jahren reiche Frucht getragen. Die Ergebnisse aktuell laufender Studien werden zeigen, inwieweit diese Medikamente auch jenen helfen können, die mit der derzeitigen Behandlung nicht von der Virusinfektion geheilt werden können.

## KERNAUSSAGEN ZUR HEPATITIS C

- Ein positiver Antikörpernachweis spricht bei Bestätigung durch Nachweis der viralen RNS mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) für Infektiosität und Vorliegen einer Leberentzündung (Hepatitis).
- Es gibt keine Immunität (weder erworben noch durch Impfung) – eine ausgeheilte Infektion schützt nicht vor Neuinfektion.
- Das Infektionsrisiko ist gering und erfordert in der Regel eine Verletzung der natürlichen Oberflächen des Menschen mit Einbringung einer hohen Virusmenge in ein Blutgefäß.
- Heute erfolgt die Infektion in der entwickelten Welt vor allem (fast ausschließlich?) bei intravenösem Drogengebrauch. Die sexuelle Übertragung spielt lediglich im Sex-Business eine Rolle.
- Für die Diagnose genügt in der Regel ein Antikörpernachweis, der ca. zehn Wochen nach der Infektion positiv wird; die PCR kann bereits nach drei Wochen schon positiv werden.
- Die Lebererkrankung verläuft mild (Dauer bis zur Zirrhoseentwicklung 30–50 Jahre), wenn die Infektion im jugendlichen oder jungen Erwachsenenalter (besonders bei Frauen) erfolgt. Bei Infektion in höherem Lebensalter, bei Vorliegen von zusätzlichen Risikofaktoren wie Alkoholmissbrauch, Hepatitis B-Infektion kann die Zirrhose schon nach zehn- bis 20-jährigem Verlauf auftreten.
- Eine Behandlung mit pegyliertem Interferon und Ribavirin sollte Jedem angeboten werden, falls die Compliance für diese nebenwirkungsträchtige Therapie gewährleistet wird.
- Die Heilung, definiert als PCR-Negativität 24 Wochen nach Ende der Therapie, wird in Abhängigkeit vom Genotyp (GT), der Viruslast und dem Ansprechen, gemessen am Virusabfall nach vier Wochen Behandlung, mit einer unterschiedlicher Therapiedauer erreicht.
- Therapiedauer bei Negativität nach vier Wochen: GT 2,3 – zwölf Wochen (Heilung ~ 90 %; GT ein bis 24 Wochen (Heilung ~70 %); ansonsten gilt 24 Wochen für GT 2,3 (Heilung wie oben) und 48 Wochen für GT 1 (Heilung ~50 %).
- Für GT 1 gilt zusätzlich die Zwölf-Wochen-Regel: Abfall >2log-Stufen als Voraussetzung für ein Ansprechen und die 24 Wochen Stoppregel: Falls nach 24 Wochen die PCR positiv ist, sollte die Therapie wegen geringer Erfolgschance abgebrochen werden.

# Psychische Probleme und Bedarf an psychischer Betreuung bei PatientInnen mit Hepatitis C

Univ.-Prof. Dr. med. Gabriele Moser, Wien

Leitung der wissenschaftl. Arbeitsgruppe für gastroenterologische Psychosomatik u. d. Gastroenterologischen Psychosomatik-Ambulanz im AKH Wien, Univ.Klinik für Innere Medizin IV, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, E-Mail: [gabriele.moser@meduniwien.ac.at](mailto:gabriele.moser@meduniwien.ac.at), Web: [www.gabrielemoser.at](http://www.gabrielemoser.at)

Hepatitis C ist ein globales gesundheitliches Problem und eine der häufigsten infektiösen Erkrankungen weltweit.<sup>(1-2)</sup>

Das Fortschreiten der Hepatitis C zu einer klinisch signifikanten Erkrankung dauert meist Jahre, weshalb es oft Zufallsbefunde sind, die zu einer Diagnose führen. Die häufigsten Beschwerden der Betroffenen in frühen Stadien der Erkrankung sind unspezifisch, wie z. B. Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Gewichtsabnahme, Oberbauchbeschwerden, Müdigkeit und Reizbarkeit. Obwohl dies keine lebensbedrohlichen Symptome sind, führen sie zu einer reduzierten Lebensqualität mit verminderter Leistungsfähigkeit und folgender psychischer Beeinträchtigung.<sup>(3-8)</sup> Wird dann die Diagnose gestellt, fühlen sich die PatientInnen durch die infektiöse Erkrankung stigmatisiert, manche leiden unter immensen Schuldgefühlen und Viele erleben ihre Erkrankung als fatal. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass Hepatitis C-PatientInnen unter einer deutlich reduzierten Lebensqualität sowie häufigen Depressionen und Angstsymptomen leiden, welche durch die der-

zeit gängige Therapie der Hepatitis C mit Interferon-alpha und Ribavirin zusätzlich induziert oder noch verstärkt werden können.

In einer Studie von Kraus et al.<sup>(9)</sup> wird beschrieben, dass 22,4 % der Betroffenen an Depressionen und 15,2 % unter Angst leiden, wobei die Art der Infektion (ob durch Drogen oder nicht) und der Schweregrad der Lebererkrankung keinen Einfluss auf den emotionalen Zustand hatten. Weiters waren ältere PatientInnen (über 50 Jahre) signifikant häufiger depressiv. Eine ähnliche Rate an Depression beschrieben Lee et al.,<sup>(10)</sup> die bei 24 % der Betroffenen eine Depression fanden, unabhängig von einer Interferontherapie. Depression war sogar die häufigste mit Hepatitis C assoziierte Störung. Fontana et al.<sup>(11)</sup> fanden gar in 35 % der Betroffenen mit Hepatitis C, die keine Antivirustherapie erhielten, eine klinisch signifikante emotionale Störung. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Lebensqualität auch ohne Leberzirrhose oder Therapienebenwirkung und unabhängig von der Art der Infektion signifikant reduziert ist,<sup>(4,12)</sup> insbesondere im Vergleich zur gesunden Ver-

gleichsbevölkerung.<sup>(9,12)</sup> Dies gilt auch für Betroffene, die lang anhaltend auf eine antivirale Therapie angesprochen haben.<sup>(11)</sup> Dass die Hepatitis C allein (auch ohne Interferontherapie) eine negative Auswirkung auf das Allgemeinbefinden hat, ist ebenfalls beschrieben.<sup>(13)</sup> Es ist auch bekannt, dass das Wissen um die Infektion zusätzlich einen negativen Effekt auf das psychische Befinden hat, im Vergleich zu den Betroffenen, die kein Wissen um ihren Infektionsstatus haben.<sup>(14-15)</sup> Umso wichtiger scheint die psychische Betreuung der Betroffenen nach Mitteilung der Diagnose. Obwohl bis zu 50 % der Betroffenen einen Erfolg durch neue Therapien erreichen können,<sup>(16-19)</sup> ist doch die Toleranz der Medikation sehr häufig schlecht.<sup>(19)</sup> Bonaccorso et al.<sup>(20)</sup> beschreiben, dass nach drei Monaten Therapie mit Interferon-alpha über 40 % der Betroffenen klinisch depressiv werden. Ähnliche Ergebnisse mit Ansteigen der Depression, Angst, Bereitschaft zu Zorn und Feindseligkeit unter Interferon-alpha-Therapie erkannten auch andere Studien.<sup>(21-24)</sup> Dies ist umso bedeutsamer, da berichtet wird, dass eine schwere Depression häufig eine Ursache für die Unterbrechung oder Dosisreduktion einer Immuntherapie darstellt. Antidepressiva wie Citalopram sind zwar effektiv in der Behandlung der Interferon-induzierten-Depression bei Hepatitis C-PatientInnen,<sup>(25-26)</sup> die allge-

meine psychosoziale Situation der Betroffenen macht aber offensichtlich eine zusätzliche psychische Betreuung erforderlich.

Abgesehen von einer medikamentösen Therapie der Hepatitis sowie von Depressionen und Angstzuständen, ist es daher wichtig, sich mit den psychosozialen Problemen der PatientInnen und deren Auswirkung auf die Lebensqualität und auch auf den Therapieerfolg zu beschäftigen und den Betreuungsbedarf zu erheben.

Im AKH wird an der Universitätsklinik für Innere Medizin IV derzeit eine Studie begonnen, die evaluieren soll, ob und wie viele der ambulanten Hepatitis C-Patienten sich verstärkt krankheitsorientierte aufklärende Gespräche wünschen und/oder integrierte psychosomatische bzw. begleitende psychotherapeutische Interventionen zur Bewältigung der psychischen Begleiterscheinungen ihrer Erkrankung brauchen. Auch soll untersucht werden, welche Auswirkungen die Kombinationstherapie mit Interferon-alpha und Ribavirin auf diese Faktoren hat und ob der Therapieverlauf durch die psychosozialen Probleme beeinflusst wird.

Weiters wird erstmals auch der Einfluss der psychischen Störungen wie Depressionen und Angst als Einflussfaktor für den Erfolg der medikamentösen Therapie der Hepatitis C erhoben.

## LITERATUR

- Choo QL, Kuo G, Weiner A, et al.: Isolation of cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B hepatitis genome. *Science* 1989; 244:359-362
- Alter MJ: Epidemiology of hepatitis C. *Hepatology* 1997; 26:625-655
- Ware JE, Bayliss MS, Mannocchia , et al.: Health-related quality of life in chronic hepatitis C: impact of disease and treatment response. *Hepatology* 1999; 30:550-555
- Carithers RL, Sugano D, Bayliss M: Health assessment for chronic HCV: Results of HQL. *Dig Dis Sci* 1996; 41(Suppl 12):75S-80S
- Davis GL, Balert LA, Schiff ER, Lindsay K, Bodenheimer HC Jr, Perillo RP, Carey W, et al.: Assessing health-related Quality of life in chronic hepatitis C using the Sickness Impact Profile. *Clin Ther* 1994; 16:334-343
- Bayliss MS, Gandek B, Bungay KM, Sugano D, Hsu MA, Ware JE Jr: A questionnaire to assess the generic and disease-specific health outcomes of patients with chronic hepatitis C. *Qual Life Res* 1998;7:39-55
- Bonkovsky HL, Woolley JM, and the Consensus Interferon Study Group: Reduction of health-related quality of life in chronic hepatitis C and improvement with interferon therapy. *Hepatology* 1999;29:264-270
- Wachtel T, Piette J, Mor V, Stein M, Fleishman J, Carpenter C: HQL in persons with human immunodeficiency virus infection: measurement by Medical Outcomes Study Instrument. *Ann Intern Med* 1992;116:129-137
- Kraus MR, Schäfer A, Csef H, Scheuerlen M, Faller H: Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatics* 2000;41:377-384
- Lee DH, Regenstien FG, et al.: Morbidity of chronic hepatitis C as seen in a tertiary medical center. *Dig Dis Sci* 1997;42:186-191
- Fontana RJ, Hussain KB, Schwartz SM, Moyer CA, Su GL, Lok ASF: Emotional distress in chronic hepatitis C patients not receiving antiviral therapy. *Hepatology* 2002;36:401-407
- Foster GR, Goldin RD, Thomas HC: Chronic hepatitis C infection causes a significant reduction in HRQOL in the absence of cirrhosis. *Hepatology* 1998;27:209-212.
- Gallegos-Orozco JF, Fuentes AP, Argueta JG, Perez-Pruna CP, Kerhenobich D, et al.: Health-related quality of life and depression in patients with chronic hepatitis C. *Arch Med Res* 2003;34:124-129
- Rodger AL, Jolley D, Thompson SC, Lanigan A, Crofts N: The impact of diagnosis of hepatitis C virus on quality of life. *Hepatology* 1999;30:1299-1301
- Wenger NK: Quality of life issues in hypertension: consequences of diagnosis and considerations in management. *Am Heart J* 1988;116:628-632.
- McHutchison JG, Gordon SC, Schiff ER, et al.: Interferon alfa-2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic hepatitis C. *N Engl J Med* 1998;229:1485-1492
- Poynard T, Marcellin P, Lee SS, et al.: Randomised trial of interferon alpha 2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus interferon alpha 2b plus placebo for 48 weeks for treatment of chronic infection with hepatitis C virus. *Lancet* 1998;352:1426-1432
- Bernstein D, Kleinman L, Barker CM, Revicki DA, Green J: Relationship of health-related quality of life to treatment adherence and sustained response in chronic hepatitis C patients. *Hepatology* 2002; 35(3):704-8
- Mc Hutchison JG, Ware JE jr, Bayliss MS; Pianko S, Albrecht JK, Cort S, Yang I, Neary MP and the Hepatitis Interventional Therapy Group: The effects of interferon alpha-2b in combination with ribavirin on health related quality of life and work productivity. *Hepatology* 2001;34:140-147
- Bonaccorso S, Marino V, Biondi M, Grimaldi F, Ippoliti F, Meas M: Depression induced by treatment with interferon-alpha in patients affected by hepatitis C virus. *J Aff Dis* 2002;72: 237-241
- Kraus MR, Schafer A, Faller H, Csef H, Scheuerlen M: Psychiatric symptoms in patients with chronic hepatitis C receiving interferon alfa-2b therapy. *J Clin Psychiatry* 2003;6:708-714
- Gohier B, Goeb JL, Rannou-Dubas K, Fouchard I, Cales p, Garre JI: Hepatitis C, alpha interferon, anxiety and depression disorders: a prospective study of 71 patients. *World J Biol Psychiatry* 2003;4(3):115-118
- Horiwaka N, Yamazaki T, Izumi N, Uchihara M: Incidence and clinical course of major depression in patients with chronic hepatitis type C undergoing interferon-alpha therapy: a prospective study. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25(1): 34-38
- Zidlar D, Franco-Bronson K, Buchler N, Locala JA, Younossi ZM: Hepatitis C, Interferon Alfa, and Depression. *Hepatology* 2000;31:1207-1211
- Gleason OC, Yates WR, Isbell MD, Philipsen MA: An open-label trial of citalopram for major depression in patients with hepatitis C. *J Clin Psychiatry* 2002;63(3):194-198
- Hauser P, Khosla J, Aurora H, Laurin J, Kling MA, Hill J, Howell CD et al.: A prospective study of the incidence and open-label treatment of interferon-induced major depressive disorder in patients with hepatitis C. *Molecular Psychiatry* 2002;7:942-947

# Vorbehalte versus Erfahrungen bei der Behandlung HCV-infizierter Drogenabhängiger

Dr. med. Jörg Gölz, Berlin

1. Vorsitzender der Dt. Gesellschaft für Suchtmedizin, Praxiszentrum Kaiserdamm, HIV-Schwerpunktpraxis, D-14057 Berl, E-Mail: [info@praxiszentrum-kaiserdamm.de](mailto:info@praxiszentrum-kaiserdamm.de), Web: [www.dgsuchtmedizin.de](http://www.dgsuchtmedizin.de), [www.praxiszentrum-kaiserdamm.de](http://www.praxiszentrum-kaiserdamm.de)

## SUBJEKTIVE UND OBJEKTIVE THERAPIEHINDERNISSE

Die Behandlung HCV-infizierter Drogenabhängiger mit pegyliertem Interferon und Ribavirin ist bei den PatientInnen, den DrogenberaterInnen und den ÄrztInnen mit Vorurteilen besetzt. Die Befürchtungen beziehen sich vor allem auf die Nebenwirkungen der Therapie. Bei den ÄrztInnen verstärkte sich der Widerstand früher noch durch die zurückhaltend formulierten Richtlinien.

Daneben gibt es auch objektive Schwierigkeiten bei der HCV-Therapie dieser PatientInnengruppe.

Zum einen ist es die psychiatrische Komorbidität, die das Krankheitsbild der Abhängigkeit zusätzlich kompliziert. Vor allem die Erkrankungen mit schweren Ich-Defekten und mit dissozialen Verhaltensauffälligkeiten lassen den Einsatz von Interferonen als riskant erscheinen. Zum anderen sind die Interaktionen der Interferone und des Ribavirins mit der umfangreichen Komedikation dieser PatientInnen, zum Beispiel bei zusätzlicher HIV-Infektion, risikobehaftet. Weiters bestehen häufig ärztliche Bedenken, ob die HCV-Therapie sich bei der infektiologischen, kardiologischen nephrologischen Komorbidität komplikationsarm durchführen lassen können.

Ein weiteres objektives Hindernis für die Behandlung war die instabile soziale Lage vieler PatientInnen und die strafrechtlichen Imponderabilien, die einen Abbruch der Therapie zu erzwingen drohten.

Schließlich wirkte auch die Stigmatisierung der PatientInnen durch Öffentlichkeit und medizinisches Versorgungssystem. Die abwertende Haltung beeinflusste oft auch die innere Einstellung der ÄrztInnen gegenüber ihren PatientInnen: Häufig wurde medizinisch weniger angeboten als bei PatientInnengruppen ohne stigmatisierten Infektionsmodus.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht erstaunlich, dass DrogenkonsumentInnen im Vergleich zu PatientInnen mit anderem Ansteckungsrisiko eine deutlich geringere Behandlungsprävalenz bei der HCV-Therapie aufweisen. Bei ungefähr 40.000 HCV-infizierten DrogenkonsumentInnen im Versorgungssystem werden pro Jahr höchstens 500 bis 600 pegIFN/RBV-Therapien durchgeführt.

## ANFORDERUNGEN AN ARZT/ÄRZTIN UND THERAPIESETTING

Die Therapie kann nur in einem suchtmmedizinisch wirksamen Rahmen erfolgreich durchgeführt werden. D. h. der Umgang von Arzt/Ärztin und Personal mit den DrogenpatientInnen ist durch Respekt, durch klare Regeln und durch definierte Sanktionen von Regelverletzungen gekennzeichnet. In einem willkürlichen, nachgiebigen und prinzipienlosen Praxisrahmen werden medizinische

Anweisungen nicht ernst genommen, insbesondere dann nicht, wenn sie mit unangenehmen Nebenwirkungen einhergehen.

Vor jeder HCV-Behandlung müssen die Wohnverhältnisse, die finanzielle Basisversorgung und die psychosoziale Betreuung gesichert sein. In instabilen sozialen Verhältnissen kommt es rasch zum Therapieabbruch. Ebenso muss geklärt sein, dass die HCV-Therapie nicht durch einen drohenden Haftantritt unterbrochen wird oder aber eine Störung der beruflichen Rehabilitation zu erwarten ist. Der Beikonsum von legalen oder illegalen Drogen sollte wenn überhaupt nur moderate Ausmaße besitzen.

## EIGENE THERAPIERGEBNISSE

Im Praxiszentrum Kaiserdamm Berlin – einer suchttherapeutisch orientierten Praxis mit infektiologischem Schwerpunkt – wurden 70 pegIFN/RBV-Therapiezyklen bei HIV-/HCV-koinfizierten Drogenabhängigen durchgeführt. Ausgeschlossen waren PatientInnen mit fehlender Compliance, PatientInnen, die in suchtmmedizinischer Hinsicht gefährdet worden wären und PatientInnen mit sehr schlechten immunologischen Werten (CD4-Zellzahl unter 200).

Insgesamt 70 konsekutive Therapiezyklen (Abbruch oder halbjährige Nachbeobachtung) wurden ausgewertet. Das Durchschnittsalter lag bei 36 Jahren. 51 % waren weiblich. 39 % waren mit HC-Viren der Genotypen 2 und 3 infiziert. 33 % zeigten ein dauerhaftes Ansprechen. Bei 16 % wurde die Therapie vorzeitig abgebrochen. 51 % waren Nonresponder (8 % primäre NR, 43 % Relapser). Das dauerhafte Ansprechen lag bei den HCV-Genotypen 2 und 3 etwas höher als bei den Genotypen 1 und 4 (37 % vs. 30 %).

Die Compliance war angesichts der somatischen und psychiatrischen Komorbidität und der hohen Belastung mit weiteren Medikamenten sehr gut. Nur sechs (elf Prozent) PatientInnen brachen die Therapie wegen mangelhafter Compliance vorzeitig ab. Zwei Patienten starben während der Therapie durch Suicid und Intoxikation. Im Nachbeobachtungszeitraum starben nochmals fünf der Nonresponder an HCC oder dekompensierter Leberzirrhose.

Als Begleiteffekte der Therapie traten häufig paranoid-halluzinatorische und dissoziative Syndrome auf. Nur in zwei Fällen erzwang die psychiatrische Erkrankung einen Therapieabbruch. Überdurchschnittlich häufig setzte ein zusätzlicher Kokain- und/oder Heroinkonsum ein, allerdings nur für die Dauer der Therapie.

Die Ergebnisse in unserem Zentrum decken sich im Wesentlichen mit denen der drei Therapiestudien bei HIV-/HCV-Koinfizierten (ACTG-A5071, RIBAVIC-Studie und die APRICOT-Studie (Chung et al. 2004, Perrone et al. 2004, Torriani et al. 2004)). Alle drei Stu-

dien zeichnen sich durch einen überdurchschnittlich hohen Anteil von DrogenkonsumentInnen aus, so dass aus den Studienergebnissen auch Hinweise auf das Verhalten von DrogenkonsumentInnen in der HCV-Therapie abgeleitet werden können.

**Tabelle 1: Vergleich mit Therapiestudien bei Doppelinfizierten**

	ACTG-A5051	RIBAVIC	APRICOT	Kaiserdamm
Anzahl	66	205	289	97
IVDU	80 %	81 %	62 %	75 %
Genotyp 1,4	71 %	59 %	67 %	61 %
SVR	27 %	27 %	40 %	38 %
Abbruch	12 %	38 %	12 %	12 %
Therapiedauer	48 Wo	48 Wo	48 Wo	24–48 Wo
PegIFN	2a	2b	2a	2a,2b
RBV-Dosis (mg/Tag)	800	800	800	800–1200

Die Ergebnisse zeigen, dass es im Setting einer suchtmedizinisch orientierten Institution möglich ist, die HCV-Therapie mit pegylierten Interferonen und Ribavirin auch bei doppelinfizierten Drogenabhängigen erfolgreich durchzuführen. Der verbreitete therapeutische Nihilismus bei der Behandlung der HCV-Infektion in dieser PatientInnengruppe ist nicht gerechtfertigt.

#### LITERATUR

Chung R, Andersen J, Volberding P: A randomized controlled trial of peg-interferon- $\alpha$ 2a + ribavirin versus interferon- $\alpha$ 2a + ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV-coinfected persons: follow up results of ACTG A5071. 11 th CROI, San Francisco, Febr 8-11, 2004. Abstr. 110

Perrone C, Carrat F, Bani-Sadr F: Final results of ANRS HCO2-Ribavirin: a randomized controlled trial of pegylated interferon- $\alpha$ 2b + ribavirin versus interferon- $\alpha$ 2b + ribavirin for the initial treatment of chronic hepatitis C in HIV-coinfected patients. 11 th CROI, San Francisco, Febr 8-11, 2004. Abstr. 117LB

Torriani F, Rockstroh J, Rodriguez-Torres M et al.: Final results of APRICOT: a randomized, partially blinded international trial evaluating peg-interferon- $\alpha$ 2a + ribavirin versus interferon- $\alpha$ 2a + ribavirin in the treatment of HCV in HIV/HCV-co-infection. 11 th CROI, San Francisco, Febr 8-11, 2004. Abstr. 112

*Der Weg in die Unabhängigkeit*



Fachkurzinformation siehe Seite 4

## Stellenwert der Hepatitis-Impfung bei DrogengebraucherInnen

Dr. med. Hans Haltmayer, Wien

Ärztlicher Leiter, Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte, A-1060 Wien

E-Mail: [hans.haltmayer@vws.or.at](mailto:hans.haltmayer@vws.or.at), Web: [www.vws.or.at](http://www.vws.or.at)

#### PRÄVALENZ

Neben der bekannt hohen Prävalenz der Virushepatitis C (zwischen 61 % und 80,3 %) findet man in der Population der intravenösen DrogengebraucherInnen (IVDUs) eine außerordentlich hohe Prävalenz für Hepatitis B.<sup>(1-2)</sup> Verschiedene Studien kommen zu dem Ergebnis, dass in Österreich zwischen 48 % – 59 % und in Deutschland 42 % – 60 % der IVDUs mit dem Hepatitis B-Virus infiziert sind.<sup>(1,3-5)</sup> Dem stehen – im internationalen Vergleich niedrige – Infektionsraten in der Allgemeinbevölkerung von einem Prozent in Österreich bzw. fünf bis acht Prozent in Deutschland gegenüber.<sup>(5)</sup>

#### KOMPLIKATIONEN

Die meisten Fälle mit akuter Hepatitis B bei immunkompetenten Personen heilen spontan aus und hinterlassen lebenslange Immunität. Die Chronizitätsrate ist altersabhängig (bei Säuglingen bzw. Kleinkindern zwischen 90 % und 100 %) und liegt bei etwa fünf Prozent. Für PatientInnen mit bestehender chronischer Hepatitis C ist eine HBV-Infektion insofern von Bedeutung, als der Verlauf der Hepatitis C durch eine zusätzliche Belastung der Leber negativ beeinflusst wird. Eine Infektion mit dem Hepatitis A-Virus verläuft in der Regel gutartig und nimmt keinen chronischen Verlauf. Bei PatientInnen mit chronischer Hepatitis C wurden allerdings gehäuft schwere Verlaufsformen der akuten Hepatitis A beobachtet.<sup>(6)</sup>

## IMPFEHRLUNG

Aus diesen Gründen empfehlen nationale u. internationale Fachgesellschaften und Gesundheitsorganisationen eine aktive Hepatitis A/B-Immunisierung (Twinrix®) bei intravenösem Drogengebrauch sowie bei bestehender chronischer Lebererkrankung – im Speziellen bei chronischer Hepatitis C. Die Verabreichung einer kombinierten A/B-Impfung ist dabei effektiver als die getrennte Verabreichung.<sup>(7)</sup>

## IMPFPORAMME

Im Ambulatorium Ganslwirt, betrieben vom Verein Wiener Sozialprojekte, gibt es seit 1995 ein Hepatitis-Impfprogramm für DrogengebraucherInnen. Die serologische Abklärung (HbsAG, anti-HBc, anti-HBs), die 3 Hepatitis A/B-Teilimpfungen sowie die Impferfolgskontrolle mittels quantitativer anti-HBs-Bestimmung werden kostenlos und auf Wunsch anonym durchgeführt. Auch bei fehlender Krankenversicherung kann von diesem Angebot Gebrauch gemacht werden.

Geimpft wird bei negativem HbsAG und negativem anti-HBs im Abstand von 0-1-6 Monaten.

Im Zeitraum 1995–2004 wurden insgesamt 799 Personen auf Hepatitis B-Marker getestet, 621 Personen (80 %) wurde eine Impfung empfohlen. Von diesen 621 Personen haben 70 % (433 Pers.) mit der Grundimmunisierung (Engerix B®, seit 2004: Twinrix®) begonnen. Fast die Hälfte davon (47 %; n = 203) erhielt alle drei Teilimpfungen und schloss die aktive Immunisierung regulär ab. Von diesen 203 Personen unterzog sich mehr als die Hälfte (61 %) einer quantitativen anti-HBs-Titer-Bestimmung.

Zwischen 1989 und 1998 wurden in neun italienischen Drogenzentren (Veneto) 9.871 Drogenkonsumenten auf Hepatitis B-Marker gescreent. Dabei ergab sich für 45 % (n = 4.442) eine Impfindikation gegen Hepatitis B. Bei rund einem Viertel (26 %, n = 1.175) wurde mit der Grundimmunisierung (Engerix B®) begonnen. 88 % (n = 1.038) erhielten alle drei Teilimpfungen, 94 % (n = 1.102) immerhin zwei Teilimpfungen. Bei 69 % (n = 814) erfolgte sechs bis neun Wochen nach der dritten Impfdosis eine quantitative Bestimmung des anti-HBs-Titers.<sup>(8)</sup>

## LITERATUR

1. Gombas W et al.: Prevalence and Distribution of hepatitis C Subtypes in Patients with Opioid Dependence. *Eur Addict Res* 2000;6:198-204
2. Backmund M et al.: Hepatitis C virus infection in injecting drug users in Bavaria: Risk factors for seropositivity. *Eur J Epidemiol* 2003 ;18:563-568
3. Zach M, Haltmayer H, Neubauer P: Hepatitis B – ein Impfprojekt für DrogenkonsumentInnen. *Suchtmed* 2000;2 (Suppl. 1), Abstract V18, 248
4. Brack J: Die Hepatitiden B und C bei drogenabhängigen Patienten: Eine epidemiologische Studie. *Suchttherapie* 2002;(Supplement) 3:3-10
5. Robert Koch Institut: *Epidemiologisches Bulletin* 2004;37:311
6. Vento S et al.: Fulminant Hepatitis Associated with Hepatitis A Virus Superinfection in Patients with Chronic Hepatitis C. *N Engl J Med* 1998;338(5):286-290
7. Ambrosch F, Wiedermann G et al.: Clinical and immunological investigation of a new combined hepatitis A and hepatitis B vaccine. *J Med Virol*. 1994;44(4):452-456

## COMPLIANCE

Bei 47 % (Wien) bzw. 88 % (Veneto) konnte die begonnenen Grundimmunisierung zu einem regulären Abschluss geführt werden. Berücksichtigt man, dass die Impfungen im ambulanten Behandlungsrahmen angeboten wurden und DrogengebraucherInnen als PatientInnen mit schlechter Compliance gelten, sind das sehr ermutigende Ergebnisse, die auch in einer gewissen Diskrepanz zur allgemeinen Einschätzung dieser PatientInnengruppe stehen. Eine zielgruppenspezifische Impfung bei der „Hochrisikogruppe“ der IVDUs scheint jedenfalls möglich und unter entsprechenden Rahmenbedingungen erfolgreich umsetzbar zu sein.

## IMMUNANTWORT

Die Immunantwort bei DrogengebraucherInnen ist erwartungsgemäß schlechter als bei der Allgemeinbevölkerung. Mangelernährung, Rauchen, multiple bakterielle Infektionen, Hepatitis C-Koinfektion scheinen negativ beeinflussende Faktoren zu sein.<sup>(9-12)</sup> Mit 34 % war die Nonresponder-Rate (anti-HBs < 10 mIU/ml) im PatientInnenkollektiv des Ambulatoriums Ganslwirt jedenfalls deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung (ca. zehn Prozent), aber auch höher als im italienischen PatientInnenkollektiv (22,6 %).

Dennoch hatten immerhin 66 % der Geimpften in dieser Hochrisikogruppe ausreichend anti-HBs und somit einen gesicherten Schutz gegen eine Hepatitis B-Infektion.

## CONCLUSIO

Trotz verfügbarer aktiver Schutzimpfung ist die Infektionsrate mit HB-Virus unter DrogengebraucherInnen hoch. Eine Zielgruppenimpfung unter IVDUs ist notwendig und unter den entsprechenden Rahmenbedingungen erfolgreich durchführbar. Der Impfstoff sollte kostenlos sein und entsprechende Impfprogramme von allen Institutionen, die mit DrogengebraucherInnen arbeiten, angeboten werden.<sup>(13)</sup>

8. Quaglio G et al.: Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response. *Addiction* 2002;97(8):985-992
9. Wood RC et al.: Risk factors for lack of detectable antibody following hepatitis B vaccination of Minnesota health care workers. *JAMA* 1993;270(24):2935-2939
10. Roome AJ et al.: Hepatitis B vaccine responsiveness in Connecticut public safety personnel. *JAMA* 1993;270(24):2931-2934
11. Wiedmann M et al.: Decreased immunogenicity of recombinant hepatitis B vaccine in chronic hepatitis C. *Hepatology* 2000;31: 230-234
12. Leroy V et al.: The antibody response to hepatitis B virus vaccination is negatively influenced by the hepatitis C virus viral load in patients with chronic hepatitis C: a case-control study. *Eur J Gastroent&Hepatol* 2002;14(5):485-489
13. Francois G, Hallauer J, Van Damme P: Hepatitis B vaccination: how to reach risk groups. *Meeting report. Vaccine* 2002;21(1-2):1-4



JANSSEN-CILAG



## Forschung und Entwicklung antiviraler Substanzen

- Weltweite Führungsposition bei der Entdeckung und Entwicklung innovativer Medikamente gegen HIV/AIDS und Infektionskrankheiten.
- Gegenwärtig drei antivirale Wirkstoffe und ein Wirkstoff gegen Tuberkulose in der klinischen Entwicklungsphase.
- Aktive Forschungsprogramme auf den Gebieten HIV, Hepatitis C und anderen lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten.
- Herausragend in der Resistenzforschung bei HIV.

# Hepatitis C und Haft – epidemiologische und therapeutische Implikationen

Dr. med. Rainer Pöhl, Wien

Konsiliarinternist der Justizanstalt Favoriten, Wien

E-Mail: rainer.poehl@etelnet

Die Gesundheitsbetreuung von Insassen in Haftanstalten ist im Spannungsfeld zwischen der Bestrafung von Tätern und der Achtung und Erhaltung der Würde dieser Menschen zu sehen.

In verschiedenen nationalen und internationalen Gesetzen und Empfehlungen wurden Richtlinien formuliert, die den Umgang mit Gefangenen und deren Leiden zum Thema haben.

So zielen zum Beispiel die „Europäischen Richtlinien zu HIV/AIDS und Hepatitis im Gefängnis“<sup>(1)</sup> darauf ab, dass

- „...Gefangene als gleichwertige BürgerInnen betrachtet werden...“, diese
- „...auf freiwilliger Basis den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Präventionsmaßnahmen haben...“ sollen,
- „...eine Kontinuität in der Behandlung erreicht...“ und
- „...das Gefängnis als integraler Teil der Gesellschaft...“ gesehen werden soll.

Diese so selbstverständlich klingenden ethischen Grunderfordernisse konkurrieren jedoch teils sogar offen mit dem Zweck des Strafvollzugs:

Es „...sind die Strafgefangenen ... von der Außenwelt abzuschließen, sonstigen Beschränkungen ihrer Lebensführung zu unterwerfen und erzieherisch zu beeinflussen“.<sup>(2)</sup>

Allzuleicht führen diese Interventionen zu einem restriktiven Zugang zu diagnostischen, therapeutischen oder präventiven Möglichkeiten, auch dann, wenn dies dezidiert vom Gesetzgeber oder den vollziehenden Institutionen nicht intendiert ist.

In der Geschichte ist die Bestrafung vorwiegend körperlich gewesen, wovon man sich bis heute – das Mittel ist Freiheitsentzug – naturgemäß nicht vollkommen lösen konnte.

Die Gesundheitsbetreuung in Gefängnissen findet zwischen drei Polen statt: dem Strafvollzug als Institution, die im Auftrag der Gesellschaft handelt, den Insassen als PatientInnen und dem/der Arzt/Ärztin, der/die in erster Linie den PatientInnen verpflichtet ist.

Viele Spezifika einer Justizanstalt komplizieren dieses Gefüge, wie zu Beispiel: keine freie Arztwahl, Sonderstellungen auf Grund gewisser Erkrankungen, Spritzenaustausch nicht verfügbar...

Haft ist oft mit Drogenkonsum, dieser wieder mit gewissen Virusinfektionen wie HIV und Hepatitis verbunden. Die folgenden Zahlen geben einen Einblick in das Ausmaß dieser Verstrickung:

- In der EU leben ca. 350.000 Insassen in 1.200 Gefängnissen, das ergibt etwa 94 Inhaftierte/100.000 Bürger, davon sind 2,5 bis 5,5 % Frauen. Der Anteil der DrogengebraucherInnen wird mit zehn bis 60 % angegeben.<sup>(3)</sup>

- Bei neu inhaftierten DrogengebraucherInnen in Österreich wurde eine Hepatitis C-(HCV-)Antikörper-Prävalenz von 75 % publiziert.<sup>(4)</sup>

- Während nahezu alle iv.-DrogengebraucherInnen, die den Konsum vor 1975 begonnen haben, mit Hepatitis C infiziert waren, beträgt der Anteil derer, die erst nach 1985 begonnen haben, unter 80 %.<sup>(5)</sup> Dies dürfte unter anderem durch den Zugang zu sterilen Injektionsutensilien in niederschweligen Einrichtungen außerhalb von Haftanstalten erreicht worden sein.

Für die Hepatitis C gilt, dass das Risiko einer Infektion von Gefangenen fast ausschließlich in Zusammenhang mit intravenösem Drogenkonsum zu sehen ist. Die Übertragung des Virus beim Tätowieren oder durch Sexualkontakte ist zwar in Justizanstalten durch Risikoverhalten eine reale Gefahr, numerisch jedoch weitgehend bedeutungslos.

Der hohe Anteil von HCV-Infizierten (ca. 20 % in den Gefängnissen) ergibt sich aus mehreren Tatsachen: Drogen sind in Gefängnissen weithin zugänglich, der Besitz von Spritzen ist verboten und wird als Indiz für Konsum gedeutet. So teilen manchmal etliche Insassen dieselbe Spritze. Die psychosoziale Dynamik unter Eingesperrten oder bei der Inhaftierung bringt einige der Flucht in Drogen näher.

Die Justizanstalten versuchen, diesen Tatsachen durch Interventionen wie drogenfreie Zonen, freiwillig abstinenzorientierte Therapien oder die gründliche Vorbereitung von Haftentlassungen entgegenzuwirken. Für DrogengebraucherInnen sind Maßnahmen zur Nachfragereduktion, Erhaltung und Stabilisierung der Gesundheit, Behandlung und Prävention von Infektionskrankheiten vorgesehen.<sup>(6)</sup>

Unter dem Titel „harm reduction“ werden in Österreichs Gefängnissen Untersuchungen angeboten, take-care-Pakete mit Kondomen aufgelegt und Opiatsubstitution verschrieben.

Es ist das Ziel, dass jedem neu Inhaftierten in einem Gespräch die Testung auf Hepatitis B und C sowie HIV angeboten wird. Später werden das Ergebnis des Befundes in einem neuerlichen Gespräch übermittelt und mögliche Konsequenzen für den/die PatientIn oder seine/ihre Umgebung erörtert. Dabei können Inhalte wie Vermeiden einer Infektion, Möglichkeiten zur Abstinenz oder Substitution, Impfung oder Therapie besprochen werden.

Die zuletzt in Österreich erhobenen Daten zeigen, dass bei den Tests unter den neu aufgenommenen Häftlingen 17 % Hepatitis C-Antikörper hatten.<sup>(7)</sup>

Versucht man, sich durch Daten, Schätzungen und Extrapolieren der Zahl derer zu nähern, die eine Kombinationsbehandlung gegen Hepatitis C in Österreichs Gefängnissen erhalten sollten, so

kommt man auf ca. 150 Insassen. Die Zahl der tatsächlich Behandelten liegt zwar etwas tiefer, ist jedoch in den letzten Jahren angestiegen, so dass man dem Ziel eines gleichwertigen Zugangs zur Hepatitis C-Therapie innerhalb wie außerhalb der Gefängnismauern nahe zu sein scheint.

Die Indikationsstellung für eine Interferontherapie gegen Hepatitis C im Gefängnis ist komplex. Es wurden Richtlinien im Rahmen eines Konsens der Justizärzte für diese Situation formuliert. Die Entscheidung im Einzelfall ist jedoch weiterhin stark von den Voraussetzungen und dem Wunsch der PatientInnen sowie der Einschätzung des/der Arztes/Ärztin, in der Realität jedoch auch von den Vorgaben der Institution, abhängig.

Der Faktor Freiheitsentzug kann für die Insassen sowohl Erleichterungen (z. B. Therapieadhärenz) als auch Nachteile (depressive Verstimmung) mit sich bringen.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die epidemiologischen Daten in Österreich, übereinstimmend mit internationalen Daten, die Wichtigkeit von Hepatitis C und assoziierten Problemen in den Gefängnissen unterstreichen.

Im Bereich der Prävention und Therapie gilt es weiterhin, dem Ziel des Angleichens an die Möglichkeiten in Freiheit nachzukommen.

#### LITERATUR

1. European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison 1999
2. Bundesministerium für Justiz 2005
3. European Network
4. J. Pont, Infection 1991
5. European Network, Report on EU-Project
6. Bundesministerium für Justiz 2005
7. J. Pont, Bundesministerium für Justiz

## Hepatitis C/HIV-Koinfektion: eine spezielle Herausforderung in psychosozialer und medizinischer Hinsicht

Dr. med. Brigitte Schmied, Otto-Wagner-Spital

Pulmologisches Zentrum, Otto Wagner Spital, A-1140 Wien, E-Mail: [brigitte.schmied@wienkav.at](mailto:brigitte.schmied@wienkav.at)

#### KLINISCHER VERLAUF BEI HIV/HCV-KOINFEKTION

##### Verlauf der HCV-Infektion

Verschiedene Studien, teilweise mit histologischen Untersuchungen, bestätigten den beschleunigten Verlauf der Hepatitis C bei gleichzeitiger HIV-Infektion (Multicenter Hemophilia Cohort Study (MHCS)). Bei zehn Prozent der Koinfizierten kommt es nach einer Latenzperiode von zehn bis 20 Jahren zu einem Leberversagen, noch vor dem Auftreten AIDS-definierender opportunistischer Infektionen oder Neoplasien. Durch die bessere Behandelbarkeit der HIV-Infektion steigt die Wahrscheinlichkeit, die Entwicklung eines Leberversagens und/oder Leberzellkarzinoms zu „erleben“. Die Hepatitis-assoziierte Mortalität hat wegen der Abnahme der HIV-assoziierten Sterblichkeit daher erheblich zugenommen.

Problematisch ist mitunter, dass die Hepatitis C-Infektion die potenzielle Hepatotoxizität mancher HAART-Regime verstärken kann und bis zu zehn Prozent der PatientInnen die Therapie wegen einer schwerwiegenden Hepatotoxizität beenden müssen. Ein solches Risiko besteht vor allem bei der Einnahme von Nevirapin und bei den sogenannten „d-Nukleosiden“ (DDI, DDC und D4T). Diese Medikamente sollten daher bei koinfizierten PatientInnen vermieden werden. Langzeitbeobachtungen legen den Schluss nahe, dass HAART den Verlauf der Hepatitis C günstig beeinflusst. Die Indikation zu einer HAART sollte daher bei allen koinfizierten PatientInnen entsprechend den geltenden Richtlinien überprüft werden.

##### Verlauf der HIV-Infektion bei HIV/HCV-Koinfektion

In einigen Studien (z. B. Johns-Hopkins-Kohorte, EuroSIDA) und durch Langzeitbeobachtung verschiedener Kollektive konnte gezeigt werden, dass es keinen Einfluss der Hepatitis C auf die HIV-Infektion gibt und dass die Progressionswahrscheinlichkeit der HIV-Infektion weitgehend unberührt bleibt.

#### DIAGNOSTIK

Die Diagnose einer chronischen Hepatitis C wird durch den Nachweis einer HCV-Virämie gesichert. Auch bei Verdacht einer akuten Infektion mit HCV ist die Bestimmung der HCV-RNA indiziert, weil HCV-AK in der Regel erst ungefähr fünf bis sechs Monate nach der Infektion nachweisbar werden.

PatientInnen mit HIV/HCV-Doppelinfektion haben signifikant höhere HCV-Virämien als PatientInnen mit HCV-Monoinfektion. Es kommt überdies zu einem stetigen Anstieg der HCV-Virämie und somit zu einem Anstieg des Risikos der perinatalen und sexuellen Transmission. Einen prognostischen Wert für den Verlauf der Hepatitis C hat die Höhe der Virämie jedoch nicht. Es ist dagegen möglich, eine gewisse Wahrscheinlichkeit des Therapieansprechens aus der Höhe der HCV-Virämie abzuleiten: Wenn die HCV-RNA kleiner als zwei Millionen Kopien/ml ist, ist die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs wesentlich höher als bei Werten größer als zwei Millionen Kopien/ml.

Eine Genotypisierung ist aufgrund des prognostischen Werts hinsichtlich des Therapieansprechens vor Therapiebeginn indiziert. Genotyp 2 und 3 werden mit einem signifikant besseren Ansprechen assoziiert.

Die Rolle einer Leberbiopsie vor Beginn einer HCV-Therapie ist umstritten. Aufgrund zahlreicher Nebenwirkungen, möglichen Interaktionen mit der HAART und der geringeren Effektivität einer HCV-Therapie sollte eine „absolute“, histologisch gesicherte Therapieindikation bestehen. Jedoch muss man davon ausgehen, dass die HCV-Therapie bei koinfizierten PatientInnen fast immer berechtigt ist, da der Verlauf der Hepatitis C beschleunigt wird und in den bisherigen Studien etwa die Hälfte aller PatientInnen eine Fibrose oder Zirrhose zeigten. Eine Leberbiopsie ist daher nicht obligat.

## THERAPIE

Die Kombination aus pegyliertem Interferon und Ribavirin gilt als Standardtherapie der Hepatitis C bei HIV-PatientInnen. Die Therapiedauer beträgt 48 Wochen unabhängig vom Genotyp.

Allerdings richtet sich die Behandlungsdauer nach dem Therapieansprechen. Wenn die HCV-RNA nach zwölf Wochen um mindestens zwei Log-Stufen gefallen oder bereits negativ ist, kann die Behandlung fortgesetzt werden. Ist die HCV-RNA jedoch nicht um zwei Log-Stufen gefallen, sollte die Therapie abgebrochen werden, da dann kein langfristiges Ansprechen auf die Behandlung zu erwarten ist.

Ziel einer Behandlung der Hepatitis C ist die dauerhafte Negativierung der HCV-RNA. Die Ansprechraten sind aufgrund des Immundefekts niedriger und Therapieabbrüche sind wegen Nebenwirkungen häufiger.

Die besten Ergebnisse für diese Kombination wurden aus der APRI-COT-Studie berichtet, die gleichzeitig die größte bisher publizierte Therapiestudie der Hepatitis C bei HIV-Koinfektion ist (Torriani 2004). Nach einer Behandlungsdauer von 48 Wochen lag die Ansprechraten bei 40 %. Nur zwölf Prozent der StudienteilnehmerInnen brachen die Behandlung wegen Nebenwirkungen ab. Für die günstigen Genotypen 2 und 3 wurde eine Ansprechraten von 62 % erreicht. Erwähnenswert ist auch die Beobachtung, dass die Relapse-Rate vom Ende der Behandlung (Woche 48) bis Woche 72 für die Genotypen 2+3, die in dieser Studie wie der Genotyp 1 über 48 Wochen behandelt wurden, nur zwei Prozent betrug. Nach der zuvor üblichen Behandlungsdauer von 24 Wochen wurden Relapse-Raten bis zu 50 % beobachtet, so dass auch die Genotypen 2+3 über einen Zeitraum von 48 Wochen behandelt werden sollten.

Bei PatientInnen mit einer Zirrhose ohne Möglichkeit einer Interferon-Therapie, kann eine Lebertransplantation eine mögliche Option sein.

Durch die Pegylierung kommt es zu einer langsameren Anflutung des Interferons (weniger Konzentrationsspitzen, die mit Nebenwirkungen assoziiert sind) und einem kontinuierlich hohen Wirkspiegel (weniger niedrige Talspiegel, in denen die Wirksamkeit reduziert sein könnte). Pegylierte Interferone müssen daher nur einmal in der Woche appliziert werden.

Befürchtungen, eine Interferon-Behandlung könne einen negativen Einfluss auf die HIV-Infektion haben, haben sich in keiner Studie bestätigt. Bislang wurde in keiner Therapiestudie eine signifikante Verschlechterung der HIV-Infektion beobachtet (Soriano 2002).

### Therapieindikation

Da die HIV-Koinfektion den Verlauf einer Hepatitis C beschleunigt und das Risiko einer Hepatotoxizität nach Einleitung einer HAART höher ist, sollte die Indikation bei jedem/jeder PatientIn mit einer bekannten HIV/HCV-Koinfektion überprüft werden.

Methadon- bzw. Polamidonsubstitution gelten nicht als Kontraindikation, wenn eine gute Betreuung während der Behandlungsphase gewährleistet ist. PatientInnen mit aktivem Drogen- oder Alkoholkonsum sollten hingegen zunächst in entsprechenden Programmen betreut werden.

### PatientInnen ohne HAART

Wenn möglich, sollte HCV vor HIV behandelt werden. Gründe: verstärkte Hepatotoxizität der HAART bei gleichzeitiger Hepatitis C,

eine möglicherweise beeinträchtigte Immunrekonstitution durch die Hepatitis C, eine bessere Compliance, Vermeidung von Medikamenteninteraktionen.

### Bei PatientInnen mit HAART

DDI ist bei gleichzeitiger HCV-Therapie kontraindiziert (Pankreatitis, mitochondriale Toxizität, gehäuftes Auftreten von Leberdekompensationen). Wenn möglich, sollte auch auf AZT und D4T verzichtet werden, um eine Addition von Toxizitäten zu vermeiden (AZT: Anämie und Leukopenie, D4T: mitochondriale Toxizität). Vor einer Umstellung der HAART ist zu überprüfen, ob der Behandlungserfolg der HIV-Therapie dadurch nicht gefährdet wird.

## NEBENWIRKUNGEN

Das Management von möglichen Nebenwirkungen ist oft für den Therapieerfolg entscheidend. Durch eine ausführliche Aufklärung und Information vor Behandlungsbeginn sowie suffizientes Management der Nebenwirkungen, lässt sich der Behandlungserfolg erheblich erhöhen.

Fast alle Patienten werden zu Beginn grippeähnliche Symptome oder eine Einschränkung des Allgemeinbefindens verspüren.

PatientInnen müssen darauf hingewiesen werden, dass sowohl Interferon als auch Ribavirin potenziell teratogen sind. Eine zuverlässige Verhütung für mindestens sechs Monate nach der Behandlung ist daher wichtig.

Psychische Nebenwirkungen sollten bei jeder klinischen Visite evaluiert werden. Bei anamnestisch vorbekannter Depression ist die enge Zusammenarbeit mit Psychiatern bereits vor Therapiebeginn erforderlich. Eine neu auftretende milde Depression unter Interferon kann mit Antidepressiva behandelt werden. Bei einer schweren Depression oder Suizidgedanken, sollte die Behandlung sofort abgebrochen werden.

Eine hämolytische Anämie durch Ribavirin, die sich bei bis zu 20 % der PatientInnen entwickelt, kann mit Epoetin behandelt werden. Alternativ kommen eine Dosisreduktion auf die Hälfte (Hb unter 10 g/dl) von Ribavirin in Frage. Allerdings sollte die früher häufig angewendete Dosisreduktion erst vorgenommen werden, wenn Epoetin nicht greift. Neuere Studien haben gezeigt, dass eine korrekte Ribavirin-Dosierung mit einem besseren Therapieansprechen assoziiert ist. Die Einnahme von 5 mg Folsäure/Tag wird empfohlen, um die Hämatotoxizität zu mildern.

Möglicherweise kann eine Interferon-induzierte Leukopenie durch die Gabe von GCSF (granulocyte colony stimulating factor) abgemildert werden.

Ein häufig auftretender Gewichtsverlust kann durch eine Ernährungsberatung gemildert werden.

Alle PatientInnen bedürfen einer regelmäßigen klinischen Überwachung. Diese sollte zu Anfang alle zwei Wochen, später mindestens alle vier Wochen erfolgen. Zu den Laborkontrollen gehören:

- Ein komplettes Blutbild und Transaminasen alle zwei bis vier Wochen
- Schilddrüsenfunktion alle zwölf Wochen (bei vorbestehender Funktionsstörung häufiger)
- Immunstatus alle zwölf Wochen
- PatientInnen mit D4T-Komedikation alle vier Wochen Laktat

Die HCV-RNA als wichtigster Erfolgsparameter wird auf jeden Fall nach zwölf Wochen zur Entscheidung über die Behandlungsdauer bestimmt.

## LITERATUR

1. Brau N: Update on chronic hepatitis C in HIV/HCV-coinfected patients: viral interactions and therapy. *AIDS*. 2003 Nov 7;17:2279-90
2. Eyster ME, Diamondstone LS, Lien JM, et al.: Natural history of Hepatitis C virus infection in multitransfused hemophiliacs. Effect of coinfection with HIV. *J AIDS* 1993; 6:602-10
3. Farel C, Suzman DL, McLaughlin M, et al.: Serious ophthalmic pathology compromising vision in HCV/HIV co-infected patients treated with peginterferon alpha-2b and ribavirin. *AIDS* 2004; 18:1805-9
4. Greub G, Ledergerber B, Battegay M, et al.: Clinical progression, survival and immune recovery during antiretroviral therapy in patients with HIV-1 and Hepatitis C virus coinfection. *Lancet* 2000, 356:1800-1805
5. Jaeckel E, Cornberg M, Wedemeyer H, Santantonio T, Mayer J, Zankel M, Pastore G, Dietrich M, Trautwein C, Manns MP, German Acute Hepatitis C Therapy Group; Treatment of acute hepatitis C with interferon alfa-2b. *N Engl J Med* 2001; 15;345:1452-7
6. Landau A, Batisse DP, van Huyen JPD, et al.: Efficacy and safety of combination therapy with interferon-a 2b and ribavirin for chronic Hepatitis C in HIV-infected patients. *AIDS* 2000, 14: 838-844
7. Lauer GM, Walker BD: Medical progress: Hepatitis C virus infection. *New Engl J Med* 2000, 345: 41-52
8. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, et al.: Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001, 358:958-65
9. Rockstroh JK, Spengler U, Sudhop T, et al.: Immunosuppression may lead to progression of Hepatitis C virus associated liver disease in hemophiliacs coinfecting with HIV. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:2563-68
10. Rockstroh JK: Management of hepatitis B and C in HIV co-infected patients. *J AIDS* 2003; 34 Suppl 1:S59-65
11. Rockstroh JK and Spengler U: HIV and hepatitis C virus co-infection. *Lancet Infect Dis* 2004; 4:437-44
12. Sulkowski MS, Mast EE, Seeff LB, Thomas DL: Hepatitis C virus infection as an opportunistic disease in persons infected with HIV. *Clin Infect Dis* 2000, 30 (Suppl 1):S77-S84
13. Soriano V, Sulkowski M, Bergin C, et al.: Care of patients with chronic Hepatitis C and HIV co-infection: recommendations from the HIV-HCV International Panel. *AIDS* 2002,16:813-28
14. Torriani FJ, Rodriguez-Torres M, Rockstroh JK, et al.: Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2004; 351:438-50
15. Vogel M, Biniek B, Jessen H, et al.: Treatment of acute hepatitis C infection in HIV-infected patients: a retrospective analysis of eleven cases. *J Viral Hepat* (in press)



## Workshop: Verbesserung der Adherence in der Behandlung von Hepatitis C-PatientInnen

DGKS Manuela Teleu, Wien

Pulmologisches Zentrum, Otto-Wagner-Spital, A-1140 Wien, E-Mail: [manuela.teleu@wienkav.at](mailto:manuela.teleu@wienkav.at)

Die Therapietreue ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für den Erfolg der Hepatitis C-Therapie.

Nur eine hohe Compliance der PatientInnen kann zum Therapieerfolg führen.

Schulungen, Beratungen und Informationen, auch im ganzheitlichen Sinne, z. B.: durch bzw. von einer Expertin sind essenzielle Faktoren der Therapie.

Unsere PatientInnen müssen einen hohen Grad an Verständnis für die Notwendigkeit der Therapie entwickeln und Klarheit bekommen.

Erst, wenn unsere PatientInnen bereit für die Therapie sind, und ausreichend Zeit hatten, sich mit ihr auseinander zu setzen, ist mit einer erforderliche Compliance zu rechnen.

Die medikamentöse Therapie der Hepatitis C kann erhebliche Nebenwirkungen mit sich bringen. Darum sind die BetreuerInnen gefordert, die Symptome aufzugreifen und ein individuell abgestimmtes Symptom-Management anzubieten.

Die Aufrechterhaltung der Lebensqualität der PatientInnen während der Therapie hat in der Begleitung oberste Priorität.

Ausführliche Einweisung zur Anwendung von Medikamenten und zur Dauer der Therapien, muss in „der Sprache unserer PatientInnen“ kommuniziert werden.

Im Workshop wurden über Verbesserungsmöglichkeiten in der Therapiebegleitung, über die Wichtigkeit der Compliance und auch über die Nachteile von NON-Compliance gesprochen.

## Workshop:

# Innovative Strategien der Hepatitis-Prävention

Dipl. Päd. Astrid Leicht, Berlin

D-10967 Berlin, E-Mail: a.leicht@fixpunkt.org, Web: www.fixpunkt.org

### EINLEITUNG

Die epidemische Verbreitung und die Schwere der HCV-Infektion werden in der Drogenhilfe zum Teil immer noch verkannt. Leider ist auch der Präventions- und Behandlungspessimismus weit verbreitet und steht einer offensiven Präventionsarbeit gegenüber. Dabei existieren eine Vielzahl von Risikofaktoren auf der strukturellen, sozialen und individuellen Ebene, die beachtet werden müssen. Die Präventionsbotschaften sind komplex. „Blut-Aufmerksamkeit“ und Hygienebewusstsein fehlen und „der Teufel steckt häufig im Detail“.

### KERNELEMENTE DER VERHALTENSPRÄVENTION

Die Kernelemente der Verhaltensprävention sind

- Information
  - Lebensweltnähe, Settingbezug
  - Zielgruppenspezifität
  - Altersspezifität, Geschlechts- und Kulturspezifität
- Verhaltensprävention kann nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn parallel Verhältnisprävention stattfindet.

### GRUNDLEGENDE ZIELE UND MASSNAHMEN DER HEPATITIS-PRÄVENTION

#### Erhöhung des Hygienebewusstseins

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

#### Blutaufmerksamkeit erzeugen

Die Blutaufmerksamkeit bedeutet, dass jemand sich bewusst ist, dass im eigenen Leben (nicht-sichtbares) Blut eine Rolle spielt und ein Gesundheitsrisiko darstellen kann. Die Gelegenheiten, mit fremdem Blut in Berührung zu kommen, sind vielfältig, sowohl im Haushalt (Schnitt-/Stichverletzungen, bei der Ersten Hilfe, Hygieneartikel) als auch beim Sex und Drogenkonsum.

#### Impfung gegen Hepatitis A und B

Es sollte über die Sinnhaftigkeit der Hepatitis A- und B-Impfung aufgeklärt werden. Der Zugang zur Impfung sollte erleichtert werden, ggf. durch Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Ambulanzen oder durch ein Impfangebot in der eigenen Einrichtung.

#### Behandlung der chronischen Hepatitis

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

eine begleitende und anschließende Unterstützung zur Vermeidung von Therapie-Abbrüchen und Re-Infektionen häufig zweckmäßig.

#### Arbeitsschutz: Drogen-/Aidshilfe geht mit gutem Beispiel voran

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

### BEISPIELE DER HEPATITIS-PRÄVENTION

#### Förderung der Hepatitis-Impfung

- Durchführung von Impfungen im niedrighschwelligen Setting
- Strukturelle Prävention
  - Motivierung/Aufklärung niedergelassener ÄrztInnen zur Impfung
  - Aufklärung Jugendlicher, die in riskanten Lebenssituationen leben (Trebe, Prostitution)
  - Motivation der Zielgruppe durch ALLE Einrichtungen, die mit der Zielgruppe zu tun haben, anregen
  - Impfung in Haft für spezielle Gruppen (DrogengebraucherInnen, Langstrafer, HCV-/HIV-Positive ...)
  - Impfung als ÖGD-Leistung einfordern

#### Information und Motivation

Es können die klassischen Methoden der Präventionsarbeit eingesetzt werden:

- Einzel- und Gruppengespräche
- Aktionen in Kampagnen-Form

Die Vergabe von Info-Broschüren und Schriftmaterial allein ist nicht ausreichend!

#### Es bieten sich konkret folgende Projekte an:

In niedrighschwelligen Einrichtungen:

- „Mein-/Dein“-Kampagne (Schweiz)
- „Gegenstand der Woche“ (z. B. Stericup)
- „Incentive“- Vergabe („Gegenstand der Woche“)
- Lehrfilm „Einwandfrei“ von Fixpunkt e. V., Berlin
- Rollenspiele + Trainings („safer use“)
- „Was hat Sex mit Hep C zu tun?“
- Spritzenschachtel-Aufdrucke

**Im betreuten Wohnen zusätzlich:** „Hygiene-Erstaustattungs-Set“ und Hygiene-Beratung in der eigenen Wohnung (Beispiel: ziKg GmbH Berlin)

**In Beschäftigungsprojekten, Tagesstätten und Wohngruppen zusätzlich:** „Pflicht“-Trainings (Gruppenveranstaltungen zu Hygiene, Infektionsschutz, Drogennotfall)

## Workshop:

# Hepatitis C in der Praxis: von der Diagnose zur Behandlung

Dr. med. Elisabeth Tanzmeister, Wien

Ambulatorium Ganslwirt, A-1060 Wien, E-Mail: [elisabeth.tanzmeister@vws.or.at](mailto:elisabeth.tanzmeister@vws.or.at), Web: [www.vws.or.at](http://www.vws.or.at)

**Angesichts der Diskrepanz zwischen der hohen Rate an diagnostizierten Hepatitis C-Infektionen bei Drogen gebrauchenden PatientInnen und der niedrigen Behandlungsprävalenz in dieser Gruppe ist eine gründliche Beschäftigung mit den Fragen und Anliegen der PatientInnen sowie mit den psychosozialen Faktoren, die für das Gelingen oder Scheitern einer Behandlung mitbestimmend sind, angezeigt.**

**Im Sinne eines patientInnenorientierten Zuganges soll die Entscheidung für oder gegen eine Therapie als partnerschaftlicher Prozess zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn begriffen und gestaltet werden. Wesentlich ist dabei die Nutzung aller verfügbaren Ressourcen und damit auch des interdisziplinären Netzes zwischen PatientIn, medizinischen Experten und psychosozialer Betreuung.**

Die Mitteilung der Diagnose wirft für die Betroffenen eine Reihe von Sorgen und Befürchtungen auf: Die weitere Zukunft erscheint ungewiss, die Infektion wird als unheilbare, schwere Erkrankung wahr genommen, es tauchen Assoziationen mit HIV auf. Es stellen sich Fragen wie: Wem kann ich es sagen, werde ich meine beruflichen/familiären Anforderungen noch erfüllen können, was bedeutet die Infektion für meine sexuelle Beziehung u.a.m.

In einer Untersuchung zu den Sorgen und Anliegen von PatientInnen mit HepC<sup>(1)</sup> werden folgende Punkte am häufigsten genannt, unabhängig von Alter, Geschlecht und Ansteckungsmodus: Krankheitsprogression, Prognose, Ansteckung von Familienmitgliedern, Nebenwirkungen der Therapie, Sorgen betreffend Arbeitsverlust, soziale Stigmatisierung.

Die Zeit der Diagnosemitteilung gehört für PatientInnen zu den kritischen Phasen, in denen verstärkt professionelle Unterstützung – auch im Sinn interdisziplinärer Zusammenarbeit – benötigt wird.<sup>(2)</sup>

Bei der Mitteilung der Diagnose chronische Hepatitis C ist auf folgende Punkte zu achten:<sup>(3)</sup>

- Der Rahmen ist vor Störungen zu schützen, es soll ausreichend Zeit eingeräumt werden. Die gegebene Information soll so klar und einfach als möglich übermittelt werden. Emotionale Äußerungen der PatientInnen sollen wahr genommen und angesprochen werden.
- Beim ersten Gespräch soll so viel Information gegeben werden, wie vom/von der **PatientIn** gewünscht. 28–70 % der von ÄrztInnen gegebenen Informationen werden wieder vergessen – der Anteil ist umso höher, je größer die Anzahl der gegebenen Informationen ist!
- Die Mitgabe von schriftlichem Informationsmaterial ist üblicherweise sehr hilfreich, ebenso das Vereinbaren eines Folgetermins.
- Zahlreiche Untersuchungen zum sogenannten Überbringen schlechter Nachrichten zeigen, dass ungünstige Umstände bei der Mitteilung bzw. das Nicht-Beachten oben genannter Punkte längerfristig zum verstärkten Auftreten von Depressivität und Angst bei den PatientInnen beitragen.

Für viele PatientInnen stellt sich früher oder später die Frage nach den Möglichkeiten einer Behandlung ihrer chronischen Infektion.

Aktuell wird nur ein Bruchteil der nach medizinischen Kriterien behandlungsbedürftigen PatientInnen auch tatsächlich behandelt. Die Gründe für ausbleibende Behandlung liegen – nach Schweizer Untersuchungen bei Drogen abhängigen Personen – zum Teil im Bereich von relativen Kontraindikationen wie ungenügender Zuverlässigkeit der PatientInnen, Alkoholkonsum, psychiatrischen Diagnosen, zum Teil auf Seiten der PatientInnen, die Vorbehalte und Ängste wegen befürchteter Nebenwirkungen der Therapie haben.<sup>(4)</sup>

Eine tragfähige Beziehung zwischen PatientIn, medizinischen ExpertInnen und psychosozialer Betreuung ermöglicht eine gemeinsame Entscheidungsfindung für oder gegen eine Behandlung. Sie erhöht nachgewiesenermaßen die Bereitschaft von PatientInnen, Behandlungsempfehlungen aufzugreifen und als selbstständiger Partner Verantwortung für die Behandlung zu übernehmen. Ein solches partnerschaftliches Verhältnis ermöglicht auch, Krisen während der Behandlung rascher zu erkennen und zu bewältigen.

Aus der Arbeitserfahrung der TeilnehmerInnen des Workshops erweisen sich folgende Punkte als schwierig und bedürfen einer Verbesserung:

Im niedergelassenen Bereich wird die Vernetzung mit PsychiaterInnen als schwierig erlebt, die Suche nach psychiatrischen KollegInnen, die bereit sind, PatientInnen mit Suchterkrankungen zu betreuen, gestaltet sich langwierig. Ebenso funktioniert die Zusammenarbeit mit hepatologischen Spezialambulanzen teils suboptimal.

Gute Erfahrungen bei der Behandlung gibt es mit einem Setting, in dem die wöchentliche Injektion durch den/die behandelnde/n/ substituierende/n Arzt/Ärztin erfolgt, was die Anbindung der PatientInnen verbessert und die Möglichkeit bietet, krisenhafte Entwicklungen rasch zu erkennen und darauf zu reagieren.

## LITERATUR

1. Minuk GY, Gutkin A, Wong SG, Kaita KD: Patient concern regarding chronic hepatitis C infections. *J Viral Hepat* 2005;12(1):51-57
2. Teague W, Hepworth J, Krug G: Support for patients with Hepatitis C, an exploratory qualitative study of medical specialists' perceptions. *Aust N.Z.J Public Health* 1999;23:201-203
3. Fallowfield L, Jenkins V: Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet* 2004;363:312-319
4. Huber M, Schmid P, Vernazza P, Meili D: Gründe für die ausbleibende Hepatitis C- Behandlung von Drogenabhängigen in Opiatsubstitution. *Suchttherapie* 2002;3(Suppl.1):27-30



## Workshop:

# Hepatitis C und Drogengebrauch – ein multidisziplinärer Qualitätszirkel

Dr. med. Hans Haltmayer, Wien

Ärztlicher Leiter, Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte, A-1060 Wien  
E-Mail: [hans.haltmayer@vws.or.at](mailto:hans.haltmayer@vws.or.at), Web: [www.vws.or.at](http://www.vws.or.at)

### EINLEITUNG

Die Behandlung der chronischen Hepatitis C bei DrogengebraucherInnen ist eine Herausforderung und erfordert gezielte multiprofessionelle Zusammenarbeit. Als bewährtes Instrument sind dabei multidisziplinär ausgerichtete Qualitätszirkel in der Lage, die Fächer übergreifende Kooperation zu fördern und zu optimieren. In bestimmten medizinischen Disziplinen wie der Schmerzbehandlung, Onkologie oder Palliativmedizin, ist dieses Modell gut etabliert und gängige Praxis.

Der Kongress-Workshop sollte die an diesem Modell interessierten Berufsgruppen zusammenführen, Themenschwerpunkte erarbeiten und ein Szenario für die Umsetzung entwerfen. VertreterInnen von Drogen-spezialeinrichtungen, Selbsthilfe- und Elterngruppen, VertreterInnen aus dem niedergelassenen Bereich sowie der Leiter einer Hepatologie-Spezialeinrichtungen nahmen daran teil. Schließlich diskutierten ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegepersonal, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und Betroffen-VertreterInnen gemeinsam unterschiedliche Aspekte der Kooperation hinsichtlich Diagnostik, Behandlung und Betreuung von DrogengebraucherInnen mit Hepatitis C.

### PROBLEMDARSTELLUNG

In der Vorstellungsrunde wurde deutlich, dass die TeilnehmerInnen auf verschiedensten Ebenen mit der Thematik befasst sind und Probleme sich je nach Profession und Interventionsebene in unterschiedlicher Form und Intensität abbilden. So sind beispielsweise SozialarbeiterInnen damit konfrontiert, dass PatientInnen von ÄrztInnen divergierende Informationen über den Verlauf ihrer Erkrankung erhalten, die, möglicherweise durch Mythenbildung in der Drogenszene sekundär beeinflusst, von Verharmlosung bis zu Vernichtungsvorstellungen reichen. Seitens der ÄrztInnen in Drogenambulanzen wurde der Wunsch nach besserer Kommunikation mit hepatologischen Zentren geäußert. Oft blieben SuchtmedizinerInnen nach der Diagnose einer chronischen Hepatitis C über die Therapieplanung der Zentren uninformiert und können nicht entscheiden, ob psychosoziale oder medizinische Interventionen vordringlich seien.

HepatologInnen wünschen sich eine persönliche Kontaktaufnahme vor Überweisung und die Aufklärung der PatientInnen darüber, dass bei instabilen psychosozialen Verhältnissen mit längeren Wartezeiten zwischen Diagnose und Therapiebeginn zu rechnen ist. So ließen sich unnötige Frustrationen und Konflikte vermeiden.

### THEMENERARBEITUNG

Hartnäckige Mythenbildung bei PatientInnen, ÄrztInnen, Krankenpflegepersonal und SozialarbeiterInnen erschweren einen rationalen Umgang mit der Erkrankung und verzögern eine rechtzeitige dia-

gnostische Erfassung und eine stabile therapeutische Anbindung. Dem kann nur mit kontinuierlicher Information und Aufklärung begegnet werden.

Eine in beide Richtungen verbesserte Kommunikation zwischen Drogeneinrichtungen und Hepatitis-Ambulanzen hebt den Informationsstand bei den Behandelnden und den PatientInnen und führt zu einer Verbesserung hinsichtlich Diagnostik, Therapie und psychosozialer Begleitbetreuung.

Aufklärungsgespräche über den Krankheitsverlauf bedürfen einer regelmäßigen Auffrischung. Der serologisch-somatische Status sollte in regelmäßigen Abständen kontrolliert werden.

### VERNETZUNG

Mit dem Einsetzen eines multiprofessionellen Qualitätszirkels (in Anlehnung an das Workshop-Modell) könnte zunächst auf lokaler Ebene ein gut funktionierendes Betreuungsnetzwerke geknüpft werden. Dieser Qualitätszirkel könnte Modellcharakter gewinnen und als Kristallisationspunkt für eine weitere Verbreitung dieses Betreuungsansatzes fungieren.

### ZUSAMMENFASSUNG

Bei den TeilnehmerInnen bestand Einigkeit darüber, dass die Weiterführung multidisziplinärer Qualitätszirkel nach dem Workshop-Modell sinnvoll und wünschenswert ist.

Denkbar wären etwa vier bis fünf Sitzungen pro Jahr zu je zwei Stunden. Die Vernetzung sollte regional ausgerichtet sein und Vertreter aller betreuungsrelevanten Einheiten und Disziplinen sollten an dem Qualitätszirkel teil nehmen.

- PsychiaterInnen/AllgemeinmedizinerInnen aus Drogenambulanzen
- Ärztliche VertreterInnen hepatologischer Zentren
- Substituierende niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen
- SozialarbeiterInnen
- PsychologInnen, PsychotherapeutInnen
- Pflegepersonal
- Selbsthilfegruppen etc.

Der Qualitätszirkel sollte moderiert sein (spez. Qualitätszirkel-ModeratorInnen). Für spezielle Fragestellungen könnten punktuell weitere ExpertInnen zugezogen werden (JuristInnen, SozialversicherungsträgerInnen, GesundheitspolitikerInnen etc.).

Die Finanzierung wäre über Zuschüsse aus den Landesärztekammern und über Sponsoring durch die Pharma-Industrie möglich.

Leitung: Dr. Hans Haltmayer  
Moderation: Dr. Hans-Joachim Fuchs  
Experte: Prim. Univ.-Doz. Dr. Michael Gschwantler

## Workshop:

# Die psychosoziale Dimension der Hepatitis C-Infektion

PD Dr. med. Markus Backmund, München

Leiter Bereich Suchtmedizin, Ltd. Oberarzt, Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus Schwabing, D-80804 München, E-Mail: markus.backmund@kms.mhn.de

Der Umgang der Fachgesellschaften für Gastroenterologie und Hepatologie mit der Hepatitis C-Infektion bei suchtkranken Menschen belegt eindrucksvoll, wie sehr diese aufgrund von Ideologien und Vorurteilen diskriminiert werden.

Dies verstärkt die Angst und Unsicherheit, die viele suchtkranke Menschen erleben, wenn sie mit der Diagnose einer akuten oder chronischen Hepatitis C konfrontiert werden.

Ein Virus in sich zu haben, ansteckend zu sein, beeinträchtigt die PatientInnen neben den diffusen Symptomen einer chronischen Hepatitis C-Infektion sehr. Die Bewusstwerdung, dass gerade sie aber nicht behandelt werden sollen, zeigt schmerzhaft auf, dass sie ungeliebt sind und kann nicht selten zu selbstzerstörerischen Abwehrreaktionen führen. Anders kann gerade die Therapie einer somatischen Erkrankung das Gefühl des ernst genommen Werdens hervorrufen und sich indirekt positiv auf die Suchterkrankung auswirken.

In den letzten Jahren konnten SuchtmedizinerInnen erreichen, dass die Fachgesellschaften in einigen Ländern ihre Empfehlungen umformuliert haben und nicht mehr generell Drogenabhängigkeit als Kontraindikation aufführen. Gerade während der Substitutionsbehandlung scheinen suchtkranke Menschen hinsichtlich einer Hepatitis C-Infektion mit sehr gutem Erfolg behandelbar zu sein. Die Therapie an sich ist anstrengend. Zahlreiche Nebenwirkungen bis schweren depressiven Syndromen mit Suizidalität können auftreten.

Im Workshop wurden alle Erfahrungen über Barrieren und Probleme in Zusammenhang mit Diagnose und Therapie einerseits und mögliche optimale Bedingungen andererseits erarbeitet.

## Workshop:

# Hepatitis C in der Praxis: typische und atypische Behandlungsverläufe

Dr. med. Martha Rosenbeiger, Wien

Hepatitis Ambulanz, 1. Med. Abteilung, KH Lainz, A-1130 Wien, E-Mail: martha.rosenbeiger@wienkav.at

Generell verfügen wir bei der Therapie von Hepatitis C über ein klares, theoretisch fundiertes und strukturiertes Behandlungsschema.

Die Realität des klinischen Alltags zeigt aber, dass gerade die Abweichung von der klinisch-therapeutischen Doktrin in der Mehrzahl der Fälle angebracht ist.

Nicht nur unter den drogenabhängigen – insbesondere im Substitutionsprogramm befindliche – Patienten, sondern auch bei allen anderen PatientInnengruppen ist eine umfassende Individualisierung der additiven therapeutischen Maßnahmen unumgänglich.

Besonders bewährt hat sich in der PatientInnengruppe „Substitution und/oder Langzeittherapie“ die psychotherapeutische Begleitung während des gesamten Behandlungsablaufes. Dieses „Lear-

ning“ zeigt sehr deutlich, dass eine psychotherapeutische Begleitung für alle PatientInnengruppen angebracht ist, weil damit der konsistente Therapieablauf gewährleistet wird und die Abbruchrate gesenkt werden kann.

Neben der unmittelbaren Klinik aus ärztlicher Sicht, zeigt sich die Behandlungsstrategie unter Einbindung/Führung einer „Adherence-Schwester“ als besonders hilfreich (für „Adherence“-spezifische Fragen steht im Workshop zusätzlich Dipl. KS Susanne Mild, Adherence 1. Med., KH Lainz zur Verfügung).

Im Rahmen des Workshops wurden anhand von Fallbeispielen sowohl die Breite der „Therapieindividualisierung“ als auch die daraus folgenden Resultate behandelt.

# ReferentInnen

- **PD Dr. med. Markus Backmund**  
Leiter Bereich Suchtmedizin, Ltd. Oberarzt,  
Städt. Klinikum München GmbH  
Krankenhaus Schwabing, Kölner Platz 1, D-80804 München  
E-Mail: markus.backmund@kms.mhn.de
- **Dr. med. Jörg Gözl**  
1. Vorsitzender der Dt. Gesellschaft für Suchtmedizin,  
Praxiszentrum Kaiserdamm, HIV-Schwerpunktpraxis  
Kaiserdamm 24, D-14057 Berlin  
E-Mail: info@praxiszentrum-kaiserdamm.de  
Web: www.dgsuchtmedizin.de,  
www.praxiszentrum-kaiserdamm.de
- **Dr. med. Hans Haltmayer**  
Ärztlicher Leiter, Ambulatorium Ganslwirt,  
Verein Wiener Sozialprojekte  
Esterhazygasse 18, A-1060 Wien  
E-Mail: hans.haltmayer@vws.or.at  
Web: www.vws.or.at
- **Mag.a Ilonka Horvath**  
REITOX National Focal Point, ÖBIG Österreichisches  
Bundesinstitut für Gesundheitswesen  
Stubenring 6, A-1010 Wien  
E-Mail: horvath@oebig.at  
Web: www.oebig.at
- **Univ.-Prof. Dr. med. Michael Krausz**  
Isestraße 125, D-20149 Hamburg  
E-Mail: m.krausz@mac.com
- **Dipl. Päd. Astrid Leicht**  
Boppstraße 7, D-10967 Berlin  
E-Mail: a.leicht@fixpunkt.org  
Web: www.fixpunkt.org
- **Ernst Leitgeb**  
Vorstandsmitglied und Datenschutzbeauftragter,  
Hepatitis Hilfe Österreich  
Karl-Eyblstraße 10, A-2435 Ebergassing  
E-Mail: Elf@vamp.at  
Web: www.gesundeleber.at
- **DGKS Susanne Mild**  
Hepatitis C Adherence, 1. Medizinische Abteilung –  
Ambulanz, Krankenhaus Lainz  
Wolkersbergenstraße 1, A-1130 Wien  
E-Mail: susanne.mild@wienkav.at
- **Chefarzt Dr. med. Daniel Meili**  
ARUD Zürich, Konradstraße 1, CH-8005 Zürich  
E-Mail: d.meili@arud-zh.ch  
Web: www.arud.ch
- **Univ.-Prof. Dr. med. Gabriele Moser**  
Leitung der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe für  
gastroenterologische Psychosomatik und der  
Gastroenterologischen Psychosomatik-Ambulanz  
im AKH Wien, Univ.Klinik für Innere Medizin IV,  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien  
E-Mail: gabriele.moser@meduniwien.ac.at  
Web: www.gabrielemoser.at
- **Dr. med. Rainer Pöhn**  
Konsiliarinternist der Justizanstalt Favoriten  
Krongasse 19/20, 1050 Wien  
E-Mail: rainer.poehnl@chello.at
- **Dr. med. Martha Rosenbeiger**  
Hepatitis Ambulanz, 1. Medizinische Abteilung,  
Krankenhaus Lainz  
Wolkersbergenstraße 1, A-1130 Wien  
E-Mail: martha.rosenbeiger@wienkav.at
- **Dr. med. Brigitte Schmied**  
Pulmologisches Zentrum, Otto-Wagner-Spital  
Sanatoriumstraße 2, A-1140 Wien  
E-Mail: brigitte.schmied@wienkav.at
- **Univ.-Doz. Dr.rer.pol. Heino Stöver**  
Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen  
Postbox 330440, D-28334 Bremen  
E-Mail: heino.stoever@uni-bremen.de  
Web: www.archido.de, www.heinostoever.de
- **Dr. med. Elisabeth Tanzmeister**  
Ambulatorium Ganslwirt  
Esterhazygasse 18, A-1060 Wien  
E-Mail: elisabeth.tanzmeister@vws.or.at,  
Web: www.vws.or.at
- **DGKS Manuela Teleu**  
Pulmologisches Zentrum, Otto-Wagner-Spital  
Sanatoriumstraße 2, A-1140 Wien  
E-Mail: manuela.teleu@wienkav.at
- **Univ.-Prof. Dr. med. Wolfgang Vogel**  
Stv. Präsident der Gesellschaft f. Gastroenterologie  
und Hepatologie (ÖGGH), Ordinarius der Universitätsklinik  
für Innere Medizin, Klinische Abteilung für  
Gastroenterologie und Hepatologie  
Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck  
E-Mail: wolfgang.vogel@uibk.ac.at



**DROGENSUBSTITUTION**

**Eine reife Entscheidung.**





**Hepatitis C:**  
*Ich hab's besiegt*

mit der bewährten  
Wirksamkeit  
von PegIntron®

**PegIntron®**  
Peginterferon alfa-2b

**Stärker als Hepatitis C**