

1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004

Workshops

Vorbemerkung

Es folgen Abstracts, Inputreferate und Protokolle der Workshops.

Fragestellung der Arbeitsgruppen war:

»In welchem Setting kann die Hepatitisprävention als Erweiterung der HIV-Prävention wie umgesetzt werden?«

- W1 Eckpunkte einer nationalen Hepatitis C-Strategie** 86

Dr. Ingo-Ilja Michels (BMGS), Dr. Doris Radun (RKI), Prof. Dr. Hans Ludger Tillmann (Kompetenznetzwerk Hepatitis)
Moderation / Inputreferat: *Astrid Leicht, Dr. Heino Stöver*
- W2 SETTING: Niedrigschwellige Kontaktarbeit** 93

Moderation / Inputreferat: *Kerstin Dettmer, Felix von Ploetz*
(beide: Fixpunkt Berlin), *Joachim Krause (Malteser Ambulanz FFM)*
- W3 SETTING: Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle, PSB)** 99

Moderation / Inputreferat: *Monika Brühahn (BOA / Berlin), Katrin Schiffer (AMOC / DHV Amsterdam)*
- W4 SETTING: Stationäre Einrichtung (Entzug, Therapie, Wohnen)** 104

Moderation / Inputreferat: *Anabela Dias de Oliveira, Tanja Boecker*
(beide: Projekt Lüsa, Unna), *Dane Aubel, Ärztin (ADV – F 42), Christian Thomes (Zuhause im Kiez gGmbH / ZIK, Berlin)*
- W5 SETTING: Gefängnis** 114

Moderation / Inputreferat: *Fr. Heyn-Schneider (JVA Lichtenberg / Berlin), Bärbel Knorr (DAH, Drogen und Menschen in Haft)*
- W6 Bedürfnisse und Perspektiven chronisch HCV-infizierter Drogengebraucher – Was kann die psychosoziale Versorgung anbieten?** 123

Moderation / Inputreferat: *Kristine Leicht (Diplom-Pädagogin, Zuhause im Kiez gGmbH ZIK, Berlin), Elke Rasche (Psychologin, Frauenladen, Frauen-Sucht-Hilfe Berlin e.V.), Sabine von Wegerer (Deutsche Leberhilfe), Dr. H. Haltmayer*
- W7 VORTRAG MIT DISKUSSION: Hepatitis C und Drogen: Beispiel Kanada Interdisziplinäre Forschung zu HCV und Aus- und Weiterbildung: Was wird gebraucht?** 131

Prof. Benedikt Fischer (Centre for Addiction and Mental Health, Toronto and University of Toronto)

W1 Eckpunkte einer nationalen Hepatitis C-Strategie

Abstract

Astrid Leicht, Heino Stöver

Die Bedeutung der Hepatitis C wird im deutschen Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik stark unterschätzt. Die Hepatitis steht immer noch im Schatten von HIV/AIDS – dabei könnten wir aus den Erfahrungen im Umgang mit HIV/AIDS viel lernen. In Australien gibt es z. B. schon seit Jahren einen »Nationalen Hepatitis C Aktionsplan«. Wäre ein Aktionsplan auch für Deutschland sinnvoll?

Ist-Situation

Die Hepatitis C ist mit mindestens 500.000 chronisch Infizierten in Deutschland und jährlich ca. 6.000 Neuinfektionen eine der verbreitetsten bekannten chronischen Infektionen. Fachleute gehen davon aus, dass sich die Folgeerscheinungen der langfristig verlaufenden Infektion (Leberkrebs, Leberversagen) in den nächsten zwanzig Jahren einem ersten Höhepunkt annähern werden. Die heutigen, insbesondere aber die zukünftig wachsenden Belastungen der Infektion, die Kosten für Individuen, Familien und das Gemeinwesen sind bedeutsam und erfordern die Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik. Die Bedeutung der Hepatitis C Epidemie sollte nicht unterschätzt werden!

Die Ist-Situation in Deutschland kann so skizziert werden:

- Das Thema Hepatitis C wird nahezu ausschließlich von der Medizin, und zwar der medizinischen Therapie, besetzt.
- Das Präventionskonzept »Blutbewusstsein« ist in Deutschland nicht bekannt.
- Gesundheitsförderung und Infektionsprophylaxe ist immer noch ein Stiefkind in der Drogenhilfe.
- Aidshilfen haben in den letzten Jahren begonnen, ihren Blickwinkel auf Hepatitis zu erweitern, wenn auch zum Teil zögerlich.
- Die Leberhilfe-Organisationen verstehen sich als Sprachrohr und Interessenvertretung von »Normalbürgern« und grenzen ihre Klientel bislang eindeutig von der Gruppe der Drogengebrauchenden ab.
- Das »Kompetenznetzwerk Hepatitis« ist medizin- und grundlagenforschungsbezogen. Es läuft lediglich ein kleines Projekt der Deutschen Leberhilfe zur »Integration von Selbsthilfegruppen in das Hep-Net«.
- Politik hat sich weder auf Bundes- noch auf Landesebene für Hepatitis C interessiert.

Notwendigkeiten

Deutschland sollte eine nationale Strategie als Antwort auf diese übertragbare Krankheit, vergleichbar mit der Strategie gegen HIV/Aids, erarbeiten. Vorbildhaft ist die AIDS-Offensive der Bundesregierung Ende der Achtziger Jahre und aktuell das planvolle Vorgehen in Australien.^{xi}

Das Hauptziel dieser Strategie ist die Förderung und Unterstützung von Gesundheit, Sicherheit und Wohlbefinden der Bürger in Bezug auf Hepatitis C. Übertreibung und Panikmache sollen vermieden werden.

Vier Bereiche sollten prioritäre Aufmerksamkeit genießen

- Reduktion der Übertragung von Hepatitis C
- Verbesserung der Hepatitis-C-Behandlungen
- Unterstützung von Menschen mit Hepatitis C beim Erhalt der Gesundheit und die Gewährung von Hilfe für Infizierte
- Vermeidung der Diskriminierung von Menschen, die von Hepatitis C betroffen sind, die Verringerung von Stigmatisierung und Isolierung.

Die Strategie basiert auf sechs essentiellen Bestandteilen, die notwendig sind, um effektive Antworten im Hinblick auf die vier Bereiche zu entwickeln:

- Zugang zu Hilfe und Behandlung
- Antidiskriminierung
- Schadensminderung
- Gesundheitsförderung
- Evaluation und Forschung
- Aufbau von Netzwerken und Kooperationsbezügen, u. a. auf kommunaler und bundesweiter Ebene

Die Herausforderung betrifft jeden gesellschaftlichen Bereich:

- die Entwicklung einer angemessenen politischen Antwort
- die Planung und Durchführung von Präventionsprogrammen
- die Entwicklung effektiver Behandlungsmethoden und Impfstoffe
- die Sicherstellung des Zugangs zur Behandlung für die Menschen, die diese benötigen
- das Vorgehen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung gegenüber Menschen mit HCV.

Eine der größten Herausforderungen ist das Verständnis für Menschen, die mit HCV leben, deren Akzeptanz und Anerkennung als Partner im Kampf gegen das Virus.

Mögliche nächste Schritte

politische Ebene

- Fürsprecher in der Politik auf Bundes- und Landes-Ebene gewinnen
- Beschluss/Vereinbarung/Verlautbarung o. ä. durch die Bundesregierung

Umsetzung

- Bundesministerium für Gesundheit erhält Federführung
- Koordinierungsstab Hepatitis C
- Interministerielle Arbeitsgruppe
- Nationaler Hepatitis C-Beirat
- GMK-Entschießung

xi Vgl. Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000): National Hepatitis C Strategy 1999–2000 to 2003–2004. Crofts, Dore and Locarnini (eds) (2001): Hepatitis C: An Australian Perspective, ISDN 0-957-8617-2-9

- Einbeziehung der Krankenkassen und weiterer Partner
- Einbindung der Themen »Prävention und Therapie bei Drogengebrauchern« in das Kompetenznetzwerk Hepatitis
- natürlich auch die Bereitstellung zusätzlicher Mittel ...

Kernaussagen

koordiniertes und planvolles Vorgehen der verantwortlichen Organisationen, Behörden und Politik ist notwendig angesichts des Verbreitungsgrads und der sozialen und ökonomischen Risiken

Zielsetzungen für den Workshop:

- offizielle Bewertung/Anerkennung des Problems von politischer Seite
- effektive Präventionsstrategien
- höherer Informationsgrad in der allgemeinen Bevölkerung
- »Blutbewusstsein« bei Menschen, die im Umfeld von intravenösem Drogenkonsum leben bzw. selbst konsumieren
- HIV darf nicht »vergessen« werden (Prävention beim Sex!)

Einbindung der Teilnehmer:

Fragen an alle:

- Warum fällt Hepatitis C im Vergleich zu AIDS hinten runter?
- Ist die Aids-Offensive nicht geeignete Grundlage für die Hep-C-Offensive?

BMGS: Bewertung der Problemdimension und Bewertung der im Verhältnis dazu erfolgten Aktivitäten

RKI: Bewertung der Perspektive, des Handlungsbedarfs / der Prioritäten aus epidemiologischer Sicht.



Teilnehmer
Workshop 1

W1 Eckpunkte einer nationalen Hepatitis C-Strategie

Protokoll

Moderation/Impulsreferat: *Astrid Leicht* (Fixpunkt e.V., Berlin), *PD Dr. Heino Stöver*

Podium: *Dr. Ingo Ilja Michels* (BMGS/ Büro der Drogenbeauftragten der Bundesregierung), *Dr. Doris Radun* (RKI), *Prof. Dr. Tillman* (Kompetenznetz Hepatitis)

Einführung

Astrid Leicht

Die Hepatitis C wird nach wie vor unterschätzt, obwohl nach Auskunft des RKI in Deutschland von mehr als 275.000 Virusträgern auszugehen ist (Epidemiologisches Bulletin 17/2004). Da es sich um eine »Langzeitinfektion« handelt, deren schwere Folgen sich oft erst nach zehn und mehr Jahren zeigen, dürfte noch einiges auf das Gesundheitssystem zukommen. Bisher ist das Thema allerdings fast ausschließlich medizinisch »besetzt«, auf der Ebene des Psychosozialen und der Prävention gibt es große Defizite. Anders als etwa in Großbritannien gibt es bei uns kaum Ansätze für ein »Blutbewusstsein« (blood awareness). Stattdessen setzt(e) man, in Anlehnung an die und im Verbund mit der HIV-Prävention, eher auf klare (Safer-Use-)Anweisungen, ein differenziertes Risikomanagement ist kaum bekannt. Infektionsprophylaxe wird gerne in niedrigschwellige Einrichtungen »abgeschoben«, obwohl die Voraussetzungen dafür dort denkbar schlecht sind. Als Träger / Partner einer breit angelegten Hepatitis-C-Prävention bietet sich zuerst die DAH an, die sich schon lange auch mit der Prävention anderer sexuell übertragbarer Krankheiten und hier insbesondere der Hepatitiden A, B, C beschäftigt (auch wenn das nicht bei allen Aidshilfen vor Ort »angekommen« ist). Die Leberhilfen hingegen haben oft Berührungsängste gegenüber Drogengebrauchern und wollen sich vor einem »schlechten Image« schützen; auch im Kompetenznetz Hepatitis werden intravenös Drogen Gebrauchende (IVDU) nicht hinreichend berücksichtigt. Für die Politik schließlich ist Hepatitis C so gut wie überhaupt kein Thema (abgesehen vom DDR-Skandal und der Einrichtung des Kompetenznetzes).

Statements

Prof. Dr. Tillman

Die Lage wird zu düster dargestellt. Es ist davon auszugehen, dass es innerhalb von 25–40 Jahren nur bei 10 % der Infizierten zu einer Zirrhose kommt. Bei IVDU ist es im Zeitraum von 20 Jahren nur selten zu einer Zirrhose gekommen (vor 10 Jahren noch ging man davon, dass das bei 20 % der Fall sein werden; damals untersuchte man allerdings Leberkranke auf HCV, heute forscht man bei HCV-Positiven – im Folgenden: HCV+ – nach Leberkrankheiten). Bisher gibt es nur sieben prospektive Studien, belastbare Daten liegen noch nicht vor. Möglicherweise handelt es sich bei Hepatitis C um eine Prionenerkrankung; ob das Virus (z. B. durch Behandlung) eliminiert werden kann, spielt dann für die Lebensqualität keine Rolle. Daten zur subjektiven Lebensqualität fehlen allerdings.

Dr. Ingo-Ilja Michels

Um zu einer nationalen Hepatitis C-Strategie zu kommen, müssen dicke Bretter gebohrt werden. Auch im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (im Folgenden: BMGS) muss das Bewusstsein für das Problem verstärkt werden. Die Aktivitäten im Bereich des Infektionsschutzes konzentrieren zu sehr auf die Allgemeinbevölkerung, und im Suchtbereich geht es eher um die Behandlung der Drogenabhängigkeit und weniger um die Hepatitisprävention. Die BZgA als nachgeordnete Behörde hat lediglich eine Broschüre für die Allgemeinbevölkerung herausgegeben. Immerhin ist es gelungen, alle Beteiligten an einen Tisch zu bringen, schließlich besteht aufgrund einer Empfehlung des Europäischen Rates eine Verpflichtung für die Mitgliedsländer, in Sachen Hepatitis C aktiv zu werden. Deshalb fand am 5. September 2003 im BMGS ein Expertengespräch zur Verbesserung der Hepatitis-Prävention und Behandlung für Drogenabhängige statt. Diese Bemühungen müssen und werden weitergehen. Allerdings fehlen zuverlässige Daten. Zudem leben wir nicht mehr in Zeiten der Aidskrise, als durch Katastrophenszenarien noch viele öffentliche Mittel freigesetzt wurden. Ähnliches ist heute unrealistisch, nicht einmal eine nationale Kampagne wie in der Schweiz ist derzeit machbar. Dennoch ist Präventionspessimismus nicht angesagt: in einer Studie in Hamburg zeigte sich z. B., dass die Hepatitis-C-Prävalenz unter IVDU »nur« bei 60 % lag; 40 % sind also für Präventionsmaßnahmen erreichbar. So sollte man sich z. B. auf die Neueinsteiger konzentrieren, da sich viele IVDU gleich zu Beginn ihrer »Karriere« infizieren. Auch Mitarbeiter von Drogenkonsumräumen oder aus dem Behandlungssetting haben bisher kaum ein Hepatitis-Bewusstsein; durch Impfaktionen z. B. kann dies geändert werden. In Behandlungsleitlinien galt Drogenkonsum bisher eher als Grund für den Ausschluss von einer Behandlung – auch das muss sich ändern, denn die Studien zur Compliance unter IVDU zeigen, dass dies nicht gerechtfertigt ist. Bestehende Netzwerke sollten unterstützt und die Fortbildung intensiviert werden.

Dr. Heino Stöver

Wir dürfen nicht so weitermachen wie bisher, die Schläfrigkeit darf sich nicht fortsetzen (»Wake up to Hep C!« heißt der Slogan der nationalen Kampagne bzw. des jährlichen nationalen Aktionstages). Die Initiative von Dr. Michels ist wichtig, das Problem ist nur, dass die Drogenbeauftragte der Bundesregierung nicht zuständig ist. Und Unterstützung der Grassroot-Arbeit allein reicht nicht aus. Auch darf man nicht nur auf die Zirrhose blicken, sondern muss – gerade bei IVDU – den gesamten Problemzusammenhang mit Mehrfachbelastungen, z. B. durch ein oft desaströses Umfeld und durch Ko-Infektionen, und auch die nicht unerheblichen Nebenwirkungen der Krankheit selbst sehen, wodurch die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt wird.

Astrid Leicht

Es geht nicht in erster Linie um die Behandlung aller, sondern um die Behandlung der *Behandlungsbedürftigen* sowie um *Primärprävention* und das, was »drumherum« geschieht (psychosoziale Maßnahmen). Wie in England und Wales z. B. müsste es eine flächendeckende freie Abgabe von Spritzen und Besteck geben, müsste die Kriminalisierung beendet werden (Spritzenbesitz als Indiz für Drogengebrauch). Erforderlich ist

ein ganzheitlicher Ansatz der strukturellen Prävention, der nicht nur auf Verhaltensprävention zielt, sondern auch die Verhältnisse einbezieht, in denen dieses Verhalten stattfindet. Hier wäre auch das englische Modell der BBV-Nurses (BBV: blood borne viruses = durch Blut übertragene Viren) zu nennen, das einem ganzheitlichen Ansatz folgt und auf Familienarbeit und haushaltsnahe Zugänge setzt. Das Problem ist allerdings der fehlende Auftrag, die Träger arbeiten im luftleeren Raum. Die DAH z. B. darf Hepatitis C immer nur im Zusammenhang mit HIV behandeln, auch die BZgA hat kein Mandat, Gleiches gilt für das RKI.

Christopher Eastus (Schweiz)

In der Schweiz war die Lage ähnlich, wir haben allerdings nicht auf einen Auftrag gewartet, sondern ihn uns geholt. Dabei konnten wir an vorhandene Aktivitäten anknüpfen; das BAG (Bundesamt für Gesundheit) hat u. a. den Auftrag, »innovative Projekte« im Drogenbereich zu fördern (einen eigenen »Topf« dafür gibt es allerdings nicht). Von den Berufsverbänden wurden einheitliche und spezifische Informationen für IVDU eingefordert (vorher gab es an verschiedenen Orten verschiedene Präventions-Botschaften). Hier soll das geplante Hepatitis-C-Handbuch Abhilfe schaffen, das insgesamt etwa 50.000 Euro kosten wird.

Ansätze / Auswege

- Impfarbeit ist ein guter Ansatzpunkt, um das Thema Hepatitis (C) auf die Tagesordnung zu setzen und auch im Bewusstsein der IVDU zu verankern. Hierfür gibt es viele lokale Ansätze (etwa in Frankfurt am Main), aber jeder fängt vor Ort wieder bei Null an. Hier bedarf es Hilfestellung, etwa in Form einer Best-Practice-Sammlung.
- Wichtige Partner sind die substituierenden Ärzte; hier sollte an die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) herangetreten werden. Über die etwa 2.500 substituierenden Ärzte können etwa 60.000 Substituierte erreicht werden. Die Hauptrisikogruppe, junge Einsteiger, erreicht man so allerdings nicht.
- Auch stationäre Einrichtungen sind wichtige Partner, hier bieten sich Kurzzeitimpfschemata an.
- Junge Spätaussiedler ließen sich eventuell erreichen, indem man sich an Projekte »anhängt«, die vom Innenministerium finanziert werden.
- In Fortbildungen z. B. der AWO oder des FDR zum Thema Migration und Sucht könnte auch Hepatitis C zum Thema gemacht werden. Hierfür sind Best-Practice-Sammlungen wie das Schweizer Handbuch eine gute Grundlage (Idee: Übernahme des Projektes für Deutschland; DAH?).
- Aidshilfen sollten überlegen, ob sie die Hepatitis-C-Prävention im Rahmen von Leistungsvereinbarungen übernehmen können / wollen; schließlich ähneln sich die Versorgungsbedarfe von Menschen mit HIV und Hepatitiden (z. B. in Sachen Arbeit und Beschäftigung).
- Ein Bündnis auf breiter Basis (Organisatoren des Fachtages, DGS, RKI, Kompetenznetz und andere) sollte dem BMGS ein Fortbildungskonzept vorlegen, möglicherweise auch Studien / Modellprojekte im Rahmen des Kompetenznetzes vorschlagen. In einem sind sich nämlich alle Beteiligten einig: Ohne bessere Daten wird man

kaum die Dramatik der Lage deutlich machen können, was aber nötig ist, um die politisch Verantwortlichen zum Handeln zu bringen. Ein solches Fortbildungs- und Forschungskonzept müsste auf jeden Fall eine prospektive Untersuchung umfassen, die sich nicht nur auf medizinische Fragen, sondern auch auf die Lebensqualität bezieht. Außerdem müsste es darlegen, wie man »junge« Konsumenten (Einsteiger) erreichen kann (z. B. über Jugendhilfe, Gerichtshilfe, Bewährungshilfe als Kooperationspartner).

- Auch andere europäische Länder haben oder arbeiten an nationalen Hepatitis-C-Plänen (Schottland, England, Dänemark, Frankreich) – hier bietet sich Vernetzung an.

Protokoll: Holger Sweers, DAH



Workshop 1 Astrid Leicht, Heino Stöver,
Hans Ludger Tillmann und Teilnehmer

W2 SETTING: Niedrigschwellige Kontaktarbeit

Abstract

Kerstin Dettmer, Felix von Ploetz

Ausgangsüberlegungen:

Das Thema Hepatitis C führt in der niedrigschwelligen Kontaktarbeit oftmals zu großen Verunsicherungen. Dies betrifft zum einen die Klienten, die oftmals über mangelnde Informationen verfügen oder das Thema Gesundheit als zweitrangig ansehen bzw. das Alltagsgeschäft diese verdrängt. Aber auch die professionellen Mitarbeiter aus dem sozialen Bereich sind verunsichert, da sie vor dem vorrangig medizinisch komplexen Thema zurückschrecken.

Zielsetzungen für die AG

- Reflexion der Bedeutung von Hepatitis C in der eigenen Arbeit / Einrichtung (Stellenwert, Setting, Methoden, Inhalte)
- Entwicklung von Methoden zur konzeptionellen Verankerung in den Projekten
- Ideenwerkstatt für das Thema Hepatitis C in der praktischen Arbeit
- Ursachenermittlung, warum Hepatitis C Prävention ungenügend vom Klientel umgesetzt wird

Ablauf der AG

1) Inputreferate:

Apotheken-Kampagne von Fixpunkt e. V. mit dem Schwerpunkt Hepatitis, Drogennotfall und Safer Use

Der Verein Fixpunkt für suchtbegleitende Hilfen hat im Frühjahr 2003 ein Pilotprojekt in Zusammenarbeit mit Apotheken durchgeführt. Viele Drogengebraucher werden vom Hilfesystem nicht erreicht, da sie Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe meiden oder ein adäquates Angebot (Kleinstädte, ländlicher Bereich) nicht vorhanden ist. Intravenöse Drogengebraucher, die sich nicht über Hilfseinrichtungen oder über Spritzenautomaten versorgen, müssen ihre Spritzen über Apotheken erwerben. Somit sind die Apotheken ein potentiell interessanter Partner für die Präventionsarbeit. Konsumenten sollen über Apotheken erreicht werden und mit Informationen über HIV, Hepatitis, Safer Use und Drogennotfall versorgt werden, zusätzlich soll ein Kontaktangebot zum Verein vermittelt werden.

Das Pilotprojekt wurde im Zeitraum von drei Monaten durchgeführt, es beteiligten sich 42 Apotheken aus drei ausgewählten Berliner Bezirken. In Form eines persönlichen Besuches wurden den Apotheken insgesamt 500 *Infotaschen* überreicht, davon 60 in russischer Sprache. *Inhalt:* Fixpunkt Drogennotfall Handbuch, DAH Hepatitis Broschüre, DAH Safer Use Info, Spritzenschachtel, steriles Aufkochpfännchen (Stericup). Diese sollten an die »Spritzenkunden« ausgegeben werden.

Insgesamt wurde die Apothekenkampagne als innovative Methode der Präventions-

arbeit bewertet. Der zeitliche Aufwand war relativ hoch und die Funktion als Vertreter aufzutreten, um die jeweiligen Apotheken zur Mitarbeit zu überzeugen, anstrengend. Kleine Apotheken kooperierten besser als »Großapotheken«, Apotheken gaben im Einzelfall Informationen über Szenetreffpunkte weiter.

Hepatitis-Impfprojekt

Von 1996 – 2000 realisierte Fixpunkt e. V. ein Hepatitis-Impfprojekt. Gemeinsam mit anderen Mobilien suchte das »Hepatitis-Mobil« verschiedene offene Szenetreffpunkte in Berlin auf. Es wurden 701 Serologien untersucht, 545 Personen erwiesen sich als impffähig. 413 Impfungen wurden begonnen, 255 komplett abgeschlossen und 175 Kontrollserologien durchgeführt.

Neben den Impfungen nahmen Beratungen, insbesondere zum Thema Hepatitis C, viel Zeit in Anspruch. Auffallend war die Diskrepanz zwischen dem Wissen um eine schon durchgemachte Hepatitisinfektion und dem positiven Serologie-Ergebnis. So waren z. B. über 40 % der Klienten nicht über ihre HCV-AK-Positivität informiert.

Die Impfbereitschaft und die Compliance der teilnehmenden Drogengebraucher waren gut. Bei den Titer-Ergebnissen zeigte sich jedoch eine unterdurchschnittliche Immunantwort, so dass Auffrischimpfungen teilweise sofort angezeigt waren. Es müssen auf jeden Fall für geimpfte Drogenkonsumenten engmaschigere Titer-Kontrollen als ansonsten üblich empfohlen werden. Der Anteil nicht geimpfter und bezüglich ihres Hepatitis-Status schlecht informierter substituierter Klienten war sehr hoch.

2) Bearbeitung folgender Schwerpunkte und Fragestellungen

- Die Teilnehmer werden aufgefordert, Schulnoten (1 - 6) zu folgender Frage abzugeben: *Welchen Stellenwert hat das Thema Hepatitis C in der Einrichtung der Teilnehmer?* Festgelegt werden der ideelle und der tatsächliche Wert. These: Der ideelle wird deutlich höher sein als der tatsächliche Wert in der Einrichtung.
- *Mit welchen Methoden und Hilfsmitteln wird Hepatitis C in den Einrichtungen thematisiert?* Stoffsammlung, Diskussion
- *Welche Inhalte werden häufig thematisiert und wie häufig geschieht dies?* Umfrage unter den Teilnehmern, Diskussion

3) Bildung von mindestens drei Arbeitsgruppen

Zwei Themen werden vorgegeben, weitere Inhalte sollen durch die Teilnehmer bestimmt werden.

- a) Hemmnisse der Prävention auf Seiten der Klienten, Ursachenforschung und Lösungsvorschläge
- b) Ideenwerkstatt zur Erhöhung des Stellenwertes von Hepatitis C in der Einrichtung, Focus auf die Mitarbeiter und die Arbeit mit dem Klientel

Vorstellung der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen. Abschlussdiskussion.

Kerstin Dettmer, Kontakt: k.dettmer@fixpunkt.org

Felix von Ploetz, Kontakt: f.v.ploetz@fixpunkt.org

W2 SETTING: Niedrigschwellige Kontaktarbeit

Ergebnisprotokoll

Teilnehmerzahl: 28

Moderation: *Kerstin Dettmer* (Ärztin bei Fixpunkt e.V.), *Felix von Ploetz* (Sozialpädagoge bei Fixpunkt e.V.) und *Joachim Krause* (Arzt aus Frankfurt / Main)

Teil 1

Welche Bedeutung hat Hepatitis C in der jeweiligen Einrichtung und welche Gründe für die Unterschiede zwischen ideellem und tatsächlichem Stellenwert von Hepatitis C im Projekt gibt es?

Die Beurteilung der Teilnehmer erfolgt jeweils durch Schulnoten (1 – 6), die zweifarbig in ein Koordinatensystem übertragen werden. Der ideelle Wert liegt deutlich höher als der tatsächliche Wert. (ca. zwei Schulnoten).

Gründe für fehlende Bedeutung von Hepatitis C in den Projekten:

- Hepatitis ist häufig nur ein »Anhängsel« der HIV / Aids-Prävention
- Es besteht ein mangelndes Problembewusstsein bei der Klientel
- Andere Prioritäten sind für die MitarbeiterInnen und die Klientel wichtig
- Komplexe Informationen machen es z. T. für die MitarbeiterInnen und die Klientel schwierig
- Es besteht eine Nichtwahrnehmung der Problematik
- Im Wechselspiel zwischen BeraterIn und KlientIn gibt es Defizite
- Mangelnde Bereitschaft der Klientel darüber zu reden
- Pädagogische Mitarbeiter fühlen sich für die Vermittlung des Themas nicht zuständig, da es ein medizinisches ist – fehlendes Behandlungsverständnis
- Mangelnde Fachkenntnisse auf Seiten der MitarbeiterInnen
- Mangelnde Zeit
- (Fach-)sprachliche Barrieren zwischen BeraterInnen und KlientInnen bestehen
- Thema hat nicht genug Öffentlichkeit
- Mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten für (Sozial-)Pädagogen im Bereich Hepatitis

Wie wird Hepatitis C in den Einrichtungen thematisiert und welche Methoden und Hilfsmittel gibt es?

- Einzelgespräche
- Selbsthilfegruppen
- Broschüren / Flyer
- Ärzte
- Safer-Use-Tage
- Allgemeine Veranstaltungen zu Hepatitis C
- Informationen während des Spritzentausches
- Gruppenarbeit

- Pinnwand
- Testergebnis/ Gespräch
- Konsumräume
- Multiprofessionelles Gespräch
- Informationen während Serologien / Blutentnahmen
- Quiz veranstalten
- Streetwork
- Peer Education

Die genannten Punkte überschneiden sich zum Teil, zum Teil ergänzen sie sich auch.

Welche Aspekte zum Thema Hepatitis C werden in den Projekten der Teilnehmer angesprochen und wie häufig geschieht dies?

Themen	<i>fast nie/selten</i>	<i>häufig/regelmäßig</i>
Test-Beratung	19	8
Legenden über Hep C	6	18
Safer Sex/Safer Work	–	26
Behandlung/Nebenwirkungen	17	8
Übertragungswege	–	26
Impfung	19	8
Schutzmöglichkeiten vor Übertragung bei den Klienten	2	26
Zusammenleben mit Infizierten	15	9
Selbsthilfe	20	5
Schwangerschaft	18	7
Rechtliche Fragen	19	6
Infektion & Drogenbeikonsum (Alkohol & Cannabis)	11	7
Lebensstile und Ernährung	19	4
Einsatz von Alternativmedizin	21	3
Koinfektionen/HIV/Aids	13	14

Teil 2

Das Workshop-Plenum wurde in 3 Arbeitsgruppen eingeteilt. In einer Art Brainstorming sollten die TeilnehmerInnen ihre Ergebnisse auf Flipchart darstellen.

AG 1: Hemmnisse der Prävention auf Seiten der Klienten.

Ursachen, Änderungen, Lösungsvorschläge.

- Vertrauen aufbauen
- Einzelgespräche
- Wichtigkeit des Themas Hepatitis C klarmachen
- Griffige Informationen geben
- Einfache Botschaften vermitteln
- Netzwerke aufbauen
- »Kleine Schritte gehen«
- Blutbewusstsein vermitteln
- Zeit und Geduld aufbringen
- Öffentlichkeit herstellen
- Peer Groups mit einbeziehen

AG 2: Wie kann das Thema Hepatitis C einen größeren Stellenwert in den Einrichtungen bekommen? Welche Methoden und Hilfsmittel gibt es?

- Bewusstsein bei KollegInnen schaffen durch regelmäßige Fortbildungen, Informationsaustausch und Vernetzungsarbeit
- Eigene Strukturen im Hilfesystem schaffen – Verantwortliche zum Thema Hepatitis C benennen
- Als Top auf Teamsitzungen einbringen
- Bereitstellen von Informationsmaterial
- Zusammenarbeit mit KlientInnen zum Thema Hepatitis C
- Interne und externe Fortbildungen anbieten
- »Thema des Monats« benennen
- »Impftag« veranstalten
- Hepatitis C Broschüre auf den Konsumraumbenutzern auslegen
- Symbole und Logos schaffen – z. B. mein Spritzbesteck, meine Zahnbürste usw.
- Fragebogen zum Wissenstand über Hepatitis C entwickeln und an KlientInnen verteilen
- Peers als MultiplikatorInnen ausbilden
- Verschiedene Medien nutzen
- Internetzugänge mit Links zum Themenbereich Hepatitis für KlientInnen schaffen
- Quiz initiieren – Wissenstand abfragen

AG 3: Warum werden verschiedene Themen in den einzelnen Projekten unterschiedlich häufig thematisiert?

Die unten aufgeführten Punkte decken sich nicht immer mit der o. g. Fragestellung, da über die Frage hinaus diskutiert wurde.

- Unterschiedliche Sicht der Sinnhaftigkeit des Themas => unterschiedliche Gewichtung (nicht nur von den KlientInnen, sondern auch von den ProjektmitarbeiterInnen)

- Je nach Einrichtung gibt es unterschiedliche Themenschwerpunkte, da es unterschiedliche Klientel gibt.
- In einzelnen Projekten kann von einer Beiläufigkeit des Themenkomplexes Hepatitis C gesprochen werden.
- Festgestellt wurde in der Arbeitsgruppe, dass es in Projekten fast schon eine Ausnahme darstellt, wenn KlientInnen nicht Hepatitis C infiziert sind.
- Es wurde das Thema Schutz von MitarbeiterInnen angesprochen und festgestellt, dass dies oft kaum Thema in den Einrichtungen ist. Oft fehlt das Bewusstsein der MitarbeiterInnen für effektiven Schutz vor Hepatitis C. Es besteht daher großer Informations- und Aufklärungsbedarf.
- Eine Teilnehmerin berichtete über Ängste von Angehörigen, sich mit Hepatitis C zu infizieren. Auch hier besteht großer Informations- und Aufklärungsbedarf.
- Es wäre wichtig Bedürfnisabfragen bei BeraterInnen und KlientInnen durchzuführen.
- In vielen Einrichtungen gibt es Standards in der Therapieform und in den Präventionsansätzen, dennoch sind sie oft unterschiedlich und mangelhaft. Die TN begrüßen es allgemein gültige Standards zu entwickeln, sofern dies möglich ist.
- Beikonsum von Alkohol und Cannabis kann häufig ein großes gesundheitliches Risiko für die KlientInnen darstellen, da sie weitergehend gesundheitsschädlich in körperlicher und psychischer Sicht sein können.

Die Moderatoren berichteten im anschließenden Plenum von einer Untersuchung im Rahmen eines EU-Projektes, das die Frage klären sollte, warum es bestimmte UserInnen trotz ihres Lebensstils schaffen über einen langen Zeitraum ›gesund‹ zu bleiben. Das Ergebnis, dieser nicht repräsentativen Studie war ernüchternd, da herausgefunden wurde, dass viele Befragte ihren relativ guten gesundheitlichen Zustand eher dem Zufall als einer bewussten Strategie verdanken.

Bei der abschließenden Diskussion bewerteten alle TeilnehmerInnen den Workshop als effektiv. Leider war zu wenig Zeit vorhanden.

Protokoll: Uwe Niethammer, DAH

W3 SETTING: Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle, PSB)

Abstract

Moderation: *Monika Brühahn* (6, Berlin),
Katrin Schiffer (AMOC/DHV, Amsterdam)

Problem- und Fragestellung

In vielen ambulanten Einrichtungen und Beratungsstellen wird Hepatitis C nur selten thematisiert. Klienten und Mitarbeiter sind unzureichend informiert oder wissen nicht, ob und wie sie diese Problematik ansprechen sollen. Dennoch gibt es Beispiele und Möglichkeiten, die zeigen, dass dieses Thema auch in einem niederschweligen Setting Bedeutung haben kann.

Um diese Problematik näher zu untersuchen stellen wir uns die folgenden Fragen:
Warum sollten ambulante Einrichtungen sich verstärkt dieser Problematik annehmen?
Welche Bedeutung und welchen Stellenwert hat Hepatitis C in den verschiedenen Einrichtungen?

Was sind die Gründe für die Unterschätzung der Hepatitis C Problematik?

Was tun die verschiedenen Einrichtungen, um die Hepatitis C Problematik verstärkt in die tägliche Arbeit zu integrieren?

Wie können medizinische Behandlung erleichtert und Therapieerfolge gesichert werden?

Zielsetzungen

- Bewusstwerdung und Reflektion der Bedeutung von Hepatitis C in der eigenen praktischen Arbeit
- Austausch, Diskussion und Entwicklung von geeigneten Methoden, die dazu beitragen Hepatitis C in der ambulanten Arbeit verstärkt zu thematisieren

Arbeitseinteilung / Methoden

- Inputreferat zum Stellenwert von Hepatitis C in der ambulanten Arbeit
- Austausch und Diskussion in der gesamten Arbeitsgruppe
- Aufteilung in Arbeitsgruppen mit dem Schwerpunkt auf folgende Themenbereiche:
 - Basisinformationen zu Hepatitis C (z.B. Ist ausreichende Information vorhanden?)
 - Testberatung (z.B. Findet Prä- und Postberatung statt und wenn ja nach welchen Standards?)
 - Prävention (z.B. Welche Formen der Prävention werden gebraucht? Welche Erfahrungen gibt es?)
 - Therapie / Behandlung (z.B. In welchen Fällen wird Therapie empfohlen / nicht empfohlen und wie sieht eine eventuelle Begleitung aus?)
 - Beratung und Betreuung (z.B. Welche Betreuung ist essentiell im Zusammenhang mit Hepatitis C? Welchen Beitrag kann ein/e Betreuer/in leisten?)

Ergebnisse

- Situationsbeschreibung: Bedeutung von Hepatitis C in ambulanten Einrichtungen
- Konkrete Lösungsansätze und Beispiele für den ambulanten Bereich

W3 SETTING: Ambulante Einrichtung Beratungsstelle, PSB

Protokoll

Moderation: *Monika Brühahn* (BOA, Berlin), *Katrin Schiffer* (AMOC/DHV, Amsterdam)

Einführung

Einführend beschrieb die Moderatorin das Arbeitsfeld des ambulanten Settings. Ausgehend vom Klienten im Zentrum wurden darum sowohl die individuellen Faktoren des Klienten gruppiert als auch alle an der Betreuung und Versorgung beteiligten Personen und Instanzen genannt.

Stellenwert der HCV-Problematik in der eigenen Einrichtung

Im nächsten Schritt wurde mittels einer Ranking-Abfrage der »Stellenwert der HCV-Problematik in der eigenen Einrichtung« von den Teilnehmenden abgefragt. Zusammengefasst bewerteten vier Teilnehmende den Stellenwert im Bereich »niedrig« und 15 im Bereich »hoch«.

Darauf basierend wurden die Gründe für einen »hohen und niedrigen Stellenwert« zusammengetragen.

Gründe für einen *hohen* Stellenwert der HCV-Problematik in der eigenen Einrichtung

- Hohe Infektionsraten, davon viele in der eigenen Einrichtung
- Die HCV-Infektion wird in der Einrichtung erstmals bekannt.
- HCV gehört bei den Intakes (Aufnahmen) zum Standard (Test und Beratung). Informationen erhalten die Klienten durch ausgelegtes Infomaterial, und HCV-positive Klienten werden als Multiplikatoren eingesetzt.
- (AIDS-Hilfe) wir haben viele Koinfektionen. Insbesondere bei Schwulen rückt die Frage der HCV (Koinfektion und die der Therapie) immer mehr in den Vordergrund. Die Beratung zu HCV gehört zum Standard und die HCV wurde in die Satzung des Vereins aufgenommen.
- Gesundheitsaufklärung zu HCV erfolgt auch durch Streetworker.
- (Substitutionsambulanz) HCV gehört zum Standard. Status wird über Eingangsuntersuchung geklärt.
- HCV wurde in den Leitlinien der Einrichtung aufgenommen und es finden Mitarbeiterschulungen statt.
- Impfkampagne
- Bei uns arbeiten substituierte Mitarbeiter, die HCV-positiv sind.

- HCV-positive wurden als spezifische Zielgruppe identifiziert und in das Konzept integriert.
- (Ambulanz) Die Infektionsraten bei unseren Patienten liegen über 80 %.

Gründe für einen *niedrigen* Stellenwert der HCV-Problematik in der eigenen Einrichtung

- Überlagerung durch Alltagsprobleme, Überarbeitung der Mitarbeiter
- Fehlendes Bewusstsein bei Ärzten und medizinischen Einrichtungen
- Grenzen der Leistbarkeit (insbesondere bei der Therapie)
- Niedriger Stellenwert bei Klienten
- Geringere Publicity, weniger Schreckensszenarien
- Schlechte Lebenssituationen (Obdachlosigkeit etc.) stehen vor medizinischer Behandlung
- Russische Mitbürger werden über die üblichen Systeme nicht erreicht.

Ergebnisse zu spezifischen Themenkomplexen

Im Folgenden wurden Kleingruppen mit den folgenden Themenkomplexen gebildet:

1. Prävention
2. Testberatung
3. Basisinformationen
4. Therapie / Behandlung
5. Beratung / Betreuung

1. Prävention

(aufgrund der Anzahl der Teilnehmenden konnte dieses Thema nicht umfassend behandelt werden.)

z. B. *Welche Formen der Prävention werden gebraucht? Welche Erfahrungen gibt es?*

Safer use Training

- indirekte Präventionsmaßnahmen
- Informationen über Ansteckungswege

Regelmäßige Veranstaltungen

- präventive Informationen

2. Testberatung

z. B. *Findet Prä- und Postberatung statt und wenn ja, nach welchen Standards?*

– Bedeutung und Konsequenzen für das weitere Leben?

– Informationen:

- Was heißt es, infiziert zu sein?
- Basisinformationen (Übertragungswege etc.)
- Inkubationszeit / Testmöglichkeiten (u. a. Anschriften)
- Unterschied Leberwerte und HCV-Test
- Therapiemöglichkeiten und Nebenwirkungen
- Titertest: Hepatitis A und B
- Informationsblätter

- Kampagne / Projektage
- individuell, z. B. in Beratung
- Gruppenarbeit mit externer Unterstützung
- Gruppenarbeit interaktiv
- Streetwork / Peer Education
- »schwer erreichbare Gruppen«

- Unterstützung des Teams durch den Träger
- Prioritäten, »Zeitfenster«

3. Basisinformationen

z. B. *Ist ausreichende Information vorhanden?*

- Geld
- allgemeine Sensibilisierung bei Mitarbeitern und Klienten
- staatliche Regie für Organisationen
- Aktivierung der Zielgruppe selber
- Schaffung von Infrastruktur / Informationskanälen
- Übertragungswege / Testmöglichkeiten / Behandlungsmöglichkeiten / Perspektiven sollen gezeigt werden, um ein selbstbewusster Patient zu sein
- medizinische Beratung, Ernährungsberatung, Beratung zur Lebensführung
- niedrigschwellige Test- und Behandlungsmöglichkeiten
- Motivationsarbeit aufbauen
- Qualitätszirkel (interdisziplinär)
- Verantwortung des Beraters
- Berater muss medizinisches Wissen aktualisieren und die Behandlungsmöglichkeiten vor Ort kennen
- Peer-Involvement / -Education / Eigenfortbildung / Schneeballsystem
- intensiver Austausch im Team / Fortbildung und Vernetzung
- Gesundheitsämter / Justizvollzugsanstalten / Hepatitisambulanzen etc.
- gegenseitiger Wissensaustausch (Drogenberatung ↔ Medizin)

4. Therapie / Behandlung

z. B. *In welchen Fällen wird eine Therapie (nicht) empfohlen und wie sieht eine eventuelle Begleitung aus?*

- Information der Klienten:
 - »strukturiert« (Alltag, Termine, Paktfähigkeit)
 - Genaue Aufklärung über Krankheit, Verlauf, Nebenwirkungen, Handlungsmöglichkeiten
 - Partnerberatung, Umfeld vorbereiten
- Wie vermitteln:
 - Aufklärungsgespräche
 - Psychoedukation (Beratungsgruppen, therapeutische Gruppen)
 - Kontinuierliche Präsenz / Kontakt

5. Beratung und Betreuung

z. B. *Welche Betreuung ist essentiell im Zusammenhang mit HCV? Welchen Beitrag kann eine Betreuung leisten?*

- Sensibilisierung für das Thema HCV (Mitarbeiter / Klient)
 - Fortbildungen
 - Video / Film / Medien
 - Betroffene als Multiplikatoren
 - Initiierung von Selbsthilfe
 - Netzwerke schaffen
 - Ansprechen von Diagnosen
 - Thematisierung der Krankheit
 - Impfmöglichkeiten empfehlen

- Informationsvermittlung (Basisinformationen)
- Informationsmaterial (Flyer)
- Standards festlegen: Was muss der Berater beachten?

- Was braucht der Berater?
 - Basiswissen
 - Kooperationspartner / Netzwerke
 - Blut-Bewusstsein wecken / schärfen
 - sozialrechtliche Kenntnisse (z. B. Schwerbehindertenausweis)
 - Motivationsarbeit
 - Gesundheitsbewusstsein entwickeln, Lebenswunsch stärken
 - Individuelles Betreuungssetting (z. B. bei laufender Therapie)

Protokoll: Achim Weber, DAH

W4 SETTING: Statioäre Einrichtung (Entzug, Therapie, Wohnen)

Abstract

Dane Aibel, leitende Ärztin der stationären Rehabilitationseinrichtung für suchtmittelabhängige Klienten Flughafenstraße 42 der ADV gGmbH

Aufenthaltszeitraum 6 plus 4 Monate, Auffangbehandlung bis zu 4 Monate. Die Klienten leben in dem Zeitraum suchtmittelabstinent und werden therapeutisch für eine abstinenten Zukunft unterstützt. Gleichzeitig werden sie medizinisch beraten, behandelt und zur körperlichen Leistungsfähigkeit gefördert.

Das festgelegte und angestrebte Ziel ist die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit.

Bei etwa der Hälfte der Klienten besteht ein Multimorbiditätsfaktor in Form einer Chronischen Hepatitis C.

Die Klienten leben während dieser Zeit in unserem Haus in Form von Wohngemeinschaften, in der sie den Alltag selbst organisieren und gestalten (Mahlzeiten kochen, Wäsche waschen, Zimmer und Wohnung reinigen, die Freizeit gestalten einschließlich Partnerbesuche).

Die Mehrzahl der Klienten ist auf eine Hepatitisinfektion voruntersucht. Befunde liegen aber in der Mehrzahl nicht vor. Damit besteht am Anfang nur die Klienteninformation, oft auch mit falscher Information:

»habe ich nicht«, Infektion ist »gekapselt«

Keiner der Klienten, die von ihrer Hepatitisinfektion wissen, vermitteln eine Infektiösität:

»spritze nicht mehr, hatte immer eigene Spritzen ect.«, »Partner ist selbst nach Jahren nicht infiziert«

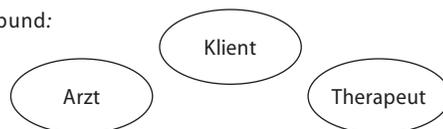
Während des Behandlungszeitraums werden:

- Laboruntersuchungen durchgeführt
- edukative Gruppen zur Gesundheit, Hepatitis und Infektion durchgeführt, Einzel- oder Paarberatung zu weiterführender Diagnostik und Behandlung durchgeführt
- gemeinsam mit dem Klienten eine Interferontherapie entschieden und begonnen
- Hepatitisimpfungen gefördert
- chronisch Hepatitis C erkrankte Klienten erhalten eine Ernährungszulage mit Förderung der Vollwerternährung.

Die Mitarbeiter werden zu den Erkrankungen informiert. Der Arbeiterschutz wird durch die Benutzung von Handschuhen bei der UK-Abnahme, Aufklärung zur Impfprophylaxe und Arbeitsmedizinischer Betreuung umgesetzt.

Weiteres Ziel:

Triadenverbund:



Damit können Über- und Unterbewertungen und Verhaltenslernprozesse zu Infektiösität und Verantwortung effektiver bearbeitet werden.

Medikamentöse Therapie:

- gemeinsame Entscheidung (aktuelle und perspektivische Belastbarkeit)
- Nebenwirkungsberatung

Therapie kann dann gut gefördert werden, wenn kurze Therapiezeit mit guter Prognose gegeben werden kann. Vom Klienten wird auch abgewogen:



Prävention in der Einrichtung:

- Handschuhbenutzung bei Erster Hilfe
bei Urin-Abgabe
bei Toilettenreinigung
- Sauberkeit und ggf. Desinfektion
- Präservative liegen bereit
- Tätowierungsverbot in der Einrichtung

Maßnahmen zur Entlassung:

Der Gesundheits- (Krankheits-) status wird nochmal reflektiert.

Bei chronischer Hepatitis C, auch nach einer Interferontherapie, alle 6 Monate nachuntersuchen lassen. Es wird der Impfstatus besprochen und auf noch anstehende Vollständigungsimpfung hingewiesen.

W4 SETTING: Stationäre Einrichtung (Entzug, Therapie, Wohnen)

Abstract

Liane Hyttrowski, Tanja Boecker, Anabela Dias de Oliveira

Hepatitisinfektion – Prävention von und Umgang mit HAV, HBV, HCV im Projekt LÜSA
Das Landesmodellprojekt LÜSA ist eine stationäre Wohn-Einrichtung der Wiedereingliederungshilfe (§ 39 BSHG) für mehrfachgeschädigte chronisch drogenabhängige Menschen (CMA) und arbeitet seit 1997.

Die Einrichtung verortet sich in der niedrigschwelligen Drogenhilfe und bietet in verschiedenen Wohnformen (stationäres bis »ambulant betreutes Wohnen«) 29 Plätze mit einer Aufenthaltsdauer 2 Jahre und mehr (im Einzelfall auch länger).

Die inhaltlichen Hilfebestandteile bestehen u. a. aus:

- »ein Zuhause«
- Substitutionsbehandlung
- Medizinische und psychiatrische Behandlung
- Begleitung & Betreuung in allen relevanten Bereichen (Sozial, Schulden, Justiz)
- 24 h-konstante Ansprechpartner
- Einzelbetreuungsansatz / Kontaktkonstanz
- Gruppenangebote (Themen-, Klein-, Großgruppe)
- Tagesstruktur
- Beschäftigungsangebote (Holz/Druck/Fahrradwerkstatt, second-hand-Laden)

Es werden ausschließlich KlientInnen mit Doppeldiagnosen aufgenommen – in den meisten Fällen ist dies eine HCV-Diagnose.

Weitere und zusätzliche Diagnosen sind soziale Entwurzelung, Depressionen, Psychosen, Borderline, HIV/AIDS und andere Hepatitiden, so dass die BewohnerInnen nicht nur Doppel- sondern i. d. Regel Mehrfachdiagnosen aufweisen. Daneben haben sie während ihrer Drogenkarriere häufig Erfahrung mit schwierigen Lebenssituationen wie Kriminalisierung, Obdachlosigkeit, Prostitution, Verelendung gemacht und waren gegen ihren Willen über lange Zeiträume in totalen Institutionen (JVA, Psychiatrie) untergebracht. Der Altersdurchschnitt der BewohnerInnen liegt bei 42 Jahren, die Drogenkonsumphase beträgt durchschnittlich 26 Jahre.

Von den 149 bis heute aufgenommenen KlientInnen waren lediglich 12 Klienten ohne HCV-Infektion.

Die HCV-Infektion festzustellen erweist sich bei unserer Zielgruppe als problematisch, da die KlientInnen, die in unsere Einrichtung kommen, auf dem Hintergrund ihrer o. g. desolaten Lebensbedingungen – Obdachlosigkeit, Gefängnis, Psychiatrie häufig nur einen geringen Teil ihrer medizinischen Akte mitbringen, so dass es anfangs schwierig ist, einen adäquaten Überblick über den gesundheitlichen Zustand und die im Vorfeld geleistete medizinische Versorgung / Aufklärung / Behandlung zu bekommen.

Auffallend ist, dass gerade hier in der Provinz, das Thema Hepatitis (HCV) immer wieder mit einer Art »Randnotiz« abgehandelt wird und detaillierte Informationen nicht zur Verfügung stehen:

- **Zeitpunkt der Erstdiagnose nicht bekannt**
- **Zeitpunkt und Umstände der Infizierung nicht bekannt**
- **Chronische Verläufe nicht diagnostiziert**
- **Kaum Kennzeichnung der »Mehrfach-Infektion« verschiedener Hepatitiden**
- **Veraltete Diagnosen**
- **Veraltete Testmethoden**
- **Unvollständige Diagnosenberichte**
- **Testender/behandelnder Arzt nicht bekannt**
- **Keine Information über vergangene Aufklärung/Behandlung -Art**
- **Aktuelle Untersuchungsbefunde nicht bekannt**
- **Statt Fakten, Informationen überwiegend von den Betroffenen**

Eine aktuelle medizinische Akte zu erstellen wird hier häufig nur durch die, nach erfolgter Aufnahme, verpflichtende Eingangsuntersuchung und durch die im Folgenden stattfindende medizinische Behandlung möglich. So erhalten wir dann während des Aufenthaltes einen Überblick über die Infektions-/ Erkrankungssituation der einzelnen Bewohner.

Auf diesem Hintergrund behandeln wir ab Aufnahme *alle* BewohnerInnen so, als wären sie von HAV, HBV, HCV und HIV betroffen.

Um jeder Klientin / jedem Klienten von Anfang an AnsprechpartnerIn und eine gute Aufklärungsmöglichkeit bieten zu können, wurde ein Flyer angefertigt, der bei Einzug in die Einrichtung der/m neuen BewohnerIn direkt mit den Aufnahme-/ Begrüßungsformalitäten ausgehändigt wird und Interesse wecken soll. Aus diesem geht hervor, dass bei LÜSA regelmäßig eine Hepatitis-Gruppe angeboten wird.

Diese Gruppe (2 x im Monat) steht den Menschen zur Verfügung, die sich *vertiefender und persönlicher* mit den Themen Hepatitis und HIV auseinandersetzen zu wollen.

Daneben wird einmal monatlich in der Großgruppe allgemeiner über HCV/HIV-Prävention gesprochen. Zu dieser Groß-Gruppensitzung werden auch in regelmäßigen Abständen Ärzte und kompetente Fachleute von Aidshilfen u. ä. eingeladen um Infoveranstaltungen über Infektion und Behandlung für Team / BewohnerInnen anzubieten:

- Infektionswege
- Schutzmaßnahmen (safe use/ safe sex)
- Verschiedene Hepatitiden
- Verschiedene Genotypen
- Unterschiede (HIV und Hepatitis)

Diese Methode des »gemeinsamen Lernens und sich Auseinandersetzens« von BewohnerInnen und MitarbeiterInnen mit diesem für den Alltag der Menschen in der Einrichtung zentralen Thema hat sich als *guter Ansatz* erwiesen, um eine hohe *Sensibilisierung* zu erreichen.

Das häufig geringe Wissen, welches auf der Drogenszene und durch Mediziner – gerade in der Provinz – über die Erkrankung wie die Behandlungsmethoden vermittelt wird, kann so ein wenig korrigiert werden. In der Folge können tragfähige Kontakte zu behandelnden Ärzten (Schwerpunktpraxen, HIV-Ambulanzen etc.) aufgebaut werden. Neben den Informationsdefiziten beherrschen häufig *Bilder* über die Infektionserkrankung HCV und *Schicksalsdenken* das Heran- und Umgehen mit der eigenen Erkrankung und erschweren die Betroffenen, z. B. in ihrer Bereitschaft zu einer Interferon-Mono- oder Kombinationstherapie:

(... viel gehört und nur Schreckliches: ... ist wie Chemotherapie, Müdigkeit, Schmerzen, Haarausfall und keine Garantie auf Heilung, ... dazu kommen noch Depressionen, ... und mit Beikonsum geht das eh nicht – macht keiner! Und clean kann & will ich nicht, ... wer gibt einem die Garantie, dass es funktioniert, ... warum soll man leiden, wenn es einem doch jetzt eigentlich gut geht, ... deshalb hat das alles eh kaum Sinn, ... Junk ist eben gefährlich – das ist der Preis, ich habe eh die meisten meiner Kumpels überlebt und will mich damit nicht nicht belasten ...)

Menschen mit diesem Lebenshintergrund zu gewinnen, sich trotzdem mit ihrer Infektion/Krankheit auseinanderzusetzen, erfordert viel Geduld und Einfühlungsvermögen. Es bedarf immer wieder *Motivationsarbeit*, denn ein Großteil der BewohnerInnen will sich nicht mit einer Krankheit auseinandersetzen, von der es heißt, sie sei gefährlicher, hartnäckiger, ansteckender und schwieriger zu behandeln als die »große Katastrophe« HIV an der so viele der PartnerInnen, FreundInnen und Bekannte bereits verstorben sind.

Die (schwierige) Praxis

Das Projekt LÜSA folgt bei Infektionserkrankungen der Philosophie: wir verhalten uns alle (MitarbeiterInnen/KlientInnen), als ob wir von HIV / HBV / HCV etc. betroffen wären – dies schafft das größtmögliche Bewusstsein und Schutzverhalten.

Als niedrigschwellige Einrichtung orientieren wir uns zuerst an der basalen Versorgung, arbeiten kleinschrittig, gehen individuell und ganzheitlich auf die KlientInnenbedarfe ein.

Dies findet Eingang in eine gesamtkonzeptionelle Gesundheitsförderung :

- Regelmäßige und gesunde Ernährung
- Behandlung der psychischen Störungen
- Stabilität in der Medikation der verschiedenen Erkrankungen (Compliance)
- Information über klassische und alternative Behandlungsmethoden
- Beschäftigungsangebote auch als Selbstwertsteigerung und -training
- Gemeinwesenorientierung und Gemeinschaftsangebote wider der Vereinsamung
- Ergotherapie-, und Entspannungsangebote im Haus als medizinisch stützende Ergänzungsbehandlungen
- Bewegungs-/ Sportangebote (zwei MitarbeiterInnen werden z. Z. zum »Fachübungsleiter für Rehabilitationssport – Fachrichtung Sucht« ausgebildet)

Als stationäre Einrichtung *für Menschen mit Mehrfachschädigungen* (und wie eingangs geschildert einer enorm hohen Anzahl von Menschen mit HCV) schließen wir im Regelfall niemanden wegen Hepatitiden und HIV/AIDS aus (Ausnahme akut HAV).

Wir sind somit aufgerufen, für MitarbeiterInnen und KlientInnen *effektive* Prävention und Schutzmaßnahmen, möglichst ohne Ausgrenzung und Sonderbehandlung, zu entwickeln – ein bei dieser oft marginalisierten Zielgruppe sensibles und schwieriges Thema.

Die Situation, dass die Mehrzahl der BewohnerInnen bei Aufnahme ein horrendes *Beigebrauchsproblem* hat, erschwert die Vermittlung von Information wie die Handhabung von Infektionsschutzmaßnahmen. Dem können wir nur mit viel engmaschiger Begleitung und Geduld begegnen.

Alle Arbeits-, und Beschäftigungsbereiche stehen den KlientInnen zur Mitwirkung *offen*. Das *Gesamtverhalten* der Betroffenen ist jedoch entscheidend. Bei einer Kombination von hohem Beigebrauch, schlechter Compliance und bekannter hoher Infektiösität würde derjenige z.B. nicht in der Küche (oder anderen verletzungsintensiven Bereichen) eingesetzt.

Unsere praktischen Problem-Bewältigungsversuche

Das Projekt LÜSA arbeitet im Rahmen der *Wiedereingliederungskonzeption* mit einem *Selbstversorgungsansatz*: Hauswirtschaftliche Tätigkeiten (Mahlzeitenzubereitung, Lebensmittelbevorratung, und -lagerung, Putzen & Reinigung, Wäsche, etc.) werden unter Anleitung der MitarbeiterInnen mit BewohnerInnen ausgeführt – *Hilfe zur Selbsthilfe!* In diesen Arbeitsbereichen (Küche / Reinigung etc.) tragen MitarbeiterInnen und KlientInnen *Handschuhe* als gegenseitigen Infektionsschutz, als Vorbildfunktion, damit sich Klienten schnell daran gewöhnen, und auch, um einem Ausgrenzungsgefühl möglichst entgegenzuwirken.

Alle Sanitärbereiche, Küche und Teambüros verfügen über *Hand/Flächendesinfektionsmöglichkeiten* – nach Beratung durch das örtliche Gesundheitsamt verwenden wir Sterilium und Meliseptol. Nach der täglichen Putzkontrollabnahme durch die MitarbeiterInnen werden Küche und Sanitärbereiche einer Flächendesinfektion unterzogen (KlientIn/MitarbeiterIn).

Darüber hinaus erhält *jeder* Klient bei Einzug eine eigene kleine *Sprühflasche Desinfektionsmittel*. Der jeweilige Klient ist für diese Flasche verantwortlich, ist sie verschwunden, muss er diese ersetzen. Jeden Donnerstag vor der Großgruppe werden die Flaschen wieder aufgefüllt.

MitarbeiterInnen verrichten alle *medizinischen Tätigkeiten* (Wundversorgung, Verbandwechsel, Einreibungen, Krampfversorgung) selbstverständlich *mit Handschuhen*. Es stehen auch stichfeste Handschuhe und ein Notfallset zur Verfügung.

Eine wirklich hohe *reale Gefahr* für MitarbeiterInnen stellt sich u. E. bei der (Sterbe)Begleitung von BewohnerInnen mit HCV und in Folge *Leberzirrhose* im *dekompensierten Stadium* wg. der extrem hohen spontanen Blutungsneigung (Nasenblutung, Mundblutung etc.). Durch sorgfältige und engmaschige medizinische Begleitung in einer sehr schönen verbindlichen Zusammenarbeit mit dem Hospiz in Schwerte (einer Nachbarstadt) und die mittlerweile – nach vielen Kämpfen – erreichte Kooperation mit einem örtlichen Krankenhaus versuchen wir, unser persönliches Risiko zu *verringern*.

Als Einrichtung der niedrigschwelligen Drogenhilfe stehen *Kondome, Spritzen und Spritzen-Entsorgungsbehälter* zur Verfügung.

Allen BewohnerInnen steht die Möglichkeit offen, sich gegen HBV *impfen* zu lassen – wir unterstützen dies bei Krankenkassen und medizinischen Diensten, es wird so gut wie nie genutzt.

Das Projekt steht i. R. auch unter *arbeitsmedizinischer/ sicherheitstechnischer* Betreuung der Berufsgenossenschaft – in diesem Zusammenhang haben verschiedene Informationsveranstaltungen zu Infektionskrankheiten stattgefunden. Allen *MitarbeiterInnen* steht es offen, einen *HBV-Impfschutz* zu erhalten – wenn ihre Krankenversicherung dies nicht übernimmt, zahlt das Projekt LÜSA – ca. 40 % der MitarbeiterInnen haben davon Gebrauch gemacht.

Zu unseren Standards gehört auch, dass erkrankte MitarbeiterInnen (Erkältungen, Magen / Darm-Infektionen etc.) auch als Schutzmaßnahme für KlientInnen – AIDS – der Arbeitsstelle fernbleiben.

Alljährliche *Hygienebegehungen* durch das Gesundheitsamt und Aktualisierung juristischer Vorgaben setzen den gesetzlichen Rahmen für unseren internen Umgang auch mit TBC, sexuell übertragbaren Krankheiten u. a. Erkrankungen.

Unser (Fach)Wissen suchen wir beständig, neben der Kooperation mit medizinischen Diensten, zu aktualisieren über Medien/ Informationsmaterial der DAH u. a., wie:

- Hepbroschüre der Bundeszentrale für gesunde Aufklärung
- Deutsches Hepatitis C Forum e.V. (Mailingliste)
- <http://www.hepatitis-c.de/hepac.htm>
- Hep-C Erkennung, Behandlung und Verhütung, Robert Koch-Institut
- www.hepatitis-c.de/links.htm
- Bundesarbeitsgemeinschaft Leber (Internetportal von in Deutschland überregional tätigen Organisationen im Bereich Hepatitis und Lebererkrankungen)
<http://www.hepatitishilfe.de>

Auch wenn für viele unserer Klienten Alternativ- und Naturheilmedizin nicht in Frage zu kommen scheinen, ist das Interesse vorhanden und deshalb informieren wir uns und sie über:

- Alternative Medikamente / Medikamentenkombinationen
- Hep C Naturheilverfahren
- KoKo Natur und Medizin e.V

W4 SETTING: Stationäre Einrichtung (Entzug, Therapie, Wohnen)

Abstract

Christian Thomes (Zu Hause im Kiez – ZIK gGmbH)

Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und psychosozialer Betreuung bei Drogengebrauch

Angebote

- Sozialmakler: ca. 200 Wohnungsvermittlungen pro Jahr
- Betreutes Wohnen: insgesamt 261 Plätze
 - Kriseneinrichtung für Wohnungslose nach § 72 BSHG (18 Plätze, 50-60 Aufnahmen/Jahr)
 - Betreutes Einzelwohnen nach §§ 72 und 39 BSHG (insgesamt 165 Plätze)
 - Fünf Wohnprojekte nach § 39 BSHG (insgesamt 77 Plätze)

Stellenwert von Hepatitis C bei ZIK als AIDS-Projekt

Seit 2001:

- Öffnung der ZIK-Angebote für Menschen mit HCV
- Schaffung zusätzlicher Platzkapazitäten aufgrund des hohen Bedarfs
- Betreutes Einzelwohnen nach § 39 BSHG (20 weitere Plätze)
- *Hepatitis-Schwerpunkt*: WuW / § 72 BSHG (14 Plätze) und Wohnprojekt R 96 / § 39 BSHG (16 Plätze)

2003: insgesamt 394 Bewohner

HIV-Infektion: 320 Bewohner, davon 164 IVDA (51 %)

HIV-HCV-Koinfektion: 85 % der IVDA-Bewohner

HCV-Monoinfektion: 67 Bewohner, davon 66 IVDA

Sonstige: 7 Bewohner

Hepatitis C: wie sieht die Praxis bei ZIK aus? (I)

- HCV als »Eintrittskarte«
- HCV als Schwerpunkt-Thema bei Hilfebedarfsermittlung und Hilfeplanung
- Integration des Themas »Gesundheit« in die Angebote zur Unterstützung im Alltag
- Förderung der Mitarbeiter-Aufmerksamkeit für das Thema HCV
- Zusammenarbeit mit medizinisch-pflegerischer Versorgung

Hepatitis C: wie sieht die Praxis bei ZIK aus? (II)

Grundsätzlich gilt:

- Die Prävention und Behandlung von Erkrankungen hat die besten Chancen zum Erfolg, wenn die *psychosoziale Situation* stabil ist.
- Die kontinuierliche Beachtung des *Gesundheitsstatus* von Bewohnern sowie Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention sind ein Kernbestandteil der Unterstützungsarbeit.
- *Basiskenntnisse der Mitarbeiter* zu Epidemiologie, Übertragungswegen, Infektions-/ Krankheitsverläufen, Symptomen, Behandlungsmöglichkeiten sind vorhanden. (Weiteres Stichwort: HCV und Arbeitssicherheit)

Hepatitis C: wie sieht die Praxis bei ZIK aus? (III)

Grundsätzlich gilt:

- *Persönlicher Kontakt und Beziehungsarbeit*: Mitarbeiter können mit den Bewohnern zum Thema Krankheit / Gesundheit und Prävention kommunizieren (z. B. persönliches Risikomanagement, Ängste und Fragen, Behandlungswünsche und -möglichkeiten) und im Behandlungsprozess psychosozial unterstützen.
- Es erfolgt eine regelmäßige *Weiterbildung* der Mitarbeiter zu medizinischen Themen.
- *Interdisziplinäre Zusammenarbeit* mit Medizin und Pflege ist selbstverständlich; Zuständigkeiten bei der Versorgung von Bewohnern / Patienten werden kooperativ geklärt.

Hepatitis C: wie sieht die Praxis bei ZIK aus? (IV)

Was ist gleich und was ist anders bei ZIK-Bewohnern mit HIV oder HCV?

- Unterschiede
 - Infektiösität, Reinfektionsrisiko
 - Auswirkungen und Folgen der Infektion, Krankheitsverlauf
 - Bewusstsein für Erkrankung; »Identifikation« mit dem Infektionsstatus
 - Behandelbarkeit der Erkrankung
 - Heilungschancen und Lebensperspektive

Hepatitis C: wie sieht die Praxis bei ZIK aus? (V)

Was ist gleich und was ist anders bei ZIK-Bewohnern mit HIV oder HCV?

- Gemeinsamkeiten
 - Lebenslage, psychosoziale Problematik
 - Suchtprobleme
 - Psychische Probleme
- Besonderheiten bei HIV-HCV-Koinfektionen müssen beachtet werden!

W4 SETTING: Stationäre Einrichtung (Entzug, Therapie, Wohnen)

Protokoll

Die ca. 24 Workshop-Teilnehmer waren überwiegend PraktikerInnen der Drogenhilfe – mehrheitlich des niedrigschwelligen Bereich – mit unterschiedlichen Professionen (Ex-User, Sozialarbeiter, Mediziner etc.)

In kurzen Impulsreferaten stellten die WorkshopleiterInnen die Besonderheiten der Prävention, Behandlung und Begleitung von Hepatitis-Erkrankungen unter stationären Bedingungen dar.

In der regen Diskussion mit den TeilnehmerInnen konnte festgestellt werden, dass eine hohe HCV-Infektionsrate sich durch niedrigschwellige wie abstinenzorientierte Hilfeangebote in Klein- wie Großstädten zieht. Auch der hohe Widerstand der Betroffenen sich mit dem angstbesetzten Thema Hepatitis auseinanderzusetzen unterscheidet sich wenig. Ebenso ähneln sich die für fachlich adäquat gehaltenen Behandlungs- wie die Hygiene-Standards.

im Bereich Gesundheitsförderung

- Behandlung der körperlichen Erkrankung (Gesundheitstabilisierung)
- Information über und Behandlungsangebote der HCV (Interferon, Kombinations-therapie, alternative Behandlungsmethoden, etc.) sowie über HAV/HBV-Impfschutz
- Angebot von / Vermittlung in Behandlung der psychischen Störungen
- Förderung der Compliance

- Bewusstseins-schaffung für gesunde Ernährung
- stützende Hilfeangebote und Ergänzungsbehandlungen wie Ergotherapie- und Entspannungsangebote, Bewegungs-/Sportangebote
- Einzel-, und Gruppen-Angebote zur Ressourcen-/Selbstwertstärkung (Gesprächs-, Kreativitäts-, Beschäftigungsangebote)

im Bereich »Pflege« / Hygiene

In der wohngemeinschaftähnlichen Alltagsorganisation bestehen hohe Hygienestandards: In den Arbeitsbereichen (Küche/Reinigung etc.) werden *Handschuhe* als Infektionsschutz genutzt. Nach der Reinigung werden die Küche/Sanitärebereiche einer Flächendesinfektion unterzogen. In Küche/Sanitärebereichen stehen *Hand- / Flächendesinfektionsspender* zur Verfügung.

MitarbeiterInnen verrichten alle *medizinischen Tätigkeiten* (Wundversorgung, Verbandwechsel, Einreibungen, Krampfversorgung) *mit Handschuhen*. Es stehen auch stichfeste Handschuhe und ein Notfallset zur Verfügung. Den MitarbeiterInnen können (auch zulasten des Arbeitgebers) einen *HBV-Impfschutz* erhalten.

MitarbeiterInnen unterstehen einer *realen Gefahr* bei der Pflege und (Sterbe-)Begleitung von BewohnerInnen mit *dekompensierter Leberzirrhose und Osöphagusvarizen* wg. der hohen spontanen Blutungsneigung (starke Nasenblutung, Mundblutung etc.)

Unterschiede sind nur durch die verschiedenen settings (akzeptanzorientiert, abstinenzorientiert) gegeben. In den niedrigschwellig/suchtbegleitenden Hilfeangeboten – insbesondere denen für mehrfachgeschädigten chronifiziert drogenabhängigen Menschen, CMA – stellen sich zusätzliche Arbeitsschwerpunkte dar:

- *safer sex / safer use* Beratung und zur Verfügungstellung von *Kondomen, Spritzen, Spritzen-Entsorgungsbehälter und Spritzentausch*
- **die (Bei)gebrauchsproblematik:**
 - Diese erschwert die Informationsvermittlung wie die Handhabung von Präventionsansätzen und Infektionsschutzmaßnahmen.
 - Einem Teil der HilfenutzerInnen ist es aufgrund ihrer problematischen Gesundheits-/Lebenssituation (desolate körperliche Verfassung, schwere psychische Störungen, Armut, Obdachlosigkeit, Einsamkeit, wenig Teilhabemöglichkeiten am sozialen Leben etc.) nicht möglich, ohne den Konsum von insbesondere »abschottenden/dämpfenden« Mitteln ihren Alltag zu meistern (Alkohol als kostengünstiger legaler »Trost«) – verheerend wirkt sich für diese Menschen aus, dass der Beigebrauch, der ihnen subjektiv ein seelisches Gleichgewicht ermöglicht, *lebensgefährlich* für ihre körperliche Verfassung ist.
- die erhöhte Schwierigkeit in der Vermittlung und Umsetzung von *Hilfe zur Selbsthilfe*-Ansätzen
- zusätzliche Belastungsfaktoren für MitarbeiterInnen:
 - in der Begleitung von Krankheit / Elend / »Ausweglosigkeit« / Sterben
 - juristische Unsicherheit / persönliche Gefährdung durch die ungeklärte BtmG-Situation (§ 10, Beschaffen einer Gelegenheit zum ...)

Die größten **Unterschiede** in der HCV-Behandlung/Begleitung bestehen jedoch zwischen **Großstadt und Provinz**, diese stellen sich insbesondere in den Bereichen :

- Versorgungsstruktur und Differenzierung (medizinische Behandlungsangebote psychosoziale Begleitung) und deren Dichte und Vernetzung
- vorhandenes Wissen in Medizin, sozialen Diensten, Politik, Verwaltung
- gesundheitspolitisches wie allgemeines Bewusstsein (Prävention, Information, Interesse...)

Die Workshop-Teilnehmer erhoffen sich von dem 1. Internationalen Hepatitis-Fachtag eine Erhöhung des HCV-Bewusstseins in der Öffentlichkeit wie eine Verbesserung der Präventions-, Behandlungs- / Betreuungsansätze für die Betroffenen.

Protokoll: Ana Dias de Oliveira



Workshop 5
Knast macht Spass?

W5 SETTING: Gefängnis

Protokoll

Moderatorinnen: *Marion Heyn-Schneider* (JVA für Frauen Berlin-Lichtenberg)

Bärbel Knorr (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.)

Das Modellprojekt der Vergabe von sterilen Spritzen in der JVA für Frauen in Berlin-Lichtenberg erfolgt seit 1998 und wird bis auf weiteres fortgeführt. Zur Zeit gibt es noch Rückendeckung von der Justizsenatorin – wie es jedoch nach einem möglichen Regierungswechsel aussieht, ist unklar.

Im Berliner Männergefängnis ist die Spritzenvergabe im Februar 2004 eingestellt worden – was nicht unbedingt an der Begleitforschung und den Ergebnissen gelegen hat. Grund der Einstellung der Spritzenvergabe war ein fehlendes Drogenkonzept der JVA und Ängste und Vorbehalte der Bediensteten.

Einführungsreferat von Frau Heyn-Schneider

Das Spritzenvergabeprojekt, ausschließlich vorgesehen für den Drogenbereich (d. h. für den sog. Basisbereich und der therapiemotivierten Station) hat sich, trotz aller Beschränkungen bewährt. Das Modellprojekt verdeutlicht Widersprüche im Vollzug. Der Umgang mit Drogengebraucherinnen hat eine tief greifende Auseinandersetzung im Spannungsfeld zwischen dem Kontrollauftrag und der Gesundheitsprophylaxe hervorgebracht – Prozess positiv.

Kurzinformation:

- Die sterilen Spritzen werden in einem besonderen Behältnis aufbewahrt, wobei zuerst eine Attrappe enthalten ist, die vor dem Gebrauch und dann nach dem Gebrauch am Spritzenautomaten getauscht werden kann (anonym).
- Zur Behandlungsorientierung wurde für die Bediensteten ein Leitfaden entwickelt. In diesem ist z. B.:
 - eine Beschreibung des Spektrums in der Drogenarbeit enthalten, d. h., dass die Frauen nicht nur auf ihre Drogenabhängigkeit und die sie begleitenden Straftaten reduziert werden. Für die Frauen gilt, dass sie Unterstützung und gute Möglichkeiten erhalten, um ein straffreies Leben zu führen.
 - Ein weiterer Schwerpunkt ist die Abstinenzorientierung, ein weiterer die Methadonsubstitution.

Die Drogenbeschaffung ist innerhalb des Strafvollzuges schwieriger und birgt ohne Spritzenvergabe erhebliche gesundheitliche Risiken – bis zur Verschuldung, Abhängigkeiten und psychischen Krisen. Je länger die Frauen im Vollzug sind, desto mehr steigt der Unterstützungsbedarf in Bezug auf Nicht-Konsum und die Frage von Therapiemöglichkeiten.

Durch die Spritzenvergabe ist die Drogenarbeit im Frauenvollzug offener geworden. Konsum und Abstinenzprobleme werden sensibler wahrgenommen und die Bediensteten sind bereit, in die inhaltliche Auseinandersetzung zu gehen und Unterstüt-

zungsangebote anzubieten. Dies bedeutet für die Frauen eine größere Akzeptanz ihrer Suchtproblematik.

Regelt die JVA:

- Automatenstandorte
- Bestückung und Entsorgung
- Vorsorgemaßnahmen für die Bediensteten:
 - Krankenhausvereinbarung
 - AGst auf Desinfektion von Wunden; Notfallmedikation vorbereitet
 - Fortbildung im Bereich der Gesundheitsprophylaxe

Darauf wird noch näher eingegangen.

Inhaftierte:

- Regeln, mögliche Disziplinarmaßnahmen bis hin zur Stellung von Strafanträgen *
- * Drogenbesitz wird nach wie vor verfolgt und angezeigt. Das Projekt ist insofern keine Liberalisierung des Drogenkonsums. Es ist vielmehr als ein flexibles Eingehen auf das Faktum des Drogenkonsums und als gesundheitspolitische Maßnahme zu werten.

Grundinformationen:

- Spritzentausch als eine der gesundheitsprophylaktischen Maßnahmen
- Die Übernahme externer Erfahrungen in der Drogenarbeit als ein bewährtes Präventionsmittel (in modifizierter Form für den Strafvollzug)
- HIV/Aids- und Hepatitis-Prävention hat Vorrang vor strenger Durchsetzung des Drogenverbots ⇒ als eine politische Entscheidung
- Im Interesse der Bevölkerung und auch des Personals zur Verhinderung und Ausbreitung von Infektionskrankheiten

Bedienstete:

- Dies bedeutet eine Kompetenzerweiterung der Bediensteten zu Fragen von Drogenkonsumarbeit
- Drogenarten und ihre Wirkungsweisen
- Drogenmuster und -gewohnheiten unter Haftbedingungen
- Fragen zur Suchtentwicklung
- Infektionsrisiken bei intravenösem Drogenkonsum
- Suchtprävention

Gesundheitsfürsorge:

- Problemaufriss von Übertragungswegen evtl. auch Krankheitsverläufe der Infektionskrankheiten
- Realistische Einschätzung des eigenen Infektionsrisikos im Arbeitsalltag ⇒ dazu gehört (ganz wichtig!!!) die Artikulation eigener Interessen, das Ansprechen von Problemen und Konflikten im Arbeitsalltag (gegenüber der Leitung bis zur Anstaltsleitung)
- Fähigkeit im Umgang mit Konfliktsituationen mit Inhaftierten, bis hin zu einer erhöhten Reaktionssicherheit im Umgang

- Möglichkeit der Beratung nach einer Risikosituation
- Kooperation zwischen internen und externen Hilfsangeboten

Bedienstete:

Die Vergabe von sterilen Spritzen wird von den Bediensteten als selbstverständliche Alltagsroutine angesehen. Befürchtungen und Bedrohungspotentiale sind eher einer akzeptierenden Haltung gewichen. Die Fortbildungen, die Sensibilisierung und die Kompetenzerweiterung der Bediensteten haben zu einer allmählich erhöhten Verhaltenssicherheit und Akzeptanz beigetragen – man kann auch von einer erhöhten »Ehrlichkeit« der Inhaftierten über ihre Infektionskrankheiten sprechen.

In diesem Zusammenhang sollte darauf hin verwiesen werden, dass durch die Spritzenvergabe auch das Verantwortungsbewusstsein mit diesem Modell adäquat umzugehen bei den Inhaftierten gestiegen ist (Spritzen ohne Schutzkappe sind kaum vorhanden). Dies bedeutet auch für die Bediensteten eine erhöhte Sicherheit, auch wenn ein geringes Restrisiko bleibt.

Die Gesprächsoffenheit über Drogen, Sucht usw. ist in diesem Bereich gestiegen

- durch die Anerkennung des Drogenproblems auch innerhalb der Anstalt
 - durch den Wegfall von Geheimhaltungsstrategien und bisher tabuisierter Themen.
- Dies leitet den Prozess und die Möglichkeit, mit den Frauen ihre Drogenproblematik zu thematisieren. Die Fragen der Bediensteten sind in den Jahren differenzierter geworden. Die Fragen nach Therapieeinrichtungen und deren Inhalten werden häufiger gestellt. Bedienstete erwerben mehr Informationen und fordern diese zunehmend ein. Dies bedeutet keine Duldung von Drogen, denn die Kontrolle durch die Bediensteten bleibt bestehen, auch wenn dies ein Spagat ist. Die Bediensteten positionieren sich deutlich an dieser Stelle.

Eine weitere Frage, die immer wieder auftaucht, ist, ob Therapieangebote und begleitende Maßnahmen weiterhin wahrgenommen werden.

Die Anzahl von Frauen, die in ambulante Therapien/stationäre Therapieeinrichtungen vermittelt wurden, ist auf keinen Fall gesunken (ca. 1/3 der Frauen). Wobei die Frauen, die nicht vorzeitig entlassen wurden, sondern ihre Strafe absitzen und dann eine Therapie beginnen, noch nicht erfasst wurden. Oft ist der Beginn der Auseinandersetzung mit der Droge und dem eigenen Suchtverhalten als ein kleiner sog. Erfolg zu werten.

Gesundheitsrisiken und deren Aufklärung:

Die Bediensteten haben die Möglichkeit, mit einer Arbeitsmedizinerin mögliche Risiken völlig vertraulich zu besprechen und werden in diesem Zusammenhang über Impfungen (Hepatitis) informiert.

Oft handelt es sich nicht um medizinische Fragen, sondern die Bediensteten wollen in ihren Ängsten ernst genommen werden. Oft reicht ein Gespräch nicht nur mit dem Vorgesetzten, sondern mit externen Drogeberaterinnen oder der AIDS-Hilfe aus. Wobei eine Sensibilisierung für die Spritzenvergabe und deren Akzeptanz nur über gute Informationen erreicht werden kann.

– Jegliches Informationsmaterial wird weitergeleitet.

– Derzeit wird mit der AIDS-Hilfe gerade wieder eine Informationsveranstaltung zum Thema »Infektionskrankheiten« geplant. Diese positive Zusammenarbeit fördert in diesem Bereich die Verhaltenssicherheit von Bediensteten.

– Durchgeführte »Erste-Hilfe-Kurse« (in diesem Zusammenhang wurde der Antrag auf Beschaffung von Mundschutztüchern, die am Schlüsselbund aufbewahrt und bei Beatmungen eingesetzt werden können, gestellt)

– Anschaffung von besonderen Spiegeln, um auch schwer zugängliche Stellen im Haft- raum kontrollieren zu können

– Anerkennung aller Berufsgruppen im Vollzug, der Bediensteten im Drogenbereich

– Durch die sterile Spritzenvergabe ist m. E. der Informationsstand und die inhaltliche Kompetenz der dort tätigen Bediensteten gestiegen. Fortbildungen, Fragen zu Drogen, Substitution, weibliche Sozialisation sind nur einige Themen, die zur Erweiterung beigetragen haben. Diese Fortbildungen werden in der Regel in Kooperation mit externen Einrichtungen angeboten.

Inhaftierte:

AIDS-Hilfe, externe Drogenberatung – flankierende Angebote auf einem Weg zur weiblichen Selbstbestimmung und der Entscheidungsmöglichkeit über künftige Lebensperspektiven.

Grenzen:

- Die Unterstützungsangebote innerhalb des Vollzugs liegen immer zwischen Hilfe und Kontrolle, das beinhaltet in sich schon einen Widerspruch im Behandlungsgedanken.
- Freiwilligkeit und Motivation zur Selbsteinsicht und Selbstreflexion des/der Betroffenen sind wesentliche Voraussetzungen, wobei eine Zwangssituation (wie Vollzug) natürlich immer kontraproduktiv ist.
- Der Vollzug an sich ist dann auch von fachlichen Überzeugungen und personellen Ressourcen abhängig. Dabei variieren Behandlungsangebote (auch die Vergabe von sterilen Spritzen) von Anstalt zu Anstalt sehr.

Hepatitis C in Haft: Hygienemaßnahmen – Test /Beratung – Behandlung

Welche Voraussetzungen sind notwendig, um das Thema »Hepatitis C« angemessen in die alltägliche Arbeit integrieren zu können?

Hygienemaßnahmen

⇒ Wo liegen die besonderen Infektionsrisiken im Justizvollzug?

– Werden die Hepatitis C und Maßnahmen des Infektionsschutzes gesondert im Hygieneplan (§36 Infektionsschutzgesetz) erfasst?

– Wenn ja, welche Maßnahmen wurden getroffen, um weitere Infektionen vorzubeugen?

– Welche Maßnahmen wären sinnvoll?

⇒ Welchen Beitrag könnten Externe leisten, um die Schutzmöglichkeiten zu verbessern?

Nach § 36 des Infektionsschutzgesetzes sind Hygienepläne für Massenunterkünfte – hierzu zählen auch Haftanstalten – zu erstellen. Es wurde die Frage diskutiert, ob die

Hepatitis C und Maßnahmen der Vorbeugung in diesen Hygieneplänen aufgeführt werden. Dies scheint in den Justizvollzugsanstalten nicht gängige Praxis zu sein. Ggf. könnte hier ein Ansatzpunkt sein, für die jeweilige Haftanstalt Gefährdungspunkte herauszuarbeiten und geeignete Maßnahmen festzulegen.

Infektionsrisiko	Maßnahme	Könnte z.Zt. in allen Haftanstalten umgesetzt werden
Drogenkonsum: Nutzung gebrauchter Spritzen	Spritzenautomaten, Ausgabe Spritzen und Kanülen Bereitstellen von Desinfektionsmittel Substitution	politisch derzeit kaum durchzusetzen ist möglich, wird nur in wenigen JVA's praktiziert ist unproblematisch möglich (wird jedoch nicht in allen JVA's praktiziert)
Drogenkonsum: Gemeinsame Nutzung Utensilien (Löffel, Filter, Tupfer etc. – Worksharing)	Bereitstellen von Desinfektionsmittel Zugang Tupfer, Filter Substitution	ist möglich, wird nur in wenigen JVA's praktiziert ist möglich, wird nur in wenigen JVA's praktiziert ist unproblematisch möglich (wird jedoch nicht in allen JVA's praktiziert)
Tätowieren/Piercen	Ausgabe steriler Nadeln Bereitstellen von Desinfektionsmittel	politisch derzeit kaum durchzusetzen ☺ ist möglich, wird nur in wenigen JVA's praktiziert
Ungeschützter Sex	Bereitstellen von Kondomen und Gleitmittel	ist unproblematisch möglich (wird jedoch nicht in allen JVA's praktiziert)
Gemeinsame Benutzung von Zahnbürsten, (Nass-) Rasierer, Nagelscheren	Informieren, dass dies Infektionsweg ist	ist unproblematisch möglich (wird jedoch nicht in allen JVA's praktiziert)
Anstaltsfriseur	Kämme, Scheren usw. reinigen / desinfizieren	ist unproblematisch möglich (wird jedoch nicht in allen JVA's praktiziert)

Weitere Maßnahmen:

- ⇒ Hepatitis A/B-Impfung für Gefangene*
- ⇒ Informationsmaterialien, die auf Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten hinweisen, zur Verfügung stellen.

* Laut STIKO (Ständige Impfkommision am Robert Koch Institut) sollte die *Hepatitis B Impfung* folgenden Personengruppen angeboten werden: u. a. Gefängnispersonal, Drogenabhängigen, Gefangenen mit langen Haftstrafen, homosexuell aktiven Männern, Prostituierten, Personen mit chronischer Lebererkrankung sowie HIV Positiven, durch Kontakt mit HbsAg-Trägern in einer Gemeinschaft gefährdete Personen. *Hepatitis A-Impfempfehlung*: u. a. homosexuell aktive Männer, Personen mit chronischer Lebererkrankung.

Nach diesen Empfehlungen müsste die Hepatitis B Impfung fast allen Gefangenen angeboten werden, leider sieht die derzeitige Praxis allerdings anders aus. Im nächsten Jahr wird die Deutsche AIDS-Hilfe zusammen mit anderen Organisationen eine Hepatitis B Impfkampagne starten.

Hygienemaßnahmen für Bedienstete:

- Gummihandschuhe
- Beatmungstücher für den Notfall
- Zugang Desinfektionsmittel
- Spiegel – zum Einsatz bei Haftraumkontrollen
- Schutzimpfungen gegen Hepatitis A und B
- Postexpositionsprophylaxe

Test und Beratung

Im Rahmen der Zugangsuntersuchung wird i. d. R. auch eine Hepatitis-Serologie angeboten.

- ⇒ *Wie soll die Testberatung gestaltet werden?*
- ⇒ *Werden Patient(inn)en mit negativem Testergebnis über Infektionsrisiken informiert?*
 - *Wenn ja, welche Informationen werden in welcher Form gegeben?*
 - *Was wäre sinnvoll?*
- ⇒ *Wie sieht die Beratung HCV+ Patient(inn)en aus?*
 - *Beratung zum möglichen Infektionsverlauf*
 - *Wird eine Hepatitis A/B-Impfung angeboten?*
 - *Beratung zu Ansteckungsrisiken (weiterer Personen/eigene Risiken: Genotypen)*

Bei der Zugangsuntersuchung, die innerhalb von 48 Stunden nach der Einweisung erfolgen soll und für die Arbeitsfähigkeit, Unterbringung etc. notwendig ist, werden auch Hepatitis-Tests angeboten (solange keine Zugangsuntersuchung stattgefunden hat, verbleiben die Gefangenen auf der Aufnahmestation). Es ist jedoch fraglich, ob diese Tests sofort erfolgen müssen, denn eine ausführliche Beratung ist in diesem Zeitraum, zumal wenn viele Zugangsuntersuchungen durchzuführen sind, nicht möglich. Die Tests bedürfen der Zustimmung des/der Betroffenen. Auch hier gilt: erst beraten, dann testen – und nicht umgekehrt. In einigen großen Haftanstalten wird jedoch oftmals gegen dieses Prinzip gehandelt. In anderen hingegen wird sofort bei der Aufnahme die Frage nach der Einwilligung zu einem solchen Test in einem Fragebogen

abgeklärt (was aber, so ein Teilnehmer, nicht der Weisheit letzter Schluss ist, da auch hier keine richtige Beratung vorab erfolgt). Bemängelt wurde, dass ein negatives Testergebnis häufig nicht mitgeteilt wird. Es wurden auch Fälle berichtet, in denen den Gefangenen auch der positive Befund nicht mitgeteilt wurde und das Gesundheitsamt nach Haftentlassung die Mitteilung des Ergebnisses übernehmen musste.

Es stellte sich die Frage, warum überhaupt getestet wird, wenn i. d. R. keine Hepatitis A/B Impfung angeboten wird und auch die Behandlung der Hepatitis C meist nicht stattfindet. Bei dem Testangebot sollte auch die Situation der Gefangenen berücksichtigt werden: kaum Kontakt zur Familie und Freundeskreis und somit kaum Unterstützung bei der Verarbeitung eines positiven Testergebnisses. Gerade zu Beginn der Haft besteht bei vielen Inhaftierten große Verunsicherung und oft können sie sich kaum daran erinnern, welchen Tests sie zugestimmt haben und sind mit einem positiven Befund vollkommen überfordert.

Ein (fragwürdiges) Argument für die sofortige Untersuchung/Testung auf Hepatitis C (und B) ist das der Arbeitsfähigkeit. Sowohl Arbeitgeber außerhalb der Haftanstalt als auch Arbeitsbereiche innerhalb der Haftanstalt (z. B. die Küche) dringen auf einen sofortigen Test.

Es wurde berichtet, dass externe Arbeitgeber nur »infektionsfreie« Gefangene beschäftigen. Für Hepatitis C- und HIV-Infizierte sieht es mit den Arbeitsmöglichkeiten sowohl in Haft (z. B. das Arbeiten in der Küche, das Ausgeben der Mahlzeiten) als auch außerhalb der Haftanstalt sehr schlecht aus.

Es herrscht vielfach immer noch die Meinung, dass z. B. HCV-Infizierte nicht in der Küche arbeiten dürfen – lt. Infektionsschutzgesetz dürfen sie es aber. Weiteres Argument der Nichtbeschäftigung in bestimmten Arbeitsbereichen ist die mögliche Verunsicherung der Mitgefangenen und Angst vor deren Reaktionen. Auf Grund dieser Verunsicherungen gibt es unterschiedliche Handhabungen. Hier wäre es z. B. möglich, mit Arbeitsmediziner(inn)en zusammen zu arbeiten. Des Weiteren sollten Kooperationen mit Gesundheitsämtern sowie AIDS- und Leberselbsthilfen eingegangen und Prävention betrieben werden.

Es können auch, wie es in einigen Haftanstalten (z. B. Frankfurt und Hannover) schon gemacht wird, regelmäßige Multiplikator(inn)enschulungen sowohl für Bedienstete als auch für Gefangene angeboten und durchgeführt werden, da die Themen Sexualität und Drogengebrauch im Vollzug noch immer ein Problem sind und tabuisiert werden. Auch sollten Informationsmaterialien ausgelegt bzw. zugänglich gemacht werden.

Behandlung von HCV

Bis zu 90 % der Drogen gebrauchenden Inhaftierten sind HCV+. Viele Gefangene beginnen erstmalig den Drogenkonsum in Haftanstalten und sind daher besonders gefährdet.

- *Behandlung als eine Maßnahme der Infektionsprophylaxe?*
- *Wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung Neuinfizierter besonders Erfolgs versprechend ist?*

- Wird eine Behandlung angeboten? Wenn ja, welche Ausschlusskriterien gibt es? Ist Behandlungsangebot abhängig von der Haftdauer?
- Wer führt die Behandlung durch (Anstaltsärztin, Schwerpunktpraxis, JVK?)
- Erhalten HCV+ Gefangene besondere Ernährung?
- Welche Schutzmöglichkeiten werden während und im Anschluss an der Behandlung angeboten?

- ⇒ Wie kann die Behandlung und der Zugang zur Behandlung optimiert werden?
- ⇒ Welchen Beitrag könnten Externe leisten, um eine Verbesserung zu erzielen?

HCV-Behandlungen, die bereits vor der Inhaftierung begonnen wurden, werden meistens fortgesetzt. Eine Behandlung erfolgt auch bei akuter Infektion. Dagegen werden chronische Erkrankungen i. d. R. nicht behandelt. Dies ist besonders problematisch bei HCV positiven Gefangenen mit hoher Viruslast. Zur Frage: »Wer behandelt?« berichtete eine Anstaltsärztin von der guten Zusammenarbeit mit einer Schwerpunktpraxis. Was bei der Komplexität der Thematik zu empfehlen ist, sich aber leider noch nicht als Standard durchgesetzt hat.

Während der Veranstaltung wurde immer wieder auf die hohen Kosten, die mit einer Behandlung verbunden sind, und den belasteten Justizetat hingewiesen (*Inhaftierte des geschlossenen Vollzuges sind nicht krankenversichert, die Behandlungskosten müssen über den Justizetat getragen werden. Nach § 61 Strafvollzugsgesetz sollen die Leistungen den Vorschriften und Leistungen des Sozialgesetzbuches V entsprechen*). Die finanzielle und personelle Ausstattung des Medizinischen Dienstes müsste angehoben werden, um die notwendigen Präventionsmaßnahmen und medizinische Behandlungen erbringen zu können. Es wurde darüber diskutiert, dass Justiz eine gute Versorgung gewährleisten sollte. Wenn dies nicht der Fall ist, müsste dies einen Einfluss auf den Zeitpunkt der Vollstreckung der Strafe haben (spätere Inhaftierung).

Es ist damit zu rechnen, dass die Behandlung von HCV+ Drogengebraucher/innen außerhalb des Vollzuges zunehmen wird. Im Herbst 2003 wurden entsprechende Empfehlungen von Expert(inn)en zusammengestellt. Dies kann aber zu Problemen führen, wenn Gefangene »draußen« behandelt wurden und bei Neuinhaftierung kaum oder keine Präventionsmöglichkeiten bestehen, hier ist die Gefahr der Reinfektion gegeben.

Protokoll: Jens Carstensen, DAH

W6 Bedürfnisse und Perspektiven chronisch HCV-infizierter Drogengebraucher – Was kann die psychosoziale Versorgung anbieten?

Abstract

Kristine Leicht

Ein Beispiel: ZIK gGmbH (Berlin)

ZIK – zuhause im Kiez gGmbH ist ein Berliner Aids-Projekt, das seit 1989 Wohnungen an Menschen mit HIV/Aids vermittelt und verschiedene Angebote des Betreuten Wohnens aufgebaut hat. Jährlich werden ca. 200 Personen in Wohnungen vermittelt, und es gibt derzeit ca. 260 Plätze im Betreuten Wohnen (Kriseneinrichtung nach § 72 BSHG; Betreutes Einzelwohnen nach §§ 72 und 39 BSHG, Wohnprojekte nach § 39 BSHG).

In den Jahren 2000/2001 fiel aufgrund einer zunehmend hohen Nachfrage und in Anschluss an längere interne Diskussionen die Entscheidung, die Angebotsstruktur von ZIK als Aids-Projekt auch für HepC-Betroffene zu öffnen, die nicht HIV-positiv sind. Im Kontext von HIV-HCV-Koinfektionen hatte das HepC-Thema bereits seit längerem einen bedeutenden Stellenwert in der Unterstützungsarbeit von ZIK eingenommen (HCV-Koinfektionsrate bei den IVDA-Bewohnern: ca. 85 %), und wir waren zu der Auffassung gelangt, dass das Know-How, das die ZIK-MitarbeiterInnen im Rahmen der Aids-Arbeit gewonnen haben, ebenso zur Unterstützung chronisch HepC-infizierter Menschen mit psychosozialen Problemen beitragen kann und soll.

Seit 2001 wurden deshalb zusätzliche Platzkapazitäten im Betreuten Wohnen geschaffen, damit die Versorgung von Menschen mit HCV-Monoinfektion nicht zulasten von HIV-positiven Bewohnern ging. Im Jahr 2003 waren von 394 BewohnerInnen bei ZIK 320 HIV-positiv (81 %), 70 BewohnerInnen (18 %) hatten eine HCV-Monoinfektion und 4 Bewohner eine sonstige Indikation. Fast alle HIV-Monoinfizierten sind Drogengebraucher.

Wie sieht nun die Praxis bei ZIK aus? – Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass Prävention und Behandlung von Erkrankungen wie HIV und HCV dann die besten Erfolgchancen hat, wenn die psychosoziale Situation einigermaßen stabil ist. Deshalb liegt der Schwerpunkt im Betreuten Wohnen (zunächst ganz »unspektakulär« und alltäglich) darin, die BewohnerInnen dabei zu unterstützen, mit Wohnung, sozialen Beziehungen, Finanzen, Sucht etc. im Alltag zurechtzukommen.

Ein Kernbestandteil der Unterstützungsarbeit von ZIK als »Gesundheitsprojekt« ist darüber hinaus, dass der Gesundheitsstatus der BewohnerInnen selbstverständlich und kontinuierlich beachtet wird – sowohl infektionsspezifisch als auch ganz allgemein, um so das Gesundheitsbewusstsein der Bewohner zu fördern. Bei ZIK nimmt außerdem die Begleitung und Unterstützung der BewohnerInnen mit HIV und HCV bei medizinischen Fragen einen bedeutenden Raum ein. Hierzu wird eng mit Institutionen / Personen der medizinischen Versorgung zusammengearbeitet.

Die BewohnerInnen werden bei ZIK mit Empathie und Fachkenntnis, aber auch mit konkreten persönlichen Hilfestellungen dabei beraten und begleitet, einen angemessenen individuellen Umgang mit ihrer chronischen Infektionserkrankung zu finden – und zwar sowohl im Alltag als auch hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Behandlung.

W6 Bedürfnisse und Perspektiven chronisch HCV-infizierter Drogengebraucher – Was kann die psychosoziale Versorgung anbieten?

Abstract

Elke Rasche

Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und psychosozialer Betreuung bei Drogengebrauch – Ein Beispiel: Frauenladen der Frauen-Sucht-Hilfe Berlin e.V.

Die psychosoziale Versorgung HCV-infizierter Drogenabhängiger muss auch auf frauenspezifische Aspekte der Erkrankung und deren Auswirkungen eingehen!

Ich bin bereits seit 10 Jahren in der Suchthilfe tätig und arbeite ausschließlich mit IVDA, die sich im Substitutionsprogramm befinden. D.h. diese Menschen sollten, bei guter ärztlicher Versorgung, bezüglich der HIV- und der HCV-Infektion durchdiagnostiziert sein. Tatsächlich sind ca. 80 % aller mir bekannten Substituierten mit dem HCV-Virus angesteckt, zum größten Teil ist die Infektion bereits chronifiziert. Reaktionen auf die Diagnose sind unterschiedlich und reichen von: »Hab ich mir schon gedacht« bis hin zu der Frage: »Kann ich daran sterben?« Hier unterscheiden sich aus meinen Beobachtungen Frauen und Männer kaum.

Die Unterschiede machen sich hauptsächlich im Bereich der psychosozialen Versorgung bemerkbar.

Die PsB (psychosoziale Betreuung von Substituierten) ist gefordert, den Klientinnen sowohl im Bereich gesundheitlicher Aufklärung und Versorgung als auch für auftretende Krisen aufgrund der Diagnose und des Verlaufs der Erkrankung zur Seite zu stehen. Dazu sind Informationen über die Infektionswege, die Diagnostik, die Therapiemöglichkeiten und deren Verlauf unabdingbar.

In frauenspezifischen Einrichtungen sollten die Mitarbeiterinnen auch über die Übertragungswege während der Schwangerschaft und Geburt bis hin zum Stillen geschult bzw. informiert sein.

Eine enge Vernetzung mit MedizinerInnen und Institutionen gilt als selbstverständlich.

Letztendlich sollte jede/r IV-Drogenabhängige gemessen an seiner/ihrer spezifischen Lebenssituation in die Lage versetzt werden, über die Therapie der HCV selbst zu entscheiden.

W6 Bedürfnisse und Perspektiven chronisch HCV-infizierter Drogengebraucher – Was kann die psychosoziale Versorgung anbieten?

Abstract

Sabine von Wegerer

Berliner Leberring e.V.

Aus einer Selbsthilfegruppe Hepatitis-C-Betroffener hat sich 1996 der Berliner Leberring e.V. gegründet. Seit dieser Zeit haben wir in mehreren Selbsthilfegruppen und Beratungen unsere Erfahrungen gesammelt.

Seit fast 2 Jahren führen wir die einzige Beratungsstelle für Hepatitis-Betroffene in Berlin-Brandenburg im Charité Campus Benjamin Franklin. Wir leiten dort 7 verschiedene Gesprächsgruppen von Hepatitis C über Hepatitis B, bis hin zur autoimmun Hepatitis. Mit der dortigen Leberambulanz – hier sei zu erwähnen Prof. Dr. Somasundaram – hat sich eine gute Zusammenarbeit aufgebaut. So führen wir Arzt-Patienten-Seminare, einen Informationsdienst zu Leberambulanzzeiten und diverse themenbezogene Veranstaltungen durch.

Auf Ersuchen der Deutschen Leberhilfe e.V. fungieren wir für sie als Kontaktstelle mit Erfolg in Berlin.

Aufgrund der bundesweiten Vernetzung im letzten Jahr wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft Leber (BAG-Leber) als Verein gegründet. Hier sind wir Gründungsmitglied und aktiv tätig. Die BAG-Leber umfasste in kurzer Zeit bereits 15 Selbsthilfegruppen/Vereine und ist eine gelungene Vernetzung von Personen, die an der Leber erkrankt sind. In diesem Kreis wurde eine Internetvernetzung für den ständigen Informationsaustausch der Mitglieder untereinander geschaltet.

Eine Homepage www.bag-leber.de wurde eingerichtet.

Seit dem letzten Jahr führen wir Multiplikatorenschulungen durch. Diese wurden und werden weiterhin vom Arbeitskreis Schulung von Berlin und Nürnberg ausgearbeitet und geleitet. Wir wollen hiermit erreichen, dass alle unsere Berater auf einem hohen Informationsstand bleiben. Wir sehen dies als Qualitätssiegel. Die Berater, die schon länger aktiv sind, werden in diesem Jahr an einer Fortgeschrittenenschulung teilnehmen.

In den Beratungen, die wir abhalten, gehen wir auf die unterschiedliche – hoch bzw. niedrigschwellige – Prävention ein.

Der gleiche Ansatz findet sich in den Vorträgen wieder. So haben wir u.a. vor dem Arzthelferinnenverband, Sozialstationen, Pflegeeinrichtungen und Volkshochschulen Vorträge gehalten.

Um die bundesweite Zusammenarbeit noch zu intensivieren sind wir auch in das Kompetenznetz Hepatitis als assoziiertes Mitglied eingetreten. Der Kontakt und die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft ist uns sehr wichtig.

Bedürfnisse und Perspektiven chronisch HCV-infizierter Drogengebraucher – was kann die psychosoziale Versorgung anbieten?

- Die Hepatitis C verläuft wie bekannt in fast allen Fällen blande und völlig unbemerkt für den Betroffenen.
- Ist aufgrund einer Blutuntersuchung die Hepatitis C diagnostiziert, wenden sich die *nicht Drogen gebrauchenden Erkrankten* in den meisten aller Fällen spontan an eine Beratungsstelle für Hepatitis-Betroffene. Der so Infizierte wünscht sich normal behandelt und möchte nicht ausgegrenzt zu werden.
- So wird sich z.B. ein nur an der Leber Erkrankter nicht an die Aidshilfen, sondern an einer unserer Beratungsstellen wenden.
Im Gegensatz dazu wenden sich, gemäß ihrer Einstellung zu ihrer Grunderkrankung, die koinfizierten Betroffenen an die Aidshilfen.
- Die gesellschaftspolitische Aufgabe besteht unter anderem darin, der Bevölkerung die objektive Infektionsgefahr der HCV klarzumachen, um somit die Berührungängste vor an HCV-Erkrankten zu nehmen. Es ist nun wichtig die Berufsfelder z.B. Feuerwehr, Polizei, Pflegedienst, Justiz, Versicherungen, Arbeitgeber, Kita, Familie, Gastronomie, Schule, (Prävention) aufzuklären, denn die überzogenen Handlungen der hier einwirkenden Behörden entsprechen nicht der tatsächlichen Gefahrenlage.
- Die Bereiche kreuzen die Arbeitswelt, die Familie, das soziale Umfeld, und der soziale Status wird unter Umständen in Frage gestellt.
- Das Gebiet, das der Berater in seinem Spektrum haben muss, ist umfangreich und komplex. Hier haben wir – wie gesagt – mit unseren Schulungen eingesetzt.
- Unsere Berater sind zum größten Teil selbst betroffen. Das heißt, dass sie sich ihr Wissen über viele Jahre angeeignet haben und eine umfangreiche persönliche Erfahrung in medizinischer und gesellschaftlicher Hinsicht haben.
So haben wir einige Berater, die geheilt wurden, und diese sind somit die wahrhaftigsten Berater.
Diese Aufgabe kann nicht von einem Berater aus einem anderen Bereich einfach zusätzlich gemacht werden. Bestrebungen, innerhalb unserer Gruppierungen auch die HIV-Beratung zu übernehmen, sind deshalb grundsätzlich mit der Begründung von uns abgelehnt worden: da die Verantwortung zu einer guten Beratung in den jeweiligen originären Bereich gehört.

Um gesamtpolitische Interessen für beide Seiten durchsetzbar zu machen, ist es erforderlich, dass wir uns zu einem Netzwerk zusammenschließen, um einen größeren Druck auf den Gesetzgeber auszuüben und um auch einfach voneinander zu profitieren.

W6 Bedürfnisse und Perspektiven chronisch HCV-infizierter Drogengebraucher – Was kann die psychosoziale Versorgung anbieten?

Protokoll

Moderation: *Elke Rasche* (Dipl. Psychologin, Frauenladen, Frauen-Sucht-Hilfe Berlin e.V.)
Inputreferate: *Kristine Leicht, Sabine von Wegerer, Dr. Hans Halmeyer, Elke Rasche*

Teilnehmer: Betroffene, Angehörige, Ärzte, Psychiater sowie Vertreter von Selbsthilfegruppen, Drogenberatungen, PSB-Teams, Wohnprojekten, Ambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten etc.

Im folgenden Text sind bei allen Beteiligten grundsätzlich Männer und Frauen gemeint, sofern geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen, werden diese ausdrücklich benannt.

Die chronische HCV-Infektion verläuft häufig über Jahre unbemerkt und wird oft lange Zeit verdrängt. Dieser Workshop mit den Inputreferaten aus verschiedenen Arbeitsbereichen beschäftigt sich mit den Bedürfnissen und Perspektiven chronisch HCV-infizierter Drogengebraucher und welche Angebote die psychosoziale Versorgung anzubieten hat. Die Inputreferate und die anschließende Diskussion haben sich anhand folgender Fragen mit dem Thema auseinander gesetzt:

- Welche Bedürfnisse haben chronisch HCV-infizierte Drogengebraucher?
- Wie kann die psychosoziale Betreuung in angemessener Weise das Leben mit HCV thematisieren und Betroffene unterstützen?
- Welche Auswirkungen kann eine HCV-Infektion auf Lebensplanung und -wünsche überhaupt haben?
- Wie groß ist die psychische Belastung, mit einer chronischen und ansteckenden Infektion zu leben?
- Welchen Stellenwert hat HCV in ihrer Arbeit/in ihrem Konzept?
- In welchen Zusammenhängen ist/wird HCV Thema?

Diskussion

Die Diskussion war sehr konstruktiv und lebte von der interdisziplinären Zusammensetzung des Workshops und dem regen Interesse aller Teilnehmer. Daher können auch nicht alle Beiträge im Einzelnen, sondern nur exemplarisch wiedergegeben werden. Neben Wissensfragen, wie ärztliche Meldepflicht, Behandlungsmöglichkeiten, etc. wurden folgende Themen besprochen:

- Weiterer Austausch über die Lebenslagen von HCV-Infizierten Drogengebrauchern und die Frage nach Behandlungsmöglichkeiten, -notwendigkeit und -beginn:
– Angesichts der häufig instabilen Lebenssituation von Drogengebrauchern, z.B. in den Bereichen: Wohnung, Lebensunterhalt, Konsum, Gesundheit, Justiz, soziale Beziehungen, ist eine Thematisierung von HCV und damit einhergehend eine Behandlung aufgrund des akuten Unterstützungsbedarfes häufig nicht gleich möglich.

- Hier sind die Lebenslagen von Frauen besonders zu berücksichtigen: Besondere Abhängigkeitsverhältnisse von Frauen in sozialen Beziehungen aufgrund der Geschlechterproblematik, z.B. versteckte Obdachlosigkeit, weil Frauen bei Zuhältern, Freiern oder Dealern wohnen. Hinzu kommt, dass viele Kinder haben, um die sie sich alleine kümmern müssen. Weiterhin ist zu berücksichtigen, welche Gewalterfahrungen Frauen in ihrer Kindheit erlebt haben, ob sie anschaffen gegangen sind. Dies alles hat Auswirkungen auf ihr Körpererleben, auf ihre Einstellungen zu Ärzten und Untersuchungen, auf ihr Bedürfnis an Information, Beratung und Behandlung.
- Wie Prioritäten setzen? Wann am besten mit der Behandlung beginnen? Hier gilt es vor allem, der individuellen Hilfeplanung und damit der psychosozialen Anamnese, die zu Beginn jeder psychosozialen Betreuung gemacht wird, mehr Aufmerksamkeit zukommen und in eine bessere Zusammenarbeit aller Partner einfließen zu lassen.
- Wie ist das Thema im stat. Setting integriert? Hier gab es sehr unterschiedliche Aussagen und Standpunkte: Einige fanden das stat. Setting sehr günstig, um z.B. mit einer Behandlung der HCV zu beginnen, da ein interdisziplinäres Team vor Ort ist, die Lebenssituation stabiler, ein geschützter Rahmen vorliegt und ein längerer Aufenthalt geplant ist. Andere sahen darin eine Überfrachtung der Therapie, eine Überforderung der Betroffenen und Auswirkungen auf die Gruppendynamik, wenn z.B. zu Beginn einer Behandlung der Betroffene aufgrund der Nebenwirkungen zeitweilig nicht arbeitsfähig ist und krankgeschrieben wird. Stand ist, dass dies sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Es zeigte sich eine leichte Tendenz, dass die Einrichtungen, die während des Aufenthaltes eine Behandlung eher fördern, wenig Probleme in den genannten Bereichen hatten.
- Vorbehalte bei den »Profis« gegenüber Drogenkonsumenten bezüglich z.B. Compliance bzw. Abstinenzanspruch während der Behandlung verzögern Behandlung, Impfung.
- Div. Ängste bezüglich Diagnostik, Test-Verfahren, Behandlung und deren Nebenwirkungen sowie ausgeprägte Schuld- und Schamgefühle auf Seiten der Drogengebraucher erschweren die Thematisierung und dauerhafte Einbettung des Themas in die Hilfeplanung.
- Darüber hinaus erschweren mangelnde Zukunftsperspektiven (z.B. Arbeitsmarkt, etc.) eine dauerhafte Stabilisierung und wirken sich damit auf Krankheits-, Behandlungsverlauf bzw. auf die Bereitschaft sich behandeln zu lassen aus.
- In Risikosituationen, wie z.B. unter Zeit-, Suchtdruck, knappe Konsumgüter, erwischt werden können, etc. werden Aspekte der Infektionsprophylaxe weggeschoben oder ganz außer acht gelassen. Hier gilt es ganz besonders, die Mann-Frau Machtverhältnisse in der Szene zu berücksichtigen, z.B. beschrieben in dem Artikel von Heino Stöver und Astrid Leicht (s. Tagungsmappe).
- All diese Aspekte warfen auch immer wieder die Frage auf, wie man angesichts immer weniger Personals und Leistungs- und Budgetkürzungen dem individuellen Hilfebedarf und der Forderung nach interdisziplinärer Zusammenarbeit gerecht werden kann.

Offene Fragen

Angesichts des gesteckten Zeitrahmens des Workshops, der regen Nachfrage und Diskussionsbereitschaft aller Teilnehmer konnte bei folgenden Gesichtspunkten lediglich noch der Diskussionsbedarf festgestellt werden:

- Wie kann der hier festgestellte Bedarf Angehöriger an Information, Beratung und Unterstützung in die derzeitigen Strukturen eingebettet werden?
- Wie kann Familienplanung angesichts einer HCV-Erkrankung aussehen?
- Wann ist die HCV ausgeheilt, was heißt das genau? Reinfektion, welche Bedeutung hat dies für Beratung und Betreuung?
- Wie kann in den Konzepten der Selbst- und Angehörigenhilfe, Suchthilfe und medizinischen Versorgung dem zunehmenden Alkoholkonsum substituierter HCV-infizierter Drogengebraucher Rechnung getragen werden?
- Zum Thema Abklärung psychiatrischer Diagnostik und evtl. Behandlungsbedarf bei einer anstehenden HCV-Behandlung wurde bereits einiges gesagt. Es bestand jedoch weiterer Diskussionsbedarf hinsichtlich einer evtl. Psychiatrisierung HCV-infizierter Drogengebraucher und einer evtl. zunehmenden Medikamentierung.
- Umgang und Einbettung des Themas im stationären Setting, z.B. Entgiftung, Therapie, etc.

Ergebnisse

Angesichts der Ausgangsfragestellung, was die psychosoziale Versorgung anbieten kann, beziehen sich die Ergebnisse hauptsächlich auf diesen Arbeitsbereich. Anhand der regen Nachfragen und der Diskussion wurden folgende Ergebnisse festgehalten: Bei allen Ergebnissen und Forderungen sind die Bedürfnisse und Wünsche der betroffenen HCV-infizierten Drogengebraucher, die Stabilisierung und die Verbesserung ihrer Lebensqualität sowie die Vermeidung weiterer Infektionen Ausgangspunkt. Diese vom Respekt gegenüber den Betroffenen getragene Haltung sollte in alle Konzepte eingehen und sich in der konkreten Arbeit wieder finden, um einer bedarfs- und damit kundenorientierten Weiterentwicklung der Angebote auch qualitativ gerecht zu werden.

- Einbettung des komplexen Themas HCV in Konzepte und Angebote suchtspezifischer Hilfen und angrenzender Arbeitsbereiche
- Es besteht nach wie vor ein hoher Wissensbedarf bei allen Beteiligten: Drogengebrauchern, Angehörigen, Trägern und Mitarbeitern suchtspezifischer, medizinischer und komplementärer Angebote, Behörden, etc. Daher bedarf es:
 - Zielgruppengerechter Informationsveranstaltungen und -materialien,
 - Fort- und Weiterbildungen zu den Themen Infektionsprophylaxe, Infektionswege, Krankheitsverlauf, Diagnostik und Behandlung.
- Ziel** - die Entscheidungskompetenzen aller Beteiligten, vor allem aber die der Betroffenen zu erhöhen
 - die Qualität der Beratung zu erhöhen
 - Förderung der Kommunikation und Kooperation aller Beteiligten
 - Abbau der Vorurteile, Vorbehalte und Ansprüche gegenüber Drogengebrauchern im allg., z.B. in Bezug auf Compliance, Abstinenz, etc.

- Medizinische Behandlung muss in Kooperation mit psychosozialer Betreuung erfolgen.
Ziel: Neben biologischen auch psychosoziale Aspekte von Gesundheit und Krankheit in der Medizin zu berücksichtigen und gemeinsam eine medizinische Behandlung im Sinne der Betroffenen zu entwickeln und umzusetzen.
- Einrichtung interdisziplinärer Qualitätszirkel
Ziel – Förderung der Kommunikation und Kooperation aller Beteiligten
 - Schnittstellen der Angebote feststellen
 - Arbeitsabläufe, -aufgaben koordinieren
 - individuelle Hilfeplanung
 - respektvolle Haltung gegenüber den Konsumenten fördern
- Förderung der Selbsthilfeangebote und Überlegungen, wie diese in die psychosozialen Betreuungskonzepte eingebunden werden können:
Ziel: – Förderung der Kommunikation und Kooperation zwischen den doch zum Teil noch häufig getrennten Angeboten der Selbsthilfe und der institutionalisierten Angebote
 - Förderung der »Hilfe zur Selbsthilfe«

Protokoll: Ulrike Dieckmann (Dipl. Pädagogin,
Frauenladen, Frauen-Sucht-Hilfe Berlin e.V.)

W7 Hepatitis C und Drogen: Beispiel Kanada

Interdisziplinäre Forschung zu HCV und Aus- und Weiterbildung: Was wird gebraucht?

Hepatitis C, illegale Drogen und marginalisierte Populationen in Kanada: Ein kurzer Überblick zu Epidemiologie, Prävention, und Behandlung [DRAFT: 30 June 2004]

Vortrag mit Diskussion

Benedikt Fischer, PhD^{xi}

Robert Remis, MD

Emma Haydon, BSc

Einleitung

Es ist weitreichend bekannt, dass Infektionen mit dem Hepatitis C (HepC) Virus sowie daraus folgende Morbidität und Mortalität ein beachtliches Gesundheitsproblem weltweit darstellen. Die Weltgesundheitsorganisation schätzte bereits zu Ende des 20. Jahrhunderts, dass ca. 170 Millionen Menschen – oder circa drei Prozent – der Weltbevölkerung mit HepC infiziert sind (World Health Organization, 2002; World Health Organization, 1998).

Wie in den meisten westlichen Industrieländern sind auch in Kanada HepC Infektionsfälle beachtlich prävalent. Letzte Schätzungen gehen von einer Prävalenzrate von 0,8 % – 1,0 % der Gesamtbevölkerung – oder ca. 250.000 – 300.000 Personen aus (Remis, Hogg, Krahn, Preiksaitis, & Sherman, 1998; Zou, Forrester, & Giulivi, 2003). Neueste epidemiologische Modelle prognostizieren zwischen 4.000 und 6.000 neue HepC Infektionen pro Jahr für die nächsten 10 – 20 Jahre (Zou et al., 2003); außerdem wird vorausgesagt, dass sich sowohl die HepC bezogene Morbiditäts- und Mortalitätsbelastung wie auch die bezogenen Gesundheitssystemkosten – man beziffert diese auf derzeit ca. eine halbe Milliarde Dollar pro Jahr – innerhalb des nächsten Jahrzehnts verdoppeln werden (Zou et al., 2003; Remis, 2004; Krajden, 2002).

Die sowohl medizinische wie sozial-politische Geschichte des HepC-Problems in Kanada beginnt damit, dass sich in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre im sogenannten »Tainted Blood Scandal« ca. 20.000 Individuen mit HepC und 2.000 mit HIV durch kontaminierte Bluttransfusionen aus öffentlichen Blutbanken ansteckten (Rock, 2000). Diese Infektionswelle zog in den neunziger Jahren eine Reihe von Schadensersatzklagen wie auch eine öffentliche Untersuchungskommission (»Krever Commission«, benannt nach ihrem Vorsitzenden, Horace Krever) nach sich (Mathias, 1998). Die »Krever Kommission«, die von 1992 bis 1997 tätig war, befand in ihrem Abschlussbericht, dass die öffentliche Hand erhebliche Mitschuld an den Virus-Übertragungen durch das Nichtverfügen von möglichen Blutvirustest trug, die zwar verfügbar waren, aber nicht durchgeführt wurden, und dass die Transmissionsopfer für diese Nachlässigkeit und ihre dramatischen Folgen entschädigt werden sollten (Rock, 2000). Konkret wurde letztlich in den späten neunziger Jahren entschieden, dass circa 6.600 HepC Bluttransfusionsopfer, die zwischen 1986 und 1990 infiziert wurden, Schadensersatz von öffentlicher Hand in einer Gesamthöhe von circa 1,5 Milliarden kanadi-

schen Dollar gezahlt werden sollte. Im Zuge dieser Schadensersatzzahlungen beschloss die kanadische Bundesregierung gleichzeitig, einen speziellen Forschungsfond – Zyniker sprechen manchmal von sogenanntem »Schuldgeld« (»guilt money«) – mit zunächst fünfjähriger Laufzeit zum Thema HepC einzurichten; dieser lief offiziell in diesem Jahr (2004) aus und wird momentan zur Verlängerung begutachtet (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/services/4601.shtml>).

Die Epidemiologie von HepC in Kanada

Obwohl die beschriebene öffentliche Aufmerksamkeit auf die HepC-Problematik vornehmlich aus der gesellschaftlichen Diskussion zum »Blutskandal« und seinen – hauptsächlich mittelständischen – HepC-Opfern rührt, sieht das große und aktuelle sozial-epidemiologische Bild der HepC-Krankheit in Kanada aber ganz anders aus. Eine erst kürzlich ausgeführte Modellrechnung und Populationssimulation zu HepC in Kanada auf der Basis von verschiedenen epidemiologischen Datenquellen (Remis, 2004) zeigt klar auf, dass die Mehrzahl (56 %) der in der Simulation für 2002 geschätzten HepC Prävalenzfälle in Kanada – konkret 247.200 – auf intravenösen Drogenkonsum (also »Injection Drug Users«, oder kurz sogenannte »IDUs«) zurückführt; und zwar ist der Prävalenzanteil von 36 % kausal auf ehemalige IDUs bezogen, die sich irgendwann in ihrer Drogenkarriere mit HepC infiziert haben, und 20 % der Gesamtprävalenz geht konkret auf derzeit aktive IDUs zurück. Bluttransfusionsopfer machen im Gesamtbild mit 13 % in der Prävalenz nur einen relativ geringen Anteil aus, wobei das verbleibende Drittel (30 %) mit »anderen« oder nicht klar benennbaren Gründen angegeben wird; diese hängen in der Regel mit sexueller Transmission, unsauberen Tätowierungen, oder auch anderen Formen des Drogenkonsums zusammen (Remis, 2004; Zou et al., 2003).

Wenn man nun die in derselben Studie für das Jahr 2002 berechnete HepC-Inzidenz für Kanada betrachtet – geschätzt sind 4.400 Neuansteckungs- oder Inzidenzfälle für das Jahr 2002 – spielt der illegale Drogenkonsum eine noch viel dominantere Kausalrolle (Remis, 2004): Drei Viertel (76 %) der für 2002 berechneten Inzidenzfälle für HepC werden auf IDUs als primärem Risikofaktor zurückgeführt. Ganz klar muss also konstatiert werden, dass HepC in Kanada sowohl in der bestehenden Prävalenz, aber noch viel massiver in der gegenwärtigen Inzidenz eine Krankheit ist, die primär durch riskanten (IDU) Drogenkonsum verbreitet und als Problem der öffentlichen Gesundheit in ihrer Breite erhalten wird (Fischer, Rehm, Haydon, Krajden, & Reimer, im Druck b). Anders betrachtet ist HepC vor allem eine Problematik, die mit sogenannten marginalisierten oder verwundbaren Populationen und ihren entsprechenden Risikofaktoren in Verbindung steht. Konkret sind dies hauptsächlich die Risikogruppen der Drogenkonsumenten, Ur- einwohner (»Aboriginals«), Obdachlosen, Strafvollzugsinsassen und Prostituierten – oftmals mit Mehrgruppenzugehörigkeit innerhalb einer Person – die dem Risiko, sich HepC zuzuziehen oder es in ihrem besonderen Sozial- und Verhaltenskontext weiterzugeben, hauptsächlich ausgesetzt sind (Fischer et al., im Druck b; Zou et al., 2003).

Genau in diesem Sachverhalt liegen die ganz speziellen Herausforderungen sowie Hindernisse im kanadischen Kontext, gegen das HepC-Problem im 21. Jahrhundert effektiv und konzertiert zu intervenieren; diese werden unten kurz zusammengefasst und illustriert.

HepC in den Hauptrisikogruppen

Eine große Zahl von Studien aus verschiedenen Ländern der westlichen Welt haben hinreichend die hohen HepC Prävalenzraten in IDU Populationen dokumentiert; diese liegen üblicherweise in einem Rahmenbereich von 30 % – 95 % und zeigen außerdem, dass die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass sich ein IDU innerhalb des ersten Jahres von IV-Drogenkonsum mit HCV infiziert (Hagan, 1998; Fischer et al., im Druck b). Verschiedene Studien haben diese auch für Kanada bestätigt; so waren beispielsweise in der VIDUS Studie – eine Kohortenstudie mit IDUs in Vancouver – bereits 81,6 % der Probanden bei Aufnahme in die Kohorte HepC positiv; die Inzidenz lag in der Kohorte bei 16/100 Personen-Jahren (Patrick et al., 2001). Lokale IDU-Populationsstudien in den Städten Calgary, Montreal und Winnipeg zeigten HepC-Prävalenzraten zwischen 56 % und 70 % (Lamothe et al. 1997, Poulin et al. 1999). In einer weiteren Kohorte in Vancouver mit jugendlichen IDUs wurde bereits eine HepC Prävalenzrate von 46 % festgestellt (Miller et al. 2002). In einer Kohortenstudie mit primär illegalen Opiat- und anderen Drogenkonsumenten (IDUs und non-IDUs) in fünf kanadischen Städten (»OPICAN«; Fischer et al. im Druck a) wurden die folgenden HepC- Prävalenzwerte in den jeweils lokalen Stichproben gefunden.^{xi}

Stadt	Stichprobe(n)	HCV-Speichelantikörpertest (% positiver Ergebnisse)
Québec City	86	54,7 %
Montréal	155	31,6 %
Toronto	131	46,6 %
Edmonton	–	nicht erfasst
Vancouver	192	59,4 %

In der Betrachtung von IDUs als einer Hauptrisikogruppe für HepC ist insbesondere zu beachten, dass diese Population eine ganze Reihe von direkten und indirekten Risikofaktoren auf verschiedenen Ebenen aufweist, die sie für HepC Ansteckung besonders verwundbar macht. So sind in dieser Population gleichzeitige multiple Virusinfektionen (z. B. HIV, Hepatitis B oder HepC sowie andere sexuell übertragene Infektionskrankheiten) durchaus gegeben, die die Immunabwehr schwächen und die Person damit für HepC anfälliger machen; dieser Effekt wird außerdem durch den intensiven Drogenkonsum verstärkt (Tubaro et al., 1987; Coppola et al., 1996; Thomas, 2002). Der gemeinsame Gebrauch von Drogeninjektionsspritzen und -Besteck, der als Hauptübertragungsweg von HepC unter IDUs fungiert, wird durch bestimmte Verhaltensmuster weiter

xi Dr. Fischer is Research Scientist and Co-Head, Public Health and Regulatory Policy Section, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, and Associate Professor, Dept. of Public Health Sciences and Centre of Criminology, University of Toronto; Dr. Remis is Professor, Dept. of Public Health Sciences, University of Toronto, and Director of the Ontario HIV Epidemiological Monitoring Unit; Ms. Haydon is Research Analyst at CAMH and an M.Sc. candidate, Dept. of Public Health Sciences, University of Toronto.

verstärkt (Serfaty et al., 1997; Hagan et al., 2001; Hagan, 1998); so ist zum Beispiel unter vielen kanadischen IDUs das Injizieren einer Mixtur von Heroin und Kokain (»Speedballs«) zunehmend häufig, was oft in exzessiven sogenannten »Binge-Perioden« stattfindet (Tyndall et al., 2003; Bourgois & Bruneau, 2000), in denen die Konsumenten zwischen 20 und 30 Injektionsepisoden innerhalb eines Tages durchmachen, und sich dadurch konsequenterweise stark erhöhten Übertragungs-Risiken aussetzen (Thomas et al., 1995; Hagan, 1998). Außerdem zeigen IDUs typischerweise stark beeinträchtigte physische wie mentale Gesundheitszustände auf (Krausz, Degkwitz, Kuhne, & Verthein, 1998; Frei & Rehm, 2002); für letzteres spielt insbesondere die äußerst hohe Prävalenz von Depressions- oder Persönlichkeitsstörungs-Symptomatik unter illegalen Drogenabhängigen eine große Rolle, die wiederum – auf der Basis der sogenannten »Selbst-Medikations-Theorie« – als Determinante für intensivierten Drogenkonsum und damit zusätzliche Risiko-Exposition fungieren (Khantzian, 1997; Leri, Bruneau, & Stewart, 2003).

Schließlich gibt es eine Reihe sozialer Determinanten, die das HepC Risiko für Drogenkonsumenten beeinflussen: Zum Beispiel verdienen sich viele IDUs einen Teil der für den Drogenkonsum benötigten finanziellen Mittel durch Prostitution und praktizieren damit einhergehendes riskantes Sexualverhalten, was wiederum HepC Risiken mit sich bringt; weiterhin ist die häufig vorkommende Situation von Obdachlosigkeit oder extremer Verarmung innerhalb der Population von IDUs als Hochrisikofaktor für erhöhte Morbidität (einschließlich HepC) und Mortalität dokumentiert; und schließlich bedingen die vorherrschenden Dynamiken der Kriminalisierung und Stigmatisierung von Drogenkonsum ein gesellschaftliches Klima, in denen Zugang zu adäquater HepC- und anderer Prävention oder Behandlung oft verwehrt oder zumindest behindert ist (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 1999; Crofts, Louie, & Loff, 1997; Crofts, 2003).

Neben den IDUs – wobei diese Populationen, wie schon erwähnt, nicht exklusiv, sondern im Gegenteil eher überlappend sind – stellen in Kanada Gefängnisinsassen sowie Ureinwohner zwei weitere soziale Gruppen dar, in denen HepC-Infektion überproportional vorkommt. Weltweit ist HepC in Gefängnispopulationen (die ja oft zu einem großen Teil aus Drogenkonsumenten bestehen oder in vielen Fällen Insassen zu Drogenkonsumenten mit hohem Risikoverhalten machten) hoch prävalent, wobei HepC-Prävalenzraten von bis zu 50 % berichtet werden (Reindollar, 1999). In sporadischen kanadischen Studien werden aus Bundes- und Provinz-Gefängnissen HepC-Prävalenzraten von zwischen 23,6 % und 86,9 % berichtet (Préfontaine, Chaudhary, & Mathias, 1994; Ford et al., 1995; Ford et al., 2000); in der Regel werden für diese HepC Infektionen Drogenkonsum als primärer Riskofaktor angegeben. Das kanadische Strafvollzugsministerium bezifferte auf der Basis einer landesweiten Studie die HepC Prävalenzrate in Bundesgefängnissen (die eine Gesamtbevölkerung von ca. 12.000 Insassen beherbergen) im Jahre 2001 mit 23,6 % an (Correctional Service of Canada, 2003). Diese Rate beruht jedoch auf einem freiwilligen Diagnoseprogramm, und ist daher mit Vorsicht zu interpretieren. Es gibt in kanadischen Gefängnissen derzeit kein systematisches HepC-Behandlungsprogramm, wobei dies mit Ausnahme der Bundesgefängnisse – in denen Insassen mit einer Haftstrafe von mehr als zwei Jahren einsitzen – auch relativ schwer durchführbar wäre, da das große Problem oft die Überleitung der

Haftpatienten an das zivile Gesundheits- und Hilfesystem ist, sobald diese das Strafvollzugssystem verlassen. Die tatsächliche Prophylaxe von Infektionskrankheits-Übertragungen in kanadischen Gefängnissen beschränkt sich derzeit auf die Ausgabe von Spritzenreinigungsmaterial (»Bleach«), sowie die Möglichkeit der Weiterführung von Methadonbehandlung von Patienten, die bereits draußen Methadon erhalten haben; ein Spritzenaustauschprogramm in Gefängnissen wird nach wie vor vehement von Wärtern und Bediensteten abgeblockt. Eine derzeit in der Einführung begriffene »Phase II« der Methadonbehandlung in kanadischen Gefängnissen lässt nun selektiv auch den Beginn einer solchen Behandlung an qualifizierten opiatabhängigen Insassen innerhalb der Gefängnisse zu (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2002; Canadian Journal of Public Health 2004; Johnson, 2001).

Schließlich zeigen auch die verschiedenen Ureinwohner-Populationen (»Aboriginals«) Kanadas zum Teil stark erhöhte HepC Infektionsraten auf; eine Reihe von Studien berichtet von HepC Raten in diesen Populationen – die in der Regel von hohen Graden von Armut, Arbeitslosigkeit und Alkohol- und Drogenkonsum sowie schlechter Gesundheitsversorgung geprägt sind – zwischen 2,2 % und 29 % (Minuk & Uhanova, 2003; Riben et al., 2000). Selbst innerhalb drogenkonsumierender Populationen – wie zum Beispiel der oben erwähnten VIDUS Kohorte in Vancouver – bildet die ethnische Gruppe der Ureinwohnerabstammigen eine noch differenziertere Hochrisikogruppe: Diese waren in einer VIDUS-Querschnittsanalyse zu 91 % Prozent mit HepC infiziert, wohingegen »weiße« Kohortenteilnehmer zu 82 %, und »andere« nur zu 63 % HepC infiziert waren (Patrick et al., 2001).

HepC Interventionen: Der sozio-politische Kontext

Wie bereits oben erwähnt, ist das gegenwärtige HepC-Problem in Kanada vorrangig ein Problem bestimmter marginalisierter Risikopopulationen. Es ist daher unabdingbar, dass Präventions- und Behandlungsangebote für HepC insbesondere auf diese Gruppen und deren spezielle psycho-soziale Verhältnisse ausgerichtet sind, um die Belastung existierender und möglicher zukünftiger HepC-Infektionen effektiv zu verringern (Fischer et al., im Druck b). Was dabei grundsätzlich klar sein muss ist, dass diese Interventionsmaßnahmen besonderer inhaltlicher und prozeduraler Aufwendungen und Anpassung bedürfen und über die üblichen »Mainstream« Ansätze in der HepC-Prävention und -Behandlung hinausgehen müssen, um diese Spezial-Populationen zu erreichen und damit auf das Gesamtproblem Wirkung zu zeigen.

In Betrachtung der Gesamtlandschaft der HepC-Interventionen in Kanada muss dabei gesagt werden, dass es in Kanada momentan keine – im Gegensatz zu Ländern wie beispielsweise Australien (Commonwealth of Australia, 2000) – konzertierte HepC-Strategie gibt, in der auch die marginalisierten Risikogruppen explizit bedacht sind und gezielt angegangen werden. Die bestehenden Interventionsmaßnahmen bestehen zum Großteil aus einer Ansammlung fragmentierter und nicht zentral koordinierter Aktivitäten. Insbesondere für die weitere Entwicklung der HepC-Interventionsmaßnahmen in Kanada muss gesagt werden, dass die sozio-politische Aufmerksamkeit für dieses Problemfeld in der nahen Zukunft mit großer Wahrscheinlichkeit eher abnehmen wird. Speziell im Feld der bevölkerungsrelevanten Infektionskrankheiten sind in

den letzten Jahren eine Reihe akuter und dominanter Probleme aufgetaucht, die sowohl das begrenzt mögliche Maß von gesellschaftlicher wie fachlicher Aufmerksamkeit, aber auch das Gros finanzieller Mittel für Forschung und Interventionen stark an sich gezogen haben, so dass dabei für das »historische« Problem HepC immer weniger übrig bleibt. So war Kanada im vergangenen Jahr akut ein globaler Brandherd für das »Severe Acute Respiratory Syndrome« (SARS), in dessen Zusammenhang es einige Dutzend Todesfälle gab und welches das Land hunderte von Millionen Dollar an wirtschaftlichem Schaden kostete; außerdem haben sich mit dem West-Nil Virus (durch Insekten von Vögeln auf den Menschen übertragen) sowie der Vogelgrippe zwei weitere neue Virusgruppen im Land auszubreiten begonnen, die die Allgemeinbevölkerung beziehungsweise die Nahrungskette bedrohen und damit erhebliche Aufwendungen zur Gegenwehr erforderten (Schabas, 2003; Nosal & Pellizzari, 2003; Andresen, 2004). Angesichts dieser Entwicklungen ist man in Kanada momentan dabei nach dem Vorbild des amerikanischen Centres for Disease Control (CDC) eine Bundesinstitution zur Überwachung von Infektionskrankheiten aufzubauen, in der HepC nur noch eine kleine Rolle unter vielen anderen Virusgefahren spielen würde (Wilson, 2004; Microcosm Newsletter 2004).

HepC Prävention und Behandlung für Drogenkonsumenten

Unter den circa 100.000 geschätzten IDUs in Kanada hat HepC – vor allem im Vergleich zu HIV/AIDS – immer eine politische wie auch wissenschaftliche Schattenrolle gespielt. Als Hauptmaßnahmen der Prävention verlässt man sich dabei primär auf Spritzenaustausch und die präventiven Elemente von Drogenbehandlungsprogrammen, die sich für Opiatabhängigkeit hauptsächlich auf Methadonabgabe konzentrieren (Canadian HIV/AIDS Legal Network, 1999; Hankins, 1998; Fischer, 1999; Brands, Brands, & Marsh, 2000). Spritzenaustauschprogramme wurden in Kanada auch zu spät und zögerlich eingeführt, um eine massive Ausbreitung von HIV und anderen Infektionskrankheiten unter IDUs zu verhindern, sind aber mittlerweile in den meisten Städten verfügbar (Fischer et al., 2000). Allerdings ist ihr Benutzungsgrad unter den IDUs immer noch begrenzt, was zum Teil an den immer noch strikten oder konservativen Abgabepraktiken liegen mag; in der OPICAN Kohorte wurde zum Beispiel deutlich, dass immerhin noch 13,4% der Teilnehmer für die vergangenen 30 Tage angaben, Spritzen gemeinsam gebraucht, und 26,4% angaben, anderes Spritzenbesteck gemeinsam gebraucht zu haben (Fischer et al., im Druck a). Des weiteren gibt es seit circa einem Jahr als Pilotstudie in Vancouver einen sogenannten »Supervised Injection Site« (»Drogenkonsumraum«); es steht seit langem zur Debatte, solche Projekte auch in anderen Städten einzurichten, wobei bekannterweise die unmittelbare Wirkung solcher Einrichtungen auf die Inzidenz von Infektionskrankheiten unter IDUs nicht dokumentiert ist, und diese – vor allem in der begrenzten Menge von einer oder einigen wenigen Einrichtungen – mit Sicherheit keine durchschlagende Wunderwaffe für diese Probleme auf der Populationsebene liefern können (Fischer, Rehm, Kim, & Robins, 2002; Kimber, Dolan, van Beek, Hedrich, & Zurhold, 2003; Hedrich, 2004). Dies gilt vor allem auch im Kontext der bereits erwähnten Tatsache, dass in vielen kanadischen IDU Szenen der »Binge«-Konsum insbesondere von Kokain- oder »Speedballs« (Mischinjektionen von

Heroin und Kokain) eine große Rolle spielt, bei dem bis zu mehrere Dutzend Injektionen pro Tag durchgeführt werden, und massiv erhöhte Infektionsrisiken bestehen, und für den auch Konsumräume keine realistische Intervention darstellen, da die Konsumenten de facto die Mehrzahl ihrer Injektionen nicht dort durchführen können und wollen.

Die tatsächliche Behandlung von an HepC erkrankten Drogenkonsumenten mit dem gegenwärtigen Goldstandard der Interferon-Kombinationstherapie ist in Kanada derzeit sowohl in Konzept und Praxis eine sehr vernachlässigte Randerscheinung (Fried et al., 2002). Zur richtigen Einschätzung des Grades der Einbindung von Drogenkonsumenten in die HepC-Therapie muss zunächst aber klar sein, dass in Kanada pro Jahr überhaupt weniger als 10% aller HepC-infizierten Personen gar für eine Behandlung in Betracht gezogen werden, wobei dann gerade einmal zwischen 1 – 2% der infizierten Population tatsächlich eine Behandlung (sprich: eine Form der Interferon-Therapie) erhalten (Fischer et al., im Druck b). In Kanada galt und wurde bis vor kurzem – speziell auch auf der Grundlage der offiziellen ersten kanadischen HepC Behandlungsrichtlinien (»Consensus Statement«) von 1997 – ein Kontraindikations-Katalog für HepC-Behandlung angewendet, der sowohl aktives Suchtverhalten, psychiatrische Symptomatik (Depression) sowie allgemeine Instabilität mit der möglichen Konsequenz der Nicht-Compliance nannte, und damit die meisten Drogenabhängigen quasi kategorisch auf drei Ebenen *a priori* von Behandlung ausschloss (CASL Hepatitis Consensus Group, 1997). Mehr oder weniger in dieselbe kategorisch ausschließende Richtung gehen die Empfehlungen im wohl meist verbreiteten kanadischen Fachbuch zu HepC Prävention und Behandlung für Mediziner, in dem – Auflage 2001 – instruiert wird, dass »der fortgesetzte Gebrauch von injizierten oder geschnupften Straßendrogen das Risiko einer Re-Infektion mit HepC mit sich bringt, und so macht es keinen Sinn, mit einer HepC Behandlung zu beginnen, bevor diese Gebrauchsgewohnheit nicht beendet ist« (Heathcote, Yim, Thai, & Sherker, 2001; Rehm, Fischer, Haydon, & Room, 2003).

In den gerade erst kürzlich (Mai 2004) erschienenen neuen kanadischen HepC-Behandlungsrichtlinien ist dieser kategorische Ausschluss für illegale Drogenkonsumenten zwar etwas aufgebrochen, allerdings fehlen konkrete Ermutigungen oder praktische Instruktionen zur aktiven Einbindung von Drogenkonsumenten in die HepC-Therapie (Sherman et al., 2004). Eher allgemeinplatz-artig heißt es dort in der Einleitung, dass ein »bedeutender Anteil von HepC-Infektionen ... in verwundbaren Populationen vorkommen.« Dieses Konsensus Dokument, im Gegensatz zu vorherigen Dokumenten, schließt IDUs nicht von der Behandlung aus. In allen Fällen sollte die Entscheidung über die Behandlung nach Lage des Einzelfalles getroffen werden« (p. 9ff) (Sherman et al., 2004). Allerdings werden dann in der nachfolgenden Kontraindikationsliste für die HepC-Behandlung wieder kategorisch »fortgesetzter und unbehandelter Alkohol- oder Drogenkonsum« sowie »dokumentierte schlechte Compliance« (p. 35) (Sherman et al., 2004) aufgeführt, was die wohl momentan bestehende Unsicherheit beziehungsweise Widersprüchlichkeit bezüglich der medizinischen Praxis im kanadischen HepC-Behandlungsfeld illustriert. Erwähnenswerterweise haben die USA in diesem Zusammenhang eine viel aktivere und klarere Vorreiterrolle übernommen. So

stellten die amerikanischen HepC-Behandlungsrichtlinien der National Institutes of Health (NIH) bereits im Jahr 2002 prinzipiell klar, dass »neueste Forschung die Durchführbarkeit und Wirksamkeit der HepC Behandlung in IDUs bewiesen hat... Deshalb wird es empfohlen, dass die Behandlung von aktiven IDUs von Fall zu Fall entschieden wird, und dass aktiver Drogengebrauch nicht als Grund angewendet wird, solche Patienten von antiviraler Behandlung auszuschließen« (p. 23) (National Institutes of Health, 2002). Ganz abgesehen von der ideologischen oder professionellen Diskussion der Sinnmäßigkeit von HepC Behandlung für illegale Drogenkonsumenten stellt sich die ganz andere Frage, inwieweit Drogenkonsumenten selbst überhaupt an der Teilnahme an einer solchen Behandlung interessiert sind; verschiedene kleine Studien haben ja in letzter Zeit bereits darauf hingewiesen, dass vor allem unter dem expliziten Hinweis auf praktische Bedingungen sowie mögliche Konsequenzen der Interferon-Behandlung (z. B., Länge der Behandlung, depressive Nebenwirkungen, Notwendigkeit einer Leberpunktionierung, regelmäßige Arztbesuche, realistische Erfolgchancen, usw.) sich das konkrete Interesse oder die Bereitschaft von Drogenkonsumenten an der Behandlungsteilnahme recht stark reduziert (Huber, Schmid, Vernazza, & Meili, 2002; Stein, Maksad, & Clarke, 2001). Dies mag unter anderem daran liegen, dass in den meisten Fällen der vielen HepC-infizierten Drogenkonsumenten sich die tatsächliche problematische Symptomatik einer HepC-Infektion – also die Gefahr, akut und spürbar krank zu werden oder sogar daran zu sterben – aktuell nicht manifestiert, sondern erst zu einem nicht bestimmbareren Zeitpunkt in der meist fernen Zukunft zeigen wird; in der Zwischenzeit spielen im realen Alltagsleben der meisten IDUs die akute Suche nach Drogen, Geld, Schlafplätzen und Schutz vor der nächsten Überdosis oder der nächsten Verhaftung im konkreten Fall die wahrscheinlich viel akutere und damit wichtigere Rolle. In der bereits oben benannten OPICAN-Studie wurde eine Unterstichprobe in Toronto (N = 65) zu ihrem Interesse an HepC-Behandlung befragt. Die Hälfte der Stichprobe (33) war nach eigenen Angaben HepC-positiv (die HepC-Negativen wurden im Konjunktiv zu den jeweiligen Fragebogen-Items befragt). 58 Probanden erklärten, dass sie entweder stark oder grundsätzlich an einer HepC-Behandlung interessiert seien, da/falls HepC infiziert. Dieses grundsätzlich ausgedrückte Interesse nimmt dann aber auch in dieser Gruppe graduell ab, wenn konkrete Einschränkungen beziehungsweise Bedingungen einer solchen HepC-Behandlung genannt werden. Und zwar reduziert sich die bestätigte Bereitschaft bei der Anforderung eines mindestens wöchentlichen Arztbesuchs (51 von 58); der Erklärung, dass die Behandlung nur in der Hälfte der Fälle wirken könnte (48/58); der Notwendigkeit einer Leber-Punktionierung (44/58); der Bedingung einer gleichzeitigen Suchtbehandlung (42/58); und der Nennung der Möglichkeit von erheblichen psychiatrischen Nebenerscheinungen der Behandlung (34/58).

Sonderfall: Crack-Konsum und HepC

Während sich der absolute Großteil der Aufmerksamkeit von illegalem Drogenkonsum als Risikofaktor für HepC auf IDUs richtet, hat sich in den letzten Jahren ein weiterer drogenkonsumbezogener Risikofaktor für HepC herausgebildet, der in der kanadischen Drogenkonsum-Epidemiologie eine recht bedeutende und wachsende Rolle spielt, allerdings bisher wenig Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat: (oral) Crack-Konsum

(Millson et al., 1995; Millson et al., 1998; I-Track 2004). In Kanada wird inzwischen in vielen Städten davon ausgegangen, dass über die Hälfte – Tendenz steigend – der illegalen Drogenkonsumenten der Straßenszenen auch mit Crack-Konsum (also dem Crack-Rauchen) involviert sind (Haydon & Fischer, submitted). Alleine in Toronto sollen es zwischen 7.000 und 10.000 sein, und auch in der OPICAN Kohorte gaben über die Hälfte (56 %) an, regelmäßig Crack zu rauchen (Fischer et al., im Druck a). Einige wenige biologischer sowie epidemiologischer Studien haben in den letzten paar Jahren die Hypothese präsentiert, dass oraler Crack-Konsum als direkter und konkreter HepC-Übertragungsrisikofaktor erachtet werden muss (McMahon & Tortu, 2001; Tortu, McMahon, Pouget, & Hamid, 2004; Tortu, Neaigus, McMahon, & Hagen, 2003). Und zwar ist für den Übertragungsablauf die Theorie folgendermaßen, dass Crack-Konsum in der Regel mit Hilfe von provisorisch angefertigten Metall- oder Glas-Rauchhilfen (»Crack pipes«) stattfindet, die zum Teil aus gebrauchten Getränkedosen oder anderem hoch-provisorischen Hilfsmaterial gebastelt werden. Diese »Crack pipes« werden zum einen durch das Rauchen sehr heiß, zum anderen zerbrechen sie sehr leicht und /oder sie haben sehr scharfe Kanten und verletzen daher ihre Gebraucher regelmäßig mit Brand- oder Schnittwunden im Mundbereich, die durch den regelmäßigen Drogenkonsum sowie den allgemein mangelhaften Gesundheitszustand sehr schlecht oder gar nicht heilen (Porter, Bonilla, & Drucker, 1997; Faruque et al., 1996). Wenn nun solche »Crack pipes« auch noch von mehreren Konsumenten benutzt werden, können sich mit HepC infizierte Blutpartikel auf der Rauchhilfe festsetzen, und gelangen so gegebenenfalls in Berührung mit anderen Personen, beziehungsweise auch in deren Blutbahn, was zur HepC-Übertragung führen kann (Tortu et al., 2001). Dazu kommen als unterstützende Risikofaktoren, dass Crack-Konsumenten oft durch vergleichsweise sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand oder auch durch extreme soziale Marginalisierung und Verarmung unter den Drogenkonsumenten herausstehen, was die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten nachweislich verstärkt (Page-Shafer et al., 2002; Ottaway & Erickson, 1997; Williams, 1992). Als eine Reaktion auf die akute Crack-Problematik speziell in Toronto, wie sie vornehmlich von lokalen Drogenhilfeeinrichtungen wahrgenommen wurde, formierte sich vor circa vier Jahren eine adhoc-Initiative unter dem Namen »Safer Crack Use Committee« (»SCUC«). Die SCUC Initiative begann konkret damit, sogenannte »Safer Crack Use Kits« an Crack-Konsumenten zu verteilen, um die beschriebenen mit Crack-Konsum zusammenhängenden Gesundheitsrisiken – einschließlich HepC-Übertragungen – zu reduzieren (Safer Crack Use Coalition: <http://www.canadianharmreduction.com/facts.php>). Diese »Kits« sind recht simpel und billig (\$ 2.00 pro Einheit) zusammengestellt und offerieren primär einige einfache Bauelemente (z. B., ein Glasrohr mit einem Mundstück aus Gummi, einen Metallfilter, Vaseline für die Lippen sowie Alkoholtücher, Kondome und Aufklärungsmaterial) für die Zusammensetzung und Benutzung einer nicht-benutzten und sichereren »Crack-Pipe«, deren Verwendung sowohl das gemeinsame Rauchen vermeiden sowie Verbrennungen und Verletzungen, und damit potentielle Infektionsgefahr, verringern soll. Die SCUC-Initiative verteilt derzeit etwa 2.000 Einheiten dieser Kits pro Monat – könnte und würde aber viel mehr verteilen, wenn sie die Mittel dazu hätte (Haydon & Fischer, eingereicht; Polo, 2003).

Dem entgegen ist es aber momentan so, dass sich alle relevanten öffentlichen Stellen – einschließlich des öffentlichen Gesundheitsamtes der Stadt Toronto, das primär für Gesundheitsdienste für Drogenkonsumenten zuständig ist – bisher geweigert haben, die Crack Kit-Initiative finanziell zu fördern. Aus diesem Grund muss sich die SCUC derzeit alle für ihre Kit-Verteilungs-Initiative benötigten Mittel über private Spenden besorgen. Vor allem in den rechtslastigen Medien wurde regelmäßig gegen die Crack Kit Initiative gehetzt (Levy, 2002), und auch die Polizei hat des Öfteren Beschlagnahmungs-Aktionen gegen Kit-Besitzer und -Verteiler durchgeführt, die unter den mehrdeutigen Paragraphen der »illegalen Hilfsmittel für den Drogenkonsum« im kanadischen Drogenkontrollgesetz (»Controlled Drugs and Substances Act«) möglich sind. Ein Argument, das – formal zu Recht – gegen die Crack Kit-Initiative zu Felde geführt wird ist, dass es momentan keinerlei wissenschaftliche Evidenz für deren Wirksamkeit gibt. Einige kleinere semi-professionelle Studien haben zwar illustriert, dass Crack Kit-Benutzer sich der mit dem Crack-Rauchen verbundenen Gesundheitsrisiken besser bewusst sind, Konsum-Risiken vermeiden sowie aber vor allem durch die Kit-Verteilung besseren Kontakt zum Hilfesystem haben (Haydon & Fischer, eingereicht). Eine systematische und wissenschaftliche Evaluation der Kit-Initiative – auch mit Hinblick auf HepC-Transmissions Prävention – hat bislang allerdings noch nicht stattgefunden. Dies liegt zum Teil auch daran, dass auch potentielle Finanzquellen einer solchen Studie sich bislang gescheut haben, sich dieses Themas anzunehmen, da man ja formal eine »illegale Aktivität« finanzieren würde. Alles in allem erinnert die Geschichte und Situation der Crack Kit-Initiative doch stark an die sozial-politische Dynamik um die damals neue und kontroverse Initiative der Spritzentauschprogramme für IDUs in den achtziger Jahren (Lurie & Drucker, 1997), und stellt die Frage, inwieweit man im Bereich der Präventionspolitik deren Lektionen wirklich gelernt hat.

Zweifellos muss die Wirkung der Crack-Kits sauber erforscht und evaluiert werden, um evidenz-gestützte Programmentscheidungen zu treffen – wobei selbst die Abwesenheit solcher harter Evidenz im Suchtbereich ja oft auch nicht davon abhält, Interventionen mit zumindest bewiesenem Sekundärnutzen (also z.B. Kontaktherstellung der Konsumenten mit dem Hilfesystem) zu finanzieren – wie es zum Beispiel im Fall der sogenannten Konsumräume vielerorten geschieht (siehe Fischer et al. 2002).

Kanadische Zukunftsinvestition:

Ein interdisziplinäres HepC Forschungs-Trainingsprogramm

Es ist angesichts der oben skizzierten Situation klar, dass gegen die bestehende HepC-Problematik in Kanada wenig auszurichten sein wird, wenn nicht zum einen gezielt Präventions- und Behandlungs-Interventionen für die betroffenen Populationen auf der Basis des aktuellen Standes der Forschung ausgerichtet werden, und zum anderen aber klar eine aktive Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen in Forschung und Praxis – wie zum Beispiel Biologie, Infektiologie, Hepatologie, Suchtmedizin und -wissenschaft, Verhaltenswissenschaften und Soziologie – gefördert und erreicht wird. Um dies vor allem für die nächste Generation von Wissenschaftlern zu erreichen, die sich mit HepC in Kanada befassen werden, haben die Canadian Institutes of Health Research (CIHR) kürzlich ein zunächst sechsjähriges Forschungs-Trainingsprogramm für

junge Wissenschaftler aus allen Sparten zum Thema HepC (»National Canadian Research Training Program on HepC« – NCRTP-HepC, Leitung Dr. Jenny Heathcote) mit einem Gesamtetat von circa \$ 1,8 Millionen finanziert. Durch das Programm und seine verschiedenen Komponenten (Kurse, Seminare, Forschungspraktika, Konferenzen im interdisziplinärem Ansatz, und vor allem Stipendien für junge Wissenschaftler im Bereich HepC) sollen die Forschungskapazitäten in diesem Bereich in den nächsten Jahren massiv erhöht werden. Speziell angesprochen und ausgebildet werden mit diesem Programm Studenten in Magister-, Promotions- und Nach-Promotionsprogrammen aller relevanten Disziplinen sowie Absolventen der Medizin mit Forschungsschwerpunkt.

Schluss

HepC ist in Kanada – wie in anderen Ländern der westlichen Welt – ein bedeutendes Gesundheitsproblem. Die vorliegenden Daten zur Prävalenz und Inzidenz von HepC zeigen, dass diese Krankheit mehrheitlich und immer ausschließlicher in marginalisierten Populationen – primär illegalen Drogenkonsumenten – konzentriert ist. Sowohl die aktuelle Praxis der HepC-Prävention wie auch der -Behandlung sind für diese Gruppen in Kanada derzeit absolut unzureichend. Von einem Standpunkt öffentlicher Gesundheit ist es dabei relativ irrelevant, wie erfolgreich die Basisforschung zur HepC-Virologie oder klinischen Therapeutika – die in Kanada sehr fortschrittlich und erfolgreich ist – tatsächlich ist (Heathcote, 2003; Krahn, Wong, Heathcote, Scully, & Seeff, 2004). Was zählt ist, inwieweit diese Forschungsfortschritte konkret für die betroffenen Hauptrisiko- und -krankheitsgruppen ein- und umgesetzt werden – und genau an dieser Schnittstelle bestehen in Kanada derzeit massive Lücken, die rapide abgearbeitet werden müssen. Natürlich spielen hierbei Interessens- und Ideologiepolitik eine große (und oft hinderliche) Rolle, die sich vor allem auf die direkte Verbindung zwischen der HepC-Problematik und den immer marginalisierteren Virusträgern bezieht (Fischer et al., im Druck b). Konkret ist es aber so, dass in Kanada – wie in vielen anderen Ländern – gegen die HepC-Problematik in Sachen Interventionen keine Fortschritte zu erzielen sein werden, wenn nicht effektive Prävention und Behandlung primär für Drogenkonsumenten, Gefängnisinsassen und Ureinwohner gezielt entwickelt und umgesetzt werden. Diese Chance besteht in einem beschränkten Zeitrahmen. Ob diese Tatsachen verstanden und entschieden angegangen werden, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

References

- A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 95 [Suppl. 1]. 2004.
- CIHR Institute of Infection and Immunity Newsletter. *Microcosm-III* 3[1]. 2004.
- *I-Track: Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Canada (Pilot Survey Report)* (2004c). Ottawa: Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Population and Public Health Branch, Health Canada.
- Andresen, M. (2004). Avian flu: WHO prepares for the worst. *Canadian Medical Association Journal*, 170, 777.

- Bourgois, P. & Bruneau, J. (2000). Needle exchange, HIV infection, and the politics of science: Confronting Canada's cocaine injection epidemic with participant observation. *Medical Anthropology*, 18, 325-350.
- Brands, J., Brands, B., & Marsh, D. (2000). The Expansion of Methadone Prescribing in Ontario, 1996-1997. *Addiction Research*, 8, 485-496.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network (1999). *Injection Drug Use and HIV: Legal and Ethical Issues* Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network (2002). *Action on HIV/AIDS in prisons: Too little, too late – a report card* Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network.
- CASL Hepatitis Consensus Group. Management of viral hepatitis: clinical and public health perspectives. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 11, 407-416. 1997.
- Commonwealth of Australia (2000). *National Hepatitis C Strategy 1999-2000 to 2003-2004* Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Coppola, R. C., Masia, G., di Martino, M. L., Carboni, G., Muggianu, E., Piro, R., & Manconi, P. E. (1996). Sexual behaviour and multiple infections in drug abusers. *European Journal of Epidemiology*, 12, 429-435.
- Correctional Service of Canada (2003). *Infectious diseases prevention and control* Ottawa: Correctional Service of Canada.
- Crofts, N. (2003). Complacency as a barrier to effective prevention, treatment and policy of HIV/AIDS and IDU. In B. Fischer, J. Rehm, & E. Haydon (Eds.), *Reducing the Risks, Harms and Costs of HIV/AIDS and Injection Drug Use: A Synthesis of the Evidence Base for Development of Policies and Programs. Background paper #4, 2nd Annual Background Dialogue on HIV/AIDS* Warsaw: Health Canada/UNAIDS/Canadian International Development Agency.
- Crofts, N., Louie, R., & Loff, B. (1997). The next plague: stigmatization and discrimination related to hepatitis C virus infection in Australia. *Health & Human Rights: An International Journal*, 2.
- Faruque, S., Edlin, B. R., McCoy, C. B., Word, C. O., Larsen, S. A., Schmid, D. S., & et al. (1996). Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 13, 87-92.
- Fischer, B. (1999). Canadian drug policy, 1985 – 1997: Prohibition, public health and an open window. A policy analysis. *Policy Studies*, 20, 197-210.
- Fischer, B., Rehm, J., & Blitz-Miller, T. (2000). Injection drug use and preventive measures in Canadian and Western European jurisdictions. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 1709-1717.
- Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., el-Guebaly, N., Noël, L., Tyndall, M., Wild, C., Mun, P., & Baliunas, D. Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health* (im Druck a).
- Fischer, B., Rehm, J., Haydon, E., Krajden, M., & Reimer, J. Injection drug use and the hepatitis C virus: Opportunities and needs for a targeted treatment approach – The case study of Canada. *Journal of Urban Health* (im Druck b).
- Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., & Robins, A. (2002). Safer Injection Facilities (SIFs) for Injection Drug Users (IDUs) in Canada: A review and call for an evidence-focused pilot trial. *Canadian Journal of Public Health*, 93, 336-338.
- Ford, P., Pearson, M., Sankar-Mistry, P., Stevenson, T., Bell, D., & Austin, J. (2000). HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *Quarterly Journal of Medicine*, 93, 113-119.
- Ford, P., White, C., Kaufmann, H., MacTavish, J., Pearson, M., Ford, S., Sankar-Mistry, P., & Connop, P. (1995). Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 1605-1609.
- Frei, A. & Rehm, J. (2002). Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen: eine Metaanalyse bisheriger Studien. *Psychiatrische Praxis*, 29, 258-262.
- Fried, M., Shiffman, M., Reddy, K., Smith, C., Marinos, G., Goncales, F., Haussinger, D., Diago, M., Carosi, G., Dhumeaux, D., Craxi, A., Lin, A., Hoffman, J., & Yu, J. (2002). Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *The New England Journal of Medicine*, 347, 975-982.
- Hagan, H. (1998). Hepatitis C virus transmission dynamics in injection drug users. *Substance Use & Misuse*, 35, 1197-1212.
- Hagan, H., Thiede, H., Weiss, N. S., Hopkins, S. G., Duchin, J., & Alexander, E. R. (2001). Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American Journal of Public Health*, 91, 42-46.
- Hankins, C. (1998). Syringe exchange in Canada: Good but not enough to stem the HIV tide. *Substance Use & Misuse*, 33, 1129-1145.
- Haydon, E. & Fischer, B. Smoke alarm: Crack use as a public health issue in Canada. *Canadian Journal of Public Health* (submitted).
- Heathcote, E. (2003). Treatment considerations in patients with hepatitis C and cirrhosis. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 37, 395-398.
- Heathcote, J. E., Yim, C., Thai, Q., & Sherker, A. (2001). *Your personal health series (Canadian Medical Association): hepatitis C*. Toronto: Key Porter Books.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Abuse.
- Huber, M., Schmid, P., Vernazza, P., & Meili, D. (2002). Reasons for the lack of treatment of hepatitis C infection in drug dependent patients in opiate substitution. *Suchttherapie*, 3, 27-30.
- Johnson, S. (2001). Impact of institutional methadone maintenance treatment on release outcome. *Forum on Corrections Research*, 13, 51-53.
- Khantziar, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-224.
- Kimber, J., Dolan, K., van Beek, I., Hedrich, D., & Zurhold, H. (2003). Drug consumption facilities: An update since 2000. *Drug & Alcohol Review*, 22, 227-233.
- Krahn, M., Wong, J., Heathcote, J., Scully, L., & Seeff, L. (2004). Estimating the prognosis of hepatitis C patients infected by transfusion in Canada between 1986 and 1990. *Medical Decision Making*, 24, 20-29.
- Krajden, M. Hepatitis C in Canada. 2002. Personal Communication
- Krausz, M., Degkwitz, P., Kuhne, A., & Verthein, U. (1998). Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 767-783.
- Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: Reviewing heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98, 7-22.
- Levy, S-A (2002). Millions spent feeding addicts their poison. Toronto Sun, April 9, 2002.
- Lurie, P. & Drucker, E. (1997). An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. *The Lancet*, 349, 604-608.
- Mathias, R. (1998). The Krever Commission and public health. *Canadian Journal of Public Health*, 89, 6-7.
- McMahon, J. & Tortu, S. (2003). A potential hidden source of hepatitis C infection among noninjecting drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35, 455-460.
- Millson, P., Rankin, J., McLaughlin, B., Major, C., Mindell, W., Coates, R., Rigby, J., & Strathdee, S. (1995). Prevalence of Human Immunodeficiency Virus and associated risk behaviour in injection drug users in Toronto. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*, 86, 176-180.
- Millson, P., Myers, T., Calzavara, L., Rea, E., Wallace, E., Major, C., & Fearon, M. (1998). *Prevalence of HIV and other bloodborne viruses and associated risk behaviours in Ontario injection*

drug users (IDU) Toronto, ON: HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto.

- Minuk, G. & Uhanova, J. (2003). Viral hepatitis in the Canadian Inuit and First Nations populations. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 17, 707-712.
- National Institutes of Health (2002). *Management of hepatitis C* (Rep. No. Final Statement). Washington: National Institutes of Health.
- Nosal, B. & Pellizzari, I. (2003). West Nile virus. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 1443-1444.
- Ottaway, C. A. & Erickson, P. G. (1997). Frequent medical visits by cocaine-using subjects in a Canadian community: an invisible problem for health practitioners? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 423-429.
- Page-Shafer, K. A., Cahoon-Young, B., Klausner, J. D., Morrow, S., Molitor, F., & et al. (2002). Hepatitis C virus infection in young, low-income women: The role of sexually transmitted infection as a potential cofactor for HCV infection. *American Journal of Public Health*, 92, 670-676.
- Patrick, D., Tyndall, M., Cornelisse, P., Li, K., Sherlock, C., Rekart, M., Strathdee, S., Currie, S., Schechter, M., & O'Shaughnessy, M. (2001). Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 889-895.
- Polo, J. (2003). Crack flak: Front line workers worry about the spread of hepatitis C as city refuses to fund safe crack kits. *NOW Magazine*, November 23, 2003.
- Porter, J., Bonilla, L., & Drucker, E. (1997). Methods of smoking crack as a potential risk factor for HIV infection: Crack smokers' perceptions and behavior. *Contemporary Drug Problems*, 24, 219-347.
- Préfontaine, R., Chaudhary, R., & Mathias, R. (1994). Analysis of risk factors associated with hepatitis B and C infection in correctional institutions in British Columbia. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 5, 153-156.
- Rehm, J., Fischer, B., Haydon, E., & Room, R. (2003). Abstinence ideology and somatic treatment for addicts – ethical considerations. *Addiction Research and Theory*, 11, 287-293.
- Reindollar, R. (1999). Hepatitis C and the correctional population. *The American Journal of Medicine*, 107, 1005-1035.
- Remis, R. (2004). Estimating the incidence and prevalence of hepatitis C in Canada. Presented at 2nd Canadian Conference on Hepatitis C: New Knowledge, New Hope, Vancouver, BC, March 27-30, 2004.
- Remis, R. S., Hogg, R. S., Krahn, M. D., Preiksaitis, J. K., & Sherman, M. (1998). *Estimating the number of blood transfusion recipients infected by hepatitis C in Canada, 1960-1985 and 1990-1992* Ottawa: Laboratory Centre for Disease Control.
- Riben, P., Bailey, G., Hudson, S., McCulloch, K., Dignan, T., & Martin, D. (2000). Hepatitis C in Canada's first nations and Inuit populations: an unknown burden. *Canadian Journal of Public Health*, 91, S16-S18.
- Rock, G. (2000). Changes in the Canadian blood system: The Krever Inquiry, Canadian Blood Services and Héma-Québec. *Transfusion Science*, 22, 29-37.
- Schabas, R. (2003). SARS: Prudence, not panic. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 1432-1434.
- Serfaty, M. A., Lawrie, A., Smith, B., Brind, A. M., Watson, J. P., Gilvarry, E., & Bassendine, M. F. (1997). Risk factors and medical follow-up of drug users tested for hepatitis C – can the risk of transmission be reduced? *Drug and Alcohol Review*, 16, 339-347.
- Sherman, M., Bain, V., Villeneuve, J.-P., Myers, R., Cooper, C., Martin, S., & Lowe, C. (2004). *Management of viral hepatitis: A Canadian consensus conference* Toronto: Canadian Association for the Study of the Liver.
- Stein, M., Maksad, J., & Clarke, J. (2001). Hepatitis C disease among injection drug users:

knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 211-215.

- Thomas, D. L. (2002). Hepatitis C and human immunodeficiency virus infection. *Hepatology*, 36, 201-209.
- Thomas, D., Vlahov, D., Solomon, L., Cohn, S., Taylor, E., Garfein, R., & Nelson, K. (1995). Correlates of Hepatitis C virus infections among injection drug users. *Medicine*, 74, 212-220.
- Tortu, S., McMahon, J., Pouget, E., & Hamid, R. (2004). Sharing of noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C. *Substance Use and Misuse*, 39, 211-224.
- Tortu, S., Neaigus, A., McMahon, J., & Hagen, D. (2001). Hepatitis C among noninjecting drug users: a report. *Substance Use and Misuse*, 36, 523-534.
- Tubaro, E., Santiangeli, C., Belogi, L., Borelli, G., Cavallo, G., Croce, C., & Avico, U. (1987). Methadone vs. morphine: comparison of their effect on phagocytic functions. *International Journal of Immunopharmacology*, 9, 79-88.
- Tyndall, M., Currie, S., Spittal, P., Li, K., Wood, E., O'Shaughnessy, M., & Schechter, M. (2003). Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic. *AIDS*, 17, 887-893.
- Williams, T. (1992). *Crackhouse: Notes from the end of the line*. Reading, Mass.: Addison-Wesley Publishing Company, Inc.
- Wilson, K. (2004). A Canadian agency for public health: Could it work? *Canadian Medical Association Journal*, 170, 222-224.
- World Health Organization (1998). The world health report 1998 – Life in the 21st century: A vision for all. *Weekly Epidemiological Record*, 73, 145-152.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life* Geneva: WHO.
- Zou, S., Forrester, L., & Giulivi, A. (2003). Hepatitis C update. *Canadian Journal of Public Health*, 94, 127-129.

W7 Vortrag mit Diskussion: Hepatitis C und Drogen: Beispiel Kanada Interdisziplinäre Forschung zu HCV und Aus- und Weiterbildung: Was wird gebraucht? Protokoll

Inputreferat und Moderation: Prof. Benedikt Fischer

**Marginalisierte Risiko-Populationen müssen untersucht und verstanden werden!
Den psychosozialen Umständen, den gesundheitlichen Voraussetzungen
und dem speziellen Verhalten muss Rechnung getragen werden!
Wie kann die Prävention und die Behandlung an diese Gruppen angepasst werden?**

Fragen an die Forschung zu Hepatitis C

- Die Übertragungswege der Hepatitis C sollten weiter erforscht werden, da 40 % noch nicht konkret bekannt sind. Die Ausschließung der Ansteckung durch »normalen« sexuellen Kontakt ist auch nicht ausreichend erforscht, da die Definition oft sehr weit auseinander geht.

- Die deutsche Crack-Szene in Frankfurt und Hamburg muss näher untersucht werden, um die Gewohnheiten und somit die Infektionsrisiken näher zu bestimmen.
- Die Einstellung und Bereitschaft der Ärzte zur Behandlung von Drogenkonsumenten mit Hepatitis C sollte weiter erforscht werden, da Ärzte oftmals Behandlungsängste gegenüber den Konsumenten haben, und deshalb eine Behandlung ablehnen.
- Die Voraussetzungen und Motive zur Bereitschaft von Konsumenten mit Hepatitis C einer Behandlung zuzustimmen, – auch wenn Sie keine Symptome und Einschränkungen durch die Krankheit haben –, muss untersucht werden. Durch dieses Wissen könnten weitere Konsumenten mit Hepatitis C motiviert werden, sich für eine Behandlung zu entscheiden.

Das Problem der mangelnden Erfahrung behandelnder Ärzte könnte durch Weiterbildung behoben werden. Reicht dazu ein Qualitätszirkel aus?

Grundsätzlich ist es wichtig, dass die Forschung nicht isoliert ansetzt, sondern interdisziplinär!

Zur Ausbildung eines interdisziplinären kanadischen Forschungsnachwuchses (Biologen, Virologen, Mediziner, Psychologen, Suchttherapeuten ...) wurde in das National Canadian Research Training Program in Hep C (NCRTP – Hep C) initiiert. Ein systemischer Ansatz soll zur Überwindung der begrenzten Fachgebiete beitragen. Es ist dabei auch ein Kontingent für internationale Fachkräfte eingeplant. Weitere Infos: www.ncrtp-hepC/ca/

Protokoll: Heike Werner (BOA), Christine Schulze (Praktikantin BOA)

1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin 2004 Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und Psychosozialer Betreuung bei Drogengebrauch

Programm

Montag 24.05.04

18.00 – 21.00

Begrüßung und Moderation

Bärbel Knorr (DAH, Drogen und Menschen in Haft)

Michael Martens (LaBAS e.V.)

Vorträge und Diskussion

- **Koinfektion: Auswirkungen einer HIV / HCV-Koinfektion**
Dr. Jörg Claus, Berlin
- **Behandlung gescheitert oder Zugang verwehrt? – Alternativen in der Behandlung HCV+er**
Dr. Schad, Berlin, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe
- **A, B, D, E, F, G ... – weitere Hepatitis-Infektionen und Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation HCV+er**
Dr. Klausen, Berlin
- **Leitlinien zur Behandlung von HCV bei DrogenkonsumentInnen in Europa**
Dagmar Hedrich, (EMCDDA, Lissabon), Dipl.-Gesundheitswirt Bernd Schulte (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg)

Dienstag, 25.05.03

10.00 – 17.00 Uhr

Begrüßung

Heino Stöver (akzept e.V.), Michael Martens (LaBAS e.V.)

Input-Referate

- **Epidemiologie**
Dr. Doris Radun, Robert Koch-Institut, Abt.3, Infektionsepidemiologie, RKI, Berlin

- **Therapie**
Dr. Jörg Götz, Berlin
- **Prävention, psychosoziale Versorgung in Deutschland**
Dr. Heino Stöver, BISDRO Universität Bremen
- **Innovative Präventions-Ideen aus der Schweiz**
Régine Lindner, FASD | BRR | URD, Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich, Christopher Eastus, Eastus Consulting, Bern)
- **Innovative Präventions-Ideen aus den Niederlanden**
Josefien Ensdorff, Stichting Mainline, Amsterdam
- **Psychosoziale Versorgungs-Ideen aus Österreich**
Dr. H. Haltmayer, Ärztl. Leiter Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte, Wien
- **Medizinische und psychosoziale Qualitätsstandards der HCV-Therapie. Betrachtungsweisen der Drogen-Selbsthilfe JES**
Marco Jesse, Sprecher JES Bremen

Arbeitsgruppen

Fragestellung: »In welchem Setting kann die Hepatitisprävention als Erweiterung der HIV-Prävention wie umgesetzt werden?«

1) Eckpunkte einer nationalen Hepatitis C-Strategie

Vertreter BMGS (Dr. Ingo-Ilja Michelt), RKI (Dr. Doris Radun) und Kompetenznetzwerk Hepatitis (Prof. Dr. Hans-Ludger Tillmann)
Moderation / Inputreferat: Astrid Leicht (Fixpunkt, Berlin), Dr. Heino Stöver

Die Bedeutung der Hepatitis C wird im deutschen Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik stark unterschätzt. Die Hepatitis steht immer noch im Schatten von HIV/AIDS – dabei könnten wir aus den Erfahrungen im Umgang mit HIV/AIDS viel lernen. In Australien gibt es z. B. schon seit Jahren einen »Nationalen Hepatitis C Aktionsplan«. Wäre ein Aktionsplan auch für Deutschland sinnvoll?

2) SETTING: Niedrigschwellige Kontaktarbeit

Moderation / Inputreferat: Kerstin Dettmer (Ärztin, Fixpunkt, Berlin) und Felix von Ploetz (Sozialarbeiter Fixpunkt, Berlin), Joachim Krause (Malteser Ambulanz FFM)

Die Infektionsprophylaxe hat im niedrigschwelligen Setting einen hohen Stellenwert. Aber auch die Beratung und Vermittlung von chronisch Hepatitis-C-Infizierten spielt eine große Rolle. Welche Prioritäten sollten in niedrigschwelligen Projekten gesetzt werden? Welche Methoden des Wissenstransfer sind unter den häufig erschwerten Rahmenbedingungen möglich und erfolgreich?

3) SETTING: Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle, PSB)

Moderation / Inputreferat: Monika Brühahn (BOA/Berlin), Katrin Schiffer (AMOC / DHV Amsterdam)

Welchen Stellenwert hat die Hepatitis C innerhalb der ambulanten Beratung? Welchen Beitrag können Berater/innen und Betreuer/innen im Rahmen der ambulanten Arbeit leisten, um den Zugang zur medizinischen Behandlung zu erleichtern und Therapieerfolge zu sichern? Diese und weitere Fragestellungen sollen im Rahmen dieses Workshops diskutiert werden.

4) SETTING: Stationäre Einrichtung (Entzug, Therapie, Wohnen)

Moderation / Inputreferat: Anabela Dias de Oliveira, Tanja Boecker (Projekt Lüsa, Unna), Dane Aubel, Ärztin (ADV – F 42), Christian Thomes, (Zuhause im Kiez gGmbH / ZIK, Berlin)

Die Aufnahme in einer stationären Einrichtung ist in der Regel mit einer medizinischen Untersuchung verbunden. Wird innerhalb der Einrichtung oder unmittelbar vor der Aufnahme auf HCV getestet? Welche Konsequenzen ergeben sich aus einem positiven Befund? Wann und unter welchen Voraussetzungen ist eine medizinische Behandlung sinnvoll? Welche Präventionsmöglichkeiten sollten in den Einrichtungen gegeben sein? Welche Maßnahmen sollten vor der Entlassung getroffen werden?

5) SETTING: Gefängnis

Moderation / Inputreferat: Fr. Heyn-Schneider (JVA Lichtenberg/Berlin), Bärbel Knorr (DAH, Drogen und Menschen in Haft)

Angebote der Prävention und Behandlung müssen aufeinander abgestimmt sein, damit Infektionsketten durchbrochen werden können. Welche Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten gibt es in Haftanstalten? Welche Voraussetzungen sind notwendig, um das Thema Hepatitis C angemessen in die alltägliche Arbeit integrieren zu können? Wie kann eine Verzahnung der Angebote »drinnen« und »draußen« erfolgen?

6) Bedürfnisse und Perspektiven chronisch HCV-infizierter Drogengebraucher – was kann die psychosoziale Versorgung anbieten?

Moderation / Inputreferat: Kristine Leicht (Diplom Pädagogin, Zuhause im Kiez gGmbH ZIK, Berlin), Elke Rasche (Psychologin, Frauenladen, Frauen-Sucht-Hilfe Berlin e.V.), Sabine von Wegerer (Deutsche Leberhilfe), Dr. H. Haltmayer

Die chronische HCV-Infektion verläuft häufig über Jahre unbemerkt und wird oft lange Zeit verdrängt. Wie kann trotzdem die psychosoziale Betreuung in angemessener Weise das Leben mit HCV thematisieren und Betroffene unterstützen? Welche Auswirkungen kann eine HCV-Infektion auf Lebensplanung und -wünsche überhaupt haben? Wie groß ist die psychische Belastung, mit einer chronischen und ansteckenden Infektion zu leben?

7a) Vortrag mit Diskussion: Hepatitis C und Drogen: Beispiel Kanada

7b) Interdisziplinäre Forschung zu HCV und Aus- und Weiterbildung:

Was wird gebraucht?

Prof. Benedikt Fischer (Centre for Addiction and Mental Health, Toronto and University of Toronto)

Abschluss-Plenum

Podiumsdiskussion mit Vertretern von BMGS (Dr. Ingo-Ilja Michels), JES (Marco Jesse), Kompetenznetzwerk Hepatitis (Prof. Dr. Hans-Ludger Tillmann), ZIS (Bernd Schulte), Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (Dr. Schulte-Sasse, Staatssekretär), Deutsche Leberhilfe (Sabine von Wegerer)

Moderation: Dirk Schäffer (DAH, Ref. für Drogen und Menschen in Haft, Berlin), Dr. Heino Stöver



Abschlusspodium Bernd Schulte, Bernd Schulte-Sasse,
Sabine von Wegerer, Ingo-Ilja Michels, Heino Stöver

Referenten

Dr. Jörg **Claus**, Dipl.-Psych., FA Allgem. Med., Oranienstraße 159, D-10969 Berlin,
Tel. +49 -30 – 61 65 39 03, praxisclaus@gmx.de

Christopher **Eastus**, Eastus Consulting, Aarstraße 104, CH – 3005 Bern,
Tel. +41 (0) 31 332 45 80, consulting@eastus.ch

Josefien **Ensdorff**, Stichting Mainline, Frederik Hendrik Straat 111-115,
NL – 1052 HN Amsterdam, Tel. +31 20 68 22 660, J.ensdorff@mainline.nl

Asst. Prof. Benedikt **Fischer**, Public Health Sciences and Criminology,
University of Toronto, Kanada, Benedikt_Fischer@cambh.net

Dr. Jörg **Gözl**, Praxiszentrum Kaiserdamm, Schwerpunktpraxis für HIV, Hepatitis, Sucht-
medizin, Kaiserdamm 24, D – 14057 Berlin, Tel. +49 -30 – 30 11 39-0, goelz@snafu.de

Dr. Hans **Haltmayer**, Ärztlicher Leiter Ambulatorium Ganslwirt,
Verein Wiener Sozialprojekte, Esterhazygasse 18, A – 1060 Wien,
Tel. +43 1 586 04 38 – 22, hans.haltmayer@vws.or.at

Dagmar **Hedrich**, Diplom-Psychologin und Suchttherapeutin,
Projektmanagerin für Harm Reduction bei der Europäischen Beobachtungsstelle
für Drogen und Drogensucht (EBDD), Rua da Cruz de Santa Apolonia, 23/25,
1149-045 Lissabon, Portugal., Tel. 00 351 21 811 30 67, Fax 00 351 21 813 79 43,
dagmar.hedrich@emcdda.eu.int

Dr. med. Gerd **Klausen**, Praxiszentrum Kaiserdamm,
Kaiserdamm 24, D – 14057 Berlin, Tel. +49 -30 – 30 11 39-0, Fax +49 -30 – 30 11 39-99,
klausen@praxiszentrum-kaiserdamm.de, www.praxiszentrum-kaiserdamm.de

Régine **Lindner**, FASD | BRR | URD, Schweizerische Fachstelle für
Schadenminderung im Drogenbereich, Rte. des Arsenaux 9, CH – 1700 Fribourg,
Tel. 026 347 15 75, sahoseo@infoset.ch

Dr. Ingo-Ilja **Michels**, Bundesministerium für Gesundheit, und Soziale Sicherung,
Leiter der Geschäftsstelle, der Drogenbeauftragten der Bundesregierung,
Wilhelmstraße 49, D – 10117 Berlin, Ingo.michels@bmgs.bund.de

Dr. Doris **Radun**, Robert Koch-Institut, Abt. 3, Infektionsepidemiologie,
FG 34 (HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragbare, Infektionen),
Seestraße 10, D – 13353 Berlin, Tel. 01888-754-3406, RadunD@rki.de

Dr. Friedemann **Schad**, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe,
Kladower Damm 221, D – 14089 Berlin, Tel. +49 -30 – 365 01-0,
fshad@havelhoehe.de

Bernd **Schulte**, Diplom-Gesundheitswirt,
Dr. med. Jens **Reimer**, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung
der Universität Hamburg, Martinstraße 52, D – 20246 Hamburg,
Tel. 040 42803-7901, Fax +49 -40 42803 – 8351,
b.schulte@uke.uni-hamburg.de, reimer@uke.uni-hamburg.de

Priv.-Doz. Dr. Heino **Stöver**, Universität Bremen, Bremer Institut für Drogenforschung
(BISDRO), Postfach 330 440, D – 28334 Bremen, Tel. +49 (0) 421 218 3173,
heino.stoever@uni-bremen.de, www.archido.de

Moderatoren

Prof. Dr. Hans Ludger **Tillmann**, Kompetenznetzwerk Hepatitis, Universität Leipzig,
hans.tillmann@medizin.uni.leipzig.de · (W1)

Astrid **Leicht**, Fixpunkt e.V., Boppstraße 7, D – 10967 Berlin,
Tel. +49 -30 – 693 22 60, A.leicht@fixpunkt.org · (W1)

Kerstin **Dettmer**, Ärztin, Sozialarbeiter, Fixpunkt e. V., Boppstraße 7, D – 10967 Berlin,
Tel. +49 -30 – 693 22 60, k.dettmer@fixpunkt.org · (W2)

Felix **von Ploetz**, Sozialarbeiter, Fixpunkt e.V., Boppstraße 7, D – 10967 Berlin,
Tel. +49 -30 – 693 22 60, f.v.ploetz@fixpunkt.org · (W2)

Joachim **Krause**, Malteser Ambulanz, Schielestraße 26, D – 60314 Frankfurt,
Tel. +49 69 – 94 21 91 06, joachim.krause@malteser-frankfurt.org · (W2)

Monika **Brühahn**, BOA e.V., Zwinglistraße 4, D – 10555 Berlin,
Tel. +49 -30 – 392 70 17, geschaeftsstelle@boa-berlin.de · (W3)

Katrin **Schiffer**, A M O C / D H V Amsterdam, Stadhouderskade 159,
NL – 1074 BC Amsterdam, Kschiffer@amoc.demon.nl · (W3)

Anabela **Dias de Oliveira**, Projekt Lüsa, Platanenallee 3, D – 59425 Unna,
Tel. +49 -2323-234 10, Projekt-Luesa@t-online.de · (W4)

Tanja **Boecker**, Projekt Lüsa, Platanenallee 3, D – 59425 Unna,
Projekt-Luesa@t-online.de · (W4)

Dane **Aubel**, Ärztin, ADV ›F 42‹, Flughafenstraße 42, D – 12053 Berlin,
Tel. +49 -30 – 60 97 82 0, f42@ADV-suchthilfe.de · (W4)

Christian **Thomes**, Zuhause im Kiez gGmbH, Perleberger Straße 27, D – 10555 Berlin,
Tel. +49 -30 – 398 96 031, zuhause@zik-gmbh.de · (W4)

Marion **Heyn-Schneider**, Justizvollzugsanstalt für Frauen Berlin,
Alfredstraße 11, D – 10365 Berlin · (W5)

Bärbel **Knorr**, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Drogen & Menschen in Haft,
Dieffenbachstraße 33, D – 10967 Berlin, Tel. +49 -30 – 69 00 87-45,
baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de · (W5)

Kristine **Leicht**, Diplom-Pädagogin, Zuhause im Kiez gGmbH, Perleberger Straße 27,
D – 10555 Berlin, Tel. +49 -30 -398 96 031, k.leicht@berlin.de · (W6)

Elke **Rasche**, Psychologin, Frauenladen, Frauen-Sucht-Hilfe Berlin e.V.,
Nazarethkirchstraße 42, D – 13347 Berlin, Tel. +49 -30 -455 20 93,
frauenladen@t-online.de · (W6)

Sabine **von Wegerer**, Berliner Leberring e.V., Kontaktstelle Berlin der
Deutschen Leberhilfe e.V., Beratungsstelle für Hepatitis-Betroffene im
Charité Campus Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, D – 12203 Berlin,
Tel. / Fax +49 -30 – 8445-2140, sabine.vwegerer@freenet.de · (W6)

Marco **Jesse**, JES Bremen e.V., Findorffstraße 94, D – 28215 Bremen,
Tel. +49 421 – 354895, Fax +49 421 – 3762338, jesbremen@aol.com,
www.jesbremen.de · (Abschlusspodium)

Dirk **Schäffer**, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Referent Drogen & Menschen in Haft,
Dieffenbachstraße 33, D – 10967 Berlin, Tel. +49 -30 – 69 00 87-56,
Dirk.schaeffer@dah-aidshilfe.de · (Abschlusspodium)

Dr. Bernd **Schulte Sasse**, Staatssekretär, Senatsverwaltung
für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz,
Oranienstraße 106, D – 10969 Berlin · (Abschlusspodium)

Pressespiegel

Grundlage der Veröffentlichungen ist immer die dpa-Meldung, basierend auf der Pressemitteilung.

Ostsee-Zeitung.de vom 24. Mai 2004 –
gleicher Artikel wie in der Berliner Morgenpost vom Sonntag)

Experten warnen vor stiller Hepatitis-C-Epidemie

Berlin (dpa) Rund eine halbe Million Menschen in Deutschland sind mit Hepatitis C infiziert, und jedes Jahr kommen 6000 Neuinfektionen hinzu. Die hoch ansteckende Leberkrankheit, die vor allem Drogenkonsumenten betrifft, sei damit längst zu einer stillen Epidemie geworden, warnen Experten anlässlich des 1. Internationalen Fachtags Hepatitis C (HCV) heute in Berlin.

»Die Krankheit verläuft oft relativ lange symptomlos, wird aber in drei Viertel der Fälle chronisch und führt dann ohne Behandlung langfristig zu Leberversagen oder Leberkrebs – und damit zum Tod«, sagte Dirk Schäffer, Drogenreferent der Deutschen Aids-hilfe. 60 bis 90 Prozent aller Drogenabhängigen, die Spritzen nutzten, seien HCV-infiziert, den Aidserreger HIV hingegen hätten nur neun Prozent im Blut. Deshalb wollen Ärzte, Sozialarbeiter und Krankenpfleger in Berlin Grundlagen für ein umfassendes Präventionsprogramm entwerfen. Immer noch wüssten Betroffene zu wenig über die Krankheit, die im Wesentlichen durch Blut-zu-Blut Kontakte übertragen wird.

DIE WELT vom 24. Mai 2004

Tagung: Fachleute warnen vor Hepatitis-Epidemie

Rund eine halbe Million Menschen in Deutschland hat Hepatitis C und jedes Jahr kommen 6000 Neuinfektionen hinzu. Die hoch ansteckende Krankheit, die vor allem Drogenkonsumenten betrifft, sei damit längst zu einer stillen Epidemie geworden, warnen Experten anlässlich des 1. Internationalen Fachtag Hepatitis C (HCV) an diesem Montag in Berlin. »Wir müssen uns endlich mehr um dieses Thema kümmern«, sagte Dirk Schäffer, Drogenreferent der Deutschen Aids-hilfe, der dpa. 60 bis 90 Prozent aller Drogenabhängigen, die Spritzen nutzten, seien HCV-infiziert, den Aidserreger HIV hingegen hätten neun Prozent im Blut. *dpa*

n-tv.de vom Samstag, 22. Mai 2004

Ausbreitung in Deutschland

Stille Hepatitis-C-Epidemie

Rund eine halbe Million Menschen in Deutschland sind mit Hepatitis C infiziert, und jedes Jahr kommen 6.000 Neuinfektionen hinzu. Die hoch ansteckende Leberkrankheit, die vor allem Drogenkonsumenten betrifft, sei damit längst zu einer stillen Epi-

demie geworden, warnen Experten anlässlich des 1. Internationalen Fachtags Hepatitis C (HCV) an diesem Montag in Berlin.

»Wir müssen uns endlich mehr um dieses Thema kümmern«, sagte Dirk Schäffer, Drogenreferent der Deutschen Aids-hilfe. 60 bis 90 Prozent aller Drogenabhängigen, die Spritzen nutzten, seien HCV-infiziert, den Aidserreger HIV hingegen hätten nur 9 Prozent im Blut.

»Die Krankheit verläuft oft relativ lange symptomlos, wird aber in drei Viertel der Fälle chronisch und führt dann ohne Behandlung langfristig zu Leberversagen oder Leberkrebs – und damit zum Tod«, sagte Schäffer. Deshalb wollen Ärzte, Sozialarbeiter und Krankenpfleger in Berlin Grundlagen für ein umfassendes Präventionsprogramm entwerfen. Immer noch wüssten Betroffene zu wenig über die Krankheit, die im Wesentlichen durch Blut-zu-Blut Kontakte übertragen wird.

Der Gebrauch sauberer Spritzen allein reiche aber nicht aus, betonte Schäffer. Auch durch Löffel, Filter oder gemeinsam benutztes Wasser könnten sich Fixer anstecken. Die Gefahr beim Sex sei ebenfalls hoch, da schon geringste Verletzungen zur Ansteckung führen könnten. Hier soll auch ein vom Bundesgesundheitsministerium unterstützter Film Aufklärung schaffen, der in Berlin präsentiert wird und künftig in Beratungsstellen eingesetzt werden könne, sagte Schäffer.

Früher stellten Bluter die größte Gruppe der Hepatitis-C-Kranken. 80 bis 90 Prozent derjenigen, die vor 1987 Blutgerinnungsfaktoren erhielten, steckten sich an. Zu einem geringen Anteil sind auch Dialysepatienten und Organtransplantierte von HCV betroffen.

Ratgeber Infektionserkrankungen:

Hepatitis Robert Koch Institut ■ Hepatitis medicine worldwide

Hepatitis Zentrum für Reisemedizin ■ Impfungen medicine worldwide

stern.de vom 22. Mai 2004

Infektion

»Stille« Hepatitis-C-Epidemie in Deutschland

© Karl Mathis / dpa

Die Krankheit verläuft oft relativ lange symptomlos.

... wie zuvor, weiter:

Durch Blut-zu-Blut Kontakte übertragen

»Die Krankheit verläuft oft relativ lange symptomlos, wird aber in drei Viertel der Fälle chronisch und führt dann ohne Behandlung langfristig zu Leberversagen oder Leberkrebs – und damit zum Tod«, sagte Schäffer. Deshalb wollen Ärzte, Sozialarbeiter und Krankenpfleger in Berlin Grundlagen für ein umfassendes Präventionsprogramm entwerfen. Immer noch wüssten Betroffene zu wenig über die Krankheit, die im Wesentlichen durch Blut-zu-Blut Kontakte übertragen wird.

Der Gebrauch sauberer Spritzen allein reiche aber nicht aus, betonte Schäffer. Auch durch Löffel, Filter oder gemeinsam benutztes Wasser könnten sich Fixer anstecken.

Die Gefahr beim Sex sei ebenfalls hoch, da schon geringste Verletzungen zur Ansteckung führen könnten. Hier soll auch ein vom Bundesgesundheitsministerium unterstützter Film Aufklärung schaffen, der in Berlin präsentiert wird und künftig in Beratungsstellen eingesetzt werden könne, sagte Schäffer.

Bluter früher größte Risikogruppe

Früher stellten Bluter die größte Gruppe der Hepatitis-C-Kranken. 80 bis 90 Prozent derjenigen, die vor 1987 Blutgerinnungsfaktoren erhielten, steckten sich an. Zu einem geringen Anteil sind auch Dialysepatienten und Organtransplantierte von HCV betroffen.

Berliner Morgenpost vom Sonntag, 23. Mai 2004

Internationale Fachtagung zu Hepatitis C in Berlin

... wie zuvor, weiter:

Deshalb wollen Ärzte, Sozialarbeiter und Krankenpfleger in Berlin Grundlagen für ein umfassendes Präventionsprogramm entwerfen. Immer noch wüssten Betroffene zu wenig über die Krankheit, die im Wesentlichen durch Blut-zu-Blut-Kontakte übertragen wird. Früher stellten daher Bluter die größte Betroffenengruppe. Auch die Gefahr beim Sex sei aber hoch, da schon geringste Verletzungen zur Ansteckung führen könnten. *dpa*

NEWS FOCUS Online vom 24. Mai 2004

Hepatitis-Risiko Sex

Die Gefahr, sich beim Sex mit der lebensgefährlichen Lebererkrankung Hepatitis C anzustecken, ist besonders groß. Bereits 500 000 Deutsche sind infiziert.

»Die Krankheit verläuft oft relativ lange symptomlos, wird aber in drei Viertel der Fälle chronisch und führt dann ohne Behandlung langfristig zu Leberversagen oder Leberkrebs – und damit zum Tod«, warnt Dirk Schäffer, Drogenreferent der Deutschen Aidshilfe. Deshalb wollen Ärzte, Sozialarbeiter und Krankenpfleger heute, am 1. Internationalen Fachtags Hepatitis C (HCV) in Berlin, Grundlagen für ein umfassendes Präventionsprogramm entwerfen.

Immer noch wüssten Betroffene zu wenig über die Krankheit, die im Wesentlichen durch Blut-zu-Blut Kontakte übertragen wird. Jedes Jahr kommen 6000 Neuinfektionen hinzu. Die hoch ansteckende Leberkrankheit, die vor allem Drogenkonsumenten betrifft, sei damit längst zu einer stillen Epidemie geworden, warnen Experten. »Wir müssen uns endlich mehr um dieses Thema kümmern«, fordert Dirk Schäffer. 60 bis 90 Prozent aller Drogenabhängigen, die Spritzen benutzen, seien HCV-infiziert, den Aidserreger HIV hingegen hätten nur 9 Prozent im Blut.

Der Gebrauch sauberer Spritzen allein reiche aber nicht aus, betonte Schäffer. Auch durch Löffel, Filter oder gemeinsam benutztes Wasser könnten sich Fixer anstecken. Die Gefahr beim Sex sei ebenfalls hoch, da schon geringste Verletzungen zur Ansteckung führen könnten. Hier soll auch ein vom Bundesgesundheitsministerium unterstützter Film Aufklärung schaffen, der in Berlin präsentiert wird und künftig in

Beratungsstellen eingesetzt werden könne, sagt Schäffer. Kondome sind deshalb auch im Hinblick auf HCV unverzichtbar. Früher stellten Bluter die größte Gruppe der Hepatitis-C-Kranken. 80 bis 90 Prozent derjenigen, die vor 1987 Blutgerinnungsfaktoren erhielten, steckten sich an. Zu einem geringen Anteil sind auch Dialysepatienten und Organtransplantierte von HCV betroffen. (*Quelle: dpa*)

Volksstimme.de

Sinngemäß der dpa-Meldung folgend

Ärzte Zeitung vom 25. Mai 2004

Warnung vor stiller Epidemie der Hepatitis C

BERLIN (dpa). Etwa eine halbe Million Menschen in Deutschland sind mit dem Erreger der Hepatitis C infiziert. Jedes Jahr infizieren sich 6000 Menschen neu. Hepatitis C, die vor allem Drogenkonsumenten betrifft, sei damit längst zu einer stillen Epidemie geworden, warnen Experten aus Anlaß des 1. Internationalen Fachtags Hepatitis C heute in Berlin. »Wir müssen uns endlich mehr um dieses Thema kümmern«, sagte Dirk Schäffer, Drogenreferent der Deutschen Aidshilfe. 60 bis 90 Prozent aller Drogenabhängigen, die Spritzen nutzten, seien HCV-infiziert.

presstext.deutschland vom Freitag, 28. Mai 2004

Erster internationaler Fachtag Hepatitis C ein großer Erfolg

Berlin (pts, 26. Mai 2004 11:33) – Die Veranstaltung vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.), der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH e.V.) und dem Landesverband der Berliner AIDS-Selbsthilfegruppen e.V. (LaBAS e.V.) lockte 230 Teilnehmer aus mehreren europäischen Ländern vom 24. – 25. 5. 2004 nach Berlin.

Deren großes Interesse an der Thematik ist eng mit der Brisanz und Dimension von Hepatitis C verknüpft:

- Es gibt 500.000 Hepatitis-C-Infizierte in Deutschland
- Hinzu kommen 6.000 Neuinfektionen im Jahr

Weltweit ist Hepatitis C mit 170 Millionen Betroffenen (3% der Weltbevölkerung) stärker als HIV/Aids verbreitet. »Auch in der Bundesrepublik ist Hepatitis bisher ein stark vernachlässigtes Thema. Es bedarf dringend einer Verbesserung des Behandlungszugangs für Drogen gebrauchende Menschen, denn lediglich 4% der behandlungsbedürftigen HCV-Infizierten bekommen bisher eine Behandlung«, sagt Heino Stöver von akzept e.V.

Die Veranstalter haben sich bei diesem Fachtag zu einem Aktionsbündnis zusammengeschlossen, um in der Öffentlichkeit gegenüber Gesundheitspolitikern mit Nachdruck auf die Notwendigkeit einer zentralen Präventionsstrategie gegen Hepatitis C aufmerksam zu machen.

Es müssen lebensweltnahe Präventionsstrategien entwickelt werden, denn

- 60 - 90 % der intravenös Drogen Gebrauchenden sind Hepatitis-C-infiziert
- 9 % der HIV-Infizierten sind Drogengebraucher.

Hannelore Knittel, Geschäftsführerin der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. bemerkt hierzu: »Es gilt, die vorhandenen Strukturen und Erfahrungen der HIV-Prävention zu nutzen und dennoch Hepatitis C als eigenständiges Thema mit eigenen Strategien der Prävention stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rufen.«

Heino Stöver erklärt: »Wir werden die Aufbruchstimmung, die von diesem Fachtag ausging, nutzen und so dem spürbaren »Präventionspessimismus« entgegenwirken. Das Signal muss heißen »Hepatitis-C-Prävention und Behandlung lohnen sich.«

Programmheft, Vermittlung von Fachgesprächen und weitere Informationen bei der DAH.

Wichtige Websites

www.hepatitisc.org.au/

www.health.gov.au

www.ncrtp-hepC/ca/

www.emcdda.eu.int

www.hepatitis-info.ch/

[www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/
Viral_Hepatitis_Newsletters/vhv12n3.pdf](http://www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Viral_Hepatitis_Newsletters/vhv12n3.pdf)

www.fasd-brr-urd.ch/PAGES/infodoku.html#hepc

www.kompetenznetz-hepatitis.de

www.hepfinder.com

www.hepatitis-care.de

www.hepatitis-c.de/links.htm

www.hepatitis-c.de/hepac.htm

www.hepatitishilfe.de

www.bag-leber.de

www.ncrtp-hepC/ca/

www.fih-berlin.de

www.mainline.org

www.mainliners.org.uk

www.hep-ccentre.com

www.bhiva.org

Unterstützer

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung,
Am Probsthof 78a, 53108 Bonn, www.bmgs.bund.de/

Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO),
Fachbereich 06 / Rechtswissenschaft, Universitätsallee, GW 1, B 2120, 28359 Bremen,
www.bisdro.uni-bremen.de/

StadtRand GbR, StadtRand gGmbH,
Perlebergerstraße 27, 10559 Berlin-Moabit, Tel. 030 – 3 98 96 00, Fax 030 – 3 98 96 01,
kontakt@stadtrand-berlin.de, geschaeftsstelle@stadtrand-berlin.de

Essex Pharma GmbH,
Thomas Dehler Straße 27, 81737 München,
Tel. +49 89 62731-0 Dial, Fax +49 89 62731-499, www.essex.de

Aventis Pasteur MSD,
Paul-Ehrlich-Straße 1, 69181 Leimen,
Tel. + 49 (0) 62 24 59 40, Fax: + 49 (0) 62 24 59 43 3, www.apmsd.de/

Hoffmann-La Roche AG,
Emil-Barell-Straße 1, 79639 Grenzach-Wyhlen, www.roche.de

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG,
Theresienhöhe 11, 80339 München, www.GlaxoSmithKline.de

Veranstalter

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik, Südwestkorso 14, 12161 Berlin,
Tel. +49 30 – 827 06 946, akzeptbuero@yahoo.de, www.akzept.org

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33, 10967 Berlin
Tel. +49 30 – 69 00 87-0, www.aidshilfe.de

Landesverband der Berliner AIDS Selbsthilfegruppen LaBAS e.V.
Kantstraße 152, 10623 Berlin, Tel. +49 30 – 31 50 46 81, www.labas.de

Veranstaltungs- und Programmplanung

Astrid Leicht, Fixpunkt e.V. Berlin, LaBAS e.V., akzept e.V.
a.leicht@fixpunkt.org

PD Dr. Heino Stöver, Universität Bremen, akzept e.V.
heino.stoever@uni-bremen.de

Bärbel Knorr, DAH, Drogen und Menschen in Haft
baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Dirk Schäffer, DAH, Ref. für Drogen und Menschen in Haft
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Michael Martens, LaBAS e.V.
m.martens@labas.de

Organisation

akzept e.V.
Christine Kluge Haberkorn
akzeptbuero@yahoo.de

Konto:
Bank für Sozialwirtschaft Berlin
BLZ 100 205 00, Konto 322 25 00



Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch

Selbstverständnis

Mit Hepatitis C sind etwa eine halbe Million Menschen in Deutschland chronisch infiziert. Jährlich treten ungefähr 5.000 Neuinfektionen auf. In vielen Fällen kann der Infektionsweg nicht mehr rekonstruiert werden, bei mehr als der Hälfte der Neuinfektionen wurde als Risikofaktor intravenöser Drogengebrauch dokumentiert. Zwischen 60 und 84 Prozent* der injizierenden Drogengebraucher (je nach Untergruppe) sind chronisch Hepatitis-C-infiziert.

Intravenöser Drogengebrauch ist somit aktuell in Deutschland der bedeutsamste Risikofaktor für eine neu erworbene Hepatitis-C-Infektion geworden.

Leider werden die Tatsachen in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitswesen bislang nicht ausreichend zur Kenntnis genommen. Aus diesem Grund hat sich nach der 1. Internationalen Fachtagung »Hepatitis C und Drogengebrauch« im Mai 2004 in Berlin das Aktionsbündnis »Hepatitis und Drogengebrauch« gegründet.

Ziel und Aufgabe des Aktionsbündnisses »Hepatitis und Drogengebrauch« ist, die Bedeutung und Auswirkungen von Hepatitisinfektionen, insbesondere der Hepatitis C, auf die Gruppe der Drogenkonsumenten und unser Gesundheitswesen insgesamt deutlich zu machen. Die Hepatitis-C-Infektionskrankheit erfordert einen eigenständigen Blick, vor allem für Drogenkonsumenten. Angesichts der Dimensionen dieser Infektionskrankheit hält das Aktionsbündnis eine nationale Hepatitis C-Strategie für erforderlich.

Das Aktionsbündnis ist ein offenes politisches Forum, das (fach-)politische Lobby-Arbeit zum Thema »Hepatitis und Drogengebrauch« macht.

Dem Aktionsbündnis gehören an:

- **DAH e.V.** (Deutsche AIDS Hilfe)
- **akzept e.V.** (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik)
- **LaBAS e.V.** (Landesverband der Berliner AIDS Selbsthilfeprojekte)
- **DGS e.V.** (Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin)
- **JES** (Netzwerk der Junkies, Ehemaligen und Substituierten)
- **Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.**

Das Aktionsbündnis will die Expertise vieler auf diesem Feld tätigen Personen/Institutionen zu einem Netzwerk zusammenfassen, um in der Lage zu sein, auf die mit HCV verbundenen und zukünftig noch steigenden Herausforderungen der Prävention, Versorgung, Behandlung und Politik zu begegnen.

* Backmund et al., 2003, Brack, 2002, Stark et al., 1997

Im Mittelpunkt stehen hierbei folgende Zielsetzungen:

- Verbesserung der Präventionsmaßnahmen
- Verbesserung des Therapiezugangs
- Transfer von Wissen zum Thema Hepatitis/ Drogengebrauch in die Bereiche Drogen- und AIDS Hilfe (Multiplikatoren), Betroffene (Selbsthilfe)

Wir wollen diese Ziele erreichen, durch eine gezielte (fach-)politische Lobbyarbeit, die eine Aktivierung und Einbindung von relevanten Akteuren aus Politik, Fachverbänden, Betroffenenorganisationen, Wissenschaftlern und weiteren Experten beinhaltet.

Erste konkrete Schritte sind:

- Fortbildungsreihe: Hepatitis bei Drogengebrauchern – was bedeutet das für die Drogenhilfe?« (in Planung)
- Kooperationen mit der Deutschen Leberhilfe sowie Schlüsselpersonen aus der Politik
- Strategische Partnerschaften mit weiteren Organisationen und Netzwerken (z.B. HepNet)
- Entwicklung von Eckpunkten einer »Nationalen Hepatitis C-Strategie«
- Organisation des 2. Internationalen Fachtages »Hepatitis C und Drogengebrauch« (Wien, Herbst 2005)
- Veröffentlichung von Best-Practice-Modellen und anderen Schlüsseltexten
- Konkrete politische und öffentlichkeitswirksame Aktionen
- Initiierung von Forschung in diesem Bereich

Partner:

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Dirk Schäffer, Tel. 030 - 69 00 87-56

dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Bärbel Knorr, Tel. 030 - 69 00 87-45

baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

akzept e.V.

Christine Kluge Haberkorn, Tel. 030 - 82 70 69 46, akzeptbuero@yahoo.de

PD Dr. Heino Stöver, Tel. 0421 - 218 31 73

heino.stoever@uni-bremen.de

LaBAS e.V.

Michael Martens, Tel. 030 - 31 50 46 81

m.martens@labas.de

Astrid Leicht, Tel. 030 - 693 22 60

a.leicht@fixpunkt.org

JES

Marco Jesse, Tel. 0421 - 35 48 95

JESBremen@aol.com

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin DGS (vorm. DGDS)

Dr. Jörg Gölz

goelz@snafu.de

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

Jürgen Heimchen, Tel. 0202 - 42 35 19

info@akzeptierende-eltern.de

Kontakt:

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch

c/o akzept e.V., Südwestkorso 14, 12161 Berlin,
Tel. 030 - 82 70 69 46, Fax 030 - 82 22 802,
E-Mail: akzeptbuero@yahoo.de

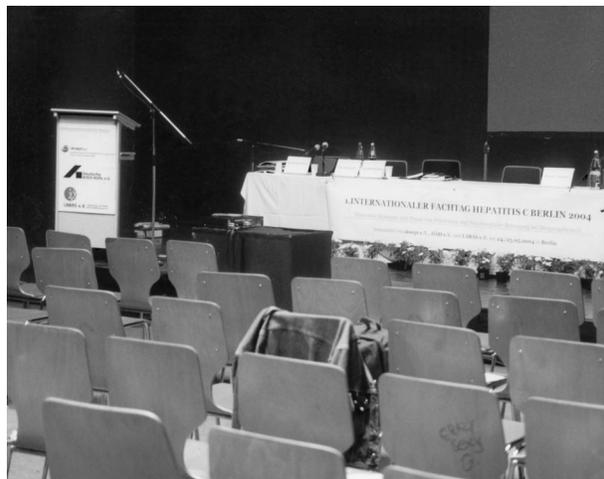
Unterstützer:

Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO)

Fachbereich 06/ Rechtswissenschaft
Universitätsallee, GW 1, B2120, 28359 Bremen
www.bisdro.uni-bremen.de/

StadtRand GbR, StadtRand gGmbH

Perlebergerstraße 27, 10559 Berlin-Moabit,
Tel. 030 - 3 98 96 00, Fax 030 - 3 98 96 01
kontakt@stadtrand-berlin.de
geschaeftsstelle@stadtrand-berlin.de



... nach dem Kongress
ist vor dem Kongress