

# Neue Modelle erfolgreicher HCV-Arbeit

4. INTERNATIONALER FACHTAG HEPATITIS C  
HAMBURG 2007 am 12./13. September

veranstaltet vom  
Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg  
und dem Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch  
in Zusammenarbeit mit Hamburger Suchthilfeeinrichtungen

DOKUMENTATION



## Impressum

### Herausgeber

#### **AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH**

in Zusammenarbeit mit dem **Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)**

akzept.e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik  
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.  
Prof.Dr. Heino Stöver, Universität Bremen, FB 06  
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin  
Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit  
JES e.V.  
Fixpunkt e.V.

Alle Rechte bei den Autorinnen und Autoren  
Berlin, Mai 2008

#### **Fotos:**

Christine Kluge Haberkorn, Berlin

#### **Übersetzungen:**

Heino Stöver, Bremen

#### **Umschlag und fact sheet:**

Bellu4 Katrin Gloggengiesser, Berlin

#### **Gestaltung und Satz**

Christine Kluge Haberkorn, Berlin

#### **Druck:**

Kleinoffsetdruck Dieter Dressler, Berlin

#### **Bestellungen:**

akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org, www.akzept.org

**Titelfoto:** v.l.nach r.: Prof.Dr.Heino Stöver, Albert Kern ( Leiter des Büros der Drogenbeauftragten der Bundesregierung), Dr. Doris Radun, Robert-Koch-Institut, Astrid Leicht, Fixpunkt e.V.

## Inhalt

<b>Vorwort der Veranstalter</b> Heino Stöver, Universität Bremen	5
<b>Vorträge Plenum</b>	
<b>Prävention von Hepatitis C - Übertragungen – Nutzen wir die Evidenz?</b> Nat MJ Wright und Charlotte NE Tompkins, Leeds	9
<b>Hepatitis C bei drogenabhängigen Migranten</b> Jens Reimer, Hamburg	35
<b>Offene Fragen in Forschung und Praxis</b> Doris Radun, Berlin	39
<b>HCV-Therapie und Substitution</b> Klaus Isernhagen, Köln	47
<b>HCV-Arbeit in der Schweiz: Besonderheiten am Beispiel Zürich</b> Sigrun Behrens, Zürich	53
<b>The injecting process: understanding viral transmission- a video project</b> Avril Taylor, Glasgow	55
<b>Hepatitis C unter Drogengebrauchern in den neuen EU Mitgliedsstaaten und den Nachbarländern : Eurasian Harm Reduction Network (EHRN)und HCV-bezogene Aktivitäten</b> Simona Merkinaite, Vilnius	61
<b>Integrative HCV-Behandlung am Modell der Institutsambulanz des Klinikums Nord</b> Jochen Brack, Hamburg	69
<b>HCV-Arbeit in stationärer Langzeithherapie</b> Thomas Giebel, Bad Schwalbach	75
<b>Workshops</b>	
<b>Fortbildungsseminar zur HCV-Prävention in der Suchthilfe: Konsumkontrolltrainings für Substituierte</b> Uwe Täubler, Hamburg und Bernd Westermann, Berlin	88

**Angehörigenseminar:**

**Familie und Sucht- das Hamburger Modell**

Uwe Petermann, Hamburg 91

**HCV Arbeit mit Opiatabhängigen Migranten**

Sabine Sturm ,Münster und Felix von Ploetz,Berlin 93

**Psychoedukation bei Opiatabhängigen mit und ohne**

**Hepatitis C – Infektion**

Silke Kuhn,Hamburg und Viktoria Tschernay,Berlin 101

**Suchtmedizinische und infektologische Bestandsaufnahme im  
Setting Haft**

Doris Radun und Bärbel Knorr, Berlin 105

**Satellitensymposium:  
Neue Optionen in der HCV-Therapie**

**Leitlinien zur Behandlung der Hepatitis C**

Jochen Brack, Hamburg 115

**Die subjektive Seite der HCV-Infektion**

Jens Reimer, Hamburg 125

**Neues zur Therapie der HCV bei Substitutionspatienten**

Jörg Götz, Berlin 139

**Nachlese und Ausblick**

Dirk Schäffer, Berlin 149

**ReferentInnen**

153

**Veranstalter / Partner Aktionsbündnis**

155

**Dank / Unterstützer**

157

**Hinweise**

158

**Programm**

159

**Fakten zu Hepatitis C**

165

## Vorwort der Veranstalter

Das **AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH** hat in Zusammenarbeit mit dem „Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)“ der Universität Hamburg den 4. Internationalen Fachtag Hepatitis C „Neue Modelle erfolgreicher HCV-Arbeit“ am 12. und 13. September 2007 in Hamburg ausgerichtet.

Durch die vorangegangenen drei Fachtage und durch das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte „Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch - Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht“ hat das **AKTIONSBÜNDNIS** nicht nur das Ziel einer erhöhten Aufmerksamkeit um das Thema Hepatitis C und Drogengebrauch erreicht, sondern auch eine interdisziplinäre Plattform zum Wissensaustausch und damit zur Fortbildung rund um das Thema Hepatitis C geschaffen, an der sich neben einer wachsenden Zahl von Verbänden und Einrichtungen u.a. die deutsche Leberstiftung (vormals „Kompetenznetz Hepatitis“) sowie das Robert-Koch-Institut beteiligen.

Sowohl im europäischen Drogenaktionsplan (2005-2008; Aktion 16), als auch im nationalen Aktionsplan „Drogen und Sucht“ wird eindeutig die Prävention der Verbreitung von HIV/AIDS, Hepatitis C und anderen blutübertragenen Infektionen und Krankheiten gefordert. Das Ziel des **AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH** ist es, mit Hilfe von Fachtagungen, deren Dokumentationen, Manualen, ‚fact sheets‘, website und Fortbildungen wirksame Präventionsmodelle zu identifizieren, sie in einem Netzwerk von Multiplikatoren zu kommunizieren und damit zu einer verbesserten Kooperation einerseits zwischen den PraktikerInnen, andererseits zwischen Praxis, Wissenschaft und Politik beizutragen.

Entsprechend der empfohlenen Aktion im europäischen Drogenaktionsplan wurden auf dem Fachtag Vorschläge entwickelt, wie innovative Präventionsprojekte in die allgemeine Sozial- und Gesundheitsversorgung integriert werden können. Erstes Beispiel einer solchen kommunal vernetzten Kooperation stellte die „Aktionswoche gegen Hepatitis C bei DrogenkonsumentInnen“ vom 06.-10.11.06 in Hamburg dar, wo im Rahmen einer konzertierten Aktion HCV-Präventionskräfte mobilisiert wurden. Diese Veranstaltung wurde mit Unterstützung des **AKTIONSBÜNDNISSES** und des o.g. Manuals durchgeführt.

Der 4.Internationale Fachtag Hepatitis C war eine Wissensplattform, die den TeilnehmerInnen die Möglichkeit bot, (inter-)national erfolgreiche

HCV-Interventionen/-Modelle/-Strategien kennenzulernen, sich fortzubilden mit dem Ziel, die erweiterte Wissens- und Handlungskompetenz in die tägliche HCV-Arbeit in verschiedene Arbeitssettings zu integrieren.

Die erfolgreiche Konzeption vorangegangener Fachtage blieb dabei weitgehend bestehen. Das allgemeine Symposium diente dazu, aktuelle Erkenntnisse aus Forschung und Praxis zu präsentieren und Schlussfolgerungen für die Versorgung bereitzustellen.

Inhaltlich wurden evidenzbasierte Interventionen zur HCV-Prävention bei Drogenabhängigen und erste Ergebnisse über die bislang wenige beachteten Risikogruppen der Drogenabhängigen mit Migrationshintergrund und der Crack-Raucher in den Vordergrund gestellt.

**Die Kernfrage bleibt:**

Welche Interventionen und Strategien sind wirkungsvoll in der Bekämpfung der Hepatitis C ?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden in zwei speziellen Vortrags-symposien von internationalen und nationalen ExpertInnen erfolgreiche Interventionen, Modelle, Projekte, Netzwerke und Strategien zur Prävention der Hepatitis-C bei Drogengebern vorgestellt.

Erfordernisse für eine erfolgreiche Umsetzung und die Möglichkeiten einer Adaption in die deutschen Versorgungsstrukturen waren dabei wesentliche Bestandteile der Diskussion.

Ein Teil der Workshops wurde gegenüber den vorangegangenen Fachtagen neu konzipiert und hat einen deutlicheren Fortbildungscharakter erhalten. Die Seminare richteten sich an alle an der HCV-Arbeit beteiligten Berufs- und Arbeitsgruppen und haben die TeilnehmerInnen anhand von erfolgreichen und anerkannten Interventionskonzepten und -modellen gezielt weitergebildet. Es war das Resultat von Auswertungen der ersten drei Fachtage, dass für die Bereiche „Medizin und Haft“ und „Rehabilitation“ besondere Angebote mit speziellem Aufbau gefragt wurden.

Daher wurden dieses Mal gezielt Seminare für bestimmte Berufsgruppen angeboten, deren TeilnehmerInnen dann in ihrem Arbeitsbereich als Multiplikatoren wirken können. Eine weitere Zielgruppe waren Angehörige, nachdem die Teilnehmerzahl dieser (indirekt) Betroffenenengruppe bei den vorangegangenen Veranstaltungen überproportional hoch war. Auch auf die HCV Arbeit in stationärer Langzeittherapie konnte in den vorangegangenen Veranstaltungen nicht im nötigen Umfang eingegangen werden.

Ebenso wurden erfolgreiche Konzepte zur Verhaltensänderung, die auch für die HCV-Prävention erfolgversprechend sind (z.B. Motivational Interviewing, Konzepte zur Konsumreduktion) praxisorientiert geschult. Weitere Workshops waren strategisch und setting-bezogen ausgerichtet, um auf die veränderten Ausgangssituationen vorzubereiten (z.B. Substitution in Haft).

- Konsumkontrolltrainings für Substituierte,
- Psychoedukation bei Opiatabhängigen,
- HCV-Arbeit in der stationären Langzeittherapie,
- HCV-Arbeit mit opiatabhängigen Migranten
- und ein Angehörigenseminar.
- Alle workshops waren voll ausgelastet und erhielten im nachhinein positive Resonanzen.

In Deutschland besteht im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten keine nationale Strategie zur Bekämpfung der Hepatitis C bei Drogenabhängigen. So haben regionale Strategien in Zusammenarbeit von Behörden und Einrichtungen der Drogenhilfssysteme Modellcharakter für die Bekämpfung der Hepatitis C. Wie vielschichtig die Ansätze der HCV-Prävention sind, konnte bereits in einer Diskussionsrunde im Vorprogramm mit Vertretern der Hamburger Suchthilfe und Behörden gezeigt werden und auch die Vorträge des allgemeinen Vortragssymposiums direkt nach Eröffnung des Fachtags fassten die Notwendigkeiten in der Prävention und Versorgung der Hepatitis C bei Drogenabhängigen zusammen:

- Dringender Bedarf an effektiven Interventionen zur HCV-Prävention (N. Wrigtht, Leeds)
- Verbesserung des Zugangs zum Hilfesystem (Prävention, Testung, Behandlung) für HCV-infizierte, drogenabhängige Migranten (J. Reimer, Hamburg)
- Weitere Anstrengungen sind nötig zur Klärung von Grundsatzfragen zur Epidemiologie und Übertragungswege der HCV (Dr. D. Radun, Berlin)
- Die Kombination aus Substitution und antiviraler HCV-Therapie stellt das geeignetste Setting zur Behandlung dar (K. Isernhagen, Köln)
- Auf einer Podiumsdiskussion wurde der Bogen zwischen Praxis, Forschung und Politik einerseits und Prävention und Behandlung andererseits geschlagen und es wurden konkrete Grundlagen für die weiteren Schritte in der Bekämpfung der HCV-Epidemie formuliert. Aus dem Kreis der Teilnehmer der Podiumsdiskussion wurden auch einige

Forderungen an den Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit nach einer konzentrierten Aktion/nationalen Strategie gestellt.

Mit 107 zahlenden Teilnehmern und vielen weiteren Interessierten zeigte dieser Fachtag erneut das hohe Interesse an dem Zusammenhang von HCV und Drogenabhängigkeit. Gut erreicht wurden neben den MitarbeiterInnen von Drogenhilfe und AIDS Hilfe dieses Mal auch Mediziner und medizinisches Personal, MitarbeiterInnen von Haftanstalten (medizinischer wie sozialbetreuerischer Bereich) und Angehörige HCV-Infizierter. 20% der Teilnehmer waren Wiederholungsbesucher, sie hatten bereits einen der vorherigen Fachtage besucht und hatten Vertiefungs-/bzw. Ergänzungsbedarf.

Die Praktiker unter den Teilnehmern lobten vor allem den 4. Vortrag (HCV Therapie und Substitution), der anhand modellhafter Beispiele Umsetzungsmöglichkeiten für Behandlungsstrategien aufzeigte. Lob gab es auch besonders für die Vortragenden aus dem Ausland. Besonders die mediale Umsetzung im beeindruckenden Videoprojekt über HCV-Transmissionsrisiken bei i.v. Drogengebern von Avril Taylor aus Glasgow überzeugte und regte etliche Einrichtungsvertreter zu Überlegungen für ein ähnliches eigenes Projekt an.

Insgesamt bot der Fachtag Hepatitis C - wie angestrebt - vielfältige neue Möglichkeiten der Weiterbildung und des Informationsaustausches.

Nationale Referenten vermittelten ein differenziertes Bild über den derzeitigen Stand in der Hepatitis C Prävention und Behandlung in Deutschland und mit den internationalen ReferentInnen konnten neue Modelle der HCV-Arbeit in anderen Ländern präsentiert werden.

Die Bedeutung des Fachtages als Wissensplattform wurde bestätigt ebenso wie der Anspruch, die erweiterte Wissens- und Handlungskompetenz der TeilnehmerInnen in die tägliche HCV-Arbeit in verschiedenen Arbeitssettings zu integrieren.

Die positiven Feedbacks der TeilnehmerInnen und auch der Referenten bestätigen den Organisatoren, dass der Fachtag erfolgreich seine gesetzten Ziele erreicht hat.

Bremen / Hamburg Dezember 2007

Prof.Dr. Heino Stöver  
**AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS  
UND DROGENGEBRAUCH**

Bernd Schulte  
ZIS-Universität Hamburg

## Vorträge

### Prävention von Hepatitis C - Übertragungen – Nutzen wir die Evidenz?

Nat MJ Wright und Charlotte NE Tompkins

Die Prävention der Übertragungen von HCV bei i.v. DrogenkonsumentInnen (IDUs) stellt eine große Herausforderung dar. Dieses Kapitel beleuchtet die zentralen Erkenntnisse auf denen die bestehenden Harm-Reduction-Initiativen und Interventionen basieren, einschließlich Spritzenumtauschprogramme, Opioid Substitutionsbehandlung und Drogenkonsumräume und diskutiert ihr Potential in Hinblick auf eine Reduktion der Inzidenz von Hepatitis C unter den gefährdetsten Gruppen. Dieses Kapitel reflektiert die aktuellsten internationalen Forschungsergebnisse und Informationen, und stellt eine Aktualisierung früherer Arbeiten zu diesem Thema dar (Wright, Millson & Tompkins, 2005).

#### Einleitung und Begrifflichkeit

Bevor die zentralen Erkenntnisse bezogen auf harm-reduction Initiativen vorgestellt werden, ist es wichtig, dass der Leser/die Leserin mit den wichtigsten Begriffen und Konzepten vertraut gemacht wird.

Primärprävention zielt darauf ab, neu auftretende Krankheitsfälle zu verhindern, während Sekundärprävention darauf fokussiert die Krankheit selbst zu heilen, und Tertiärprävention Komplikationen der Krankheit stoppen will.

Um das Thema Primärprävention verstehen zu können, ist es weiterhin wichtig, sich mit der Bedeutung der Begriffe ‚Inzidenz‘ und ‚Prävalenz‘ vertraut zu machen. Inzidenz bezieht sich auf die Zahl der neuen Fälle einer Krankheit über einen gegebenen Zeitraum. So sagt beispielsweise für das Hepatitis C Virus (HCV) eine Inzidenz von 11 pro 100 Personenjahre aus, dass für 100 Personen über ein Jahr lang nachverfolgt 11 Personen für diesen Zeitraum eine HCV erworben haben. Idealerweise basiert die Primärprävention auf Daten zur Inzidenz als wesentlichem Ergebnis. Allerdings sind in dieser Übersichtsarbeit auch Studien eingeschlossen, die Prävalenzdaten für die Effektivität der primärpräventiven Interventionen analysieren.

Prävalenz ist die Zahl der Fälle einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt. *Punkt-Prävalenz* ist die Gesamtzahl von Fällen einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt, während die *periodische Prävalenz* die Gesamtzahl von Fällen (sowohl neue als auch bereits bekannte) über die

in Frage kommende Periode darstellt. Streng genommen würden einige behaupten, dass effektive primärpräventive Interventionen lediglich Inzidenzen reduzieren können (neue Fälle einer Krankheit) und dass eine Reduktion der Prävalenz (d.h. eine Verhinderung der Krankheitsfälle) die Domäne einer effektiven sekundären Behandlungsintervention darstellt.

Allerdings enthält die Literatur zu Prävalenzen über das Thema HCV unter i.v. Drogengebranchern Prävalenzdaten von Drogengebranchern in einem geographischen Bereich als primäres Ergebnis. Zum Beispiel wurden Forschungen publiziert, die über Prävalenzdaten zu HCV im Jahre 1990 und auch 1995 berichteten (Goldberg, Cameron & McMenamin, 1998). Ihre Hypothese basierte auf der Tatsache, dass wenn Primärprävention während dieser Zeit eingeführt wurde, diese Intervention einen Effekt auf die Prävalenzdaten gehabt hätte. Weil die ausgewählten Populationen zu den zwei Zeitpunkten nicht aus denselben Menschen bestanden, gibt es eine Rechtfertigung für diesen Ansatz. Allerdings ist die Bedeutung des Begriffs ‚Prävalenz‘ in solchen Forschungen anders zu verstehen, als in Forschungen, in denen bspw. die Punktprävalenz einer drogengebrauchenden Population zu einem Zeitpunkt quantifiziert wird und dann dieselben Teilnehmer zu einer Punktprävalenz zu einem zweiten Zeitpunkt nachuntersucht werden.

Im erstgenannten Fall besteht die Methodologie einer wiederholten Messung der Prävalenz einer Krankheit in einem geographischen Bereich und die beiden Populationen werden wahrscheinlich aus unterschiedlichen Individuen bestehen.

### **Epidemiologie von Hepatitis C**

Eine kürzlich durchgeführte systematische Literaturanalyse globaler Schätzungen der HCV Prävalenz in i.v. applizierenden Drogengebranchern zugeordneten Berichten, die zwischen 1998 und 2005 in 49 Ländern veröffentlicht wurden, zeigt eine weite Spanne von Prävalenzschätzungen zwischen 2 und 100% (Aceijas & Rhodes, 2007). Nur in Kolumbien und im Libanon befanden sich Schätzungen unter 2%. Von besonderem Interesse waren Belege von HIV/HCV Ko-Infektionen aus 16 Ländern. In China, Polen, Puerto Rico, Russland, Spanien, Schweiz, Thailand und Vietnam erreichten die Schätzungen über Ko-Infektionen unter IDUs 90% (Aceijas & Rhodes, 2007). Solche Variabilität internationaler Prävalenzdaten wird bestätigt durch das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), das betont dass Veränderungen in den Drogenkonsummustern wahrscheinlich die Trends der HCV-Infektion beeinflussen (EMCDDA,20004).

Ein späterer EMCDDA – Bericht stellt fest, dass die HCV – Raten unter injizierenden Populationen überall in Europa hoch sind und die Studien zeigen, dass junge i.v. Konsumierende auch weiterhin früh in ihrer Drogenkarriere eine Hepatitis C erwerben (EMCDDA, 2007). Obwohl Vorsicht geboten ist bei der Untersuchung der Prävalenzraten in den einzelnen Ländern, weil verschiedene Länder unterschiedliche Quellentypen benutzen und manche eher regionale als nationale Daten enthalten. Zusätzlich könnten in manchen Situationen einige biochemische Untersuchungen die Verbreitung eher unterschätzen. Es sei auch davor gewarnt, Prävalenzdaten mit früheren Studien zu vergleichen, um zeitliche Veränderungen anzuzeigen, weil die Verwendung von Quellen je nach Datenverfügbarkeit variieren könnte.

Die Ergebnisse von HCV-Inzidenzstudien haben unser Verständnis von der HCV-Epidemiologie verbessert. Global gesehen beträgt die Spannweite berichteter Inzidenz von Anti-HCV Serokonversionen 9-66 pro 100 Personenjahre (Lucidarme et al., 2004; Des Jarlais et al., 2003; Grogan et al., 2005; Judd et al., 2005; Smyth et al., 2003).

Weil Inzidenzstudien in ihren Aussagen oft auf bestimmte Teile des Landes begrenzt sind, in denen sie unternommen wurden, ist Vorsicht geboten bei dem Versuch die Ergebnisse verschiedener Länder hochzurechnen. Zum Beispiel zeigte eine in New York, USA durchgeführte Studie eine HCV Inzidenz von 9,3 per 100 Personenjahre im Gebiet von Harlem und 34 per 100 Personenjahre im Stadtteil Lower East Side (Des Jarlais et al., 2003). In ähnlicher Weise wurde eine Analyse von Inzidenzstudien in Schottland durchgeführt, die eine Bandbreite zwischen 11,9 und 28,4 per 100 Personenjahre zeigte (Roy et al., 2006).

Unabhängige Risikofaktoren für eine HCV Serokonversion stellen eine Vorgeschichte von Haft, Nadel-/Spritzutensilentausch und polyvalenter Drogengebrauch dar.

Besonders erhöht die gleichzeitige Benutzung von Heroin und Kokain (Speedballing) das Risiko (Brunton et al., 2000; Crofts et al., 1993; van Beek et al., 1998; Villano et al., 1997).

Während einige frühere Inzidenzstudien junges Alter als einen unabhängigen Risikofaktor darstellen, berichteten andere über höheres Alter (van Beek et al., 1998). Höheres Alter ist stark assoziiert mit der Dauer des intravenösen Konsums, und diese Tatsache ist wohl ein stärkerer unabhängiger Risikofaktor für HCV Serokonversion als Alter allgemein.

Eine Untersuchung von Prävalenzstudien beschreibt eine lineare positive Verbindung zwischen steigendem Alter und HCV-Prävalenz unter i.v. applizierenden Populationen (Mathei et al.,2002).

Kommentare zu dieser Studie boten die folgenden möglichen Erklärungen für diesen Befund an: eine HCV Infizierung wird wahrscheinlich eher in einem jüngeren Alter überwunden, und die natürliche Geschichte der Erkrankung ist durch häufige, anfänglich lange Perioden von nicht-festgestellten Viruslastniveaus gekennzeichnet, oder dass das zunehmende Alter ein erhöhtes Risiko von anhaltender Exposition und Reinfektion darstellt.

Trotzdem haben neueste Studien ein erhöhtes Risiko für Drogengebraucher in frühen Stadien ihrer intravenösen Konsumkarriere betont, und typischerweise betraf dies auch jüngere Konsumenten (Roy et al., 2006; Fuller et al., 2004; Maher et al., 2006).

Außerdem gaben verschiedene Inzidenzstudien unterschiedliche Antworten auf die Frage, ob Geschlecht ein unabhängiger Risikofaktor für Hepatitis C Infektion sei. Einige berichten von einer höheren Inzidenz unter Männern (Crofts et al., 1993), während andere von einer höheren Inzidenz unter Frauen (Patrick et al., 20001) berichten. Es ist daher möglich, dass die Kategorie Geschlecht mit anderen unabhängigen Variablen verbunden ist.

Schließlich stellt für diejenigen, die vom Virus erfolgreich befreit waren die Reinfektion ein bedeutendes Risiko dar. Eine Studie aus Australien beschreibt eine Inzidenz von Re-Infektionen von 31 pro 100 Personennjahre (Michaleff et al., 2007).

Dennoch war es für Personen mit einer früheren Infektionen und einer Befreiung vom Virus viermal weniger wahrscheinlich eine HCV Infektion (Reinfektion) zu entwickeln verglichen mit jenen, die erstmalig infiziert waren (Grebely et al., 2006).

### **Screening von Hepatitis C**

Ein HCV Screening sollte all jenen angeboten werden, die entweder aktuellen oder früheren i.v. Drogenkonsum praktizieren und für die die Folgemaßnahmen so durchführbar sind, dass die Ergebnisse an die betroffenen Personen vermittelbar sind.

Das Screening erfolgt üblicherweise mittels einer enzym-bezogenen Blutuntersuchung (immunosorbent assay, ELISA); allerdings werden auch zunehmend Proben von Flüssigkeit aus dem Mundraum verwendet. Solche Proben sind zumeist von geringerer Sensivität als Bluttests, sie sind

aber auch weniger invasiv und verringern damit das Risiko von Nadelstichverletzungen für die testende Person.

Aus amerikanischen Querschnittsuntersuchungen geht hervor, dass es Schwankungen gibt sowohl was das Angebot an Tests betrifft als auch Inhalt und Umfang der HCV- Aufklärung und –Information (Strauss et al., 2004a; Strauss et al., 2004b).

In Substitutionsbehandlungen werden Tests und ein umfangreicheres Angebot an HCV-bezogenen Themen für einen grösseren Kreis der Patientenschaft weitaus eher angeboten als in drogenfreien Einrichtungen (Strauss et al., 2004b).

Vor dem HCV-Screening sollte den Drogenkonsumenten eine Beratung angeboten werden. Dazu gehört unbedingt der klare Hinweis, dass der Zeitraum von der letzten Risiko-Situation bis zu einem positiven Testergebnis bis zu 6 Monate betragen kann.

Ebenfalls sollten Tests auf HIV und Hepatitis B Infektion sowie Impfung gegen Hepatitis B angeboten werden; negativ getestete Personen sollten erneut und intensiv auf die Gefahren des Teilens und Tauschens von Konsumutensilien hingewiesen werden (das betrifft Injektionsmaterialien ebenso wie Rauchzubehör).

Nötig ist auch ein Angebot von Informationen über die Wirksamkeit der antiviralen Behandlung; dabei sollte den Klienten bei einer Selbsteinschätzung geholfen werden, ob sie sich bei positivem Testergebnis auch ohne spürbare Krankheitssymptome für die Behandlung entscheiden.

Da der Genuss von Alkohol das Risiko ernsthafter Leber-Schädigung bei HCV Positiven erhöhen kann, sollte mit motivierenden Methoden darauf hin gewirkt werden, dass der Alkoholkonsum entweder kontrolliert oder – besser - eingestellt wird.

#### **Verständnis der Evidenzbasierung für die Primärprävention**

Es gibt in steigendem Masse Beweise für die Effektivität von Hepatitis C- Präventionsmaßnahmen zur Verringerung des Auftretens von Infektionen. Allerdings bedienen sich viele der Studien eher eines beobachtenden Designs als der Methode randomisierter und kontrollierter Studien. .

Streng durchgeführte Beobachtungsforschung muss den möglichen Effekt von mitbegründenden Faktoren im Auge haben, d.h. von Faktoren, die die Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung beeinflussen können aber nicht Teil der Verbindung zwischen Ursache und Wirkung sind.

Bei der Auswertung der Effektivität von Nadelumtausch zur Verringerung der Übertragung von blutübertragbaren Viren zum Beispiel kann es

vorkommen, dass gerade die auf höchst riskante Weise injizierenden Konsumenten diejenigen sind, die den Nadelumtausch ganz regelmässig nutzen.

Diese Verzerrung wird gemeinhin als Auswahlverzerrung bezeichnet. Strenge epidemiologische Forschung wird die vielfältigen Faktoren berücksichtigen, die zum ‚hohen Risiko‘ bei der Analyse von Daten einer multivariate Analyse beitragen.

Wo solche Faktoren nicht berücksichtigt werden und die Analyse allein im Vergleich zwischen den Ergebnissen der Behandlungsgruppe mit denen der Kontrollgruppe besteht (bekannt als univariate Analyse) ist Vorsicht geboten bei der Interpretation der Ergebnisse; es ist gut möglich, dass die mitbegründenden Faktoren Einfluss auf die Ergebnisse haben.

Bei unserer Vorstellung von epidemiologischen Studien hier weisen wir soweit möglich immer darauf hin, ob es sich um univariate oder multivariate Analyse handelt.

Eindeutig mehr Gewicht sollte den Studien zukommen, die mit Techniken der multivariaten Analyse erstellt wurden (z. B. Logistische Regression oder Cox Hazards Regression).

Strenge epidemiologische Langzeitforschung sollte die multivariate Analyse auch auf Faktoren der Rekrutierung anwenden (baseline). Im Idealfall sollte es keine Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Gruppen geben. Wenn jedoch Unterschiede bestehen sollten sie durch Anwendung der multivariaten Analyse Berücksichtigung finden.

Bei der Betrachtung jener Klienten, die nicht für die Anschlussbehandlung verfügbar waren sollte diese Analyse der baseline characteristica bedacht werden; denn es könnte Unterschiede der baseline characteristica geben zwischen den Weiterbehandelten und den Nicht-Weiterbehandelten.

Wenn diese Überlegungen für die Analyse nicht berücksichtigt wurden sind die Erfolge der Behandlung mit Vorsicht zu interpretieren.

Die Darstellung der Nadelumtauschprogramme (NEP) kam tatsächlich nach einem Ausbruch von HIV in Vancouver (Kanada) 1994 auf, 5 Jahre nach der Einführung des NEP (Ashton, 2003). Dieser Ausbruch führte zu mehreren Beobachtungsstudien auf der Suche nach einer möglichen kausalen Verbindung.

Eine prospektive Kohortenstudie beobachtete 1.006 IDUs zur Erfassung von HIV und HCV Prävalenz und Inzidenz (Strathdee et al., 1997). Die multivariate Analyse von Grundlagendaten dokumentierte eine unabhängige Verbindung zwischen HIV-positivem Serostatus und regelmäßiger Nutzung (‚häufiger als einmal wöchentlich‘) des NEP. Daher

wurden NEPs kritisiert wegen Duldung und sogar Förderung von riskantem Injektionsverhalten. Diese Studienergebnisse dienten einigen politischen Entscheidungsträgern als Beweis für eine ursächliche Verbindung zwischen der Nutzung von NEP und HIV Serokonversion mit der Folge, dass die föderale Finanzierung der NEPs verboten wurde (The Needle Exchange Programs Prohibition Act, 1998; Office of National Drug Control Policy, 1998. Schechter et al., 1999).

Eine multivariate Analyse der HIV Inzidenz bei 694 Personen zeigte einerseits eine deutlich erhöhte Zunahme der Inzidenz bei regelmässigen Nutzern, stellte aber auch eine Reihe von mitbegründenden Faktoren als Nebenursachen vor (Schechter et al., 1999).

Zu diesen Nebenursachen zählten u.a. junges Alter, unsichere Wohnverhältnisse oder Leben im Hotel, regelmässiger i.v. Konsum von Kokain, Prostitution, Konsum in illegalen ‚Schuss-Räumen‘ oder Inhaftierung innerhalb der letzten 6 Monate.

Wichtig ist, dass die Berücksichtigung dieser mitbegründenden Faktoren durch ‚Cox Regressions-Analyse‘ keinen unabhängigen kausalen Zusammenhang zwischen der Nutzung von NEP und der HIV Serokonversion aufzeigte und bekräftigende logistische Regressionsmodellierung diese Ergebnisse bestätigte (Schechter et al., 1999).

Demzufolge machten die Auswahlfehler offensichtlich, dass die eher hoch riskanten User mit hoher Wahrscheinlichkeit der Infektion mit blood-borne viruses, deren Ursache ohne Zusammenhang mit dem Nadelumtausch ist, gleichzeitig auch mit grösserer Wahrscheinlichkeit den Nadelumtausch nutzten. Dies wird gelegentlich in der nicht peer-review Presse als der ‚Magnet‘- Effekt des Nadelumtausches bezeichnet.

#### **Nadelumtauschprogramme**

Eine Reihe von umfangreichen Beobachtungsstudien in den 1990er Jahren in Schottland verglich die Prävalenz von HCV vor, während und nach der Einführung der NEPs (Goldberg, Cameron & McMenamin, 1998) mit der Analyse von Serumrückständen von IDUs, die sich einem namentlichen HIV Test unterzogen hatten (Goldberg et al., 2001; Hutchinson et al., 2002). Die Ergebnisse zeigten eine statistisch signifikante Reduktion der HCV Prävalenz in den frühen 1990er Jahren (kurz nach Einführung der NEPs); am grössten war die Reduktion bei den unter 25-Jährigen.

Allerdings zeigten Auswertungen in den späten 1990ern dass der Trend zur Reduktion der Gesamt-Prävalenz nicht anhielt; nur noch bei den über

25-Jährigen war eine Reduktion messbar. Die Autoren kamen zum Schluss, dass die Inzidenz von HCV zwar während der 1990er Jahre sank, generell aber hoch blieb.

Bestätigt wurden diese Resultate durch eine australische Prävalenz-Studie; diese wies eine Reduktion der HCV Inzidenz von 63% 1995 zu 51% 1996 zu 50% 1997 nach (MacDonald et al., 2000). Ebenso bestätigte eine Schweizer Querschnitt-Studie (incl. serologischer Tests) die obigen Ergebnisse (Somaini et al., 2000). Die Schweizer Studie berichtete von einer Reduktion der HCV Prävalenz nach 1991 (als Nadeln und Spritzen verfügbar wurden) verglichen mit den Jahren 1988-1990 (als zwar Nadeln, aber keine Spritzen verfügbar waren) und verglichen mit der Zeit vor der Verfügbarkeit von Nadeln und Spritzen 1987.

Eine amerikanische kontrollierte Fallstudie erbrachte, dass ‚Nichtnutzung‘ von NEPs gleichgesetzt wurde mit einem siebenfach erhöhten Risiko der HCV Serokonversion (Hagan et al., 1995). Grosse Beobachtungsstudien aus den USA stimmen darin überein, dass die Einführung von NEPs zu einer selbst berichteten Reduktion des Nadeltausches führt bei gleichzeitiger unabhängiger Bestätigung eines Anstiegs der Distribution.

Ein solcher Anstieg der Distribution hat keinen Anstieg des i.v. Drogenkonsums zur Folge, ebensowenig einen Wechsel von nicht-injizierendem zu injizierendem Konsum (Groseclose et al., 1995; Valleroy et al., 1995). Allerdings kann der positive Effekt, der sich aus dem Anstieg der Distribution ergibt, einen Nebeneffekt haben: den des ‚Zweit-Hand‘ Tausches; hier besorgen sich die Konsumenten Nadeln und geben sie weiter an Ihresgleichen (Moss & Hahn, 1999).

Die Effektivität der NEPs wird auch durch andere Faktoren beeinflusst. Beispielsweise ergaben ein amerikanisches Spritzenumtauschprogramm in Tacoma (Braine et al., 2004) und ein Programm in Oslo (Norwegen) im Verlauf eine Stabilisierung des Risikos unter Gruppen hochgefährdeter Populationen. Die Kontrolle von Spritzenumtauschprogrammen (Davis et al., 2005; Maher & Dixon, 1999), der Standort (Welton et al., 2004) einschliesslich des Setting Haftanstalten (Stöver & Nelles, 2003) sind ebenfalls Faktoren für die Wirksamkeit der NEPs.

Die Tatsache, dass NEPs das Risiko einer HCV-Serokonversion nicht völlig eliminieren sondern nur leicht reduzieren führte zu einer Kosten-Nutzen Evaluierung der Programme.

Eine umfassende australische Studie analysierte internationale Daten zur HCV und HIV Prävalenz (Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002).

Die Forscher verglichen mittels einer ökologischen Methode (Vergleiche von Bevölkerungsdaten) die Prävalenz-Trends in Städten mit NEPs und solchen ohne und erhoben dabei aus 101 Städten insgesamt 190 Kalenderjahre HCV Seroprävalenz Daten.

Prävalenzraten von 75% oder 59% vor Einführung der NEPs korrespondierten mit einem Rückgang von 1,5% oder 2% der HCV-Prävalenz pro Jahr.

Wenn man den kombinierten Effekt der Reduktion von HIV und HCV berücksichtigt wird die die Kosten-Effektivität der NEPs sogar noch optimiert.

Die finanzielle Bilanz der Regierungsinvestitionen in NEP in Bezug auf die Auswirkungen auf HIV und HCV ergab schätzungsweise eine Ersparnis von lebenslangen Behandlungskosten in Höhe von \$ 3.653 Millionen. Die Vermeidung von HIV- und HCV Infektionen ergab einen geschätzten Gewinn von 170,279 QALYs

Randomisierte gemischte Statistik-Modelle zur Erfassung der HCV Inzidenz in den USA bestätigten diese Schätzungen (Pollack, 2001). Sie schlussfolgerten die Notwendigkeit der Integration von NEPs als Teil eines umfassenden Interventionsprogrammes zur Reduktion der HCV-Prävalenz in der Bevölkerung und daraus folgend zur Maximierung der Kosten-Effektivität.

Leider bestehen weiterhin grosse Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern bei Einführung, Verteilungsdichte und Aktivitäten von NEP.

Aus einer kürzlichen Umfrage unter Einrichtungen Ost-Europas und Zentral-Asiens ergab sich eine sub-optimale Versorgung (Aceijas et al., 2007). Ebenso ist die Einführung von NEPs in Haftanstalten immer noch umstritten; vor allem weil sie als Eingeständnis gewertet werden könnte, dass das Ziel der Drogenfreiheit in Haftanstalten gescheitert ist (Stöver & Nelles, 2003).

Eine derzeit in Arbeit befindliche weltweite Evaluation zeigt, dass während der Studienperiode in Haftanstalten mit NEP keine neuen HCV Infektionen auftraten (Dolan, Rutter & Wodak, 2003). Es besteht dringender Bedarf für weitere epidemiologische Arbeit in diesem Bereich, die Kontrollgruppen auswertet und präzise mitbegründende Faktoren benennt.

Ein möglicher mitbegründender Faktor ist in einigen Ländern die Reduktion der Prävalenz von i.v. Konsum bei Personen die in Haft gehen (Weild et al.,2000).

Allerdings wird in diesen Settings diese Risikominderung leicht aufgehoben durch kleine Gruppen von Usern, die hochriskant konsumieren;

in Haftanstalten ohne das Angebot von NEP kommt es dann zu vermehrtem Tausch von Spritzzubehör. Die weitere Forschung muss diese Faktoren in ihrem methodischen Design berücksichtigen.

### **Bleach Vergabe**

Eine geringe Anzahl von Studien hat geprüft welche Effektivität das Reinigen von gebrauchtem Spritzzubehör auf die Deaktivierung von HCV hat.

Dabei zeigen Laborstudien, dass der Einsatz von bleach die Anzahl der Viren-Titer ausreichend reduzieren kann und somit die Infektiosität senkt; allerdings gibt es keine klaren Parameter als Garantie der viralen Inaktivität (Tweed et al., 2004).

Ausserdem neigen Drogenkonsumenten zu inkonsequentem Gebrauch von bleach (Jamner, Corby & Wolitski, 1996); das reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass bleach eine wesentliche Rolle bei der Reduktion von Hepatitis C Übertragung spielen kann.

Es wurde auch argumentiert, dass die Informationen über den Einsatz von bleach zur Reinigung der Spritzutensilien zu einem falschen Gefühl von Sicherheit führten, die Bedeutung anderer Risiko mindernder Maßnahmen entwerteten (wie z.B. die Warnung Spritzutensilien zu tauschen) und die gesundheitspolitische Forderung nach ausreichender Versorgung mit Umtauschmöglichkeiten entkräfteten (Ashton, 2004).

Zwar zeigte ein kürzlich durchgeführte qualitative Studie, dass Nadel-tausch kein unveränderbares Verhalten ist, aber der Wiedergebrauch von benutzten Nadeln ist eher wahrscheinlich, wenn ein User der um Abstinenz bemüht ist, doch wieder Drogen besitzt aber keine steriles Equipment mehr hat (Wright, Tompkins & Jones, 2005)..

Eine kontrollierte Fallstudie im Rahmen einer prospektiven Kohorten-Studie mit 390 IDUs aus fünf amerikanischen Städten berichtet von einem statistisch nicht relevanten Trend zur Verringerung der anti-HCV-Serokonversion zwischen denen, die

- a) Bleach regelmässig nutzten
- b) Bleach gelegentlich nutzten und
- c) Bleach gar nicht nutzten (Kapadie et al., 2002).

Unseres Wissens ist dies die einzige Studie, deren primäres Ergebnis die HCV Inzidenz ist (Agolini, Russo & Clementi, 1999; Charrel et al., 2001). Obwohl diese Studie die Hypothese stützt, dass der Einsatz von bleach im Setting der ‚realen Welt‘ der Konsumenten sich positiv auf die HCV

Inzidenz auswirken kann, sollten wir vorsichtig sein bei der Übertragung solcher Ergebnisse aus dem Labor.

### **Opioid Substitutionsbehandlung**

Da aktuell Buprenorphin und Methadon die beiden am häufigsten benutzten Substanzen der Opiat-Ersatztherapie sind, bezieht sich der grösste Teil der Forschung zu den Effekten der Opioid Ersatztherapie auf die Reduktion der HCV Serokonversion auf die Methadon-Erhaltungstherapie (Methadone Maintenance Therapy).

Die meisten Studien wurden Mitte der 1990er Jahre durchgeführt; sie zeigen, dass MMT die Inzidenz von HIV erfolgreich reduziert hat; die Effektivität von MMT auf die Reduktion der HCV Inzidenz dagegen war nur am Rande von statistischer Signifikanz (Chamot et al., 1992; Crofts et al., 1997; Rezza et al., 1996; Selvey, Denton & Plant, 1997; Thiede, Hagan & Murrill, 2000; Van Ameijden et al., 1993).

Als ein möglicher Grund für die nur begrenzt berichtete Effektivität wurde angenommen, dass Drogenkonsumenten sich schon früh in ihrer i.v. Drogenkarriere mit Hepatitis C infizieren, dies aber anfangs in den MMT Programmen nicht berichten; erst später, wenn die Wahrscheinlichkeit einer Infektion grösser ist kommt dies zur Sprache (Ward, Mattick & Hall, 1998).

Eine weitere Erklärung ist, dass sich die sub-optimale Dosierung von Methadon (z.B. unter 60mg Tagesdosis Methadon) negativ auf die Bemühungen zur Reduktion des riskanten Verhaltens beim i.v. Konsum auswirkt (Novick, 2000; Ward, Mattick & Hall, 1998).

Nur in einer Studie wurde von einer durchschnittlichen Höchstdosis, nämlich 47.9mg berichtet (Crofts et al., 1997).

Eine jüngere retrospektive Studie aus Australien trägt zur Debatte bei. Es wurden die Daten von Personen ausgewertet, die zwischen Januar 1996 und Juni 2003 in MMTs waren.

Insgesamt wurden 288 Patienten auf HCV Antikörper getestet; davon waren 99 (34,4%) ursprünglich Antikörper-negativ (Hallinan et al., 2004). 54 von diesen 99 Personen, die ihre MMT nach Januar 1996 begonnen hatten wurden mindestens einem weiteren Anti-HCV-Antikörper Test unterzogen. 34 dieser Klienten waren durchgehend in MMT, bei 20 gab es Unterbrechungen. Die Mehrzahl dieser Kohorte wurde ausschliesslich mit Methadon behandelt (70%), 9% bekamen Buprenorphin und 20% erhielten in der Folgestudie sowohl Methadon als auch Buprenorphin. Während der gesamten Follow-up-Periode von 131,1 Personenjahren gab es fünf Fälle von Anti-HCV-Antikörper Serokonversion

unter den 54 Teilnehmern; das ergibt eine Inzidenzrate von 3,8% pro 100 Personenjahre. Vier Serokonversionen gab es in der Untergruppe (unterbrochene MMT), das ist eine Inzidenz von 7,4 pro 100 Personenjahre. Die fünfte Serokonversion gab es in der Untergruppe mit nicht unterbrochener MMT, eine Inzidenz von 1,3 pro 100 Personenjahre.

Die durchschnittliche Tagesdosis der Probanden während der Studiedauer lag bei Methadon zwischen 89mg und 107mg, bei Buprenorphin zwischen 10,2mg und 12,5mg.

Diese Ergebnisse lassen auf einen positiven Effekt schliessen für diejenigen Probanden, die mit optimaler Dosierung kontinuierlich im MMT-Programm blieben.

Einschränkend für die Bewertung kann gesehen werden, dass der Frauenanteil in der kontinuierlich behandelten Gruppe grösser war und die beiden Gruppen daher nicht vergleichbar waren.

Eine australische randomisierte Kontroll-Studie mit Teilnehmern aus Haftanstalten kam jedoch ebenfalls zum Ergebnis der Aufrechterhaltung der MMT.

In der 4 jährigen Folgezeit stand die HCV Serokonversion signifikant in Verbindung mit Episoden der Methadonerhaltungsbehandlung von weniger als 5 Monaten (Dolan et al., 2005).

Bei der Bereitschaft zur Verschreibung von MMT zeigten einige Kliniken Zurückhaltung in Fällen von HCV-positiven Klienten. Trotzdem ist Methadon eine sichere Behandlungssubstanz für HCV-RNA Positive, da es nicht hepato-toxisch ist.

Auch eine schwere Lebererkrankung steigert nicht die Sättigungsgrenze des Methadonlevels trotz einer Verlängerung der offenkundigen Halbwertszeit (Novick et al., 1981; Novick et al., 1985).

### **Verhaltenstrainingsprogramme**

Es besteht ein Mangel an qualitativer Forschung zur Wirksamkeit von Verhaltensprogrammen auf die Inzidenz von HCV. Uns ist nur eine einzige publizierte Studie dazu bekannt (Garfein et al., 2007). Solch eine Studie rekrutiert definitionsgemäss ausschliesslich Probanden, die zu Beginn anti-HCV-negativ sind. Die besagte Studie aus den USA ordnete 854 zufällig ausgewählte Teilnehmer zwei verschiedenen Interventionsformen von gleicher Zeitdauer zu:

einmal einer ‚peer education‘ und zum anderen einer ‚Video-Diskussion‘ (Garfein et al., 2007).

Erstere war die Interventionsgruppe. Basierend auf der Theorie des Sozialen Lernens fanden über einen Zeitraum von drei Wochen sechs

jeweils 2-stündige Sitzungen statt; es ging dabei um Informations-, Motivations- und Verhaltensfähigkeiten. Der Kontrollgruppe ‚Videodiskussion‘ wurde ein einstündiger Film zu sozialen und Gesundheitsthemen gezeigt.

Die Interventionsgruppe zeigte im Vergleich zur Kontrollgruppe nach 6 Monaten eine um 29% höhere Reduktion beim selbstberichteten riskanten Injektionsverhalten. Allerdings zeigte sich nach 6 Monaten kein statistisch signifikanter Unterschied der HCV Inzidenz, die bei 18,4 pro 100 Personenjahre lag. Die Autoren schlussfolgerten, dass dieses negative Ergebnis eine Folge der Ähnlichkeit der beiden Interventionsformen sein könnte.

Beide Gruppen erhielten vor Ihrer Verpflichtung identische Vor- und Nach-Testberatung. sie erhielten Kondome, Bleach kits, Informationsbroschüren zu HIV und HCV; ausserdem wurden Hinweise auf medizinische Behandlung und Drogenhilfe gegeben. Es kann daher sein, dass die relative Wirksamkeit der Verhaltensintervention durch eine überdurchschnittlich potente Kontrollgruppe gemindert wurde.

Zusätzlich könnte der sechsmonatige follow-up-Zeitraum ein ungenügender Zeitrahmen sein, um einen Behandlungseffekt zu messen, besonders weil dies auch der Zeitraum ist der verstreichen kann zwischen Virus-Übertragung und dem positiven Anzeigen des Anti-HCV PCR ELISA Testes.

Dieselben Forscher bezogen diejenigen, die Anti-HCV-positiv zum Ausgangszeitpunkt in der oben genannten Studie waren, in eine randomisierte Kontrollstudie ein.

Die Intervention war ein peer education Programm, das darauf abzielt, HCV positive Gebraucher darin zu unterstützen, besseres Sozialverhalten anzuwenden mit dem Ziel die Praxis des Teilens von Spritzenutensilien zu verringern. Zur Zeit der Abfassung dieses Artikels sollten die Autoren ihre Ergebnisse vorstellen, zunächst haben sie lediglich die Machbarkeit der Durchführung ihrer Studie bestätigt (Kapadia et al., 2007).

Wir kommen zu dem Schluß, dass die Wirksamkeit von Verhaltensprogrammen auf HCV-Serokonversion einen Bereich darstellt, der zukünftig besser erforscht werden muß.

Die Schwierigkeiten Forschung in diesem Bereich durchzuführen belegt eine australische RCT, die die Effektivität einer kurzen Verhaltensprogrammintervention gegen eine Kontrollgruppe untersuchte, die eine standardisierte Aufklärungsmaßnahme erhielt.

Ergebnisse zeigten eine Verringerung im selbst-berichteten HCV Verhalten für beide Gruppen aber keine statistisch signifikanten Unterschiede

zwischen beiden Gruppen (Tucker et al., 2004). In Anlehnung an die oben genannte Studie von Garfein und Kollegen ist es möglich, dass es minimale Unterschiede zwischen den beiden Interventionen gegeben hat, besonders weil dieselben Forscher die Interventionen für beide Gruppen durchgeführt haben. Ebenso bezog sich das Follow-Up nur über einen Zeitraum von 4 Wochen.

Idealerweise sollten weitere Forschungen in diesem Bereich durchgeführt werden, mit einem Design randomisierter Kontrollstudien, vorrangig mit einem Ergebnis von HCV-Inzidenzen nach einer follow-up – Zeit von einem Jahr.

Die Bedeutung von peer-Aufklärern/Trainern verdient weitere Forschungsaktivitäten. Sicherlich meinen peer-Aufklärer selbst, dass ihre früheren Erfahrungen mit HCV gelebt zu haben, die Bedeutung und die Effektivität der von ihnen geleisteten Intervention verbessert (Galindo et al., 2007) und solche eine Sicht verlangt weitere Forschung.

Qualitative Forschung hat gezeigt, dass obwohl viele i.v. Drogengebraucher angeben, kein Injektionsbesteck zu tauschen, sie dies in Zeiten des Opiatenzugs ohne sterile Ausrüstung aber doch tun (Carruthers, 2005; Wright, Tompkins & Jones, 2005).

Qualitative Forschung hat ebenfalls gezeigt, dass trotz der hohen HCV-Prävalenz gemessen an der von HIV, i.v. Drogengebraucher immer noch HIV als das wesentliche Risiko beim Teilen von Injektionsbesteck wahrnehmen, und dass die Vermeidung von Risikoverhalten "common sense" war (Davis, Rhodes & Martin, 2004). Solch eine Wahrnehmung bedeutet erhebliche Herausforderungen für die Praxis der Gesundheitsförderung und es könnte sein, dass peer-Aufklärer/Trainer die geeignetsten sein könnten, solche Wahrnehmungen zu hinterfragen.

### **Drogenkonsumräume**

In der internationalen Literatur wurden eine Reihe von oft austauschbaren Begriffen benutzt um öffentlich genehmigte Räume zu beschreiben, in denen User mitgebrachte illegale Drogen legal konsumieren können. Zum Beispiel: sichere Injektionsräume, (medizinisch) überwachte Injektionsräume/-zentren/-einrichtungen. Diese Räume sind anerkannt als betreute Räumlichkeiten mit dem Zweck, den Drogengebrauchern die Injektion von mitgebrachten Substanzen unter kontrollierten, hygienischen Bedingungen zu ermöglichen.

In diesem Kapitel nennen wir diese Lokalitäten ‚Drogen-Konsum-Räume‘ (DCRs, Drug Consumption Rooms).

Dieser Begriff wird zunehmend akzeptiert auch wenn diese Art Einrichtungen weltweit mit leicht unterschiedlichen Bedingungen und unterschiedlicher Ausrüstung arbeiten ( einige haben z.B. auch Räume zum Rauchen von Drogen). Auch die Aufgabenstellung und die Art der Klienten unterscheiden sich sicher weltweit.

Drogenkonsumräume gelten als ‚geschützte Orte für den hygienischen Konsum mitgebrachter Drogen in einer nicht wertenden Umgebung undter der Aufsicht von ausgebildetem Personal‘(Hedrich, 2004).

Die Etablierung von Drogenkonsumräumen hat weltweit in den letzten Jahren zugenommen;

es gibt derzeit mehr als 60 solcher Orte, die meisten davon in kontinentaleuropäischen Ländern.

Ausserhalb Europas wurden die ersten DRCs in Australien und Kanada in den Jahren 2001 und 2003 in Betrieb genommen; in Grossbritannien mehren sich die Rufe nach Pilotprojekten (Joseph Rowntree Foundation, 2006; Lloyd & Hunt, 2007; Wright & Tompkins, 2004).

Eines der Hauptziele der DCRs ist die gesundheitliche Stabilisierung; ebenso wichtig sind die Lösung von Problemen der öffentlichen Ordnung, die Reduzierung der öffentlichen und individuellen Schäden in Verbindung mit illegalem Drogenkosum und zwar nicht nur für die einzelnen Drogenkonsumenten sondern für den öffentlichen Bereich generell ( Joseph Rowntree Foundation, 2006).

Zu dem beabsichtigten Nutzen der DCRs gehört auch die Reduktion von drogenkonsum- bezogenen Schäden wie die Übertragung von blood-born-viruses (BBV) Infektionen wie HIV und Hepatitis. Mehr noch, DCRs können mit den chaotischsten Usern wie Obdachlosen oder den hoch riskant im Freien Konsumierenden arbeiten, sie erreichen dadurch Gebrauchergruppen, bei denen oft die grössten Risiken für eine BBV Übertragung bestehen( Zurhold et al., 2003; Wood et al., 2005a).

Die Prävention der BBV Übertragung wird hauptsächlich durch die Ausgabe steriler Spritzezn und steriler Konsum- und Rauchutensilien erreicht, ebenso durch strikte Vorgaben für die Sterilisation.

Darüberhinaus geben geschulte Mitarbeiter Ratschläge zu safer use ( Spritzen wie Rauchen) und überwachen den Konsum um hochriskante oder unhygienische Praktiken wie den direkten Tausch von Utensilien (incl. Nadeln, Spritzen, Filter und Crackpfeifen) oder den Wiedergebrauch zuvor benutzter zu verhindern.

Ethische und Machbarkeitsgründe stellen die Forschung bei der Evaluation der Effektivität von DCRs bezüglich einer Reduktion der HCV Inzidenz vor erhebliche Probleme (Fischer et al., 2002; Haemmig & van Beek, 2005; Hagan, 2002; Hall & Kimber, 2005; Joseph Rowntree Foundation, 2006; Kerr et al., 2005).

Schlüssel-Barrieren sind dabei große Stichprobenzahlen und die Schwierigkeit der Definition von Kontrollgruppen zum Vergleich der DCR User.

Infolge von Auswahlfehlern können viele der DCR User selbst HCV positiv sein. Deshalb kann es sein, dass der positive Effekt der DCR auf die Reduktion der HCV Inzidenz eher bei Konsumenten zu sehen ist, die die Zentren nicht nutzen und daher für die Forschung schwer erreichbar für die Rekrutierung sein können.

Aus diesem Grund bestand frühe Forschung in diesem Bereich aus Analysen von Sekundärdaten. Deskriptive Daten einer frühen Evaluation des australischen DCR meldete keinen Anstieg von Hepatitis C Infektions-Meldungen unter den lokalen Usern während der 18 monatigen Versuchsperiode; allerdings gab es Meldungen aus benachbarten Gegenden (Medically Supervised Injecting Centre Evaluation Committee, 2003).

Im Bericht wird aber auch angemerkt, dass es die generell geringe Infektions Prävalenz in Australien erschwert, überhaupt statistisch signifikante Fall-Veränderungen aufzudecken.

Ein Bericht über DCRs aus 2004 stimmte dem zu, dass nämlich nur spärliche Daten zur Wirkung solcher Zentren auf die Inzidenz drogenbezogener Infektionskrankheiten verfügbar seien (Hedrich, 2004). Immerhin wies der Bericht auf gestiegenes Risikowissen und –bewusstsein hin und meldete eine selbstberichtete Verringerung von Nadel- und Spritzentausch unter den Nutzern von Drogenkonsumräumen (Hedrich, 2004).

Diverse andere Untersuchungen stellten fest, dass Drogengebraucher mit hohem Risiko die DCRs nutzen und selbst von bedeutender Verringerung ihres BBV – Risiko-Verhaltens sprechen (Jacob, Rottman & Stöver, 1999; Nejedly & Burki, 1996; Ronco et al., 1996; Warner, 1997; Zurhold et al., 2001).

Forschung jüngerer Datums aus Kanada stützte sich auf vorherige epidemiologische Untersuchungen von IDUs und fand heraus, dass mit der Eröffnung von InSite, dem Drogenkonsumraum in Vancouver, eine Verringerung des Spritzentauschens unter den Nutzern einherging (Kerr et al., 2005; Wood et al., 2005b).

Tatsächlich ergaben Logistische Regressions Analysen nach einem Abgleich der sozio-demografischen und Konsum-Charakteristika dass InSite unabhängig mit verringertem Spritzenaustausch in Verbindung gebracht wurde; der Kohorte gehörten 431 aktive i.v. Drogenkonsumenten aus der Gemeinde an.

Eine weitere kanadische Querschnitts-Kohortenstudie untersuchte die Prävalenz und die Korrelate von HCV Infektionen bei einer repräsentativen Gruppe von InSite Nutzern (Wood et al., 2005c).

Von den 691 Teilnehmern an der wissenschaftlichen Evaluation der ‚Supervised Injecting cohort study‘ (SEOSI) wurden zu Beginn 605 (87,6%) Hepatitis C positiv getestet.

Zukünftiges Follow Up der HCV negativen Personen aus der Gruppe und einer grösseren Anzahl von HCV negativen Drogengebern in den kommenden Jahren wird uns nützliche und wertvolle Informationen zur HCV Inzidenz liefern.

Obwohl es plausibel ist, dass Drogenkonsumräume zu einer reduzierten Inzidenz von HCV unter den Konsumenten beitragen können müssen wir behutsam und vorsichtig sein und vor allem realistisch in unseren Erwartungen; denn es bleibt problematisch, sich auf eine klare kausale Beziehung für eine Intervention unter vielen anderen festzulegen (Hedrich 2004).

Trotzdem ist es ermutigend, dass es eine Steigerung von rigorosen, systematischen und kontrollierten DCR Pilotprojekten und Evaluationen gibt; wir brauchen sie als Mittel die langfristige Drogenpolitik ebenso wie die Praktiker zu informieren (Kimber et al., 2003).

### Zusammenfassung

Generell bleibt es eine wichtige Herausforderung die Inzidenz von Hepatitis C zu vermindern.

Solange es keine Aussicht auf einen Impfstoff gegen Hepatitis C gibt sollte nicht zuviel Vertrauen in nur eine einzige Primär- oder Sekundär-Präventionsmassnahme gesetzt werden.

Allerdings vermuten niederländische prospektive Kohortenstudien, dass der Einsatz einer grossen Bandbreite von Primär-Präventionsinterventionen bei paralleler Durchführung eine signifikante Auswirkung auf die HCV Inzidenz haben kann.

Eine Evaluation von 1276 Drogenkonsumenten, die über einen Zeitraum von 20 Jahren (1985-2005) rekrutiert wurden, ergab eine

bemerkenswerte Reduktion der HCV Inzidenz für diesen Zeitraum (Van den Berg et al., 2007a).

Die Autoren zogen daraus den Schluss, dieses Ergebnis sei eine Folge des generell weniger riskanten Verhaltens der Bevölkerung (Van den Berg et al., 2007a).

Eine andere Studie kam zu dem Ergebnis, dass die ‚komplette Teilnahme‘ an Harm-Reduction Programmen die HCV Inzidenz reduziert; ‚volles Programm‘ heisst hier: optimale Methadon Dosierung, dauerhaftes Verbleiben in der Substitutionsbehandlung, kein Tausch von Nadeln oder Konsumutensilien (Van Den Berg et al., 2007b).

Auch wenn das Ergebnis nur marginale statistisch Signifikanz hatte lässt sich durchaus vermuten, dass der Einsatz einer Kombination von Interventionen einen zusätzlichen Schutzeffekt bringt (Van Den Berg et al., 2007b).

Es gibt weitere Bereiche, die einer Forschungsaktivität würdig sind. Dazu gehören auf jeden Fall:

- Die Wirksamkeit von Nadelumtausch in Haftanstalten
- Drogenkonsumräume
- Bleachabgabe parallel mit der Ausgabe steriler Nadeln.

Einwänden, diese Interventionen seien ein wenig umstritten entgegen wir, dass Mittel für die Evaluation nicht allein aus politischen Gründen verweigert werden sollten, denn ein einziger Behandlungsfall von Hepatitis C kann extrem teuer sein.

Deswegen sind strategische Visionen auf den Ebenen von Politik ebenso wie der der Praktiker erforderlich, um der ‚tickenden Zeitbombe‘ einer Hepatitis C Epidemie unter i.v. Drogenkonsumenten etwas entgegen zu setzen.

**Wir finden, in dieser Situation ist ‚Vorbeugen besser als Heilen‘.**

#### Literaturhinweise

Aceijas, C. & Rhodes, T. (2007) Global Estimates Of Prevalence Of HCV Infection Among Injecting Drug Users. *International Journal of Drug Policy*, 18:352–358.

Aceijas, C., Hickman, M., Donoghoe, M.C., Burrows, D. & Stuijke, R. (2007) Access and Coverage Of Needle and Syringe Programmes (NSP) In Central and Eastern Europe and Central Asia. *Addiction*, 102:1244–1250.

Agolini, G., Russo, A. & Clementi, M. (1999) Effect of Phenolic and Chlorine Disinfectants On Hepatitis C Virus Binding and Infectivity. *American Journal of Infection Control*, 27(3):236-9.

Ashton, M. (2003) Hepatitis C and Needle Exchange: Thematic Review Part 2: Case Studies. *Drug and Alcohol Findings*, 9:24-32.

Ashton, M. (2004) Hepatitis C and Needle Exchange: Thematic Review Part 4: The Active Ingredients. *Drug and Alcohol Findings*, 11:25-30.

Braine, N., Des Jarlais, D.C., Ahmad, S., Purchase, D. & Turner, C. (2004) Long-Term Effects of Syringe Exchange on Risk Behaviour and HIV Prevention. *AIDS Education & Prevention*, 16:264-75.

Brunton, C., Kemp, R., Raynel, P., Harte, D., & Baker, M. (2000) Cumulative Incidence of Hepatitis C Seroconversion in a Cohort of Seronegative Injecting Drug Users. *New Zealand Medical Journal*, 113(1106):98-101.

Carruthers, S.J. (2005) Preventing Hepatitis C: What Do Positive Injectors Do? *Drug and Alcohol Review*, 24;2:193-198.

Chamot, E., de Saussure, P., Hirschel, B., Deglon, J.J. & Perrin, L.H. (1992) Incidence of Hepatitis C, Hepatitis B and HIV Infections among Drug Users in a Methadone Maintenance Programme. *AIDS*, 6(4):430-431.

Charrel, R.N., de Cheese, R., Decaudin, A., De Micco, P. & de Lamballerie, X. (2001) Evaluation of Disinfectant Efficacy Against Hepatitis C Virus using a RT-PCR-Based Method. *Journal of Hospital Infection*, 49(2):129-34.

Commonwealth Department of Health and Ageing. (2002) Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia. Commonwealth of Australia, Publications Production Unit, Canberra.

Crofts, N., Hopper, J.L., Bowden, D.S., Breschkin, A.M., Milner, R., & Locarnini, S.A. (1993) Hepatitis C Virus Infection among a Cohort of Victorian Injecting Drug Users. *Medical Journal of Australia*, 159(4):237-241.

Crofts, N., Nigro, L., Oman, K., Stevenson, E. & Sherman, J. (1997) Methadone Maintenance and Hepatitis C Virus Infection among Injecting Drug Users. *Addiction*, 92(8):999-1005.

Davis, C.S., Burris, S., Kraut-Becher, J., Lynch, K.G. & Metzger, D. (2005) Effects of an Intensive Street-level Police Intervention on Syringe Exchange Program use in Philadelphia. *American Journal of Public Health*, 95:233-6.

Davis, M., Rhodes, T. & Martin, A. (2004) Preventing Hepatitis C: 'Common Sense', 'The Bug' and Other Perspectives from the Risk Narratives of People Who Inject Drugs. *Social Science & Medicine*, 59:1807-1818.

Des Jarlais, D.C., Diaz, T., Perlis, T., Vlahov, D., Mazlow, C., Latka, M., Rockwell, R., Edwards, V., Friedman, S.R., Monterroso, E., Williams I. & Garfein, R.S.

(2003) Variability in the Incidence of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Hepatitis C Virus Infection among Young Injection Drug Users in New York City. *American Journal of Epidemiology*, 157(5):467–471.

Dolan, K., Rutter, S. & Wodak, A. (2003) Prison-Based Syringe Exchange Programmes: A Review Of International Research And Development. *Addiction*, 98:153–158.

Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. & Wodak, A. (2005) Four-Year Follow-Up of Imprisoned Male Heroin Users and Methadone Treatment: Mortality, Re-Incarceration and Hepatitis C Infection. *Addiction*, 100:820–828.

European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction (2004) EMCDDA Monograph 7: Hepatitis C and Injecting Drug Users: Impact, Costs and Policy Options. Office for the Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs & Drug Addiction (2007) Annual Report 2007: The State of the Drugs Problem in Europe. Office for the Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

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 Focussed Pilot Trial. *Canadian Journal of Public Health*, 93:336-338.

Fuller, C.M., Ompad, D.C., Galea, S., Wu, Y., Koblin, B. & Vlahov, D. (2004) Hepatitis C Incidence - A Comparison Between Injection and Non-injection Drug Users in New York City. *Journal of Urban Health*, 81;1:20-24.

Galindo, L. Maginnis, T., Wallace, G., Hansen, A. & Sylvestre, D. (2007) Education By Peers is the Key to Success. *International Journal of Drug Policy*, 18:411–416.

Garfein, R.S., Golub, E.T., Greenberg, A.E., Hagan, H. Hanson, D.L., Hudson, S.M., Kapadia, F., Latka, M.H., Ouellet, L.J., Purcell, D.W., Strathdee, S.A. & Thiede, H. for the DUIT Study Team (2007) A Peer-Education Intervention to Reduce Injection Risk Behaviors For HIV and Hepatitis C Virus Infection in Young Injection Drug Users. *AIDS*, 21:1923–1932.

Goldberg, D., Cameron, S. & McMenamin, J. (1998) Hepatitis C Virus Antibody Prevalence among Injecting Drug Users in Glasgow Has Fallen But Remains High. *Communicable Disease & Public Health*, 1(2):95-97.

Goldberg, D., Burns, S., Taylor, A., Cameron, S., Hargreaves, D. & Hutchinson, S. (2001) Trends in HCV Prevalence among Injecting Drug Users in Glasgow and Edinburgh During the era of Needle/syringe Exchange. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 33(6):457-461.

- Grebely, J., Conway, B., Raffa, J.D., Lai, C., Kraiden, M. & Tyndall, M.W. (2006) Hepatitis C Virus Re-infection in Injection Drug Users. *Hepatology*, 44:1139-1145.
- Grogan, L., Tiernan, M., Geoghegan, N., Smyth, B.P. & Keenan, E. (2005) Blood Borne Virus Infections among Drug Users in Ireland: A Retrospective Cross-sectional Survey of Screening, Prevalence, Incidence and Hepatitis B Immunisation Uptake. *Irish Journal of Medical Science*, 174(2):14-20.
- Groseclose, S.L., Weinstein, B., Jones, T.S., Valleroy, L.A., Fehrs, L.J. & Kassler, W.J. (1995) Impact of Increased Legal access to Needles and Syringes on Practices of Injecting-Drug Users and Police Officers Connecticut, 1992-1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 10(1):82-89.
- Haemmig, R. & van Beek, I. (2005) *Supervised Injecting Rooms in Pates*, R., McBride, A. & Arnold, K. (eds.) (2005) *Injecting Illicit Drugs*. Oxford, Blackwell.
- Hagan, H. (2002) Supervised Injection Rooms – Prospects and Limitations. *International Journal of Drug Policy*, 13:449-451.
- Hagan, H., Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Purchase, D. & Alter, M.J. (1995) Reduced Risk of Hepatitis B and Hepatitis C among Injection Drug users in the Tacoma Syringe Exchange Program. *American Journal of Public Health*, 85(11):1531-1537.
- Hall, W. & Kimber, J. (2005) Being Realistic about Benefits of Supervised Injecting Facilities. *The Lancet*, 366:271-272.
- Hallinan, R., Byrne, A., Amin, J. & Dore, G.J. (2004) Hepatitis C Virus Incidence Among Injecting Drug Users on Opioid Replacement Therapy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28;6:576-578.
- Hedrich, D. (2004) *European Report on Drug Consumption Rooms*. Lisbon, EMCDDA.
- Hutchinson, S.J., McIntyre, P.G., Molyneaux, P., Cameron, S., Burns, S., Taylor, A. & Goldberg, D.J. (2002) Prevalence of Hepatitis C among Injectors in Scotland 1989-2000: Declining trends among young injectors halt in the late 1990s. *Epidemiology & Infection*, 128(3):473-477.
- Inchauspe, G. & Feinstone, S. (2003) Development of a Hepatitis C Virus Vaccine. *Clinics in Liver Disease*, 7(1):243-259, xi.
- Jacob, J., Rottman, J., & Stover, H. (1999) Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlussbericht der einjährigen Evaluation des 'drop in Fixpunkt,' Hannover. Oldenburg, Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Jamner, M.S., Corby, N.H. & Wolitski, R.J. (1996) Bleaching Injection Equipment: Influencing Factors among IDUs who share. *Substance Use & Misuse*, 31(14):1973-93.

Joseph Rowntree Foundation (2006) *The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*. York, Joseph Rowntree Foundation.

Judd, A., Hickman, M., Jones, S., McDonald, T., Parry, J.V., Stimson, G.V. & Hall, A.J. (2005) Incidence of Hepatitis C Virus and HIV Among New Injecting Drug Users in London: Prospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 330:24–5.

Kapadia, F., Latka, M.H., Hagan, H., Golub, E.T., Campbell, J.V., Coady, M.H., Garfein, R.S., Thomas, D.L., Bonner, S., Thiel, T. & Strathdee, S.A. (2007) Design and Feasibility of a Randomized Behavioral Intervention to Reduce Distributive Injection Risk and Improve Health-Care Access Among hepatitis C virus Positive Injection Drug Users: The Study to Reduce Intravenous Exposures (STRIVE). *Journal of Urban Health*, 84;1:99-115.

Kapadia, F., Vlahov, D., Des Jarlais, D.C., Strathdee, S.A., Ouellet, L., Kerndt, P., Morse, E.V., Williams, I. & Garfein, R.S. (2002) Does Bleach Disinfection of Syringes protect against Hepatitis C infection among Young Adult Injection Drug Users? *Epidemiology*, 136(6):738-741.

Kerr, T., Tyndall, M., Li, K., Montaner, J. & Wood, E. (2005) Safer Injection Facility Use and Syringe Sharing in Injection Drug Users. *The Lancet*, 366;(9482):316-318.

Kimber, J., Dolan, K., van Beek, I., Hedrich, D. & Zurhold, H. (2003) Drug Consumption Facilities: An Update Since 2000. *Drug and Alcohol Review*, 22:227-233.

Lloyd, C. & Hunt, N. (2007) Drug Consumption Rooms: An Overdue Extension to Harm Reduction Policy in the UK. *International Journal of Drug Policy*, 18:5-9.

Lucidarme, D., Bruandet, A., Ilef, D., Harbonnier, J., Jacob, C., Decoster, A., Delamare, C., Cyran, C., Hoenacker, A. F. van, Frémaux, D., Josse, P., Emmanuelli, J., Strat, Y. le, Desenclos, J. C., Filoche, B. (2004) Incidence and risk factors of HCV and HIV Infections in a Cohort of Intravenous Drug Users in the North and East of France. *Epidemiology and Infection*, 132;(4):699-708.

MacDonald, M.A., Wodak, A.D., Dolan, K.A., van Beek, I., Cunningham, P.H. & Kaldor, J.M. (2000) Hepatitis C Virus Antibody Prevalence among Injecting Drug Users at selected Needle and Syringe Programs in Australia, 1995-1997. *Medical Journal of Australia*, 172(2):57-61.

Maher, L & Dixon, D. (1999) Policing and Public Health: Law Enforcement and Harm Minimization in a Street-level Drug Market. *British Journal of Criminology*, 39:488–512.

Maheer, L., Jalaludin, B., Chant, K.G., Jayasuriya, R., Sladden, T., Kaldor, J.M. & Sargent, P.L. (2006) Incidence and Risk Factors for Hepatitis C Seroconversion in Injecting Drug Users in Australia. *Addiction*, 101(10):1499–1508.

Mathei, C., Buntinx, F., & van Damme, P. (2002) Seroprevalence of Hepatitis C Markers among Intravenous Drug Users in Western European Countries: A Systematic Review. *Journal of Viral Hepatitis*, 9(3):157-73.

Medically Supervised Injecting Centre Evaluation Committee. (2003) Final Report on the Evaluation Report of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. Sydney, MSIC Evaluation Committee.

Micallef, J.M., Macdonald, V., Jauncey, M., Amin, J., Rawlinson, W., van Beek, I., Kaldor, J.M., White, P.M. & Dore, G.J. (2007) High Incidence of hepatitis C Virus re-infection within a Cohort of Injecting Drug Users. *Journal of Viral Hepatitis*, 14:413–418.

Miller, M., Eskild, A., Mella, I., Moi, H. & Magnus P. (2001) Gender Differences in Syringe Exchange Program use in Oslo, Norway. *Addiction*, 96:1639–51.

Moss, A.R. & Hahn, J.A. (1999) Syringe Exchange and Risk of Infection with Hepatitis B and C Viruses: Invited Commentary: Needle Exchange-No help for Hepatitis? *American Journal of Epidemiology*, 149(3):214-216.

Nejedly, M., & Burki, C.M. (1996) Monitoring HIV Risk Behaviours in a Street Agency with Injection Room in Switzerland. Bern, Medizinischen Fakultät, Universität Bern.

Novick, D.M. (2000) The Impact of Hepatitis C Virus Infection on Methadone Maintenance Treatment. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67(5-6):437-443.

Novick, D.M., Kreek, M.J., Arns, P.A, Lau, L.L., Yancovitz, S.R. & Gelb, A.M. (1985) Effect of Severe Alcoholic Liver Disease on the Disposition of Methadone in Maintenance Patients. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 9(4):349-354.

Novick, D.M., Kreek, M.J., Fanizza, A.M., Yancovitz, S.R., Gelb, A.M. & Stenger, R.J. (1981) Methadone Disposition in Patients with Chronic Liver Disease. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 30(3):353-362.

Office of National Drug Control Policy, Executive Office of the President (1998) Task Force Report on a Site Visit to Vancouver. Washington, DC.

Patrick, D.M., Tyndall, M.W., Cornelisse, P.G., Li, K., Sherlock, C.H., Rekart M.L. Strathdee, S.A., Currie, S.L. Schechter, M.T. & O’Shaughnessy, M.V. (2001) Incidence of Hepatitis C Virus Infection among Injection Drug Users during an Outbreak of HIV Infection. *Canadian Medical Association Journal*, 165(7):889-95.

Pollack, H.A. (2001) Cost-effectiveness of Harm Reduction in Preventing Hepatitis C among Injection Drug Users. *Medical Decision Making*, 21(5):357-367.

Rezza, G., Sagliocca, L., Zaccarelli, M., Nespoli, M., Siconolfi, M. & Baldassarre, C. (1996) Incidence rate and risk factors for HCV Seroconversion among Injecting Drug Users in an area with low HIV seroprevalence. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 28(1):27-29.

Ronco, C., Spuhler, G., Coda, P., & Schopfer, R. (1996) Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. *Sozial und Präventivmedizin*, 41:S58-S68.

Roy, K. M., Hutchinson, S.J., Wadd, S., Taylor, A., Cameron, S.O., Burns, S., Molyneaux, P., McIntyre, P.G., & Goldberg, D.J. (2006) Hepatitis C Virus Infection Among Injecting Drug Users in Scotland: A Review of Prevalence and Incidence Data and the Methods Used to Generate Them. *Epidemiology and Infection*, 135:433–442.

Schechter, M.T., Strathdee, S.A., Cornelisse, P.G., Currie, S., Patrick, D.M., Rekart, M.L. & O'Shaughnessy, M.V. (1999) Do Needle Exchange Programmes increase the Spread of HIV among Injection Drug Users?: An investigation of the Vancouver Outbreak. *AIDS*, 13(6):F45-51.

Selvey, L.A., Denton, M., & Plant, A.J. (1997) Incidence and Prevalence of Hepatitis C among clients of a Brisbane Methadone Clinic: Factors Influencing Hepatitis C Serostatus. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 21(1):102-104.

Smyth, B.P., O'Connor, J.J., Barry, J. & Keenan, E. (2003) Retrospective Cohort Study Examining Incidence Of HIV and Hepatitis C Infection Among Injecting Drug Users in Dublin. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:310-311.

Somainsi, B., Wang, J., Perozo, M., Kuhn, F., Meili, D., Grob, P. & Flepp, M. (2000) A Continuing Concern: HIV and Hepatitis Testing and Prevalence among Drug Users in Substitution Programmes in Zurich, Switzerland. *AIDS Care*, 12(449):460.

Strathdee, S.A., Patrick, D.M., Currie, S.L., Cornelisse, P., Rekart, M.L., Montaner, J., Schechter, M. T. O'Shaughnessy, M. V. (1997) Needle Exchange is not enough: Lessons from the Vancouver Injecting Drug Use Study. *AIDS*, 11(8):F59-F65.

Strauss, S.M., Astone, J.M., Des Jarlais, D. & Hagan, H. (2004a) A Comparison of HCV Antibody Testing In Drug-Free and Methadone Maintenance Treatment Programs in The United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 73:227–236.

Strauss, S.M., Astone, J.M., Hagan, H. & Des Jarlais, D.C. (2004b) The Content and Comprehensiveness of Hepatitis C Education in Methadone Maintenance and Drug-Free Treatment Units. *Journal of Urban Health*, 81;1:38-47.

Stöver, H. & Nelles, J. (2003) Ten Years of Experience with Needle and Syringe Exchange Programmes in European Prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14:437–444.

The Needle Exchange Programs Prohibition Act of 1998 – Statements on Introduced Bills and Joint Resolutions (Senate – April 21, 1998); *Congressional Record* 1998; p. S3356.

Thiede, H., Hagan, H. & Murrill, C.S. (2000) Methadone treatment and HIV and Hepatitis B and C Risk Reduction among Injectors in the Seattle area. *Journal of Urban Health*, 77(3):331-345.

Tucker, T., Fry, C.L., Lintzeris, N., Baldwin, S., Ritter, A., Donath, S. & Whelan, G. (2004) Randomized Controlled Trial of a Brief Behavioural Intervention For Reducing Hepatitis C Virus Risk Practices Among Injecting Drug Users. *Addiction*, 99:1157-1166.

Tweed, A., Kraijden, Mel, BC Hepatitis Services & BC Centre for Disease Control (2004) The Effectiveness of Bleach in the Prevention of Hepatitis C Transmission. Public Health Agency of Canada.

Valleroy, L.A., Weinstein, B., Jones, T.S., Groseclose, S.L., Rolfs, R.T. & Kassler, W.J. (1995) Impact of Increased Legal Access to Needles and Syringes on Community Pharmacies' Needle and Syringe Sales - Connecticut, 1992-1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 10(1):73-81.

van Ameijden, E.J., Van den Hoek, J.A., Mientjes, G.H. & Coutinho, R.A. (1993) A longitudinal study on the incidence and transmission patterns of HIV, HBV and HCV infection among drug users in Amsterdam. *European Journal of Epidemiology*, 9(3):255-262.

van Beek, I., Dwyer, R., Dore, G.J., Luo, K., & Kaldor, J.M. (1998) Infection with HIV and Hepatitis C virus among Injecting Drug Users in a Prevention Setting: Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal*, 317(7156):433-437.

Van den Berg, C.H.S.B., Smit, C., Bakker, M., Geskus, R.B., Berkhout, B., Jurriaans, S., Coutinho, R.A., Wolthers, K.C. & Prins, P. (2007a) Major Decline of Hepatitis C Virus Incidence Rate Over Two Decades in a Cohort of Drug Users. *European Journal of Epidemiology*, 22:183-193.

Van den Berg, C. Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. & Prins, M. (2007b) Full Participation In Harm Reduction Programmes Is Associated With Decreased Risk for Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus: Evidence From The Amsterdam Cohort Studies Among Drug Users. *Addiction*, 102:1454-1462.

Villano, S.A., Vlahov, D., Nelson, K.E, Lyles, C.M., Cohn, S., & Thomas, D.L. (1997) Incidence and Risk Factors for Hepatitis C among Injection Drug Users in Baltimore, Maryland. *Journal of Clinical Microbiology*, 35(12):3274-3277.

Ward, J., Mattick, R.P. & Hall, W. (1998) 'The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment 2: HIV and Infectious Hepatitis.' In: Ward, J., Mattick, R.P. & Hall, W. (eds.) *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers. pp59-73.

Warner, M. (1997) Over de drempel. Onderzoek naar de mogelijkheid om harddruggebruik binnen een opvangvoorziening in arnhem to reguleren. Arnhem, Gelders Centrum voor verslavingszorg.

Weild, A.R., Gill, O.N., Bennett, D., Livingstone, S.J.M., Parry, J.V. & Curran, L. (2000) Prevalence of HIV, Hepatitis B and Hepatitis C Antibodies in Prisoners in England and Wales: A National Survey. *Communicable Disease and Public Health*, 3(2):121-126.

Welton, A., Adelberger, K., Patterson, K. & Gilbert, D. (2004) Optimal Placement of Syringe-exchange Programs. *Journal of Urban Health*, 81:268-77.

Wood, E., Kerr, T., Stoltz, J., Qui, Z., Zhang, R., Montaner, J.S.G. & Tyndall, M.W. (2005c) Prevalence and Correlates of Hepatitis C Infection Among Users of North America's First Medically Supervised Safer Injection Facility. *Public Health*, 119:1111-1115.

Wood, E., Tyndall, M.W., Li, K., Lloyd-Smith, E., Small, W., Montaner, J.S.G. & Kerr, T. (2005a) Do Supervised Injecting Facilities Attract Higher Risk Injection Drug Users? *American Journal of Preventive Medicine*, 29(2):126-130.

Wood, E., Tyndall, M.W., Stoltz, J., Small, W., Lloyd-Smith, E. Zhang, R., Montaner, J.S.G. & Kerr, T. (2005b) Factors Associated with Syringe Sharing Among Users of a Medically Supervised Safer Injecting Facility. *American Journal of Infectious Diseases*, 1;(1):50-54.

Wright, N.M.J., Millson, C.E. & Tompkins, C.N.E. (2005) What is the Evidence for the Effectiveness of Interventions to reduce Hepatitis C Infection and the Associated Morbidity? World Health Organization, Health Evidence Network Synthesis. [http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/hepatitisC/20050412\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/hepatitisC/20050412_1)

Wright, N. & Tompkins, C.N.E. (2004) Supervised Injecting Centres. *British Medical Journal*, 328:100-102.

Wright, N.M.J., Tompkins, C.N.E. & Jones, L. (2005) Exploring Risk Perception and Behaviour of Homeless Injecting Drug Users Diagnosed with Hepatitis C. *Health and Social Care in the Community*, 13(1):75-83.

Zurhold, H., Degwitz, P., Verthein, U. & Haasen, C. (2003) Drug Consumption Rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the Effects on Harm Reduction and the Reduction of Public Nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33(3):663-688.

Zurhold, H., Kreuzfeld, N., Degwitz, P., Verthein, U., Krausz, M. (2001) Evaluation des Gesundheitsraumangebots für Drogenkonsumenten in drei europäischen Städten: Abschlussbericht. Hamburg, Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).

## Hepatitis C bei drogenabhängigen Migranten

Jens Reimer, Bernd Schulte, Christian Haasen,  
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Migration stellt ein zunehmendes Phänomen dar; Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts lebten 145 Millionen Menschen außerhalb ihres Geburtslandes, und jedes Jahr kommen zwischen zwei und vier Millionen Menschen hinzu. Im Jahre 2001 migrierten ca. 2,4 Mio Menschen in die 15 alten EU-Länder (Europäische Union 2001). Zwischen 1999 und 2001 wanderten ca. 850.000 Personen nach Deutschland ein (Integrationsbeauftragte der Bundesregierung 2001).

Über den Gesundheitsstatus von Migranten allgemeine Aussagen zu treffen erscheint schwierig. Ein besserer Gesundheitszustand von Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung wird häufig auf den *healthy migrant* Effekt zurückgeführt, d. h. auf die Tatsache, dass nur gesunde Personen in der Lage sind, die Strapazen der Migration auf sich zu nehmen. Auf der anderen Seite wurde auch ein im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung schlechterer Gesundheitsstatus bei Migranten beschrieben, was auf eine schlechtere medizinische Versorgung im Herkunftsland sowie einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem im Zielland zurückgeführt wurde (Baron-Epel & Kaplan 2001). Über einen längeren Zeitraum gesehen gleicht sich der Gesundheitsstatus der Migranten demjenigen der einheimischen Bevölkerung an (Luz Aparicio et al. 2005).

Grundsätzlich ist die Prävalenz substanzbezogener Störungen bei Migranten nicht höher als in der einheimischen Bevölkerung, jedoch sind sowohl differenzielle Konsummuster als auch ein differenzielles Suchtverständnis zu beachten. So haben Russlanddeutsche eine eher höhere Toleranzschwelle bezüglich der Definition problematischen bzw. abhängigen Alkoholkonsums, in der Therapie können Probleme auftreten durch eine passive Erwartungshaltung, ein co-abhängiges Familiensystem und Schwierigkeiten in der Mitteilung von Gefühlen. Bei türkischen Migranten ist in der Therapie die Rolle der Familienehre bzw. das Ansehen der Familie zu beachten, die in der Wertigkeit über therapeutischen Zielen stehen können.

In der Diagnostik und Therapie von intravenösem Drogenkonsum stellt sich regelhaft auch die Frage nach somatischer Komorbidität, und hier insbesondere die der Hepatitisvirusinfektionen (Reimer et al. 2005).

Um die Relevanz dieses Problems in Deutschland genauer fassen zu können, untersuchten wir 1.499 opiatabhängige Patienten einer großen, ländlich gelegenen deutschen Suchtklinik (Psychiatrische Klinik Gütersloh) bezüglich der Durchseuchung mit Hepatitisviren. Unter den Patienten befanden sich 49% Deutsche (Durchschnittsalter 30,6 Jahre  $\pm$ 7,3; Dauer intravenöser Konsum 9,2 Jahre  $\pm$ 7,3), 35% Russlanddeutsche (23,8 Jahre  $\pm$ 5,0; Dauer iv Konsum 3,9 Jahre  $\pm$ 3,7), 5% Türken (25,0  $\pm$ 3,1; Dauer iv Konsum 4,1 Jahre  $\pm$ 3,2), 8% verschiedener Ethnizität (28,8  $\pm$ 6,2; Dauer iv Konsum 5,4 Jahre  $\pm$ 4,9) und 3% Patienten der 2. Generation (28,1  $\pm$ 7,4; Dauer iv Konsum 6,9 Jahre  $\pm$ 7,1). Deutliche Unterschiede ergaben sich in der HAV-Durchseuchung mit Prävalenzraten von ca. 40% bei deutschen Patienten bis zu 80% bei türkischstämmigen Patienten. Die Prävalenz von HBV-Antikörpern lag zwischen 45% bei türkischstämmigen Patienten und knapp 55% bei Russlanddeutschen, die der HCV-Antikörper zwischen 62% bei türkischstämmigen Patienten und knapp 80% bei Patienten verschiedener Herkunft (Tabelle 1).

Ungefähr 40% der Russlanddeutschen und der Patienten verschiedener Herkunft hatten Kontakt mit allen drei Hepatitisviren, während die höchsten Prävalenzen von nur einer Infektion oder Abwesenheit von allen Infektionen bei Deutschen oder Patienten der 2. Generation festgestellt wurde (Abbildung 1).

**Tabelle 1**

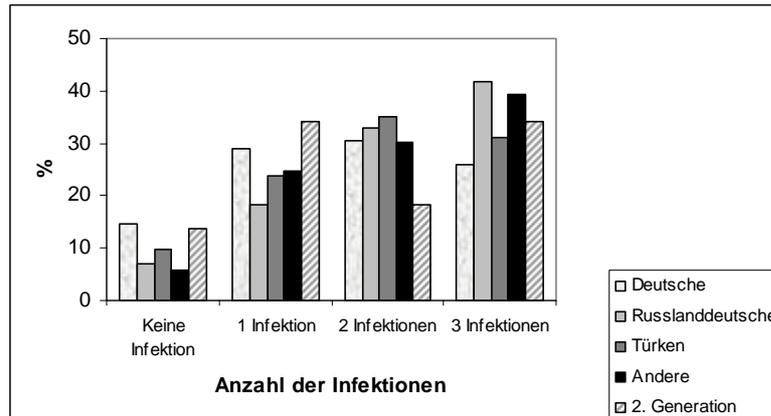
Prävalenz von serologischen Markern für HAV, HBV und HCV in Abhängigkeit von der ethnischen Herkunft

	<b>Deutsche (n=741)</b>	<b>Russland- Deutsche (n=521)</b>	<b>Türken (n=71)</b>	<b>Andere N=22)</b>	<b>2.Gene- ration (n=44)</b>	<b>p</b>
HAV	39,4	78,7	80,3	70,5	50,0	<0,001
HBV	52,9	54,1	45,1	54,1	52,3	n.s.
HCV	75,2	76,2	62,0	78,7	70,5	n.s.

$\chi^2$  test, n.s. = nicht signifikant

**Abbildung 1**

Anzahl der positiven serologischen Marker für HAV, HBV und HCV in Abhängigkeit von der ethnischen Herkunft



$\chi^2$  test,  $p=0.000$

Es finden sich somit unter den opiatabhängigen Patienten verschiedener Ethnien hohe Durchseuchungsraten mit Hepatitisviren. Die Unterschiede in der Prävalenz der Hepatitisvirusinfektionen in den verschiedenen Ethnien wird hauptsächlich über die differenzielle Prävalenz der HAV-Infektion getragen. In den Herkunftsländern der Migranten liegt die HAV-Prävalenz über derjenigen in der deutschen Allgemeinbevölkerung, allerdings findet sich bei den hier untersuchten drogenabhängigen Migranten eine noch höhere Prävalenz als bei der Durchschnittsbevölkerung im Herkunftsland. Es ist daher von einer bereits erhöhten Prävalenz bei der Einreise nach Deutschland auszugehen, die dann noch einmal durch den drogenassoziierten Lebensstil erhöht wird. Da Mehrfachinfektionen den Leberschaden potenzieren können, ist eine frühzeitige Impfung gegen eine HAV- und HBV-Infektion sinnvoll. Die Therapie der chronischen Hepatitis C ist anzustreben. Zu berücksichtigen ist, dass die drogenabhängigen Migranten im Vergleich zu den deutschen Patienten jünger sind und auch weniger lange intravenös konsumieren.

Unter der Annahme einer gleich langen Konsumdauer wären die Prävalenzraten für die Hepatitisvirusinfektion unter den Migranten noch höher anzusiedeln. Gesamthaft bedarf die Frage der Hepatitisvirusinfektionen bei drogenabhängigen Migranten der gleichen Aufmerksamkeit wie bei einheimischen Drogenabhängigen.

## Literatur

Baron-Epel O, Kaplan G (2001). Self-reported health status of immigrants from the former Soviet Union in Israel. *The Israel Medical Association Journal* 3: 940-946.

Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1995). World mental health problems and priorities in low income countries. New York, Oxford: Oxford University Press.

Europäische Union (2001). Jährlicher Bericht zu Asyl und Migration 2001.

Integrationsbeauftragte der Bundesregierung (2001). Migrationsbericht 2001.

Luz Aparicio M, Döring A, Mielck A, Holle R und die KORA-Studiengruppe (2001). Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Sozial Präventivmedizin* 50: 107-118.

Reimer J, Backmund M, Haasen C (2005). New psychiatric and psychological aspects of diagnosis and treatment of hepatitis C and relevance for opiate dependence. *Current Opinion in Psychiatry* 18: 678-683.

Hepatitis C - Offene Fragen in Forschung und Praxis -  
Doris Radun, Berlin

## Steckbrief: Hepatitis C



<b>Entdeckung:</b>	1989
<b>Pathogen:</b>	Virus, sechs Genotypen
<b>Krankheitsbild:</b>	Leber des Menschen
<b>Verbreitung:</b>	Weltweit
<b>Infektionsweg:</b>	Parenteral, (vertikal, sexuell)
<b>Inkubationszeit:</b>	2 – 26 Wochen
<b>Natürl. Verlauf:</b>	Akute Infektion meist unbemerkt, Chronifizierung 50-80%, Keine Immunität
<b>Letalität:</b>	<b>Akute</b> Hep. C: (nahe) 0, <b>Chron.</b> Hep. C: Leberzirrhose, HCC
<b>Prävention:</b>	Expositionsprophylaxe, Keine Impfung

## ?? ? ? Hepatitis C: Fragen (I)

- ?? ? ? **Virologie:** Replikation, Genotypen
- ? **Labordiagnostik:** Inzidente Fälle
- Natürlicher Verlauf:** Determinanten für Ausheilung
- Immunologie:** Immunität, Reinfektion
- Medik. Therapie:** Optimierung
- Impfung:** ob, wann

## ? ? ? ? Hepatitis C: Fragen (II)

<b>Epidemiologie:</b>	Historische Entwicklung Dynamik der Ausbreitung Seroepidemiologie Relevante Übertragungs- wege Rolle sexueller Übertragung Morbidität, Mortalität
<b>Prävention:</b>	Harm Reduction Maßnahmen Gesundheits-Aufklärung?
<b>Gesundheits- ökonomie:</b>	Kosten-Nutzen-Überlegungen

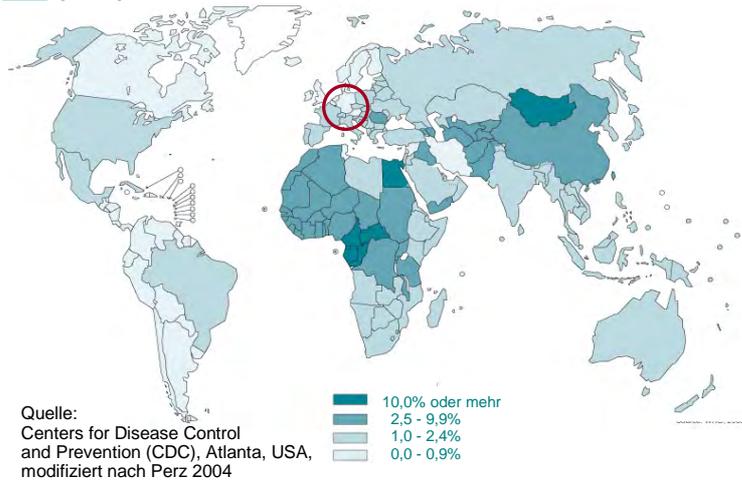
### Hepatitis C: Epidemiologie

#### Informationsquellen (Deutschland)

<b>Meldesystem:</b>	Inzidenz an Erstdiagnosen, Demographie, Risikofaktoren,
<b>Serosurveys:</b>	Seroprävalenz
<b>Blutspenderdaten:</b>	Seroprävalenz, - inzidenz
<b>Krankenhaus- statistik:</b>	Morbidität, Mortalität
<b>Studien</b>	je nachdem

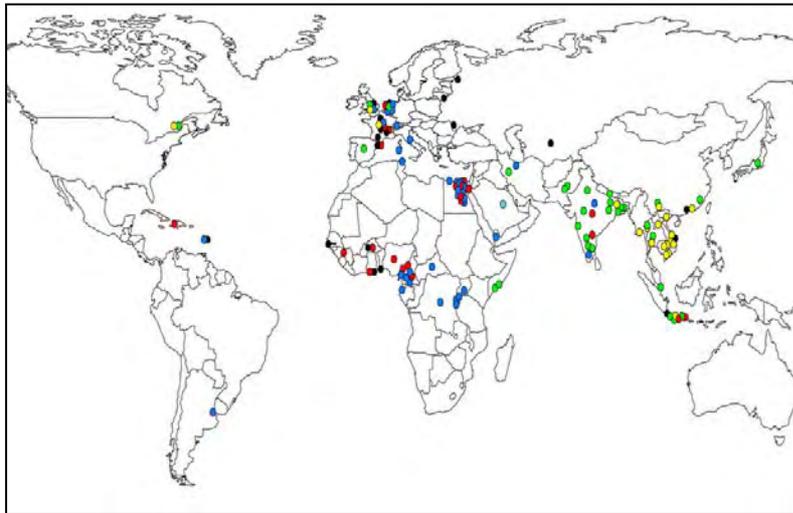
## Hepatitis-C-Prävalenz, WHO 2003

120 (-170) Millionen Infizierte (frühere oder aktuelle Infektionen)



## Hepatitis-C-Prävalenz, WHO 2003

120 (-170) Millionen Infizierte (frühere oder aktuelle Infektionen)



Pybus O et.al. 2007

## Wandel relevanter HCV-Übertragungswege

**früher** Übertragungen durch Blutprodukte,  
Kontaminierte medizinische Injektionen

**aktuell** Risiko einer HCV-Infektion durch  
Transfusion äußerst gering (<1: 5000.000)<sup>1</sup>  
Nosokomiale Übertragungen von HCV  
sehr selten

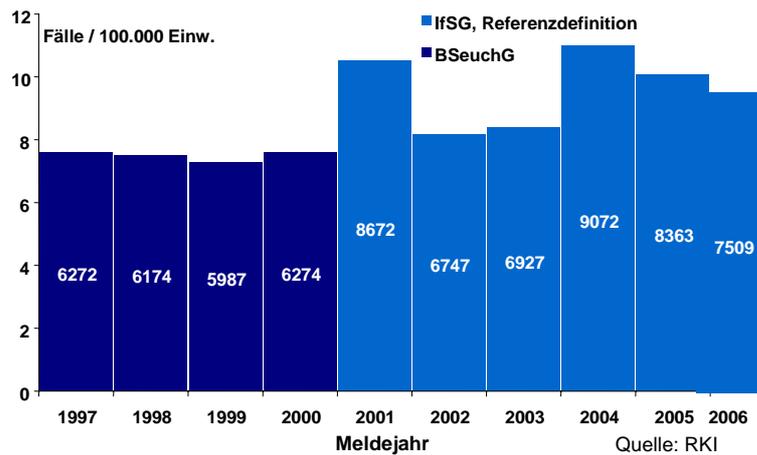
### ***Injizierender Drogenkonsum***



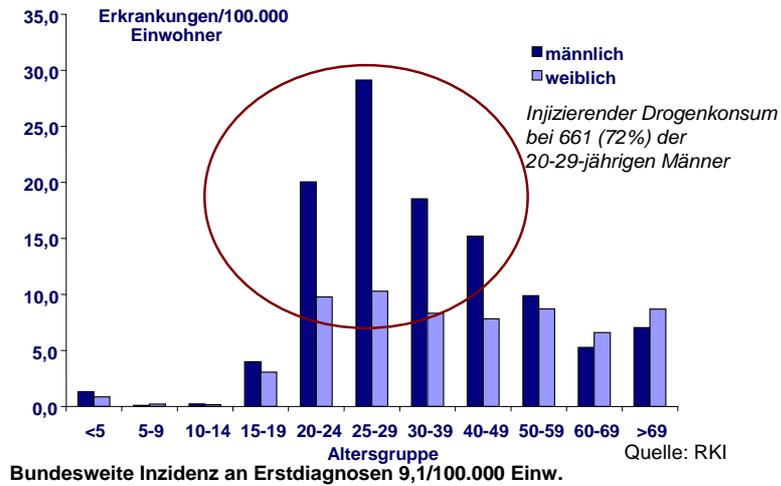
{ Rolle von sexueller Übertragung?  
MSM\* (hier Rolle von HIV-Infektion, STDs\*\*)  
Haft und injizierbare Drogen, Tätowierungen  
Weitere Faktoren (z.B. nosokomial)

<sup>1</sup> Offergeld 2006; \* Männer, die Sex mit Männern haben; \*\* Sexually Transmitted Diseases

## Inzidenz an Hepatitis-C-Erstdiagnosen, Deutschland, 1997 bis 2006



## Übermittelte Hepatitis-C-Erstdiagnosen nach Alter und Geschlecht, 2006 (n=7.509)



### Hepatitis-C-Epidemiologie, Deutschland

geschätzt: 400.000-500.000 chronisch Infizierte

Population	Prävalenz	Inzidenz
Allgemeinbevölkerung	0,4 % <sup>5</sup>	9,1 Erstdiagnosen (2006) <sup>6</sup>
Blutspender (2004) <sup>7</sup>	0,09%	1,3 100 000 Spenden
Injizierende Drogenkonsumenten <sup>8</sup>	84%	34,4 100 Personenjahre

<sup>5</sup> Thierfelder 2001

<sup>6</sup> RKI 2007

<sup>7</sup> Offergeld 2005

<sup>8</sup> Stark 1997

## Hepatitis-C-Epidemiologie, Deutschland

### „Belastbarkeit“ der Daten

- Zwar Meldepflicht, aber keine Erfassung der Inzidenz
- Untererfassung, „Dunkelziffer“, Zugang zu Labor-Tests
- Bzgl. Risikogruppen mit hoher Inzidenz nur regional begrenzte Daten
- Wenige Kohortenstudien (Inzidenz, Risikofaktoren)
- „Second Generation Surveillance“ nicht implementiert
- Morbidität, Mortalität – Planung von Ressourcen
- Herausforderung, versch. Datenquellen zu kombinieren

## Lange bekannte Risikofaktoren für Hepatitis C (Studien)

### Unter Blutspendern:

i.v. Drogengebrauch\*6                      OR 49,6

### Unter injizierenden Drogengebrauchern:

Spritzentausch\*7                      OR 9,7

Fehlen drogenfreier Phasen\*8              OR 5,7

Haft \*9                                      OR 3,5

Dauer des Drogengebrauchs \*9              OR 2,5

Alter < 20 Jahre \*9                      OR 2,5

\*6 Murphy EL; Hepatology 2000

\*8Mansson AS; Scand J Infect Dis 2000

\*7Stark K; Int J Epidemiol 1997

\*9van Beek I; BMJ 1998

### ... und bekannte Betroffenengruppen

so dass dringend gezielte **Harm Reduction Maßnahmen** erforderlich sind, um Neuinfektionen zu verhindern, die einer wissenschaftlichen Evaluierung unterliegen sollten, z.B.

- Gesundheitsaufklärung
- Zugang zu HCV-Testung
- Suchttherapie
- Kanülentausch-Programme (in Haft)
- In Haft: Ermöglichen von sicherem Tätowieren

### *Exkurs*

#### ... Hepatitis C, injizierender Drogenkonsum und Haft

- *Haftaufenthalt* und *intraven. Drogenkonsum* sind verschränkt
- Injizierende Drogenkonsumenten ~ Kanülentausch
- Hepatitis C unter Insassen weit verbreitet, insbes. unter(ehem.) injizierenden Drogenkonsumenten

weitere mögliche Risikofaktoren in Haft: Tätowieren, sexuelle Kontakte

- Nur wenig Informationen zu:  
Zugang zu Diagnostik,  
Suchttherapie,  
Hepatitis-C-Therapie in Haft



#### Aktivitäten am Robert Koch-Institut

- Optimierung der Surveillance (...Meldepflicht)
- Kooperation mit weiteren „Playern“
- (DBDD\*: Vorschlag: Erweiterung des Substitutionsregisters)
- Untersuchungen zu
  - Modellierung der Hepatitis-C-Epidemiologie
  - Risikofaktoren für Hepatitis C
- in der „Allgemeinbevölkerung“
- bei HIV-positiven MSM
  - Verbreitung und Risikofaktoren bzgl. parenteral übertragbaren Infektionen in JVA\*\*
  - Verbreitung und Risikofaktoren bzgl. parenteral übertragb. Infektionen unter injizierenden Drogenkonsumenten (in Planung)

\* Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

\*\*Justizvollzugsanstalten (Gemeinsam mit WIAD (Wiss, Institut der Ärzte Deutschlands))

### !!! Anzustreben !!!

- „Second Generation Surveillance“
- Gezielte Studien innerhalb von „Risikogruppen“, speziell injizierenden Drogenkonsumenten und besondere Behandlung (Gesundheitsaufkl., Beratung, Zugang zu Testung, Therapie von Abhängigkeit/Hepatitis C / Lebererkrankung)
- Bereiten einer Infrastruktur, die adäquate Gesundheitsversorgung erlaubt (z.B. Leitlinien, Suchtmedizin, Hepatologie)
- Kooperation von Vertretern verschiedener Institutionen und Ebenen, um erfolgreich präventiv zu wirken



Foyer in einer Pause

## HCV-Therapie und Substitution

Klaus Isernhagen, Köln

### Das Europäische Parlament

fordert die Kommission und den Rat auf:

Hepatitis C als eine die öffentliche Gesundheit betreffende dringliche Frage anzuerkennen...

Eine Empfehlung... bezüglich Hepatitis C anzunehmen, um ... einen breiteren Zugang zu Behandlung und Versorgung zu gewährleisten.

Europäisches Parlament 2007

### Epidemiologie

- Allgemeinbevölkerung: 0,4% - 0,63%  
(Palitzsch et al. 1999, Thierfelder et al. 2001)
- Heroinabhängige: 62% - 98%  
(Backmund et al. 2001, Backmund et al. 2003, Reimer et al. 2005)
- 500 000 – 600 000 Opioidabhängige in Europa sind HCV- infiziert  
(Nalpas et al. 1998)

### Melddaten des Robert-Koch Instituts

Angaben zu Expositionen, 2005:

i.v. Drogen 35% aller Hepatitis C Erstdiagnosen (größte Gruppe)  
71% (788 Mal) unter 20 – 29-jährigen Männern

**Derzeit werden in Deutschland ca. 60.000 Abhängige substituiert**

(Drogenbericht der Bundesregierung 2004)

22000 haben nach konservativer Schätzung eine Indikation zur Therapie  
– aber nur 800 – 900 werden behandelt.

### Dogmen bei der Behandlung von Drogenkranken

- Drogenpatienten sind schwierig und noncompliant.
- Komplizierte Therapieschemata sind von vorneherein zum Scheitern verurteilt.
- Der chaotische Lebensstil führt oft zu Therapieversagen.

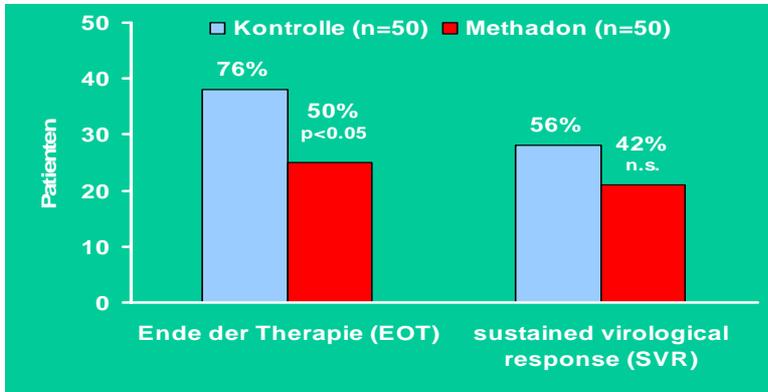
### Schäfer, M. et. al. Hepatology 2003

43% drop-out Ex-user                      14% Methadon

Schäfer, M. et. al. DGVS Jahrestagung 2006

SVR Kontrollen (n=17) 58,8 %  
Methadon (n=18) Genotyp 3 ++ 72,2 % (n.s.)  
Ex-user (n=13) 53,8  
Psychiatr. Patienten (n=22) 50%  
Höhere drop-outs bei Ex-usern

Therapieerfolg bei methadonsubstituierten Patienten



Mauss et al. Hepatology 2004;40(1):120- 4

Mauss, S, et. al.,  
Hepatology 2004

Behandlungsabbruch in den ersten 8 Wochen  
22% (11/50) Methadon 4% (2/50)  
Kontrollen

Prognosefaktor Arzt

Eine Studie mit niedergelassenen Ärzten erbrachte Schwankungen in der SVR – Rate zwischen 26% - 67% von Arzt zu Arzt

Hofmann WP et al (Kompetenznetz Hepatitis): Z Gastroenterol 2006

Ein effektives Nebenwirkungsmanagement ist bei dieser Patientengruppe besonders in ersten Therapiewochen unverzichtbar. Die HCV – Therapie substituierter Drogenabhängiger erfordert ein enges Netzwerk der beteiligten med. Fachdisziplinen incl. der psychosozialen Betreuung im Idealfall in einem interdisziplinären Zentrum.

**Die werden doch rückfällig und infizieren sich wieder!**

Reinfektionsrate 0 – 4,1 Fälle pro 100 Patientenjahre (n=18)  
 Backmund, M. et al.: Clin Infec Dis 2004:39

1 Patient von 27 in 5 J. Nachbeobachtung, Opiatrückfälle 33%  
 Dalgard, O. et al.: Eur Addict Res 2002:8

Es gibt keinen rationalen Grund, einem substituierten Drogenabhängigen eine HCV Therapie vorzuenthalten.

Die Unterversorgung dieser Patientengruppe bei einer potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung ist ein Medizinskandal ersten Ranges.

**Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (2006)**

- -Die Substitutionsbehandlung stellt in der Suchtmedizin das beste Setting für eine Hepatitis C Therapie dar (AIII)

**DGVS Leitlinie 2004**

- -Kontraindikationen für eine ... Therapie sind: ...
- Aktuelle i.v.-Drogen- und Kokainabhängigkeit (nicht: Pat. im Methadonprogramm)
- -Bei Patienten, die sich in einem Methadonprogramm befinden, ist die zu erwartende Compliance individuell abzuwägen.

**Argumente für eine Interferon/Ribavirin Therapie unter Substitution**

- Mindestens 1 x wöchentliches Erscheinen in der Praxis.
- Wenig Schwierigkeiten mit Terminversäumnissen bei Kontrolluntersuchungen.
- Besseres Tolerieren der Nebenwirkungen unter Opiaterhaltungstherapie.

Patienten unserer Praxis, die am 01.01.2001 in Substitution waren oder seit dem aufgenommen wurden.

	Gesamt	HIV gesamt	davon HIV/ HCV	HIV/ HCV SVE	HIV mono	HCV aktiv	HCV SVE	neg
n	255	59	83,3%	<b>16,7%</b>	<b>5,1%</b>	70,6%	<b>29,4%</b>	16,9%
w	32,9%	32,2%				33,3%	<b>42,2%</b>	23,3%
m	67,8%	67,8%				66,7%	57,8%	76,7%
Alter	35,5	35,1				35,9%	35,9%	34

HCV Genotypen			
	Gesamt	HIV/HCV	HCV
Genotyp	n=123	n= 39	n= 84
1	61(49,6%)	21 (53,8%)	40 (47,6%)
2	5 (4%)	1( 2,6%)	4 (4,8%)
3	54 (44%)	15 (38,5%)	<b>39 (46,4%)</b>
4	3(2,4%)	2(5,1%)	1(1,2%)

## Substitutionsschema nach Ulmer (Ulmer, A. 2001) Stad. 3

Seit mindestens 6 Wochen rückfallfrei oder frei von problematischem Beigebrauch, Leben noch drogen-geprägt, entsprechende Kontakte.	<p><b>a:</b> nicht recht sicher, ob die Angaben über Rückfallfreiheit stimmen, eher unsicher</p> <p><b>b:</b> kein Anhalt für Rückfälligkeit wie links formuliert</p> <p><b>c:</b> deutliche Entwicklung zum 4. Stadium erkennbar, oft schon sehr stabile Phasen</p>
---	--

3a j/n					
	Gesamt	HIV	HCV aktiv	HCV SVE	neg
N	230	54	94	42	39
3a erreicht	83%	76%	84%	95%	77%
3a nicht erreicht	17%	24%	16%	5%	23%
Nur Patienten mit > 120 Tagen Behandlung					

## Zeit bis zu ersten Stabilitätsansätzen

	Gesamt	HIV	HCV aktiv	HCV SVE	neg
<b>Tage</b>	156	220	142	182	125
Nur Patienten ab 2001, keine Übernahmen					

### Zusammenfassung

Vorbehalte gegen eine HCV Therapie substituierter Drogenabhängiger haben keine rationale Grundlage.

In einem engen interdisziplinären Therapienetzwerk bestehen vergleichbare Ansprechraten.  
Reinfektionen scheinen eher selten zu sein.

Die Substitutionsbehandlung schafft am ehesten geeignete Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche HCV – Therapie.



Doris Radun, Astrid Leicht, Teilnehmer

**HCV-Arbeit in der Schweiz:  
Besonderheiten am Beispiel Zürich**  
Sigrun Behrens, Zürich



**3 Schwerpunktthemen**

- Versch.Einrichtungen / 24h Abdeckung
- HeGeBe / die Heroingestützte Behandlung
- Hygieneschulungen beim Personal

**Kontakt und Anlaufstellen - K&A`s**

- 1991 Eröffnung der ersten K&A zur Entlastung des öffentlichen Raums und zur Prävention gegen **Hepatitis** und HIV
- 4 K&A`s in der Stadt Zürich von 8:30 bis 21:00 Uhr 365 Tage offen
- Niederschwellige Ueberlebenshilfe für Drogenabhängige
- Konsumräume, in denen mitgebrachte Drogen unter hygienischen Bedingungen injiziert, geraucht oder gesniff werden können
- Medizinische Beratung und Betreuung / Erste Hilfe
- Spritzenumtausch und andere Mittel zur Förderung der Hygiene
- Sog. Mediatorenprojekt / KlientInnen machen Spritzentausch in den illegalen Gassenzimmern als Präventionmassnahme (Arbeitsprojekt)
- Soziale Information und Beratung (Substitutionsprogramme)
- Hepatitis C Aktionswochen 1x jährlich

**Weitere Einrichtungen**

- **2 Notschlafstellen** von 21:00 bis 09:00 Uhr
  - mit Spritzenabgabe und Konsummöglichkeit
- **Frauenbus Flora Dora** 22:00 bis 02:00 Uhr
  - Richtet sich an Drogenfrauen die der Prostitution nachgehen / Bus in der Nähe des Strassenstrichs als Treffpunkt
  - Gesundheitsprävention und ärztliche Sprechstunde
- **Jugendberatung Streetwork**
  - u.a. Präventions- und Informationsveranstaltungen zu Drogenkonsum und HEP C und HIV für Schulklassen und Jugendvereine
- [www.saferparty.ch](http://www.saferparty.ch) mit Onlineberatung
- Weitere „**Fixerstuben**“ in den Städten Bern, Basel, Olten, Genf und Luzern ( im Aufbau)
- **HeGeBe** - Heroingestütztebehandlung
  - Polikliniken **Lifeline** und **Crossline**

- **ZOKL** (ZürcherOpiatKonsumLokal)  
Substitutionsbehandlungen (u.a. Diaphin/Heroin) zur Prävention und Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lage.  
Richtet sich an Personen die lange in der illegalen Drogenszene verkehren und in anderen therapeutischen Behandlungen nicht erfolgreich waren.  
Medizinische und psychiatrische Abklärung und Behandlung  
**z.b. Interferon Therapie bei HEP C**  
365 Tage in Jahr offen und von der Stadt Zürich und den Krankenkassen finanziert

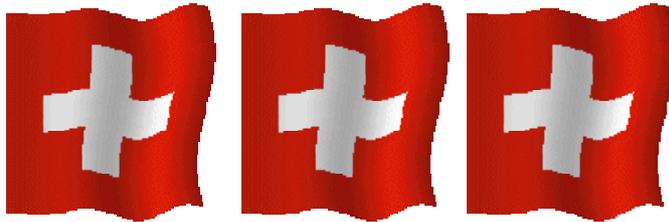
#### Hygieneschulungen beim Personal

- Pflicht für alle neu eintretenden MitarbeiterInnen aus soz. Berufen, für med. Personal empfohlen

#### Schwerpunkte:

- Händehygiene
- Umgang mit offenen Wunden
- Was ist Hepatitis C ? Was ist HIV ?
- Uebertragungswege HEP C und HIV
- Eigenschutz im täglichen Umgang mit infizierten KlientInnen
- Impfung und Behandlungsmöglichkeiten
- Vertraut machen mit dem HEP C Handbuch der Schweiz
- Leider im 2005 eine Infizierung mit Hepatitis C beim Personal durch offene Wunde

Vielen Dank und Uff widerlueggen



## The injecting process: understanding viral transmission- a video project

Avril Taylor, Glasgow

### Introduction

In 2001 it was estimated that 10,000 (44%) of Scotland's 22,800 current injecting drug users (IDUs) had been infected with HCV (Hay et al, 2001), of whom approximately 8,000 continued to be infectious.

There is considerable evidence that needle/syringe (N/S) exchange provision has helped to control HIV transmission among injecting drug users (IDUs). Research has also shown that prescribed methadone reduces the frequency of injecting and sharing among methadone recipients (Hutchinson et al, 2000; Simoens 2002). Nevertheless, despite evidence that current interventions may be helping to reduce the spread of hepatitis C infection, the indications are that prevalence and incidence are both still very high. Forty-five per cent (209/463) of Glasgow injectors who had commenced injecting after the introduction of needle exchange services were found to be HCV positive (Taylor et al, 2001). In 2005, 53% (55/104) of Glasgow needle exchange attenders who had commenced injecting in previous five years were HCV+ve (Taylor et al, unpublished data).

From these findings it is apparent that more effective ways to prevent HCV infection need to be developed. Studies to date, however, have not allowed the reporting of the specific practices which may place the IDU at risk of HCV acquisition. Needle sharing is a key factor in HCV transmission. Just over one quarter of injectors continue to share needles and syringes (ISD, 2006). The sharing of filters, water and spoons used in the preparation of drugs for injection have also been implicated in the spread of HCV infection (Hagan et al, 2001). However, we do not yet know enough about the actual injection preparation methods which may influence transmission e.g. the types of filters used, frequency of re-use of filters, water or spoons, the possible exchange of body fluids through sharing of tourniquets, swabs, etc. This information is essential to inform the development of effective interventions.

Accordingly, in 2003, the Scottish Executive provided funding to undertake an in-depth observational study of the injecting practices of IDUs in Glasgow.

### **Aim**

The aim of the study was to examine the injecting practices of Scottish injecting drug users to a degree of detail not previously achieved in the UK. The specific focus was practices that could potentially facilitate the transmission of HCV infection. Risk practices other than the direct sharing of needles and syringes were of special interest as these are not so well understood.

### **Methodology**

The primary means of data collection was direct observation using a video camera to record injecting events in IDUs' own settings. The study sought to explore how IDUs prepare and administer their injections and what happens immediately afterwards.

Recorded data were augmented with researchers' field notes. These provided a record of the circumstances surrounding each injecting event. Additionally, taped interviews were conducted with the majority of participants. All interviews took the form of an informal conversation loosely based around the issues raised in the study objectives.

Recruitment and field work took place over a seventeen-week period from the first week of January 2003 to the first week of May 2003. Respondents were recruited using a targeted snowballing technique which provided a range of injectors at different stages of their injecting careers.

### **Results**

A total of 30 IDUs were recruited to the study. Injecting careers ranged from 2 weeks to 21 years. Almost three-quarters of the sample (n=22) were male. Twenty-five (25) lived in their own or partner's home and five were homeless. Eight participants had a sexual partner who was also an IDU. The majority of respondents (n=26) injected heroin only. Two IDUs injected heroin and cocaine and two injected cocaine only. Half (n=15) of the study group were not in treatment during the data collection period, 14 respondents were receiving methadone treatment and one participant had a short stay in a residential rehabilitation unit.

The 30 members of the study group were recorded injecting on 48 separate occasions. Within these 48 events, drugs were prepared for injecting a total of 65 times and a total of 103 injections were administered. Twenty-two of the 48 recorded events and 47 of the 65 preparation episodes involved two or more IDUs injecting together.

The results showed that there are multiple ways in which IDUs put themselves at risk of HCV transmission during the injecting process.

### Sharing of injecting equipment

To become infected with HCV, an individual must come in contact with the blood of an infected person. The most common route of HCV transmission is injecting drug use. The most obvious route of HCV transmission is for an IDU to inject with a N/S previously used by another potentially infected injector. However, only one such incident of direct sharing (1/103 injections) occurred in this study. The indirect sharing of potentially infected N/S and the sharing of other potentially infected injecting paraphernalia, however, was more common.

Participants in the study invariably injected with their own, or what they regarded as their own, N/S. Just over half of the injection episodes (54/103) involved the use of new, sterile N/S. The potential for transmission arose in the episodes (49/103) in which participants injected with previously used N/S. Apart from the one IDU who was seen to inject with another's N/S, the participants in the other 48 injection episodes believed that their pre-used needles had been used only by themselves. Some participants, however, admitted that they have may have used another person's N/S by mistake. This could happen in two ways. Firstly, cohabiting IDUs often stored their used N/S next to each other's and then had difficulty in distinguishing one from another. Another way in which N/S could be confused was where two or more people were injecting together, put their N/S down next to each other's and then could not tell which was theirs.

The utilisation of a pre-used N/S in the preparation or drawing up of drug solute for more than one injector was another way in which needles/syringes were shared indirectly. It was common to prepare drugs in one batch for all participants, this being the most efficient way to divide drugs bought with pooled resources. In more than three-quarters (38/47) of the preparation episodes involving two or more IDUs one batch of drug solute was prepared to be divided among the group. On 14 occasions a pre-used N/S drew the solution up first. Although the needle does not come into direct contact with another IDU in such circumstances, it potentially could contaminate any or all of the other injecting paraphernalia or drug solution.

In 44 of the 47 preparation episodes involving more than one IDU, cookers, filters and water were shared among participants.

The majority of cookers (n=46) used in the 65 preparation episodes were visibly unclean, i.e they were stained with drug residue from previous injection preparations. Twenty-five (25/46) of these episodes involved two or more participants sharing the same previously used cooker.

In seven (7/65) episodes the water used to dissolve the drug was not fresh. On these occasions the water used to prepare the drug solute had been used previously to clean needles and was thus potentially contaminated.

Flush water, used to rinse out N/S after injecting, was another potential source of infection. Seventy-one (71) of the 103 administration episodes involved participants flushing their N/S with the same water used in the preparation process. Forty-nine (49/71) of these episodes involved two or more participants sharing the same flush water. This would not necessarily be a risk behaviour if the flushed N/S were then disposed of.

However, of the 82 needles used in the 103 administration episodes, only 25 (25/82) were disposed of. The remainder were stored in a variety of places for use at another time. Storage in a cin bin did not guarantee that such needles would not be re-used. Researchers witnessed N/S extracted from cin bins on several occasions.

Blood-to-skin contact is generally regarded as a low transmission risk, but in circumstances where this happens frequently or where skin is broken, this can increase this risk. IDUs were seen placing bloody fingers on another's injection site on nine occasions and leaving bloodied tissues or cotton wool on tables and other surfaces on four occasions.

## Discussion

### Implications for policy and practice

The findings of this study pointed to various ways in which harm reduction practices could be improved:

- The importance for IDUs to have the potential to use a sterile N/S for each injecting episode. Recent changes in Scottish legislation regarding needle exchange facilities should help this to happen to some extent (Taylor et al, 2005). However, the need for IDUs to have 24-hour access to needles/syringes must also be addressed. This could be done either through increasing the number of services providing 24-hour access, or by making clean equipment available through other means such as vending machines.

- In situations where IDUs are injecting in the company of other IDUs, they need better ways of distinguishing each other's equipment. This could be done easily if, for example, the commonly used fixed 1ml needle/syringe were produced in different colours.
- The provision to IDUs of more information about the ways in which injecting equipment can become contaminated in the process of drug preparation. This could be achieved through a training video, posters and leaflets demonstrating risk practices, and by developing health promotion materials which emphasise the need for hygienic practices.
- Policy-makers should consider whether the provision of safe injecting rooms would help to address some of the particular needs of those injectors who have to inject outdoors.
- Just under half of the sample were receiving methadone treatment but were still injecting. Elsewhere, methadone maintenance therapy has been shown to reduce, but not eliminate, the practice of injecting (Hutchinson et al, 2000). Inadequacy of dose may be a factor influencing the continuation of injecting and should be looked at more closely.

### Conclusion

This study used a fairly unique method to discover areas or risk taking among injectors not identified by more conventional survey approaches. The findings have informed policy and practice as well as the development of more sensitive survey questionnaires.

### References

- Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS & Alexander ER (2001). Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American Journal of Public Health*; 91(1): 42-46.
- Hay G, McKeganey N & Hutchinson S (2001) Estimating the national and local prevalence of problem drug misuse in Scotland. Glasgow. University of Glasgow  
<http://www.drugmisuse.isdscotland.org/publications/local/Prevalence.pdf>.
- Information Services Division Scotland. Drug Misuse Statistics Scotland 2006. NHS National Services Scotland, 2006
- Taylor A, Goldberg D, Hutchinson S, Cameron S, & Fox R (2001) High risk injecting behaviour among injectors from Glasgow: cross-sectional community wide surveys 1990-1999. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 55: 766-767.

A, Fleming A, Rutherford J, Goldberg D. Examining the injecting practices of injecting drug users in Scotland. Effective Interventions Unit, Scottish Executive, 2004.

Taylor A, Allen E, Hutchinson S, Roy K, Goldberg D et al. Evaluation of the Lord Advocate's Guidance on the distribution of sterile needle and syringes to injecting drug users. Effective Interventions Unit, Scottish Executive, 2005.

## Hepatitis C unter Drogengebrauchern in den neuen EU Mitgliedsstaaten und den Nachbarländern : Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) und HCV-bezogene Aktivitäten

Simona Merkinaite, Eurasian Harm Reduction Network (EHRN) früher: Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRN)

### Kurze Geschichte des EHRN:

Die Geschichte der Harm Reduction - Bewegung in Zentral- und Ost-Europa und in der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten (GUS) ist eng verbunden mit der Geschichte der HIV-Epidemie. In den neunziger Jahren, als HIV Ausbrüche unter injizierenden Drogengebrauchern in Russland, der Ukraine und Weißrussland entdeckt worden sind wurde deutlich, dass der Anstieg von HIV exponentiell werden würde - und er wurde es.

Die Erfahrungen in anderen Teilen der Welt haben gelehrt, dass wenn zielgerichtete, effektive und nachhaltige Maßnahmen nicht ergriffen werden, HIV unter den IDUs nicht kontrolliert werden könnte und auf andere Populationen überspringen würde.

Als Antwort auf diese Bedrohung sind harm-reduction-Projekte in den frühen 90er Jahren in dieser Region entstanden, einschließlich Methadonbehandlung, Spritzenaustausch und outreach - Angeboten. In dieser Zeit gab es nur eine Handvoll von Leuten, die sich diesem Problem widmeten, und diese Leute mussten sich selbst unterstützen.

1997 wurde das "Central and Eastern European Harm Reduction Network" in Warschau gegründet. Es hatte zum Ziel die Individuen und Organisationen zu vereinen, die an einer Reduktion drogen-bedingter Schäden - insbesondere HIV - zu arbeiteten.

Heute hat dieses Netzwerk mehr als 260 Mitglieder aus der gesamten Region. Unter ihnen sind Regierungs- und Nicht-Regierungsorganisationen, andere Netzwerke, Aktivisten, Drogengebraucher, Menschen, die mit HIV leben.

Mitglieder sind:

- Regierungsorganisationen;
- NGOs;
- nationale/thematische Netzwerke
- Gruppen von Drogengebrauchern, PLWHA;
- Individuen (Forscher, Offizielle);

Jede Organisation oder Individuum, die am Thema harm reduction arbeitet, oder sich ihr verpflichtet fühlt.

Der Auftrag des Netzwerkes ist:

Unterstützung, Entwicklung und Fürsprache von Schadensminimierungsansätzen auf dem Gebiet von Drogen, HIV, Öffentlicher Gesundheit und sozialem Ausschluß unter Befolgung der Prinzipien von Humanismus, Toleranz, Partnerschaft und Respekt vor Menschenrechten und Freiheiten.

Das Leitprinzip unserer Arbeit ist Partnerschaft – d.h. dass alle Mitglieder gleichberechtigt sind und von den wesentlichen Ergebnissen und Arbeiten profitieren können, die da sind: Informationsaustausch und Unterstützung, Fürsprecher von Veränderung und technische Unterstützung in der Entwicklung von Schadensminimierung.

Die Hauptaktivitäten des Netzwerkes sind:

- Informationelle Unterstützung, Netzwerken und Austausch guter Praxis, Expertenwissen und gemachten Erfahrungen;
- Fürsprecher für weniger repressive und nicht-diskriminierende Politik in Hinblick auf Drogenkonsumenten, andere vulnerable Populationen, einschließlich sex worker, Insassen von Haftanstalten und Menschen, die mit HIV/AIDS leben;
- Einschätzung von Politik, Bedarfen, Angeboten und der Situation von Menschenrechten in der Praxis;
- Kompetenzentwicklung von Aktivisten der Schadensminimierung, ebenso wie anderer Entscheidungsträger von betroffenen Gemeinden, die direkt oder indirekt Kontakt haben mit Drogengebrauchern und anderen vulnerable Gruppen in Zentral- und Osteuropa und Zentralasien.

Im Jahr 2007 veränderte CEEHRN seinen Namen in EHRN mit dem Ziel die geographische Reichweite seiner Arbeit zu repräsentieren: Zentral- und Osteuropa und Zentralasien.

#### Warum Hepatitis C?

- **Das Hepatitis C Virus (HCV) verbreitet sich** aufgrund seiner hohen Infektiosität schnell unter IDUs (ungefähr 10 mal schneller als HIV), and—anders als HIV—kann es nicht nur übertragen werden durch Teilen von Nadeln und Spritzen, sondern auch durch andere Spritzutensilien (e.g., Wasser, Filter etc.), die in Kontakt kommen mit und Überträger sind von infizierten Blutpartikeln. Das Ergebnis ist, dass internationale Studien davon ausgehen, dass ungefähr 50–95% der IDU Population mit HCV infiziert sind;

- **Folgen der Infektion sind extrem** schädigend: das Virus wird bei ungefähr 85% der Infizierten chronisch, und unter denen die chronisch infiziert sind, kann sich eine Zirrhose in 5 to 20% der Fälle entwickeln. Es wird geschätzt, dass jährlich 250.000 Menschen jährlich an HCV-bezogenen Gründen sterben. Es ist bereits der häufigste Grund chronischer Lebererkrankung und der häufigste Grund einer Lebertransplantation in einigen Ländern, Morbidität und Mortalität von HCV Infektionen steigen und es wird erwartet, dass sich dieser Anstieg in den nächsten Jahrzehnten fortsetzt;
- HCV ist oft symptomlos, und die große Mehrheit der infizierten Menschen sind sich nicht über ihren Status bewusst, was zu fortlaufenden Übertragungen führen kann, besonders unter IDUs, weil ein großer Teil dieser Gruppe nicht von Angeboten erreicht wird, und außerhalb des Gesundheitsversorgungssystems steht;
- Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass selbst wenn die Diagnose und die Voraussetzungen für eine Behandlung geklärt sind, **IDUs oft von einer HCV-Behandlung ausgeschlossen werden**, trotz der Belege, dass eine HCV Behandlung machbar und effektiv ist, wenn besondere Bedarfe, wie Drogenabhängigkeit oder Nebenwirkungen der Behandlung, benannt werden.

**Die Kombination dieser Faktoren macht die HCV Prävention und Behandlung zu Schadensminimierungsaktivitäten mit höchster Priorität.**

Von 2006 – 2007 hat EHRN die Situation in der Region im Hinblick auf die Verbreitung von HCV unter IDUs mit dem Ziel eingeschätzt, das Bewußtsein für diese Situation zu schärfen und eine nationale Verpflichtung für nicht-diskriminierende und effektive HCV Politik und Interventionen in Gang zu bringen.

Die Bestandsaufnahme in 13 Ländern der Europäischen Union (EU) und Nachbarstaaten, wurde mit dem Ziel durchgeführt, die Verfügbarkeit von Angeboten der HCV Prävention, Behandlung, Pflege und Unterstützung für IDUs zu erheben. Die untersuchten Länder waren: Weissrussland, Bulgarien, die Tschechische Republik, Estland, Ungarn, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Russland, Slowenien, Slowakei, und die Ukraine.

## Wesentliche Ergebnisse und Themen:

### Hohe HCV prevalence unter IDUs

Die verfügbaren Daten zeigen ein recht breites Spektrum von HCV-Prävalenzdaten von 14–97% in verschiedenen Settings.

Die HCV-Raten sind gemeinhin höher in östlichen Gebieten der Region, mit den höchsten Raten von 70% bis über 90% - berichtet aus Estland, Litauen, Russland und der Ukraine.

Bedeutend niedrigere HCV-Raten werden aus zentraleuropäischen Ländern berichtet, in denen die HIV-Prävalenz unter IDUs ebenfalls gering ist: der Tschechischen Republik, Ungarn, Rumänien, Slowenien, Slowakei. Allerdings werden HCV-Prävalenzraten von mehr als 60% in Studien aus Bulgarien, Polen und Rumänien berichtet, die zeigen, dass die HCV-Prävalenz höher unter IDUs ist verglichen mit der HIV-Prävalenz in der gesamten Region.

Eine Studie unter Menschen, die mit HIV und AIDS (PLWHA) leben, die Behandlung suchten zeigte, dass die HCV-Prävalenz (über 50%) vor allem in osteuropäischen Ländern hoch ist (Estland - 80%; Lettland - 61%; Russland - 52%; und Ukraine - 77–80%).

Erhöhtes HCV-Risiko ist verbundenn mit dem Teilen von Nadeln und Spritzen ebenso wie anderen Injektionsutensilien, und früheren Inhaftierungen. Die Verbindung zwischen HCV Infektion und Dauer des intravenösen Konsums oder Altersgruppe ist widersprüchlich – eine Studie aus Estland zeigte höhere Prävalenzraten unter jungen IDUs und solchen die weniger als 5 Jahre injizierten, während die Testergebnisse in Ungarn und Slowenien höhere HCV-Prävalenzraten unter IDUs zeigten, die älter als 34 Jahre waren.

### Geringer Grad an politischer Verpflichtung und politischem Bewußtsein

Die meisten Länder haben sich verpflichtet HIV zu bekämpfen und haben nationale Programme HIV und AIDS zu verhüten und damit adäquat umzugehen. Dies ist allerdings nicht der Fall mit HCV, und viele Länder haben keine spezifischen Strategien entwickelt, HCV-Themen zu problematisieren. Entgegen den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) HCV-Strategien zu entwickeln, haben nur 2 der 13 Länder (Rumänien und die Slowakei) besondere nationale Dokumente erarbeitet, die Hepatitis thematisieren.

Das politische Engagement auf internationaler Ebene ist ebenfalls begrenzt. Es existieren keine EU-Strategie oder Empfehlungen zur Standardisierung der Diagnose- und Behandlungspraxis in den EU-Ländern, und

verbessertem Zugang zur Prävention, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für diejenigen, die einen Bedarf dafür haben.

#### **Begrenzte Verfügbarkeit von niedrighschwelligen Tests für IDUs**

HCV Antikörper Tests durch Allgemeinärzte oder Spezialisten ist in weiten Teilen möglich, aber dies wird oft als hochschwellige Form von Testen betrachtet, die weniger zugänglich für IDUs ist. Anonymes und kostenloses Testen bleibt begrenzt in der gesamten Region - HCV Tests und Beratung sind kaum verquickt mit bereits bestehenden und etablierten Angeboten für IDUs, wie etwa Spritzenumtauschprogramme und Opioidsubstitutionsprogramm:

- Tests in Spritzenaustausch- oder Substitutionsprogrammen sind nur gegeben in 5 aus 13 Ländern;
- In einigen Ländern sind Tests möglich beim Eintritt in eine Drogenbehandlung (Tschechische Republik, Litauen, Slowakei, Slowenien) und als Teil der HIV-Diagnostik.

Gleichzeitig haben IDUs einen geringen Wissensgrad über HCV. Helfeträger aus verschiedenen Ländern berichten, dass viele der getesteten IDUs annehmen, sie seien chronisch infiziert, und viele bleiben schlecht informiert oder uninformiert über das Virus aufgrund einer fehlenden Vor- und Nachtest-Beratung. Dies kann zu Hochrisikoverhalten unter IDUs führen.

In vielen Ländern wird der HIV-Test in Gefängnissen bei Eintritt empfohlen – für HCV lediglich in einigen Gefängnissen in der Tschechischen Republik, Polen und der Slowakei.

#### **Diskriminierung von Drogengebern bei HCV-Behandlungsangeboten**

Internationale Richtlinien – wie die von der "European Association for the Study of the Liver (EASL)" herausgegeben zur Behandlung von Hepatitis und HIV Ko-Infektionen, und die Protokolle über HCV und HIV-Management der World Health Organization – sagen, dass Drogengebern nicht als Gruppe ausgeschlossen werden können, und die Behandlungsvoraussetzungen für Drogengebern sollten von Fall zu Fall geprüft werden, ebenso wie bei der nicht-Drogen-gebrauchenden Population.

HCV Behandlungsrichtlinien existieren in nahezu allen Ländern der Region, obwohl sich die Richtlinien in der Ukraine lediglich im Entwurfsstadium befinden und in Ungarn die neuen Richtlinien noch genehmigt werden müssen. Während die Richtlinien in den meisten Ländern das

Angebot qualifizierter und effektiver Behandlung unterstützen, berücksichtigen sie selten internationale Richtlinien, wenn es um Behandlungszugang für Drogengebraucher geht.

**In allen 13 Staaten wird Drogengebrauch allgemein als eine Kontraindikation für Behandlung betrachtet und dies wurde in der Praxis bestätigt, weil IDUs sich selten in einer HCV-Behandlung befanden.** Die einzige Ausnahme bildet Slowenien, wo versicherte Drogengebraucher Zugang zur Behandlung haben und von interdisziplinären Teams von Infektions-Spezialisten und Suchtmedizinern behandelt werden können

Einige Länder berichten Einzelfälle in denen sich Drogengebraucher aufgrund der Entscheidung einzelner Ärzte in HCV – Behandlung befanden. Gemeinhin wird in allen Ländern eine Abstinenzphase von 6 Monaten zur Voraussetzung gemacht. Obwohl die meisten Richtlinien nicht die Behandlung von Patienten in Substitutionsprogrammen thematisieren, ist der Zugang zur HCV-Behandlung für diese Patienten eher möglich. In einigen Ländern haben stabile Patienten der Substitutionsbehandlung Zugang zur HCV-Behandlung (in Bulgarien, der Tschechischen Republik, Ungarn, Litauen, Rumänien, Slowakei und Slowenien). Allerdings ist in den meisten Fällen die Behandlung begrenzt und kann von den Ärzten abgelehnt werden.

Ein besserer Zugang für Patienten in Substitutionsbehandlungen wird in der Tschechischen Republik gewährt, wo die HCV – Behandlung Teil der Drogenbehandlung und niedrigschwelliger Angebote ist.

Restriktive Richtlinien stellen eine der Zugangshürden dar, die den Zugang zur HCV-Behandlung für Drogenkonsumenten begrenzen. Oftmals sind IDUs einfach keine Priorität oder werden von der Behandlung ausgeschlossen aufgrund von *Vorurteilen seitens der Hilfeanbieter* und einem Mangel an Ausbildung über Drogengebrauch und Suchtmedizin unter Infektionsspezialisten. Andere wesentliche Hürden sind:

- Stigma und Diskriminierung von IDUs – oftmals negative Haltungen medizinischer Professionen gegenüber Drogengebrauchern;
- Mangel an Kooperation zwischen Drogenbehandlung und Spezialisten für Infektionskrankheiten;
- Begrenzter Zugang zur allgemeingesundheitlichen Versorgung für IDUs;
- Begrenzter Zugang zur zusätzlichen Pflege und Behandlung, wie etwa Substitutionsbehandlung und antiretrovirale Therapie (ART) für Menschen, die mit HIV ko-infiziert sind.

Die Studie fand eine Reihe von Zugangsbeschränkungen zur HCV-Behandlung, wie etwa:

- **Einschränkende hohe Preise, Refinanzierungspraxis:**
  - In den meisten Ländern 20,000 bis über 30,000 EUR für eine 48-Behandlungsdurchgang (mit PEG-IFN+RBV);
  - Teilweise Refinanzierungspraxis z.B. in Lettland (75% der Kosten);
  - "Deckeln" der Zahl der Patienten, die pro Jahr eine staatlich oder anderweitig finanzierte Behandlung erhalten z.B. in Bulgarien 50-60 Menschen pro Jahr; PEG-IFN+RBV für 80 Patienten in Lettland;
- **Begrenzte Verfügbarkeit von PEG-IFN+RBV - Behandlung:**
  - Nicht erhältlich in Rumänien und Weissrussland;
- **Begrenzte kostenlose Diagnostik:**
  - Keine Kostenerstattung für einige Tests wie Bestätigungstest, RNA und Genotypentests; z.B. in der Ukraine; in Russland werden die von Allgemeinärztinnen durchgeführten Antikörpertests von den Versicherungen bezahlt, aber der Patient hat für alle anderen Tests zu zahlen;
  - "Deckeln" der Zahl von Patienten die kostenlose Diagnostik jedes Jahr erhalten können, z.B. in Litauen aufgrund des zentralen Erwerbs der Tests waren Ende 2006 keine diagnostischen Tests mehr erhältlich.

Theoretisch sollte die HCV – Behandlung in Gefängnissen verfügbar sein in Bulgarien, Ungarn, Litauen und Polen. In der Praxis jedoch ist sie selten erhältlich und obwohl die Daten darüber begrenzt sind scheint es dass hier wenige Gefangene aufgrund fehlender Mittel für Behandlung und/oder Diagnose Behandlung erhalten. Weiter verbreitet ist die Praxis in Gefängnissen in den meisten Ländern, dass eine Behandlung der Symptome von HCV-Patienten stattfindet.

#### **Nötige Aktionen:**

- Mehr Bewußtsein und Verpflichtung auf nationaler Ebene und die Notwendigkeit EU-weiter Aktionen: ein zielorientierter und systematischer Ansatz, der politische Verantwortung und Verpflichtung zeigt;
- Eine unterstützende Umgebung für Angebote, die die Vulnerabilität bezogen auf HCV und Risikoverhalten vermindern, verbesserter Zugang zu Gesundheitsdiensten;
- A supportive environment for services that reduce vulnerability related to HCV and risk behavior, increasing access to health services;

- Behandlung chronischer HCV für alle die sie brauchen einschließlich Drogengebraucher und Patienten in Substitutionsbehandlung und umfassende Pflege und Kooperation von Spezialisten, peers und ihrer Verwandten;
- Umsetzung von evidence-basierten, zielorientierten Präventionsmaßnahmen in der Gemeinde und in Gefängnissen (Nadel- und Spritzenaustauschprogramme und Vergabe von Spritzenutensilien; Drogenbehandlung einschließlich Substitutionsbehandlung; Aufklärung und Beratung, niedrigschwellig freiwillige Tests mit Vor- und Nach-Testberatung für HCV; peer education und Unterstützung; es besteht immer noch eine große Lücke in den Kapazitäten der Harm Reduction Dienste überall in der Region HCV-bezogene Dienste und Unterstützung an IDUs zu gewähren;

**Es ist wesentlich diese Maßnahmen gleichzeitig umzusetzen, sie leistbar, erschwinglich und effektiv zu machen indem die besonderen Bedürfnisse der Drogengebraucher berücksichtigt werden.**

Für die gesamten Empfehlungen für unterschiedliche Entscheidungsträger ebenso wie für mehr Informationen bitte den Bericht "Hepatitis C Among Injecting Drug Users in the New EU Member States and Neighboring Countries: Situation, Guidelines and Recommendations" aufrufen, ebenso wie das fact sheet zu "Hepatitis C Among Injecting Drug Users in the New EU Member States and Neighboring Countries: Key Facts and Issues" mit den zentralen Fakten und Empfehlungen unter [www.harm-reduction.org/hepatitis](http://www.harm-reduction.org/hepatitis). Alle Materialien sind erhältlich in Englisch und russisch.

-

**Integrative HCV-Behandlung am Modell der Institutsambulanz des Klinikums Nord**

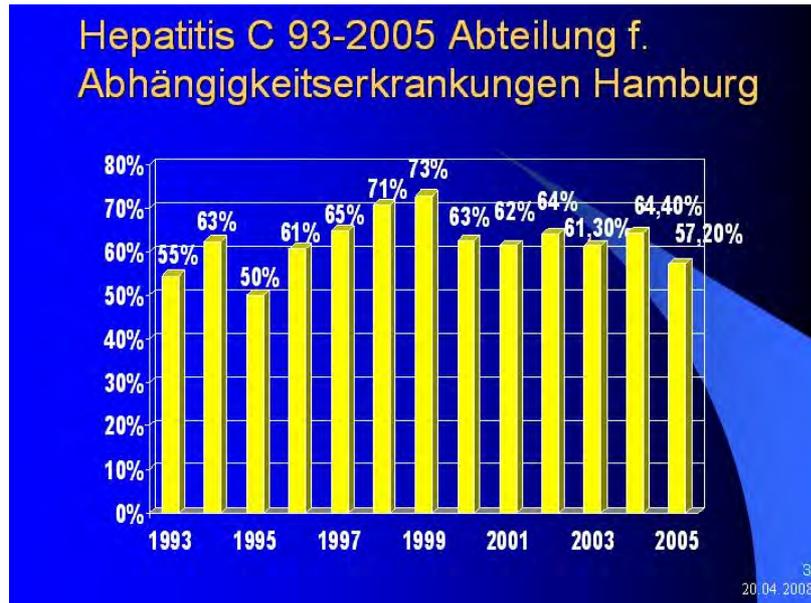
Jochen Brack,Hamburg

**Asklepios Klinik Nord - Ochsenzoll  
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen**

**LEITUNG**

Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement, Anleitung

<b>Bereich illegale Drogen</b> 3 Stationen á 15 Betten	<b>Aufnahmebüro Belegungsmanagement</b> Schnittstelle zu Suchthilfe- u.Gesundheitsversorgungssystemen	<b>Bereich Legale Drogen</b>
<b>Station35A/Psych.72</b> Vorbereitung Entwöhnungs- behandlung	<b>Aufnahmestation</b> (Legale u.illegale Drogen) 20 Betten Screening, Krisenintervention	<b>Suchtambulanz Haus 32 EG</b> Für Abhängige von legalen Drogen Vor- und Nachsorge, amb. Entgiftung, spezielle Gruppen, Rauchersprechstunde
<b>Station 35B/Psych. 75</b> Drogenabhängigkeit und Psychose	<b>Station 27/Psych.76</b> (Legale u.illegale Drogen) Psychiatrische Komorbidität	<b>Station 38A/Psych.71</b> Qualifizierte Entgiftung 25 Betten Motivationsbehandlung
<b>Station 35 C/Psych. 74</b> Somatische Komorbidität Schwangerschaft	<b>Institutsambulanz</b> Für Abhängige von illegalen Drogen/ Substitution Hepatitisprechstunde	<b>Tagesklinik Altertor</b> 24 Plätze Motivations- behandlung
<b>Externe Ambulanzen für Drogenabhängige Patienten ↓</b>	<b>Team für Körper und Kreativität</b> Sport, Kunsttherapie Entspannungsverfahren	<b>Plan.a</b> Ambulante Alkoholentwöhnung
▶ Ambulanz Altona		
▶ Ambulanz Harburg		
▶ Ambulanz Wandsbeck		



- Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen im Hep C Arbeitskreis der Ärztekammer Hamburg
- Internistische, suchtmmedizinische und psychiatrische Kompetenzen
- im Leberkompetenzzentrum der Asklepios Klinik Nord Hamburg am Patienten zusammengeführt

#### Bisherige Erfahrungen

- Bisher 150 Patienten behandelt
- Kein Abbruch wegen der Nebenwirkungen
- Hohe Compliance, nach entsprechender ausführlicher Aufklärung und Überlegenszeit
- Genotyp 3 beste Prognose
- Nebenwirkungen, vor allem „Grippe-symptome“
- Depressionen nach ca. 6-8 Wochen

#### Positive Prädiktoren

- Alter weniger als 40 Jahre

- Fibrosestadium kleiner 3 bzw. 4
- Rasche primäre Virusreduktion innerhalb der ersten 24-48 Stunden
- Einteilung in Non-Responder (HCV weiterhin nachweisbar nach 12 Wochen u. kein Abfall um mindestens 2 log-Stufen) , Flat-Responder , Slow-Responder (über 28 Tage) u. Rapid-Responder (14 Tage)

Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit ist keine Kontraindikation mehr zur Behandlung einer chronischen Hepatitis C.

Vor Beginn der Behandlung kommt es darauf an, zu klären, in wieweit die Drogen- oder Alkoholabhängigkeit manifest vorhanden ist.

Dabei ist die entscheidende Frage, in wie weit der jeweilige Patient eine genügende Compliance aufweist oder nicht.

Die Compliance hinsichtlich einer Interferonbehandlung bei drogenabhängigen Patienten ist genau so hoch wie bei nicht Abhängigen.

#### **Indikation zur Behandlung**

Je früher behandelt wird, desto höher die Erfolgschancen

- Behandlung ist Prävention!
- Erhöhung der Lebensqualität

und

- Ist der Patient/in in der Lage Termine einzuhalten? Alkoholkonsum? anhaltender Drogenkonsum?
- Stabile Substitution ohne Beikonsum
- Fester Wohnsitz, offene Strafverfahren?

#### **Wichtigste Faktoren in der Behandlung**

intensive Aufklärung vor Behandlungsbeginn mit einer umfassenden Möglichkeit, Fragen zu stellen und eine Therapieentscheidung zu fällen.

- prophylaktische antidepressive medikamentöse Einstellung
- Arzt/Patientverhältnis (Vertrauensverhältnis, regelmäßige Kontrolltermine, telefonische Absprachemöglichkeit)
- akzeptierendes und nicht stigmatisierendes Verhalten gegenüber dem drogenabhängigen Patienten
- Arbeit mit dem Rückfall (kein sofortiger Ausschluss aus der Therapie)

Das Hauptproblem der Behandlung stellt die Verträglichkeit der Interferone dar.

Insbesondere neuropsychiatrische Nebenwirkungen können den

Patienten erheblich belasten und zum Abbruch der Therapie führen. Interferonassoziierte Nebenwirkungen sind behandelbar und stellen keinen Grund zum Therapieabbruch dar.

#### **Psychiatrische Syndrome bei chronischer HCV Infektion auch ohne Interferontherapie:**

- Chronische Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Leistungseinbußen
- Kognitive Störungen, psychomotorische Verlangsamung
- Leicht- bis mittelgradige Depressionen, lang andauernd

Hypothese einer Stimulation von Zytokinen und Beeinflussung des zentralen Serotoninstoffwechsels durch die HCV-Infektion.

#### **Prävalenz Depression bei Opiatabhängigen**

ohne HCV-Infektion: 48%

mit HCV-Infektion: 57%

Johnson et al. 1998

#### **Neuropsychiatrische Nebenwirkungen von pegylierten Interferonen**

- Tagesmüdigkeit und Antriebsstörungen: 70- 80%
- Ein- und Durchschlafstörungen: 45 bis 65%
- Erhöhte Reizbarkeit u. Affektkontrollstörungen: 60 bis 85%
- Störung der Konzentration und/oder des Gedächtnisses: 45 bis 60%
- Depressionen (von leicht bis schwer): 30 - 60%
- Suizidalität: 5 bis 10%
- Delir mit Desorientierung und Wesensänderung

#### **Psychiatrische Untersuchung vor Beginn der Therapie**

- Depressionen in der Vorgeschichte?
- Schwere Depression ?
- Suizidversuche ?
- Psychotische Erkrankung? Verfolgungs- oder Beobachtungsgefühle? unabhängig von Drogeneinnahmen?
- Konzentrationsstörungen?
- Gedächtnisstörungen?
- Erhöhte Reizbarkeit?
- Impulskontrollverluste?
- Selbstverletzendes Verhalten?

#### **Psychiatrische Untersuchung *während* der Therapie**

- Schlafstörungen

Abgeschlagenheit, Müdigkeit?  
Erhöhte Reizbarkeit und Ängstlichkeit?

- Emotionale Instabilität?
- Verminderung des Antriebs?
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen?  
Depressive Verstimmung?

### Nebenwirkungen I

Psychiatrisch: Depression, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit,  
Konzentrationsstörungen, Angst, Benommenheit, Delir, maniforme  
Zustände

- Atemwege: Kurzatmigkeit (18%), Husten, Pharyngitis
- Haut: Haarausfall 12%), Pruritus (5%), Dermatitis 4%), trockene Haut
- Hypothyreose (1%)
- Behandlungsbedürftige Leukopenie (4%)
- Behandlungsbedürftige Thrombopenie (5%)
- HB- Abfall ( < 10g/dl)
- Autoimmunerkrankungen (z.B. Thyreoiditis)

### Nebenwirkungen II

Lokal: Rötung, Reaktion

- Allgemein: Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schüttelfrost, Fieber, grippeartige Symptome (53%), Asthenie (36%)
- GI-Trakt: Übelkeit, Diarrhoe, Schmerzen 42%)
- Stoffwechsel: Gewichtsverlust (20%)
- Muskeln/Skelett: Myalgie, Arthralgie, Schmerzen
- Schilddrüsenstoffwechselstörungen (Hyper- oder Hypothyreose)
- Kardiovaskuläre Nebenwirkungen: (Pulsbeschleunigung oder Verlangsamung), Dyspnoe, Ödeme, Blutdruckanstieg oder -abfall, Tachykardie oder Tachyarrhythmie)
- **Nebenwirkungen an Haut und Schleimhäuten** (u.a. Haarausfall, Pruritus, Ekzem)

### Therapie der psychiatrischen Nebenwirkungen I

- **Stützende psychotherapeutische Gespräche**
- Psychoedukative Gruppen, die den Austausch unter den Patienten fördern
- Selbsthilfegruppen
- Medikamentöse pharmakologische Behandlung

### Therapie der psychiatrischen Nebenwirkungen II

- Schlafstörungen :  
Zolpidin (Stilnox®), Zopiclon (Ximovan® bei Durchschlagstörungen, sedierende Antidepressiva, z.B. Mirtazapin (Remergil®), niederpotente Neuroleptika, z.B. Chlorprothixen (Truxal®), Melperon (Eunerpan®), Promethazin (Atosil®)
- erhöhte Reizbarkeit:  
sedierende Antidepressiva (z.B. Mirtazapin) SSRI (z.B. Citalopram), niederpotente Neuroleptika oder Benzodiazepine, wie Diazepam

### Therapie der psychiatrischen Nebenwirkungen III Depressionen:

Erhöhung der Serotoninkonzentration im synaptischen Spalt

Die Antidepressiva sollten nach der Therapie bis zu 6 bis 8 Wochen beibehalten werden.

Eine zweiwöchige Vorbehandlung führte signifikant zu einer Verringerung von Depressionen während der Behandlung (prophylaktischer Effekt!)

### Therapie der psychiatrischen Nebenwirkungen IV

- Psychosenahe Symptome (vermehrte Unruhe, erhöhtes Misstrauen, abnormes Beziehungserleben):  
mittelpotente Neuroleptika, hochpotente atypische Neuroleptika(z.B. Amisulprid (Solian®) oder aber Benzodiazepine.
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen (treten meist nur vorübergehend während der Therapie auf):  
Antidepressiva z.B. Citalopram.

Behandlung der chronischen Hepatitis C auch bei vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen oder Störungen möglich.

Bei entsprechender medikamentöser Voreinstellung (z.B. Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen) ist eine gleich gute Behandelbarkeit der chronischen Hepatitis C gegeben ohne Häufung psychiatrischer Komplikationen.

### Zusammenfassung

- Eine integrative Behandlung der Hepatitis C bei Drogenabhängigen ist indiziert
- Hepatitis C infizierte Drogenabhängige sind genauso gut zu behandeln wie nicht Drogenabhängige
- Die Compliance ist genauso hoch, wie bei anderen Patienten

## Behandlung der Hepatitis C mit Interferon und Ribavirin im Therapiedorf Villa Lilly

Thomas Giebel, Heidenrod – Wisper

Der nachfolgende Text bildete sowohl die Arbeitsgrundlage für den Workshop „HCV-Arbeit in der stationären Langzeittherapie“ als auch die Vorlage für den gleichnamigen Vortrag am Folgetag.

In diesem Aufsatz soll aus der Sicht der Krankenpflege über die Organisation der Interferonbehandlung von Hepatitis C Patienten in einer Drogentherapieeinrichtung berichtet werden.

Das Therapiedorf Villa Lilly in Bad Schwalbach ist eine abstinentsorientierte Einrichtung, zur stationären beruflichen, sozialen und medizinischen Rehabilitation von zuvor entgifteten Drogenabhängigen.

In drei Behandlungshäusern werden bis zu 90 Patientinnen und Patienten behandelt, in ein Haus können Eltern ihre Kinder bis zum Schulalter mitbringen.

Ich selbst arbeite als Krankenpfleger seit nunmehr sechs Jahren im Haus Lilly.

*„Alles verändert sich, wenn Du es veränderst...“  
(Ton, Steine, Scherben)*

Zu Beginn des Jahres 2005 erfolgte im Therapiedorf ein Quantensprung bei der Behandlung von Drogenabhängigen, die gleichzeitig Hepatitis C Virusträger sind.

Bisher galt die Auffassung, dass vor einer eventuellen Behandlung der Hepatitis mit Interferon eine erfolgreiche Entwöhnung stehen müsse und die Nebenwirkungen einer Interferonbehandlung mit der stationären Rehabilitation nicht vereinbar seien. Auch gab es den Gedanken, eine Interferon – Behandlung müsse man sich verdienen.

### Die neue Herangehensweise hatte mehrere Voraussetzungen:

1. Die medizinische Dringlichkeit einer Interferonbehandlung rückte mehr in den Vordergrund; der geschützte Rahmen der stationären Rehabilitation sollte ausgenutzt werden, die Interferonbehandlung besser zu verkraften.
2. Die Sichtweise, wem eine (teure!) Interferonbehandlung zusteht, veränderte sich zugunsten eines individuellen Anspruches der Patientinnen und Patienten.

3. Eine konzeptionelle Änderung des Behandlungsangebotes sah die Einrichtung von Behandlungshäuser übergreifenden indikativen Gruppenangeboten vor. Die sollten an einem Tag der Woche stattfinden. In diesem Rahmen wurde auch die „Interferongruppe“ eingerichtet.

Als glücklicher Zufall kam hinzu, dass sich gerade zu dieser Zeit im Kreiskrankenhaus in Bad Schwalbach ein gastroenterologische Gemeinschaftspraxis etablierte, die bereit und fachlich in der Lage war, eine größere Zahl von Patienten mit Interferon zu behandeln.

### **Die Gruppe**

#### **Die Seele**

Die Seele der Interferonbehandlung von Hepatitis C Patientinnen und Patienten ist in der Selbsthilfegruppe angesiedelt, die sich jeden Donnerstag für 90 Minuten unter der Leitung der Ärztin des Hauses Käte und des Krankenpflegers des Hauses Lilly im Brunnenzimmer des Hauses Claire zusammenfindet.

Am 12. Februar 2005 startete die Gruppe mit 4 Patientinnen und Patienten und umfasste danach ständig um die zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmer, von denen sich jeweils die meisten akut in der Interferonbehandlung befinden.

### **Der Weg zur Behandlung**

#### **Werben und die erste Empfehlung**

Bereits nach außen hin wirbt unsere Einrichtung mit der Möglichkeit, während der stationären Rehabilitation mit einer Interferon Behandlung beginnen zu können. Viele Patientinnen und Patienten sprechen diese Möglichkeit deswegen bereits direkt bei der zur Aufnahme stattfinden ärztlichen Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit an.

Bei Vorliegen von Hinweisen auf eine Hepatitis C Infektion erfolgt bei der ersten Blutentnahme (innerhalb der ersten Woche) eine erweiterte Diagnostik, die neben einer breiteren Untersuchung der Stoffwechsellage auch die Feststellung des Hepatitis C Subtyps und der Virenlast umfasst. Patientinnen und Patienten, bei denen erst beim einfachen Screening vorliegende HCV - RNS festgestellt wird, können in einem zweiten Schritt nachuntersucht werden. In besonderen Fällen kann durch die Ärztin des Behandlungshauses der leitende Arzt der Einrichtung als Facharzt für Psychiatrie zu Rate gezogen werden, um zu klären, ob z.B. eine Psychose oder Depression gut eingestellt sind, eine antidepressive medikamentöse

Behandlung vorbeugen begonnen wird oder eine Borderline - Störung ausreichend stabilisiert werden kann.

Aus diesen Daten, der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung und den entsprechenden Vorberichten kann die Indikation und Dringlichkeit einer Interferonbehandlung festgestellt werden. Eine erst seit kurzem bestehende Infektion oder hohe Leberwerte oder eine vorgeschädigte Leber könnten die Behandlung dringlicher erscheinen lassen. Eine Empfehlung wird ausgesprochen.

### **Die zweite Empfehlung**

Die Bezugstherapeutin oder der Bezugstherapeut setzen den zweiten Markierungspunkt für eine eventuelle Behandlung und deren Beginn. Diese führen und begleiten durch die Therapie entwerfen mit der Patientin oder dem Patienten einen Behandlungsplan und schätzen die Motivation und Stabilität der Patientin oder des Patienten ein. Die zweite Empfehlung wird ausgesprochen. Mit dem Einverständnis der Patientin oder des Patienten wird ein Untersuchungstermin mit der Facharztpraxis ausgemacht.

Die Krankenpflege muss hierbei auf dem Sprung sein und frühzeitig „erahnen“, wie der weitere Weg verläuft und entsprechende Termine in der Praxis vormerken. Notfalls wird ein bestehender Termin wieder abgesagt.

Wichtig ist in dieser Phase auch, die Patientinnen und Patienten vorbereitend in die Interferongruppe einzufädeln. Auch hier kann die Pflege hilfreich wirksam sein. Der frühzeitige Besuch der Gruppe bindet die Patientinnen und Patienten umfassend in den Behandlungsablauf ein, die Behandlung wird nicht als aufgesetzt und fremdbestimmt empfunden.

### **Bahn frei!**

Der Termin für den Behandlungsstart hängt jetzt von der Facharztpraxis ab. Ggf. erfolgen erweiterte Untersuchungen auf Stoffwechselstörungen, die Meinung der Hautärztin wird eingeholt, ein erhöhter Eisengehalt mittels Aderlass gesenkt, eine Schädigung der Trikuspidalklappe beurteilt, eine Fokussanierung im Kiefer- oder HNO Bereich durchgeführt, um einige Beispiele zu erwähnen. In aller Regel wird versucht, bei gegebener Indikation vor der ersten Interferongabe eine erste Impfung gegen Hepatitis A und/oder B durchzuführen. Bei gleichzeitiger Infektion mit Hepatitis B wird die Bedingung einer Doppelbehandlung geklärt. (Bei Patientinnen und Patienten mit HIV Co – Infektion erfolgt dieser ganze

Prozess sowie die eventuelle Durchführung der Interferon-behandlung durch die HIV Ambulanz der Uni Klinik Mainz).

### **Der Entschluss**

#### **Patientin oder Patient entscheiden**

Jetzt ist die Patientin oder der Patient endgültig am Zug. Wer bis dahin bei der Stange geblieben ist, wird in aller Regel in die Interferon-behandlung einsteigen, die eine schnell und ohne zu zögern, der andere möchte noch mal gern seinen ersten Heimaturlaub ohne Nebenwirkungen erleben und zögert noch. Den Patientinnen und Patienten ist dabei immer klar, dass der Behandlungsstart kein Fallschirmabsprung ist, bei dem nach dem Absprung bis zur Landung keine Umkehr mehr möglich ist. Jederzeit können die Beteiligten die Notbremse ziehen und aussteigen. Diese beruhigende Gewissheit führt dazu, dass von dieser Möglichkeit kein Gebrauch gemacht wird.

### **Die Durchführung**

#### **Medikamente**

Die eigentliche Behandlung erfolgt nach allgemeinem Standart mit einem der beiden marktüblichen Interferonpräparate in Kombination mit der entsprechenden Dosis Ribavirin.

Die grippeähnlichen Nebenwirkungen werden mit Paracetamoltableten, 1g alle acht Stunden, behandelt.

Noch vor zwei Jahren wäre es undenkbar gewesen, einer Patientin oder einem Patienten einen Riegel mit 10 Tabletten Schmerzmittel in die Hand zu drücken. Das ist jetzt bei dieser Indikation normal und von dem unterstellten „Betteln der Süchtigen um Pillen“ bleibt soviel, dass in aller Regel die Paracetamol Dosis von den Patientinnen und Patienten rasch (zu rasch?) gesenkt wird. Mit „Entzugskopien“ wird von den Patienten realistisch umgegangen. Die Einnahme des Ribavirin wird von den Patienten selbst verwaltet, die Ausgabe eines Medikamenten - Dispensers wird angeboten. Das Interferon spritzen die Patientin oder der Patient in der Regel selbst (so kann auch nichtmedizinisches Personal den Zugang zum Medikamentenkühlschrank ermöglichen) oder die Injektion wird auf Wunsch durch Pflegepersonal durchgeführt. (Geschätzt 10% der Patientinnen und Patienten wünschen dies). Nachdem am Anfang schon mal die „Pumpe“ routiniert mit dem Mund festgehalten wird, verliert der Akt der Injektion rasch jeden Bezug zum Drogenkonsum und erfolgt kühl und geschäftsmäßig als lästiger Vorgang auf dem Weg zur Gesundheit.

Wenn Patienten nicht bereits vorbereitend antidepressiv behandelt wurden (z.B. Citalopram, Escitalopram) oder sowieso entsprechende Medikamente nehmen, wird öfter nach einigen Wochen der Behandlung bei Auftreten von depressiven Erscheinungen als Nebenwirkung eine entsprechende Medikation angesetzt. Ähnlich verhält es sich beim Auftreten aggressiver Verstimmung. Nicht selten versuchen die Patientinnen und Patienten im weiteren Verlauf, ohne die Medikamente auszukommen und lassen diese wieder reduzieren oder absetzen.

Seltener muss medikamentös auf eine veränderte Funktion der Schilddrüse reagiert werden, hin und wieder auf Erscheinungen wie entzündete oder trockene Haut.

Der sinnvolle und hilfreiche Umgang mit Medikamenten ist ständiges Thema der Interferongruppe und die Diskussion darum erfolgt von den Patientinnen und Patienten auf einem abwägend-sachlichen Niveau.

### **Das Labor**

Blutuntersuchungen erfolgen alle zwei Wochen; im Wechsel im Therapiedorf oder in der Facharztpraxis (Vier-, Acht-, Zwölf-, etc. Wochentest). Der entscheidende Vier – Wochen – Test erfolgt neuerdings unmittelbar vor der fünften Injektion; also dem niedrigsten Interferon“pegel“ und damit der theoretisch höchsten Wahrscheinlichkeit einer erhöhten Virenlast. Bei Erreichen einer Warnschwelle bei Leukozyten und Thrombozyten erfolgt eine wöchentliche Kontrolle.

Die Interpretation der Laborwerte verlangt nicht selten von den Ärztinnen und dem Arzt Abgeklärtheit. Nachdem wegen der seltenen Nebenwirkung des Muskelzellerfalles routinemäßig die CK getestet wird, landete die erste Patientin mit atemberaubenden Werten stationär auf der Inneren Abteilung des örtlichen Krankenhauses. Passiert war eigentlich nichts, außer „ein bisschen Training“. Vor einer Einweisung steht jetzt eine genaue Befragung der Patientin oder des Patienten, eventuell hilft auch vorbeugend etwas Aufklärung über das Maß der Dinge. Zum Glück sind die Ärzte der Fachpraxis mit starken Nerven gesegnet. (Und die Patientinnen und Patienten auch).

### **Die Dauer der Behandlung und die Weitervermittlung**

Die lange Dauer der Behandlung stellt das Therapiedorf vor Probleme. Da bereits eine gewisse Zeit für die Vorbereitung benötigt wird, können nur wenige Patientinnen und Patienten die Behandlung in der Einrichtung beenden. (Das gilt für diejenigen mit verkürzter Interferonbehandlung und Wahrnehmung der dorfinternen Adaptionmöglichkeiten). Ansonsten ist die

Vermittlung zu entsprechend gut aufgestellten Hausärzten mit Zugang zu geeigneten Fachärzten eine kritische Schnittstelle in der Behandlung. Im Prinzip muss der erste Termin noch während des stationären Aufenthaltes feststehen. Der Informationsfluss muss umfassend sein.

Das Gleiche gilt für die sorgfältige Organisation der psycho-sozialen Weiterbehandlung. Ein Bruch hier kann den Erfolg der Interferonbehandlung gefährden.

Dramatisch stellt sich die Lage im Falle eines Therapieabbruches durch Rückfälligkeit dar.

Hier wird versucht, den Patientinnen oder Patienten in einer „Notaktion“ – Mitgabe von Befunden – Arztbrief – Vermittlung von einer Anlaufstelle – den Anschluss zu einer Weiterbehandlung zu ermöglichen. Entweder gelingt diesen eine Stabilisierung der psychosozialen Lage (Drogenberatung, Übergangseinrichtung) und einer Entscheidung für oder gegen eine Weiterbehandlung mit Interferon oder die Patientin oder der Patient bleiben rückfällig; dann verliert sich das Interesse an einer Weiterbehandlung in der Regel sowieso. Ein kurzzeitiger Rückfall mit Alkohol wird als sehr problematisch gesehen; dauerhafter Konsum von Alkohol ist ein Ausschlussgrund von der Interferonbehandlung.

Die absolute Dauer der Interferongabe wird von der Facharztpraxis festgelegt und bewegt sich zwischen 16 und 48 Wochen.

### **Behandlungsziel**

Ziel der Behandlung ist die dauerhafte Freiheit von Hepatitis C Viren, die als erreicht angesehen werden kann, wenn nach einem halben Jahr nach der Behandlung die HCV RNS unter der Nachweisgrenze liegt.

### **Gruppenarbeit**

#### **Die Gruppe organisiert die Selbsthilfe**

Obwohl nicht ausdrücklich so geplant, stand über der Gruppe der Begriff „Selbsthilfe“.

Vermittelt und angemeldet werden die Patientinnen und Patienten über ihre Bezugstherapeutinnen und -therapeuten. Es kommen also Patientinnen und Patienten in den unterschiedlichsten Phasen der Behandlung zusammen. Obwohl sie sich untereinander kennen und die Interferonbehandlung ein dorfweites Thema ist, haben die Neuen an Anfang viele Fragen; einmal natürlich nach den Nebenwirkungen und der Verträglichkeit der Behandlung, dann aber bereits „technische“ Dinge wie der Unterteilung der Virentypen, Therapiedauer, Bedeutung der Leberwerte etc.

Andererseits diskutieren „ältere“ Patientinnen und Patienten das Thema auf hohem Niveau; wenn z.B. „Input“ durch Fachartikel oder Vorträge von Außen kommt. Die Aufgabe der Gruppenleitung beschränkt sich dabei oft auf die Moderation.

### **Vorbilder**

Am beeindruckendsten ist für die Neuen aber sicher das Vorbild der Älteren. In der Befindlichkeitsrunde zu Beginn des Treffens teilen sich die Patientinnen und Patienten ihre momentane Situation mit, welche Beschwerden auftreten und wie auf diese reagiert wurde. „Soll ich nicht doch Paracetamol nehmen und wie viel?“ „Hat jemand einen Tipp, was bei trockener Haut getan werden kann?“ „Wie sehen die aktuellen Laborwerte aus?“ Erfolgsmeldungen werden verkündet! „Der Vier Wochen Test ist unter der Nachweisgrenze und das beim Typ 1 und hoher Virenlast!“. Enttäuschungen müssen hingenommen werden.

Die neuen, oft noch unentschlossenen Patientinnen und Patienten erleben so am konkreten Beispiel, wie eine schwierige Behandlung gemeistert werden kann und es verblasst das Bild vom anonymen Interferon - Opfer, welches nur noch krank rumhängen kann..

So zeigt die Erfahrung, dass eher externe Gründe wie ungeklärter Aufenthaltsstatus, fehlender Krankenschutz (ist relativ häufig bei Menschen, die aus der JVA kommen), Probleme in der Drogentherapie oder doch ein medizinischer Ausschlussgrund von der Behandlung abhalten.

### **Umgang mit anderen, geht das noch?**

Ein Ziel der Gruppe ist, dass die Patientinnen und Patienten umfassendes Wissen über ihre Krankheit und die Behandlung erwerben. Als Quellen stehen neben der Gruppe selbst Broschüren und externe Vorträge sowie das Internet zur Verfügung. Besondere Fragen sind immer: ist dauerhafte Heilung möglich? Wie ist es mit der Möglichkeit der Wiederaansteckung? Wo lauern Gefahren in meinem Umfeld oder wo bin ich eine Gefahr für andere? Eine besondere Rolle spielt hierbei die Sexualität. Aus grundsätzlicher Erwägung (Infektion) bestehen wir auf der Aufklärung eines Intimpartners über den Infektionsstatus, der Verwendung von Kondomen und auf einer weiteren Verhütungsmethode (Erbgutschädigung durch Behandlung).

### **Blutachtsamkeit**

Die Patientinnen und Patienten sollen wissen, was unter „Blutachtsamkeit“ zu verstehen ist. Viele berichten, dass sie sich trotz Verwendung eigener

Kanülen infiziert hätten. Vielen wird klar, das sie beim intravenösen Drogengebrauch nicht daran gedacht hatten, wo überall Blut kleben kann. Verwendung von eigenen Zahnbürsten (Schutz vor Vertauschen), Rasierapparaten oder Nagelscheren wird angemahnt. Patientinnen und Patienten sollen lernen, reflexartig auch bei banalen Verletzungen einen Ersthelfer zum Eigenschutz anzuhalten. Ein trauriges Kapitel ist das im Therapiedorf eigentlich streng verbotene Tätowieren. Bei diesem oft von mehreren Patienten gleichzeitig durchgeführten Verhaltensrückfall, sich mit abenteuerlichen Apparaturen gegenseitig mehr oder weniger schöne Verzierungen zuzufügen, scheint es keine Hepatitis weit und breit zu geben.

### **Selbst ist der Mensch**

Die Patientinnen und Patienten sollen ihre Blutwerte interpretieren können. Verpflichtend ist, zu den Treffen eine Mappe mit allen Befunden mitzuführen. Mit dieser Mappe sind die Patientinnen und Patienten auch in der Lage, bei externen Facharztbesuchen (z.B. Zahnärztin, Chirurg, Hautärztin, Internist, HNO etc.) z.B. ihren Hepatitis C Status, einen eventuell bereits eingetretenen Behandlungserfolg und ein durch die Behandlung verändertes Blutbild zu dokumentieren. Im Übrigen ist diese Mappe auch bei Rückfällen mit Therapieabbruch ein „Notnagel“ bei externen ärztlichen Maßnahmen.

Kontrolluntersuchungen wie die regelmäßigen Blutentnahmen sind auch eine Bringschuld der Patientinnen und Patienten und sie sollen sich nicht darauf verlassen, dass sie einbestellt werden. Ebenso verhält es sich mit dem obligatorischen wöchentlichen Besuchs der Sprechstunde bei der Ärztin oder dem Arzt des jeweiligen Behandlungshauses.

### **Rückfall – Freund oder Feind**

Im Therapiedorf, somit auch in der Interferongruppe, wird mit Rückfällen gearbeitet. So kann sich ein Rückfall von einem „Feind“ in einen „Freund“ verwandeln; dann nämlich, wenn die Patientin oder der Patient nicht bei dem Erlebnis des Versagens stehen bleibt, sondern den gesamten Weg zum Rückfall kritisch würdigt. Ein Rückfall wird in der Gruppe immer offen angesprochen und hier aus dem Blickfeld der Hepatitis C und der Interferonbehandlung bearbeitet. Themen dabei sind: Kontrollverlust durch Drogenkonsum, damit verbundener aktueller Möglichkeit der Wiederaansteckung, Lücke in der Behandlung mit Interferon und Ribavirin. Was tue ich, wenn ich rückfällig bin? Realistische Einschätzung von Möglichkeiten, das Blatt zu wenden. Was mache ich

bei andauernder Rückfälligkeit? Die besondere Gefahr des Alkoholrückfalles (Lebergift) während der Interferonbehandlung wird anlässlich eines solchen Ereignisses aber auch sonst dargestellt.

### **Was hält ein Körper aus?**

Im Therapiedorf werden Interferonpatientinnen oder -patienten selten krankgeschrieben, dennoch ist eine verminderte Leistungsfähigkeit durch die Behandlung gegeben. Die Patientin oder der Patient werden angehalten, ihre Arbeitstherapeutinnen und -therapeuten über die Interferonbehandlung und ihre Befindlichkeit zu informieren. Die Ärztin und der Krankenpfleger halten Kontakt zur Arbeitstherapie und informieren regelmäßig über dieses Thema, um gemeinsam die Belastbarkeit der Betroffenen auszuloten, wobei zu beobachten ist, dass die Interferonbehandlung viel weniger als Anlass zum „Krankfeiern“ benutzt wird, als dass den Patientinnen und Patienten ihre Grenzen oft nicht deutlich sind.

### **Freizeit**

Dieses Thema setzt sich in den Freizeitbereich fort. Sport und vor allem Kraftsport sind oft ein Thema. Grundsätzlich halte ich es für erforderlich, im Rahmen einer Drogentherapie (wieder) ein gutes Verhältnis zu dem eigenen Körper zu entwickeln. Sich selbst zu spüren, auf der einen Seite Unlust zu überwinden, auf der anderen Seite nicht auf Exzesse angewiesen zu sein gehören dazu. Oft geht dieser Prozess nicht ohne Muskelzerrungen, Prellungen, Schürfwunden oder eben Angst erregende CK Werte ab. Eine andere Seite ist der häufig auftretende Gewichtsverlust durch die Interferonbehandlung. Dieser wird oft sehr gefürchtet (von den „Muskelmännern) oder auch begrüßt um (auch nur vermeintliches) Übergewicht loszuwerden. Bei all diesen Fragen ist eine gute Mitte zu finden. Aus diesem Grund ist erfüllendes Freizeitverhalten auch ein Thema der Gruppe. Von Zeit zu Zeit wird die Gruppenzeit deswegen zum Spaziergehen mit Picknick oder zum Erlebnispfad etc. genutzt.

### **Die externe Hepatitis C Selbsthilfegruppe**

Einmal im Monat kommt im benachbarten Wiesbaden die Hepatitis C Selbsthilfegruppe zusammen, um ein Fachthema - meist mit Referenten – zu erörtern. Diese Gruppe besteht zumeist aus älteren Menschen, die sich die Hepatitis C vor Jahren – in der Regel nicht in Verbindung mit Drogenkonsum – zugezogen haben und erfolglos oft mehrere Interferontherapien hinter sich haben. Der Besuch dieser Gruppe ist für unsere Patientinnen und Patienten verpflichtend, auch wenn sie nicht „ihres-

gleichen“ treffen. Oft gegen innere Widerstände müssen sie den Besuch organisieren, kommen dann aber in der Regel recht begeistert zurück. Die Selbsthilfegruppe nimmt unsere Patientinnen und Patienten immer sehr herzlich auf.

Gerade im Zusammentreffen mit diesen Menschen wird unseren Leuten auch deutlich, dass es auch aus verschiedenen Gründen zum Therapieversagen kommen kann. Es musste trotz vermutlich guter Therapiedisziplin bei zwei unserer Patienten die Interferonbehandlung wegen unzureichender Wirksamkeit abgebrochen werden.

### **Interferon und Therapie in Wechselwirkung**

#### **Der Geist**

In den multiprofessionellen Teams der Behandlungshäuser aus sozialtherapeutischem Hausleiter, Sozialtherapie, Arbeitstherapie, Hauswirtschaft, Medizin und Pflege ist der Geist jedweder Behandlung; also auch der Interferonbehandlung, beheimatet. Unsere Patientinnen und Patienten werden somit möglichst in ihre ganzen Person, ihrer eigenen Geschichte, ihren eigenen Problemen und ihren eigenen Fähigkeiten und Bedürfnissen gesehen. In den Gruppenstunden der Interferongruppe werden sie dazu angehalten, das Thema Hepatitis und die Behandlungen mit ihren Aus- und Nebenwirkungen mit ihren Einzeltherapeutinnen und -therapeuten zu besprechen. Die Gruppenleitung gibt ihrerseits Rückmeldungen an die zuständigen Kolleginnen und Kollegen oder an die Behandlungsteams. Immerhin haben hier Patientinnen und Patienten in einer lebenswichtigen Frage eine folgenreiche Entscheidung getroffen (oder sind dabei, sie zu treffen). Nach unserer Erfahrung werden durch die Auswirkungen der Interferontherapie die wichtigen Therapiethemen nicht verdrängt oder „überlagert“, sondern treten schärfer und konsequenter ans Tageslicht. „Ich treffe folgenschwere Entscheidungen, ich trage die Konsequenzen, mein Körper und Geist werden gequält, ich habe Entzugskopien, ich übernehme Verantwortung für mich und Andere, ich frage mich nach dem Sinn von Allem, ich führe einen Kampf, ich kann den Kampf gewinnen“.

Eine spannende Frage bleibt dabei, wie sich die Interferonbehandlung auf die „Haltequote“ und den längerfristigen Therapieerfolg auswirkt. Unsere ersten optimistischen Erwartungen konnten nicht belegt werden, wir haben aber auch keine Hinweise, dass die Interferonbehandlung die Patientinnen und Patienten aus der Therapie oder gar in den Rückfall treiben.

### **Das Hirn**

Eine weitere Möglichkeit, sich über die aktuellen Fragen bezüglich Hepatitis und Interferon auszutauschen, bildet das die Behandlungshäuser übergreifende Medizinteam, welches aus zwei Ärztinnen, dem leitendem Arzt und zwei Krankenschwestern und einem Krankenpfleger besteht. Hier wird der jeweilige Standard der Behandlung festgelegt. Wie die anderen Berufsgruppen entwickelt und vertritt das Medizinteam auf dem Weg des dreimaligen Treffens in der Woche auch seinen Standpunkt gegenüber allen anderen Beteiligten im Therapiedorf und stellt bezüglich der Interferontherapie die medizinische Wissenschaftlichkeit her. Das Medizinteam ist damit das Hirn der Interferon-behandlung.

### **Moderne Schamanen**

Unsere Arbeit hat wie die aller „Heilerinnen“ und „Heiler“ auch etwas vom Schamanentum. Neben den günstigen Bedingungen der Interferonbehandlung wie Abstinenz, Einhalten großer Behandlungszuverlässigkeit durch die Betroffenen, geregelter Tagesablauf mit genügend Ruhezeiten und ausgewogener Ernährung spielt nach meiner persönlichen Auffassung auch die Steigerung der Selbstheilungskräfte durch den Glauben an die eigene Kraft und die Unterstützung durch eine solidarische Gruppe eine nicht zu unterschätzende Rolle. Eine Rückkopplung zwischen den Kräften und dem Vertrauen der Heilenden und Heilsuchenden ist ein Element, welches mehr oder weniger bewusst immer vorhanden ist und wirkt.

Nicht zuletzt daraus ergeben sich auf der von und zu überschauenden Ebene sehr erfolgreiche Ergebnisse, die auch gerade bei dem schwerer zu behandelnden Virustyp 1 deutlich über den von der Literatur beschriebenen Erwartungen liegen.

### **Kritisches und Selbstzweifel**

Zu allen Dingen, die mit Hingabe getan werden, gehört auch der Selbstzweifel. Hier seien ohne besondere Reihenfolge einige Dinge genannt: Mit der nebenwirkungsreichen Interferontherapie wirken wir auf eine Krankheit ein, die „nur“ zu einem Fünftel zur Leberzirrhose führt. Berechtigt das die Nebenwirkungen bei den Anderen?

Lohnt sich die hohe Geldausgabe von Zwölf-, Vierundzwanzigtausend oder mehr Euro für eine Behandlung, wo doch mit diesem Geld bei der Vorbeugung mehr getan werden könnte; und das bei Menschen, die sich diese Krankheit durch eigenes „Verschulden“ selbst zugefügt haben? Süchtige werden oft wieder rückfällig, auch dauerhaft. Bereits in unserer

kurzen Zeit des Programms sind einige Patienten mit Reinfektionen aufge-  
taucht.

Wie ist die Rolle der Pharmaindustrie zu sehen, die ihre Produkte teuer  
verkauft und aufwendig bewirbt? Welche Rolle spielen wir in diesem  
System?

Welche langfristigen Folgeerkrankungen können nach Jahren als Folge  
der Behandlung auftreten? Gibt es nicht doch eine nachteilige Beein-  
trächtigung der Drogentherapie?

Nur wenn diese und andere Fragen weder von Patientinnen und  
Patienten noch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht unter den Teppich  
gekehrt, sondern immer wieder besprochen werden, kann der  
eingeschlagene Kurs auch erfolgreich bleiben und auf veränderte  
Bedingungen angepasst werden.

### Nachtrag

**„...doch du kannst nicht gewinnen, solange du allein bist !“**

(Ton, Steine, Scherben)

Meine Erfahrungen während des Fachtages machten auch den Hinweis  
auf die zweite Satzhälfte des „Ton, Steine, Scherben“ Zitates notwendig.  
Das Unternehmen, Patientinnen und Patienten während einer stationären  
Langzeittherapie mit Interferon zu behandeln, muss sich einordnen in eine  
Gesamtstrategie gegen die Hepatitis C von der Forschung, Vorbeugung  
bis zur Behandlung, sowohl in ambulanten als auch stationären Bereich.  
Gesellschaft und Politik sind hierbei unverzichtbare Partner. Innerhalb der  
Institutionen ist die Interferonbehandlung kein Spezialgebiet für die  
„Medizinfraktionen“, sondern nur im Zusammenwirken aller Berufs-  
gruppen zu schaffen. Patientinnen und Patienten sind die Hauptakteure.

Während des Workshops und des Vortrages kamen eine ganze Reihe  
Anregungen und Fragen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern.  
Teilweise wurden spezielle Dinge angesprochen, wie die geschlechts-  
spezifischen Aspekte (Anteil Frauen/Männer, Ansprechrate) der Inter-  
feronbehandlung (hier haben wir noch keine Auswertung) als auch  
Fragen nach der Vergleichbarkeit der Ergebnisse verschiedener Labors.  
(Wurde bisher nicht als Problem gesehen).

Intensiv wurde nach der Kostenträgerschaft gefragt. Was sagen die  
Hauptkostenträger, wenn während „ihrer“ Therapie mit Interferon  
behandelt wird (bisher gibt es keine Einwände), wie verhalten sich die  
Krankenkassen angesichts der beträchtlichen Kosten (es gibt bislang  
keine Probleme).

Aber auch die Frage nach dem Aufwand der Einrichtung selbst kam auf. Für das spezielle Angebot „Interferonbehandlung“ gab es keine finanzielle Kompensation durch die Hauptkostenträger; der erforderliche Mehraufwand wie vermehrte Inanspruchnahme der ärztlichen Visite, der zeitaufwendigeren Medikation, der häufigen Laborkontrollen, des aufwendigeren Fahrdienstes, der notwendigen Besprechungen im Medizinteam, der Fort- und Weiterbildung als auch die Zeit für die Gruppenstunden wurden aus dem Bestand heraus durch Umorganisation mobilisiert.

**Als Fazit bleibt:** der Beginn einer systematischen Behandlung von Hepatitis C Patientinnen und Patienten durch eine ambulante oder stationäre Einrichtung sollte sorgfältig vorbereitet und dann mit den Mut zum Neuen angegangen werden. Fehlschläge zu Beginn des Unternehmens können einen Rückschlag für längere Zeit bedeuten.

## WORKSHOPS

### Kontrollierter Konsum illegaler Drogen – Zwei Programme ein Weg ?!

Bernd Westermann A.I.D. Berlin und Uwe Täubler Palette e.V.

Bernd Westermann und Uwe Täubler stellten die Konsumreduktionsprogramme **Contradict** und **KISS** (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum) dar.

Zu Beginn wurden zur Verdeutlichung des praktischen Zusammenhangs von Konsumkontrolle und Hepatitis C verschiedene Konstellationen skizziert:

Konstellat1: HCV-Prävention durch Risikobegrenzung  
(Zusammenhang Konsummuster - Kontext – individuelle Risikofaktoren, z. B. Komorbidität)

Konstellat2: Therapieermöglichung durch Konsumkontrolle

Konstellat3: Therapiebegleitung

Konstellat4: Neuorientierung nach erfolgreicher Therapie

Konstellat5: Harm reduction nach gescheiterter Therapie

Konstellat6: Harm reduction bei (aktuell / generell) fehlender Therapiefähigkeit oder (aktuell / generell) nicht gegebener Therapiemotivation

Unter dem Namen A.I.D. (Ambulanz für Integrierte Drogenhilfe) betreibt der Träger Notdienst Berlin e.V. u. a. zwei Substitutionsambulanzen sowie mehrere Betreuungsstellen für Substituierte in unterschiedlichen Kooperationsformen mit niedergelassenen Ärzten. Die Palette e.V. ist eine psychosoziale Betreuungseinrichtung für Substituierte (PSB), Crack- und Kokainabhängige, sowie eine allgemeine Beratungsstelle für DrogengebraucherInnen in Hamburg. Beide Einrichtungen bieten Konsumreduktionsprogramme an. Der Notdienst hat mit **Contradict** ein eigenes Programm entwickelt. In der Palette wird das von Prof. Körkel und der Quest Akademie in Heidelberg entwickelte **KISS** Programm angewendet.

Im Verlauf des Seminars wurden die Besonderheiten der unterschiedlichen Programme und die Zielgruppen dargestellt.

**Contradict** (Konsumkontrolltraining für Drogenabhängige) ist ein in der praktischen Betreuungsarbeit entwickeltes Trainingsmanual zur flexiblen individuellen Unterstützung derjenigen Substitutionspatienten die ihren „Beikonsum“ beenden oder wenigstens ein-

schränken möchten ( bzw. müssen), dies aber allein nicht schaffen und daher gewillt oder motivierbar sind, professionelle Unterstützung anzunehmen. Die Arbeit mit dem Manual dient der gezielten Förderung von Problembewusstsein, Veränderungsmotivation und Selbstkontrollkompetenz.

Auch **KISS** möchte Drogenkonsumenten gezielt darin unterstützen, ihren Substanzkonsum einzuschränken oder gegebenenfalls ganz einzustellen. **KISS** ist also „zieloffen“: Eine Reduktion oder eine Beendigung des Konsums sind möglich. Es ist ein neu entwickeltes Selbstmanagementprogramm zur gezielten Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen.

Jeder Teilnehmer entscheidet selbst, bei welchen Drogen er eine Veränderung vornehmen und in welchem Tempo er seine selbst gesetzten Ziele erreichen möchte.

Im Vortrag wurden die Inhalte und der Ablauf der jeweiligen Programme vorgestellt.

**KISS** besteht aus 2-3 Vorgesprächen und 12 strukturierten Sitzungen, in denen gemeinsam verschiedene Themen erarbeitet werden. In den Vorgesprächen wird die individuelle Ausgangssituation jedes Einzelnen betrachtet.

In den 12 **KISS**-Einheiten geht es um das Führen eines Konsumtagebuches und das Festlegen von wöchentlichen Konsumzielen, das Erkennen und Bewältigen von Risikosituationen, eine positive Freizeitgestaltung, den Umgang mit „Ausrutschern“ u. a. m.

Das **Contradict**-Programm ist in die laufenden Einzelbetreuungen eingebettet und dadurch flexibler, was Abfolge und individuelle Kombination von Programmkomponenten betrifft. Die jeweilige Problemlage sowie der aktuelle Betreuungsbedarf prägen das Vorgehen. Am Programmbeginn steht ein Vertrag über die selbst formulierten Zielstellungen. Anhand des aus 7 Modulen bestehenden Manuals wurde erläutert, wie die zentralen Prinzipien von **Contradict**- Verbindlichkeit, Konkretheit und Flexibilität zum Tragen kommen können.

Konsumreduktionsprogramme wie **Contradict** und **KISS** eignen sich für:

- alle, die an ihrem Drogenkonsum etwas ändern, aber nicht abstinent leben möchten
- Substituierte mit problematischem Beikonsum

Nach unseren Erfahrungen sind beide Programme bei einem breiten Spektrum der KonsumentInnen illegaler und legaler Drogen erfolgversprechend umsetzbar. **KISS** wird auch bei den KonsumentInnen, die Einrichtungen der niedrigschwelligen Drogenhilfe aufsuchen und sich in körperlich, sozial und psychisch schlechtem Zustand befinden, umgesetzt.

**KISS** und **Contraddict** werden sowohl mit Einzelpersonen als auch in Gruppen durchgeführt.

Mehr Informationen zu **Contraddict** können sie unter:

[bernd.westermann@drogennotdienst-aid-kreuzberg.org](mailto:bernd.westermann@drogennotdienst-aid-kreuzberg.org)

Mehr Informationen zu **KISS** können Sie unter:

[uwe.taeubler@palette-hamburg.de](mailto:uwe.taeubler@palette-hamburg.de) erhalten.

## „Familie und Sucht“ - das „Hamburger Modell“

Uwe Petermann, Hamburg

Der Workshop wurde von 10 TeilnehmerInnen besucht, überwiegend Mitglieder des Bundesverbandes der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

Nach der Vorstellungsrunde kamen die Fragen nach dem Hamburger Modell auf.

- a) Was verbirgt sich hinter dem Hamburger Modell ?
- b) Was kann es uns zum Thema Familie und Sucht für Anregungen geben?

Zu a) Das Hamburger Modell ist ein Konflikt diagnose- und Konfliktlösungsmodell.

Es arbeitet auf systemischer Grundlage mit den Methoden der Aufstellung und des Agierens (angelehnt an das Psychodrama) und bezieht die Ideen der lösungsorientierten Kurzzeittherapie de Shazers mit ein. Von daher ist es eine lebendige Methode, um Konflikte nicht nur besprechbar sondern auch erlebbar und anschaulich zu machen. In jeder Phase brauchen Konfliktbearbeitungen nicht nur Gedanken sondern auch Empfindungen und Bilder – wenn möglich auch Lösungsbilder.

Zu b) Aufgrund der systemischen Grundannahmen betrachtet das Hamburger Modell die Sucht nicht vorwiegend als individuelles sondern auch als familiäres und gesellschaftliches Phänomen. So werden Erklärungen und Lösungen auf allen Ebenen erarbeitet. Durch die konsequente Grundhaltung der Akzeptanz, dass Individuen und Systeme erst einmal die beste Möglichkeit für sich gesucht haben, die wert zu schätzen ist, können sich grundlegende Änderungen in der Beurteilung und in der Sichtweise der Situation ergeben. Die größte Stärke des Modells liegt jedoch in der konkreten Bearbeitung und Klärung von Situationen.

So schloss sich an die Skizzierung des Hamburger Modells eine lebhaft Diskussion über Sucht in der Familie und Sucht in der Gesellschaft an. Die Themen Werthaltung, Schuld, Verantwortung und positiver Umgang mit den Menschen, die Drogen konsumieren spielten eine große Rolle. Eine hohe Betroffenheit vieler TeilnehmerInnen entstand bei dem Thema der fehlenden Hilfe für die Drogenkonsumenten in Notsituationen – besonders von gesellschaftlicher und staatlicher Seite aus. Nicht selten

erlebten TeilnehmerInnen z.B. die Polizei in solchen Situationen in der Weise, dass man von unterlassener Hilfeleistung sprechen muss.

Im weiteren haben wir mit dem Hamburger Modell eine konkrete schwierige Konfliktsituation einer Teilnehmerin mit ihrer Tochter bearbeitet. Die Gruppe hat sich sehr auf die Aufstellungsmethode und das Konfliktgeschehen eingelassen und an der Lösung gearbeitet. Alle TeilnehmerInnen - einschließlich der betroffenen Person - waren angenehm überrascht, dass sie so viele Punkte erkannt und geklärt werden konnten.

Die zweite Situation, die wir uns mit dem Modell genauer angesehen haben, rankt sich um die Nachwuchsfrage im Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit. Wir kamen auf viele interessante Zusammenhänge, Gedanken und Hypothesen – die aufgrund des komplexen Systems des Verbandes und seiner Einbindung nur in Ansätzen skizziert werden konnten, jedoch viel Anregungen zum Vertiefen und Weiterarbeiten gegeben haben.

Es war abschließend gesehen ein sehr spannender, kurzweiliger und anregender Workshop an dem alle sehr engagiert teilgenommen haben.



Eltern und Teilnehmer im Foyer

## „HCV-Arbeit mit opiatabhängigen Migranten“

Sabine Sturm, Münster; Felix von Ploetz, Hovhannes Martirosyan, Berlin

### Inputreferat:

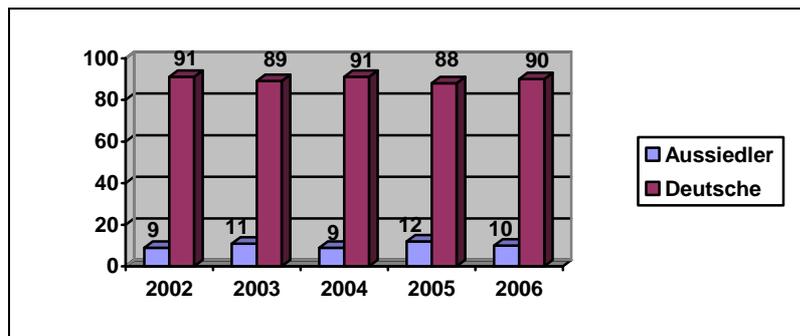
Praxisprojekt *Aufsuchende, stadtteilorientierte psycho-soziale Betreuung/Begleitung russlanddeutscher Drogenkonsumenten*

### Einleitung und Epidemiologie

19% der Bevölkerung Deutschlands sind Menschen mit Migrationsvorgeschichte. Von diesen besitzen 52,6% einen deutschen Pass und 47,4% einen ausländischen. Die größte Gruppe unter den Migranten sind Einwanderer aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion, vor allem Spätaussiedler. Sie machen 5,4% der bundesdeutschen Bevölkerung aus (Suhr, Koopmann, 2006). Aufgrund dieser Tatsache, aber auch bedingt durch die spezifische Situation in Münster/Westfalen, beschäftigt sich dieser Beitrag insbesondere mit den speziellen Problematiken und der gesundheitlichen Situation von opiatabhängigen Spätaussiedlern.

Diese Fokussierung ergibt sich ferner, wie den vergangenen Drogen- und Suchtberichten entnommen werden kann, aus der Anzahl der Drogentoten in Deutschland, unter denen Aussiedler deutlich stärker repräsentiert sind als es ihrem Bevölkerungsanteil entspricht (BMG2007):

Abbildung 1: Drogentodesfälle in Deutschland, Angaben in Prozent



Zahlen entnommen aus dem Drogen- und Suchtbericht 2003-2007

Gleichzeitig sind opiatabhängige Spätaussiedler häufiger mit HCV belastet als hier Geborene (BMG 2007), und sie sind im deutschen Drogenhilfesystem deutlich unterrepräsentiert (Suhr, Koopmann 2006).

Vor diesem Hintergrund ist es dringend nötig, adäquate Hilfsmaßnahmen für opiatabhängige Migranten zu entwickeln und flächendeckend zu implementieren. Über ein Projekt für diese Zielgruppe wird im Folgenden berichtet.

**Praxisprojekt: Aufsuchende, stadtteilorientierte psychosoziale Begleitung/Betreuung russlanddeutscher Drogenkonsumenten**

Projekträger ist INDRO e.V. in Münster, ein niedrigschwelliges akzeptanzorientiertes Drogenhilfezentrum, das neben dem genannten Praxisprojekt u.a. einen Drogenkonsumraum mit drogentherapeutischer Ambulanz, einen Kontaktladen, Betreutes Wohnen, ein Angebot zur psychosozialen Betreuung Substituierter sowie die Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten betreibt (INDRO 2007).

Das Projekt *Aufsuchende, stadtteilorientierte psychosoziale Begleitung /Betreuung russlanddeutscher Drogenkonsumenten* wurde am 01.05.1999 eingerichtet. Zu diesem Zeitpunkt wurden von den ca. 2,6 Mio. nach Deutschland migrierten Spätaussiedlern mehrere tausend in Münster angesiedelt, wo einige als Drogenkonsumenten polizeilich auffielen und einen Großteil der öffentlich sichtbaren Drogenszene ausmachten, aber keine Anbindung an die bestehenden Angebote der Drogenhilfe hatten. Das Projekt wollte und will einen Zugang zu den Migranten aufbauen mit dem Ziel, durch Verbesserung bzw. Stabilisierung der Lebenssituation das Infektionsrisiko mit HIV /HCV zu senken und der psychosozialen sowie gesundheitlichen Verelendung entgegenzuwirken. Dazu stehen INDRO pro Woche 30 Stunden für eine festangestellte Mitarbeiterin sowie 6 Honorarstunden, finanziert durch die Stadt Münster, zur Verfügung.

Der Arbeit zugrunde liegende Prinzipien und Ansätze sind: Reduzierung von gesundheitlichen Gebrauchsrisiken durch Anbindung an bestehende Angebote, den Konsumenten als selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Menschen annehmen, Zugangsbarrieren analysieren und abschaffen sowie interkulturelle Akzeptanz und interkulturelle Kompetenz im Umgang mit den opiatabhängigen Migranten (INDRO 2007).

**Angebote und Maßnahmen des Projekts:**

Angebote und Maßnahmen im Rahmen des Praxisprojekts sind: aufsuchende Arbeit im Stadtteil Münster-Kinderhaus, einem Brennpunkt mit 75% Aussiedleranteil, regelmäßige Sprechstunden für Konsumenten und Angehörige, Freizeitangebote und Elternabende vor Ort. Außerdem

ist die entsprechende Mitarbeiterin vier Tage pro Woche im Drogenhilfezentrum präsent und vermittelt von hier aus Spätaussiedler zu Ärzten, in den qualifizierten Drogenentzug, zur städtischen Drogenhilfe oder hilft bei „Behördenkram“, führt Kriseninterventionen und PSB durch und begleitet auf Wunsch zu Gerichtsterminen. Weitere Tätigkeitsbereiche sind die Mitarbeit in zahlreichen Arbeitskreisen und Öffentlichkeitsarbeit.

#### **Safer-Use-Angebote zur HCV-Prophylaxe**

Eines der Hauptaufgabengebiete ist der Bereich der Hepatitis- und HIV-Prophylaxe. INDRO arbeitet sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiv.

Folgende Angebote können Spätaussiedler kostenlos und unverbindlich nutzen:

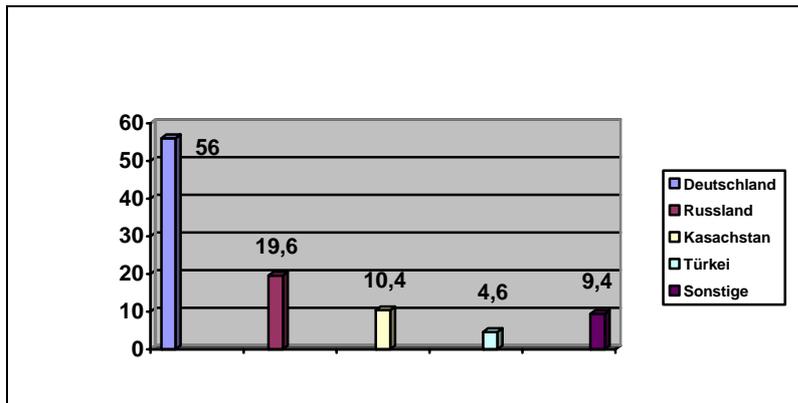
(Instrumentelle Unterstützung)

- Sprizentausch in der Einrichtung im Verhältnis 1:1
- Verkauf von Spritzen und Kondomen in der Einrichtung
- Verkauf von Spritzen und Kondomen 24 h am Tag durch Spritzenautomaten in Münster-Innenstadt und Münster-Kinderhaus
- Drogenkonsumraum
- Vermittlung und ggf. Begleitung zu Substitutionsärzten und Hepatologen
- Vermittlung und ggf. Transport zu qualifizierten Drogenentzugseinrichtungen in der Region
- Unterstützung durch Information:
- Flyer zum Thema Safer-Use speziell für Aussiedler in russischer Sprache
- Flyer zum Thema Hepatitis in türkischer, russischer und deutscher Sprache
- Flyer zum Thema Safer-Work, der mit KonsumentInnen zusammen entwickelt wurde und sich insbesondere an Migrantinnen wendet
- Faltblatt zur Substitution in deutscher und russischer Sprache in dem Ängste und Vorurteile von Spätaussiedlern gezielt thematisiert werden
- Hinweise in russischer Sprache zum Ansteckungsrisiko bei gemeinsamer Nutzung einer Nadel
- Flugblätter zum sachgerechten Umgang mit gebrauchten Spritzbestecken
- Vermittlung von Informationen zum needle-sharing, zur sachgerechten Benutzung eines Filters und zu Hygiene durch persönliche Gespräche
- Hinweise zum sicheren Umgang mit Blut sowohl in der Einrichtung als auch während der aufsuchenden Arbeit
- Erste-Hilfe-Kurs zu Drogennotfällen und Stichverletzungen
- Beratung zu gesunder Ernährung und Hygiene im BeWo und in der PSB

### Erkenntnisse nach acht Jahren

Ein Großteil der opiatabhängigen Spätaussiedler konnte durch die aufsuchende Arbeit in der Bahnhofsgegend und im Stadtteil Kinderhaus, aber auch durch Vernetzung mit anderen Einrichtungen erreicht werden. Die Anzahl der von Migranten aus der GUS getauschten Spritzen ist angestiegen, das Phänomen des needle-sharings hat deutlich abgenommen, ist jedoch in der Zielgruppe noch immer stärker verbreitet als bei in Deutschland geborenen Konsumenten. Zunehmend mehr Spätaussiedler befinden sich in einer Substitutionstherapie (Suhr, Koopmann 2005). Erfreulich ist, dass inzwischen 40-43% der Nutzer des Drogenkonsumraums Migranten sind, von denen der Großteil aus Kasachstan und Russland stammt.

Abbildung 2: Herkunft der Konsumraumnutzer von August 2006 bis August 2007, Angaben in Prozent



Im Rahmen des Betreuten Wohnens und der frauenspezifischen Arbeit werden Hygiene, Geschlechtskrankheiten und Übertragungswege inzwischen von den SpätaussiedlerInnen selbst zunehmend thematisiert und auch der Erste-Hilfe-Kurs wird von diesem Personenkreis gut angenommen.

Auffällig wenige unterziehen sich jedoch einer Interferontherapie oder nutzen die Möglichkeiten der Impfung gegen Hepatitis A & B. Hier ist sowohl durch die Drogenhilfe als auch von ärztlicher Seite noch viel Informationsarbeit und Bewusstseins-schaffung zu leisten.

**Literatur:**

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2002. Berlin 2003

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2003. Berlin 2004

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2004. Berlin 2005

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2005. Berlin 2006

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2006. Berlin 2007

INDRO e.V.: Betreuungsangebote für Migranten. In: INDRO (Hrsg.): Jahresbericht 2006-2007. Münster 2007. S. 36-43

Suhr, S./ Koopmann, A.: Substitutionstherapie bei Migranten. In: Gerlach, R./ Stöver, H. (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Freiburg 2005. S. 198-206

Suhr, S./ Koopmann, A.: Drogenkonsumierende Migranten aus der GUS- Skizzierung der aktuellen Situation und der Zugangsprobleme in der ambulanten Drogenhilfe in Deutschland. In: Akzeptierende Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work. Online-Fachzeitschrift 1/2006, S. 1-6.

## HCV bei opiatabhängigen Migranten - Bericht

### Teil 1

Begrüßung der Anwesenden, Vorstellung der Moderatoren

#### Ziele der AG

- Migranten als Zielgruppe von HCV-Arbeit wahrnehmen
- Vorstellung bereits laufender Projekte
- Ermittlung von Handlungsmöglichkeiten für die praktische Arbeit durch Analyse möglicher Probleme und Ressourcen innerhalb der Zielgruppe und den Einrichtungen

#### Kurze Hinführung zum Thema

- Migranten machen 19% der Bevölkerung Deutschlands aus
- Unter den opiatabhängigen Menschen sind Migranten, vor allem aus den Staaten der ehemaligen SU, stark präsent
- Sie sind oft im deutschen Drogenhilfesystem deutlich unterrepräsentiert
- Aussiedler machen einen erheblichen Teil der jährlichen Drogentoten aus
- Viele Migranten sind von Infektionskrankheiten betroffen

#### Inputreferate

- Praxisprojekt des INDRO e.V. *Aufsuchende, stadtteilorientierte psychosoziale Betreuung/Begleitung russlanddeutscher Drogenkonsumenten*
- Angebote von Fixpunkt e.V. für russischsprachige Drogengebraucher
- Praxisprojekt Fixpunkt e.V. *Levi Strauss Foundation: HIV/Aidsprävention bei russischsprachigen Drogengebrauchern*

### Teil 2

Diskussion zur sinnvollen HCV-Prophylaxe anhand der Inputreferate, aber auch durch die praktische Erfahrung aller Teilnehmer mit der Zielgruppe. Leitfragen waren hierbei:

#### Welche Informationen über HCV brauchen Migranten und welches Medium ist dafür geeignet?

- Bedenken einiger Teilnehmer bezüglich des Nutzens von **Faltblättern**, da diese womöglich als zu lang und unverständlich wahrgenommen werden könnten
- Lediglich eine Übersetzung bereits vorhandener Materialien (Filme, Broschüren) ist unzureichend
- Migranten sind noch immer unzureichend aufgeklärt über Infektionskrankheiten, Übertragungswege und Behandlungsmöglichkeiten

- Durch Scham und Misstrauen gegenüber dem Suchtberater besteht eventuell keine Möglichkeit, gezielt Informationen an den Migranten zu vermitteln, da sein Gesundheitszustand nicht bekannt ist

**Können Migrantinnen genauso häufig und mit den gleichen Mitteln bzw. Methoden erreicht werden wie Männer?**

- Einige Teilnehmer nehmen mangelnden Kontakt zu weiblichen Migranten wahr
- Frauenspezifische Angebote können hier hilfreich sein

**Annahme der Impfmöglichkeit gegen Hepatitis A & B durch Migranten**

- Alle Teilnehmer sind sich einig, dass Migranten deutlich seltener gegen Hepatitis A & B geimpft sind als in Deutschland geborene Konsumenten
- Hängt eventuell auch mit der niedrigeren Anzahl an Substitutionspatienten bei dieser Zielgruppe zusammen
- Häufig findet jedoch auch kein Hinweis durch die behandelnden Ärzte auf diese Impfmöglichkeit statt
- Bereitstellung einer Impfmöglichkeit in niedrighschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen erscheint allen Teilnehmern als beste Möglichkeit. Andererseits ist dies aus räumlichen und personellen Gründen nicht in jeder Einrichtung möglich

**Bedeutung von fremdsprachlichen Mitarbeitern für die Erreichbarkeit der Zielgruppe**

- Nicht nur durch das Berliner Levi-Strauss-Projekt, sondern auch durch die Erfahrungen einiger Teilnehmer ist deutlich geworden, dass muttersprachliche Mitarbeiter häufig schnelleren Kontakt zu den Migranten aufbauen können, teilweise jedoch auf die gleichen Probleme bezüglich Vertrauen, Scham stoßen wie deutsche Kollegen

**Fazit der Diskussion**

Insgesamt konstatieren alle Teilnehmer, dass Migranten mangelhaft informiert sind über Infektionskrankheiten, Übertragungswege und Behandlungsmöglichkeiten sowie häufig aufgrund von Scham und Misstrauen sich weder untereinander noch mit den Beratern in Drogenhilfeeinrichtungen über ihre Krankheit austauschen. Gleichzeitig ist die compliance bei dieser Zielgruppe gut und Vertrauen in medizinische Behandlungen groß. Dies ist als wichtige Ressource in der Arbeit mit opiatabhängigen Migranten zu werten.



Pause im Saal

## Psychoedukation bei Opiatabhängigen mit und ohne Hepatitis C

Silke Kuhn, Hamburg und Viktoria Tschernay, Berlin

Die Psychoedukation ist im Umfeld von Suchterkrankungen eine neue Behandlungsmethode. Doch es gab diese Ansätze schon vor 40 Jahren und sie wurden zuerst bei somatischen Erkrankungen erprobt. Schaut man sich die ICD-10 Kategorien für psychische Störungen an, so gibt es heute fast kaum noch ein Störungsbild, wo keine Psychoedukation angewandt wird. Besonders bei der Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gilt die Psychoedukation mittlerweile als ein fast unverzichtbarer Bestandteil der Therapie.

Psychoedukation als Begriff wird in unterschiedlicher Weise verstanden. Teilweise wird er gleichgesetzt mit Kurs oder Unterricht, reiner Informationsvermittlung und schlimmstenfalls mit Erziehung und Besserwisserei. Dabei ist das Wort Edukation von dem lateinischen Wort e-ducere abgeleitet. Es meint, den Patienten über seine Erkrankung zu informieren, ihn mit der Wirkungsweise und den Nebenwirkungen seiner medikamentösen Therapie vertraut zu machen sowie ihn über die Folgen seines Verhaltens aufzuklären, d.h. ihn aus dem Zustand der Unwissenheit und Unerfahrenheit herauszuführen. Psychoedukation kann auch in Einzelsitzungen durchgeführt werden, in der Regel ist es aber eine Gruppenintervention mit einer festgelegten Stundenzahl (ca. 8-15 Stunden).

Übergeordnete Ziele der Psychoedukation in Einzelsitzungen oder in Gruppen sind:

- die Informationsvermittlung
- die emotionale Entlastung der Patienten
- die Förderung der Compliance
- die Ressourcen der Patienten zu aktivieren und nicht vorrangig die vermeintlichen Ursachen einer Erkrankung auszuloten
- die soziale Integration und die Kontaktgestaltung der Patienten zu verbessern

Die Psychoedukation bedient sich der Elemente zweier großer psychotherapeutischer Schulen, der Verhaltenstherapie und der Gesprächstherapie:

- das Vorgehen ist zielgerichtet, themenzentriert und strukturiert (VT)
- die Grundhaltung der Therapeuten (Empathie, Wertschätzung und Kongruenz)

Uns ist darüber hinaus wichtig zu betonen, dass es nicht darum geht, den Patienten zu sagen, „wo es lang geht“, sondern Angebote zu machen bzw. im Kontakt Möglichkeiten aufzuzeigen, wobei die Entscheidung beim Patienten bleibt. Das meint es auch, wenn davon gesprochen wird, den Patienten als Experten seiner Erkrankung ernst zu nehmen – also nicht nur sein Wissen darüber, sondern auch seine Entscheidungen.

Psychoedukation wird häufig als Gruppenintervention angeboten, wie auch in dem bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger und in dem Projekt zur antiviralen Behandlung von HCV infizierten methadonsubstituierten Drogenabhängigen (PERMIT-Studie). Hier gibt es natürlich neben ökonomischen Gesichtspunkten einige Besonderheiten, aber auch Vorteile für die Patienten:

- Kein Einlassen auf eine enge Beziehung zu einem Berater
- Klare zeitliche Begrenzungen und transparentes Vorgehen
- Keine große Introspektionsfähigkeit gefordert
- Kein Druck hinsichtlich sozialer Interaktion
- Gruppenmitglieder haben Modellfunktion
- Gruppe als wichtiges ergänzendes Lernumfeld

Ein Gruppenangebot bedeutet aber auch besondere Anforderungen an die Gruppenleitung:

- Neutrale Position zu ambivalenten Einstellungen und Gefühlen der Teilnehmer
- Kreativer Einsatz von didaktischem Material
- Aktives Zuhören
- Herstellen von Verbindlichkeit und Verlässlichkeit
- Respekt und Wertschätzung gegenüber den Teilnehmern

Das, was Psychoedukation attraktiv macht, ist das Vorliegen manueller Programme. Diese Programme enthalten in der Regel genaue Anweisungen und Vorschläge für die Gruppenarbeit, wobei diese auch an das Klientel, die Einrichtungen und die Themen angepasst werden können.

#### **Vorstellung eines psychoedukativen Gruppenprogramms für opiatabhängige Patienten**

Ein psychoedukatives Programm umfasst häufig 10-12 Stunden. In dem Workshop wurde das PE-Programm der Permit-Studie vorgestellt und in Übungsteilen mit den Teilnehmern praktisch erarbeitet.

### **Inhaltliche Struktur der Einzelstunden**

Jede Stunde folgt dem Aufbau Information, Kommunikation und Ressourcenförderung, d.h. in jeder Stunde sollen die Teilnehmer neue Informationen bekommen, sich darüber austauschen - also in Kontakt kommen. Dabei sollen die Ressourcen der Teilnehmer betont werden.

### **Sitzungen im Überblick**

- Einführungsstunde
- Modul 1: HCV (3 Stunden)
- Modul 2: Behandlung (3 Stunden)
- Modul 3: Ressourcenförderung (3 Stunden)
- Jokerstunde
- Abschluss-Stunde
- Auffrischungssitzungen (nach einem zeitlichen Abstand von wenigen Wochen)

### **Einführungsstunde**

- Vorstellung der Gruppenleiter und der Teilnehmer
- Erläuterung der Psychoedukation
- Vorstellung des gesamten Programms (Wandzeitung)
- Übung zum Kennenlernen
- Abmachungen, Termine, Regeln

### **Modul 1: HCV (Schwerpunkt auf Information)**

- Stunde 1: Infektionswege, Erstinfektion, weitere Hepatitisserkrankungen
- Stunde 2: Symptomatik, Verlaufsformen
- Stunde 3: Mögliche Probleme und Risiken
- 3a: Wechselwirkungen mit Suchterkrankung, 3b: weitere Komplikationen

### **Modul 2: Behandlung**

- Stunde 1: Behandlungsmöglichkeiten.  
Auswirkungen, Nebenwirkungen, Dauer
- Stunde 2: Komorbidität
- 2a: andere Virusinfektionen (HIV),
- 2b: Drogenabhängigkeit,
- 2c: Depression
- Stunde 3: Zusammenhänge von Drogenkonsum und Infektionsrisiken, Reinfektionen

### **Modul 3: Ressourcen**

- Stunde 1: Gesundheit
- 1a: Gesund leben, allgemeines Gesundheits-/ Krankheitsverständnis,  
1b: spezielle Ernährung
- Stunde 2: Umfeld
- 2a: Risikoverhalten,
- 2b: Behandlung der Suchterkrankung (Substitution),
- 2c: Navigation im Hilfesystem
- Stunde 3: Support
- 3a: Selbsthilfe, ggf. mit Nicht-Opiatabhängigen,
- 3b: Problemlöse-Strategien

Den Teilnehmern wurden kreative Einstiegsmöglichkeiten in einigen Stunden präsentiert und es wurde grundsätzlich über den möglichen Einsatz von psychoedukativen Gruppenprogrammen diskutiert. Die Teilnehmer des Workshops brachten unterschiedliche Vorerfahrungen mit. Neben Teilnehmern, die sich grundsätzlich über Psychoedukation informieren wollten, gab es auch Teilnehmer, die schon psychoedukative Gruppenprogramme mit Opiatabhängigen in ihren Einrichtungen durchgeführt hatten.

### **Ergebnisse**

- Gruppenprogramme sind mit Opiatabhängigen durchführbar
- eine Gruppensitzung sollte 90 Minuten lang sein (60 Minuten sind in der Regel zu kurz)
- die vorgestellten Themen wurden als wichtig erachtet

Probleme wurden vor allem darin gesehen, die erforderliche Anzahl an Teilnehmern zu gewinnen, da offene Gruppen nicht sinnvoll sind. Daher muss sehr viel Wert auf die Rekrutierungsphase gelegt werden und Patienten müssen individuell angesprochen werden. In Ambulanzen oder methadonsubstituierenden Schwerpunktpraxen scheint dies möglich zu sein. Als problematisch wird die Anwendung des Konzeptes im niederschweligen Bereich angesehen.

## „Suchtmedizinische und infektiologische Bestandsaufnahme im Setting Haft“

Doris Radun und Bärbel Knorr, Berlin

Einführungsreferat von Dr. Doris Radun:



Wissenschaftliches Institut der Ärzte  
Deutschlands (WIAD) gGmbH



ROBERT KOCH INSTITUT

**Seroprävalenz,  
Risikoverhalten, Wissen und Einstellungen  
in Bezug auf HIV, Hepatitis B und C  
bei erwachsenen Justizvollzugsinsassen,  
Deutschland**

- Erste Ergebnisse -

Dr. med. Doris Radun, MSc  
Abt. für Infektionsepidemiologie  
Robert Koch-Institut, Berlin

4. Internationaler Fachtag Hepatitis C,  
12./13. September 2007, Hamburg

---

### Hintergrund

- **Haftaufenthalt** und **intraven. Drogenkonsum** sind verschränkt
  - Injizierende Drogenkonsumenten ~ Kanülentausch
    - verbreiten parenteral übertragbare Krankheiten
    - setzen sich selbst der Gefahr von Infektionen aus
- 

Quelle: BION
- weitere mögliche Risikofaktoren in Haft:  
Tätowieren, sexuelle Kontakte
  - Kenntnisse zur Epidemiologie von Hepatitis B/C und HIV unter Haftinsassen unzureichend
  - Kenntnisse zum Risikoverhalten von Haftinsassen und deren Wissen in Bezug auf Hepatitis B/C und HIV gering
-

## Haft, Drogen und Hepatitis B/C und HIV

- Bisherige Studien -

- 1993/4: Injiz. Drogenkonsumenten, Berlin<sup>1</sup>  
- 75% hatten Kanülen/Zubehör getauscht  
- 67 % Haftaufenthalt, 22% Kanülentausch in Haft  
- 62% pos. für antiHBc, 7% für HBsAg, 84% für HCV-Ak, 15% für HIV  
- Risikofaktor: Kanülentausch in Haft
- 1998 – 2001: Evaluierung eines Kanülentauschprogramms in 2 Haftanstalten, Berlin<sup>2</sup>  
- 53% pos für antiHBc, 83% für HCV-Ak, 18% für HIV  
- Risikofaktor: Kanülentausch in Haft
- 2002: Prävalenz von Hepatitis C in Jugendhaft<sup>3</sup>  
- 97 Pers. (8,6%) pos. für HCV-Ak, 85/90 (94%) mit injiz. Drogenkonsum

<sup>1</sup> Stark K et al.: History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis C virus, and Human Immunodeficiency Virus infection among injecting drug users in Berlin. *Int J Epidemiol* 1997; <sup>2</sup> Stark K et al.: A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiol Infect* 2005; <sup>3</sup> Meyer MF et al.: Prevalence of hepatitis C in a German prison for young men in relation to country of birth. *Epidemiol Infect* 2006

---

## Rationale und Ziele der Studie

- Aktuelle, repräsentative Daten zur Verbreitung von Hepatitis B/C und HIV unter Haft-Insassen in Deutschland
- Daten zum Risikoverhalten der Haft-Insassen
- Daten zu Wissen/Einstellungen der Insassen in Bezug auf Hepatitis B/C und HIV
- Daten zu Wissen/Einstellungen der JVA\*-Bediensteten in Bezug auf Hepatitis B/C und HIV

\* Justizvollzugsanstalt

---

## Methoden

- *Gemeinsames Projekt von WIAD\* (Dr. C. Weilandt, Dr. J. Eckert) und dem RKI\*\**  
- *Mittel vom BMG\*\*\* und ENDIPP\*\*\*\**  
- *Bundesdatenschutz- und Ethik-Votum*

### • Querschnittsstudie

- in sechs JVA n (drei Bundesländer)
- unter Aspekten der Repräsentativität
- Standardisierter Fragebogen (pseudonymisiert)
  - für Insassen (in 7 Sprachen)
  - für Bedienstete
- Serologische Untersuchung der Insassen auf Marker für Hepatitis B/C und HIV (getrocknete Blutstropfen)
  - Alter  $\geq$  18 Jahre
  - Stichprobengrößenberechnung ( $\geq$  750 Teiln.)
  - Oversampling von Jugendhäftl./Frauen: Gewichtung

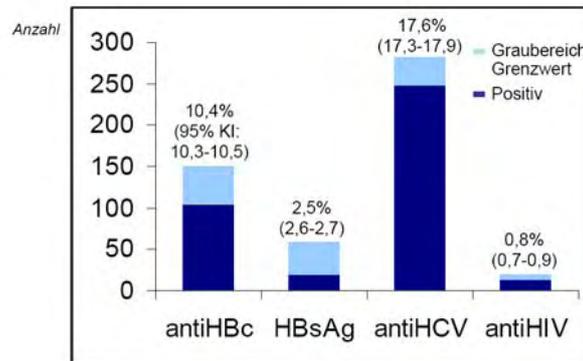
\*      Wissenschaftl. Institut der Ärzte Deutschlands  
\*\*     Robert Koch-Institut  
\*\*\*    Bundesministerium für Gesundheit  
\*\*\*\*   European Network for Drugs and Infections' Prevention in Prison





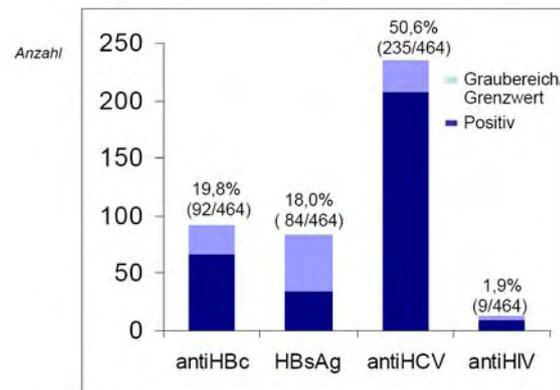
**Vorläufige Resultate:**

Seroprävalenz von Hepatitis B/C und HIV bei Insassen  
(n=1.515)



**Vorläufige Resultate:**

Seroprävalenz von Hepatitis B/C und HIV bei Insassen mit Vorgeschichte "injizierender Drogenkonsum" (n=464)



### Beschreibung der HIV-Positiven (n=13)

Potential einer Verbreitung von HIV

<b>Geschlecht</b>	8 M, 4 F
<b>Alter</b>	21 - 48 J.
<b>Nationalität</b>	11x deutsch, 3 x Migrationshintergrund
<b>Haftgrund „Drogen“</b>	6/13
<b>Drogen injiziert</b>	9/13, davon 5 Personen in Haft injiziert
<b>Tattoo in Haft</b>	4/13
<b>Rasierklinge geteilt</b>	1/13
<b>Wussten nicht von Diagnose</b>	3/13, 2 davon hatten Drogen injiziert

### Risikoverhalten von Insassen

- „**In Haft wg. Drogendelikt**“: 545/1523 Befragten (36%)
- „**Eigener Konsum von Heroin**“: 461/1208 Befragten (38%)
  - davon 58% innerhalb und außerhalb von Haft
  - 36% nur außerhalb
  - 6% nur innerhalb
- „**Jemals Drogen gespritzt ?**“: 464/1457 Befragten (31%)
  - darunter: 9/13 HIV-Positiven (69%)
  - 235/282 HCV-Positiven (83%)
- „**Im Gefängnis tätowieren lassen?**“: 480/1515 Befr. (32%)
- „**Geld für Sex im Gef. bezahlt/erhalten?**“: 9/1186 (0,75%)

## Wissen und Einstellungen

**Insassen:** ... würden nicht mit HIV-positiver Person essen (39%)  
... „Virushep.“ kann Leberzirrhose verursachen“ (40%)  
...„Impfstoff gegen Hepatitis B vorhanden“ (60%)

**Bedienstete:**  
... Personalmangel (88,6%)  
... Mangelnde Sicherheit des Personals (46,5%)  
... Überbelegung = Problem (62,8%)  
... Mangel an Info zu Infektions-Krankheiten (44,7%)  
... Infektionsrisiko Hepatitis B/C, TBc, HIV (42-50%)  
... Gewalt unter Häftlingen (98,3%)

Gegen Einführung von           sterilen Spritzen in Haft: 67%  
  sterilen Nadeln zum Tätowieren: 79%

## Zusammenfassung

- Injizierender Drogenkonsum und Risikoverhalten in Haft verbreitet
- Studie in Auswertung:
  - Kompletierung serologischer Befunde
  - Ermittlung von Risikofaktoren für Hepatitis B/C, HIV

**Die Studie soll dazu beitragen,**

- die Epidemiologie von Hepatitis B/C und HIV unter Haft-Insassen zu verstehen
- gezielt Wissensdefizite bei Insassen und Bediensteten aufdecken

## **Bericht**

An dem Workshop nahmen Ärztinnen und Ärzte aus der U-Haft, dem Justiz- und Maßregelvollzug, eine Studentin, WissenschaftlerInnen und eine Pharmareferentin teil.

Das anfänglich geäußerte Interesse an dem Workshop fokussierte auf die HCV-Behandlung, deren Finanzierung und die notwendige Kooperation und Vernetzung zur Sicherstellung der Anschlussbehandlung und Nachsorge.

### **Substitution in Haft?**

Der überwiegende Teil der HCV-positiven Gefangenen sind DrogengebraucherInnen. Die Erfahrungen in der Hepatitis-C-Behandlung zeigen, dass die Substitution ein geeignetes Mittel ist, während der Hepatitis-C-Behandlung eine gewisse Stabilität zu erzielen. Es stellte sich daher in diesem Workshop die Frage, ob die Substitution in den Haftanstalten fortgeführt bzw. bei einer in Haft zu beginnenden Hepatitis-C-Behandlung auch zeitgleich mit der Substitution begonnen werden soll.

In den letzten Jahren wurden in Hamburg die Substitutionsangebote in Haft drastisch reduziert. Es wurde berichtet, dass die Substitution unter der Hepatitis-C-Behandlung in Hamburg trotzdem angeboten wird, da es sich hierbei um eine ärztliche und nicht um eine politische Entscheidung handelt.

Der Handel mit Buprenorphin und Methadon hat in einigen Haftanstalten zugenommen, von Hamburg wurde berichtet, dass in einem Haus ca. 50 % der Insassen Subutex illegal einnehmen. Hier stellte sich die Frage, ob mit einem breit gefächerten Substitutionsangebot der „Schwarzmarktlage“ entgegengewirkt werden kann.

Der Maßregelvollzug sprach über positive Erfahrungen mit der Substitution und der Hepatitis-C-Behandlung in der Einrichtung. Wichtig sei es das Personal zu schulen und zu motivieren. Mit den Gefangenen wird ein Vertrag abgeschlossen, der auch das Verbot der Weitergabe des Substitutionsmittels regelt. Auch mit der Psychoedukation wurden gute Resultate erzielt.

### **Finanzierung der HCV-Behandlung**

Als besonderes Problem wurde die Finanzierung der Hepatitis-C-Behandlung in Haft gesehen. Da die Gefangenen des geschlossenen Vollzugs nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, werden die Behandlungskosten vom Justizvollzug bzw. dem Justiz-

ministerium getragen. Gefangene, bei denen vor Haftantritt mit der Hepatitis-C-Therapie begonnen wurde, wird die Behandlung in Haft fortgeführt.

Ein Teilnehmer berichtete, dass die Kosten der im Vollzug begonnenen Hepatitis-C-Behandlung, die nach der Haftentlassung fortgeführt wird, auch vom Justizvollzug zu tragen seien. Es stellte sich in dem Zusammenhang die Frage, ob dann im Umkehrschluss die GKV die Kosten der Hepatitis-C-Therapie von Vorbehandelten bei Haftantritt übernimmt. Erkundigungen nach dem Workshop beim BKK Bundesverband ergaben, dass der Kostenträger der Behandlung nicht automatisch der ist, unter dem die Behandlung begonnen wurde. Während der Haftzeit müssen die Behandlungskosten von der Justiz getragen werden und mit der Entlassung und erneuten Aufnahme in die GKV zahlt die GKV die weiterführende Behandlung.

Die finanziellen Mittel im Justizhaushalt sind in allen Bundesländern knapp, dennoch sollten die Behandlungsmöglichkeiten in den jeweiligen Regionen geklärt werden (wer erhält vorrangig eine Behandlung, Anzahl der Behandlungen, die finanziert werden können etc.). Die Anstaltsärzte haben in ihrem Bundesland regelmäßige Treffen, wo dies z.B. erörtert werden könnte.

### **HCV-Serologie**

Im Workshop zeichnete sich eine veränderte Testpraxis in den Justizvollzugsanstalten ab. Während früher jedem Gefangenen ein Testangebot unterbreitet wurde, stellt dies häufig nur noch ein Angebot für Risikogruppen dar. Hintergrund für diese Veränderung ist die schon erwähnte finanzielle Situation in den Haftanstalten. Anders ist die Situation im Maßregelvollzug in Hamburg, der Test ist hier ein Standardangebot. Die durchschnittliche Aufenthaltszeit im Maßregelvollzug beträgt zwei Jahre, aufgrund der Länge wird eine Serologie auch zwischenzeitlich angeboten.

### **Warum wir?**

Zum Ende des Workshops kam die grundsätzliche Frage auf, warum der Justizvollzug die Hepatitis-C-Behandlung durchführen und bezahlen soll. Schließlich wurde auch schon während der Tagung festgestellt, dass das Behandlungsangebot außerhalb der Gefängnisse im Argen liegt, da würde es sich doch anbieten, dort und nicht im Justizvollzug anzusetzen. Zudem fallen neben der Kombinationstherapie schließlich auch noch die

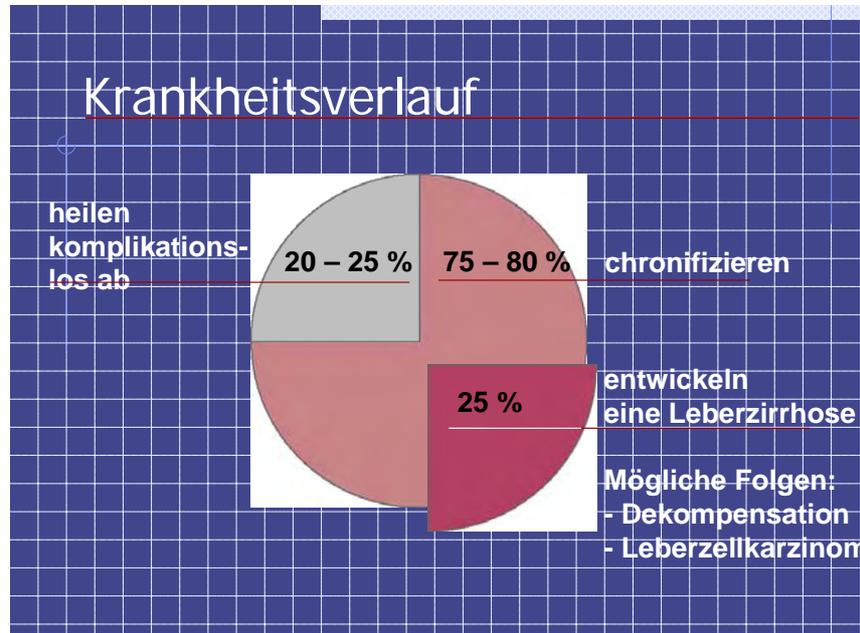
Kosten für das Nebenwirkungsmanagement an und in den Haftanstalten halten sich Menschen mit weiteren behandlungsbedürftigen Erkrankungen auf. Ist es überhaupt gerecht, wenn Drogenabhängige diese kostspielige Behandlung erhalten? Da draußen so wenige Menschen behandelt werden, würden die Gefangenen den gesetzlich Versicherten draußen gegenüber besser gestellt.

Da der Workshop nur 1,5 Stunden umfasste, konnte diese wichtige und spannende Diskussion nicht zu Ende geführt werden. Allerdings - wenn es das Ziel des Strafvollzugs ist, dass die Gefangenen befähigt werden, zukünftig ein Leben ohne Straftaten zu führen, dann ist die Gesundheit der Gefangenen eine wichtige Voraussetzung um dies zu erreichen. Zudem ist der Strafvollzug in Deutschland weit entfernt davon, ausreichende Präventionsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, daher finden im Vollzug Infektionen statt, und damit ist der Justizvollzug an den Folgekosten zu beteiligen. Die wenigen Behandlungen, die hier durchgeführt werden, stehen in keinem Verhältnis zu den Kosten, die die Gesellschaft im Anschluss zu tragen hat.

## Satellitensymposium Neue Optionen in der HCV-Therapie

### 1) Leitlinien zur Behandlung der Hepatitis C

Jochen Brack, Hamburg



#### Prävalenz der HCV

- 1,1 Millionen Opioidabhängige in Europa sind HCV- infiziert
- 13 Millionen weltweit

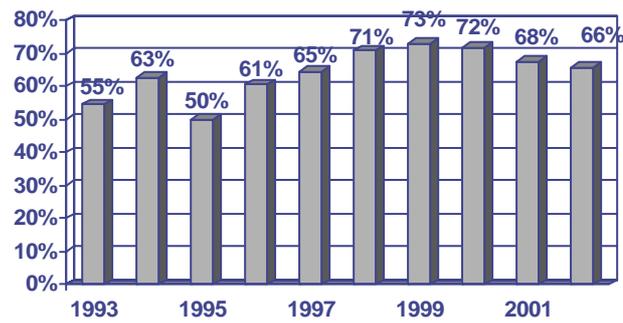
#### Allgemeinbevölkerung:

- 0.4% - 0.63% (Palitzsch et al. 1999, Thierfelder et al. 2001)

#### Heroinabhängige:

- 62% - 98% (Backmund et al. 2001, Backmund et al. 2003, Reimer et al. 2005)

## Hepatitis C 93-2002



### Inzidenz

- Ca. 600.000 Infizierte in Deutschland
- Etwa 5.000 Neuinfektionen pro Jahr

**HCV-Inzidenz** bei i.v.-Drogenabhängigen  
Absolute Zahlen für Deutschland:

- ca. 40.000 Patienten sind in Substitutionsbehandlung,
  - bis zu 32.000 davon sind HCV positiv
- 19.200 erfüllen die Behandlungsvoraussetzungen
- 9.600 entscheiden sich für eine HCV-Therapie

### Lebensqualität

- Patienten mit einer chronischen Hep C empfinden eine signifikante Einschränkung ihrer allgemeinen Gesundheit und eine hochsignifikante Einschränkung ihrer Lebensqualität
- 20 – 40% zeigen emotionale Veränderungen (Angst, Depression, paranoide oder psychotische Züge, Somatisierung)
- Hohe Lebensqualität nach der Therapie, von der Normalbevölkerung nicht zu unterscheiden

### Strategien, um die HCV-Epidemie zu kontrollieren

- Vermeidung der Exposition und Infektion:  
Reduktion des i.v.-Konsums bzw. Aufklärung wie bei i.v.-Konsum eine Infektion vermieden werden kann
- Verhinderung der Erkrankung:  
Reduktion der Lebererkrankung durch Therapie infizierter suchtkranker Menschen (*Behandlung ist Prävention*)

### Historische Entwicklung- Paradigmenwechsel

- 1997 NIH Konsensus:  
Alkoholabhängigkeit und Drogenabhängigkeit als Kontraindikation (12monatige Abstinenz ist erforderlich)
- 1999 EASL schließt sich der Empfehlung an:  
die Compliance ist gering bei Patienten die ihren Drogenkonsum fortsetzen
- 2002 NIH Einzelfallentscheidung

NIH 2002 (National Institutes of Health USA):

### Empfehlungen zur Hepatitis C Therapie

- intravenös Drogenabhängige können effektiv behandelt werden
- wichtig, da Hauptrisikogruppe
- Erfolgreiche Therapie vermindert Übertragung
- Zusammenarbeit zwischen HCV-Therapie und Suchttherapie
- Methadonbehandlung ist keine Kontraindikation
- Case-by-case Entscheidung über HCV-Therapie bei aktiven Drogenkonsumenten

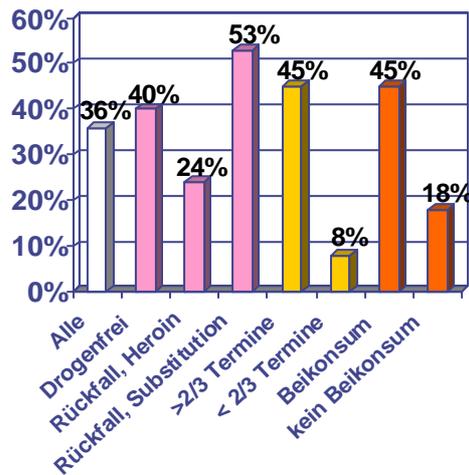
[http://consensus.nih.gov/cons/116cdc\\_statement.htm](http://consensus.nih.gov/cons/116cdc_statement.htm)

### Welche Gründe wurden genannt?

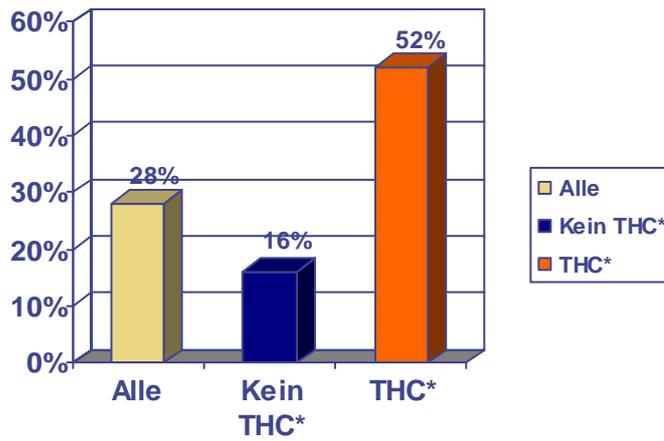
Eine HCV-Therapie ist bei Heroinabhängigen kontraindiziert:

1. weil Heroinabhängige nicht zuverlässig seien;
2. weil sie ein hohes Risiko einer Reinfektion hätten

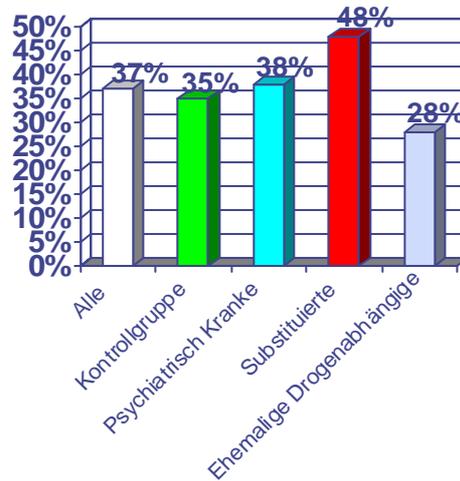
### Dauerhafte Viruselimination (SVR) und Einflussgrößen (N=50)



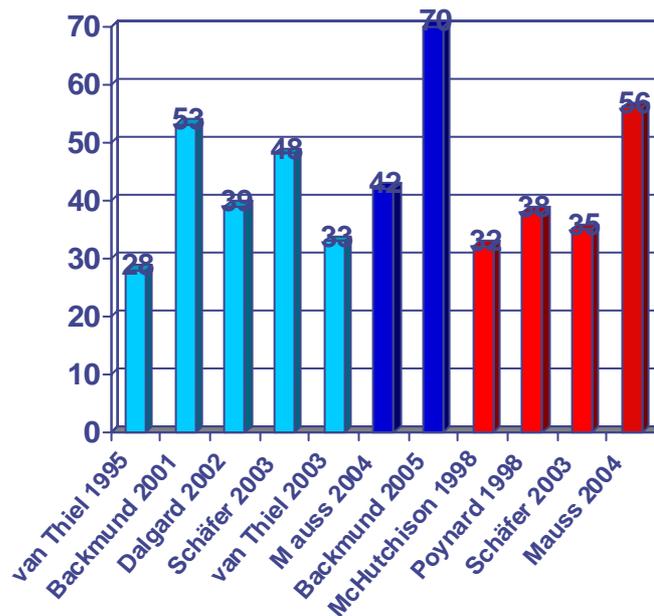
Beikonsum und SVR (N=74)



HCV-Therapie bei unterschiedlichen psychiatrischen Patientengruppen (N=81)



### SVR bei Patienten in Substitutionsbehandlung und Kontrollen



#### Bisherige Erfahrungen

- Bisher 150 Patienten behandelt
- Kein Abbruch wegen der Nebenwirkungen
- Hohe Compliance, nach entsprechender ausführlicher Aufklärung und Überlegenszeit
- Genotyp 3 beste Prognose
- Nebenwirkungen, vor allem „Grippe-symptome“
- Depressionen nach ca. 6-8 Wochen

#### Kernaussagen des Drogen und Suchtberichtes der Bundesregierung (Mai 2007) im Bereich illegale Drogen und HCV Infektionen:

Prophylaxe von HIV, Hepatitis C und Hepatitis B- Infektionen bei i.v. Drogenkonsum

- Impfungen gegen Hepatitis B und A bei Risikogruppen Impfprävalenz bei i.v.-Drogenkonsumenten unbefriedigend
- Eingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung und mangelhafte Compliance in den Haftanstalten

- Defizite im Bereich Harm Reduction regional in Deutschland und im Bereich des Justizvollzugs, zu wenig Substitutionsplätze

#### **Behandlung drogenkonsum-assoziierter Infektionskrankheiten**

- Verabschiedung einer Leitlinie zur Therapie der chronischen Hepatitis C bei i.v.-Drogengebern durch die DGS
- Handlungsoptionen bei psychiatrischer Komorbidität
- Enge Zusammenarbeit von Suchtmedizinern und Infektiologen bzw. Hepatologen
- Reduktion der Hepatitis C Inzidenz, Verbesserung der Behandlung, Erhaltung der Gesundheit

#### **Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS):**

Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchenden (Suchtmed 2006; 8: 129-133)

#### **Fragen**

1. Ist die Behandlung der chronischen Hepatitis C bei opioidabhängigen Patienten von medizinischer Relevanz (z.B. aufgrund der Prävalenz, gesundheitlicher Folgen etc.)? Sollen opioidabhängige Patienten mit einer chronischen Hepatitis C antiviral behandelt werden?
2. Werden Anforderungen an das aktuelle Drogenkonsummuster bzw. an das Behandlungssetting gestellt (Abstinenz, Substitutionsbehandlung, fortgesetzter Drogenkonsum)?
3. Werden begleitende Maßnahmen während der Behandlung vorgeschlagen (z.B. Vermittlung von safer use Kriterien, Psychoedukation)?
4. Wie soll bei psychiatrischer Komorbidität vorgegangen werden?

#### **Einleitung**

- Hinsichtlich der Therapie der Hepatitis C werden die jeweils bestehenden Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Verdauung und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) zu Grunde gelegt.
- Diese behandeln nicht spezifisch die Situation intravenös Drogengebrauchender bzw. führen i.v. Drogenabhängigkeit (IVDA) als Kontraindikation an.

#### **Grundlage**

- Intravenös Drogengebrauchende stellen die größte Personengruppe mit der höchsten HCV-Prävalenz dar (All). Die Prävalenz beträgt in Deutschland zwischen 37% und 98% (All).

- Hierunter befinden sich auch häufig HAV-, HBV- und/oder HIV-Koinfizierte mit deutlich höherer Morbidität und z.T. auch Mortalität (All)
- Der Anteil der HCV-Neuinfektionen, der auf intravenösen Drogengebrauch zurückzuführen ist, liegt in Deutschland bei knapp 50% (All).
- Alkohol ist der bedeutsamste negative Prädiktor für eine Progression der Hepatitis C (All).
- Es ist zu berücksichtigen, dass 30% der IVDA, die mit Methadon behandelt werden, einen schädlichen Alkoholkonsum haben (All).

#### **Konsensus**

- IVDA mit einer chronischen Hepatitis C können antiviral mit Interferonen und Ribavirin behandelt werden.
- Es erscheint sinnvoll anhand des aktuellen Drogenkonsummusters folgende Gruppen intravenös Drogengebrauchender zu unterscheiden:
  1. Patienten mit aktuellem intravenösen Drogenkonsum
  2. Patienten in einem Substitutionsprogramm
  3. Patienten während der Entzugsbehandlung
  4. Patienten nach einer Entzugsbehandlung
  5. Patienten, die länger als 24 Monate keine Drogen mehr konsumiert haben.

Es wird empfohlen,

1. bei Patienten mit aktuellem Drogenkonsum wie im Einzelfall zu entscheiden, in der Regel sie aber eher nicht zu behandeln (BIII).
2. Die Substitutionsbehandlung stellt in der Suchtmedizin das beste Setting für eine Hepatitis C Therapie dar (All).

#### **Konsensus**

- Erläuterung: In einem Substitutionsprogramm ist die Therapieerfolgsrate (SVR) nach antiviraler Therapie gleich häufig wie in der Allgemeinbevölkerung (All).
- Die Compliance bei integriertem Setting erweist sich als gut (All), dagegen ist in einem nicht integriertem Setting mit einer evt. erhöhten Abbruchquote in den ersten drei Monaten zu rechnen (All).
- Die Substitutionsbehandlung reduziert Neuinfektionen mit HIV, HBV (All).
- Ebenso nimmt der i.v.-Konsum während einer Substitutionsbehandlung ab (All).
- Patienten während der Entzugsbehandlung können im Einzelfall mit einer HCV-Therapie beginnen (CII). Eine enge Anbindung muss dabei angeboten werden (CII).

- Patienten nach einer Entzugsbehandlung können im Einzelfall behandelt werden, sollten jedoch engmaschig auch hinsichtlich der Suchterkrankung betreut werden (CII)
- Patienten, die länger als 12 Monate keine Drogen mehr konsumiert haben, können prinzipiell wie allgemein empfohlen behandelt werden (AII). Möglicherweise benötigen sie zusätzlich Therapie, da die Nebenwirkungen an frühere Entzugssymptome erinnern könnten (CII).
- Die Reinfektionsrate ist bei IVDA nicht höher als bei nichtdrogenabhängigen Kollektiven (AII).

#### **Konsensus**

In Follow-up-Studien muss dieses Thema weiter erforscht werden. Auch der Einfluß von Beikonsum und einer adäquaten Therapie der Nebenwirkungen auf die SVR sollte in größeren Gruppen erforscht werden.

#### **Konsensus: Psychiatrische Komorbidität**

- Suchterkrankungen treten gehäuft mit weiteren psychischen Störungen auf. Daher sollte bei dieser Patientengruppe stets eine psychiatrische Diagnostik vor der Therapie erfolgen (BII).
- Die antivirale Therapie bedarf insbesondere bei bestehender psychiatrischer Co-Morbidität eines interdisziplinären Netzwerkes, welches im Idealfall aus Suchtmedizinern, hepatologisch erfahrenen Medizinern und psychiatrisch erfahrenen Medizinern besteht (BII).
- Ansprechraten und Compliance sind bei vorbestehenden psychiatrischen Störungen vergleichbar mit Kontrollgruppen (AII).
- Während der Therapie akut auftretende Depressionen sollten mit Antidepressiva behandelt werden, erste Wahl sind SSRIs (AII).
- Durch die mögliche lange Nachwirkung von psychischen Veränderungen nach Absetzen von pegylierten Interferonen wird eine Fortführung der antidepressiven Therapie über 3-6 Monaten, in Einzelfällen sogar länger empfohlen (BIII).
- Bei bekannter Neigung zu depressiven Verstimmungen oder Ängsten bzw. bekannten Depressionen oder Angststörungen in der Vorgeschichte profitieren die Patienten von einer antidepressiven Vorbehandlung (BI).
- Kognitive Störungen treten während der Interferon-Therapie ebenfalls häufiger auf und bedürfen einer sorgfältigen Abklärung bezüglich möglicher hirnorganischer Störungen (BII).
- Bei Auftreten von psychotischen Symptomen ist die Einleitung einer antipsychotischen Therapie mit atypischen Neuroleptika in Kooperation mit einem Psychiater notwendig (BIII).

**Konsensus:**

Wie oft sollen IVDA hinsichtlich HCV getestet werden?

- IVDA sollten einmal jährlich auf HCV getestet werden (AIII).
- IVDA sollen darüber hinaus informiert werden, wie sie sich vor Infektionen, (insbesondere HBV-, HCV- und HIV-Infektionen) schützen können (AIII).

**Konsensus:**

Hepatitisimpfung bei IVDA

- Hepatitis-A-Virus- (HAV-) und Hepatitis-B-Virus (HBV-) Antikörperbestimmung bei allen IVDA (AIII).
- Bei IVDA mit chronischer Hepatitis C besteht eine erhöhte Morbidität und Mortalität bei zusätzlicher HAV bzw. HBV-Infektion (AII).
- IVDA sollen gegen HAV und HBV geimpft werden (AII).
- Vor einer Impfung sollten HAV und HBV Antikörper bestimmt werden (AIII).

### Zusammenfassung

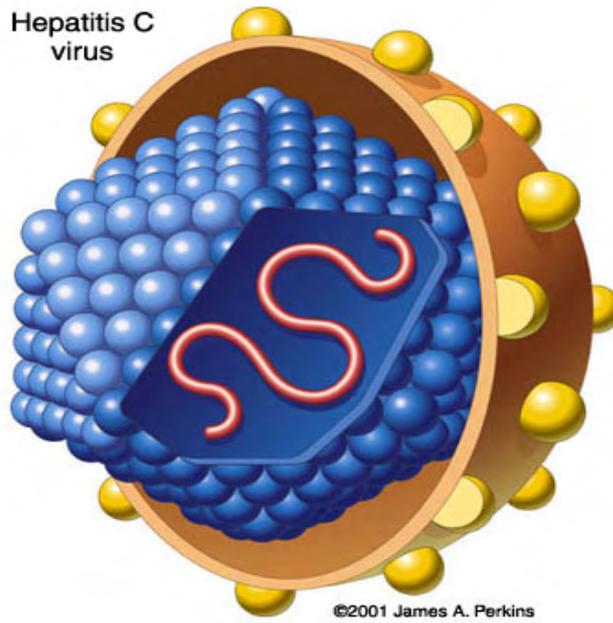
Statt über eine Auswahl von Patienten, die behandelt werden sollen oder eher (noch) nicht zu debattieren, muss die Diskussion vom Kopf auf die Füße gestellt werden und die Frage, wie wir der Herausforderung der epidemieartigen Ausbreitung der Hepatitis C gerecht werden, in den Mittelpunkt gestellt werden, denn die Hepatitis C ist eine heilbare Erkrankung.



ein anderer Blick auf das Podium

## Die subjektive Seite der HCV – Infektion

Jens Reimer, Hamburg



### Folgen der HCV-Infektion

eingeschränkte Lebensqualität

- Depression
- ‚brain fog‘
  - Konzentrationsschwierigkeiten
  - Aufmerksamkeit / Lernen
- Fatigue
- Stigmatisierung



## Lebensqualität

John F. Kennedy, Willy Brandt

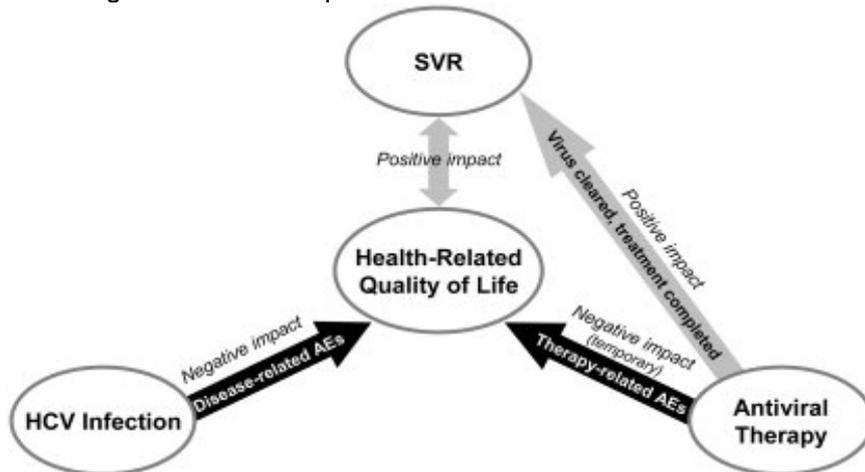
- in der Medizin seit den `80 Jahren des vorigen Jh.
- körperliches, psychisches und soziales Befinden eines Individuums

## Gesundheitsbezogene Lebensqualität



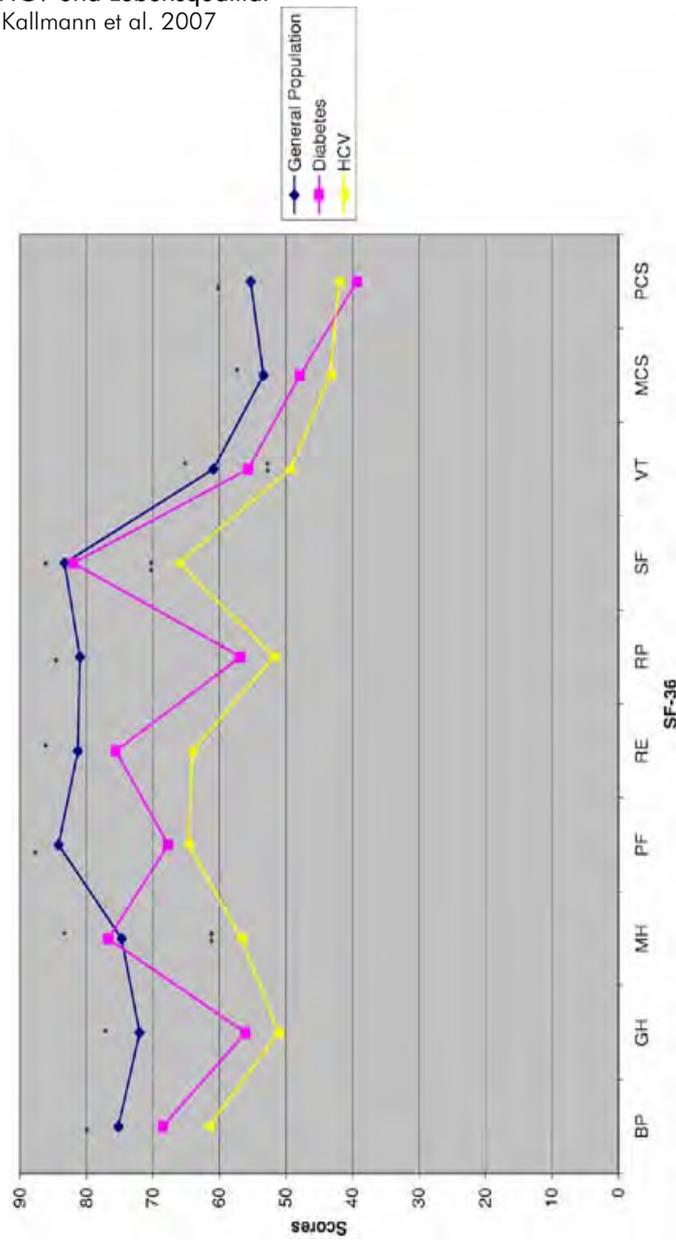
↕ Younossi et al. 2007

## Beziehung HCV und Lebensqualität

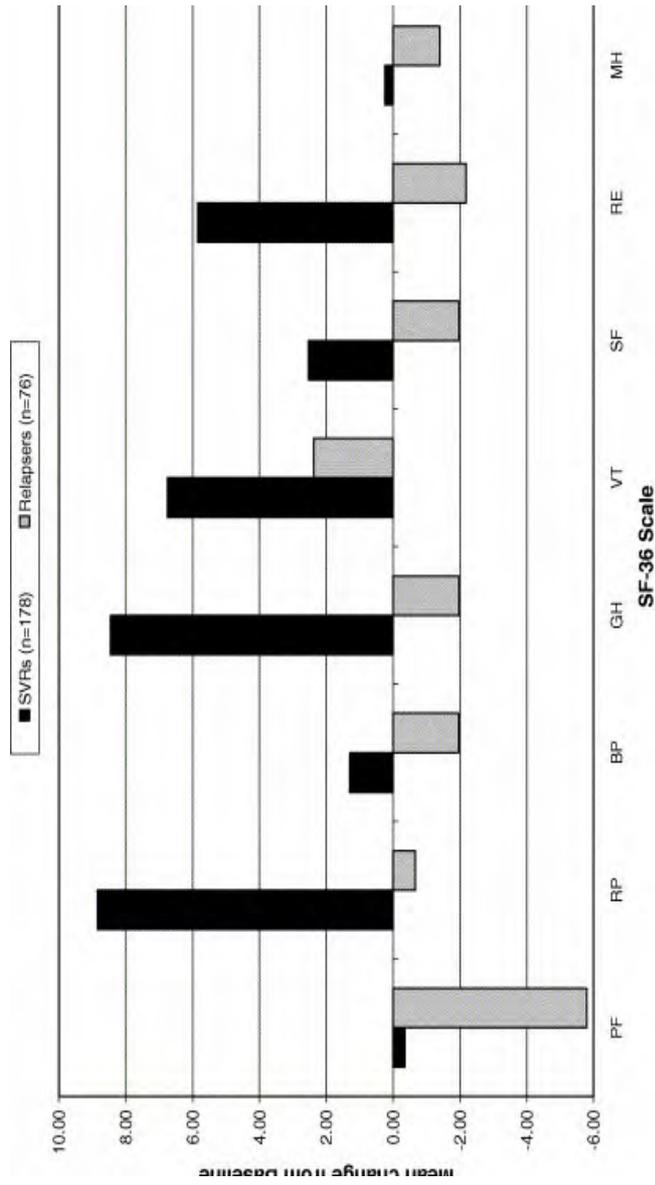


### HCV und Lebensqualität

Kallmann et al. 2007



HCV, Lebensqualität und SVR



### Folgen der HCV-Infektion

-eingeschränkte Lebensqualität

· Depression

· ‚brain fog‘

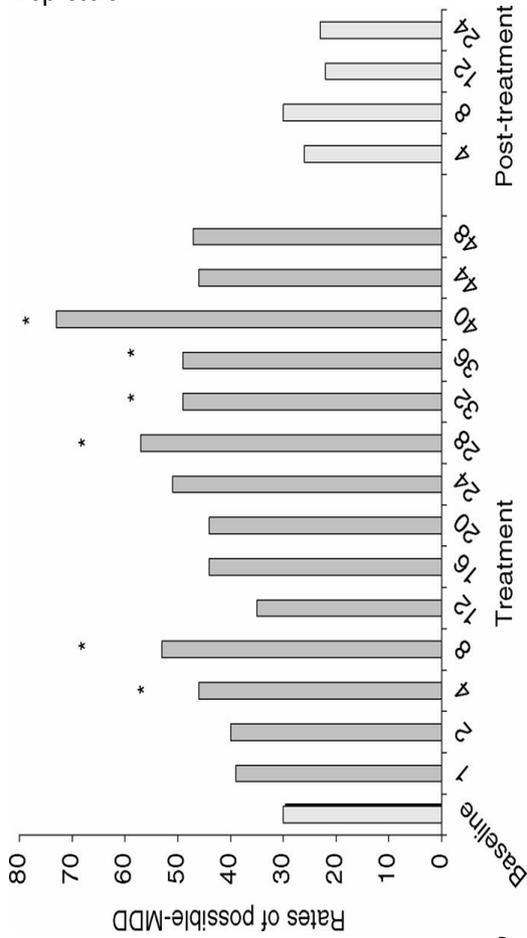
→ Konzentrationsschwierigkeiten

→ Aufmerksamkeit / Lernen

· Fatigue

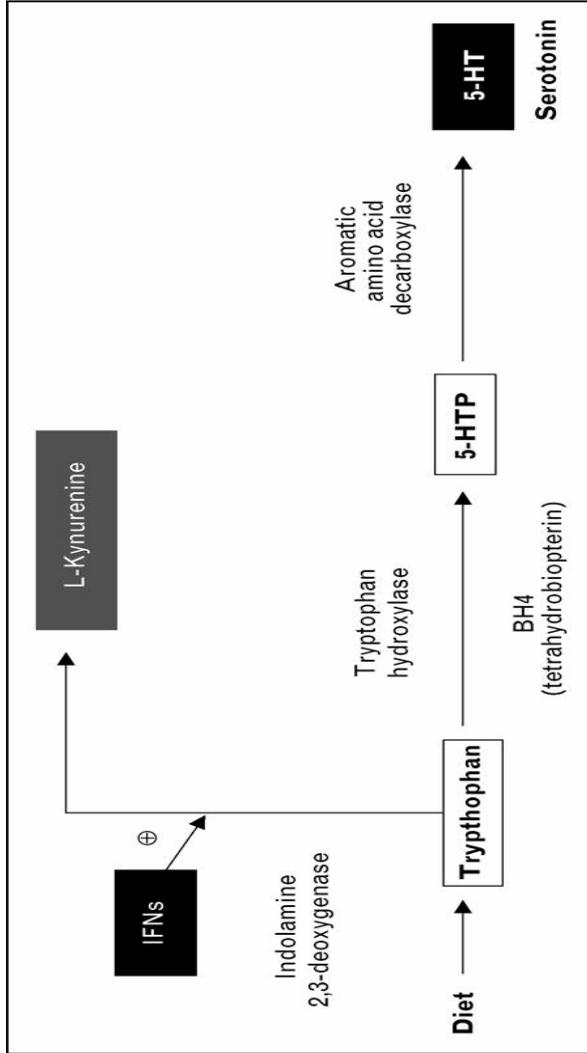
· Stigmatisierung

### Depression



Reichenberg et al. 2005

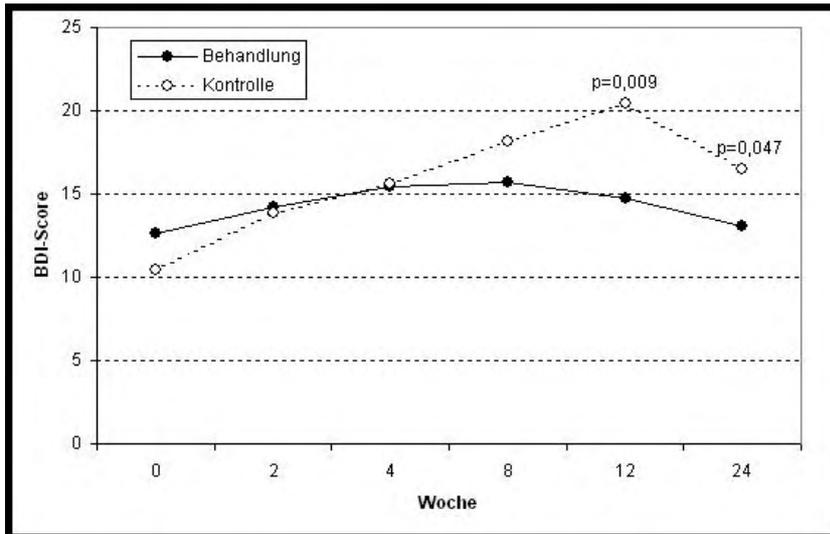
## Depression und Interferon



IFN, interferon; 5-HTP, 5-hydroxytryptophan precursor; 5-HT, 5-hydroxytryptophan (serotonin). Reproduced with permission [28\*].

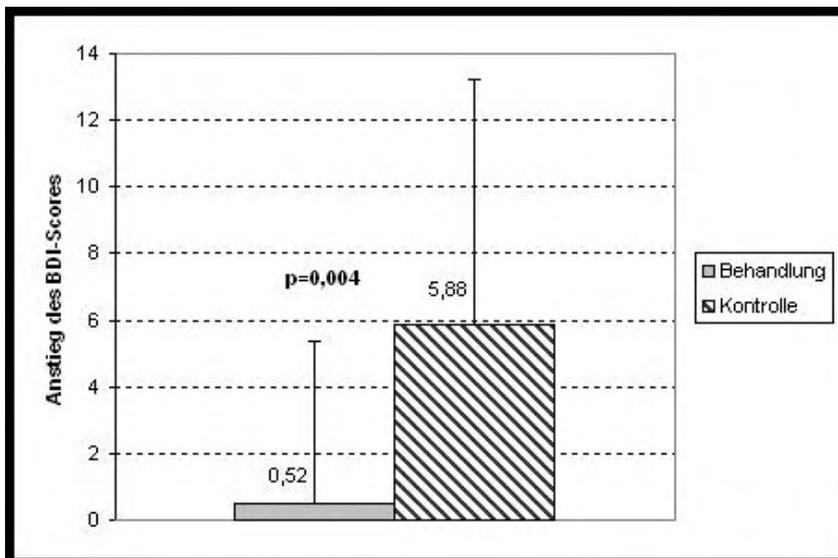
Reimer et al. 2005

Antidepressiva unter HCV-Therapie bei IDU



Reimer & Brack, in preparation ↑

Antidepressiva unter HCV-Therapie bei IDU

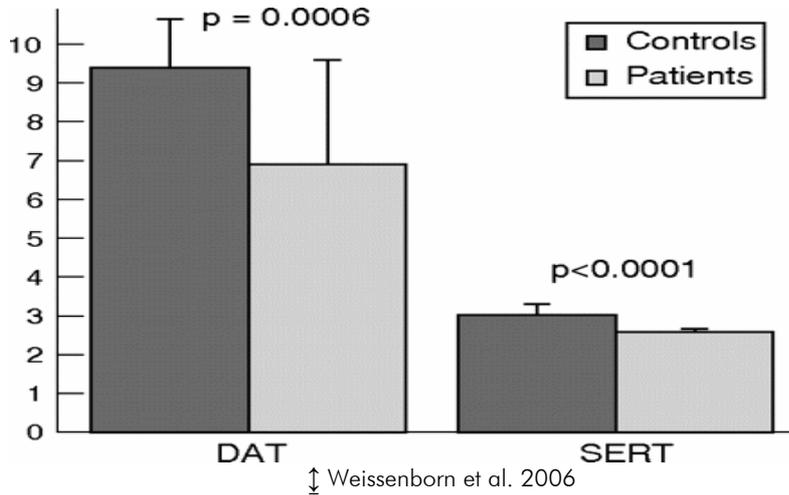


### Folgen der HCV-Infektion

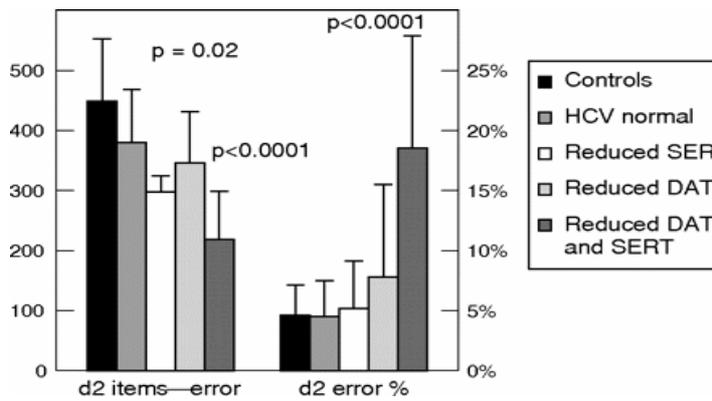
eingeschränkte Lebensqualität

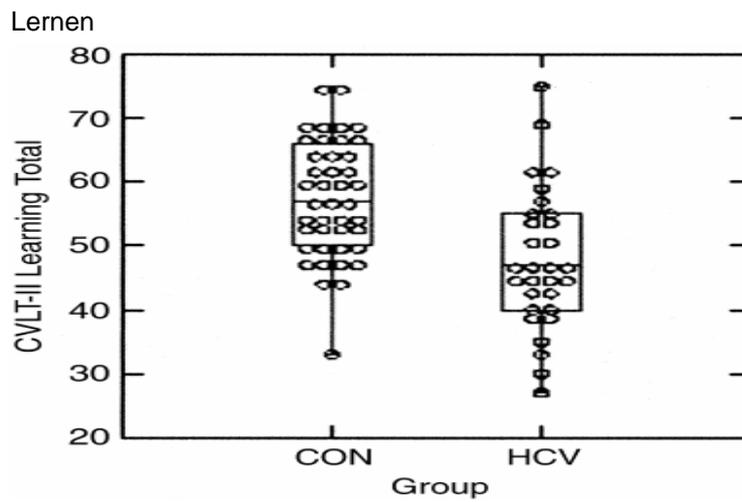
- Depression
- ‚brain fog‘
  - Konzentrationsschwierigkeiten
  - Aufmerksamkeit / Lernen
- Fatigue
- Stigmatisierung

### Neurotransmission



### Konzentration





Mc Andrews et al. 2005

### Folgen der HCV-Infektion

eingeschränkte Lebensqualität

- Depression
- ‚brain fog‘
  - Konzentrationsschwierigkeiten
  - Aufmerksamkeit / Lernen
- **Fatigue**
- Stigmatisierung

**Fatigue** →

**Fatigue**

Kramer et al. 2005

	Chronic HCV infection	Controls	P value
Fatigue impact score			
Total score (range 0–140)	49 ± 35	26 ± 22	< 0.001
Bodily impact	13 ± 11	9 ± 14	0.02
Cognitive impact	14 ± 10	7 ± 19	< 0.001
Psychosocial impact	22 ± 17	12 ± 24	< 0.001
Brief fatigue inventory score			
Mean score (range 0–10)	3.0 ± 2.2	1.6 ± 1.3	< 0.001
General activity	3.0 ± 2.6	1.8 ± 1.7	< 0.001
Mood	3.2 ± 2.9	2.0 ± 1.4	< 0.001
Walking ability	1.5 ± 2.1	0.8 ± 1.3	0.004
Normal work	2.9 ± 2.7	1.9 ± 2.0	0.002
Relationships with others	2.1 ± 2.6	1.4 ± 1.6	0.02
Enjoyment of life	3.0 ± 3.1	1.7 ± 1.4	< 0.001

HCV, Hepatitis C virus.

	Chronic HCV infection	Controls	P value
Fatigue impact score			
Total score (range 0-140)	49+ 35	26+-22	<0,001
Bodily impact	13+-11	9 +-14	0,02
Cognitive impact	14+-10	7 +-19	<0,001
Psychological impact	22+-17	12+-24	<0,001
Brief fatigue inventory score			
Mean score (range0-10)	3.0+-2.2	1.6+-1.3	<0,001
General activity	3.0+-2.6	1.8+-1.7	<0,001
Mood	3.2+-2.9	2.0+-1.4	<0,001
Walking ability	1.5+-2.1	0.8+-1.3	0,004
Normal work	2.9+-2.7	1.9+-2.0	0,002
Relationships with others	2.1+-2.6	1.4+-1.6	0,02
Enjoyment of life	3.0+-3.1	1.7+-1.4	<0,001
HCV, Hepatitis C virus			

Kramer et al. 2005

**Fatigue**

Parameter	Healthy subjects (n = 31)	Non-liver (n = 40)	HCV alone (N 24)	HCV + alcohol (n = 32)	Alcohol alone (n = 22)
Impact	29.2 (17.7)	46.6 (23.8)*	59.9 (12.7)†	51.5 (18.5)*	51.9 (19.8)*
Effect	16.5 (6.5)	20.0 (6.2)	22.5 (4.6)*	20.2 (5.0)	20.2 (5.2)
Relief	24.0 (4.0)	21.9 (4.6)*	18.9 (5.7)†	20.0 (5.5)*	19.5 (6.4)*
Trigger	31.6 (11.2)	39.9 (10.9)	39.1 (9.4)	39.5 (8.8)*	35.7 (9.8)
Total fatigue	101.3 (31.8)	127.5 (35.9)*	140.4 (22.9)*	131.2 (29.0)*	127.3 (31.4)*

\*p &lt; 0.005 compared with healthy control population

†p &lt; 0.05 compared with non-liver control population.

‡The values depict mean (SD).

Obhrai et al. 2001

**Folgen der HCV-Infektion**

eingeschränkte Lebensqualität

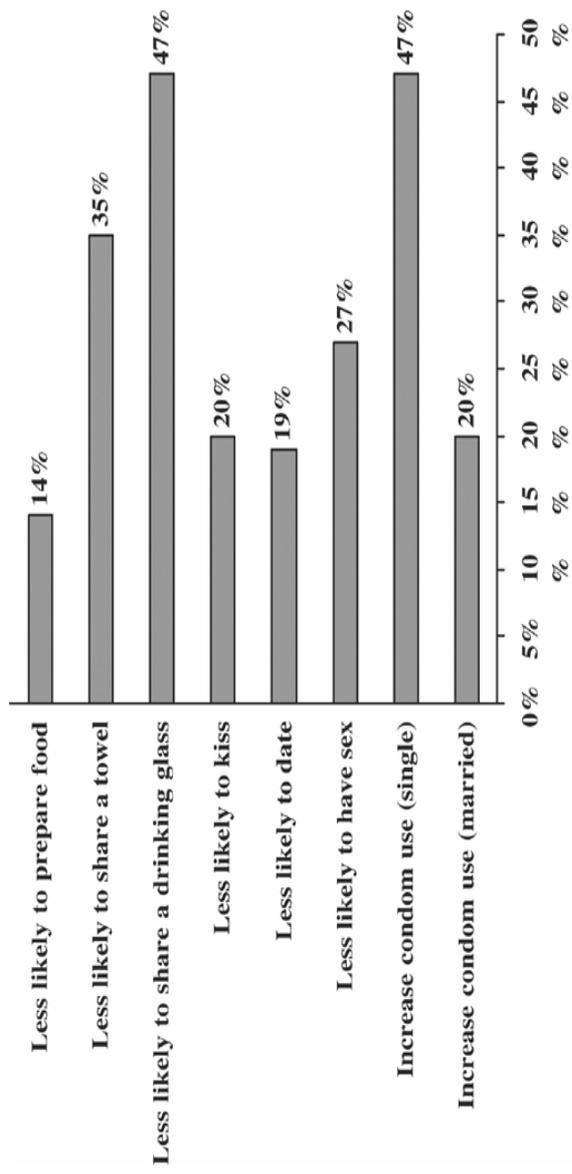
- Depression
- ‚brain fog‘

- Konzentrationsschwierigkeiten
- Aufmerksamkeit / Lernen
- Fatigue
- **Stigmatisierung**

**Stigmatisierung**

	<b>Yes N (%)</b>	<b>No N (%)</b>
Internalized shame	110 (63)	65 (37)
Financial insecurity	115 (66)	60 (34)
Social rejection	90 (51)	85 (49)
Health impairment	68 (39)	107 (61)

Verhaltensmodifikationen →



Zacks et al. 2006

### Interventionen

- Depression → Antidepressiva, Verhaltenstherapie
- Fatigue → ‚Energiehaushalt‘, körp. Betätigung, Epo, Thyroxin, Methylphenidat
- ‚brain fog‘ → Gehirnleistungstraining
- Stigmatisierung



### Kasuistik

- 36J, männl., 17J opiatabhängig
- Subutex 16 mg/die
- GOT 25 U/l, GPT 37 U/l
- HCV+, Viruslast 370.000 IU/ml, GT 2
- Biopsie: leichte portale Fibrose ohne zirrhot. Umbau

- depressive Verstimmung, Müdigkeit, ‚langsames Denken‘
- Hilfstätigkeit Stadtreinigung

### Therapie

- 8 Wochen vor Therapie: Citalopram 40 mg/die
- PegIntron 100µg/Woche (71 kg/179cm)
- Rebetol 1000mg/die
- grippeähnliche Symptome → Subutex 20 mg/die
- Gewichtsverlust 5,5 kg → Rebetol 800 mg/die
- Pancytopenie
- Müdigkeit und ‚langsames Denken‘ verstärkt

### Therapie

- ETR und SVR
- 19 Tage AU
- Müdigkeit und ‚langsames Denken‘ sistiert
- Gewicht normalisiert
- Subutex 16 mg/die
- Abstinenz?
- Job fortgesetzt, Lehre?

## Neues zur Therapie der HCV-Infektion

Jörg Götz, Praxiszentrum Kaiserdamm

### Prioritär zu betrachtende Infektionskrankheiten lt. RKI

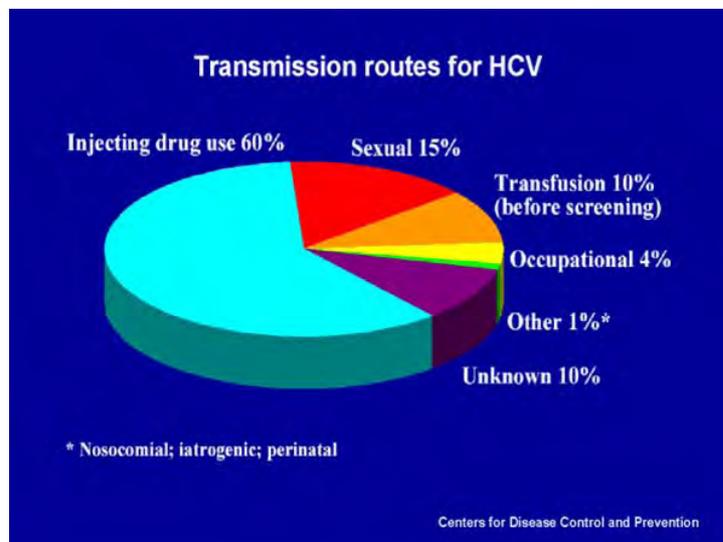
- 85 Krankheiten gelistet.
- Reihenfolge nach Bedeutung:
1. Influenza
  2. Hepatitis C
  3. MRSA
  4. HIV-Infektion
  5. Meningokokken .....85. Cholera

### EU-Erklärung zur Hepatitis C

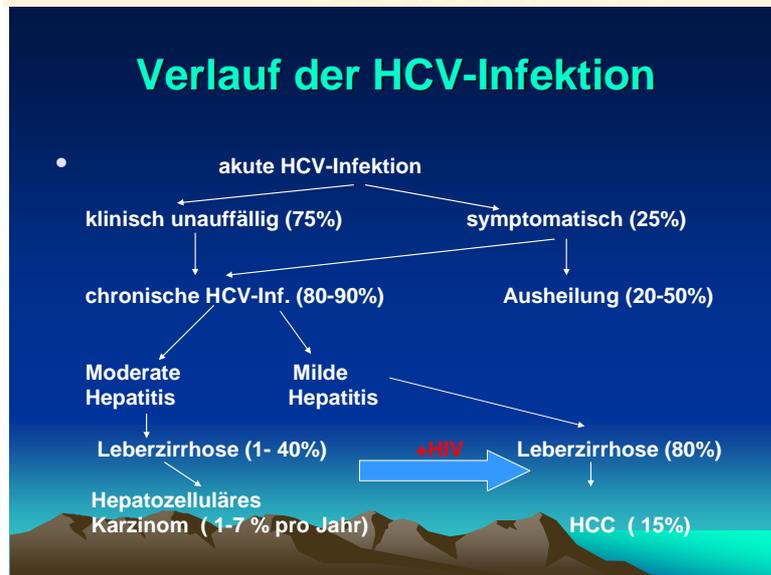
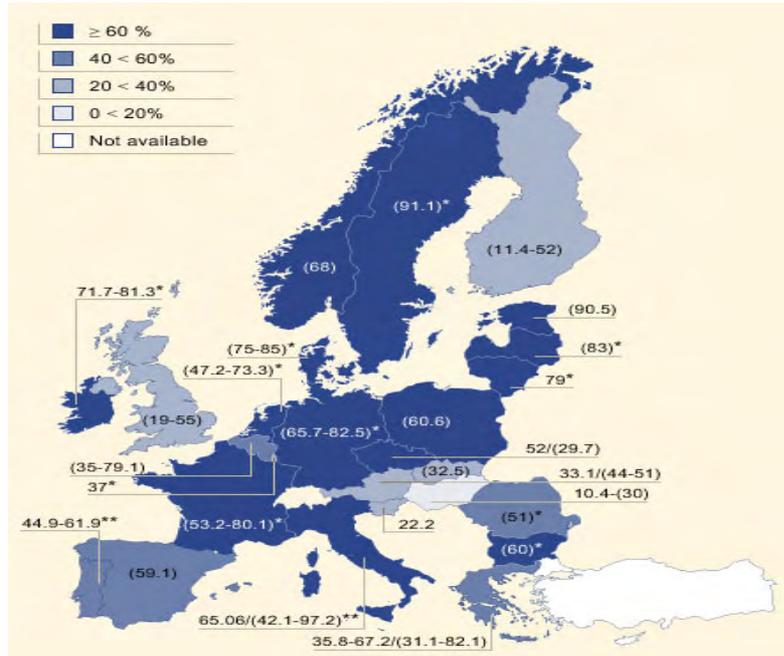
Begründung:

- 12 Millionen Europäer HCV-infiziert
- Hauptursache für Leberversagen, HCC, Transplantation
- Nur 1/10 diagnostiziert
- „stillter killer“ bzw „ heimtückische “ Krankheit
- Stigmatisierung der HCV-Infizierten

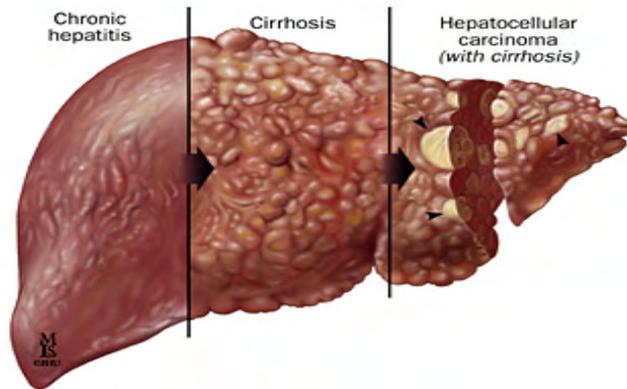
### Anteil der IVDU an den HCV-Infizierten



## HCV-Prävalenz bei MDU in Europa



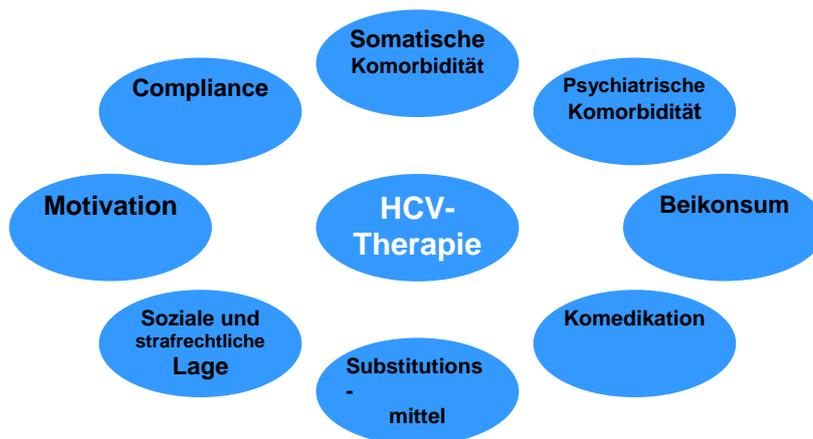
## Verlauf der chronischen HCV-Infektion



### Forderungen an Therapiesetting

- Suchtmedizin / Psychiatrie
- Psychopharmakotherapie
- Psychosoziale Betreuung / Psychoedukation
- Erfahrung mit Virus-Hepatitis und HIV
- Methadonsubstitution
- Leberpunktion in der Institution
- Möglichst nur ein Pathologe

### Komplexität der Faktoren



### Wen therapieren ?

- akute Hepatitis C
- HIV- HCV-Koinfizierte
- HBV- HCV-Koinfizierte
- sehr günstige prognostische Faktoren
- symptomatische Infektion (Lebensqualität)
- extrahepatische Symptomatik  
(Gelenkerkrankung, Gefäßerkrankung)
- Fibrosegrad F2 und mehr ( METAVIR

### Wen therapieren ? HCV-/HIV-Koinfektion

- Prinzipiell alle HCV-/HIV-Doppelinfizierten wegen der extrem hohem Mortalität durch Leberzirrhose und Leberzellkarzinom
- Ausgenommen nur schwere somatische oder psychiatrische Komorbidität oder hochgradig gestörte Compliance  
( Herzrhythmusstörung, Niereninsuffizienz, Suicidalität, bipolare Psychose, akute Psychose, dissoziale Aggressivität u. Ä. )

### Faktoren die gutes Ansprechen wahrscheinlich machen

- HCV GT 2/3
- niedrige Viruslast
- keine Zirrhose
- Alter < 40 Jahre
- erhöhte GPT, hohe CD4-Zahl
- niedrige oder nicht nachweisbare HIV-RNA

### Patienten ohne Leberwert-Erhöhung

- Frauen haben häufiger normale Transaminasenwerte als Männer
- Auch Patienten ohne Leberwert-Erhöhung bekommen eine Zirrhose
- Bei HIV-Koinfizierten ist die Entwicklung einer Zirrhose auch ohne GPT-Erhöhung groß
- Daher Empfehlung zur HCV-Therapie auch ohne Leberwert-Erhöhung

### Nonresponder/Relapser

- Wenn Ersttherapie suboptimal war (IFN +/- RBV, Unterbrechungen ) wird zweite Behandlung empfohlen
- Optimales Nebenwirkungsmanagement zur Minimierung von Dosisreduktionen

### **Kontraindikationen zur HCV-Therapie speziell bei IDU**

- Kurzfristig bevorstehender Strafantritt
- Unterbrechung der beruflichen Reha
- Erheblicher Beikonsum bei Substituierten
- Weniger als 12 Monate Abstinenz

### **Wann therapieren? HIV-HCV**

- Patienten mit einer CD4-Zellzahl  $> 350/\mu\text{l}$  und niedriger HI-Virämie ( $< 50.000$  Kopien/ml) mit oder ohne HAART sind gute Kandidaten für eine HCV-Therapie.
- Patienten mit einer CD4-Zellzahl  $< 200/\mu\text{l}$  sollten zunächst eine HAART erhalten; eine Hepatitis-C-Therapie sollte dann erneut nach CD4-Anstieg diskutiert werden

HIV-HCV International Panel 2003

### **Gründe für frühen Therapiebeginn**

- je kürzer die Laufzeit, desto besser die Ansprechrate
- in jüngerem Lebensalter bessere Ansprechrate
- je weniger Lebergewebsdefekte, desto besser die Ansprechrate
- Senkung der Ansteckungsgefahr
- HCV-Therapie spricht besser an, bevor HIV-Therapie nötig ist

### **Wie therapieren? HCV-Monoinfizierte**

Therapiedauer ist von drei Faktoren abhängig:

- HCV-Genotyp
- Ausgangsviruslast
- VL zur Woche 4

### **Therapiesubstanzen**

- 1,5 mcg/kg peg-IFN alpha-2b 1x /Woche sc  
oder
- 180 mcg peg-IFN alpha-2a 1x/Woche sc  
plus
- 13-15 mg/kg/KG Ribavirin täglich  
oder
- 800-1200 mg Ribavirin täglich

- < 65 kg 800 mg
- 65-85 kg 1 000 mg
- > 85 kg 1 200 mg

<b>Genotyp 1</b>			
▼		▼	
Genotyp 1 mit niedriger Viruslast (<600.000 I.E./ml)		Genotyp 1 mit hoher Viruslast (≥ 600.000 I.E./ml)	
▼		▼	
Basistherapie über 4 Wochen 1,5 µg/kg KG*Peg-IFN a-2b (PegIntron®) + 800-1200 mg Ribavirin (z.B. Rebetol®)		Basistherapie über 12 Wochen 1,5 µg/kg KG*Peg-IFN a-2b (PegIntron®) + 800-1200 mg Ribavirin (z.B. Rebetol®)	
▼		▼	
Qualitative HCV-RNA-Bestimmung in Woche 4	Positiv ▶	Qualitative HCV-RNA-Bestimmung in Woche 12	
▼ negativ		▼	▼
Schnellansprecher (HCV-RNA negativ zu Woche 4)		Frühansprecher (HCV-RNA negativ oder ≥ 2log-Stufen Abfall)	Kein Ansprechen (HCV-RNA Abfall <2log)
▼		▼	▼
Qualitative HCV-RNA Bestimmung in Woche 24 <i>negativ</i>		Positiv ▶	Therapieziel überdenken oder abbrechen
▼		▼	
Bei HCV-RNA Negativität in Woche 4 & 24 und mögliches Ende der Therapie in Woche 24	Alternativ ▶	Qualitative HCV-RNA Bestimmung und Ende der Therapie in Woche 48	
24 Wochen nach Therapie-Ende qualitative HCV-RNA Bestimmung zur abschliessenden Kontrolle			

\*Körpergewicht

**Genotyp 2/3**

Basistherapie über 24 Wochen

1,5 µg/kg KG\*Peg-IFN α-2b (PegIntron®)+800-1200 mg Ribavirin z.B. Rebetol®

**Qualitative HCV-RNA Bestimmung und Ende der Therapie in Woche 48****Therapieregimes HCV-Monoinfizierte**

Aktuelle Studien untersuchen weitere Individualisierung der Therapiedauer:

16 Wochen: GT 2 GT 3	Unabhängig von VL VL < 400 000	VL=0 innerhalb 4 Wo VL=0 innerhalb 4 Wo
36 Wochen GT 3	VL > 400 000	VL=0 länger als 4 Wo
72 Wochen GT 1	VL > 400 000	VL=0 länger als 12 Wo

**Wann abbrechen? HCV-Monoinfektion**

- Abbruch der Therapie, wenn in der zwölften Woche die Viruslast um weniger als zwei Zehnerpotenzen verringert ist.
- Ist in Woche 12 noch Viruslast nachweisbar, der Abfall bis dahin aber größer als zwei Zehnerpotenzen, muß länger behandelt werden

**Wie therapieren? HIV-HCV chronische Infektion**

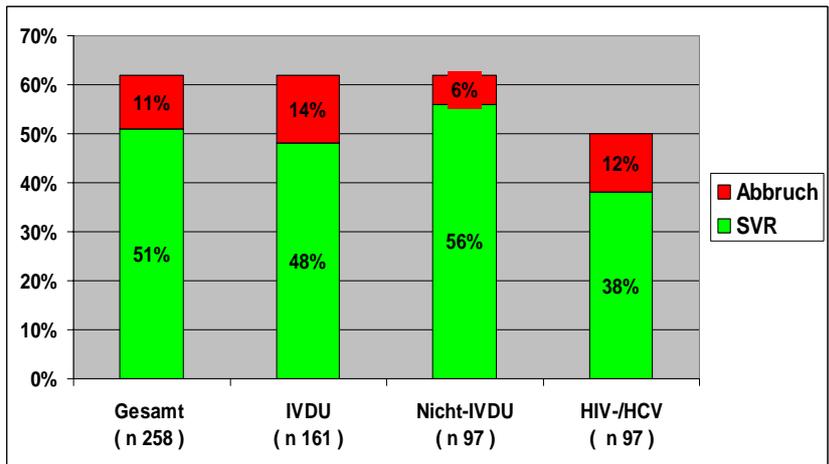
- pegIFN/RBV unabhängig vom Genotyp
  - über **48 Wochen**
  - RBV 13-15 mg/kg/KG
  - pegIFN- α-2b 1.5 µg/kg/KG / Woche sc
  - pegIFN-α -2a 180 µg / Woche sc
- Mindestens 80% der Gesamtdosis von pegIFN und RBV über mindestens 80% der Therapiedauer

**Wie therapieren? HIV-HCV akute Infektion**

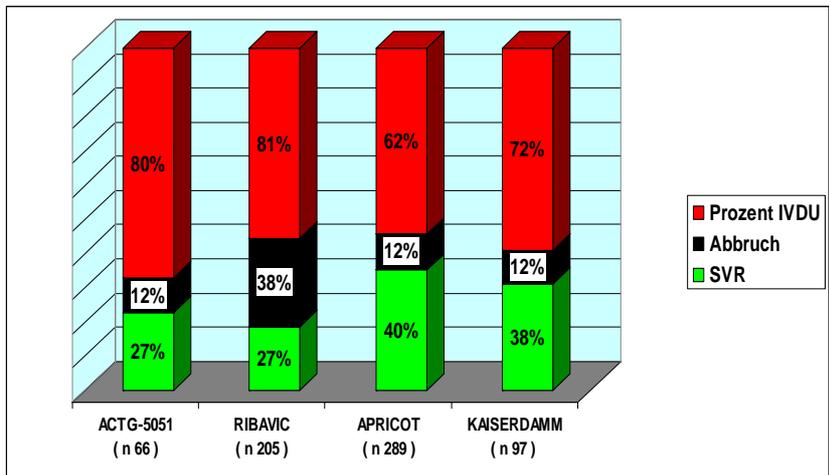
- Bei koinfizierten Patienten ist Spontanheilungsrate geringer als bei Monoinfizierten
- Empfehlung zur Therapie der akuten HCV-Infektion über 48 Wochen mit pegIFN und gewichtsadaptiertem RBV



Vergleich von Mono- und Doppelinfizierten Praxiszentrum Kaiserdamm  
( n 258 )



Praxiszentrum Kaiserdamm im Vergleich mit HIV-/HCV-Studien



### Zusammenfassung I

- HCV-Epidemie ist in Europa / USA zur gesundheitspolitisch wichtigsten Krankheit geworden
- 30% der HIV-Infizierten sind auch HCV-infiziert
- HCV-HIV-Koinfizierte benötigen wegen erhöhter Mortalität dringend eine HCV-Therapie

### Zusammenfassung II

- Die Indikation zur Therapie wird heute großzügig gestellt.
- Die Therapiedauer ist je nach Genotyp, Ausgangsviruslast und Ansprechen auf die Therapie unterschiedlich lang.
- Bei HIV-Koinfizierten wird die akute und die chronische HCV-Infektion immer 48 Wochen behandelt.



Dr. Jörg Gölz, PD Dr. Jens Reimer

## Nachlese und Ausblick

### Vier Jahre Aktionsbündnis Rückschau – Status Quo – Ausblick

Dirk Schäffer, Berlin

Mit der Fertigstellung der Dokumentation des 4.Internationalen Fachtags Hepatitis C in Hamburg gilt es ein Resümee der Arbeit des *Aktionsbündnisses Hepatitis und Drogengebrauch* zu ziehen und einen Ausblick auf zukünftige Herausforderungen zu wagen.

#### **Hepatitis C in Deutschland**

Die Hepatitis C Virusinfektion stellt sowohl weltweit als auch in Deutschland nach wie vor ein großes Gesundheitsproblem dar. Die Schätzungen von Hepatitis C Infizierten für Deutschland liegen in einer Größenordnung von 400.000 bis 800.000 infizierten Personen.

Im Jahr 2007 wurden dem Robert Koch Institut (RKI) 6.859 HCV Neuinfektionen gemeldet. Da viele Infektionen jedoch weitgehend un bemerkt verlaufen und viele DrogengebraucherInnen – als vulnerable Gruppe - keine oder nur unregelmäßige Testangebote wahrnehmen liegt die Zahl der HCV Neuinfizierten wahrscheinlich wesentlich höher.

Etwa 50% aller erstmals diagnostizierten HCV Infektionen finden sich bei Menschen die intravenös Drogen gebrauchen.

Mit der Gründung des Aktionsbündnis im Jahr 2004 galt es die Wissensdefizite bei vielen Akteuren zu minimieren. Heute 4 Jahre später muß man feststellen, dass das Thema ‚Hepatitis und Drogengebrauch‘ enorm an Bedeutung gewonnen hat. Sowohl auf Seiten der Ärzte, der Mitarbeiter in Aids- und Drogenhilfen als auch bei den Betroffenen selbst ist eine Wissenssteigerung in Bezug der Krankheitsschwere, der Behandlungsmöglichkeiten sowie der Relevanz der Entwicklung praxisrelevanter Präventionsstrategien feststellbar.

Mit der Schaffung von zumeist kostenfreien regionalen und bundesweiten Möglichkeiten der Fortbildung (Deutsche AIDS Hilfe, BISDRO, Universität Bremen, JES) die mittlerweile von vielen hundert MitarbeiterInnen der Drogen-/Aids-/Jugend-/Straffälligenhilfe als auch von Betroffenen wahrgenommen wurden, ist eine verbesserte Wissensbasis geschaffen worden. Ferner kann somit auf Bedürfnisse von Fortbildung als Basisqualifikationen und Spezialisierung adäquat reagiert werden.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklung sind kontinuierliche Anstrengungen notwendig um die in Gang gesetzten Prozesse fortzuführen damit

Verantwortliche in unterschiedlichen Bereichen der Drogenarbeit sich ihrer Verantwortung im Kontext von Hepatitis bewusst werden.

### **Prävention und Behandlung**

Im Zentrum der Bemühungen zur Reduzierung von Hepatitis C Neuinfektionen sowie zur Steigerung der Behandlungsquote stand bei allen 4 Fachtagen die Förderung settingspezifischer Präventionsansätze sowie die Stärkung des Bewusstseins bei Betroffenen, Mitarbeitern der AIDS- und Drogenhilfe und Ärzten das die antivirale Behandlung auch für Drogenkonsumenten eine erfolgreiche und kosteneffektive Behandlung darstellt.

In der rückwärtigen und aktuellen Betrachtung um die Fortschritte in diesen Bereichen gilt es ein ambivalentes Fazit zu ziehen.

Sicherlich hat die Fokussierung auf das Thema Hepatitis dazu beigetragen, dass sich viele Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe in ihrer Präventionsarbeit auf differenziertere Botschaften zur Vermeidung von Hepatitis C Infektionen beziehen. Dennoch muss es das Ziel sein eine bundesweite Ausweitung effektiver verhaltens- wie verhältnisbezogener Interventionen zu verankern.

Obgleich die Arbeit von MultiplikatorInnen der Drogenselbsthilfe dazu beitragen konnte, den Informationsgrad bei vielen Drogenkonsumenten zu erhöhen, zeigen Studien\* dass in der Gruppe der intravenös Konsumierenden der eigene Kenntnisstand vielfach überschätzt wird.

Die Verabschiedung von Leitlinien für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogen gebrauchenden durch die Gesellschaft für Suchtmedizin - ihres Zeichens Mitglied unseres Aktionsbündnisses - bedeutete zumindest das formale Ende einer pauschalen Ausgrenzung Drogen gebrauchender und substituierter PatientInnen.

Dass dieser wichtige Schritt bisher keinen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der antiviral behandelten HCV infizierten Drogenkonsumenten hat mag mannigfaltige Gründe haben

- Bis heute gibt es zu wenig Suchtmediziner die ihre Patienten antiviral behandeln. Dieser Umstand begründet sich nicht in einer mangelnden Bereitschaft. Vielmehr ist die hohe Auslastung vieler Suchtmediziner im Rahmen der Substitutionsbehandlung dafür verantwortlich, dass sie sich der fachlich anspruchsvollen und zeitlich aufwändigen Behandlung der chronischen Hepatitis C bisher verschließen.

- Hepatologen und Gastroentologen als Fachärzte zur antiviralen Behandlung der HCV Infektion verschließen sich in ihrer Mehrzahl bis heute der Behandlung dieser PatientInnengruppe. Es bleibt zu hoffen, dass bestehende Vorurteile und Ängste gegenüber der Behandlung von Drogenkonsumenten durch einen intensiveren Austausch von Suchtmedizinerinnen und Hepatologen minimiert werden um mittelfristig so zu einer Erhöhung der Behandlungsquote zu kommen.
- Das Phänomen, dass in Szenen Drogen gebrauchender Menschen ausschließlich vermeintliche oder tatsächliche Negativerlebnisse im Kontext der antiviralen Therapie der chronischen Hepatitis C Verbreitung finden, ist für die verminderte Behandlungsbereitschaft mitverantwortlich. Hier könnten zukünftig jene Peers gefragt sein die über ein hohes Maß an Akzeptanz in diesen Szenen verfügen und über positive Behandlungsverläufe berichten.
- Bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Therapiedorf Villa Lilly) konnte sich das Thema Hepatitis (Prävention, Impfung und Behandlung) im stationären Behandlungssetting nicht durchsetzen. Nach eigenem Bekunden ( Dr. Eirund 2007) finden in therapeutischen Settings noch immer erzieherische Methoden Anwendung, die zu unterschiedlichen oder gar widersprüchlichen Botschaften auch im Hinblick auf das Thema Hepatitis führen. Tatsache ist, dass die Verantwortlichen jener Verbände die Einrichtungen der stationären Rehabilitation vereinen, bisher eher reserviert auf die Einladungen zur Zusammenarbeit mit dem Aktionsbündnis reagierten.

#### **Förderung der Testbereitschaft**

Im Zentrum zukünftiger Aufgaben des Aktionsbündnisses steht die Veränderung der Testbereitschaft von vulnerablen Gruppen wie z.B. iv DrogengebraucherInnen. Befragungen in diesen Zielgruppen zeigen, dass viele Drogenkonsumenten keine Kenntnis über ihren Infektionsstatus haben. Besorgniserregend ist ferner, dass z.B. auch in einer langjährigen opiatgestützten Behandlung die Hepatitistestung und Impfung oftmals kein Standard ist.

Die Deutsche AIDS Hilfe als Mitglied des Aktionsbündnis wird im Laufe des Jahres 2008 eine bundesweite Test- und Informationskampagne initiieren. Hierbei gilt es die Förderung der Test- und Veränderungsbereitschaft nicht mit Seuchenbekämpfungsparolen als vielmehr mit Gesundheitsbotschaften zu wecken und zu fördern.

### Resümee

Als Aktionsbündnis ist es uns in den letzten Jahren gelungen die Expertise vieler auf diesem Feld tätigen Personen und Institutionen zusammenzufassen.

Das Bewusstsein zur Bedeutung der epidemischen Verbreitung und Schwere der HCV-Infektion hat zugenommen.

Trotz einer weiterhin hohen HCV Prävalenz ist der zum Beginn vernehmbare Fatalismus der Erkenntnis gewichen, dass eine Hepatitisinfektion bei Drogengebrauchern keinen unvermeidlichen Kollateralschaden darstellt, sondern mit zielgerichteten Angeboten der Prävention zu vermeiden ist

**Hepatitis C ist heilbar:** Die entscheidende Frage lautet: Warum wird die HCV nicht behandelt? Dies ist sicherlich die zentrale Botschaft um HCV infizierte Drogengebraucher für die antivirale Behandlung und hiermit verbundene Veränderungen in ihrer Lebensgestaltung zu motivieren

Um diese guten Voraussetzungen im Kontext des Themas Hepatitis und Drogengebrauch zukünftig optimal zu nutzen bedarf es unserer Meinung nach weiterhin einer abgestimmten bundesweiten Strategie. Analog den im Aktionsplan AIDS von der Bundesregierung formulierten Zielen, gilt es auch für die HCV Infektion aufeinander abgestimmte bundesweite Prozesse zu initiieren und zu koordinieren. Nur so wird es möglich sein, aus dem Einzelspiel vieler Akteure einen Chor zu formen der vielstimmige Impulse bündelt und Herausforderungen in der Information, Prävention und Behandlung adäquat begegnet.

## ReferentInnen

**Sigrun Behrens**

Soziale Einrichtungen und Betriebe, K&A Kaserne, Militärstraße 3,  
CH - 8004 Zürich, [Sigrun.Behrens@zuerich.ch](mailto:Sigrun.Behrens@zuerich.ch)

**Dr. Jochen Brack**

Asklepios Klinikum Nord, Langenhorner Chaussee 560, D - 22419 Hamburg  
[jochen.brack@k-nord.lbk-hh.de](mailto:jochen.brack@k-nord.lbk-hh.de)

**Prof. Benedikt Fischer**

University of Victoria, PO Box 3050 STN CSC, Victoria BC V8W 3P5,  
Canada, [Benedikt\\_Fischer@camh.net](mailto:Benedikt_Fischer@camh.net)

**Thomas Giebel**

Therapiedorf Villa Lilly, Adolphus Busch Allee, D- 65307 Bad Schwalbach,  
[villalilly@jj-ev.de](mailto:villalilly@jj-ev.de)

**Dr. Jörg Götz**

Praxiszentrum Kaiserdamm, Kaiserdamm 24, D- 14057 Berlin,  
[goelz@snafu.de](mailto:goelz@snafu.de)

**Dr. Konrad Isernhagen**

Praxis Isernhagen und Römer, Gotenring 27, D- 50679 Köln,  
[praxis.isernhagen@t-online.de](mailto:praxis.isernhagen@t-online.de)

**Bärbel Knorr**

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Drogen & Menschen in Haft, Wilhelmstrasse 138,  
D -10963 Berlin, [baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de](mailto:baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de)

**Dr. Silke Kuhn**

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) c/o UKE, Klinik und Poliklinik  
für Psychiatrie und Psychotherapie, Martinistraße 52, D - 20246 Hamburg,  
[skuhn@uke.uni-hamburg.de](mailto:skuhn@uke.uni-hamburg.de)

**Hovhannes Martirosyan**

Fixpunkt e.V., Boppstraße 7, D-10967 Berlin,  
[verein@fixpunkt.org](mailto:verein@fixpunkt.org)

**Simona Merkinaite**

CEEHRN, Pamenkalnio 19-6, Vilnius 01114, Lithuania  
[simona@ceehrn.org](mailto:simona@ceehrn.org)

**Uwe Petermann**

Beratungs- und Therapiezentrum „Die Brücke“, Walddörferstraße 337,  
D - 22047 Hamburg, [uwe-petermann@hamburg.de](mailto:uwe-petermann@hamburg.de)

**Dr. Doris Radun MSc**

Abt. für Infektionsepidemiologie, Robert Koch Institut, Seestr.10,  
D- 13353 Berlin, [RadunD@rki.de](mailto:RadunD@rki.de)

**PD Dr. Jens Reimer**

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) c/o UKE, Klinik und Poliklinik  
für Psychiatrie und Psychotherapie, Martinstraße 52, D- 20246 Hamburg,  
[reimer@uke.uni-hamburg.de](mailto:reimer@uke.uni-hamburg.de)

**Sabine Sturm**

INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D- 48155 Münster,  
[sabine-dienst@web.de](mailto:sabine-dienst@web.de)

**Uwe Täubler**

Palette e.V., Lippmannstraße 22, D - 22769 Hamburg,  
[uwe.taebler@palette-hamburg.de](mailto:uwe.taebler@palette-hamburg.de)

**Prof. Avril Taylor**

Institute for Applied Social and Health, School of Social Sciences  
University of Paisley, GB - Paisley PA1 2BE,  
[avril.taylor@paisley.ac.uk](mailto:avril.taylor@paisley.ac.uk)

**Viktoria Tschernay**

Drogennotdienst, Ansbacherstraße 11, D - 10787 Berlin,  
[V.Reuschel@t-online.de](mailto:V.Reuschel@t-online.de)

**Dr. Clemens Veltrup**

Therapieverbund Ostsee, Weidenweg 9-15, D- 23562 Lübeck,  
[veltrup@therapieverbund-ostsee.de](mailto:veltrup@therapieverbund-ostsee.de)

**Felix v. Plötz**

Fixpunkt e.V., Boppstraße 7, D - 10967 Berlin,  
[f.v.ploetz@fixpunkt.org](mailto:f.v.ploetz@fixpunkt.org)

**Dr. Bernd Westermann**

a.i.d. Kreuzberg, Kochstraße 15, D -10969 Berlin,  
[bernd.westermann@drogennotdienstaid-kreuzberg.org](mailto:bernd.westermann@drogennotdienstaid-kreuzberg.org)

**Prof. Nat Wright**

Centre for Research in Primary Care, GB- Leeds, LS2 9PL,  
[n.wright@leeds.ac.uk](mailto:n.wright@leeds.ac.uk)

## Veranstalter

### **Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg**

**(ZIS)** c/o UKE, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg,  
[www.uke.uni-hamburg.de/kliniken/psychiatrie/](http://www.uke.uni-hamburg.de/kliniken/psychiatrie/)  
Bernd Schulte, [b.schulte@uke.uni-hamburg.de](mailto:b.schulte@uke.uni-hamburg.de)  
PD Dr. Jens Reimer, [reimer@uke.uni-hamburg.de](mailto:reimer@uke.uni-hamburg.de)

### **AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS C UND DROGENGEBRAUCH**

c/o akzept e.V., Südwestkorso 14, D - 12161 Berlin  
Christine Kluge Haberkorn, [akzeptbuer@yahoo.de](mailto:akzeptbuer@yahoo.de), [www.akzept.org](http://www.akzept.org)

### **AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS C UND DROGENGEBRAUCH**

#### Partner

#### **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.**

Dirk Schäffer, Tel. 030- 690 087 – 56, [dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de](mailto:dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de)  
[www.aidshilfe.de/](http://www.aidshilfe.de/)  
Bärbel Knorr, Tel. 030- 6900 87- 45, [baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de](mailto:baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de)

#### **akzept e.V.**

**Bundesverband für akzeptierende Drogenhilfe und humane Drogenpolitik**  
Christine Kluge Haberkorn, Tel. 030- 82706946, [akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de)  
[www.akzept.org](http://www.akzept.org)

#### **Prof. Dr. Heino Stöver**

Universität Bremen FB 06-ARCHIDO, Postfach 33 04 40, D- 28334 Bremen  
Tel. 0421 – 218 31 73, [heino.stoever@uni-bremen.de](mailto:heino.stoever@uni-bremen.de)  
[www.archido.de](http://www.archido.de)

#### **Fixpunkt e.V.**

Astrid Leicht , Boppstraße 7, D -10967 Berlin, Tel. 030 - 693 22 60,  
[a.leicht@fixpunkt.org](mailto:a.leicht@fixpunkt.org), [www.fixpunkt.org](http://www.fixpunkt.org)

#### **JES e.V.**

Marco Jesse, Junkie Bund Köln e.V., Taunusstrasse 12b, D - 51105 Köln  
Tel.0221-62 20 81, [marco.jesse@junkiebund.de](mailto:marco.jesse@junkiebund.de)

**Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin DGS**

(vorm DGDS),c/o Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg  
Dr. Jörg Götz, [goetz@snafu.de](mailto:goetz@snafu.de), [www.dgsuchtmedizin.de](http://www.dgsuchtmedizin.de)

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

Jürgen Heimchen, Ravensberger Strasse 44, D - 42117 Wuppertal,  
Tel. 0202 - 42 35 19, [www.akzeptierende-eltern.de](http://www.akzeptierende-eltern.de), [info@akzeptierende-eltern.de](mailto:info@akzeptierende-eltern.de)

## Unterstützer

**Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO)**,Fachbereich 06/Rechtswissenschaft  
<http://www.bisdro.uni-bremen.de/>

**StadtRand GbR, StadtRand gGmbH**

[kontakt@stadtrand-berlin.de](mailto:kontakt@stadtrand-berlin.de),[geschaeftsstelle@stadtrand-berlin.de](mailto:geschaeftsstelle@stadtrand-berlin.de)

**Niedersächsische AIDS-Hilfe Landesverband e.V.**

Imke Schmieta, [info@niedersachsen.aidshilfe.de](mailto:info@niedersachsen.aidshilfe.de)  
<http://niedersachsen.aidshilfe.de>

**Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte**

Dr. Hans Haltmayer, Esterhazygasse 18, A -1060 Wien,  
[hans.haltmayer@vws.or.at](mailto:hans.haltmayer@vws.or.at), <http://www.sozialprojekte.com/>

**Therapiedorf Villa Lilly**

Dr. med. Wolfgang Eirund, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Leitender Arzt, Adolphus-Busch-Allee, D - 65307 Bad Schwalbach,  
[wolfgang.eirund@jj-ev.de](mailto:wolfgang.eirund@jj-ev.de), <http://www.jj-ev.de/index.html>

## Dank an die Unterstützer

Der 4.Internationale Fachtag Hepatitis C Hamburg 2007 wurde gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit Berlin/Bonn.

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

Weitere Unterstützer waren:

**Essex pharma**

[www.essex.de/](http://www.essex.de/)



**Sanofi Aventis**

[www.sanofi-aventis.de](http://www.sanofi-aventis.de)



**Gilead Sciences**

[www.gilead.com/](http://www.gilead.com/)



## Hinweise

\*Das Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch (1.+2.Auflage 2006) ist noch in einigen Exemplaren verfügbar (Abruf bei akzept e.V. gegen Erstattung der Versandkosten).



\*\*Das folgende Fact Sheet  
FAKTEN ZU HEPATITIS C VIRUS INFEKTIONEN ist auch einzeln bzw. in  
Kleinmengen als farbiges Faltblatt zur Auslage in Einrichtungen und  
Praxen gegen Erstattung der Versandkosten von akzept e.V. zu beziehen.

\*\*\* Ein 5. Internationaler Fachtag Hepatitis findet voraussichtlich im  
zweiten Halbjahr 2009 in Wien statt.

Kontakt und weitere Informationen:

**AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH**  
akzept e.V., Südwestkorso 14, D- 12161 Berlin, [bueero@akzept.org](mailto:bueero@akzept.org)  
[www.akzept.org](http://www.akzept.org), [www.hepatitiscfachtag.org/](http://www.hepatitiscfachtag.org/)

## **Neue Modelle erfolgreicher HCV-Arbeit**

4. INTERNATIONALER FACHTAG

# **HEPATITIS C**

HAMBURG 2007  
am 12./13. September

## **Programm**

**MITTWOCH 12. September 2007**

10.30 - 11.15

**VORPROGRAMM**

Regionale Strategien zur Prävention und Behandlung  
der Hepatitis C bei Drogenabhängigen.

Diskussionsrunde mit Vertretern der HamburgerSuchthilfe und der  
Hamburger Behörden

*Moderation: H. Stöver, Bremen*

Anschließend findet eine Pressekonferenz statt!

12.00 - 12.15

**Begrüßung und Kongresseröffnung**

*C. Baumeister, Behörde für Soziales, Familie,  
Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg;*

*D. Schäffer, Berlin; J. Reimer, Hamburg*

12.15 - 14.30

**ALLGEMEINES VORTRAGSSYMPOSIUM**

Vorsitz: *C. Haasen, Hamburg; H. Stöver, Bremen*

12.15 - 12.45

**Evidence for the effectiveness of primaryprevention interventions for  
HepC among injecting drug users**

*N. Wright, Leeds*

12.45 - 13.15

**Hepatitis C bei drogenabhängigen Migranten**

*J. Reimer, Hamburg*

13.15 - 13.30 Kaffeepause

13.30 - 14.00

**Offene Fragen in Forschung und Praxis**

*D. Radun, Berlin*

14.00 - 14.30

**HCV-Therapie und Substitution**

*K. Isernhagen, Köln*

15.00 - 16.30 WORKSHOPS (Parallelveranstaltungen)

**Fortbildungsseminar zur HCV-Prävention in der Suchthilfe:  
MINT – Motivational Interviewing (1. Teil)**

*C. Veltrup, Lübeck*

**Fortbildungsseminar zur HCV-Prävention in der Suchthilfe:  
Konsumkontrolltrainings für Substituierte (1. Teil)**

*U. Täubler, Hamburg; B. Westermann, Berlin*

**Fortbildungsseminar für suchtmedizinisches Personal:  
Psychoedukation bei Opiatabhängigen mit und ohne Hepatitis C  
– Infektion (1. Teil)**

*S. Kuhn, Hamburg; V. Tschernay, Berlin*

**Angehörigenseminar: Familie und Sucht – das Hamburger Modell  
(1. Teil)**

*U. Petermann, Hamburg*

**HCV-Arbeit in der stationären Langzeittherapie**

*T. Giebel, Bad Schwalbach*

15.00 - 16.30 SATELLITENSYMPOSIUM:

**Neue Optionen in der HCV-Therapie**

*Vorsitz: J. Brack, Hamburg*

**- Leitlinien zur Behandlung der Hepatitis C**

*J. Brack, Hamburg*

**- Die subjektive Seite der HCV-Infektion**

*J. Reimer, Hamburg*

**- Neues zur Therapie der HCV bei  
Substitutionspatienten**

*J. Gölz, Berlin*

17.00 - 18.00 **PODIUMSDISKUSSION**

**Expertengespräch zur Verbesserung der Prävention und Behandlung der Hepatitis C bei Drogenabhängigen 2003: Was wurde bis heute erreicht, was nicht?**

*Moderation:*

*Heino Stöver, Bremen*

*J. Gölz, Berlin; A. Leicht, Berlin; D. Radun, Berlin; J. Reimer, Hamburg;*

*Alber Kern Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin*

**DONNERSTAG 13. September 2007**

08.45 - 10.30

**SPEZIELLES VORTRAGSSYMPOSIUM I**

*Vorsitz: A. Leicht, Berlin; J. Reimer, Hamburg*

08.45 - 09.00

**HCV-Arbeit in der Schweiz: Besonderheiten am Beispiel Zürich**

*S. Behrens, Zürich*

09.00 - 09.30

**Niederlande: Nationales HCV-Projekt**

*J. Ensdorff, Amsterdam*

09.30 - 10.00

**The injecting process: understanding viral transmission - a video project**

*A. Taylor, Glasgow*

10.00 - 10.30

**HCV-Arbeit in Kanada: Beispiele für Deutschland?**

*B. Fischer, Victoria BC*

10.30 - 11.00 Kaffeepause

**11.00 - 12.30 SPEZIELLES VORTRAGSSYMPOSIUM II**

*Vorsitz: D. Schäffer, Berlin; B. Schulte, Hamburg*

11.00 - 11.30

**The HCV-Strategy of CEEHR-Network**

*S. Merkinaite, Vilnius*

11.30 - 12.00

**Integrative HCV-Behandlung am Modell der Institutsambulanz des Klinikums Nord**

*J. Brack, Hamburg*

12.00 - 12.30

**HCV-Arbeit in stationärer Langzeittherapie**

*T. Giebel, Bad Schwalbach*

12.30 - 14.00 **INFORMATIONSMESSE**

Suchthilfeeinrichtungen und weitere Aussteller stellen Ihre HCV-Arbeit und Produkte vor und zur Diskussion

14.00 - 15.30 **WORKSHOPS (Parallelveranstaltungen)**

**MINT – Motivational Interviewing (2. Teil)**

*C. Veltrup, Lübeck*

**Konsumkontrolltrainings für Substituierte (2. Teil)**

*U. Täubler, Hamburg; B. Westermann, Berlin*

**Familie und Sucht – das Hamburger Modell (2. Teil)**

*U. Petermann, Hamburg*

**Psychoedukation bei Opiatabhängigen mit und ohne Hepatitis C – Infektion (2. Teil)**

*S. Kuhn, Hamburg; V. Tschernay, Berlin*

**HCV-Arbeit mit opiatabhängigen Migranten**

*S. Sturm, Münster; F. v. Ploetz, Berlin; H. Martirosyan, Berlin*

**Suchtmedizinische und infektiologische Bestandsaufnahme im Setting Haft**

*B. Knorr, Berlin; C. Weilandt, Bonn*

15.45 - 16.30 **Diskussion und Kongressende**



Blick ins Publikum

## Sprechen Sie uns an!

### Partner

#### Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Wilhelmstrasse 138  
10963 Berlin  
Dirk Schäffer  
Tel. 030 - 690 087 - 56  
[dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de](mailto:dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de)  
[www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)

Bärbel Knorr  
Tel. 030 - 69 00 87- 45  
[baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de](mailto:baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de)

#### akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende  
Drogenhilfe und humane Drogenpolitik  
Christine Kluge Haberkorn  
Südwestkorso 14  
12161 Berlin  
Tel. 030 - 82706946  
[akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de)  
[www.akzept.org](http://www.akzept.org)

#### Universität Bremen FB 06-ARCHIDO

Prof. Dr. Heino Stöver  
Postfach 33 04 40  
28334 Bremen  
Tel. 0421 - 218 31 73  
[heino.stoever@uni-bremen.de](mailto:heino.stoever@uni-bremen.de)  
[www.archido.de](http://www.archido.de)

#### Fixpunkt e.V.

Astrid Leicht  
Boppstraße 7  
10967 Berlin  
[a.leicht@fixpunkt.org](mailto:a.leicht@fixpunkt.org)  
[www.fixpunkt.org](http://www.fixpunkt.org)

#### JES

Marco Jesse  
Junkie Bund Köln e.V.  
Tanusstrasse 12b  
51105 Köln  
Tel. 0221 - 62 20 81  
[marco.jesse@junkiebund.de](mailto:marco.jesse@junkiebund.de)

**Deutsche Gesellschaft für  
Suchtmedizin DGS** (vorm. DGDS)  
c/o Universitätsklinikum Hamburg-  
Eppendorf, Klinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie, Zentrum für  
Interdisziplinäre Suchtforschung  
(ZIS) der Universität Hamburg  
Dr. Jörg Gölz  
[goelz@snafu.de](mailto:goelz@snafu.de)  
[www.dgsuchtmedizin.de](http://www.dgsuchtmedizin.de)

**Bundesverband der Eltern und  
Angehörigen für akzeptierende  
Drogenarbeit e.V.**  
Jürgen Heimchen  
Ravensberger Strasse 44  
42117 Wuppertal  
Tel. 02 02 - 42 35 19  
[info@akzeptierende-eltern.de](mailto:info@akzeptierende-eltern.de)  
[www.akzeptierende-eltern.de](http://www.akzeptierende-eltern.de)

**Zentrum für Interdisziplinäre  
Suchtforschung (ZIS)  
an der Universität Hamburg**  
c/o UKE, Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie  
Bernd Schulte  
Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
[b.schulte@uke.uni-hamburg.de](mailto:b.schulte@uke.uni-hamburg.de)  
[www.uke.uni-hamburg.de/kliniken/psychiatrie](http://www.uke.uni-hamburg.de/kliniken/psychiatrie)

### Unterstützer

**Bremer Institut für Drogenforschung  
(BISDRÖ)**  
Fachbereich 06/Rechtswissenschaft  
[www.bisdro.uni-bremen.de](http://www.bisdro.uni-bremen.de)

**Ambulatorium Ganslwirt, Verein  
Wiener Sozialprojekte**  
Dr. Hans Haltmayer  
Esterhazygasse 18  
A - 1060 Wien  
[hans.haltmayer@wvs.or.at](mailto:hans.haltmayer@wvs.or.at)  
[www.wvs.or.at](http://www.wvs.or.at)

**StadtRand GbR  
StadtRand gGmbH**  
[kontakt@stadtrand-berlin.de](mailto:kontakt@stadtrand-berlin.de)  
[geschaefsstelle@stadtrand-berlin.de](mailto:geschaefsstelle@stadtrand-berlin.de)

**Niedersächsische AIDS-Hilfe  
Landesverband e.V.**  
Imke Schmieta  
[info@niedersachsen.aidshilfe.de](mailto:info@niedersachsen.aidshilfe.de)  
<http://niedersachsen.aidshilfe.de>

**Therapiedorf Villa Lilly**  
Dr. med. Wolfgang Eirund  
Facharzt für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Leitender Arzt  
Adolphus-Busch-Allee  
65307 Bad Schwalbach  
[wolfgang.eirund@jj-ev.de](mailto:wolfgang.eirund@jj-ev.de)  
[www.jj-ev.de](http://www.jj-ev.de)

### Kontakt

**Aktionsbündnis Hepatitis und  
Drogengebrauch**  
c/o akzept e.V.  
Südwestkorso 14  
12161 Berlin  
Tel: 030 - 827 06 946  
[akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de)  
[buero@akzept.org](mailto:buero@akzept.org)  
[www.akzept.org](http://www.akzept.org)

### Weiterführende und detaillierte Informationen zu Hepatitis C:

Handbuch Hepatitis C und  
Drogengebrauch (2006), siehe:  
[www.hepatitiscfachtag.org](http://www.hepatitiscfachtag.org)  
[www.hepatitis.de](http://www.hepatitis.de)  
[www.hepatitis-care.de](http://www.hepatitis-care.de)  
[www.rki.de](http://www.rki.de)  
[www.kompetenznetz-hepatitis.de](http://www.kompetenznetz-hepatitis.de)  
[www.hepch.ch](http://www.hepch.ch)

# Fakten zu Hepatitis C Virus (HCV) - Infektionen



**Fixpunkt**



Bundesverband der Eltern  
und Angehörigen für  
akzeptierende Drogenarbeit

**ZIS**



**Deutsche  
AIDS-Hilfe e.V.**

**JES**  
LEBEN MIT DROGEN  
Bundesweites Selbsthilfenetzwerk



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

# Fakten zur Hepatitis C

## Epidemiologie der Hepatitis C-Infektion

- Hepatitis C-Infektionen sind nicht selten – 400.000 - 500.000 Menschen in Deutschland sind mit HCV infiziert.<sup>1</sup>
- **Hepatitis C verbreitet sich weiter** – Pro Jahr werden in Deutschland ca. 7.500 Infektionen neu gemeldet.<sup>1</sup>
- **Hauptrisikogruppe: intravenös Drogen konsumierende** mit Prävalenzraten von bis zu 75%.<sup>2</sup>
- **Hepatitis C Viren werden über Blutkontakt übertragen:** Neben intravenösem Drogenkonsum spielen andere Übertragungswege bei denen es zu Blut-Blut-Kontakt kommt, eine weitere, aber untergeordnete Rolle, z.B. Sexuallkontakte, die Benutzung der gleichen Rasierer und Nagelscheren. **Blutkonserven** werden in Deutschland auf Hepatitis C getestet und **gelten seit 1999 als sicher**.<sup>3</sup>

## Verlauf der Hepatitis C-Infektion und individuelle Folgen

- **Häufig still:** Die Infektion bleibt oft unerkannt, das Virus wird unbemerkt weitergegeben.<sup>4</sup>
- **Häufig chronisch:** Die meisten Infektionen (60 - 80%) heilen nicht von selbst aus, sondern werden chronisch.<sup>5</sup>
- **Schleichende Erkrankung:** ein Viertel der Menschen mit einer chronischen Hepatitis C Infektion entwickeln nach 2 bis 3 Jahrzehnten eine lebensbedrohliche Leberzirrhose, ein Viertel davon ein Leberkarzinom.<sup>5</sup>
- **HCV-infizierte Drogenkonsumenten sind gesundheitlich besonders gefährdet:** Mehrere Faktoren (HIV-, Hepatitis A & B-Co-Infektion, Alkoholabusus, schlechter Allgemeinzustand etc.) beschleunigen den Verlauf der Infektion und der Lebererkrankung.<sup>6</sup>

## Gesundheits- und gesellschaftspolitische Folgen

- Die Folgen chronischer Hepatitis C-Infektionen führen in der Zukunft zu **erhöhter Morbidität und Mortalität**.<sup>7</sup>
- Die **Behandlung einer Hepatitis C-Infektion** ist trotz hoher Kosten gemessen an den Folgen einer Nicht-Behandlung **kosteneffektiv**.<sup>8</sup>
- **Nicht therapierte chronische Hepatitis C-Infektionen** führen zu **hohen Gesundheitskosten** für Folge- und Begleiterkrankungen.<sup>9</sup>

## Prävention von Hepatitis C-Infektionen

- **Keine Impfmöglichkeit:** Verhaltens- und Verhältnisprävention zum Infektionsschutz sind von zentraler Bedeutung.<sup>7</sup>
- **Keine Immunität:** Auch nach einer ausgeheilten oder therapierten Hepatitis-C-Infektion kann man sich immer wieder infizieren.<sup>10</sup>
- **Behandlung wirkt primärpräventiv** indem sie eine Übertragung auf Dritte verhindert.<sup>7</sup>
- **Testung** kann bei Risikogruppen eine **sekundärpräventive Maßnahme** und Grundlage für eine frühzeitige Behandlung sein.<sup>11</sup>
- **Behandlung ist Tertiärprävention:** Frühzeitige Therapien verhindern Folgekomplikationen.<sup>7</sup>

## Behandlung der Hepatitis C-Infektion

- **Hepatitis C ist therapierbar, aber nicht immer heilbar:** In 40 - 90% der Fälle ist die Behandlung dauerhaft erfolgreich.<sup>1</sup>
- **Behandlung mit Nebenwirkungen:** Die Behandlung der Hepatitis C erfordert eine Interferontherapie mit Ribavirin über 6 - 18 Monate, die mit Nebenwirkungen einhergehen kann. Ein Teil der Patienten wird aufgrund von Kontraindikationen von der Hepatitis-C-Therapie ausgeschlossen.<sup>12</sup>
- **Individualisierte Therapieschemata und die Entwicklung von neuen Substanzen** lassen auf **noch bessere Heilungsraten** hoffen.<sup>13</sup>

## Zusammenfassung und Erfordernisse

- Hepatitis C-Infektionen sind nicht selten und insbesondere in Risikogruppen wie i.v.-Drogenkonsumenten eine medizinische und soziale Herausforderung.
- Die Testung von Personen mit hohem Risiko ist eine der wichtigsten Maßnahmen der Prävention und muss dringend intensiviert werden.
- Die absehbaren Folgen durch Hepatitis C-Infektionen erfordern ein gemeinsames gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Umdenken und Handeln.
- Erfolgreiche Hepatitis C-Arbeit ist kosteneffektiv: Prävention und antivirale Behandlung reduzieren die Folgekosten.
- Für Risikogruppen ist eine Ausweitung effektiver verhaltens- wie verhältnisbezogener Interventionen zur Hepatitis C-Prävention nötig.
- Hepatitis C-Infektionen sind heilbar: Eine Ausweitung der erfolgreichen Therapie auf Risikogruppen ist zwingend, um eine weitere Verbreitung zu vermeiden.

1 Robert-Koch Institut (RKI) Epidemiologisches Bulletin Nr. 49, 7. Dezember 2007

2 Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2007). Prevalence of hepatitis C infection among injecting drug users - Data, 1991 to 2005. Abrufbar unter: [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

3 Robert-Koch Institut (RKI) (2003) Hepatitis C, Heft 15, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 8 f

4 Alter & Moyer (1998) The importance of preventing hepatitis C virus infection among injection drug users in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviral* 18:6 - 10

5 Perz et al. (2006) «The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *J Hepatol* 45: 529-38

6 Cooper & Mills (2006) Therapeutic challenges in hepatitis C-infected injection drug using patients. *Harm Reduct J* 3: 31  
Gesundheits- und gesellschaftspolitische Folgen

7 Edlin BR (2002) Prevention and treatment of hepatitis C in injection drug users. *Hepatology* 36 : 210-9 + 14 + 18

8 Wasem J et al. (2006) Health economics of chronic infectious diseases: the example of hepatitis C. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 49:57-63

9 Wong JB (2006) Hepatitis C: cost of illness and considerations for the economic evaluation of antiviral therapies. *Pharmacoeconomics* 24:661-72

10 Proust B, Dubois F, Bacq Y, Le Pogam S, Rogez S, Levillain R, et al. Two successive hepatitis C virus infections in an intravenous drug user. *J Clin Microbiol* 2000;38:3125-3127

11 Aktionsbündnis Hepatitis C und Drogengebrauch (2006). *Hepatitis C - Ein Handbuch*. 2. Aufl., Berlin

12 Heathcote EJ (2007) Antiviral therapy: chronic hepatitis C. *J Viral Hepat* 14:82-8

13 Bacon BR, McHutchison JG. Into the light: strategies for battling hepatitis C. *Am J Manag Care*. 2007;13: S319-26

