

3. INTERNATIONALER FACHTAG
HEPATITIS C
BONN 2006
veranstaltet vom Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch

DOKUMENTATION

Der Fachtag stand unter der Schirmherrschaft der
Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Sabine Bätzing

Impressum

Herausgeber

AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH:

akzept e.V.
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.
Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende
Drogenarbeit e.V.
JES

Alle Rechte bei den Autoren

Redaktion:

Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

Fotos:

Annegret Lamprecht, Berlin
Dirk Schäffer, Berlin

Umschlag:

Bellu4 Katrin Gloggengiesser, Berlin

Gestaltung und Satz

Christine Kluge Haberkorn, Berlin

Druck:

Kleinoffsetdruck Dieter Dressler, Berlin

Bestellungen:

akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org

Berlin, Dezember 2006

Inhalt

Grüßworte

Grüßwort Heino Stöver	4
Grüßwort Sabine Bätzing	8

Vorträge

Epidemiologie-Zahlen und Trends aus Deutschland und den Nachbarstaaten	12
<i>Osamah Hamouda</i>	
Wissensstand, Risikomanagement und Selbstüberzeugungen bei intravenösen DrogengebraucherInnen zur Hepatitisprophylaxe	22
<i>Hans-Volker Happel</i>	
HCV-Prävention-die Bedeutung von Blutaufmerksamkeit und Hygiene für die Infektionsprophylaxe im Kontext von Drogenkonsum	38
<i>Kerstin Dettmer</i>	
HCV-Therapie-Behandlung von DrogengebraucherInnen. Was bringt die Zukunft?	43
<i>Markus Cornberg</i>	

Workshops

1. Therapieeinrichtungen	
Interferontherapie in der stationären Entwöhnung von Opiatkonsumenten: Chancen und Risiken aus therapeutischer Sicht	60
<i>Wolfgang Eirund</i>	
2. Wohnprojekte/Betreutes Wohnen	76
<i>Martin Hilckmann, Thomas Pfister</i>	
3. Niedrigschwellige Kontaktarbeit	78
<i>Kerstin Dettmer, Jürgen Klee</i>	
4. Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle/PSB)	82
<i>Elisabeth Tanzmeister, Thomas Tschirner</i>	
5. Setting Gefängnis	88
<i>Bärbel Knorr, Karlheinz Keppler</i>	

6. Infektionsschutz am Arbeitsplatz-Workshop für Geschäftsführung und Hygiene-und Sicherheitsbeauftragte der Einrichtungen <i>Astrid Leicht, Michael Janßen</i>	91
---	----

Vorträge zu innovativen Präventionsideen

Schweiz: SENSIBILISIERUNGSKAMPAGNE HEP C Vom Wissen zum Handeln - Kampagne für Fachleute und DrogenkonsumentInnen <i>Peter Menzi</i>	94
Niederlande: Drogenkonsumenten und Hepatitis C in den Niederlanden; die Tür steht einen Spaltbreit offen <i>Ancella Voets</i>	98
Österreich: Prävention im Rahmen eines sozialmedizinischen Behandlungsnetzwerks <i>Hans Haltmayer</i>	106
Risiko HCV-Reinfektion bei intravenös Drogenabhängigen? – Aktuelle Fragen, Epidemiologie und Prävention <i>Bernd Schulte , Georg Farnbacher, Jens Reimer</i>	111

Anhang

Referentenverzeichnis	121
Veranstalter	125
Unterstützer Aktionsbündnis	126
Sponsorenverzeichnis	127
Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch- Stand und Ausblick	128
Ankündigung 4.Internationaler Fachtag Hepatitis und Drogengebrauch	131

Grußwort
Heino Stöver

Begrüßung zum **„3. Intern. Fachtag Hepatitis C – Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und Psychosozialer Betreuung bei Drogengebrauch“**

Liebe TeilnehmerInnen, ReferentInnen, liebe Frau Bätzing

Im Namen der Veranstalter „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ (DAH, Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit, Akzept e.V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, JES- Junkies, Ex-User und Substituierte, DGS) begrüße ich Sie sehr herzlich hier in Bonn zu unserem 3. Internationalen Fachtag **„Hepatitis C – Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und Psychosozialer Betreuung bei Drogengebrauch“**.

Nach 2004 in Berlin und 2005 in Wien treten wir nun also zum 3. Mal an, um die Verbreitung von HCV unter Drogengebern und die Konsequenzen für die Versorgungsstrukturen zu diskutieren. Man könnte meinen, was gibt es da noch Neues zu erfahren – ist nicht längst alles gesagt und alles gewußt? Unsere Erfahrungen zeigen, dass wir noch viel Aufmerksamkeit schaffen müssen, um ein Bewusstsein für die dringend notwendigen Verbesserungen der Versorgungsstrukturen im Bereich „Drogenabhängigkeit und Hepatitis“ zu erreichen, damit diese Zielgruppe ebenso gut von den Behandlungsfortschritten profitiert wie andere Gruppen auch.

Jeder von uns kennt den Welt-AIDS-Tag (1.12.), aber wer von uns kennt schon den Welt-Hepatitis-Tag (1.10.) oder gar den deutschen Hepatitis-Tag (20.11.). Allein dies weist darauf hin, dass wir dem Thema noch nicht einmal eine institutionalisierte, rituelle Bedeutung geben konnten. Aber darüber hinaus geht es uns natürlich um eine tatsächliche Verbesserung der Lage Betroffener und eine Präventionsarbeit für diejenigen, die sich noch nicht infiziert haben.

„Aktionsbündnis“ ist ein sperriger Begriff aus dem letzten Jahrhundert. Er soll ausdrücken, dass trotz der epidemischen Verbreitung und Schwere der HCV-Infektion die Bedeutung für die Gesundheit eines erheblichen Teils der Bevölkerung und die damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitswesen in der Gesundheitspolitik (eine rühmliche Ausnahme die Bundesdrogenbeauftragte!) und auch in der Fachöffentlichkeit weitgehend verkannt und ignoriert werden:

- Jährliche **Inzidenz** von HCV (d.h. akute und erstmalig diagnostizierte chronische HCV) von ca. 8-9.000
- **Prävalenz:** Etwa 0,4-0,6% der Bevölkerung haben Antikörper gegen HCV im Blut, d.h. 400.-500.000 Virusträger in D.; insgesamt sind etwa 1,2 Mio. Menschen in D. entweder mit HBV oder HCV infiziert – aber nur etwa 10% wissen davon!
- 60-80% der HCV-Infektionen verlaufen chronisch
- Etwa 7.500 Menschen weisen eine chron. Hep. C und HIV-Infektion auf
- Michael Manns weist darauf hin, dass sich in den letzten 30 Jahren die Zahl der Leberkrebserkrankungen verdoppelt hat (jährlich etwa 5.300 Fälle), und dass HBV und HCV in mehr als der Hälfte der Fälle die häufigsten Ursachen sind.

Die Gründe für die Ausblendung dieses schwerwiegenden Gesundheitsproblems vieler Menschen in Deutschland sind auf mehrere Ebenen des Gesundheitssektors und bei einer Vielzahl der handelnde Akteure zu finden, die Politik, Professionelle aus dem psycho-sozialen und medizinischen Bereich umfasst ebenso wie die Betroffenen selbst:

- Vermeidung einer neuen gesundheitspolitischen Diskussion über eine weit verbreitete Infektionskrankheit unter Ausblendung ihrer finanziellen und auch organisatorisch-praktischen Konsequenzen
- Ablehnung gegenüber der Hauptbetroffenengruppe von Drogenabhängigen
- Vertrauen auf die Huckepack-Wirkung der HIV-Prävention
- Mangelnde Aufklärung über Therapiemöglichkeiten/-effekte und Nebenwirkungen
- Allgemeine Präventionsnachlässigkeit (bei hoher Prävalenz wird die Infektion fataler- und pessimistischerweise als unentrinnbares Schicksal betrachtet)
- Vernachlässigung von instrumenteller und personal-kommunikativer Prävention
- Impfmüdigkeit (bei HAV und HBV)

Das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ versucht das Thema HCV als Querschnittsthema in der Diskussion um die gesundheitliche Versorgung Drogenabhängiger zu verankern, weil sie vom medizinischen Fortschritt nur unzureichend profitieren. Bei wachsenden Behandlungsmöglichkeiten und -erfolgen bleibt vielen Drogenabhängigen der Zugang zur antiviralen Therapie verschlossen. Jörg Götz schätzt, dass bei ungefähr

40.000 HCV-Infizierten nur etwa 5-600 Behandlungen jährlich mit pegyliertem Interferon und Ribavirin bei Drogengebern durchgeführt werden – selbst konservative Schätzungen zeigen, dass nur etwa 3-4% der infrage kommenden Personen von Behandlungen erreicht werden.

- Obwohl die Leitlinien der DGS auf der Konsensuskonferenz am 14.7.2006 eine Therapie der chronischen HCV bei intravenös Drogengebern v.a., für Menschen in Substitutionsbehandlungen empfehlen – u.a. auch weil die compliance sich bei einem integrierten setting sich als gut erweist und die Re-Infektionsrate bei Drogenabhängigen sich als nicht höher erweist als bei nicht-drogenabhängigen Kollektiven.

- Die Frage also nicht ist „Warum behandeln“ sondern „Warum wird bei dieser Zielgruppe nicht behandelt?“, zumal der hier weit verbreitete Genotyp besonders hohe Heilungschancen aufweist.

- Bei etwa 70.000 Substituierten in Deutschland und der eben erwähnten geringen HCV-Behandlungsprävalenz wird deutlich, dass bei HCV auch andere Versorgungsstrukturen, wie z.B. die Qualität der Substitutionsbehandlung in Deutschland, in Bezug auf die Behandlung oder gar Neuauftreten von Begleiterkrankungen auf den Prüfstand muss.

Dazu haben wir mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ein Handbuch entwickelt, das Ihnen allen vor der Konferenz zugeschickt worden ist, und dass wir bei dieser Konferenz zur Grundlage der Arbeit in den insgesamt 3,5-stündigen Workshops machen.

Hier wird die mögliche Verankerung einer Thematisierung von HCV-Prävention/Screening/Diagnostik/Beratung/Behandlung in den unterschiedlichen Settings der Suchtkrankenhilfe deutlich: stationäre Langzeittherapie, ambulante Beratungs-/Unterstützungssettings, Gefängnis, Arztpraxis etc.

Wir sehen bundesweit Initiativen, die unter anderem mit diesem Manual und anderem Material (v.a. der Deutschen AIDS-Hilfe) auf kommunaler Ebene arbeiten, und z.B.

- Aktionswochen HCV organisieren (wie z.B. Hamburg, 6.-10.11.06)
- Aktionsbündnisse auf kommunaler Ebene schmieden (wie z.B. Bremen)
- In verschiedenen settings (z.B. stationäre Langzeittherapie) intensiv an dem Thema arbeiten (wie z.B. Therapiedorf Villa Lilly)
- Oder in zahlreichen Initiativen und Vereinen (wie Eltern, Fixpunkt in Berlin etc.) phantasievolle Strategien entwickeln um das scheinbar altbekannte Thema zu lancieren oder revitalisieren: Plakate, Flyer, Impfkampagnen in Berlin und Frankfurt, Behandlungsbeginn im Strafvollzug etc.).

Was bleibt zu tun?

Zunächst einmal wollen wir auf diesem Fachtag und mit Ihrer Hilfe und unter Zugrundelegung des vorliegenden Manuals **neue Impulse** für die Praxis geben, in allen relevanten settings die Problematik HCV zu thematisieren und weiter an ganz praktisch-umsetzbaren Modellen zu arbeiten.

Wir wollen an einer Bestandaufnahme und Weiterentwicklung einer **evidenz-basierten Strategie der Schadensminimierung** in Deutschland arbeiten: Wie kann ein in die Jahre gekommenes Modell, das vornehmlich instrumentell ausgerichtet ist, verbessert werden?

Dann wollen wir weiterkommen in unseren Überlegungen, wie denn ein nationaler **HCV-Bekämpfungsplan**, oder eine integrierte HIV/HCV-Strategie aussehen könnte. Analog der BMG-Aktivitäten im Bereich HIV/AIDS-Bekämpfung müsste ein Plan mit klaren operationalisierbaren Kriterien und Indikatoren aufgestellt werden, der die zukünftigen Aktivitäten bündelt und nach einiger Zeit evaluiert. Das heisst Zeitplan, Durchführungsziele und Verantwortlichkeiten müssen klar geregelt werden. Beide Strategien (gegenüber HIV und HCV) müssen koordiniert werden.

Das heisst wir verlangen „political leadership“ – staatliche Verantwortungsübernahme und ein Bekenntnis für die inter-ministerielle, inter-sektorelle, interdisziplinäre, multi-professionelle Bearbeitung einer bedeutenden gesundheitlichen und ergo gesundheitspolitischen Herausforderung, die nur

- mit Hilfe der Integration von Betroffenen
- der Wahrung der Menschenrechte
- der Beachtung der Prinzipien von Evidenzbasierung,
- mit Hilfe größerer Mittelzuweisung für diesen Bereich
- und der mutigen Thematisierung von Unzulänglichkeiten in der Versorgung der (potentiell) Betroffenen

erfolgreich angegangen werden kann.

Für die Veranstalter:

Prof.Dr.Heino Stöver/Universität Bremen

Grußwort
Sabine Bätzing
Mitglied des Deutschen Bundestages
Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Grußwort anlässlich des 3. Internationalen Fachtag Hepatitis C "Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und psychosozialer Betreuung bei Drogengebrauch" am 21./22. September in Bonn

Meine Damen und Herren,
ich freue mich sehr, dass ich Sie zum Dritten Internationalen Fachtag Hepatitis C hier in Bonn begrüßen darf. Ich habe als Drogenbeauftragte der Bundesregierung sehr gern die Schirmherrschaft über diese Veranstaltung übernommen, weil ich um die Bedeutung dieses Themas weiß.
Beim ersten Internationalen Fachtag 2004 in Berlin hieß das Thema „Hepatitis Infektionen bei Drogenkonsumenten - Herausforderung für die Drogenhilfe“. Der zweite Internationale Fachtag 2005 in Wien widmete sich dem Thema „Prävention, Behandlung und psycho-soziale Betreuung bei Drogengebrauch“ und der diesjährige Fachtag kümmert sich um „Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und psycho-sozialer Betreuung bei Drogengebrauch“. Sie merken: Die Themenstellung wird immer differenzierter, um den Entwicklungen gerecht zu werden.

Bei aller Differenziertheit und aller Weiterentwicklung – das Grundthema bleibt konstant: Hepatitis C und Drogengebrauch. Das scheint zusammenzugehören wie die Zwillinge Castor und Pollux in der griechischen Mythologie. Beide waren Kinder der schönen Leda; aber während der unsterbliche Pollux von Zeus abstammte, war der Vater des sterblichen Castor Leda's Ehemann Tyndareos. Als für Castor die Zeit zum Sterben nahte, bat Pollux seine Vater darum, mit dem Zwillingenbruder vereint bleiben zu dürfen. Zeus – so will es der Mythos – gewährte seinem Sohn diese Bitte mit der Auflage für beide, die Hälfte des Jahres in der Unterwelt und die andere Hälfte im Himmel zu verbringen. Seitdem gelten Castor und Pollux als Sinnbild der unzertrennlichen Zwillinge. Aber während sich Castor und Pollux trotz ihrer unterschiedlichen Väter für die ewige Unzertrennlichkeit in Himmel und Hölle, in guten und schlechten Zeiten entschieden haben, gilt ihr Interesse bei diesem Fachtag den Möglichkeiten, die scheinbar zwangsläufige Gemeinsamkeit von Hepatitis C und Drogengebrauch durch präventive Maßnahmen zu verhindern oder durch Behandlungsmöglichkeiten aufzulösen.

Was die Behandlungsmöglichkeiten angeht, sind sie Ihrem Ziel mit den am 14. Juli 2006 verabschiedeten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin zur "Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogengebrauchern" einen erheblichen Schritt näher gekommen. Ein enormer Fortschritt, wenn man bedenkt, dass noch 1999 Drogenabhängigkeit in den USA und in der EU als Kontraindikation für eine Hepatitis-C-Behandlung galt. Der Weg zu diesen Leitlinien wurde unter anderem durch in Deutschland durchgeführte Studien ermöglicht.

Besonders die anhaltend guten Ergebnisse der Hepatitis C Behandlung von Drogenabhängigen während einer Substitutionsbehandlung haben schon 2002 dazu geführt, dass entsprechende Behandlungsempfehlungen auch in den USA ausgesprochen wurden. Das 2003 veranstaltete Expertentreffen des Robert-Koch-Instituts und des Bundesministerium für Gesundheit war ein weiterer Baustein auf dem Weg zu den Leitlinien, an deren Erarbeitung auch drei anerkannte Hepatologen beteiligt waren.

Die erst zwei Wochen zurückliegenden Meldungen des Kompetenznetzwerks Hepatitis aus Hannover lassen weitere Schritte zu einer erfolgreichen Behandlung erwarten. Dank in klinischen Studien erprobten neuen Medikamenten, die den Erreger direkt attackieren, könnte die Heilungsrate nach Ansicht von Experten bei chronischer Hepatitis von heute etwa 60% auf 80 % in den nächsten fünf Jahren steigen. Auch hier ein kurzer Blick in die Vergangenheit: Noch Ende der 90er Jahre konnte lediglich 5-20% der Patienten geholfen werden. Die Steigerung des Therapieerfolgs in den vergangenen Jahren beruht darauf, dass die Behandlung je nach Art und Umfang der Hepatitis C Viren individualisierter – zugleich aber auch komplizierter und anspruchsvoller geworden ist. Für die Patienten positiv: Die Nebenwirkungen wurden verringert; die Therapieabbrüche sind damit gesunken.

Lassen sich auch im Bereich der Prävention von Hepatitis C ähnlich gute Nachrichten vermelden? Können Berichte über die – für die Betroffenen nach wie vor belastenden – Behandlungen auch präventiven Charakter haben? Wir wissen aus der Furchtappell-Forschung aus dem allgemeinen Bereich der Suchtprävention, dass eine Vorbeugung mit dem potenziellen Schrecken nur sehr eingeschränkt wirksam ist. Präventive Maßnahmen, um einer Hepatitis C Erkrankung vorzubeugen, sollten also über den mahnenden Zeigefinger und den berühmten an die Wand gemalten Teufel hinausgehen. Ich weiß nicht, wie Sie das Tagebuch des Journalisten und Ex-Heroinabhängigen Jörg Böckem in Spiegel-Online unter dem Blickwinkel der Prävention und der Furchtappell-Forschung sehen. Für mich ist

es sehr eindrücklich, wie er seit dem 7. September 2006 in einem wöchentlich zu verfolgenden Tagebuch über die Hepatitis C Behandlung berichtet. „Den ersten Kampf habe ich verloren“ – so beginnt das Tagebuch. Diese erste und die zweite Tagebuchepisode mit dem Titel "Alles fühlt sich irgendwie falsch an" sind meines Erachtens eine eindringliches Plädoyer für das Vermeiden einer Hepatitis C Infektion beziehungsweise für einen möglichst frühen Beginn einer Behandlung. Die Ängste und Widerstände gegen eine Behandlung gerade von ehemals Drogenabhängigen mit häufigen Entzugserfahrungen werden sehr plastisch – noch deutlicher wird aber, dass es Sinn macht, diese Ängste und Widerstände zu überwinden.

Das Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch greift nun seit einigen Jahren nicht nur die Ängste und Widerstände der Betroffenen selbst konstruktiv auf; das Aktionsbündnis arbeitet auch seit Jahren daran, die professionellen Akteure mit praktischem Wissen zu versorgen, um präventive Maßnahmen zu ermöglichen und zu fördern und Behandlungen zu erleichtern. Das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte und vom Aktionsbündnis erarbeitete und herausgegebene Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch, ist ein Meilenstein in diesen Bemühungen. Nicht verwunderlich, dass es so häufig angefordert wurde, dass es nun einen – ebenfalls vom BMG geförderten – Nachdruck geben wird. Die Aktivitäten des Bündnisses tragen auch andere Früchte: So wird beispielsweise in Hamburg eine Aktionswoche zum Thema Hepatitis C und Drogengebrauch stattfinden.

Für all die Unermüdlichkeit und Energie, die Sie als Veranstalter mit all Ihren Mitstreiterinnen und Mitstreiter aufgebracht haben, dafür gebührt Ihnen – nicht nur an dieser Stelle! – ein herzlicher Dank.

Auch wenn bereits einige Erfolge erzielt werden konnten und Sie sich auf diesem Dritten Internationalen Fachtag bereits den neuen, den innovativen Ideen für Prävention und Behandlung zuwenden können, so sind wir deswegen noch lange nicht am Ziel angekommen. Ich möchte deshalb zum Ende meines Beitrags noch einmal auf die griechische Mythologie zurückkommen. Nicht nur wegen der Zahl der Neu- und Reinfektionen mag Ihnen Ihre Anstrengung immer wieder als Sisyphos-Arbeit vorkommen. Sie rollen den schweren Virus-Bewältigungsstein mühselig den Berg hinauf – und gerade wenn Sie denken, jetzt haben Sie ihr Ziel endlich erreicht, rollt der Stein den Berg wieder hinunter. Der Zusammenhang von Hepatitis C

und Drogengebrauch wird auch in Zukunft eine Sisyphos'sche Energie und Hartnäckigkeit erfordern. Albert Camus hat in seinem Werk über den Sisyphos-Mythos geschrieben - wenn ich mich richtig erinnere, ist es sogar der Schluss-Satz: „Man muss sich Sisyphos als einen glücklichen Menschen vorstellen.“ Das mag Ihnen unvorstellbar oder zynisch erscheinen. Auch mein Hinweis, dass in dem mühseligen Bewerbstelligen des „rolling stones“ das Wort selig steckt, wird Sie dann nicht milder stimmen, aber vielleicht zum Nachdenken anregen....

Ich wünsche ich Ihnen, dass dieser Fachtag ein Erfolg wird und Sie in Ihrer Unermüdlichkeit und Ihrer Energie bestärkt werden. Ich würde mich freuen, wenn Sie in diesen beiden Tagen und vor allem in Ihrer alltäglichen Praxis trotz aller Sisyphosarbeit sich wenigstens ab und an als glücklichen Menschen erleben.



Eröffnungsveranstaltung

Vorträge

Epidemiologie - Zahlen und Trends aus Deutschland und den Nachbarstaaten

Dr. Osamah Hamouda, Robert Koch Institut, Berlin

ROBERT KOCH INSTITUT

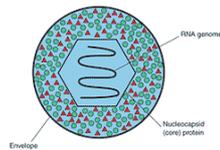


Epidemiologie von Hepatitis C

Zahlen und Trends aus Deutschland und den Nachbarstaaten

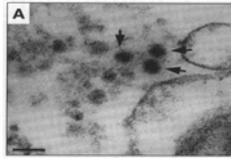
Dr. med. Osamah Hamouda, MPH
Dr. med. Doris Radun, MSc
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Robert Koch-Institut, Berlin

3. Internationaler Fachtag „Hepatitis C“
Innovative Konzepte und Praxis von Prävention und Psychosozialer Betreuung
bei Drogengebrauch, Bonn, 21./22. September 2006



Steckbrief - Hepatitis C (früher: „Non-A-, Non-B-Hepatitis“)

Erreger:	RNA Virus, 1989 entdeckt, 6 Genotypen
Verbreitung:	weltweit
Tenazität:	einige Tage
Infektionsweg:	parenteral, (vertikal, sexuell)
Inkubationszeit:	2 – 26 Wochen
Letalität:	(nahe) 0 bei akuter Hep. C chron. Hep. C: Leberzirrhose, HCC
Prävention:	Expositionsprophylaxe, keine Impfung



Natürlicher Verlauf der Infektion

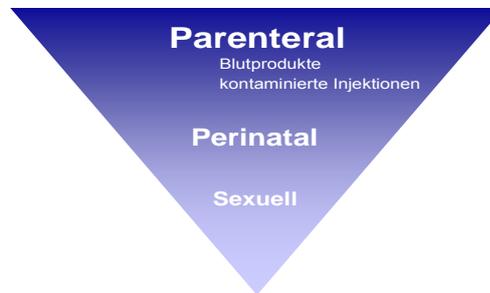
Akute Infektion:

→ Leberentzündung / Hepatitis
asymptomatisch (75%)
Spontanheilung (keine Immunität)

Chronische Infektion: (60-80%)

Leberzirrhose (20% chron. Infizierter)
Leberzellkarzinom (weitere Komplikation)

Übertragungswege



Medikamentöse Therapie

- der akuten Infektion meist erfolgreich (*Interferon*)
- der chronischen Infektion zu ca. 50-60% erfolgreich
 - (*pegyliertes Interferon und Ribavirin*)

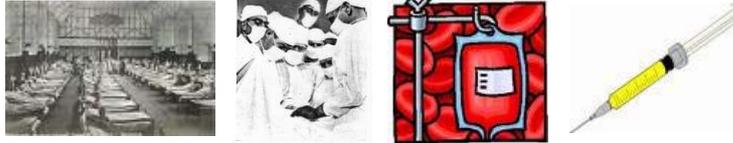
Geschichte

...1989 entdeckt, aber: Seit wann ein Problem?

Epidemie des 20. Jahrhunderts

Reichhaltige Möglichkeiten zur Ausbreitung durch Kontakt mit HCV-verunreinigtem Blut

- **Transfusionen**
- **Medizinische Eingriffe**
- **Intravenöser Drogengebrauch**



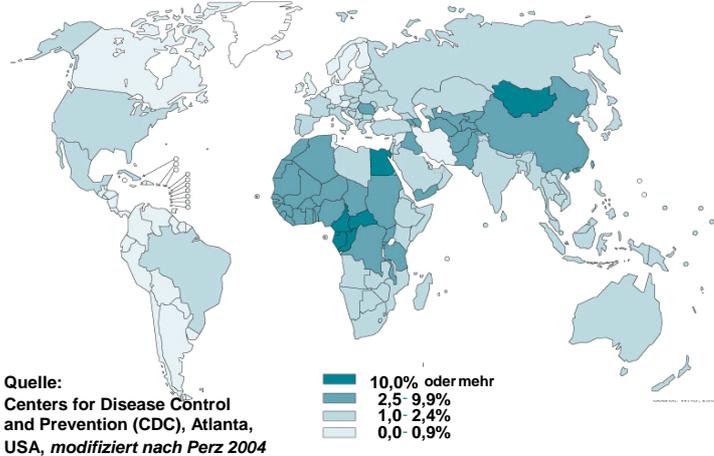
Auftreten von Hepatitis C im 20. JH

Land	HCV-Subtyp	Jahr	Ausbreitung d. Erscheinens
Ägypten	4a	1902	1930-iger Jahre <i>(Bilharziose-Therapie)</i>
Spanien	1b	1892	1930-iger Jahre <i>(Span. Bürgerkrieg)</i>
Frankreich	n.a.	n.a.	1940-iger Jahre <i>(2. Weltkrieg)</i>
U.S.A.	1a, 1b	1920	1960-iger Jahre <i>(zunehmender IVDA, anfangs ungescreente Blutprodukte)</i>

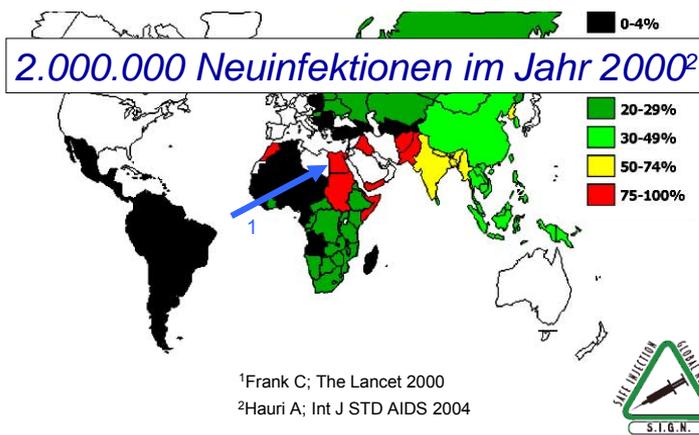
Quelle: Prati D: Transmission of hepatitis C by blood transfusions and other medical procedures. J Hepatol 2006 (n.a. = nicht angegeben)

Hepatitis-C-Prävalenz, WHO 2003

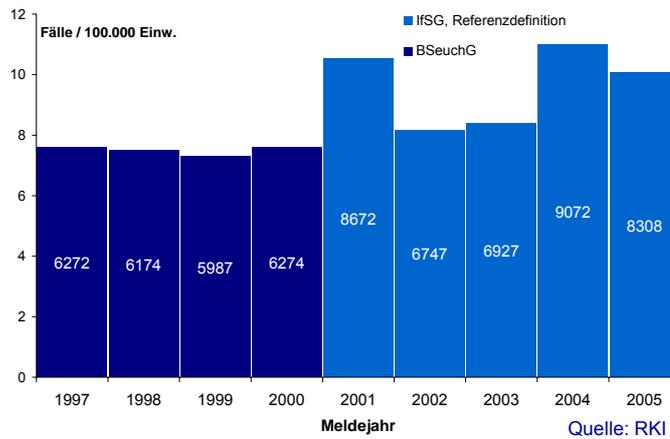
120 (-170) Millionen Infizierte (frühere oder aktuelle Infektionen)



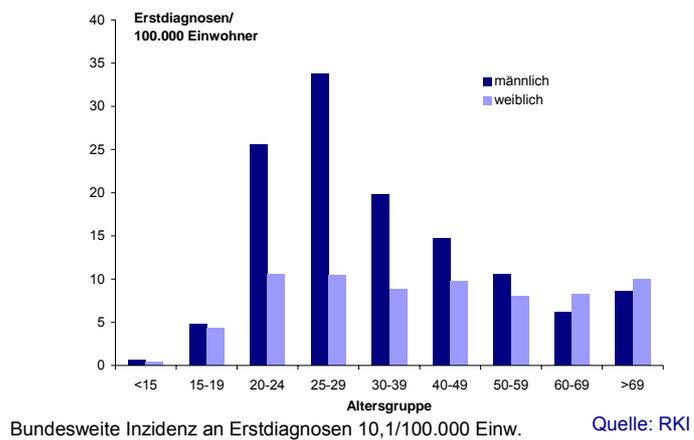
Anteil inzidenter HCV-Infektionen durch kontaminierte Injektionen, WHO 2000



Gemeldete Hepatitis-C-Fälle, Deutschland, 1997 bis 2005

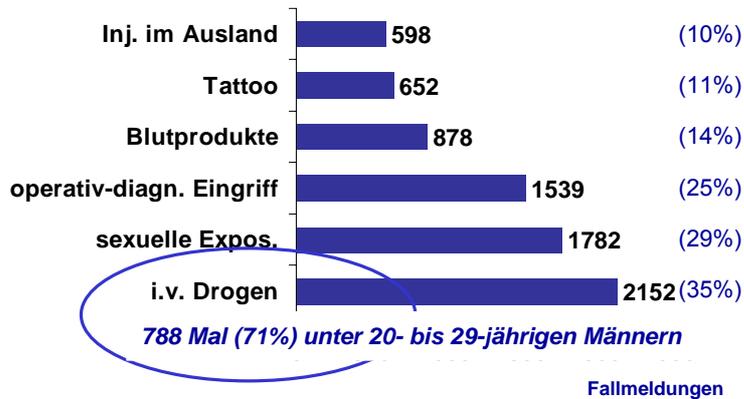


Übermittelte Hepatitis-C-Erstdiagnosen nach Alter und Geschlecht, 2005 (n=8.296)



Hepatitis-C-Meldedaten - Angaben zu Expositionen, 2005*-

* Nenner: mindestens eine "Ja"- oder mind. eine "Nein"- Nennung, n=6.226 (75%)



Hepatitis-C-Epidemiologie, Deutschland

Population	Prävalenz	Inzidenz
Allgemeinbev.	0,4 % ¹	10,9 Erstdiag. / 100 000 Einw.·Jahr (2004) ²
Blutspender (2004) ³	0,09%	1,3 / 100 000 Spenden
I.v. Drogen- konsumenten ⁴	84%	34,4 / 100 Personenjahre

geschätzt: 400.000-500.000 chronisch Infizierte

¹ Thierfelder 2001

³ Offergeld 2005

² RKI 2005

⁴ Stark 1997

Hepatitis-C-Inzidenz:

(Studien - injizierende Drogengebraucher)

Autor	Land	HCV-Inzidenz /100 PJ
Roy (review) ⁷	2002 EU Länder	8,2 - 39,3
van Beek ⁶	1998 Australien	20,9 (75,6 bei < 20-J.)
Mansson ⁵	2000 Schweden	26,3
Fuller ⁸	2004 U.S.A.	35,9

5 Mansson AS; Scand J Infect Dis 2000

7 Roy K; Epidemiol Infect 2002

6 van Beek I; BMJ 1998

8 Fuller CM; J Urban Health 2004

Risikofaktoren für Hepatitis C : (Studien)

- **Blutspender:**
 - i.v. Drogengebrauch ³ OR 49,6
- **Injizierende Drogengebraucher:**
 - Spritzentausch ⁴ OR 9,7
 - Fehlen drogenfreier Phasen⁵ OR 5,7
 - Gefängnis ⁶ OR 3,5
 - Dauer des Drogengebrauchs ⁶ OR 2,5
 - Alter < 20 Jahre ⁶ OR 2,5

3 Murphy EL; Hepatology 2000

5 Mansson AS; Scand J Infect Dis 2000

4 Stark K; Int J Epidemiol 1997

6 van Beek I; BMJ 1998

Hepatitis C und Haft:

- 200.000 Personen durchlaufen jährlich
- in Deutschland JVA
- Hälfte aller Haftinsassen ist drogenerfahren
- 50% der i.v. Drogenkonsumenten setzen diesen in Haft fort
- Haftaufenthalte: zentraler Risikofaktor für Beginn einer Drogenkarriere

Vergleich der Epidemiologie von Hepatitis C

mit weiteren industrialisierten Ländern

Zahlreiche Parallelen, ...z.B.:

- **England 5:** 87% gemeldeter Neudiagnosen mit Angabe zum Übertragungsweg: IVDA
- **Dänemark 6:** 51% der Drogentoten: HCV-Ak
- **Australien 7:** 93% der akuten Infektionen: IVDA

5 Gungabissoon U et al.: Hepatitis C virus: laboratory surveillance in England and Wales, 1992-2004. Epidemiol Infect 2006

6 Christensen P et al.: Surveillance of HIV and viral hepatitis by analysis of samples from drug related deaths. Eur J Epidemiol 2006

7 Robotin MC et al.: Surveillance for newly acquired hepatitis C, Australia. J Gastroent Hepatol 2004

Zusammenfassung HCV:

Wenig-industrialisierte Länder:

Weiterhin Infektionen durch kontaminierte Injektionen (medizin. Zwecke)

Industrialisierte Länder:

Injizierende Drogengebraucher weisen sehr hohe HCV-Prävalenz/-Inzidenz auf

Surveillance von Hepatitis C (Deutschland):

- etwa konstante Zahl an HCV-Erstdiagnosen 1997-2005
- höchste Inzidenz an Erstdiagnosen unter jungen Männern
- i.v. Drogengebrauch bedeutsamster Risikofaktor

Hepatitis C und i.v. Drogenkonsum:

- Prävalenz von Hepatitis C unter IVDA hoch
- Inzidenz von Hepatitis C unter IVDA vermutlich hoch

Entscheidend:

Gemeinsame Anstrengung im Hinblick auf

- Diagnostik und indikationsgerechte Therapie
- Vermeiden von Neuinfektionen

Ausblick:

- Kurzfristig: Studie zu Wissen Einstellungen und Verhalten (KAB) zu HIV, HBV, HCV bei JVA Insassen geplant (ENDIP, RKI)
- Mittel- und längerfristig: Aufbau eines Surveillance Systems zum Monitoring von Infektionsmarkern (HIV, HBV, HCV) bei IVDA in unterschiedlichen Settings in Verbindung mit KAB-Erhebungen.

Forschungsbericht

Wissensstand, Risikomanagement und Selbstüberzeugungen bei intravenösen DrogengebraucherInnen zur Hepatitisprophylaxe

Hans-Volker Happel¹

Fachhochschule Frankfurt/Main, Integrative Drogenhilfe Frankfurt/Main

1.0 Hintergrund und Fragestellung

Die medizinische Befundlage zur Hepatitisbelastung unterschiedlicher Drogenpopulationen ist – soweit die Rahmenkontexte definiert sind – gut und zuverlässig dokumentiert. Die nachfolgend aufgeführten Studien liegen weitgehend im Bereich der von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, 2003) konstatierten Prävalenz- und Inzidenzraten, wonach europaweit 40 % bis 90 % der jeweiligen intravenös konsumierenden Subpopulationen einen positiven HCV-Status aufweisen:

- KEPLER et al. (1996) fanden bei 74,8 % inhaftierter DrogengebraucherInnen in der JVA Vechta einen positiven HCV-Status.
- Von 106 Opiatabhängigen eines Metadonerhaltungsprogramms in London hatten 86 % einen positiven HCV-Status (BEST et al. 1999).
- Im Rahmen einer mehrjährig groß angelegten Impfschutzaktion in der offenen Berliner Szene wurde bei 47,5% der 701 in die Studie aufgenommenen DrogenkonsumentInnen ein positives HCV-Ergebnis gefunden (de RIDDER et al. 2004).
- In verschiedenen Schweizer Spritzenaustauschprogrammen wurden die BesucherInnen in der Zeit von 1994 bis 2000 bezüglich ihres Hepatitisstatus befragt. BENNINGHOFF et al. (2006) haben dabei einen selbst berichteten positiven Hepatitis-C-Status bei 59% der NutzerInnen festgestellt.

Die aufgeführten Studien stellen in ihren Schlussfolgerungen durchgängig eine generelle Tendenz zur Prävalenzerhöhung von HCV und HBV bei intravenösen DrogengebraucherInnen (IDG) fest.

Die Steigerung der Hepatitideninfektionen steht im Widerspruch zur Stabilisierung oder zum Teil auch zur Reduktion der HIV-Infektionen bei IDG. STÖVER (2002) interpretiert diese Diskrepanz als Versäumnis der Drogenpolitik und der Drogenhilfe. Man habe zu lange auf eine „Huckpackstrategie“ gesetzt und darauf vertraut, dass mit der HIV-Prävention auch das Hepatitisrisiko quasi im Schlepptau reduziert würde.

Im Gegensatz zur medizinischen Befundlage ist der Informationsstand über psycho-soziale, kognitive und verhaltensrelevante Zusammenhänge bei IDG in Bezug auf Hepatitis unzureichend. In bisherigen Veröffentlichungen

finden sich eine Vielzahl interessanter Einzelfallbeschreibungen mit anekdotischer Evidenz, die durchaus Informationen für Präventionen liefern, es gibt aber kaum Untersuchungen, die generalisierbare Aussagen zu Fragen des Kenntnisstandes, des präventiven Verhaltens, der Einstellungen zu Risiken und Grundüberzeugungen bei IDG ermöglichen.

Im angloamerikanischen Raum werden diese Fragestellungen, zumindest seit 2000, systematischer bearbeitet.

Exemplarisch werden für diesen Sachverhalt drei Untersuchungen vorgestellt:

- 61% derjenigen, die ihren HCV-Antikörperstatus nicht kannten, wurden positiv getestet. Diejenigen, die ihren Status kennen, berichten insgesamt von weniger riskantem Konsumverhalten (KWIATKOWSKI et al. 2002).
- AITKEN et al. (2002) interviewten 47 IDG, von denen 59,6% HCV-positiv getestet wurden. Die Mehrzahl der Interviewten berichtet spontan von „safer use“ Techniken, eine detaillierte Erfassung der Abläufe beim Konsum zeigt jedoch, dass erhebliche Infektionsrisiken eingegangen werden.
- In einer Gruppe Australischer IDG findet sich eine deutliche Korrespondenz zwischen problematischen Einstellungen zu HCV-Risiken und –Erkrankungen und riskanten Gebrauchsmustern. Die Infektion werde – so die Auffassung der IDG – durch mangelnde Hygiene und schmutziges Wasser verursacht, sie habe nur einen milden Verlauf und eine Infektiosität liege nur bei Auftreten von Ikterussymptomen vor (SOUTHGATE et al. 2005).

In einer der wenigen deutschsprachigen Untersuchungen von BRODBECK et al. (2004) werden die angesprochenen Zusammenhänge durch relevante Ergebnisse ergänzt. Die 146 interviewten intravenösen Drogengebraucherinnen schätzen die notwendigen Lebensveränderungen bei einer HCV-Infektion wesentlich geringer ein, als bei einer HIV-Infektion.

Entsprechend ist auch die Angst vor und die Motivation zu einer Prävention der HCV-Infektion deutlich geringer.

Die zitierten psycho-sozial orientierten Untersuchungen machen eins deutlich: Einstellungen, Wissensstand, Verhaltensweisen, Risikobewusstsein und Selbstüberzeugungen schaffen eine oft gefährliche Gemengelage, die eine nachhaltige Verbesserung der Prävention gefährden kann.

Die zuvor skizzierten Gegebenheiten zeigten sich auch bei einer breit angelegten freiwilligen vertrauenswürdigen Test- und Impfschutzaktion im größten deutschen Konsumraum der Niddastraße in Frankfurt, die in den Jahren 2004 bis 2005 durchgeführt wurde. Die Reaktionen der KonsumraumnutzerInnen auf dieses Test- und Impfschutzangebot war ausge-

sprochen different und umfasste ein breites Spektrum unterschiedlichster Argumente für oder gegen eine Teilnahme.

Die Argumente reichten dabei von „Na ja, nach 5 Jahren Drogengebrauch ist es mal an der Zeit, dass ich meinen Hepatitisstatus kenne“ bis hin zu Äußerungen wie „Ich bin immun, da ich alle Viren bereits gefangen habe“. Auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen wurde die hier vorzustellende psycho-soziale Untersuchung geplant, wobei folgende Fragestellungen im Zentrum stehen:

- Was sind die Motive der DrogenkonsumentInnen, sich an dieser Aktion zu beteiligen bzw. was sind die Gründe für eine Teilnahmeverweigerung?
- Wie ist der Kenntnis- und Informationsstand zum Hepatitisrisiko, zu Präventionsmaßnahmen und zu Behandlungsmöglichkeiten innerhalb der Gruppe der IDG?
- Verbessert sich präventives Verhalten im Zusammenhang mit neuen HCV-Informationen bzw. negativen/positiven Befundlagen?
- Unter welchen Bedingungen lässt sich die Compliance noch nicht infizierter bzw. infizierter IDG bei der Prophylaxe bzw. Behandlung verbessern?

Im Falle von positiven serologischen Befunden ist zu fragen, ob der Infektionsweg nachvollzogen werden kann bzw. ob eine Vorstellung über die Infektionsweise besteht.

Die Beantwortung dieser Fragen kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung von Präventionsbotschaften und Materialien für diese Adressatengruppe leisten.

2.0 Methodik

Die TeilnehmerInnen an der psycho-sozialen Befragung sind BesucherInnen des Konsumraumes in der Niddastraße in Frankfurt (jährlich wird dieser Raum von etwa 2 700 unterschiedlichen IDG benutzt, insgesamt werden in diesem Raum bis zu 80 000 Konsumvorgänge pro Jahr durchgeführt). Das halbstandardisierte Interview (offene Fragestellungen, die Antworten werden vorgegebenen Kategorien zugeordnet) wurde von trainierten studentischen InterviewerInnen in einem Nebenraum des Konsumraumes durchgeführt. Die TeilnehmerInnen erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 5 €. In die Auswertung konnten 340 vollständige Interviews einbezogen werden. Bei insgesamt 1225 unterschiedlichen BesucherInnen für die Phase der Interviewdurchführung konnte damit eine Ausschöpfungsrate von etwa 28% erreicht werden.

3.0 Ergebnisse

In Tabelle 1 sind einige Sozialdaten der interviewten Gruppe dargestellt. Im Vergleich zum genderspezifischen Nutzungsverhältnis des Konsumraumes (m = 85% /w = 15%) haben an der Befragung mehr Frauen teilgenommen. Frauen verfügen auch über einen aktuelleren Teststatus als Männer. Die Gesamtgruppe N = 340 setzt sich zusammen aus 132 TeilnehmerInnen, die auch an der Test- und Impfschutzaktion teilgenommen haben, aus 134 TeilnehmerInnen die die Test- und Impfschutzaktion kannten aber nicht daran teilgenommen haben und aus einer Gruppe (N = 74), die trotz intensivster Bewerbung der gesamten Impfschutzaktion, diese selbst nicht kannten.

Tabelle 1

Daten zu den InterviewteilerInnen der Hepatitisbefragung Juli/August 2005

	Gesamtgruppe	w	m
Geschlechtsverhältnis	340	25.6 % (N = 87)	74.4 % (N = 253)
Ø Alter in Jahren	33,7 (19 – 62 Jahre)	32.7	34.1
Ø Dauer der Drogenabhängigkeit in Jahren	14.0 (1 – 37 Jahre)	14.2	14.0
Letzter Test, älter als 1 Jahr	13.3 % (N = 45)	4.5 %	16.2 % **
1 Gruppe 1 (N = 132) TeilnehmerInnen an der Impfschutzaktion Gruppe 2 (N = 134) kennen Impfschutzaktion, haben aber nicht teilgenommen Gruppe 3 (N = 74) kennen Impfschutzaktion nicht			

Die folgende Tabelle 2 bezieht sich auf den Hepatitisstatus. Werden die Hepatitis kombinationen zusammengezählt, ergibt sich eine HCV-Belastung der TeilnehmerInnengruppe von 59,2%. Zudem weist die Tabelle aus, dass Frauen deutlich stärker mit Hepatitisproblemen belastet sind als Männer. Ein weiteres überraschendes Ergebnis ist in der Tabelle aufgeführt. Immerhin 16,7% der Nichtinfizierten sind schon länger als 20 Jahre als DrogengebraucherInnen ausgewiesen. Unabhängig davon, ob diese Gruppe durch besondere biologische Immunität gegenüber Hepatitis und

/oder durch „safer use“ beim Gebrauch dieses erreicht hat, so steht diese Gruppe doch als Gegenbeispiel zur Auffassung, nach der eine Hepatitisinfektion bei Drogengebrauch als unvermeidlicher „Kollateralschaden“ gesehen wird.

Tabelle 2

**Serostatus der InterviewteilernehmerInnen
der Hepatitisbefragung Juli/August 2005**

Serostatus	Gesamtgruppe	w	m
Keine Seropositivität ¹	30.0 % (N = 102)	25.3 %	41.1 %
Hepatitisstatus unbekannt	7.1 % (N = 24)	3.4 %	8.3 %
HBV	3.8 % (N = 13)	3.4 %	4.0 %
HCV	45.6 % (N = 155)	50.6 %	43.9 % *
HBV + HCV	7.1 % (N = 24)	9.2 %	6.3 %
HAV + HBV + HCV	6.5 % (N = 22)	11.5	4.7 % *
16.7 % (N = 17) der Nichtinfizierten gebrauchen schon länger als 20 Jahre Drogen			
<small>1 in dieser Gruppe sind 6 TeilnehmerInnen mit HAV-Ak Chi-Quadrat nach PEARSON, Geschlechterunterschiede auf dem * 5% Niveau, ** auf dem 1% Niveau signifikant</small>			

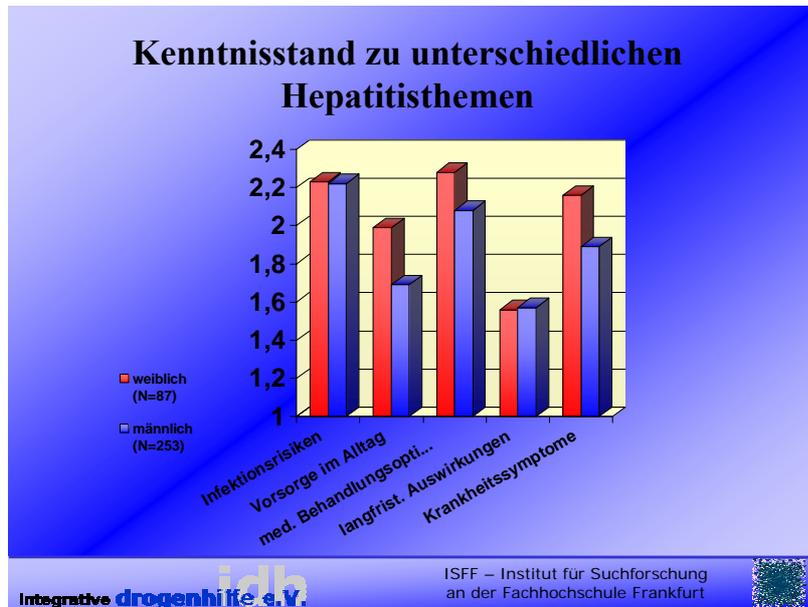
Auf einer 6-stufigen Ratingsskala sollten die TeilnehmerInnen erstens ihren allgemeinen Kenntnisstand in Bezug auf Hepatitis und zweitens ihren Kenntnisstand in Bezug auf Infektionsrisiken einschätzen. Beim Vergleich dieser beiden Einschätzungen zeigen sich deutliche Diskrepanzen.

Während 49,5% ihren allgemeinen Informationsstand zu Hepatitis als gut bis sehr gut einschätzen, wird der Informationsstand zu den Infektionsrisiken von 73,2% als gut bis sehr gut eingeschätzt. Dieser Unterschied signalisiert möglicherweise eine Grundhaltung, die etwa nach dem Motto verläuft: „Es reicht aus, wenn ich mich über Infektionsrisiken schlau mache, um die komplizierten Krankheitsverläufe muss ich mich nicht kümmern“.

Zudem wird bei der Einschätzung des subjektiven Informationsstandes deutlich, dass Infizierte sich insgesamt besser einschätzen als Nicht-Infizierte.

Kontrastiert man den subjektiv eingeschätzten Informationsstand mit dem objektiven Wissen um Hepatitis, so werden wesentliche Aspekte deutlich. Die nachfolgende Graphik 1 dokumentiert den unterschiedlichen objektiven Kenntnisstand bei weiblichen und männlichen TeilnehmerInnen und verweist zudem auch noch einmal darauf, in welcher Art und Weise der objektive Kenntnisstand definiert und erhoben wurde.

Graphik 1

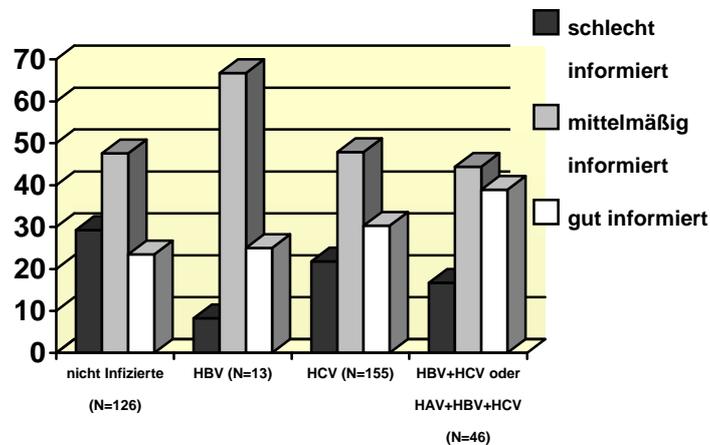


Die in der Graphik verwendeten Werte sind auf Ordinalskalsniveau zusammengefasste Daten, wobei eine 1 einen schlechten Informationsstand, eine 2 einen mittelmäßigen Informationsstand und eine 3 einen guten Informationsstand zum Thema Hepatitis widerspiegelt. Ein guter Informationsstand wurde darüber definiert, dass zu den fünf Bereichen (Infektionsrisiken, Vorsorgemöglichkeiten im Alltag, medizinische Behandlungsoptionen, langfristige Auswirkungen und Krankheitssymptome) mindestens drei unterschiedliche Angaben gemacht werden können. Die Tabelle zeigt zudem, dass Frauen besser informiert sind als männliche IDG.

In der nachfolgenden Graphik 2 wird der subjektive und objektive Kenntnisstand über verschiedene Infektionsgruppen hinweg miteinander verglichen. Die Graphik ist so zu lesen, dass TeilnehmerInnen, die sich subjektiv als „gut informiert“ einschätzen, objektiv oft schlecht oder mittelmäßig informiert sind. Insbesondere die Gruppe der Nichtinfizierten fällt hier aus dem Rahmen: 30% der Nichtinfizierten, die sich als subjektiv gut informiert einschätzen, sind objektiv eher schlecht informiert, können also zu den o. g. Bereichen nur unzureichend Auskunft geben. Die am stärksten mit Infektionskombinationen belastete Gruppe (HA + B + CV) schätzt sich am angemessensten ein. Die Graphik verdeutlicht, dass in der Gruppe der IDG der eigene Kenntnisstand überschätzt wird.

Graphik 2

**Befragte, die sich selbst als gut informiert einschätzen
sind objektiv.. (Angaben in Prozent)**



Ein zuverlässiger Vergleich zwischen dem eigenen Kenntnisstand in Bezug auf den Serostatus und den objektiven Gegebenheiten konnte nur für die Gruppe 1 (TeilnehmerInnen an der Test- und Impfschutzaktion) vorgenommen werden. Dabei zeigte sich, dass bei 22,7% (N = 30) das Hepatitisergebnis neu war, bei 6,1% (N = 8) wurde zu einer älteren Diagnose eine weitere Infektion festgestellt; mithin kennen 71,2% der Gruppe 1 ihren Serostatus, im Vergleich zu anderen internationalen Studien ein (MAHER et

al. 2004, AITKEN et al. 2002; NCUBE et al. 2006) zufrieden stellendes Ergebnis.

Die Behandlungsbereitschaft wird dagegen eher als diffuse „terra incognita“ beschrieben, weshalb die Bereitschaft zur Beratung und Behandlung im Falle einer Infektion auch ausgesprochen zögerlich und skeptisch geäußert wird. Neben der Tatsache, dass Frauen signifikant besser über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten informiert sind, unterstreicht folgendes Beispiel die in diesem Bereich herrschende Unklarheit: 65,9% kennen die Interferonbehandlung, die Kombinationsbehandlung Interferon und Ribavirin kennen nur 4,7%. Die häufigsten Ablehnungsgründe für eine Beratung bzw. Behandlung sind die befürchteten Nebenwirkungen, die ärztliche Erwartung, den Beikonsum einzugrenzen, die Hypothese, dass nur wenige Behandlungen erfolgreich sind und weitere befürchtete Behandlungsaufgaben (zum Beispiel keinen Alkohol mehr, kein Kontakt zu riskanten Milieus etc.).

In Tabelle 3 sind die Gründe und Anlässe aufgeführt, die IDG veranlasst haben bzw. veranlassen könnten, bei einer Test- und Impfschutzaktion mitzumachen. Die Testbereitschaft gründet sich vor allem auf Sorge und Angst um die eigene Gesundheit und damit wird deutlich, dass die zentrale Motivation eher von negativen Emotionen und Ängsten bestimmt wird. Das Interesse am eigenen Leberstatus – die zentrale Zielsetzung eines Bluttestes – wird auf Rangplatz 7 eingestuft.

Tabelle 3 →

Tabelle 3

Testgründe und –anlässe

Was hat oder was könnte Sie veranlassen, an einer Diagnose- und Schutzimpfungsaktion teilzunehmen?

Rangreihe der Nennungen (Mehrfachnennungen möglich)		
1.	Sorge/Angst um eigene Gesundheit	46.2%
2.	Weil und/oder wenn es kostenlos angeboten wird	15.0%
3.	Sonstiges (andere nicht zu infizieren, wegen Kinderwunsch, dass es nicht schlimmer wird)	14.7%
4.	Allgemeiner Gesundheitscheck	11.2%
5.	Überprüfung einer älteren Diagnose	5.6%
6.	Einfach so, ohne besonderen Grund	5.6%
7.	Interesse am eigenen Hepatitis/Leberstatus	4.7%

Die unzureichenden und daher problematischen Zusammenhänge zwischen angemessener Kenntnis und entsprechender Erklärung zu Hepatitis zeigen sich dann noch einmal nachdrücklich bei den Annahmen und Vermutungen zu den Infektionsquellen. 60% der Infizierten nennen mindestens eine optionale Infektionsquelle (11,7% nennen zwei Infektionsquellen). 23% der Infizierten haben keine Erklärung für die eigene Infektion.

Die vier am häufigsten genannten Infektionsquellen sind in Tabelle 4 aufgeführt. Auffällig ist dabei die häufige Nennung des ungeschützten Geschlechtsverkehrs als Infektionsquelle. Nach seriösen epidemiologischen Daten ist die sexuelle Transmission unklar und liegt höchstens zwischen 0% und 4 % (siehe SCHÄFER et al. 2005). Die anderen akzessorischen Zufallstreffer (Wasser aus dem Main, infiziertes Heroin etc.) verweisen darauf, dass die IDG objektiv eher unwahrscheinliche Infektionswege für die Infektion verantwortlich machen. Über Geschlechtsverkehr infiziert zu werden ist demnach allemal weniger verwerflich als über Unachtsamkeit beim Drogenkonsum.

Tabelle 4

Die vier am häufigsten genannten Infektionsquellen:

1) Gemeinsame Nadelnutzung	32.3% *
2) Ungeschützter Geschlechtsverkehr	25.9%
3) Sonstiges (Serviceleute, Toilette, Wasser aus dem Main, Tattoo, seit Geburt, dreckige Schore, Zungenkuss, Bluttransfusion)	20.9%
4) Gemeinsame Nutzung der Aufbereitungsutensilien	10.0%

*m/w-Differenz auf dem 5%-Niveau signifikant, <w

85% der InterviewteilnehmerInnen geben an immer (weitere 10% meistens), safer use Praktiken zu beachten. Die TeilnehmerInnen der Gruppe 1 (Teilnahme an der Test- und Impfschutzaktion) wurden daher gesondert gefragt, ob sie ihr Vorsorge- und Präventionsverhalten mit Eintritt in die Impfschutzaktion verändert haben. In Tabelle 5 sind die entsprechenden Angaben aufgeführt. Die Angaben sind so zu verstehen, dass der Großteil der TeilnehmerInnen bereits vor Teilnahme an der Impfschutzaktion entsprechendes „safer-use-Verhalten“ praktiziert hat. Doch mit der Impfschutzaktion hätten sie sich nochmals intensiver mit den jeweiligen Aspekten auseinandergesetzt. Die erfolgten Veränderungen ständen in direktem Zusammenhang mit den Beratungsgesprächen, die im Rahmen der Impfschutzaktion stattgefunden haben. So wird beispielsweise die erhöhte Aufmerksamkeit in Bezug auf Nadeltausch und gemeinsame Benutzung der Utensilien von den Infizierten in Zusammenhang mit der Neuerkenntnis der Reinfektion gebracht. Dies sei ihnen im Vorfeld der Impfschutzaktion nicht bekannt gewesen.

Tabelle 5 →

Tabelle 5

**Explizite Änderungen im Vorsorge- und Präventionsverhalten
Prozentangaben derjenigen, die mit Eintritt in die Impfschutzaktion
ihr Präventionsverhalten verändert haben**

Nur Gruppe 1	Nichtinfizierte (N = 47)	Infizierte (HBV und/oder HCV, N = 85)
Keinen Nadeltausch	21.3%	27.1%
Keine gemeinsame Benutzung der Utensilien	21.3%	23.5%
Sonstiges (weniger Drogen, safer sex, insgesamt vorsichtiger)	2.1%	16.7%
Desinfektion der Injektionsstelle	17.0%	15.3%
Allgemeine Hygieneverbesserung (Händewaschen)	12.8%	11.8%
Blutkontaktvermeidung	10.6%	11.8%
Keine harten Alkoholika	2.1%	10.6%
Ernährungsumstellung	0%	4.7%
Keine gemeinsame Verwendung von Alltagsgegenständen	8.5%	3.5%

4. 0 Diskussion

Die Steigerung der Hepatitisinfektionen bei IDG steht im Widerspruch zur Stabilisierung oder zum Teil auch zur Reduktion der HIV-Infektionen.

WALKER et al. (2006) fanden beim Vergleich zweier Jahrgangsguppen (2003 versus 2005) einen Rückgang der HIV-Prävalenz von 15,4% auf 12,7%, während die HCV-Prävalenz von 68,5% auf 73,8% anstieg. In der Gruppe der HIV-Positiven reduzierte sich der Nadeltausch von 39,0% auf 7,0%. Bei den HCV-Positiven dagegen stieg der berichtete Nadeltausch (im letzten halben Jahr) von 22,5% auf 34,4%.

In analoger Form präsentieren sich auch die TeilnehmerInnen unserer Befragung. Während 85% konsequentes „safer-use-Verhalten“ berichten, werden bei der Frage nach objektiven Wissensbeständen Defizite deutlich. Das dargestellte Risikoverhalten und die zugeordneten subjektiven Überzeugungen „safer-use-Verhalten“ zu praktizieren, fungieren dabei eher als eine Beschreibung der subjektiv wahrgenommenen Risikoeinschätzung und weniger als eine zutreffende Beschreibung angemessenen aktuellen Risiko-

verhaltens. Diese Diskrepanz wird nicht nur durch mangelnde Kenntnis des Infektionssachverhaltens bei Hepatitis bestimmt (Alle wissen, dass Blutübertragung die alles entscheidende Infektionsquelle ist). Die vermuteten Infektionsgefahren reduzieren sich fast ausschließlich nur auf den Nadeltausch und eher unwahrscheinlichere Infektionsquellen (ungeschützter Geschlechtsverkehr, schmutziges Wasser etc.). Die Trivialisierung bei den Übertragungsrisiken und die Unkenntnis medizinischer Langzeitfolgen führen dazu, dass wichtige Informationen zur Entwicklung einer eigenen angemessenen Haltung und Verhaltensweise ausgeblendet werden. Die Weigerung, sich intensiver mit der Thematik zu beschäftigen, rührt zum Teil auch daher, dass Schlussfolgerungen und Konsequenzen aus den Präventionsbotschaften durch ihre vermeintliche Radikalität vermieden werden. Der asymptomatische Verlauf der Störung trägt mit dazu bei, dass die HCV-Infektion nicht ernst genommen wird.

Die Widersprüchlichkeit der verschiedenen interagierenden Ebenen wie Gesundheit, Drogengebrauch, Gestaltung des Lebensalltags, Krankheit und Infektion wird am deutlichsten bei der Begründung der Testbereitschaft. Der Test soll Sorge und Angst reduzieren, bei einem positiven Testergebnis jedoch erwarten die IDG einschneidende Veränderungen ihrer Lebensgestaltung, zu denen sie aber nur bedingt bereit sind.

RHODES, DAVIES, JUDD (2004) fanden im Rahmen qualitativer Tiefeninterviews bei Londoner IDG (N = 59) in Bezug auf HCV nur partielles Wissen, Unsicherheit und Verwirrung. Die Selbstwirksamkeit in Bezug auf Infektionsvermeidung schätzten die Interviewten nur gering ein, da HCV-Infektionen im Drogenszenebereich allgegenwärtig und unvermeidlich seien. Gleichwohl äußern die InterviewteilnehmerInnen, dass sie mit diesem Zustand der Unsicherheit und Unübersichtlichkeit nicht zufrieden sind und eine Verbesserung des Informationsstandes und eine Veränderung des Risikoverhaltens wünschen.

Im Gegensatz zu den Londoner IDG kann bei der Zustandsbeschreibung der in dieser Untersuchung interviewten Gruppe ein Wunsch nach Verbesserung des Informationsstandes und nach Veränderung des Risikomanagements nur bedingt festgestellt werden.

So fanden MRUS et al. (2006) bei einer Untersuchung zur Wertigkeit und Bedeutung der Gesundheit in einer Gruppe von 203 HIV- und HCV-Infizierten IDG nur eine begrenzte Bereitschaft zur Veränderung der Lebensumstände, wenn damit ein besserer Gesundheitszustand erzielt werden könnte; 21% waren überhaupt nicht bereit, irgendeine Änderung ihrer Lebensumstände vorzunehmen, 57% konnten sich zumindest vorstellen, einen Monat lang ihren Lebensstil umzustellen, um eine Verbesserung der

Gesundheit zu erreichen. Noch deutlicher werden die skizzierten Ambivalenzen wenn es um konkrete Behandlungsansätze geht. WALLEY et al. (2005) konnten bei 54% einer Metadonbehandlungsgruppe (n = 110) ein definitives Interesse an einer HCV-Behandlung nach Aufklärung über Risiken und Vorteile wecken. Allein über die Änderung des konkreten Verhaltens liegen leider keine Angaben vor. Zwischen verbaler Bekundung und tatsächlicher Behandlungsaufnahme bestehen erhebliche Unterschiede. STRATHDEE et al. (2005) registrierte bei 81,5% eine Gruppe von HCV-Infizierten (N = 216) ein Interesse an der Behandlung. Tatsächlich Kontakt zu einem Gesundheitsdienst zwecks Einleitung einer Behandlung haben jedoch nur 27,3% aufgesucht.

Eine Hygienisierung des puren Konsumaktes ist dann auch die einzige Veränderung im Gesamtverhalten, die die Frankfurter IDG bereit sind zu leisten. Nachhaltigere Präventionsansätze erreichen nur einen Teil der IDG, hier insbesondere die HCV-Positiven, die zum Teil auch erste Krankheitssymptome ausgebildet haben. Diese Gruppe ist weit bereit, eine über reine „safer use Strategien“ hinausgehende präventive Änderung vorzunehmen, wie z. B. eine erhöhte Blutaufmerksamkeit (siehe dazu DETTMER 2006).

Die skizzierte Grundauffassung der IDG korrespondiert mit Einschätzungen und Haltungen auf professioneller Seite. Zusammenfassend kann das folgendermaßen dargestellt werden: „Wir informieren ausführlich, wir beraten bei Tests und Behandlungswünschen, alle relevanten „safer-use-Vorgaben“ werden bei uns praktiziert, umsetzen müssen das die IDG selbst.“ Bei aller Qualität des Präventionsangebots, ist eine Sättigung bei Präventions- und schadensminimierenden Botschaften, ja gar eine Präventionsmüdigkeit sowohl in der Gruppe der IDG aber auch bei den Professionellen unübersehbar.

5.0 Schlussfolgerungen

Eine angemessene und sachgerechte Fortführung der Hepatitisprävention muss die vorhandenen Ambivalenzen, Diskrepanzen und Fehlattritionen in der Adressatengruppe berücksichtigen. Die Förderung der Veränderungsbereitschaft kann daher eher mit Gesundheitsbotschaften als mit Seuchenbekämpfungsparolen geweckt werden, in denen den IDG zusätzlich eine Bringschuld auferlegt wird (völlige Veränderung des Lebensstils). Motivierende Interventionen und Gesprächsführungstechniken ermöglichen die Wahrnehmung derartiger Diskrepanzen und Widerstände gegen einen offensiveren Umgang mit der Thematik. Dass derartige Maß-

nahmen nicht sofort das Gesamtverhalten beeinflussen müssen, sondern durch zielführende, kleine Schritte zu Veränderungen führen können und damit auch zu einer Stabilisierung der Selbstwirksamkeitserwartungen, konnte ZULE et al. (2006) im Rahmen einer motivierenden Intervention zur Reduktion des Alkoholkonsums unter HCV-positiven IDG nachweisen. Mit der Teilnahme am Alkoholreduktionsprogramm reduzierten sich auch die Häufigkeiten des Heroin- und Kokainkonsums und das Risikoverhalten beim Injizieren. Die Gruppe um ZULE konstatiert, dass mit realistischen, alternativen Strategien die Risiken nicht komplett auszuschalten sind, aber immerhin können derartige Ansätze zu einer Verlangsamung der Krankheitsprogression beitragen. Ähnliche Ergebnisse werden von TUCKER et al. (2002) berichtet, die mit Kurzzeitinterventionen eine deutliche Reduktion der Injektionsrisiken bei IDG erreichen konnten.

UCHTENHAGEN (2005) fordert klare und transparente Regeln für BenutzerInnen schadensminimierender Angebote Dies muss auch für die HCV-Prävention gelten. Aufklärung, Informationen sowie Beratungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten müssen über eine klare Botschaft vermittelt werden: Hepatitis ist vermeidbar, behandelbar und heilbar. Hepatitis ist nicht unproblematisch, nicht heimtückisch und nicht nur ein grippaler Infekt. Die Verantwortung für das Risikomanagement muss sowohl von den IDG selbst als auch von MitarbeiterInnen übernommen werden. Es kann nicht sein, dass IDG die Verantwortung für die Transmission der Infektion an die mitkonsumierenden Peers abwälzen (siehe WRIGHT, TOMPKINS, JOHNS 2005). Entsprechend ist auch das Methodeninventar der Drogenhilfe obligatorisch, um entsprechende systematische Kurzzeitinterventionen für den Bereich von Hepatitisprävention zu erweitern. Hierzu finden sich im Handbuch AKTIONSBÜNDNISSES HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH (2006) vielfältige Anwendungsbeispiele. Zudem wäre es sinnvoll, wenn Träger und Projektverantwortliche Positionen für HEP-Beauftragte einrichteten, die für einen kontinuierlichen und sachgerechten Umgang mit dieser Thematik sorgen.

Literatur

- AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH (2006): Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch: Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht. Akzept e. V. Berlin 2006
- AITKEN, C. K.; KERGER, M.; CROFTS, N. (2002): Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users. *Drug Alcohol Rev.* 21 (1), p. 33 -37.
- BENNINGHOFF, F.; MORENCY, P.; GEENSE, R. et al. (2006): Health trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994-2000). *AIDS care* 18 (4), p. 371-375.
- BRODBECK, J.; MATTER, M.; ROOS, M. et al. (2004): Virale Hepatitis und HIV aus Sicht von Drogenkonsumentinnen. *SUCHT* 50(6), S. 354-360.
- deRIDDER, M.; DETTMER, K.; HACKENBERG, B. et al. (2004): Hepatitis auf offenen Drogenszenen. *Dtsch. Ärzteblatt* 101 (43), S. A 2893-2896.
- DETTMER, K. (2006): HCV-Prävention – die Bedeutung von Blutaufmerksamkeit und Hygiene für die Infektionsprophylaxe im Kontext von Drogenkonsum. Vortrag auf der 3. Internationalen Fachtagung Hepatitis des Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch, 21./22.09.06, Bonn.
- KWIATKOWSKI, C.F.; FORTUIN CORS, K.; BOOTH, R. E. (2002): The association between knowledge of hepatitis C virus status and risk behaviours in injection drug users. *Addiction* 97(10) p. 1289-1294.
- MRUS, J. M.; SHERMAN, R. E.; LEONARD, A. C. et al. (2006): Health values of patients coinfecting with HIV/hepatitis c: Are two viruses worse than one? *Med. Care.* 44(2), p. 158-166.
- MAHLER, L.; CHANT, K.; JALA LUDIN, B. (2004): Risk behaviours and antibody hepatitis B und C prevalence among injecting drug users in south western Sydney, Australien. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 19(10), p.1114-1120.
- NCUB, F.; HOPE, V.; de SOUZA-THOMAS, L. et al. (2006): Trends in uptake of voluntary confidential testing for HIV and hepatitis C among injecting drug users in UK: Implications for prevention. Paper presented at the International Harm Reduction Conference in Vancouver.
- RHODES, T.; DAVIS, M.; JUDD, A. 2004: Hepatitis C and its risk management among drug injectors in London: renewing harm reduction in the context of uncertainty. *Addiction* 99(5), p. 621-633.
- SCHÄFER, M.; BERG, T. (2005): Die chronische Hepatitis-C-Infektion: Häufigkeit, Verlauf und Stand der Behandlungsmöglichkeiten bei Patienten mit intravenöser Drogenabhängigkeit. *SUCHT* 51(2), S. 97-108.
- SOUTHGATE, K.E.; WEATHERALL, A.M.; DAY, C. et al. (2005): What's in a virus? Folk understanding of hepatitis C infection and infectiousness among injecting drug users in King Cross, Sydney. *Int. J. Equity Health* 4,5.
- STÖVER, H. (2002): Hepatitis-Prophylaxe für DrogengebraucherInnen. In: BÖLLINGER, L.; STÖVER, H. (Hrsg.) *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. 5. überarb.Auflage, Frankfurt/M. 2005

- STRATHDEE, S. A.; LATKA, M.; CAMPBELL, J. et al. (2005): Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users *Clin.Infect. Dis.* 15,40 Suppl. p. 304-312.
- TUCKER, T.; CRAIG, F.; BALDWIN, K.S. et al. (2002): Randomised controlled trial of a brief behavioural intervention for reducing hepatitis C virus risk practices among injecting drug users. Final report: Turning Point, Alcohol and Drug Centre, Melbourne.
- UCHTENHAGEN, A. (2005): Risiko- und Schadensminimierung – wie wirksam sind sie? *Suchtherapie* 6, S. 52-59.
- WALKER, E.; CARR, D.; SHAW, A. et al. (2006): Initial trends in HIV and hepatitis C (HCV) prevalence and associated risk behaviours among injecting drug users (IDU) in Victoria, British Columbia. Paper presented at the International Harm Reduction Conference in Vancouver.
- WALLEY, A. Y.; WHITE, M.C.; KUSHEL, M. B. et al. (2005): Knowledge of and interest in hepatitis C treatment at a methadone clinic. *J. Subst. Abuse Treat.* 28 (2), p. 181-187.
- WRIGHT, N. M.; TOMPKINS, C.N.; JONES, L. (2005): Exploring risk perception and behaviour of homeless injecting drug users diagnosed with hepatitis C. *Health Soc. Care Community* 13 (1), p. 75-83.
- ZULE, W.; COSTENBADER, L.; WECHSBERG, W. et al. (2006): Impact of a motivational intervention to reduce alcohol use among HCV positive injectors. Paper presented at the International Harm Reduction Conference in Vancouver. Paper presented at the International Harm Reduction Conference in Vancouver.

HCV-Prävention-die Bedeutung von Blutaufmerksamkeit und Hygiene für die Infektionsprophylaxe im Kontext von Drogenkonsum

Kerstin Dettmer, Fixpunkt Berlin

Was ist unter diesem Begriff „Blutaufmerksamkeit“ zu verstehen?

Ganz allgemein geht es darum, Situationen, in denen Blut präsent ist oder sein könnte als solche zu erkennen – was sich erst einmal ziemlich banal anhört - und dann gegebenenfalls Vorkehrungen zu treffen, um einen Blutkontakt und damit eine mögliche Infektion zu vermeiden.

Im Kontext von Drogenkonsum ist man dabei natürlich ganz schnell bei dem Konsumvorgang an sich – aber wie sieht es mit dem sonstigen Alltag aus? Da spielt Blut doch eher ganz selten eine Rolle, oder? Man kann ja mal bei sich selbst schauen...:Die offensichtlichen Situationen, in denen Blut in Erscheinung tritt sind z.B.: Schnittwunden, Nasenbluten, Zahnfleischbluten – aber halt: Zahnfleischbluten? Das muss nicht wirklich offensichtlich sein! Und wie sieht es aus mit aufgekratzten Mückenstichen, kleinen verschorften Wunden und Ekzemen, mit kleinsten Schnittverletzungen beim Rasieren etc...? Hepatitis C-Prävention soll keine Blutparanoia entstehen lassen, aber den Blick schärfen, bzw. die Aufmerksamkeit erhöhen für mögliche Blutkontakte im Alltag. So viel erst einmal ganz allgemein zur „Blutaufmerksamkeit“

Vier Thesen zur Hepatitis C-Prävention :

1. Prävention von Hepatitis C beinhaltet mehr, als sich auf den ersten Blick offenbart. Warum?

Zum einen ist die Blutübertragbarkeit von Hepatitis C-Viren durch hohe Infektiosität gekennzeichnet, außerdem haben HepC Viren eine recht lange Überlebensdauer außerhalb des Körpers, was zur Folge hat, dass bekannte und von vielen auch praktizierte HIV-Präventionsmaßnahmen nun nicht mehr ausreichen.

Ein weiterer Grund ist, dass Blut sehr unterschiedliche kulturell bedingte Bedeutungen haben kann: z. B.: „Blutsbrüderschaft“, „Blutsbande“, religiöse Rituale etc. Hier hat Blut meist etwas Verbindendes und wird nun aber zu einer möglichen Gefahr. Man denkt vielleicht, dass hat wenig mit dem Alltag in Deutschland zu tun, es kann aber in der Arbeit mit MigrantInnen durchaus eine Rolle spielen. Gerade vor ein paar Tagen berichtete ein Klient, dass er vor kurzer Zeit im Gefängnis eine Gruppe russischsprachige Inhaftierte dabei beobachten konnte, wie sie eine Spritze kreisen ließen. Eine Situation, die er mit dem kreisenden Joint im deutschen Kulturkreis verglich.

Außerdem scheint Blut für viele DrogengebraucherInnen eine ganz besondere Rolle zu spielen. Im Druckraum kann man Konsumenten nicht selten dabei beobachten, wie beispielsweise Blut mehrmals aspiriert und wieder injiziert wird oder das Blut aus der Spritze in „einem geradezu andächtigen Akt“ in Abfallbehälter gespritzt wird. Spricht man das Verhalten an, so kann man hören: Das macht mir Spaß! Oft gibt es aber auch nur ein eher unwilliges „Grummeln“ als Antwort. Irgendeine Art von „Lustgewinn“ scheint sich dahinter zu verbergen...

Und schließlich: die Präventionsbotschaften reichen weit in alltägliche Verhaltensweisen hinein, so wird beispielsweise sogar die gemeinsame Nagelschere „zum Problemfall“ und mal ehrlich: die „Familiennagelschere“ ist doch eigentlich die Normalität!

2. Back to the roots oder Hepatitis C-Prävention fängt mit Händewaschen an

Hygienemaßnahmen sind die Basis der Hepatitis C-Prävention.

Viele Krankheitserreger, so auch HCV, können über ungewaschene Hände weitergegeben werden. Gründliches Waschen mit Seife reduziert die Keimbelastung erheblich!

Noch effektiver wird das Ganze natürlich, wenn sich eine Händedesinfektion anschließt – oder, bei mangelnder Waschgelegenheit alternativ nur eine Händedesinfektion erfolgt, was auch eine gute Alternative ist, um extrem häufiges Händewaschen zu vermeiden, da eine Desinfektion weniger belastend für die Haut ist.

Händedesinfektionsspender sollten mittlerweile zu Standard-Einrichtung in Kontaktläden gehören.

Der nächste Punkt ist die Haushalts- und Alltagshygiene (und auch hier wieder: ganz banale Dinge, die es dennoch in sich haben...) wie z. B.:

- Blutverschmutzungen müssen gründlich gesäubert werden
- auch kleinste Wunden sollte man gut abdecken
- Pflegeartikel dürfen NICHT gemeinsam benutzt werden Hier ist die Zahnbürste ein sehr gutes Beispiel: Jeder behauptet (und vermutlich auch mit Recht!): Ich hab meine eigene Zahnbürste.

Aber mal Hand aufs Herz: Wem ist es in der Familie oder in der WG nicht schon einmal passiert, das man plötzlich eine fremde Zahnbürste benutzt hat?

Und abschließend: der Arbeitsschutz - da gilt bereits Gesagtes und noch mehr:

Hauptpflegemittel, Einmalhandschuhe, gegebenenfalls Mund-Nasen-Schutz,

Schutzkittel und Schutzbrille sollten am Arbeitsplatz zur Verfügung stehen. Technische Vorrichtungen z. B. beim Spritzenaustausch, wodurch direkte Kontakte möglichst ausgeschlossen sind, sollten eingerichtet werden. Für eine geregelte Abfallentsorgung muss Sorge getragen werden. Hepatitis B (evtl. auch A/B)-Impfungen muss der Arbeitgeber gegebenenfalls anbieten u. v. m.

3. Der Teufel steckt im Detail

Wie sieht es denn mit der sexuellen Übertragbarkeit von Hepatitis C aus? Kann die doch eigentlich nicht sexuell übertragbare Hepatitis C nicht doch unter bestimmten Voraussetzungen sexuell übertragbar sein?

Hier offenbart sich ein Dilemma der Prävention!! Eigentlich nicht, aber irgendwie doch... Da man, so der aktuelle Stand der Forschung, NICHT davon ausgeht, dass andere Körperflüssigkeiten als Blut für eine Infektion in Frage kommen, so ist das Infektionsrisiko beim Sex z. B. im Vergleich zu HIV oder gar Hepatitis B sehr gering. Es kann aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden – denn auch Blut spielt beim Sex mitunter eine Rolle. Man kann sich jetzt natürlich auf die ganz sichere Seite begeben und eine generelle Nutzung von Kondomen propagieren bzw. praktizieren – fraglich ist nur, ob das der Realität immer gerecht wird.

Eine andere Möglichkeit wäre eine individuelle Beratung, die dem Betroffenen eine individuelle Risikoabwägung ermöglicht, – dabei muss man natürlich ins (sexuelle) Detail gehen.

Die „safer sex-Botschaften“ der HIV-Prävention müssen also nicht 1:1 übernommen werden – man könnte von einer „Safer sex light-Version“ sprechen.

Ganz anders sieht es bei den safer use-Botschaften aus. Der Konsumvorgang (inclusive Vor -und Nachbereitung) muss kleinteilig auseinandergepflückt werden – im Hinblick auf Blutaufmerksamkeit (neben den „üblichen“ Dingen, wie eigene Spritze, Nadel etc müssen auch beispielsweise eine saubere Unterlage, ein eigenes Feuerzeug etc. thematisiert werden) – die safer use hard-Version.

4. Widerstände

Widerstände in der Prävention sind ja nichts neues, aber scheinbar im Hinblick auf die HepC-Prävention besonders ausgeprägt.

Da wäre z.B.: das Händewaschen (wer denkt da nicht an den mütterlichen Spruch: „Vor dem Essen, nach dem Essen – Händewaschen nicht vergessen!“ Wie banal! – Soll ich (als Beraterin) jetzt etwa mit Klienten das Händewaschen thematisieren, ihnen zeigen, wie man es richtig macht oder

sie gar dazu anhalten? Und aus der anderen Perspektive: Muss ich mir (als KonsumentIn) etwa sagen lassen, dass und wie ich mir die Hände zu waschen habe? Man ahnt schon, welche Widerstände da lauern... Auch wird das Alltagshandeln oftmals überhaupt nicht mit Blut in Verbindung gebracht – trotz i.v.-Konsum.

Ein weiterer Punkt ist, dass die gewünschten Verhaltenregeln (Stichwort:...benutze immer nur deins...) als unsozial empfunden werden, (...“Zitat: „...wenn ich jetzt noch nicht einmal mein Feuerzeug weitergeben darf – da stehe ich doch echt blöd da...?“).

Auch widersprechen die Hepatitis C-Präventionsbotschaften unter Umständen der eigenen Risikovorstellung – Beispiel: Sexuell ist die Übertragungswahrscheinlichkeit gering – aber die selbe Zahnbürste, der selbe Rasierer sollen bitte NICHT gemeinsam benutzt werden.

Ein paar Beispiele aus der Praxis

- **Filter-Aktion:**Zur Einführung eines Einmalfilters, haben wir einen kurzen Fragebogen entworfen. In diesem wurde das aktuelle Konsumverhalten bezüglich des Filters erfragt. Stichworte waren unter anderem: die gemeinsame Nutzung, das Sammeln von gebrauchten Filtern und die Aufbewahrungsmethoden. Abschließend gab es 5 Filter zum Testen, mit dem Hinweis, dass wir sehr an ihrem Urteil interessiert seien und sie in einer Woche deshalb noch einmal kurz befragen würden. Der kurze Fragebogen war ein sehr guter Einstieg, um ins Gespräch zu kommen – das Ergebnis der Befragung offenbarte: Es gibt noch viel zu tun – denn nicht nur das Sammeln und die meist unsachgemäße Lagerung von Filtern sind der Normalfall, auch die gemeinsame Nutzung wurde von knapp einem Viertel der Befragten bejaht.

Die anschließende Nutzerbefragung zeigte erwartungsgemäß keine unbändige Begeisterung: häufigster Kritikpunkt: die kann man ja nicht als „Notration“ nutzen. Durch ständiges Anbieten im Druckraum und durch dieTauschmöglichkeit nimmt die Zahl der Nutzer jedoch allmählich zu.

- **Persönliche Hygiene-Artikel:**

Kostenlose oder preiswerte Vergabe von Zahnbürsten, Einmalrasierern etc. Und dazu z. B. nur eine Frage:

Was hat die Zahnbürste mit Hepatitis C zu tun? Es muss also nicht immer eine große Aktion sein...

- **...und immer wieder Überraschungen**

Ein Beispiel: Im Kontaktladen näht ein Besucher seine Jeans und sticht sich dabei – die Nähnadel landet anschließend wieder beim für alle Besucher zugänglichen Nähzeug...da ist eine „Nähnadelentsorgung“ gefordert.

Und natürlich kann man auch bei der Hepatitis C-Prävention den Widerspruch bzw. die individuelle Abstufung zwischen Wissen und Handeln im individuellen, alltäglichen Kontext beobachten. „Ich nehme immer Kondome, meine eigene Spritze etc. – außer bei meiner Partnerin – das ist was anderes, da ist das nicht nötig.“

HCV-Therapie-Behandlung von DrogengebraucherInnen. Was bringt die Zukunft?

Dr. Markus Cornberg, Medizinische Hochschule Hannover



Kompetenznetze in der Medizin

Herzlich willkommen beim Internet-Portal der "Kompetenznetze in der Medizin".

Die 17 hier vertretenen Großforschungsprojekte werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und beschäftigen sich mit spezifischen Krankheiten. Die 1999 begonnene Fördermaßnahme des BMBF zur Einrichtung von Kompetenznetzen in der Medizin zielt auf den Aufbau überregionaler medizinischer Netzwerke zu definierten Krankheitsbildern ab, die durch eine hohe Morbidität oder Mortalität gekennzeichnet sind.

Termine Aktuelles Sepsis



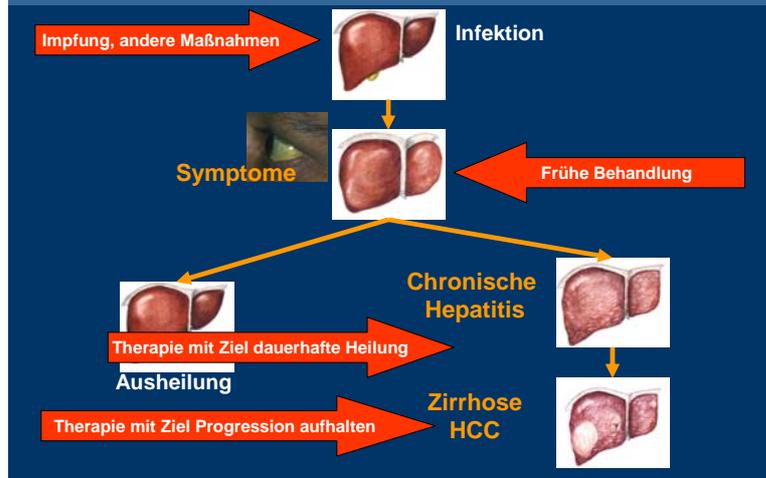
Ziele von Hep-Net

- „Publikation“ (Forschungsergebnisse)
 – Gezielte Öffentlichkeitsarbeit
 – Laienverständliche Aufklärung
 – Unterstützung der Patienten
- Horizontales Netzwerk (Forschungsergebnisse)
 – Klinische Studien
 – Netzwerke
- Scheitern (Forschungsergebnisse)
 – Netzwerke

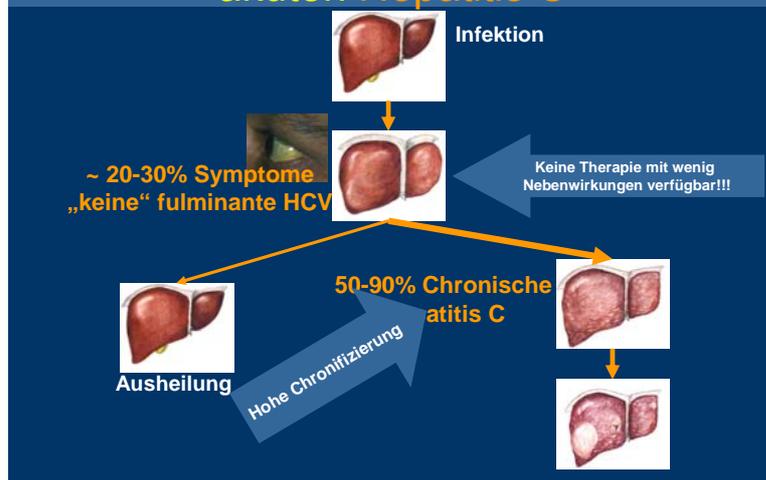


Die Leber geht stiftet

Therapiekonzepte

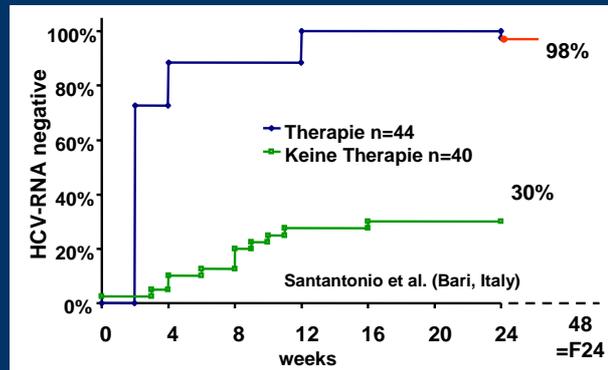


Rationale für die Behandlung der akuten Hepatitis C



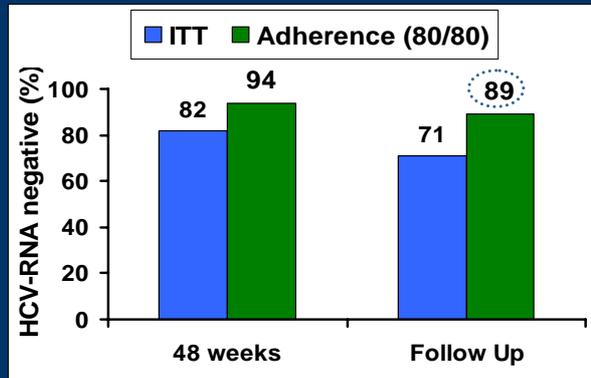
Akute HCV-I Studie

24 Wochen IFN alpha-2b Monotherapie
(erste 4 Wochen 5Mio IE IFN täglich)



Jaeckel, Cornberg, Wedemeyer et al., NEJM 2001

Hep-Net Akute HCV-II Studie Therapie mit PEG-IFN alpha-2b



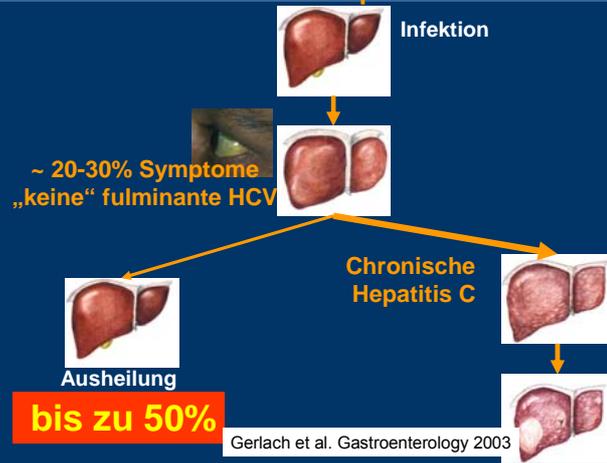
Wiegand et al. Hepatology 2006

Therapie der akuten HCV Infektion bei Drogengebraucher/innen
The Swiss Association for the Study of the Liver Study (SASL)



Broers, Negro et al., J Hepatology 2005

Rationale für die Behandlung der
akuten Hepatitis C

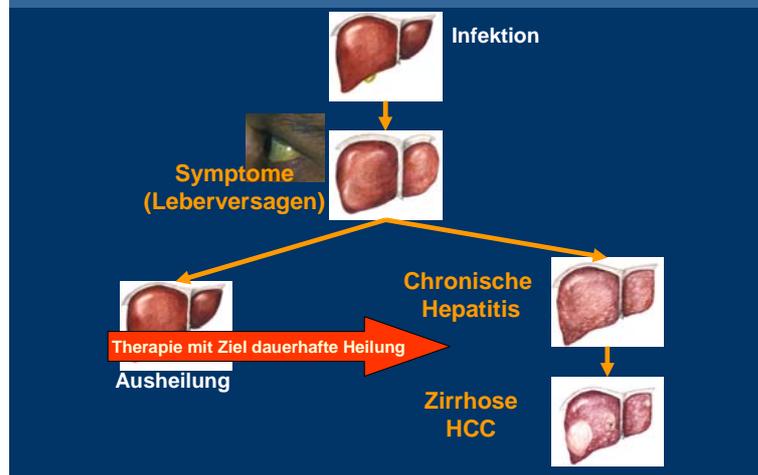


Gerlach et al. Gastroenterology 2003

Therapie der akuten HCV bei Drogengebraucher/innen

- Therapie generell nur in Studien (bislang keine Zulassung für (PEG)-IFN für diese Indikation)
- Patienten mit Drogengebrauch nur im Einzelfall behandeln
- Der Drogengebrauch stellt das akut größere Problem dar
 - 50% Chance der spontanen Ausheilung
 - Oft HCV-Genotyp 3, der auch später sehr gut behandelbar ist

Therapiekonzepte



Wen behandeln?

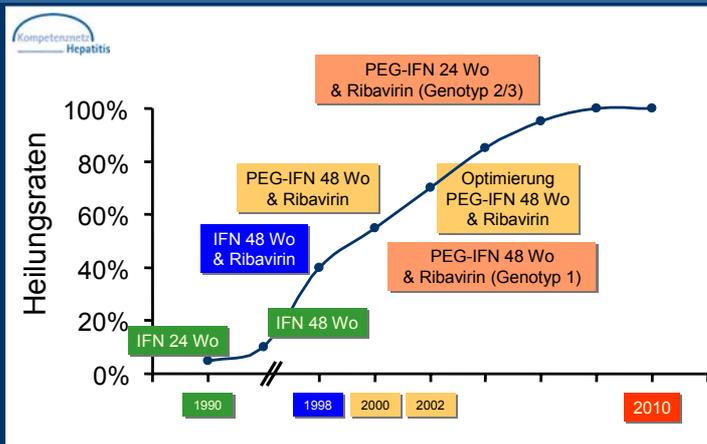


Schwere der Erkrankung oder Folgen

Effektivität

Nebenwirkungen

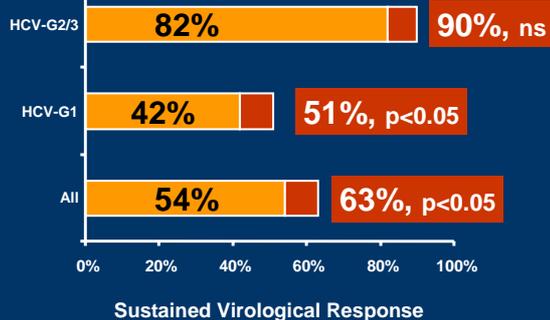
Entwicklung der anti-HCV Therapie



Verbessertes Management – weniger Therapieabbrüche – bessere Ergebnisse

1.5 µg/kg PEG-IFN alpha-2b + 800mg RBV
Manns et al., Lancet 2001

>80/80/80



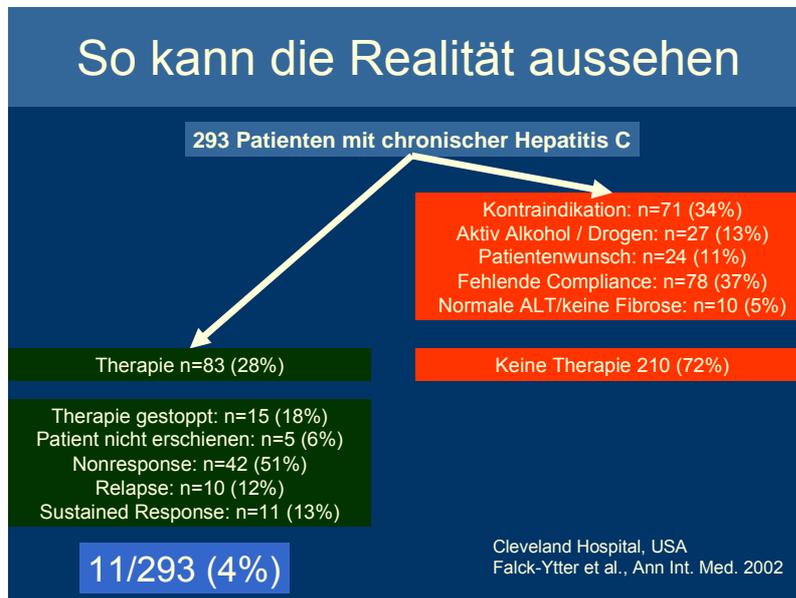
McHutchison J. et al., Gastroenterology 2002

Leitlinie 2003

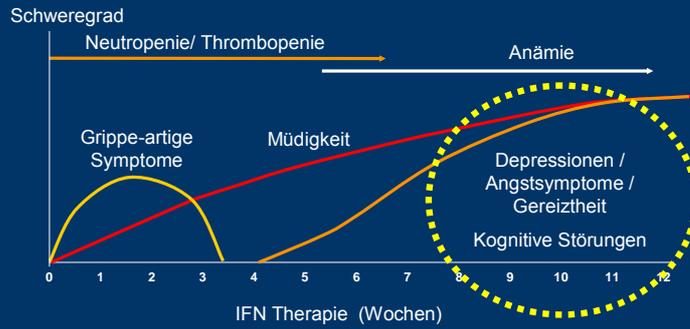
- HCV-Genotyp 1: 48 Wochen Therapie **~50%**
- HCV-Genotypen 2/3: 24 Wochen Therapie **>80%**
- Behandlung mit PEG-IFN alfa
PEG-Intron 1,5µg/kg oder Pegasys 180µg
- Kombination mit Ribavirin
Rebetol oder Copegus
(800-1400mg je nach KG)

Problem der Zulassungsstudien

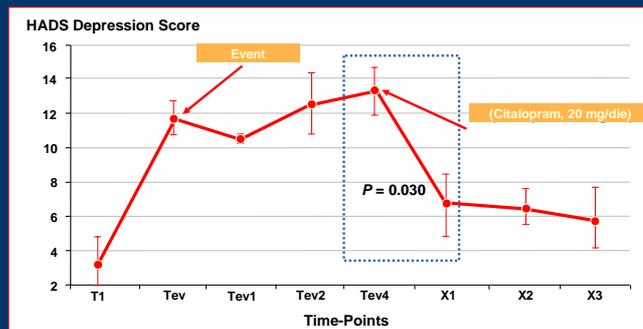
- Keine Rekrutierung von Patienten mit Drogengebrauch bzw. Substitution.
 - Depressionen bzw. andere psych. Symptome waren Ausschlusskriterien
- Unzureichende Empfehlungen in den Leitlinien



Die Nebenwirkungen der Therapie limitieren den Einsatz von PEG-IFN und Ribavirin



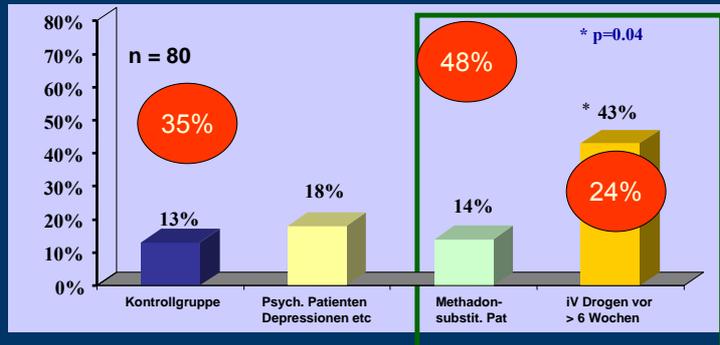
Optimales Nebenwirkungsmanagement ist entscheidend



Kraus et al. 2005

Substitution ist entscheidend

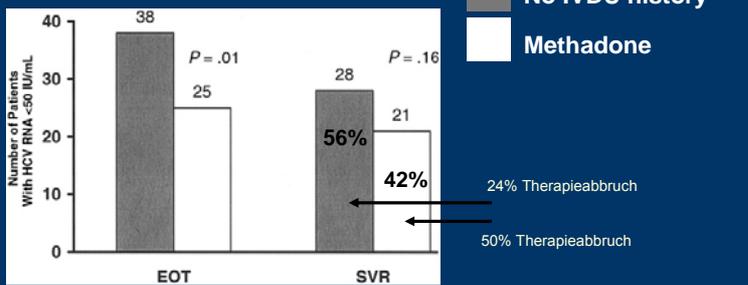
Therapieabbrüche während einer IFN/RBV Therapie



Schaefer et al., Hepatology, 2003

Patienten kurz nach i.V. Drogengebrauch: To treat or not to treat?

1,5 µg PEG-IFN a-2b plus 1/1,2g Ribavirin

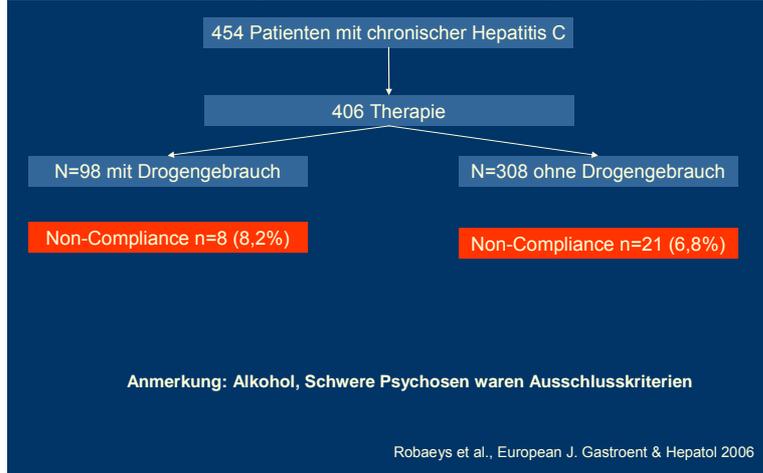


Keine schweren
Komplikationen

Unterschied nur in den ersten 8 Wochen

(Mauss et al., Hepatology 2004)

Gute Compliance und Therapieansprechen in einem optimalen Umfeld (Benelux)



PRO und CONTRA für eine Therapie bei Drogengebraucher/innen

chronische HCV

PRO

- Bei optimalen Bedingungen sind die Therapieergebnisse vergleichbar, Substitution ist wichtig!
- Erfolgreiche Therapie kann helfen auch besser die Drogensucht zu bekämpfen (Erfolgs Erlebnis)

CON

- Compliance kann ein Problem darstellen – Das Umfeld ist entscheidend
- Nach erfolgreicher Therapie ist kein Schutz gegen eine erneute Infektion gegeben

Vorraussetzung bei Drogengebraucher/innen

- Stabile Suchtmedizinische Behandlungssituation
- Psychosoziale Stabilität
- Kein anhaltender Konsum von Benzodiazepinen und Alkohol
- Abwägung von Nutzen und Risiko der Behandlung
- Optimales Setting (Netzwerk aus Hepatologen, Psychiatern, suchttherapeutischen Zentren, psychologischen und sozialen Diensten)

Die Therapie der HCV bei Drogengebrauchern ist möglich, sie braucht aber ein Netzwerk von Experten



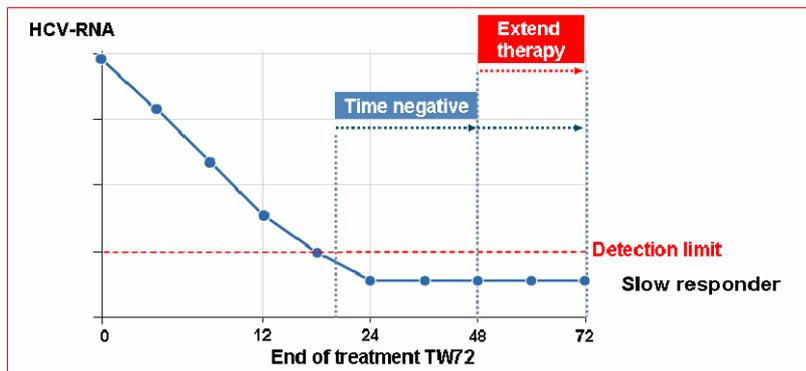
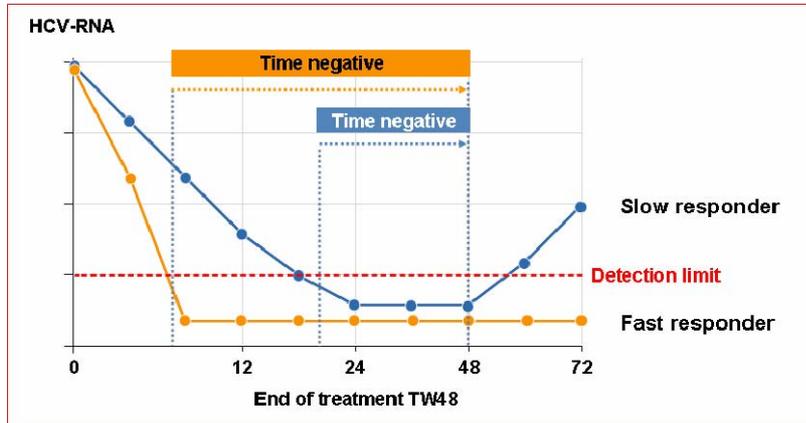
Optimale Vorbereitung → Optimales Management
= optimaler Therapieerfolg

Zukunft

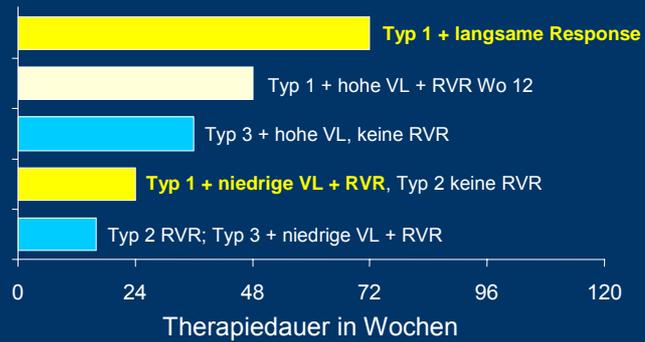
- Optimierung der Standardtherapie
 - Individualisierung der Therapie (Dauer, Dosis)
 - Neue Interferone, Interferonersatz
 - Ribavirinersatz

Neue antivirale Medikamente

Individualisierung anhand der Viruskinetik

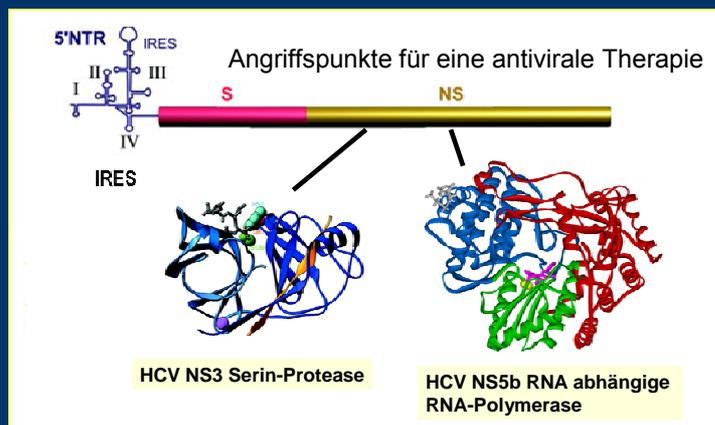


Individualisierung

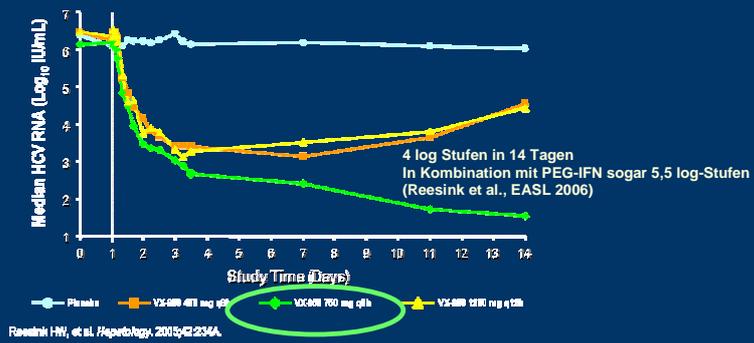


VL = Viruslast; RVR = rasche virologische Response (Wo 4 HCV RNA negativ)

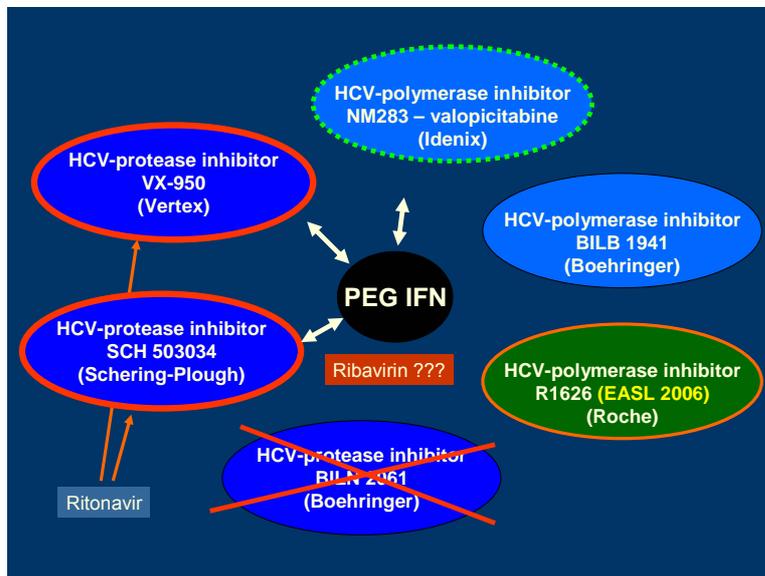
Zukunft

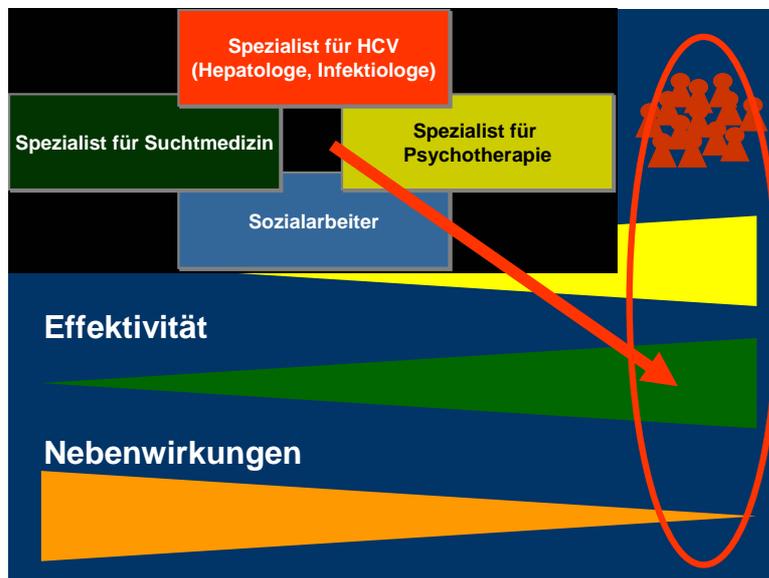


Beispiel: Proteasehemmer VX-950



Neue Herausforderungen:
Resistenzen vermeiden, ...





Workshops

1. Therapieeinrichtungen

Dr. med. Wolfgang Eirund, Therapiedorf Villa Lilly, Bad Schwalbach

Interferontherapie in der stationären Entwöhnung von Opiatkonsumenten: Chancen und Risiken aus therapeutischer Sicht

Einleitung

Der allgemeine Umgang und die bisherige Diskussion zum Thema „Hepatitis bei Drogengebrauchern“ spiegelt in gewisser Weise den immer noch problematischen Umgang mit Drogenkonsumenten generell. Im Workshop wurde insbesondere die sehr zurückhaltende Indikationsstellung bei den Betroffenen als zumindest aus medizinischer Sicht oft problematisch dargestellt: Warum werden Hepatitis-Therapien bei Drogenkonsumenten oft selbst dann nicht durchgeführt, wenn sich bei Bereitschaft zu risikoarmem Konsum oder sogar Abstinenz keine medizinischen oder psychiatrischen Kontraindikationen ergeben?

Im Workshop wurde das Verständnis einer chronischen Hepatitis C aus der tiefenpsychologisch orientierten Sicht eines abstinenzorientierten Therapieverständnisses dargestellt. Im Unterschied zum Verständnis von Drogengebrauch als „Fehlverhalten“ oder auch zum akzeptierenden Ansatz baut die therapeutische Arbeit auf Krankheitsmodellen auf. Grundsätzlich kann die Hepatitis hier verstanden werden als Folge eines zunehmend schlechter kontrollierten Konsumverhaltens. Dieses Verständnis wird im Workshop allerdings nicht als Kategorie der Zuschreibung verstanden, sondern als dynamische Dimension menschlichen Seins. Die Hepatitis soll in dieser Analogie dargestellt und verstanden werden. Im Folgenden werden die Präsentationen des Workshopleiters sowie die Ergebnisse der Diskussionen zusammenfassend dargestellt.

Das Verständnis der Hepatitis in akzeptierender und in abstinenzorientierender Hilfe für Drogenkonsumenten

Abstinenzorientierte Therapie von Drogenkonsumenten muß mit akzeptierenden Ansätzen nicht im Widerspruch stehen, sondern kann in einer sinnvollen Ergänzung verstanden werden. Gemeinsam kann beiden sein, den Begriff der individuellen Freiheit des Betroffenen in das Zentrum ihrer Bemühungen zu stellen. Während der akzeptierende Ansatz den Konsum als eine freie Entscheidung des Betroffenen respektiert, kann die Therapie

denjenigen Menschen ein Hilfsangebot machen, die ihren Konsum als gezwungen erleben und darin eine Einschränkung ihrer individuellen Persönlichkeitsentwicklung, also ihrer Freiheit erleben. Der Begriff der „Krankheit“, wie er in der Psychotherapie gerade tiefenpsychologischer Provenienz verwendet wird, meint denn auch nicht eine kategorielle Zuschreibung von „Symptomen“ durch einen „gesunden Therapeuten“ auf den „kranken Patienten“, die ja auch mit einer Stigmatisierung einhergehen kann. Vielmehr ist Therapie hier in einen dynamischen Verständnisansatz gebettet, etwa im Sinne eines kontinuierlichen Spektrums psychischen Lebens, in welchem zum Beispiel die Kontrollfähigkeit und -bereitschaft eines Menschen über wichtige Aspekte des eigenen Lebens *mehr oder weniger* ausgeprägt sein kann. Gesundheit wird hier als Idealtopos verstanden, der nie vollständig oder gar endgültig von einem Individuum erreicht werden kann.

Dieser Begriff von Krankheit kann zudem auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden, die wiederum individuell unterschiedlich besetzt sind. So ist die objektive vs. subjektive Betrachtung eine der Ebenen; die Kriterien des „Krankseins“ können aber auch normativ vs. existentiell gesetzt werden. Ohnehin muß Gesundheit/Krankheit in ihrer jeweiligen psychosomatischen vs. somatopsychischen Dimension betrachtet werden etc..

Nicht nur psychische Krankheit kann auf diesen Ebenen verstanden werden, auch die eigentlich „körperliche“ Krankheit Hepatitis C ist in einem solchen Kontext zu bewerten. Die therapeutisch orientierte Kommunikation über diese Erkrankung, über ihre Entstehungsbedingungen, den Verlauf und die Behandlungsoptionen ist dann von gleichberechtigten Partnern zu führen. Kranksein ist also auch hier in seiner subjektiven Dimension und in der eigenen vitalen Existenz unter dem Aspekt (drohender) eingeschränkter Freiheit mit dem objektiven Beschreiben anhand von normativen Kategorien zu verbinden.

Das Verständnis von Hepatitis als Folge eines zu korrigierenden „Fehlverhaltens“

Demgegenüber ist ein Verständnisansatz, der Drogenkonsum nur als Fehlverhalten versteht und dieses mit erzieherisch-disziplinarischen Mitteln zu korrigieren versucht, schon in seinem Vorgehen mit Einschränkungen der persönlichen Freiheit verbunden. Dieser Ansatz versteht die „Störung“ normativ kategoriell und schreibt sie objektiv dem Konsumenten zu, ohne daß dies dem subjektiven Eindruck der Betroffenen entsprechen muß. So steht dieser Ansatz sowohl in der Zielsetzung (Erweiterung persönlicher

Freiheitsgrade des Betroffenen) als auch in der Methode (erzieherisch-disziplinarisch, freiheitseinschränkend) im Widerspruch zu therapeutischen und akzeptierenden Hilfsangeboten für drogengebrauchende Menschen.

Dennoch kann nicht verleugnet werden, daß in therapeutischen Settings noch immer oft erzieherische Methoden Anwendung finden, was zu unterschiedlichen, ja widersprüchlichen Botschaften an die Betroffenen führen und den therapeutischen Dialog empfindlich stören kann. Diese Problematik kann sich dann auch im Umgang mit ernststen Folgeerkrankungen wie der Hepatitis manifestieren.

Im Verständnis des Drogenkonsums als Fehlverhalten wird die Einleitung der Hepatitis-Therapie häufig als Belohnung für bestehende oder zu erreichende Abstinenz in Aussicht gestellt. Sie wird also nur von außen, „objektiv“, genehmigt oder erlaubt. Meist wird die Behandlung zunächst aufgeschoben, oft wird die Hepatitis dann etwa als „verkapselt“ bezeichnet, um der Erkrankung so die Dramatik zu nehmen und die aktuelle Behandlungsnotwendigkeit zu relativieren. Dabei gibt es allerdings meist keine Übereinstimmung im Verständnis dieses Begriffes zwischen Therapeut und Patient. An dem Beispiel des Begriffes „Verkapselung“ wird sehr gut deutlich, wie die eigentliche Dimension körperlichen Krankseins geradezu begriffsimmanent von der psychischen Dimension abgetrennt und die Erkrankung vom „Rest“ des Betroffenen isoliert, „abgekapselt“ wird, als sei sie unter Kontrolle, was sie ja gerade eben nicht ist und was daher mit erheblichen Gefahren für den Betroffenen und seine unmittelbare Umgebung einher geht. Das subjektive Bedürfnis des Betroffenen in seiner existenziellen Bedrohung und Einschränkung wird so gravierend vernachlässigt. Dann verliert Therapie ihren Sinn als gemeinsame Anstrengung, die persönlichen Freiheitsgrade des infizierten Konsumenten gemeinsam zu erhalten oder auszudehnen.

Die Behandlung der Hepatitis im stationären Therapiesetting

Demgegenüber kann die Behandlung der Hepatitis abgesehen von den medizinisch fast idealen Grundvoraussetzungen in einer stationären Therapieeinrichtung auch als *Baustein* einer Psychotherapie drogenkonsumierender Menschen sinnvoll sein. Sie hat dann nicht „parallel“ und abgespalten vom „suchttherapeutischen“ Prozeß zu erfolgen, sondern ist im Idealfall in den Gesamtbehandlungsplan so integriert, daß die Betroffenen sich somatisch und psychisch (= „psychosomatisch“), subjektiv und objektiv sowie nach normativen und existentiellen Kriterien angemessen behandelt fühlen können. In einem solchen Therapieverständnis kann der Konsument mit der Diagnose einer Hepatitisinfektion auch hinsichtlich der

allgemeinen Therapiemotivation vom Drogengebraucher zum Patienten werden.

Zum einen drückt sich im Wunsch nach der Behandlung seiner Infektion in aller Regel auch die Bereitschaft aus, an seinem Leben etwas zu ändern. Die Zielsetzung dieser Veränderungsbereitschaft kann von weniger risikanten Konsummustern bis hin zur Förderung der Abstinenzfähigkeit reichen, ist also in jedem Fall als Therapiemotivation im weiteren Sinne zu verstehen und kann therapeutisch genutzt werden.

Vor allem aber soll ja der vorliegende Beitrag gerade einen ganzheitlichen Ansatz propagieren, im Rahmen dessen jeder Patient immer in beidem, in seiner somatischen *und* psychischen Verfaßtheit wahrgenommen und behandelt werden sollte. Wenn der Behandlungswunsch des Betroffenen nun unter Verweis auf zuvor hergestellte völlige Abstinenz verwehrt wird, besteht die Gefahr, so schon von Beginn an eine Aufteilung in seine körperliche und psychische Dimension zu vollziehen, die gerade in Anbetracht der Ernsthaftigkeit und Komplexität einer Hepatitis nicht angemessen erscheint.

Erfahrungen und Vorgehen einer Interferonkombinationstherapie in der stationären Entwöhnungsbehandlung

Das Therapiedorf Villa Lilly ist eine abstinenzorientierte Einrichtung zur Therapie von Konsumenten illegaler Drogen, die von allen relevanten Kostenträgern als Rehabilitationsklinik zur stationären Entwöhnung anerkannt ist. Die Einrichtung ist mit 85 Plätzen für Erwachsene und 10 Plätzen für Kinder von PatientInnen eine der größten ihrer Art und die größte in Hessen. Die Therapiedauer beträgt zwischen 4 und 11 Monaten.

Ca. 80% aller Patienten konsumieren – neben anderen Substanzen – Opiate, die meisten i.v., so daß sich bei uns durchschnittlich etwa 60 Patienten mit i.v.-Konsum befinden. Davon sind ca. 90% Hepatitis-C-positiv.

Auffallend ist, daß die meisten Patienten bei Aufnahme über wenig Krankheitsbewußtsein hinsichtlich ihrer Hepatitis C zu verfügen. Der Aufklärungsgrad über die Erkrankung war bzw. ist bei den Betroffenen unabhängig von der Infektionsdauer teilweise erschreckend gering.

Dies ist einerseits mit zum Teil nur ungenügenden ärztlichen Aufklärungsbemühungen zu erklären. Im oben umrissenen Verständnis von süchtigem Konsum als „Krankheit“ wird die Folge dieser mangelnden Aufklärung durch Abwehr- und Copingmechanismen noch verstärkt. Dabei meint der Begriff „Abwehrmechanismen“ unbewußte, allgemein menschliche Möglichkeiten, mit Belastungen und konfliktbeladenen Situationen umzugehen. Allein das Ausmaß und die Art der eingesetzten Mechanismen ist

bei bestimmten psychischen Problemen verhältnismäßig charakteristisch. In der Einschätzung dieser Mechanismen ist aus tiefenpsychologischer Sicht wie bereits erwähnt ein dynamisches Verständnis einem kategorialen vorzuziehen.

Hinzu kommen Probleme in der Symptompräsentation von Drogenkonsumenten: Die Droge selber kann biologisch zu einem geringeren auch psychischen Krankheitsgefühl führen, und auch nach Beendigung des Konsums ist die Wahrnehmung körperlicher und seelischer Phänomene noch nachhaltig beeinträchtigt. Sicherlich spielen im Einzelfall (z.B. Migranten) auch soziale Barrieren sowie Probleme in der sprachlichen Darstellung von Symptomen und problematische Arzt-Patienten-Beziehungen eine entscheidende Rolle.

Wenngleich die Hepatitis C auch akzidentiell übertragen werden kann, ist sie bei Drogenabhängigen aus therapeutischer Sicht eine „echte“ Suchtfolgeerkrankung. Obwohl sie biologisch gesehen nicht direkt auf die toxische Wirkung der konsumierten Substanz zurückzuführen ist wie etwa Lungenkrebs auf den Konsum von Tabak, so ist sie doch sichtbarstes Zeichen dafür, das der bisherige Konsum unter zunehmend unkontrollierten Bedingungen stattgefunden hat, was in der gängigen Literatur etwas plakativ mit „Kontrollverlust“ bezeichnet wird.

Die Symptome der Hepatitis in der chronischen Phase sind unspezifischer Natur und eher allgemeiner Art wie Abgeschlagenheit, Antriebsdefizite, eingeschränkte körperliche Vitalität, Oberbauchdruck, Übelkeit oder Gelenkschmerzen. 80 % der Betroffenen geben in anonymen Befragungen allerdings erhebliche Einschränkungen in der Lebensqualität an, was typisch ist für chronifizierte Erkrankungen, da sich hier häufig resignative Kognitionen und Emotionen tiefer verankert haben; diese können unter dem Stichwort „Habit“ als unbewußte aber sehr stabile Gedächtnisinhalte verstanden werden, worauf später noch kurz einzugehen ist.

Pro und Contra einer Interferontherapie während der stationären Entwöhnung

Wenngleich wir heute recht offensiv für die Interferontherapie während der Entwöhnung werben, waren wir uns anfangs sehr unsicher, ob diese Behandlung nicht etwa nur in Anbetracht der immensen Kosten wirklich sinnvoll ist. Ungeachtet der einleitenden Erwägungen sollen hier daher zunächst mögliche Einwände gegen die breitere Anwendung einer Interferon-Kombinationstherapie während der stationären Entwöhnung dargestellt werden:

Zunächst die allgemeinen Gründe:

- Der Betroffene „soll erst mal Therapie machen“.
- Die Ausfälle in der Psycho- und Arbeitstherapie durch andauernde Arzttermine könnten den Verlauf der Entwöhnungstherapie beeinträchtigen.
- Der Aufwand: Wie kann die Fahrt zum entsprechenden Facharzt organisiert werden?
- Tolerieren die Krankenkassen die hohen Kosten dauerhaft?
- Wird eine solche Therapie vom Kostenträger der Entwöhnungsbehandlung (meist Rentenversicherungsträger) überhaupt gewünscht und unterstützt?

Medizinische Einwände:

- Können wir die Gefahren und Nebenwirkungen beherrschen?
- Wie stabil ist die Compliance bei Drogenkonsumenten?
- Die Interferontherapie kann vor Ort nicht oft bis zum Ende gebracht werden: Existiert die Möglichkeit einer angemessenen medizinischen Anschlußbehandlung?
- Können die Patienten die Gefahren einschätzen?
- Können die Patienten die Nebenwirkungen aushalten?

Von besonderer Bedeutung für unsere Arbeit sind die psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen Einwände:

- Die Nebenwirkungen können dem eines Entzugssyndroms gleichen. Ist also eine erhöhte Rückfallquote zu befürchten?
- Drogenkonsumenten haben erhöhte psychiatrische Komorbidität. Ist mit vermehrten psychischen Krisen und Therapieabbrüchen zu rechnen?
- Psychische Nebenwirkungen sind nicht sicher von Nebenwirkungen der Psychotherapie zu unterscheiden; hat Interferon negative Auswirkungen auf den therapeutischen Prozeß?

Dem stehen die Argumente für den Beginn der Behandlung entgegen:

Zunächst die allgemeinen Gründe:

- Ein Facharzt für Gastroenterologie hat vor etwa zwei Jahren eine Schwerpunktpraxis in unserer unmittelbaren Nähe eröffnet. Daraus ergab sich ein geringerer Aufwand für Eingangsdiagnostik und eine gute fachliche und persönliche Anbindung.

Zu den medizinischen Gründen:

- In den letzten Jahren haben sich unter der Kombinationstherapie und aufgrund der pharmakologischen Zubereitung der Interferone bessere Therapieerfolge darstellen lassen.

- Für bestimmte Patientengruppen konnten außerdem besonders günstige Therapieverläufe identifiziert werden: Eine Infektionsdauer von unter zwei Jahren und bestimmte Virustypen gehen mit guten bis sehr guten Therapieerfolgen einher, die Behandlungsdauer konnte für diese Patienten verkürzt werden.

Therapeutische Gründe, auf die ich hier betont eingehen möchte, ergeben sich aus der eingangs beschriebenen besonderen Bedeutung der Hepatitis für drogenkonsumierende Menschen, die an dieser Stelle nicht noch einmal präzisiert werden soll. Allerdings erwogen wir zusätzlich, ob sich durch die Einleitung einer Interferontherapie bei einer gut etablierten Beziehung zum Patienten die Abstinenzfähigkeit sogar fördern und die Abstinenzdauer verlängern lassen könnte.

Dieser letzte Aspekt soll hier hervorgehoben werden, da er sich im Verlauf unserer Arbeit zu bestätigen schien (s.u.). Um unsere Hoffnung auf eine Förderung der Abstinenzmotivation nachvollziehbar zu machen, sei zum besseren Verständnis in aller gebotenen Kürze auf einige – nur umrißhaft anzudeutende – psychodynamische Mechanismen hingewiesen, die einem tiefenpsychologischen Krankheitsmodell zugrundeliegen und sich an einigen Stellen vom akzeptierenden Verständnis des Drogenkonsums unterscheiden können.

Die besondere Bedeutung der Hepatitis C für Drogenkonsumenten

a) Die Hepatitis als Ohnmachtserfahrung

Das Streben nach Autonomie kann als ein universal menschliches Phänomen verstanden werden, das bei unterschiedlichen Menschen sehr verschieden ausgeprägt sein kann. Eine *starke Ausprägung emotionaler* Autonomiewünsche kann dabei allerdings nicht ohne Auswirkungen auf unbewußte Verhaltensweisen und psychisches Erleben bleiben. Die Entstehungsbedingungen solcher ausgeprägter Autonomiewünsche können hier aufgrund der vorgegebenen Kürze nicht reflektiert werden.

Der Konsum suchterzeugender psychoaktiver Substanzen jedenfalls kann interpretiert werden als Umsetzung eines starken emotionalen Autonomiestrebens. Die konsumierende Person will sich von den Einflüssen der umgebenden Realität unabhängig machen, etwa in dem Sinne: „Ich kann über meine Gefühle selbst bestimmen.“ Der Betroffene kann sich durch den Konsum von zwischenmenschlichen Beziehungen oder anderen Bedingungen der realen Umwelt unabhängiger und am besten *gut fühlen*. Wenn das (unbewußte) Autonomiebedürfnis fest persönlich verankert ist, werden Ohnmachterlebnisse unangenehm erlebt; die negativen Nach-

wirkungen übermäßigen Drogenkonsums werden dann besonders schlecht ausgehalten, was die Schwelle zum erneuten Konsum senkt. Ähnlich können sich auch andere Ohnmachtserfahrungen auf den Rauschmittelkonsum auswirken.

Mit zunehmendem Kontrollverlust stürzt der Betroffene in eine Abhängigkeit, die in krassem Widerspruch zu seinem eigentlichen Autonomiebestreben steht: Zwar keine Abhängigkeit von der jeweiligen Umgebung oder von emotionaler Beziehung zu Menschen, aber eine Abhängigkeit von der Droge. Das Auftreten von Suchtfolgeerkrankungen wird dann als zusätzlicher Eingriff in die Autonomie und als Ohnmacht, als Ausgeliefertsein erlebt, was sich in einer weiteren Steigerung des Rauschmittelkonsums äußern kann.

b) Die Hepatitis als tödliche Erkrankung

Die *Hepatitis C* ist eine unbehandelt potentiell tödlich verlaufende Erkrankung. Bei jungen Menschen kann das Wissen um diese Gefahr eine existentielle Veränderung ihres Lebensgefühls bedeuten: Der Tod ist als reale Möglichkeit in das Leben getreten, und das Wissen darüber wird täglicher Begleiter. Drogenkonsumenten neigen an dieser Stelle aber weniger zur Reaktivierung positiver Ressourcen wie etwa „gesundem und bewußtem Leben“, Zuwendung zu Religion oder Bezugnahme bzw. Aufbau einer stützenden sozialen und familiären Umgebung. Sie wenden oft eher negative, das heißt verleugnende Verarbeitungsmodi an: Der Sinn des eigenen Daseins wird als „ohnehin“ fragwürdig erlebt, die Einstellung zum Leben ist oft resignativ, so daß die vitale Gefährdung in dieser Relation auch nicht so dramatisch erscheint. Erneut sei darauf hingewiesen, daß solche Muster *universal* angetroffen werden können, bei Drogenkonsumenten aber scheinbar eine besondere Bedeutung haben.

c) Die Hepatitis als chronische Erkrankung: Die Bedeutung von Coping- und Abwehrmechanismen bei Drogenkonsumenten

Die *Hepatitis C* ist meist eine chronische Erkrankung. Anders als singuläre somatische Belastungen verankern sich dauerhafte Erkrankungen in einem anderen, recht löschungsresistenten Gedächtnis, welches dem Bewußtsein nur eingeschränkt zugänglich ist: Dem *impliziten* oder *habit-Gedächtnis*. Hier werden wahrscheinlich auch Coping-Gewohnheiten, also Strategien der Krankheitsverarbeitung jenseits einer bewußten Steuerung verankert. Leider kann hier nur angedeutet werden, daß die Verankerung in diesem Gedächtnis interessanterweise über ein opiatvermitteltes hirneigenes Belohnungssystem abläuft. So kann es verstanden werden, daß auch suboptimale Coping- und Abwehrmechanismen im Rahmen des Opiatkonsums

eine besonders starke, auch biologisch zu verstehende zerebrale Verankerung erfahren können.

Abwehrmechanismen können im vorliegenden Fall auch als ein *Teil* insgesamt komplexer Copingmechanismen verstanden werden. Grundsätzlich verfügt jeder Mensch über Abwehrmechanismen. Die Art und die Häufigkeit ihres Einsatzes ist allerdings für bestimmte psychische Störungsbilder recht charakteristisch. Bei Drogenkonsumenten läßt sich zunächst die „Verleugnung“ als Abwehrmechanismus besonders häufig beobachten: „Bestimmte Aspekte der externen Realität bzw. des eigenen Erlebens werden gegenüber sich selbst oder anderen nicht anerkannt, auch wenn diese Aspekte für andere offensichtlich sind.“ (OPD 1998) Diese Form der Abwehr drückt sich letztlich auch im vermehrten Drogenkonsum selbst unmittelbar aus. Ein weiterer häufiger Mechanismus ist die sog. Isolierung: „Kognitive und emotionale Bestandteile eines Ereignisses werden nicht gleichzeitig bewußt erlebt; die emotionale Komponente wird von der Vorstellung abgetrennt und vom Bewußtsein ferngehalten.“ (OPD 1998)

Abwehrmechanismen sind primär subjektiv unbewußte Verhaltensweisen, auch wenn sie von außen, also objektiv offensichtlich erkennbar erscheinen mögen. Der Drogenkonsum hat also für den Betroffenen evtl. *nicht die* Bedeutung, die für den äußeren Beobachter offensichtlich erkennbar sein mag (z.B. Verleugnung).

Coping- und Abwehr sind also im impliziten Gedächtnis verankerte und kaum oder unbewußte Methoden, mit chronischen Erkrankungen zu „leben“, ohne die damit verbundenen Risiken alltäglich ertragen zu müssen. Das Suchtgedächtnis selber ist ebenfalls in diesem „impliziten“ Gedächtnis verankert, interferiert also auch biologisch mit den assoziierten automatischen Gedanken, Verhaltens- und Copingstrategien. Für Drogenkonsumenten ist dabei neben den genannten Abwehrmechanismen eine stark negative Form der Verarbeitung typisch, die sich in einer umfassend resignativen Grundhaltung und vermehrtem Drogenkonsum in persönlichen Krisensituationen und bei anhaltenden Belastungen präsentieren kann. Es wäre daher denkbar, daß ein Nachlassen der Belastung durch die körperliche Erkrankung im Rahmen einer erfolgreich abgeschlossenen Interferontherapie auch zu nachlassendem Konsumdruck, risikoärmerem Konsum oder sogar höherer Abstinenzbereitschaft führt.

d) Chronische Krankheit im Zeiterleben von Drogenkonsumenten

Drogenkonsum kann auch als ein Versuch verstanden werden, die Zeitlichkeit des Lebens in einem universal menschlichen Bedürfnis vorübergehend zugunsten eines Augenblickerlebens zu suspendieren. Der inner-

seelische Spannungsbogen, der sich aus dem speziell menschlichen Zeiterleben, aus den Polen „Erinnerung“ und „Sehnsucht“ ergibt, wird entspannt zugunsten künstlich erzeugter, situativ betonter Geborgenheits-erlebnisse. Dadurch tritt die Bedeutung individueller Biographie in den Hintergrund, und sinnhaft geprägtes langfristiges Intendieren und Planen erscheint zweitrangig. Die Belastung durch das Wissen um eine chronische Erkrankung tritt dabei im Drogenkonsum selbstverständlich ebenso in den Hintergrund.

e) Chronische, schwere Krankheit, Coping und Abwehr nach Ende des Konsums

Wenn der Konsum eingestellt wird und der Betroffene sich z.B. in einer stationären Entwöhnung befindet, dann fällt ein Teil der Copingmechanismen weg: Der Drogenkonsum. Vielen Patienten wird jetzt die Bedeutung der Hepatitis allmählich bewußter. Bei guten Therapieverläufen motivierter Patienten kann man dann eine Auflockerung der Abwehrmechanismen erkennen, bzw. werden Abwehrmechanismen flexibler verwendet und resignative Grundhaltungen abgebaut. Dies geht mit einem verbesserten Erleben von Sinnhaftigkeit einher.

Der ethische Aspekt

Ergänzend zu den Gründen für eine Interferontherapie während der stationären Entwöhnung seien noch ethische Aspekte für die Interferontherapie erwähnt. Wenn Sucht als Krankheit akzeptiert ist, dann gibt es außer medizinischen Kontraindikationen unseres Erachtens keine ethischen Gründe, den Betroffenen eine existierende Therapie zu verweigern. Schließlich wird auch die antivirale Medikation substituierter oder abstinenter HIV-positiver Drogenkonsumenten (glücklicherweise) nicht in Frage gestellt.

Konsequenzen für die Behandlung: Eingangskriterien, Umgang mit Kontraindikationen und Nebenwirkungen

Aus den geschilderten Aspekten ergibt sich für uns, die Behandlungsent-scheidung individuell zu stellen gemäß Wunsch des Betroffenen, medi-zinischer Indikation und gegebener Risiken und Kontraindikationen. Falls letztere überwiegen, klären wir den Patienten über die damit verbundenen vitalen Gefahren auf, damit nicht der Eindruck entsteht, man halte ihm eine Therapiemethode vor, die ihm eigentlich zustehe.

Um den geschilderten komplexen Zusammenhängen und der aufwendigen Therapie mit all ihren Risiken und der Belastung für den Patienten gerecht

zu werden, haben wir ein eigenes Therapiemanual entwickelt, welches in den Gesamttherapieplan eingebettet ist, für maximalen Informationsstand der Betroffenen sorgen, die Compliance (und damit Heilungschance) erhöhen sowie die Risiken minimieren soll.

In diesem Zusammenhang soll noch kurz auf die psychiatrisch relevanten Kontraindikationen eingegangen werden.

Die Ursachen der vermehrten psychischen Nebenwirkungen sind biologischer Natur. Dabei spielen die vermehrte Durchlässigkeit der Blut-Hirn-Schranke für aktivierte Immunzellen und Immunmodulatoren ebenso eine Rolle wie erhöhte zerebrale Cortisolspiegel und ein Mangel an Tryptophan sowie konsekutiv herabgesetzte serotonerge Transmission.

In 30-70% der Fälle treten relevante psychische Nebenwirkungen auf wie depressive Verstimmungen, Leistungsverlust, Reizbarkeit, Schlafstörungen und Merkfähigkeitsstörungen. Es werden von neurobiologischer Seite Hinweise geschildert, daß es sich dabei um eine „andere Art Depression“ handle, die keine Auswirkungen auf zuvor bestehende psychiatrisch abgrenzbare Krankheitsbilder erwarten lasse, sondern gewissermaßen „zusätzlich“ auftrete. Es könne nicht bestätigt werden, daß Interferon oder Ribavarin etwa die Rezidivgefahr einer abgeklungenen und gut behandelten Psychose erhöhe.

Aus den genannten möglichen Nebenwirkungen scheinen sich die psychiatrischen Kontraindikationen abzuleiten. Dabei findet man in der Literatur aber sehr widersprüchliche Angaben.

Selbstverständlich kann man schlicht entsprechend den Fachinformationen vorgehen, und alle die sich in der Behandlung psychisch kranker Menschen unsicher sind und sich in einem sicheren rechtlichen Rahmen bewegen wollen, sollten die dortigen Angaben eher weit auslegen.

Allerdings sind die Fachinformationen nicht einheitlich und nur bedingt psychiatrisch präzise. Ferner sollte berücksichtigt werden, ob es wirklich gerechtfertigt ist, Behandlungen psychisch vorbelasteter Patienten in jeder Form unterlassen. Denn dies scheint neueren Untersuchungen gemäß nicht ganz angemessen und läuft Gefahr, diese Patienten von einer für sie evtl. entscheidenden Therapie auszuschließen.

Daher versuchen wir eine praktische Vorgehensweise im Sinne einer *am Patienten orientierten* Verhaltenslogik aufzuzeigen. Unseres Erachtens ist weniger die *Art* der psychischen Erkrankung als Kontraindikation zu verstehen, als viel mehr das *Ausmaß*, die *Schwere* der Störung. Diese sollte nach zwei Aspekten bewertet werden:

1. Besteht eine Veränderung der Realitätswahrnehmung (wie z.B. bei floriden Psychosen)? Dann ist eine angemessene Realitätswahrnehmung nicht gegeben, die Compliance des Patienten nimmt in der Regel erheblich ab. Folglich besteht aufgrund der internistischen Gefahren zum Schutz des Patienten eine Kontraindikation für die Interferontherapie.

2. Besteht Suizidalität? Dann ist eine Gefährdung durch Verschlechterung der Stimmung und Einengung der Schwingungsfähigkeit gegeben. Damit liegt eine eindeutig psychiatrische Kontraindikation vor.

Geht die psychische Störung *nicht* mit einem dieser beiden Merkmale einher, dann ist die Kontraindikation u.E. eine „relative“. Problematisch sind allerdings die „Grenzfälle“: *Vorbekannte* Psychosen oder Suizidversuche. Hier kann nur in Kooperation zwischen internistischer, psychiatrischer und suchttherapeutischer Begleitung entschieden werden. Bei dieser Gelegenheit sei darauf hingewiesen, daß diese Erläuterungen für uns eine Richtlinie darstellen und nicht im Sinne einer verbindlichen Therapieempfehlung verstanden werden sollten.

Der abhängige Drogenkonsum selber – und das sollte in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben – ist aus therapeutischer Sicht eine psychische Erkrankung im eingangs gemeinten Sinne und geht *immer* mit einer reduzierten psychischen Belastbarkeit einher. Schon aus diesem Grunde ist das oben bereits angedeutete begleitende Therapieprogramm sinnvoll, welches wir eigens für diese Patienten in der Villa Lilly entworfen und - wie wir meinen - mit Erfolg umgesetzt haben.

Dabei wird mit unseren Patienten folgendes therapeutisches Procedere abgesprochen. Bereits im allgemeinen Gesundheitstraining zu Beginn des Aufenthaltes wird von einer Ärztin über die Hepatitis aufgeklärt und die Behandlungsmöglichkeit in unserem Haus grob erläutert. Bei der ärztlichen Aufnahme in unsere Einrichtung wird ein besonderes Augenmerk auf die Erkrankung gelegt und die medizinische Überprüfung der Therapieindikation eingeleitet. Bei gegebener Indikation erfolgt dann die Einleitung eines Behandlungsplans mit folgenden regelmäßigen Elementen:

- wöchentlich feste Einzelkontakte mit dem Bezugsarzt
- wöchentliche Teilnahme an der indikativen Gruppe für Interferonpatienten
- Verpflichtung zur Teilnahme an externen Hepatitis-Selbsthilfegruppe
- Anleitung zum Selbstmanagement der Labor-, Kontroll- und Konsiliaruntersuchungen

Die Inhalte dieser Angebote orientieren sich exakt an den eingangs formulierten Gründen für die Interferontherapie:

Im Rahmen der *ärztlichen Einzelgespräche* werden bereits vor Beginn der Medikation ausführliche ärztliche Aufklärungsgespräche geführt. So soll der Patient seine Entscheidung nicht nur und unbedingt für die Einleitung der Therapie fällen, sondern dies angemessen abwägen. Dabei wird dem Patienten eine Informationsbroschüre ausgehändigt, auf deren Kenntnis in weiteren Gesprächen eingegangen wird. Es werden die Virustypen und die damit verbundenen Chancen und Risiken erläutert. Der Patient wird auf die Gefahren hingewiesen, wobei sowohl auf die subjektiv beeinträchtigenden Nebenwirkungen eingegangen wird als auch auf die heimtückischeren aber objektivierbaren Risiken wie Veränderungen des Blutbildes etc.. Eine besondere Aufmerksamkeit wird den psychischen Nebenwirkungen gewidmet. Einerseits wird darauf hingewiesen, daß die Nebenwirkungen eine Ähnlichkeit mit Entzugserscheinungen haben können und daher Suchtdruck ausgelöst werden kann. Bereits an dieser Stelle wird die Notwendigkeit einer Integration der Therapie in den Gesamtbehandlungsplan offensichtlich. Im Einzelfall kann dann auch auf die genannten Abwehrmechanismen eingegangen werden, wobei die Neigung zur Verleugnung psychischer Beschwerden als Risiko für die Behandlung (eingeschränkte Compliance, gefährdender Drogengebrauch, Therapieabbruch) dargestellt werden sollte. Die Möglichkeiten der Prävention und Behandlung solcher Nebenwirkungen findet ebenfalls vor Beginn der Therapie Erwähnung. Gegebenenfalls wird der Patient bei Vorliegen einer entsprechenden Anamnese prophylaktisch psychopharmakologisch behandelt. Im weiteren Verlauf kommt der Patient auch dann wöchentlich zum Bezugsarzt, wenn keine subjektiven Beschwerden vorliegen. Dieser Kontakt dient zum einen der Therapiekontrolle (sind die erforderlichen Laborwerte bestimmt worden? Gelingt die regelmäßige Einnahme der Medikamente? Gibt es Frühzeichen beginnender gravierender Nebenwirkungen?). Andererseits sollen so soziale Barrieren oder andere Gründe, auf den Arztbesuch auch im Falle von Beschwerden zu verzichten, abgebaut werden.

In der *indikativen Therapiegruppe* finden Ansätze zur Förderung einer angemessenen Wahrnehmung des Körpererlebens, Akzeptanzangebote als ganze Person durch einen psychosomatisch integrativen Ansatz und Angebote zum Erlernen angemessenerer Copingmechanismen Anwendung. Die Entstehung der Hepatitis unter den Bedingungen fortgesetzten „Kontrollverlusts“ werden ebenso reflektiert, so daß hier auch ein tieferer Einblick in die Dynamik süchtigen Drogenkonsums und den Verlust der individuellen Entscheidungsfreiheit gelingen kann. Ferner kann in der Gruppe eine Vor-

bereitung auf Maßnahmen nach der Entlassung aus unserer Einrichtung erfolgen.

Durch die Kontaktaufnahme mit der örtlichen *Selbsthilfegruppe* für Hepatitis-C-Positive werden angemessenere Copingstrategien eingeübt. Hier entstehen ferner auch zwischenmenschliche Beziehungen zu Betroffenen ohne Drogenkonsum, was im Sinne der abstinentorientierten Haltung unserer Einrichtung die Entstehung neuer sozialer Netze fördern kann. Hinzu kommen die in der Gruppe regelmäßig stattfindenden Informationsveranstaltungen durch Fachleute, angefangen von Hygieneempfehlungen über zahnärztliche Besonderheiten bis hin zu finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten.

Durch *Selbstmanagement-Anleitungen* werden die Aufklärung und die Compliance gefördert. Die Betroffenen erhalten alle Befunde aller Untersuchungen in Kopie ausgehändigt, legen eine eigene Mappe zur Verlaufskontrolle an und lernen, die Befunde angemessen zu bewerten. So entsteht ein Krankheitsbewußtsein, welches ermöglichen soll, die Interferontherapie ggf. auch nach Ende des Aufenthaltes bei uns mit gleicher Compliance fortzusetzen und die Heilungschancen zu optimieren. Die Inhalte dieser Mappen werden in den Einzel- und Gruppensitzungen regelmäßig angesprochen.

Zusammenfassend können die Patienten mit diesem Therapieregime sozusagen „exemplarisch“ über die Beschäftigung mit der Erkrankung, der Ursache, dem Umgang mit der Chronifizierung und der Möglichkeit des Therapieversagens auf ihre suchttypischen Abwehrmechanismen aufmerksam werden, wenn sie die Bereitschaft dafür haben. Wenn dies gelingt, wird ein Interferontherapieerfolg zu einem wesentlichen Baustein in einer erfolgsversprechenden Entwöhnungstherapie.

Ergebnisse

Unsere bisherigen Behandlungsergebnisse sind zwar statistisch nicht auf wissenschaftliche Auswertbarkeit hin erfaßt worden. Dennoch aber sind die Zahlen insgesamt sehr ermutigend. Insbesondere wenn man die eingangs erwähnten Bedenken eines *schlechteren* Entwöhnungstherapieverlaufs durch die Interferonnebenwirkungen in Erinnerung hat, wurden wir durch den Verlauf der bisherigen Fälle in unserer Entscheidung für das Angebot einer Interferontherapie sehr bestärkt:

- Die hier behandelten Patienten zeigen *nicht* das Ausmaß der erwarteten Complianceprobleme.

- Innerhalb der Therapie entsteht der Eindruck, als verbessere alleine die Aussicht auf eine Ausheilung der Erkrankung die *allgemeine Therapiemotivation*.
- In der indikativen Gruppe verändern sich die Einstellungen der Betroffenen nicht nur hinsichtlich der Hepatitis, sondern auch bezüglich ihres Konsumverhaltens.

In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies:

- Trotz zum Teil erheblicher psychischer und somatischer Nebenwirkungen haben nur sechs von 38 Patientinnen und Patienten, die wir bisher (Stand 2/06) in unserem Programm behandelt haben, den Aufenthalt in unserer Einrichtung vorzeitig beendet.
- Damit liegt die Abbruchquote unterhalb des „üblichen“ Durchschnitts (d.h. sie ist besser als die übliche „Haltequote“ in einer Entwöhnungstherapie für Drogenkonsumenten).
- Auch von den Abbrechern sind einige weiter in Interferonbehandlung.
- 32 Patienten hatten im Vier-Wochentest bereits eine maximale Virus-suppression, obwohl der Virustyp 1 bei uns nicht so unterrepräsentiert ist, wie es in epidemiologischen Daten beschrieben wird.
- Der Verlauf der mittlerweile höheren Anzahl von über 50 Patienten (Stand 9/06) entspricht den bisherigen Ergebnissen. Es ist geplant, diese Daten in einer Publikation in einem Fachjournal darzustellen.

Diskussion

Die geringe Abbruchquote ist unseres Erachtens mit den eingangs erwähnten theoretischen Hintergründen und der Integration der Interferontherapie in den Gesamtbehandlungsplan erklärbar. Das recht gute Ansprechen führen wir auf die optimierte Compliance durch das dargestellte Begleitprogramm zurück.

Wir wurden durch die Ergebnisse ermutigt, unsere Behandlung im geschilderten Rahmen fortzusetzen. Unseres Erachtens wird durch ein solches Begleitprogramm die Therapie gleichzeitig zur Prävention:

- Einerseits ist jede ausgeheilte Hepatitis eine epidemiologische Prävention.
- Andererseits wird durch die umfassende Aufklärung auch eine individuelle Prävention intendiert, die das Risiko einer Reinfektion reduziert.
- Die Einbeziehung der beschriebenen Coping- und Abwehrmuster kann zu einer verstärkten Reflektion des bisherigen Drogenkonsumverhaltens beitragen und so eine Veränderungsbereitschaft fördern.

- Zudem nehmen wir auch eine subtile, also unterschwellig veränderte Atmosphäre in der Einrichtung an, welche sich auch auf die anderen Patienten im Sinne eines erhöhten Bewußtseins auswirken könnte.

Ausblick

Wir werden die Ergebnisse weiter dokumentieren, um sie dann einer entsprechenden Fachöffentlichkeit im Sinne einer Publikation in der Fachpresse vorzustellen.

Wir bauen persönliche Kontakte mit Fachleuten aus der Region auf, damit unsere Patienten nach der Entlassung qualifiziert weiterbehandelt werden können – unabhängig davon, ob diese hier abgebrochen haben, rückfällig ins ambulante Substitutionsprogramm kommen oder regulär entlassen wurden. Umgekehrt können diese Kontakte ermöglichen, ambulant anbehandelte Patienten ohne Unterbrechung der Interferontherapie in die stationäre Entwöhnung zu überführen. In diesem Sinne führen wir gelegentliche Fortbildungen zur Hepatitisstherapie bei Drogenkonsumenten durch, um die Fachleute zusammenzuführen.

Literaturhinweise

Über den Verfasser



2. Wohnprojekte/Betreutes Wohnen

Martin Hilckmann, Zik gGmbH Berlin

Thomas Pfister, AIDS-Hilfe Tübingen-Reutlingen e. V.

Protokoll

Unser Workshop war mit 5 Teilnehmerinnen sehr übersichtlich. Nach einer ausführlichen Vorstellungsrunde, die durch die Technik des „Aufstellens“ kurzweilig gehalten wurde, stellte Martin Hilckmann - powerpointgestützt - seine Überlegungen zur Betreuung von Menschen mit chronischer Hepatitis C vor.

Er stützte sich dabei auf seine Ausführungen im „Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch“. Diese lassen sich im Kapitel 3 „Leben mit einer chronischen Erkrankung“ nachlesen und werden hier deshalb nicht wieder gegeben.

Anschließend taten wir uns jeweils zu zweit zusammen und machten gegenseitige Interviews zum Stand des Umgangs mit Hepatitis C in unseren jeweiligen Einrichtungen. Im Plenum stellten man die Ergebnisse dann gegenseitig vor.

Auffallend war dabei die unterschiedliche Gewichtung, die das Thema erfährt.

Während bei ZIK (Zuhause im Kiez gGmbH in Berlin) und dem Projekt LÜSA e.V. (Langzeitübergangs- und Stützungsangebot für chronisch mehrfachgeschädigte Drogenabhängige mit Doppeldiagnosen in Unna) das Thema Hepatitis C eine zentrale Rolle spielt und in den Arbeits- und Betreuungsalltag integriert ist, hat es in den meisten anderen Einrichtungen bisher eine viel geringere Bedeutung.

Bei ZIK wurde aus der Erfahrung, dass zwar viele betroffene BewohnerInnen meinen oder vorgeben über Hepatitis C und seine Ansteckungsrisiken Bescheid zu wissen, dies de facto aber oft nicht der Fall ist, Konsequenzen gezogen:

- Jede/r BewohnerIn bekommt einen sogenannten Starter-Kit. Dabei handelt es sich um ein Hygiene-Set mit Zahnbürste, Seife, Kondom, Einmalrasierer und Infozettel zur HCV-Prävention.
- In jedem Bad hängt ein Präventionsplakat „Hände Waschen!“.
- In den WG-Sitzungen und während der Frühstücke ist Hep-C Prävention regelmäßig Thema
- Alle 6 Wochen Infoveranstaltung „Wissen ist Chance“ für Betreuer und Betreute (von Pharma finanziert) zu den Themen Hepatitis C, HIV und Aids.
- Gemeinsame Fortbildungen im StadtRand-Verbund

- HCV-Fachtag für Hauptamtliche
- Dies fördert die „Blood-Awareness / Blutaufmerksamkeit“ und einen hohen Hygienestandard in den WGs.

In Unna gibt es ähnlich eindrucksvolle Anstrengungen:

- Die BewohnerInnen erhalten eine Bauchtasche, vergleichbar mit dem Berliner Starter-Kit
- Spritzentausch wird angeboten
- Desinfektionsmittel befinden sich in allen Räumen
- Eine Peers-Sprechstunde findet regelmäßig statt
- Ein Quiz zu HCV für die BewohnerInnen
- Es gibt eine Hep-C Beauftragte in der Einrichtung

Die TeilnehmerInnen aus den anderen Einrichtungen waren sich schnell darin einig, in Zukunft der HCV-Prävention mehr Beachtung zu schenken und das Thema jeweils stärker in der Einrichtung und bei den betreuten Menschen zu verankern.

Darüber hinaus wurde im Workshop auch die Bedeutung der psychosozialen Betreuung für den Erfolg einer Therapie der chronischen Hepatitis C mit pegyliertem Interferon und Ribavirin thematisiert. Die Entscheidung über einen Therapiebeginn ist von diversen somatischen und psychosozialen Faktoren abhängig. Als Kontraindikatoren gelten u.a.:

- strafrechtliche Tatbestände (Haftstrafen können zu Therapieunterbrechungen führen)
- dissoziale Persönlichkeitsstörungen
- affektive Psychosen
- Unterbrechungen der beruflichen Rehabilitation
- weniger als 12 Monate Opiatabstinenz
- erheblicher Beikonsum bei Substituierten
- erkennbar schlechte Compliance

Diskutiert wurde in der Gruppe, wie KlientInnen die notwendigen Voraussetzungen für eine HCV-Therapie erfüllen können. Dabei wurden insbesondere die Bedeutung einer stabilen psycho-sozialen Bezugsbetreuung und die enge Kooperation mit dem behandelnden Arzt betont.

3. Niedrigschwellige Kontaktarbeit

Kerstin Dettmer, Fixpunkt e.V., Berlin

Jürgen Klee, La Strada Drogenhilfe & Prävention, Frankfurt/Main

Protokoll

Der Workshop für das Setting ‚niedrigschwellige Kontaktarbeit‘ wurde am ersten Tag von 22 TeilnehmerInnen in der Fortsetzung am zweiten Tag von 17 TeilnehmerInnen besucht. 6 Teilnehmer waren DrogengebraucherInnen und 1 Teilnehmerin kam aus den Elterngruppen. Die restlichen TeilnehmerInnen waren MitarbeiterInnen von Hilfeeinrichtungen.

Jürgen Klee stellte zum Einstieg in die Veranstaltung die Voraussetzung für eine Kostenübernahme von Hepatitis A+B Impfungen durch die Krankenkassen dar und wies auf die Verpflichtung von Arbeitgebern in diesem Teilbereich der Drogenarbeit hin die Impfungen für MitarbeiterInnen zu bezahlen.

Im Anschluss wurden die Eckdaten der Impfkampagne in einem Frankfurter Drogenkonsum-raum (Integrative Drogenhilfe) vorgestellt. Das beste Mittel um zur Teilnahme an der Kampagne zu motivieren war die persönliche Ansprache der Interessenten. Im Rahmen der Kampagne wurden, aus Rücksicht auf die besonderen Umstände, die Testungs- und Impfschemata verkürzt.

Beim ersten Kontakt wurde eine Blutentnahme zur Serologie durchgeführt und gleichzeitig die erste Impfung durchgeführt. Das Ergebnis der Serologie wurde dann mit der zweiten Impfung verbunden. So ist zumindest zu bis zu 70% ein Impfschutz gegeben, selbst wenn die dritte und letzte Impfung sechs Monate später versäumt wurde (das ist der Wert, der in Studien an gesunden Probanden ermittelt wurde. Für DrogengebraucherInnen ist er wahrscheinlich deutlich niedriger, da selbst nach kompletter Impfung (Erfahrung in Berlin! Siehe unten) nur bei 68 % der DrogenkonsumentInnen ausreichende Titer erreicht werden. Nach einer Impfung sollte mindestens ein Titer von 10, besser von 100 erreicht werden – auch wenn es wahrscheinlich schon einen gewissen Impfschutz mit einem niedrigeren Titer gibt).

Insgesamt wurden 464 Personen getestet. 296 davon wurden HCV positiv, 252 HAV positiv, 240 HBV und 19 HIV positiv getestet. Bei 155 Personen wurde sowohl eine Hepatitis A und B diagnostiziert.

Neben diesen Daten konnte bei allen untersuchten DrogengebraucherInnen ein besseres Gesundheitsbewusstsein festgestellt werden als dies zu erwarten gewesen wäre. Dennoch gab es ein geringes Wissen zu den Hepatitiden. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Drogen-

konsumräume ein sehr geeignetes Setting für solche Kampagnen sind. Die Impfung gegen Hepatitis A + B sollte ein Standard- bzw. Pflichtangebot in solchen Einrichtungen sein.

Aus Erkenntnissen die in Berlin im Rahmen der Impfungen gewonnen wurden, ist bekannt, dass lediglich bei 68% der DrogengebraucherInnen die gegen Hepatitis B geimpft sind, ein ausreichender Impfschutz gegeben ist. Bei nicht Drogen gebrauchenden Menschen liegt dieser Prozentsatz bei 98%. Das bedeutet für die Praxis, dass engmaschigere Titerkontrollen und häufigere Boosterimpfungen notwendig sind!

Die begonnenen Impfungen wurden zu 2/3 zu Ende geführt, die Compliance der DrogenkonsumentInnen ist also vergleichbar mit der Compliance in der Allgemeinbevölkerung.

Es stellt sich aus den gewonnenen Erfahrungen die Frage, wie die Hepatitis Testungen für Drogenkonsumräume finanzierbar sein können, da sich diese auch in Berlin als sinnvoll erwiesen haben.

Ein weiterer Punkt an dem angesetzt werden kann und muss, ist, dem Mythos der „verkapselten“ Hepatitis C zu widersprechen. Es gibt KEINE verkapselte Hepatitis. Offensichtlich wird dieser Begriff fälschlicherweise von einigen Ärzten benutzt, um eine chronisch persistierende (ruhende) Hepatitis C zu beschreiben. Fatalerweise wähnen sich die betroffenen Menschen dann häufig in falscher Sicherheit: Auch mit einer ruhenden Hepatitis C ist man infektiös und kann andere anstecken!

Anschließend an diese Impulse werden den TeilnehmerInnen folgende Fragen gestellt:

1. Welchen Stellenwert hat Hepatitis C in Ihrer Arbeit?
2. Welchen Stellenwert sollte Hepatitis C in Ihrer Arbeit haben?

Die sichtbar gewordene Differenz zwischen dem derzeitigen und dem gewünschten Stellenwert des Themas wird im nächsten Arbeitsschritt abgefragt. Was fehlt / wäre nötig um Anspruch und Realität aneinander anzunähern? Dazu werden folgende Stichworte gesammelt:

- Aufklärung der ÄrztInnen
- Aufklärung der DrogengebraucherInnen
- Disziplin der KollegInnen
- Klare Botschaften
- Bereitschaft sich auseinanderzusetzen
- Bewusstsein im (Arbeits-)Alltag (Hep-Prävention ist nicht Bestandteil des Alltags)

- Sensibilität bei den Kollegen
- Zeitstrategie
- Verständliche Leitlinien
- Praktische Ideen (Hepatitis Rätsel etc.)
- Methoden um Hepatitis zum Thema zu machen
- Geld um Materialien zu finanzieren
- Kleine Schritte
- Ein Ausgleich zwischen dem/der Präventionsfachmann/-frau und dem Konsumenten als ‚Meister des Alltags‘ schaffen

Der effektiven Umsetzung stehen u.a. folgende Punkte im Wege:

- Nicht auf dem neusten Stand des Wissens
- Klienten kommen mit anderen Anliegen
- Klienten sind desinteressiert, da die Hepatitis keine Beschwerden macht
- Alle Mitarbeiter gewichten das Thema unterschiedlich

Anschließend an diese Stichwortsammlung wird eine Idee zur praktischen Umsetzung und zur Integration in die Arbeit vorgestellt das Vorbildlich ist (Projekt LÜSA, Unna):

Bei diesem Ansatz wird zwei Mal wöchentlich zu einer Hepatitis Gruppe eingeladen. Die Einladung erfolgt dabei einzeln und persönlich auf unterschiedlichen Wegen (schriftlich und mündlich). Als Einstieg in die Gespräche wird zum einen ein Gastgeschenk überreicht (Bauchtasche mit Zahnbürste, Nagelset, Kondom etc.) und weiter ein Hepatitis Quiz genutzt. Die Ergebnisse des Quiz werden dann in einem Vier-Augen-Gespräch durchgegangen, ausgewertet und ggf. korrigiert. Im Rahmen der Peer Group wird zudem über alle Risiken und Möglichkeiten einer Hepatitis C Therapie berichtet und aufgeklärt. Dazu wird auch ein ‚Therapietagebuch‘ genutzt, das von einem Drogengebraucher geschrieben wurde, der eine Interferontherapie erfolgreich hinter sich gebracht hat.

Ein weiteres Praxisbeispiel, dass auch direkt praktisch vorgestellt wird sind die Präventionstische des Berliner Fixpunkt.

Dabei werden drei Tische mit den gleichen Materialien, Bildern und Stichwortzetteln bestückt. Jeder der Tische hat ein anderes Thema (HIV / Hep.B / Hep.C). Die TeilnehmerInnen sind aufgefordert eine Zuordnung in Infektiös und nicht Infektiös vorzunehmen.

In der Erprobung im Rahmen des Workshops ist dabei bemerkenswert, dass während bei den Hepatitiden fast alle Zuordnungen korrekt waren, hatten sich bei HIV auffällig viele Fehler offenbart. Dies ist wahrscheinlich der Situation geschuldet, dass die TeilnehmerInnen aufgrund der vielen

neuen Infos rund um Hepatitis übermotiviert waren. Dieser Aspekt sollte auch in der Vor Ort Arbeit Berücksichtigung finden.

Ergebnisse:

- Kleine Schritte
- Regelmäßig / Nachhaltig und Alltagstauglich sein muss
- Ein engagierter, motivierter und informierter Mitarbeiter („Hepatitis Beauftragter“) sie beginnt
- Die KollegInnen motiviert werden müssen
- Eine Vernetzung aller Beteiligten erfordert (Ärzte / Haftanstalten / Drogenberatungen / Selbsthilfe etc.)
- Die Einbindung von Betroffenen erfordert
- Sensibilität bei der Wissensvermittlung erfordert und
- Sich in Konzept und ein Ausstattungsplan der Einrichtungen wiederfinden soll

Praktisch umsetzen lassen sich diese Punkte in viererlei Form. So können:

- Sinnvolle Give Aways als Gesprächs Opener genutzt werden
- Mitarbeiter und Abläufe Vorbildcharakter haben
- Blickfänge wie Präventionstische und Mobillees mit Alltagsmaterialien (Zahnbürste, Rasierer) genutzt werden
- Ein Austausch der Betroffenen im Hinblick auf Therapien gefördert werden (Therapietagebuch)
- Gegenstände der Woche/des Tages zum Einstieg genutzt werden
- Kooperationspartner für Impfkampagnen geworben werden (Gesundheitsamt / Ärzte / evtl. Pharma)

Protokoll: Marco Jesse

4. Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle/PSB)

Dr. Elisabeth Tanzmeister, Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte

Thomas Tschirner, Mitarbeiter im niedrighschwelligem Bereich, Peine

Protokoll

Als Workshopeinführung berichtete Herrn Tschirner über seine Arbeit vor Ort:

Zentrale Aussagen:

- Das Thema Hepatitis C nimmt in den Beratungsstellen zu denen er Kontakt hat keinen großen Stellenwert mehr ein, da kaum mehr MitarbeiterInnen dafür qualifiziert und vor Ort existent sind. Hepatitis C ist nur noch im Einzelfall Thema.
- Es wurde eine Evaluation mit 69 Befragten durchgeführt, die jedoch ergeben hat, dass es zum Informationsstand Hepatitis C eine hohe Zufriedenheit gibt. Herr Tschirner schließt aufgrund dieser Tatsachen, dass das Thema vor Ort keine große Bedeutung für die KlientInnen hat, da sie mit niedrigem Kenntnisstand zufrieden sind.
- In seiner Arbeit, wird das Thema Prävention für DrogengebraucherInnen vor allem über Ausstellungen und das Thema Menschenwürde vermittelt.
- Das Nebenwirkungsmanagement fehlt häufig in der Substitutionsbehandlung.
- In Peine gab es bis vor ca. 1 ½ Jahren keine Beratungsstelle für illegale Drogen und keinen spezifisch geschulten Arzt, was ein großes Manko darstellte.

Nach diesen Hintergrundinformationen begann die Vorstellungsrunde der TeilnehmerInnen in der die Wünsche und Erwartungen an den Workshop abgefragt wurden.

Zentrale Aussagen der TeilnehmerInnen:

- JES- Stuttgart: Generelles Interesse an der Fachtagung
- PSB-Projekt, Berlin: In der Einrichtung ist Hepatitis C ein großes Thema. Es besteht der Wunsch nach Austausch mit Einrichtungen aus anderen Bundesländern. Werden Substituierte in anderen Bundesländern mit oder ohne PSB versorgt?
- Projekt das mit russischsprachigen DrogengebraucherInnen arbeitet, Berlin: Wunsch nach mehr Informationen über Hepatitis C um den KlientInnen das Thema näher bringen zu können.

- Drogenkonsumraum Essen: Ideen für eine Herangehensweise an Prophylaxe und Substitution.
- Niedrigschwellige Einrichtung, Hamburg: Gute Erfahrungen mit alternativen Heilmethoden wie z.B. Akupunktur gemacht, vor allem was das Nebenwirkungsmanagement angeht. Wie sieht es diesbezüglich in den anderen Einrichtungen aus?
- Drogenhilfe Recklinghausen: Was gibt es Neues in punkto neue Behandlungsmethoden?
- Gesundheitsamt Frankfurt/Main: Austausch zum Thema Aids- und Hepatitisprävention.
- Frauentreff, Berlin: Welchen Zugang gibt es bezüglich Hepatitis C für drogenabhängige Frauen und Prostituierte.
- Drogenberatungsstelle Cloppenburg: Verstärkter Austausch zwischen MitarbeiterInnen der Drogenberatungen und ÄrztInnen.
- Drogenberatung Camp Lindfort: Austausch mit anderen TeilnehmerInnen, da vor Ort kaum Behandlungen für Substituierte angeboten werden.
- Drogenhilfe Moers: Informationen über das Thema Hepatitis C, da vor Ort keine gute Aufklärung bei den KlientInnen herrscht. Wie kann besser präventiv gearbeitet werden, damit die KlientInnen auch erreicht werden.
- AH – PSB Paderborn: Interesse an medizinischen Informationen.
- AH Düsseldorf: Informationen über Nebenwirkungsmanagement, insbesondere über Depressionen bei Interferon-Behandlungen.
- Drogenhilfe Köln: Das Thema Hepatitis C muss stärker vor Ort verankert werden. Interesse an medizinischen Informationen.
- Elternverband akzeptierender Drogenarbeit, Wuppertal: Neuigkeiten zum Thema Hepatitis C, Interesse an verstärkter Öffentlichkeitsarbeit. Weitergabe an Informationen seitens von Ärzten wurde bemängelt. Bessere Ausbildung der Ärzte in Bezug auf PSB, da in manchen Fällen ohne Beratung keine Substitution beginnen kann.
- Drogenberatung Halle: Hauptsächlich russische Klientel. Wie kann diese Zielgruppe besser erreicht werden und deren Interesse geweckt werden. Wie kann ein besserer Austausch mit substituierenden Ärzten vor Ort erreicht werden, da diese die Drogenabhängigen stark unter Druck setzen und so eine Interferon-Behandlung manchmal unmöglich gemacht wird.

Nach der ausführlichen Vorstellungsrunde wurde vereinbart, die Diskussion unter das Thema Prävention zu stellen. Unterteilt wurde das Thema in den Ist- und den Wunsch-Zustand der Einrichtungen.

Prävention

Ist-Zustand:

Zentrale Aussagen, die jedoch nicht für alle anwesenden Einrichtungen zutreffen müssen:

- Ärzte boykottieren häufig den Spriztentausch in den Einrichtungen vor Ort.
- Veranstaltungen mit Vertretern der Pharmaindustrie hinsichtlich der MultiplikatorInnenfortbildung finden zumindest teilweise statt.
- Plakate, Flyer und Kondome werden von der Klientel mitgenommen, Informationsbroschüren über Hepatitis C eher nicht.
- HCV-Sprechstunden werden schlecht angenommen, Selbsthilfegruppen zum Thema jedoch gut.
- Mancherorts gibt es einen Qualitätszirkel von substituierenden Ärzten → Arbeitsgruppe Aktion

Wunsch-Zustand:

Zentrale Aussagen, die jedoch nicht für alle anwesenden Einrichtungen zutreffen müssen:

- Dealer als MultiplikatorInnen einsetzen, da diese die Klientel häufig am besten erreichen.
- ApothekerInnen als MultiplikatorInnen einsetzen.
- Berater benötigen häufig eine große fachliche Kompetenz, vor allem hinsichtlich des Nebenwirkungsmanagement bei einer Interferon-Behandlung → verstärkter Schulungsbedarf.
- Individuellere Betreuungsmöglichkeiten müssen gewährleistet werden können.
- Ein Erfahrungsaustausch von bereits behandelten Menschen und Hepatitis-C-Infizierten sollte möglich sein → um z.B. Angst vor einer Behandlung abzubauen.
- Menschen die mit Hepatitis C infiziert sind, sollten vor der Therapie sowohl seitens der BeraterInnen als auch seitens der Ärzte als mündige PartnerInnen gesehen werden und kompetent und umfassend über die Interferon-Therapie aufgeklärt werden.

Für den zweiten Teil wurde zunächst das Thema Arbeit mit HEP-C infizierten Menschen mit Migrationshintergrund vereinbart.

Arbeit mit MigrantInnen

- Zugangsmöglichkeiten für Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen muss gewährleistet sein:

- Sprachprobleme müssen durch ausgebildete MitarbeiterInnen gelöst werden können.
- Es müssen Konzepte entwickelt werden auf die aufgrund kultureller Unterschiede verschiedenen Definitionen von Abhängigkeit einzugehen.
- Gibt es Möglichkeiten das soziale Umfeld von Hepatitis C infizierten Menschen mit Migrationshintergrund zur Unterstützung einzubinden? Drogenprobleme von MigrantInnen werden häufig innerhalb der Familie, des Clans versucht zu regeln. Die Probleme dringen deshalb weniger nach außen. Häufig ist i.v. Drogenkonsum für Menschen aus dem arabischen Raum ein Tabu. Dies könnte ein Grund sein, warum MigrantInnen weniger mit HEP C infiziert sind.
- Das Misstrauen gegenüber Behörden, Einrichtungen und offiziellen Stellen muss durch einen bestimmten kulturspezifischen Ansatz abgebaut werden.

Anschließend referierte Frau Dr. Tanzmeister über die Beratungssituation bei einem positiven HEP C – Testergebnis.

Beratungssituation positives HEP C – Testergebnis

- Die Bedeutung eines positiven Testergebnisses muss für die KlientInnen klar gemacht werden. Ggf. müssen weitere Fragen geklärt werden. Dabei ist es unerlässlich sich seitens des/r Berater(s)in auf die emotionalen Reaktionen des/r KlientInnen einzulassen und ggf. soziale Unterstützung über die gesamte Behandlungsdauer anzubieten. Reicht die Kompetenz der BeraterInnen nicht aus, so sollten weitere Kontaktangebote und Verweise an andere Beratungsstellen gemacht werden.
- Es ist notwendig über die Ansteckungsgefahr aufzuklären
- Der Verlauf der Erkrankung und der Behandlung muss beobachtet und diagnostiziert werden

Mitteilung der Diagnose chronische Hepatitis C:

- Was bedeutet die Diagnose für den Patienten/die Patientin? – Individuelle Lebenssituation beachten!
- Welche Aspekte und Fragen sind für PatientInnen im Zusammenhang mit der Diagnose Hepatitis C besonders wichtig?

→ Ergebnisse einer Befragung von 2500 Personen in Bezug auf Sorgen und Anliegen von Menschen mit Hepatitis C:

- Fortschreiten der Krankheit
- Vorzeitiger Tod
- Ansteckung von Familienmitgliedern
- Nebenwirkungen der Therapie
- Sorgen bezüglich Arbeitsverlust, soziales Stigma etc...

Basiskriterien bei DrogengebraucherInnen nach Haltmayer (ärztlicher Leiter Wiener Sozialprojekte) aus 2001:

- Bestehendes strukturiertes Betreuungsverhältnis (niedergelassene Ärzte, psychosoziale Betreuung und Drogeneinrichtungen).
- Umfassende Aufklärung der PatientInnen.
- Aspekte der Betreuung:
- In ausreichender Dauer (mindestens jedoch über einen Zeitraum von 3 Monaten)
- In ausreichender Konstanz, d.h. in Bezug auf die Therapie, Einhaltung bestimmter Richtlinien.
- Wichtige soziale Faktoren bei Infizierten:
- Wohnumfeld, bzw. Wohnung
- Arbeitssituation
- Soziales Netz
- (offene) Haftstrafen

Psychische Aspekte der infizierten Personen:

- Häufige Komorbidität mit psychiatrischen Störungen
- Konstante Beurteilung im Langzeitverlauf
- Besondere Sorgfalt bei:
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Angststörungen
- Persönlichkeitsstörungen

Aspekte des Drogenkonsums (während einer Interferon-Therapie)

- Stabile Substitutionsbehandlung → kein Ausschlussgrund für eine Therapie
- Auch Abstinenz bzw. stabile Substitution schließen jedoch Drogenkonsum nicht zu 100% aus.
- Informationen über Safer Use bei eventuellem i.v. Drogenkonsum müssen vermittelt => Prävention von Reinfektion! Eine Re- oder Co-

Infektion mit einem anderen Genotyp während einer Behandlung ist möglich!

- Safer Use Empfehlung: „Alles immer frisch verwenden!“ und sauberes Spritzbesteck.

Nachfolgend einige Statements der TeilnehmerInnen:

- Das Thema HEP C sollten an das jeweilige Setting der Einrichtungen angepasst werden, um effektiver Arbeiten zu können und die Erfolgsaussichten der Behandlung zu erhöhen. Dazu ist es notwendig den Zugang zum Klienten immer individuell zu gestalten.
- Der medizinische Kenntnisstand in Bezug auf die Behandlung von Hepatitis C sollte bei MitarbeiterInnen von entsprechenden Einrichtungen immer auf dem neuesten Stand sein, um die KlientInnen möglichst kompetent beraten und betreuen zu können.
- Es ist wichtig für die KlientInnen darauf hinzuweisen, dass bei einer nicht erfolgreichen Behandlung mit Interferon trotzdem eine Entlastung der Leber und eine Senkung der Viruslast erreicht werden kann. In solchen Fällen sollten die KlientInnen warten bis es neue Behandlungsmöglichkeiten gibt. Eine erneute Behandlung mit dem gleichen Medikament ist meistens erfolglos.
- Die Erfahrungen bei der Behandlung von Hepatitis C haben gezeigt, dass jüngere Menschen diese besser vertragen, als ältere Menschen.

Resümée des Workshops

Es hat sich gezeigt, dass der Umfang der Thematik viel zu groß war um alle Aspekte ausreichend bearbeiten zu können, dennoch konnten die TeilnehmerInnen durch die Informationen, die vermittelt wurden und den Austausch wichtige Impulse für ihre Arbeit vor Ort mitnehmen.

Protokoll: Uwe Niethammer

5. Setting Gefängnis

Dr. Karlheinz Keppler, Ärztlicher Dienst der JVA für Frauen Vechta
Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Protokoll

Die HCV-Prävention und die Behandlung der HCV stellen sich im Justizvollzug als besondere Herausforderung dar. Präventionsmaßnahmen wie die Vergabe von sterilen Spritzen und Nadeln, steriles „Werkzeug“ beim Tätowieren oder Piercen, anschließende Wundbehandlung und auch die Kondomvergabe finden nicht in der außerhalb des Vollzuges üblichen Art und Weise statt. Die einzige Ausnahme in Deutschland ist die Frauenhaftanstalt in Berlin, in der das in den 90er Jahren eingeführte Spritzen-tauschprogramm weitergeführt wird. Aber auch hier bleiben Risiken, die in der gemeinsamen Benutzung des Zubehörs (Filter, Löffel etc.) liegen, bestehen.

Infektionsrisiken im Gefängnis

- Benutzung gebrauchter Spritzen, Nadeln, Zubehör
- Tätowieren und Piercen (Anmerkung: Beides ist in den Haftanstalten verboten. Das Verbot führt zum heimlichen Tätowieren, eingesetzte Tätowiermaschinen werden selber hergestellt, gleiches gilt für die eingesetzten Farben)
- Gemeinsame Benutzung von Rasierern, Nagelscheren etc.
- Ungeschützter Sex unter Männern

Eine weitere Erschwernis stellt die Substitutions- und Entzugspraxis im Vollzug dar. Die Substitution wird nicht flächendeckend und bedarfsgerecht angeboten, auch die Entzugsplätze sind rar. Damit erhöht sich die Gefahr, dass Drogen gebrauchende Inhaftierte unter den o.g. extremen Bedingungen weiterhin konsumieren, bzw. mit dem Konsum erneut beginnen. Die Nicht-Einhaltung von Präventionsstandards im Gefängnis wird seit vielen Jahren kritisiert, auch in diesem Workshop zeigte sich erneut, dass eine Verbesserung der Situation weder eingetreten noch zu erwarten ist.

Prävention in Haftanstalten

Es ist in der Regel vom persönlichen Engagement der internen und externen MitarbeiterInnen abhängig, ob und wie Präventionsangebote in Haftanstalten durchgeführt werden. Bis auf wenige Ausnahmen gibt es keine einheitliche Regelung, wie die Maßnahmen auszusehen haben und wie der Zugang gewährleistet werden kann. Hier einige Beispiele aus dem Workshop, welche Präventionsmaßnahmen ergriffen werden:

- Kostenlose Abgabe von Rasierern
- Spritzenautomaten (nur Berlin)
- Kondom- und Gleitmittelvergabe über Infotheken
- Hepatitis B Impfung
- Infoveranstaltungen
- Gruppenangebote
- Merkblätter und weitere Informationsmaterialien

Es wurde darüber diskutiert, wie zumindest ein Minimalstandard aussehen könnte, z.B.:

- Infoveranstaltung für alle Neuzugänge
- Infothek mit Kondomen, Gleitmittel und Informationsmaterialien
- Aushändigung eines „Willkommensset“ an alle Neuzugänge (Rasierer, Zahnbürste, Nagelschere, Kondome, Gleitmittel, Pflaster...)
- Hepatitis B Impfung

HCV-Test

Die Testpraxis ist sehr unterschiedlich, in einigen Haftanstalten gehört dies zum Standardangebot der Eingangsuntersuchung, in anderen Haftanstalten verläuft dies eher unsystematisch bzw. auf Nachfrage. Eine Testberatung vorab findet nicht statt, jedoch in der Regel bei der Mitteilung eines positiven Testergebnisses. Während der Inhaftierung wird eine Serologie im Falle des Auftretens von Symptomen angeboten, selten dann noch in der Abschlussuntersuchung. Das heißt, dass eine in Haft erworbene HCV-Infektion in der Regel während der Inhaftierung nicht nachgewiesen wird.

HCV-Behandlung

In Nordrhein-Westfalen werden im Justizvollzugskrankenhaus HCV-Behandlungen durchgeführt, die Zahl der Behandlungen ist aber als eher gering einzustufen (ca. 10 Behandlungen im Jahr). Ähnlich ist die Situation auch in anderen Regionen. Aus NRW wurde berichtet, dass die Substitution als Ausschlusskriterium einer HCV-Behandlung gesehen wird. Da die Substitution von den anderen TeilnehmerInnen des Workshops eher als stabilisierender Faktor gesehen wird und gleiche Rückmeldungen auch aus den Plenarveranstaltungen vorlagen, sollte diese Praxis überdacht werden. Auch in Niedersachsen wird die Entscheidung, ob eine Behandlung durchgeführt wird oder nicht, im Justizvollzugskrankenhaus getroffen. Wurde bereits vor Haftantritt mit einer HCV-Behandlung begonnen, wird diese in den Haftanstalten fortgeführt. Einige niedergelassene Ärzte und Ärztinnen

nehmen eine anstehende Inhaftierung als Ausschlusskriterium einer HCV-Behandlung, da davon ausgegangen wird, dass die Behandlung nicht fortgeführt wird. Dieses Missverständnis sollte möglichst schnell ausgeräumt werden.

Es stellte sich auch die Frage, ob unter der HCV-Behandlung eine Reinfektion möglich ist. Diese Frage ist nicht eindeutig zu beantworten. Grundsätzlich ist eine Reinfektion möglich, ob sich diese Reinfektion bemerkbar macht oder direkt erfolgreich mitbehandelt wird, ist abhängig von:

- Länge der noch anstehenden Behandlung (je länger die Behandlungszeit nach der Reinfektion ist, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass die Reinfektion erfolgreich mitbehandelt wird)
- Genotyp und auch hier wieder die Frage der Behandlungsdauer

In Hessen wurden Leitlinien zur HCV-Behandlung erstellt. Die Entscheidung, ob eine Behandlung durchgeführt wird, trifft der Anstaltsarzt bzw. die Anstaltsärztin. Voraussetzungen sind: Die Haftdauer sollte mindestens so lang sein wie die Behandlungsdauer, negative Urinkontrollen, keine psychische Komorbidität.

Betreuung während der Behandlung

In Niedersachsen muss eine engmaschige Betreuung während der Behandlung sichergestellt sein, um mit der Behandlung beginnen zu können. In Nordrhein-Westfalen wird vor Behandlungsbeginn eine Stellungnahme vom Sozialpsychologischen Dienst und /oder Sozialen Dienst eingeholt. Es besteht eine Checkliste, was bei der Behandlung zu beachten ist und es werden Informationen zum Nebenwirkungsmanagement gegeben.

Protokoll: Bärbel Knorr

6. Infektionsschutz am Arbeitsplatz-Workshop für Geschäftsführung und Hygiene- und Sicherheitsbeauftragte der Einrichtungen

Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin

Dr. Michael Janßen, Berlin

Hintergrund

Das Thema „Arbeitsschutz“ ist aus mehreren Gründen für die Hepatitis-Problematik relevant:

MitarbeiterInnen der Drogen- und Aidshilfe kommen im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit infizierten Menschen in Kontakt. Die MitarbeiterInnen sind unter Umständen selbst infektionsgefährdet (in erster Linie bei der medizinischen Versorgung und beim Spritzentausch). Sie müssen aber auch Sorge dafür tragen, dass ihre KlientInnen zumindest innerhalb der Einrichtung keine Infektionen an andere KlientInnen weitergeben.

Injizierende DrogenkonsumentInnen sind häufig immungeschwächt und aufgrund der Injektionen besonders infektionsgefährdet.

Interessant ist die Umsetzung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes aber auch deshalb, weil wir daraus Erkenntnisse ableiten können, wie Prävention funktioniert. Wenn MitarbeiterInnen Schwierigkeiten haben, Präventionsmaßnahmen umzusetzen (z. B. Impfung) – wie sollen diese MitarbeiterInnen dann KlientInnen davon überzeugen? Und wenn Informationen über Flyer bei MitarbeiterInnen nicht zu einer Bewusst+werdung bzw. Handlungsänderung führen, wie können wir Vergleichbares bei unserer Zielgruppe erwarten?

Die wichtigsten Rahmenbedingungen sowie organisatorische Maßnahmen zum Infektionsschutz am Arbeitsplatz sind im Handbuch „Hepatitis C und Drogengebrauch“ dargestellt (S. 129 ff). Die Aspekte, die im Rahmen des Workshops behandelt wurden, werden deshalb hier nur stichwortartig erwähnt.

Infektionsschutz am Arbeitsplatz

Die Chancen, die sich für die Hepatitis-Prävention eröffnen, indem der Infektionsschutz am Arbeitsplatz in Einrichtungen stärker thematisiert wird, liegen darin, dass MitarbeiterInnen bzw. die Institution als Vorbild nach innen und außen fungieren können. Die MitarbeiterInnen werden – auch im Hinblick auf KlientInnen-Arbeit – sensibilisiert. Ein fürsorglicher und achtsamer Umgang mit MitarbeiterInnen bzw. innerhalb der Mitarbeiterschaft prägt auch die Haltung gegenüber KlientInnen.

Nicht nur die Hepatitis-Prävention ist für den Infektionsschutz am Arbeitsplatz bzw. innerhalb einer Einrichtung relevant. Auch andere Viren und

Bakterien stellen eine gesundheitliche Gefährdung für Beschäftigte oder für KlientInnen dar. Für Letztere ist zum Beispiel der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus-Keim (MRSA) ein ernsthaftes Risiko (weitere Informationen über www.rki.de) und erfordert die konsequente Beachtung von Hygienemaßnahmen (allem voran die Händehygiene!).

Die arbeitsmedizinische Betreuung der MitarbeiterInnen erfolgt über die betriebsärztliche Betreuung des Betriebs und durch Untersuchung der MitarbeiterInnen. Hier ist zu unterscheiden in Angebots- und Pflichtuntersuchungen. Gemäß Biostoffverordnung MÜSSEN MitarbeiterInnen, die Wund- oder Blutkontakt haben, regelmäßig untersucht werden. Weiterhin sind Untersuchungen nach einem Arbeitsunfall, z. B. Nadelstichverletzung, notwendig.

Erfahrungsgemäß ist es zweckmäßig, dass MitarbeiterInnen auch vom Arbeitgeber wiederholt, regelmäßig und anlassbezogen über Sinn und Zweck der arbeitsmedizinischen Untersuchungen und die Maßnahmen des Infektionsschutzes aufgeklärt werden, um Ängste und Widerstände gegenüber der arbeitsmedizinischen Betreuung abzubauen.

Neben den Kontrollängsten zum Beispiel bei Untersuchungen durch den Arbeitsmediziner gibt es aber auch Hürden durch Uneinsichtigkeit bei MitarbeiterInnen nach dem Motto „Wir haben das schon immer so gemacht und es ist noch nie etwas passiert“.

Hinderlich für die Implementierung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes ist zudem die Vielzahl von Verordnungen, Richtlinien usw., die einen schnellen Überblick und eine praxisnahe bzw. –gerechte effektive Umsetzung von Arbeitsschutz-Maßnahmen erschweren. Hier ist eine gute Beratung durch den Arbeitsmediziner und die Fachkraft für Arbeitssicherheit (Sicherheitsingenieur) sehr hilfreich. Mittlerweile gibt es aber auch gute Leitfäden und didaktische Materialien bzw. Unterstützung durch die Berufsgenossenschaft (www.bgw-online.de).

Fazit ist, dass eine Prioritätensetzung beim Arbeitsschutz zwingend ist, um die Orientierung und Handlungsfähigkeit nicht zu verlieren. Es empfiehlt sich die Eingliederung des Arbeitsschutzes in die Systematik des Qualitätsmanagements und eine enge, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmediziner und dem Sicherheitsingenieur.

Detailaspekte

Für die Alltagspraxis der Workshop-Teilnehmer relevant waren die Themen:

- Technik und Anlass der Händedesinfektion

- Einsatz von Schutzkleidung (einschließlich Arbeitsschuhe)
- Entsorgung von gebrauchten Spritzen und anderem infektiösem Müll
- HBV-/Influenza- Schutzimpfung
- STIKO-Empfehlungen
- Auswahl des Arbeitsmediziners und des Sicherheitsingenieurs
- Widerstände und Umsetzungsprobleme in der Praxis
- Interaktionen Mitarbeiter-Klient (z. B. Körperkontakt (Händeschütteln) mit Klienten)
- Interaktionen Mitarbeiter-Mitarbeiter (z. B. Umgang mit Fehlern)
- Diese Detailspekte wurden im Workshop vertieft behandelt.

Astrid Leicht, Michael Janßen



Workshop Arbeitssicherheit

Vorträge zu innovativen Präventionsideen

Schweiz

SENSIBILISIERUNGSKAMPAGNE HEP C

Vom Wissen zum Handeln - Kampagne für Fachleute und DrogenkonsumentInnen

Peter Menzi, Infodrog, Bern

1. Vorstellung Infodrog

Infodrog ist die schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, die im Rahmen der schweizerischen vier Säulen Politik zuständig ist für die Säulen Schadensminderung & Therapie und durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert wird.

Wichtigste Dienstleistungen & Produkte sind:

- Beratung und Unterstützung für Institutionen und Fachpersonen im Suchtbereich
- Aufarbeitung und zur Verfügung stellen von Informations- und Dokumentationsmaterial
- Unabhängige Ombudsstelle für KlientInnen, Fachleute aus den Bereichen ambulante und stationäre Therapie sowie der Schadensminderung
- Impulsfonds für die Unterstützung von Projekten oder Angeboten im Bereich Schadensminderung und Therapie

2. Ausgangslage

In der Schweiz wurde im August 2000 die erste grössere regionale Hepatitis C Präventionskampagne in der Region Zürich durchgeführt. Aus der Zusammenarbeit zwischen dem Konsumraum und der Aids-Hilfe in Winterthur entstand eine Präventionskampagne zu Hepatitis C für Drogenkonsumierende. Das Projekt startete mit einer Pilotwoche im Konsumraum in Winterthur und wurde im gleichen Jahr in allen niederschweligen Drogeneinrichtungen im Kanton Zürich durchgeführt. Das Bundesamt für Gesundheit nahm die Idee im Jahr 2001 auf und entwickelte in Zusammenarbeit mit Fachleuten eine gesamtschweizerische Kampagne mit dem Ziel, das Wissen über Hepatitis C für DrogenkonsumentInnen und Fachpersonen im niederschweligen Bereich zu verbessern. Parallel zur Kampagne wurden Weiterbildungen für Fachpersonen im Suchtbereich durchgeführt. Diese zeigten, dass die Fachpersonen im Drogenbereich nicht ausreichend über Hepatitis C informiert waren. Im Jahr 2005 wurde das

Manual Hep^{ch} <http://www.hepch.ch/> lanciert, welches von der damaligen Fachstelle für Schadensminderung (FASD) im Auftrag des BAG erarbeitet wurde. Dieses Handbuch wurde von akzept e.V. übernommen und an die deutschen Bedürfnisse angepasst.

3. Aktuelle Situation betr. Hep. C

2.1 Bei DrogenkonsumentInnen

Die Rückmeldungen aus dem Terrain sowie die Zahlen zu Hepatitis C haben gezeigt, dass Handlungsbedarf besteht. Veränderte Konsummuster insbesondere durch exzessiven Konsum von Kokain verschlechtern den Gesundheitszustand von DrogenkonsumentInnen und verursachen eine höhere Risikobereitschaft bezüglich Hepatitis und HIV.

Zahlen zu Hepatitis bei intravenös Drogen Konsumierenden in der Schweiz (BAG, 2004, Manual Hep^{ch}, Bern)

- 50-95% sind (je nach Konsumdauer) mit Hepatitis-C-Viren infiziert
- 40-70% sind mit Hepatitis-B-Viren infiziert
- 30-40% sind mit Hepatitis-B- und -C-Viren infiziert. 50-60% haben eine Hepatitis A durchgemacht.

2.2. Bei Fachleuten im niederschweligen Bereich

Es zeigen sich bezüglich Wissen über Hepatitis grosse Unterschiede bei den Fachleuten im niederschweligen Bereich. Die vorhandenen Informationsmöglichkeiten zu Hepatitis werden selten genutzt und gehen im teilweise hektischen Tagesgeschäft unter. Das Manual Hep^{ch} wird gelobt, steht aber oftmals leicht verstaubt im Büchergestell.

4. Vorstellung Projekt

4.1 Ziele dieser Kampagne

Ziel der nationalen und deshalb dreisprachigen Hepatitis-Sensibilisierungskampagne ist es, den Fachpersonen aus dem niederschweligen Bereich unter dem Stichwort Gesundheitsförderung ein Tool zur Verfügung zu stellen, das ihnen erlaubt, in ihren Institutionen ohne grossen Aufwand regelmässige *Sensibilisierungskampagnen* zum Thema Gesundheitsförderung, insbesondere zu Hepatitis C durchführen können. In einem zweiten Schritt möchten wir die Fachpersonen motivieren, die UserInnen in den Sensibilisierungsprozess einzubinden. Dies geschieht unter anderem mit dem Einsatz eines Videos zu "Safer Injection", der die Risiken von Hepatitis B / C in Zusammenhang mit intravenösem Drogenkonsum zeigt. Es sind in der Schweiz Überlegungen da, ein an die hiesigen Verhältnisse adaptiertes Video zu produzieren. Ich könnte mir vorstellen, dass eine länderüber-

greifende Zusammenarbeit für die Produktion eines Videos zu Hepatitis im deutschsprachigen Raum Sinn machen würde

4.2. Zielgruppen

- Fachleute im niederschweligen Bereich (Konsumräume, Heroin- und Methadonzentren, Betreutes Wohnen, Gefängnisse)
- DrogenkonsumentInnen

4.3 Partner

Wie die Erfahrungen gezeigt haben, muss eine Sensibilisierungskampagne breit abgestützt werden. Folgende Partner sind vorgesehen:

- ExpertInnengruppe Manual Hep^{ch}: für die Aktualisierung des Manual Hep^{ch}
- Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM): für Schulungen von Fachleuten im niederschweligen Bereich
- Fachleute Konsumräume: für Flyers, Infomaterialien, die Durchführung der Kampagne, um den Transfer von Oben nach Unten zu gewährleisten
- Bundesamt für Gesundheit Sektion Drogen (ev. Sektion Aids): für die nationale Verankerung des Projektes und die Zusammenarbeit mit Kantonen und grösseren Städten

4.4 Vorgehen

I. Update Manual/Homepage Hep^{ch}

- Eine Umfrage bei der ExpertInnengruppe Manual Hep^{ch} ergab, dass nur wenige Veränderungen für das Update vorgenommen werden müssen.

II. Sammlung von Informationsmaterialien in der Schweiz

- Es gibt in der Schweiz viele Institutionen, die eigene Flyer zum Thema Hepatitis entwickelt haben. Das Projekt will die regionalen Bestrebungen koordinieren und nationale Standards aufstellen.

III. Konzeptionalisierung Projekt

IV. Entwicklung eines modularen Tools Gesundheitsförderung

- In Form eines Materialkoffers, mit Schwerpunkt Hepatitis C, der alle Präventionsmaterialien enthält, die zur Durchführung einer Hepatitis-Sensibilisierungs-Kampagne benötigt werden und durch andere Themen der Gesundheitsförderung wie Safer Use, Safer Sex, Ernährung oder Hygiene in jährlich wiederkehrende Kampagnen erweitert werden kann.

4.5 Inhalt Materialkoffer

- Flyer
- Plakate/Infomaterial
- Schulungsunterlagen
- DVD Video „Hitting Home“

→ Alle Informationsmaterialien werden auf der Webseite www.hep.ch bereitgestellt.

4.6 Doppelte Strategie bei den Zielgruppen

I. Phase: Für Fachleute

- Informationsmaterialien zur Verfügung stellen
- Schulungen zu Hepatitis C und zum optimalen Einsatz des Materialkoffers
- Durchführung der Hepatitis-Sensibilisierungskampagne
- Evaluation mit teilstandardisierten Fragebogen: Wie ist die Sensibilisierungskampagne bei DrogenkonsumentInnen/Fachleuten angekommen?

II. Phase: Für DrogenkonsumentInnen

- Information zu Hep C
- Video "Hitting Home"
- Sensibilisierung der DrogenkonsumentInnen über das Medium Film
- Einbezug der UserInnen
- Evaluation mit teilstandardisierten Fragebogen: Wie ist die Sensibilisierungskampagne bei DrogenkonsumentInnen/Fachleuten angekommen?

5. Schlussbemerkungen

5.1 Innovation: Was heisst das für dieses Projekt?

Das modulare Tool "Gesundheitsförderung" in Form eines Materialkoffers ermöglicht den Institutionen im Suchtbereich ohne allzu grossen Aufwand die Durchführung von regelmässigen Hepatitis-Sensibilisierungskampagnen und kann durch andere Themen wie Safer Use, Safer Sex, Hygiene, Ernährung etc. ergänzt werden. Neue Informationsmaterialien wie das Medium Film erhöhen die Chancen, die DrogenkonsumentInnen zu erreichen und in einem zweiten Schritt in die Kampagne zu involvieren. Die Evaluation der Wirkung der Hepatitis-Sensibilisierungskampagne bei den DrogenkonsumentInnen und den Fachleuten ermöglicht zudem, rasch auf neue Entwicklungen einzugehen. Innovation heisst somit

→ **Kontinuität und neue Informationsmaterialien**

Niederlande

Drogenkonsumenten und Hepatitis C in den Niederlanden; die Tür steht einen Spaltbreit offen

Ancella Voets, stichting mailine, Amsterdam

Einführung

Vor zwei Jahren (2004) hat meine Kollegin Josefien Ensdorff beim ersten Internationalen Fachtag Hepatitis C über die Lage in den Niederlanden im Hinblick auf Drogenkonsumenten und Hepatitis C berichtet.

Diejenigen, die damals dabei waren, erinnern sich vielleicht daran, dass die Lage damals nicht gerade rosig war. Josefien erzählte von Drogenkonsumenten, die fast nichts über Hepatitis C und die Behandlungsmöglichkeiten wussten; von Ärzten, die Drogengebrauchern aus diversen Gründen keine Behandlung gewährten; und von Politikern, die keine Regie führten. Und sie berichtete über Mainline, wo es keinen Programmleiter für Hepatitis C gab.

Heute kann ich Ihnen glücklicherweise mitteilen, dass sich seitdem einiges geändert hat. Obwohl wir unser Ziel noch nicht erreicht haben, können wir feststellen, dass sich das Bewusstsein und der Wille, etwas gegen Hepatitis C zu unternehmen, sowohl bei Drogenkonsumenten als auch in der Drogenhilfe verstärkt haben. Zur Veranschaulichung dieser Tatsache werde ich Ihnen zuerst etwas darüber erzählen, was die diversen Einrichtungen in den letzten Jahren unternommen haben. Anschließend lege ich die Hepatitis C-Situation aus der Sicht der Drogenkonsumenten dar. Am Schluss dieses Vortrags werden Sie sehen, dass die Tür zur Hepatitis C-Behandlung für Drogenkonsumenten in den Niederlanden gegenwärtig einen Spaltbreit offen steht.

Aufklärung

Was ist in den letzten zwei Jahren im Bereich von Hepatitis C und Drogenkonsumenten in den Niederlanden passiert?

Im März 2005 hat das niederländische Nationale Institut für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, auf niederländisch: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie, oder NIGZ, ein Gutachten über die Aufklärung im Bereich von Hepatitis C herausgegeben. In diesem Gutachten wird eine Gliederung nach Risikogruppen, zu denen auch Drogenkonsumenten gehören, vorgenommen.

Für jene Gruppe sehen die Autoren des Gutachtens keine Möglichkeiten für eine spezifische Beratung über Hepatitis C gegeben.

Sie empfehlen jedoch, für Menschen, die in der Vergangenheit Drogen intravenös konsumiert haben, eine spezifische Aufklärungskampagne zu initiieren. Außerdem machen sie den Vorschlag, das Screening auf Hepatitis C in der Drogenhilfe zu verbessern. Nicht zuletzt anlässlich jenes Gutachtens hat das niederländische Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport einen Auftrag zur Aufklärung im Bereich von Hepatitis C in den Niederlanden ausgeschrieben. Darauf werde ich später noch zu sprechen kommen.

Pflegekette

Das Nationale Zentrum für Hepatitis in den Niederlanden, oder Nationaal Hepatitis Centrum, auch NHC genannt, organisierte im Februar 2005 ein Expertentreffen Hepatitis C zum Thema Pflegekette.

Dabei wurde die folgende Berechnung angestellt: In den Niederlanden leiden etwa 48000¹ Menschen an einer chronischen Hepatitis C-Infektion. Untersuchungen haben ergeben, dass bei nicht weniger als 70% dieser Gruppe keine Diagnose gestellt wird. Von den übrigen 30% – 14400 Menschen – wird die Hälfte behandelt, wobei die Behandlung bei 50%² der Erkrankten wirkungslos bleibt. Die Zahl der Erkrankten, die letztendlich erreicht wird – 7,5%, oder 3600 Menschen – ist somit nur sehr klein.

Durch Verbesserungen in der Pflegekette könnten viel mehr Betroffene erfolgreich behandelt werden. Als größtes Hindernis in der Pflegekette erweist sich die Tatsache, dass viele Menschen nicht wissen, wie gut sich eine Hepatitis C-Infektion heutzutage behandeln lässt.

Eine der Empfehlungen des Expertentreffens bezog sich daher auf Verbesserungen innerhalb der Kette von Informationsvermittlung, Diagnose und Überweisung an die entsprechenden Stellen. Wegen der hohen Prävalenz von Hepatitis C unter Drogenkonsumenten wurde auf diesem Expertentreffen außerdem empfohlen, alle aktiven Drogenkonsumenten auf Hepatitis C zu untersuchen. Diese Empfehlung ist von den betroffenen Einrichtungen nur teilweise übernommen worden. Offenbar gibt es dafür eine logische Erklärung, auf die ich noch zu sprechen komme.

¹ Die HEPATITIS C-Prävalenz in den Niederlanden beträgt 0,4 Prozent, was einer konkreten Zahl von 60.000 Menschen entspricht. Zwanzig Prozent der Betroffenen werden von selbst wieder gesund. Somit sind 80 Prozent (48.000 Menschen) HEPATITIS C-RNA positiv, d.h. chronisch infiziert.

² Zwar sind die Heilungschancen theoretisch höher als 50 Prozent, aber in der Praxis erhalten die Betroffenen viel weniger Unterstützung als in den Testverfahren, wodurch die Heilungschancen erheblich niedriger sind.

Das Nationale Zentrum für Hepatitis beschäftigt sich schon länger mit der Optimierung der Pflegekette für Hepatitis C-infizierte Drogenkonsumenten.

Meine Kollegin hat vor zwei Jahren in Kurzform über ein Pilotprojekt des Zentrums referiert, das 2002 in Zusammenarbeit mit drei in der Drogenhilfe tätigen Einrichtungen gestartet worden ist. Dieses Pilotprojekt hat unter anderem zu der Erkenntnis geführt, dass die Spezialisten auf die Drogengebraucher zugehen müssen.

Vor Beginn des Pilotprojektes war man davon ausgegangen, dass Drogenärzte beim Screenen und Behandeln von Hepatitis C-infizierten Drogenkonsumenten als Hauptglied der Kette fungieren könnten. Das stellte sich jedoch als unmöglich heraus, da die jeweiligen Einrichtungen in der Drogenhilfe der Bekämpfung von Infektionskrankheiten keine Priorität einräumen und weil Drogenärzte, die übrigens wohl motiviert waren, sich mehr auf Fürsorge und weniger auf die medizinische Behandlung richten.

Das Pilotprojekt zeigte auch, dass Drogenkonsumenten sehr wohl erfolgreich gegen Hepatitis C behandelt werden können, sofern die behandelnden Spezialisten eng mit den Ärzten und dem Pflegepersonal in der Drogenhilfe zusammenarbeiten. Der Facharzt muss der zentrale Ansprechpartner der gesamten Behandlung sein und die Drogenärzte und das Pflegepersonal bieten den Patienten während des gesamten Vorgangs des Screenings und der Behandlung die erforderliche Unterstützung.

Aktivitäten der Stiftung Mainline

Anlässlich der oben stehenden Ergebnisse und der Erfahrungen aus eigener Feldarbeit hat die Stiftung Mainline - in Zusammenarbeit mit dem Trimbos Institut, dem Wissenszentrum für Geistige Gesundheit und Suchtproblematik – dem niederländischen Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport im Mai 2005 empfohlen, die für die Drogenkonsumenten zuständige Pflegekette besser zu organisieren.

Darüber hinaus hatte Mainline den Vorschlag gemacht, ein Buddy-System für Drogenkonsumenten, die sich wegen Hepatitis C behandeln lassen, zu schaffen. In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass die Stiftung De Regenboog, eine ökumenische Stiftung für die Pflege und Betreuung von Obdachlosen und Drogengebraucher, bereits über ein solches Buddy-System verfügte. Mainline konnte sich daher damit begnügen, bei der Stiftung De Regenboog einige Seminare zum Thema Hepatitis C abzuhalten.

Zuvor habe ich berichtet, dass das niederländische Gesundheitsministerium den Auftrag gegeben hatte, die Information zum Thema Hepatitis C in den Niederlanden zu verbessern. Das Ministerium forderte dazu von

einigen Organisationen ein ganzheitliches Konzept. Dieses Konzept, an dem auch Mainline beteiligt war, ist zustande gekommen, wurde aber vom Ministerium nicht in allen Punkten genehmigt. Das ursprüngliche Konzept zielte darauf ab, alle Drogenkonsumenten auf Hepatitis C zu screenen, dies anlässlich der Empfehlung des Expertentreffens des NHC. Dieses Screening ist in der überarbeiteten Neufassung des Konzepts leider nicht mehr berücksichtigt worden.

Die gesamte Aufmerksamkeit in dem vom Ministerium genehmigten Konzept gilt nun der Aufklärungsarbeit. Das bedeutet, dass Mainline, zusammen mit dem Trimbo's Institut, nächstes Jahr eine Aufklärungskampagne über Hepatitis C für Drogengebraucher 'starten' wird. Ich setze 'starten' in Anführungszeichen, weil Mainline eine der wenigen Organisationen – wenn nicht die einzige Organisation – in den Niederlanden ist, die seit vielen Jahren Aufklärungsarbeit zugunsten der Drogenkonsumenten leistet, auch in Bezug auf Hepatitis C. Wir machen das mit Hilfe von Feldarbeit, wobei wir Drogengebraucher auf der Straße, in Drugsräumen, in Obdachlosenunterkünften oder zu Hause persönlich ansprechen.

Im Oktober 2005 haben die Streetworker von Mainline eine intensive Kampagne zum Thema Hepatitis C durchgeführt. Mit dem Mainline Streetwork-Bus haben wir mehrere Städte in den Niederlanden besucht, um Drogenkonsumenten für das Thema Hepatitis zu sensibilisieren.

Neben dem direkten Kontakt zu Drogengebern befasst sich die Stiftung Mainline seit Beginn ihrer Tätigkeit zwecks Unterstützung der Feldarbeit mit der Erstellung von Aufklärungsmaterialien für Drogenkonsumenten.

Das bekannteste Produkt ist die Zeitschrift 'Mainline', eine Lifestyle-Magazin, in dem Drogengebraucher selbst über die diversen gesundheitlichen Aspekte des Drogenkonsums informieren. In dieser Zeitschrift kommt das Thema Hepatitis C häufig zur Sprache und letztes Jahr haben wir sogar ein Hepatitis-Special herausgegeben.

Darüber hinaus versickt Mainline einen Newsletter für HIV-infizierte Drogengebraucher. In diesem Newsletter mit Namen 'Take It' steht das Thema Hepatitis C, insbesondere in Kombination mit HIV, regelmäßig im Mittelpunkt des Interesses. Auch in 'Take It' arbeiten wir nach dem Prinzip der 'Informationsvermittlung aus der Quelle für die Quelle', wonach Drogengebraucher über ihre eigene Situation berichten.

Abgesehen von diesen zwei Produkten, die beide viermal jährlich erscheinen, hat Mainline letztes Jahr eine Broschüre über Hepatitis C und

insbesondere über die Behandlungsmöglichkeiten erstellt, die unter dem Namen 'Lust for Life' erschienen ist. Diese Broschüre enthält neben Informationen auch Interviews mit Betroffenen. Sie erzählen, wie sie die Behandlung erlebt haben und warum sie sich für oder gegen eine Behandlung entschieden haben.

Schließlich haben wir letztes Jahr auch eine CD-Rom über Hepatitis C gemacht. Diese trägt den Titel 'Hepatitis C, wat moet je ermee?', oder 'Hepatitis C, und dann?'. Diese CD-Rom enthält das Tagebuch von Robert, ein Drogenkonsument der wegen Hepatitis C behandelt wird.

Da wir festgestellt haben, dass das Thema Hepatitis unter Drogenkonsumenten ein heißes Eisen ist und dass noch viel Unwissenheit zu diesem Thema existiert, packen wir die Chance, Drogenkonsumenten nächstes Jahr erneut intensiv aufzuklären, selbstverständlich mit beiden Händen an.

Drogenkonsumenten und Hepatitis C

Wie geht es den Drogenkonsumenten jetzt mit dem Thema Hepatitis C? Dieses Thema hat, wie gesagt, unter den Drogengebern einen hohen Stellenwert. Jeder spricht darüber. Aber die meisten Drogengeber sind sich erst in letzter Zeit wirklich der Schwere einer Hepatitis C-Erkrankung und ihrer Folgen bewusst geworden. Die nachstehenden Zitate, alle von vorigem Jahr, sind kennzeichnend für die Situation innerhalb der Drogenszene:

"Der Test ergab, dass ich Hepatitis C hatte. Ich kannte das noch nicht und hatte keine Beschwerden, also machte ich mir keine großen Sorgen. Später bekam ich neue Informationen und erkannte, dass Hepatitis C eine gefährliche Krankheit ist. Vor ein paar Monaten sah ich im Fernsehen eine Sendung, in der gesagt wurde, dass Hepatitis C vor allem unter Fixern ein großes Problem ist. Das machte mir Angst und danach bin ich aktiv geworden", sagte Max aus Amsterdam.

Renske aus Hilversum erzählte uns: *"Als ich letztes Jahr plötzlich mit der Tatsache konfrontiert wurde, dass ich Hepatitis C-infiziert bin, war das ein echter Schock. Was die Informationen angeht, war ich vollkommen auf mich selbst gestellt, denn keiner wusste etwas. Das war eine schwierige Zeit. Werde ich das Jahr überleben? Wie steht es um meine Leber? Ich dachte das Schlimmste und habe sofort nach entsprechenden Informationen gesucht."*

Und Freek aus Wieringen meinte: *"In Neunzehn zwei und neunzig erfuhr ich die Ursache meiner Müdigkeit. Der Arzt teilte mir mit, ich sei an Hepatitis C erkrankt. Damit konnte ich damals überhaupt nichts anfangen."*

Ich war ja heilfroh, dass ich nicht HIV-infiziert war. Diese Einstellung änderte sich schlagartig, als ich mich näher über Hepatitis C informiert hatte. Es ist ein mittelfristiges Todesurteil, das weiß ich jetzt.“

Während unserer intensiven ‘Hepatitiskampagne’ lernten wir, dass das allgemeine Wissen zum Thema Hepatitis C oft eine Mischung aus Fakten, Angst und Mythen ist. Viele Drogengebraucher kennen die konkreten Unterschiede zwischen Hepatitis A, B und C nicht und wissen nicht, wie diese drei Krankheiten übertragen werden. Dagegen kennen die Drogengebraucher, die selbst an Hepatitis C erkrankt sind, meist die Schwere der Erkrankung und deren Spätfolgen. Die meisten haben sich nie behandeln lassen, weil frühere Behandlungen so wenigen Heilungschancen boten und weil Drogenkonsumenten bis vor nicht allzu langer Zeit von der Behandlung ausgeschlossen wurden.

Die Drogengebraucher, die sich wohl behandeln ließen, sind im Allgemeinen Menschen, die ihren Alltag verhältnismäßig gut geordnet haben, wie Renske. Sie haben oftmals eine Wohnung, befinden sich in einem, vielleicht kleinen, sozialen Netzwerk und werden selbst aktiv, um eine Behandlung zu bekommen und zu behalten. Drogengebraucher, die ihr Leben weniger gut im Griff und weniger gute Kontakte zur Drogenhilfe haben, finden oftmals keinen Zugang zu den Behandlungsmöglichkeiten.

Drogenkonsumenten und die Hepatitis C-Behandlung

Auch über die Behandlung kursieren innerhalb der Szene viele falsche Informationen. Die meisten Drogengebraucher wissen nicht, dass es heutzutage viel bessere Heilungschancen gibt als noch vor wenigen Jahren. Andere haben ein verzerrtes Bild der Behandlung und ihrer Nebenwirkungen. Und schließlich haben viele Drogenkonsumenten große Angst vor einer eventuellen Leberpunktion.

Nachstehend nenne ich die wichtigsten Gründe für Drogenkonsumenten sich nicht behandeln zu lassen:

- Die Behandlung ist zu schwer. Patienten haben Horrorgeschichten gehört über die Nebenwirkungen – insbesondere über die damit einhergehenden Depressionen – und trauen sich nicht an die Behandlung heran;
- Einem Teil der Drogengebraucher macht Hepatitis C noch keine Beschwerden;
- Manche Drogengebraucher sind obdachlos und haben kein soziales Netzwerk, wodurch es sehr schwer wird, die Behandlung durchzustehen;

- Man glaubt, dass die Behandlung keinen Sinn hat, weil die Heilungschancen anscheinend minimal sind;
- Das Spritzen von Medikamenten schreckt insbesondere viele ehemalige Fixer ab;
- Die Drogengebraucher haben Angst vor der Diagnoseuntersuchung, zu der auch eine Leberpunktion gehören kann;
- Manche Drogengebraucher sind zu stark alkoholabhängig;
- Und andere haben ein solch geringes Selbstwertgefühl oder ein so starkes Schuldgefühl, dass sie glauben, die Behandlung nicht verdient zu haben.

Aus dem oben Stehenden dürfte klar geworden sein, dass der Bedarf an guten Informationen über die Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten enorm ist. Bislang können die meisten Suchthelfer diesen Informationsbedarf nicht decken. Sie wissen zu wenig über Hepatitis C und ergreifen nicht immer die Initiative, die Betroffenen an einen Facharzt zu überweisen. Ob Betroffene zu einem Facharzt kommen, ist in vielen Fällen noch von zufälligen Initiativen engagierter Suchthelfer oder motivierter Drogenkonsumenten abhängig.

Die Erfahrungen der Drogengebraucher, die sich zu einer Behandlung entschlossen haben, sind sehr unterschiedlich. In manchen Krankenhäusern gibt es spezielle Hepatitis C-Pflegekräfte, die immer für Fragen zur Verfügung stehen. Manche Fachärzte stehen der Behandlung von Drogenkonsumenten positiv gegenüber. Andere dagegen fordern nach wie vor, dass die Patienten vor der Behandlung einen Entzug machen und haben nicht immer Verständnis für die komplexe Problematik von Drogengebrauchern.

Schlussfolgerungen

Drogenkonsumenten haben nach wie vor oft falsche Vorstellungen von Hepatitis C und der Behandlung, und Suchthelfer sind nicht immer in der Lage, diese Vorstellungen zu korrigieren. Die Suchthelfer unternehmen noch zu wenig, um die Drogengebraucher auf eine Erkrankung zu testen und sie zu einer Behandlung zu überreden. Und um die Behandlung durchstehen zu können, müssen einige Rahmenbedingungen erfüllt werden. So ist es erforderlich, dass die Patienten ein Dach über dem Kopf haben und über ein unterstützendes Netzwerk verfügen. Und schließlich nimmt Hepatitis C auf der Tagesordnung des Managements der jeweiligen Einrichtungen im Bereich der Drogenhilfe noch keinen hohen Stellenwert ein. Diese Einrichtungen sind ursprünglich Sozialeinrichtungen und nicht

auf die Erteilung von somatischer Pflege vorbereitet. Dadurch ist die gebotene Unterstützung von einigen motivierten Mitarbeitern abhängig.

Dennoch sind in den letzten Jahren im Bereich der Hepatitis C-Behandlung von Drogengebern große Fortschritte erzielt worden. Immer mehr Drogenärzte und Pflegekräfte sind sich der Schwere einer Hepatitis C-Erkrankung und der Bedeutung einer Behandlung für die Drogengeber bewusst. In einigen Einrichtungen, die sich an dem Pilotprojekt des Zentrums für Hepatitis beteiligt haben, ist das Screening und die Behandlung von Drogenkonsumenten erfolgreich angepackt worden. Drogenkonsumenten werden aktiv aufgefordert, sich testen zu lassen. Pflegekräfte begleiten die Betroffenen zu ihren Terminen bei Fachärzten und unterstützen sie bei der Verabreichung von Medikamenten. Und einige Obdachlosenunterkünfte erlauben den Drogengebern sogar, tagsüber im Bett zu bleiben, wenn sie krank sind.

Wie ich zu Beginn dieses Vortrags bereits betonte, steht die Tür zu besseren Behandlungsmöglichkeiten für Hepatitis C-infizierte Drogenkonsumenten in den Niederlanden einen Spaltbreit offen. In der nächsten Zeit wird Mainline alles daran setzen, diese Tür noch ein Stückchen weiter zu öffnen, indem sie bei Drogenkonsumenten, Suchthelfern und Entscheidungsträgern das Bewusstsein stärken wird, dass Hepatitis C heilbar ist, auch bei aktiven Drogengebern.



Österreich

Prävention im Rahmen eines sozialmedizinischen Behandlungsnetzwerks

Dr. Hans Haltmayer, Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte

Dieser Beitrag resultiert aus der Weiterentwicklung von Überlegungen, die bereits auf den beiden vorangegangenen Fachtagen (2004 und 2005) präsentiert bzw. im Rahmen eines Workshops erprobt wurden. Das Konzept basiert auf zwei grundsätzlichen Ansätzen.

Herkömmliche Präventionsstrategien reichen nicht aus:

Ein Blick auf die epidemiologischen Daten zu Hepatitis C und Drogengebrauch zeigt, dass die Bemühungen der letzten Jahre ein Absinken der HCV-Infektionsrate zu erreichen als nur mäßig erfolgreich zu beurteilen sind. Die Zahlen zur HCV-Prävalenz in Österreich liegen in den letzten Jahren recht konstant zwischen 50% - 60% (1). Die Infektionsrate in der Allgemeinbevölkerung beträgt 0,5%-1%. Man geht von 80.000 potentiell Infizierten aus (2) und Schätzungen zufolge kommen 500-1000 Neuinfektionen jährlich hinzu (3).

Auch in Österreich haben sich die Angebote und Maßnahmen zur HCV-Prävention bei Drogengebrauch aus der HIV-Prävention heraus entwickelt. Adaptierungen und Weiterentwicklungen wurden vorgenommen, zeigten aber nie die gewünschten Erfolge, die Prävalenz blieb hoch. Zudem agieren Institutionen bezüglich ihrer Präventionsarbeit meist individuell, regional und nicht kaum vernetzt.

Es bedürfte einer übergeordneten koordinierenden nationalen Strategie zu Prävention und Management der Hepatitis C, sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für einzelne Risikogruppen (2). Solch eine Strategie existiert nicht und wäre von der zuständigen Gesundheitsbehörde jedenfalls zu fordern.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Methoden zur HCV-Prävention bei Drogengebrauch in Österreich.

Tabelle 1: HCV-Prävention in Österreich

Information/Wissensvermittlung (Broschüren, Flyer etc., Gruppenangebote)
Beratung (individuell, lebensweltorientiert, settingbezogen)
Spritzen-/Spritzutensilienabgabe
Substitutionsbehandlung
Ausbildung, Fort-/Weiterbildung von medizinischen und psycho-sozialen Fachkräften
Tagungen (2.HCV-Fachtag in Wien, 2005)

Aufgrund der unbefriedigenden Ergebnisse muss intensiv nach neuen Präventionsstrategien gesucht werden und hier kommt meiner Ansicht nach der Behandlung der chronischen Hepatitis C eine besondere Bedeutung zu. Eine erfolgreiche Behandlung im Sinne der Heilung chronisch Infizierter impliziert die Elimination einer potentiellen Infektionsquelle und stellt somit einen wichtigen Präventionsbeitrag dar.

Diesem Ansatz folgend ist es nur logisch möglichst viele DrogengebraucherInnen auf das Vorliegen einer HCV-Infektion zu testen (nach eingehender Beratung und Aufklärung!) und im Falle einer chronischen Infektion einer Behandlung zuzuführen.

Damit komme ich zur zweiten grundsätzlichen Überlegung.

Substitutionsbehandlung als Schlüssel zum Erfolg:

Die Substitutionsbehandlung hat sich in den letzten Jahren als effektivste Methode zur Behandlung der Opioidabhängigkeit entwickelt und die Zahl der Behandelten steigt konstant. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass in Österreich erst Drittel derer die es bräuchten in Behandlung stehen. Aktuell sind das etwa 9.000 Personen. In der Folge werde ich die Situation in Wien kurz darstellen. Das Projekt wird in der Bundeshauptstadt gestartet, ist aber in adaptierter Form prinzipiell überall umsetzbar.

In Wien befinden sich aktuell 6.200 Personen in Substitutionsbehandlung (4). Überwiegend erfolgt sowohl die Indikationsstellung (56,8%) als auch die Weiterbehandlung (75,3%) im Niedergelassenen Bereich vornehmlich

durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin. Setzt man nun im Versuch PatientInnen zu erreichen nur bei den Drogen-Spezialambulanzen an, so kommt man bestenfalls an 15%-28% der Substituierten heran (siehe Tabelle 2, 3).

Tabelle 2: Substitutionsbehandlung in Wien (n=6.200)

ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	75,3%
Drogenambulanzen	15,0%
FachärztInnen (für Psychiatrie)	9,7%

Tabelle 3: Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung in Wien (n=6.200)

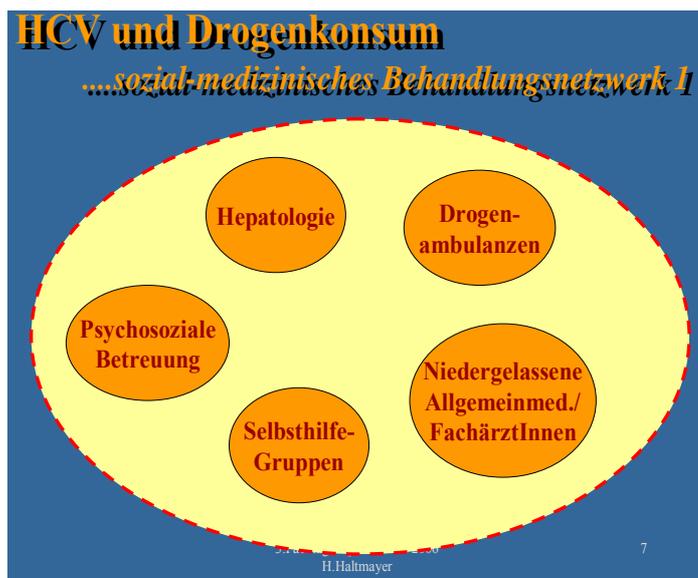
ÄrztInnen für Allgemeinmedizin	56,8%
Drogenambulanzen	28,4%
FachärztInnen (für Psychiatrie)	14,8%

Die Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin in dieses Netzwerk ist also ein wesentlicher Faktor für den Erfolg.

Multidisziplinäre Zusammensetzung:

Ein Netzwerk, das die Optimierung von Diagnostik und Behandlung HCV-Infizierter zum Ziel hat, muss gemäß der Problemstellungen multidisziplinär besetzt sein um dann fächerübergreifend kooperieren zu können. Vertreter aus allen betreuungsrelevanten Bereichen sollten daran teilnehmen (siehe Abbildung 1 →)

Abbildung 1: Multidisziplinäres Netzwerk



Konkrete Umsetzung

In Wien beginnt mit Ende 2006 die Etablierung eines Sozial-medizinischen Behandlungsnetzwerks. Als Träger und Veranstalter fungiert eine interdisziplinäre Fachgesellschaft – die „Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit“ (ÖGABS) in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien.

Der Zirkel bildet sich um die Medizinische Abteilung (mit Hepatitis-Ambulanz) eines Schwerpunktkrankenhauses in Wien (Wilheminspital), repräsentiert durch dessen Vorstand Prim.Univ.-Doz.Dr.Michael Gschwantler. An den regelmäßigen Treffen (einmal pro Quartal) nehmen weiters ärztliche VertreterInnen von Drogenambulanzen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, VertreterInnen von Selbsthilfegruppen, sowie substituierende ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen für Psychiatrie aus dem Niedergelassenen Bereich teil.

Der Zirkel wird von einem erfahrenen Moderator geleitet, dauert zwei Stunden und die Teilnahme ist kostenlos. Die Anrechenbarkeit als Fortbildung im Rahmen des Diplom-Fortbildungsprogrammes wird angestrebt. Die Finanzierung erfolgt über Sponsoring durch die Pharmaindustrie (Fa. Roche).

Neben einer Verbesserung der Kommunikation, einer Optimierung von Betreuung und Behandlung, dem Entwickeln eines Krisenmanagements, wird die Identifizierung und Beseitigung von Behandlungsbarrieren angestrebt. Die Inhalte und Ziele sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Tabelle 5: Inhalte und Ziele des Sozial-medizinischen Behandlungsnetzwerks

Gegenseitiges Kennen lernen, dadurch erleichterter Kontakt.
Abstimmen von Kommunikationserfordernissen und –wegen.
Erarbeitung gemeinsamer Abläufe (Abklärung, Zuweisung, Vorbereitung, Nachbetreuung, etc.).
Identifizieren und Auflösen von Zugangsbarrieren.
Krisenmanagement
Verankerung der Thematik bei den beteiligten Berufsgruppen, Verbreitung im eigenen Bereich
Multiplikation an BerufskollegInnen und PatientInnen
Bedarfs- und Angebotsgerechte PatientInnen-Versorgung
Entlastung der Zentren durch Verlagerung in den niedergelassenen Bereich

Literatur

- 1) Haas S, et al. (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG.
- 2) Jonas S, et al. (2004): Chronische Hepatitis C. Implikationen für Therapie und ökonomischen Ressourceneinsatz in Österreich. Institut für Technologiefolgen-Abschätzung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (ITA).
- 3) Zechmeister I, et al. (2006): Antivirale Kombinationstherapie bei Menschen mit Hepatitis C in Österreich. Institut für Technologiefolgen-Abschätzung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (ITA).
- 4) Pfudl S, (2006): Statistik der MA 15 zur Substitutionsbehandlung.

Risiko HCV-Reinfektion bei intravenös Drogenabhängigen? – Aktuelle Fragen, Epidemiologie und Prävention

Bernd Schulte, Georg Farnbacher, Jens Reimer

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Hintergrund

Die Gruppe der intravenös konsumierenden Drogenabhängigen ist mit Prävalenzraten von 30% bis 98% die Risikopopulation, die am häufigsten von einer chronischen Hepatitis C Virus (HCV)-Infektion betroffen ist.

Dennoch werden Drogenabhängige oftmals von der antiviralen HCV-Therapie ausgeschlossen. Zu den Hauptgründen für einen Behandlungsausschluss gehören neben der Forderung nach Drogenabstinenz, die angenommene fehlende Compliance, die bei Drogenabhängigen befürchteten schweren Therapienebenwirkungen sowie das hohe Risiko einer Reinfektion durch Wiederaufnahme des intravenösen Drogenkonsums.

Hinsichtlich der Forderung nach Abstinenz, der Compliance und des Nebenwirkungsmanagements zeigen gegenwärtige Studien, dass die antivirale HCV-Therapie bei Drogenabhängigen sicher und effektiv durchführbar ist (Backmund et al. 2001; Neri et al. 2001; Jowett et al. 2001; Sylvestre et al. 2002; van Thiel et al. 2003; Schäfer et al. 2003; Mauss et al. 2004, Matthews et al. 2005), insbesondere in Bezug auf Therapiecompliance und Kontrolle der Nebenwirkungen (Cournot et al. 2004). Das Risiko einer neuerlichen Infektion mit dem HC-Virus als ein Hauptausschlusskriterium bleibt demgegenüber bestehen. Entsprechend empfehlen europäische Gesellschaften in aktuellen Therapieleitlinien zur Hepatitis C, Drogenabhängige aufgrund des hohen Risikos einer Reinfektion von der antiviralen Behandlung auszuschließen (Tabelle 1) (Übersichtsarbeit: Reimer et al. 2005).

Tabelle 1: Ausschlusskriterium HCV-Reinfektion in aktuellen Therapieleitlinien

- "Active IDUs should not be treated due to the risk of reinfection", EASL (1999)
- „Treatment of people who continue to use drugs intravenously is often not indicated due to the high probability of reinfection“, NICE (2002)
- „...fortgesetzter Drogenabusus stellt ... ein hohes Reinfektionsrisiko dar“, DGVS (2004)

Fragestellung

Eine Analyse der bestehenden Literatur soll eine Antwort auf die Frage geben, in wie weit das Risiko einer HCV-Reinfektion als Ausschlusskriterium für eine antivirale Therapie bei Opiatabhängigen gerechtfertigt ist. Dazu werden die Inzidenzen zur HCV-Erstinfektion aus epidemiologischen Studien mit Studiendaten zur Inzidenz der HCV-Reinfektion verglichen.

Ergebnisse

Während eine Vielzahl von epidemiologischen Studien Aufschluss über die Inzidenz der HCV-Infektion unter intravenös konsumierenden Drogenabhängigen geben, liegen insgesamt nur wenige Informationen zur Inzidenz der HCV-Reinfektion bei Drogenabhängigen vor. Drei aktuelle Studien geben erste Hinweise zur Inzidenz der HCV-Reinfektion bei Drogenabhängigen mit intravenösem Konsum. In einer norwegischen Follow-up-Studie wurden 27 Drogenabhängige nach erfolgreich durchgeführter Interferontherapie über einen Zeitraum von fünf Jahre jährlich wiedererreicht und hinsichtlich ihres Sucht- und Risikoverhaltens und ihrer HCV-Serologie untersucht. Jeder dritte Patient (n=9) hatte in diesem Zeitraum gelegentlich oder kontinuierlich intravenösen Drogenkonsum, bei einem dieser Patienten wurde eine HCV-Serokonversion festgestellt (Dalgard et al. 2002).

In einer vom Studiendesign ähnlich konzipierten deutschen Follow-up-Studie wurden 18 erfolgreich antiviral behandelte Drogenabhängige über einen Zeitraum von drei Jahren jährlich nach-beobachtet und bezüglich des Drogenkonsums, des Risikoverhaltens und des HCV-Status' untersucht. Neun (50%) Patienten konsumierten in diesem Zeitraum intravenös, bei zwei dieser Patienten wurde eine HCV-Reinfektion festgestellt, wobei die Genese der neuerlichen Infektion bei beiden Patienten schlussendlich unklar blieb (Backmund et al. 2004). Aus den Ergebnissen beider Studien ergeben sich Inzidenzraten für eine HCV-Reinfektion nach erfolgreicher antiviraler Therapie von 0 bis 4,1 Fällen pro 100 Personenjahre.

Tabelle 2: Follow-up-Studien zur Inzidenz der HCV-Reinfektion bei i.v.-konsumierenden Drogenabhängigen nach erfolgreicher antiviraler Therapie

	Studien-dauer	Grundkollektiv / Wiedererreichung	i.v.-Konsum	HCV-Sero-konversion	Inzidenzrate Fälle / 100 Personenjahre
Backmund et al. 2004	3 Jahre	N=50 / N=18	N=9	N=2*	0 - 4.1
Dalgard et al. 2002	5 Jahre	N=69 / N=27	N=9	N=1	2.5

*unklare Genese

In einer retrospektiven Kohortenstudie an 262 intravenös konsumierenden Drogenabhängigen zeigte sich eine niedrigere Rate der HCV-(Re-)Infektion unter anti-HCV positiven Drogenabhängigen nach erfolgreicher Eradizierung des Virus (n=98) im Vergleich zu Drogenabhängigen, die sich bislang nicht mit dem HC-Virus angesteckt hatten (n=164) (12% vs. 21%; Mehta et al. 2002). Die Berechnung der Inzidenzrate anhand des Medians des Beobachtungszeitraumes ergab 5.7 Fälle pro 100 Personenjahre (Tabelle 3).

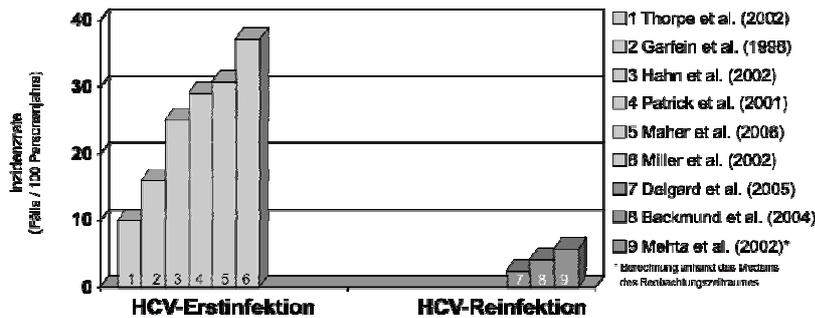
Tabelle 3: Retrospektive Kohortenstudie zur Inzidenz der HCV-(Re-)Infektion bei Drogenabhängigen mit intravenösem Konsum

	Studiendesign	Studienpopulation N=262	HCV-Serokonversion	Inzidenzrate Fälle / 100 Personenjahre
Mehta et al. 2002	Retrospektive Kohortenstudie (2 Jahre)	Gruppe 1: N=164 - HCV-AK negativ Gruppe 2: N=98 - HCV-AK positiv - keine akute Infektion	Gruppe 1: 21% (35/164) Gruppe 2: 12% (12/98)	5.7*

* Berechnung anhand des Medians des Beobachtungszeitraumes, AK = Antikörper

Ein Vergleich der Reinfektionsraten bei opiatabhängigen Patienten nach erfolgreicher HCV-Therapie (bis zu 5.7 Fälle / 100 Personenjahre; Dalgard et al. 2005, Mehta et al. 2002, Backmund et al. 2004) mit Inzidenzraten zur HCV-Erstinfektion bei opiatabhängigen Patienten (15 – 37 Fälle auf 100 Personenjahren; Garfein et al. 1998, Patrick et al. 2001, Hahn et al. 2002, Miller et al. 2002, Thorpe et al. 2002, Garten et al. 2004, Maher et al. 2006) belegt eine deutlich reduzierte Reinfektionsinzidenz (Abbildung 1).

Abbildung 1: Vergleich der Inzidenz der HCV-Erstinfektion mit HCV-Reinfektion



Als Gründe für die überraschend niedrigen Reinfektionsraten werden inhaltliche, d.h. kausale Faktoren (erworbene, partielle Immunität), aber auch methodische Einschränkungen diskutiert (Tabelle 4).

Inhaltliche (kausale) Faktoren

Als kausaler Faktor für die reduzierte Reinfektionsinzidenz wird eine partielle Immunität vermutet, die durch die erfolgreiche Auseinandersetzung mit dem HC-Virus vermittelt wird. Diese Annahme wird durch eine Analyse der Daten von HIV-1 negativen Patienten in der Kohortenstudie von Mehta et al. gestützt. Hier zeigte sich eine deutlich reduzierte HCV-RNA Persistenz in der Gruppe der Reinfizierten (33%) gegenüber den Erstinfizierten (84%) (Mehta et al. 2002). Eine multivariate Analyse unter Einbeziehung der früheren HCV-Infektion als Kovariate ergab eine 12fach geringere Wahrscheinlichkeit für eine Persistenz der HCV-Infektion in der Gruppe der Reinfizierten gegenüber den Patienten mit Erstinfektion. Die reinfizierten, HIV-1 negativen Patienten wiesen zudem einen reduzierten Höchstwert der

Viruskonzentration gegenüber den erstinfizierten, HIV-negativen Patienten auf.

Eine australische, epidemiologische Studie zur HCV-Prävalenz anhand von Blutproben von 198 Drogenabhängigen mit intravenösem Konsum zeigte eine hohe Prävalenz in dieser Kohorte (Aitken et al. 2004). 172 (86.9%) Blutproben waren anti-HCV-positiv, 138 (69.7%) enthielten nachweisbare HCV-RNA. In nur 10.6% (N=21) der Blutproben konnten weder HCV-RNA noch HCV-Antikörper nachgewiesen werden. Die entsprechenden anti-HCV-negativen Drogenabhängigen wurden hinsichtlich ihres Risikoverhaltens der letzten sechs Monate befragt. Fünf Drogenabhängige mit intravenösem Konsum über einen Zeitraum von mindestens neun Jahren (Median 11, Maximum 15) gaben an, in den letzten 6 Monaten vor dem Interview einmal bis täglich mit HCV-positiven Drogenabhängigen Spritzen und/oder Spritzutensilien gemeinsam genutzt zu haben. Auch unter der Einschränkung, dass Risikoverhalten durch Eigenangaben nicht gesichert erhoben werden kann, erscheint ein Viruskontakt durch gemeinsame Nutzung von Spritzbestecken mit HCV-positiven Drogenabhängigen über Zeitraum von mehr als neun Jahren schwer vermeidbar zu sein. Die Autoren vermuten, dass einige Personen eine partielle Immunität gegenüber dem HC-Virus haben oder erwerben können und stimmen darin mit der Annahme von Mehta et al. überein.

Methodische Einschränkungen

Die geringen Fallzahlen in den Follow-up-Studien zur HCV-Reinfektion können als Confounder die gezeigten Ergebnisse beeinflussen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sowohl die Ergebnisse wie auch die Wiedererreichung der Patienten rein zufällig zustande gekommen sein könnte. Die Bedeutung des erhöhten Durchschnittsalters in den Reinfektionsstudien als Faktor für Risikoverhalten wird hingegen kontrovers diskutiert. Die derzeitige Studienlage gibt keine eindeutigen Hinweise darauf, ob ein höheres Alter mit einem reduzierten Risikoverhalten einhergeht (Garfein et al. 1998, van Beek et al. 1998).

Prävention der HCV-(Re)-Infektion

Während die Präventionsbemühungen bei Drogenabhängigen in der Vergangenheit zu einer Reduktion der HIV-Inzidenz führten, zeigt sie sich wenig effektiv in der Vermeidung von HCV-Infektionen. Die Prävalenz- und Inzidenzraten zur Hepatitis C bei intravenös Drogenabhängigen sind nach wie vor hoch und erfordern ein Überdenken der derzeitigen Präventionsstrategie und eine Ausarbeitung innovativer präventiver Konzepte (Wright et

al. 2006). Eine Vielzahl der derzeitigen Interventionen zur HCV-Prävention (z.B. Desinfektion bzw. Verteilung von Injektionsparaphernalien, Einrichtung von Konsumräumen) gelten als hilfreich, jedoch mangelt es an Interventionsstudien, die ihre Effektivität unter Beweis stellen (Wright et al. 2006). Als gesichert gilt, dass die alleinige Substitutionsbehandlung, die als Grundvoraussetzung für HCV-Behandlung von Opiatabhängigen von besonderer Bedeutung ist, nicht ausreicht, um die HCV-Inzidenz zu senken (Wright et al. 2006). Die aktuellen bundesdeutschen Ergebnisse zur Jahresinzidenz der HCV-Infektion bei Substituierten von bis zu 15% (Quelle: Cobra-Studie, M. Backmund, persönliche Kommunikation) veranschaulichen eindrücklich den Bedarf an weiteren innovativen Konzepten zur HCV-Prävention.

Neben den suchtmmedizinischen (z.B. optimale Substitution zur Vermeidung von Beikonsum) stehen hier psycho-soziale Interventionsmöglichkeiten, wie die Psycho-soziale Betreuung (Casemanagement) und die bislang nicht zur HCV-Prävention erprobte Psychoedukation, im Vordergrund. Dabei vereinigt die Psychoedukation als psychotherapeutische Gruppenintervention eine Vielzahl von Merkmalen einer effektiven Präventionsintervention und hat sich in Studien zur Psychosebehandlung als eine effektive Behandlungsoption zur Rückfallprophylaxe erwiesen. Der Begriff Psycho-edukation wird definiert als systematisch didaktisch-psychotherapeutische Intervention, die dazu geeignet ist, Patienten über ihre Erkrankung und ihre Behandlung aktiv zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (Arbeitsgruppe Psychoedukation 2003). Die Patienten werden über die Diagnose, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung informiert. Dies bestärkt den Patienten ein Krankheitsverständnis zu entwickeln, mit dessen Hilfe Ängste gegenüber der Erkrankung und ihrer Behandlung abgebaut, die eigene Zuversicht und Kompetenz in der Krankheitsbewältigung gestärkt und die Behandlungs- und Kooperationsbereitschaft gefördert werden sollen. Allein die Erwartung und Zuversicht der Patienten in die eigene Effektivität in der Bewältigung von Problemen gilt als ein zentraler Faktor für den Erfolg von Verhaltensänderungen (Bandura 1977). Die Wirksamkeit von Psychoedukation ist in der Behandlung der Schizophrenie gut evaluiert und zeigt unter anderem günstige Effekte in dem krankheitsbezogenen Wissen, in der Patientencompliance und Lebensqualität (Pitschel-Walz et al. 2001, Merinder, 2000). Das vorgestellte Konzept für eine psychoedukative Intervention zur HCV-Prävention (Tabelle 5) könnte in Gruppen von 8-12 Personen zur Anwendung kommen, die in insgesamt 12 Gruppensitzungen

einmal wöchentlich Themen zur HCV-Infektion, zu deren Behandlung und zur Selbsthilfe diskutieren. Da die Gruppe als ergänzendes Lernumfeld genutzt wird, sollte bei der Konzeption und Durchführung auf eine möglichst geschlossene Gruppe geachtet werden. Die Themen und Inhalte werden in einer Einführungsstunde für alle Teilnehmer transparent dargestellt. Ein(e) Gruppenleiter(-in) fungiert im Rahmen der Sitzungen als Moderator (-in), der (die) die Themen der Sitzungen zur Diskussion stellt. Die Abschlussstunde bietet die Möglichkeit einer Zusammenfassung der Themen. Auf Wunsch der Teilnehmer kann die Gruppe weitergeführt werden oder zu einem späteren Zeitpunkt nochmals zusammentreffen, um die Lerninhalte zu verfestigen

Das Setting Substitution bietet aufgrund der engen Bindung der Patienten eine gute Grundlage für die Implementierung und Durchführung einer psychoedukativen Gruppenintervention und könnte sowohl für Substitutionspatienten als auch für Patienten vor, in und nach einer antiviralen HCV-Therapie (hier zur Vermeidung von Reinfektionen) eine sinnvolle Ergänzung sein. Die Effekte der Psychoedukation auf die antivirale HCV-Therapie bei Opiatabhängigen in Substitution werden derzeit in einer Interventionsstudie (PERMIT-Studie: „Psychoeducation Reaches HCV-infected Methadone/Buprenorphine Substituted Patients in Standard Antiviral Treatment“, ZIS Hamburg) untersucht. Eine mögliche Nachbeobachtung der Patienten könnte erste Ergebnisse über die Effektivität der Psychoedukation zur Prävention von HCV-(Re-) Infektionen geben.

Tabelle 5: Beispielkonzept für eine psychoedukative Intervention zur Prävention von HCV-(Re-)Infektionen bei Substituierten

- **Einführungsstunde**
- **Modul 1: Hepatitis C**
 - Stunde 1: Infektionswege, Erstinfektion, weitere Hepatitisserkrankungen
 - Stunde 2: Symptomatik, Verlaufsformen
 - Stunde 3: Mögliche Probleme und Risiken, Wechselwirkungen mit Suchterkrankungen, weitere Komplikationen
- **Modul 2: Behandlung**
 - Stunde 4: Behandlungsmöglichkeiten, Auswirkungen, Nebenwirkungen, Dauer
 - Stunde 5: Komorbidität, Virusinfektionen (HIV), Drogenabhängigkeit, Depression
 - Stunde 6: Zusammenhänge von Drogenkonsum und HCV-(Re-)Infektionen
- **Modul: Ressourcen**
 - Stunde 7: Gesundheit - allgemeines Gesundheitsverständnis, Ernährung
 - Stunde 8: Umfeld - Risikoverhalten, Hilfesystem

- Stunde 9: Support - Selbsthilfe, ggf. mit Non-IDUs, Problemlösungsstrategien
- **Jokerstunde** (zur freien Themenwahl)
- **Abschluss-Stunde** (Ausblick, evtl. Fortführung als offene Gruppe)

Zusammenfassung

Derzeit liegen wenige Informationen über das Risiko der HCV-Reinfektion vor. Die aktuellen Daten geben trotz der hohen Wiederaufnahme von intravenösem Drogenkonsum nach einer antiviralen Therapie (bis zu 50%) deutliche Hinweise auf eine reduzierte Inzidenzrate der HCV-Reinfektion gegenüber der HCV-Erstinfektion. Auf dieser Grundlage muss das Risiko der HCV-Reinfektion als Ausschlusskriterium für eine antivirale Therapie überdacht werden. Die Diskussion um die möglicherweise eingeschränkte Aussagekraft der bisherigen Follow-up-Studien zur HCV-Reinfektion (geringe Fallzahlen, Wiedererreichung und Alter der Patienten) zeigt den Bedarf an weiteren Studien. Die geringere HCV-Persistenz sowie die reduzierten Höchstwerte in der Viruslast bei Reinfizierten sind Anhaltspunkte für die Annahme einer partiell erworbenen und/oder angeborenen Immunität. Aus den Erkenntnissen neuer Studien zur Epidemiologie und Immunologie der HCV-Reinfektion können zudem wichtige Erkenntnisse für die HCV-Prävention gewonnen werden.

Die Ergebnisse der Literaturanalyse zur HCV-Reinfektion zeigen auch, dass Reinfektionen mit dem HC-Virus nach erfolgreicher antiviraler Therapie möglich sind und erfordern in dieser Patientengruppe spezifische Konzepte zu deren Vermeidung. Ebenso machen die aktuellen deutschen Zahlen zur HCV-Inzidenz bei Substituierten eine Verbesserung der HCV-Prävention nötig. Spezifische, psychoedukative Konzepte zur Prävention von HCV-Infektionen können das Spektrum an Interventionsmöglichkeiten sinnvoll ergänzen.

Literatur

- Aitken CK, Bowden S, Hellard M et al. Indications of Immune Protection from Hepatitis C Infection. *J Urban Health* 2004; 81:58-60
- Arbeitsgruppe Psychoedukation. Psychoedukation bei schizophrener Erkrankung. Schattauer, Stuttgart/New York; 2003
- Backmund M, Meyer K, Von Zielonka M, et al. Treatment of hepatitis C in injection drug users. *Hepatology* 2001; 34: 188-93
- Backmund M, Meyer K, Edlin BR. Infrequent reinfection after successful treatment for hepatitis C virus infection in injection drug users. *Clin Infect Dis.* 2004; 39:1540-43
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977; 84:191-215

- Cournot M, Glibert A, Castel F et al. Management of hepatitis C in active drugs users: experience of an addiction care hepatology unit. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28:533-539
- Dalgard O, Bjoro K, Hellum K et al. Treatment of chronic Hepatitis C in injecting drug users: 5 Years´ follow up. *Eur Addict Res* 2002; 8:45-49
- Dalgard O. Follow-up studies of treatment for hepatitis C virus infection among injection drug users. *Clin Infect Dis*. 2005; 15:336-38
- DGVS - Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselstörungen. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der akuten und chronischen Hepatitis C - Schmiegel, W.H. Vorgehen in Problemsituationen. 2004. Abrufbar unter: <http://www.dgvs.de/322.php>
- EASL - European Association of the Study of the Liver - Consensus Panel. EASL international consensus conference on hepatitis C. Consensus statement. *J Hepatol* 1999; 30:956-61
- Garfein RS, Doherty MC, Monterroso ER et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 18:11-9
- Hahn JA, Page-Shafer K, Lum PJ et al. Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: relationships and risks. *J Infect Dis* 2002; 186:1558-64
- Jowett S, Agarwal k, Smith B et al. Managing chronic hepatitis C acquired through intravenous drug use. *Q J Med* 2001; 94:153-58
- Matthews G, Kronborg IJ, Dore GJ. Treatment for Hepatitis C Virus Infection among Current Injection Drug Users in Australia. *CID* 2005; 40:325-9
- Mauss S, Berger F, Goelz J et al. A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance. *Hepatology*. 2004; 40:120-24
- Mehta SH, Cox A, Hoover DR et al. Protection against persistence of hepatitis C. *Lancet*. 2002; 359:1478-83
- Merinder LB. Patient education in schizophrenia: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 98-106
- Miller CL, Johnston C, Spittal PM et al. Opportunities for Prevention: Hepatitis C Prevalence and Incidence in a Cohort of Young Injection Drug Users. *Hepatology* 2002; 36:737-42
- Neri S, Bruno C, Abate G et al. Controlled clinical trail to assess the response of recent heroin abusers with chronoc hepatitis C virus infection to treatment with interferon alpha n2b. *Clinical Therapeutics* 2002; 24:1627-35
- NICE - National Institute for Clinical Excellence. Interferon alfa (pegylated and non-pegylated) and ribavirin for the treatment of chronic Hepatitis C. 2004. Abrufbar unter: <http://www.norwich-hepc.org.uk/current.html>
- Patrick DM, Tyndall MW, Cornelisse PG et al. Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. *CMAJ* 2001; 165: 889-95

- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalisation in schizophrenia - a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001, 27:73 – 92
- Reimer J, Schulte B, Castells X et al. Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European union countries. *Clin Infect Dis* 2005; 40:S373-78
- Schäfer M, Schmidt F, Folwaczny C et al. Adherence and mental side effects during hepatitis C treatment with interferon alfa and ribavirin in psychiatric risk groups. *Hepatology* 2003; 37:443-51
- Sylvestre DL. Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67:117-23
- Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershov R et al. Risk of Hepatitis C Virus Infection among Young Adult Injection Drug Users Who Share Injection Equipment. *Am J Epidemiol* 2002; 155:645-53
- Van Beek I, Dwyer R, Dore GJ et al. Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in a prevention setting: retrospective cohort study. *BMJ* 1998, 317:433-37
- Van Thiel DH, Anantharaju A, Creech S. Response to treatment of hepatitis C in individuals with a recent history of intravenous drug abuse. *Am J Gastroenterol*. 2003; 98:2281-88
- Wright N, Tompkins C. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduction Journal* 2006, 3:27-36



Workshop 4

Anhang

Referentinnen und Referenten

Dr. Joe Amour

Justizvollzugskrankenhaus, Fröndenberg
Hirschberg 9, D-58730 Fröndenberg

Sabine Bätzing, MdB

Drogenbeauftragte der Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstr. 108, D-10117 Berlin

Dr. med. Markus Cornberg

Medizinische Hochschule Hannover, Kompetenznetz Hepatitis
Zentrum für Innere Medizin
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
cornberg.markus@mh-hannover.de

Kerstin Dettmer

Fixpunkt e.V. Berlin
Boppstr. 7, 10967 Berlin
k.dettmer@fixpunkt.org

Dr. Wolfgang Eirund

Therapiedorf Villa Lilly, Leitender Arzt
Adolphus-Busch-Allee, D- 65307 Bad Schwalbach
wolfgang.eirund@jj-ev.de

Dr. Hans Haltmayer

Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte,
Ärztlicher Leiter
Esterhazygasse 18, A-1060 Wien
hans.haltmayer@vws.or.at

Dr. Osamah Hamouda

Robert-Koch-Institut Berlin, Infektionsepidemiologie
Seestr. 10, D- 13353 Berlin
hamoudao@rki.de

Prof. Dr. Volker Happel

Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt, FB 04, Soziale Arbeit und
Gesundheit, Vorsitzender der Integrativen Drogenhilfe e.V.
Schielestraße 22, D - 60314 Frankfurt
info@idh-frankfurt.de

Jürgen Heimchen

Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende
Drogenarbeit e.V.
Ravensberger Str. 44, D- 42117 Wuppertal
info@akzeptierende-eltern.de

Martin Hilckmann

Zik gGmbH
Perleberger Strasse 27, D- 10559 Berlin
hilckmann@gmx.de

Dr. Michael Janßen

Facharzt für Allgemeinmedizin
Karl-Marx-Straße 132, D- 12045 Berlin
mi.janssen@arcor.de

Marco Jesse

Jes Bremen e.V.
Findorffstrasse 94, D- 28215 Bremen
JESBremen@aol.com

Dr. med. Karlheinz Keppler M.A.

Ärztlicher Dienst der JVA f. Frauen
An der Propstei 10, D-49377 Vechta
Karlheinz.Keppler@jva-vec.niedersachsen.de

Jürgen Klee

La Strada Drogenhilfe & Prävention, Projektleiter
Mainzer Landstraße 93, D - 60329 Frankfurt am Main
lastrada@frankfurt.aidshilfe.de

Bärbel Knorr

Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Drogen & Menschen in Haft
Dieffenbachstr. 33, D-10967 Berlin

baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Astrid Leicht

Fixpunkt e. V., Fixpunkt gGmbH
Boppstr. 7, D-10967 Berlin
a.leicht@fixpunkt.org

Peter Menzi

Infodrog – Schweizerische Koordinations-und Fachstelle Sucht, Bern
Eigerplatz 5, Postfach 460, CH- 3000 Bern 14
office@infodrog.ch, p.menzi@infodrog.ch

Thomas Pfister

AIDS-Hilfe Tübingen-Reutlingen e. V.
Postfach 11 22, D- 72001 Tübingen
thomas.pfister@aidshilfe-tuebingen-reutlingen.de

Dirk Schäffer

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.,Referent Drogen & Menschen in Haft
Dieffenbachstr. 33, D- 10967 Berlin
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

Bernd Schulte

Zentrum fuer Interdisziplinaere Suchtforschung der Universitaet Hamburg
(ZIS) c/o Zentrum fuer psychosoziale Medizin
Martinistrasse 52, D- 20246 Hamburg
B.Schulte@uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. Heino Stöver

Universität Bremen, Fachbereich 06
Postf. 330 440, D- 28334 Bremen
heino.stoever@uni-bremen.de

Dr.med. Elisabeth Tanzmeister

Betreuungsleitung Ambulatorium Ganslwirt, Sozialmedizinische
Drogenberatungsstelle Wien
Esterhazygasse 18, A- 1060 Wien
elisabeth.tanzmeister@vws.or.at

Thomas Tschirner

Mitarbeiter im niedrighschwelligen Bereich, Peine
Zehnerstr. 6, D- 31226 Peine
/Drobel Lehrte
Grosse Moorstrasse 5, D- 31275 Lehrte
drobel@web.de

Ancela Voets

Mainline Foundation
P.O. Box 58303, NL- 1040 HH Amsterdam
a.voets@mainline.nl

Protokolle Workshops

Uwe Niethammer, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin
Marco Jesse, JES Bremen
Dr. Michael Janßen, Berlin



Abschlußrunde draussen –Präsentation der Workshopergebnisse
Kerstin Dettmer, Régine Linder, Elisabeth Tanzmeister, Heino Stöver

Veranstalter

AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH (GEGR.2004):

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

Christine Kluge Haberkorn
buero@akzept.org, www.akzept.org

Astrid Leicht (Fixpunkt e.V.)
a.leicht@fixpunkt.org, www.fixpunkt.org

Prof.Dr.Heino Stöver (Universität Bremen)
heino.stoever@uni-bremen.de, www.archido.de

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

Jürgen Heimchen
info@akzeptierende-eltern.de, www.akzeptierende-eltern.de

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Dirk Schäffer
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de
Bärbel Knorr
baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de, www.aidshilfe.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

Dr.Jörg Gölz
goelz@snafu.de, www.dgsuchtmedizin.de

JES – Junkies/Ehemalige/Substituierte

JES Bremen e.V.
Marco Jesse
JESBremen@aol.com

Kontakt:

akzept e.V. c/o Christine Kluge Haberkorn
Südwestkorso 14
12161 Berlin
buero@akzept.org, www.akzept.org

Unterstützer des Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch

Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO)

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

Stadtrand gGmbH

Perlebergerstr. 27, D - 10559 Berlin-Moabit
kontakt@stadtrand-berlin.de
www.stadtrand-berlin.de

Niedersächsische AIDS-Hilfe Landesverband e.V.

Schuhstraße 4, D - 30159 Hannover
Imke Schmieta
info@niedersachsen.aidshilfe.de
<http://niedersachsen.aidshilfe.de>

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des
Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
Bernd Schulte
Martinstraße 52, D - 20246 Hamburg
B.Schulte@uke.uni-hamburg.de
www.zis-hamburg.de

Ambulatorium Ganslwirt, Verein Wiener Sozialprojekte

Dr. Hans Haltmayer
Esterhazygasse 18, A-1060 Wien
hans.haltmayer@vws.or.at



Pause im Garten

**Der 3. Internationale Fachtag Hepatitis C wurde gefördert vom
Bundesministerium für Gesundheit, Bonn/Berlin**

Weitere Unterstützer

Compware Medical GmbH
Robert Bunsenstr.4, D- 64579 Gernsheim

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Dental/Analgetika
Königsteiner Str. 10, D- 65812 Bad Soden/Ts

essex pharma
Thomas – Dehler – Str. 27, D- 81737 München

3 Jahre AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH- Resümee und Ausblick

Einleitung

Mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) sind in Deutschland etwa eine halbe Million Menschen infiziert.

Im Jahr 2005 wurden dem Robert Koch Institut (RKI) 8308 HCV Neuinfektionen gemeldet.

Die Situation intravenös Drogen gebrauchender Menschen ist gekennzeichnet durch eine immens hohe Hepatitis C Prävalenz (bis zu 90 %) und eine geringe Behandlungsquote.

Um das über viele Jahre vernachlässigte Thema »Hepatitis C und Drogengebrauch« in den Fokus zu rücken und eine interdisziplinäre und setting-bezogene Diskussion anzuregen schlossen sich akzept e.V., die Deutsche AIDS Hilfe e.V., das bundesweite JES Netzwerk, die Gesellschaft für Suchtmedizin sowie der Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit im Anschluss an den 1. Internationalen Fachtag Hepatitis C Berlin 2004 in Berlin zu einem Aktionsbündnis zusammen.

Das Aktionsbündnis hat in der Folgezeit die Expertise vieler auf diesem Feld tätigen Personen /Institutionen zusammengefasst, um auf die mit HCV verbundenen und zukünftig noch steigenden Herausforderungen der Prävention, Versorgung, Behandlung und Politik zu begegnen.

Im Mittelpunkt standen folgende Zielsetzungen:

- Die Bedeutung für die Gesundheit eines Teils der Bevölkerung und die damit einhergehenden Risiken für das Gesundheitswesen in der Gesundheitspolitik und auch in der Fachöffentlichkeit herauszustellen
- MitarbeiterInnen psycho-sozialer Gesundheitsberufe Grund- und Detailwissen zu vermitteln sowie eine grundlegende Orientierung zur verbesserten Ansprache, Beratung und Behandlungsüberleitung zu geben
- Verbesserung der Präventionsmaßnahmen und Therapiezugang
- Förderung und Initiierung lokaler Netzwerke
- Die Implementierung einer nationalen Hepatitis Strategie

Das Handbuch

Die positive Resonanz auf unser zentrales Projekt – das **Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch**- das im März 2006 erschien zeigte, dass wir die Informations- und Beratungsbedürfnisse vieler MitarbeiterInnen und Betroffener trafen und stets einen hohen Praxisbezug herstellten.

Während die Unterscheidung in „Basiswissen“ und „Detailwissen“ auf unterschiedliche Wissensbedarfe und Informationsstände der LeserInnen einging, setzten das Handbuch mit settingbezogenen Checklisten (niedrigschwelliger Kontaktladen/Konsumraum, Beratung, stationäre Langzeittherapie und Haft) neue Akzente für eine erfolgreiche Hepatitis Prävention.

Der im ersten Fachtag sowie im Manual berücksichtigte Settingansatz stand auch im Mittelpunkt des 3. Internationalen Fachtages Bonn 2006, dessen Dokumentation Sie in Händen halten.

Nun gilt es ein Resümee nach 3-jähriger Arbeit des Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch zu ziehen und gleichsam einen Ausblick zu wagen.

Rückmeldungen aus der vor Ort Arbeit lassen darauf schließen, dass das Bewusstsein zur Bedeutung der epidemischen Verbreitung und Schwere der HCV-Infektion zugenommen hat. Grundlage hierfür waren vielfältige regionale und bundesweite Fortbildungen für MitarbeiterInnen der Drogen-/Aids-/Jugend-/Straffälligenhilfe im Rahmen derer Unsicherheiten bzgl. Übertragungswege, Impfschutz, Präventionsmöglichkeiten/-notwendigkeiten minimiert oder beseitigt wurden.

Ambulante und stationäre Angebote

Trotz intensiver Bemühungen TeilnehmerInnen und ReferentInnen aus dem ambulanten oder stationären Behandlungsbereich für unsere Fachtage zu gewinnen bleibt festzuhalten, dass sich MitarbeiterInnen und Träger jener Angebotsformen kaum angesprochen fühlten. Wir werten dies als Indiz dafür, dass das Thema Hepatitis dort nicht in dem Maße angekommen ist, wie es aufgrund der Prävalenz der Infektionen erforderlich wäre.

Für das Aktionsbündnis gilt es die dennoch neu geknüpften Kontakte zu aufgeschlossenen und fachkompetenten Kolleginnen zu nutzen um die Potentiale die dieses Setting für die Hepatitisprävention und Behandlung bietet zukünftig in einem größeren Umfang nutzen zu können.

Zugang zur HCV Behandlung

Auch wenn sich aktuell die Zahl von Interferontherapie bei chronischen Hepatitis C infizierten Drogengebrauchern nicht signifikant erhöht hat, gibt es dennoch Anlass zur Hoffnung.

Nachdem Drogengebraucher und Substituierte über viele Jahre fast gänzlich von dieser Therapieform ausgeschlossen wurden, zeigen Studien dass die Therapieerfolgsrate bei Substituierten nach antiviraler Therapie gleich der in der Allgemeinbevölkerung ist.

Die von der DGDS initiierte Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Leitlinien zur Behandlung der chronischen Hepatitis C bei Drogengebern, stellt fest, dass die Substitutionsbehandlung das beste Setting für eine Hepatitis C Therapie ist. Es gilt diese neuen Leitlinien zu kommunizieren um neben Suchtmedizinern auch Fachärzte (Hepatologen, Gastroenterologen) für die Behandlung von Drogengebern zu gewinnen und die Prävalenz behandelter HCV infizierter Drogengebern zu erhöhen.

Die nationale Strategie

Die Implementierung einer nationalen Hepatitisstrategie war und ist die oberste Zielsetzung unserer Arbeit.

Als Grundlage hierfür galt es einen Prozess in Gang zu setzen, der die Verantwortlichen in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitspolitik sich ihrer Verantwortung bewusst werden ließ und ihren Teil dazu beitragen eine nationale Strategie zu realisieren.

Trotz unterschiedlicher Bemühungen bleibt zu konstatieren, dass es bis heute an einer nationalen Strategie fehlt, wie sie in anderen Ländern (Australien, Vereinigtes Königreich) seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert wird.

Unser Ziel wird sein im Jahr 2007 Gespräche zu führen die die Einsetzung einer Expertenkommission zur „Entwicklung einer nationalen HCV-Strategie“ zum Ziel haben. Hierbei gilt es den 2003 (1.Expertentreffen Hepatitis von RKI und BMG) begonnenen Weg fortzusetzen.

Dirk Schäffer



Vorankündigung

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch und das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) Hamburg in Kooperation mit Hamburger Suchthilfeeinrichtungen

planen die Durchführung des

4. Internationalen Fachtag Hepatitis C: „Neue Modelle erfolgreicher HCV- Arbeit“

Auf dem 4. Internationalen Fachtag Hepatitis C werden europäische Modelle erfolgreicher Arbeit in der Prävention und Behandlung von Hepatitis C Virusinfektionen handlungs- und praxisbezogen zur Diskussion gestellt. Die Vorträge, Workshops, Posterpräsentationen und eine „Best-practice“-Messe bieten die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches im Umgang mit Hepatitis C und ermöglichen den TeilnehmerInnen eigene Handlungskompetenzen zu erweitern. Die Workshops thematisieren u.a. Therapiemanagement, Selbsthilfe auf kommunaler Ebene, instrumentelle Wege innovativer Präventionsmodelle, Behandlungszugangsverbesserung in verschiedenen Settings, Infektionsrisiken und Prävention in Haft. Einzelne Veranstaltungen werden als Weiterbildung zertifiziert und richten sich an Suchthilfeeinrichtungen, Ärzte und medizinisches Personal, Mitarbeiter von Haftanstalten, Angehörigengruppen und Betroffene, kommunale Träger sowie Behörden.

12. und 13. September 2007 im Hauptgebäude der Universität Hamburg

Kontakt und weitere Informationen

Bernd Schulte

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg

Telefon 040 - 42803 -7906

B.Schulte@uke.uni-hamburg.de