



Aktionsplan für eine
nationale Strategie
gegen Virushepatitis
in Deutschland



Nationale Strategie gegen Virushepatitis

Virushepatitis, die Entzündung der Leber aufgrund von Infektionen mit einem Hepatitisvirus, ist eine weit verbreitete Erkrankung in Deutschland, die vollkommen unterschätzt wird. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat auf ihrer 63. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2010 die Virushepatitis als ein „weltweit bedeutendes Gesundheitsproblem“ benannt.

Die verkannte Epidemie

In Deutschland sind mehr als eine Million Menschen von einer chronischen viralen Entzündung der Leber betroffen, davon sind über 500.000 Menschen mit dem Hepatitis B- und 400.000 bis 500.000 Menschen mit dem Hepatitis C-Virus infiziert. Jedes Jahr sterben zahlreiche Menschen an den Folgen einer Virushepatitis. Die Kosten durch die starke Verbreitung der Virushepatitis sind enorm, aufgrund mangelnder Daten jedoch schwer zu beziffern. Viele der Infektionen und der Todesfälle wären vermeidbar.

Es mangelt an einem Bewusstsein für die Gefahren sowie die Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten der Virushepatitis. Vielen Menschen ist ihre Infektion nicht einmal bekannt. Von den diagnostizierten Patienten erhält nur eine Minderheit eine angemessene Behandlung. Obwohl wirksame Therapien zur Verfügung stehen, unterliegt damit die große Mehrzahl der Infizierten dem Risiko schwerer gesundheitlicher Schäden bis hin zum Tod.

Chancen in Prävention und Therapie nutzen

Zugleich erleben wir zurzeit enorme Verbesserungen bei der Hepatitis-Therapie. Zahlreiche neue Medikamente stehen bereits heute oder in naher Zukunft zur Verfügung. Sie können zum Beispiel Hepatitis C-Patienten gravierende Nebenwirkungen ersparen und bieten auch Aussicht auf Erfolg, wo die etablierten Therapien mit Interferon nicht geholfen haben.

Vermeidbare Infektionen und Erkrankungen auf der einen Seite, immer bessere Therapieoptionen auf der anderen – es ist Zeit zu handeln. Mit diesem Papier legen namhafte Organisationen, die im Bereich Virushepatitis tätig sind, gemeinsam einen Aktionsplan vor. Die vorgeschlagenen Maßnahmen können Vorbeugung, Diagnostik und Versorgung von Hepatitis-Patienten erheblich verbessern. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Stärkung, Zusammenführung und Koordination von Beiträgen, die bereits von Institutionen wie Fachgesellschaften, Patientenselbsthilfegruppen, staatlichen und nicht-staatlichen Einrichtungen und Aktionsgruppen geleistet werden. Darüber hinaus ist uns die Zusammenarbeit mit den politisch Verantwortlichen und Einrichtungen des Gesundheitswesens ein besonderes Anliegen.

Ziele und Maßnahmen im Überblick

Ziel des Aktionsplans ist es, Infektionen zu vermeiden und bereits bestehende akute und chronische Infektionen zu erkennen und zu behandeln. Dafür sind Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen notwendig:

- Steigerung des Bewusstseins für Virushepatitis und ihrer Übertragungswege
- Einbindung der Strategie in ein Konzept für Öffentliche Gesundheit
- Aufklärung über Virushepatitis als Bestandteil staatlicher Gesundheitsprogramme
- Abbau der Stigmatisierung von Menschen mit chronischer Virushepatitis
- Anpassung von Interventionen an die Lebensverhältnisse – das gilt vor allem für besondere Zielgruppen (Migranten, Drogengebraucher, Menschen in Haft usw.)
- Zugang zu einer leitliniengerechten Therapie für alle Patienten mit einer Virushepatitis
- Maßnahmen für die weitere Verbesserung der Virushepatitis-Therapie
- Erhebung von aussagekräftigen Daten zur Häufigkeit von Virushepatitis und deren Krankheitsfolgen wie Leberzirrhose und Leberzellkrebs

Virushepatitis in Deutschland

Die Hepatitis A- und E-Viren verursachen akute Leberentzündungen, die bei gesunden Personen in der Regel ohne besondere Therapie ausheilen. Infektionen mit den Hepatitis B-, C- und D-Viren nehmen dagegen in 5 bis 90 Prozent der Fälle einen chronischen Verlauf, das heißt, dass die Viren sich ohne Behandlungen lebenslang im Körper vermehren. Chronische Lebererkrankungen können zu Leberzirrhose und Leberzellkrebs führen, die in Deutschland für mehrere Zehntausend Todesfälle pro Jahr ursächlich sind. Virusinfektionen der Leber gehören zudem zu den Hauptursachen für eine Lebertransplantation. Damit stellen die viralen Hepatitiden auch ein großes gesundheitsökonomisches Problem dar. Dabei sind nicht nur die teuren antivirale Therapien zu berücksichtigen, sondern auch hohe Folgekosten, die im Falle eines Fortschreitens der Erkrankung entstehen^{1,2}. Dazu kommen die direkten Kosten wie für Medikamente, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte und auch indirekte Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, Verrentung usw.

Virusinfektionen der Leber wurden bis 1990 zu einem großen Teil durch kontaminierte Blutprodukte verursacht. Außerdem treten sie insbesondere in bestimmten Gruppen wie beispielsweise Migranten oder Drogengebraucher auf, weshalb besondere Anstrengungen notwendig sind, um die Erkrankung zu diagnostizieren und zu therapieren.

Schutzimpfungen stehen für die **Hepatitis A** und Hepatitis B zur Verfügung, wobei die Impfung gegen Hepatitis B auch gegen Hepatitis delta (hervorgerufen durch das Hepatitis D-Virus) schützt.

Virusinfektionen der Leber sind sehr gut behandelbar. Sowohl für die Therapie der Hepatitis B als auch für die Hepatitis C liegen aktuelle deutsche S3-Leitlinien vor, an deren Erstellung verschiedene Fachgesellschaften und Patientenorganisationen beteiligt waren^{3,4}. Diese Leitlinien regeln den Einsatz und die Durchführung einer optimalen Therapie auf der Basis des aktuellen Wissensstandes.

Die **Hepatitis B** kann mit direkten Hemmern der Virusvermehrung behandelt werden, die bei an-

nähernd 100 Prozent der Patienten eine komplette Unterdrückung der Virusvermehrung erreichen. Die Therapie mit diesen Medikamenten (*Polymerasehemmern*) ist eine Dauertherapie, die zu einer deutlichen Reduktion des Risikos für die Entstehung eines Leberzellkarzinoms⁵ (*hepatozelluläres Karzinom; HCC*) und zu einer Verhinderung der Entstehung einer Leberzirrhose führt. Darüber hinaus steht für die Hepatitis B noch die Option einer Behandlung mit Varianten des Gewebshormons Interferon alpha zur Verfügung, die bei einigen Patienten zu einer dauerhaften Immunkontrolle der Infektion führen kann⁶. Bereits bestehende Lebervernarbung (*Fibrose*) ist bei erfolgreicher Behandlung sogar rückbildungsfähig^{7,8}. Dennoch kann – auch bei kompletter Viruselimination – ein HCC entstehen.

Im Gegensatz zur Hepatitis B ist die **Hepatitis C** sogar vollständig heilbar, was einzigartig für chronische Virusinfektionen des Menschen ist. Mit den derzeitig zur Verfügung stehenden Substanzen Interferon alpha, Ribavirin sowie neuen direkten Hemmern der Virusvermehrung (Proteaseinhibitoren) ist – abhängig von den individuellen Voraussetzungen – eine Ausheilung bei bis zu 90 Prozent der Patienten zu erreichen⁹. Hervorzuheben ist, dass nach erfolgreicher Therapie keine Viren mehr nachweisbar sind und auch keine späteren Rückfälle auftreten, somit eine vollständige Ausheilung (Viruselimination) erreicht wird. Die Viruselimination ist mit einer Verringerung des Risikos für Leberversagen und Leberzellkarzinomen verbunden¹⁰ und führt zu einer verbesserten Lebensqualität¹¹ sowie einem besseren Langzeitüberleben^{12,13}. Allerdings sind weniger als 50 Prozent der Infizierten u. a.

aufgrund von Kontraindikationen (wie Herz- oder Autoimmunerkrankungen) mit Interferon-basierten Therapien behandelbar. Außerdem ist die Therapie nicht möglich, wenn die Erkrankung zu weit fortgeschritten ist. Aus diesen Gründen kann bei zahlreichen Hepatitis C-Patienten ein Fortschreiten der Erkrankung nicht verhindert werden. Neue, besser verträgliche und besser wirksame Behandlungen werden zurzeit entwickelt. Die Zulassung der neuen Medikamente wird für die nächsten Jahre erwartet.

Dagegen ist die **Hepatitis delta-Virusinfektion**, die die schwerwiegendste aller chronischen Virusinfektionen der Leber darstellt¹⁴, bisher nur sehr schlecht zu behandeln. Eine Therapie mit pegyliertem Interferon alpha kann bei etwa 25 Prozent der Patienten zu einer Ausheilung der Infektion führen¹⁵. Die Mehrzahl der Patienten ist aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht mit Interferonen behandelbar.

Mit dem **Hepatitis E-Virus** infizieren sich in Deutschland wahrscheinlich mehrere 10.000 Personen jährlich, wobei aber nur ein kleiner Teil davon Symptome einer Leberentzündung entwickelt. In Europa ist die Hepatitis E eine sogenannte Zoonose, d. h., HEV infiziert bestimmte Tiere und kann daher z. B. durch den Verzehr von rohem Schweinefleisch erworben werden. Problematisch wird die HEV-Infektion bei Menschen mit einem eingeschränkten Immunsystem, beispielsweise nach Organtransplantation, oder bei Patienten mit Immunerkrankungen oder fortgeschrittener HIV-Infektion¹⁶. Bei ihnen kann sich eine chronische Infektion entwickeln, die zu Leberversagen führen kann.

1. Stahmeyer, 2012
2. Siebert, 2005
3. Sarrazin, 2010
4. Cornberg, 2011
5. Papatheodoridis, 2010
6. Cornberg, 2011
7. Chang, 2010
8. Marcellin, 2012

9. Sarrazin, 2012
10. Veldt, 2007
11. European Association for the Study of the Liver, 2011
12. Backus, 2011
13. van der Meer, 2012
14. Wedemeyer, 2010
15. Wedemeyer, 2011
16. Wedemeyer, 2012

Aktionsplan

Prävention und Gesundheitsförderung

- Aufklärung über Virushepatitis muss in bestehende staatliche Gesundheitsprogramme übernommen werden.
- Testung auf Hepatitisviren muss unter Berücksichtigung und Beteiligung bestimmter Zielgruppen durchgeführt werden.
- Prävention muss durchgeführt werden, um die Inzidenz und Prävalenz von Virushepatitiden zu verringern.
- Eine Strategie gegen Hepatitis muss in ein „Public Health“-Konzept (Öffentliche Gesundheit) als Teil einer sozialen und politischen Strategie eingebunden sein.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es verschiedene staatlich unterstützte Institutionen, die das Ziel haben, die Bevölkerung über Gesundheitsrisiken aufzuklären. Aufklärung zu Virushepatitis wurde bislang nicht ausreichend in staatliche Aufklärungsprogramme aufgenommen. Dies muss dringend korrigiert werden, um Prävalenz und Inzidenz zu reduzieren. Ein wichtiges Instrument

dafür ist die Untersuchung auf Hepatitisviren. Da es Personenkreise gibt, die einem höheren Hepatitis-Virusinfektionsrisiko ausgesetzt sind oder waren, sollten die Zugangsmöglichkeiten und Angebote zur Testung den jeweiligen Gruppen angepasst werden.

Prävention wird in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden¹⁷. Alle drei Formen der

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Bevor eine Infektion eintritt	Behandlung im Frühstadium einer Hepatitis-Erkrankung	Nach Behandlung einer Erkrankung
Maßnahme der Intervention	Aufklärung über Risikofaktoren, Impfungen, Testungen	Diagnostik Behandlung aller Träger einer Virushepatitis	Rehabilitation, Nachbetreuung
Ziel der Intervention	Verringerung der Hepatitis-Inzidenz/ Neuinfektionen	Verhinderung des Fortschreitens der Hepatitis-Erkrankung, um Spätfolgen wie Leberzirrhose oder Leberzellkarzinom zu vermeiden	Verhinderung von Folgeschäden oder Wiederauftreten der Infektion, Wiederherstellung von Lebensqualität und Arbeitsproduktivität
Adressat der Intervention	Nicht-infizierte Menschen, die gemäß den S3-Leitlinien zu den besonders stark betroffenen Gruppen zählen ^{18,19}	Patienten mit einer chronischen Virushepatitis	Patienten nach antiviraler Therapie oder Patienten ohne Therapiemöglichkeit und mit chronischen Beeinträchtigungen

Prävention tragen dazu bei, den Gesundheitszustand in der Gesamtbevölkerung, einzelner Gruppen oder Personen zu erhalten oder zu verbessern. Gerade bei der Virushepatitis sind in allen drei Bereichen Neuorientierung sowie ein verstärktes Engagement erforderlich, um sowohl Neuinfektionen als auch die Spätfolgen bestehender chronischer Erkrankungen zu vermeiden.

Eine Hepatitisstrategie muss deshalb in ein Public Health-Konzept als Teil einer sozialen und politischen Strategie eingebunden sein, weil sie durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserungen von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität der gesamten Bevölkerung abzielt.

Zugang zur Behandlung

- Allen Patienten mit Virusinfektionen der Leber in Deutschland soll ein Zugang zu einer leitliniengerechten Therapie ermöglicht werden. Es ist notwendig, Patienten und Ärzte entsprechend über Krankheitsverlauf und Therapieoptionen besser aufzuklären und eine bedarfsgerechte Unterstützung der Betroffenen vor, während und nach der Therapie zu gewährleisten. Die Hepatitisstherapie sollte von qualifizierten Ärzten durchgeführt werden. Die ressourcenintensive Behandlung muss angemessen honoriert werden.
- Maßnahmen sind dringend erforderlich, um
 - eine optimierte Behandlung der Hepatitis B zu erreichen.
 - einen sinnvollen Einsatz der aufwendigen Therapie der Hepatitis C zu gewährleisten.
 - die Behandlungsoptionen für die Hepatitis delta zu verbessern.
 - bessere Kenntnisse zur chronischen Hepatitis E zu gewinnen.

In Deutschland werden aktuell weniger als ein Drittel der diagnostizierten Patienten mit einer chronischen Hepatitis B, die nach den aktuell gültigen Leitlinien einer Therapie bedürfen, adäquat antiviral behandelt. Für die Hepatitis C ist ein ähnliches Szenario anzunehmen (Daten dafür liegen nicht vor). Damit ist die überwiegende Mehrzahl der Hepatitis-Patienten trotz verfügbarer Medikamente dem Risiko ausgesetzt, an einer Leberkomplikation zu versterben. Die Gründe für das Vorenthalten

der Behandlung sind vielschichtig, hauptsächlich jedoch in einem fehlenden Problembewusstsein bei den Patienten und den betreuenden Ärzten begründet. Das Wissen von Patienten und Angehörigen über die Konsequenzen einer Infektion mit einem Hepatitisvirus ist, weitgehend unabhängig von Bildungsgrad und sozioökonomischem Status, zum Teil sehr mangelhaft^{20,21,22}. Entsprechende Aufklärungsmaßnahmen für Patienten sind daher dringend notwendig, wobei die entsprechenden

17. Leppin, 2010
18. Cornberg, 2011
19. Sarrazin, 2010
20. Niederau, 2008
21. Lütgehetmann, 2011
22. Deterding, 2012

Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen (z. B. Migranten, Drogengebraucher, Menschen mit niedrigem Bildungsstatus) zu berücksichtigen sind.

Darüber hinaus müssen Anstrengungen unterstützt werden, das Problembewusstsein und die Fachkenntnis für virale Hepatitiden bei allen ärztlichen Berufsgruppen, insbesondere jedoch Allgemeinmediziner, Internisten, Gynäkologen und Orthopäden, zu verbessern. Vielen Ärzten sind weder die klinischen Konsequenzen einer unbehandelten Virushepatitis noch die zum Teil sehr guten Behandlungsoptionen bewusst. Die Therapie von Hepatitiden erfordert eine hohe Kompetenz der behandelnden Ärzte. Werden die Leitlinien entsprechend angewendet, sind sehr gute Ergebnisse für die Patienten zu erzielen.

Die Behandlung ist sehr zeitaufwendig. Insbesondere das Nebenwirkungsmanagement der komplexen Therapie der Hepatitis C nimmt große Ressourcen in Anspruch. Aktuell darf jeder Arzt in Deutschland eine Hepatitis-Therapie durchführen, ein entsprechender Qualifizierungsnachweis ist nicht notwendig. Der Anreiz, eine Hepatitis-Therapie durchzuführen, ist für Ärzte gering, da die Behandlung von Hepatitispatienten kaum kostendeckend ist. Eine Therapie aller bedürftigen Patienten entsprechend der Leitlinien ist nur durch qualifizierte Ärzte möglich. Diese muss angemessen honoriert werden.

Die derzeitig verfügbare Therapie viraler Hepatitiden muss weiter optimiert werden. Nicht jede Therapieoption ist für jeden Patienten geeignet. Um unnötige Nebenwirkungen sowie unnötige Kosten zu vermeiden und die knappen Ressourcen optimal einzusetzen, ist eine personalisierte Medizin bei der Behandlung der chronischen Virushepatitis anzustreben. Es sind weitere Maßnahmen notwen-

dig, um dieses Ziel zu erreichen. Dabei müssen zahlreiche Fragen geklärt werden:

- Wie kann der Zugang zur Therapie allen bedürftigen Patienten – unter Berücksichtigung ihrer individuellen gesundheitlichen und sozialen Voraussetzungen und Ressourcen – geöffnet werden?
- Welche Voraussetzungen sind erforderlich, um eine langfristige medikamentöse Behandlung und Begleitung zu gewährleisten?

Für die **Hepatitis B** sind Fragen zum Einsatz der zur Verfügung stehenden antiviralen Therapien zu beantworten:

- Welche Faktoren bestimmen einen progressiven Krankheitsverlauf mit der Entwicklung von klinischen Komplikationen? Hier würden weitere Kenntnisse eine bessere Überwachung der Patienten ermöglichen und einen Beginn der Behandlung auf die Patienten beschränken, die wirklich eine Therapie benötigen.
- Wie lange sind die Therapien mit Hemmern der HBV-Polymerase durchzuführen? Sind wirklich in jedem Fall lebenslange Therapien notwendig? Strategien, die eine Induktion einer körpereigenen dauerhaften Immunkontrolle der Hepatitis B ermöglichen, sollten konzipiert und evaluiert werden.
- Wie sind die Nebenwirkungen einer Dauertherapie der Hepatitis B? Wie ist die Therapie der Hepatitis in besonderen Patientengruppen (zum Beispiel Schwangere, Patienten mit eingeschränktem Immunsystem/ Chemotherapie, ältere Patienten, Kinder) durchzuführen?

Zahlreiche neue direkte Hemmer der **Hepatitis C**-Virusvermehrung sind momentan in der klinischen Entwicklung. Nach Zulassung der ersten Proteaseinhibitoren im Jahre 2011 zeigt sich, dass neue Nebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen große Probleme verursachen. Es ist mit der Verfügbarkeit weiterer Substanzen in den nächsten Jahren zu rechnen. Der optimale Einsatz dieser Medikamente wird ebenfalls eine große Herausforderung sein. Vor diesem Hintergrund sind auch für die Hepatitis C weitere Punkte zu klären:

- Welche Patienten müssen jetzt mit einer antiviralen Therapie behandelt werden und bei welchen Patienten ist ein abwartendes Verhalten gerechtfertigt?
- Wie ist die Behandlung in besonderen Patientengruppen (bspw. Migranten oder HIV-Koinfizierte) durchzuführen?
- Wie sind unnötige Nebenwirkungen und Kosten zu vermeiden?
- Wie kann die Zusammenarbeit verschiedener an der Behandlung beteiligter Fachgruppen verbessert werden?

Die **Hepatitis delta** ist die schwerwiegendste aller chronischen Virusinfektionen der Leber. Aktuell können nur wenige Patienten von einer HDV-Infektion geheilt werden. Um das zu verbessern, sind weitere Forschungen notwendig:

- Neue Therapien sind für die Hepatitis delta zu entwickeln, da letztlich die Lebertransplantation für die meisten Patienten die einzige Therapieoption darstellt.
- Dafür ist ein besseres Verständnis der Virusvermehrung und Immunkontrolle sowie Krankheitsprogression eine unabdingbare Voraussetzung.

Die **Hepatitis E** stellt in Deutschland insbesondere bei Personen mit eingeschränktem Immunsystem, wie beispielsweise nach Organtransplantationen oder bei HIV-Infektionen, ein großes Problem dar. Für die Hepatitis E besteht Forschungsbedarf zu folgenden Fragen:

- Wie häufig sind chronische HEV-Fälle bei Patienten mit eingeschränktem Immunsystem?
- Was sind die wichtigsten Infektionsquellen (Übertragung von Tieren auf den Menschen)?
- Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Allgemeinbevölkerung

- Steigerung des Bewusstseins für Virushepatitis und ihrer Übertragungswege bei der Allgemeinbevölkerung mit dem Ziel, sich bei möglichem Risiko testen zu lassen.
- Sensibilisierung für Faktoren, die mit einem besonders schweren Verlauf assoziiert sind. Dazu gehören:
 - Übergewicht
 - Diabetes mellitus
 - Alkohol- und Drogenkonsum
- Abbau der Stigmatisierung von Menschen mit chronischer Virushepatitis.
- Aufnahme des Tests auf den GPT-Wert in ohnehin erforderliche Untersuchungen, möglichst in einem frühen Lebensalter.
- Testung aller Personen auf anti-HCV, die vor 1992 Blut und Blutprodukte erhalten haben.
- Testung auf HBsAg im ersten Drittel einer Schwangerschaft, Empfehlung für einen anti-HCV-Test.

Zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis B und C gibt es keine aktuellen und verlässlichen publizierten Daten^{23,24,25,26}. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass auch in der Allgemeinbevölkerung Maßnahmen ergriffen werden müssen, die der Primär- und Sekundärprävention dienen. Neben Menschen, die Drogen injizieren, oder Migranten aus Hochprävalenzgebieten müssen z. B. Personengruppen mit potentiellen Komorbiditäten wie Diabetes oder Adipositas gezielt angesprochen werden, da bei diesen Personen eine Hepatitis C einen besonders schweren Verlauf nimmt²⁷.

Gleichzeitig zielt die Bewusstseinssteigerung in der Allgemeinbevölkerung auf eine soziale Integration und eine Entstigmatisierung von Infizierten. Dies ist von besonderer Bedeutung, da so die soziale Teilhabe der Infizierten und Erkrankten gestärkt und beispielsweise ungerechtfertigten sozialen und beruflichen Einschränkungen oder anderen

Benachteiligungen entgegengewirkt werden kann. Dadurch kann der Behandlungsbedarf von psychischen Begleiterkrankungen wie Depressionen gesenkt und gleichzeitig die Arbeitsfähigkeit von chronisch Infizierten gesteigert werden.

Derzeit gibt es noch keine Empfehlung, die Bestimmung eines Leberwerts (GPT) in ohnehin stattfindende Blutuntersuchungen wie zur Vorsorge oder vor Operationen zu integrieren. Dies wäre jedoch wünschenswert, um eine vorliegende Virushepatitis und andere Lebererkrankungen möglichst früh zu diagnostizieren. Die Kosten für einen solchen ersten Test sind sehr gering.

Das Hepatitis C-Virus wurde 1988 entdeckt. Es war ab Mitte 1990 möglich, Blut und Blutprodukte auf HCV-Antikörper zu testen. In den folgenden Jahren wurde der Test dann flächendeckend eingesetzt. Vor Einführung dieses Tests gab es ein hohes Risiko, sich durch Blut und Blutprodukte mit Hepatitis C zu infizieren. Bei Personen, die sich

23. Elanjimattom, 2011

24. Ellrichmann, 2011

25. Schlosser, 2009

26. Schlosser, 2010

27. Veldt, 2008

durch Blut oder Blutprodukte infiziert haben, nimmt die Erkrankung häufiger einen schweren Verlauf als bei einer Infektion, die auf anderen Wegen erworben wurde. Die Folgen einer chronischen Lebererkrankung zeigen sich etwa 20 bis 30 Jahre nach der Infektion mit dem Virus. Daher müssen viele Infizierte jetzt und in den folgenden Jahren mit Komplikationen der Erkrankung wie Leberzirrhose und Leberzellkrebs rechnen.

Schwangere sollten möglichst früh nicht nur auf HIV, sondern auch auf HBsAg getestet werden, um eine Infektion des Ungeborenen zu verhindern. Bislang wird der Test in der 32. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Eine antivirale Therapie, mit der die Übertragung bei der Geburt verhindert werden kann, muss früher begonnen werden. Sinnvoll wäre die gleichzeitige Testung auf HCV, besonders bei vorliegenden Risikofaktoren.

Besondere Zielgruppen, besondere Settings

- Bei besonders gefährdeten Personengruppen muss die Bedeutung von Blut (das „Blut-Bewusstsein“) hinsichtlich der Übertragungswege von Virushepatitis herausgestellt werden.
- Sowohl von Hepatitis bedrohte und betroffene Drogengebraucher und Männer, die mit Männern Sex haben, müssen als Multiplikatoren einbezogen werden (*Betroffene zu Beteiligten machen*).
- Alle Interventionen müssen an die jeweiligen Lebensverhältnisse und Settings²⁸ angepasst und kultursensibel²⁹ entwickelt werden.
- Mitarbeiter in medizinischen und sozialen Diensten, die diese Zielgruppen betreuen und beraten, müssen Kenntnisse über Virushepatitis haben.

Bestimmte Gruppen sind einem besonderen Risiko hinsichtlich einer Hepatitis-Virusinfektion ausgesetzt und können häufig nicht ausreichend über präventive Maßnahmen informiert werden. Die Risiken resultieren sowohl aus spezifischen Lebenskontexten (z. B. Sexualverhalten, Drogenkonsum) als auch aus bestimmten strukturellen Rahmenbedingungen (z. B. Haftanstalten, unsicherer Aufenthaltsstatus, subkulturelles Umfeld). Hinzu kommen individuelle Erfahrungen und Lebensumstände, die die Vulnerabilität³⁰ für eine Hepatitis-Virusinfektion erhöhen. Dazu gehören Herkunft aus Hochprävalenzregionen, Migrationshintergrund, eingeschränkte Mög-

lichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe, niedriger Bildungsstand und Erfahrungen von Diskriminierung und Stigmatisierung. Hinzu kommen Hürden zur Inanspruchnahme des Gesundheits- bzw. Versorgungssystems, die zu Einschränkungen bei der Behandlung und Prävention führen³¹.

Daher muss Hepatitis-Diagnostik niedrigschwellig und in Verbindung mit lebensweltbezogener Beratung stattfinden. Selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen sollten auch frühzeitig und dort stattfinden, wo Jugendliche und (junge) Erwachsene mit einem erhöhten Risiko anzutreffen sind.

28. WHO, 1998

29. Gräser, 2010

30. Sander, 2010

31. Robert-Koch-Institut, 2012 (b)

Verhaltensorientierte Interventionen zur Hepatitis-Prävention allein reichen für eine erfolgreiche Prävention nicht aus. Die Verbindung von verhaltensbezogener Prävention sowie Maßnahmen der strukturellen Prävention erhöhen die Wirksamkeit von Einzelinterventionen nachweislich³². Zu den verhaltensbezogenen Maßnahmen gehören Hepatitis A/B-Impfungen, die Substitutionsbe-

handlung bei Opiatabhängigkeit, die Vergabe von hygienischen bzw. sterilen Utensilien für den injizierenden Drogenkonsum und die Verfügbarkeit von Kondomen.

Fachkräfte und Mitarbeiter von AIDS- und Drogenhilfen, das Personal der Arztpraxen mit suchtmmedizinischer Versorgung und Bedienstete aus Haftanstalten müssen flächendeckend geschult werden.

Menschen mit Migrationshintergrund

- Für Menschen mit Migrationshintergrund muss der Zugang zu allen Maßnahmen der Prävention, Diagnostik und Behandlung erleichtert werden.
- Drogengebrauchende Menschen mit Migrationshintergrund müssen besondere Aufmerksamkeit bekommen.

Ungefähr ein Drittel der Menschen mit Hepatitis C in Deutschland sind Migranten³³, von den Hepatitis B-Patienten sind mehr als die Hälfte Menschen mit Migrationshintergrund. Diese werden vom „klassischen Gesundheitswesen“ oft nicht angemessen versorgt oder fühlen sich mit ihren Bedürfnissen dort nicht akzeptiert³⁴. Sprachliche, rechtliche oder kulturelle Barrieren schränken den Zugang zu Informationen ein³⁵. Hinzu kommt, dass bestimmte Migrantengruppen nicht über die notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen verfügen, die zur Prävention und Unterstützung bei der Behandlung von Virushepatitis erforderlich sind. Daher müssen diese Zielgruppen kultursensibel angesprochen werden. Von besonderer Bedeutung für Menschen mit Migrationshintergrund ist auch die Einbindung des sozialen Umfelds.

Alle Einrichtungen des Gesundheitswesens sollten sich verstärkt für eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse einsetzen, um die

Möglichkeiten der medizinischen Behandlung zu verbessern – beispielsweise bei nicht vorhandener Krankenversicherung oder einem nicht gesicherten Aufenthaltsstatus.

Die Interkulturelle Öffnung (IKÖ) der Regeldienste, Aidshilfen und anderer Einrichtungen ist eine notwendige Grundlage für die Beteiligung (Partizipation) von Migranten. In vielen Einrichtungen haben Prozesse der IKÖ bereits begonnen. Es ist wichtig, dass sie konsequent fortgesetzt werden. Nur so erhalten Migranten gleichberechtigten Zugang zum deutschen Gesundheitswesen. Notwendig sind die Einbindung von Migrationsbeauftragten, die Erarbeitung fremdsprachiger Materialien und der Einsatz von Sprach- und Kulturdolmetschern.

Drogengebrauchende Migranten erleben häufig eine mehrfache Diskriminierung und Ausgrenzung, auch innerhalb der Migrantengruppen selbst. Für diese Gruppe müssen besondere Maßnahmen entwickelt werden.

32. Hagan, 2011

33. Hüppe, 2008

34. Kreuter, 2003

35. Razum, 2008

Menschen, die Drogen gebrauchen

- Konsumspezifische Informationen zur Übertragung von Virushepatitis und möglichem Schutz müssen allen Drogengebrauchern zur Verfügung gestellt werden.
- Sterile oder hygienische Drogenkonsumutensilien, stichsichere Entsorgungsbehälter und Desinfektionsmittel müssen für Drogeninjizierende uneingeschränkt angeboten werden³⁶.
- Für Opioidabhängige muss eine Substitutionsbehandlung in allen Settings leicht und flächendeckend zugänglich sein.

80.000 bis 170.000 Menschen gelten in Deutschland als heroinabhängig³⁷. Das vorherrschende Konsummuster ist intravenös; darüber hinaus werden Kokain, Amphetamine und/oder andere Substanzen intravenös konsumiert. Hepatitis C-Prävalenzraten bei injizierenden Drogenkonsumenten zwischen 30 und 90 Prozent³⁸ spiegeln das hohe Infektionsrisiko dieser Gruppe wider. Bei 70 Prozent der neu diagnostizierten Hepatitis C-Fälle mit validen Angaben zum Übertragungsweg ist injizierender Drogengebrauch mit großer Wahrscheinlichkeit die Infektionsursache³⁹.

Insbesondere aktuell – vor allem intravenös – Drogen gebrauchende Menschen nehmen Testmöglichkeiten und Hepatitis-Impf-Angebote bei niedergelassenen Ärzten oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst gar nicht oder nur unzureichend wahr. Bei Drogenkonsumenten, die über eine Substitutionsbehandlung in das medizinische System integriert sind, werden die vorhandenen Rahmenbedingungen für die Hepatitis-Prävention und -Testung nur unzureichend genutzt⁴⁰. Daraus folgt, dass viele Betroffene keine Kenntnis von ihrer Hepatitis-Virusinfektion haben.

Es müssen flächendeckende Angebote zur Spritzen- und Konsumutensilienvergabe aufgebaut

werden, die rund um die Uhr zur Verfügung stehen (Vergabe über Drogen- und Aidshilfe, Apotheken, Automaten). Es wurde in verschiedenen Studien gezeigt, dass mit diesen Maßnahmen Neuinfektionen verhindert werden können⁴¹.

Alternativen zum hochriskanten Injizieren wie nasale Applikation oder Inhalation sollten verstärkt aufgezeigt werden. Dabei muss unbedingt auf die Infektionsrisiken und ihre Vermeidung beim nasalen Drogenkonsum hingewiesen werden.

In regelmäßigen Abständen sollte möglichst in niedrigschwellig zugänglichen Einrichtungen eine qualifizierte und vertrauliche Risikoabschätzung hinsichtlich einer möglichen Hepatitis-Virusinfektion vorgenommen werden. Auf dieser Basis sollte gegebenenfalls im zweiten Schritt eine Hepatitis-Serologie durchgeführt werden.

Für jüngere Menschen, die ein erhöhtes Risiko für den Konsum injizierbarer Drogen tragen, wie Partygänger, die Kokain und Amphetamine konsumieren, Jugendliche mit Lebensmittelpunkt Straße oder straffällige Jugendliche müssen spezielle Interventionsprogramme entwickelt und umgesetzt werden.

36. WHO UNODS, UNAIDS, 2012

37. Pfeiffer-Gerschel, 2012

38. Sarrazin, 2010

39. Robert-Koch-Institut, 2012 (c)

40. Schäffer, 2009

41. ECDC/EMCDDA, 2011

Inhaftierte Menschen

- Für den Haftalltag notwendige Informationen zu Übertragungswegen von Hepatitis-Virusinfektionen und sterile Utensilien für den Schutz vor Übertragung müssen allen Inhaftierten zur Verfügung gestellt werden.
- Angebote zu Impfung und Diagnostik müssen ebenso wie eine Hepatitis-Behandlung angeboten werden.
- Für Opioidabhängige muss eine Substitutionsbehandlung analog der allgemeinen Behandlungsstandards durchgeführt werden.
- Die Kontinuität von Prävention und Behandlung während und nach der Haftentlassung muss gewährleistet sein.

Hepatitis-Prävention, -Diagnostik und -Therapie hat für das Setting Haft eine herausragende Bedeutung, weil die Hepatitis-Prävalenz unter Inhaftierten überproportional hoch ist^{42,43}. Ein Grund hierfür ist, dass bis zu 30 Prozent der männlichen und 50 Prozent der weiblichen Gefangenen drogenabhängig sind^{44,45}. Weitere Übertragungsrisiken sind Tätowierungen, Piercing und ungeschützter Sexualverkehr, die auch zu Re-Infektionen führen können.

Bei der Vermittlung von Informationen zur Hepatitis-Prävention muss bedacht werden, dass ein großer Teil der Insassen eingeschränkte Deutschkenntnisse oder einen niedrigen Bildungsstand hat. Peer-Education-Programme (*Von-Gleich-zu-Gleich*) und Interessen-/Betroffenengruppen (zum Beispiel Drogengebraucher) sind von besonderer Bedeutung und sollten in jeder Anstalt eingerichtet werden. Diese Informationen müssen in verschiedenen Sprachen vorliegen und wiederholt angeboten werden.

Den Gefangenen müssen sterile Drogenkonsumutensilien wie Spritzen und Nadeln zur Verfügung gestellt werden. Zudem sollen Schutzmaterialien für das Tätowieren und Piercen sowie zur Körper- und Alltagshygiene für Inhaftierte leicht und anonym zugänglich sein⁴⁶. Um eine mögliche sexuelle

Übertragung zu verhindern, sollen Kondome und Gleitmittel kostenlos und anonym erhältlich sein.

Außerdem muss auf der Grundlage der geltenden Gesetze, Verordnungen und Richtlinien für Bedienstete ein adäquater Arbeitsschutz sichergestellt werden. Wichtig ist vor allem die Sensibilisierung der Bediensteten für tatsächliche und vermeintliche Infektionsrisiken (Hepatitis A/B-Impfung, Vorsicht beim Umgang mit Nadeln, Verhalten nach Nadelstichverletzung).

Die Möglichkeit zum Test und zur Impfung wird derzeit eher zurückhaltend und nicht flächendeckend angeboten. Hepatitis A/B-Impfangebote müssen jedoch zu Haftbeginn und während der Haft wiederholt angeboten werden⁴⁷. Dies gilt ebenso für adäquate Hepatitis-Diagnostik.

Die ärztliche Substitutionsbehandlung reduziert effektiv die Übertragung von Hepatitis-Virusinfektionen^{48,49,50}.

Unterstützungsangebote, die Drogenfreiheit fördern, sollten in jeder Haftanstalt zugänglich sein. Unterstützungs- und Behandlungsangebote in Haft sollten mit Hilfsangeboten in Freiheit verzahnt sein, um Kontinuität zu erreichen⁵¹.

42. Radun, 2007
43. Schulte, 2009
44. Stöver, 2009
45. Stöver, 2012
46. Lines, 2006

47. Robert-Koch-Institut, 2012 (a)
48. Bundesärztekammer, 2010
49. Pont, 2012
50. ECDC/EMCDDA, 2011
51. Keppler, 2010

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

- Männer, die Sex mit Männern haben, brauchen eine besondere Aufklärung zu hochrisikobehaftetem Sexualverhalten und riskanten Settings.
- Ärzte von HIV-Patienten müssen Hepatitis C in die ärztliche Beratung und Diagnostik einbeziehen und regelmäßig Hepatitis C-Tests anbieten.
- Informationen für HIV-Positive müssen Hinweise auf ein erhöhtes Hepatitis C-Risiko beinhalten, Übertragungswege erläutern und Präventionsmöglichkeiten aufzeigen.

Die Zahl der Männer, die in Deutschland Sex mit Männern haben, wird auf 600.000 Personen geschätzt. Das sind 2,5 bis 3,4 Prozent aller Männer zwischen 20 und 59 Jahren⁵².

Hepatitis C wird von Männern, die Sex mit Männern haben⁵³ (MSM), kaum wahrgenommen. Das Wissen über Hepatitis C und das Bewusstsein für Ansteckungsrisiken ist entsprechend gering. Bei sexuell aktiven HIV-positiven Männern ist dies anders, weil durch steigende Infektionszahlen in den Ballungszentren das Problembewusstsein gestiegen ist. In HIV-Schwerpunktpraxen wird inzwischen bei HIV-Positiven das Thema Hepatitis C thematisiert

und auf Virushepatitis getestet. Dies muss zukünftig flächendeckend umgesetzt werden.

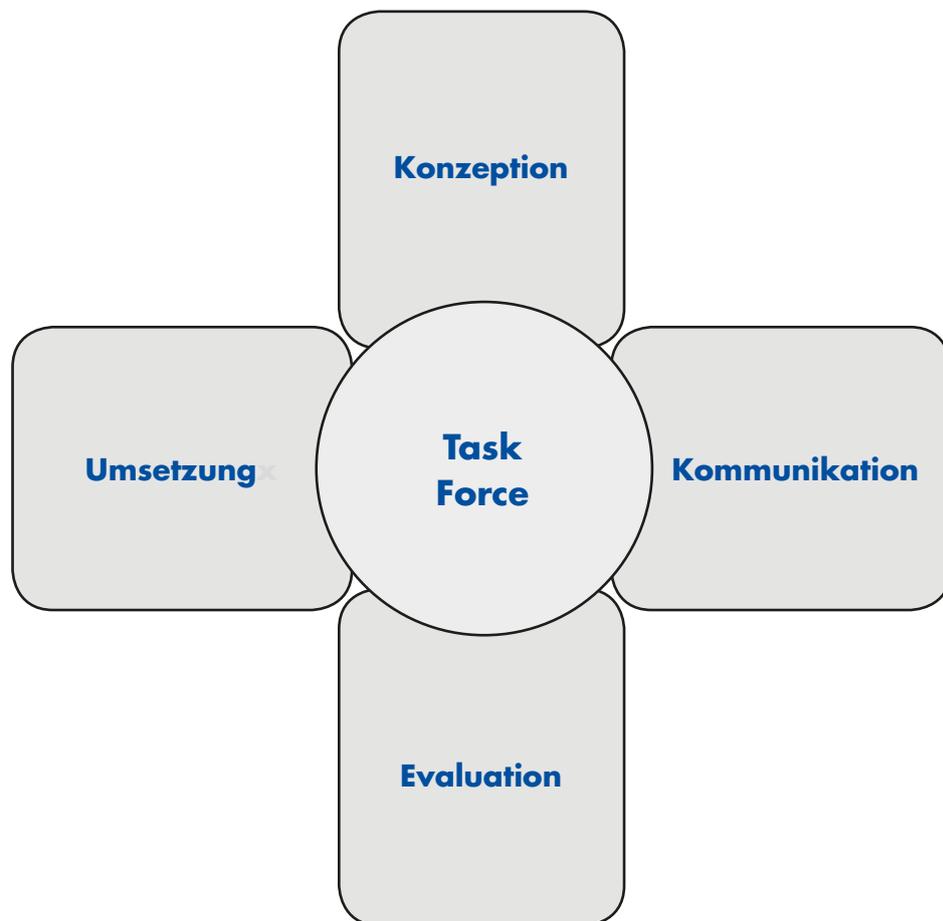
Über zielgruppenspezifische Medien und durch bereits existierende Projekte der Gesundheitsförderung bzw. Infektionsprophylaxe sollte auf das erhöhte Hepatitis C-Risiko hingewiesen und das „Blut-Bewusstsein“ gefördert werden. Alltagsnahe Tipps zu praktikablen und notwendigen Schutzmaßnahmen (z. B. bei Sextoys, Gleitgel, Piercing, Rasur und auf Reisen) sollten kommuniziert werden. Dabei ist auch auf das Risiko bei nasalem Drogengebrauch hinzuweisen.

52. Marcus, 2009

53. Nicht alle Männer, die Sex mit Männern haben, bezeichnen sich als „homosexuell“ oder „schwul“.

Umsetzung der Maßnahmen

- Einrichtung einer Task-Force und einer ständigen Arbeitsgruppe, um alle Maßnahmen zu strukturieren, zu koordinieren und zu evaluieren.
- Erstellung eines detaillierten Maßnahmenplans, in dem
 - alle erforderlichen Maßnahmen beschrieben und gewichtet sind.
 - die Durchführung der Maßnahmen definiert werden.
 - Ressourcen und Rahmenbedingungen dargelegt werden.
 - Kriterien für die Evaluation festgelegt werden.
 - alle für die Gesundheit verantwortlichen Ministerien und Institutionen eingebunden sind.
- Ressourcen schonende Abstimmung aller Maßnahmen, Durchführung evidenzbasiert und zügig.



Modell einer Task-Force

Ein nationaler Hepatitis-Strategieplan kann nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn dafür eine Task-Force/Arbeitsgruppe eingerichtet wird. Diese sollte aus Experten unterschiedlicher Professionen und Disziplinen bestehen.

Auswahlkriterien hierfür sollten sein: Kompetenz in Medizin (möglichst Hepatologie/Infektiologie sowie Suchtmedizin), Politik, Patientenvertretung, Sozialarbeit, Kommunikation/Öffentlichkeitsarbeit. Des Weiteren sind entsprechende Erfahrung, Multiplikatorwirkung, Kapazität und Zugang zu Netzwerken von Bedeutung.

Es empfiehlt sich, den erfolgreichen Beispielen bereits etablierter nationaler Strategiepläne aus anderen Ländern zu folgen, die eine solche Task Force/Arbeitsgruppe zur Koordination vorsehen^{54,55,56,57,58}. Danach sollten alle Behörden, Fachschaften, Institutionen und Organisationen einbezogen werden, die im direkten oder indirekten Kontakt mit den oben genannten besonders stark betroffenen Gruppen stehen. Die primäre Aufgabe einer solchen Task Force besteht darin, alle notwendigen ersten Schritte zu konzipieren

und ihre Umsetzung in die Wege zu leiten. Um sinnvoll und Ressourcen schonend agieren zu können, müssen diese Maßnahmen priorisiert und regelmäßig evaluiert werden.

In einem weiteren Schritt ist die Einrichtung einer ständigen Arbeitsgruppe wichtig, um alle Aktivitäten und Prozesse langfristig zu begleiten.

Individuelle Maßnahmen in den Bereichen Aufklärung und Bewusstseinsförderung, Diagnostik, Impfung, Risikovermeidung und Therapie können Synergien in den verschiedenen Bereichen der Prävention schaffen. Eine Hepatitis-spezifische Sensibilisierung und Aufmerksamkeit auf allen drei Präventionsstufen vernetzt die einzelnen Adressaten.

Eine weitere Synergie könnte entstehen, indem der Aktionsplan mit anderen Aktionsplänen in Bezug gesetzt bzw. auf diese abgestimmt wird. So könnte die Prävention von Leberzellkarzinomen in die Entwicklung des Nationalen Krebsplanes einbezogen werden: Mit dem Gebärmutterhalskarzinom fand dort bereits eine erste viral bedingte Krebserkrankung Berücksichtigung⁵⁹.

54. Direction Générale de la santé, 2004

55. The Scottish Government, 2006 und 2008

56. Australian Health Ministers Council (AHMC), 2010

57. U.S. Department of Health & Human Services, 2011

58. Viral Hepatitis Implementation Group (VHIG); U.S. Department of Health and Human Services (HHS), 2011

59. Bundesgesundheitsministerium, 2012

Literatur

- Australian Health Ministers Council (AHMC): 3. National Hepatitis C Strategy - 2010-2013, Implementation Plan 2010-2014 for the Hepatitis C Model of Care, 2010
- Backus, II et al.: A sustained virologic response reduces risk of all-cause mortality in patients with hepatitis C. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011 Jun; 9(6):509-516
- Bundesärztekammer: Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 19. Februar 2010 verabschiedet
- Bundesgesundheitsministerium: Nationaler Krebsplan, Stand Januar 2012, S. 13 (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan_Handlungsfelder__Ziele_und_Umsetzungsempfehlungen.pdf, Zugriff: 14.2.2013)
- Chang, TT et al.: Long-term entecavir therapy results in the reversal of fibrosis/cirrhosis and continued histological improvement in patients with chronic hepatitis B. *Hepatology.* 2010 Sep; 52(3):886-93
- Cornberg, M et al.: Aktualisierung der S3-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-B-Virusinfektion, AWMF-Register-Nr.: 021/011. *Gastroenterol.* 2011; 49:871–930
- Deterding, K et al.: Knowledge and management of hepatitis B virus infected patients in Germany. *Dtsch Med Wochenschr.* 2012 Apr; 137(15):774-80
- Direction Générale de la santé: National strategy for prevention and control of hepatitis c and b virus infection in France, 2004
- ECDC/EMCDDA: Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, 2011
- Elanjimattom, S et al.: Hohe Prävalenz von Hepatitis C Virus-Antikörpern bei Patienten in der Zentralen Notaufnahme der J.W. Goethe Universitätsklinik, Frankfurt am Main. *GASL 2011, P4_16*
- Ellrichmann, M: Unerwartet hohe Prävalenz der Hepatitis C im Ballungsraum Ruhrgebiet; *DGVS 2011, Abstract P419*
- European Association for the Study of the Liver: EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 2011 Aug; 55(2):245-64.
- Gräser, S et al.: Kultursensible Gesundheitskommunikation – Ansatzpunkte für Planung und Strategieentwicklung. *Prävention.* 2010; 3(33): 83-86
- Hagan, H et al.: A Systematic Review and Meta-Analysis of Interventions to Prevent Hepatitis C Virus Infection in People Who Inject Drugs. *J Infect Dis.* 2011; 204(1): 74-83
- Hüppe, D et al.: Epidemiologie der chronischen Hepatitis C in Deutschland – eine Analyse von 10326 Hepatitis C Infizierten aus Schwerpunktpraxen und -ambulanzen. *Z Gastroenterol.* 2008 Jan; 46(1):34-44
- Keppler, K et al.: Prison Health is Public Health! Angleichungs- und Umsetzungsprobleme in der gesundheitlichen Versorgung Gefangener im deutschen Justizvollzug. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.* 2010; 53(2/3): 233–244
- Kreuter, M. W et al.: Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches. *Health Educ Behav.* 2003; 30:133-146
- Leppin, Anja: Konzepte und Strategien der Prävention, in: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen: *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3. Auflage, Bern, 2010
- Lines, R et al.: Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of international Evidence and Experience. *Canadian HIV/AIDS Legal Network*; 2nd edition 2006

- Lütgehetmann, M et al.: Wissensstand, Präventionsverhalten und Therapieadhärenz von Patienten mit chronischer Hepatitis B in einem großen tertiären Zentrum in Deutschland. *Z Gastroenterol.* 2010; 48(09):1126-32
- Marcellin, P et al.: Regression of cirrhosis during treatment with tenofovir disoproxil fumarate for chronic hepatitis B: a 5-year open-label follow-up study. *Lancet.* 2012 Dec 7; doi:pii: S0140-6736(12)61425-1. 10.1016/S0140-6736(12)61425-1. [Epub ahead of print]
- Marcus, U et al.: Estimating the regional distribution of men who have sex with men (MSM) based on Internet surveys. *BMC Public Health.* 2009; (9):181
- Niederau, C et al.: Entwicklung von sozioökonomischen Charakteristika, Lebensqualität und Wissensstand bei Patienten mit Hepatitis C während des Projektes Kompetenznetz Hepatitis. *Z Gastroenterol.* 2008 Jan; 46(1):22-33
- Papatheodoridis GV et al.: Incidence of hepatocellular carcinoma in chronic hepatitis B patients receiving nucleos(t)ide therapy: a systematic review. *J Hepatol.* 2010 Aug; 53(2):348-56
- Pfeiffer-Gerschel, T et al.: Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, IFT, 2012
- Pont, J et al.: Substitutionsbehandlung im Strafvollzug – Ein praktischer Leitfaden. Deutsche AIDS-Hilfe. Berlin, 2012
- Radun, D et al.: Cross-sectional study on seroprevalence regarding hep. b, hep. c and hiv, risk behaviour, knowledge and attitudes about blood-borne infections among adult prisoners in Germany. Preliminary Results. Abstract. Paper presented at the European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology – ESCAIDE, 2007
- Razum, O et al.: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit. Robert-Koch-Institut, 2008
- Robert-Koch-Institut: Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut/Stand: Juli 2012, *Epidemiologisches Bulletin.* 2012; (30):290 (a)
- Robert-Koch-Institut: HIV bei MigrantInnen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin.* 2012; (3):19-26. (b)
- Robert-Koch-Institut: Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland: Virushepatitis B, C und D im Jahr 2011. *Epidemiologisches Bulletin.* 2012; (38):380 (c)
- Sander, D: Vulnerabilitätsfaktoren im Kontext von HIV. *Aidshilfe-Forum*, Band 57, Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. 2010, S. 96 ff
- Sarrazin, C et al.: Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)Infektion 2010. *Z Gastroenterol.* 2010; (48):289-351
- Sarrazin, C et al.: Expertenempfehlungen zur Triple-Therapie der HCV-Infektion mit Boceprevir und Telaprevir. *Z Gastroenterol.* 2012; (50):57-72
- Schäffer, D: HIV- und HCV-Testung – HAV- und HBV-Impfung bei Substituierten: Alarmierende Daten zur Diagnose und Prävention von Infektionserkrankungen. *Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work.* 2009; (6): 6-10 (<http://www.indro-online.de/Schaeffer09.pdf>, Zugriff 10.03.2013)
- Schlosser, B et al.: A prospective survey including 17,184 patients from a German metropolitan area reveals a high prevalence of chronic hepatitis C virus infection. *AASLD 2009*, Abstract 781
- Schlosser, B et al.: Ist ein generelles Hepatitis C Screening sinnvoll? Anti-HCV Prävalenz bei 22.038 konsekutiven Patienten einer internistischen und chirurgisch-traumatologischen Notaufnahme. *DGVS 2010*, Abstract P4_41

- Schulte, B et al.: Substitution treatment and HCV/HIV infection in German prisons. In: *International Journal of Prisoner Health*. 2009; 5(1):39-44
- Siebert, U et al.: Using competence network collaboration and decision-analytic modeling to assess the cost-effectiveness of interferon alpha-2b plus ribavirin as initial treatment of chronic hepatitis C in Germany. *Eur J Health Econ*. 2005 Jun; 6(2):112-23
- Stahmeyer, JT et al.: Kosten einer leitliniengerechten Versorgung von Hepatitis-B-Patienten in Deutschland. *Z Gastroenterol*. 2012 Aug; 50(8):745-52
- Stöver, H et al.: Drogenabhängigkeit und Versorgungsangebote in Haft. *Suchtmedizin*. 2009; 11 (1): 31-37
- Stöver, H.: Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. *Suchttherapie*. 2012; (3):74-80
- The Scottish Government: Hepatitis C Action Plan Phase I, 2006-2008
- The Scottish Government: Hepatitis C Action Plan Phase II, 2008-2011
- U.S. Department of Health & Human Services: COMBATING THE SILENT EPIDEMIC of VIRAL HEPATITIS Action Plan for the Prevention, Care & Treatment of Viral Hepatitis, 2011
- van der Meer, AJ et al.: Association between sustained virological response and all-cause mortality among patients with chronic hepatitis C and advanced hepatic fibrosis. *JAMA*. 2012 Dec 26; 308(24):2584-93. doi: 10.1001/jama.2012.144878
- Veldt, BJ et al.: Increased risk of hepatocellular carcinoma among patients with hepatitis C cirrhosis and diabetes mellitus. *Hepatology*. 2008; (47):1856-62
- Veldt, BJ et al.: Sustained virologic response and clinical outcomes in patients with chronic hepatitis C and advanced fibrosis. *Ann Intern Med*. 2007 Nov 20; 147(10):677-84
- Viral Hepatitis Implementation Group (VHIG); U.S. Department of Health and Human Services (HHS): Status Report on the Implementation of the Viral Hepatitis Action Plan, 2011
- Wedemeyer, H et al.: Epidemiology, pathogenesis and management of hepatitis D: update and challenges ahead. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2010 Jan; 7(1):31-40
- Wedemeyer, H et al.: Peginterferon plus adefovir versus either drug alone for hepatitis delta. *N Engl J Med*. 2011 Jan 27; 364(4):322-31
- Wedemeyer, H et al.: Pathogenesis and treatment of hepatitis e virus infection. *Gastroenterology*. 2012 May; 142(6):1388-1397
- WHO: *Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO* (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“. Nr. 5, Copenhagen, 1998
- WHO, UNODC, UNAIDS: Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision, 2012, S. 12

Glossar

Anti-HCV-Test

Test auf Antikörper gegen Hepatitis C, der im Rahmen der Hepatitis-Diagnostik durchgeführt wird.

Blut-Bewusstsein

Erhöhung der Sensibilität im Umgang mit Blut.

GPT-Wert

Die GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) ist ein Leberenzym. Bei einer Lebererkrankung wie der Virushepatitis treten im Blut bestimmte Leberenzyme in erhöhter Konzentration auf. Dabei ist vor allem die GPT ein Parameter für die Schädigung der Leberzellen. Die Bestimmung des GPT-Werts zählt zu den Routineuntersuchungen der Leber und kann von jedem medizinischen Fachlabor durchgeführt werden.

HBsAg

Dies ist die Abkürzung für das Hepatitis-B-Surface-Antigen. Im Rahmen der Labordiagnostik beim Verdacht auf Hepatitis B wird Blut auf das mögliche Vorhandensein von HBsAg untersucht. In der Frühphase einer Hepatitis B kann die Menge an HBsAg so gering sein, dass der Nachweis einer Hepatitis B-Infektion nur durch die Bestimmung der HBV-DNA möglich ist.

Hepatitis A

Eine Infektion mit dem Hepatitis A-Virus gilt als „Reisekrankheit“, weil das Virus meistens über verunreinigte Lebensmittel oder kontaminiertes Wasser in den Körper gelangt. Aber auch eine Schmierinfektion durch direkten Kontakt zwischen Menschen ist möglich, selten erfolgt eine Ansteckung über Blut oder Sperma. Gegen Hepatitis A gibt es keine spezifische Therapie. Eine Infektion mit dem Virus, die sich in Fieber oder einer „Gelbsucht“ äußert, heilt meistens von alleine aus. Sie wird nie chronisch, kann in seltenen Fällen aber auch zu einem akuten Leberversagen führen. Eine wirkungsvolle Impfung schützt vor Hepatitis A. Sie ist besonders für Menschen zu empfehlen, die in Länder reisen, in denen Hepatitis A weit verbreitet ist, und für Berufsgruppen mit intensivem Kontakt zu anderen Personen, wie Erzieherinnen oder Krankenpfleger.

Hepatitis B

Das Hepatitis B-Virus ist hochgradig ansteckend. Es ist 100-mal infektiöser als HIV und kann bis zu sieben Tage außerhalb des Körpers überleben. Die Ansteckung erfolgt über Körpersekrete wie Blut, Sperma oder Speichel. In den meisten Fällen verläuft eine Infektion unbemerkt und wird deshalb von den Betroffenen, aber auch von vielen Ärzten nicht bemerkt. In 90 bis 95 Prozent der Fälle heilt die akute Infektion bei Erwachsenen von alleine aus. In 5 bis 10 Prozent der Fälle und sehr häufig bei Säuglingen und kleinen Kindern nimmt sie einen chronischen Verlauf. Wird die chronische Entzündung nicht behandelt, kann sie zu Leberzirrhose und zu Leberkrebs führen. Hepatitis B ist für 80 Prozent der Leberkrebs-Fälle weltweit verantwortlich. Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts sind in Deutschland 400.000 bis 500.000 Menschen an einer chronischen Hepatitis B erkrankt. Das sind acht bis zehnmal mehr als HIV-Infizierte/Aids-Kranke. Nur jeder vierte Infizierte weiß von seiner Erkrankung.

Die Behandlung der chronischen Hepatitis B hat sich in den letzten Jahren dramatisch verbessert. Mittlerweile kann fast jeder Patient behandelt werden, sodass eine Viruskontrolle erreicht wird. Eine Impfung schützt vor Hepatitis B. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt sie seit 1992. Staaten wie Taiwan, die seit 1984 nationale Impfprogramme durchführen, verzeichnen deutliche Erfolge im Kampf gegen das Virus und seine Folgeerkrankungen. In Deutschland sind etwa 80 Prozent der Schulkinder geimpft, in der Gesamtbevölkerung ist die Rate wesentlich geringer.

Hepatitis C

Im Gegensatz zu Hepatitis B wird das Hepatitis C-Virus fast ausschließlich über Blutkontakte übertragen. Die Haupt-Infektionswege verlaufen über die Mitbenutzung von Injektionsnadeln und über Bluttransfusionen, Blutgerinnungsfaktoren, unsterile Tätowiernadeln, Piercings oder Rasiermesser. Circa 2 Prozent der Weltbevölkerung sind schätzungsweise mit dem Hepatitis C-Virus (HCV) infiziert. Es gibt aber deutliche regionale Unterschiede. In einigen Regionen Asiens oder Afrikas tragen mehr als 5 Prozent der Bevölkerung das Hepatitis C-Virus in sich. Ein erheblicher Teil der geschätzten 500.000 bis 800.000 der von HCV betroffenen Menschen in Deutschland hat sich vor 1990 mit dem Virus infiziert, weil erst zu diesem Zeitpunkt der Erreger entdeckt und Blutprodukte auf das Virus hin getestet wurden. Der weitaus größte Teil der Infizierten verspürt während der akuten Infektionsphase keine Symptome. Deshalb nehmen die meisten Infizierten ihre Infektion nicht wahr. Die Verläufe nach einer Ansteckung sind sehr unterschiedlich: Bei einem kleinen Teil von rund 20 Prozent der Patienten heilt die Infektion spontan aus. Die übergroße Mehrheit entwickelt aber einen unterschiedlich schweren chronischen Verlauf: Bei ca. 15 bis 20 Prozent der betroffenen chronisch Kranken degeneriert die Leber zu einer Zirrhose, von ihnen bekommt wiederum ein Fünftel Leberzellkrebs. Es gibt heute sehr gut wirkende Therapien gegen eine Hepatitis C-Virusinfektion. Innerhalb der ersten vier Monate nach Ansteckung ist die Heilungswahrscheinlichkeit am höchsten. Eine Therapie kann hier in 90 Prozent der Fälle eine Chronifizierung verhindern. Eine Impfung gibt es gegen Hepatitis C noch nicht. Anders als bei Hepatitis A und B sind Reinfektionen nach einer ausgeheilten Hepatitis C-Infektion möglich.

Hepatitis delta

Mit dem Hepatitis delta-Virus sind weltweit rund zehn Millionen Menschen infiziert. Die Häufigkeit schwankt beträchtlich. Weit verbreitet ist HDV unter anderem in Teilen Afrikas, Südamerikas, Asiens und Ost- und Südosteuropas. In Deutschland rechnet man mit ca. 30.000 – 50.000 Betroffenen. Eine HDV-Infektion kommt nur zusammen mit einer HBV-Infektion vor, da das Hepatitis delta-Virus das Hüllprotein des Hepatitis B-Virus für seine Vermehrung braucht. Hepatitis delta wird über Blut, Blutprodukte, seltener durch Geschlechtsverkehr übertragen. Die chronische Hepatitis delta ist die schwerwiegendste aller Virushepatitis-Erkrankungen. Die Entwicklung zur Leberzirrhose verläuft schnell. Immerhin können jetzt ca. 25 Prozent der Patienten erfolgreich behandelt werden. Einen aktiven Schutz bietet die Impfung gegen Hepatitis B.

Hepatitis E

Hepatitis E ist die häufigste akute Hepatitis in vielen Ländern Asiens und Afrikas, zum Beispiel in Indien und im Sudan. Die Übertragung erfolgt über kontaminierte Nahrungsmittel und verseuchtes Wasser. Während der Regenzeiten kann sich Hepatitis E in den betroffenen Ländern deshalb zu einer Epidemie entwickeln. Mit dem Hepatitis E-Virus infizieren sich in Deutschland wahrscheinlich mehrere 10.000 Personen jährlich, wobei aber nur ein kleiner Teil davon Symptome einer Leberentzündung entwickelt. In Europa ist die Hepatitis E eine sogenannte Zoonose, d. h., HEV infiziert bestimmte Tiere und kann daher z. B. durch den Verzehr von rohem Schweinefleisch erworben werden. Eine Infektion mit dem Hepatitis E-Virus ist klinisch nicht von einer Infektion mit dem Hepatitis A-Virus zu unterscheiden. Sie verläuft häufig jedoch schwerer. Eine große Gefahr stellt das Hepatitis E-Virus für Schwangere in Schwellen- und Entwicklungsländern dar. Ein Fünftel bis ein Viertel der infizierten Schwangeren stirbt an der Infektion. Hepatitis E wird in der Regel nicht chronisch. Ausnahmefälle können Patienten mit Immunsuppression nach einer Organtransplantation bilden. Die chronische Hepatitis E verläuft dann häufig sehr aggressiv und führt nicht selten zu Zirrhosen oder sogar zu einem Leberversagen. Die Hepatitis E kann mit Ribavirin behandelt werden. Ein Impfstoff ist in China entwickelt worden und dort bereits zugelassen.

Interkulturelle Öffnung

Institutionen befinden sich im Prozess, kulturelle und ethnische Besonderheiten von Bevölkerungsgruppen zu kennen und diese in ihre Arbeitsabläufe einzubeziehen mit dem Ziel, allen Menschen gleichermaßen Zugang zu und Beteiligung an der Nutzung oder Erbringung von Leistungen zu verschaffen.

Inzidenz

bezeichnet die Anzahl von Neuerkrankungen bzw. Neuerkrankten (an einer bestimmten Krankheit) in einem bestimmten Zeitraum.

Kultursensibilität

Kulturelle Unterschiede werden wahrgenommen und bei der Realisierung von Maßnahmen berücksichtigt.

Partizipation

In der Gesundheitsförderung etablierter Begriff und bedeutsame Strategie, bei der Betroffene in die Planung, Durchführung, Entscheidungsfindung und sonstigen Befassung mit einer gesundheitlichen Herausforderung aktiv einbezogen werden. Es gibt verschiedene Ebenen und Formen der Partizipation.

Personalisierte Medizin

In der personalisierten Medizin werden Therapien aufgrund von individuellen Faktoren gesteuert. Diese Faktoren können das Virus betreffen (zum Beispiel unterschiedliche Therapien je nach Genotyp), die genetische Veranlagung (beispielsweise das

Ansprechen auf die Therapie aufgrund des IL 28B-Genotyps) und die Lebensumstände. Die individuellen Faktoren sind neben der Therapie auch für Überwachung bestimmter Risikofaktoren relevant (so wie eine engmaschigere Kontrolle bei erhöhtem Krebsrisiko).

Prävalenz

Unter Prävalenz versteht man die Anzahl von Erkrankten bzw. Häufigkeit einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Selektive Prävention

Anders als bei Primär-/Sekundär-/Tertiärprävention wird nicht der Zeitpunkt, zu dem Prävention stattfindet, sondern die Zielgruppen, deren Lebenswelt und eine besondere Gefährdung in den Fokus gerückt.

Setting

Ein Setting ist eine Lebenswelt, in der Menschen sich aufhalten und die durch eine formale Organisation (zum Beispiel Haftanstalt, Betrieb, Schule), eine regionale Begrenzung (zum Beispiel Kommune, Stadtteil, Quartier), eine gleiche Lebenslage (wie Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit), gemeinsame Werte bzw. Präferenzen (beispielsweise Religion, sexuelle Orientierung, Szenezugehörigkeit) bzw. durch eine Kombination dieser Merkmale gekennzeichnet ist.

Substitutionsbehandlung

Eine Droge wird im Rahmen einer ärztlichen Behandlung durch eine andere psychoaktive Substanz ersetzt. So kann das illegale Heroin durch die Medikamente Polamidon, Methadon, Diamorphin oder Buprenorphin ersetzt werden.

Vulnerabilität

Lebensweisen, Lebensumstände oder persönliche Eigenschaften können das Risiko zum Erwerb einer Infektion erhöhen. „Vulnerabilität“ kann mit „Verletzlichkeit“ übersetzt werden.

Anhang

Kontakte und Organisationen

Das **Aktionsbündnis „Hepatitis und Drogengebrauch“** ist ein offenes politisches Forum, das (fach-)politische Lobby-Arbeit zum Thema "Hepatitis und Drogengebrauch" macht. Dem Aktionsbündnis gehören an:

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

Das Aktionsbündnis will die Expertise vieler auf diesem Feld tätigen Personen/Institutionen zu einem Netzwerk zusammenfassen, um in der Lage zu sein, den mit HCV verbundenen und zukünftig noch steigenden Herausforderungen der Prävention, Versorgung, Behandlung und Politik zu begegnen, und um eine nationale politische und fachliche Strategie als Antwort auf diese übertragbare Krankheit zu erarbeiten. Weitere Informationen: www.akzept.org/hepatitis_c_fachtag/index.html

Die **Deutsche Leberhilfe e. V.** ist seit über 25 Jahren die zentrale Patientenorganisation im Bereich Leber- und Gallenwegserkrankungen. Die Leberhilfe verfolgt als Hauptziel, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, indem sie Patienten und ihre Angehörigen berät und Informationsschriften in verständlicher Sprache herausgibt. Der Verein setzt sich auch dafür ein, dass Lebererkrankungen früh diagnostiziert und Leitlinien entsprechend behandelt werden. Die Deutsche Leberhilfe e. V. wird von einer Vielzahl ehrenamtlicher Helfer und medizinischer Experten bundesweit unterstützt. Weitere Informationen unter: www.leberhilfe.org

Die **Deutsche Leberstiftung** befasst sich mit der Leber, Lebererkrankungen und ihren Behandlungen. Sie hat das Ziel, die Patientenversorgung zu verbessern und die öffentliche Wahrnehmung für Lebererkrankungen zu steigern, damit diese früher erkannt und geheilt werden können. Die Deutsche Leberstiftung bietet außerdem Information und Beratung für Betroffene und Angehörige in medizinischen Fragen. Weitere Informationen: www.deutsche-leberstiftung.de.

Autoren/Mitglieder der Arbeitsgruppe

Priv. Doz. Dr. Markus Backmund

Gründer des Praxiszentrums im Tal, München, und Erster Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V.

Achim Kautz

Geschäftsführer der Deutschen Leberhilfe e. V. und Policy Director der European Liver Patients Association (ELPA)

Dipl. Päd. Astrid Leicht

Geschäftsführende Projektleiterin der Geschäftsstelle Fixpunkt e. V. und Geschäftsführerin der Fixpunkt gGmbH

Prof. Dr. Michael P. Manns

Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der Medizinischen Hochschule Hannover, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) 2014 und Vorstandsvorsitzender der Deutschen Leberstiftung

Dirk Schäffer

Leiter der Abteilung Strukturelle Prävention 2 und Referent für Drogen und Strafvollzug/JES der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. (DAH)

Prof. Dr. Heino Stöver

Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main (ISFF) und Mitbegründer sowie Vorsitzender des „Bundesverbandes akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik – akzept e.V.“

Prof. Dr. Heiner Wedemeyer

Leitender Oberarzt der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie der Medizinischen Hochschule Hannover, ehemaliger Generalsekretär der European Association for the Study of the Liver (EASL) und Koordinator für wissenschaftliche Projekte der Deutschen Leberstiftung

Simone Widhalm, MSc

Mitglied der Deutschen Leberhilfe e. V., Assoziierte Wissenschaftlerin der Deutschen Leberstiftung. Als Inhaberin von „Widhalm Gesundheitskommunikation“ bietet sie strategische Kommunikationsberatung und Wissenschaftskommunikation an

Dipl. KultWiss. Bianka Wiebner

Kaufmännische Geschäftsführerin der Deutschen Leberstiftung und Projektmanagerin für das „Kompetenznetz Hepatitis“



Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland

Juli 2013

Herausgeber:

Aktionsbündnis „Hepatitis und Drogengebrauch“, Berlin;
Deutsche Leberhilfe e. V., Köln,
Deutsche Leberstiftung, Hannover/Essen

Kontakt:

Deutsche Leberstiftung
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Telefon 0511 – 532 6815

Fax 0511 – 532 6820

info@deutsche-leberstiftung.de