

Hepatitis C und Drogengebrauch



**Grundlagen,
Therapie,
Prävention,
Betreuung und
Recht**

MEDIZIN



2



INHALT

VORWORT	6
I MEDIZIN.....	9
1. Hepatitis allgemein	9
1.1 Aufbau und Funktion der Leber	9
1.2 Was ist eine Hepatitis?	9
1.3 Verlaufsformen von Virushepatitiden	11
1.4 Untersuchung der Leber.....	14
1.5 Meldepflicht.....	17
1.6 Impfungen gegen Hepatitis	17
1.7 „Hepatitis ABC“	24
1.7.1 Hepatitis A.....	24
1.7.2 Hepatitis B	29
1.7.3 Hepatitis C.....	35
1.7.4 Hepatitis D.....	39
1.7.5 Hepatitis E.....	41
1.7.6 Musterbrief „Indikationsimpfung(en)“	43
2. Testberatung und Labordiagnostik	44
2.1. Risikoabschätzung und HCV-Test	45
2.2. Test-Vorbesprechung	46
2.3. Test-Nachberatung.....	48
2.4. Datenschutz/Vertrauliche Behandlung des Testergebnisses.....	49
2.5. Diagnostik	49
3. Therapie	52
3.1 Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Therapie	52
3.2 Die Medikamente	53
3.3 Kosten der Therapie	55
3.4 Therapieempfehlungen	56
3.5 Nebenwirkungen der Therapie und deren Behandlung	61
3.6 Weiterführende Literatur	65
4. Schwangerschaft	66
4.1 Paare in der Beratung	66
4.1.1 Infektionsprophylaxe.....	66
4.1.2 Schwangerschaftsverhütung.....	66
4.1.3 Kinderwunsch	67
4.2 Hepatitis-Infektion in der Schwangerschaft	68
4.2.1 Schwangerschaft und Entbindung	68
4.2.2 Schutz des Neugeborenen	72
4.2.3 Stillen.....	73
4.3 Weiterführende Literatur	74

II PRÄVENTION.....	75
1. Strategien der Hepatitis-Prävention: Von der Theorie zur Praxis.....	75
1.1 Kernelemente der Verhaltensprävention	75
1.2 Kernelemente der Verhältnisprävention.....	75
1.3 Grundlegende Ziele und Maßnahmen der Hepatitis-Prävention	76
1.4 Beispiele der Hepatitis-Prävention	77
2. Konsumregeln.....	78
2.1. Anhang (für Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumräumen).....	87
3. Tätowieren und Piercen	89
4. Sexuelle Übertragung und Safer Sex	90
4.1 Sexpraktiken und Hepatitis C	91
5. Hygiene	93
5.1 Händehygiene	97
5.2. Verhalten bei Exposition mit infektiösem Blut, infektiösen Körperflüssigkeiten oder infektiösen Gegenständen.....	101
5.3 Sofortmaßnahmen.....	104
5.4 Folgemaßnahmen	105
5.4.1 Postexpositionsprophylaxe (PEP).....	106
5.4.2 Frühtherapie bei Hepatitis C.....	106
III LEBEN MIT EINER CHRONISCHEN ERKRANKUNG	109
4 1. Krankheitsbegriff: Infiziert oder chronisch krank?	109
1.1 Hepatitis C zum Thema der Betreuung machen!	110
2. Was soll die psychosoziale Betreuung leisten?	112
2.1 Bezugsbetreuung als Fallmanagement	114
2.1.1 Unterstützung bei der Selbstversorgung.....	115
2.1.2 Unterstützung bei der Tagesgestaltung und Kontaktfindung.....	118
2.1.3 Hilfen zur Förderung von Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung	121
2.1.4 Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung.....	122
IV ARBEITSPLATZ, RECHT, SOZIALRECHT	129
1. Arbeitsschutz.....	129
1.1 Rechtliche Bestimmungen.....	130
1.2 Arbeitsmedizinische Vorsorge und sicherheitstechnische Betreuung	133
1.3 Hepatitis-Schutzimpfung für Beschäftigte	135
1.4 Gefährdungsanalyse für die Einrichtung	136
1.5 Hygieneplan	138
1.6 Arbeitsschutz im Qualitätsmanagement.....	138
1.7 Notfallplan	139
2. Arbeitsunfall und Berufskrankheit	141
2.1 Arbeitsunfall	142
2.2 Berufsbedingte HCV-Infektion und Berufskrankheit	145
2.3 Exkurs: Chronisch HCV-infiziert am Arbeitsplatz.....	148



3. Arbeitsrecht	151
3.1 Infektionsschutzgesetz	154
4. Sozialrechtliche Informationen für von Hepatitis bedrohte und betroffene Drogengebraucher/innen	157
4.1 Zugang zur Hepatitis-C-Behandlung und Kostenübernahme	158
4.2 Neuregelung der Zuzahlung für medizinische Leistungen	159
4.2.1 Musterschreiben für einen Antrag auf Stückelung der Zuzahlung....	162
 V ANHANG.....	 171
1. Checklisten	171
2. Quiz Hepatitis C	202
3. Glossar.....	206
4. Wichtige websites.....	210
5. Autorinnen und Autoren	211

VORWORT

Etwa drei Prozent der Weltbevölkerung sind chronisch mit HCV infiziert. Schätzungen für Europa gehen von drei bis zu fünf Millionen HCV-positiven Personen aus. In der Bundesrepublik weisen etwa 0,4 - 0,7% der Bevölkerung Hepatitis C-Antikörper auf, das heißt sie hatten schon einmal Kontakt mit dem Virus. Bei 60 - 80% der Infizierten gelingt es dem Immunsystem nicht, das Virus erfolgreich zu eliminieren. Die Infektionen verlaufen dann chronisch. In Deutschland leben circa 400.000 bis 500.000 Menschen, die das Virus in sich tragen. Bei bis zu 20 Prozent dieser Patienten kann sich eine Leberzirrhose entwickeln. Die Zeitdauer von der Infektion bis zum Vollbild der Zirrhose wird mit 20 bis 30 Jahren angegeben. Patienten mit einer durch HCV verursachten Zirrhose haben zusätzlich ein hohes Risiko, Leberzellkrebs zu entwickeln.

Seit Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2001 sind alle Fälle von HCV-Infektionen an das Robert Koch-Institut zu übermitteln, für die Jahre 2001-2004 wurden im Durchschnitt 7852 Fälle übermittelt (siehe www.rki.de). Bei mehr als der Hälfte der neu gemeldeten Fälle, bei denen Angaben zum möglichen Infektionsrisiko vorlagen, wurde intravenöser Drogenkonsum genannt. Unter intravenös Drogengebrauchenden ist die Hepatitis C Prävalenz enorm hoch (bis zu 90%). Dem steht eine geringe Behandlungsquote (lediglich 3 - 4% der behandlungsbedürftigen HCV infizierten Drogengebraucher werden behandelt) gegenüber. Das Fachwissen zu Hepatitis bei allen involvierten Akteuren (Mitarbeiter(innen) in Aids- und Drogenhilfen, Mediziner, sowie in anderen sozialen/medizinischen Hilfesegments) ist unzureichend: Trotz der epidemischen Verbreitung und Schwere der HCV-Infektion werden die Bedeutung für die Gesundheit eines erheblichen Teils der Bevölkerung und die damit verbundenen Herausforderungen für das Gesundheitswesen in der Gesundheitspolitik und auch in der Fachöffentlichkeit weitgehend verkannt.

Dies war die Ausgangslage, als sich das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ (siehe Impressum) im Jahre 2004 mit dem Ziel gegründet hat, die Bedeutung und Auswirkungen von Hepatitis-Infektionen auf die Gruppe der Drogenkonsumenten und unser Gesundheitswesen deutlich zu machen (www.akzept.org).

Immer noch bestehen bei vielen Mitarbeiter(inne)n der Drogen-/Aids-/Jugend-/Straffälligenhilfe Unsicherheiten bzgl. Übertragungswege, Impfschutz, Präventionsmöglichkeiten/-notwendigkeiten und die Relevanz des Themas Hepatitis allgemein, für die Klient(inn)en, die eigene Einrichtung und den Arbeitsplatz.

Ein wesentliches Anliegen des Aktionsbündnisses ist es daher, den Mitarbeiter(inne)n der psycho-sozialen-/Gesundheitsberufe das nötige Grundwissen und eine grundlegende Orientierung zur verbesserten Ansprache, Beratung und Behandlungsüberleitung von Betroffenen, sowie der Würdigung aller relevanten rechtlichen Regelungen für Mitarbeiter(innen) und Betroffene an die Hand zu geben.

Anstoß und Vorbild für unser vorliegendes Handbuch war das vom Schweizer Bundesamt für Gesundheit geförderte und von der Schweizer Fachstelle für Schadensminderung im Drogenbereich (FASD; Christopher Eastus, Régine Linder) mit vielen Expert(inne)n erarbeitete „Handbuch HepCH – Prävention und Therapie“ (www.hepch.ch).

Mit diesem auch online verfügbaren Manual haben die schweizer Verantwortlichen und Expert(inne)n auf die Informations- und Beratungsbedürfnisse der Fachöffentlichkeit adäquat reagiert.

Das „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ hat anlässlich der Präsentation dieses schweizer Handbuches auf dem „1. Internationalen Fachtag Hepatitis C in Berlin 2004“ die Idee aufgegriffen und wollte dieses Handbuch zunächst auf deutsche Verhältnisse übertragen. Dank der Unterstützung und Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (Dr. Ingo Ilja Michels) und der freundlichen Genehmigung durch das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (Herr Markus Jann, Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen) konnten die „Umbau- und Ergänzungsarbeiten“ in Angriff genommen werden. Wir bedanken uns bei dem schweizer BAG für die freundliche Zustimmung zur Übernahme einiger Kapitel (u.a. Bildtafeln im Anhang). Es zeigte sich jedoch bald, dass es nicht nur viele formale Veränderungen gab, sondern dass auch inhaltlich neue Akzente (Prävention, Checklisten) gesetzt und andere Schwerpunkte (z.B. psycho-soziale Betreuung von Menschen mit HCV) in die Bearbeitung genommen wurden. Im Zuge der Bearbeitung hat sich dann ein eigenes Handbuch herauskristallisiert. Es soll Verunsicherungen und offenen Fragen bezüglich der Hepatitis begegnen, Informationslücken zur Prävention, zu den Test- und Therapiemöglichkeiten schließen.

Mit einer markierten Unterscheidung in „Basiswissen“ und „Detailwissen“ (Lupe) wollen wir auf die unterschiedlichen Wissensbedarfe und Informationsstände in den verschiedenen Arbeitsbereichen der Leser(innen) eingehen: Nicht Jede(r) benötigt alle Informationen über Hepatitis. Das Handbuch soll lesbar und praxisnah bleiben.

In den im Anhang aufgeführten Checklisten werden für das jeweilige Setting (niedrigschwelliger Kontaktladen/Konsumraum, Beratung, stationäre Langzeittherapie und Haft) Vorlagen gegeben, die bei einer Befassung mit Hepatitis in dem jeweiligen Arbeitsfeld unerlässlich sind.

Wir haben uns für ein Handbuch in Form einer „Loseblattsammlung“ entschieden, da diese Form eine einfache Erweiterung respektive Veränderung der Inhalte erlaubt.

Die einzelnen Buchkapitel sind nicht am ‚grünen Tisch‘ entwickelt worden: Die Auswahl der Expert(inn)en mit ihren besonderen Arbeitshintergründen zeigt, dass die Beratungsinhalte bereits in der Praxis erprobt wurden. Praxisorientierung war ein leitendes Prinzip für die Erstellung aller Beiträge. Um einen hohen Praxisbezug zu erzielen ist das Manual auf die Anwendungs- und Praxistauglichkeit in verschiedenen Settings diskutiert worden.

Die Beiträge wurden auf mehreren Arbeitstreffen von Autoren/Autorinnen und Expert(inn)en insgesamt diskutiert. Die Mitarbeit der einzelnen Autoren/Autorinnen geht also weit über die im Kapitel „Autoren/Autorinnen“ angezeigten Kapitel hinaus. Ein Dank an alle Autor(inn)en, die mit ihrer Expertise für eine hohe Praxisrelevanz gesorgt haben!

Ein besonderer Dank gilt den ExpertInnen Dr. Karlheinz Keppler, Dr. Beatriz Elena Canas de Sandberger, Armin Schafberger und Dr. Hans Haltmayer, die erste Fassungen mit uns diskutiert haben und vor allem der Deutschen AIDS-Hilfe für die freundliche Genehmigung der Übernahme von Texten.

Anregungen und Kritik, die zur Weiterentwicklung dieses Handbuches führen, sind herzlich willkommen, denn es geht auch zukünftig darum, möglichst zielgruppen-



VORWORT

genaue und praxisnahe Informationen und Handlungsempfehlungen auszusprechen, um die Zahl der Neuinfektionen zu reduzieren, Menschen mit HCV bedarfsgerecht zu unterstützen und zu behandeln, und strukturelle Veränderungen im Hinblick auf eine Verankerung des Themas „Hepatitis“ in der Gesundheitspolitik und der Gesellschaft allgemein zu erreichen.

Im Namen aller Mitarbeiter(innen) des „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“
Priv.-Doz. Dr. Heino Stöver, Universität Bremen, im Februar 2006

I MEDIZIN

1. Hepatitis allgemein

1.1 Aufbau und Funktion der Leber

Um Symptome und Krankheitsverläufe einer Lebererkrankung besser verstehen zu können, einleitend einige Worte zu Aufbau und Funktion der Leber. Die Leber, das größte innere Organ des Menschen liegt im rechten Oberbauch direkt unter dem Zwerchfell, besteht aus einem rechten und linken Leberlappen und wiegt ca. 1500-2000 Gramm.

Da die Leber selbst nicht schmerzempfindlich ist, bemerkt man Lebererkrankungen häufig gar nicht. Nur außen ist sie von einer schmerzempfindlichen Haut umgeben. Vergrößert sich die Leber beispielsweise auf Grund einer Entzündung, entsteht dadurch ein Spannungsschmerz.

Die Leber ist ein sehr gut durchblutetes Organ. Obwohl sie nur etwa 4% des Körpergewichts ausmacht, wird sie von 28% des Blutflusses durchströmt und verbraucht etwa 20% des gesamten Körpersauerstoffs. Den Blutzustrom erhält sie einerseits von den Blutgefäßen, die nährstoffreiches Blut vom Darm transportieren, zum anderen aus den Arterien des großen Blutkreislaufs (vom Herzen). Nach dem Durchströmen der Leber gelangt das Blut beider zuführender Systeme zurück in den großen Kreislauf, von wo es über das Herz verteilt wird.

Als wichtigstes Stoffwechselorgan des menschlichen Körpers ist die Leber an einer Vielzahl sehr unterschiedlicher Stoffwechselprozesse beteiligt. Sie baut Nahrungsbestandteile wie Fette, Eiweiße und Zucker in Körperbausteine um, speichert wichtige körpereigene Substanzen wie Zucker, Vitamine, Spurenelemente und Mineralstoffe und stellt sie anderen Organen zur Verfügung. Sie bildet neben Blutgerinnungsfaktoren und Enzymen auch einige Hormone; darüber hinaus ist sie an der Aktivierung und am Abbau von Hormonen beteiligt. Für die Aufnahme von Fetten aus der Nahrung produziert die Leber täglich etwa 600ml Gallensaft, der in der Gallenblase gespeichert und in den Darm abgegeben wird.

Als Entgiftungsorgan baut die Leber Giftstoffe (Alkohol!) und Medikamente ab und scheidet sie mit der Galle aus.

Eine gesunde Leber hat zudem ein enormes „Selbsteheilungspotential“, d. h. sie kann geschädigtes oder zerstörtes Lebergewebe rasch wieder erneuern.

1.2 Was ist eine Hepatitis?

„Hepatitis“ kommt von „hepar“, dem griechischen Wort für Leber, die Endung „-itis“ steht in der medizinischen Fachsprache immer für Entzündung. Der Begriff „Hepatitis“ (Mehrzahl: Hepatitiden) bezeichnet somit ganz allgemein alle Formen von Leberentzündungen, sagt aber nichts über deren Ursache oder Art aus.



Fälschlicherweise wird die Hepatitis oft „Gelbsucht“, in der Szene auch „Gilb“ genannt, doch ist z. B. die Hepatitis B nur in etwa jedem dritten Fall und die Hepatitis C nur in etwa jedem zehnten Fall mit einer Gelbfärbung der Augenschleimhäute und der Haut verbunden.

Ursachen von Leberentzündungen

Eine Entzündung ist, allgemein gesprochen, eine Abwehrreaktion des Körpers oder eines Organs gegen einen Krankheitserreger oder eine fremde Substanz.

In den westlichen industrialisierten Ländern werden Leberentzündungen am häufigsten durch übermäßigen Alkoholkonsum verursacht. Die Leber ist hauptverantwortlich für den Alkoholabbau im menschlichen Körper, außerdem hat Alkohol eine direkte leberschädigende Wirkung.

Am zweithäufigsten tritt Hepatitis als Folge einer Infektion mit Hepatitis-Viren auf; seltener sind andere Erreger (z. B. Bakterien oder Parasiten).

Leberentzündungen können aber auch durch Medikamente, Drogen oder giftige Substanzen verursacht werden.

Ebenso können Stoffwechselstörungen und Autoimmunerkrankungen (hier richtet sich das Immunsystem aus ungeklärten Gründen gegen den eigenen Körper) zu einer Entzündungsreaktion der Leber führen, sehr selten ist eine Leberentzündung auch im Rahmen einer Schwangerschaft möglich.

Es ist daher sehr wichtig, die Ursache einer Leberentzündung rasch festzustellen, weil nur so gegebenenfalls eine gezielte Behandlung möglich wird und eine eventuelle Ansteckung anderer Menschen vermieden werden kann. In jedem Fall sollten – unabhängig von der Ursache- leberschädigende Substanzen (Alkohol, Drogen, aber auch verschiedene Medikamente) möglichst vermieden oder wenigstens reduziert werden, da sie die Leber noch zusätzlich belasten und den Verlauf einer Hepatitis nachteilig beeinflussen können.

Dieses Handbuch beschäftigt sich in erster Linie mit Leberentzündungen, die durch Hepatitis-Viren verursacht werden.

Hepatitis-Viren

Hepatitis-Viren sind winzig kleine Partikel aus Erbinformationen (DNS / DNA= Desoxyribonukleinsäure / -acid oder RNS / RNA= Ribonukleinsäure / -acid) und Eiweißen (Proteinen). Da sie (wie alle Viren!) keinen eigenen Stoffwechsel haben, sind sie zur Vermehrung auf lebende „Wirtszellen“ angewiesen: Nach der Infektion dringen sie in menschliche Zellen ein, setzen dort ihr Erbgut frei und programmieren die Zellen so um, dass sie neue Virusbausteine produzieren. Diese werden anschließend aus den Zellen geschleust und währenddessen mit einer Hülle versehen. Fertig sind dann neue Viren, die ihrerseits andere Zellen befallen können.

Heute sind verschiedene Formen von Hepatitisviren bekannt, die nicht miteinander verwandt sind. Der Einfachheit halber bezeichnet man sie mit den Anfangsbuchstaben des Alphabets:

- Hepatitis-A-Virus (HAV)
- Hepatitis-B-Virus (HBV)
- Hepatitis-C-Virus (HCV)



- Hepatitis-D-Virus (HDV)
- Hepatitis-E-Virus (HEV).

1.3 Verlaufsformen von Virushepatitiden

Bei virusbedingten Leberentzündungen kann man unterscheiden zwischen:

- akuter Infektion
 - chronischer Infektion
- **Eine bestehende Infektion bedeutet NICHT, dass eine Erkrankung vorliegen muss! Es wird erst von einer Erkrankung gesprochen, wenn Symptome auftreten.**

Akute Infektion

Eine akute Infektion kann asymptomatisch, also ohne irgendwelche Krankheitszeichen, verlaufen und wird dann von den Betroffenen meistens nicht bemerkt. Die Infektion kann jedoch auch im Nachhinein durch Blutuntersuchungen festgestellt werden.

Tritt eine akute Erkrankung ein, verläuft diese, unabhängig davon, von welchem Hepatitis-Virus sie verursacht wird, in der Regel sehr ähnlich. Die Beschwerden sind jedoch oft so unspezifisch, dass die akute Erkrankung nicht als Hepatitis erkannt, sondern z. B. als Grippe fehlgedeutet wird.

Treten Symptome auf, so handelt es sich häufig um Appetitlosigkeit, Widerwillen gegen Fett und Alkohol, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, leicht erhöhte Körpertemperatur, Übelkeit, Erbrechen und eventuell Schmerzen im rechten Oberbauch. In etwa einem Drittel der Fälle kommt es nach ungefähr einer Woche, dem Betroffenen geht es dann meistens schon deutlich besser, zur „Gelbsucht“ (Ikterus), d. h. zur Gelbverfärbung der Augenschleimhäute und der Haut. Die Symptome klingen in der Mehrzahl der Fälle nach zwei bis sechs Wochen ab.

Sehr selten kommt es im Rahmen einer akuten Hepatitis-Infektion zum lebensgefährlichen Leberversagen (fulminanter Verlauf), bei dem in der Regel nur noch eine Lebertransplantation Rettung bringen kann.

Ikterus („Gelbsucht“)

Normalerweise wird in der Leber der rote Blutfarbstoff (Hämoglobin) zu Bilirubin abgebaut, das über die Galle in den Darm abgegeben und mit dem Stuhl ausgeschieden wird. Ist die Ausscheidung von Bilirubin gestört, wird ein Teil davon in der Augenschleimhaut und in der Haut abgelagert, was eine Gelbfärbung verursacht. Ein weiterer Teil wird über die Nieren ausgeschieden und färbt den Urin deutlich dunkel. Der Stuhl wird hingegen hell, weil ihm das Bilirubin, das nun nicht mehr in den Darm abgegeben wird und normalerweise die Braunfärbung bewirkt, fehlt.

Liegen diese Symptome vor, so spricht man von „Ikterus“. Die gestörte Ausscheidung von Bilirubin kann jedoch nicht nur durch eine Hepatitis verursacht sein, sondern z.B. auch durch einen Gallenstein, der den Gallenfluss behindert.



Chronische Infektion

Von einer chronischen (anhaltenden) Leberentzündung spricht man, wenn die Infektion länger als sechs Monate andauert, d.h. wenn nach sechs Monaten immer noch Viren im Blut nachweisbar sind.

Möglich sind sie bei Infektionen mit dem Hepatitis-B-, -C- oder -D-Virus, bei Hepatitis A und E dagegen sind sie nach heutigem Wissensstand ausgeschlossen. Ob eine Infektion chronisch wird, hängt unter anderem vom Zustand des Immunsystems ab. Außerdem ist der Anteil der chronischen Verläufe bei den verschiedenen Virus-Hepatitis unterschiedlich groß.

Der Verlauf einer chronischen Infektion ist vielgestaltig und oftmals nicht vorhersehbar. Es gibt asymptomatische und sehr milde Verläufe, die über Jahre oder Jahrzehnte stabil sind. Die Infektion kann in Schüben verlaufen, denen symptomarme Intervalle folgen. Es gibt aber auch schwere Verläufe, bei denen es dem Immunsystem nicht gelingt, das Virus zu kontrollieren, so dass die Leberzellen nach und nach zerstört werden.

Bei einem milden Verlauf kommt es nur zu einer leichten Entzündung und Vergrößerung der Leber, zu Veränderungen von Laborwerten sowie Symptomen wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit, unspezifischen Oberbauchbeschwerden oder Juckreiz.

Bei einem schweren Verlauf kommt es dann über Monate bis Jahre zu einem bindegewebigen Umbau der Leber, zur Leberfibrose. Daraus kann sich eine narbige Schrumpfung der Leber, eine Leberzirrhose entwickeln. Auf dem Boden einer Leberzirrhose entsteht in einem kleinen Teil der Fälle ein Leberzellkarzinom (Leberkrebs).

Menschen mit chronischer Hepatitis sind weiterhin infektiös (ansteckend).

Häufig hört man auf der Drogenszene von Menschen, die eine chronische Hepatitis C haben, folgenden Satz: „Meine Hepatitis hat sich verkapselt!“

Woher diese Aussage kommt ist nicht erklärlich, Tatsache aber ist:

► **Es gibt keine verkapselte Hepatitis! Dieser Begriff existiert in der Medizin nicht!**

Versucht man heraus zu finden, was sich hinter dieser Aussage verbirgt, welche Konsequenzen die Betroffenen für sich daraus ziehen, so entsteht meist ein diffuses Bild von „zurück gegangener Entzündung“ bis hin zur „Heilung“, fast immer verbunden mit der Aussage, andere Menschen nun nicht (mehr) anstecken zu können.

Die Betroffenen wähnen sich somit u. U. in einer fatalen Sicherheit!

Leberfibrose / Leberzirrhose

Man spricht von einer Leberfibrose, wenn es auf Grund einer lang andauernden entzündlichen Reizung zu einem bindegewebigen Umbau der Leber kommt, wobei Bindegewebszellen an die Stelle von Leberzellen treten. Die vielfältigen Aufgaben der Leberzellen können sie jedoch nicht übernehmen. Das Ausmaß der Fibrose wird in Schweregrade (Fibrosegrade) eingeteilt.

Liegt eine weitestgehende Zerstörung der Leber vor, sie ist in diesem Stadium geschrumpft und verhärtet, spricht man von einer Leberzirrhose. Die normalen Leberfunktionen sind kaum noch vorhanden. Auch hier gibt es eine Stadieneinteilung, die den Schweregrad beschreibt.

Etwa 20% der Menschen mit chronischer Hepatitis B oder C entwickeln im Laufe von



zehn oder mehr Jahren eine Zirrhose. Ob und in welchem Zeitraum es dazu kommt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Höher ist das Risiko z. B. für Männer und ältere Menschen sowie bei starkem Alkoholkonsum.

Symptome der Zirrhose sind allgemeine körperliche Beschwerden wie Abgeschlagenheit, Leistungsverlust, Druck- und Völlegefühl im Oberbauch sowie der Verlust von Muskulatur. An der Haut treten Gefäßveränderungen (kleine „Gefäßsternchen“ oder „Gefäßspinnen“), an den Händen und Fußsohlen Rötungen auf, Juckreiz ist nicht selten.

Der weitere Verlauf der Zirrhose ist unter anderem von der Grunderkrankung abhängig: Bei aktiver Hepatitis B schreitet sie schneller voran als bei der Hepatitis C; bei alkoholbedingter Zirrhose kann sich die Krankheit durch strikten Alkoholverzicht auch in bereits fortgeschrittenem Stadium noch stabilisieren – ein Rückgang der Zirrhose ist jedoch nicht möglich. Bei chronischer Hepatitis B oder C fördern schon geringe Mengen Alkohol das Fortschreiten der Zirrhose!

Im fortgeschrittenen Stadium führt eine Zirrhose zum Verlust von lebenswichtigen Leberfunktionen: Es werden nicht mehr ausreichend Hormone, Blutgerinnungsfaktoren und Enzyme gebildet, die Blutungsneigung nimmt zu. Als Folge der hormonellen Veränderung treten bei Frauen Menstruationsstörungen auf, mitunter bleibt die Monatsblutung ganz aus. Bei Männern kommt es zum Verlust der Körperbehaarung, zu Störungen der Potenz und des sexuellen Verlangens (Libido) sowie zu einer Rückbildung der Hoden (Hodenatrophie), gleichzeitig kann eine schmerzhafte Vergrößerung einer oder beider Brustdrüsen (Gynäkomastie) auftreten.

Durch den zirrhotischen Umbau wird der Blutfluss innerhalb der Leber dauerhaft behindert, es staut sich unter erhöhtem Druck zurück (Pfortaderhochdruck) und es bilden sich so genannte Umgehungskreisläufe, wie z. B. über die Venen der Speiseröhre. Über diesen Umweg sucht sich das Blut seinen Weg zurück in den venösen Kreislauf. Man spricht dann von „Krampfadern in der Speiseröhre“, den Oesophagusvarizen. Diese Blutgefäße sind jedoch für einen derartig großen Blutfluss nicht geeignet, so dass es zu schweren, lebensbedrohlichen Blutungen kommen kann, die aufgrund der bestehenden Blutgerinnungsstörung meist nur schwer zu behandeln sind. Mögliche Folgen sind auch Wasseransammlungen im Bauch (Aszites), der Bauchumfang kann dabei beträchtliche Ausmaße annehmen, manchmal auch in den Beinen (Ödeme).

Darüber hinaus haben Stoffwechselprodukte, welche die Leber nicht mehr abbauen kann, eine schleichende „innere Vergiftung“ zur Folge. Vor allem das von den Darmbakterien gebildete Ammoniak führt zu einer deutlichen Verringerung der Leistungsfähigkeit des Gehirns (hepatische Enzephalopathie), was im Koma enden kann.

Leberzellkarzinom (hepatozelluläres Karzinom)

Ein Leberzellkarzinom ist in etwa 80% der Fälle Folge einer durch Viren oder Alkohol bedingten Zirrhose. 1-5% der Menschen mit einer Leberzirrhose entwickeln pro Jahr einen derartigen Tumor.

Häufig wird auch von einem primären Leberzellkarzinom gesprochen, was lediglich verdeutlichen soll, dass es sich hierbei nicht um eine Metastase handelt.



1.4 Untersuchung der Leber

Körperliche Untersuchung

Durch Abtasten und Beklopfen der Bauchdecke kann der Arzt / die Ärztin die ungefähre Größe und Beschaffenheit der Leber feststellen.

Bildgebende Verfahren

Eine genauere Untersuchung ist durch eine Ultraschalluntersuchung (Oberbauchsonographie) möglich, bei bestimmten Fragen wird eine Computertomographie (CT) oder Kernspintomographie (auch Magnet-Resonanz-Tomographie = MRT) durchgeführt.

Leberwerte

Die Stoffwechselleistungen der Leber können durch die Bestimmung verschiedener Blutwerte (Leberfunktionstests) überprüft werden.

Eine Blutentnahme ist auch erforderlich, um die Ursache einer Leberentzündung festzustellen und den Krankheitsverlauf zu beurteilen. Je nach Schweregrad der Erkrankung treten im Blut bestimmte Leberenzyme in veränderter, meist erhöhter Konzentration auf.

- ▶ **Aber Achtung: Die Enzyme (Transferasen oder Transaminasen), häufig vereinfacht als „Leberwerte“ bezeichnet, können im Normbereich liegen, auch wenn ein zirrhotischer Umbau bereits vorliegt!**

Besteht eine Leberzirrhose, so kann es außerdem zu Veränderungen beim Ammoniak, den Werten der Blutgerinnung, beim Serumalbumin und Gesamteiweiß kommen.



14



DETAILWISSEN

Referenzbereich („Normbereich“), Messverfahren und Einheiten

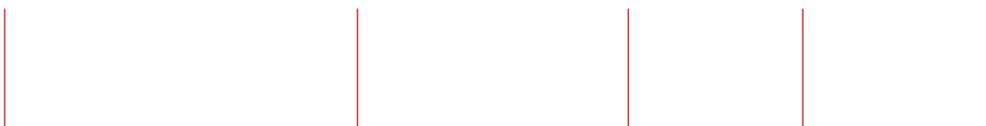
Zur Angabe eines Laborwertes gehört immer die Angabe des entsprechenden Referenzbereichs. Ohne diese Kenntnis ist die Beurteilung eines Laborwertes nicht möglich.

In der Regel handelt es sich bei dem Referenzbereich um den Bereich, in dem 95% der Messwerte eines definierten Referenzkollektivs liegen.

Oft sind Referenzbereiche alters- und geschlechtsabhängig oder gelten nur für das eingesetzte Messverfahren.

Auch die ethnische und sozioökonomische Zusammensetzung eines Referenzkollektivs kann die Verteilung von Messwerten beeinflussen. Da die Messwertverteilung damit nicht Ausdruck einer „Norm“ sein kann, ist der häufig verwendete Ausdruck „Normbereich“ nicht ganz korrekt.

Neben dem Referenzbereich ist immer auch die Einheit des Messwertes zu beachten, denn die Darstellung von Messwerten kann von Labor zu Labor unterschiedlich sein.



- **Achtung! Wurden die gleichen Blutwerte in verschiedenen Laboren erhoben, z. B. nach einem Arztwechsel, so sind diese folglich nicht immer vergleichbar!**

Im folgenden Abschnitt werden häufig benutzte Referenzbereiche genannt.

U steht für unit = Einheit

l = Liter

k = kilo

**AST, GGT oder doch ALT? – die wichtigsten Laborwerte und ihre Bedeutung
Transferasen (alte Bezeichnung: Transaminasen):**

AST oder ASAT = Asparataminotransferase

(alte Bezeichnung: GOT = Glutamat-Oxalacetat-Transaminase)

Eine Erhöhung dieses Enzyms kann auf eine Leberzellschädigung hinweisen, aber auch auf eine Herzmuskelschädigung oder Muskeltrauma.

Referenzbereich: für Frauen 5 - 15 U/l
für Männer 5 - 18 U/l

ALT oder ALAT = Alaninamotransferase

(alte Bezeichnung: GPT = Glutamat-Pyruvat-Transaminase)

Da dieses Enzym fast ausschließlich in der Leber vorkommt, gibt ein erhöhter Wert genauere Hinweise auf eine Leberzellschädigung.

Referenzbereich: für Frauen 5 - 17 U/l
für Männer 5 - 22 U/l

GGT oder γ -GT (Gamma-Glutamyl-Transferase)

Dieses Enzym ist ein sehr empfindlicher Indikator bei Störungen der Leber und des Gallengangsystems.

Referenzbereich: für Frauen 4 - 18 U/l
für Männer 6 - 28 U/l

- **Achtung: Es mehren sich die Hinweise, dass die Grenzwerte für Transferasen ev. zu hoch sind. Es könnte also sein, dass Werte im oberen Grenzbereich bereits pathologisch sind!**

Cholinesterase wird vor allem in der Leber gebildet. Die Konzentration im Blut ist bei eingeschränkter Leberfunktion verringert.

Referenzbereich: 2,3 - 7,4 kU/l

Alkalische Phosphatase (Enzym) kommt u. a. bei einer Hepatitis in erhöhter Konzentration im Blut vor.

Referenzbereich: 40 - 175 U/l

Bilirubin ist ein Abbauprodukt des roten Blutfarbstoffes. Ist die Ausscheidung über die Galle durch beispielsweise eine Hepatitis oder einen Gallenstein gestört, so kommt es zum Ikterus (Gelbfärbung der Haut und Augenschleimhaut, Dunkelfärbung des Urins und Entfärbung des Stuhls), die Konzentration im Blut ist dann erhöht.

Referenzbereich für Bilirubin gesamt: 0,2 - 1mg/dl



(Anmerkung: es gibt auch noch die Differenzierung zwischen direktem und indirektem Bilirubin- aber das geht dann wohl doch etwas zu weit...)

Albumin wird in der Leber produziert, bei Leberzirrhose ist diese Syntheseleistung eingeschränkt.

Referenzbereich: 3,5 - 5,5g/dl

Quickwert = Prothrombinzeit ist ein Test dafür, wie schnell das Blut eines Menschen gerinnt. Bei Leberfunktionsstörungen ist dieser Wert erniedrigt.

Referenzbereich: 70 - 130%

Antikörper, Antigen & Co

Antikörper = Immunglobulin

Antikörper (z. B.: Anti-HCV = Antikörper gegen das Hepatitis C-Virus), werden zur Abwehr eines Erregers vom Körper gebildet. Ganz allgemein kann man Folgendes sagen: Werden durch eine Blutuntersuchung Antikörper nachgewiesen, so ist ein (irgendwann stattgefunden) Kontakt mit einem bestimmten Erreger erwiesen. Es gibt jedoch zwei Klassen von Immunglobulinen: IgM und IgG

Immunglobuline der Klasse IgM sprechen für eine frische Infektion, also ein frühes Stadium (kleine Eselsbrücke: „M“ wie morgens, also früh...), sie verschwinden im Laufe der Zeit wieder.

Immunglobuline vom Typ IgG bleiben jedoch unter Umständen ein Leben lang erhalten und können oftmals vor einer erneuten Erkrankung schützen (es besteht dann Immunität).

Durch den Nachweis von Antikörpern lässt sich somit oftmals auch eine Aussage über mögliche Infektiosität (Ansteckungsgefahr für andere) oder mögliche Immunität treffen.

Antigen

Ein Antigen ist ganz allgemein ein Stoff, der zur Bildung eines Antikörpers führt. Auch Bestandteile von Viren können eine Antikörperbildung auslösen.

Werden Antigene durch eine Blutuntersuchung nachgewiesen, so lässt sich oftmals eine Aussage zur Ansteckungsgefahr für andere Menschen (Infektiosität) treffen.

Viruslast = Virusbelastung = viral load

Die Virusbelastung sagt aus, wie viele Viren in einem Milliliter Blutplasma zu finden sind. Die Höhe der Virusbelastung erlaubt eine Aussage über:

- die Aktivität einer Infektion
- die Wahrscheinlichkeit der Infektiosität
- die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie

Typenbestimmung

Bei der Hepatitis B kann man den Subtyp, bei der Hepatitis C den Genotyp bestimmen. Der Genotyp des Hepatitis C-Virus lässt Rückschlüsse auf die Heilungschancen und die erforderliche Behandlungsdauer zu. (siehe Kapitel I, 3)



Leberbiopsie

Bei chronischen Leberentzündungen ist es mitunter sinnvoll, ein kleines Stück Lebergewebe zu entnehmen und es anschließend mikroskopisch zu untersuchen. So können das Ausmaß und die Aktivität der Leberentzündung sowie das Vorliegen einer Fibrose (Vermehrung des Bindegewebes) bzw. Zirrhose (narbige Schrumpfung mit Verlust der Leberfunktion) festgestellt werden. Vor allem aber gibt das Ergebnis Auskunft darüber, ob und ab wann eine Therapie sinnvoll ist, und erlaubt die Beurteilung des Behandlungsverlaufs.

Was passiert bei einer Leberbiopsie?

Zunächst wird mit einer Ultraschalluntersuchung die günstigste Stelle für die Punktion (Einstich) ermittelt und lokal betäubt. Danach wird durch einen kleinen Hautschnitt zwischen den rechten Rippen eine dünne Kanüle (1,4 mm) eingeführt, durch die unter Mithilfe des Patienten (Atmen, Luftanhalten) eine kleine Gewebeprobe entnommen wird. Das Einführen der Kanüle ist nicht schmerzhaft und wird meistens lediglich als »ungewohntes Gefühl« im Oberbauch wahrgenommen. Anschließend muss der Patient etwa zwei bis vier Stunden mit einem Sandsack auf der punktierten Stelle liegen, um Nachblutungen zu verhindern.

- **Wichtig: In den Tagen vor einer Leberbiopsie dürfen keine gerinnungshemmende Medikamente wie z. B. Aspirin oder Paracetamol eingenommen werden!**



17

1.5 Meldepflicht

Nach dem seit Januar 2001 gültigen Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind der Verdacht auf, die Erkrankung an und der Tod durch eine Virushepatitis namentlich meldepflichtig. Ausnahme: eine bereits gemeldete chronische Hepatitis B oder C. (siehe ausführlich: Kapitel IV, 3.1)

1.6 Impfungen gegen Hepatitis

Impfungen - allgemein

Zur Zeit gibt es nur Impfstoffe gegen die Virushepatitiden A & B. Eine Impfung gegen Hepatitis B schützt auch vor einer Hepatitis D-Infektion. Es gibt zwar noch keinen Impfstoff gegen Hepatitis C, es laufen zurzeit jedoch viel versprechende Impfstudien. Sollten diese Studien positiv ausfallen, ist aber erst frühestens in ca. 6 Jahren mit einer Zulassung zu rechnen.

Im Folgenden allgemeine Informationen zur Impfung und (mal wieder) Erklärungen verschiedener Begriffe, die in diesem Zusammenhang oft zu hören sind. Bei Impfungen unterscheidet man zwischen:

- aktiver Immunisierung.
- passiver Immunisierung



Aktive Immunisierung:

Bevor eine aktive Immunisierung gegen Hepatitis A oder Hepatitis B begonnen wird, ist es sinnvoll, den aktuellen Hepatitisstatus durch eine **Serologie** zu bestimmen. Mittels einer Blutentnahme lassen sich gegebenenfalls Hepatitis-Antikörper nachweisen. Eine Impfung wäre in diesem Fall nicht mehr nötig, da bereits eine „natürliche Immunität“ vorliegt, der Körper sich bereits mit dem Virus auseinandergesetzt hat. Ist die Serologie negativ, werden also keine Antikörper gefunden, sollte geimpft werden.

Durch das Impfen von beispielsweise gentechnisch hergestellten Virusbestandteilen, wird die Bildung von Antikörpern provoziert, ohne eine Infektion auszulösen. Sind Antikörper in ausreichender Anzahl gebildet worden, so besteht bei Kontakt mit dem „echten Virus“ ein Infektionsschutz. Um diesen Schutz zu erreichen, sind mehrere Impfungen nötig – man spricht von einer **Grundimmunisierung**. Es dauert allerdings einige Wochen oder Monate, bevor ein ausreichender Schutz aufgebaut worden ist. Die aktive Immunisierung kann dann jedoch etwa 10 Jahre vor einer Infektion schützen.

Impfkontrolle: Ca. 6 Wochen nach einer abgeschlossenen Grundimmunisierung, sollte durch eine Blutentnahme die Zahl der gebildeten protektiven Antikörper überprüft werden. Man nennt diese Blutuntersuchung **Titerbestimmung**. Durch die Höhe des Titers lässt sich bestimmen, ob ein ausreichender Impfschutz erreicht wurde, oder ob eine nochmalige Impfung notwendig ist. Impfkontrollen sind darüber hinaus, nach Absprache mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin, in regelmäßigen Abständen zu wiederholen, um bei unzureichendem Titer eine Auffrischimpfung (Boosterimpfung) durchzuführen.

- ▶ **Menschen mit geschwächter Immunabwehr, dazu müssen auch viele DrogenkonsumentInnen gezählt werden, entwickeln häufig deutlich schlechtere Titer, als Menschen mit gesunder Immunabwehr. Regelmäßige und u. U. engmaschige Titerkontrollen sind deshalb in diesen Fällen besonders wichtig!**

Passive Immunisierung:

Bei der passiven Immunisierung werden spezifische Antikörper (Immunglobuline) eingesetzt, die von Menschen stammen, die bereits eine Hepatitis durchgemacht haben. Dieser Impfschutz hält allerdings nur 3 Monate an, weil die schützenden Antikörper schnell wieder abgebaut werden. Eine passive Immunisierung ist jedoch sinnvoll, wenn kurzfristig ein Impfschutz gebraucht wird.

Erfolgen passive und aktive Immunisierung gleichzeitig, so spricht man von **Simultanimpfung**.

Wer bezahlt die Impfungen?

Für Impfungen ist keine Praxisgebühr zu zahlen! Leider gilt dies nicht, wenn außer der Impfung noch Untersuchungen durchgeführt werden wie z.B. eine Titerbestimmung.

Es lassen sich grob drei verschiedene Kostenträger für Impfungen unterscheiden:

- **Selbstzahler** z.B. bei Reiseimpfungen



- **Arbeitgeber** bei beruflicher Gefährdung (vgl. Kapitel IV, 1)
 - **Krankenkassen** bei empfohlenen Impfungen.
- **Die Impfempfehlungen werden von der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch Institut herausgegeben (www.rki.de - Infektionsschutz - Impfen - Empfehlungen der STIKO).** Die Krankenkassen (gesetzliche und private) übernehmen diese Empfehlungen in der Regel hinsichtlich der Kostenübernahme in ihre Verträge. Privat Versicherte sollten diesbezüglich ihre Verträge überprüfen!

Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, kann davon ausgehen, dass die empfohlenen Impfungen in die Verträge zwischen Krankenkassen und Kassenärzten („Kassenärztliche Vereinigung/KV“) übernommen worden sind. In einzelnen Bundesländern bzw. KV-Bezirken kann es jedoch Abweichungen geben. Meist sind allerdings die Kassenärztinnen und -ärzte nicht ausreichend informiert und verweigern Impfwilligen zu Unrecht die Impfung auf Kosten der Kasse. Letzteres gilt insbesondere bei den so genannten „Indikationsimpfungen“ für besonders gefährdete Personengruppen, zu denen u.a. Drogengebraucher (innen), Sexarbeiter(innen) und homosexuell aktive Menschen zählen können. Hier ist es wichtig, dass Impfwillige gut über ihre Rechte informiert sind; es kann hilfreich sein, wenn sie dem Arzt/der Ärztin eine Empfehlung der Beratungsstelle, Drogenhilfeeinrichtung etc. übergeben.

Hinweise für (ärztliche) Berater(innen) in Einrichtungen der Drogen- und AIDS-Hilfe: Vergewissern Sie sich durch eine Anfrage bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, ob die Indikationsimpfungen in die Verträge mit **allen** gesetzlichen Krankenkassen übernommen worden sind. Wenn dies der Fall ist, wird für die Präventionsleistung Impfung keine Praxisgebühr fällig. Für die Ärzte/Ärztinnen ist wichtig, dass die Impfstoffe nicht das Arzneimittelbudget belasten. Zum Bezug der Impfstoffe muss ein Rezeptblatt „Impfstoffanforderung“ nach Vorschrift der KV ausgefüllt werden. Dieses Rezept enthält keine personenbezogenen Daten des/der Impfwilligen (Datenschutz!). Ärztinnen/Ärzte müssen prüfen (und in ihren ärztlichen Aufzeichnungen vermerken), ob die Zugehörigkeit zu einer der gefährdeten Personengruppen gemäß STIKO gegeben ist, bevor sie eine Indikationsimpfung durchführen. Einige tun sich damit schwer oder wissen einfach nicht Bescheid. Eine kurze schriftliche Begründung und Erläuterung des Verfahrens durch Berater(innen) einer Beratungsstelle oder Drogenhilfeeinrichtung kann in diesen Fällen oft weiter helfen – siehe dazu den Musterbrief „Indikationsimpfung(en)“ (Kapitel I, 1.7.6). Evtl. sollte geprüft werden, ob bezüglich der Impfungen für Klientinnen/Klienten aus Ihrer Einrichtung mit einer bekannten Arztpraxis oder der spezialisierten Hepatitis-/HIV-Praxis zusammengearbeitet wird, die auch Kooperationspartner in Notfällen ist (siehe Kapitel IV, 2).

Impfung gegen Hepatitis A

Aktive Immunisierung:

Die sicherste Vorbeugung gegen Hepatitis A ist eine Schutzimpfung (aktive Immunisierung), die sehr gut verträglich ist.



Die erste Impfdosis baut innerhalb von zwei Wochen bei 96% der Geimpften einen wirksamen Schutz auf, der ca. 1 Jahr hält. Fernreisende sollten sich deshalb spätestens 2 Wochen vor Reisebeginn impfen lassen.

Sechs bis zwölf Monate nach der ersten Impfung wird eine Auffrischungsimpfung vorgenommen. Bei diesem Vorgehen entwickeln fast alle Personen mit intaktem Immunsystem einen Impfschutz, der in der Regel mehr als zehn Jahre anhält. Ob danach (noch) ein Impfschutz besteht, kann durch die Bestimmung der Hepatitis A-Antikörper im Blut festgestellt werden; falls nicht, sollte erneut geimpft werden.

Seit einigen Jahren gibt es einen Hepatitis A & B – Kombinationsimpfstoff – eine Kosten sparende Variante, wenn beide Impfungen gewünscht sind!

Passive Immunisierung

Wenn kein Impfschutz durch eine aktive Impfung besteht, aber sofort (z. B. bei engem sozialen Kontakt zu einer akut infizierten Person) Schutz vor einer Hepatitis A-Infektion benötigt wird, ist auch eine passive Immunisierung mit spezifischen Immunglobulinen (Antikörper von Menschen, die bereits eine Hepatitis durchgemacht haben) möglich. Der Impfschutz hält bei dieser Methode aber nur etwa drei Monate an, weil die Antikörper rasch abgebaut werden.

Wer sollte sich impfen lassen?

Die Hepatitis A-Impfung ist insbesondere für Reisende wichtig, die Länder mit starker Hepatitis A-Verbreitung besuchen („Reiseimpfung“). Das HAV ist in großen Teilen Osteuropas, in den südlichen Mittelmeerländern, im Nahen und Mittleren Osten sowie in den Tropen und Subtropen, d. h. im zentralen und südlichen Asien, in nahezu ganz Afrika, in Mittel- und Südamerika verbreitet. „Rucksack-Touristen“ und EntwicklungshelferInnen sind besonders infektionsgefährdet.

Weiterhin wird eine Impfung gegen Hepatitis A sehr empfohlen für folgende Menschen, die serologisch keine Zeichen einer durchgemachten Hepatitis A-Infektion aufweisen:

IMPFEHRLUNG FÜR PERSONEN	KOSTENÜBERNAHME
• die als medizinisches oder anderes Fach- und Pflegepersonal sowie als Küchen- und Reinigungskräfte in medizinischen, psychiatrischen oder therapeutischen Einrichtungen wie z.B. Drogenhilfeeinrichtungen oder in Kindergärten und -heimen tätig sind;	Arbeitgeber
• die in Regionen mit hoher Hepatitis-A-Verbreitung reisen;	Selbstzahler
• die mit einer Person zusammen leben, die akut infiziert ist; • die eine chronische Lebererkrankung haben;	Krankenkasse
• die homosexuell aktiv sind.	Krankenkasse (evtl. Begründung erforderlich: „Indikation“)

► **Besonders Menschen mit einer chronischen Lebererkrankung (ca. 80% der i. v. Drogen Gebraucher(innen) haben eine chronische Lebererkrankung!) sollten sich unbedingt gegen Hepatitis A impfen lassen! Diese normalerweise eher harmlose Infektion kann für chronisch Leberkranke in bis zu 10% der Fälle schwere akute Verläufe nehmen, die u. U. zum Leberversagen führen.**



Bei immungeschwächten HIV-Positiven kann sich allerdings oftmals kein ausreichender Schutz aufbauen.

Wer bezahlt die Impfung?

Die Kosten einer Hepatitis A-Impfung werden für die medizinisch empfohlenen Impfungen z.B. bei Menschen mit chronischen Lebererkrankungen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Bei den so genannten Indikationsimpfungen, hier insbesondere für homosexuell aktive Menschen, kann es bei einigen Ärzten/Ärztinnen Probleme geben. Mitunter ist eine kurze Begründung seitens des beratenden Arztes/der beratenden Ärztin oder anderer beratender Personen aus einer Drogen- oder AIDS-Hilfe-Einrichtung aber hilfreich (siehe 1.7.6 Musterbrief „Indikationsimpfung(en)“).

Reine „Reiseimpfungen“ werden generell nicht von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlt. Die Kostenübernahme durch private Krankenversicherungen richtet sich nach den jeweiligen Vertragsbedingungen. Gerade bei Reiseimpfungen an den Kombinationsimpfstoff denken! Kosten für eine Einzeldosis Hepatitis-A-Impfstoff ca. 56 €, Kombi-Impfstoff ca. 66 € (Stand: 11/2005).

Bei beruflich bedingter Ansteckungsgefahr trägt der Arbeitgeber die Kosten für die Impfung (vgl. Kapitel IV, 1.3).

Impfung gegen Hepatitis B

Aktive Immunisierung

- ▶ Die sicherste und damit wichtigste Vorbeugung gegen Hepatitis B ist eine Schutzimpfung (aktive Immunisierung), die auch vor einer Hepatitis D-Infektion schützt.

Die Verträglichkeit ist im Allgemeinen gut. Gelegentlich kommt es zu lokalen Reaktionen wie Rötungen und Schwellungen, in einzelnen Fällen tritt leichtes Fieber auf. Sehr selten können neurologische Komplikationen auftreten.

Impfprocedere:

1. Blutabnahme für eine Hepatitisserologie

- Es wird überprüft, ob ev. schon Hepatitis-Antikörper vorliegen. Ist dieses der Fall, so ist eine Impfung nicht mehr nötig, da ein natürlicher Schutz vor erneuter Infektion vorhanden ist. Werden keine Antikörper gefunden, so sollte geimpft werden.
- Wird ohne vorherige Serologie geimpft (bei Kindern ist das üblich) und der / die Betroffene hatte bereits eine Hepatitis B, so gibt es keine negativen Folgen – die Impfung war jedoch überflüssig!

2. Das übliche Impfschema für eine Grundimmunisierung lautet wie folgt:

Zwei Impfungen im Abstand von einem Monat, die dritte Impfung erfolgt 6 Monate nach der ersten Impfung.

Es gibt jedoch auch ein so genanntes „verkürztes Impfschema“: Zwei Impfungen im Abstand von einer Woche, die dritte Impfung erfolgt 3 Wochen nach der ersten Impfung.



- Vorteil: schnellerer Impfschutz
- möglicher Nachteil: der Impfschutz hält nicht so lange an wie nach dem üblichen Impfschema; deshalb wird eine Boosterimpfung nach einem Jahr empfohlen.

3. Blutabnahme für eine Titerkontrolle 6 - 8 Wochen nach der letzten Impfung

- Die Titerbestimmung ist eine Erfolgskontrolle, gibt somit Auskunft darüber, ob der Impfschutz ausreicht oder ob noch einmal nachgeimpft werden muss.



DETAILWISSEN

Die Titerkontrolle ist eine Anti-HBs-Bestimmung, der Titer wird in IE/L angegeben.

Titer > 100IE/L:	Es besteht ein sicherer Impfschutz, der 10 Jahre oder länger anhalten kann.
Titer < 10IE/L:	Ein Impfschutz ist nicht gewährleistet, es sollte nochmals geimpft werden.
Titer zwischen 10 und 100IE/L:	Es besteht zwar (noch) Impfschutz, eine Boosterimpfung wird jedoch empfohlen.

Bei Menschen mit intaktem Immunsystem ist die Impfung zu über 90% erfolgreich (bei Kindern zu 97-99%) und bietet ca. 10 Jahre Schutz vor einer Hepatitis B-Infektion.

Deutlich schlechtere Impfergebnisse zeigen sich bei geschwächtem Immunsystem, z. B. bei:

- HIV-Positiven mit fortgeschrittener Immunschwäche
- intravenös Drogen Gebrauchenden
- bei Patienten ,die nach einer Organtransplantation oder im Rahmen einer Krebsbehandlung immunsuppressive Medikamente bekommen (sie unterdrücken das Immunsystem)
- bei Dialysepatienten

Schlägt eine Impfung nicht an, wird entweder eine Wiederholung mit höherer Dosis u. U. in mehreren Schritten empfohlen, bis ein ausreichender Impfschutz erreicht ist.

Möglich ist auch, dass ein bestehender Impfschutz vorzeitig verloren geht. Dann sollte eine Boosterimpfung zur Auffrischung verabreicht werden.

Falls das Immunsystem jedoch derart geschwächt ist, dass keine ausreichende Antikörperproduktion stattfinden kann, sollte eine mögliche Erholung abgewartet werden, um dann gegebenenfalls eine Auffrischimpfung oder eine erneute komplette Grundimmunisierung durchzuführen.

Passive Immunisierung / Post-Expositions-Prophylaxe

Die passive Immunisierung ist praktisch nur im Rahmen der Post-Expositions-Prophylaxe von Bedeutung. Hat beispielsweise eine Nadelstichverletzung stattgefunden, und es besteht keine Immunität, wird eine Simultanimpfung durchgeführt. Es wird mit



einer Grundimmunisierung begonnen und gleichzeitig werden spezifische Immunglobuline (Antikörper von Menschen, die bereits eine Hepatitis B durchgemacht haben) verabreicht. Die passive Immunisierung wirkt ca. 3-6 Monate.

Wer sollte sich impfen lassen?

Grundsätzlich sollte eine Hepatitis-B-Grundimmunisierung schon im Säuglings- und Kleinkindalter erfolgen. Bei bis dahin noch ungeimpften Kindern und Jugendlichen sollte möglichst vor der Pubertät, spätestens aber bis zum 18. Lebensjahr die Grundimmunisierung nachgeholt werden. Neugeborene von HBV-infizierten und von nicht getesteten Müttern sollten unmittelbar nach der Geburt geimpft werden.

Ganz allgemein sollten sich alle Menschen impfen lassen, die zu den gefährdeten Gruppen gehören und bei denen keine ausreichende Menge von Antikörpern gegen das Hepatitis-B-Virus nachweisbar ist:

IMPFEMPFEHLUNG FÜR PERSONEN	KOSTENÜBERNAHME
<ul style="list-style-type: none"> • die im Gesundheitsdienst, in psychiatrischen oder vergleichbaren Fürsorgeeinrichtungen mit gefährdenden Tätigkeiten beschäftigt sind (einschließlich Reinigungspersonal, Auszubildenden bzw. Studenten); • die durch Blutkontakte mit möglicherweise infizierten Personen gefährdet sind, z.B. betriebliche oder ehrenamtliche Ersthelfer, Mitarbeiter von Rettungsdiensten, Polizisten, Sozialarbeiter und Gefängnispersonal mit Kontakt zu Drogengebrauchenden; 	Arbeitgeber
<ul style="list-style-type: none"> • die längere Aufenthalte in Regionen mit hoher Hepatitis B-Verbreitung planen und/oder enge, insbesondere sexuelle Kontakte zur einheimischen Bevölkerung erwarten; 	Selbstzahler
<ul style="list-style-type: none"> • die mit einer Person zusammen leben, die akut infiziert ist; • die mit HBsAg-Trägern in einer Gemeinschaft leben, z.B. in Familien, Wohngemeinschaften, Kindergärten, Schulen, Pflegestätten, Heimen, Gefängnissen; • die Patienten in der Dialyse oder mit häufiger Übertragung von Blutprodukten (z.B. Bluter) sind oder die vor ausgedehnten chirurgischen Eingriffen stehen (z. B. Operationen unter Verwendung der Herz-Lungen-Maschine); • die eine Lebererkrankung haben und/oder die mit HIV leben; 	Krankenkasse
<ul style="list-style-type: none"> • die intravenös Drogen gebrauchen; • die homosexuell aktiv sind (Männer, die Sex mit Männern haben); • die als Sexarbeiter/Sexarbeiterinnen tätig sind; • die längere Zeit als Strafgefangene einsitzen werden. 	Krankenkasse (evtl. Begründung erforderlich: „Indikation“)



► **Da die Infektionsrate für i. v. Drogengebraucher über 50% liegt und ca. 80% an einer chronischen Lebererkrankung leiden, sollte geimpft werden, wann immer sich die Möglichkeit bietet (Substitution, Therapie, Gefängnis etc.)! Wer eine Haftstrafe antreten muss und ungeimpft ist, sollte sich unbedingt vor dem Aufenthalt im Strafvollzug impfen lassen!**

Wer bezahlt die Impfung?

Die Kosten für die Hepatitis-B-Impfung werden von allen Krankenkassen regelhaft bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren übernommen,

Prinzipiell sollten die Kosten auch für alle Personen mit einer medizinischen Impfempfehlung, die in der Tabelle genannt sind (gelb), übernommen werden. So ist die



Kostenübernahme für Menschen, die Kontakt zu Personen haben, die akut oder chronisch HBV-infiziert sind, sowie für HIV-Positive meist kein Problem. **Auch für i. v. Drogengebraucher(innen) ist die Kostenübernahme mittlerweile Standard.** Bei den sogenannten Indikationsimpfungen - hier z.B. Männer, die Sex mit Männern haben oder Sexarbeiter(innen) - kann es bei einigen Ärzten/Ärztinnen Probleme geben. Mitunter ist eine kurze Begründung seitens des beratenden Arztes/der beratenden Ärztin oder anderer beratender Personen aus einer Drogen- oder AIDS-Hilfe-Einrichtung aber hilfreich (siehe 1.7.6 Musterbrief „Indikationsimpfung(en)“).

Generell schwierig wird es bei Reiseimpfungen, da bezahlen die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht, die privaten Kassen je nach Vertrag. Kosten für eine Einzeldosis Hepatitis-B-Impfstoff ca. 60 €, Kombi-Impfstoff ca. 66 € (Stand: 11/2005).

- ▶ **Oftmals ist der Kosten sparende Einsatz des Hepatitis A & B – Kombiimpfstoffes sinnvoll!**
Auch in Einrichtungen der Jugendhilfe sollte die Impfung gegen Hepatitis B thematisiert werden, da die Krankenkassen bis zum 18. Lebensjahr die Kosten generell übernehmen und eine Impfung die primärpräventive Maßnahme schlechthin darstellt.

1.7 „Hepatitis ABC“

BASIS- UND DETAILWISSEN

zu den verschiedenen Formen der Virushepatitis

24

Für die eiligen Leser(innen) oder zum Nachschlagen – manchmal muss es eben schnell gehen! – siehe Tabelle auf der folgenden Seite.

1.7.1 Hepatitis A

BASISWISSEN

- Das Hepatitis-A-Virus (HAV) wird vor allem über verunreinigte Lebensmittel und Trinkwasser übertragen.
- Die Erkrankung gilt (wie auch die Hepatitis E) als »Reisehepatitis«.
- HAV verursacht eine akute Leberentzündung und wird nicht chronisch.
- Eine spezifische Therapie gibt es nicht.
- Die Infektion hinterlässt lebenslange Immunität = Schutz vor erneuter Ansteckung.
- Die wirksamste Vorbeugung ist die Impfung gegen Hepatitis A.
- Sie ist auch für HIV-Positive möglich und zu empfehlen.
- **Menschen mit chronischer Lebererkrankung sollten unbedingt geimpft werden wenn keine Immunität vorhanden ist, da lebensgefährliche Krankheitsverläufe möglich sind.**



HEPATITIS-FORM	HEPATITIS A	HEPATITIS B	HEPATITIS C	HEPATITIS D	HEPATITIS E
Wichtige Übertragungswege	fäkal-oral; verunreinigte Nahrung od. Trinkwasser, bestimmte Sexualpraktiken	Blut, Sperma, Scheidensekret, Speichel und andere Körperflüssigkeiten; Sex (60-70%), Drogengebrauch, Piercing, Tätowierungen	Blut; Drogengebrauch (> 50%); Piercing, Tätowierungen; selten beim Sex	Blut; Drogengebrauch	fäkal-oral (wie Hepatitis A)
Inkubationszeit	1,5 bis 7 Wochen	1 bis 6 Monate	3 Wochen bis 6 Monate	wie Hepatitis B	2 bis 8 Wochen
Akute Infektion	meist keine Symptome oder milder Verlauf. In 1/3 der Fälle heftiger Verlauf mit Ikterus. Selten Leberversagen.	meist keine oder milde Symptomatik. In 1/3 der Fälle ausgeprägter Verlauf mit Ikterus. Selten Leberversagen.	In bis zu 80% der Fälle keine oder milde Symptomatik. Bei ca. 10% der Betroffenen ausgeprägter Verlauf mit Ikterus. Selten Leberversagen	Bei gleichzeitiger Ansteckung mit Hepatitis B: Verlauf siehe Hepatitis B. Bei Infektion zusätzlich zu bestehender Hepatitis B: häufig schwererer Verlauf.	Ähnlich wie bei Hepatitis A
Therapie bei akuter Infektion	keine wirksame Therapie bekannt	keine wirksame Therapie bekannt	Interferon über 6 Monate	keine wirksame Therapie bekannt	keine wirksame Therapie bekannt
Chronische Infektion	nein	möglich	häufig	häufig	nein
Therapie bei chronischer Infektion		pegyliertes Interferon oder Nukleosid-analoga über Monate bis Jahre	pegyliertes Interferon in Kombination mit Ribavarin über 6 Monate bei Genotyp 2 oder 3 bzw. über 12 Monate bei Genotyp 1 oder 4	keine wirksame Therapie bekannt	
Mögliche Langzeitfolgen der unbehandelten chronischen Erkrankung		Leberfibrose /-zirrhose, Leberversagen, Leberkrebs	Leberfibrose /-zirrhose, Leberversagen, Leberkrebs	Leberfibrose /-zirrhose, Leberversagen, Leberkrebs	
Immunität nach durchgemachter Erkrankung oder erfolgreicher Therapie?	ja	ja	nein	nein	nein
Schutzimpfung (aktive Immunisierung)?	ja	ja	nein	nein, aber eine Hepatitis B-Impfung schützt auch vor einer Hepatitis D	nein
Passive Immunisierung (Immunglobuline)?	ja	ja	nein	nein	nein

Verbreitung

Die folgenden Zahlen spiegeln mit Sicherheit nicht die Realität wieder. Die Anzahl der tatsächlichen Fälle liegt deutlich höher, da die Hepatitis A oft unbemerkt verläuft bzw. nicht als solche erkannt und gemeldet wird.

Welt: ca. 1.400.000 neue Infektionen/Jahr

Weltweit gibt es jährlich schätzungsweise 1,4 Millionen neue HAV-Infektionen; besonders weit verbreitet ist die Hepatitis A in Asien, Afrika und den GUS-Staaten, in Süd- und Osteuropa sowie Zentral- und Südamerika.

Deutschland: ca. 1.500 an das RKI gemeldete neue Infektionen/Jahr

In Deutschland (wie auch in Westeuropa, Nordamerika und Australien) ist die Zahl der Neuinfektionen in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken und im Allgemeinen niedrig. Es kommt allerdings gelegentlich zu örtlich begrenzten Ausbrüchen.

Übertragungswege

Das Hepatitis-A-Virus wird über den Darm ausgeschieden und hauptsächlich „fäkal-oral“ übertragen, also indem menschliche Ausscheidungen (lat.: faeces) direkt oder indirekt (Schmierinfektion, Nahrungsmittel) in den Mund gelangen. Auch eine Übertragung durch Blut ist möglich.

Infektionen finden statt durch:

- verunreinigte oder nicht lang genug gekochte Nahrungsmittel, vor allem durch Meeresfrüchte (Muscheln z. B. filtern große Mengen Wasser und reichern dadurch HAV an),
- ungeschältes Obst, Gemüse und Salate
- verschmutztes Trinkwasser (auch in Form von Speiseeis und Eiswürfeln!)
- im Toiletten-, Bad- und Küchenbereich bei mangelnder Hygiene (Hände waschen!)
- gemeinsame Benutzung von Zahnbürsten, Rasierzeug oder Handtüchern,
- verschmutztes Geschirr oder Besteck
- verunreinigtes Spritzbesteck und Zubehör (Filter, Löffel, Wasser) beim Drogengebrauch
- Sex, entweder bei anal-oralem Sex (»Rimming«) oder indirekt über den Weg Anus
- Finger - Mund. HAV kann auch beim Sex mit Blut-Blut- bzw. Blut-Schleimhautkontakten übertragen werden.

Eine Übertragung durch Speichel, Urin oder Sperma ist sehr selten, eine Ansteckung durch Blutprodukte so gut wie ausgeschlossen, da diese auf HAV getestet werden.

Infektiosität

Die Virusausscheidung und damit auch die Ansteckungsgefahr für andere beginnt etwa zwei Wochen vor Auftreten von Krankheitssymptomen und ist in dieser Zeit auch am stärksten; mit Abklingen der Symptome nimmt auch die Infektiosität ab.

Besonders Gefährdete:

- Reisende in Gebiete, in denen Hepatitis A weit verbreitet ist (vor allem tropische



- und subtropische Regionen und Länder mit niedrigem Hygienestandard). Die Hepatitis A wird daher auch als Reisehepatitis bezeichnet.
- Menschen, die auf engem Raum zusammenleben (Inhaftierte/Gefängnispersonal, Heimbewohner und Betreuungspersonal),
 - Angehörige von Heil- und Pflegeberufen
 - intravenös Drogen Gebrauchende
 - Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern
 - Männer die Sex mit Männern haben

Impfung

(siehe Kapitel I, 1.6)

Vorsichts- und Hygienemaßnahmen

In Ländern mit niedrigem Hygienestandard sollte man ungekochte Nahrung vermeiden und nur desinfiziertes (notfalls mit Silberchlorid-Tabletten) oder abgekochtes Wasser trinken. Auf ungeschältes Obst, Salat, Eiswürfel und Speiseeis sollte man in diesen Ländern generell verzichten. Der Verzehr von Muscheln, die zu ihrer Ernährung große Mengen von Wasser filtern, ist besonders riskant, da Muschelbänke häufig im Einleitungsbereich menschlicher Abwässer liegen.

Bei injizierendem Drogengebrauch verringert Safer Use das Infektionsrisiko. (Siehe Kapitel 2)

Kondomgebrauch beim Anal- oder Vaginalverkehr senkt das Infektionsrisiko nur unbedeutend, denn HAV kann auch durch Schmierinfektion (gebrauchtes Kondom – Finger – Mund, Anus – Finger – Mund) oder bei anal-oralen Sexualpraktiken (»Rimming«) übertragen werden.

- ▶ **Eine ganz einfache Hygienemaßnahme soll nicht unerwähnt bleiben: Das gründliche Händewaschen nach der Toilettenbenutzung!**
(siehe Kapitel II, 5.1)

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen/Meldepflicht und sonstige Verpflichtungen

Die meisten Patienten mit Hepatitis A können zu Hause ausreichend versorgt werden und müssen nicht ins Krankenhaus. Empfohlen wird körperliche Schonung; ob Bett-ruhe eingehalten werden muss, ist vom Zustand des Patienten abhängig. Im Liegen wird jedoch die Leber deutlich besser durchblutet, was sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt.

Im Krankenhaus ist eine Unterbringung im Einzelzimmer und die Benutzung einer eigenen Toilette notwendig, und zwar bis zu zwei Wochen nach Auftreten erster klinischer Symptome bzw. eine Woche nach Auftreten eines Ikterus.

Hepatitis A ist namentlich meldepflichtig. (siehe Kapitel IV, 3.1)

Personen, die mit Hepatitis-A-Kranken in einem Haushalt leben, sie pflegen oder betreuen, so wie Partner von Menschen mit Hepatitis A sollten sich – sofern kein Impfschutz besteht – möglichst umgehend impfen lassen (aktiv und passiv) und für den Zeitraum der Infektiosität besonders auf Hygiene achten, also **z. B. die Hände nach**



jeder Toilettenbenutzung und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend mit einem alkoholischen Händedesinfektionsmittel desinfizieren. Ist die strikte Einhaltung dieser hygienischen Maßnahmen nicht gewährleistet, können Kontaktpersonen ohne Impfschutz bis zu vier Wochen nach dem letzten Kontakt mit der HAV-infizierten Person vom Besuch von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen werden.

Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

(siehe Kapitel II, 5)

Diagnose

Eine Hepatitis A wird durch Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-A-Virus im Blut festgestellt. Für eine frische Infektion sprechen Antikörper des Typs IgM, die sich etwa zwei bis vier Wochen nach der Infektion, also in der Frühphase der Immunantwort des Körpers bilden. Sie können über drei bis vier Monate nachgewiesen werden.

Antikörper vom Typ IgG werden etwa gleichzeitig gebildet und bleiben nach einer durchgemachten Hepatitis A meist lebenslang nachweisbar.

Anhand dieser Antikörper kann bei unklaren Leberwerterhöhungen und Krankheitsbeschwerden auch unterschieden werden, ob eine akute Hepatitis-A-Infektion vorliegt oder nicht. Erhöhte Leberwerte mit nachgewiesenen IgG-Antikörpern ohne gleichzeitig nachgewiesene IgM-Antikörper sprechen gegen eine akute Infektion. Nur selten dagegen werden im Rahmen der Routinediagnostik Verfahren zum Nachweis des Virus selbst angewendet.

Verlauf

Zwischen Infektion und Erkrankung vergehen im Durchschnitt 3-4 Wochen (Inkubationszeit). In dieser Zeit ist die Virusmenge im Stuhl sehr hoch, und auch im Blut ist HAV nachweisbar. Die sich anschließende Phase der immunologischen Abwehr des Virus kann ohne Krankheitsbeschwerden verlaufen, doch besteht auch dann Ansteckungsgefahr für andere.

Bei mildem Verlauf treten oft nur geringe allgemeine Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Abneigung gegen Fett und Alkohol, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Druckgefühl, gelegentlich Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen sowie Muskel- und Gelenkschmerzen auf. In dieser etwa zweiwöchigen Phase besteht häufig mäßiges Fieber. Anschließend kommt es in etwa einem Drittel der Fälle zu einem ausgeprägten Verlauf mit Ikterus (Gelbfärbung von Haut und Schleimhäuten, dunklem Urin, entfärbtem Stuhl und oft auch starkem Juckreiz); Verläufe ohne Gelbsucht werden häufig als Grippe fehlgedeutet. Die Krankheitsbeschwerden klingen in der Regel nach zwei bis sechs Wochen wieder ab.

In etwa 0,01-0,1% der Fälle kommt es zu einem »fulminanten Verlauf« mit lebensgefährlichem akutem Leberversagen, bei dem in der Regel nur noch eine Leber-



transplantation Rettung bringen kann. Das Risiko eines solchen Verlaufs ist erhöht bei Personen über 50 Jahren oder bereits bestehender Leberschädigung (z. B. bei chronischer Hepatitis B/C oder alkoholbedingter Leberzirrhose). HAV-Infektionen im letzten Drittel der Schwangerschaft können Fehlgeburten verursachen.

Eine Hepatitis A heilt immer vollständig aus, was in Einzelfällen allerdings mehrere Monate dauern kann. Anschließend besteht **lebenslange Immunität**. Eine chronische Verlaufsform wurde bislang nicht beschrieben.

Behandlung

Für die akute Hepatitis A gibt es keine spezifische (gegen das Virus gerichtete) Therapie. Behandelt werden die Allgemeinsymptome der Erkrankung. Empfohlen werden:

- körperliche Schonung
- eine ausgewogene, nicht zu fette Ernährung (eine spezielle Diät ist nicht erforderlich)
- der Verzicht auf Alkohol sowie – wenn möglich – die Vermeidung leberschädigender Medikamente

Ein Krankenhausaufenthalt ist in der Regel nicht erforderlich.



1.7.2 Hepatitis B

29

BASISWISSEN

- ▶ **Das Hepatitis-B-Virus (HBV) ist um ein Vielfaches infektiöser als das HI-Virus, es reichen schon kleinste Mengen für eine Infektion aus. Außerdem ist es außerhalb des Körpers deutlich widerstandsfähiger und hat dadurch eine längere Überlebenszeit. Es wird vor allem beim Sex und bei intravenösem Drogenkonsum übertragen.**

HBV-Infektionen können chronisch werden. Kinder, HIV-Positive und Menschen mit geschwächtem Immunsystem (z. B. viele Drogengebraucher) haben ein erhöhtes Risiko, eine chronische Entzündung zu entwickeln.

Bei einer akuten Hepatitis B können nur die Symptome behandelt werden.

Standardtherapie bei chronischer Hepatitis B ist seit einigen Monaten die Behandlung mit pegyliertem Interferon oder mit Zeffix (Lamivudin/3TC).

Neue Behandlungsmöglichkeiten ergeben sich auch durch die Einführung von Hepsera (Adefovir).

- ▶ **Gegen Hepatitis B kann man sich impfen lassen. I.v. Drogenkonsumenten sollten sich unbedingt impfen lassen, wenn keine Immunität vorliegt! Bis zum 18. Lebensjahr wird die Impfung generell von den Krankenkassen übernommen. (siehe Kapitel I, 1.6)**

Verbreitung

Welt: Chronische Hepatitis B: 300-420 Millionen

Weltweit gehört die Hepatitis B zu den häufigsten übertragbaren Krankheiten: Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben etwa zwei Milliarden Menschen eine HBV-Infektion durchgemacht; schätzungsweise 300-420 Millionen Menschen sind chronisch mit dem Hepatitis-B-Virus infiziert (das entspricht 5-7% der Weltbevölkerung). In einigen tropischen und subtropischen Gegenden sind fast 30% der Bevölkerung chronische Hepatitis-B-Träger, wobei dort die meisten Infektionen während der Geburt oder im Säuglingsalter geschehen.

Deutschland: Chronische Hepatitis B: 500.000

Chronische Hepatitis B + HIV-Koinfektion: 2.800

In Deutschland zählt das Robert Koch-Institut (www.rki.de) jährlich ca. 1.400 akute Hepatitis-B-Infektionen. Die tatsächliche Anzahl der Erkrankungen wird allerdings, da viele Verläufe symptomlos bleiben, höher sein. Seit 1997 lässt sich ein rückläufiger Trend beobachten. Etwa 5-8% der Bevölkerung haben eine HBV-Infektion durchgemacht, 0,6% (ca. 500.000 Personen) sind Virusträger. Bei Menschen mit HIV allerdings ist der Anteil derer, die eine Hepatitis B durchgemacht haben, sehr viel höher als im Durchschnitt der Bevölkerung; Schätzungen gehen von ca. 2.800 Patienten mit einer HIV/HBV-Koinfektion aus.

Übertragungswege

HBV ist im Blut in hoher Konzentration vorhanden und findet sich in geringerer Menge, die aber für eine Ansteckung immer noch ausreichen kann, auch in Speichel, Muttermilch, Sperma, Vaginalsekret, Menstruationsblut und Tränenflüssigkeit. In Deutschland wird HBV gegenwärtig schätzungsweise in **60-70% der Fälle beim Sex** (vaginal, anal, oral) übertragen, da HBV in allen Flüssigkeiten zu finden ist, die beim Sex eine Rolle spielen.

Das Risiko erhöht sich, wenn auch Blut im Spiel ist, denn für eine Infektion reicht schon eine winzige Menge aus, die – z. B. über kleinste Verletzungen der Haut oder Schleimhaut – in den Körper gelangt.

Kontakt mit infiziertem Blut ist auch in Krankenhäusern (von Patient zu Patient oder zu Personal, aber auch von Personal zu Patient), bei **intravenösem Drogenkonsum** (insbesondere bei gemeinsamem Gebrauch von Spritzen und Zubehör), beim **Tätowieren, Piercen**, Ohrlochstechen (wenn mit nicht genügend desinfiziertem Gerät gearbeitet wird) bei gemeinsamer Benutzung von Zahnbürsten, Rasierzeug und Ähnlichem sowie (weniger in Deutschland, dafür aber sehr häufig weltweit) in der Schwangerschaft und während der Geburt der häufigste Ansteckungsweg.

Das Risiko einer Ansteckung durch Blutprodukte ist in Deutschland gering und wird auf 1 : 50.000 bis 1 : 200.000 geschätzt.

Infektiosität

Eine Ansteckungsgefahr besteht, unabhängig davon ob Krankheitssymptome auftreten oder nicht, wenn:

- HBV-DNA (Virus-Erbsubstanz) oder



- HBsAg (Virusbestandteil) oder
 - HBeAg (Virusbestandteil)
- als Merkmale der Virusvermehrung nachweisbar sind.

Bei chronisch infizierten HBV-Trägern kann das jahrelang der Fall sein. Die Ansteckungsgefahr hängt von der Konzentration der Viren im Blut und der Art des Kontaktes ab. Bei fortgeschrittener Immunschwäche kommt es zu einer starken Vermehrung des Hepatitis-B-Virus (hohe Virusmenge im Blut). Die Infektiosität erhöht sich, Sexualpartner können sich also leichter infizieren.

Besonders Gefährdete:

- Personen mit häufig wechselnden Sexualpartnern
- Menschen, die mit chronisch infektiösen Personen zusammenleben
- intravenös Drogen Gebrauchende; **ca. 50% der Drogengebraucher haben Antikörper gegen Hepatitis B**
- Dialysepatienten
- Personal und Patienten/Insassen bzw. Bewohner von Heil-, Pflege- und Gefängnis-einrichtungen, sowie von Heimen
- Menschen in Ländern mit weiter Hepatitis-B-Verbreitung, z. B. in Asien, der Türkei oder den GUS-Staaten
- Neugeborene, bei deren Müttern HBsAg oder HBeAg nachweisbar ist (ohne vorbeugende Maßnahmen liegt das Infektionsrisiko bei bis zu 95%.)

Impfung und Post-Expositions-Propylaxe (PEP)

(siehe Kapitel I, 1.6 + II, 5.4.1)

Safer Use, und Hygiene (siehe Kapitel II, 2 + 5)

Safer Sex

Da Hepatitis B-Viren in allen Körperflüssigkeiten zu finden sind, die beim Sex eine Rolle spielen, ist letztendlich ein Impfschutz die beste „Safer Sex-Maßnahme“! Kondombenutzung bei vaginalem, analem und oralem Sex reduziert das Risiko einer Infektion erheblich, doch verbleibt im Vergleich zu HIV ein relativ großes „Restrisiko“, da HBV z. B. auch durch (intensives) Küssen übertragen werden kann. Vermieden werden sollte jeglicher Blutkontakt, also Vorsicht während der Menstruation und auf (kleinste) Verletzungen achten! Gleitmittel können die Verletzungsgefahr reduzieren!

Begleitende sexuelle Erkrankungen erhöhen das Risiko einer Infektion, ebenso ein schlechter Zahnstatus – beides bietet HBV hervorragende Eintrittspforten! (siehe Kapitel II, 4)

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen/Meldepflicht und andere Verpflichtungen

Bei Einhaltung der im („normalen“) Haushalt allgemein üblichen Hygiene ist das Infektionsrisiko für andere gering.



- ▶ **Besonders aufmerksam müssen jedoch i. v. Drogengebraucher sein, da in ihrem häuslichen Umfeld mit Blut verschmutzte Gegenstände sicherlich eine viel größere Rolle spielen, als in einem „normalen“ Haushalt.**

Hepatitis B ist namentlich meldepflichtig. (siehe Kapitel IV, 3.1)

HBV-Träger können Gemeinschaftseinrichtungen besuchen bzw. dort ihrer Tätigkeit nachgehen. Personen, die in einem Haushalt mit Menschen mit Hepatitis B leben, sie pflegen oder betreuen (auch in der Schule), so wie Partner sollten sich – sofern kein Impfschutz besteht – möglichst impfen (passive und aktive Immunisierung!) und den Impferfolg kontrollieren lassen.

Im Gesundheitswesen tätige chronisch mit Hepatitis B infizierte Personen sollten die üblichen Hygieneregeln beachten, um Patienten nicht zu gefährden. Es scheint aber nicht gerechtfertigt, Hepatitis-B-positives Personal von der Patientenversorgung auszuschließen, da die Ansteckungsgefahr bei Einhaltung der Hygieneregeln gering ist. Sinnvoll ist – sowohl zum Schutz des Personals als auch zum Schutz der Patienten – die aktive Impfung gegen Hepatitis B für im Gesundheitswesen Tätige.

Diagnose

Eine Hepatitis B wird in der Regel durch den Nachweis von Antikörpern (Anti-HBs, Anti-HBe) gegen bestimmte Bestandteile der Virushülle (Antigene) oder gegen innere Eiweißbestandteile (Anti-HBc = Immunglobuline der Klassen IgM und IgG) festgestellt.

32

Der Nachweis von HBe-Antigen deutet auf eine hohe Viruslast im Blut hin. Nach Verschwinden des HBe-Antigens hat das Immunsystem den ersten Schritt zur Kontrolle der Vermehrung des Hepatitis-B-Virus unternommen.

Auch die HBV-Erbinformation (DNA) kann nachgewiesen werden; ihre Konzentration (Virämie) ist ein Maß für die Infektiosität.

DETAILWISSEN: HBsAg und mehr... – Serologischer Verlauf einer akuten Hepatitis B

HBsAg

Etwa sechs bis acht Wochen nach einer Ansteckung (also mehrere Tage, manchmal Wochen vor dem Auftreten klinischer Symptome) kann man in der Regel HBs-Antigen (HBsAg) im Blut nachweisen.

Die HBsAg-Konzentration erreicht mit dem Auftreten der typischen Symptome die höchste Konzentration und fällt danach allmählich wieder ab. Ist HBsAg mehr als sechs Monate nach Beginn der Erkrankung noch nachzuweisen, hat man es mit einer chronischen Hepatitis-B-Infektion zu tun; die Patienten müssen als infektiös gelten.

Anti-HBsAg

Bei normalem Krankheitsverlauf treten kurz nach dem Verschwinden von HBsAg Antikörper gegen diesen Virusbestandteil auf (Anti-HBs): Zeichen für die Eliminierung



des Virus und das Ende der Infektiosität.

Auch nach erfolgreicher Impfung lässt sich Anti-HBs nachweisen. Ist die Anti-HBs-Konzentration hoch genug, besteht in der Regel Immunität gegen eine weitere Infektion.

Anti-HBcAg

Antikörper gegen HBc sind bereits bei Auftreten von Symptomen vorhanden.

Anti-HBc-IgG im Blut zeigt an, dass ein Kontakt mit HBV stattgefunden hat. Vor einer geplanten Impfung wird daher nach diesen Immunglobulinen gesucht, die lebenslang nachweisbar bleiben.

Anti-HBc-IgM tritt zu Beginn der Erkrankung in hoher Konzentration auf und fällt bei normalem Verlauf innerhalb von mehreren Wochen bzw. Monaten auf nicht mehr nachweisbare Werte ab.

Bei chronischen Verläufen dagegen kann Anti-HBc-IgM über lange Zeit in niedriger bis mäßig hoher Konzentration nachweisbar bleiben.

HBeAg und Anti-HBe

HBeAg ist während einer akuten Infektion für einige Tage bis Wochen nachweisbar und deutet auf eine aktive Virusvermehrung mit hoher Virämie (Virusmenge).

Anschließend wird HBeAg in der Regel durch die entsprechenden Antikörper abgelöst (Anti-HBe), die meist über mehrere Jahre nachweisbar bleiben.

Bei chronischen Infektionen, vor allem bei chronisch-aktiven, kann HBeAg auch weiterhin im Blut verbleiben.

Dies gilt allerdings nicht für eine Untergruppe von HBV, die eine genetische Veränderung (Mutation) des HBe-Antigens aufweist (Precore-Mutante):

Obwohl sich bei den betroffenen Patienten mit den gängigen Nachweisverfahren kein HBeAg mehr, wohl aber Anti-HBe nachweisen lässt, haben sie eine chronisch-aktive Hepatitis B (was sich durch den Nachweis großer Mengen von HBV-DNA im Blut feststellen lässt) und sind damit ansteckend.

Diese Mutanten breiten sich zunehmend in Deutschland aus und sind inzwischen bei der Mehrheit der diagnostizierten Hepatitis-B-Infektionen nachweisbar.

Nach Ausheilung einer Hepatitis B sind nur noch die Antikörper (Anti-HBs und Anti-HBc, evtl. Anti-HBe) im Blut feststellbar.

Bei einer chronischen Infektion bleiben in der Regel das HBs-Antigen und Anti-HBc, manchmal das HBe-Antigen und die HBV-DNA nachweisbar.

Bei Nachweis von HBV-DNA gelten Betroffene als weiterhin infektiös (ansteckend).

Wird keine HBV-DNA mehr nachgewiesen, wohl aber HBs-Antigen, spricht man von einem HBs-Trägerstatus; die Infektiosität ist in diesem Stadium als sehr gering einzuschätzen.

Verlauf

Akute Infektion

Zwischen Infektion und Erkrankung vergehen ein bis sechs, im Durchschnitt zwei bis drei Monate (Inkubationszeit).

Der Krankheitsverlauf, der wesentlich von der Immunantwort des Körpers und nicht vom Virus selbst bestimmt wird, kann sehr unterschiedlich sein.



- **In bis zu zwei Dritteln der Fälle treten gar keine oder nur geringe Beschwerden auf, so dass die Hepatitis nicht erkannt wird.**

Typisch sind Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Oberbauchbeschwerden, Unwohlsein sowie Gelenkschmerzen und Hautveränderungen, selten sind auch die Nieren beteiligt (Nierenentzündung).

In etwa jedem dritten Fall kommt es zu einem Ikterus mit Gelbfärbung von Haut und Schleimhäuten, dunklem Urin, entfärbtem Stuhl und oft auch starkem Juckreiz. Diese Beschwerden sind nach drei bis sechs Wochen in der Regel wieder abgeklungen.

Verläufe ohne Gelbsucht werden häufig als Grippe fehlgedeutet.

In etwa 0,5-1% der Fälle kommt es zu einem »fulminanten Verlauf« mit lebensgefährlichem akutem Leberversagen, bei dem nur noch eine Lebertransplantation Rettung bringen könnte. Dieses Risiko erhöht sich mit zunehmendem Alter.

Im Anschluss an eine ausgeheilte Hepatitis-B-Infektion besteht eine wahrscheinlich lebenslange Immunität. Das Virus ist zwar weiterhin in den Leberzellen präsent, wird aber vom Immunsystem kontrolliert und an der Vermehrung gehindert.

Bei Verlust der immunologischen Kontrolle z. B. durch eine deutliche Immunschwäche infolge einer HIV-Infektion oder durch eine Chemotherapie kann es trotz »Ausheilung« zu einer erneuten Vermehrung des Hepatitis-B-Virus kommen.

Chronische Infektion

Von einer chronischen Infektion spricht man, wenn nach mehr als einem halben Jahr noch HBsAg nachweisbar ist. Dabei wird zwischen asymptomatischem HBsAg-Trägerstatus und chronischer Hepatitis B unterschieden.



34

DETAILWISSEN:

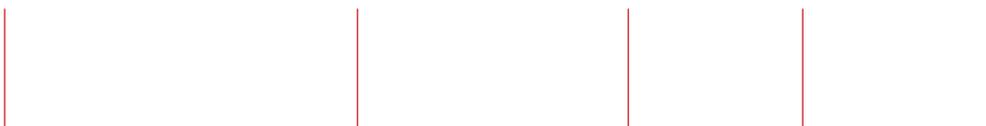
Unwahrscheinlich wird ein chronischer Verlauf wenn innerhalb der ersten drei bis sechs Monate der Erkrankung das HBe- und auch das HBs- Antigen »negativ« werden, also nicht mehr nachgewiesen werden können, und stattdessen Antikörper gegen HBeAg und HBsAg auftreten.

Ob eine akute Hepatitis B ausheilt oder chronisch wird, hängt vor allem vom Alter und vom Zustand des Immunsystems ab: Bei der Geburt infizierte Neugeborene werden in über 90% der Fälle zu chronischen Virusträgern, bei Erwachsenen mit intaktem Immunsystem dagegen heilt eine akute Hepatitis B meist aus und wird nur in 5% der Fälle chronisch.

In mehr als der Hälfte der Fälle verläuft eine chronische Hepatitis-B-Infektion mild, d.h. nur mit Laborwertveränderungen und lediglich mikroskopisch feststellbaren Zeichen einer Leberentzündung. Weil es meist keine Beschwerden gibt, werden diese Infektionen in der Regel nicht bemerkt.

Bei einem aggressiven Verlauf kommt es zu einer zunehmenden Einschränkung der Leberfunktion, bei langer Dauer oft zu einer Leberzirrhose mit bleibenden Leberschäden. Hieraus kann sich dann ein Leberzellkrebs entwickeln, zu dem es bei einer Hepatitis B in seltenen Fällen auch ohne Leberzirrhose kommt.

Auch ohne Behandlung kommt es pro Jahr bei etwa 2-5% der Betroffenen zu einer Inaktivierung der chronischen Hepatitis, d. h., sie gehen in einen asymptomatischen



HBsAg-Trägerstatus über und das Virus ist nicht mehr im Blut nachweisbar. Infizieren sich Menschen mit einer Immunschwäche (z. B. HIV-Positive mit wenigen Helferzellen) mit HBV, kommt es deutlich häufiger zu einer Chronifizierung. Diese chronische Hepatitis B verläuft zwar meist milder (da die Abwehrreaktion des Körpers infolge der Immunschwäche geringer ausfällt), doch kommt es später häufiger zu einer Zirrhose. Außerdem werden bei einer Immunschwäche manchmal scheinbar ausgeheilte Infektionen reaktiviert.

Bei HIV-Positiven ist mittlerweile eine erhöhte leberbedingte Sterblichkeit zu verzeichnen: Da die Lebenserwartung von Menschen mit HIV durch die Erfolge der antiretroviralen Behandlung deutlich gestiegen ist, hat eine HBV-Infektion »mehr Zeit« zur Entwicklung einer Leberzirrhose.

Behandlung

Behandlung der akuten Hepatitis B

Für die akute Hepatitis B gibt es keine spezifische Behandlung. Empfohlen werden körperliche Schonung, die Behandlung der Allgemeinsymptome, eine ausgewogene, nicht zu fette Ernährung, der **Verzicht auf Alkohol** sowie – wenn möglich – die Vermeidung leberschädigender Medikamente.

Eine Krankenhausaufnahme ist in der Regel nicht erforderlich. Bei besonders schweren Verläufen ist in Einzelfällen Lamivudin erfolgreich eingesetzt worden.

Behandlung der chronischen Hepatitis B

Die Behandlung einer chronischen Hepatitis B gehört in die Hand eines Spezialisten! (siehe Kapitel I, 3)



35

1.7.3 Hepatitis C

BASISWISSEN:

- ▶ **Das Hepatitis C-Virus (HCV) ist außerhalb des Körpers deutlich widerstandsfähiger und hat dadurch eine längere Überlebensdauer als das HI-Virus. Schon kleinste Mengen reichen für eine Infektion aus. Übertragungsweg: Blut, andere Übertragungswege sind zur Zeit noch nicht gesichert.**

HCV wird vor allem beim Drogengebrauch (durch gemeinsam benutztes Spritzbesteck und Zubehör) übertragen. Eine Übertragung durch Sex ist selten, entscheidend sind jedoch die Sexualpraktiken.

- ▶ **Bei einer akuten Hepatitis C-Infektion lässt sich durch eine sechsmonatige Behandlung mit Interferon in fast allen Fällen eine Chronifizierung verhindern.**

Unbehandelt wird die Hepatitis C in den meisten Fällen chronisch und kann über Jahre/Jahrzehnte zu einer Leberzirrhose oder zu Leberkrebs führen.

Die Erfolgsaussichten einer Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Interferon in Kombination mit Ribavirin liegen je nach Genotyp zwischen 40 und 80%. Vom Genotyp hängt auch ab, ob sechs oder zwölf Monate behandelt wird. Drogengebrauch/ Substitution gilt nicht mehr als Ausschlussgrund für eine Therapie.

- ▶ **Es gibt keine Immunität gegen HCV. Eine einmal durchgemachte Hepatitis C oder eine erfolgreiche Therapie schützen nicht vor einer erneuten Ansteckung. Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung. Chronisch Infizierte sollten jedoch gegen Hepatitis A & B geimpft werden.**

Das Hepatitis C-Virus ist die dritthäufigste Ursache für eine virusbedingte Leberentzündung in der Allgemeinbevölkerung. **70-90% der intravenös Drogen Gebrauchenden haben jedoch Antikörper gegen das Virus!**

Heute sind mehrere Formen dieses Virus (Genotyp 1 bis 6 mit zahlreichen Subtypen) bekannt, die sich bezüglich Virusaufbau, Krankheitsverlauf und Therapieerfolg unterscheiden. Bei uns sind die Genotypen 1 und 2 am häufigsten (in dieser Reihenfolge).

Verbreitung

Welt: Chronische Hepatitis C: ca. 130 Millionen

Kontakt mit dem Hepatitis C-Virus haben weltweit ca. 170 Millionen Menschen gehabt (3% der Weltbevölkerung). Davon sind schätzungsweise 130 Millionen chronisch infiziert, in Europa etwa 3-5 Millionen. Besonders weit verbreitet ist HCV in Asien und Osteuropa, aber auch im Mittelmeerraum kommt HCV weitaus häufiger vor als in Mittel- und Nordeuropa.

Deutschland: Chronische Hepatitis C: 400.000-500.000

Chronische Hepatitis C + HIV-Infektion: 6.000

In Deutschland werden jährlich ca. 7.000 akute Hepatitis C-Infektionen an das RKI gemeldet (www.rki.de), die tatsächliche Zahl dürfte aber aufgrund des häufig symptomlosen Verlaufs höher sein. Etwa 0,4-0,7% der Bevölkerung haben Antikörper gegen Hepatitis C im Blut. Da ca. 60-80% der Infektionen chronisch werden, rechnet man mit etwa 400.000-500.000 chronisch Infizierten. Bei Menschen mit HIV ist der Anteil der chronisch Hepatitis C-Infizierten deutlich höher als im Durchschnitt der Bevölkerung. Schätzungen gehen von ca. 6.000 HIV-positiven Patienten aus, die zugleich eine chronische Hepatitis C haben (das entspricht etwa 15% aller Menschen mit HIV).

Übertragungswege

HCV wird vor durch Blut übertragen (und zwar wesentlich leichter als HIV). HCV wird zwar auch in anderen Körperflüssigkeiten nachgewiesen, ob auf diesem Weg jedoch eine Infektion möglich ist, gilt nach heutigem Wissensstand als unwahrscheinlich.

In über 50% der Fälle erfolgt die Infektion durch gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck und Zubehör beim intravenösen Drogenkonsum.

Auch eine Übertragung beim Sex ist möglich. Die Übertragungswahrscheinlichkeit erhöht sich durch begleitende sexuell übertragbare Erkrankungen sowie Haut- und Schleimhautverletzungen und ist damit auch von den ausgeübten Sexualpraktiken



abhängig: Werden Schleimhäute verletzt und ist Blut im Spiel (auch in geringen Mengen), z. B. beim ungeschützten Analsex, ist das Risiko höher.

- ▶ **Eine Beratung zur sexuellen Übertragung von Hepatitis C muss sehr detailliert erfolgen, wenn man sie nicht auf die generelle Benutzung von Kondomen reduzieren will!** (siehe Kapitel II, 4)

Weitere Infektionswege sind:

- das gemeinsame Benutzen eines Röhrchens zum Sniefen von Kokain oder Speed (wenn das Röhrchen mit verletzter Nasenschleimhaut in Kontakt kommt)
- invasive diagnostische oder operative Eingriffe; eine besonders hohe Gefahr stellt die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen unter mangelhaften hygienischen Bedingungen in Hepatitis C-Hochprävalenzländern dar
- gemeinsames Benutzen von Gegenständen, die mit Blut in Kontakt gekommen sind (Zahnbürste, Rasierzeug, Nagelschere usw.)
- Piercen, Tätowieren oder Ohrlochstechen unter mangelhaften hygienischen Bedingungen (z. B. im Gefängnis).

Das Risiko einer Infektion durch Blutprodukte (z. B. bei Transfusionen) dagegen ist heute aufgrund moderner Testverfahren gering.

- ▶ **Normale Sozialkontakte wie Küssen, Umarmungen, der gemeinsame Gebrauch von Haushaltsgegenständen (Z. B. Geschirr, Besteck) beinhalten kein Übertragungsrisiko, solange kein Blut im Spiel ist!**



Infektiosität

Da ein großer Teil der Hepatitis C-Infektionen chronisch verläuft (60-80% der Fälle), können infizierte Personen unter Umständen viele Jahre ansteckend sein.

Das Übertragungsrisiko ist aber von der Viruskonzentration im Blut abhängig, die oft über lange Zeiträume sehr niedrig ist. HIV-Infizierte mit einer Hepatitis C haben bei fortgeschrittener Immunschwäche größere HCV-Mengen im Blut, weshalb von erhöhter Ansteckungsgefahr auszugehen ist.

Besonders Gefährdete

Drogengebraucher sind besonders gefährdet, wenn sie Spritzbesteck und Zubehör gemeinsam verwenden. Darüber hinaus gibt es aber auch im häuslichen Umfeld von Drogengebrauchern ein erhöhtes Risiko, da Blut eine größere Rolle spielt als in einem „normalen“ Haushalt.

In den letzten Jahren ist die Zahl von Hepatitis C-Infektionen bei schwulen Männern gestiegen; die Übertragungswahrscheinlichkeit ist abhängig von den ausgeübten Sexualpraktiken. Darüber hinaus gelten auch Zahnärzte und operativ tätige Mediziner als besonders gefährdet.

Vorbeugung

Impfung

Eine Vorbeugung gegen Hepatitis C ist derzeit weder durch eine aktive Immunisie-

rung (Schutzimpfung) noch durch eine passive Immunisierung (Immunglobuline) möglich.

Hygiene, Safer Use und Safer Sex

Da es zurzeit noch keine Impfung gegen Hepatitis C gibt, sind diese Punkte von ganz besonderer Bedeutung und sollten fester Bestandteil in der Arbeit mit Drogengebern sein! (siehe Kapitel II, 2, 3, 4 + 5)

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen/Meldepflicht und sonstige Verpflichtungen

- ▶ **Menschen mit HCV sollten sich, sofern sie keinen ausreichenden Immunschutz haben, gegen Hepatitis A und B impfen lassen, da diese Infektionen bei bestehender chronischer Hepatitis C zu einem schwereren Krankheitsverlauf führen.**

HCV ist namentlich meldepflichtig (siehe Kapitel IV, 3.1)

Personen, die in einem Haushalt mit Menschen mit Hepatitis C leben, sie pflegen oder betreuen (z. B. auch in der Schule), so wie Partner sollten die gemeinsame Benutzung von Nagelschere, Zahnbürste, Rasierapparat oder Ähnlichem meiden.

- ▶ **Besonders aufmerksam müssen jedoch i. v. Drogengebraucher sein, da in ihrem häuslichen Umfeld mit Blut verschmutzte Gegenstände eine gefährliche Infektionsquelle darstellen.**

Diagnose

Eine HCV-Infektion wird in der Regel durch die Kombination des Nachweises von Antikörpern gegen das Virus (Anti-HCV) sowie von HCV-RNA (Erbinformation des Virus) im Blut festgestellt. Die Antikörper treten meist acht bis zwölf Wochen nach der Infektion auf, in Einzelfällen aber auch deutlich später. Die HCV-RNA dagegen ist bereits zu einem früheren Zeitpunkt nachweisbar oft schon nach zwei Wochen.

Bei nachgewiesener HCV-RNA, deutlich erhöhten Leberwerten und negativem HCV-Antikörpertest gilt eine akute Hepatitis C als wahrscheinlich (auch dann, wenn keine körperlichen Beschwerden auftreten).

Bei positivem HCV-Antikörpertest und nicht nachweisbarer HCV-RNA ist von einer spontan oder nach Therapie ausgeheilten Hepatitis C auszugehen; diese Personen sind nicht infektiös.

Bei HIV/HCV-Koinfizierten mit fortgeschrittenem Immundefekt kann es in seltenen Fällen zu einem Verlust von HCV-Antikörpern trotz weiter bestehender chronischer Hepatitis C kommen. Daher empfiehlt sich bei allen HIV-positiven Patienten mit Hepatitis-C-Verdacht auch ein direkter Virusnachweis.

Verlauf

Die Zeit zwischen Infektion und Erkrankung (Inkubationszeit) beträgt etwa drei Wochen bis sechs Monate, im Mittel 1,5 Monate. In etwa 90% der Fälle verläuft die Infektion ohne ausgeprägte Beschwerden, in 50-80% sogar völlig asymptomatisch.



In 10-20% treten grippeähnliche Symptome auf, in etwa 10% ein Ikterus.

Ein fulminanter Verlauf, bei dem in der Regel nur noch eine Lebertransplantation Rettung bringen kann, tritt in weniger als 0,5% der Fälle auf. Kommt zu einer bereits bestehenden chronischen Hepatitis C eine Hepatitis A hinzu, ist dieses Risiko – wie auch bei gleichzeitiger HBV- und HCV-Infektion – höher. 60-80% der Hepatitis C-Infektionen werden chronisch, die anderen Infektionen heilen innerhalb von sechs Monaten aus.

Die spontane Ausheilungsrate bei Menschen mit einer symptomatischen akuten Hepatitis C liegen bei ca. 50%! (nur leider verlaufen die meisten asymptomatisch – siehe oben)

Eine Ausheilung kann auch später noch jederzeit geschehen; bei milden chronischen Verläufen ist eine spontane Heilung häufig.

- ▶ **Auch bei einer Ausheilung der chronischen Hepatitis C entsteht kein Schutz vor einer erneuten Ansteckung mit HCV!**

Von den chronischen Infektionen verläuft etwa ein Drittel aggressiv, d. h. mit Leberentzündung und bindegewebigem Umbau bzw. Vernarbung der Leber (Fibrose). Folgen können eine Leberzirrhose (in etwa 10-20% dieser Fälle) mit anschließendem Leberversagen oder (seltener) Leberkrebs sein.

Eine Zirrhose tritt bei älteren Menschen häufiger als bei jüngeren, bei Männern häufiger als bei Frauen und entwickelt sich rascher, wenn zusätzliche Risikofaktoren wie etwa fortgesetzter (auch mäßiger) Alkoholkonsum hinzukommen.

Bei HIV-Positiven und anderen Immungeschwächten verläuft die chronische Hepatitis C in der Regel rascher, und es kommt häufiger zu einem Leberversagen.



39

Behandlung

- ▶ **Bei vielen Drogengebrauchern hat die Interferontherapie ein sehr schlechtes Image: man kennt jemanden, der wegen fürchterlicher Nebenwirkungen die Behandlung abgebrochen hat. Die Therapie hat Nebenwirkungen, die z. T. erheblich sind, aber viele Nebenwirkungen lassen sich mittlerweile gut behandeln und die pegylierten Interferone sind generell nicht mehr so belastend wie die konventionellen. Die Therapie gehört in die Hände von Spezialisten! Besonders bei der Behandlung von Drogengebrauchern ist nicht nur medizinisches Know How gefragt, es muss auch die Bereitschaft der behandelnden Praxis vorhanden sein, sich wirklich auf diese Menschen einzulassen! (siehe Kapitel I, 3)**

1.7.4 Hepatitis D

BASISWISSEN

- Hepatitis D-Virus (HDV) wird vor allem beim Drogengebrauch übertragen.
- HDV ist ein unvollständiges Virus und braucht zur Vermehrung die Hülle von Hepatitis B-Virus; eine Ansteckung mit HDV kann daher nur gleichzeitig mit einer

Ansteckung mit HBV passieren (Simultaninfektion) oder zusätzlich zu einer schon bestehenden Hepatitis B (Superinfektion).

- Bei einer Infektion mit HDV zusätzlich zu einer schon bestehenden Hepatitis B (Superinfektion) verläuft die Hepatitis schwerer als bei alleiniger HBV-Infektion.
- Eine Impfung gegen Hepatitis B schützt auch vor Hepatitis D.

Verbreitung

Welt: ca. 15 Millionen HDV/HBV-Koinfektionen

Man schätzt, dass etwa 15 Millionen der ca. 300-420 Millionen HBs-Antigen-Träger (chronische Hepatitis B) zusätzlich HDV-infiziert sind. HDV kommt häufig im Mittelmeerraum, in den Balkanländern, im Vorderen Orient, in einigen Ländern Afrikas und in Südamerika vor.

Deutschland

HDV-Infektionen sind in Deutschland selten, verlässliche Zahlen liegen uns nicht vor. Die Verbreitung ist im Wesentlichen auf injizierende Drogengebraucher beschränkt.

Übertragungswege

HDV wird wie HBV in erster Linie durch Blut-Blut-Kontakte – z. B. durch gemeinsame Benutzung von Spritzbesteck und Zubehör beim Drogengebrauch, beim Piercen, Tätowieren und Ohrlochstechen, bei gemeinsamer Benutzung von Zahnbürsten, Rasierzeug usw. – und durch Blutprodukte übertragen. Seltener ist eine Übertragung beim Geschlechtsverkehr und während der Geburt von der Mutter auf das Kind.

Infektiosität

HDV kann wie HBV während der Inkubationszeit und der akuten Infektion sowie bei chronischer Infektion durch Blut und andere Körperflüssigkeiten übertragen werden. Das Übertragungsrisiko steigt mit der Virusmenge im Blut.

Besonders Gefährdete:

- Drogengebraucher
- Reisende in Länder mit hoher HDV-Verbreitung

Vorbeugung

Die wirksamste Vorbeugung gegen eine Hepatitis D-Infektion besteht in einer Schutzimpfung gegen Hepatitis B. Eine spezifische Aktivimpfung gegen HDV dagegen existiert nicht. Hat jemand bereits eine chronische Hepatitis B, so kann er nicht mehr durch eine Schutzimpfung vor einer HDV-Superinfektion geschützt werden.

Beim Drogengebrauch verringert Safer Use das Infektionsrisiko. Das Risiko einer sexuellen Übertragung wird durch Kondomgebrauch gemindert.

Im Krankenhaus, in der (Zahn-)Arztpraxis sowie bei allen instrumentellen Eingriffen (Tätowierungen Piercings) sind die üblichen Hygiene- und Desinfektionsregeln einzuhalten.



Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen/Meldepflicht

Für HDV-Träger und Kontaktpersonen gelten die gleichen Regeln wie für Menschen mit HBV.

Diagnose

Die Diagnose einer Hepatitis D erfolgt durch den Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis D-Virus im Blut (Anti-HDV = Immunglobuline der Klassen IgM und IgG).

In speziellen Untersuchungen lassen sich auch HDV-RNA (also Virus-Erbinformation) sowie HDV-Antigen im Lebergewebe feststellen.

Diese Marker treten zu verschiedenen Zeitpunkten einer Hepatitis D-Infektion auf: Während der akuten Krankheitsphase sind IgM, später auch IgG in niedriger Menge nachweisbar; sie verschwinden später.

Chronisch HDV-infizierte Personen dagegen weisen hohe IgM- und IgG-Mengen auf.

Verlauf

Die Zeit zwischen Infektion und Erkrankung (Inkubationszeit) beträgt sowohl bei gleichzeitiger HDV- und HBV-Infektion (Simultaninfektion) als auch bei HDV-Infektion zusätzlich zu einer bestehenden Hepatitis B (Superinfektion) etwa 3-8 Wochen.

Bei einer Simultaninfektion unterscheidet sich der Verlauf nicht von dem einer Hepatitis B-Infektion, bei einer Superinfektion hingegen entwickelt sich in etwa 80% der Fälle eine chronische Hepatitis D, und das Risiko eines fulminanten Verlaufs bzw. einer raschen Zirrhoseentwicklung ist erhöht.

Auch eine chronische Hepatitis D kann aber spontan ausheilen.

Behandlung

Einen Standard zur Therapie der Hepatitis D gibt es derzeit nicht.



41

1.7.5 Hepatitis E

BASISWISSEN

- Das Hepatitis-E-Virus (HEV) wird in erster Linie über verunreinigte Lebensmittel und Trinkwasser übertragen. Die Erkrankung gilt (wie die Hepatitis A) auch als »Reisehepatitis«.
- Eine Hepatitis E ist vor allem für Schwangere gefährlich!
- HEV verursacht eine akute Leberentzündung und wird nicht chronisch.
- Gegen die akute Leberentzündung gibt es keine spezifische Therapie.
- Die Infektion hinterlässt keine Immunität. Man kann sich erneut infizieren.
- Gegen Hepatitis E gibt es keine Impfung.

Verbreitung

Welt

Das Hepatitis E-Virus (HEV) ist in Vorderasien, im Mittleren Osten, in Nord- und Westafrika, Mittel- und Südamerika sowie in den Balkanländern weit verbreitet. Genaue Zahlen über die Häufigkeit der Infektion liegen nicht vor.

Deutschland: ca. 30 neue Infektionen pro Jahr

In Deutschland ist die Hepatitis E sehr selten, sie tritt vor allem bei Reisenden auf, die aus Gebieten mit weiter HEV-Verbreitung kommen.

Übertragungswege

HEV wird über den Stuhl ausgeschieden, die Übertragung erfolgt wie bei HAV vor allem fäkal oral, im Wesentlichen über verunreinigte Nahrungsmittel und Trinkwasser. Eine Übertragung durch direkten Kontakt ist selten. Eine sexuelle Übertragung wurde bislang nur in Einzelfällen beschrieben.

Beim Konsum von Drogen kann man sich durch gemeinsamen Gebrauch von Spritzbesteck und Zubehör anstecken.

Infektiosität

Die Virusausscheidung beginnt bereits vor Auftreten von Symptomen und ist in dieser Zeit auch am stärksten; nach Abklingen der Symptome bzw. nach Ende der akuten Phase hält sie noch einige Zeit an.

Vorbeugung

Die prophylaktischen Maßnahmen entsprechen im Wesentlichen denen gegen Hepatitis A, da die Übertragungswege identisch sind.

Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis E gibt es noch nicht; zurzeit wird in Studien ein gentechnisch hergestellter Impfstoff erprobt.

Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen/Meldepflicht

Auch die Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen entsprechen denen bei Hepatitis A. Hepatitis E ist namentlich meldepflichtig.

Diagnose

Die Diagnose einer Hepatitis E-Infektion erfolgt über Antikörper des Frühstyps (IgM), die sich bereits nach zwei bis vier Wochen nachweisen lassen.

Verlauf

Die Zeit zwischen Infektion und Erkrankung (Inkubationszeit) beträgt etwa zwei Wochen bis zwei Monate. Die Hepatitis E verläuft meist ähnlich wie die Hepatitis A.

Bei Schwangeren dagegen wird gehäuft eine schwere Verlaufsform mit Leberversagen (Sterblichkeit bis zu 20%) beobachtet. Die Hepatitis E geht – wie die Hepatitis A



– nicht in eine chronische Form über. Anders als bei einer Hepatitis A besteht aber nach einer durchgemachten Hepatitis E keine Immunität.

Behandlung

Für die akute Hepatitis E gibt es keine spezifische Behandlung. Empfohlen werden körperliche Schonung, die Behandlung der Allgemeinsymptome, eine ausgewogene, nicht zu fette Ernährung der Verzicht auf Alkohol sowie – wenn möglich – die Vermeidung leberschädigender Medikamente. Eine Krankenhausaufnahme ist in der Regel nicht erforderlich.

1.7.6 Musterbrief „Indikationsimpfung(en)“

* * *

Briefkopf Beratungsstelle Musterhilfe

Sehr geehrte Frau Dr. / Sehr geehrter Herr Dr.,

anlässlich einer Gesundheitsberatung am 20... habe ich bei Ihrer Patientin/Ihrem Patienten, geb. 19...., die Zugehörigkeit zu einer der „**besonderen Risikogruppen**“ nach den Empfehlungen der „Ständigen Impfkommision (STIKO)“ des Robert Koch-Instituts festgestellt. (aktuelle STIKO-Empfehlungen: www.rki.de > Infektionsschutz > Impfen > Empfehlungen der STIKO)

Danach wird die Durchführung folgender Indikationsimpfung(en) empfohlen:

aktive Hepatitis-A-Schutzimpfung

aktive Hepatitis-B-Schutzimpfung

Da die STIKO-Empfehlungen in die Verträge der Krankenkassen mit der KV Musterland übernommen wurden, können Sie die Impfung als Präventionsleistung durchführen. (Ggf. Quelle KV Musterland nennen)

Wenn nur die Impfung erfolgt, ist keine Praxisgebühr fällig.

Die Impfstoffe belasten nicht Ihr Arzneimittelbudget und beeinflussen nicht budgetbegleitende Richtgrößen, wenn der Bezug der Impfstoffe korrekt erfolgt. Es muss ein Rezeptblatt „Impfstoffanforderung“ nach Vorschrift Ihrer KV ausgefüllt werden (z.B. Vordruck Muster 16 zu Lasten der „BEK“, im Namensfeld: „Impfstoffanforderung“ und in Feld 8: „8“ eintragen). Hinweis der KV: Sprechstundenbedarf und Impfstoffe nie auf einem Rezept anfordern; wirtschaftliche Bezugsmöglichkeiten wahrnehmen (z.B. Großpackungen)!

Mit freundlichen Grüßen

Musterfrau
Berufsbezeichnung

Mustermann
Berufsbezeichnung

* * *



2. Testberatung und Labordiagnostik

Neben einem HIV-Antikörpertest wird in den verschiedenen Settings der Drogen- und Aidshilfe oder im Justizvollzug oft eine Hepatitis-Serologie angeboten – aus unterschiedlichen Gründen: Klärung des Gesundheitsstatus der Patient(inn)en/Klient(inn)en, Abklärung, ob Behandlungsnotwendigkeit besteht, Untersuchung auf Ko-Infektionen, „Sicherheitsbedürfnis“ der Einrichtung. Und obwohl viele der Klient(inn)en in den verschiedenen Settings der Drogen- und Aidshilfe bereits auf Hepatitiden getestet worden sind, kann ein erneuter Test aus verschiedenen Gründen nötig sein (Befund liegt nicht vor, Zeitpunkt der Erstdiagnose nicht bekannt, keine Kennzeichnung von Mehrfach-Infektionen mit verschiedenen Hepatitisviren oder von Ko-Infektionen).

Ob erstmaliger oder Wiederholungs-Test, in jedem Falle ist der HCV-Test von großer existenzieller Bedeutung für die potenziell Betroffenen. Die Entscheidung für oder gegen einen Test sollte daher im Rahmen einer informierten Zustimmung erfolgen, d. h. Patient(inn)en sollten über die Bedeutung, Aussagekraft und die Konsequenzen des Testergebnisses aufgeklärt werden. Zudem können die Durchführung eines HCV-Tests, das Warten auf das Ergebnis, die Mitteilung des Ergebnisses und das Wissen um eine HCV-Infektion mit seelischen Belastungen verbunden sein. Deshalb ist es umso wichtiger, dass die Betroffenen selbst entscheiden, ob der HCV-Test für sie im Moment wirklich sinnvoll ist. Dabei kann z. B. eine Rolle spielen,

- ob die Betroffenen sich in einer Lebenssituation befinden, in der sie sich nicht mit einem möglicherweise positiven Testergebnis belasten wollen,
- ob sie sich für ihre Entscheidung ausreichend informiert und unterstützt fühlen (sind z. B. sozial-, kranken-, renten- und versicherungsrechtliche Konsequenzen bei positivem Testergebnis geklärt?),
- ob sie unter Druck gesetzt werden, einen HCV-Test vornehmen zu lassen,
- ob überhaupt die Möglichkeit angemessener medizinischer Behandlung gegeben ist¹.

Damit eine informierte Entscheidung für oder gegen einen Test getroffen werden kann, ist eine gründliche, verständliche und individuell zugeschnittene Testvorbereitung und Test-Nachberatung von großer Bedeutung. Sie gehört ebenso wie bei HIV zum Standard der Diagnostik und weiterführender Präventions- und Behandlungsschritte – und wird trotzdem viel zu selten in angemessener Weise durchgeführt. Dabei ist eine adäquate Testvorbereitung und Test-Nachberatung von großer Wichtigkeit für das Verstehen der Diagnose, insbesondere dann, wenn eine Infektion/ Erkrankung festgestellt wird: Werden die möglichen kurz- und langfristigen gesundheitlichen Folgen, die Bedeutung der weiteren Kontrolle des Krankheitsverlaufs und die Chancen und Risiken der Behandlung verstanden, ist dies die beste Voraussetzung für die Mitwirkung des Patienten/der Patientin an der Therapie, die für einen Erfolg so wichtig ist. Von Bedeutung ist das Testergebnis (ob positiv oder negativ) darüber hinaus auch für das weitere (Risiko-)Verhalten sich selbst und anderen Menschen gegenüber.

¹ Vgl. DAH (2005): test? Informationen rund um den HIV-Test. Berlin, September 2005



Eine HCV-Testberatung kann sowohl von Mitarbeiter(inne)n im psycho-sozialen als auch im Gesundheits-/Medizinbereich durchgeführt werden. Eine HCV-Testberatung durch eine Sozialarbeiterin oder einen Sozialarbeiter, die/der nicht in einem Dienstverhältnis zur Arztpraxis oder zum Krankenhaus steht, entbindet Ärztinnen und Ärzte allerdings nicht von ihrer Verpflichtung, ihrerseits vor und nach dem Test eine angemessene Beratung durchzuführen, denn vor jedem körperlichen Eingriff (und dazu zählt auch die Blutentnahme) müssen Patient(inn)en beraten und muss ihre Einwilligung eingeholt werden.

Wichtig ist, dass der/die Beratende geschult ist bzw. sich intensiv mit der HCV-Beratung auseinandergesetzt und seine/ihre Haltung und Einstellung reflektiert hat. Dabei geht es um folgende Aspekte:

- ganzheitliche Sicht auf die Person als Individuum mit verschiedenen Facetten, Belastungen und Ressourcen und nicht nur als eine (möglicherweise) infizierte/erkrankte Person
- wertfreier und respektvoller Umgang mit den Bedürfnissen der Klient(inn)en/Patient(inn)en bzgl. Behandlungspräferenzen und Lebensstil
- Rat zu und Informationen über die ganze Bandbreite medizinischer und nichtmedizinischer Ansätze zum Umgang mit und zur Bewältigung von Hepatitis C
- Vermittlung von genügenden und adäquaten Informationen, damit die Klient(inn)en/Patient(inn)en eine bewusste Entscheidung treffen können, die zu ihrem Lebensstil, ihren Arbeits- und sozialen Verpflichtungen, ihren persönlichen Bedürfnissen und Präferenzen am besten passt
- Schaffung gegenseitigen Vertrauens.

Der erste Kontakt mit dem Berater/Arzt oder der Beraterin/Ärztin ist oft von großer Bedeutung – einerseits für das umfängliche Verstehen der Infektion/Erkrankung und andererseits für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Bewältigung eines positiven Test-Ergebnisses.

Die Privatsphäre der Klient(inn)en/Patient(inn)en sollte sowohl bei der Entscheidung für einen Test als auch bei der Übermittlung des Testresultats durch eine vertrauliche Behandlung geschützt werden. Es muss darauf hingewiesen werden, dass Berater/in/ und Arzt/Ärztin der Schweigepflicht unterliegen und dass der Arzt/die Ärztin bzw. das Labor einen positiven Befund melden müssen.

2.1. Risikoabschätzung und HCV-Test²

Eine Empfehlung für einen HCV-Test kann nur im Rahmen einer Abschätzung der Risiken durch (mögliche) HCV-Expositionen ausgesprochen werden. Eine solche Abschätzung umfasst die Identifikation von Verhalten und Lebensbedingungen, die erhöhte Risiken bergen.



45

² Siehe Australian National Council on AIDS, Hepatitis C, and Related Diseases (ANCAHRD; 2003): A Model of Care for the Management of the Hepatitis C Infection in Adults. Prepared for the National Council on AIDS, Hepatitis C and Related Diseases by the ANCAHRD Hepatitis C Committee and Clinical Trial and Research Committee (CTARC). Published July 2003

In der australischen „National Hepatitis C Testing Policy“³ beispielsweise wird ein HCV-Test routinemäßig für Menschen empfohlen, die

- Drogen injiziert haben/injizieren
- inhaftiert waren/sind
- vor 1990 eine Bluttransfusion erhalten haben
- während ihrer Arbeit HCV-Infektionsrisiken ausgesetzt waren (z. B. Nadelstichverletzungen)
- aufgrund einer medizinischen Indikation auffällig sind (z. B. abnorme Leberfunktion)
- einen HCV-Test ohne erkennbare Risikoexposition wünschen.
- Für andere Gruppen wird ein HCV-Test auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung empfohlen:
- Menschen, die eine große Zahl von Tätowierungen und Piercings aufweisen. Hier müssen die Settings, in denen Tätowierungen vorgenommen wurden, diskutiert werden.
- Menschen, die aus Ländern mit hoher HCV-Prävalenz stammen, z. B. aus der Mongolei, Ägypten oder einigen westafrikanische Staaten (siehe www.rki.de).
- Sexualpartner von Menschen mit Hepatitis C.

Im Rahmen dieser Risikoabschätzung kann auch deutlich werden, dass Menschen mögliche Risikofaktoren aus Angst vor Diskriminierung oder schweren Nachteilen für ihre gegenwärtige Lebenssituation nicht angeben wollen. Der Wunsch ist zu respektieren, jedoch können diese Risikofaktoren unabhängig von der individuellen Situation auch allgemein besprochen werden. Bei vielen Klient(inn)en, mit denen ein Testvorbereitungsgespräch geführt wird, stellt sich nämlich heraus, dass sie ihre bisherigen Risiken falsch eingeschätzt haben bzw. dass große Wissenslücken bezüglich der Übertragungswege bestehen/bestanden.

2.2. Test-Vorbesprechung

Eine Testberatung bezieht sich auf die Situation vor und nach dem Test. In der Literatur⁴ (und im Folgenden in diesem Manual) wird die Unterstützung der Klient(inn)en bei der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Test eher als „Test-Diskussion“ (bzw. „Vorbesprechung“) denn als Beratung bezeichnet. Die Gründe liegen darin, dass in der Test-Vorbesprechung eher informative/organisatorische Aufgaben anfallen: gemeinsame Risikoabschätzung vornehmen, informierte Zustimmung einholen, Termine mit/Kontakte zu/ Besuche bei Ärztinnen und Ärzten abstimmen.

In einer HCV-Test-Vorbesprechung sollte eine gemeinsame, gründliche Risikoabschätzung bezüglich des Drogenkonsums, der ausgeübten Sexpraktiken und der Lebensumstände erfolgen. Dabei sind gender-, alters-, bildungs-, sprach- und kulturspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Bei der Suche nach einer Entscheidung für oder gegen einen HCV-Test können grundsätzliche, emotionale, soziale und auch psychologische Aspekte berührt und bedeutsam werden. Daher wird empfohlen, dass Test-Vorbesprechung und Test-Nachberatung in einem persönlichen Gespräch

³ Vgl. Australische National Hepatitis C Testing Policy

⁴ z. B. Ministerial Advisory Committee on AIDS, Sexual Health and Hepatitis. Hepatitis C Subcommittee: A Strategic Approach to Hepatitis C prevention and Care in Australian Custodial Settings

und nicht telefonisch erfolgen sollen. In einem persönlichen Gespräch können darüber hinaus Informationsmaterialien überreicht werden, die den Klient(inn)en bei der Entscheidungsfindung helfen können.

Das Ziel der Test-Vorbesprechung ist die verständliche Beschreibung der Testprozedur und der Bedeutung eines positiven, negativen und unbestimmten Testergebnisses; die Klient(inn)en sollen auf alle möglichen Testergebnisse vorbereitet werden.

Der erforderliche Umfang der Vorbesprechung ist von Person zu Person unterschiedlich, abhängig von ihrer Risikoabschätzung und der Lebenssituation. Mindestens sollen jedoch folgende Themen angesprochen werden:

- Risikoabschätzung, Verbreitung von HCV im persönlichen Lebensumfeld und – abhängig von Risikoindikatoren – die Möglichkeit eines positiven Testergebnisses
- aktuelle Informationen zum Charakter, zum Verlauf und zu den Behandlungsmöglichkeiten von/bei Hepatitis C
- Risikoreduktion (Wie wird das Risiko verringert, sich selbst oder andere zu infizieren?)
- Zugang zu Harm-Reduction-Angeboten für den Klienten/die Klientin
- Test-Prozedur, einschließlich der Fragen, wann und wie die Testergebnisse vorliegen und übermittelt werden, wie es um die Verlässlichkeit des Tests und die Inkubationszeit steht sowie der Option, sich nicht testen zu lassen⁵
- Die Bedeutung eines positiven, negativen oder unbestimmten Testergebnisses, einschließlich der beschränkten Aussagekraft bzw. der Notwendigkeit weiterer Untersuchungen bei positivem Ergebnis
- Datenschutz, Vertraulichkeit und Schutz der Privatsphäre, einschließlich der Fragen Zugang zu den Testergebnissen (jetzt und in Zukunft), namentliche Meldepflicht, mögliche versicherungs- und arbeitsrechtliche Folgen eines nichtanonymen Tests
- Unterstützung durch das soziale Umfeld (Partner, Freunde, Arztpraxis, Beratungsstelle) in der Zeit des Wartens auf den Test und wenn das Testergebnis positiv ist
- Gesundheitsuntersuchung, wenn das Testergebnis positiv ist, um den Gesundheitszustand und evtl. weitere Schritte (z. B. weitere Blutuntersuchungen, medizinische Behandlung der HCV oder Substitution) zu besprechen.

Achten Sie in der Test-Vorbesprechung auf folgende Aspekte:

- Prüfen Sie, ob der Klient/die Klientin die gegebenen Informationen verstanden hat.
- Besprechen Sie die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung und Faktoren, die den Verlauf der Erkrankung und die Möglichkeiten zur Behandlung bestimmen.
- Schätzen Sie ein, wie der Klient/die Klientin das Testresultat aufnehmen wird und über welche Unterstützung er/sie verfügt.
- Geben Sie Informationen über mögliche Infektionsgefahren für andere (abhängig vom jeweiligen Lebensstil) und diskutieren Sie diese.
- Eine Zustimmungserklärung ist einzuholen, wenn der/die Sozialarbeiter(in) vom Arzt oder der Ärztin beauftragt wurde, eine Testberatung durchzuführen.

⁵ Antikörper können nach 8 Wochen festgestellt werden; die Inkubationszeit beträgt 30-150 Tage. Falsch positive Tests sind wahrscheinlicher in Populationen mit geringem Risiko; falsch negative Test bei Klient/innen, die HIV-positiv sind oder andere Immunitätsstörungen aufweisen.



Eine informierte Zustimmung beinhaltet das Verstehen folgender Aspekte:

- die wahrscheinlichen Risikofaktoren der HCV-Infektion
- Bedeutung des Testergebnisses (positiv, negativ, falsch positiv, unbestimmtes Ergebnis)
- gesundheitliche Folgen
- medizinische Behandlungsmöglichkeiten und andere Hilfe, wenn das Testergebnis positiv ausfällt.

Um das Risiko einer weiteren Infektion oder einer Ansteckung anderer zu reduzieren, sollten die Verhaltensweisen, die zu HCV-Übertragungen führen können, besprochen werden (siehe Teil Konsumregeln, Safer Sex, Hygiene). Dabei ist zu betonen, dass das Risiko einer HCV-Transmission durch ungeschützte sexuelle Kontakte und Haushaltsübertragungen gering ist. Klient(innen) sollte allerdings empfohlen werden, Gegenstände, die mit Blut in Berührung kommen können (z. B. Rasierapparate, Zahnbürsten, Nagelscheren), nur für den eigenen Gebrauch zu verwenden.

Andere mögliche Themen einer Test-Vorbesprechung hängen von der Situation und den Informationsbedürfnissen der Klient(inn)en ab. Folgendes könnte zur Sprache kommen: vertikale Übertragung (bei Schwangerschaft), Arbeitsplatz, Versicherung, Bekanntwerden des HCV-Status, Diskriminierung.

2.3. Test-Nachberatung

Eine HCV-Infektion bzw. Hepatitis-C-Erkrankung kann Auswirkungen nicht nur auf den körperlichen Zustand der Betroffenen haben, sondern auch auf deren soziales, psychisches und emotionales Wohlbefinden. Daher ist ein sensibler und reflektierter Umgang mit einem positiven Testergebnis von großer Bedeutung.

Eine Test-Nachberatung gehört zu jeder Übermittlung eines HCV-Testergebnisses, sei es positiv oder negativ. (Es kann passieren, dass ein Klient oder eine Klientin nicht zur Test-Nachberatung erscheint – aus welchen Gründen auch immer. In diesen Fällen ist es für Mitarbeiter(inne)n in einem medizinischen Kontext wichtig, in irgendeiner Form einen Kontakt zu ihm/ihr herzustellen.) Die Test-Nachberatung gibt die Möglichkeit, Fragen zu bereits übermittelten Informationen zu klären, Wissen zu vertiefen und zu verstärken. Hier besteht die Möglichkeit, eine Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen für den Fall, dass weitere Beratungen, Untersuchungen oder Behandlungen nötig sind. Für Berater(innen) aus psycho-sozialen Einrichtungen besteht hier ebenfalls die Möglichkeit, einen wichtigen Kontakt zu festigen und sich als Ansprechpartner(in) anzubieten – sei es in Richtung Harm-Reduction-Unterstützung (bei einem negativen und positiven Testergebnis) oder bei der weiteren Bewältigung der Infektion/Erkrankung (bei einem positiven Testergebnis).

Wichtig ist, weitere Angebote der Unterstützung und Begleitung zu benennen. Hilfreich und nötig für die Klient(innen) können auch Folgetermine (oder eine Überweisung zu anderen Beratungs- bzw. Behandlungseinrichtungen) sein, da diese möglicherweise die Tragweite und Bedeutung eines Testergebnisses nicht sofort erfassen kann und Fragen erst nach der ersten Konfrontation mit dem Testergebnis auftreten.



Widerstehen Sie der Versuchung, die Klient(inn)en mit zu viel Information zu überladen, sondern konzentrieren Sie sich auf spezifische Informationen (Vermeidung weiterer Ansteckungen, Krankheitsverlauf, Behandlungsoptionen, sich um sich selbst kümmern).

Wenn das Testergebnis positiv ausfällt, müssen folgende Themen besprochen werden:

- Bedeutung eines positiven Testergebnisses
- die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, um zu bestimmen, ob der Patient/die Patientin das Virus noch in sich trägt und eine chronische Infektion vorliegt
- unmittelbare Bedürfnisse und Unterstützungsbedarf
- Vermeidung von riskantem Verhalten, Aufklärung, Informationen über Re-Infektionen (Genotypen)
- Zugang zu Harm-Reduction-Angeboten im Lebensumfeld
- das Risikoverhalten in Bezug auf andere und den Umgang damit
- Wem soll und kann was erzählt werden?
- Kontakt zu und Unterstützung von Partner, Familie und Freundeskreis?
- Verstehen und Bewältigen von Kummer, Angst, Verlust
- Zugang zur Behandlung
- Strategien des Lebens mit HCV
- rechtliche Aspekte in Zusammenhang mit der Meldung der Infektion.



2.4. Datenschutz/Vertrauliche Behandlung des Testergebnisses

49

Die Patient(inn)en sollten über ihre Datenschutzrechte bezüglich ihres HCV-Status aufgeklärt werden. Wenn Patient(inn)en einen HCV-Test erwägen und Vertrauen in eine den Test durchführende Einrichtung haben, muss die Einrichtung sicherstellen, dass sie auch eine vertrauliche Behandlung des Testergebnisses und aller damit verbundenen Informationen (Meldung, Datensicherung, Behandlung usw.) gewährleisten kann. Patient(inn)en müssen auch darüber aufgeklärt werden, was mit einem positiven Testergebnis weiter passiert (z. B. namentliche Meldung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin sowie des Labors an das Gesundheitsamt; siehe Punkt 3.1. Infektionsschutzgesetz) und welche Bedeutung das hat.

2.5. Diagnostik

Welche Laboruntersuchungen sind für die Diagnose der Hepatitis C üblich?

Grundsätzlich finden zwei Testmethoden Verwendung:

- indirekte Tests: Nachweis von Antikörpern gegen HCV (Anti-HCV)
- direkte Tests: Nachweis von Virusbestandteilen (HCV-RNA-Nachweis)



Anti-HCV-Suchtest

Ein Anti-HCV-Suchtest weist Antikörper gegen das Hepatitis-C-Virus im Blut nach. Das Testergebnis ist „positiv“ oder „negativ“. Ein positives Testergebnis sagt noch nichts darüber aus, ob eine akute oder chronische HCV-Infektion vorliegt, sondern nur, dass ein HCV-Kontakt bestanden hat und der Körper daraufhin Antikörper gegen das Virus gebildet hat. Es ist also damit nicht zu klären, ob eine Infektion abgeschlossen ist, erst kürzlich stattgefunden hat oder chronisch verläuft. Antikörper gegen HCV erscheinen in der Regel innerhalb von 8-12 Wochen nach Infektion, gelegentlich aber erst nach 6-12 Monaten; dies erschwert die Diagnose am Anfang einer Infektion. Werden keine Antikörper nachgewiesen, bedeutet dies, dass die Person nie infiziert war. Allerdings ist es möglich, dass in einem sehr frühen Stadium einer HCV-Infektion oder bei immungeschwächten Menschen (z. B. bei Dialysepatienten) trotz Infektion keine Antikörper nachweisbar sind, doch kommt dies sehr selten vor.

Transaminasen

Zur Beobachtung des Krankheitsverlaufs werden wiederholt die Leberenzyme (Transaminasen) gemessen. Diese geben einen indirekten Hinweis darauf, ob die Leber entzündet ist. Sind die Werte bei mehreren Messungen erhöht, spricht man von einer chronischen Hepatitis C. Die Transaminasen zeigen aber typischerweise einen unregelmäßigen Verlauf, sodass immer wieder normale Werte auftreten können. Bei bis zu einem Drittel der Fälle sind die Transaminasen sogar die ganze Zeit über im normalen Bereich, obwohl sich das Virus im Körper vermehrt (Nachweis durch PCR). In diesen Fällen kann nur eine Leberbiopsie zeigen, wie schwer die Leber entzündet bzw. geschädigt ist.

Eine typische Aussage aus dem Beratungskontext lautet: „Ich habe ein positives Testergebnis, d. h., ich bin ansteckend.“ – dabei müsste erst ein Virusnachweis durchgeführt werden. Die Konsequenz, die einige Klient(inn)en daraus ziehen, ist: Es wird nicht mehr auf persönlichen Infektionsschutz geachtet, weil er/sie sich ja bereits als HCV-positiv sieht. Dabei ist die Infektion vielleicht bereits spontan ausgeheilt, und es sind gar keine Viren mehr vorhanden, sondern nur noch Antikörper.

Qualitative PCR (HCV-RNA-Test)

Wenn der HCV-Antikörper-Test positiv ist, wird noch ein Virusnachweis mittels qualitativer PCR (Polymerase Chain Reaction, Polymerase-Kettenreaktion) durchgeführt. Die Polymerase-Kettenreaktion erlaubt den direkten HCV-Nachweis durch Amplifikation (Vervielfältigung) der HCV-RNA (Erbsubstanz). Damit besteht die Möglichkeit, die Viruslast eines Patienten/einer Patientin direkt zu erfassen.

Die Polymerase-Kettenreaktion

- ermöglicht den Nachweis einer HCV-Infektion bei asymptomatischen Patient(inn)en sowie bei akuten und chronischen Fällen, bei denen keine HCV-Antikörper festgestellt werden können;
- erlaubt die frühe Diagnose einer HCV-Infektion bei Organspender(inne)n und Organempfänger(inne)n sowie bei Menschen aus Hochrisikogruppen;
- ermöglicht eine HCV-Diagnostik bei immunsupprimierten Patient(inn)en;



- bestätigt eine HCV-Infektion bei ELISA-positiven Patient(inn)en;
- ermöglicht ein Therapiemonitoring (siehe Kapitel I, 3);
- erlaubt die HCV-Diagnostik bei Neugeborenen HCV-positiver Mütter;
- hat eine hohe Sensitivität (bis zu 0 Kopien HCV-RNS/ml Serum).

Indikation zur HCV-RNA-PCR:

- positiver Anti-HCV-Test und Frage der Infektiosität
- HCV-Typisierung
- Verlaufskontrolle bei Therapie mit Interferon/Ribavirin
- Verlaufskontrolle bei Immunsupprimierten (Lymphome, Chemotherapie, HIV; Kinder von Anti-HCV-positiven Müttern, Dialysepatienten/-innen).

Ein positives PCR-Resultat bedeutet, dass das Hepatitis-C-Virus im Körper vorhanden ist und sich vermehrt. Das ist bei der Mehrzahl der Fälle (65-85 %) der HCV-Infizierten der Fall.

Viruslast oder quantitativer HCV-Test

Mit einer aufwendigen und teuren Methode kann bestimmt werden, in welcher Konzentration virale Genbestandteile (HCV-RNA) im Blut zirkulieren. Viruslast-Bestimmungen benötigt man für die Behandlung: Damit wird das Ansprechen auf die Therapie kontrolliert, und die Geschwindigkeit des Ansprechens auf die Therapie – gemessen am Sinken der Viruslast – ist ein wichtiger Faktor für die Festlegung der individuellen Therapiedauer.

Virus-Genotyp

Mit einer ergänzenden Methode kann auch der HCV-Genotyp ermittelt werden. Es gibt sechs Haupttypen von HCV; am weitesten verbreitet ist Genotyp 1, der am schlechtesten auf die Therapie anspricht.

Zur Anwendung, Aussagekraft und Abfolge der Tests

Die „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V.“ (DGAUM; <http://www.awmf-online.de>) empfehlen bei negativem Anti-HCV-Ergebnis und begründetem Verdacht auf eine akute HCV-Infektion eine Testung auf HCV-RNA (zu Beginn der akuten Infektion ist Anti-HCV bei ca. 50% der Erkrankten noch negativ).

Ein positives Anti-HCV-Suchtest-Ergebnis kann mit einem HCV-RNA-Test bestätigt werden, besonders dann, wenn der Test „schwach“ positiv“ ist. Qualitative PCR-Tests (HCV-RNA-Tests) werden bei positivem Antikörper-Test eingesetzt, um zu sehen, ob noch eine Infektion besteht. HCV-Viruslast-Test (Quantitativer HCV-Test) und Bestimmung des Genotyps sind vor der Behandlung notwendig. Der quantitative HCV-PCR-Test wird zur Kontrolle des Therapieansprechens benötigt.

Bei 15-35% der HCV-infizierten Menschen tritt eine spontane Ausheilung der Infektion auf. Diese Gruppe hat HCV-Antikörper, aber keine HCV-RNA.



3. Therapie

3.1 Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Therapie

Für eine erfolgreiche Behandlung HCV-infizierter Drogenkonsumenten sollten Behandlungsinstitution und Patient eine Reihe von Voraussetzungen erfüllen:

Die Therapie kann nur in einem suchtmedizinisch wirksamen Rahmen erfolgreich durchgeführt werden. D. h., der Umgang von Arzt und Personal mit dem Drogenpatienten ist durch Respekt, durch klare Regeln und durch definierte Sanktionen von Regelverletzungen gekennzeichnet. Bei Willkür, Nachgiebigkeit und Prinzipienlosigkeit werden medizinische Anweisungen nicht ernst genommen, insbesondere dann nicht, wenn es sich um Therapien mit unangenehmen Nebenwirkungen handelt.

Die Institution muss über ärztliches und pflegerisches Personal verfügen, das mit psychiatrischen und mit infektiologischen Problemen vertraut ist. Eine enge Kooperation mit Drogenberatern muss gewährleistet sein. Erfahrung in der Methadonsubstitution und Erfahrungen mit der HIV-Infektion sind ebenso gefordert. Sind in der suchtmedizinischen Institution zu geringe Erfahrungen im psychiatrischen und infektiologischen Bereich vorhanden, kann das durch Kooperation mit Psychiatern und Infektiologen ausgeglichen werden. Die Gesamtleitung der Therapie muss in den Händen der suchtmedizinisch tätigen Ärzte und der beteiligten Drogenberater bleiben.

Vor jeder HCV-Behandlung müssen die Wohnverhältnisse, die finanzielle Basisversorgung und die psycho-soziale Betreuung gesichert sein. In unstabilen sozialen Verhältnissen kommt es rasch zum Therapieabbruch. Ebenso muss geklärt sein, dass die HCV-Therapie nicht durch einen drohenden Haftantritt unterbrochen wird oder aber eine Störung der beruflichen Rehabilitation zu erwarten ist. Der Beikonsum von legalen oder illegalen Drogen sollte gering sein. Der Patient sollte ein auf Vertrauen basierendes Verhältnis zu seinem Arzt entwickelt haben.

Die Nebenwirkungen der HCV-Therapie bedürfen einer Abstimmung mit suchtmedizinischen Gesichtspunkten. Vor allem die Provokation eines entzugsähnlichen inneren Zustands macht es notwendig, bei abstinenten Drogenabhängigen nicht vor Ablauf von 12 Monaten mit der Therapie zu beginnen. Dann ist die Gefahr eines Rückfalls während der Therapie geringer. Aber auch die substituierten Patienten fühlen sich während der HCV-Therapie „entzückt“. Auf ihren Wunsch kann man die Dosierung des Substituts erhöhen. Häufig fallen die Patienten wieder in ihre alten Gewohnheiten zurück und versuchen das Schwächegefühl während der Therapie mit Heroin und Kokain zu „therapieren“. Für den Zeitraum einer Hepatitis-Behandlung sollte der substituierende Arzt deshalb weniger strenge Maßstäbe beim Beikonsum anlegen. Medizinisch ist wichtiger, dass die Behandlung einer potenziell tödlichen Erkrankung erfolgreich abgeschlossen wird.



3.2 Die Medikamente

Interferon zur Behandlung der Hepatitis B und C

Die Interferone gehören zu der Gruppe der antiviralen körpereigenen Botenstoffe. Sie werden von speziellen Zellen des Immunsystems produziert, wenn z. B. Viren in den Körper eingedrungen sind. Als Botenstoffe dienen sie der Aktivierung und Koordinierung verschiedener Zellarten zur Bekämpfung von Viren.

Im Einzelnen hemmen sie in befallenen Zellen die Vermehrung von Viren und aktivieren Abwehrzellen, die virusbefallene Zellen vernichten. Sie regen andere Abwehrzellen an, hemmende Botenstoffe zu produzieren. Daneben unterdrücken sie auch die Bildung von Bindegewebe und wirken einer Fibrose in der entzündeten Leber entgegen.

Für die Behandlung der virusbedingten Leberentzündung werden heute zwei Arten von Interferonen benutzt: das Interferon- α -2a und das Interferon- α -2b. Da die Interferone in dieser Form relativ rasch vom Körper abgebaut werden, zur Therapie aber möglichst dauerhaft hohe Spiegel im Körper erwünscht sind, hat man in den letzten Jahren lang wirksame Interferone entwickelt, indem man das Interferonmolekül mit PEG-Ketten

(Polyethylenglykol-Ketten) gekoppelt hat. Es entstand das pegylierte Interferon (pegIFN). Diese Polyethylenglykole sind wasserlöslich, nicht giftig und durch den Stoffwechsel nicht zerstörbar. Durch dieses Koppelungsmanöver liegt das Interferonmolekül wie geschützt in einer Hülle. Dadurch kann es durch die Niere nicht mehr so schnell ausgeschieden werden und wird im Körper langsamer abgebaut.

Während man früher noch dreimal wöchentlich (oder sogar jeden Tag) Interferon unter die Haut ins Fettgewebe spritzen musste, genügt bei pegylierten Interferonen eine einmal wöchentliche Injektion. Die Wirkung auf die Leberviren hat sich durch die gleichbleibenden Spiegel dramatisch verbessert.

Heute sind zwei Präparate der pegylierten Interferone im Handel:

HANDELSNAME	HERSTELLER	TYP DES INTERFERONS	DOSIERUNG / WOCHE / SC
Peg Intron	Essex	peg IFN- α 2b	1,5 Mikrogramm/kg
Pegasys	Roche	peg IFN- α 2a	180 Mikrogramm

Tabelle 1: pegylierte Interferone

Während das peg IFN- α 2b einmal wöchentlich gewichtsadaptiert subkutan verabreicht wird, bedient man sich beim peg IFN- α 2a unabhängig vom Gewicht einer festen Dosierung von 180 Mikrogramm pro Woche.

Ribavirin zur Kombinationsbehandlung der Hepatitis C

Ribavirin (RBV) gehört zu den Nukleosid-Analoga. Diese Stoffe aus einer basischen Ringstruktur mit einem Zuckermolekül dienen deshalb als Medikamente, weil sie den Bausteinen ähneln, aus denen die Erbinformationen der Viren zusammengesetzt sind.

Ihr therapeutischer Effekt liegt darin, dass die Vermehrungsenzyme der Viren diese



„falschen Bausteine“ in ihre genetischen Ketten einbauen und sie damit zerstören. Das Virus kann sich also in Gegenwart eines Nukleosid-Analogons nicht mehr vermehren.

Ribavirin wurde 1972 entwickelt und zunächst gegen Viren eingesetzt, die bei Kindern Infekte der oberen Luftwege verursachen. Obwohl keine Wirkung bei Hepatitis nachgewiesen war, unternahm in den 1990er Jahren ein italienischer Arzt den Versuch, die schlechten Therapieergebnisse der IFN-Monotherapie bei der HCV-Infektion mit der Kombination von Interferon und Ribavirin zu verbessern. Es zeigte sich wider alle Erwartung ein durchschlagender Erfolg, der anschließend in großen Vergleichsstudien bestätigt werden konnte. Seither wird die Hepatitis C nur noch mit einer Kombinationstherapie behandelt, es sei denn, bestimmte zusätzliche Erkrankungen verbieten den Einsatz von Ribavirin.

Heute sind zwei Ribavirin-Präparate auf dem Markt:

HANDELSNAME	HERSTELLER	DOSIERUNG PRO EINHEIT	DOSIERUNG PRO TAG	
Rebetol	Essex	200 mg pro Kapsel	Genotyp 2,3:	800 mg
			Genotyp 1,4: > 75 kg KG	1200 mg
			< 75 kg KG	1000 mg
Copegus	Roche	200 mg pro Tabl.	Genotyp 2, 3:	800 mg
			Genotyp 1, 4: > 75 kg	1200 mg
			< 75 kg	1000 mg

Tabelle 2: Ribavirin

54

Die Nukleosid- und Nukleotid-Analoga zur Behandlung der Hepatitis B

Lamivudin

ist ein Nukleosid-Analogon. Die therapeutische Wirkung beruht auf dem gleichen Prinzip wie bei Ribavirin. Ursprünglich wurde diese Substanz zur Therapie der HIV-Infektion entwickelt, wo sie bis heute eine besondere Bedeutung hat. Bei den Zulassungsstudien fiel auf, dass unter Lamivudin-haltiger Dreifachtherapie gegen die HIV-Infektion auch die Viruslast einer begleitenden Hepatitis B gesenkt wurde. Daraufhin wurde dieser Stoff alleine in seiner Wirksamkeit gegen die Hepatitis B untersucht und als erfolgreiche Methode zur Unterdrückung der Hepatitis-B-Vermehrung gesondert auf den Markt gebracht. Zur alleinigen Behandlung der Hepatitis B benötigt man nur ein Drittel der Dosierung, die in der Kombinationsbehandlung der HIV-Infektion angewandt wird.

Adefovir

ist eine Nukleotid-ähnliche Substanz, die in gleicher Weise in den Prozess der Virusvermehrung eingreift, wie bei Ribavirin beschrieben. Ursprünglich wurde auch dieses Medikament für die Behandlung der HIV-Infektion entwickelt, und nebenbei wurde entdeckt, dass Adefovir auch gegen Hepatitis B wirksam ist. Die bei der Behandlung der HIV-Infektion notwendigen höheren Dosierungen von Adefovir führten jedoch so häufig zu schweren Nierenstörungen, dass die Firma sich entschlossen hat, das Medikament nur in der für die Hepatitis B notwendigen niedrigen Dosierung mit geringerer Nierenschädlichkeit auf den Markt zu bringen.

Tenofovir

ist eine weitere Nukleotid-ähnliche Substanz. Wie Adefovir wirkt sie gut gegen HIV und das Hepatitis-B-Virus. Tenofovir ist bisher nur zur Behandlung der HIV-Infektion zugelassen, d. h., es kann nur bei HIV-Infizierten im Rahmen einer antiretroviralen Dreifachtherapie dazu benutzt werden, gleichzeitig eine Hepatitis B mitzubehandeln. Benötigt der HIV-infizierte Patient noch keine antiretrovirale Therapie, darf Tenofovir nicht als einziges Medikament zur Behandlung bei doppelinfizierten Patienten eingesetzt werden. Das HI-Virus könnte sonst eine Resistenz gegen Tenofovir entwickeln. Da Tenofovir wahrscheinlich von allen drei dargestellten Substanzen die größte Wirksamkeit gegen Hepatitis B hat, wird wohl bald auch eine Zulassung dieses Medikaments zur Behandlung der Hepatitis B kommen.

Emtricitabin

ist ein Nukleosid-Analogon ähnlich dem Lamivudin und ist ebenfalls wirksam gegen Hepatitis-B-Viren. Allerdings ist diese Substanz bisher nur für die Behandlung der HIV-Infektion zugelassen und kann deshalb gegen Hepatitis B nur im Rahmen einer antiretroviralen Dreifach- oder Vierfachtherapie eingesetzt werden.

SUBSTANZ	KÜRZEL	HANDELSNAME	HERSTELLER	DOSIERUNG/TAG
Lamivudin	3TC	Zeffix 100mg	GlaxoSmithKline	100 mg
Adefovir	ADV	Hepsera 10 mg	Gilead	10 mg
Tenofovir*	TDF	Viread 245 mg	Gilead	245 mg
Emtricitabin*	FTC	Emtriva	Gilead	200 mg

Tabelle 3: Medikamente gegen Hepatitis B *Nur im Rahmen einer antiretroviralen Kombinationstherapie gegen HIV



3.3 Kosten der Therapie

Die Therapie der chronischen Virus-Hepatitis gehört zu den teuersten medizinischen Behandlungsarten. Aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes in der medizinischen Versorgung müssen deshalb strenge Maßstäbe an die Verordnung der Medikamente und die Durchführung der Hepatitis-Behandlung gestellt werden. Bei unzureichender Compliance würde eine große Anzahl von Therapien vorzeitig abgebrochen, und es würden erhebliche Summen verschwendet.

MEDIKAMENT	TAGES-KOSTEN (€)	1 MONAT (€)	6 MONATE (€)	11 MONATE (€)	1 JAHR (€)
			Gen 2, 3	Gen 1, 4	
Zeffix	3,80	114,-			1 371,-
Hepsera	22,13	664,-			7 967,-
Viread*	15,16	455,-			5 460,-
Rebetol 800 mg	23,52	705,-	4 233,-	7 755,-	
1000 mg	29,40	882,-	5 292,-	9 072,-	
1200 mg	38,00	1 140,-	6 840,-	12 540,-	
Copegus 800 mg	21,95	658,-	3 948,-	7 238,-	
1000 mg	27,44	823,-	4 938,-	9 053,-	
1200 mg	32,92	987,-	5 922,-	10 857,-	



PegIntron	80 µg	27,30	819,-	4 914,-	9 009,-
	100 µg	35,90	1 077,-	6 462,-	11 874,-
	120 µg	40,80	1 224,-	7 344,-	13 464,-
Pegasys	180 µg	36,43	1 093,-	6 558,-	12 023,-

Tabelle 4: Kosten der Hepatitis-Therapie * nur im Rahmen einer antiretroviralen Dreifachtherapie

Während die Therapiekosten für die Hepatitis B mit Interferon und für die Hepatitis C mit pegyliertem Interferon kombiniert mit Ribavirin nur zeitlich begrenzt anfallen (nämlich 3 bis 18 Monate), dauert die Behandlung der Hepatitis B mit Lamuvidin und Adefovir in der Regel viele Jahre. Nur die Behandlung der Hepatitis B bei HIV-Koinfizierten ist gleichsam kostenlos, da Tenofovir und/oder Lamivudin ohnehin ein Bestandteil der antiretroviralen Therapie ist.

Die Gesamtkosten für einen Behandlungszyklus bei der Hepatitis C variieren sehr stark je nach Körpergewicht und nach HCV-Genotyp. So kostet zum Beispiel die Therapie für eine 50 kg schwere Frau mit HCV-Genotyp 3 etwa 9 000,- €. Bei einem 82 kg schweren Mann mit HCV-Genotyp 1 kostet die gleiche Therapie etwa 26 000,- €.

3.4 Therapieempfehlungen

Therapieempfehlungen für die chronische Hepatitis C

Von den Substanzen her gibt es heute zwei Therapieempfehlungen für die chronische Hepatitis C:

- Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin
- Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin plus Amantadin.

Die Dosierung des Interferons und des Ribavirins und die Dauer der Therapie richten sich nach dem Körpergewicht des Patienten, nach seinem HCV-Genotyp und nach der Geschwindigkeit des Ansprechens auf eine Kombinationstherapie. Die Dosierung des Amantadins ist in allen Fällen 2 x 100 mg täglich. Die Wirksamkeit des Amantadins ist umstritten. Allerdings wird angenommen, dass vor allem Patienten mit HCV-Genotyp 1 ein höheres Ansprechen auf die Therapie zeigen.

Das Hepatitis-C-Virus kommt in insgesamt sechs verschiedenen Genotypen vor, die unterschiedlich auf die Weltregionen verteilt sind:

Genotyp 1	Europa, Nord- und Südamerika, Asien
Genotyp 2	Europa, Nordamerika, Asien
Genotyp 3	Europa, Nordamerika, Südostasien
Genotyp 4	Zentralafrika, Ägypten, mittlerer Osten
Genotyp 5	Südafrika
Genotyp 6	Honkong, Vietnam

Tabelle 5: HCV-Genotypen und Verbreitung

In Deutschland dominiert der Genotyp 1 (80%), gefolgt von den Genotypen 2 und 3. Unter Drogenkonsumenten ist der Genotyp 3 sehr viel häufiger als in der Normalbevölkerung. Der Genotyp 4 kommt häufig bei Drogenabhängigen vor, die zusammen



mit Männern aus dem vorderen Orient konsumiert haben. Infektionen mit den Genotypen 5 und 6 sind eine absolute Rarität in Deutschland.

Die HCV-Genotypen haben großen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs: Er ist am größten bei Genotyp 2 (90%), gefolgt von Genotyp 3 (80%). Bei den Genotypen 1 und 4 liegen die Erfolgsaussichten lediglich bei 50%.

Die Dauer der Behandlung richtete sich in den letzten Jahren ausschließlich nach den HCV-Genotypen: Die Genotypen 2 und 3 behandelte man vierundzwanzig Wochen, die Genotypen 1 und 4 achtundvierzig Wochen.

Inzwischen wird für die Festlegung der Therapiedauer auch die Geschwindigkeit herangezogen, in der eine Kombinationstherapie die Viruslast unter die Nachweisgrenze senkt. Geschieht dies schnell, so wird die Therapie im Vergleich zu den bisherigen Empfehlungen verkürzt, dauert die Absenkung der Viruslast länger, wird die Therapie verlängert. Dadurch hat sich eine Individualisierung der Therapie ergeben. Die verkürzte Therapie garantiert eine geringere Belastung durch Nebenwirkungen. Bei verlängerter Therapie erhöhen sich die Erfolgschancen.

THERAPIEDAUER	HCV-GENOTYP	VIRUSLAST	VIROLOGISCHE REAKTION
12 Wochen	GT 2	unabhängig von VL	VR innerhalb 4 Wochen
	GT 3	VL < 800 000	VR innerhalb 4 Wochen
24 Wochen	GT 1	VL < 800 000	VR innerhalb 4 Wochen
	GT 2	unabhängig von VL	VR länger als 4 Wochen
36 Wochen	GT 3	VL > 800 000	VR länger als 4 Wochen
48 Wochen	GT 1	VL > 800 000	VR bis zur 12. Woche
72 Wochen	GT 1	VL > 800 000	VR länger als 12 Wochen

Tabelle 5: Individualisierte Therapiedauer bei der chronischen HCV-Infektion nach Genotyp (GT), Viruslast (VL) und virologischer Reaktion (VR)

Der zeitliche Rahmen der Therapie erstreckt sich also in Zukunft von 3 Monaten bis zu 1 ½ Jahren. Während früher zum Beispiel Therapien der Genotypen 1 und 4 abgebrochen wurden, wenn nach 12 Wochen die Viruslast noch nicht ganz unter der Nachweisgrenze war, wird heute in solchen Fällen die Therapie fortgesetzt, da bei längerer Behandlungsdauer eben doch noch eine Heilungschance besteht. Der Vorteil ist, dass ein großer Teil der Patienten, die früher vergebens 12 Wochen eine Therapie gemacht hätten, heute geheilt werden.

Ebenso begrüßenswert ist es, dass Patienten mit dem Genotypen 2 bei raschem Ansprechen (und bei gleicher Reaktion auch Patienten mit dem Genotypen 3 mit niedriger Viruslast) nur noch halb so lang therapiert werden müssen wie früher – bei gleicher Erfolgsrate.

Therapieempfehlungen für die akute Hepatitis C

Die aktuelle Therapieempfehlung für die akuten Hepatitis C ist eine Monotherapie mit pegyliertem Interferon über sechs Monate. Das gilt für alle Genotypen.

Eine akute Hepatitis C liegt vor, wenn die Leberenzyme im Blut erhöht sind und das HC-Virus nachzuweisen ist, jedoch noch keine Antikörper gegen HCV zu finden sind. Die Antikörperbildung kann bis zu zwei Monate nach der Infektion mit HCV dauern. Allerdings lohnt es sich, mit der Therapie bis zu drei Monate abzuwarten, da doch



30-50% der frischen HCV-Infektionen spontan ausheilen. Dies gilt vor allem für die Genotypen 2 und 3 sowie für die Genotypen 1 und 4, sofern die akute Infektion von einer heftigen Antwort des Immunsystems begleitet wird. Das lässt sich daran ablesen, dass die Leberenzyme während des akuten Stadiums in Bereiche über 500 U/l ansteigen.

Therapieempfehlungen für die Hepatitis B

Von den Substanzen her gibt es für die Hepatitis B drei Empfehlungen:

- pegyliertes Interferon α -2a
- Lamivudin
- Adefovir

Die Chance, die Hepatitis B zu heilen, ist deutlich kleiner als bei der Hepatitis C. Am ehesten gelingt dies noch mit pegyliertem Interferon. Mit Lamivudin und Adefovir kann in der Regel nur für einen bestimmten Zeitraum die Viruslast gesenkt werden. Das stoppt den Entzündungsprozess in der Leber und verhindert das Fortschreiten des bindegewebigen Umbaus, der sonst zur Zirrhose führt. Eine Kombination von Interferon mit Lamivudin oder Adefovir bringt keinen Vorteil. Das Gleiche gilt auch für die Kombinationsbehandlung mit Lamivudin und Adefovir.

Die Wahl des Medikaments und die Dauer der Behandlung der Hepatitis B richtet sich nach vier Kriterien:

- Höhe der Viruslast (HBV-DNA-Kopien/ml)
- Höhe der Transaminasen (GPT 2- bis 10 fache der Norm)
- HBV-Wildtyp oder HBV-Mutante (HBeAg+ oder HBeAg-)
- Zirrhose

Liegt die Höhe der Viruslast bei Patienten mit Wildtyp (HBeAg+) unter 100 000 Kopien/ml, muss die Hepatitis B nicht behandelt werden. Bei einer so geringen Vermehrungsrate sind innerhalb einer normalen Lebenszeit keine Veränderungen mit Krankheitswert zu erwarten. Patienten mit Precore-Mutante des HB-Virus (HBeAg-) wird allerdings eine Therapie schon ab 10 000 Kopien/ml empfohlen. Sobald die Viruslast über den angegebenen Werten liegt und das Leberzell-Enzym GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase, USA: ALT = Alanin-Aminotransferase) über das Zweifache der Norm (in der Regel 40-50 U/l) erhöht ist, wird dem Patienten eine Therapie empfohlen. Zunächst wird ein Versuch mit Interferon gemacht, da hier die höchsten Heilungsraten zu erwarten sind. Patienten mit HBeAg-positiven Viren werden 4 bis 6 Monate lang mit Interferon behandelt, Patienten mit HBeAg-negativen ein ganzes Jahr lang. Kommt es dabei nicht zur Heilung, wird die Therapie mit Lamivudin oder Adefovir fortgesetzt. Bei Patienten mit Zirrhose wird kein Interferon empfohlen, sondern die Therapie mit Lamivudin oder Adefovir begonnen.

Bei zirrhatischen Patienten mit niedriger Viruslast wird nicht behandelt.

HBEAG	HBV-DNA	GPT/ZIRRHOSE	PEGIFN	LAMIVUDIN	ADEFOVIR
HbeAg+	< 100.000		nein	nein	nein
HBeAg -	< 10.000		nein	nein	nein



HBeAg+/-	> 100.000	< 2-fach	Therapie erst bei GPT-Anstieg		
HBeAg+	> 100.000	> 2-fach	+++	+	+
			4-6 Monate	bis Serokonversion	
HBeAg-	> 10.000	> 2-fach	+++	++	++
			12 Monate	bis Serokonversion	
HBeAg+/-	> 100.000	Zirrhose	nein	++	++
HBeAg+/-	< 100.000	Zirrhose	nein	nein	nein

Tabelle 6: Therapie der Hepatitis B

Die Therapieziele sind bei der Hepatitis B deutlich niedriger gesteckt: Als vollständig geheilt gilt eine HBV-Infektion dann, wenn drei Veränderungen nachweisbar sind:

- dauerhafte Normalisierung der GPT
- dauerhaft kein Virusnachweis nach Therapie
- Serokonversion (HbsAg zu Anti-HBs und HBeAg zu Anti-HBe).

Dieses Ziel wird jedoch nur bei circa 3% der Behandlungen erreicht. In allen anderen Fällen ist die Hepatitis B weiterhin aktiv oder latent vorhanden. Als realistisches Therapieziel gilt bei dieser Erkrankung das Eintreten folgender Veränderungen:

HbeAg-positives Virus:

- Normalisierung der GPT
- Serokonversion von HBeAg zu Anti-HBe
- dauerhaftes Absinken der HB-Viruslast unter 10 000 Kopien/ml

HbeAg-negatives Virus :

- Normalisierung der GPT
- dauerhaftes Absinken der HB-Viruslast unter 100 000 Kopien/ml

Die dauerhafte Senkung der HB-Viruslast unter bestimmte Grenzwerte garantiert den Rückgang der entzündlichen Veränderungen in der Leber und verhindert damit das Fortschreiten zur Zirrhose.

Dieses Ziel wird bei 20-25% der mit Interferon Behandelten und bei ca. 5-7% der mit Nukleosid- bzw. Nukleotidanaloga Behandelten erreicht.

Therapieempfehlungen für HIV-Infizierte mit chronischer HCV- und HBV-Infektion

Prinzipiell gelten für die Behandlung der Hepatitis C (akut und chronisch) und B die gleichen Empfehlungen wie bei Mono-Infizierten. Die Empfehlung der Therapie ist für doppelinfizierte Patienten mit besonderem Nachdruck und ohne Ausnahme auszusprechen, da die HIV-Infektion das Fortschreiten zur Leberzirrhose und zum Leberzell-Karzinom deutlich beschleunigt. Je schlechter der Immunstatus, desto schneller wird das Lebergewebe durch Bindegewebe ersetzt. Deshalb ist auch die Sterblichkeit von HIV-/HCV- und HIV-/HBV-Infizierten doppelt so hoch wie bei HIV-Infizierten ohne Hepatitis B oder C.



akute Hepatitis C:	6 Monate pegyliertes Interferon
chronische Hepatitis C:	für alle Genotypen 48 Wochen pegyliertes Interferon α -2a oder α -2b plus 800-1200 mg Ribavirin

Tabelle 7: Therapie der Hepatitis C bei HIV-Infizierten

Wegen der deutlich schlechteren Ansprechraten der HCV-Therapie bei HIV-Koinfizierten wird auch bei den Genotypen 2 und 3 über 48 Wochen behandelt, um eine höhere Heilungsrate zu erhalten. Bei der Auswahl der antiretroviralen Therapie neben der HCV-Therapie sind drei antiretrovirale Medikamente zu vermeiden:

- DDI (Didanosin/Videx®): starke Interaktionen mit Ribavirin
- D4T (Stavudin/Zerit®): starke Interaktionen mit Ribavirin
- AZT (Zidovudin/Retrovir®, Bestandteil auch von Combivir® und Trizivir®): starker Abfall der weißen Blutkörperchen zusammen mit Interferon

Hepatitis B (HBeAg+):	
GPT normal, VL < 100 000	keine Therapie
GPT > 2-fach, VL > 100 000, Metavir < F2	keine Therapie
GPT > 2-fach, VL > 100 000, Metavir > F2, CD4 > 500	pegIFN/RBV oder Adefovir
GPT > 2-fach, VL > 100 000, Metavir > F2, CD4 < 500	HAART mit TDF oder 3TC oder FTC
Hepatitis B (HBeAg-):	
GPT normal, VL < 10 000	keine Therapie
GPT > 2-fach, VL > 10 000, Metavir < F2	keine Therapie
GPT > 2-fach, VL > 10 000, Metavir > F2, CD4 > 500	pegIFN/RBV oder Adefovir
GPT > 2-fach, VL > 10 000, Metavir > F2, CD4 < 500	HAART mit TDF oder 3TC oder FTC

Tabelle 8: Therapie der Hepatitis B bei HIV-Infizierten ohne Notwendigkeit einer antiretroviralen Therapie

niedrige HB-Viruslast (< 10 000 Kopien/ml)	HAART nach Wahl
hohe Viruslast (> 10 000), Lamivudin-empfindlich	HAART mit 3TC oder FTC + TDF
hohe Viruslast (> 10 000), Lamivudin-resistent	HAART mit TDF oder Hinzufügung von TDF
hohe Viruslast (> 10 000), Zirrhose	HAART mit TDF + 3TC oder FTC

Tabelle 9: Therapie der Hepatitis B bei HIV-Infizierten mit dringender antiretroviraler Behandlungsnotwendigkeit

Bei Doppelinfizierten sollte die Hepatitis B so früh wie möglich behandelt werden. Das Interferon benötigt ausreichend funktionsfähige Immunzellen, um überhaupt eine Wirkung gegen die Hepatitis-Viren entfalten zu können. Ist bei einem doppelinfizierten Patienten die Zahl der CD4-Abwehrzellen durch das HI-Virus schon auf unter 200 Zellen pro ml Blut gefallen, ist mit einem Ansprechen auf die Hepatitis-Behandlung mit Interferon kaum noch zu rechnen. Zuerst muss mit einer antiretroviralen Dreifach-Therapie die Vermehrung des HI-Virus gestoppt werden, damit in den folgenden Monaten die Zahl der CD4-Abwehrzellen wieder ansteigt. Erst dann kann mit einer aussichtsreichen Hepatitis-Behandlung begonnen werden. Allerdings gibt es sehr viele schädliche Wechselwirkungen zwischen Interferon und Ribavirin auf der einen und den antiretroviralen Medikamenten auf der anderen Seite. Dies führt häufig zu einer komplizierten Therapiesituation, die nicht selten den Abbruch der Hepatitis-Behandlung erzwingt. Dies gilt nicht für die Hepatitis-B-Behandlung mit Tenofovir oder Lamivudin, da beide Medikamente sowohl gegen HBV als auch gegen HIV wirksam sind.



Das Angebot der Hepatitis-C-Behandlung bei Doppelinfizierten sollte in folgenden Situationen unterbleiben:

geringe Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs
individuelle Therapierisiken übersteigen den Nutzen der Therapie
geringer Fibrosegrad (z. B. F0 oder F1 nach METAVIR) mit der Chance, auf spätere Optionen zu warten.

Tabelle 10: Keine dringende Empfehlung der HCV-Therapie bei HIV-/HCV-Doppelinfizierten

Ein Therapieerfolg ist bei der Kombination mehrerer der folgenden Faktoren wenig wahrscheinlich:

CD4-Zellzahl unter 200 Zellen/ml Blut und keine Möglichkeit zur antiretroviralen Therapie bei Multiresistenz
HCV-Genotyp 1 oder 4
hohe HC-Viruslast (über 2 Millionen Kopien/ml)
beginnende Leberzirrhose
Lebensalter über 40 Jahre
fehlende oder nur geringe GPT-Erhöhung

Tabelle 11: Geringe Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs (Vorliegen mehrerer Faktoren)

3.5 Nebenwirkungen der Therapie und deren Behandlung

Die häufigsten Nebenwirkungen

Bei der Therapie der Hepatitis B und C sind vor allem die Nebenwirkungen des Interferons und des Ribavirins gefürchtet. Die Nukleosid- und Nukleotid-Analoga (Lamivudin, Adefovir, Tenofovir und Emtricitabin) zur Behandlung der Hepatitis B haben deutlich weniger subjektiv erlebbare Nebenwirkungen.



ALLGEMEINE NEBENWIRKUNGEN	MAGEN-DARM-TRAKT
Fieber	Übelkeit/Erbrechen
Glieder-/Gelenkschmerzen	Durchfall
Müdigkeit	Bauchschmerzen
Appetitlosigkeit	Zahnfleischbluten
Gewichtsverlust	Entzündung der Zunge
	trockene Mundhöhle
	Leberversagen
SEELISCHE ERKRANKUNGEN	LUNGE/ATEMWEGE
Depression	Husten
Aggressivität/Reizbarkeit	Luftnot bei Belastung
Schlaflosigkeit	Nasen-/Rachenentzündung
Angstgefühl	Lungenentzündung
psychotische Episoden	
Konzentrationsstörungen	
Impotenz	
SINNESORGANE	HAUT UND ANHANGSGEBILDE
trockene Augen	trockene Haut
Augenschmerzen	Haarausfall
Verschwommensehen	Juckreiz
Netzhautblutung	vermehrtes Schwitzen
Ohrensausen	allergisches Exanthem
Schwindel	
Gehörstörungen	



HERZ/KREISLAUF	SONSTIGE
Herzrhythmusstörungen	Überfunktion der Schilddrüse
Herzklopfen	Unterfunktion der Schilddrüse
Wassereinlagerung ins Gewebe	Geschmacksstörungen
Angina pectoris	Misempfindungen
Herzinfarkt	Abfall der Zahl der Blutplättchen
Bluthochdruck	Abfall der weißen Blutkörperchen
	Abfall der roten Blutkörperchen

Tabelle 12: Wichtigste Nebenwirkungen von Interferon

Interferon zeigt also an nahezu allen Organsystemen Nebenwirkungen. Subjektiv leiden die Patienten am meisten unter dem Grippegefühl, der Abgeschlagenheit, der Appetitlosigkeit und den seelischen Nebenwirkungen. Diese Nebenwirkungen sind in der Regel nicht lebensgefährdend. Unter den objektiven – nur durch ärztliche Untersuchung zu diagnostizierenden – Nebenwirkungen sind einige sehr gefährlich: Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, interstitielle Lungenentzündung, die Gefährdung des Augenlichts oder des Gehörs.

Schädigung des Keimmaterials in Ei- und Samenzellen
Absinken des roten Blutfarbstoffs (Hämoglobin) in den roten Blutkörperchen
Absinken der Blutplättchen
Absinken der weißen Blutzellen

Tabelle 13: Die wichtigsten Nebenwirkungen des Ribavirins

Das Ribavirin schafft überwiegend dadurch Probleme, dass der Gehalt an rotem Blutfarbstoff sinkt und damit die Sauerstoffversorgung aller Organe vermindert wird. Dies macht sich in rascher Luftnot bei Anstrengungen bemerkbar und kann bei vorgeschädigten Herzkranzgefäßen zu Angina pectoris oder Herzinfarkt führen.

Lamivudin	Müdigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Muskelschmerzen
Emtricitabin	Müdigkeit, Übelkeit, Durchfall, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Schwindel, Hautausschlag
Adefovir	Nierenfunktionsstörung, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Durchfall, Bauchschmerzen
Tenofovir	Nierenfunktionsstörung, Müdigkeit, Übelkeit, Durchfall, Schwindelgefühl, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Erniedrigung des Phosphats im Blut, Luftnot, Hautausschlag

Tabelle 14: Die wichtigsten Nebenwirkungen der Nukleosid- und Nukleotid-Analoga

Die Nukleosid- und Nukleotid-Analoga haben in der alltäglichen Praxis deutlich weniger Nebenwirkungen als Interferon und Ribavirin. Insofern gestaltet sich die Therapie einer Hepatitis B mit diesen Substanzen immer sehr viel angenehmer für den Patienten als die Therapie der Hepatitis C.

Prophylaxe und Therapie der Nebenwirkungen

Therapie mit Interferon

Allgemeine Nebenwirkungen

Die allgemeinen Nebenwirkungen werden wie bei einem grippalen Infekt mit schmerz- und fiebersenkenden Medikamenten behandelt. Gegen Appetitlosigkeit und den damit verbundenen Gewichtsverlust gibt es keine Therapie.



Nebenwirkung am Verdauungstrakt

Gegen Übelkeit kann Metoclopramid eingesetzt werden. Vermehrte Säurebildung der Magenschleimheit ist gut mit Säureblockern (Omeprazol) zu beherrschen. Durchfälle müssen mit Loperamid gestoppt werden.

Bei einem Anstieg der Leberenzyme auf mehr als das 5-Fache der Norm könnte bei Fortsetzung der Therapie ein Leberversagen drohen. Hier empfiehlt sich entweder eine Therapieunterbrechung, oder man versucht unter Reduzierung des Interferons um 30-60% so lange weiterzubehandeln, bis sich die Leberenzyme wieder erholt haben.

Psychiatrische Nebenwirkungen

Wegen der Gefahr schwerer psychiatrischer Nebenwirkungen wird man in Einzelfällen schon vor der Therapie mit Interferon je nach Lage der Dinge eine antidepressive, eine angstlösende oder eine antipsychotische Therapie einleiten. Damit verhindert man einen Therapieabbruch aufgrund einer akuten psychiatrischen Komplikation während der Behandlung. Die antidepressive, angstlösende oder antipsychotische Therapie sollte noch bis mindestens drei Monate nach Therapieende fortgeführt werden, da es in dieser Zeit immer noch zum Aufflackern der Symptome kommen kann. Die häufig **hartnäckigen Schlafstörungen** bedürfen einer medikamentösen Behandlung mit Gabe von **Doxepin** oder **Zopiclon**. Eventuell helfen auch schlafanstößende Antidepressiva wie **Mirtazapin**.

Über die Gereiztheit und Aggressivität der Patienten während der Interferon-Therapie sollten Lebenspartner, Angehörige, Mitbewohner etc. informiert werden, damit überflüssige aggressive Auseinandersetzungen vermieden werden.

Nebenwirkungen an Lunge und Atemwegen

Der häufige Husten während der Therapie kann mit hustendämpfenden Medikamenten behandelt werden. Beruht die auftretende Luftnot auf einem Abfall des Hämoglobins, so muss eine Einschränkung der körperlichen Aktivität erfolgen. Bei Luftnot auch in Ruhe muss eine Röntgenaufnahme des Thorax angefertigt werden, um eine etwaige Lungenentzündung zu erkennen und ggf. zu behandeln. Nasen- und Rachenentzündungen sind mit symptomatischen Maßnahmen zu lindern.

Nebenwirkungen an Sinnesorganen

Störungen der Sehfähigkeit oder des Gehörs sind fast immer gefährliche Nebenwirkungen. Der Patient sollte bei solchen Symptomen sofort einen Arzt oder eine Klinik aufsuchen, da im äußersten Fall Erblindung und Gehörlosigkeit drohen. In diesen Fällen muss die Therapie abgebrochen werden.

Nebenwirkungen an Haut und Anhangsgebilden

Bei nahezu allem Interferon-Therapien tritt trockene Haut mit Juckreiz und Haarausfall auf. Hier behandelt man mit stark rückfettenden Cremes. Dadurch geht meist auch der Juckreiz zurück; bleibt er jedoch unbeeinflusst kann ein Versuch mit **Promethazin**-Tropfen weiterhelfen. Gegen den Haarausfall gibt es keine gesicherte Therapie. Wichtig ist, dass den Patienten immer wieder klar gemacht wird, dass sie nach der Therapie wieder dichtes Haar bekommen werden.



Nebenwirkungen am Herz-Kreislauf-System

Zu niedriger oder zu hoher Blutdruck während der HCV-Therapie werden für die Dauer der Therapie mit entsprechenden Medikamenten behandelt. Bei neu auftretenden Herzrhythmusstörungen kann die HCV-Therapie nur nach konsiliarischer Beratung mit einem Kardiologen fortgeführt werden. Bei Angina pectoris muss neben der symptomatischen Therapie mit medikamentöser Erweiterung der Herzkranzgefäße auch ein etwaiger Hämoglobinabfall als Ursache behandelt werden.

Sonstige Nebenwirkungen

Da das Interferon die Bildung von Blutbestandteilen (weiße Blutkörperchen, Blutplättchen) im Knochenmark unterdrückt, ist die Therapie von zwei Komplikationen häufig:

- Sinken die weißen Blutzellen unter 1000 ab, so muss entweder die Interferon-Dosis um 30% gesenkt werden, oder es müssen subkutan Medikamente gespritzt werden, die die Bildung von weißen Blutzellen wieder anregen (granulozytenstimulierende Faktoren).
- Fällt die Zahl der Blutplättchen unter den kritischen Wert von 50 000, müsste die Therapie eigentlich wegen zunehmender Blutungsgefahr abgebrochen werden. Dies ist aber vor allem bei HIV-Koinfizierten so häufig der Fall, dass man in der Praxis dazu übergegangen ist, bei abfallenden Thrombozyten einen einwöchigen Cortisonstoß zu geben, unter dem sich die Thrombozytenzahl rasch erholt, da es sich in der überwiegenden Zahl um ein autoimmunologisch bedingtes Absinken der Thrombozyten handelt. Ist der Kortisonstoß unwirksam, muss entweder die Behandlung abgebrochen werden, oder aber es erfolgt die Gabe von Thrombozytenkonzentraten.

Funktionsstörungen der Schilddrüse werden je nach Schwere entweder mit dem Abbruch der Therapie beantwortet oder mit dem Versuch einer medikamentösen Behandlung der Unter- oder Überfunktion.

Therapie mit Ribavirin

Während einer Ribavirinbehandlung und bis zu sechs Monate danach muss für eine sichere Empfängnisverhütung gesorgt werden: Es dürfen keine Kinder gezeugt oder empfangen werden. Da Verhütungsmethoden nicht 100%ig sicher sind, sollten immer zwei Methoden parallel angewendet werden (Pille und Kondom). Ist eine doppelt gesicherte Verhütung nicht möglich, müssen während der Therapie Sexualpraktiken angewandt werden, die nicht zur Schwangerschaft führen können. Vor Beginn einer HCV-Therapie muss bei Frauen immer eine Frühschwangerschaft ausgeschlossen werden.

Der Abfall des roten Blutfarbstoffs unter Ribavirin kann nur bis zur unteren Grenze toleriert werden (10 mg/dl). Dann muss das Ribavirin so lange abgesetzt werden, bis sich der Hämoglobinwert wieder erholt hat. Alternative ist die Transfusion von Konzentraten roter Blutkörperchen, was aber wegen der häufig schlechten Venenverhältnisse und der großvolumigen Nadel nicht bei jedem Drogenkonsumenten durchführbar ist.

Therapie mit Nukleosid-Analoga

Lamivudin und Emtricitabin haben selten ernsthafte Nebenwirkungen. Treten dennoch intolerable Nebenwirkungen auf (meist Kopfschmerz, Müdigkeit, Hautauschlag),



muss die Therapie abgebrochen werden. Ein Versuch mit der jeweils anderen Substanz aus dieser Gruppe lohnt sich. Hat auch er keinen Erfolg, muss auf die Nukleotid-Analoga zurückgegriffen werden.

Therapie mit Nukleotid-Analoga

Die einzige gefährliche Nebenwirkung ist die Schädigung des Nierengewebes durch Adefovir und Tenofovir. Steigt als Ausdruck dieser Schädigung das Kreatinin im Blut über einen bestimmten Wert, muss die Therapie abgebrochen werden und kann auch nicht mit der anderen Substanz fortgesetzt werden. Falls noch keine Resistenz vorliegt, kann mit Nukleosid-Analoga weiterbehandelt werden.

3.6 Weiterführende Literatur

- Zeuzem S, Pawlotsky JM, Lukasiewicz E et al. International , multicenter, randomized, controlled study comparing dynamically individualized versus standard treatment in patients with chronic hepatitis C. DITTO HCV Study Group. J Hepatol 2005; 43: 250-257
- Lok ASF, McMahon BJ. AASLD Practice Guidelines: Chronic Hepatitis B. Hepatology 2004; 857-861
- Keeffe EB, Dietrich DT, Han S-HB et al. A Treatment Algorithm for the Management of Chronic Hepatitis B Virus Infection in United States. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2004; 2: 87-106
- Berg T, Kronenberger B, Hinrichsen H et al. Triple Therapy With Amantadine in Treatment-Naive Patients with Chronic Hepatitis C: A Placebo-Controlled Trial. Hepatology 2003; 37: 1359-67
- Alberti A, Clumeck N, Collins S et al. Short Statement Of The First European Consensus Conference On The Treatment Of Chronic Hepatitis B and C in HIV Co-infected Patients. J Hepatol 2005; 42: 615-624
- Jaeckel E, Cornberg M, Wedemeyer H et al. Treatment of acute hepatitis C with interferon α -2b. N Engl J Med 2001; 345: 1452-1457
- Gölz J, Klausen G, Schleeauf D. Therapie der chronischen Hepatitis C bei HIV-/HCV-koinfizierten Drogenabhängigen. Suchttherapie 2005; 6

Weiterführende Ausbildungsmittel

- 3 DVDs der Firma Essex:
- Dr. J. Gölz/Prof. Dr. M. Krausz: Hepatitis C bei Drogenabhängigen (Interviews mit Patienten, Interviews mit spezialisierten Ärzten, Bilder der Behandlungstechnik und Diagnostik)



4. Schwangerschaft

4.1 Paare in der Beratung

4.1.1 Infektionsprophylaxe

BASISWISSEN

- Safer Sex und Safer Use bieten einen weitgehenden Schutz vor Neu-, Zusatz- oder Reinfektionen mit einem oder mehreren Hepatitisviren.
- Gegen Hepatitis A und B kann vorbeugend geimpft werden, um Neu- oder Zusatzinfektionen mit zusätzlichen Virustypen, die zu schweren Verläufen führen können, zu vermeiden.
- Es gibt zurzeit keine Schutzimpfung gegen Hepatitis C.
- Eine ausgeheilte Hepatitis-C-Infektion bietet keinen Schutz gegen eine erneute Infektion mit Hepatitis C.
- Menschen mit einer akuten oder chronischen Hepatitis-Infektion sollten in regelmäßiger medizinischer Behandlung und Kontrolle sein, um schwere Verläufe weitgehend zu verhindern und alle Therapieoptionen auszuschöpfen.

Welchen Einfluss eine Hepatitisinfektion eines Partners oder beider Partner auf die Partnerschaft haben kann, hängt von den jeweiligen Übertragungswegen und Verlaufsformen ab (Detailwissen dazu findet sich im Kapitel „Hepatitis allgemein“ und im Kapitel „Prävention, Safer Sex und Konsumregeln“).

4.1.2 Schwangerschaftsverhütung

BASISWISSEN

- In der Beratung ist zwischen der Verhütung ungewollter Schwangerschaften und der Verhütung von Schwangerschaften aus medizinischen Gründen zu unterscheiden.
- Eine Schwangerschaft ist aus medizinischen Gründen unbedingt auszuschließen
 - bei einer behandlungsbedürftigen bzw. akut behandelten Hepatitis B oder C der Frau (Behandlung mit Ribavirin und/oder Interferon) und bis zu 6 Monate danach (Ribavirin)
 - während einer Behandlung des Partners mit Ribavirin und bis zu 6 Monate danach.
- Kondome dienen der Schwangerschaftsverhütung und dem Schutz vor Virusübertragung.
- Bei medizinisch gebotener Schwangerschaftsverhütung empfiehlt sich dringend neben Kondomen ein zusätzliches Verhütungsmittel.
- Die Wahl des zusätzlichen Verhütungsmittels muss den aktuellen Gesundheitsstatus (z. B. Leberwerte) der Anwenderin und die Handhabbarkeit berücksichtigen.





DETAILWISSEN

Hepatitisviren werden auch – je nach Typ mehr oder weniger häufig – beim ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen. Im Sinne einer Infektionsprophylaxe bietet sich zur Schwangerschaftsverhütung der (konsequente und korrekte) Gebrauch von Kondomen an. Wenn aus medizinischen Gründen eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden sollte oder wenn die durchgängige Kondomnutzung zur Verhütung ungewollter Schwangerschaft nicht akzeptiert und/oder nicht umgesetzt wird, empfiehlt sich unbedingt die Wahl eines zusätzlichen Verhütungsmittels.

Medizinische Gründe, eine Schwangerschaft einer Hepatitis-C- und/oder -B-infizierten Frau auszuschließen, sind:

- eine akut behandlungsbedürftige Hepatitis
 - die Behandlung eines der Partner oder beider Partner mit Ribavirin und/oder Interferon (nach Behandlungsende sollte noch sechs Monate für eine sichere Verhütung gesorgt werden).
- **Ribavirin kann zu Fehlbildungen in der Frühschwangerschaft führen, und zwar auch dann, wenn nicht die werdende Mutter, sondern der Partner damit behandelt wird oder innerhalb der letzten 6 Monate behandelt wurde! Interferon erhöht das Risiko einer Fehlgeburt.**

Bei der Wahl des Verhütungsmittels muss die individuelle Situation des Paares eine richtige Anwendung des Präparates zulassen. So kann z.B. eine Drogenkonsumentin in der Regel nicht die erforderliche zeitgenaue Einnahme der Minipille leisten. Welche Verhütungsmethoden individuell am besten geeignet sind, kann in der Beratung besprochen werden. Hier muss auch darauf geachtet werden, dass die gesundheitliche Situation der Anwenderin oder des Anwenders (z.B. Leberwerte) durch das Verhütungsmittel nicht unangemessen belastet wird. Bei der Einnahme von antiretroviralen Substanzen, z.B. zur Behandlung einer HIV-Infektion, kann es außerdem zu Wechselwirkungen mit der „Pille“ kommen; die Wirkung der Pille ist dann nicht mehr sicher.

Die Partner, der Gynäkologe/die Gynäkologin, der/die betreuende Arzt/Ärztin und der/die Beraterin sollten gemeinsam eine möglichst sichere und umsetzbare Verhütungsmethode finden. Ist eine sichere Verhütung aus medizinischen Gründen angezeigt, werden die Kosten für das Verhütungsmittel von der Krankenkasse getragen. Das Rezept muss mit dem Hinweis „medizinische Indikation“ versehen sein. Weitere Informationen sind z.B. über Pro Familia und die Broschüre „HIV und Verhütung“ der Deutschen AIDS-Hilfe zu bekommen.

4.1.3 Kinderwunsch

BASISWISSEN

- Das Risiko einer HCV-Übertragung durch ungeschützten Geschlechtsverkehr ist gering, aber nicht auszuschließen.

- Während der medikamentösen Therapie der Hepatitis bei einem von beiden Partnern und bis zu 6 Monate nach Behandlungsende ist wegen der schädigenden Wirkung einiger Medikamente für die sichere Verhütung einer Schwangerschaft zu sorgen.

DETAILWISSEN



Das Risiko einer HCV-Übertragung durch ungeschützten Geschlechtsverkehr ist eher gering (abhängig von der Viruslast), kann aber nicht ausgeschlossen werden. Bei einer hohen Viruslast erscheint vor Umsetzung des Kinderwunsches eine Senkung der Viruslast mit einer entsprechenden Therapie sinnvoll. Dabei muss beachtet werden, dass bei einigen Medikamenten eine Schwangerschaft bis zu 6 Monate nach Abschluss der Therapie ausgeschlossen werden muss.



Ist die Partnerin Hepatitis-C-infiziert, kann sie zum Schutz des Partners eine „Selbstinsemination“ durchführen, z.B. durch Umstülpen eines mit Sperma des Partners gefüllten Kondoms.

Ist der Partner Hepatitis-C-infiziert, kann zum weitgehenden Schutz der Partnerin eine Kinderwunschbehandlung mit aufbereiteten Spermien in entsprechenden Kinderwunschzentren erwogen werden. Die Kosten dafür werden nicht von der Krankenkasse übernommen.

Nach Ausheilung einer Hepatitis C ist keine Ansteckung des Partners mehr zu befürchten. Eine erneute Infektion mit Hepatitis C ist jedoch möglich.

Für Partner von Hepatitis-A-, -B- und -D-Infizierten bietet die prophylaktische Impfung ausreichend Schutz.

68

4.2 Hepatitis-Infektion in der Schwangerschaft

4.2.1 Schwangerschaft und Entbindung

BASISWISSEN

- Je früher die Blutuntersuchungen zur Immunitätslage der Schwangeren durchgeführt werden, desto schneller können mit Hepatitis infizierte und/oder chronisch erkrankte Frauen erkannt und ggf. angemessen betreut werden. Auch bei einer bereits bestehenden Hepatitis B-Infektion wird individuell die medikamentöse Senkung einer hohen Virusbelastung erwogen, da es auch Übertragungen während der Schwangerschaft gibt!
 - Bei Frauen mit akuter oder chronischer Hepatitis-C- und/oder -B-Infektion können Fruchtwasser- oder andere invasive Untersuchungen in der Schwangerschaft oder während der Geburt zu einer Virusübertragung führen und sollten daher möglichst vermieden werden.
- 

- Haben Schwangere Kontakt zu Hepatitis-infizierten Menschen, sollten sie sich passiv (mit Immunglobulinen) gegen Hepatitis A und B immunisieren lassen. Eine Impfung mit Lebendimpfstoffen (aktive Impfung) in der Schwangerschaft wird von der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Instituts nicht empfohlen (www.rki.de). Der durch die passive Schutzimpfung erreichte Impfschutz sollte nach der Entbindung komplettiert werden.
- Grundsätzlich steht bei schweren, behandlungsbedürftigen Verläufen einer Hepatitis die Behandlung der Mutter im Vordergrund. In diesen Fällen muss individuell erwogen werden, ob eine Behandlung der Mutter die Entwicklung des Kindes und den Schwangerschaftsverlauf so stark gefährden, dass eine Unterbrechung in der frühen Schwangerschaft oder eine vorzeitige Entbindung im letzten Drittel der Schwangerschaft erwogen werden sollte.
- Bei einer Hepatitis-C-Infektion mit hoher Viruslast kann eine Kaiserschnittentbindung vor Wehenbeginn erwogen werden.
- Damit sich die an der Entbindung beteiligten Menschen schützen können, sollte eine Hepatitis-Infektion unbedingt bekannt gegeben werden.

DETAILWISSEN

In den meisten Fällen bemerken die betroffenen Personen eine Infektion mit Hepatitis C und/oder B nicht. Die Richtlinien zur Schwangerenvorsorge empfehlen die Bestimmung des Hepatitis-B-Antigens im letzten Drittel der Schwangerschaft. Dies bedeutet, dass unter Umständen eine infektiöse Hepatitis-B-Infektion erst spät in der Schwangerschaft festgestellt wird und eine Hepatitis-C-Infektion oder andere Hepatiden gar nicht erkannt werden. Bei einer Kontrolle des Hepatitisstatus in der frühen Schwangerschaft – insbesondere bei Frauen mit erhöhtem Infektionsrisiko – kann man Hepatitisinfektionen frühzeitig erkennen, eventuelle Therapieoptionen nutzen und das weitere Vorgehen für Schwangerschaft, Entbindung und für das Kind adäquat bestimmen.

Hepatitis C

Eine frische Infektion mit Hepatitis C hat in der Regel keinen nachteiligen Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft und die kindliche Entwicklung. Auch bei einer Reinfektion oder einer chronischen Hepatitis C sind keine Risiken für die Schwangerschaft und die Entwicklung des Kindes bekannt. Insofern wird wegen einer Infektion mit Hepatitis C kein Schwangerschaftsabbruch empfohlen. Schwere Verläufe der Infektion fordern jedoch die individuelle Risikoabwägung für das weitere Vorgehen.

Die Vorsorge bei einer Schwangeren mit bekannter Hepatitis-C- und/oder Hepatitis-B-Infektion sieht über die Kontrolle des allgemeinen Hepatitisstatus, der Leberwerte und der HCV- und/oder HBV-Viruslast keine Besonderheiten vor. Bei schwerem Verlauf der Erkrankung muss jedoch abgewogen werden, ob eine Behandlung während der Schwangerschaft erfolgen muss.

Während einer Ribavirin-Behandlung der Frau und/oder des Partners und bis zu 6 Monate danach ist bei Eintritt einer Schwangerschaft das Risiko für Fehlbildungen des Kindes, insbesondere in der frühen Schwangerschaft, deutlich erhöht, weshalb in diesen Fällen ein Schwangerschaftsabbruch erwogen werden sollte.



69



Ist die HBV-Viruslast bei HCV- und HBV-koinfizierten Patientinnen hoch, kann eine Therapie mit einem Virusstatikum zur Senkung der HBV-Viruslast erwogen werden.

Die HCV-Übertragung von der Mutter auf das Kind erfolgt meistens während der Geburt. Die Häufigkeit nimmt mit der Viruslast der Mutter zu; sie wird mit einer Rate von ca. 3-7% angegeben (ca. 14% bei HIV-Zusatzinfektion). Ist die Mutter Hepatitis-C-Antikörperträgerin ohne Virusnachweis, findet keine Virusübertragung statt.

Für Hepatitis-C-infizierte Schwangere mit hoher Viruslast (>500.000 IE/ml) kann eine Kaiserschnittentbindung vor Wehenbeginn erwogen werden, um damit möglicherweise das Übertragungsrisiko für das Kind zu senken. Es gibt zurzeit Hinweise darauf (jedoch keine gesicherten Beweise dafür), dass eine Kaiserschnittentbindung das Übertragungsrisiko senken kann.

Eine passive Impfung zum Schutz vor einer HBV-Zusatzinfektion wird in der Regel nur Schwangeren mit intmem Kontakt zu Hepatitis-B-infektiösen Personen empfohlen. Nach der Entbindung ist die Hepatitis-B-Schutzimpfung jedoch allen HCV-infizierten Frauen dringend anzuraten.

Ist eine HCV-infizierte Schwangere zusätzlich HIV-infiziert, empfiehlt es sich, während der Schwangerschaft und der Entbindung nach den aktuellen Deutsch-Österreichischen Empfehlungen für HIV-infizierte Schwangere vorzugehen (www.rki.de).

Nicht infizierte Schwangere mit Viruskontakt

Bei intmem Kontakt oder Spritzentausch einer Schwangeren mit einer Hepatitis-C-infizierten Person ist eine mögliche Infektion mittels der Hepatitis-C-Antikörper, des direkten Virusnachweises und der Leberwerte zu überprüfen. Dabei ist die mittlere Inkubationszeit von 2-20 Wochen zu beachten.

Nach der Entbindung wird in diesem Fall als Schutz vor Zusatzinfektionen, die eine Infektion mit HCV negativ beeinflussen können, eine Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A und B empfohlen.

Hepatitis B

Bei akut oder chronisch infizierten Schwangeren finden ca. 5-10% der HBV-Übertragungen auf das Ungeborene bzw. Neugeborene während der Schwangerschaft statt, meist im letzten Schwangerschaftsdrittel; das Übertragungsrisiko ist abhängig von der Viruslast der Mutter. 80% der Virusübertragungen finden während der Geburt statt. Die Infektion des Neugeborenen während der Geburt kann in 95% der Fälle verhindert werden, wenn die Neugeborenen Hepatitis-B-Antigen-positiver Mütter direkt nach der Entbindung aktiv und passiv gegen Hepatitis B geimpft werden. Bei kompletierter Hepatitis-B-Impfung (Auffrischung nach vier Wochen und sechs Monaten) besteht für diese Kinder für 10 Jahre ausreichend Schutz vor einer Infektion mit Hepatitis B (siehe: „Schutz des Neugeborenen“). Eine Kaiserschnittentbindung ist nicht notwendig.

Für die Kinder, die während der Schwangerschaft infiziert worden sind, kommt die Schutzimpfung zu spät.

Nicht infizierte Schwangere mit Viruskontakt

Bei Intimkontakt oder Spritzentausch einer nicht infizierten Schwangeren mit einer



Hepatitis-B-infektiösen Person sollte – nach vorheriger Überprüfung der Immunitätslage der Frau – eine passive Immunisierung mit Hepatitis-B-Hyperimmunglobulin durchgeführt werden, die mehrere Wochen Schutz bietet. Direkt nach der Entbindung sollte der Schutz mit der aktiven Impfung gegen Hepatitis B komplettiert werden, um einen dauerhaften Impfschutz zu erzeugen.

Bei HBV/HIV-koinfizierten Schwangeren gelten die aktuellen Deutsch-Österreichischen Empfehlungen für HIV-infizierte Schwangere (www.rki.de).

Andere Hepatitiden

Die **Hepatitis-D-Infektion** ist immer eine Zusatzinfektion zur Hepatitis B und erschwert den Infektionsverlauf in der Regel.

Auch die Zusatzinfektion mit Hepatitis D ist keine zwingende Indikation zum Schwangerschaftsabbruch. Je nach Schwere des Infektionsverlaufes und die dadurch bedingte Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung, welche die kindliche Entwicklung und den Schwangerschaftsverlauf stören können, kann in der frühen Schwangerschaft ein Schwangerschaftsabbruch und im letzten Schwangerschaftsdrittel die vorzeitige Entbindung des Kindes erwogen werden.

Schwangere mit intimen Kontakt oder nach Sprizentausch mit einer Hepatitis-D-infizierten Person sollten so schnell wie möglich eine Passivimpfung mit Immunglobulinen gegen Hepatitis B erhalten, sofern keine Immunität gegen Hepatitis B vorliegt. Nach der Entbindung sollte der Impfschutz gegen die Hepatitis B (aktive Impfung) komplettiert werden.

Eine akute **Hepatitis-A-Infektion** hat keinen Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft und der Kindesentwicklung. Im letzten Schwangerschaftsdrittel ist die Fehlgeburtsrate erhöht, und es kann zu Frühgeburten kommen. Ein Schwangerschaftsabbruch wird wegen einer Hepatitis-A-Infektion nicht empfohlen, muss bei einem schweren Verlauf mit akuter Behandlungsbedürftigkeit der Infektion aber individuell erwogen werden.

Bei engem Kontakt der Schwangeren zu einer Hepatitis-A-infizierten Person wird eine passive Immunisierung mit Standardglobulin gegen Hepatitis A empfohlen, wenn keine eigene Immunität gegen Hepatitis A vorhanden ist. Nach der Entbindung ist die Schutzimpfung gegen Hepatitis A zu empfehlen.

Bei Schwangeren mit einer **Hepatitis-E-Infektion** sind aus Indien schwere Verläufe mit einem hohem Risiko für Fehlgeburten und einer hohen Sterblichkeitsrate bei den Müttern bekannt. Dies betrifft vor allem Schwangere, die sich im letzten Drittel der Schwangerschaft infiziert haben. Spezifische Fehlbildungen bei den Kindern wurden nicht beobachtet. Eine Schwangerschaftsunterbrechung bei frischer Infektion wird nicht grundsätzlich empfohlen. Jedoch sollte auch hier bei schweren Verläufen die Risikoabwägung für Mutter und Kind das weitere Vorgehen bestimmen.

Schwangere sollten von Reisen in entsprechende Endemiegebiete sowie von Kontakt zu Hepatitis-E-infizierten Personen Abstand nehmen, da es bislang keine Schutzimpfung gegen Hepatitis E gibt.



4.2.2 Schutz des Neugeborenen

BASISWISSEN

- Der weiterbehandelnde Kinderarzt sollte grundsätzlich über den Infektionsstatus der Mutter während der Schwangerschaft und der Geburt informiert sein, um das Kind adäquat betreuen zu können.
- Neugeborene haben ca. bis zum 18 Lebensmonat als „Nestschutz“ die Antikörper der Mutter, auch wenn sie selbst nicht infiziert sind. Dies bedeutet, dass in diesem Zeitraum Hepatitis-Antikörpernachweise immer positiv ausfallen, wenn die Mutter Antikörperträgerin ist. Der Nachweis oder der Ausschluss einer Hepatitisinfektion des Kindes kann in diesem Zeitraum nur über den direkten Virusnachweis geführt werden.
- Neugeborene von HAV-, HBV- oder HCV-infizierten Müttern sollten in den ersten Lebensstunden in der Entbindungsklinik gegen Hepatitis A bzw. Hepatitis B aktiv und passiv geimpft werden. Diese Impfungen schützen das Kind dann gegen eine Infektion mit Hepatitis A, B und D.



DETAILWISSEN

72

Hepatitis C

Neugeborene von Müttern mit bekannter Hepatitis-C-Infektion werden in den ersten 12 Lebensstunden aktiv und passiv gegen Hepatitis B geimpft, um bei möglicher Hepatitis-C-Infektion des Kindes das Risiko einer Zusatzinfektion mit Hepatitis B und D, welche den Verlauf der kindlichen Hepatitis-C-Infektion deutlich verschlechtern können, weitgehend auszuschließen.

Die Impfung des Kindes gegen Hepatitis A sollte ebenfalls erwogen werden. Dieser Impfschutz muss vom Kinderarzt nach vier Wochen und nach sechs Monaten komplettiert werden.

Das Risiko einer HCV-Übertragung von der Mutter auf das Kind liegt bei ca. 3-7%

In den letzten Jahren hat sich herausgestellt, dass schwere Verläufe der Hepatitis C bei Kindern eher selten sind; ca. 5-10% der infizierten Neugeborenen zeigen einen schweren chronischen Verlauf. Bei über 40% der Kinder, die unter der Geburt mit HCV infiziert wurden, ist im Verlauf von Jahren kein Virus mehr nachweisbar.

Hepatitis B und D

Die Neugeborenen von Müttern mit einem positiven Nachweis des HBs-Antigens werden innerhalb der ersten 12-24 Lebensstunden nach der Geburt simultan aktiv und passiv gegen Hepatitis B geimpft, wodurch sie zu 95% vor einer Ansteckung geschützt sind. Der weiterbehandelnde Kinderarzt muss den Impfschutz komplettieren.



5-10% der Kinder Hbs-Antigen-positiver Mütter infizieren sich bereits während der Schwangerschaft; für diese Kinder bietet die Impfung keinen Schutz mehr.

90% der Kinder Hepatitis-B-infizierter Mütter, die keine Simultanimpfung erhalten haben, sind Hepatitis-B-infiziert. Bei diesen Kindern fehlen oft die Krankheitssymptome der akuten Infektion, es kommt aber mit ca. 90% der Fälle deutlich häufiger zu einer Chronifizierung der Hepatitis B als bei den Erwachsenen (5-10%).

Eine Hepatitis-D-Zusatzinfektion kommt bei weniger als 5% der Hepatitis-B-infizierten Kinder vor und ist damit sehr selten. In diesem Fall sind die Erfolge einer medikamentösen Therapie der Kinder schlechter als bei Hepatitis B.

Wird das Neugeborene einer Mutter mit einer frischen **Hepatitis-A-Infektion** in den ersten Lebensstunden gegen Hepatitis A geimpft, ist es vor einer Infektion mit dem Virus ausreichend geschützt.

4.2.3 Stillen

BASISWISSEN

- Eine Übertragung des Hepatitis-C-Virus durch die Muttermilch ist unwahrscheinlich, daher wird meist nicht vom Stillen abgeraten.
- Nach passiver und aktiver Impfung können Neugeborene Hepatitis-A- und/oder -B-infizierter Mütter gestillt werden.



73

DETAILWISSEN

Hepatitis C

Eine HCV-Übertragung über die Muttermilch konnte bislang weder ausgeschlossen noch bewiesen werden. Es ist davon auszugehen, dass das Risiko der Virusübertragung durch das Stillen eher gering ist, insbesondere bei geringer Viruslast. Bewertet man diese Umstände im Zusammenhang mit den eher unproblematischen Infektionsverläufen infizierter Kinder, wird vom Stillen meist nicht abgeraten. Bei wunden oder blutenden Brustwarzen sollte nicht gestillt werden. Ansonsten sind die Eltern über das statistische Risiko nach dem derzeitigen Kenntnisstand aufzuklären; die Entscheidung ist unter Berücksichtigung individueller Risiken zu treffen.

Hepatitis A, B und D

Kinder Hepatitis-A- und/oder -B-infizierter Mütter werden in den ersten Lebensstunden geimpft und können gestillt werden. Eine Hepatitis-Infektion des Kindes durch das Stillen kann jedoch nach heutigem Wissenstand auch bei geimpften Kindern nicht völlig ausgeschlossen werden. Die Infektionsgefährdung des Kindes ist individuell abhängig von der Viruslast der Mutter, vom Zeitpunkt der Infektion und von der Impfantwort des Kindes.



Wenn die Mutter selbst aufgrund eines schweren Infektionsverlaufes behandlungsbedürftig ist und Medikamente eingesetzt werden müssen, die das Stillen verbieten, sollte vom Stillen abgesehen werden.

4.3 Weiterführende Literatur

- Burdelski, M. et al. (2004) : Virale Hepatitis bei Kindern und Jugendlichen. Gastroenterol 42, 731-733
- Empfehlungen der Nationalen Stillkommission vom 19. März 2001 in Abstimmung mit der Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung und der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (2002): Hepatitis C und Stillen. Suchtmed 5, 45-47
- Enders, G, Braun R. (2000): Prä- und peripartale Übertragung des Hepatitis C Virus. Internist 7, 676-678
- Polywka, S., Laufs, R. (1999): Die vertikale Übertragung des Hepatitis-C-Virus von infizierten Müttern auf ihre Kinder. Bundesgesundheitsbl. 42, 562-568



II PRÄVENTION

1. Strategien der Hepatitis-Prävention: Von der Theorie zur Praxis

Trotz der epidemischen Verbreitung und der Schwere der HCV-Infektion wird ihre Bedeutung für die Gesundheit eines erheblichen Teils der Bevölkerung und die Herausforderung für das Gesundheitswesen verkannt. Für eine erfolgreiche Präventionsarbeit¹ ist es wichtig, die Widerstände zu benennen, die es zu überwinden gilt, wenn HCV-Prävention gesundheitspolitisch verankert und fachlich in die Praxis umgesetzt werden soll:

- geringe gesundheitspolitische und fachöffentliche Aufmerksamkeit gegenüber HCV
- verbreitete Präventionsmüdigkeit und -nachlässigkeit (z. B. Impfmüdigkeit)
- verbreiteter Präventions-/Therapiepessimismus
- reduzierte Gesundheitsbudgets
- gesundheitspolitische Ängste („neue Kostenlawine“).

Entsprechend diesen Widerständen müssen Präventionsstrategien auf den Ebenen individuellen Verhaltens und gesellschaftlicher Verhältnisse entwickelt werden.



75

1.1 Kernelemente der Verhaltensprävention

Die Kernelemente der Verhaltensprävention sind:

- verständliche und ansprechende Informationen
- Lebensweltnähe, Settingbezug
- Zielgruppenspezifität
- Alters-, Geschlechts- und Kulturspezifität.

Verhaltensprävention kann nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn parallel Strategien zur Verhältnisprävention entwickelt werden.

1.2 Kernelemente der Verhältnisprävention

- gesundheitspolitische Forderungen nach nationaler Hepatitis-C-Gesamtstrategie
- Thematisierung von HCV bei politisch Verantwortlichen, Fachbehörden und Fachverbänden
- Verschränkung der infektionsprophylaktischen Angebote (Spritzen-/Spritzutensilver-

¹ Leicht, A.; Stöver, H. (2005): Innovative Strategien der Hepatitis-C-Prävention. In: Heudtlass, J.-H.; Stöver, H. (Hrsg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt: Fachhochschulverlag, 3. Auflage, S. 309–323

- gabe) diverser Träger (Drogen-/Aids-/Jugendhilfe, Apotheken usw.) sowie verschiedener Disziplinen und Professionen
- Verstärkung der HCV-Aufklärungsbemühungen für Fachkräfte, Ärzte/Ärztinnen (insbesondere substituierende Ärztinnen und Ärzte sind enorm wichtig für Diagnostik und Behandlungsüberführung)
 - Ausbau der Substitutionsbehandlung (verbessertes Schnittstellenmanagement).

1.3 Grundlegende Ziele und Maßnahmen der Hepatitis-Prävention

Erhöhung des Hygienebewusstseins

Das Ziel ist, durch effektive, einfache Maßnahmen krankmachende Keime bzw. die Übertragung von HCV reduzieren. Die wichtigsten Maßnahmen sind die Hände-Hygiene und Oberflächen-Hygiene. In der Präventionsarbeit sollte immer an die Möglichkeit der Alltags- und Haushaltsübertragungen gedacht werden (auch in Bezug auf MRSA und andere Keime). (siehe Kapitel II, 5)

Blutaufmerksamkeit erzeugen

Blutaufmerksamkeit bedeutet, dass jemand sich bewusst ist, dass in seinem Leben Blut (auch nicht sichtbares Blut) ein Gesundheitsrisiko darstellen kann. Die Gelegenheiten, mit fremdem Blut in Berührung zu kommen, sind vielfältig, sowohl im Haushalt (Schnitt-/Stichverletzungen, bei der Ersten Hilfe, Hygieneartikel) als auch beim Sex und Drogenkonsum. (siehe Kapitel II, 2, 3, 4 + 5)

Impfung gegen Hepatitis A und B

Es sollte über den Nutzen der Hepatitis-A- und -B-Impfung aufgeklärt werden. Der Zugang zur Impfung sollte erleichtert werden, ggf. durch Kooperation mit niedergelassenen Ärzt(inn)en/Ambulanzen oder durch ein Impfangebot in der eigenen Einrichtung. (siehe Kapitel I, 1.6)

Behandlung der chronischen Hepatitis

Auch die Behandlung der Hepatitis hat, epidemiologisch betrachtet, einen primärpräventiven Effekt. HCV-positive Drogengebraucher/innen sollten aufgeklärt und bei der Auseinandersetzung mit dem Für und Wider einer Therapie unterstützt werden. Während und nach der Therapie ist eine begleitende Unterstützung zur Vermeidung von Therapie-Abbrüchen und Re-Infektionen häufig zweckmäßig. (siehe Kapitel I, 3)

Arbeitsschutz: Drogen-/Aidshilfe geht mit gutem Beispiel voran

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



1.4 Beispiele der Hepatitis-Prävention

Förderung der Hepatitis-Impfung

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

Information und Motivation

Eingesetzt werden können die klassischen Methoden der Präventionsarbeit:

- Einzel- und Gruppengespräche
- Aktionen in Kampagnen-Form.

Die Vergabe von Info-Broschüren und anderem Schriftmaterial allein reicht nicht aus!

Konkret bieten sich folgende Projekte an:

In niedrighschwelligen Einrichtungen:

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

Im betreuten Wohnen zusätzlich:

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

In Beschäftigungsprojekten, Tagesstätten und Wohngruppen zusätzlich:

„Pflicht-Trainings“ (Gruppenveranstaltungen zu Hygiene, Infektionsschutz, Drogennotfall).

Für alle Einrichtungen (in Kooperationen mit Gesundheits-/Jugendämtern usw.):

„HCV-Kompaktkurse“, die neben Fortbildung auch eine Intensivierung der Zusammenarbeit und Verschränkung der Arbeit der professionellen Akteure/Akteurinnen vor Ort leisten (siehe www.archido.de).



- ▶ **Wir wünschen uns, dass Sie als Leser und Leserin dieses Handbuchs ange- regert werden, Ideen zu entwickeln. Dabei ist es natürlich auch erlaubt, Ideen anderer Einrichtungen „abzukupfern“ und weiterzuentwickeln. Suchen Sie sich Bündnispartner auf lokaler und überregionaler Ebene. Denn gemein- sam geht es besser. Packen Sie es an!**

2. Konsumregeln

BASIS-INFORMATIONEN

Anders als bei HIV gibt es bei HAV, HBV und HCV eine hohe Zahl von Fällen mit ungeklärtem Übertragungsweg. Zudem sind diese Viren weitaus leichter übertragbar und um ein Vielfaches weiter verbreitet als andere Viren. Dies sind die Hauptgründe für die extrem hohe Ansteckungsrate unter Drogen gebrauchenden Menschen (vgl. Vorwort).

Nachdem sich diese Erkenntnisse über Jahrzehnte nur unzureichend in den Prä- ventionsbemühungen niedergeschlagen haben, wird es nun endlich Zeit, Drogen konsumierenden Menschen Blutaufmerksamkeit und Hygienebewusstsein zu vermit- teln und die bisherigen Safer-Use-Botschaften, die aus der HIV-Prävention heraus entstanden sind, entsprechend anzugleichen bzw. zu erweitern. Nur dann besteht die Möglichkeit, die weitere Verbreitung von Hepatitis-Infektionen unter Drogengebrau- cher(inne)n zu verhindern oder zumindest einzudämmen (vgl. 6, Anhang, Illustrierte Merkblätter).

78

Konsumregeln für intravenös Drogen Konsumierende

Grundsätzlich gilt für jeden intravenösen Drogenkonsum:

- In einer möglichst ruhigen und geschützten Umgebung konsumieren.
- Möglichst nicht alleine, sondern mit einer vertrauenswürdigen Person konsumieren, da sonst im Falle eines Notfalls niemand erste Hilfe leisten kann.
- Nach längeren Konsumpausen oder bei unbekannter Stoffqualität möglichst vor- sichtig dosieren und/oder kleine Dosis testen.
- Vor und nach jedem Konsum die Hände gründlich mit Seife waschen.
- Eine saubere Unterlage vorbereiten.
- Alle notwendigen Utensilien in ausreichender Zahl und ohne Hektik bereitlegen.
- Kein gemeinsamer Gebrauch von Injektionsmaterial und Zubehör wie Spritzen, Na- deln, Wasser, evtl. Rührwerkzeug, Löffel, Wasser, Ascorbinsäure, (Einweg-)Filter.
- Immer frische Desinfektionsmittel und/oder Tupfer benutzen.
- Die Konsumdosis nur mit eigenen, neuen und sterilen Spritzen (keine Insulinsprit- zen, da diese nicht zum i.v. Konsum geeignet sind), Nadeln und (Einweg-)Filtern, gründlich gereinigten Löffeln (Aufkochpfännchen, z.B.), Feuerzeug und frischem (sterilem) Wasser zubereiten.
- Von dem Gebrauch von selbst gebastelten Löffeln muss abgeraten werden, da das

- Erhitzen gefährliche Schwermetalle und Lacke freisetzen kann, was fast unweigerlich zu schweren Shakes führt.
- Auch die Wasserbehälter und Löffel müssen immer sehr gründlich gereinigt werden, da andernfalls Bakterien und andere Krankheitserreger anhaften können, die lange Zeit infektiös bleiben können.
 - Wenn mehrere Personen gemeinsam konsumieren, müssen alle Beteiligten für jede Injektion eigene, sterile Materialien verwenden. Nur als allerletzte Möglichkeit sehr gut desinfizierte Spritzen und Materialien teilen (Notfallreinigung: siehe S.84 ‚Alternative Desinfektionsmöglichkeiten‘).
 - Zum Teilen bei diesen Gelegenheiten immer erst das Pulver teilen und dann getrennt zubereiten. Front- oder Backloading sind hier keine Alternativen. Wenn es dennoch praktiziert wird, dann nur mit jeweils eigenen, neuen und sterilen Spritzen und Nadeln.
 - Jegliche Form von Filtern darf nur einmal verwendet werden (auch wenn noch etwas Stoff darin ist). In gebrauchten Filtern finden sich in Blutresten neben Viren oft große Kulturen von Bakterien, die sich gerade bei Körpertemperatur sehr schnell vermehren (z. B. wenn die Filter in der Hosentasche getragen werden). Darum darf ein eigener Filter auch dann nur einmal gebraucht werden, wenn alleine konsumiert wird. Wenn die Möglichkeit besteht, sollten Einweg-/Metallfilter benutzt werden. Sie filtern besser, und es bleibt kein Heroin in ihnen zurück. Wenn es dennoch nötig sein sollte, die Filter aufzuheben, müssen sie erst einmal getrocknet werden (im Idealfall mindestens 10 Tage), bevor sie weiter benutzt werden.
 - Auch Drogenkonsumierenden muss «Blut-Aufmerksamkeit» vermittelt werden. Blut – auch getrocknetes Blut und auch kleinste Mengen – kann grundsätzlich kontaminiert sein. Es ist deshalb immer als infektiös einzustufen (siehe Kapitel II,5).



79

Konsumregeln für rauchende und sniefende Drogengebraucher (innen)

- In einer möglichst ruhigen und geschützten Umgebung konsumieren.
- Möglichst nicht alleine, sondern mit einer vertrauenswürdigen Person konsumieren, da sonst im Falle eines Notfalls niemand erste Hilfe leisten kann.
- Nach längeren Konsumpausen oder bei unbekannter Stoffqualität möglichst vorsichtig dosieren und/oder kleine Dosis testen.
- Vor und nach jedem Konsum die Hände gründlich mit Seife waschen.
- Eine saubere Unterlage vorbereiten.
- Alle notwendigen Utensilien in ausreichender Zahl und ohne Hektik bereitlegen.
- Nase gründlich putzen.
- Kein gemeinsamer Gebrauch von Inhalationsröhrchen (Verletzungs- und damit Infektionsgefahr). Bei verletzter Nasenschleimhaut einer sniefenden Person können die von ihr benutzten Röhrchen (auch gerollte Banknoten) mit Blut und damit auch mit Hepatitis-A-, -B- oder -C-Viren verunreinigt sein. Bei Weitergabe des Röhrchens können auf diesem Wege Viren übertragen werden. Wenn die Möglichkeit besteht, sollten Safer-Sniefen-Sets ausgegeben/benutzt werden. Diese enthalten neben geeigneten Röhrchen auch Pflegecreme für die Nasenschleimhaut usw. Besonders Kokainkonsum schwächt die Abwehrfunktion des Organismus. Daher kann bereits eine geringere Anzahl Viren ansteckend sein.

Beim Rauchen von Heroin ist zusätzlich zu beachten:

- Die Alufolie zuvor von beiden Seiten erhitzen, um Beschichtungen o. Ä. abzubrennen.

Entsorgung

Alles beim Drogenkonsum gebrauchte Material muss so bald wie möglich und auf möglichst sichere Art entsorgt werden. Bei nicht stechendem Material:

- Gebrauchte Tupfer, Filter usw. müssen in einen geeigneten Behälter entsorgt werden. Außerhalb des Konsumraums: z. B. in eine leere Alu-Dose und dann in den regulären Abfall.
- Bei stechendem Material:
 - Im medizinischen Setting und Konsumraum
 - Kein Aufsetzen der Plastikkappe auf eine gebrauchte Kanüle (Nadel). Kanülen müssen samt Spritzen vor Ort in bruch- und stichfeste Behältern entsorgt werden können.
 - Außerhalb von medizinischem Setting und Konsumraum
 - Immer Aufsetzen der Plastikkappe auf eine gebrauchte Kanüle und zusammen mit der Spritze in einen festen Behälter (z.B.: leere Alu Dose) entsorgen und in den regulären Abfall werfen.



80

DETAILWISSEN

Risikoärmer injizieren, inhalieren und sniefen

Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass Drogengebraucher(innen) 24 Stunden am Tag Zugang zu Injektions- und anderem Konsummaterial (wie Safer-Snief-Sets) ermöglicht wird. Die Materialien müssen in ausreichender Menge zur Verfügung stehen; insbesondere intravenös Kokain Konsumierende haben einen sehr hohen Bedarf. Die Betreiber von Konsumräumen sollten versuchen, die Öffnungszeiten an den Lebens- und Konsumgewohnheiten ihrer Kunden auszurichten. Dieser Grundsatz sollte für alle Einrichtungen gelten, die Spritzen usw. ausgeben.

Zur Vermeidung von Wartezeiten stellen Spritzenautomaten eine adäquate Alternative dar. Nur so kann verhindert werden, dass gebrauchtes Injektionsmaterial weitergegeben bzw. gemeinsam gebraucht wird.



Vor dem intravenösen Konsum

- Für ein möglichst ruhiges Setting Sorge tragen.
- Freie und saubere Unterlage wählen bzw. vorbereiten.
- Steriles Zubehör in ausreichendem Maße bereitlegen.
- Behälter für das Entsorgen der gebrauchten Tupfer, Taschentücher usw. vorbereiten.
- Hände gründlich waschen.
- Sterile Spritze und geeignete Nadeln (lang und dick statt kurz und dünn), idealerweise mit Einweg-/Metallfilter (notfalls ein Stück Zigarettenfilter) verwenden. (Zigarettenfilter nie mit den Zähnen, sondern mit gewaschenen Händen herausreißen.)
- Seine eigenen Filter nie teilen/ausleihen – auch nicht, „um zu helfen“. Generell soll-



- ten Filter nicht aufgehoben und weiterverwendet werden. Ist das aber doch einmal nötig, Filter erst einmal trocknen (im Idealfall mindestens 10 Tage), bevor sie weiter benutzt werden.
- Am besten steril verpackte „Aufkochpfännchen“ anwenden. Sonst nur den eigenen, persönlichen Löffel verwenden; vor Gebrauch mit Wasser/Alkoholtupfer reinigen.
 - Steriles Wasser verwenden – falls nicht verfügbar: frisches Wasser direkt ab Wasserhahn (Wasser kurz laufen lassen, um kein Wasser zu verwenden, dass in der Leitung gestanden hat).

Bei Heroinkonsum: (in sterilen Einzeldosen verpacktes) Ascorbin statt Zitronensaft verwenden und immer so wenig wie unbedingt nötig, da die Säure die Venen zusätzlich schädigt.

Bei Kokainkonsum: Da das Kokain stark betäubt, kann ein Danebendrücken unbemerkt bleiben, was die Gefahr einer Abszessbildung erhöht. Beim Spritzen von Kokain oder Crack wird zudem das Wasser nicht erhitzt, sodass Bakterien und/oder Viren nicht abgetötet werden können.

- ▶ **Immer darauf achten, dass die Flüssigkeit in der Spritze klar und kalt ist und keine Verunreinigungen enthält. Das schont die Venen und schützt vor Embolien. Notfalls noch einmal filtern.**

Bei bereits starken Entzugssymptomen: Erst sniefen oder rauchen. Injektionen mit „Affen im Nacken“ führen meist zu unnötigen Verletzungen, und die Hygieneregeln finden weniger Beachtung. Die Gefahr von Infektionen erhöht sich damit massiv.

- Möglichst die besterhaltenen (stärksten/dicksten) Venen verwenden und riskante Venen (z. B. Leiste, Hals, Finger, Fußsohlen) vermeiden.
- Immer in Richtung des Herzens injizieren.
- Wenn mehrere Versuche nötig sind, sollten die Einstiche mindestens 2 cm voneinander entfernt sein (besser wechseln zwischen Arm und Bein/links und rechts usw.).
- Rollvenen mit dem Finger fixieren.
- Nach dem Konsum die Einstichstelle für 2 Minuten abdrücken und mit einem trockenen Tuch abtupfen.
- Im Anschluss Heparin-Salbe auftragen, um die Venen auf lange Sicht vor Verhärtungen zu schützen.

Raucher(innen) und Sniefer(innen):

Kokain-(Free-)Base an Stelle von Crack verwenden. „Freebasing“ heißt der Prozess, mit welchem Kokain-Hydrochlorid (=Kokain) in Kokain-Base (=rauchbares Kokain) zurückverwandelt wird.

Man unterscheidet hier anhand der verschiedenen Herstellungsmethoden:

- **Methode 1:** Ammoniak sowie Äther werden mit Kokain-Hydrochlorid und Wasser vermischt. Die Mischung wird erhitzt, der Äther verdampft. Nach dem Auskühlen und Auskristallisieren wird die Mischung mit Äther oder Chloroform „gewaschen“. Das Resultat: Kokain-Free-Base. Durch das Miterhitzen von Äther entsteht bei der Herstellung ein hoch entflammbares Gemisch, das sich auch selbst entzündet



und zu heftigen Explosionen führen kann! Der Herstellungsprozess dauert etwa 24 Stunden.

- **Methode 2:** Besser sollte das Kokain mit Magensalz (Bullrichsalz) oder Backpulver (Natriumbikarbonat/NaBic) erhitzt werden. Das Pulver wird dadurch in rauchbare Kristalle umgewandelt, die dann in einer Pur-Pfeife geraucht werden können. Diese Methode ist den anderen Zubereitungsarten vorzuziehen, da Ammoniak Übelkeit erzeugen kann und sehr gesundheitsschädlich ist. Bei angegriffener Leber wird das Ammoniak zudem nicht ausgeschieden und verbleibt im Blutkreislauf.
- **Methode 3:** Ammoniak wird mit Kokain-Hydrochlorid und Wasser vermischt. Die Mischung wird erhitzt und abgekühlt. Dann werden die Kristalle herausgefiltert. Das Resultat ist Kokain-Base (Crack). Crack enthält Reste von Ammoniak, die beim Konsum der bereits strapazierten Lunge weiter schaden. Daher wäre das Rauchen von Kokain-(Free-)Base vorzuziehen, da ihr beim „Waschen“ Ammoniak-Reste entzogen werden oder sie evtl. gar nicht erst mit Ammoniak in Berührung gekommen ist. Der aufwändige (und gefährliche) Prozess der Kokain-(Free-)Base-Herstellung unter Verwendung von Ammoniak und die relative Unbekanntheit der alternativen Zubereitung mit NaBic oder Magensalz führt aber dazu, dass in vielen Fällen Crack geraucht wird.

Begriffsverwirrung: In Deutschland gibt es weder unter Drogengebraucher(inne)n noch unter in der Beratung tätigen Personen einen einheitlichen Sprachgebrauch im Hinblick auf Crack und Kokain-(Free-)Base. Dies ist im gesamten deutschsprachigen Raum ähnlich. So wird oft z.B. Crack als Base oder gar Free Base bezeichnet. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle auf die Zuordnung der Zubereitungsmethoden zu den verschiedenen Begriffen verzichtet.

Noch ein kurzer Hinweis: In einigen Regionen Deutschlands (z.B. in Frankfurt am Main und zunehmend auch in Hamburg) ist im Kleinhandel auf den Straßenszenen kaum noch Kokainpulver erhältlich. Es werden fast ausschließlich „Steine“ gehandelt. Dies führt dazu, dass immer mehr Drogengebraucher(innen) diese Steine intravenös konsumieren, indem sie die Steine wieder auflösen und dann wie gewohnt injizieren. Das birgt, aufgrund des wesentlich höheren Reinhaltsgehalts gegenüber dem handelsüblichen Kokainpulver, ein vielfach höheres Risiko von (tödlichen) Überdosierungen.

Vor dem Sniefen:

- Fläche zum Zubereiten der „Linien“ desinfizieren oder zumindest gründlich reinigen.
- Vor dem Sniefen die Nase gründlich putzen.
- Beim Sniefen darauf achten, dass ein eigenes Röhrchen verwendet und dieses nicht weitergegeben wird.
- Nach dem Konsum eine Pflegesalbe zur Pflege der Schleimhäute auftragen.
- Kein Gebrauch von gerollten Banknoten oder anderen scharfkantigen Röhrchen, da diese die Nasenschleimhaut verletzen können.

Vor dem Rauchen:

- Die Folie sollte so dick wie möglich sein, damit sie beim Erhitzen nicht verbrennt.
- Bei der Inhalation („Chasing the Dragon“) darauf achten, dass ein eigenes Röhrchen verwendet und dieses nicht weitergegeben wird.



Der intravenöse Konsum

- Stauschlauch anbringen (lässt die Venen „hervortreten“). Oftmals werden keine geeigneten Venen mehr gefunden, weil nicht richtig (zu fest oder nicht fest genug) gestaut wird. Es kann hilfreich sein, vor dem Stauen Wärme auf den Arm aufzubringen (Wasserbad oder Kompressen), den Arm gestaut 1–2 Minuten hängen zu lassen oder zu pumpen (Faust mehrmals ballen), um die Venen besser hervortreten zu lassen. Der Stauschlauch sollte sich auf jeden Fall leicht und mit einer Hand öffnen lassen.
- Vor dem Einstich die Haut mit Alkoholtupfer desinfizieren. Dazu die Einstichstelle mit dem Tupfer mindestens eine Minute gründlich abreiben und den Alkohol einwirken lassen.
- Wenn rotes, helles Blut von allein in die Spritze dringt, wurde eine Arterie getroffen. In diesem Fall die Nadel sofort zurückziehen und die Injektionsstelle für mindestens 5 Minuten fest zupressen.
- Grundsätzlich gilt, dass die Nadel immer in Richtung des Herzens eingeführt werden muss, um die Venenklappen nicht zu schädigen. Dazu die Nadel möglichst weit einstechen, damit sie sicher in der Vene liegt.
- Wenn die Nadel richtig platziert ist: vor dem Drücken des Kolbens den Stauschlauch lösen.
- Muss mehrmals eingestochen werden, die Einstichstelle jedes Mal wechseln und mindestens 2 cm Abstand zwischen den Stellen lassen. Besser zwischen linkem und rechtem Arm, Handrücken und Bein usw. wechseln. Leiste, Hals und Penis sind als Injektionsstellen absolut ungeeignet. Am besten die dicken Venen an Ober- und Unterarm oder Handrücken benutzen. Venen an Handinnenflächen sowie Füßen und Fingern platzen schnell, Einstiche hier sind extrem schmerzhaft.
- Wenn es gar nicht anders geht und in die Muskeln gespritzt wird, sollte in einen entspannten Muskel ca. 1 cm tief eingestochen werden (unter das Fettgewebe). Wenn der Muskel getroffen ist, kommt beim Anziehen kein Blut. Keine dünnen Nadeln verwenden, da diese abbrechen können. Unbedingt langsam abdrücken, da die Flüssigkeit viel Zeit braucht, um sich im Gewebe zu verteilen.



Nach dem intravenösen Konsum

- Vene zusammenpressen und den Blutropfen mit sauberem Trockentupfer abwischen.
- Pflaster aufkleben.
- Um die Venen zu pflegen, sollten regelmäßig heparinhaltige Salben aufgetragen werden. Dies kann auch helfen, einen Abszess zu verhindern, wenn daneben gedrückt wurde.
- Spritze in einen Entsorgungsbehälter werfen, um Wiederverwendung zu vermeiden.
- Gebrauchte Tupfer in einen Abfalleimer oder anderen geeigneten Behälter werfen. Auch Krankenhäuser, Apotheken und Arztpraxen nehmen sicher verpacktes Spritzbesteck und Utensilien oftmals zur Entsorgung an.
- Die Unterlage reinigen (oder wegwerfen) und den Löffel putzen.
- Hände gründlich waschen.

■ Bei erneuter Injektion: Nicht dieselbe Vene wie beim letzten Mal verwenden. An dieser Stelle noch ein Wort zu Tabletten und Cocktails: Tabletten sind grundsätzlich ungeeignet zum intravenösen Konsum. Sie enthalten Bindungsmittel wie Talkum, das sich in den Gefäßen und im Gewebe ablagert und zu Verstopfungen und Entzündungen führen kann. Dazu kommt ein vielfach erhöhtes Risiko einer Überdosierung. Müssen dennoch Tabletten gespritzt werden, diese fein zerstoßen dann lange und mehrmals aufkochen, bis nur noch eine klare Flüssigkeit in der Spritze ist. Cocktails aus Heroin und Kokain und/oder Tabletten sind zum Teil sehr beliebt. Die Gefahr einer Überdosierung ist auch hier um ein Vielfaches höher als gewöhnlich. Es sollte daher möglichst vorsichtig dosiert werden. Diese Konsumregeln sind der Klientel auf geeignete Weise und mit Nachdruck zu vermitteln; dabei ist besonders darauf zu achten, dass diese Regeln auch außerhalb der Konsumräume befolgt werden. (vgl. V Anhang, Merkblatt Injektion)

Alternative Desinfektionsmöglichkeiten

Die unten beschriebenen Desinfektionsmöglichkeiten sind nur bedingt tauglich und nur im äußersten Notfall anzuwenden! Sterile Spritzen und Nadeln sind nach wie vor allen anderen Möglichkeiten vorzuziehen. Allen Institutionen einschließlich Gefängnissen wird mit Nachdruck empfohlen, ihrer Klientel steriles Injektionsmaterial in ausreichendem Maß zur Verfügung zu stellen.

Falls in bestimmten Situationen kein steriles Injektionsmaterial zur Verfügung steht (und nur dann!), können Spritzen, Löffel und Wasserbehälter ausnahmsweise desinfiziert werden.

Spritzen

Boiling-Lösung:

Die eigene Spritze kann ausgekocht werden, allerdings höchstens drei Mal: Zuerst mindestens zwei Mal mit kaltem Wasser durchspülen, um grobe Rückstände (besonders Eiweißrückstände) zu entfernen. Spritze in Einzelteile zerlegen (Spritze, Kolben, Nadel und Löffel) und 20 Minuten in sprudelndem Wasser auskochen. Wenn dem Wasser zudem Sodalösung (0,5%) zugefügt wird, verbessert sich die Desinfektionswirkung noch einmal. Danach erneut mit frischem, kaltem Wasser durchspülen.

- **Hinweis: Auch nach diesem Prozedere besteht weiterhin ein Restrisiko für bakterielle Infektionen!**

Im Notfall können Spritzen auch mit Bleichmittel, das Natriumhypochlorid enthält (mindestens 1%, z. B. Bref Chlorreiniger®), Alkohol (mindestens 70-80%), Milton - Bad- Desinfektionsmittel für Utensilien zur Ernährung von Säuglingen (die Lösung ist 10% und wird für diesen Zweck – Desinfektion von Schnullern, Flaschen verdünnt), mit medizinischem Alkohol (mindestens 70-80%) sowie Betaisodona®-Lösung desinfiziert werden.

Bleach-Lösung:

Die Spritze zuerst mindestens zwei Mal kalt durchspülen, danach mindestens zwei

Mal mit der Bleach-Lösung durchspülen. Die Flüssigkeit sollte jeweils mindestens 2 Minuten in Spritze und Nadel verbleiben. Wenn man genug Zeit hat, können auch die Einzelteile für mindestens 20 Minuten in die Desinfektionsflüssigkeit eingelegt werden. Anschließend mindestens fünf Mal kräftig mit frischer Desinfektionsflüssigkeit durchspülen. Zuletzt noch drei Mal mit frischem Wasser durchspülen.

Jod-Lösung:

Hier wird genau wie bei der Bleach-Lösung vorgegangen, allerdings ist die nötige Einwirkdauer etwas geringer. Zur Anwendung kommen Betaisodona®- oder Braunol®-Lösungen. Diese sind wesentlich länger haltbar und behalten ihre desinfizierende Wirkung länger als Bleach-Produkte.

Alkohol-Lösung:

Alkohol ist nur bedingt tauglich, da insbesondere Hepatitis-Viren nicht zuverlässig abgetötet werden. Im Notfall ist ein Alkoholgehalt von mindestens 70-80% nötig (Ethanol, Isopropanol). In alkoholischen Getränken findet man einen solchen Alkoholgehalt in der Regel nicht (Ausnahme: Strohrum). Besser ist hier z. B. Klosterfrau Melisengeist®. Die Desinfektion erfolgt, wie bei den anderen Methoden beschrieben. Besonders hier gilt: Möglichst lange einwirken lassen. (vgl. V Anhang, Merkblatt Desinfektion der Spritze nur im Notfall)

Löffel und Wasserbehälter

Löffel und Wasserbehälter können mit Alkoholtupfern, Bleichmittel oder medizinischem Alkohol desinfiziert werden: Tupfer (oder Ähnliches) mit viel Desinfektionsmittel tränken und die Flüssigkeit auf die Geräte auftragen. Mindestens 5 Minuten einwirken lassen. Mit trockenem Tupfer nachtrocknen. Dann mit kaltem Wasser gut spülen. Zuletzt nachtrocknen.

- **Achtung: Reste von Bleichmittel in Spritze oder Nadel können fatale Folgen haben! Daher auch das Spülen sehr gründlich vornehmen.**
(vgl. V Anhang, Merkblatt Desinfektion)

Alternativen zum intravenösen Konsum

Zur Erinnerung: Neben der Injektion gibt es andere, risikoärmere Konsumformen: Inhalieren (Rauchen) oder Sniefen.

Eine weitere alternative Methode, die bisher eher selten praktiziert wird, ist die Applikation mit einer Spritze ohne Nadel über den Anus, z.B. bei sehr schlechten Venen oder wenn nur eine Spritze, aber keine Nadel zur Verfügung steht. Die Applikation erfolgt im Liegen. Dazu zuerst den Anus mit Vaseline o. Ä. einfetten, um Verletzungen an der Schleimhaut usw. zu verhindern. Die Spritze wird dann ca. 1–2 cm eingeführt (hier liegen die stark durchbluteten Schleimhäute, über die die Aufnahme erfolgt). Die Flüssigkeit muss vorsichtig und langsam abgedrückt werden, damit der Wirkstoff komplett aufgenommen werden kann. Der Muskel des Afters schließt in der Regel so gut, dass keine Flüssigkeit austritt. Nach dem Konsum für 2–3 Minuten liegen bleiben. Der Effekt („Flash“) steht dem bei einer Injektion kaum nach.



Blutaufmerksamkeit



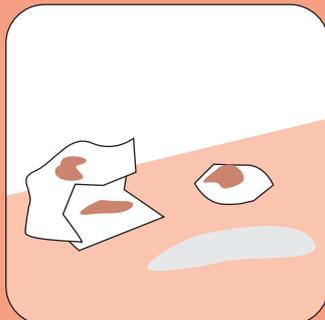
- Schnittverletzungen bei der Arbeit oder beim Hantieren mit fremden Messern, Nadeln etc.
- Bei direktem Kontakt mit offenen Wunden (Erste Hilfe) immer Handschuhe tragen!



- Sexualpraktiken bei (auch minimalsten) Verletzungen;
- Beatmen ohne Beatmungsmaske von Menschen mit Mundverletzungen oder Nasenbluten;
- Bisse von Menschen mit Mundverletzungen;



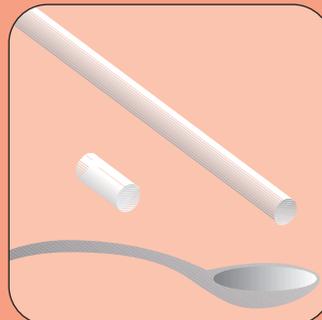
- Nagelscheren und -feilen, Rasierapparate und -klingen, Zahnbürsten;
- Piercing- und Tätowierinstrumente (nicht oder ungenügend gereinigt und sterilisiert)



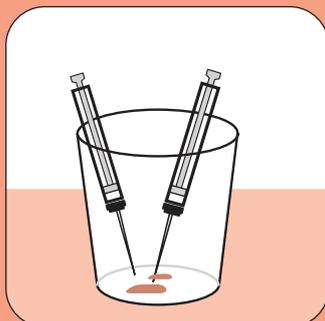
- Ablageflächen (Tische, Papierunterlagen), auf denen verunreinigtes Material lag



- Blutreste an den Fingern durch Aufkratzen von Wunden, Insektenstichen, Ekzemen usw.
- Abtasten von bereits angestochenen Venen mit schmutzigen, blutverschmierten Fingern (bei Injektionshilfe bei einer anderen Person)
- Abdrücken der Einstichstelle mit schmutzigen Fingern nach dem Herausziehen der Nadel (Trockentupfer verwenden!)



- Inhalationsröhrchen beim Sniefen oder Basen;
- Filter (mit schmutzigen Händen/Blutresten) berührt;
- Löffel (nicht oder unvollständig gereinigt /desinfiziert);
- Blutreste (auch eingetrocknete) an Stauschlauch, Wasserbehälter, Messer, anderen Utensilien.



Wasserbehälter, aus denen mit einer gebrauchten Spritze Wasser entnommen wurde Spritzen (gebrauchte) beim Aufteilen von Stoff



- Die Hygieneregeln (Hände waschen, eigene, sterile Spritze verwenden) gelten selbstverständlich auch hier (besonders im Hinblick auf die Weitergabe von Hep. A und C)!

2.1. Anhang (für Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumräumen)

Konsumräume erfüllen einen wichtigen Auftrag der Infektionsprophylaxe und auch der öffentlichen Sicherheit. In Deutschland muss jedes Bundesland eine entsprechende Rechtsverordnung erlassen, die die Auflagen zum Betrieb von Konsumräumen festlegt. Beispielhaft folgen hier einige Möglichkeiten für Standards der Einrichtung und Ausstattung von Konsumräumen. Bei der Einrichtung von Konsumräumen sollten aber nicht nur die Hygienebedürfnisse und die Erfordernisse der Arbeitsabläufe berücksichtigt werden, sondern auch die Bedürfnisse der Nutzer Beachtung finden (z. B. Paravents, hinter denen blickgeschützt injiziert werden kann, ausreichend Aufenthalts-/Genussräume, Zugang für Jugendliche und Substituierte und vieles mehr).

Räumliche Voraussetzungen

a) Raumangebot

Folgende Innen- und Außenräume müssen zur Verfügung stehen:

- Personalbüro(s)/Personalraum
- Nasszellen (WC, Dusche, Waschküche)
- gemütlicher Aufenthalts-/Genussraum
- Küche/Theke
- Konsumraum
- Medizinischer Raum (Gesundheitsraum)
- Vorplatz bzw. Eingangsbereich

Die Größe der einzelnen Räume muss den angesichts des Einzugsgebiets zu erwartenden Besucherfrequenzen angemessen sein.

b) Zweck und Einrichtung der einzelnen Räume

Personalbüro(s)/Personalraum

- Das Personal verfügt über ein Büro oder einen Personalraum mit einer dem Betrieb angemessenen Infrastruktur.
- Nasszellen
- Wichtig sind Toiletten (jeweils für Frauen und Männer) und eine Dusche, dazu eine Waschmaschine/ein Trockner.
- Aufenthaltsraum
- Der Aufenthaltsraum bietet den Nutzer(inne)n Möglichkeiten, sich von der Straße zurückzuziehen und den Konsum zu „genießen“
- Die Einrichtung des Raumes sollte pflegeleicht sein, aber auch



für ein gemütliches Ambiente sorgen.

- Angeboten werden sollten auch Spiele, Bücher, Zeitschriften usw.
- Ein überschaubarer Sitzplatz im Freien (Innenhof) kann regional (z. B. auf dem Land, in der Stadt) von Vorteil sein.
- Küche/Theke (vgl. Seite 2 Anhang zum Kapitel Hygiene)
- Sie ermöglichen die hygienisch einwandfreie Herstellung und Abgabe von Lebensmitteln.

Konsumraum

- Der Konsumraum verfügt über einen angemessenen Warteraum oder -platz im Aufenthaltsraum oder auf dem Vorplatz/im Vorraum der Anlaufstelle. Der Wartebereich sollte groß genug sein, damit nicht vor der Einrichtung gewartet werden muss.
- Der Konsumraum muss von den übrigen Räumlichkeiten klar abgetrennt sein.
- Im Konsumraum muss fließendes Wasser und Desinfektionsmaterial zur Verfügung stehen.

Medizinischer Raum/Gesundheitsraum

- Die medizinische Versorgung soll in einem von den übrigen Räumen abgegrenzten Raum stattfinden.
- Die nötige Infrastruktur (inkl. fließendem Wasser) muss vorhanden sein.

Vorplatz/Eingangsbereich

- Der Vorplatz bzw. Eingangsbereich der Kontakt- und Anlaufstelle sollte betreut sein.
- Eine Überwachung des öffentlichen Raums und der Zugangswege ist Sache des Gemeinwesens. Es sollte aber in enger Kooperation mit der Einrichtung dafür Sorge getragen werden, dass ein Zugang zum Konsumraum ohne Angst vor Strafverfolgung möglich ist.

Reinigung und Desinfektion

a) Haut-Desinfektionsmittel (Gebrauchsanweisung beachten)

Wird für die hygienische und chirurgische Händedesinfektion gebraucht.
Platzieren der Spender:

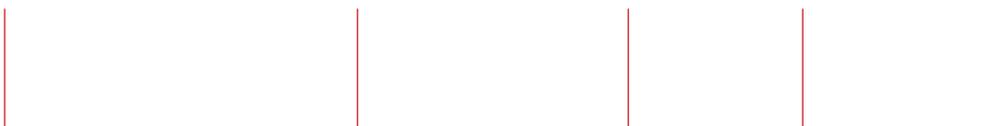
- in der Nähe der Waschbecken,
- im Konsumraum,
- im medizinischen Raum/Gesundheitsraum,
- hinter der Theke und
- am Waschbecken im Personalbüro.

b) Flüssigseife (zum Händewaschen; Gebrauchsanweisung beachten)

Platzieren der Spender: wie Haut-Desinfektionsmittel (siehe oben)

c) Alkohol 70% (nur unverdünnt anwenden!)

- zur Desinfektion der Beatmungsmaske (nach jedem Gebrauch)
- zur Reinigung der Spritzenumtausch-Stelle



- Im Konsumraum: an jedem Sitzplatz in einer Sprühflasche
 - zur Löffeldesinfektion (mindestens 15 Minuten einwirken lassen)
 - zur Hautdesinfektion vor der Injektion
 - zur Tischreinigung nach der Injektion
- Im medizinischen Raum:
 - zur Instrumenten-Desinfektion
 - zur Tisch- und Stuhlreinigung (nach jedem Klienten/jeder Klientin)
 - zur Reinigung von Geräten (Telefon u. Ä.).

d) Flächen-Desinfektionsmittel (nur unverdünnt anwenden! Gebrauchsanweisung beachten)

- Im Konsumraum: zur umfassenden Desinfektion (unmittelbar nach der täglichen Schließung)
 - der Konsumplätze
 - des Waschbeckens
 - der Türen
- In den Nasszellen (komplett).

3. Tätowieren und Piercen



Tattoos und Piercings, die in einem Tätowierstudio in Deutschland angefertigt werden, bergen in aller Regel kein HCV-Infektionsrisiko, da nach festgelegten Hygieneregeln und -standards gearbeitet wird. Übertragungsrisiken, die hier thematisiert werden, betreffen „privat“ angefertigte Tattoos und Piercings, die zu Hause oder auch im Gefängnis gemacht werden. Hier besteht ein Übertragungsrisiko, da in der Regel notwendige Hygienestandards nicht eingehalten werden können, weil nicht immer sterile bzw. unbenutzte Materialien zur Verfügung stehen.

► Tattoos und Piercing im Studio und vom Profi machen lassen!

Wenn ein Tattoo oder Piercing zu Hause oder im Gefängnis angefertigt wird, worauf muss geachtet werden?

Natürlich auf vieles, hier gehen wir nur auf die infektionsrelevanten Dinge ein:

- Tätowierer(in) und Piercer(in) sollten Handschuhe benutzen.
- Bevor mit dem Tätowieren oder Piercen begonnen wird, sollte man die Haut mit Wasser und Seife waschen, trocknen und mit einem antiseptischen Mittel säubern und sie dann trocknen lassen.
- Grundsätzlich neue und sterile Materialien benutzen; Nadeln dürfen nicht für mehrere Leute hintereinander verwendet werden (hier gelten die gleichen Empfehlungen wie bei der Desinfektion von gebrauchten Nadeln beim Safer Use (siehe Kapitel II, 2).
- Die für das Tätowieren benötigte Farbe muss in Extra-Behälter, die nur einmalig benutzt werden, abgefüllt werden; sonst können Krankheitserreger auch über die Farbe übertragen werden.



- Beim Auftragen von flüssigen Substanzen sollte man Tuben mit Klappverschluss oder Spender verwenden.
- Flüssige Substanzen sollten jedes Mal (auch bei derselben Person) mit einem sauberen, ungebrauchten Applikator oder Löffel entfernt werden.
- Abgefüllte Substanzen sollten nie in den Originalbehälter zurückgegeben werden.

► **Die frisch tätowierte oder gepiercte Stelle ist wie eine Wunde zu behandeln!**

Einen sterilen Verband anlegen (Pflaster oder Wundabdeckung), desinfizierendes Wundgel oder desinfizierende (z. B. jodhaltige) Salbe auftragen. Verband täglich wechseln und kontrollieren, ob sich eine Entzündung bildet. Die Kruste nicht entfernen oder aufweichen lassen; Wunde nicht mit Schmutz in Berührung kommen lassen. Bei Entzündungen sofort zum Arzt oder zur Ärztin gehen.

Weitere Hinweise zur Vorbereitung, Durchführung und anschließenden Wundbehandlung sind u. a. in „Risikominimierung im Strafvollzug – Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen“ und in der Broschüre „Tattoo und Piercing in Haft“ zu finden. Die Arbeitsmaterialien und die Broschüre sind kostenlos über die Deutsche AIDS-Hilfe erhältlich.

4. Sexuelle Übertragung und Safer Sex

Über die Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit der sexuellen Übertragung von Hepatitis C wird seit geraumer Zeit viel gerätselt und gestritten. Dabei beziehen sich die „Kontrahenten“ auf unterschiedliche Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen. So wurde in einer Langzeituntersuchung heterosexueller diskordanter Paare (ein Partner HCV+ und einer HCV-), die in monogamen Beziehungen leben, festgestellt, dass das Risiko einer HCV-Übertragung auch ohne Kondombenutzung sehr gering ist bzw. gegen Null tendiert (2004, Am J Gastroenterol 99, Dr. Carmen Vandelli, Modena). Andere Studien, bei denen vor allem MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) im Blickpunkt stehen, weisen HCV-Übertragungen nach und bestätigen das Risiko einer sexuellen Übertragung von HCV (2004, Dr. Marie-Laure Chaix, Paris). Seit 2002 wird in europäischen Großstädten vermehrt über sexuelle Übertragungen von HCV bei schwulen – v.a. HIV-positiven – Männern berichtet.

Wir gehen davon aus, dass die sexuelle Übertragung von Hepatitis C möglich ist. Die Übertragungswahrscheinlichkeit ist maßgeblich von den ausgeübten Sexualpraktiken und der Viruslast abhängig (siehe Kapitel I, 1.7.3) und erhöht sich durch begleitende sexuelle Erkrankungen (HIV, Syphilis, Gonorrhoe usw.) sowie Haut- und Schleimhautverletzungen. In der Beratung sollte deshalb auf die sexuelle Übertragung und Safer Sex eingegangen werden.

Sexuelle Übertragung und Safer Sex ist ein Thema

- allgemein in der Prävention
- in der Paarberatung
- bei Beginn einer HCV-Behandlung
- in der Beratung zu Safer Work (Sexarbeit).



Worauf sollte geachtet werden?

In der Beratung zur sexuellen Übertragung von HCV gilt es (wie auch schon in den anderen Kapiteln beschrieben), den Blick für Praktiken zu schärfen, bei denen kleinere Verletzungen und Blutkontakt eine Rolle spielen. **Grundsätzlich empfiehlt sich die Kondombenutzung**, die auch einen gewissen Schutz vor anderen sexuell übertragbaren Krankheiten bietet.

Die **Hepatitis B** wird vor allem beim Sex übertragen. Beim anal-oralen Sex sowie durch Schmierinfektion (Pofalte-Finger-Mund) besteht zusätzlich das Risiko der **Hepatitis-A**-Übertragung.

- ▶ **Hepatitis-A- und -B-Impfung thematisieren!** Eine Impfung bietet Schutz! Eine zusätzliche chronische Hepatitis B würde den Verlauf der Hepatitis C komplizieren! Daher unbedingt **bei beiden Partnern** die Impfung gegen Hepatitis A und B thematisieren!
- ▶ **Begleitende sexuelle Erkrankungen behandeln lassen, sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer sexuellen Übertragung von HCV!**

4.1 Sexpraktiken und Hepatitis C ²

Das Risiko einer Übertragung von Hepatitis B besteht bei allen nachfolgend genannten Sexualpraktiken bis auf „mit der Hand befriedigen“ (Wichsen). Das Risiko einer Übertragung von Hepatitis C variiert je nach Sexualpraktik. Das Risiko erhöht sich aber immer, sobald Blut im Spiel ist.

Analverkehr

Ist die risikoreichste Sexpraktik, da die Darmschleimhaut empfindlich ist und es dabei sehr schnell zu kleineren Verletzungen kommen kann. Es ist davon auszugehen, dass der/die aufnehmende („passive“) Partner(in) gefährdeter ist.

- ▶ Einsatz von Kondom und Gleitmittel.

Vaginalverkehr

Besondere Vorsicht während der Menstruation und bei vaginalen Infektionen.

- ▶ Einsatz von Kondom und evtl. Gleitmittel.

Fellatio („Blasen“, Lecken oder Saugen des Penis)

Geringes Risiko; kein Sperma in den Mund kommen lassen, Vorsicht bei sexuell übertragbaren Erkrankungen (nässende Geschwüre, Eiter) an der Eichel sowie Wunden im Mund und Zahnfleischbluten.

- ▶ Um das Restrisiko einer HCV-Übertragung auszuschließen, Kondome benutzen.

Cunnilingus (Lecken der Scheide)

Risikoarm; Vorsicht während der Menstruation und bei vaginalen Infektionen.

- ▶ Um das Restrisiko auszuschließen, Dental Dam (kleines Tuch aus dünnem Latex, in Sex-Shops erhältlich) oder aufgeschnittenes Kondom benutzen.



² Vgl. DAH (Hrsg.): „Risikominimierung im Strafvollzug – Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen“

Mit der Hand befriedigen („Wichsen“)

Risikolos.

Fingerspiele (anal, vaginal)

Risikoarm; Vorsicht bei Wunden an Hand/Fingern und bei Nagelbettentzündungen.

- ▶ Restrisiko durch Anwendung von Latexhandschuhe oder Fingerlinge minimieren.

Faustfick („Fisting“ – anal, vaginal)

Risikoreich; Vorsicht bei Wunden an Hand/Fingern und bei Nagelbettentzündungen. Verletzungen der Darmschleimhaut oder der Vagina sind möglich.

- ▶ Einsatz von Latexhandschuhen und Gleitmittel.

Anal-oraler Sex („Arschlecken“ oder „Rimming“)

Vorsicht bei Verletzungen des Anus oder des Darms

- ▶ Das Restrisiko ausschließen durch Benutzung eines Dental Dams (kleines Tuch aus dünnem Latex, in Sex-Shops erhältlich) oder eines aufgeschnittenen Kondoms.

Spiele mit Urin („Anpissen“, „Natursekt“) **und Kot** („Scat“, „Kaviar“)

- ▶ Nicht auf offene Wunden oder mit Schleimhäuten in Kontakt kommen lassen

S/M (Sadomasochismus)

Vorsicht bei Peitschen, Fesseln und sonstigen Hilfsmitteln, an denen Blut haften kann.

- ▶ Gegenstände aus Leder oder sonst schwer zu reinigendem Material nicht mit anderen Personen teilen; Hilfsmittel stets gründlich reinigen, bevor man sie bei weiteren Personen anwendet. Zuerst mit Wasser und Seife gründlich waschen, anschließend für 10 Minuten in 70-prozentige Alkohollösung legen (in Apotheke oder Drogerien erhältlich).

Dildos, Vibratoren und anderes Sexspielzeug („Toys“)

- ▶ Sexspielzeug gründlich reinigen. Wenn eine Reinigung nicht möglich ist, Gegenstände nicht mit anderen Personen teilen, Dildos und Vibratoren ein Kondom überziehen.

Küssen

Küsse, auch tiefe und intensive Zungenküsse, gelten als sicher, solange kein Blut im Spiel ist (Zahnfleischbluten, Entzündungen der Mundschleimhaut usw.)

- ▶ Zahnbehandlung bei schlechtem Zahnzustand empfehlen



5. Hygiene

BASISWISSEN

Blutaufmerksamkeit als Grundlage der Prävention und Hygiene



Auf „Blut aufmerksam zu sein“ bedeutet, sich der potenziellen oder tatsächlich vorhandenen Präsenz von Blut in bestimmten Situationen oder in bestimmten Umgebungen bewusst zu sein. Es bedeutet, dass man spezifische Vorkehrungen trifft, um eine Übertragung von durch Blut übertragbaren Keimen zu vermeiden. Blutaufmerksamkeit basiert auf dem Bewusstsein, dass Blut auch im Alltag und außerhalb von medizinischen Einrichtungen ausgetauscht werden kann.

Hygiene

Eine effektive Infektionsprävention sollte sich nicht nur auf HIV oder Hepatitis konzentrieren, sondern alle relevanten krankheitserregenden Keime einbeziehen. Eine Übertragung von Hepatitiden oder HIV wird dabei „automatisch“ ebenfalls vermieden.

Die wichtigste Voraussetzung für die Umsetzung von Hygienemaßnahmen in Einrichtungen der Drogenhilfe ist die Sensibilisierung und Motivierung aller Mitarbeiter(innen) durch Information und Kommunikation.



93

Händehygiene

Hände sind unbestritten der wichtigste Übertragungsweg von krankheitserregenden Keimen. Beim Anfassen von kontaminierten Gegenständen oder Flächen können Keime auf die Hände geraten und anschließend alle Orte besiedeln, die mit den nun ebenfalls kontaminierten Händen berührt werden.

- ▶ **Deshalb ist Händehygiene die entscheidende Maßnahme in der Infektionsprävention. Dies gilt sowohl für Klient(inn)en wie für das Personal!**
- ▶ **Hinweis:** Die Bedeutung der Händehygiene kann nicht genug betont werden. Denn dieser Fakt ist außerhalb medizinischer Einrichtungen nicht ausreichend bekannt. Es ist aber leider auch nachgewiesen, dass die Compliance im Hinblick auf Händehygiene bei Ärzten und Pflegekräften in medizinischen Einrichtungen noch nicht zufriedenstellend ist.

Zur Händehygiene gehört:

- ▶ Selbstuntersuchung der Hände
- ▶ Abdecken verletzter oder offener Hautpartien
- ▶ Händewaschen
- ▶ hygienische Händedesinfektion
- ▶ Verwendung von Einmalhandschuhen
- ▶ Hautschutz und -pflege



DETAILWISSEN

Blutaufmerksamkeit

Eine ganze Anzahl von Krankheiten wird durch Blut und andere Körperflüssigkeiten übertragen. Im Alltag oder beim Zusammenleben mit Drogenkonsumierenden gilt dies vor allem für Viren wie HIV, HBV und HCV sowie für Staphylokokken-Bakterien.

Zur Verhinderung einer Ansteckung haben der sichere Umgang mit Materialien und eine sichere Arbeitstechnik höchste Priorität.

Neben den bekannten Infektionswegen und Risikosituationen und den entsprechenden Hauptbotschaften zu deren Vermeidung (eigenes steriles Injektionsmaterial, Kondomanwendung, Safer Sex usw., siehe Kapitel II.4) gilt es, Drogenkonsumierende, ihre Angehörigen und Partner(innen) sowie Personal von Institutionen zu motivieren, „Blutaufmerksamkeit“ zu entwickeln.

Menschen, die Drogen injizieren, sollen sich darüber bewusst sein, dass sogar unsichtbare Blutmengen ein Infektionsrisiko darstellen.

Das Konzept der „Blut-Aufmerksamkeit“ einzusetzen, bedeutet in Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe:

- immer die Routine-Infektionskontroll- und -Schutzprozeduren einzuhalten
- immer die Erste-Hilfe-Richtlinien zu beachten und
- immer Gesundheits- und Sicherheitsrichtlinien der Beschäftigten zu beachten.

94

Alle Mitarbeiter(innen) sollten mit dem Konzept der Blutaufmerksamkeit arbeiten. Damit wird ein angemessener Umgang mit Blut erreicht. Und nicht zuletzt wird damit auch einer Diskriminierung von potenziell infizierten bzw. infektiösen Individuen vorgebeugt.

Im häuslichen Bereich bedeutet „Blut-Aufmerksamkeit“:

- keine gemeinsame Verwendung von Pflege-Gegenständen, an denen Blut haften kann (z. B. Zahnbürsten, Rasierer, Nagelklipser)
- beim Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten: Handschuhe sollten immer getragen werden, andere beteiligte Personen sollten auf das Blut aufmerksam gemacht werden
- Menschen, die Drogen injizieren, sollten schadensmindernde Schritte empfohlen werden, um eine Virusinfektion oder -reinfektion zu vermeiden
- bei Tätowierungen und Piercings: Die Menschen sollten aufmerksam gegenüber potenzieller Anwesenheit von Blut sein und sich sicher sein, dass der Tätowierer/ Piercer die Routine-Hygieneregeln einhält
- Sexualpraktiken: Manche sexuellen Praktiken können zu Blut-Blut-Kontakten führen (z. B. Sex während der Menstruation, Verwendung von Sex-Spielzeugen, Praktiken, bei denen die Haut geritzt wird, heftiger Sex).

Was bedeutet das für die Prävention?

Die Förderung der „Blutaufmerksamkeit“ muss im Fokus der Präventionsarbeit stehen. Das Konzept der Blutaufmerksamkeit baut auf HIV-Präventionsbotschaften wie



z. B. „Für jeden Druck eine sterile Spritze“ auf und ergänzt diese. Um HCV-Übertragungen zu vermeiden, müssen Botschaften und Informationen aus der HIV-Prävention ergänzt werden durch die Förderung eines klaren Bewusstseins für die Möglichkeit der Anwesenheit von Blut in allen möglichen Interaktionen, Situationen oder in der Umgebung.

Es ist immens wichtig, dass alle Mitarbeiter(innen) kontinuierlich die Blutaufmerksamkeit als ein Schlüssel-Konzept einsetzen, um die Menschen für die Risiken von durch Blut übertragbaren Viren zu sensibilisieren und um die Hepatitis-C-Übertragungsrate zu senken.

Der symbolische Charakter von Blut

Die Mitarbeiter(innen) sollten sich darüber bewusst sein, dass Blut viele unterschiedliche kulturell bedingte Bedeutungen hat, die einen Einfluss auf ihre Möglichkeiten zur adäquaten Präventionsaufklärung haben:

- Blut wird oft als ein Symbol des Lebens und der Vitalität gesehen
- Blut wird assoziiert mit Zusammengehörigkeit, Stärke und Stolz („Blutsbrüderschaft“, „Blutsbande“)
- Blut spielt in vielen religiösen Ritualen und Riten der Initiation, in der Familie, im Krieg und in der Notfall-Lebensrettung eine wichtige Rolle
- die Thematisierung von Blut kann starke emotionale Reaktionen hervorrufen.

Das zunehmende Bewusstsein für durch Blut übertragene Viren wie HCV und eine Blutaufmerksamkeit stellt in der Tat eine nicht zu unterschätzende Herausforderung für unsere Tradition und Kultur, unsere Art zu denken und zu handeln dar.

Konkrete Risikosituationen

Da bei bestimmten Viren wie Hepatitis-C-Viren bereits kleinste Mengen unsichtbaren Blutes für eine Ansteckung ausreichen können, genügt es nicht, allgemein Risiken zu benennen oder einzelne Risikosituationen und Präventionsmaßnahmen aufzuzählen.

Es geht **zusätzlich** darum, sich Gedanken darüber zu machen, wo im **persönlichen** Alltagsleben aufgrund individueller Gewohnheiten, Umstände und Einstellungen Kontakte mit Blut oder mit Gegenständen, an denen Blut oder Blutreste – auch eingetrocknete – haften könnten, möglich sind:

Beispiele aus dem Lebensalltag

- Schnitt- und Stichverletzungen in der Küche, beim Nähen, beim Handwerken usw.
- Verletzung durch fremde Nähnadel, Messer usw.
- Erste Hilfe: Versorgung von Wunden bei anderen, dadurch direkter Kontakt mit offenen Wunden, ohne dass Einmalhandschuhe getragen werden
- Zahnbürsten, Rasierapparate und -klingen, Nagelscheren, Nagelfeilen
- Sexualpraktiken mit (auch nur kleinen) Verletzungen
- Blutreste an den Fingern durch Aufkratzen von Wunden, Insektenstichen, Ekzemen, durch Ausdrücken von Mitessern/Pickeln usw.



Beispiel aus der Praxis

„Es gibt nichts, was es nicht gibt...“ Ein Drogengebraucher sitzt im Kontaktladen und näht seine Hose. Was tun, wenn er sich an der Nähnadel sticht? Empfehlenswert: Die Stichwunde muss sofort versorgt werden (Pflaster), die Nähnadel wird sofort stichsicher entsorgt und durch Blut verunreinigte Oberflächen werden desinfiziert.

Beispiele für nicht unbedingt Alltägliches

- Beatmen ohne Beatmungsmaske bei Menschen mit Nasenbluten oder Mundverletzungen
- Bisse von Menschen mit Mundverletzungen
- Piercing- oder Tätowierinstrumente (nicht oder nicht vollständig gereinigt und sterilisiert)

Beispiele beim Konsumvorgang

- Blutreste befinden sich auf Ablageflächen und Unterlagen, auf denen vorher verunreinigtes Material abgelegt wurde (Tische, Papierunterlagen)
- Abtasten von bereits angestochenen Venen mit schmutzigen, blutverschmierten Fingern (bei Injektionshilfe bei einer anderen Person)
- Abdrücken der Einstichstelle mit schmutzigen Fingern nach dem Herausziehen der Nadel ohne Verwendung von Trockentupfern
- Inhalationsröhrchen beim Sniefen oder Basen
- Filter (mit schmutzigen Händen/mit Fingern berührt, an denen Blutreste haften)
- Löffel (nicht oder unvollständig gereinigt und sterilisiert)
- Blutreste (auch eingetrocknete) an Feuerzeug, Abbinder (Stauschlauch), Wasserbehälter, Messer zum Teilen von Stoff usw.
- Wasserbehälter, aus denen mit einer gebrauchten Spritze Wasser entnommen wurde
- Verwendung einer gebrauchten Spritze beim Aufteilen von Stoff
- Versehentliche (und unbemerkte!) Verwendung von gebrauchten Spritzbestecken oder anderen Utensilien anderer Konsument(inn)en, z. B. in unübersichtlichen Situationen oder beim exzessiven Konsum (Kokain!)
- Versehentliche Stichverletzungen durch Kanülen anderer Konsument(inn)en, z. B. beim Transport oder Tausch gebrauchter Nadeln.

Diese Liste ist nicht vollständig. Sie soll vielmehr deutlich machen, dass in vielen Situationen Blutkontakte – und damit ein Infektionsrisiko – möglich sind.

Hygiene

Welche spezifischen Keime sind in der Drogenhilfe relevant? Die HIV-Prävalenz und das Ansteckungsrisiko ist unter Drogenkonsument(inn)en höher als in der „Normalbevölkerung“. Hepatitiden sind unter Drogenkonsument(inn)en enorm weit verbreitet. In regional sehr unterschiedlichem Maße muss mit einer Besiedlung von Klient(inn)en mit MRSA-Bakterien (antibiotikaresistente Erreger) gerechnet werden³. Unter Drogenkonsument(inn)en, die obdachlos und/oder HIV-infiziert sind, kann gehäuft eine

³ vgl. Fleisch, Ruef: Epidemic Spread of a Single Clone of MRSA among Injection Drug Users in Zurich, Switzerland; in: Clinical Infectious Diseases 2001; 32: 581-6



Tuberkulose auftreten⁴. Insbesondere Drogenkonsumenten/Drogenkonsumentinnen, die in der Prostitution tätig sind, haben ein erhöhtes Risiko, sich sexuell übertragbare Infektionen (so genannte STI – Sexually Transmitted Infection) zuzuziehen.

Besonders infektionsgefährdet sind Personen, die chronisch erkrankt oder immunsupprimiert sind oder an Ekzemen, offenen Wunden und Ähnlichem leiden. Das Infektionsrisiko steigt zusätzlich bei invasiven Maßnahmen (z. B. Injektionen, das heißt: intravenöser Drogenkonsum!), wiederholten Antibiotika-Therapien (vor allem, wenn sie unkontrolliert abgebrochen werden) und häufigen Krankenhausaufenthalten. Das trifft vor allem auf sozial verletzende Menschen oder Menschen in Phasen exzessiven Konsums zu.

Lebensbereiche, in denen Hygiene eine wichtige Rolle spielt, sind die Körperpflege und der Umgang mit Lebensmitteln. Die wichtigsten Hygienemaßnahmen sind die Händehygiene und die Reinigung von Flächen und Gebrauchsgegenständen.

5.1 Händehygiene

Hände untersuchen

Mitarbeiter(inn)en und Klienten/Klientinnen sollten ihre Hände täglich auf Verletzungen wie Schnitte, Schürfungen und Entzündungen untersuchen. Bei Mitarbeiter(inn)en müssen alle Hautläsionen vor Arbeitsbeginn mit einem wasserdichten Schutz versehen werden.

- **Zu den wichtigsten Maßnahmen der Händehygiene zählen das Händewaschen und die hygienische Händedesinfektion.⁵**

Hände waschen

Krankheitserreger werden oftmals über ungewaschene Hände weitergegeben (gilt für Personal und Klienten/Klientinnen).

Beispiel aus der Praxis: „Händeschütteln zur Begrüßung“

Viele Besucher gehen im Kontaktladen ein und aus. Sie begrüßen sich untereinander und auch die Mitarbeiter gerne mit Händeschütteln. Der Mitarbeiter desinfiziert sich die Hände, bevor er einen Klienten basismedizinisch versorgt, und auch, bevor er selbst etwas isst. Ob sich auch die Klienten vor der Nahrungsaufnahme oder vor dem intravenösen Drogenkonsum die Hände desinfizieren?

Die Keimbelastung der Hände kann durch gründliches Waschen mit Seife und fließendem Wasser effizient reduziert werden. Anschließend sollten die Hände gut getrocknet werden.

Hände sollten möglichst nur gewaschen werden, wenn sie schmutzig sind, und zwar allerhöchstens 20-mal am Tag. Eine hygienische Händedesinfektion ist die bessere



⁴ Für weitere Informationen zur Tuberkulose-Strategie in Deutschland siehe „Tuberkulose: Zur Strategie der Prävention in Deutschland“; in: Epidemiologisches Bulletin Nr. 31 vom 05.08.2005, S. 276-280, Robert Koch-Institut Berlin

⁵ Zu umfassenderen Hintergrundinformation siehe u. a. Bundesgesundheitsbl. – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2005, 48: 1061-1080: Infektionsprävention in Heimen – Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, erhältlich über www.rki.de

Alternative zum ständigen Händewaschen!

Hände dürfen nicht zu oft gewaschen werden, damit der natürliche Hautschutz nicht zerstört wird. Als Orientierungsgröße gilt: die normale, ungeschädigte Haut hält höchstens 20 Händewaschungen oder täglich zwei Stunden Hantieren mit Wasser aus. Muss die Haut öfter von infektiösen Keimen gereinigt werden (z. B. in der Pflege, bei häufigen Injektionen), ist die hygienische Händedesinfektion, d. h. das 30-sekündige Desinfizieren der trocknen Haut, weniger schädlich als das Waschen mit Wasser und Seife (siehe Punkt „Hygienische Händedesinfektion“).

Die allerwichtigsten Dinge, die beim Händewaschen beachtet werden müssen, sind:

- Ablegen von Schmuck (Ringe und Ähnliches) vor dem Waschen
- Verwendung von Seife und warmem, laufendem Wasser
- Verwendung von alkali-freier Seife mit einem pH-Wert von 5,5, um den Säureschutzmantel der Haut nicht zu zerstören
- Die gesamte Handoberfläche, auch die Handgelenke und die Rückseite der Hände, sowie die Finger (gegebenenfalls auch unter den Fingernägeln) müssen gewaschen werden.
- Die Hände müssen mindestens 10 bis 15 Sekunden aneinander gerieben werden.
- Beim Händetrocknen darf nur ein sauberes Handtuch, in einer öffentlichen Toilette sollten nur Einmal-Papierhandtücher benutzt werden. Statt wildem Abrubbeln ist es besser, die Haut abzutupfen, um sie nicht zu sehr zu belasten.
- Nach dem Händewaschen sollen die (keimbelasteten) Wasserhähne nicht mit den sauberen Händen berührt werden; der Wasserhahn kann mit Hilfe eines Papier-tuchs geschlossen werden.
- Die Pflege der Hände mit Handcreme ist wichtig, um ein Austrocknen zu verhindern.



Hygienische Händedesinfektion

Eine hygienische Händedesinfektion ist insbesondere durchzuführen

- nach Kontakt mit möglicherweise infektiösem Material (Blut, Körperflüssigkeiten, Gegenstände, die damit verunreinigt sind)
- vor und nach jeder potenziell infektionsgefährlichen Tätigkeit, z. B. bei Wundversorgung, Anlegen von Verbänden oder Injektionen, bevor man die Einmalhandschuhe anlegt und nachdem man sie abgelegt hat.
- vor dem Umgang mit Lebensmitteln bzw. vor der Essensausgabe
- nach dem Toilettenbesuch.

Die geeigneten Desinfektionsmittel sind auf einer Liste der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) aufgeführt.

Das Desinfektionsmittel wird auf die **trockenen** (ganz wichtig!!!) Hände gegeben (Innen- und Außenfläche, einschließlich der Handgelenke, zwischen den Fingern, Fingerspitzen, Nagelfalze, Daumen) und während der Einwirkungszeit von 30 Sekunden nicht abgetrocknet.



Nach Beendigung der Händedesinfektion können die Hände noch einmal gewaschen werden.

Zweitbeste Lösungen – oder: Was tun, wenn Desinfektionsmittel, Wasser oder Seife fehlen?

Bei Obdachlosigkeit oder unzureichenden Wohnverhältnissen ist eine regelmäßige, ausreichende Händehygiene oft schwer umzusetzen. Trotzdem ist es möglich, die Händehygiene zu verbessern. Denn schon regelmäßiges Waschen (wenigstens morgens und abends) und/oder eine hygienische Händedesinfektion ohne spezifischen Anlass reduziert die Keimzahl auf den Händen.

Was kann überlegt werden?

Tipps für Drogengebraucher(inn)en:

- Findet Drogenkonsum in öffentlichen Einrichtungen (medizinisch betreuter Konsumraum, Kaufhaus-Toilette, Arbeitsagentur) statt, so sollte dort konsequent VOR und NACH dem Konsum die Waschgelegenheit genutzt werden.
- Alltagsroutinen entwickeln, in denen das Händewaschen einen festen Platz hat, z. B.: täglich morgens und abends eine öffentliche Einrichtung mit Toilette (Drogenhilfe-Einrichtung, Sozialamt, Arbeitsagentur, City-Toilette, Kaufhaus) zum Händewaschen aufsuchen.

Tipps für Einrichtungen der Drogenhilfe:

- Konsequentes Einfordern der Händereinigung/-desinfektion vor dem Essen und vor dem Drogenkonsum
- Aktionen, Händewasch-Schulungen zur Motivation der Klienten/Klientinnen
- Vergabe von kleinen Flüssigseife-Packungen und Einmalhandtüchern in niedrigschwelligen Kontaktstellen
- Vergabe von Händedesinfektionsmitteln

Weitere Hygienemaßnahmen in der Drogen- und Aidshilfe

Hautpflege und Hautschutz

Zum Schutz vor Infektionen ist die Pflege der Haut wichtig. Deshalb soll die Haut nicht öfter als nötig gewaschen oder desinfiziert werden. Durch die Verwendung von Hautpflegemitteln kann den hautbeeinträchtigenden Wirkungen von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln entgegengewirkt werden. Deshalb sollte Hautpflegemittel am Arbeitsplatz zur Verfügung stehen und auch den Klienten/Klientinnen zur Verfügung gestellt werden.

Verwendung von Schutzkleidung

Dazu zählen

- (Einmal-)Handschuhe, wenn z. B. bei der Wundversorgung oder Oberflächen-Reinigung Kontakt mit Blut oder Sekreten stattfinden kann
- Mund-Nasen-Schutz, wenn z. B. bei Wundöffnung oder -pflege mit dem Spritzen bzw. Versprühen infektiöser Körperflüssigkeiten zu rechnen ist
- Ggf. Schutzkittel



Pflegeartikel

- Nagelscheren, Rasierapparate, Zahnbürsten usw. sollen nur von einer Person benutzt werden.
- Dusch- und Badewannen sollten insbesondere bei Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko (z. B. bei nicht intakter Haut) sowohl vor und nach der Benutzung desinfizierend gereinigt werden.

Flächenreinigung und -desinfektion

- Im Haushalt: routinemäßige oder bedarfsgerechte Reinigung von Gegenständen und Oberflächen mit handelsüblichen Haushaltsreinigern
- In Arbeitsbereichen, in denen eine soziale Betreuung stattfindet, ist im Hinblick auf den Infektionsschutz eine routinemäßige Reinigung wie im Haushalt ausreichend. In Einzelfällen kann eine gezielte Desinfektion bei Verunreinigung von Oberflächen mit potenziell infektiösem Material sinnvoll sein.
- In pflegerisch-medizinischen Arbeitsbereichen muss die Art und Häufigkeit der Reinigung in einem detaillierten Hygieneplan festgelegt werden.

Entsorgung gebrauchter Spritzen

- Die Kanülen sind in durchstichsicheren, bruch sicheren und verschließbaren Behältern (Büchsen, Plastikboxen oder Ähnliches, keine Glasflaschen!) zu entsorgen.
- Kein Umfüllen, Sortieren, sonstiges Hantieren und Ähnliches.
- Spritzen und Kanülen können, wenn sie durchstichsicher verpackt sind, mit dem Hausmüll bzw. dem hausmüllähnlichen Gewerbeabfall entsorgt werden.

Abfallentsorgung

- Es sollte ein einrichtungsspezifisches Entsorgungskonzept vorhanden sein, das sich an den Vorgaben der LAGA-Richtlinie und den Regelungen vor Ort orientiert (ggf. Absprache mit kommunalen oder privaten Abfallentsorgern).
- Abfallsäcke nicht mit der Hand, sondern z. B. mit einem Besen stopfen. Beim Tragen der Säcke Abstand zum Bein und zu anderen Personen halten. Nur kurze Wege mit dem Sack in der Hand zurücklegen.

Weitere Hygienemaßnahmen im Alltag

- ▶ **Körperhygiene, Lebensmittelhygiene und Oberflächenhygiene sind wichtige Bestandteile der täglichen Gesundheitsvorsorge und KEINE spezifische Hepatitis-Präventionsstrategie, sondern eine Voraussetzung bzw. Grundlage für eine effektive Hepatitis-Prävention.**

Folgende strukturelle Voraussetzungen müssen in öffentlichen Einrichtungen generell erfüllt werden:

Lebensmittelhygiene

Wird Essen zubereitet oder ausgegeben, muss das in der Küche beschäftigte Personal gemäß § 43 IfSG vor Aufnahme der Tätigkeit durch das Gesundheitsamt oder ein(e)n Arbeitsmediziner(in) und dann mindestens einmal jährlich erneut durch den Arbeitgeber belehrt werden. Inhalte dieser Belehrung sind der hygienische Umgang mit Lebensmitteln bei der Kühlung, Zubereitung und Lagerung.



Für die Einrichtung muss ein Hygieneplan vorliegen. Darin wird festgelegt, was, wie oft und womit gereinigt werden muss.

In § 42 IfSG wird geregelt, welche Infektionen ein Beschäftigungsverbot für Mitarbeiter(innen) im Küchen-/Verpflegungsbereich nach sich ziehen. Zu nennen sind zum Beispiel Hepatitis A oder Salmonellen.

Besteht der Verdacht oder die Feststellung, dass eine mikrobiell verursachte Lebensmittelvergiftung oder eine akute infektiöse Gastroenteritis beim Küchenpersonal aufgetreten ist, so muss dies dem Gesundheitsamt gemeldet werden.

Räumliche und technische Voraussetzungen

Es müssen angemessene Handwaschmöglichkeiten vorhanden sein (warmes/kaltes Wasser, leicht erreichbar, mit Flüssigseife, Einmalhandtücher).

Kühl- und Tiefkühleinrichtungen müssen ausreichend dimensioniert und kühlfähig sein (Kühlgerät maximal + 4 Grad Celsius, Tiefkühlgerät – 18 Grad Celsius oder kälter).

Die Küchenbereiche und die Arbeitsabläufe müssen so eingerichtet bzw. festgelegt sein, dass sauberes und benutztes Geschirr nicht durcheinander gebracht werden können. Benutztes Geschirr darf nicht unnötig lange stehen gelassen werden. Das Geschirr (anstelle von Holz besser Kunststoff verwenden) sollte spülmaschinenfest sein und möglichst in Spülmaschinen bei 65 Grad Celsius gereinigt werden.

Arbeitsflächen und Schränke müssen riss- und spaltenfrei sowie leicht zu reinigen sein. Unbeschichtete Holzoberflächen sind für Küchen nicht geeignet. Wandanschlüsse und Stoßkanten müssen abgedichtet sein, damit weder Wasser noch Lebensmittel eindringen können.



5.2. Verhalten bei Exposition mit infektiösem Blut, infektiösen Körperflüssigkeiten oder infektiösen Gegenständen

BASISWISSEN

Generell gilt, dass so wenig Menschen wie möglich so kurz und so wenig wie möglich mit potenziell infektiösem Material zu tun haben sollten. Sie sollten ausreichend fachkompetent und sensibilisiert sein und über Schutzmöglichkeiten verfügen.

Diese Richtlinie gilt für Drogengebraucher(innen) ebenso wie für Mitarbeiter(innen) der Drogenhilfe und des Gesundheitswesens.

Die wichtigsten Schutzstrategien sind:

- technische Vorrichtungen z. B. beim Spritzentausch, die potenzielle Kontakte verringern oder ausschließen
- ausschließlich persönliche Verwendung von potenziell blutverschmutzten Utensilien



(Rasierapparate, Nagelscheren, Zahnbürsten usw.); darauf achten, dass Gegenstände nicht verwechselt werden können (mit Namensschildern versehen!)

- Hände-Hygiene, insbesondere
 - hygienische Händedesinfektion,
 - Händewaschen,
 - Tragen von Einmalhandschuhen.

Was tun nach einer Exposition mit möglicherweise infektiösem Blut oder anderen infektiösen Körperflüssigkeiten?

- ▶ **Eine Nadelstichverletzung, eine Bissverletzung, die Exposition von (verletzter) Haut oder von Schleimhäuten mit Blut (Ekzem, Wunde usw.) sind Anlass zu sofortigem Handeln!**

- Die erste Maßnahme ist das Reinigen bzw. Desinfizieren der betroffenen Körperstelle (siehe Detailwissen). Bei Stichverletzungen darf eine Blutung nicht gestoppt werden.
- Handelt es sich um eine Stichverletzung, um Kontamination von verletzter Haut oder um große Mengen von möglicherweise kontaminiertem Blut, das auf Schleimhäute oder ins Auge gelangt ist, oder ist die Situation unübersichtlich und der/die Mitarbeiter(in) verunsichert, schließt sich daran das Aufsuchen einer spezialisierten medizinischen Einrichtung (niedergelassene/r Ärztin/Arzt, Schwerpunkt-Klinik) an, um sich über das weitere Vorgehen (Blutentnahmen, medikamentöse Postexpositionsprophylaxe/PEP) beraten lassen zu können bzw. eine Behandlung in Anspruch nehmen zu können.
- Ein Arbeitsunfall muss dem Arbeitgeber und der Berufsgenossenschaft gemeldet werden (siehe auch: Arbeitsunfall).
- Nicht vergessen: Die Situation mit Infektionsrisiko sollte mit anderen Beteiligten oder Kolleg(inn)en später und in Ruhe ausführlich ausgewertet werden, um zu überlegen, wie zukünftig in ähnlichen oder gleichen Situationen das Risiko verringert oder vermieden werden kann.

Eine medikamentöse Postexpositionsprophylaxe zur Verhinderung einer Infektion mit HIV und/oder HBV muss möglichst rasch nach dem Blutkontakt erfolgen, das heißt in den ersten 24 Stunden, sowohl für HIV als auch für HBV (mit stündlich abnehmender Erfolgsaussicht). Für Hepatitis C ist eine PEP nicht möglich und nach heutigem Wissenstand auch nicht erforderlich.

DETAILWISSEN

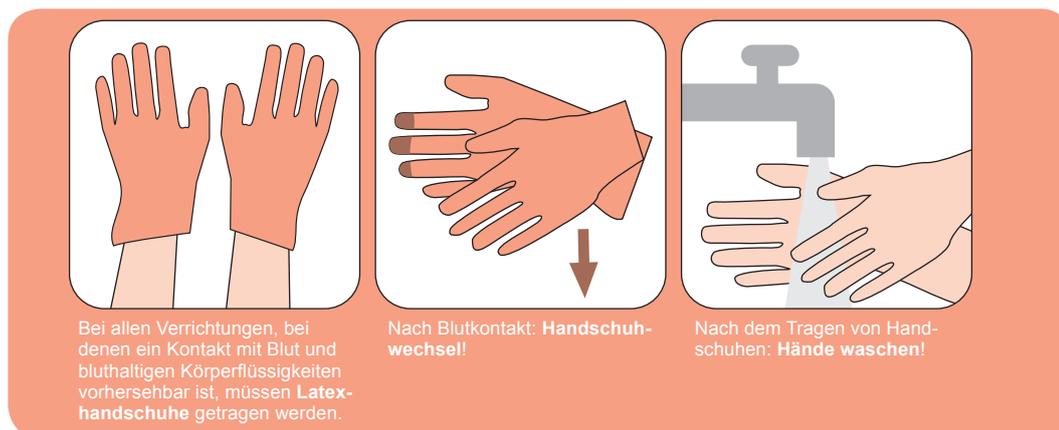
Verhinderung von Blutexpositionen

Als generelle Richtlinie gilt, dass so wenig Menschen (Klientinnen und Klienten wie Mitarbeiter(innen)) wie möglich so kurz und so wenig wie möglich mit potenziell infektiösem Material zu tun haben sollten. Sie sollten ausreichend fachkompetent und sensibilisiert sein und über Schutzmöglichkeiten verfügen.



Die wichtigsten allgemeinen Schutzstrategien sind:

- technische Vorrichtungen z. B. beim Spritzenaustausch, die die Kontaktmöglichkeiten verringern oder ausschließen
- ausschließlich persönliche Verwendung von potenziell blutverschmutzten Utensilien (Rasierapparate, Nagelscheren, Zahnbürsten usw.) ; darauf achten, dass Gegenstände nicht verwechselt werden können (mit Namensschildern versehen!)
- Hände-Hygiene, insbesondere
 - hygienische Händedesinfektion,
 - Händewaschen,
 - Tragen von Einmalhandschuhen.

**Die wichtigsten Schutzstrategien im Umgang mit blutverunreinigten Spritzen und Kanülen:****In Einrichtungen**

(z. B. im Konsumraum oder beim Impfen) gilt für Spritzen und Kanülen:

- **Spritzenbenutzer** soll die Nadel selbst entsorgen. Dabei beachten:
- **Kein** Wiederaufsetzen der Plastikkappe auf die Nadel, da hierbei erfahrungsgemäß ein sehr hohes Nadelstich-Verletzungsrisiko besteht (wenn man unaufmerksam ist, angestoßen wird, mit den Händen zittert usw.)
- **Kein** Abwerfen von Kanülen in Abfall-Schalen, sondern direktes Entsorgen der Spritze samt Nadel in einen für diesen Zweck vorgesehenen Entsorgungsbehälter.

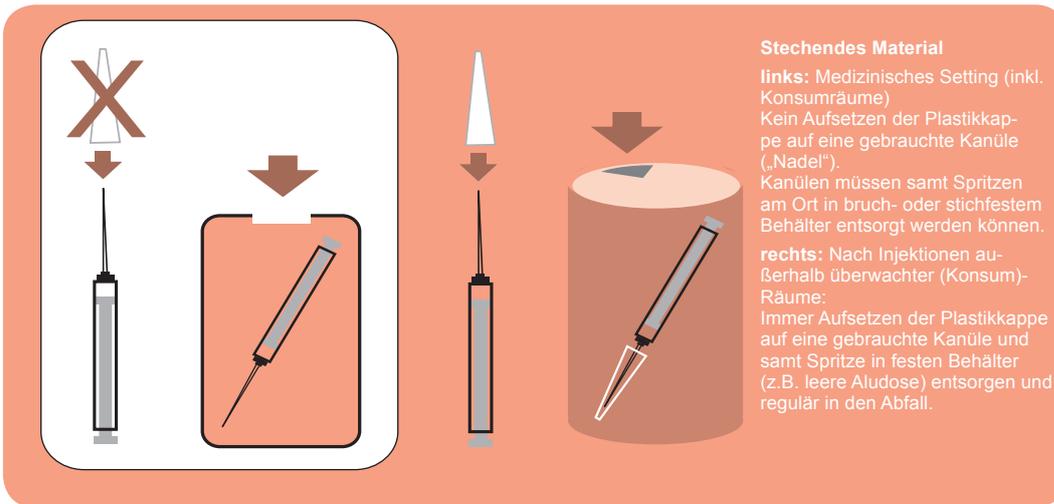
Außerhalb von Einrichtungen

(z. B. zu Hause, auf dem öffentlichen WC, im Park) gilt:

- **Immer** Plastikkappe wieder auf die eigene gebrauchte Nadel aufsetzen. Die Nadel sollte mit der Verschlusskappe „aufgefädelt“ werden – und zwar ohne dass man die Kappe anrührt.
 - **sofortiges Entsorgen** der Spritze samt Nadel in stich- und bruchfesten Behälter (z. B. leere Kaffee-/Zigarettdose), diesen dann in den regulären Abfall geben.
- **Bitte daran denken:** Beim Spritzenaustausch bringen Besucher(innen) häufig Nadeln von anderen Drogenkonsument(inn)en mit. Mitarbeiter(innen) müssen also immer davon ausgehen, dass tauschende Drogenkonsument(inn)en ebenso wie sie selbst durch diese Nadeln infektionsgefährdet sind.



Verhalten nach einer Blutexposition



Eine

- Nadelstichverletzung
- Bissverletzung
- Exposition von verletzter Haut mit Blut (Ekzem, Wunde usw.)
- Exposition von Schleimhaut mit Blut

ist Anlass zu sofortigem Handeln!

Durch eine Nadelstichverletzung und durch Kontakt mit Blut (wenn Blut z. B. auf die Schleimhaut oder vorgeschädigte Hautpartien wie Ekzeme, Wunden oder Ähnliches gelangt) können vor allem **HIV**, **HBV** und **HCV** übertragen werden.

Das höchste Risiko für eine Infektion birgt eine Stichverletzung mit einer nachweislich durch entsprechende Viren frisch kontaminierten Nadel.

Bei Haut- oder Schleimhaut-Kontakt ist in der Regel die Durchführung von Sofortmaßnahmen ausreichend. Bei Stich- oder Bissverletzungen mit Blutaustritt sind auch Folgemaßnahmen erforderlich.

5.3 Sofortmaßnahmen

Nadelstichverletzung

- Ggf. vollständiges Entfernen des Fremdkörpers
- Wunde bluten lassen, wenn sie blutet,
- dann mindestens 1 Minute lang großzügig desinfizieren, und zwar mit 70%igem Alkohol oder Isopropanol oder anderen Desinfektionsmitteln, die in der Liste der DGHM (Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie) aufgeführt sind.
- Steht kein Desinfektionsmittel zur Verfügung: Blut bzw. die potentiell infektiöse Flüssigkeit mit Wasser wegspülen!

Hautkontakt mit Blut

- Gründlich mit Seife und Wasser waschen.

- Großzügig mit 70%igem Alkohol oder Isopropanol oder anderen von der DGHM gelisteten Mitteln desinfizieren (mindestens 1 Minute lang).
- Steht kein Desinfektionsmittel zur Verfügung: Blut bzw. die potentiell infektiöse Flüssigkeit mit Wasser wegspülen
- Gründlich mit Seife und Wasser waschen.

Mund- oder Nasenschleimhautkontakt mit Blut

- Nase schnäuzen und mit Wattestäbchen und 70%igem Alkohol mindestens 1 Minute desinfizieren.
- Mund mit 70%igem Alkohol spülen und mindestens 1 Minute einwirken lassen. Den Alkohol danach nicht runterschlucken, sondern ausspucken!
- Steht kein medizinischer Alkohol zur Verfügung, kann notfalls auch ein hochprozentiges alkoholisches Getränk zum Spülen verwendet werden.
- Ist kein Alkohol und auch keine andere trinkbare Flüssigkeit verfügbar, sollte der Speichelfluss angeregt werden, um zu verdünnen.

Blutspritzer ins Auge

- Auge ausgiebig mit großen Mengen Kochsalzlösung, Leitungswasser oder sonst einer sauberen Flüssigkeit (Getränk) auswaschen. Dies gelingt am besten im Liegen und mit Unterstützung durch eine Hilfsperson. Achtung: Flüssigkeit immer zur Seite (vom Körper weg) ablaufen lassen, das andere Auge schützen!



5.4 Folgemaßnahmen

Nach einer Stichverletzung sind in jedem Falle folgende Folgemaßnahmen erforderlich:

unverzügliches Aufsuchen einer HIV/Hepatitis-Spezialsprechstunde im Krankenhaus oder in einer Schwerpunktarztpraxis. Dort Beratung und Entscheidung, ob eine Postexpositionsprophylaxe durchgeführt werden sollte.

- ▶ **Häufig ist es so, dass ein(e) Klient(in) oder Mitarbeiter(in) entweder schockiert ist oder das Infektionsrisiko entweder nicht wahrnimmt oder herunterspielt. Hier ist die Aufmerksamkeit und Unterstützung der (anderen) Mitarbeiter(in)en gefragt. Diese sollten den oder die Klienten/Klientin bzw. Kollegen/Kollegin zur Spezialberatung „hinschicken“ und ggf. auch persönlich begleiten.**

Wenn irgend möglich, sollte dem Menschen, mit dessen potenziell infektiösen Körperflüssigkeiten bzw. Blut die verletzte bzw. exponierte Person in Kontakt gekommen ist, Blut für die HIV-, Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Testung abgenommen werden.

Jede Person sollte über Informationen zu ihrer Hepatitis-Serologie bzw. zum Impfstatus verfügen, damit ggf. bei einer so genannten **Postexpositionsprophylaxe (PEP)** keine Zeit verloren geht.

5.4.1 Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Eine Postexpositionsprophylaxe ist eine medikamentöse Behandlung, die nach einem Kontakt mit Viren das „Angehen“ einer Infektion verhindert: Die Viren werden schon vor ihrer Ansiedlung und Vermehrung im Körper „liquidiert“. Am wichtigsten ist die HIV-PEP, da eine HIV-Infektion (anders als eine Hepatitis-Infektion) niemals ausheilen kann; die HIV-PEP ist aber auch die anspruchsvollste Behandlung.

Ob eine PEP durchgeführt werden sollte, muss im Einzelfall nach Beurteilung des Infektionsrisikos und nach Abwägen der Wirkungen und Nebenwirkungen einer PEP entschieden werden.

Auch wenn keine Postexpositionsprophylaxe durchgeführt wird (z. B. weil sie abgelehnt wird oder weil sie wie bei einer Hepatitis C nicht möglich ist), sollten nach dem Vorfall und entweder bei entsprechenden Symptomen einer akuten Hepatitis-Infektion oder nach 6 Wochen, 3 Monaten und 6 Monaten Blutuntersuchungen durchgeführt werden. In der Zwischenzeit ist die betroffene Person als möglicherweise infiziert und damit als möglicherweise ansteckend zu betrachten, d. h., die Safer-Sex- und Safer-Use-Regeln müssen konsequent beachtet werden.

5.4.2 Frühtherapie bei Hepatitis C

Eine Hepatitis-C-PEP unmittelbar nach dem Expositionseignis ist nicht möglich; eine Infektion kann auch mit einer Interferon-Behandlung, die direkt nach der Exposition begonnen wird, nicht verhindert werden! Allerdings kann eine HCV-Infektion mit einer Frühtherapie erfolgreich bekämpft werden. Bei Hepatitis C ist es daher besonders wichtig, 6, 12 und 24 Wochen nach der Exposition (bzw. bei konkretem Erkrankungsverdacht) eine Hepatitis-C-Serologie durchzuführen. Eine akute HCV-Infektion verläuft nämlich häufig unbemerkt und ist in diesen Fällen nur über die Serologie nachweisbar.

Eine akute HCV-Infektion, die symptomatisch verläuft (also mit Beschwerden und evtl. Gelbsucht), heilt in der Regel spontan und ohne Interferon-Therapie wieder aus. Hier kann man also mit einer Therapie-Entscheidung eher noch warten.

Eine akute HCV-Infektion OHNE Symptome sollte mit einer Interferon/Ribavirin-Therapie behandelt werden, da asymptomatische HCV-Infektionen häufig chronisch werden.

Grundsätzlich muss bedacht werden, dass es derzeit nur wenig abgesichertes Wissen über die Chronifizierungsrate und die Heilungsrate bei asymptomatischer akuter HCV-Infektion gibt. Stets sollten daher auch aktuelle Empfehlungen recherchiert werden, zum Beispiel über das Hep-Net (www.hep-net.de).

PEP bei Hepatitis B

Wurde beim Indexpatienten/der Indexpatientin – also der Person, welche die exponierte Person angesteckt haben könnte – ein positiver HBsAg-Wert nachgewiesen



oder ist der/die Indexpatient(in) unbekannt und vermutlich drogenabhängig (Risiko-patient(in)): Innerhalb von 24 Stunden nach der Exposition muss Hepatitis-B-Immunglobulin (passive Impfung) verabreicht und eine aktive Hepatitis-B-Impfung begonnen werden, wenn

- der/die Exponierte nicht geimpft ist
- der Antikörper-Titer bei Exponierten niedriger als 10 ist.

Ist der/die Exponierte innerhalb der letzten 10 Jahre geimpft worden, ist der aktuelle Titer aber nicht bekannt, so bleibt Zeit, um notfallmäßig den Titer/Impfstatus (HBsAk) zu bestimmen. Liegt der HBsAk-Wert zwischen 10 und 100, muss eine Auffrisch-Impfung durchgeführt werden.

Ist bekannt, dass der Titer bei dem/der Exponierten über 100 liegt, sind bezüglich Hepatitis B keine weiteren Maßnahmen notwendig, der Impfschutz ist dann langfristig ausreichend.

PEP bei HIV

Eine HIV-PEP sollte nur nach reiflicher Überlegung durchgeführt werden. Sie kann nebenwirkungsreich sein und wird deshalb erfahrungsgemäß häufig vorzeitig von den Patient(inn)en abgebrochen.

Um eine Entscheidung über die Notwendigkeit einer HIV-PEP treffen zu können, ist es zur Einschätzung des Infektionsrisikos sehr wichtig zu wissen, ob die Indexperson (also die Person, mit dessen Blut oder Körperflüssigkeiten sich die betroffene Person angesteckt haben könnte) HIV-positiv ist oder nicht. Dazu ist eine Blutentnahme bei der Indexperson natürlich die sicherste Methode. Leider ist dies im nichtärztlichen Arbeitssetting oder im Privatleben häufig nicht realisierbar. Bei nicht feststellbarem HIV-Status der Indexperson oder bisher negativem Resultat ist deshalb eine ausführliche Beratung unter Beteiligung eines/einer erfahrenen (!) Arztes/Ärztin unerlässlich, um das Infektionsrisiko differenziert abzuwägen.

Im Notfall gilt allerdings: Bei Unsicherheit lieber eine erste Dosis PEP-Medikamente schlucken und sich damit Zeit verschaffen, um weitere Abklärungen zu treffen. Der Nachteil von Nebenwirkungen ist gegenüber einer möglichen HIV-Infektion vernachlässigbar.

Jedem Mitarbeiter und jeder Mitarbeiterin sollte bekannt sein, wo ein Notfallset – bei Bedarf auch rund um die Uhr! – erhältlich ist (nahegelegene Arztpraxis, Krankenhaus, Apotheke). Die erste Dosis sollte von dem oder der Betroffenen unverzüglich (optimalerweise innerhalb von zwei Stunden!) nach dem Expositionseignis eingenommen werden. Das bedeutet, dass schon vor dem Eintritt des ersten Ereignisses entsprechende Absprachen mit der Arztpraxis, dem Krankenhaus oder der Apotheke zu treffen sind und die Mitarbeiter(innen) darüber informiert und regelmäßig daran erinnert werden müssen.

Die HIV-PEP sollte wegen der häufig auftretenden starken Nebenwirkungen unbedingt von einem/einer HIV-Spezialisten(-in) durchgeführt oder begleitet werden. Ein vorzeitiger Abbruch der PEP-Behandlung kann den Behandlungserfolg zunichte machen.



Die empfohlenen Medikamente sind zwar für die HIV-Behandlung zugelassen, haben aber keine spezielle Zulassung für die PEP, sodass es sich formal um eine „Off-Label“-Therapie handelt. Darüber sollte der/die Patient(in) informiert sein.

Eine HIV-PEP nach beruflicher Exposition wird von der Berufsgenossenschaft gezahlt (nur, wenn auch eine Unfallanzeige gemacht worden ist). Bei außerberuflicher Exposition zahlt die Krankenkasse in der Regel, obwohl es sich um eine „Off-Label-Therapie“ handelt, da es sich um eine vorbeugende Behandlung zur Verhinderung einer lebensgefährlichen Infektion handelt.

Detaillierte und aktuelle Empfehlungen zur HIV-PEP sind nachzulesen über www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > HIV/Aids > Prophylaxe > Leitlinien.

HIV-PEP bei Drogengebraucher(inne)n?

In der Praxis werden nur selten PEP-Behandlungen bei Drogengebraucher(inne)n durchgeführt. Allein die Tatsache, dass die Blutexposition im „Privatleben“ entstanden und nicht beruflich bedingt ist, führt dazu, dass weder den Betroffenen selbst noch den medizinischen Einrichtungen die Möglichkeit einer PEP in den Sinn kommt – oder dass eine PEP sogar von der medizinischen Institution abgelehnt wird. Die dann formulierten Vorbehalte beziehen sich darauf, dass bei fortgesetztem Drogengebrauch Risikosituationen häufig zu erwarten sind, die Kosten einer PEP sehr hoch sind und die Compliance bei Drogengebraucher(inne)n als gering eingeschätzt wird. Zu bedenken ist, dass die Compliance bei der PEP schon bei nicht Drogen Gebrauchernden aufgrund der starken Nebenwirkungen eher schlecht ist. Es muss also in jedem konkreten Fall die Frage gestellt werden, ob der Aufwand der PEP (regelmäßige Einnahme, starke Nebenwirkungen, Resistenzgefahr bei unsachgerechter Anwendung, hohe Kosten) im Verhältnis zum Nutzen steht.

Eine Einzelfall-Bewertung gemeinsam mit dem/der Drogengebraucher(in) ist angesichts der Schwere einer HIV-Infektion unbedingt sinnvoll. Da die HIV-Prävalenz unter Drogengebraucher(inne)n heutzutage relativ gering ist, ist bei konkreten Anhaltspunkten für eine Exposition mit HIV-infiziertem Blut eine PEP anzuraten.



III LEBEN MIT EINER CHRONISCHEN ERKRANKUNG

– IMPLIKATIONEN FÜR DIE PSYCHOSOZIALE BERATUNG UND BETREUUNG VON MENSCHEN MIT CHRONISCHER HEPATITIS C

1. Krankheitsbegriff: Infiziert oder chronisch krank?

Wie bei der Differenzierung zwischen HIV-Infektion und Aids-Erkrankung muss auch bei der Betrachtung der Hepatitis C und ihrer gesundheitlichen Folgen zwischen dem Zustand der Infektion mit HCV und der Erkrankung als einer möglichen Folge dieser Ansteckung unterschieden werden.

Eine Hepatitis-C-Infektion kann aus diesem Verständnis heraus nicht als zwangsläufig chronisch verlaufende Erkrankung eingeschätzt werden, denn keineswegs jede HCV-Infektion wird chronisch: 60 bis 80 Prozent der Fälle chronifizieren, die anderen Fälle heilen innerhalb von 6 Monaten aus. Und auch nicht jede chronische HCV-Infektion führt zu schwerwiegenden Lebererkrankungen: Etwa ein Drittel der chronischen Infektionen verläuft aggressiv und führt in bis zu 20 Prozent dieser Fälle zu einer Leberzirrhose mit anschließendem Leberversagen oder (seltener) zu Leberkrebs¹. Allerdings ist eine Hepatitis-C-Infektion Anlass für erhöhte Wachsamkeit und eine stetige Verlaufskontrolle (vgl. Kapitel 1 dieses Handbuches).

Dass eine Diskussion über Implikationen für die psycho-soziale Beratung und Betreuung vor allem auf den Umgang mit chronisch verlaufenden Erkrankungen zielt, ist naheliegend. Das gilt umso mehr, als die Klient(inn)en einer Drogenberatungsstelle oder Aidshilfe häufig einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind. Gesundheitlich beeinträchtigt durch Fehlernährung und exzessiven Alkohol- oder Drogenkonsum, sind viele Klient(inn)en nicht nur alkohol- oder opiatabhängig (bzw. substituiert), sondern „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“ (CMA). Hinzu treten nicht selten psychiatrische Krankheitsbilder, die unterschiedliche Ursachen haben können (z. B. drogeninduzierte Psychosen). Auch Koinfektionen mit HIV sind häufig. Diese ohnehin komplexe Gemengelage wird durch eine oft unzureichende Diagnostik erschwert, deren Ursache ein ebenso unzureichend entwickeltes Körpergefühl der Klienten sein kann. Eine auf Krankheit hindeutende Symptomatik wird häufig nicht bzw. erst verspätet wahrgenommen, und eine zu Anfang meist symptomlos verlaufende Erkrankung (wie die Hepatitis C) gerät leicht vollständig aus dem Blick und dem Bewusstsein.

¹ Vgl. „virus hepatitis 2006“, Broschüre, Berlin, Februar 2006, Hrsg.: Deutsche AIDS-Hilfe, S. 61 sowie: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2003, Heft 15, S. 11, Hrsg.: Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt



Krank sein und gesund sein, sich krank fühlen und sich gesund fühlen sind nicht zuletzt eine Frage der subjektiven Wahrnehmung. Nicht immer deckt sich diese mit den medizinischen Befunden. Die Wahrnehmungsfähigkeit der Klient(inn)en zu schärfen und die Gefahr einer HCV-Infektion ebenso wie die gesundheitlichen Folgen einer möglichen HCV-Erkrankung ins Bewusstsein zu rufen, dabei gleichzeitig einen angemessenen Umgang mit der Infektion oder der Erkrankung zu fördern und realistische Lebensperspektiven zu eröffnen, ist eine wesentliche Anforderung an die im psychosozialen Bereich Tätigen.

1.1 Hepatitis C zum Thema der Betreuung machen!

Die aktuelle Situation:

In Deutschland leben über 4-500.000 Menschen mit einer chronischen HCV-Infektion; das sind 0,4 bis 0,7 Prozent der deutschen Allgemeinbevölkerung. Die Bevölkerungsgruppe der intravenös (i.v.) injizierenden Drogenkonsument(inn)en ist dabei sehr viel stärker von Hepatitis C betroffen: bis zu 90 Prozent dieser Menschen sind mit dem HC-Virus infiziert.²

Der außerordentlich hohe Anteil Hepatitis-C-Infizierter bei den Drogenkonsument(inn)en erklärt, warum sich in der Praxis hauptsächlich die Mitarbeiter(innen) jener sozialen Einrichtungen, die Drogengebraucher(innen) oder HIV-Positive beraten oder betreuen (z.B. Drogen- und Aidshilfen), mit dem Thema Hepatitis C konfrontiert sehen. Sie sind es auch, die entsprechende Konsequenzen für die psycho-soziale Beratung und Betreuung Hilfesuchender zu berücksichtigen haben.

Was bedeutet also die hohe Wahrscheinlichkeit einer HCV-Infektion eines Klienten/einer Klientin für Ihre Beratung?

Bei der erstmaligen Kontaktaufnahme sollten Sie als Berater(in) oder Betreuer(in) nicht nur die Möglichkeit einer HIV-Infektion des/der Ratsuchenden in Betracht ziehen, sondern auch nach einer möglichen Ansteckung mit HCV, dem Erreger der Hepatitis C, fragen. Denn:

- ▶ **Das Hepatitis-C-Virus (HCV) ist um ein Vielfaches infektiöser als das HI-Virus (HIV).³ Durch die vergleichbaren Übertragungswege (Blutkontakt z.B. durch Needle-Sharing oder auch unsafe Sexualkontakte) treten HIV/HCV-Koinfektionen entsprechend häufig auf.⁴ Die Deutsche AIDS-Hilfe geht für Deutschland von ca. 6.000 HIV/HCV-koinfizierten Menschen aus.⁵**

Ein Beispiel aus der Projekt-Praxis: Bei ZIK – Zuhause im Kiez, einem Berliner Wohnprojekt für Menschen mit HIV, Aids oder chronischer Hepatitis C, liegt die Prävalenz von Koinfektionen bei der Drogen gebrauchenden HIV-positiven Klientel

² Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2003, Heft 15, S. 11, Hrsg.: Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt.

³ vgl. hierzu J. Rockstroh (2001): Hepatitis C und HIV-Koinfektion. Bundesgesundheitsblatt 2001, 44, S. 586-592

⁴ J. Rockstroh (2001), ebd.

⁵ „virus hepatitis 2006“, Broschüre, Berlin, Februar 2006, Hrsg.: Deutsche AIDS-Hilfe



zwischen 55 und 60 Prozent, bei den schwulen HIV-Positiven immerhin noch bei knapp 5 Prozent. Bezogen auf alle Bewohner, die ZIK im Jahr 2004 betreute, betrug der Anteil HCV-monoinfizierter Klient(inn)en 20 Prozent. Bei 36 Prozent aller Betreuten war eine HIV/HCV-Koinfektion bekannt.⁶

Fragen Sie einen Klienten, von dem Sie wissen, dass er Drogengebraucher oder HIV-infiziert ist, auch dann nach seinem HCV-Status, wenn eine Hepatitis für ihn nicht der Anlass war, Ihre Beratung in Anspruch zu nehmen. Und geben Sie sich nicht mit Hinweisen auf den guten Allgemeinzustand zufrieden: Oft ist den Betroffenen Ihre Infektion oder Erkrankung nicht anzusehen und das subjektive Empfinden gut. Aufschluss über eine Hepatitis-Infektion oder Hepatitis-Erkrankung kann aber nur ein Test liefern.

Klären Sie Ihre Klient(inn)en über die Möglichkeit eines Tests auf, bieten Sie nötigenfalls Unterstützung bei der Umsetzung an (Arztwahl, Terminvereinbarung, Termineinhaltung, gegebenenfalls Begleitung) und informieren Sie auch über die Möglichkeiten der Vorbeugung gegen die Hepatitiserreger Typ A und B durch Impfung. Klären Sie andererseits über die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten der Hepatitis B oder C auf.

► **Machen Sie Ihre Klient(inn)en unbedingt auf die erheblichen Risiken einer nicht erkannten und infolgedessen unbehandelten Hepatitis C aufmerksam:**

Wie erwähnt wird eine unbehandelte Hepatitis C mit 60- bis 80-prozentiger Wahrscheinlichkeit einen chronischen Verlauf nehmen, wodurch das ohnehin angeschlagene und belastete Immunsystem von Drogengebraucher(innen) bzw. HIV-Patient(inn)en zusätzlich geschwächt wird. Als Spätfolge einer dauerhaften Schädigung der Leber durch eine chronische Hepatitis C kann es schließlich zur möglicherweise lebensbedrohlichen Ausbildung einer Leberzirrhose (Leberschrumpfung) oder eines Leberkrebses kommen.

► **Raten Sie Ihren Klient(inn)en zum Test!**

Beim HCV-Antikörper-Test wird das Blut einer Reihenuntersuchung unterzogen (Screening-Test). Ein positives Ergebnis muss durch eine spezifischere Methode bestätigt werden. Die Diagnose ist nur gesichert, wenn auch dieser Test ein positives Resultat aufweist. Nähere Informationen zu Testverfahren und Testberatung finden Sie im Kapitel 1 dieses Handbuchs.

Da es gegen die Hepatitis C keine Impfung gibt, vergewissern Sie sich, dass den Klient(inn)en – unabhängig vom vorliegenden Befund – die Safer-Use- beziehungsweise Safer-Sex-Regeln bekannt sind. Klären Sie sie andernfalls über diese Regeln auf und sorgen Sie dafür, dass sie geeignetes Informationsmaterial erhalten. Informativ und gut verständlich sind zum Beispiel die Broschüren der Deutschen AIDS-Hilfe. Ein negatives HCV-Testergebnis bietet keine vollständige Gewähr für eine Nichtinfektion.

HCV-Antikörpertests fallen unter Umständen falsch negativ aus, wenn eine HIV-Infektion vorliegt. Die Zuverlässigkeit des Tests beträgt in diesem Fall lediglich 90 Prozent. Ein direkter Virusnachweis sollte deshalb in Betracht gezogen werden.



6 Grundlage: 427 erfasste Bewohner; ZIK-Jahresbericht 2004, Berlin 2004

- **Rechnen Sie damit, dass die Gefährlichkeit einer HCV-Infektion unterschätzt wird!**

Nicht selten werden Klient(inn)en Sie mit einer der folgenden – falschen – Ansichten oder Einschätzungen konfrontieren:

„HIV ist gefährlicher als HCV.“

„Bevor mich die Hepatitis erwischt, bin ich schon längst an Aids gestorben.“

„Was interessiert mich eine Krankheit, die erst in vielen Jahren, manchmal aber auch gar nicht zum Ausbruch kommt?“

Machen Sie diesen Klient(inn)en klar, dass die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung bei bestehender HIV-Infektion höher ist, der Verlauf sich beschleunigt, eine Leberzirrhose darum früher auftreten kann und eine chronische Hepatitis C bei HIV-Infizierten häufiger zu einem Leberversagen führt. Darüber hinaus schwächt der Kampf des Körpers mit einer weiteren schweren Virusinfektion das Immunsystem der Betroffenen zusätzlich. Eine rechtzeitige Therapie (3 bis 4 Monate nach der Ansteckung) ist deshalb gerade für HIV/HCV-Koinfizierte besonders wichtig.

Um den tatsächlichen Ernst einer Erkrankung zu erfassen, deren potenziell gefährliche Folgen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht in der unmittelbaren Zukunft liegen, muss der Klient oder die Klientin über eine motivierende Lebensperspektive verfügen. Eine solche Lebensperspektive zu entwickeln und zu verfolgen, übersteigt allerdings oft den Umfang einer einmaligen Beratung.

- **Die Komplexität der gesundheitlichen und psycho-sozialen Belastungen der meisten Klient(inn)en erfordert häufig eine längerfristige Betreuung.**

Aufgabe dieser Betreuung wird es sein, zu klären (und zu erklären), warum und in welcher Weise eine HCV-Infektion in die Lebensplanung einbezogen werden sollte. In der Betreuung wird dazu mit dem Klienten eine Hilfeplanung erarbeitet, die auf eine psycho-soziale Grundstabilisierung abzielt.

2. Was soll die psycho-soziale Betreuung leisten?

Aufgabe der psycho-sozialen Betreuung ist es,

1. aufzuklären,
2. einen Zugang zur Behandlung zu eröffnen,
3. die *Compliance*⁷ bzw. *Adhärenz*⁸ des Klienten/der Klientin während der Behandlung zu stärken,
4. Schaden zu begrenzen, wenn eine Behandlung nicht erfolgreich ist oder aus be-

⁷ „Compliance bedeutet jedoch nicht nur, dass man als Patient den ärztlichen Anweisungen Folge leistet, sondern kann als gelungene Kooperation zwischen Arzt und Patient interpretiert werden. Sie beruht auf einer vertrauensvollen Beziehung und schließt eine eigenverantwortliche und aktive Beteiligung der Patienten bei der Planung und Durchführung der Behandlung ein. Compliance steht also für die Fähigkeit und Bereitschaft, als Patient aktiv bei der Behandlung mitzumachen.“ Aus: MED-INFO, Ausgabe 53, September 2005, Hrsg.: AIDS-Hilfe Köln

⁸ „In letzter Zeit wird ... statt Compliance auch der Begriff Adhärenz benutzt, der mehr die Erfahrungen der Patienten mit einbezieht und die Eigenverantwortung und Fähigkeiten der Betroffenen betont.“ Aus: Aids-Med-Info, Nr. 31, Oktober 2001, Hrsg.: AIDS-Hilfe Köln



- stimmt Gründe (zurzeit) nicht in Frage kommt,
5. Selbstständigkeit und Patientenmündigkeit zu fördern,
 6. realistische Lebensperspektiven zu entwickeln,
 7. Infektionen Dritter und eigene Reinfektionen zu verhindern (Stichwort Blood-Awareness oder „Blutaufmerksamkeit“).

Die vier zentralen Beratungs- und Betreuungsziele der psychosozialen Betreuung sind dabei:

1. Testen lassen (Hepatitis A, B und C)
2. Impfen lassen (Hepatitis A und B)
3. Behandeln lassen (Optionen individuell prüfen)
4. Infektionen Dritter und eigene Reinfektionen vermeiden.

► Machen Sie die individuellen Lebensbezüge Ihres Klienten/Ihrer Klientin zum Ausgangspunkt von Beratung oder Betreuung!

Eine chronische Infektionserkrankung hat auf jeden der folgenden vier Lebensbereiche des Klienten/der Klientin Einfluss:

1. Selbstversorgung (Wohnen, Haushalt, Körperpflege und Ernährung)
2. Tagesgestaltung und Kontaktfindung (Freizeit, Partnerschaft, soziale Kontakte)
3. Arbeit und Beschäftigung (Jobsuche, Jobehalt, Umschulung, Arbeitsreduzierung oder Jobausstieg)
4. Krankheitsbewältigung (gesundheitliche Versorgung, psychische Stabilität)

► Voraussetzung für eine erfolgreiche gesundheitliche Versorgung und den verantwortlichen Umgang mit der Infektion ist eine Absicherung der existenziellen Bedürfnisse des Klienten/der Klientin.

Die Bedeutung dieser Absicherung für eine erfolgreiche psycho-soziale Arbeit darf nicht unterschätzt werden. Umso wichtiger ist eine sorgfältige, auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfeplanung.

► Die zweite unverzichtbare Säule einer Betreuung besteht im Aufbau einer stabilen und belastbaren Betreuungsbeziehung.

Ohne eine solche persönliche Beziehung werden die Schwierigkeiten einer Lebenssituation, die sich in den meisten Fällen durch die Überlagerung und Überlappung verschiedener Problemfelder auszeichnet, nicht zu meistern sein. Die Erfahrung zeigt, dass es in allererster Linie die Verlässlichkeit der Beziehung zwischen Klient(in) und Betreuer(in) ist, die den stabilisierenden Kern der psycho-sozialen Arbeit bildet, ohne den Erfolge auf dem schwierigen Weg zur Verbesserung der materiellen, gesundheitlichen, sozialen, psychischen und mentalen Situation des/der Hilfesuchenden nicht zu erreichen sind.

Neben der HCV-Infektion treten, wie beschrieben, oft Koinfektionen mit HIV und nicht selten auch psychische Erkrankungen auf, die eine Folge des Drogenkonsums oder der AIDS-Erkrankung (z.B. HIV-Demenz) sein können. Ein Teil der HCV-Betroffenen



mit Suchtproblemen ist wie erwähnt „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“ (CMA).

Ein wahlloses, auf die verschiedensten Substanzen bezogenes (*polytoxikomanes*) Drogenkonsumverhalten ist typisch und stellt höchste Ansprüche an die motivierende und integrierende Fähigkeit des Betreuers oder der Betreuerin.

Auf der anderen Seite wird in der Betreuung vom Klienten/von der Klientin ein hohes Maß an Bereitschaft verlangt, sich auf beratende, betreuende und therapeutische Prozesse einzulassen und sie im eigenen Interesse und zum eigenen Vorteil mitzugestalten. Diese Bereitschaft lässt sich erfahrungsgemäß nur durch die intensive *Betreuungsbeziehung* herstellen und aufrechterhalten.

Die vielschichtige und zum Teil unübersichtliche Problemlage der Betroffenen kann wirkungsvoll nicht ohne eine engmaschige Vernetzung und Kooperation von psychiatrischer Versorgung, Suchthilfe, Medizin und Sozialarbeit bewältigt werden. Institutionell ist diese Vernetzung nicht vorgegeben, und der Klient/die Klientin kann sie aus eigener Kraft meistens auch nicht herstellen, insbesondere dann nicht, wenn er oder sie Hilfen nur in Krisensituationen in Anspruch nimmt. Deshalb ist immer wieder die koordinierende und motivierende Fähigkeit des Betreuers/der Betreuerin gefordert. Ihm oder ihr fällt in der Betreuung die Aufgabe zu, für den Klienten oder die Klientin Fallmanager und Lotse im Gesundheitssystem zu sein.

2.1 Bezugsbetreuung als Fallmanagement

Erstellen eines Gesamthilfeplanes

Ermitteln Sie systematisch den Hilfebedarf des Klienten/der Klientin und entwickeln Sie daraus einen Hilfeplan, der eine psychische Grundstabilisierung in den zuvor erwähnten vier Lebensbereichen zum Ziel hat. Stellen Sie sicher, dass die Koordination aller Maßnahmen in Ihrer Hand, d. h. in einer Hand liegt. Es ist kontraproduktiv, wenn verschiedene Helfer(innen) ohne Wissen voneinander die vielschichtigen Probleme aus ihrer fachspezifischen Perspektive heraus in Angriff nehmen. Diese Form psychosozialer Mehrfachbetreuung führt leicht zu Reibungsverlusten, Meinungsverschiedenheiten oder Kompetenzgerangel, mit Sicherheit aber zur raschen Verunsicherung, Überforderung und Frustration der Klient(inn)en. Die Koordination *aller* Hilfen kann daher vom Bezugsbetreuer oder von der Bezugsbetreuerin auch nur in enger Abstimmung mit dem Klienten oder der Klientin erfolgen.

Schadensbegrenzung, wenn die Bereitschaft zur Mitwirkung nicht ausreicht

Das Krankheitsbild, die psychiatrische Morbidität und das Maß an sozialen Schwierigkeiten eines Klienten/einer Klientin, aber auch einfach nur sein oder ihr persönlicher Wille können Ihrer Hilfeplanung Grenzen setzen. Diese müssen Sie, falls sie sich argumentativ nicht überwinden lassen, akzeptieren. Denn, wie gesagt, ohne die entsprechende Bereitschaft des Klienten oder der Klientin lassen sich keine nachhaltigen Erfolge erzielen. Wenn Sie also zu dem Schluss kommen, dass in diesem



Einzelfall das Ziel einer „optimalen“ Behandlung bzw. Versorgung nicht zu erreichen ist, denken sie über den Einsatz schadensbegrenzender Strategien nach.

Strategien der Schadensbegrenzung (*harm reduction*) vermeiden, dass Klient(inn)en aus dem Hilfesystem herausfallen und bieten, wenn auch in verringertem Umfang, die Möglichkeit, ihre Situation zu verbessern und zu stabilisieren.

Machen Sie daher Ihre Klient(inn)en zumindest mit den wesentlichen Maßnahmen zur Infektionsvermeidung vertraut. Bereits durch die Kenntnis beziehungsweise die Befolgung allgemeiner Hygieneregeln, die Nutzung eines Druckraums und die Anwendung der Safer-Use-Regeln lässt sich die gesundheitliche Situation von Drogengebraucher(innen) entscheidend verbessern.

2.1.1 Unterstützung bei der Selbstversorgung

Wohnen

Die Absicherung des Wohnraums spielt eine zentrale Rolle bei der psycho-sozialen Grundstabilisierung und besitzt Vorrang vor allen anderen Maßnahmen. Die Einhaltung erhöhter Hygieneanforderungen, wie sie eine Hepatis-C-Infektion verlangt, ist nur in einem angemessenen Wohnumfeld möglich. Die Wohnung muss (unabhängig davon, ob der Klient/die Klientin in der eigenen Wohnung oder in einem Wohnprojekt lebt) den Einschränkungen einer chronischen Erkrankung entsprechen. Mit Blick auf Phasen von Krankheit oder auch Therapie (Nebenwirkungen!) sind folgende fünf Mindestanforderungen einzuhalten:

1. Lage im Erdgeschoss, Hochparterre oder im erstem Stock (liegt die Wohnung in einem höheren Stockwerk, muss ein Aufzug vorhanden sein)
2. Ausstattung mit Wohn-/Schlafraum, Küche, Bad (inklusive Dusche und WC)
3. Warm- und Kaltwasserversorgung in Küche und Bad
4. Zentralheizung oder Gasetagenheizung in allen Räumen (keine Ofenheizung!)
5. Möglichkeit zur späteren Durchführung von Maßnahmen zur Wohnraumanpassung (*barrierefreies Wohnen*)

Liegen zusätzliche Erkrankungen wie Aids oder auch psychiatrische Krankheitsbilder (Depressionen, Psychosen) vor, wird oft eine Vermittlung von der vorhandenen in eine andere, ggf. behindertengerechte Wohnung erforderlich. Sind die gesundheitlichen oder auch sozialen Einschränkungen besonders groß, ist das Wohnen möglicherweise nur in einer betreuten Wohnform (Wohnprojekt oder Betreutes Einzelwohnen) möglich. Suchen Sie mit Ihrem Klienten/Ihrer Klientin nach einer Lösung, die ihm/ihr eine angemessene Versorgung und zugleich das größtmögliche Maß an Selbstständigkeit (und Selbstverantwortung) garantiert.

- **Die Bewältigung des Wohnungsproblems ist in der Regel Voraussetzung für den Erfolg einer medizinischen Versorgung! Gesundheitsfördernde Ernährung und das konsequente Einhalten von Hygieneregeln ist nur in angemessenem Wohnraum möglich.**



Haushaltsführung und Hygiene

Prüfen Sie im Rahmen von Hausbesuchen, ob Ihr Klient/Ihre Klientin Unterstützung bei der Haushaltsführung braucht, damit er/sie gesundheitsfördernde Ernährung und Hygiene umsetzen kann. Geben Sie, wenn nötig, eine motivierende Beratung und Anleitung beim Putzen, aber auch zur Einhaltung allgemeiner Hygienestandards. Setzen Sie gegebenenfalls nur geringe Kenntnisse voraus und sprechen Sie, wenn Sie bei einem Hausbesuch die Notwendigkeit dazu erkennen, offen und in nichtdiskriminierender Form auch sensible Themen an wie

- den adäquaten Umgang mit Lebensmitteln,
- angemessene Tierhaltung,
- Vermeidung von Vermüllung,
- Vermeidung von Ungeziefer und Fäkalien im Wohnbereich.

Prüfen Sie auch neben dem Vorhandensein einer Wohnung und dem Zustand des Haushalts die gegenwärtige Wohnsituation des Klienten/der Klientin: Lebt er/sie allein? Mit Partner(in)? Mit Kindern? Mit Mitbewohner(inne)n in einer Wohngemeinschaft?

Machen Sie in jedem Fall die Übertragungswege des Hepatitis-C-Virus im Haushalt zum Thema. (Fast alle Klient(inn)en, auch wenn sie allein leben, empfangen hin und wieder Besuch oder besuchen selbst Familienangehörige, Freunde/Freundinnen oder Bekannte).

Besprechen Sie mit dem Klienten/der Klientin offen und ausführlich alle Vorsichtsmaßnahmen. Die wichtigsten Punkte enthält folgende Aufzählung:

- allgemeine Hygiene beachten (Körperpflege; Händewaschen nach dem Toilettengang, vor dem Umgang mit Lebensmitteln, vor dem Zubereiten von Mahlzeiten und vor ihrem Verzehr)
- Blut-Aufmerksamkeit (Blood-Awareness) entwickeln
- Safer Use (steriles Material und saubere Injektionstechnik beim Drogenkonsum)
- Safer Sex (Verwendung eines Kondoms beim eindringenden Geschlechtsverkehr, kein Sperma in den Mund, kein Blutkontakt!)

Lebt der Klient/die Klientin nicht allein, ist es sinnvoll, wenn der/die Partner(in), Kinder oder Mitbewohner(innen) an diesem Informationsgespräch teilnehmen. Erläutern Sie darin die Notwendigkeit einer eigenen Zahnbürste, eines eigenen Rasierers (nass oder elektrisch), einer eigenen Nagelschere und sonstiger Hygieneartikel. Ziel ist es, Kontakte mit Blut (auch getrocknet oder in kleinsten Mengen) zu vermeiden.

Wünscht der Klient/die Klientin kein gemeinsames Gespräch, ist es seine/ihre Aufgabe, die Haushaltsangehörigen über Ansteckungsgefahren und Vorbeugungsmaßnahmen aufzuklären.

- ▶ **Ein ausreichender Schutz vor Ansteckung im Haushalt ist gegeben, wenn die allgemeinen Hygienevorschriften beachtet werden und jeder Haushaltsangehörige seine eigenen Körperpflegeutensilien besitzt und verwendet.**

Bei Menschen, die lange wohnungslos waren und das Wohnen verlernt (oder nie gelernt) haben, ist dieser selbstverständliche Umgang mit Hygiene und Hygieneartikeln



nicht zwangsläufig vorauszusetzen. Suchen Sie nach kreativen Lösungen, um mit Ihrem Klienten/Ihrer Klientin darüber ins Gespräch zu kommen. Das Berliner Wohnprojekt ZIK z. B. schenkt jedem/jeder neu vermittelten Bewohner(in) zum Einzug ein Hygiene-Set, das

- 1 Zahnputzglas,
- 1 Zahnbürste,
- 1 Zahnpastatube,
- Einmalrasierer,
- 1 Stück Seife,
- 1 Kondom
- und 1 „Beipackzettel“ zur HCV-Prävention

enthält. Dieses „Starter-Kit“ macht Hepatitis C bei allen Bewohner(inne)n von Anfang an zum Thema.

Gesundheitsfördernde Ernährung

Durch gesunde Lebensführung und richtige Ernährung lässt sich der Verlauf einer chronischen Hepatitis positiv beeinflussen. Die Leber ist das zentrale Stoffwechselorgan des Körpers: Fettreiche Ernährung und übermäßiger Alkoholkonsum können zu schweren Schädigungen führen. Der weitgehende Verzicht auf Alkohol und eine fettarme Ernährung wirken sich hingegen entsprechend günstig aus.

Die früher häufig empfohlene „Leberschonkost“ gilt heute als überholt. Detaillierte Hinweise und Anregungen für eine (gesundheits)bewusste Ernährung finden Sie in der Broschüre „Hepatitis und Ernährung“.⁹



117

Sozialrechtliche Ansprüche und Umgang mit Geld

Unterstützen Sie die Klient(inn)en bei der Beantragung und Durchsetzung ihrer sozialrechtlichen Ansprüche. Chronische Erkrankungen haben in der Regel Konsequenzen für den Anspruch auf Sozialleistungen (Arbeitslosengeld II nach SGB II oder Grundsicherung bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII, Wohngeld, Krankengeld, Pflegegeld, Schwerbehindertenförderung, Erwerbsminderungsrente usw., siehe Kapitel IV,4).

Die Unterstützung der Klient(inn)en beim angemessenen Umgang mit Geld hat eine direkte Bedeutung für ihren Umgang mit der Erkrankung. Gesundheitsfördernde Ernährung, eine angemessene Hygiene (gleichgültig, ob Körperpflege oder Sauberhaltung von Wohnung und Kleidung) und einen insgesamt gesundheitsbewussten Lebensstil muss man sich leisten können. Die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse hat aus diesem Grund immer Priorität vor in der Bedürfnishierarchie höher angesiedelten Zielen. Erst wenn die materielle Existenz gesichert ist, können Fragen der gesunden Lebensführung, der sozialen Integration und der Selbstständigkeit in Angriff genommen werden.

⁹ Vgl. „Hepatitis und Ernährung“, Hrsg.: Kompetenznetz Hepatitis 2002. Zu beziehen über www.kompetenznetz-hepatitis.de.

Justizprobleme

Liegen Probleme mit der Justiz vor, fällt Ihnen in der Betreuung zunächst die Aufgabe zu, die Klient(inn)en bei der Haftvermeidung zu unterstützen, indem Sie beispielsweise dafür sorgen, dass sie die geforderten Bewährungsauflagen einhalten. Versuchen Sie auch, mit den Justizbehörden die Einstellung von Verfahren auszuhandeln oder eine Strafaussetzung zur Bewährung oder Haftverschonung zu erreichen. Da die Haft zur Unterbrechung der Behandlung führen könnte, gelten drohende Haftstrafen als Kontraindikation für die Durchführung einer HCV-Therapie.

Ist der Therapiebeginn aus medizinischer Sicht dringend geboten, eine generelle Haftverschonung mittels Gnadenantrag jedoch unrealistisch (oder formell abgelehnt worden), kann im Gespräch mit den zuständigen Justizbehörden möglicherweise ein Haftaufschub für die Dauer der Therapiemaßnahme vereinbart werden.

Sexualität und Drogenkonsum sind innerhalb des geschlossenen Strafvollzugs tabuisiert. Vor einem Strafantritt sollten Sie deshalb betroffene Klient(inn)en auf die hohen Hepatitis-Risiken im Strafvollzug hinweisen und entsprechend über Safer Use und Safer Sex aufklären.

Vermittlung weiterführender Hilfen

Motivieren Sie Ihre Klient(inn)en, weitere Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dazu gehören nicht nur medizinische und pflegerische Versorgungsleistungen. Auch psychologische und psychiatrische Hilfen oder Selbsthilfegruppen können einen sinnvollen Beitrag zur Stabilisierung und zur besseren Bewältigung des Alltags oder der Krankheit leisten. Stellen Sie allerdings fest, dass bei einem Klienten oder einer Klientin unzutreffende oder übertriebene Vorstellungen über den Umfang oder die Art der zu erwartenden Hilfen bestehen, unterstützen Sie ihn oder sie darin, eine realistische Einschätzung der möglichen Hilfen zu entwickeln. Nur im Wissen um ihren Sinn und Zweck, ihre Art und ihren Umfang können diese Hilfen gezielt und in angemessener Weise in Anspruch genommen werden.

2.1.2 Unterstützung bei der Tagesgestaltung und Kontaktfindung

Chronische Erkrankungen erschweren die Tagesgestaltung und verursachen oft Schwierigkeiten in Freundschaft, Partnerschaft und Sexualität. Häufig behindern sie bereits die Aufnahme und Entwicklung sozialer Beziehungen, und fast immer haben sie Auswirkungen auf die Familienplanung, die im Vorfeld berücksichtigt werden müssen. (siehe Kapitel I, 4)

Eine strukturierte Tagesgestaltung ist von besonderer Bedeutung für Menschen, die noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, eine Arbeit oder eine arbeitsähnliche Tätigkeit auszuüben, denen also keine Struktur zur Gestaltung ihres Tages von außen vorgegeben wird. Die praktische Erfahrung von Drogenhilfe- oder Aidshilfeprojekten zeigt auch, dass Nichtarbeit bzw. Arbeits- und Erwerbslosigkeit bei den meisten Klient(inn)en die Regel sind. Suchen Sie deshalb gemeinsam mit Ihren Klient(inn)en nach



Möglichkeiten, den Tagesablauf einerseits so zu ordnen, dass dieser Ablauf ihrem Leben den notwendigen Halt verleiht (ohne sie dabei zu überfordern oder unbeweglich zu machen), andererseits ihre Freizeit so zu gestalten, dass sie ihnen Abwechslung und Erholung von der Routine bietet und ihren Interessen und Begabungen Raum gibt. Ermuntern Sie die Klient(inn)en auch bei bestehenden körperlichen oder seelischen Einschränkungen zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und überlegen Sie gemeinsam mit ihnen, welche Hobbies, sportlichen Betätigungen, ehrenamtlichen Tätigkeiten oder künstlerischen Beschäftigungen ihren Neigungen entsprechen, ihre Neugier wecken oder ihr Bedürfnis nach Kontakten befriedigen könnten. Berücksichtigen Sie dabei immer die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen und verfolgen Sie vor allem die Aufnahme von Tätigkeiten, die erfolgreich und ohne einen unrealistisch hohen Aufwand an Zeit, Geld, Kraft oder Geschicklichkeit zu bewältigen sind.

Neue Kontaktmöglichkeiten müssen nicht immer von der Einrichtung organisiert werden; sie lassen sich auch über offene Gruppenangebote von Selbsthilfe, Aids- oder Drogenhilfe finden. Fast immer benötigen Klient(inn)en Unterstützung bei der Recherche dieser Angebote, anfangs oft auch Begleitung durch Betreuer(innen), da sie ansonsten nicht in der Lage sind, ihre Antriebsschwäche zu überwinden. Gerade der Alltag von Drogengebraucher(inne)n und Substituierten ist häufig gekennzeichnet von wenig aktiver und unkreativer Freizeitgestaltung.

Gesprächsgruppen, Verabredungen zum gemeinsamen Ausgehen (Kino, Kneipe, Konzertbesuch usw.) bis hin zu Tai Chi oder Yoga können Unternehmungen sein, welche die körperliche Verfassung des Klienten oder der Klientin zulässt. Am Anfang der Betreuung sind diese Angebote aber meist noch zu hochschwellig.

Eine naheliegende und alltägliche (bzw. Alltag vermittelnde) Gruppen-Beschäftigung, die sich bewährt hat, ist das **gemeinsame Kochen**. Fast alle Klient(inn)en können zumindest zu einer gemeinsamen Mahlzeit überredet werden. Zum verbindenden Gemeinschaftserlebnis des Speisezettel-Erstellens, Einkaufens, Zubereitens und Essens gesellt sich der Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten, die jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin unmittelbar zugute kommen.

Die Zubereitung der gemeinsamen Mahlzeit gibt dem Betreuer oder der Betreuerin Gelegenheit, Informationen über Hygiene im Haushalt bzw. Blut-Aufmerksamkeit zu vermitteln. Auch die entsprechenden Verhaltensweisen (Händewaschen, Tragen von Gummihandschuhen bei Verletzungen usw.) lassen sich bei dieser Gelegenheit angeleitet einüben.

Spielgruppen oder auch Turniere in den Wohnprojekten – in Berlin wird z.B. jedes Jahr ein Drachenboot-Rudern organisiert – unterhalten und fungieren als soziale Anknüpfungspunkte.

Manche Einrichtungen geben auch eine eigene Zeitung heraus, die von den Klient(inn)en gestaltet und verantwortet wird. Andere Klient(inn)en führen Tagebuch oder zeichnen, verdichten darin ihre Erlebnisse und Alltagserfahrungen. Gespräche über diese Arbeiten ermöglichen dem Betreuer oder der Betreuerin mitunter einen weiteren Zugang zum Klienten/zur Klientin und befördern den offenen Austausch mit Gleichgesinnten.

Bewährt haben sich **ergotherapeutisch angeleitete Gruppenaktivitäten**.



Ob Keramik, Seidenmalerei oder Modellbau – entscheidend für den Erfolg eines Beschäftigungsangebotes ist der konkrete Lebensweltbezug. Kann der/die Bewohner(in) z.B. unter Anleitung in der Holzwerkstatt ein Regal für die eigene Wohnung bauen, ist er/sie dazu in der Regel viel stärker motiviert, als wenn es nur darum geht, „die Zeit totzuschlagen“. Versuchen Sie deshalb Angebote zu schaffen oder zu vermitteln, die einen konkreten Nutzen (Mehrwert) für die Klient(inn)en darstellen.

Die **Organisation eines gemeinsamen Festes** kann über den Zeitraum von mehreren Wochen sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten bieten, ebenso wie die Vorbereitung und Durchführung einer **gemeinsamen Reise** (z. B. mit dem Wohnprojekt). Diese Aktivitäten helfen nicht nur die Freizeit zu gestalten, sondern werden von den Teilnehmer(inne)n auch als Höhepunkte im Jahresablauf wahrgenommen.

Alle genannten Maßnahmen

- stärken das Selbstvertrauen, aber auch die Selbstwahrnehmung und Selbstwertschätzung,
- verbessern Gefühls- und Körperwahrnehmung,
- helfen beim Abbau von Aggressionen und psychischen Spannungen und
- fördern die Entspannungs- und Genussfähigkeit.¹⁰

Für die psychische Stabilität ist die Möglichkeit, an ihnen teilzunehmen und sich persönlich einzubringen, von großer Bedeutung.

Unterstützen Sie Klient(inn)en auch, wenn sie Schwierigkeiten haben, persönliche und soziale Beziehungen aufzunehmen, zu pflegen und fortzuentwickeln. Seien Sie geduldig: Die Bewältigung von Einsamkeit und Kontaktängsten – Probleme, die gerade für Menschen mit mehrfachen chronischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen typisch sind – setzt großes Vertrauen seitens des Klienten/der Klientin und großes Einfühlungsvermögen seitens des Betreuers/der Betreuerin voraus.

Gespräche allein können selbstverständlich nicht alle Probleme lösen, sie können aber den Leidensdruck lindern.

Neben Einsamkeit und Kontaktängsten haben viele Klient(inn)en auch Probleme mit dem (Er-)Leben ihrer Sexualität. Libido-Störungen können eine Folge der Erkrankung(en), einer medikamentösen Behandlung oder auch substanzbedingter psychosomatischer Störungen bei Drogenabhängigkeit sein. Ermutigen Sie Ihre Klient(inn)en, mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin zu klären, ob und inwiefern das der Fall ist und welche Form der Behandlung möglicherweise infrage kommt. Liegen die Störungen im seelischen Bereich, sollten Sie die Vermittlung an einen Psychotherapeuten oder eine Psychotherapeutin in Betracht ziehen.

Auch wenn Sexualität und Partnerschaft für einen Klienten oder eine Klientin angstbesetzte und problematische Lebensfelder sind, sollten Sie das Gespräch mit ihm/ihr über die Safer-Sex-Regeln nicht scheuen; möglicherweise gelingt es sogar, den Partner/die Partnerin in ein solches Gespräch mit einzubeziehen. Der Schutz Dritter vor Ansteckung ist eine legitime Forderung und nicht unvereinbar mit dem Bedürfnis nach Unbeschwertheit und Nähe.

¹⁰ Vgl. Konzept der Schule für Ergotherapie Biel. Das Bieler Modell. Ein Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Maßnahmen, August 2003.



2.1.3 Hilfen zur Förderung von Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung

Eine Hepatitis C, zumal, wenn sie anfänglich symptomlos verläuft, bedeutet für die Betroffenen nicht, dass sie keiner Arbeit oder Beschäftigung mehr nachgehen können. Allerdings muss im Verlauf einer Interferon-Therapie mit starken Nebenwirkungen (siehe Kapitel III, 2.1.4) und körperlichen wie seelischen Beeinträchtigungen gerechnet werden. Bei der Diskussion um den besten Zeitpunkt für einen Therapiebeginn gilt es daher immer auch, die berufliche Situation des Klienten/der Klientin im Blick zu haben. Kommt es in dieser Hinsicht zu Konflikten mit Arbeitgebern, versuchen Sie im gemeinsamen Gespräch im Sinne des Klienten/der Klientin zu vermitteln, für Verständnis zu werben und pragmatische Lösungen zu suchen, die das Arbeitsverhältnis sichern.

Wissen Sie von Klient(inn)en, dass sie regelmäßig oder sporadisch ihr Geld als Sexarbeiter(innen) verdienen – also anschaffen gehen –, besprechen Sie offen und vorurteilsfrei mit ihnen, dass die Safer-Sex-Regeln selbstverständlich auch bei der Ausübung dieser Tätigkeit gelten und berücksichtigt werden müssen. Weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass es neben dem Schutz des Sexualpartners/der Sexualpartnerin auch um die Vermeidung einer eigenen HCV-Reinfektion geht sowie um den Ausschluss einer (erstmaligen oder neuerlichen) HIV-Infektion.

Häufiger jedoch als die Sicherung und Fortsetzung eines bestehenden Arbeitsverhältnisses wird in der psycho-sozialen Arbeit mit Drogengebraucher(inne)n die bestehende Erwerbslosigkeit bzw. die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit zum Gegenstand der Betreuung werden.

Um Selbstwertschätzung der Klient(inn)en zu festigen und ihre Lebensqualität zu verbessern, prüfen Sie mit ihnen ernsthaft die Möglichkeiten zur Aufnahme einer Arbeit oder Beschäftigung.

Besprechen Sie dazu mit den Klient(inn)en zunächst ihre Erwartungen und Wünsche. Wie viel Zeit und wie viel Kraft können sie in eine solche Tätigkeit investieren? Welche Art der Tätigkeit würde sie interessieren? Welche Angebote haben sie möglicherweise bereits gesehen? Welche Schritte haben sie/er deshalb unternommen?

Finden Sie anschließend heraus, welche individuellen Erfahrungen und Voraussetzungen im Hinblick auf Beschäftigung, Arbeit und Bildung vorhanden sind. Welche Schule hat der Klient/die Klientin besucht, welche Abschlüsse erreicht? Hat er/sie eine Ausbildung gemacht, und wenn ja: in welchem Beruf? Bestehen Erfahrungen mit regelmäßiger Arbeit? Wie weit liegen diese zurück? Welche zusätzlichen Qualifikationen hat der Klient/die Klientin erworben?

Sprechen Sie auch Faktoren an, die der Aufnahme einer Arbeit oder Beschäftigung potenziell oder objektiv im Wege stehen. Überlegen Sie gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin, wie mit diesen Hindernissen umgegangen werden kann, wie eine geeignete Tagesstruktur aussehen könnte und ob Arbeitsfelder gefunden werden können, auf denen hauptsächlich seine/ihre Fähigkeiten und Kenntnisse zum Tragen kommen (und nicht die Schwächen und Einschränkungen).

Entwickeln Sie auf diese Weise ein realistisches Bild von Wünschen und Möglich-



keiten des Klienten/der Klientin, aber auch von seinen/ihren Leistungsgrenzen und von zu erwartenden Schwierigkeiten. Versuchen Sie, diesem Anforderungsprofil eine geeignete Tätigkeit gegenüberzustellen, und sorgen Sie dafür, dass Ihr Klient/Ihre Klientin sich einfache und erreichbare Ziele setzt. Denn fühlen sich Klient(inn)en durch die Vorstellung, eine Arbeit aufzunehmen, überfordert (und nicht angeregt und positiv gefordert), werden sie keine Anstrengungen in dieser Richtung unternehmen.

Es gibt jedoch überzeugende Motive, die auch bei eingeschränkter Erwerbsfähigkeit für eine Betätigung sprechen. In erster Linie ist das die Aussicht auf

- soziale Kontakte,
- geistige Beanspruchung,
- Selbstverwirklichung und
- Abwechslung.

Einer Integration der Klient(inn)en in Arbeit steht neben möglichen persönlichen Einschränkungen und Hindernissen vor allem die momentane Arbeitsmarktlage entgegen. Auch vor diesem Hintergrund wäre es gefährlich, unrealistische Erwartungen zu wecken. Für Klient(inn)en, die lange Zeit nicht oder nie in Arbeit oder Beschäftigung waren, kann ein erster Schritt deshalb die Vermittlung in gemeinnützige Tätigkeiten sein. Weitere Möglichkeiten bietet die Kooperation

- mit sozialen Arbeitsprojekten,
- mit Bildungseinrichtungen und Ausbildungsinstitutionen,
- mit Beschäftigungsinitiativen.

Ein starker, zusätzlicher Anreiz, eine Arbeit oder Beschäftigung aufzunehmen, besteht selbstverständlich, wenn die Tätigkeit mit einer Entlohnung versehen ist, selbst wenn diese gering sein sollte. Da jedoch bei Maßnahmen mit Mehraufwandsentschädigung (MAE), den so genannten Ein-Euro-Jobs, ein Mindestmaß an Selbstdisziplin und Selbstorganisation vorausgesetzt wird, sollten Sie in derartige Tätigkeiten vor allem solche Klient(inn)en vermitteln, von denen Sie denken, dass sie dieser Erwartung mit großer Wahrscheinlichkeit entsprechen können. Andernfalls werden Sie die Klient(inn)en demotivieren oder sogar endgültig entmutigen.

2.1.4 Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung

Ein Lebensbereich, dem bei Vorliegen einer HCV-Infektion große Bedeutung zukommen kann, ist naturgemäß der Bereich der Krankheitsbewältigung.

Da sich die Problemlage bei chronischen Erkrankungen meist als vielschichtig und unübersichtlich herausstellt, ist die Versorgung chronisch Kranker besonders anfällig für Über-, Unter- und Fehlversorgung, solange die unterschiedlichen Ansätze (Gesundheitsförderung, Prävention, Kur, Rehabilitation und Pflege) nicht angemessen organisiert und aufeinander abgestimmt werden.¹¹ Diese Organisation und Abstimmung zu leisten, ist Aufgabe der Bezugsbetreuung.

¹¹ Vgl. hierzu auch das Gutachten 2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ (Band III) des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, insbesondere das Kap. 7 zur Versorgung chronisch Kranker (S. 33 ff.). Deutscher Bundestag, Drucksache 14/6871 vom 31.08.2001.



Helfen Sie Ihren Klient(inn)en, sich in der oft unübersichtlichen, stark segmentierten Angebotsstruktur des Gesundheitssystems zurechtzufinden, und ermöglichen Sie es ihnen, Zugangsbarrieren zu überwinden. Stärken Sie die Klient(inn)en gleichzeitig bei der Entwicklung persönlicher Bewältigungsstrategien (Coping). Helfen Sie ihnen, als Patient(inn)en zu möglichst aktiven, autonomen „Manager(inne)n“ ihrer Behandlung zu werden und damit die Abhängigkeit von professionellen Hilfen gering zu halten. Binden Sie dazu die Klient(inn)en und möglichst auch ihre wichtigsten Bezugspersonen (Partner/in, Arzt/Ärztin, Therapeut(in)) von Anfang an in alle Entscheidungs- und Zielbildungsprozesse der Therapie ein.

Oberstes Ziel ist es, die vorhandenen Fähigkeiten eines Klienten/einer Klientin rechtzeitig und so weitgehend zu erhalten, dass es gelingt, den gesundheitlichen Abbau so lange wie möglich aufzuhalten und eine möglichst hohe Lebensqualität zu sichern. Dazu bedarf es einer langfristigen und verlässlichen Compliance auf Seiten des Klienten oder der Klientin. Für die Förderung dieser Compliance in der gesundheitlichen Versorgung ist die psycho-soziale Grundstabilisierung des Klienten/der Klientin, wie sie in den vorangehenden Kapiteln beschrieben wurde, die wesentliche Voraussetzung!

Für die Stärkung der Compliance ist die Arzt-Patient-Beziehung von zentraler Bedeutung.¹² Aus diesem Grund sollten Sie gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin besondere Aufmerksamkeit auf die Auswahl des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin legen und eine enge Kooperation mit spezialisierten Arztpraxen, Tageskliniken, Krankenhäusern und Pflegediensten anstreben, um die verschiedenen gesundheitlichen und psycho-sozialen Hilfemaßnahmen bestmöglich aufeinander abzustimmen.



123

Arztwahl

Anforderungen, die ein behandelnder Arzt/eine behandelnde Ärztin erfüllen soll: Er/Sie

- ist fachkompetent,
- arbeitet niedrigrschwellig,
- ist gut erreichbar,
- ist kooperationsbereit,
- hat im Umgang mit Drogengebraucher(inne)n oder Schwulen Erfahrung bzw. keine Berührungängste,
- bietet HIV- und HCV-Behandlung aus einer Hand,
- betreut ggf. auch die Substitution.

Die Behandlung der verschiedenen Erkrankungen bzw. die Substitution in *einer* Arztpraxis zu konzentrieren, ist nicht nur wegen der Übersicht über die verordneten Therapiemaßnahmen und Medikamente (vor allem hinsichtlich ihrer wechselseitigen Wirkung und Verträglichkeit) wesentlich, sondern auch um die Terminverbindlichkeit der Klient(inn)en nicht zu überfordern. (Das ist umso wichtiger, als viele Ärzte und Ärztinnen wiederholte Unpünktlichkeit oder gar das Nichteinhalten von Terminen durch den Patienten oder die Patientin in der Behandlung nicht tolerieren.) Ist die medizi-

¹² Vgl. Weiland/Schüler (1998): Adhärenz in der HIV-Therapie. Was beeinflusst den Behandlungserfolg? Bonn 2002

nische Behandlung aus „einer Hand“ aufgrund der Infrastruktur in der Region nicht möglich, wird die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung mit einem erhöhten Koordinationsaufwand für den/die Bezugsbetreuer(in) verbunden sein.

Standards für die Kooperation von Patient(in), Arzt/Ärztin und Betreuer(in)

Überzeugen Sie die Klient(inn)en von der Wichtigkeit einer guten Arzt-Patient-Beziehung und streben Sie eine enge Kooperation mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin an. Bei Therapiebeginn und in Krisensituationen ist eine beratende Teilnahme des Betreuers oder der Betreuerin an einem Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und Klient(in) sinnvoll und für beide Seiten hilfreich.

Nehmen Sie in der gesundheitlichen Versorgung eine moderierende beziehungsweise vermittelnde Rolle ein: Dem Arzt oder der Ärztin gilt es die Bedürfnisse, Einschränkungen und Ressourcen des Klienten oder der Klientin zu erklären, dem Klienten/der Klientin beziehungsweise dem Patienten/der Patientin die medizinischen Fachtermini zu übersetzen.

► **Aber Achtung: Geben Sie selbst keine Therapieempfehlungen und vertreten Sie keine *second opinion*!**

Sie treten sonst in Konkurrenz mit dem/der behandelnden Arzt, dessen/deren Kompetenz Sie durch eine solche „zweite Meinung“ infrage stellen. Zugleich verunsichern Sie den Klienten oder die Klientin und beschädigen sein/ihr Vertrauen in den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin – wahrscheinlich mit negativen Folgen für die Compliance.

Das Dreiergespräch mit dem Arzt/der Ärztin soll dazu dienen, folgende Fragen zu klären:

Wie lautet die genaue Diagnose, und welche Konsequenzen hat sie?

1. Genotyp? Fibrosestadium? Relevanz von Koinfektionen?
2. Welche Auswirkungen haben der individuelle Alkohol- und Drogenkonsum auf den Krankheitsverlauf?
3. Welche Auswirkungen hat die Ernährung auf den Krankheitsverlauf?
4. Was sollte sich im Hinblick auf Lebensgewohnheiten ändern?
5. Welche Auswirkungen hat die Diagnose für die Partnerschaft, die Familienplanung oder im Umgang mit Freund(inn)en?
6. Wie können Infektionen Dritter bzw. eigene Reinfektionen vermieden werden?
7. Welche Auswirkungen hat die Diagnose für Beruf, Arbeit, Beschäftigung?

Ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine HCV-Therapie möglich und sinnvoll?

1. Welche Erfolgsaussichten hat die HCV-Therapie im konkreten Fall?
2. Wann ist der richtige Zeitpunkt für den Beginn?
3. Wie lange dauert die Therapie?
4. Mit welchen Nebenwirkungen muss gerechnet werden?



5. Welche medizinischen und psycho-sozialen Kontraindikationen sprechen gegen eine Therapie?
6. Welche beruflichen Konsequenzen ergeben sich aus der Therapie? (Berufliche Rehabilitation vor Therapie!)
7. In welcher Weise muss der/die Klient(in) bzw. Patient(in) bei einer Therapie mitwirken?
8. Wie werden Therapietreue und Compliance vom Klienten/von der Klientin selbst, vom Arzt/von der Ärztin und vom Betreuer/von der Betreuerin eingeschätzt?
9. Wie kann Beratung und Betreuung den Therapieerfolg unterstützen?
10. Was muss der Klient/die Klientin im Hinblick auf Terminverbindlichkeit, Drogen- und Alkoholkonsum leisten bzw. ändern, um zum Erfolg der Therapie beizutragen?

Die Relevanz der oben genannten Fragen lässt sich aus folgendem Fallbeispiel ableiten:

Ausgangssituation vor Beginn einer HCV-Therapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin: Gerd S. ist 44 Jahre alt, hat eine chronische Hepatitis C (Genotyp 1), eine (noch) nicht behandlungsbedürftige HIV-Infektion und konsumiert seit 20 Jahren intravenös Drogen. Seit drei Jahren wird Gerd S. Methadon-substituiert; seit fast einem Jahr ist er weitgehend ohne Beigebrauch psychoaktiver Substanzen. Ein Alkoholproblem besteht nicht. Gerd S. ist oft antriebsarm und neigt zu depressiven Verstimmungen. Seine körperliche Verfassung ist trotz der Koinfektion mit HIV gut. Seit zwei Jahren wird Gerd S. im Rahmen des Betreuten Einzelwohnens beim Berliner Träger ZIK psychosozial betreut. Zwischen Klient und Bezugsbetreuerin besteht ein gutes Betreuungsverhältnis.

Mit dem behandelnden Arzt einer HIV-Schwerpunktpraxis, der auch die Substitutionsbehandlung durchführt, hat Gerd S. nach anfänglichen Problemen aufgrund von Drogenrückfällen (Kokain-Beikonsum) eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung entwickeln können. Klient, Sozialarbeiterin und Arzt kooperieren seit zwei Jahren miteinander: In zwei- bis dreimonatigem Abstand finden Dreiergespräche zur Substitutionsbehandlung statt, aber auch zur HIV/HCV-Koinfektion.

Gerd S. lebt seit sechs Monaten mit seiner Freundin in der eigenen Wohnung zusammen. Die Freundin von Gerd S. wird ebenfalls substituiert, allerdings von einer anderen Arztpraxis. Sie hat keine HCV-Infektion und auch keine andere chronische Erkrankung; ihre psycho-soziale Betreuung erfolgt über eine Drogenberatungsstelle.

Gerd S. hat keine Berufsausbildung, arbeitet aber ehrenamtlich in der so genannten ZIK-Orangerie, einem Kiez-Restaurant, das als Arbeits- und Beschäftigungsprojekt ebenfalls zum psycho-sozialen Betreuungskonzept gehört. Dort wird Gerd S. auf eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme vorbereitet.

Bereits sechs Monate vor Therapiebeginn wurden in Dreiergesprächen mit dem Arzt, aber auch in Einzelgesprächen mit der Betreuerin Vor- und Nachteile einer Interferonbehandlung der chronischen Hepatitis C und der „richtige Zeitpunkt“ intensiv diskutiert.





Folgende Argumente sprachen aus Sicht von Gerd S. eher für den Therapiebeginn:

- Bei einer HCV/HIV-Koinfektionen ist die Gefahr einer lebensbedrohlichen Zirrhose oder eines Leberkarzinoms besonders groß. Sein Arzt rät daher prinzipiell zur HCV-Therapie.
- Die HIV-Infektion von Gerd S. ist noch nicht behandlungsbedürftig. Da Nebenwirkungen bei gleichzeitiger Behandlung einer HIV-Infektion i.d.R. stärker sind, sollte mit einer HCV-Therapie früh begonnen werden.
- Die Substitutionsbehandlung verläuft seit einem Jahr weitgehend ohne Drogengebrauch. Das erhöht die Chance einer hohen Therapietreue und vermindert das Risiko einer Reinfektion nach erfolgreicher Therapie.
- Leberbelastender Alkoholkonsum spielt keine Rolle.
- Gerd S. lebt in einer Partnerschaft, die er als unterstützend erlebt und als belastbar einschätzt.
- Mit seiner Bezugsbetreuerin hat Gerd S. eine vertrauensvolle und tragfähige Betreuungsbeziehung entwickelt. Da die Kosten für die Betreuung auch längerfristig übernommen werden, kann vor einer psycho-sozialen Begleitung während der gesamten Therapie ausgegangen werden. Auf Antrag kann die betreuende Sozialarbeiterin den Aufwand bei Bedarf auch kurzfristig anpassen. Eine entsprechende Vereinbarung wurde mit dem Kostenträger der Maßnahme abgesprochen.
- Eine psychosoziale Grundstabilisierung (Wohnung, Ernährung, Hygiene, Tagesstruktur und Beschäftigung) wurde bereits in der Betreuung erreicht. Es sind also gute Voraussetzungen für Compliance in der Betreuung geschaffen worden.
- Da Gerd S. wegen seiner Methadonsubstitution regelmäßig die Arztpraxis aufsucht, schätzt er seine Terminverbindlichkeit bei der Behandlung hoch ein. Arzt und Betreuerin teilen diese Ansicht.

Folgende Argumente sprachen aus Sicht von Gerd S. eher gegen den Therapiebeginn:

- Gerd S. ist mit dem HCV-Genotyp 1 infiziert, der weniger gut behandelbar ist als die Genotypen 2 und 3. Die Heilungschancen liegen unter 50 %, die Therapiedauer beträgt meistens bis zu einem Jahr und ist damit doppelt so lang wie bei den Genotypen 2 und 3.
- Gerd S. hat Angst vor den Nebenwirkungen und befürchtet insbesondere Depressionen, die eine Belastung für seine Beziehung sein könnten.

Ziel der psycho-sozialen Betreuung war es von Beginn an, die Patientenmündigkeit von Gerd S. so zu stärken, dass er mit dem Arzt gemeinsam eine Entscheidung für oder gegen die HCV-Therapie fällen kann.

Trotz der eingeschränkten Heilungschancen entschied sich Gerd S. zusammen mit seinem Arzt für eine HCV-Therapie mit pegyliertem Interferon und Ribavirin. Der Arzt klärte ihn außerdem darüber auf, dass die Nebenwirkungen in jedem Einzelfall sehr unterschiedlich sind. Als Prophylaxe gegen Depression verordnete er sechs Wochen vor Therapiebeginn das Antidepressivum Citalopram.

Zum Verlauf der Therapie:

In den ersten sechs Wochen litt Gerd S. unter grippeähnlichen Symptomen, die danach allerdings abklagen. Nach zwei Monaten nahmen Antriebsschwäche und depressive Verstimmungen zu. Gerd S. beschreibt diese Zeit rückblickend als besonders problematisch, da sich gleichzeitig sein „Suchtdruck“ verstärkte. Die Beziehung zur Freundin war ebenfalls belastet. Gerd S. übernahm weniger Verantwortung im Haushalt, Streitereien – auch über Geld – häuften sich. In der Bezugsbetreuung verpasste Gerd S. diverse Termine, die ehrenamtliche Arbeit im Beschäftigungsprojekt gab er auf.

Es erwies sich als hilfreich, dass in dieser Phase eine Stundenerhöhung in der psycho-sozialen Betreuung kurzfristig durchgesetzt werden konnte. Methodisch war ein verändertes Vorgehen der Bezugsbetreuerin erforderlich. Statt Treffen in der Einrichtung zu verabreden, organisierte sie nun häufiger Hausbesuche. Bei Kontaktabbruch wurden auch spontane Hausbesuche der Sozialarbeiterin durchgeführt. Dieses Vorgehen hatte sie bereits vor der HCV-Therapie mit ihrem Klienten vereinbart. Motivierende Gespräche¹³, aber auch konkrete Hilfestellungen bei sozialrechtlichen Angelegenheiten, beim Umgang mit Geld, bei der Schlichtung von Streitigkeiten mit der Freundin und bei der Aufarbeitung von Drogenrückfällen (Dreiergespräche mit dem Arzt) standen im Vordergrund der Betreuung. Krisensituationen wurden während der gesamten Therapie von Phasen der Stabilisierung abgelöst. Der Betreuungsaufwand wurde mehrfach angepasst.

Gerd S. hat die HCV-Therapie nach knapp einem Jahr erfolgreich abgeschlossen. Er wird nach wie vor von der Einrichtung ZIK psycho-sozial betreut, allerdings mit einem verringerten Stundensatz. Die während der Therapie abgebrochene ehrenamtliche Beschäftigung will er wieder aufnehmen.

Die Entscheidung über einen Therapiebeginn ist auch von diversen somatischen und psychosozialen Faktoren abhängig. Als Kontraindikationen¹⁴ gelten u. a.

- strafrechtliche Tatbestände (Haftstrafen können zu Therapieunterbrechungen und damit zum Scheitern der Behandlung führen),
- dissoziale Persönlichkeitsstörungen,
- affektive Psychosen,
- Unterbrechung der beruflichen Rehabilitation,
- weniger als 12 Monate dauernde Opiatabstinenz,
- erheblicher Beikonsum bei Substituierten,
- erkennbar schlechte Compliance.

Unterstützen Sie deshalb Ihre Klient(inn)en, die notwendigen Voraussetzungen für eine HCV-Therapie zu erfüllen. Wenn der Klient/die Klientin sich gerade zur Aufnahme einer Arbeit entschlossen hat, kann es sinnvoll sein, mit dem Therapiebeginn zu warten, bis er/sie sich in diesem Lebensbereich sicher fühlt und in der Lage ist, möglichen Nebenwirkungen zu begegnen. Wägen Sie im gemeinsamen Gespräch mit Klient(in) und Arzt/Ärztin ab, welches Ziel zum gegenwärtigen Zeitpunkt Vorrang haben sollte.

¹³ Gesprächstechniken wie das „reflective listening“ haben sich als hilfreich erweisen; vgl. W. R. Miller/S. Rollnick: Motivieren-de Gesprächsführung, Freiburg im Breisgau 2004.

¹⁴ Am 24. und 25. Mai 2004 fand in Berlin der Internationale Fachtag Hepatitis C statt, bei dem referierende Ärzte diese Kontraindikation für die Aufnahme einer Interferon-Kombitherapie nannten.



Unterstützen Sie die Klient(inn)en, wenn sie während einer Interferon-Kombitherapie somatische und psychische Nebenwirkungen der Behandlung zu bewältigen haben. Treffen Sie sich ggf. mit Klient(in) und Arzt/Ärztin zu einem erneuten Dreiergespräch.

Treten akute psychiatrische Probleme im Verlauf einer Interferon-Therapie auf, vermitteln Sie entsprechende Hilfen:

- Behandlung mit Psychopharmaka bzw. Antidepressiva, die ein Teil der Ärzte/Ärztinnen ggf. bereits vor Therapiebeginn vorbeugend verordnet
- Psychotherapie
- Kooperation mit einem Psychiater/einer Psychiaterin.

Besteht Pflegebedarf, wählen Sie gemeinsam mit dem Klienten oder der Klientin einen fachlich qualifizierten Pflegedienst, der den Bedürfnissen chronisch mehrfach beeinträchtigter Klient(inn)en gerecht wird, eine psychiatrische Fachpflege anbietet und somatische Begleiterkrankungen von Drogen- und Alkoholkonsument(inn)en versorgen kann. Streben sie auch hier eine enge Kooperation an.

Rechnen sie damit, dass ein Teil der Klientel den Substanzkonsum auch dann nicht einstellen wird oder einstellen kann, wenn krisenhafte Lebensphasen bewältigt sind und eine psychosoziale Grundstabilisierung erreicht wurde. Richten Sie stattdessen den Fokus Ihrer Betreuungsarbeit darauf, die Klient(inn)en durch individuelle Regeln und Maßnahmen zunächst bei der „Schadensbegrenzung“ zu unterstützen. Hierunter sind vor allem niedrigschwellige lebenspraktische Hilfen zu verstehen. Sie erhalten so die Betreuungsbeziehung aufrecht; möglicherweise ist der/die Klient(in) zu einem späteren Zeitpunkt zu einer weitergehenden Zusammenarbeit mit Ihnen bereit. Halten Sie die Tür dazu nach Möglichkeit offen!

Zur Schadensbegrenzung gehört, wie beschrieben, die Prävention einer Ansteckung Dritter und die Vermeidung von Reinfektionen. Ihre Mindestanforderung an die Klient(inn)en im Umgang mit ihrer HCV-Infektion lautet daher:

- ▶ **Die allgemeinen Hygieneregeln beachten, Blutaufmerksamkeit entwickeln, eigene Hygieneartikel verwenden und die Regeln von Safer Use und Safer Sex kennen und befolgen!**



IV ARBEITSPLATZ, RECHT, SOZIALRECHT

1. Arbeitsschutz

BASISWISSEN

Beschäftigte dürfen weder selbst gesundheitlichen Gefährdungen ausgesetzt sein, noch dürfen Beschäftigte andere Menschen (Kollegen/Kolleginnen und/oder Klienten/Klientinnen) gefährden.

Der Arbeitgeber übernimmt mit Abschluss des Arbeitsvertrages eine Fürsorgepflicht für Leben und Gesundheit des Arbeitnehmers. Eine regelmäßige Aufklärung und Information des Personals über Schutzmaßnahmen und Unfallverhütungsvorschriften zur Verhinderung von Infektionen ist notwendig. Entsprechende Informations- und Trainingsveranstaltungen müssen regelmäßig abgehalten werden. Arbeitgeber sind verpflichtet, über Sicherheits- und Hygienebestimmungen zu informieren, die notwendigen Maßnahmen zu ermöglichen (z. B. Schutzimpfungen) und ihre Einhaltung zu überwachen. Der Arbeitnehmer kann die Einhaltung der Arbeitsschutz- und Hygienevorschriften verlangen.

Die Beschäftigten selbst werden verpflichtet, sich aktiv durch Maßnahmen der Gefahrenabwehr und das Einbringen ihres Erfahrungswissens an der Gestaltung der betrieblichen Arbeitsschutzmaßnahmen zu beteiligen. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten müssen sie für ihre eigene Gesundheit und Sicherheit und die anderer Personen sorgen.

Arbeitsschutzvorschriften finden sich in einer Reihe von Gesetzen und Verordnungen.

Für ansteckungsgefährdende Arbeitsbereiche (Spritzentausch, Konsumraum, medizinische Versorgung) gelten insbesondere das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und die Biostoff-Verordnung (BioStoffV) – letztere, weil blutübertragene Viren wie HBV, HCV und HIV zu den biologischen Arbeitsstoffen (Biostoffen) gehören. Deshalb gilt die BioStoffV auch für Drogenhilfeeinrichtungen und das Gesundheitswesen.

Als Berater(innen) zu allen Fragen des Arbeitsschutzes stehen Beschäftigten und Verantwortlichen im Betrieb die Betriebsärztinnen/-ärzte sowie die Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Verfügung. Außerhalb des Betriebes sind es die staatlichen Gewerbeärztinnen/-ärzte und Ämter für Arbeitsschutz sowie die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung; Letztere ist für Einrichtungen der Drogenhilfe meist die Berufsgenossenschaft (BG).



129

Die wichtigsten Maßnahmen des Arbeitsschutzes bei Beschäftigten sind:

- arbeitsplatzspezifische Risikoanalyse und daraus abgeleitete passende Schutzmaßnahmen und deren regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung
- Festlegung angemessener Verfahren zur Überwachung der Umsetzung der Schutzmaßnahmen (u. a. Infektionspräventionskonzept und Hygieneplan)
- kontinuierliche, arbeitsplatzbezogene Information und Beratung der Beschäftigten zu Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten, Schulung der Beschäftigten zur Anwendung der Sicherheitsregeln und Vorrichtungen
- Ausstattung der Einrichtung mit technischen Schutzvorrichtungen (z. B. beim Spritzentausch)
- vertrauensbasierte sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Beratung und Betreuung des Betriebs und der Beschäftigten.

Die wichtigsten konkreten Maßnahmen speziell zum Infektionsschutz sind:

- Hygieneplan,
- Entsorgungs-/Müllplan,
- Verhaltensregeln einschließlich Notfallplan (siehe Kapitel IV, 2)
- Hepatitis-A-/B-Impfung
- Hände-Hygiene (siehe Kapitel IV, 2)



130

DETAILWISSEN

1.1 Rechtliche Bestimmungen

Die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz von Beschäftigten sind ein umfangreiches und komplexes Thema. Die Verordnungen, Vorschriften und Regelwerke sind schier unüberschaubar. Es scheint für fast jeden Handgriff seitenlange Sicherheitsanweisungen zu geben. Das macht es nicht gerade attraktiv, sich mit dem Thema „Arbeitsschutz“ zu beschäftigen. Aber sowohl aufgrund der tatsächlichen Risiken am Arbeitsplatz als auch aus haftungsrechtlichen Gründen ist dem Arbeitgeber und den leitenden Mitarbeiter(inne)n dringend anzuraten, sich mit den rechtlichen Bestimmungen und daraus folgenden Maßnahmen intensiv zu beschäftigen.

Gesetzliche Grundlage ist das „Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit“, kurz: **Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)**.

Es zählt zu den Grundpflichten aller Arbeitgeber (§ 3 ArbSchG), die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben. Er darf die Kosten der Arbeitssicherheit nicht den Beschäftigten auferlegen!



Jeder Arbeitgeber muss eine Gefährdungsanalyse (§ 5) durchführen und ermitteln, welche Arbeitsschutzmaßnahmen erforderlich sind. Dies muss er schriftlich dokumentieren. In besonders infektionsgefährdenden Arbeitsbereichen dürfen nur Mitarbeiter(innen) eingesetzt werden, die zuvor geeignete Anweisungen erhalten haben. Der Arbeitgeber muss für Notfälle (§ 10) Maßnahmen der Ersten Hilfe vorbereitet haben (technische Ausstattung, Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen zu Ersthelfern/Ersthelferinnen).

Eine arbeitsmedizinische Vorsorge (§ 11) soll regelmäßig durchgeführt werden. Die Mitarbeiter(innen) müssen regelmäßig eine angemessene Unterweisung (§ 12) erhalten.

Im „Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“, kurz: **Arbeitssicherheitsgesetz (AsiG)**, wird festgelegt, dass der Arbeitgeber einen Betriebsarzt (§ 2 ff) und eine Fachkraft für Arbeitssicherheit (§ 5ff) mit der Betreuung des Betriebs und ggf. der Beschäftigten beauftragen muss.

Die Beschäftigten sind verpflichtet, für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen (§ 15 ArbSchG). Sie müssen dem Arbeitgeber alle von ihnen festgestellten Gefahren für Sicherheit und Gesundheit melden und den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz unterstützen (§ 16 ArbSchG).

Weitere für den Infektionsschutz am Arbeitsplatz relevante Verordnungen sind

- die **Arbeitsstättenverordnung** (ArbStättV), in der u. a. der Nichtraucherschutz, Mindeststandards bei der Raumausstattung und zum Schutz vor Gefahren festgelegt werden;
- die **Biostoffverordnung** (BioStoffV), in der es um Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen geht;
- das **Infektionsschutzgesetz** (IfSG), in dem Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen festgelegt sind (u. a. Meldepflichten, Impfungen, Überwachungen, Quarantäne usw.). (siehe Kapitel IV, 3.1);
- das **Mutterschutzgesetz** (MuSchG), das werdende und stillende Mütter vor gesundheitlichen Gefahren, Überforderungen und Einwirkungen von Gefahrstoffen am Arbeitsplatz schützt;
- die **LAGA-Richtlinie**: „Richtlinie über die ordnungsgemäße Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes“, Abfallschlüssel der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall.

Arbeitnehmerinnen sollen den Arbeitgeber – ggf. unter Einschaltung des Betriebsarztes/der Betriebsärztin – über eine Schwangerschaft und den voraussichtlichen Entbindungstermin so bald wie möglich informieren. Nur dann kann der Arbeitgeber die Vorschriften des Mutterschutzgesetzes einhalten. Arbeitgeber sind verpflichtet, das für sie zuständige Amt für Arbeitsschutz über eine Schwangerschaft unter Angabe des Namens, des Entbindungstermins, der Arbeitszeit und der Art der Tätigkeit der Schwangeren zu informieren (§ 5 Abs. 1 und § 19 MuSchG).

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind nach dem Sozialgesetzbuch (SGB VII) gegen das Unfallrisiko am Arbeitsplatz, einschließlich des Weges von und zur Arbeit, sowie gegen die Folgen von arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten



(BK) in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) versichert. Die **gesetzliche Unfallversicherung** ist ein Zweig der Sozialversicherung (Kranken-, Pflege-, Renten-, Arbeitslosenversicherung), die von den Arbeitgebern bzw. Unternehmern finanziert wird. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind fachlich, d. h. nach Gewerbezweigen gegliedert. Beschäftigte in Drogenhilfeeinrichtungen, die sich in privater Trägerschaft befinden, sind meist bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) versichert (<http://www.bgw-online.de/>).

Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind die gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (<http://www.hvbg.de/>) sowie die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand: Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungen (<http://www.unfallkassen.de/>). Ihre gesetzliche Aufgabe ist es, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und im Falle eines Unfalles oder einer Berufskrankheit für eine umfassende medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zu sorgen.

- ▶ **Tipp für den Einstieg in das Thema „Arbeitssicherheit“:** Geschäftsführer(innen) bzw. verantwortliche Leitungskräfte sollten die wesentlichen Gesetze und Verordnungen (ArbSchG, AsiG, ArbStättV sowie IfSG und BioStoffV) kennen. Dann sollte (z. B. auf Empfehlung anderer Träger) ein Betriebsarzt/eine Betriebsärztin und eine Fachkraft für Arbeitssicherheit ausgewählt werden, die mit der Betreuung des Betriebs beauftragt werden. Mit diesen werden dann weitere Schritte (Gefährdungsbeurteilung, Maßnahmen) beraten und abgestimmt (siehe nächstes Kapitel).

- ▶ **Tipp:** Jeder Träger sollte einen Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin zum/zur „Sicherheitsbeauftragten“ ernennen (das ist bei Betrieben mit mehr als 20 ständig Beschäftigten sowieso gesetzliche Pflicht). Zu den Aufgaben des/der Sicherheitsbeauftragten zählen: die Beratung des Arbeitgebers zur Arbeitssicherheit, die Entgegennahme und Weitergabe von Informationen über Sicherheitsmängel und Anregungen zu deren Behebung, Mitarbeit an der Erstellung der Gefährdungsanalyse und die Durchführung von Unterweisungen. Der/die Sicherheitsbeauftragte kann auf Kosten der Berufsgenossenschaft an BG-Fortbildungsseminaren zur Arbeitssicherheit teilnehmen.
- ▶ **Hinweis:** Die Berufsgenossenschaften bieten unter www.arbeitssicherheit.de sämtliche Gesetzestexte und Regeln kostenlos als PDF-Dateien an. Ein Fundus für Regelwerke, Tipps und Fachinformationen ist auch die Homepage der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege www.bgw-online.de, hier z. B. die Berufsgenossenschaftliche Regel BGR 250/TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“.
- ▶ **Hinweis:** Im Jahr 2004 wurden wichtige Gesetze und Verordnungen überarbeitet. Wer sich länger nicht mehr mit dem Thema en détail beschäftigt hat, sollte überprüfen, ob er seine Broschüren-Ordner vielleicht aktualisieren muss.



1.2 Arbeitsmedizinische Vorsorge und sicherheitstechnische Betreuung

Jeder Betrieb in Deutschland ist verpflichtet, einen Arbeitsmediziner/eine Arbeitsmedizinerin und eine Fachkraft für Arbeitssicherheit mit der Betreuung des Betriebs zu beauftragen. Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin und die Fachkraft für Arbeitssicherheit sind weisungsfrei.

Die arbeitsmedizinische Vorsorge dient dem **Schutz der Beschäftigten**, sie wird von den Betriebsärztinnen/-ärzten oder von beauftragten Ärztinnen/Ärzten für Arbeitsmedizin durchgeführt. Die Ärztinnen/Ärzte unterliegen der **Schweigepflicht**, insbesondere auch gegenüber dem Arbeitgeber.

Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist in § 15 der BioStoffV geregelt, sie gilt insbesondere auch für Drogenhilfeeinrichtungen und das Gesundheitswesen. Die BioStoffV legt fest, dass der Arbeitgeber Beschäftigte vor Aufnahme von Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (nach Anhang IV) arbeitsmedizinisch untersuchen und beraten lassen muss. Arbeitsrechtlich ist diese Untersuchung eine **Beschäftigungsvoraussetzung** (siehe Kapitel IV, 3).

Empfehlenswert für alle Arbeitgeber ist die Durchführung einer Einstellungsuntersuchung, die mit der arbeitsmedizinischen Erstuntersuchung zusammengelegt werden kann.

Ob bzw. welche Beschäftigten arbeitsmedizinisch untersucht und betreut werden müssen, vereinbaren Arbeitsmediziner/in und Arbeitgeber auf der Grundlage der vom Betrieb erstellten Gefährdungsanalyse.

In Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe kommen in der Regel die Bildschirmverordnung (häufiges Arbeiten am PC) und die BioStoffV in Frage. Im Gegensatz zur arbeitsmedizinischen Untersuchung bei Arbeiten am Bildschirm, die vom Arbeitgeber angeboten werden muss, aber von den Beschäftigten freiwillig in Anspruch genommen werden kann, sind arbeitsmedizinische Untersuchungen auf der Grundlage der BioStoffV für Arbeitgeber und Beschäftigte verpflichtend!

ARBEITSMEDIZIN § 15 BioStoffV

Angebotsuntersuchungen oder Pflichtuntersuchungen (z.B. infektiionsgefährdende Tätigkeiten) **immer: Hepatitis-Serologie und Beratung: Angebot HIV-Test.**

Die Beschäftigten, die Kontakt mit infektiösen Materialien haben (also beim Spritzen-tausch im Konsumraum, in der medizinischen Versorgung), müssen nach Vorschrift alle drei Jahre arbeitsmedizinisch untersucht werden: Pflichtuntersuchung. Näheres regelt der berufsgenossenschaftliche Untersuchungsgrundsatz G 42, der u. a. die regelhafte Untersuchung auf HBV- und HCV-Antikörper („Serostatus“) vorsieht. Der (anonyme) HIV-Test ist freiwillig, soll aber angeboten werden. Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin kann bei erhöhtem Expositionsrisiko (Mitarbeiter(in) ist in der basismedizinischen Versorgung tätig) ein verkürztes Untersuchungsintervall (z. B. HCV-AK-Testung alle 12 Monate) verlangen, wenn eine intensivierete arbeitsmedizinische Überwachung das Infektionsrisiko verringern kann. Die arbeitsmedizinische Untersu-



chung wird als eine Schutzmöglichkeit neben anderen (Hygiene, technische Schutzvorrichtungen) gewertet. (siehe Kapitel II, 5.4.1 + IV, 2)

Anlassbezogen, z. B. wenn ein Arbeitsunfall (Stichverletzung) passiert ist oder ein direkter Kontakt zu einem TBC-Kranken stattgefunden hat, können auch zwischendurch Untersuchungen erforderlich werden.

Ein HIV- oder Hepatitis-AK-Test muss auch im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorge mit ausdrücklichem Einverständnis des/der Beschäftigten durchgeführt werden. Lehnt ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin zum Beispiel nach einem Arbeitsunfall den Test ab, so kann dies später wegen fehlender Beweise zur Folge haben, dass die Berufsgenossenschaft keine Leistungen gewährt (siehe Kapitel IV, 2), wenn eine HCV-Infektion festgestellt wird. Es kann auch zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen (Kündigung!), wenn der Arbeitgeber Beschäftigten, die sich einer Untersuchung nicht unterziehen wollen, keine Tätigkeit außerhalb infektionsgefährdender Bereiche anbieten kann (s. o. Beschäftigungsvoraussetzung).

Betriebsärztinnen/-ärzte können nach G 42 dem Arbeitgeber zeitweilig oder dauerhaft **Tätigkeitsbeschränkungen** und/oder einen Wechsel des Arbeitsplatzes **zum Schutz des/der Beschäftigten** vorschlagen. Dies geschieht selbstverständlich ohne Nennung der Diagnose. Dem Arbeitgeber werden lediglich Bedenken hinsichtlich bestimmter Tätigkeiten/Arbeitsplätze oder Befristungen für Tätigkeitsbeschränkungen mitgeteilt. Der Arbeitgeber muss diese Entscheidung beachten, d. h. zum Beispiel, den Beschäftigten/die Beschäftigte mit einer anderen Aufgabe beauftragen. Im Einzelfall, vor allen Dingen bei kleinen Projekten, kann es möglich sein, dass es keine anderen Aufgaben für den Beschäftigten/die Beschäftigte gibt. Dann kann eine Kündigung die Folge sein. Der/die Arbeitsmediziner(in) ist da manchmal in einer schwierigen Situation!

Sollen Beschäftigte aus einer für sie besonders belastenden (z. B. Schichtarbeit) oder gefährdenden Tätigkeit herausgenommen werden, kann dies nur nach sorgfältiger Abwägung und mit ausdrücklichem Einverständnis des/der Betroffenen geschehen. Auf etwaige Pflichten zur Information oder Beteiligung des Betriebsrates wird hingewiesen.

- ▶ **Beispiel:** Ein solcher Fall könnte gegeben sein, wenn ein chronisch HCV-infizierter Mensch nach einer Hepatitis-B-Impfung keinen ausreichenden Impfschutz entwickelt hat, aber in einem infektionsgefährdenden Bereich wie einem Konsumraum arbeitet.

Werdende Mütter sollen ihren Betriebsärztinnen/-ärzten die **Schwangerschaft** und den voraussichtlichen Entbindungstermin so bald wie möglich mitteilen. Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin informiert den Arbeitgeber und schlägt ggf. geeignete Schutzmaßnahmen wie die Umgestaltung des Arbeitsplatzes, einen Arbeitsplatzwechsel oder die Freistellung wegen Beschäftigungsverbot vor.

- ▶ **Beispiel:** Ein Beschäftigungsverbot muss für schwangere Mitarbeiterinnen ausgesprochen werden, die beim Spritzentausch, im Konsumraum oder in der medizinischen Versorgung beschäftigt sind und trotz persönlicher Schutzausrüstung u. a. durch Nadelstichverletzungen gefährdet sind. Weiterhin dürfen werdende und stillende Mütter nicht mit Tätigkeiten beschäftigt werden, bei denen ein di-



rekter Körperkontakt mit Körperflüssigkeiten von Klient(inn)en/Patient(inn)en möglich ist. Kann die Einhaltung des Beschäftigungsverbotes nicht sichergestellt oder die Mitarbeiterin nicht auf einen anderen Arbeitsplatz (z. B. in der Verwaltung) umgesetzt werden, muss die werdende oder stillende Mutter unter Zahlung des Arbeitsentgeltes freigestellt werden. Arbeitgeber mit nicht mehr als 20 Beschäftigten sind am allgemeinen Umlageverfahren „U2-Verfahren“ der gesetzlichen Krankenkassen beteiligt, durch das bei einem Beschäftigungsverbot die Lohnkosten voll zurückerstattet werden. Weitere Auskünfte erteilen die Krankenkassen.

- **Hinweis:** Die BGW gibt allgemeine Hinweise für Träger von Einrichtungen (Unternehmer) zur Auswahl von und zur Vertragsgestaltung mit arbeitsmedizinischen bzw. -technischen Diensten unter <http://www.bgw-online.de/> → Service → Kundenzentrum → Medienangebote: „Informationen zur neuen GGV A2 – Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit/TP-BGV A2“. Verantwortliche in Drogenhilfeeinrichtungen sollten darüber hinaus prüfen, ob die Arbeitsmediziner(innen) besondere fachliche und rechtliche Kenntnisse bezüglich Hepatitis/HIV haben – Stichworte: Gefährdungsanalyse, PEP, HCV-infiziert am Arbeitsplatz, Einstellungsuntersuchung/Eignung. Ggf. ist der Betriebsrat zu beteiligen.



1.3 Hepatitis-Schutzimpfung für Beschäftigte

Bei Personen, die beruflich häufig mit Blut zu tun haben, sollten ein Hepatitis-B-Impfschutz sowie eine HBsAk-Titerbestimmung vorliegen, die aussagt, ob der Impfschutz ausreicht. (siehe Kapitel I, 1.6) Personen, die an ihrem Arbeitsplatz Kontakt mit intravenös Drogen Konsumierenden haben, sollten zusätzlich zum Hepatitis-B-Impfschutz auch gegen Hepatitis A geimpft werden.

Der Arbeitgeber muss auf seine Kosten eine **Hepatitis-B-Impfung bei allen Beschäftigten** durchführen lassen, die mit gebrauchten Kanülen, Spritzen oder Abfall aus der medizinischen Versorgung zu tun haben. Da der Kombinations-Impfstoff gegen Hepatitis A und B in Deutschland nur unwesentlich teurer ist (ca. 5-7 Euro pro Impfdosis) als der Impfstoff zur alleinigen Hepatitis-B-Impfung, empfiehlt es sich, bei Bedarf (Beschäftigte(r) hat noch keine Hepatitis A durchgemacht), die Kombi-Impfung durchzuführen. Eine Hepatitis-A-Impfung ist aus arbeitsmedizinischer Sicht zwar nicht zwingend erforderlich, wird jedoch für Beschäftigte in Drogenhilfeeinrichtungen empfohlen.

Beschäftigte können eine Impfung ablehnen. In diesem Fall wird dem Arbeitgeber empfohlen, die Person nochmals über die Nützlichkeit der Impfung zu informieren, die Person an einem Arbeitsplatz ohne Infektionsrisiko einzusetzen und die Verweigerung der Impfung trotz wiederholter Information schriftlich festzuhalten. Es ist möglich, dass Mitarbeiter(innen) die Tätigkeit in der medizinischen Versorgung von Drogengebraucher(inne)n arbeitsmedizinisch untersagt wird, wenn sie nicht bereit sind, sich gegen Hepatitis B impfen zu lassen. Wenn ein Arbeitgeber diese Mitarbeiter(innen) nicht an anderer Stelle einsetzen kann (z. B. weil es sich um einen kleinen Träger handelt), kann dies unter Umständen zur Kündigung des/der Beschäftigten führen.

1.4 Gefährdungsanalyse für die Einrichtung

Eine Gefährdungsanalyse ist das Erste, was innerhalb einer Einrichtung zur problemadäquaten Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen unternommen werden muss.

Erster Schritt:

- Beschreibung der Tätigkeiten, die in der Einrichtung durchgeführt werden;
- Identifikation möglicher Gefährdungen (Nicht nur an Infektionen, sondern auch an Haltungs- und Augenschäden durch PC-Arbeit, an Hebe- und Trageschäden durch zu schwere Lasten und herunterfallende Gegenstände von Regalen im Büro denken! Auch Nichtraucherchutz – vor allem im betreuten Heroin-/Kokain-Rauchraum – ist wichtig.).

Infektionsrelevante Tätigkeiten in der Arbeit mit Drogengebraucher(inne)n bzw. mit HCV- oder HIV-Infizierten sind insbesondere

- die Versorgung und Behandlung von Wunden, chirurgische Behandlungen;
- die Entgegennahme von gebrauchten Spritzenutensilien beim Spritzentausch und im betreuten Konsumraum;
- Reinigungs- oder Aufräumarbeiten, bei denen die Gefahr besteht, dass man sich an blutkontaminierten Gegenständen verletzen könnte (z. B. bei der Leerung von Mülleimern, Reinigung von Sitzgelegenheiten, Garderobe, Ablagen).

Hat der/die Mitarbeiter(in) nicht abgedeckte Wunden bzw. offene Hautstellen, so stellt schon der Kontakt der nicht intakten Haut mit blutverunreinigten Oberflächen, Gegenständen oder Körperteilen anderer Personen ein Ansteckungsrisiko dar.

Weitere Schritte:

Studium der Biostoffverordnung und der BGR 250/TRBA 250 (BG-Regel zu biologischen Arbeitsstoffen im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege).

- Klärung: Handelt es sich in unserer Einrichtung um Tätigkeiten im Sinne der Biostoffverordnung?

Die Beratung und Betreuung von Drogengebraucher(inne)n oder reine Verwaltungstätigkeiten fallen NICHT unter die Biostoffverordnung.

Die **Biostoffverordnung** bezieht sich auf die medizinische Untersuchung, Behandlung und Pflege von Menschen, aber auch auf das Hantieren mit potenziell infektiösen Gegenständen wie gebrauchten Spritzen! Kontakt mit gebrauchten Spritzen kann z. B. bei Hausbesuchen vorkommen, die von ansonsten nur in der Beratung und Betreuung tätigen Beschäftigten wahrgenommen werden.

Bei Tätigkeiten mit potenziell infektiösen Gegenständen (bei denen es z. B. zum Haut-/Schleimhautkontakt oder zu Kanülenstichverletzungen kommen kann), handelt es sich um „nicht gezielte Tätigkeiten nach der Biostoffverordnung“ (Bitte gut merken und so formulieren, wenn das Amt für Arbeitsschutz nachfragt!).

- Feststellung: In welcher **Risikogruppe** (1-4) befinden sich die Keime, mit denen die Einrichtung zu tun hat?



Hepatitis- und HI-Viren zählen zu den schwerwiegendsten blutübertragbaren „biologischen Arbeitsstoffen“. Sie werden der Risikogruppe 3 zugeordnet („Biologische Arbeitsstoffe, die eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen können und eine ernste Gefahr für Beschäftigte darstellen können; die Gefahr einer Verbreitung in die Bevölkerung kann bestehen, doch ist normalerweise eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung möglich.“).

- Feststellung: In welche **Schutzstufe** (1-4) muss die Einrichtung eingeordnet werden?

Gemäß § 3 BioStoffV kann man in der Regel niedrigschwellige Kontaktarbeit auf Drogenszenen, die medizinische Behandlung und die Entsorgung von medizinischem Bedarf (gebrauchten Spritzen usw.) der Schutzstufe 2 zuordnen. Im Ausnahmefall kann eine Schutzstufe 3 erforderlich sein (Verdacht auf TBC-Erkrankung eines Klienten/einer Klientin).

- Beschreibung/Festlegung der **Schutzmaßnahmen**, entsprechend der Schutzstufe.

Allgemeine Sicherheitsmaßnahmen der Schutzstufe 2 sind zum Beispiel:

- leicht erreichbare Händewaschplätze mit warmem und kaltem Wasser, die ohne Handberührung bedienbar sind (Einhebelmischbatterien; im Klienten-Bereich sind sensorengesteuerte Wasserhähne überlegenswert), Desinfektionsmittel, Seife, Hautschutz-/Pfleagemittel, Einmalhandtücher
- Personaltoiletten
- Verwendung von Einmal-Handschuhen
- leicht zu reinigende/desinfizierende und beständige Oberflächen
- qualifizierte Einarbeitung der Beschäftigten und Überwachung, dass die Regeln eingehalten werden
- kein Einsatz von Schwangeren oder Jugendlichen in Bereichen, in denen mit infektiösem Material hantiert wird (Spritzentausch, Spritzenentsorgung, Wundversorgung)
- Festlegung eines Hygieneplans
- kein Lagern, Essen und Trinken in den Bereichen, in denen sich potenziell infektiöse Gegenstände befinden
- Schutzkleidung muss getrennt von anderer Kleidung aufbewahrt werden
- weitere Maßnahmen der Hände-Hygiene

Speziell in Konsumräumen, bei der Spritzenentsorgung und in der medizinischen Basisversorgung wichtig:

- Spritzen, Kanülen, Verbandsabfälle in stich- und bruch sicheren, fest verschließbaren Behältnissen sammeln
- kein Umfüllen von/Hantieren mit blutkontaminierten Abfällen
- technische Vorrichtungen, damit kein Kontakt zu Kanülen möglich ist (z. B. Vorrichtungen, durch die Mitarbeiter(innen) nicht in direkten Kontakt mit Spritzen/Kanülen kommen; spezielle Greifer zum Aufheben von heruntergefallenen Kanülen)
- eindeutige Kommunikation/mit Missverständnissen rechnen, Klient(inne)n können unachtsam sein; mit Spontan-Impulsen der Mitarbeiter(innen) rechnen (Auffangen einer fallenden Tüte mit Kanülen, Entgegenstrecken der Hand, wenn Kanülen an-gereicht werden)



- auf eine gute Belüftung des Arbeitsplatzes achten, vor allem in einem betreuten Konsumraum, in dem Drogen auch geraucht werden und in Einrichtungen, in denen mit einem erhöhten Aufkommen an TBC-Erkrankten gerechnet werden muss (Risikofaktoren für TBC: Obdachlosigkeit, fortgeschrittene HIV-Infektion, Drogenabhängigkeit, Einwanderung aus Ländern mit erhöhtem TBC-Aufkommen).

Sicherheitsmaßnahmen der Schutzstufe 3 sind zum Beispiel:

- Vorhalten einer Atemschutzmaske mit FFP-3-Ausatemventil
- konkrete Verhaltensanweisungen für die Mitarbeiter(innen) im Falle eines TBC-Verdachts.

1.5 Hygieneplan

Ein schriftlich dokumentierter Hygieneplan beinhaltet Hygieneanleitungen zum Schutz der Klient(inne)n und Mitarbeiter(innen).

Der Hygieneplan wird nach Tätigkeitsbereichen gegliedert. In der BGW-Vorschrift BGR 250/TRBA 250 wird den Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen folgende Gliederung vorgeschlagen:

- A** Allgemeine Personalhygiene (Definitionen, Hände-Hygiene, Sofortmaßnahmen nach Exposition)
- B** Allgemeine Desinfektionsmaßnahmen (Liste von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln mit Anwendungshinweisen für die jeweiligen Anwendungsgebiete)
- C** Spezielle Hygienemaßnahmen in verschiedenen Funktionsbereichen
- D** Hygienemaßnahmen bei Diagnostik, Pflege und Therapie
- E** Ver- und Entsorgungsregelungen
- F** Mikrobiologische Diagnostik (z. B. Kontrolle von Sterilisationsgeräten).

1.6 Arbeitsschutz im Qualitätsmanagement

Zielgerichtetes, strukturiertes Qualitätsmanagement ist eine Möglichkeit, die Dienstleistungen der Einrichtung sowohl im Prozess als auch im Ergebnis zu verbessern und die Wettbewerbsfähigkeit zu steigern.

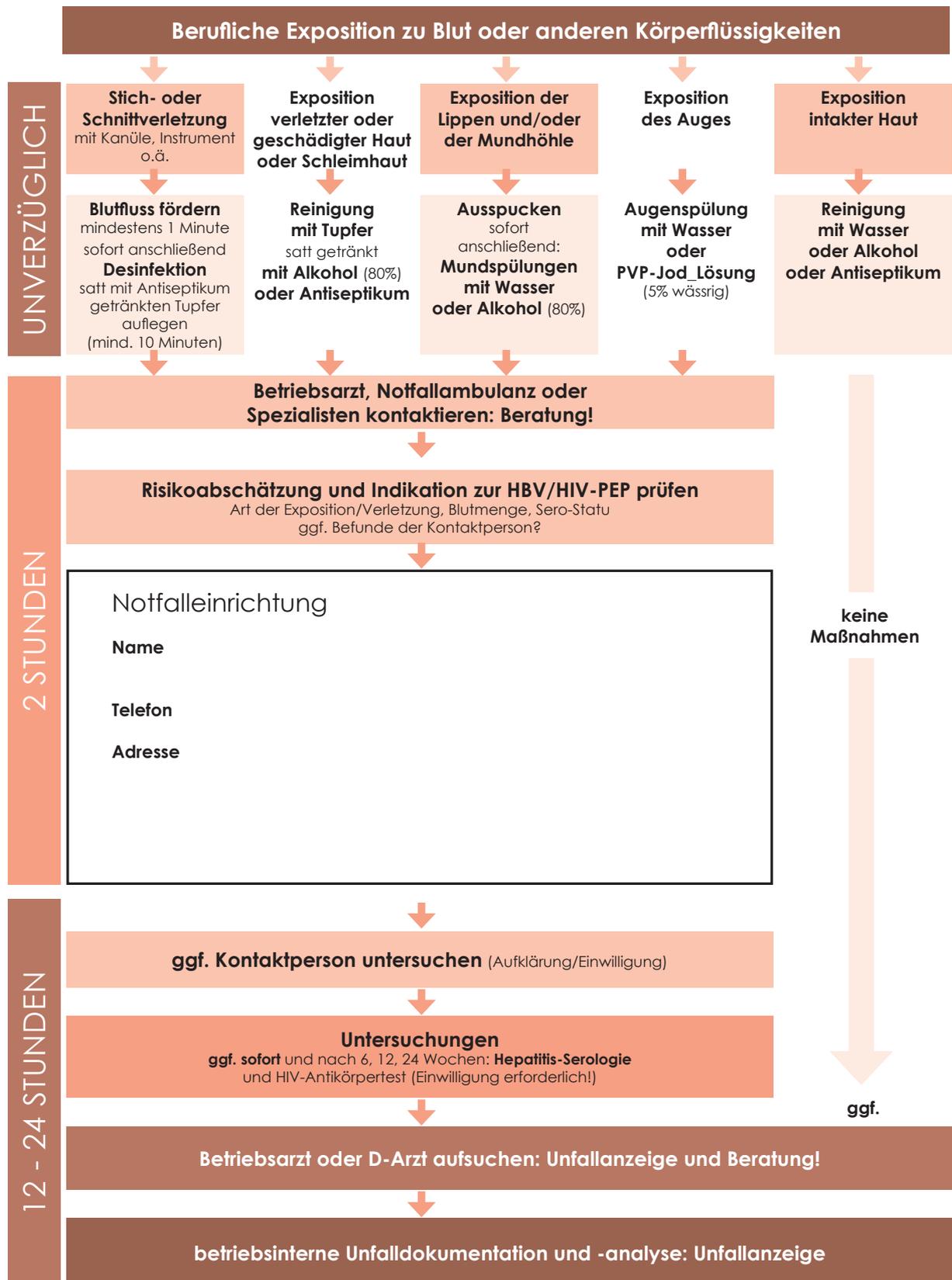
In Einrichtungen, die nach Biostoffverordnung arbeiten und unter das Infektionsschutzgesetz fallen, bietet es sich nahezu zwangsläufig an, das Thema „Arbeitsschutz“ mit Qualitätsmanagement-Verfahren zu bearbeiten. Kernprozesse des Arbeitsschutzes sind Führungsprozesse! Dies trifft vielleicht sogar zeitweilig auf so genannte Unterstützungsprozesse wie zum Beispiel die Spritzenentsorgung zu, da diese unter Infektionsschutz-Gesichtspunkten ein hohes Gesundheitsrisiko bergen kann.

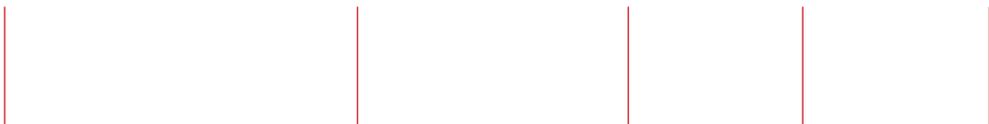
- **TIPP: Die Berufsgenossenschaft unterstützt mit Schulungen und Beratung und beteiligt sich an den Kosten einer erfolgreichen externen Zertifizierung, wenn der Arbeitsschutz in das QM-System integriert wurde. Voraussetzung ist die Einbindung der MAAS-BGW („Managementanforderungen für den Arbeitsschutz“), die sich an der DIN EN ISO 9001 orientiert.**



1.7 Notfallplan

Notfallplan





2. Arbeitsunfall und Berufskrankheit

BASISWISSEN

- **Zur Erinnerung:** Eine
- Nadelstichverletzung
 - Bissverletzung
 - Exposition von verletzter Haut (Ekzem, Wunde usw.) mit Blut
 - Exposition von Schleimhaut mit Blut
- ist Anlass zu sofortigem Handeln!

Dafür sollte ein **Notfallplan** allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen bekannt und gut zugänglich sein. Zunächst sind **Sofortmaßnahmen** durchzuführen! (siehe Kapitel II, 5.4.3)

Dann muss unverzüglich der/die im Notfallplan ausgewiesene Haus- oder Notfall-arzt/-ärztin oder die **spezialisierte Hepatitis-/HIV-Praxis** kontaktiert werden, um das weitere Vorgehen abzusprechen:

- **Gefährdungsanalyse:** Risikoabschätzung der Infektionsgefährdung durch Hepatitis und HIV!
- Besteht ausreichender **Hepatitis-Impfschutz**?
- Wie ist der **Hepatitis-/HIV-Status der Indexperson** (Kontaktperson), von der die potenziell infektiöse Körperflüssigkeit stammt?
- Ist eine **Post-Expositions-Prophylaxe** – HBV und/oder HIV – zu erwägen?
- Muss bei der betroffenen Person ein „**Nullserum**“ erhoben werden, weil keine aktuellen Befunde aus Hepatitis- und HIV-Tests vorliegen?
- Muss eine **ärztliche Unfallmeldung** angefertigt werden – ggf. durch einen Durchgangsarzt/eine Durchgangsarztin (D-Arztbericht)?
- Welche weiteren Maßnahmen wie etwa **Blutuntersuchungen** sind in der Folge erforderlich?

Häufig ist es so, dass der/die Mitarbeiter(in) schockiert und reaktionsunfähig ist oder das Infektionsrisiko nicht wahrnimmt oder herunterspielt. Manchmal glaubt er/sie, die Arbeit zu Ende führen zu müssen und weder Sofortmaßnahmen durchführen zu können noch zu einer spezialisierten HIV-/Hepatitis-Ambulanz fahren zu können. Hier ist die Aufmerksamkeit und Unterstützung anwesender Kolleg(inn)en gefragt. Diese sollten den Kollegen/die Kollegin „weschicken“ und ggf. auch persönlich begleiten.

Mitarbeiter(innen) sollten über Informationen zur persönlichen Hepatitis-/HIV-Serologie bzw. zum Impfstatus verfügen, damit bei ggf. durchzuführenden Maßnahmen der so genannten „**Post-Expositions-Prophylaxe**“ (**PEP**) (siehe Kapitel II, 5.4.1) keine Zeit verloren geht.

Wenn immer möglich, sollte auch der Person, mit deren potenziell infektiösen Körperflüssigkeiten bzw. Blut die verletzte bzw. exponierte Person in Kontakt gekommen ist (**Indexperson**), Blut für die HIV-, Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Testung abgenommen werden, falls entsprechende Befunde nicht schon bekannt sind.



► **Hinweis: Freiwilligkeit sowie Beratung und Einverständnis beachten!**

Arbeitsunfälle müssen durch den Arbeitgeber der Berufsgenossenschaft bzw. Unfallversicherung gemeldet werden, wenn als Folge des Unfalles oder einer berufsbedingten Erkrankung länger als drei Tage Arbeitsunfähigkeit besteht. Es empfiehlt sich jedoch, **alle Arbeitsunfälle zu melden**, bei denen Kontakte zu Blut gegeben oder potenziell möglich waren. Die Unfallanzeige ist vom Betriebsrat mit zu unterzeichnen.

Die **Unfallanzeige** ist die wesentliche formale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung wie z. B. einer Unfallrente nach einem Arbeitsunfall. Deshalb ist nach beruflichen Expositionen mit Blut durch Nadelstich- oder Schnittverletzung, Haut-, Schleimhaut- oder Wundkontamination die Beweissicherung, d. h. die Unfallmeldung und -dokumentation so wichtig.

Anhaltspunkte für das Vorliegen einer **Berufskrankheit** müssen ebenfalls angezeigt werden. Eine durch einen Arbeitsunfall beruflich erworbene HCV-Infektion kann unter bestimmten Voraussetzungen als Berufskrankheit anerkannt werden. Betroffene erhalten dann u. a. die **Heilbehandlung** und ggf. eine **Unfallrente** über die Unfallversicherung.



DETAILWISSEN

2.1 Arbeitsunfall

Arbeitsunfälle sind Unfälle, die Versicherte in Folge ihrer versicherten Tätigkeit – einschließlich des Weges von und zur versicherten Tätigkeit – erleiden, z. B. als Arbeitnehmer(innen), Blutspender(innen), Schüler(innen) usw. Durch die Maßnahmen des Arbeitsschutzes sollen Arbeitsunfälle mit allen geeigneten Mitteln verhütet werden. Wenn es dennoch zu einem Unfallereignis kommt, sollte nach einem gut vorbereiteten und allseits bekannten **Notfallplan** vorgegangen werden (siehe **Seite 139**).

Gefährdungsanalyse

Grundlage des weiteren Vorgehens nach Durchführung der Sofortmaßnahmen ist die Beurteilung der konkreten Gefährdung. Die Beantwortung folgender Fragen kann hilfreich sein:

- **Wann** hat der mögliche Kontakt mit HBV/HCV/HIV stattgefunden?
- **Von welcher Indexperson** stammt das Material?
- **Wie** wurde HBV/HCV/HIV möglicherweise übertragen – z. B. Frage nach Art der (Hohlraum-)Kanüle? Schleimhaut-/Wundkontakte?
- **Inspektion** etwaiger Verletzungen (immer erst nach Blutung und Desinfektion) im Hinblick auf Tiefe und ggf. eröffnete Blutgefäße?
- Welche **Blutmenge** war beteiligt – trägt das verletzende Instrument Spuren der Kontamination mit Blut?
- **Impfstatus** der betroffenen Person?
- Ist die **Indexperson** nachweislich infiziert bzw. wie wahrscheinlich ist eine HBV-



- /HCV-/HIV-Infektion? (ggf. Untersuchung der Indexperson)
- In welchem Stadium der HCV-/HIV-Erkrankung (klinische Manifestation, CD4-Zellzahl) befindet sich die Indexperson?
- Wie hoch ist aktuell die Viruslast der Indexperson (HCV-/HIV-RNA-Kopien/ml)?
- Wird die Indexperson mit Medikamenten behandelt? Wenn ja, mit welchen Medikamenten und über welchen Zeitraum?

Medizinische Notfalleinrichtung

Es empfiehlt sich, dass die Einrichtung der Drogenhilfe schon vor dem ersten Eintreten eines Arbeitsunfalls Kontakt zu einem Unfallarzt/einer Unfallärztin oder, besser noch, einer spezialisierten HIV-/Hepatitis-Ambulanz (Arztpraxis oder Krankenhaus) aufnimmt, um dem/der betroffenen Beschäftigten ggf. sofort Adressen, Ansprechpartner(innen) usw. nennen zu können. Falls in der Einrichtung „Dienste zu ungünstigen Zeiten“ üblich sind, z. B. in den Abendstunden, nachts oder am Wochenende, soll die medizinische Notfalleinrichtung auch zu diesen Zeiten erreichbar sein.

Mit der medizinischen Notfalleinrichtung und ggf. gemeinsam mit dem/der Arbeitsmediziner(in) und der Fachkraft für Arbeitssicherheit, die die Einrichtung betreuen, sollte das Vorgehen bezüglich Post-Expositions-Prophylaxe, Unfallanzeige, Folgeuntersuchungen usw. grundsätzlich abgestimmt werden. Wichtig ist z. B., dass von dort immer eine ärztliche Unfallanzeige aufgegeben wird, weil nur dann die Kosten für Untersuchungen und ggf. für die PEP oder für die Frühbehandlung einer akuten HCV-Infektion von der Berufsgenossenschaft bzw. der Unfallkasse übernommen werden.



143

Unfalldokumentation und Unfallanzeige

Folgendes Vorgehen wird von den Berufsgenossenschaften/Unfallversicherungen empfohlen:

- Zwischenfälle, bei denen der Verdacht besteht, dass eine Verunreinigung/Verletzung mit HBV-/HCV-/HIV-haltigem Blut/Material oder anderen erregerehaltigen Körperflüssigkeiten erfolgte, sind unverzüglich zu melden:
 - dem Betriebsarzt/der Betriebsärztin,
 - dem/der betrieblichen Vorgesetzten und/oder
 - der für die Meldung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zuständigen Stelle.
- Betriebsinterne Unfalldokumentationen, z. B. durch Verbandbücher (auch „Infektions- oder Unfallbücher“), sind von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen nicht vorgeschrieben, werden jedoch empfohlen. Es ist Unternehmen und Beschäftigten unbenommen, zur Beweisführung z. B. in Feststellungsverfahren (siehe Kapitel IV, 2.2) folgende Informationen in geeigneter Weise zu dokumentieren:
 - Art und Zeitpunkt einer Verletzung/Exposition (vgl. Gefährdungsanalyse);
 - Name/Nummer der Indexperson (z. B. Klient/in) – nicht jedoch die Diagnose (Datenschutz)!

Der Arbeitgeber **und** der Betriebsarzt/die Betriebsärztin müssen jeweils eine **Unfallanzeige** per Vordruck an die Unfallversicherung aufgeben. Es empfiehlt sich, **alle**



Arbeitsunfälle zu melden, bei denen Kontakte zu Blut gegeben oder potenziell möglich waren. Die Unfallanzeige ist vom Betriebsrat mit zu unterzeichnen.

- ▶ **Vordrucke für die Unfallanzeige sind bei den Unfallversicherungsträgern erhältlich:** www.hvbg-service.de → Unternehmer oder Ärzte → Formtextsuche → „Unfallanzeige“.

Blutuntersuchungen

Kann nach der Gefährdungsanalyse ein Infektionsrisiko nicht ausgeschlossen werden, sollen folgende **Blutuntersuchungen** sofort durchgeführt („Nullserum“ zur Beweissicherung) und nach 6 und 12 Wochen sowie nach 6 Monaten wiederholt werden (zur Frühdiagnose bzw. zum sicheren Ausschluss einer berufsbedingten Infektion):

- Hepatitis: Anti-HBs, Anti-HBc, **Anti-HCV** (siehe Kapitel II, 5.4.1)
- HIV: **Anti-HIV** (siehe Kapitel II, 5.4.1)

Die Kosten für die genannten Untersuchungen sowie ggf. für die Impfung(en), die Post-Expositions-Prophylaxe oder eine Frühtherapie übernimmt die Berufsgenossenschaft/Unfallkasse, wenn eine Unfallanzeige erstattet wurde.

- ▶ **Ganz wichtig: Nach jedem Arbeitsunfall sollte man diesen im Betrieb ausführlich analysieren und Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft finden, dokumentieren und umsetzen.**

Beispiel aus der Praxis: „Missverständnisse“

Ein Mitarbeiter bittet den Klienten nach Aushändigung von Spritzutensilien um 80 Cent Kostenbeteiligung und streckt die Hand danach aus. Der Klient legt gebrauchte Kanülen in die Hand des Mitarbeiters.

Sofortmaßnahme:

Der Mitarbeiter untersucht seine Hand. Er stellt keine Stichverletzung fest. Er führt eine hygienische Händedesinfektion durch.

Weitere Maßnahmen:

Der Vorfall wird auf der nächsten Teamsitzung berichtet. Es wird überlegt, wie in Zukunft solche Missverständnisse bzw. daraus resultierende Risiken vermieden werden können. Es wird vereinbart, dass Geld zukünftig nicht mehr mit der Hand direkt entgegengenommen, sondern stets auf eine Wechselgeld-Schale gelegt wird.



DETAILWISSEN

2.2 Berufsbedingte HCV-Infektion und Berufskrankheit

Deutschland gehört zu den Ländern mit einer vergleichsweise geringen Verbreitung aller blutübertragenen Viren. Der Anteil infizierter Überträger(inne)n an der Gesamtbevölkerung wird für HBV auf 0,7 %, für HCV auf 0,5 % und für HIV auf weniger als 0,1 % geschätzt (Durchschnittswerte). Aufgrund von epidemiologischen Gegebenheiten und/oder Besonderheiten von Erkrankungen kann es in einzelnen Arbeitsbereichen des Gesundheitswesens zu einer Häufung von Personen kommen, die ansteckungsfähige Träger von HBV/HCV/HIV sind (so sind z. B. 80 bis 90 % der Nutzer von Drogenhilfeeinrichtungen HCV-infiziert). Dort besteht bei jeder infektionsrelevanten Exposition ein statistisch deutlich erhöhtes Ansteckungsrisiko, weil schon kleinste Mengen infizierten Blutes bei praktisch jeder beruflichen Exposition für eine Ansteckung ausreichen können. Gleichwohl ist die berufsbedingte Übertragung im Gesundheitswesen und in Drogenhilfeeinrichtungen insgesamt selten.

	HBV	HCV	HIV
Anteil der frisch Infizierten, die eine chronische Infektion entwickeln	5-10%	70%	100%
Mittlere Viruskonzentration im Blut bei einer nicht therapierten infizierten Person	10 ⁷ -10 ⁹ Viruspartikel/ml	10⁶-10⁷ Viruskopien/ml (sehr variabel)	10 ⁴ -10 ⁵ Viruskopien/ml
Mittlere Infektionswahrscheinlichkeit bei Stich-/Schnittverletzungen (Nadelstich)	Bei HBs-/HBe-Ag-positiver Indexperson ca. 30%	Bei Anti-HCV-positiver Indexperson ca. 2%, bei HCV-RNA-positiver Indexperson ca. 5-10%	0,3-0,4%
Prophylaktische Maßnahmen oder Postexpositionsprophylaxe	Impfung, Hepatitis-B-Hyperimmunglobulin	HCV-PEP nicht möglich ggf. Frühtherapie mit Interferon-alpha/Peg-Interferon erwägen	Postexpositionsprophylaxe mit in der Regel 3 antiretroviralen Substanzen über einen Zeitraum von 4 Wochen
Wirksamkeit der prophylaktischen Maßnahmen (bei rechtzeitigem Einsatz)	ca. 95%	ca. 95% (Frühtherapie)	> 80%, < 100%

Tabelle 1: Vergleich verschiedener Parameter, die das Infektionsrisiko für HBV, HCV und HIV im medizinischen Bereich in Deutschland beeinflussen ¹ (Quelle: RKI, Merkblätter für Ärzte, <http://www.rki.de>)

Meist sind beruflich bedingte Infektionen mit HCV Folge konkreter Unfallereignisse wie z. B. Nadelstichverletzungen, wenn Prävention, Sofortmaßnahmen und Frühbehandlung versagt haben (*siehe Kapitel II*). Das Robert Koch-Institut (RKI) schätzt, dass es in Deutschland durch berufsbedingte Expositionen pro Jahr zu weniger als 150 HBV-Infektionen (Tendenz abnehmend wegen der HBV-Schutzimpfung für Beschäftigte im Gesundheitswesen seit Anfang der 1980er Jahre!), zu mehr als 250 HCV-Infektionen (Tendenz zunehmend!) und ca. 2-3 HIV-Infektionen kommt. Berufsbedingte HIV-Infektionen bei Beschäftigten aus Einrichtungen der Drogenhilfe sind bisher nicht bekannt geworden.

¹ Vgl. Jarke, J.; Marcus, U. (2002): Berufsbedingte HIV-Infektionen bei medizinischem Personal. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 37 (2002) 5; 218-231



145



Die Wahrscheinlichkeit einer HCV-Infektion nach einer Nadelstichverletzung mit einer kontaminierten Kanüle oder nach einer vergleichbaren Verletzung beträgt etwa zwei Prozent, wenn die Indexperson HCV-AK-positiv ist (siehe **Tabelle 1**). Bei erhöhter Viruslast (HCV-RNA-positiv) kann die Übertragungswahrscheinlichkeit bis zu 10% betragen.

Neben der Häufigkeit der Expositionen wird das tatsächliche Infektionsrisiko auch bestimmt durch die Art der Exposition und die dabei aufgenommene Menge potenziell erregerehaltiger Körperflüssigkeit. Weitere wesentliche Faktoren für die Höhe des Infektionsrisikos stellen die Häufigkeit (Prävalenz) infektiöser Personen in der jeweiligen (Patienten-)Klientel, die Konzentration eines Infektionserregers in der entsprechenden Körperflüssigkeit, die Art des Erregers und die Empfänglichkeit gegenüber einem bestimmten Krankheitserreger auf Seiten der exponierten Person dar.

Beruflich erworbene HCV-Infektionen können bei Versicherten in der gesetzlichen Unfallversicherung unter bestimmten Voraussetzungen als Berufskrankheit anerkannt werden. Berufskrankheiten sind Krankheiten, die in der Berufskrankheitenverordnung (BKV) als solche bezeichnet sind und die sich Versicherte durch ihre versicherte Tätigkeit zuziehen.

Nach der BKV Nr. 3101 sind Infektionskrankheiten, hier beruflich erworbene blutübertragene Virusinfektionen (Hepatitis, HIV), **Berufskrankheiten** (BK) in allen Stadien der Krankheit,

„wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war“.

Der ursächliche Zusammenhang der Exposition (Blutkontakt, Verletzung) und der Erkrankung mit der versicherten Tätigkeit muss bewiesen werden. Die Beweispflicht liegt bei der/dem Versicherten. Deshalb ist nach beruflichen Expositionen mit Blut die Beweissicherung, d. h. die **Unfallmeldung und -dokumentation** so wichtig (*siehe Kapitel IV, 2.1*).

Die Anforderungen an den Beweis sind durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte konkretisiert. **Der Beweis gilt als erbracht, wenn**

- eine **berufliche Exposition mit Blut** (Nadelstich- oder Schnittverletzung; Haut-, Schleimhaut- oder Wundkontamination mit Blut),
- ein **negativer HCV-Antikörper-Test** („Nullserum“) vor – z. B. aus Anlass einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung – oder kurz nach der Exposition und
- ein **positiver HCV-AK-Test** („Serokonversion“) in der Folge der Exposition dokumentiert sind.

Es ist nicht erforderlich, die Infektionsquelle (Kontakt- bzw. Indexperson) zu identifizieren. Wenn entsprechende Informationen vorliegen, erleichtert dies jedoch die Beweisführung.

Der Nachweis der o. g. Sachverhalte (Beweisanforderungen) dürfte in der Regel von Beschäftigten aus Einrichtungen der Drogenhilfe gefordert werden. Für Beschäftigte in Gesundheitsberufen, die regelmäßig und häufig gefährdende Tätigkeiten mit



einem besonders hohen Verletzungs- und Infektionsrisiko verrichten, sind Beweiserleichterungen formuliert worden. Bei Vorliegen dieser Konstellationen wird der ursächliche Zusammenhang grundsätzlich als gegeben angenommen. Für Beschäftigte in Drogenhilfeeinrichtungen gilt dies nur, wenn sie bei ihrer Tätigkeit regelmäßig und häufig Verletzungsereignissen mit Blutkontakt ausgesetzt sind (*siehe Kapitel IV, 1.4*).

Jeder Arzt/jede Ärztin hat bei Verdacht auf einen Arbeitsunfall oder auf Vorliegen einer BK eine Mitteilung an den zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder den staatlichen Gewerbearzt/die staatliche Gewerbeärztin zu machen. Entsprechendes gilt für den Arbeitgeber. Die Meldung einer BK durch die berufskranke Person selbst ist im Gesetz nicht vorgesehen, wird jedoch meist akzeptiert.

- ▶ **Hinweis:** Wegen der im Zusammenhang mit den blutübertragenen Virusinfektionen häufig zu beobachtenden Ängste der Betroffenen u. a. vor beruflicher und/oder sozialer Diskriminierung sollte deren Einverständnis vor Erstattung einer Anzeige eingeholt und eine Verweigerung der Zustimmung (um den Preis einer Pflichtverletzung durch den Arzt/die Ärztin bzw. durch den Arbeitgeber) respektiert werden. Eine solche Entscheidung kann allerdings erst nach wiederholter, eingehender Beratung des/der Betroffenen u. a. über die damit verbundenen materiellen Nachteile getroffen werden. Tatsächlich sind Diskriminierungen in Feststellungsverfahren nicht bekannt geworden, wenn die Berufsgenossenschaft gleichzeitig mit der Erstattung der Anzeige auf den Daten- und Vertrauensschutz hingewiesen und entsprechende Verhaltensweisen abgestimmt wurden.

Nach Eingang einer Anzeige leitet der Unfallversicherungsträger ein Verfahren zur Feststellung des Ursachenzusammenhanges der Krankheit mit der versicherten Tätigkeit ein. Im **Feststellungsverfahren** bestehen Mitwirkungspflichten der Leistungsberechtigten und der Arbeitgeber.

Im Laufe des Verfahrens wird neben dem/der staatlichen Gewerbearzt/-ärztin meist ein medizinischer Gutachter/eine medizinische Gutachterin eingeschaltet, der/die ein so genanntes Zusammenhangsgutachten erstellt und ggf. auch Vorschläge zur Heilbehandlung sowie zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation macht. Der/die Gutachter(in) schätzt die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“, nach der sich die Unfallrente bemisst. Schließlich ergeht durch die Unfallversicherung ein Bescheid, gegen den als Rechtsbehelf Widerspruch möglich ist (gegen Widerspruchsbescheide Klage vor dem Sozialgericht).

Falls im Feststellungsverfahren (oder ggf. erst durch ein Sozialgericht) die HCV-Infektion als Berufskrankheit anerkannt wird, erbringt die gesetzliche Unfallversicherung folgende Leistungen:

- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit,
- Heilbehandlung,
- Verletztengeld (entspricht dem Krankengeld),
- Unfall- oder Berufskrankheitenrente (unabhängig von einer Berufstätigkeit),
- Hinterbliebenen- und Waisenrente,
- Übergangsgeld,
- medizinische Behandlung und Rehabilitation,
- berufliche Rehabilitation (Berufshilfe).



Die Höhe der **Unfall- oder Berufskrankheitenrente** richtet sich nach dem letzten Jahresarbeitsverdienst (Bezugszeitraum und Berechnung sind im Gesetz geregelt). Eine Rente wird gezahlt, wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mindestens 20% beträgt. Bei einer MdE von 100% (so genannte Vollrente) beträgt die Unfall- oder BK-Rente zwei Drittel des letzten Jahresarbeitsverdienstes, eine Teilrente bei einer MdE von 20% entspricht 20% der Vollrente. Bezieht jemand mehrere Renten, z. B. eine Erwerbsminderungsrente oder Altersrente zusätzlich zur Unfall- oder BK-Rente, so kann es zu einer Kürzung der gezahlten Renten kommen.

► **Hinweis:**

abeKra, Verband arbeits- und berufsbedingt Erkrankter e.V.

Stammheimer Str. 2

63674 Altenstadt

Tel.: 06047-95266-0

Fax: 06047-95266-2

<http://www.abekra.de/>

Beratung in medizinischen und rechtlichen Fragen. Lobby für berufsbedingt erkrankte Menschen. Vermittlung von Gutachter(inne)n und Anwäl(t)inn(en) und Unterstützung in Verfahren vor den Sozial- und Arbeitsgerichten.

2.3 Exkurs: Chronisch HCV-infiziert am Arbeitsplatz



148

BASISWISSEN

Die HCV-Infektion spielt im Arbeitsleben in formaler Hinsicht grundsätzlich keine große Rolle. Bei der ganz überwiegenden Anzahl beruflicher Tätigkeiten besteht seitens der HCV-Infizierten keine Infektionsgefährdung für andere Mitarbeiter(innen), Klienten/Klientinnen oder Kunden/Kundinnen. Dies gilt uneingeschränkt auch für Beschäftigte in Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe.

Grundsätzlich ist es sinnvoll, dass Beschäftigte, die mit Blut oder anderen potenziell infektiösen Körperflüssigkeiten in Kontakt kommen, ihren HIV-, HBV- oder HCV-Serostatus kennen. Zum einen wird bei Bedarf eine Impfung ermöglicht, zum anderen eröffnet sich bei HIV- oder chronisch Hepatitis-infizierten Beschäftigten die Möglichkeit zu einer medizinischen Behandlung und (bei Hepatitis) Heilung. Andererseits gibt es immer wieder Überreaktionen, wenn Betriebsärzte/-ärztinnen oder auch Arbeitgeber Kenntnis vom Serostatus erlangen (müssen). Diese sind zwar sehr viel seltener als sachgerechter und fürsorglicher Umgang von Betriebsärzt(inn)en und/oder Arbeitgebern mit HBV-/HCV-/HIV-infizierten Beschäftigten, aber eben häufig individuell folgenschwer, z. B. wegen finanzieller Nachteile, Tätigkeitsbeschränkungen oder gar Berufsverbots.

Im Abwägungsprozess zwischen dem Schutzanspruch Anderer und der Rücksichtnahme auf berufliche und soziale Interessen des betroffenen Fachpersonals sind Betriebsärztinnen und -ärzte häufig einzige Ansprechpartner(inne)n und Berater(innen)



des/der Betroffenen. Die ärztliche Schweigepflicht schützt dieses besondere Vertrauensverhältnis. Dadurch kommt Betriebsärztinnen und -ärzten eine sehr verantwortungsvolle Schlüsselfunktion zu, in der Überreaktionen möglichst vermieden werden sollen. Wichtig: sorgfältige Auswahl der Betriebsärzte/-ärztinnen (siehe Kapitel IV, 1.2).

Für Beschäftigte, die im Gesundheitswesen, aber nicht in der Drogenhilfe tätig sind, gilt: Einschränkungen der Berufsausübung bei chronischen HBV-/HCV-/HIV-Infektionen sind **nur im Einzelfall** für bestimmte übertragungsträchtige bzw. gefahrgeneigte Tätigkeiten (und ggf. in Abhängigkeit von der Viruslast) erforderlich. Diese Einschränkungen betreffen fast ausschließlich operativ tätige Ärztinnen oder Ärzte, sehr selten nichtärztliches Assistenzpersonal (aber keine anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen!), weil nur hier eine Fremdgefährdung von Patient(inne)n möglich ist. In Einzelfällen wurden HCV-Übertragungen von HCV-positivem medizinischem Personal auf Patient(inne)n bei Operationen, bei Akupunktur oder zahnärztlichen Eingriffen bekannt.

Seit einiger Zeit ist eine Tendenz erkennbar, sehr restriktiv HBV- und HCV-Träger(inne)n (und HIV-Infizierten) nicht nur bestimmte gefährdende, sondern praktisch alle Tätigkeiten mit Patientenkontakt zu untersagen – völlig unabhängig von der individuellen Situation (z. B. Art der Tätigkeit oder Höhe der Viruslast). Die Betroffenen haben praktisch keine Chance, eine Stellung im Gesundheitswesen zu bekommen, wenn ihre chronische Infektion im Einstellungsverfahren bekannt wird. Diese Entscheidungen stehen meist in Gegensatz zu den aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen. Auch wenn der Schutz der Patientinnen und Patienten an oberster Stelle steht, müssen Tätigkeitsbeschränkungen/Berufsverbote in fachlich begründeter Relation zum abschätzbaren Übertragungsrisiko stehen. Betroffene sollten gegen derartige Entscheidungen Widerspruch einlegen, sich in der Materie erfahrenen rechtlichen Beistand besorgen und sich ggf. eine zweite Meinung einholen – über den Ausschuss „Arbeit, Hygiene und Infektionsschutz“ der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten/DVV (<http://www.dvv-ev.de/>) oder das Robert Koch-Institut (<http://www.rki.de>).

Für Beschäftigte in der Drogenhilfe mit direktem Kontakt zu Klientinnen und Klienten ist die regelhafte Untersuchung auf HBV- und HCV-Antikörper Pflicht (Beschäftigungsvoraussetzung), der HIV-Test ist freiwillig. Eine HIV-Infektion oder eine chronische Hepatitis-Infektion, die von Betriebsärztinnen/-ärzten festgestellt wird, darf nicht ohne Einwilligung des/der Beschäftigten dem Arbeitgeber mitgeteilt werden! Eine solche Mitteilung ist auch aus fachlicher Sicht nicht erforderlich, weil die chronischen Infektionen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und/oder die berufliche Eignung haben (siehe Arbeitsrecht). Betriebsärztinnen/-ärzte können jedoch im besonderen Einzelfall dem Arbeitgeber ohne Nennung einer Diagnose ggf. Tätigkeitsbeschränkungen und/oder einen Wechsel des Arbeitsplatzes zum Schutz des/der Beschäftigten vorschlagen (siehe Kapitel IV, 1.6).

Leider gibt es immer wieder auch Situationen, in denen chronisch HCV-Infizierte von Betriebsärztinnen/-ärzten oder dem Arbeitgeber aus „psychologischen Gründen“ mit Tätigkeitsbeschränkungen belegt werden – dies nicht nur im Gesundheitswesen, sondern beispielsweise auch im Lebensmittel- und Gastronomiegewerbe. Begründet wird dann nicht medizinisch-fachlich, sondern mit der Befürchtung, beim Bekannt-



werden der Infektion könnten Patienten/Patientinnen oder Kunden/Kundinnen verschreckt werden. Entsprechende Beispiele sind auch aus dem Strafvollzug berichtet worden. Sachlich, z.B. mit einem Ansteckungsrisiko, sind diese Entscheidungen nicht begründet und deshalb aus rechtlicher Sicht weder notwendig noch verhältnismäßig; die „psychologischen Probleme“ dürfen nicht auf dem Rücken Einzelner ausgetragen, sondern müssen anders gelöst werden.

DETAILWISSEN

(gilt nicht für Beschäftigte in der Drogenhilfe)

Grundsätzlich können Beschäftigte im Gesundheitswesen, die ansteckungsfähige Träger von HBV, HCV und/oder HIV sind, ihre Berufe ohne Gefährdung von Patient(inne)n weiter ausüben. Es gibt keine allgemeinen Beschränkungen für die Zulassung zur Berufsausbildung, deren Beendigung sowie für die staatliche Anerkennung des Heilberufes.

Voraussetzung dafür ist, dass alle Verantwortlichen die allgemeinen Maßnahmen zum Infektionsschutz treffen. Die Einhaltung der Hygiene-, Schutz- und Unfallverhütungsmaßnahmen minimiert ein HBV-, HCV-, HIV-Übertragungsrisiko auf Patient(inne)n bei (zahn-)ärztlichen, kranken- und Altenpflegerischen Tätigkeiten. Bei der Infektionsprävention gehören der Patientenschutz und der Arbeitnehmerschutz zusammen (zwei Seiten einer Medaille), rechtlich fallen sie jedoch in unterschiedliche Bereiche.

Die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) hat **Empfehlungen** zur Verhütung der Übertragung von Hepatitis-C-Virus durch infiziertes Personal im Gesundheitsdienst erarbeitet. 2003 wurden europäische Konsensus-Leitlinien zu HBV und HCV veröffentlicht, die insbesondere bezüglich etwaiger Tätigkeitsbeschränkungen bei HCV zurückhaltender sind als die deutschen Empfehlungen. Bereits seit Anfang 2004 liegt den Aufsichtsbehörden in Deutschland ein Entwurf vor für eine Neufassung der Empfehlungen vor, die auch **Grenzwerte der Viruslast** (HCV-RNA) definieren und **nur für operativ tätiges medizinisches Personal** gelten.² Leider ist bisher offiziell keine einheitliche Empfehlung formuliert worden.

Grundsätzlich werden **keine Berufsverbote** für seropositive, chronisch infizierte Mitarbeiter(innen) in Gesundheitseinrichtungen vorgeschlagen, sondern es handelt sich um **Regelungen zur Berufsausübung**, die allenfalls Auflagen bezüglich bestimmter Tätigkeiten beinhalten können. Auflagen zur Berufsausübung müssen verhältnismäßig sein; ungerechtfertigte Tätigkeitsbeschränkungen oder gar -verbote sind nicht statthaft.

Wesentlich ist eine kontinuierliche arbeitsmedizinische Betreuung einschließlich der Überprüfung des HCV-Serostatus (siehe Kapitel IV, 1.2) und die regelmäßige Unterweisung des Personals bezüglich konsequenter Durchführung der erforderlichen Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen (Tragen doppelter Handschuhe bei operativen/

² Hinweis: GERLICH, W. „Hepatitis B und C – Übertragungsgefahr auf Patienten durch infiziertes medizinisches Personal“. Bundesgesundheitsbl.-Gesundheitsforsch.-Gesundheitsschutz, 4/2004, S. 369-378, auch über www.rki.de → Infektionsschutz → Krankenhaushygiene; JARKE, J.: Chronisch HBV-, HCV-, HIV-infiziertes Personal im Gesundheitsdienst → Regelungen zur Berufsausübung versus Berufsverbote. In: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed., 39(2004), 8, S. 428-435



150



invasiven Eingriffen; Verwendung von Instrumenten, bei denen das Risiko einer Verletzung minimiert wird; Gebrauch von Schutzkleidung, ggf. Schutzbrille oder Visier bzw. Mund-Nasenschutz oder Visier). Besondere Vorsichtsmaßnahmen sind bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr (gefahrgelegte Tätigkeiten) erforderlich. Zu Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr sollten möglichst HCV-RNA-negative Personen herangezogen werden. Alle, die verletzungsträchtige Tätigkeiten durchführen, sollten ihren HCV-Status kennen, damit Behandlungsmöglichkeiten geprüft und ggf. durchgeführt und so Risiken für Patient(inne)n minimiert werden können.

Die bei Tätigkeiten mit erhöhter Übertragungsgefahr zu treffenden Maßnahmen sollten durch ein Gremium vor Ort (Fallkonferenz) definiert und überwacht werden, das auch zur Einsatzmöglichkeit der/des HCV-Infizierten Stellung nimmt. Die Fallkonferenz kann auch im anonymen Verfahren tätig werden.

Der Fallkonferenz muss es um den Patientenschutz (Recht auf körperliche Unversehrtheit) **und** um den Arbeitnehmerschutz (Persönlichkeitsschutz und Recht der freien Berufsausübung der/des Betroffenen) gehen. Ziel der Fallkonferenz ist die Diskussion und Bewertung des Risikoprofils bezogen auf die jeweilige konkrete Tätigkeit. Die zu findenden Maßnahmen müssen notwendig, geeignet und angemessen im Sinne der Infektionsprävention und der wissenschaftlichen Empfehlungen sein. Eine Entscheidung der Fallkonferenz kann u. U. zu einer Einschränkung der Tätigkeit der/des chronisch Infizierten führen. Andererseits bedeutet die auf breiter Basis getroffene Entscheidung für die Betroffenen und ihre Arbeitgeber eine Absicherung ihrer zukünftigen Tätigkeit.

Außerhalb der stationären Versorgung (z. B. im Bereich der Drogenhilfe) kann die Einsatzfähigkeit einer HCV-infizierten Person durch eine Kommission bei der Landesärztekammer oder im Rahmen der Ermittlungspflicht durch das Gesundheitsamt festgelegt werden. Deren Entscheidung muss sich – wie die einer Fallkonferenz – fachlich an den aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen orientieren.

Lehnt die/der Betroffene die als notwendig erachteten Maßnahmen ab bzw. hält er/sie diese nicht ein und gefährdet dadurch Dritte, kann der Betriebsarzt/die Betriebsärztin das Gesundheitsamt einschalten. Dazu muss er/sie mit Berufung auf einen rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) zunächst den Bruch der Schweigepflicht rechtfertigen können. Denn nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG, §§ 6 und 7) besteht für Ärztinnen und Ärzte bei chronisch HBV-, HCV- oder HIV-Infizierten keine Meldepflicht gegenüber dem Gesundheitsamt (Ausnahme: Erstdiagnose einer chronischen HBV-/HCV-Infektion und abweichende Vorschriften in einigen Bundesländern); entsprechende Daten dürfen dem Gesundheitsamt grundsätzlich weder bekannt gemacht noch von diesem angenommen und gespeichert werden (siehe Kapitel IV, 3.1).

Das Gesundheitsamt kann nach dem IfSG (§ 28) dafür sorgen, dass die (z. B. von der Fallkonferenz) für erforderlich gehaltenen Maßnahmen bindend umgesetzt werden. Im extremen Problemfall kann (als letzte Möglichkeit) eine Tätigkeitsbeschränkung oder ein Berufsverbot ausgesprochen werden (§ 31 IfSG).



3. Arbeitsrecht

BASISWISSEN

Grundsätzlich können Beschäftigte, die ansteckungsfähige Träger von HCV (und/oder HBV/HIV) sind, aus medizinisch-fachlicher Sicht ihre Berufe (mit wenigen Ausnahmen im Gesundheitswesen) ohne Gefährdung Anderer weiter ausüben (siehe Kapitel IV, 2.3). Die HCV-Infektion stellt für sich genommen keinen Grund zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses dar, da von ihr keine Fremdgefährdung ausgeht und sie – zumindest in einem frühem Stadium oder unter erfolgreicher Behandlung – die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt. Sie hat in der Regel keinen Einfluss auf die Eignung von Bewerberinnen und Bewerbern. Auch lässt sich allein aufgrund einer chronischen HCV-Infektion keine Vorhersage über eventuelle Zeiten der Arbeitsunfähigkeit treffen. Daran muss sich die arbeitsrechtliche Bewertung bei der Einstellung und im bestehenden Arbeitsverhältnis orientieren.

DETAILWISSEN

Von der Rechtsprechung sind bisher im Rahmen von **Einstellungsverfahren** nur folgende Fragen als zulässig erachtet worden, zu denen Arbeitgeber sich Informationen verschaffen dürfen:

- solche, die die Eignung der Bewerber(innen) für die konkret **vorgesehene Tätigkeit** betreffen;
- solche, die von Bedeutung für die Prognose der Arbeitsfähigkeit **unmittelbar nach Aufnahme** der Tätigkeit sind;
- solche, die für die Beurteilung von Gefahren für andere Mitarbeiter(innen), Klienten/Klientinnen, Kunden/Kundinnen oder Patienten/Patientinnen relevant sind.

Die **Arbeitsfähigkeit** unmittelbar nach Aufnahme der Tätigkeit kann bei HCV nur durch wenige schwerwiegende Krankheitsverläufe wie z. B. akute und chronisch-aktive Hepatitis, Leberzirrhose oder Leberkarzinom gefährdet sein. Da die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsunfähigkeit bei Menschen mit diesen Krankheiten groß ist, hat der Arbeitgeber bei der Frage nach (in absehbarer Zeit) bevorstehender Arbeitsunfähigkeit dann – und nur dann – das Recht, eine wahrheitsgemäße Antwort zu bekommen.

Chronisch HCV- (und/oder HBV/HIV-)infizierte Arbeitnehmer/innen – auch in Gesundheitsberufen – müssen in der Regel im Bewerbungsgespräch oder während des Arbeitsverhältnisses ihre Krankheit nicht anzeigen. In Vertragsverhandlungen muss man die Wahrheit sagen. Dies bezieht sich allerdings nur auf solche Fragen, die für das Vertragsverhältnis von Bedeutung sind. Die symptomlose bzw. chronische HCV-Infektion darf deshalb im **Bewerbungsgespräch** verschwiegen werden, weil sie in der Regel keinen Einfluss auf die Eignung bzw. die vorgesehene berufliche Tätigkeit der Bewerber(innen) hat. Fragen, die sich nicht auf diese Tätigkeit beziehen, dürfen vom Arbeitgeber nicht gestellt werden. Daraus ergibt sich das Recht, diese Fragen nicht zu beantworten. Eine unrichtige Antwort gilt hier nicht als arglistige Täuschung. Juristisch nicht ganz korrekt wurde dies als „Recht zur Lüge“ bezeichnet.



152





Eine Ausnahme können einige wenige medizinische Tätigkeiten (z. B. in der Chirurgie) sein. Arbeitsrechtler argumentieren, dass Ärztinnen/Ärzte (Operateure), die eingestellt wurden/werden sollen, um ganz wesentlich verletzungsträchtige Tätigkeiten auszuüben, dem Arbeitgeber eine HCV-Infektion anzeigen müssen. Da sie zum Schutze der Patient(inne)n gerade diese Tätigkeiten nicht ausüben sollen, können/dürfen sie auch die dem Arbeitgeber geschuldete Arbeitsleistung nicht (mehr) erbringen. Dieser Sachverhalt sei anzeigepflichtig.

Wie eingangs erläutert, wird dem Arbeitgeber nach der Rechtsprechung im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen („Eignungsuntersuchung“) ein Fragerecht nur bzgl. bestehender Erkrankungen eingeräumt, die die berufliche Tätigkeit beeinflussen können. Auch die Untersuchung selbst darf nur verlangt werden, wenn sie individuell für die Beurteilung der Eignung des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin für den vorgesehenen Arbeitsplatz/für die vorgesehene Arbeit (Einstellung) oder für die im Arbeitsverhältnis ausgeübte Tätigkeit erforderlich ist und die Untersuchung nicht bereits aufgrund einer Rechtsvorschrift vor Beginn der Beschäftigung und während der Tätigkeit vorgeschrieben ist (siehe IV, 2.3). Diese Untersuchungen dürfen von Ärztinnen/Ärzten nur vorgenommen werden, wenn die Betroffenen nach Aufklärung über Art und Umfang ausdrücklich eingewilligt haben.

Chronisch HCV-infizierte Arbeitnehmer(innen) müssen einer vom Arbeitgeber geforderten (**Eignungs-) Untersuchung** also nur unter bestimmten Umständen zustimmen. In der Alltagspraxis gestaltet sich das oftmals sehr schwierig, weil eine Verweigerung der Zustimmung den Ausschluss aus dem Bewerbungsverfahren bzw. von einer Tätigkeit zur Folge haben kann. Deshalb sollte die Zustimmung zur Untersuchung selbst nicht verweigert werden, aber sehr genau kontrolliert werden, welche Information die mit der Untersuchung betrauten Ärztinnen/Ärzte dann an den Arbeitgeber weitergeben (siehe unten). Auch im bestehenden Arbeitsverhältnis berechtigen allein die Zwecke des Arbeitsverhältnisses den Arbeitgeber nicht, einzelne Arbeitnehmer(innen) zu einer ärztlichen Untersuchung zu veranlassen.

Routineuntersuchungen aller Bewerber(innen) oder Beschäftigten z. B. bezüglich Hepatitis- oder HIV-Serologie oder eines allgemeinen Drogenscreenings sind laut Bundesarbeitsgericht nicht statthaft (Urteil vom 12.08.1999 – 2AZR 55/99).

Deshalb ist hier die ärztliche Sorgfalt besonders wichtig, nur solche Untersuchungen durchzuführen oder Informationen weiterzugeben, die fachlich zur Beantwortung der zulässigen Fragen zwingend erforderlich oder rechtlich geboten sind. Ärztinnen/Ärzte dürfen nur in diesem Rahmen zu der Informationsgewinnung beitragen und den Arbeitgebern in Bezug auf die jeweils vorgesehene Tätigkeit mitteilen: „geeignet“ oder „nicht geeignet“.

Auch dann, wenn Arbeitnehmer(innen) durch tarif- oder arbeitsvertragliche Regelungen oder die Bestimmungen des Arbeitsschutzes verpflichtet sind, sich untersuchen zu lassen, und nach Aufklärung der Untersuchung zugestimmt haben, dürfen die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte nicht alle Untersuchungen durchführen, die sie oder der Arbeitgeber für sachdienlich halten. Die untersuchenden Ärztinnen/Ärzte müssen das Arbeitgeberinteresse unter fachlichen Gesichtspunkten abwägen gegen das Recht der Arbeitnehmer(innen) auf Unversehrtheit der Person. Dieser Schutz ist umso intensiver, je näher die Daten der Intimsphäre der/des Betroffenen stehen (HIV oder Hepatitis!).

- ▶ **Beispiel:** Bei Tätigkeiten in der Drogenhilfe mit direktem Kontakt zu Klientinnen und Klienten ist die Untersuchung auf Hepatitis-Antikörper bei der Einstellung und im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge rechtlich geboten und kann von dem/der Beschäftigten nicht ohne nachteilige Konsequenzen abgelehnt werden (siehe Kapitel IV, 1.6). In dieser Fallkonstellation könnte also die Frage des Arbeitgebers nach einer chronischen HCV-Infektion ggf. wahrheitswidrig beantwortet werden, nicht aber die entsprechende Frage des Betriebsarztes/der Betriebsärztin. Letzteren müssen Betroffene sich offenbaren bzw. einer Untersuchung zustimmen. Allerdings müssen sie auch darauf vertrauen können, dass die fachlichen Empfehlungen beachtet werden, die ihre Eignung für die Tätigkeit in der Drogenhilfe durch die chronische HCV-Infektion nicht eingeschränken. In seltenen Einzelfällen kann jedoch eine infektionsgefährdende Tätigkeit ungeeignet sein (siehe Kapitel IV, 1.2).

Eine chronische HCV-Infektion schränkt die Eignung für eine Tätigkeit in der Drogenhilfe grundsätzlich nicht ein. Leider haben Betriebsärzte/-ärztinnen immer wieder – teilweise auch unter Bruch der Schweigepflicht – allein das Vorliegen einer chronischen HCV-(HIV-)Infektion zum Anlass genommen, die Nicht-Eignung oder ein Tätigkeitsverbot für die vorgesehene Tätigkeit (allgemeine Kranken-/Altenpflege, Gastronomiegewerbe, Verkehrspolizei u.v.a.m.) auszusprechen oder gar den Arbeitgeber zu informieren. Falls bei einer Untersuchung eine chronische HCV-Infektion festgestellt wird, darf dem Arbeitgeber ärztlicherseits kein Befund bzw. keine Diagnose mitgeteilt werden (Schweigepflicht!). Die/der Betroffene sollte die Ärztinnen/Ärzte schon bei der Zustimmung zur Untersuchung verpflichtet, ihnen die vorgesehene Mitteilung an den Arbeitgeber vorab zur Kenntnis zu geben. Ggf. kann dagegen Widerspruch erhoben und/oder eine zweite fachliche Meinung eingeholt werden.

Literatur:

- Jacobs, M.: Der kranke Arzt: Virale Hepatitiden im Gesundheitswesen – Möglichkeiten und Pflichten zur Vermeidung der Übertragung von Personal auf Patient aus arbeitsrechtlicher Sicht. MedR 2002, 3: S. 140-145

3.1 Infektionsschutzgesetz

BASISWISSEN

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) trat am 01.01. 2001 in Kraft. Es löste das Bundesseuchengesetz ab und stellte insbesondere das System der meldepflichtigen Krankheiten in Deutschland auf eine neue Basis. Das IfSG regelt, welche Krankheiten bei Verdacht, Erkrankung oder Tod und welche labordiagnostischen Nachweise von Erregern meldepflichtig sind. Weiterhin legt das Gesetz fest, welche Angaben von den Meldepflichtigen gemacht werden und welche dieser Angaben vom Gesundheitsamt weiterübermittelt werden. Andere als im Gesetz genannte Daten dürfen dem Gesundheitsamt grundsätzlich weder bekannt gemacht noch von diesem angenommen und gespeichert werden.



Ziel der Meldepflicht ist, neben der Überwachung von Häufigkeiten des Auftretens und der geographischen Verteilung, auch die Identifizierung möglicher Infektionsquellen, um die Verbreitung des Erregers zu verhindern.

Das IfSG sieht eine **namentliche Meldepflicht** für alle erstmalig diagnostizierten Hepatitis-A-, -B- und -C-Infektionen vor. Meldepflichtig sind der/die behandelnde Arzt/Ärztin bezüglich Krankheitsverdacht, Erkrankung und Tod (§ 6) sowie die Untersuchungseinrichtung (Labor), die den positiven Virusbefund erstellt hat (§ 7). Die Meldung erfolgt an das örtliche Gesundheitsamt. Demgegenüber ist HIV nicht namentlich meldepflichtig; hier erfolgt nur eine anonymisierte Meldung des Labors über den Nachweis (positiver HIV-Test) an das Robert Koch-Institut. (zur Meldepflicht siehe Kapitel IV, 3.1)

Das Gesundheitsamt kann bei namentlich gemeldeten Krankheiten weitere Ermittlungen anstellen (§ 25), z. B. Hausbesuche machen oder Personen vorladen; es kann weitere Untersuchungen (§ 26) und/oder Schutzmaßnahmen (§ 28) anordnen, z. B. Hygienemaßnahmen oder auch die Isolierung bzw. Wiederezulassung von Personen sowie in besonderen Fällen auch Tätigkeitsbeschränkungen oder ein Berufsverbot (§ 31) aussprechen. Der/die behandelnde Arzt/Ärztin ist berechtigt, mit Zustimmung des Patienten/der Patientin an den Untersuchungen nach § 26 teilzunehmen.

Hepatitis C

Alle erstmalig diagnostizierten Hepatitis-C-Infektionen sind namentlich meldepflichtig. Melden muss der/die behandelnde Arzt/Ärztin bei Krankheitsverdacht, Erkrankung und Tod sowie das Labor, das den positiven Virusbefund erstellt hat. Die Meldung erfolgt an das örtliche Gesundheitsamt. **HCV-Erregernachweise sind nicht meldepflichtig, wenn das Labor bei dem- oder derselben Patienten bereits früher HCV nachgewiesen und gemeldet hat oder wenn die Information vorliegt, dass dem/der einsendenden Arzt/Ärztin ein früher durchgeführter positiver Labornachweis einer Hepatitis C bekannt ist.**

In folgenden Bundesländern bestehen erweiterte Meldepflichten auf Grund von Länderverordnungen für den Krankheitsverdacht und/oder für HCV-Träger/innen (HCV-AK-positiv): Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt. In Thüringen besteht ein freiwilliges Meldesystem mit Einverständnis der Betroffenen.

Die **Wiederezulassung** nach einer Erkrankung an Hepatitis C **zu einer Gemeinschaftseinrichtung** (z. B. Kindereinrichtung, Schule) kann erfolgen, sobald das Allgemeinbefinden den Besuch der Einrichtung wieder erlaubt, unabhängig davon, ob der Erreger zu diesem Zeitpunkt im Blut noch nachweisbar ist. Sinngemäß gilt dies auch für HCV-Träger/innen (Carrier) unter den Beschäftigten oder den Kindern einer Einrichtung. Eine Ausnahme von dieser Regel stellen nur Personen mit ungewöhnlich aggressivem Verhalten (Beißen), einer Blutungsneigung oder einer generalisierten Dermatitis dar. In diesen Fällen muss die Entscheidung über die Zulassung zu einer Gemeinschaftseinrichtung durch das Gesundheitsamt individuell getroffen werden.

Personen, die in einem Haushalt mit Menschen mit Hepatitis C leben, sie pflegen oder betreuen (z. B. auch in der Schule) sowie Partner sollten die gemeinsame



Benutzung von Nagelschere, Zahnbürste, Rasierapparat oder Ähnlichem meiden. **Besonders aufmerksam müssen jedoch intravenös Drogen Gebrauchende sein, da in ihrem häuslichen Umfeld mit Blut verschmutzte Gegenstände eine gefährliche Infektionsquelle darstellen.**

HCV-Träger(innen) können – mit wenigen Ausnahmen – auch in Gesundheitsberufen und in der Altenpflege tätig sein (siehe IV, 2.3). Das Gesundheitsamt kann nach dem IfSG dafür sorgen, dass die von Betriebsärzten/-ärztinnen oder einer Fallkonferenz für erforderlich gehaltenen Maßnahmen bindend umgesetzt werden (§ 28). Im extremen Problemfall kann (als letzte Möglichkeit) eine Tätigkeitsbeschränkung oder ein Berufsverbot ausgesprochen werden (§ 31), wenn die Maßnahme notwendig, geeignet und verhältnismäßig ist.

DETAILWISSEN

Hepatitis A

Nach dem IfSG ist der/die feststellende Arzt/Ärztin verpflichtet, sowohl den Verdacht auf als auch Erkrankung und Tod an akuter Virushepatitis an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Leiter(innen) von Untersuchungsstellen (Laboratorien) sind verpflichtet, den direkten oder indirekten Nachweis des Hepatitis-A-Virus zu melden, soweit dieser auf eine akute Infektion hinweist.

Hepatitis-A-Kranke oder Personen, bei denen der Verdacht auf eine HAV-Infektion besteht, dürfen in Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstigen Tätigkeiten ausüben, die Kontakte zu den dort Betreuten beinhalten, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

Betreute Personen, die an Hepatitis A erkrankt sind oder bei denen der Verdacht auf eine HAV-Infektion besteht, müssen während des Zeitraums der Infektiosität isoliert werden. Diese Regelungen gelten entsprechend für Wohngemeinschaften.

- **Personen**, die mit Hepatitis-A-Kranken in einem Haushalt leben, sie pflegen oder betreuen, sowie Partner(innen) von Menschen mit Hepatitis A sollten sich – sofern kein Impfschutz besteht – möglichst umgehend impfen lassen (aktiv und passiv) und für den Zeitraum der Infektiosität besonders auf Hygiene achten, also z. B. die Hände nach jeder Toilettenbenutzung und vor der Zubereitung von Mahlzeiten gründlich waschen, mit Einmal-Papierhandtüchern abtrocknen und anschließend mit einem alkoholischen Händedesinfektionsmittel desinfizieren. Ist die strikte Einhaltung dieser hygienischen Maßnahmen nicht gewährleistet, können Kontaktpersonen ohne Impfschutz bis zu vier Wochen nach dem letzten Kontakt mit der HAV-infizierten Person vom Besuch von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen ausgeschlossen werden.

Hepatitis B

Dem Gesundheitsamt wird gemäß IfSG der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod an akuter Virushepatitis sowie der direkte oder indirekte Nachweis von



156



Hepatitis-B-Virus, soweit er auf eine akute Infektion hinweist, namentlich gemeldet. In einigen Bundesländern bestehen darüber hinausgehende Meldepflichten, z. B. auch für HBV-Träger(innen) (Carrier).

Bei Einhaltung der im Haushalt allgemein üblichen Hygiene ist das Infektionsrisiko für andere gering. **Besonders aufmerksam müssen jedoch intravenös Drogen Gebrauchende sein, da in ihrem häuslichen Umfeld mit Blut verschmutzte Gegenstände sicherlich eine viel größere Rolle spielen als in einem „normalen“ Haushalt.**

- ▶ **HBV-Träger(innen)** können Gemeinschaftseinrichtungen besuchen bzw. dort ihrer Tätigkeit nachgehen. Personen, die in einem Haushalt mit Menschen mit Hepatitis B leben, sie pflegen oder betreuen (auch in der Schule), sowie Partner(innen) sollten sich – sofern kein Impfschutz besteht – möglichst impfen (passive und aktive Immunisierung!) lassen und den Impferfolg kontrollieren lassen.
- ▶ **Im Gesundheitswesen tätige chronisch mit Hepatitis B infizierte Personen** sollten die üblichen Hygieneregeln beachten, um Patient(inn)en nicht zu gefährden. Es scheint aber nicht gerechtfertigt, Hepatitis-B-positives Personal grundsätzlich von der Patientenversorgung auszuschließen, da die Ansteckungsgefahr bei Einhaltung der Hygieneregeln gering ist.

Sinnvoll ist – sowohl zum Schutz des Personals als auch zum Schutz der Patient(inn)en – die aktive Impfung gegen Hepatitis B für im Gesundheitswesen Tätige.



157

4. Sozialrechtliche Informationen für von Hepatitis bedrohte und betroffene Drogengebraucher(innen) ³

Mit einschneidenden Veränderungen im Zuge der Gesundheitsreform (Gesundheitsmodernisierungsgesetz, Januar 2004) und den Neuerungen im Rahmen der Gesetze zur Belebung des Arbeitsmarktes (HARTZ IV, Januar 2005) ergeben sich für Drogen gebrauchende und chronisch kranke Menschen eine Reihe von Veränderungen, Unklarheiten und Fragen, die in der Beratung und Betreuung thematisiert und beantwortet werden müssen (sollten).

Die Praxis der vergangenen Monate hat gezeigt, dass der Information von Drogen gebrauchenden und chronisch kranken Menschen in der Drogenberatung und Aids-hilfe-Arbeit ein hoher Stellenwert zukommt.

Die Komplexität dieser gesetzlichen Neuregelungen macht eine detaillierte und umfassende Vorstellung in diesem Handbuch unmöglich. Dennoch werden nachfolgend einige der wesentlichen Veränderungen in den Bereichen Gesundheit und Sozialrecht beschrieben.

Seit dem 1. Januar 2004 ist die Gesundheitsreform in Kraft. Die Veränderungen sollten dazu beitragen, die Versicherungsbeiträge zu senken und die Ausgaben zu

³ Übernahme einiger Kapitel aus entsprechenden Medien der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Mit freundlicher Genehmigung.

begrenzen. Dazu gehört aber auch eine größere finanzielle Beteiligung der Patientinnen und Patienten. Durch veränderte Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen werden Patientinnen und Patienten stärker als bisher an den Gesundheitskosten beteiligt. Insbesondere für chronisch kranke Menschen mit Hepatitis oder HIV/Aids und opiatabhängige Menschen in einer Substitutionsbehandlung ergeben sich vielfältige Veränderungen.

4.1 Zugang zur Hepatitis-C-Behandlung und Kostenübernahme

Grundsätzlich müssen alle Krankenkassen oder das Sozialamt die Kosten der zugelassenen Therapien übernehmen – unabhängig davon, ob der/die Patient(in) Drogengebraucher(in) ist oder nicht. Allerdings ist dazu eine ärztliche Indikationsstellung erforderlich, das heißt, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin eine Therapie befürworten muss.

Und hier kann für Drogengebraucher(innen) eine Schwierigkeit liegen: Fortgesetzter Drogen- und Alkoholkonsum gilt als Kontraindikation (Gegenanzeige) für eine Hepatitis-C-Behandlung – nicht nur wegen der dadurch verursachten Leberschädigung, sondern auch aufgrund der negativen Auswirkungen auf die Belastbarkeit, Disziplin und Zuverlässigkeit der Patient(inn)en im Rahmen der Therapie sowie ihre Fähigkeit, mit dem Arzt/der Ärztin zusammenzuarbeiten (Compliance).

Eine Therapie der Hepatitis-C-Infektion erfordert engmaschige Kontrolluntersuchungen und eine regelmäßige Einnahme der Medikamente. Die Nebenwirkungen der Behandlung können zudem Entzugssymptomen ähneln. Und nicht zuletzt kann das Risiko einer erneuten Infektion mit Hepatitis nach einer erfolgreichen Therapie bei fortgesetztem Drogenkonsum sehr hoch sein.

Was tun in der Beratung?

Für aktuell Drogen gebrauchende Menschen stellt eine **Substitutionsbehandlung** die Basis für eine spätere Behandlung der Hepatitis C dar.

- Vermittlung der Adresse eines/einer erfahrenen Suchtmediziners/-medizinerin, der/die Substitutionsbehandlungen durchführt
- Vorgespräch mit dem Arzt/der Ärztin führen, um ihm/ihr wichtige Informationen zum Klienten/zur Klientin mitzuteilen, die eine Aufnahme in die Substitutionsbehandlung unterstützen.

► Aktuelle Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung

Nach den „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (BUB-Richtlinien)⁴ ist eine unbefristete Substitution prinzipiell für jeden möglich, der mindestens 18 Jahre alt und seit mindestens zwei Jahren opiatabhängig ist.

⁴ in der vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 28. Oktober 2002 verabschiedeten Fassung, die am 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist; entscheidend ist hier der Punkt 2 „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ der Anlage A „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (im Internet z. B. unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=35215>)



Für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder noch keine zwei Jahre opiatabhängig sind, ist eine zeitlich begrenzte Substitution bis zum Übergang in eine drogenfreie Therapie möglich.

Die Substitution soll Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes mit dem Endziel der Betäubungsmittelabstinenz sein, doch umfasst dieses Konzept auch die Sicherung des Überlebens sowie die gesundheitliche und soziale Stabilisierung.

4.2 Neuregelung der Zuzahlung für medizinische Leistungen

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müssen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen Zuzahlungen leisten.

Versicherte müssen maximal zwei (2 %) Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen aufbringen, dann können sie von der Zuzahlungspflicht befreit werden. Für Chroniker(innen) gilt hier die Ein-Prozent-Regelung.

- Bei der Berechnung der individuellen Belastungsgrenze wird das Familienbruttoeinkommen zugrunde gelegt, d. h., entscheidend ist, wie viele Personen zu einem gemeinsamen Haushalt gehören und von dem Einkommen leben müssen. Für Familienangehörige kann ein Freibetrag geltend gemacht werden, der das Familienbruttoeinkommen – und damit die Belastungsgrenze – reduziert. Der Kinderfreibetrag zum Beispiel liegt im Jahr 2005 bei 3.648 Euro je Kind, der Freibetrag für den mitversicherten Ehepartner liegt bei 4.347 Euro.

Sobald Versicherte mit ihren Zuzahlungen innerhalb eines Kalenderjahres die Belastungsgrenze erreicht haben, können sie bei ihrer Krankenkasse eine Befreiungsbescheinigung beantragen. Diese befreit sie dann von allen weiteren Zuzahlungen im laufenden Jahr.

Art der Zuzahlungen

... beim Arztbesuch

Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt/bei der Ärztin. Beim Zahnarzt/bei der Zahnärztin wird eine separate Praxisgebühr fällig. Wer zu einem/einer anderen Arzt/Ärztin überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt.

... bei verschreibungspflichtigen Arznei- und Verbandmitteln

Zuzahlung von 10 Prozent des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Mittel. Die Zuzahlung ist in jedem Fall begrenzt auf die tatsächlichen Kosten des jeweiligen Mittels.

... im Krankenhaus

Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.



... für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet. Die Ausnahme bilden Arzneimittel, die zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen zum Therapiestandard gehören. Dabei fällt eine Zuzahlung von 10 Prozent des Preises an – mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel, aber nicht mehr als die Kosten des Medikaments.

... Fahrtkosten

Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen. (Mehrere Versuche, Kosten für Fahrten zur täglichen Substitutionsbehandlung erstattet zu bekommen, scheiterten.) Auch für die Hepatitis-C-Behandlung mit Interferonen werden derzeit keine Fahrtkosten bezahlt.

Befreiung von der Zuzahlung wegen chronischer Erkrankung

Für chronisch kranke Menschen (z. B. Hepatitis C, HIV/Aids, Opiatabhängigkeit) stellen Zuzahlungen eine nicht zumutbare finanzielle Belastung dar. Daher besteht die Möglichkeit, sich durch die Krankenkasse aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Krankheit (§62 SGB V) von der Zuzahlung befreien zu lassen.

In der „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses ist definiert, wer als schwerwiegend chronisch krank gilt: Eine schwerwiegende chronische Erkrankung liegt dann vor, wenn der/die Versicherte

- **seit einem Jahr** wenigstens **einmal im Quartal wegen derselben Krankheit** in ärztlicher Behandlung ist **und**
- ohne eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder medizinische Behandlung) nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist
- **oder** eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 wegen dieser Erkrankung vorliegt
- **oder** ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % wegen derselben Erkrankung vorliegt.

Der Arzt/die Ärztin entscheidet, ob eine chronische Erkrankung im Sinne des § 62 SGB V vorliegt. Eine chronische Hepatitis-C-Infektion ist eine „schwerwiegende chronische Erkrankung“, wenn die o. g. Kriterien zutreffen.

- ▶ **Für chronisch opiatabhängige Menschen**, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, zeigt sich – hinsichtlich der Anerkennung als „Chroniker“ – kein einheitliches Bild. Hier gilt es, im Zusammenspiel von Arzt/Ärztin, Klient(in) und Berater(in) einen entsprechenden Antrag zu formulieren, der deutlich macht, dass ohne eine Substitution „eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität“ zu erwarten ist.

Ein entsprechender Antrag muss unter Beifügung der ärztlichen Bescheinigungen (Dauerbehandlung und Prognose) bei der zuständigen Krankenkasse vorgelegt werden. Liegen die vorgenannten Unterlagen vollständig vor, so muss die Krankenkasse



den „Chronikerstatus“ umgehend feststellen. Ein Ermessensspielraum besteht für die Kasse in diesen Fällen nicht.

Die Höhe der Zuzahlungen darf dann nur 1 % des Bruttojahreseinkommens des/der Versicherten ausmachen. Von allen weiteren Kosten für Rezepte, Krankenhausaufenthalte und Praxisgebühren wird der Patient/die Patientin von der Krankenkasse befreit.

Hierzu muss ein Antrag bei der zuständigen Krankenkasse gestellt, Belege über die bereits geleisteten Zahlungen müssen eingereicht werden. Die Rückerstattung zu viel gezahlter Beträge wird unterschiedlich gehandhabt.

- **Tipp:** Es besteht die Möglichkeit, zum Beginn des Kalenderjahres einen Staffe-lungsantrag bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. Bei Bewilligung wird der Zuzahlungsbetrag in Höhe von 1% des Jahreseinkommens auf 12 Monate verteilt. Dies hat den Vorteil, dass nicht zu Beginn des Jahres, wenn viele Re-chungen eingehen, auch noch hohe Zuzahlungen geleistet werden müssen.



4.2.1 Musterschreiben für einen Antrag auf Stückelung der Zuzahlung

* * * * *

Stückelung der Zuzahlung bis zu meiner persönlichen Belastungsgrenze im Jahr 200...

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin ein schwerwiegend chronisch krankes Mitglied. Die entsprechende Bescheinigung liegt Ihnen aus diesem Jahr bereits vor. Als solches habe ich im Jahr 1% meiner Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlung zu den in Anspruch genommenen Leistungen zu zahlen.

Da ich nur über sehr geringe Einkünfte verfüge, trifft mich diese Zuzahlung am Jahresanfang mit besonderer Härte. Daher stelle ich hiermit den Antrag, dass Sie den von mir zu zahlenden Jahresbetrag für die Zuzahlung in 12 gleiche Teile aufteilen und diesen monatlich von mir einfordern (alternativ: von meinem Konto Nummer beim Bankinstitut, BLZ: abbuchen).

Dies wird bei anderen Krankenkassen bereits so gehandhabt. Bitte erteilen Sie mir im Ablehnungsfall einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Anlage

Einkommensnachweise

* * * * *



Beratung im Kontext der Neuregelungen der HARTZ-Gesetze

Tiefgreifende Veränderungen durch die HARTZ-Gesetze mit dem vorläufigen Endpunkt der Zusammenführung von **Arbeitslosenhilfe** und **Sozialhilfe** zum **Arbeitslosengeld II**, der Kürzung der Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes und der Verschärfung der Zumutbarkeitsregelungen (HARTZ IV) stellen Berater(innen) von Drogen gebrauchenden und chronisch kranken Menschen vor neue Herausforderungen.

Nachfolgend wollen wir einige Teilbereiche dieser Veränderungen vorstellen, die für die Beratung und Betreuung von besonderer Relevanz sind.

Schwerbehinderung

Nach dem neunten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX, „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“⁵) erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Erbracht werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Grad der Behinderung

Als behindert gelten Menschen nach § 1 Abs. 1 SGB IX, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Maßstab für die Auswirkungen dieser Beeinträchtigung ist der in Zehnerschritten von 20 bis 100 gestufte Grad der Behinderung (GdB), der vom zuständigen Versorgungsamt unter Hinzuziehung medizinischer Unterlagen über Laborwerte und andere Untersuchungsergebnisse der Patient(inn)en festgestellt wird:

- **Schwerbehinderte** sind Personen mit einem GdB von *mindestens 50*, die ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz in Deutschland haben.
 - **Behinderte** sind Personen mit einem GdB von *weniger als 50*. Bei dieser Einstufung erhält der/die Betroffene vom Versorgungsamt nur einen Bescheid und keinen Ausweis.
 - **Gleichgestellte** sind Personen mit einem GdB von *weniger als 50, aber mindestens 30*, die auf Antrag beim Arbeitsamt einem/einer Schwerbehinderten gleichgestellt wurden. Oft können Betroffene wegen ihrer Behinderung ohne diese Gleichstellung einen Arbeitsplatz nicht bekommen oder behalten (Schwerbehinderte genießen u. a. besonderen Kündigungsschutz).
- **Zu beachten ist, dass der Grad der Behinderung nicht mit dem Grad der Erwerbsminderung im Sinne des Rentenrechts identisch ist, da die Schwerbehinderung nichts über die Fähigkeit zur Ausübung eines Berufs aussagt.**



163

5 im Internet z. B. unter http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/SGB09/sgb09xinhalt.htm

Grad der Behinderung bei Hepatitis und Leberzirrhose (Orientierungswerte)

Chronische Hepatitis	GdB
ohne (klinisch-)entzündliche Aktivität	20
mit geringer (klinisch-)entzündlicher Aktivität	30
mit mäßiger (klinisch-)entzündlicher Aktivität	40
mit stärker (klinisch-)entzündlicher Aktivität, je nach Funktionsstörung	50-70
Lediglich Virusreplikation („gesunder Virusträger“)	10
(Bei Hepatitis-C-Virus nur nach histologischem Ausschluss einer Hepatitis)	

Leberzirrhose	GdB
kompensiert inaktiv	30
kompensiert gering aktiv	40
kompensiert stärker aktiv	50
dekompensiert (Aszites, portale Stauung, hepatische Enzephalopathie)	60-100

Schritt für Schritt: der Weg zum Schwerbehindertenausweis

1. Antrag beim zuständigen Versorgungsamt (ärztliche Befundberichte und Berichte von Krankenhausaufenthalten – wenn vorhanden – beifügen).
2. Nach Eingang aller Unterlagen beim Versorgungsamt wird die Akte dem ärztlichen Dienst zugeleitet, der den Grad der Behinderung (GdB) feststellt.
3. Überprüfung durch den zuständigen Abschnitt des Versorgungsamtes.
4. Bescheid an den Patienten/die Patientin. Beträgt der Grad der Behinderung mindestens 50, stellt das Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis aus. In Verbindung mit dem Ausweis können dann die entsprechenden Nachteilsausgleiche geltend gemacht werden, z. B. Vergünstigungen bei öffentlichen Einrichtungen usw.
5. Gegen den Bescheid kann Widerspruch eingelegt werden.
6. Der Widerspruch wird durch einen anderen Arzt/eine andere Ärztin vom Versorgungsamt geprüft.
7. Kommt er/sie zu keinem anderen Ergebnis, ist eine Klage vor dem Verwaltungsgericht möglich.

- **Nachteile des Schwerbehindertenausweises** Ein Schwerbehindertenausweis kann Nachteile mit sich bringen, z. B. beim Wechsel des Arbeitsplatzes oder bei der Arbeitssuche. Ein Schwerbehindertenausweis sollte daher erst dann beantragt werden, wenn klar ist, dass in absehbarer Zeit kein neuer Arbeitsplatz angestrebt wird.
- Eine Schwerbehinderung muss im Bewerbungsverfahren angegeben werden, wenn sie sich in absehbarer Zeit auf die angestrebte Tätigkeit auswirken kann.
 - Fragt der Arbeitgeber, und sei es auch nur in einem Bewerbungsfragebogen, muss hierauf wahrheitsgemäß geantwortet werden.
 - Wird die Behinderung verschwiegen, kann dies später zur Anfechtung des Arbeitsvertrages wegen arglistiger Täuschung führen, was weitere Nachteile bei der Arbeitslosenversicherung (z. B. Sperrzeiten) mit sich bringen kann.
 - Schwerbehinderte sind allerdings nicht verpflichtet, einem Arbeitgeber den Grund der Schwerbehinderung anzugeben oder ihm den Schwerbehindertenausweis zur Kenntnis zu geben.



Sozialmedizinische Beurteilung chronischer Lebererkrankungen

Bei der Feststellung des Grades der Behinderung handelt es sich um eine „offizielle“ medizinische Beurteilung, welche vom medizinischen Dienst des örtlichen Gesundheitsamtes, vom Amtsarzt/von der Amtsärztin der jeweiligen Arbeitsagentur oder vom Vertrauensarzt/von der Vertrauensärztin des Rentenversicherungsträgers oder der Krankenversicherung durchgeführt wird – je nach Situation des oder der Betroffenen. Eine solche Beurteilung liegt auch Entscheidungen über die Bewilligung oder Ablehnung von Rehabilitationsmaßnahmen, Erwerbsminderungsrenten, Grundsicherung (siehe Erwerbsunfähigkeit und Sozialhilfe), Anerkennung von Mehrbedarf u. A. zugrunde, die von den entsprechenden Behörden gefällt werden.

- Generell **eingeschränkt** ist das Leistungsvermögen bei aggressiver chronischer Virushepatitis und fortschreitender Leberzirrhose jeglicher Herkunft.
- Generell **nicht eingeschränkt** ist das Leistungsvermögen bei „ruhender“ chronischer Hepatitis, unspezifischer chronischer Hepatitis, Leberverfettung, Fettleber 1. und 2. Stadium.
- Stadienabhängig **eingeschränkt** ist das Leistungsvermögen bei chronischer, nicht eitriger destruierender Cholangitis (einer Entzündung der Gallenwege) und primärer biliärer Zirrhose (einer von den Gallengängen ausgehenden Leberzirrhose).

Die Leistungsfähigkeit von Menschen mit einer chronischen Lebererkrankung lässt sich nur schwer objektiv messen. Grundlage für die Beurteilung ist eine genaue Diagnose mit der Bewertung der aktuellen Leberfunktion. Bedingt durch zumeist langjährig schwierige Lebens- und Konsumbedingungen leiden viele (ehemals) Drogen gebrauchende Betroffene unter weiteren Erkrankungen, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Sorgfältig abzuwägen ist auch, inwieweit die berufliche Tätigkeit den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst oder ob der Krankheitszustand die Leistungsfähigkeit mindert.

Sozialhilfe

Mit dem 1.1. 2005 wurden das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und das Gesetz über die bedarfsorientierte soziale Grundsicherung (GSiG) abgeschafft. Beide Bereiche sind seither im neuen SGB XII geregelt. Der grundsätzlichen Struktur nach ergeben sich im Unterschied zum BSHG und dem GSiG keine wesentlichen Änderungen zur früheren Rechtslage. Die Zuständigkeit liegt nach wie vor beim kommunalen Träger, d. h. den Gemeinden und Städten bzw. den überörtlichen Sozialhilfeträgern.

Sozialhilfe und Krankheit

Sozialhilfebezieher(innen) sind inzwischen Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, für sie gelten daher die gleichen Regelungen wie für andere Versicherte.

- ▶ **Besondere Regeln sieht das Asylbewerberleistungsgesetz vor; die Erstattung von Kosten im Rahmen der Gesundheitsfürsorge ist hier auf das Allernotwendigste beschränkt. Behandelt werden lediglich akute Erkrankungen und Schmerzzustände, nicht jedoch chronische Erkrankungen wie z. B. eine chronische Hepatitis.**



Mehrbedarf

Liegt der Regelsatz unter dem Bedarf und wird er den besonderen Bedürfnissen nicht gerecht, besteht ein Anspruch auf Mehrbedarfszuschläge, die gesetzlich klar definiert sind. Bei Menschen mit chronischer Hepatitis oder HIV/Aids etwa kann dieser ein erhöhter Bedarf an kostenaufwändiger Ernährung sein. Die Sozialämter handhaben dies aber höchst unterschiedlich. So kann man z. B. bei nicht ausreichendem Körpergewicht bei chronischer Hepatitis oder bei Appetitmangel/Gewichtsverlust infolge einer Interferonbehandlung „Aufbaukost“ beantragen; hier kann man mit etwa 25 € Mehrbedarfzuschlag rechnen. Das Antragsverfahren beinhaltet in den meisten Fällen einen Besuch beim Amtsarzt/bei der Amtsärztin.

Rehabilitationsmaßnahmen

Die Rentenversicherungsträger arbeiten nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Bei einer **chronischen Hepatitis** z. B. werden Umschulungen oder berufsfördernde Leistungen sowie medizinische Rehabilitationsmaßnahmen übernommen, seltener auch eine „Kur“. Informationen und Beratung bieten die regionalen Büros der Deutschen Rentenversicherung.

Rehabilitationsmaßnahmen werden bewilligt, wenn dadurch

- bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsunfähigkeit eine weitere Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann (§ 15 SGB VI),
- bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB VI),
- der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann (§ 10 SGB VI).

Oberstes Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen ist **nicht** die Verbesserung des Wohlbefindens des/der Kranken, sondern die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in die Arbeitswelt.

Berufsfördernde Leistungen/Umschulungen

Unter dem Stichwort „Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation“ gewähren die Rentenversicherungsträger z. B. Beihilfen für Arbeitgeber, um eine Weiterbeschäftigung im Betrieb zu ermöglichen (auf einer anderen Stelle oder in einem anderen Bereich) oder um einen behindertengerechten Arbeitsplatz einzurichten.

Wenn es für Versicherte erforderlich ist, finanziert der Rentenversicherungsträger auch eine Umschulung; dies gilt auch für Empfänger(innen) von Arbeitslosengeld.

Fahrtkosten, Lern- und Arbeitsmittel bei Umschulungen, Übergangsgeld (ersetzt den Arbeitsverdienst bzw. das Arbeitslosengeld), Sozialversicherungsbeiträge und unter Umständen sogar die Kosten für eine Haushaltshilfe zur Betreuung von Kindern werden für die Dauer der Maßnahme vom Rentenversicherungsträger übernommen.

Ziel all dieser Maßnahmen ist die Wiedereingliederung in ein geregeltes Arbeitsleben – ob jemand, der jahre- oder jahrzehntelang drogenabhängig war, dazu überhaupt in der Lage ist, muss individuell geklärt werden (anhand von medizinischen Unterlagen, Sozialberichten usw.).



Medizinische Rehabilitation/„Kur“

Die Erfahrung zeigt, dass einem Antrag von Patient(inn)en mit **chronischer Hepatitis** auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation nicht unbedingt entsprochen wird, und zwar auch dann nicht, wenn sich infolge der Behandlung mit Interferon und Ribavirin Nebenwirkungen wie z. B. Depressionen einstellen.

Erwerbsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrente

Das Einkommen von Arbeiter(inne)n und Angestellten wird bis zu einer bestimmten Höhe mit Sozialversicherungsabgaben belastet (Arbeitslosen-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung). Können Versicherte infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung (z. B. Hepatitis) eine Erwerbstätigkeit nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang ausüben, zahlt der Versicherungsträger eine Erwerbsminderungsrente, und zwar unabhängig vom Lebensalter.

Die Erwerbsminderungsrente wird in der Regel als Zeitrente geleistet, das heißt für längstens drei Jahre; diese Befristung kann bis zu drei Mal wiederholt werden. Wenn nicht abzusehen ist, dass die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann, wird die Rente unbefristet gewährt. Nach einer Gesamtdauer der Befristungen von neun Jahren ist davon auszugehen, dass die Erwerbsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden kann.

Zum Stichtag 1. Januar 2001 sind die Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt worden. Ist bereits vor diesem Datum ein Anspruch auf Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente entstanden, werden diese auch weiterhin nach dem bis zum 31.12.2000 geltenden Recht gezahlt. Sind befristete Renten aus der Zeit vor dem 31.12.2000 neu zu beantragen, erfolgt die Beurteilung weiterhin nach dem alten Recht der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente.

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Versicherte haben Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn

- sie nach Feststellung der Rentenversicherung teilweise erwerbsgemindert sind **und**
- in den letzten fünf Jahren⁶ vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtversicherung bestanden hat **und**
- vor Eintritt der Erwerbsminderung die Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) erfüllt ist.

Ist eine Beschäftigung im Umfang von mehr als drei, aber weniger als sechs Stunden täglich möglich, liegt **eine** teilweise Erwerbsminderung vor.

- ▶ **Beispiel:** Kann z. B. ein querschnittsgelähmter Maurer nicht mehr in seinem Beruf arbeiten, aber vier Stunden täglich in einer Pfortnerloge sitzen, bekommt er lediglich eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung. Kann dem Versicherten jedoch kein entsprechender Teilarbeitsplatz angeboten werden, wird Rente wegen voller Erwerbsminderung gezahlt. Dabei wird für jeden Monat, in dem die Rente vor dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters in Anspruch genommen wird, ein Abschlag von 0,3 % erhoben (höchstens aber 10,8%).

⁶ Dabei muss man aber weder die fünf noch die drei Jahre an einem Stück zurückgelegt haben: Erforderlich sind 60 bzw. 36 Monate, wobei ein Monat bereits dann gezählt wird, wenn in ihm nur an einem einzigen Tag Beiträge entrichtet wurden.



Bei einem Leistungsvermögen von über sechs Arbeitsstunden täglich liegt **keine** Erwerbsminderung im Sinne des Gesetzes vor.

Bei Versicherten, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind, muss sich die Beurteilung des „Restleistungsvermögens“ wie früher bei der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente an ihrer beruflichen Qualifikation orientieren statt an der zuletzt ausgeübten Tätigkeit.

Rente wegen voller Erwerbsminderung

Versicherte haben Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung, wenn

- sie nach Feststellung der Rentenversicherung voll erwerbsgemindert sind **und**
- in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtversicherung bestanden hat und
- vor Eintritt der Erwerbsminderung die Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von fünf Jahren erfüllt ist.

Voll erwerbsgemindert ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande ist, mindestens drei Stunden täglich in irgendeiner Beschäftigung erwerbstätig zu sein – die seiner Qualifikation und seinem bisherigen beruflichen Werdegang in keiner Weise entsprechen muss. Eine Rente wegen voller Erwerbsminderung wird wie eine Altersrente berechnet.

- ▶ **Tipps für die Beratung und Betreuung Drogen gebrauchender Menschen**
 - Viele Drogengebraucher(innen) können nicht über einen längeren Zeitraum einer Arbeit nachgehen, z. B. aufgrund gesundheitlicher Probleme oder von Inhaftierungen. Die Voraussetzungen für die Zahlung einer Erwerbsminderungsrente sind daher häufig nicht gegeben, und ist das doch der Fall, ist die Rente meist sehr niedrig. In diesem Fall können Wohngeld und/oder Grundsicherung (statt ergänzender Sozialhilfe) bei den örtlichen Sozialhilfeträgern beantragt werden.
 - Da in vielen Fällen das Krankengeld höher ist als die zu erwartende Erwerbsminderungsrente, stellen viele Betroffene erst dann einen Rentenanspruch, wenn die Krankenkasse „nicht mehr mitspielt“. Die Bearbeitung eines Rentenanspruches kann aber bis zu einem Jahr dauern, da alle Zeiträume überprüft werden müssen, für die kein Beitrag bezahlt wurde. Das ist bei Drogengebraucher(inne)n meistens besonders schwierig – der häufige Wechsel von Arbeitsstellen oder Wohnorten, Entzugstherapien usw. führen zu ungeklärten Versicherungszeiten. Es empfiehlt sich daher, schon frühzeitig beim Rentenversicherungsträger einen Antrag auf „Kontenklärung“ zu stellen. Wird dann zu einem späteren Zeitpunkt die Rente beantragt, kann diese schneller und einfacher bewilligt werden.

Erwerbsminderungsrente und Bezug von Arbeitslosengeld

Die Arbeitsagentur trägt neben der monatlichen Zahlung von Arbeitslosengeld alle Sozialversicherungsbeiträge, auch die der gesetzlichen Rentenversicherung. Daher gelten für Arbeitslosengeldempfänger(innen) dieselben Anwartschaftsbedingungen für das Antragsverfahren der Erwerbsminderungsrente wie für Arbeitnehmer(innen) in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis.

Während der Wartezeit bis zur Bewilligung und Zahlung einer Erwerbsminderungsrente zahlt die Arbeitsagentur normal weiter; diese Leistungen müssen aber bei der später fälligen Rentennachzahlung zurückerstattet werden. Sobald und solange eine Erwerbsminderungsrente gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld.



Erwerbsunfähigkeit und Sozialhilfe/Soziale Grundsicherung

Viele Betroffene beziehen schon seit vielen Jahren Sozialhilfe und haben keinen Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente.

Die Grundsicherung für Menschen ab 65 Jahren und bei Erwerbsunfähigkeit, die bisher in einem eigenen Gesetz geregelt war, ist seit dem 1.1.2005 im SGB XII integriert.

Die bisherige Zweiteilung innerhalb des BSHG in „Hilfe zum Lebensunterhalt“ und „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ wurde aufgehoben.

Leistungen nach diesem Gesetz können Menschen ab dem 65. Lebensjahr sowie dauerhaft voll Erwerbsunfähige ab 18 Jahren erhalten (hier ist eine amtsärztliche Bescheinigung erforderlich).

Anspruch auf Grundsicherung haben Personen, die – unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage – aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und bei denen es unwahrscheinlich ist, dass die volle Erwerbsminderung behoben werden kann.

Die Leistungen richten sich grundsätzlich nach der Leistungshöhe des Sozialhilfrechts, allerdings mit der Besonderheit, dass sich der Regelsatz um 15 Prozent erhöht. Zusätzlich kann ein Mehrbedarf von 20 Prozent geltend gemacht werden, wenn zu den übrigen Voraussetzungen bei der Schwerbehinderung noch das Merkzeichen „G“ (gehbehindert) hinzukommt.

Getragen werden auch die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung sowie Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge entsprechend dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

Ungeklärt ist allerdings noch das Vorgehen, wenn ein erhöhter Mehrbedarf wegen besonders kostenaufwändiger Ernährung oder wegen sonstiger Gründe besteht, die gesetzlich nicht geregelt sind.

In sehr vielen Fällen wird neben der Grundsicherung auch noch Sozialhilfe bezogen, da die Berechnung nicht alle sozialhilferechtlichen Bedarfe im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt abdeckt. Auch können nach wie vor Leistungen für besondere Lebenslagen beim Sozialamt beantragt werden. Im Einzelfall sollte genau ausgerechnet werden, ob Leistungen nach dem SGB XII höher oder niedriger ausfallen würden als die Sozialhilfeleistungen.

Die Leistungen nach dem GSiG sind jedoch vorrangig vor Leistungen des Sozialamts zu beantragen. Der dann gegebenenfalls noch bestehende Fehlbetrag zum sozialhilferechtlichen Bedarf ist durch das Sozialamt zu decken.

Modellrechnungen

Vorteile der Grundsicherung sind in jedem Fall darin zu sehen, dass der Bewilligungszeitraum ein Jahr beträgt. Außerdem können Verwandte nur dann zu Unterhaltsleistungen herangezogen werden (die Regelungen in Bezug auf Ehegatten, Lebenspartner(innen) und Partner(innen), mit denen man einen gemeinsamen Hausstand hat, entsprechen denjenigen für die Sozialhilfe), wenn ihr Jahreseinkommen 100 000 € übersteigt. Eigenes Einkommen (z. B. eine geringe Erwerbsminderungsrente) sowie das Einkommen des/der im gleichen Haushalt lebenden Ehe- oder Lebenspartners/-partnerin ist, wie bei der Sozialhilfe, zu berücksichtigen.



Nach den gesetzlichen Vorschriften sind die Träger der Rentenversicherung verpflichtet, über Fragen des SGB XII Grundsicherungsgesetzes zu informieren.

Modellrechnung für eine allein stehende Person:

(gilt nicht für Heimbewohnerinnen/Heimbewohner)

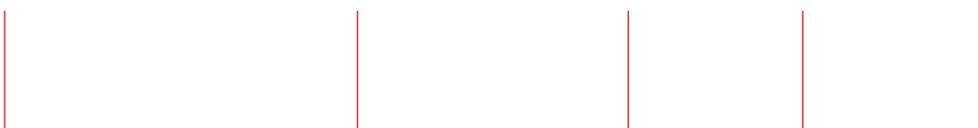
Regelsatz für Haushaltsvorstand	293,00 €
Zuschlag von 15 % unter anderem für einmaligen Bedarf	+ 43,95 €
Unterkunftskosten	+ 250,00 €
Heizkosten	+ 50,00 €
Bedarf	+ 636,95 €
abzüglich Rente	- 200,00 €
ergibt einen Grundsicherungsbedarf von	436,95 €

Modellrechnung für ein Ehepaar/eine eheähnliche Gemeinschaft:

BEDARF	1. PARTNER	2. PARTNER
Regelsatz Haushaltsvorstand bzw. Haushaltsangehörige	293,00 €	234,00 €
Zuschlag von 15 % des Regelsatzes Haushaltsvorstand zur Abdeckung u. a. des einmaligen Bedarfs	+ 43,95 €	+ 43,95 €
Unterkunftskosten (für jeden anteilig)	+ 150,00 €	+ 150,00 €
Heizkosten (für jeden anteilig)	+ 33,00 €	+ 33,00 €
BEDARF	519,95 €	460,95 €
abzüglich Rente	- 600,00 €	- 300,00 €
ergibt einen Überschuss von	80,05 €	
ergibt einen ungedeckten Bedarf von		160,95 €
abzüglich des Überschusses beim Partner		- 80,05 €
ergibt einen Grundsicherungsanspruch von		80,90 €

Weblinks:

- www.die-gesundheitsreform.de
- www.bundesregierung.de/Artikel/-413.916661/dokument.htm
- www.tacheles-sozialhilfe.de/



V ANHANG

1. Checklisten

A Setting: Niedrigschwellige Kontaktarbeit (Kontaktladen, mobiler/stationärer Konsumraum, Streetwork)¹

Das Setting „niedrigschwellige Kontaktarbeit“ (Kontaktladen, Konsumraum, Streetwork etc.) ist gekennzeichnet durch kurze, einmalige, in der Regel aber mehrmalige Kontakte, (Kurzberatungen, Informationsweitergabe, Versorgungsleistung, z.B. Spritzenvergabe). Die Mitarbeiter(innen) unterschiedlicher Professionen und z.T. Disziplinen leisten auf unterschiedlichen Ebenen Hilfe: Vergabe von Safer-Use/Safer-Sex Materialien (Spritzen, Löffel, Filter, Wasser, Staubänder, Kondome, Gleitmittel); Informationen (Broschüren, Flyer, Info-cards), Bereitstellung von hygienischen Konsumbedingungen, Zurverfügungstellung eines Aufenthaltsraums (Wärmestube etc.) mit unterschiedlichen Angeboten der materiellen Versorgung (Essen, Getränke etc.), Aufklärungsveranstaltungen (themenbezogen, peer-involvement) mit unterschiedlichen Medien (Kurse, Broschüren, Videos, Internet). Das Ziel aller Maßnahmen ist der (Erst-)Kontakt, Versorgung, gesundheitliche Stabilisierung und Vermittlung in weitergehende Hilfeangebote.

Die Infektionsprophylaxe hat im niedrigschwelligen Setting einen hohen Stellenwert. Die Beratung und Vermittlung von chronisch Hepatitis-C-Infizierten spielt ebenso eine große Rolle. Klienten und Mitarbeiter sind jedoch häufig unzureichend informiert, sie schätzen die Bedeutung der HCV-Infektion falsch ein und betrachten HCV als ‚Anhängsel‘ der HIV/AIDS-Prävention. Häufig sind es nicht nur Wissenslücken, sondern auch Verhaltensunsicherheiten: Mitarbeiter wissen nicht, ob und wie sie diese Problematik ansprechen sollen, bzw. wie sie auf Aussagen von Klienten wie „ich habe eine Hepatitis C“ reagieren sollen.

Die Leitfragen in diesem Setting sind: Welche Prioritäten sollten in niedrigschwelligen Projekten gesetzt werden? Welche grundlegenden Bedingungen bzgl. Informationsvermittlung, Wissensverbesserung, Stärkung der Blutaufmerksamkeit, arbeitsplatzspezifische Risikoanalyse und Informationen, Fortbildung der Mitarbeiter(innen) müssen in diesen Einrichtungen erfüllt sein? Welche Methoden des Wissenstransfer sind unter den häufig erschwerten Rahmenbedingungen eines niedrigschwelligen Settings möglich und erfolgreich?

¹ Material wurde verwendet aus den Protokollen W2 Setting: Niedrigschwellige Kontaktarbeit, von Kerstin Dettmer, Felix von Ploetz und Joachim Krause. In: akzept/Deutsche AIDS-Hilfe, LaBAS (Hrsg.): 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin, 2004, S. 93ff.

1. Prävention für Klient(inn)en

HCV-Aufklärung/Beratung

Alle Klient(inn)en ja nein im Einzelfall

Bestimmte Zielgruppen? Welche?.....

In bestimmten Hilfebereichen. In welchen?.....

In allgemeinen Aufklärungsveranstaltungen? ja nein

Wann?

In individuellen Beratungsgesprächen? ja nein

Wann?

In Gruppenangeboten? ja nein

Wann?

In ärztlicher Sprechstunde? ja nein

Wie oft angeboten?

Mit konkretem Bezug zur individuellen Lebenssituation? ja nein

Wie?

In welcher Intensität? Mit welcher Frequenz?

Themen:

Safer Use – Informationen oder Training ja nein keine, weil.....

.....

Safer Sex – Informationen oder Training ja nein geplant

Verhalten nach Exposition (Nadelstichverletzungen u. a.) ja nein geplant

Wann?

Wie (verwendete Medien, Curriculum etc.)?

Wie können Rückfragen beantwortet werden?

Hintergrundmaterialien verteilt bzw. zugänglich gemacht? ja nein

Welche?.....

Hintergrundmaterialien mehrsprachig? ja nein

In welchen Sprachen

Interaktives Lernen (z.B. online, Computer, Video) ja nein

Auffrischung der Aufklärung zu weiteren Zeitpunkten (Nachhaltigkeit)? ja nein

geplant Rhythmus: Termin:

HCV-Betroffenengruppe eingerichtet? ja nein

geplant Rhythmus:

Einzel- oder Paarberatung zu weiterführender Diagnostik und Behandlung? ja nein

Durch wen? (Arzt/Ärztin, andere Personen?)

Online-Beratung (per Email) ja nein

2. HCV –Prophylaxe

a) Vergabe von sterilen Einwegspritzen und Kanülen? ja nein

keine, weil.....

Wenn ja, verschiedene Größen? ja nein

keine, weil.....

Anleitungen für sichere Entsorgung gegeben? ja nein

b) Vergabe von Spritzutensilien? ja nein

keine, weil.....

Löffel (stéricup) ja nein

keine, weil.....

Filter ja nein

keine, weil.....

Staubband ja nein

keine, weil.....

Alkoholtupfer ja nein

keine, weil.....

Trockentupfer ja nein

keine, weil.....

Na-Cl-Lösung ja nein

keine, weil.....

Feuerzeug ja nein

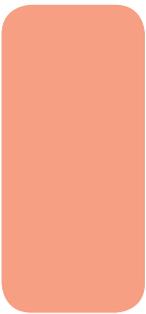
keine, weil.....

Sonstiges.....

c) Hygiene-Aufklärung (Händewaschen)?

Mitgabe Seife? ja nein

Zugang zu Desinfektionsmitteln in der Einrichtung?



Vergabe von Desinfektionsmitteln ja nein
 keine, weil.....

Wenn ja, welche?.....

Wo?

Wann?

Anleitungen für sicheren Umgang gegeben? ja nein

d) Nass-Rasiergeräte verfügbar? ja nein

Wo?

e) Zahnbürsten verfügbar? ja nein

Wo?

f) Nagelscheren verfügbar? ja nein

Wo?

g) Kondome verfügbar? ja nein

Wo?

h) Gleitmittel verfügbar? ja nein

Wo?

i) Wundabdeckungen (Pflaster, Verbandsmaterial) verfügbar?

Zugang (a-i) jeweils ausreichend? ja nein

Verbesserung wie?.....

3. Prävention und Prophylaxe für Mitarbeiter(innen)

a) HCV-Aufklärung/Beratung

Arbeitsplatzbezogene Information/Beratung zu Infektionsrisiken erfolgt? ja nein
 geplant (Wann?) regelmäßig?

Schulung über Verhalten bei Nadelstichverletzungen? ja nein
 geplant (Wann?)

Auffrischung in regelmäßigen Abständen? ja nein
 geplant (Wann? Welcher Rhythmus?)

Durch Betriebsarzt/-ärztin? ja nein
 geplant (Termin)

Durch externe Einrichtungen ja nein
 geplant (Termin)



Welche?.....
 Wie?
 Wie werden Rückfragen d. Mitarbeiter(innen) beantwortet?.....
 Hintergrundmaterialien verteilt?.....
 Welche?.....
 Verbesserung.....

b) Impfung

Impfangebot Hepatitis A + B unterbreitet? ja nein
 geplant (Termin)

Impfung durch wen (z.B. Betriebsarzt/-ärztin)? ja nein
 geplant (Termin)

Finanzierung von Hepatitisimpfungen wie?.....

Impfkampagne ja nein
 geplant gestartet?

c) HIV Postexpositionsprophylaxe (PEP) Angebot vorhanden/schnell verfügbar?

ja nein

d) Kooperation mit Berufsgenossenschaft

(arbeitsmedizinische/sicherheitstechnische Betreuung) ja nein

4. Hygiene in der Einrichtung

a) Arbeitsplatz-/Einrichtungsspezifische Risikoanalyse erfolgt? ja nein

geplant

Schutzmaßnahmen getroffen? ja nein

geplant Welche?

z.B. Aufklärung, Schutzmaßnahmen zur Händehygiene? ja nein

b) Desinfektionsmittel verfügbar? ja nein

Welche?

Unterweisung über effektiven Einsatz erfolgt? ja nein

geplant

c) Hygienepläne vorhanden? ja nein

Für welche Bereiche?.....



Hygienebegehungen durch das Gesundheitsamt und Aktualisierung juristischer Vorgaben als Rahmen für internen Umgang mit TBC, STIs u.a. Erkrankungen. ja nein

Verfügen Sanitärbereiche, Küche und Teambüros über Hand/Flächendesinfektionsmöglichkeiten? ja nein nicht nötig (weil Rücksprache mit örtl. GA)

Händedesinfektion im Arztzimmer und Labor (Sterilium und Meliseptol) ja nein

Unterrichtung der Mitarbeiter(innen) über Verhalten bei medizinischen Tätigkeiten (Wundversorgung, Verbandwechsel, Einreibungen) ja nein

Steht ein Notfallset zur Verfügung? ja nein

Wo (z.B. Arzt-/Wartezimmer/Konsumraum)?

5. Test/Diagnose

Klient(inn)en

Vorbefunde vorhanden? (Testergebnisse, Versorgung, Aufklärung, Behandlung) ja nein

Hilfen bei der Feststellung des HCV-Status? ja nein

Hepatitis Serologie angeboten? ja nein auf Nachfrage

im Einzelfall (Wer?)

HCV-Testmöglichkeit vorhanden ja nein

Wenn Blutabnahme in der Einrichtung: Sicherheitsbestimmungen für Bluttransport eingehalten (schriftlich fixiert?) ja nein

Medizinische Befunde einholen schriftl. (per fax) mündlich (telef.)

Zustimmung der Patient(inn)en wie eingeholt? schriftlich mündlich

Vertraulichkeit gewährleistet? ja nein

Verbesserungsbedarf?

Test-Vorbesprechung ja nein geplant

Wie?

Durch wen?

Test-Nachbesprechung ja nein geplant

Wie?

Durch wen?

Bei negativem Ergebnis welche Hinweise/Materialien?

Bei positivem Ergebnis welche Maßnahmen?

- Weitervermittlung an ärztl. Praxis; Schwerpunktpraxis? ja nein
- Information über weiterführende Hilfen?.....
- Unterstützung durch Externe?
- Unterstützung bei Beratungs-/Betreuungsende? ja nein
- Wie?.....
- Welche Konsequenzen ergeben sich aus einem positiven Befund innerhalb der Beratung/Betreuung?
.....
- Welche Schulung/Trainings zur Test-Vor- und Nachbesprechung sind besucht worden?
.....
- Mitarbeiter(innen):

6. Datenschutz

- Schweigepflichtentbindung über Informationsaustausch zwischen Arzt, Klient und Berater/Betreuer, andere Institutionen, externe Ärzte ja nein schriftlich
- Wer wird informiert?
- Mitarbeiter(innen)? ja nein nicht nötig
- Möglichkeit einer anonymen HCV-Testung bzw. Hepatitis-Impfung? ja nein
 nicht nötig

7. Beratung, Betreuung und Behandlung von Klient(inn)en mit HCV

a) Impfangebot

- Impfstatus geprüft? ja nein
- Impfangebote unterbreitet? ja nein
- Impfung Hep A ja nein
- Impfung Hep B ja nein
- Wem? Allen einzelnen Zielgruppen Einzelpersonen
- Wer führt Impfung durch?.....
- Überwachung der Einhaltung der Impftermine durch wen?.....
- Verbesserung des Impfangebots wie?.....

b) Beratung

- Frei zugängliche Angebote zu vertraulicher HCV-Beratung für HCV-positive Klient(inn)en
- Innerhalb der Einrichtung ja nein
- Sonstige Beratungsstellen.....

Werden geschlechts-, migrations; alters- und bildungsspezifische Aspekte berücksichtigt?

ja nein

Werden externe Mitarbeiter (von Drogen-/AIDS-Hilfen, Gesundheitsämtern) in Prozessen Aufklärung, Entwicklung von Präventionsmaßnahmen, Unterstützung Betroffener einbezogen ?

ja nein geplant

Welche?.....

c) Behandlung

Informationen über alternative Medikamente/ Medikamentenkombinationen ja nein

Kooperation mit Außenpartnern (Schwerpunktpraxis/Praxis) organisiert?

ja nein geplant

Welche?

Beratung HCV-positiver Klienten über Behandlungsangebot/-modalitäten (z.B. Nebenwirkungen)?

ja nein

Durch wen?.....

Auf Anfrage oder routinemäßig?.....

Psycho-soziale Unterstützung organisiert? ja nein

Durch wen?.....

Betroffenengruppenangebot? (z.B. „Hepatitisgruppe“) ja nein

Treffen wie oft?

Bei Beendigung der Beratung/Betreuung sind folgende Maßnahmen mit Zustimmung des Patienten getroffen worden.....

Kontakt zum Hausarzt/Schwerpunktpraxis in der Stadt/Wohnregion des Klienten

ja nein

Unterstützung in den Bereichen Sozialhilfe, Arbeit/Schule, Recht? ja nein

B Setting: Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle, psycho-soziale Begleitung)²

Das Setting „ambulante Einrichtung“ (Beratungsstelle, psycho-soziale Betreuung) ist gekennzeichnet durch eine einmalige oder (in der Regel) mehrmalige/mehrmonatige Beratung und/oder Betreuung unter unterschiedlichen, zwischen dem/der professionellen Mitarbeiter(in) und Klient(in) vereinbarten Zielsetzungen. Drogenbezogene

² Material wurde verwendet aus den Protokollen zum Workshop „W3 Setting: Ambulante Einrichtung (Beratungsstelle, PSB)“ von Monika Brühahn und Katrin Schiffer auf dem 1. Internationalen Fachtag Hepatitis C. In: akzept/Deutsche AIDS-Hilfe/LaBAS (Hrsg.): 1. Internationaler Fachtag Hepatitis C Berlin, Dokumentation. Berlin 2004, S. 99 ff.



Ziele können sein: mehr Kontrolle, Abstinenz oder Substitution, allgemeine Beratungsgegenstände sind z. B. Ernährung, Lebensführung, Lebensunterhalt, Kind(er) usw. Während der Beratungszeit werden die Klient(inn)en entweder substituiert, oder/und sie konsumieren weiterhin Drogen, oder sie leben drogenabstinent. Die Räumlichkeiten können ebenfalls sehr unterschiedlich sein (z. B. klassische Beratungsstelle, Beratungssituation innerhalb einer anderen Einrichtung).

In vielen ambulanten Einrichtungen und Beratungsstellen wird Hepatitis C nur selten und eher zufällig thematisiert. Klient(inn)en und Mitarbeiter(innen) sind oft unzureichend informiert oder wissen nicht, ob und wie sie diese Problematik ansprechen bzw. ob und wie sie auf Klientenangaben reagieren sollen. Dennoch gibt es viele Möglichkeiten, dieses Thema auch im Setting „Beratung, psycho-soziale Begleitung“ zu reflektieren und seiner Bedeutung entsprechend zu behandeln.

Die Leitfragen in diesem Setting sind: Welchen Stellenwert hat die Hepatitis C innerhalb der ambulanten Beratung und Betreuung? Welchen Beitrag können Berater(innen) und Betreuer(innen) im Rahmen der ambulanten Arbeit leisten, um den Zugang zur medizinischen Behandlung zu erleichtern und Therapieerfolge zu sichern? Welche grundlegenden Bedingungen bezüglich der Informationsvermittlung, der Wissensverbesserung, der Stärkung der Blutaufmerksamkeit, der arbeitsplatzspezifischen Risikoanalyse und Informationen sowie der Fortbildung der Mitarbeiter(innen) müssen in einer ambulanten Einrichtung erfüllt sein?

1. Prävention für Klient(inn)en

HCV-Aufklärung/-Beratung

- Alle Klient(inn)en? ja nein im Einzelfall
- Bestimmte Zielgruppen? Welche?.....
- In allgemeinen Aufklärungsveranstaltungen? ja nein Wann?
- In individuellen Beratungsgesprächen? ja nein Wann?
- In ärztlicher Sprechstunde? ja nein Wie oft angeboten?.....
- Mit konkretem Bezug zur individuellen Lebenssituation?
- In welcher Intensität? Mit welcher Frequenz?
- Safer-Use-Informationen oder -Training? ja nein keine, weil.....
- Safer-Sex-Informationen oder -Training? ja nein geplant
- Verhalten nach Exposition (Nadelstichverletzungen u. a.)
- Wie (verwendete Medien, Curriculum usw.)?
- Wie können Rückfragen beantwortet werden?.....
- Hintergrundmaterialien verteilt bzw. zugänglich gemacht? ja nein
- Welche?.....

- Hintergrundmaterialien mehrsprachig? ja nein
- Interaktives Lernen (z.B. online, Computer, Video)? ja nein
- Auffrischung der Aufklärung zu weiteren Zeitpunkten (Nachhaltigkeit)? ja nein
 geplant Rhythmus:..... Termin:.....
- Gesundheits- bzw. HCV-Betroffenengruppe eingerichtet? ja nein
 geplant Rhythmus:.....
- Einzel- oder Paarberatung zu weiterführender Diagnostik und Behandlung? ja nein
- Durch wen (Arzt/Ärztin, andere Personen)?

2. HCV-Prophylaxe

- a) Vergabe von sterilen Einwegspritzen und Kanülen? ja nein
 keine, weil.....
- Wenn ja, verschiedene Größen? ja nein
 keine, weil.....
- Anleitungen für sichere Entsorgung gegeben? ja nein
- b) Vergabe von Spritzutensilien? ja nein
 keine, weil.....
- Löffel (stéricup) ja nein
 keine, weil.....
- Filter ja nein
 keine, weil.....
- Staubband ja nein
 keine, weil.....
- Alkoholtupfer ja nein
 keine, weil.....
- Trockentupfer ja nein
 keine, weil.....
- NaCl-Lösung ja nein
 keine, weil.....
- c) Hygiene-Aufklärung (Händewaschen)? ja nein
- Zugang zu Desinfektionsmitteln in der Einrichtung? ja nein

Vergabe von Desinfektionsmitteln? ja nein
 keine, weil.....

Wenn ja, welche?.....

Wo?.....

Wann?

Anleitungen für sicheren Umgang gegeben? ja nein

d) Nass-Rasiergeräte verfügbar? ja nein
 Wo?.....

e) Zahnbürsten leicht verfügbar? ja nein
 Wo?.....

f) Nagelscheren verfügbar? ja nein
 Wo?.....

g) Kondome verfügbar? ja nein
 Wo?.....

h) Gleitmittel verfügbar? ja nein
 Wo?.....

i) Wundabdeckungen (Pflaster, Verbandsmaterial) verfügbar? ja nein
 Wo?.....

Zugang (a-i) jeweils ausreichend? ja nein
 Verbesserung wie?.....



3. Prävention und Prophylaxe für Mitarbeiter(innen)

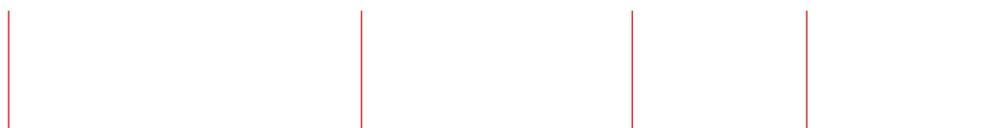
a) HCV-Aufklärung/-Beratung

Arbeitsplatzbezogene Information/Beratung zu Infektionsrisiken erfolgt? ja nein
 geplant (wann?) regelmäßig?

Schulung über Verhalten bei Nadelstichverletzungen? ja nein
 geplant (wann?)

Auffrischung in regelmäßigen Abständen? ja nein
 geplant (wann? welcher Rhythmus?)

Durch Betriebsarzt/-ärztin? ja nein
 geplant (Termin?)



Durch externe Einrichtungen ja nein
 geplant (Termin?)

Welche?.....

Wie?.....

Wie werden Rückfragen der Mitarbeiter(innen) beantwortet?.....

Hintergrundmaterialien verteilt?.....

Welche?.....

Verbesserung.....

b) Impfung

Impfangebot Hepatitis A + B unterbreitet? ja nein
 geplant (Termin?)

Impfung durch wen (z. B. Betriebsarzt/-ärztin)? ja nein
 geplant (Termin?)

Finanzierung von Hepatitisimpfungen wie?.....

c) HIV Postexpositionsprophylaxe-Angebot (PEP)

vorhanden/schnell verfügbar? ja nein

d) Kooperation mit Berufsgenossenschaft

(arbeitsmedizinische/sicherheitstechnische Betreuung) ja nein

4. Hygiene in der Einrichtung

a) Arbeitsplatz-/einrichtungsspezifische Risikoanalyse erfolgt? ja nein
 geplant

Schutzmaßnahmen getroffen? ja nein geplant
 Welche?.....

z. B. Aufklärung, Schutzmaßnahmen zur Händehygiene? ja nein

b) Desinfektionsmittel verfügbar? ja nein
 Welche?.....

Unterweisung über effektiven Einsatz erfolgt? ja nein geplant

c) Hygienepläne vorhanden? ja nein
 Für welche Bereiche?.....

Hygienebegehungen durch das Gesundheitsamt und Aktualisierung juristischer Vorgaben als
 Rahmen für internen Umgang mit TBC, STIs u. a. Erkrankungen? ja nein



Verfügen Sanitärbereiche, Küche und Teambüros über Hand-/Flächendesinfektionsmöglichkeiten?

ja nein nicht nötig (weil Rücksprache mit örtl. GA)

Händedesinfektion im Arztzimmer und Labor (Sterilium und Meliseptol)? ja nein

Unterrichtung der Mitarbeiter(innen) über Verhalten bei medizinischen Tätigkeiten (Wundversorgung, Verbandwechsel, Einreibungen, ...)? ja nein

Steht ein Notfallset zur Verfügung? ja nein

Wo (z. B. Arzt-/Wartezimmer)?

5. Test/Diagnose

Vorbefunde vorhanden? (Testergebnisse, Versorgung,

Aufklärung, Behandlung)? ja nein

Hepatitis Serologie angeboten? ja nein auf Nachfrage
 im Einzelfall Wer?

HCV-Testmöglichkeit vorhanden? ja nein

Medizinische Befunde eingeholt? schriftl. (per Fax) mündlich (telef.)

Zustimmung der Patient(inn)en wie eingeholt? mündlich schriftlich

Vertraulichkeit gewährleistet? ja nein

Verbesserungsbedarf?.....

Test-Vorbesprechung? ja nein geplant

Wie?

Durch wen?

Test-Nachbesprechung ja nein geplant

Wie?

Durch wen?

Bei negativem Ergebnis welche Hinweise/Materialien?

Bei positivem Ergebnis welche Maßnahmen?.....

Weitervermittlung an ärztl. Praxis/Schwerpunktpraxis? ja nein

Information über weiterführende Hilfen?.....

Unterstützung durch Externe?

Unterstützung bei Beratungs-/Betreuungsende? ja nein

Wie?

Welche Konsequenzen ergeben sich aus einem positiven Befund innerhalb der Beratung/Betreuung?



.....
Welche Schulungen/Trainings zur Test-Vor- und -Nachbesprechung sind besucht worden?
.....
.....

6. Datenschutz

Schweigepflichtentbindung über Informationsaustausch zwischen Arzt/Ärztin, Klient(in) und Berater(in) bzw. Betreuer(in), anderen Institutionen, externen Ärzt(inn)en

ja nein schriftlich?

7. Beratung, Betreuung und Behandlung von Klient(inn)en mit HCV

a) Impfangebot

Impfstatus geprüft? ja nein

Impfangebote unterbreitet? ja nein

Impfung Hep. A? ja nein

Impfung Hep. B? ja nein

Wem angeboten? allen einzelnen Zielgruppen Einzelpersonen

Wer führt Impfung durch?.....

Überwachung der Einhaltung der Impftermine durch wen?.....

Verbesserung des Impfangebots wie?.....

b) Beratung

Frei zugängliche Angebote zu vertraulicher HCV-Beratung für HCV-positive Klient(inn)en?

Innerhalb der Einrichtung ja nein

Sonstige Beratungsstellen.....

Werden geschlechts-, migrations-, alters- und bildungsspezifische Aspekte

berücksichtigt? ja nein

Werden externe Mitarbeiter(innen) (von Drogen-/Aidshilfen, Gesundheitsämtern) in die Prozesse

Aufklärung, Entwicklung von Präventionsmaßnahmen, Unterstützung Betroffener einbezogen ?

ja nein geplant

Welche?.....

c) Behandlung

Informationen über alternative Medikamente/Medikamentenkombinationen

(z. B. Hep-C Naturheilverfahren)? ja nein



Kooperation mit Außenpartnern (Schwerpunktpraxis/Praxis) organisiert?

ja nein geplant

Welche?.....

Beratung HCV-positiver Klient(inn)en über Behandlungsangebot/-modalitäten

(z. B. Nebenwirkungen)? ja nein

Durch wen?.....

Auf Anfrage oder routinemäßig?.....

Psycho-soziale Unterstützung organisiert? ja nein

Durch wen?.....

Betroffenengruppenangebot (z. B. „Hepatitisgruppe“)? ja nein

Treffen wie oft?

Bei Beendigung der Beratung/Betreuung sind folgende Maßnahmen mit Zustimmung des

Patienten/der Patientin getroffen worden:

Kontakt zum Hausarzt/zur Hausärztin/zur Schwerpunktpraxis in der Stadt/Wohnregion des Klienten/
der Klientin? ja nein

Unterstützung in den Bereichen Sozialhilfe, Arbeit/Schule, Recht? ja nein



C Setting: Stationäre Langzeittherapie/Wohneinrichtung

Das Setting „Stationäre Langzeittherapie“ oder „Wohneinrichtung“ ist gekennzeichnet durch einen mehrmonatigen Aufenthalt der Klient(inn)en (zwischen sechs und zehn Monaten, in angeschlossenen Wohneinrichtungen auch länger). In der stationären Therapie und den meisten Wohnprojekten leben die Klient(inn)en drogenabstinent und werden psychotherapeutisch und psycho-sozial für ein zukünftig abstinentes und selbstverantwortliches Leben unterstützt. Die Klient(inn)en leben während dieser Zeit in Form von Wohngemeinschaften, in denen sie den Alltag selbst organisieren und gestalten (Mahlzeiten kochen, Wäsche waschen, Zimmer und Wohnung reinigen, die Freizeit gestalten einschließlich Partnerbesuche). Gleichzeitig werden sie medizinisch und z. T. auch psychologisch beraten, behandelt und die körperliche Leistungsfähigkeit wird gefördert.

Die Klient(inn)en haben oft eine jahrzehntelange Drogengeschichte und sind häufig mehrfach belastet (HIV, HCV, HBV, STIs), haben Phasen in der Prostitution und/oder Obdachlosigkeit, Gefängnisaufenthalte und anderes mehr hinter sich. Die Mehrzahl der Klient(inn)en ist bereits auf eine Hepatitisinfektion untersucht worden, doch liegen Befunde häufig nicht vor.



Folgende Fragen stellen sich:

- Zeitpunkt der Erstdiagnose nicht bekannt
- Zeitpunkt und Umstände der Infizierung nicht bekannt
- Chronische Verläufe nicht diagnostiziert
- kaum Kennzeichnung der „Mehrfach-Infektion“ mit verschiedenen Hepatitis-Viren
- veraltete Diagnosen
- veraltete Testmethoden
- unvollständige Diagnosenberichte
- Diagnosen wie z. B. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) oder Posttraumatisches Belastungssyndrom (PTBS)
- Testende/r oder behandelnde/r Ärztin/Arzt nicht bekannt
- keine Information über vergangene Aufklärung/Behandlung
- aktuelle Untersuchungsbefunde nicht bekannt oder nicht rechtzeitig bekommen

Häufig findet sich in dieser Phase eine intensive Auseinandersetzung mit bestimmten Infektionserkrankungen und möglichen Folgen einer chronischen Hepatitis. Dies gilt es aufzugreifen und zu unterstützen. Insbesondere Fragen zu möglichen Infektionswegen und Schutzmöglichkeiten sowie Behandlung bestehender Erkrankungen sollten thematisiert werden.

1. Prävention für Klient(inn)en

HCV-Aufklärung/Beratung

a) alle Klient(inn)en ja nein im Einzelfall

b) bestimmte Zielgruppen? ja nein im Einzelfall

Welche?

in Aufklärungsveranstaltungen? ja nein Wann?.....

in ärztlicher Sprechstunde?..... Wie oft angeboten?.....

beim hausärztlichen Termin /ärztl. Sprechstunde ja nein

Wie (verwendete Medien, Curriculum usw.)?

.....

Wie können Rückfragen beantwortet werden?

Hintergrundmaterialien verteilt bzw. zugänglich gemacht? ja nein

Welche?.....

Mehrsprachig? ja nein

Interaktives Lernen (z. B. Computer, Video) ja nein

Auffrischung der Aufklärung zu weiteren Zeitpunkten ja nein geplant

Rhythmus: Termin:

Gesundheits- bzw. HCV-Betroffenengruppe eingerichtet? ja nein
 geplant Rhythmus:

Einzel- oder Paarberatung zu weiterführender Diagnostik
 Behandlung und Prävention ja nein
 Durch wen? (Arzt/Ärztin, andere Personen?)

Safer Use/Safer Sex – Informationen/Training ja nein geplant
 Safer-Use-/Safer-Sex-Infos für Entlassung
 oder Therapieabbruch ja nein geplant

2. HCV-Prophylaxe

a) Vergabe von Desinfektionsmitteln ja nein
 Welche?.....
 Wo?..... Wann?

Anleitungen für sicheren Umgang gegeben? ja nein
 b) Nass-Rasiergeräte verfügbar ja nein
 Wo?.....

c) Zahnbürsten verfügbar ja nein
 Wo?.....

d) Nagelscheren verfügbar ja nein
 Wo?.....

e) Kondome verfügbar ja nein
 Wo?.....

f) Gleitmittel verfügbar ja nein
 Wo?.....

Zugang (a-f) jeweils ausreichend? ja nein
 Verbesserung wie?.....

g) Schulungen zur Bedeutung der Prophylaxe (z. B. Förderung einer
 Blutaufmerksamkeit) und Anwendung von Kondomen ja nein
 Ausgabe von sterilen Einwegspritzen/-Kanülen
 und Konsumutensilien ja nein nicht umsetzbar

h) Impfangebot
 Impfstatus geprüft? ja nein



- Impfangebote unterbreitet? ja nein
- Impfung Hep A ja nein
- Impfung Hep B ja nein
- Wem? allen einzelnen Zielgruppen Einzelpersonen
- Wer führt Impfung durch?.....
- Überwachung der Einhaltung der Impftermine durch wen?.....
- Verbesserung des Impfangebots wie?.....

3. Prävention für Mitarbeiter(innen)

- a) HCV-Aufklärung/Beratung der Mitarbeiter(innen) erfolgt? ja nein geplant
- Wenn geplant, wann?
- Schulung über Verhalten bei Nadelstichverletzungen? ja nein geplant
- Wenn geplant, wann?
- Auffrischung in regelmäßigen Abständen? ja nein geplant
- Wenn geplant, wann? Welcher Rhythmus?
- Durch Betriebsärztin/-arzt? ja nein geplant
- Wenn geplant, Termin
- Durch externe Einrichtungen? ja nein geplant
- Wenn geplant, Termin
- Welche?.....
- Wie?.....
- Wie werden Rückfragen der Mitarbeiter(innen) beantwortet?.....
- Hintergrundmaterialien verteilt?.....
- Welche?.....
- Verbesserung.....
- b) Impfung
- Impfangebot Hepatitis A und B unterbreitet? ja nein geplant
- Wenn geplant, wann?
- Förderung von Hepatitisimpfungen ja nein
- Durch wen (z. B. Betriebsärztin/-ärztin)?
- c) Schulung über Einhaltung von Hygienemaßnahmen (Benutzung von Handschuhen bei der UK-Abnahme, Erster Hilfe) ja nein



- d) HIV-Postexpositionsprophylaxe(PEP)-Angebot
 vorhanden/schnell verfügbar? ja nein
- e) Kooperation mit Berufsgenossenschaft
 (arbeitsmedizinische/sicherheitstechnische Betreuung) ja nein

4. Hygiene in der Einrichtung

- a) Gummihandschuhe verfügbar? ja nein geplant
 Wo?
- b) Desinfektionsmittel verfügbar? ja nein
 Wo? Welche
- Unterweisung über effektiven Einsatz erfolgt? ja nein geplant
- c) Desinfektionspläne vorhanden? ja nein
 Für welche Bereiche?.....
- Blut-Übertragungswege in Desinfektionsplänen ausreichend berücksichtigt?
 ja nein
- Verbesserung a-c?.....
- Tätowierungsverbot? Was wird getan, wenn trotzdem Tätowierungen durchgeführt werden?

- Hygienebegehungen durch das Gesundheitsamt und Aktualisierung juristischer Vorgaben als
 Rahmen für internen Umgang mit TBC, STIs und anderen Erkrankungen? ja nein
- Belehrung für alle Klient(inn)en, die in der Küche arbeiten? ja nein
- Handschuhpflicht in den Arbeitsbereichen Küche/Reinigung? ja nein
- Verfügen Sanitärbereiche, Küche und Teambüros über
 Hand-/Flächendesinfektionsmöglichkeiten? ja nein nicht nötig*
 (* weil Rücksprache mit örtl. Gesundheitsamt)
- Händedesinfektion im Arztzimmer und Labor (Sterilium und Meliseptol) ja nein
 trifft nicht zu
- Nach der tägl. Putzkontrollabnahme durch Mitarbeiter(innen)
 Flächendesinfektion für Küche und Sanitärbereiche? ja nein nicht nötig*
 * weil.....
- Erhält jede Klientin/jeder Klient bei Einzug eine eigene
 Sprühflasche Desinfektionsmittel? ja nein nicht nötig*



* weil.....

Unterrichtung der Mitarbeiter(innen) über Verhalten bei medizinischen Tätigkeiten (Wundversorgung, Verbandwechsel, Einreibungen, Krampfversorgung mit Handschuhen) ja nein

Steht ein Notfallset zur Verfügung? ja nein

Wo? (z. B. Arztzimmer, Wohngruppe)

5. Test/Diagnose

Medizinische Eingangsuntersuchung ja nein

Vorbefunde vorhanden?
(Testergebnisse, Versorgung, Aufklärung, Behandlung) ja nein

Medizinische Befunde einholen schriftlich (per Fax) mündlich

Laboruntersuchungen in der Einrichtung Hausarzt/-ärztin

Hepatitis-Serologie angeboten bei Aufnahmeuntersuchung? ja nein

auf Nachfrage im Einzelfall Im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung

Später, wann?.....

Zustimmung der Patient(inn)en wie eingeholt? mündlich schriftlich

Vertraulichkeit gewährleistet? ja nein

Verbesserungsbedarf?.....

Test-Vorbesprechung ja nein geplant

Wie?

Durch wen?

Test-Nachbesprechung ja nein geplant

Wie?.....

Durch wen?

Bei negativem Ergebnis welche Hinweise/Materialien?

Bei positivem Ergebnis welche Maßnahmen?.....

Klärung des allgemeinen Gesundheitszustandes?.....

Kontrolle des Krankheitsverlaufs?.....

Information über weiterführende Hilfen?.....

Unterstützung durch Externe?.....

Wie?.....

Welche Konsequenzen ergeben sich aus einem positiven Befund innerhalb der Einrichtung?
.....



6. Datenschutz

Schweigepflichtentbindung über Informationsaustausch zwischen Arzt/Ärztin und Einrichtung soll eingeholt werden ja nein

7. Beratung, Betreuung und Behandlung von Klient(inn)en mit HCV

HCV-positiven Klient(inn)en wird frei zugängliche vertrauliche HCV-Beratung angeboten innerhalb der Einrichtung ja nein

in sonstigen Beratungsstellen.....

Werden geschlechts-, migrations-, alters- und bildungsspezifische Aspekte berücksichtigt? ja nein

Werden externe Mitarbeiter(innen) (von Drogen-/Aidshilfen, Gesundheitsämtern) in die Prozesse Aufklärung, Entwicklung von Präventionsmaßnahmen, Unterstützung Betroffener einbezogen?

ja nein

geplant (Welche?)

Informationen über alternative Medikamente/Medikamentenkombinationen?

ja nein

HCV-Behandlungsangebot vorhanden? ja nein geplant

Kooperation mit Außenpartnern (Schwerpunktpraxis/Praxis) organisiert ja nein

geplant (Welche?)

Beratung HCV-positiver Klient(inn)en über

Behandlungsangebot/-modalitäten (z. B. Nebenwirkungen)? ja nein

Durch wen?.....

Kontakt zu Hausarzt/-ärztin oder Schwerpunktpraxis in der Wohnregion des Klienten/der Klientin

ja nein

Unterstützung in den Bereichen Sozialhilfe, Arbeit/Schule, Recht? ja nein

Arbeitsangebote für HCVpositive Klient(inn)en eingeschränkt? ja nein

nicht nötig

Für welche Bereiche/Erkrankungen (z. B. akute HAV)?.....

Besondere Ernährung möglich? ja nein

nicht nötig (ausreichend)

Auf Anfrage oder routinemäßig?.....

Psycho-soziale Unterstützung organisiert? ja nein

Durch wen?.....

Betroffenengruppenangebot (z. B. „Hepatitisgruppe“)? ja nein Treffen*

* Wie oft?

8. Übergreifende allgemeine Gesundheitsförderungsstrategie der Einrichtung

Beschäftigungsangebote (auch als Stabilisierung im Sinne von Selbstwertsteigerung und -training)

ja nein nicht nötig/möglich

Gemeinwesenorientierung und Gemeinschaftsangebote (z. B. gegen Vereinsamung)

ja nein nicht nötig

Ergotherapie- und Entspannungsangebote im Haus als medizinisch stützende Ergänzungsbehandlungen

ja nein nicht nötig/möglich

Bewegungs-/Sportangebote

ja nein

9. Entlassung

Welche Maßnahmen sollten vor der Entlassung getroffen worden?

Wird Gesundheits-/Krankheits-Status noch mal reflektiert?

(z. B. bei der Abschlussuntersuchung!) ja nein

Empfehlung von Nachuntersuchungen (z.B. alle sechs Monate bei chronischer HCV, auch nach einer Interferontherapie)

ja nein

Besprechung des Impfstatus (Hinweis auf noch anstehende Vervollständigungsimpfung (z. B. in Abschlussuntersuchung)

ja nein

D Setting: Gefängnis

1. Standards

Für das Setting Gefängnis besitzt das Thema Hepatitis-Prävention/-Behandlung eine herausragende Bedeutung: Die Hepatitis-C-Prävalenz in Haftanstalten ist hoch, Risikoverhalten unter Inhaftierten weit verbreitet, die Infektionsgefahr für Bedienstete erhöht, Präventions- und Behandlungsmaßnahmen sind nicht flächendeckend.

Der Zugang zu bestimmten anerkannten und wirksamen Infektionsschutzangeboten bleibt Gefangenen verwehrt (z. B. steriles Spritzbesteck, sterile Tätowiernadeln, Desinfektionsmittel). Inhaftierung wurde in mehreren Studien als unabhängiger Risikofaktor für eine Hepatitis-Infektion festgestellt. Angesichts der Tatsache, dass eine große Zahl von Inhaftierten zwischen Haftaufenthalt und dem Leben in Freiheit pendelt und damit auch eine Carrierfunktion zwischen Risikogruppen und Allgemeinbevölkerung einnimmt, muss die Zeit der Inhaftierung für medizinische Untersuchungen, Diagnostik, Aufklärung/Prävention und Behandlung von Infektionskrankheiten genutzt werden.

Welche Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten gibt es in Haftanstalten?
Welche Standards müssen erfüllt sein, welche Voraussetzungen sind notwendig, um das Thema Hepatitis C angemessen in die alltägliche Arbeit integrieren zu können?
Wie kann eine Verzahnung der Angebote in der Haft mit denen in Freiheit erfolgen?

Die folgenden Standards richten sich an alle, die innerhalb und außerhalb von Haftanstalten mit Gesundheitsfragen und Gesundheitsförderung für Gefangene und Bedienstete beschäftigt sind. Die Standards sollen die Grundlagen bilden für den fachlich adäquaten Umgang mit HCV auf allen Ebenen (Prävention, Kontrolle, Behandlung, Unterstützung HCV-Infizierter). Die konkrete Umsetzung dieser Standards hängt von den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten ab. Diese Standards verstehen sich als Grundlage einer HCV-Strategie (mit eigener Planung und Überprüfung ihrer Umsetzung und Wirksamkeit), die für jede Haftanstalt zu entwickeln ist.

Viele der hier aufgeführten Maßnahmen sind bereits umgesetzt, doch oft nicht flächendeckend, nicht fachgerecht oder in Formen, die den Bedürfnissen der Zielgruppen nicht entsprechen.

Die hier aufgeführten Standards sollen helfen:

- die Bedürfnisse der Insassen in Bezug auf Prävention, Beratung, Betreuung und
- Behandlung in den Mittelpunkt zu rücken,
- die Koordination und Kontinuität der Betreuung und Behandlung von Menschen mit
- HCV zu verbessern,
- die Flexibilität bei HCV-spezifischen Angeboten einzufordern, die nötig ist, um den
- unterschiedlichen Gegebenheiten in den Haftanstalten Rechnung zu tragen, Angebote der Anstalt zu Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen.

Standards für HCV-Präventionsmaßnahmen für Inhaftierte

Gefangene sollten Zugang zu Präventionsangeboten und zu Informationen zum Umgang mit Hepatitis C haben, einschließlich einer Behandlung.

Die Ausgabe von sterilen Einwegspritzen/-kanülen und Konsumutensilien stellt aus fachlicher Sicht das Mittel der Wahl bei der Kontrolle von HCV außerhalb von Haftanstalten dar. Wo dies politisch nicht umsetzbar ist, sollten alternative HCV-Prophylaxe-Konzepte erarbeitet werden. Die Vergabe von Desinfektionsmittel ist ein Mittel zweiter Wahl, um HCV-Infektionsgefährdungen zu reduzieren.

Die kostenlose und vertrauliche Vergabe von Mitteln zur Desinfektion von Spritzen, Kanülen und Tätowiernadeln und Aufklärung über ihre wirksame Anwendung sollte in allen Haftanstalten möglich sein.

Eine in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlung sollte, wenn der/die Inhaftierte dies wünscht, in Haft fortgeführt werden. Im Dialog zwischen Arzt/Ärztin und Patient(in) sollte die Wahl des Substitutionsmittels und die Dosierung medizinischen Gründen folgen und nicht anstaltsspezifischen Gründen.

Wird eine Opioidabhängigkeit in der Aufnahmeuntersuchung diagnostiziert, sollte, wenn der/die Inhaftierte dies wünscht, eine Substitutionsbehandlung in Haft begonnen werden.

Auf Drogenfreiheit orientierte Hilfeangebote und Unterstützungskonzepte sollten in jeder Haftanstalt zugänglich und bestenfalls mit Hilfeangeboten in Freiheit verzahnt sein, um eine Kontinuität der Behandlung nach Haftentlassung zu gewährleisten.

Der Zugang zu Nass-Rasiergeräten, Zahnbürsten und Nagelscheren ausschließlich für den persönlichen Gebrauch sollte gegeben sein und gefördert werden.

Haftanstalten sollten für alle Inhaftierten frei zugängliche Angebote zu vertraulicher HCV-Beratung schaffen. Geschlechts-, migrations-, alters- und bildungsspezifische Aspekte sind dabei zu berücksichtigen.

Haftanstalten sollten sterile Nadeln und Desinfektionsmittel ausgeben, um HCV-Infektionen bei Tätowierungen und anderen Körperkunst-Techniken (z. B. Piercen) vermeiden zu helfen. Aufklärung über die effektive Anwendung ist mit der Ausgabe verbunden.

Haftanstalten sollten einen möglichst jederzeitigen, vertraulichen und anonymen Zugang zu Kondomen und Gleitmittel bereitstellen.

Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut) empfiehlt eine Hepatitis-B-Impfung u. a. für Drogenabhängige, Gefangene mit langen Haftstrafen, homosexuell aktive Männern, Prostituierte, Personen mit chronischer Lebererkrankung sowie HIV-Positive. Nach dieser Impfempfehlung müssen die meisten der Gefangenen geimpft werden. Sinnvoll ist eine Hepatitis-A- und -B-Impfung.

Die Hygienepläne der Anstalt (z. B. für Behandlungs-/Wartezimmer, Krankenstation, Küche, Friseure) sollten die Blut-Übertragungswege identifizieren und berücksichtigen.

Standards für HCV-Präventionsmaßnahmen für Bedienstete

Alle Bediensteten sollten über die relevanten Aspekte von Hepatitis C (Charakter der Krankheit, Infektionswege, Präventionsmaßnahmen und Verhalten bei Nadelstichverletzungen etc.) aufgeklärt werden. Der medizinische Dienst sowie Einrichtungen in den Kommunen bieten dafür die Grundlagen und stellen Hintergrundinformationen zur Verfügung.

Die STIKO (Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut) empfiehlt eine Hepatitis-B-Impfung u. a. für Gefängnispersonal.

Weitere Präventions- bzw. Hygienemaßnahmen für Bedienstete sind der Zugang zu

- Gummi-/Lederhandschuhen,
- Beatmungstüchern für den Notfall,
- Desinfektionsmitteln (und eine Unterweisung zum effektiven Einsatz),
- Spiegel zur ungefährlichen Haftraumkontrolle.

Standards für HCV-Tests

Mit allen Gefangenen sollte im Rahmen der Zugangsuntersuchung eine Risikoabschätzung zur Möglichkeit einer HCV-Infektion vorgenommen werden und auf dieser Basis eine Hepatitis-Serologie angeboten werden.

Jeder Test sollte mit einer Test-Vorbesprechung und einer Beratung nach dem Test verbunden werden.

Die Test-Vor/Nachbesprechung wird vom Anstaltsarzt/-ärztin vorgenommen. Bedienstete sollten zu HCV geschult werden um Fragen, die sich über die Testberatung hinaus ergeben, beantworten zu können.

Eine ausführliche Test-Vorbesprechung sollte jedem Test vorausgehen. Dies sollte in einer verständlichen und annehmbaren Form geschehen, die kultur- und bildungsspezifische Besonderheiten (z. B. in der Muttersprache, Berücksichtigung von Alphabetismus usw.) bei den Gefangenen berücksichtigt. Themen der Test-Vorbesprechung sind:

- Risikoabschätzung, Verbreitung von HCV in Haftanstalten und in verschiedenen Bevölkerungsschichten und, abhängig von Risikoindikatoren, die Möglichkeit eines positiven Test-Ergebnisses
- Charakter und Verlauf der Hepatitis C, HCV-Behandlung im Gefängnis
- Risikoreduktion (wie wird das Risiko verringert, sich selbst oder andere zu infizieren)
- Zugang zu Harm-Reduction-Angeboten in der Haftanstalt
- Test-Prozedur, einschließlich der Fragen, wann und wie die Testergebnisse vorliegen und übermittelt werden, der Verlässlichkeit des Tests und des „diagnostischen Fensters“
- Bedeutung eines positiven, negativen oder unbestimmten Testergebnisses
- Vertraulichkeit und Schutz der Privatsphäre im Gefängnis, einschließlich der Fragen, wer jetzt und in Zukunft Zugang zu den Testergebnissen hat
- Unterstützung in der Zeit des Wartens auf das Ergebnis und bei positivem Testergebnis
- Gesundheitsuntersuchung, wenn das Testergebnis positiv ist, um den Gesundheitszustand, die Eignung und den Zeitpunkt für eine Therapie festzulegen.

Test-Nachberatung gehört zu jeder Übermittlung eines positiven und auch negativen HCV-Testergebnisses. Bei einem negativen Testergebnis sollte auf Prävention und mögliche Folgen der Infektionen hingewiesen werden.

Wenn das Testergebnis positiv ausfällt, müssen folgende Themen besprochen werden:

- Bedeutung des positiven Testergebnisses
- Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, um zu bestimmen, ob der Insasse/die Insassin das Virus noch in sich trägt und eine chronische Infektion vorliegt
- unmittelbare Bedürfnisse und Unterstützungsmöglichkeiten
- Vermeidung von risikohaftem Verhalten, Aufklärung, Informationen über Re-Infektionen (Genotypen)
- Zugang zu Harm-Reduction-Angeboten im Gefängnis und bei Ausgang/Urlaub
- Risikoverhalten in Bezug auf andere und Umgang damit
- Was soll und kann wem erzählt werden (innerhalb der Anstalt und „draußen“)?
- Kontakt zu und Unterstützung von Partner(in), Familie und Freundeskreis?
- Verstehen und Bewältigen von Kummer, Angst, Verlust
- Verfügbarkeit von Behandlung im Gefängnis und ggf. außerhalb

- Strategien des Lebens mit HCV
- rechtliche Aspekte im Zusammenhang mit der Meldung der Infektion.

Bei dem/der Hepatitis-C-positiven Gefangenen sollte eine Klärung des allgemeinen Gesundheitszustandes, eine Kontrolle des Krankheitsverlaufs und eine Information über weiterführende Hilfen einschließlich Behandlung erfolgen.

Die Privatsphäre des/der Gefangenen sollte sowohl bei der Entscheidung für einen Test als auch bei der Übermittlung des Testresultats vertraulich behandelt werden. Informationen bezüglich Test und Testresultat müssen ausschließlich beim medizinischen Personal der Anstalt verbleiben.

Haftanstalten sollten sich an Infektions-Surveillance-Programmen beteiligen, um die HCV-Prävalenz/-Inzidenz und damit die Infektionsdynamik in Haft bearbeiten zu können.

Die Zugangsuntersuchung (in den ersten 48 Stunden) ist ein ungünstiger Zeitpunkt für die Durchführung eines Hepatitis-Tests bzw. das Einholen des Einverständnisses dazu, weil eine entsprechende Test-Vorbesprechung in dieser für die/den Gefangene/n sehr belastenden und ungewohnten Umgebung schlecht möglich ist.

Standards für HCV-Aufklärung und Beratung

Gefangene sollten HCV-Aufklärung beim Zugang in die Anstalt, während ihrer Haftstrafe und in entlassungsvorbereitenden Programmen haben. Alle Gefangenen sollten die Möglichkeit haben, diese Informationen mit qualifiziertem Personal in einer vertraulichen Umgebung zu diskutieren.

Präventionsmaterial sollte alters-, gender- und kultur- und bildungsspezifisch aufbereitet und in mehreren Sprachen verfügbar sein. Interaktive und andere Formen der Wissensvermittlung sollten ebenfalls verfügbar sein (Computer, Video).

Peer-Education-Programme („von gleich zu gleich“) und Interessen-/Betroffenengruppen sollten in jeder Anstalt eingerichtet werden. Die Peer-Multiplikator(inn)en sollten entsprechend geschult und unterstützt werden, damit sie ihr Wissen an ihre Zielgruppe weitergeben und Nachfragen beantworten können.

Externe Mitarbeiter(innen) (von Drogen-/Aidshilfen, Gesundheitsämtern) sollten in die Prozesse der Aufklärung, der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und der Unterstützung Betroffener einbezogen werden, um einerseits Standards einzubringen und andererseits nach Haftentlassung bereitzustehen.

Der Psychologische Dienst der Anstalt sollte über Unterstützung bei HCV-positiven Gefangenen informiert und darin ausgebildet sein.

Standards für die Betreuung und Behandlung von HCV-positiven Gefangenen

Gefangene sollten Zugang zu Beratung über Behandlungsoptionen, -modalitäten und -nebenwirkungen haben.

Eine HCV-Behandlung sollte in Haft angeboten werden (ggf. in enger Kooperation mit einer Schwerpunktpraxis und Beratungsstelle außerhalb). Eine Inhaftierung ist kein Grund für eine Nichtgewährung einer HCV-Therapie oder für eine Unterbrechung bzw. einen Abbruch.

Die Therapieempfehlungen für HCV-positive Menschen (siehe Kapitel I, 3) sind auch in Haft gültig und umzusetzen.

Die Entscheidung für die Aufnahme einer HCV-Behandlung beinhaltet die Verpflichtung zur notwendigen Unterstützung (für die Dauer der gesamten Therapie) und je nach Haftlänge zur Weiterführung nach Haftentlassung.

Haftanstalten sollten mit kommunalen Versorgungseinrichtungen und medizinischen Einrichtungen Kooperationen eingehen, um eine optimale Behandlung und Weiterführung der Therapie nach Haftentlassung zu gewährleisten.

Der Ausschluss HCV-positiver Gefangener von bestimmten Arbeitsbereichen (z. B. Küchenarbeit) ist nicht gerechtfertigt und trägt sowohl zur Verunsicherung von Mitgefangenen als auch zur Stigmatisierung davon Betroffener bei.

HCV-positive Gefangene sollten Möglichkeiten zusätzlicher und besonderer Ernährung erhalten. Dies sollte so diskret wie möglich organisiert werden, um eine Diskriminierung zu reduzieren und um keinen Neid bei den übrigen Gefangenen zu erzeugen.

2. Checkliste-Setting Gefängnis: Klient(inn)en, Mitarbeiter(innen), Einrichtung

2.1 HCV Prävention Inhaftierte

HCV-Aufklärung/Beratung

- a) **alle Häftlinge** ja nein im Einzelfall
- b) **bestimmte Zielgruppen?** Welche?..... ja nein
- im Einzelfall Durch wen?.....
- Wann? Termin:
- In Aufklärungsveranstaltungen? ja nein
- Wann?
- In ärztlicher Sprechstunde?..... Wie oft angeboten?.....
- Wie (verwendete Medien, Curriculum usw.)?.....
- Wie können Rückfragen beantwortet werden?.....
- Hintergrundmaterialien verteilt bzw. zugänglich gemacht? ja nein
- Welche?.....
- Mehrsprachig? ja nein
- Auffrischung der Aufklärung zu weiteren Zeitpunkten der Inhaftierung? ja nein
- geplant Rhythmus: Termin:
- c) **Vertraulichkeit** (im Rahmen von Beratung, Test) gewährleistet ja nein

Verbesserung (Abläufe?)

d) **Selbsthilfe-Programme, Peer-Education zu HCV?** ja nein geplant

Welche?

Unterstützung durch externe Organisationen gegeben? ja nein geplant

Welche?.....

e) **Kooperation mit Außenpartnern/externen Mitarbeiter(inne)n** ja nein

geplant Projekte:

Mitarbeiter(innen):

f) **Nach Haftentlassung Betreuung/Kontakt gewährleistet** ja nein

geplant Durch wen?.....

g) **Psychologischer Dienst über Aspekte von HCV informiert** (z.B. Bedeutung und Bewältigung eines positiven Testergebnisses)? ja nein geplant

HCV-Prophylaxe

a) **Vergabe von Desinfektionsmitteln**

Welche?..... ja nein

Wo?..... Wann?

Anleitungen für sicheren Umgang gegeben? ja nein

b) **Nass-Rasiergeräte verfügbar** ja nein

Wo?.....

c) **Zahnbürsten verfügbar** ja nein

Wo?.....

d) **Nagelscheren verfügbar** ja nein

Wo?.....

e) **Kondome verfügbar** ja nein

Wo?.....

f) **Gleitmittel verfügbar** ja nein

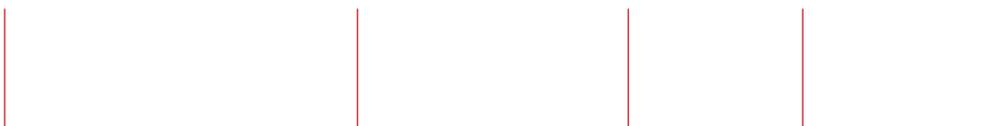
Wo?.....

Zugang (a-f) jeweils ausreichend? ja nein

Verbesserung wie?.....

g) **Impfangebot**

Impfangebote unterbreitet?.....



Impfung Hep A ja nein
 Impfung Hep B ja nein
 Wem?..... Wann?.....
 Verbesserung des Impfangebots?.....
h) Substitutionsbehandlung angeboten? ja nein
 Erhaltungsbehandlung ja nein
 Kontakte für Weitersubstitution nach Haftentlassung hergestellt? ja nein
 Behandlungsangebot begrenzt? ja nein
 Gründe.....
 Entzugsbehandlung ja nein
 Verbesserung Substitutionsbehandlung: Wie?.....
i) Vergabe steriler Einwegspritzen ja nein geplant/diskutiert

2.2 HCV-Prävention Bedienstete

a) HCV-Aufklärung/Beratung der Bediensteten erfolgt? ja nein geplant
 Wann?
 Schulung zum Verhalten bei Nadelstichverletzungen? ja nein
 geplant Wann?
 Auffrischung in regelmäßigen Abständen? ja nein
 geplant Wann? Welcher Rhythmus?
 Durch medizinischen Dienst der Anstalt ja nein
 geplant (Termin)
 Durch externe Einrichtungen ja nein
 geplant (Termin)
 Welche?.....
 Wie?.....
 Wie werden Rückfragen der Bediensteten beantwortet?.....
 Hintergrundmaterialien verteilt? ja nein
 Welche?.....
 Verbesserung.....



b) **Impfung**

Impfangebot Hepatitis A und B unterbreitet? ja nein geplant

(Termin)

c) **HIV Postexpositionsprophylaxe-Angebot (PEP) vorhanden/schnell verfügbar?**

ja nein

2.3 Hygiene

a) **Gummihandschuhe verfügbar?** ja nein geplant

b) **Beatmungstücher verfügbar?** ja nein geplant

c) **Desinfektionsmittel verfügbar?** ja nein geplant

Welche:

Unterweisung zum effektiven Einsatz erfolgt? ja nein geplant

Verbesserung a-c?

d) **Hygienepläne lt. Impfschutzgesetz vorhanden?** ja nein

Für welche Bereiche?

Behandlungszimmer Wartezimmer Krankenstation gesamt Küche

Friseur Arbeitsräume Sonstiges

Arbeitsplatzbedingungen lt. Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)/arbeitsmedizinischen Anforderungen erfüllt? ja nein

Blut-Übertragungswege in Desinfektionsplänen ausreichend berücksichtigt? ja nein

Spiegel zur Haftraumkontrolle vorhanden? ja nein geplant

2.4 HCV-Tests Inhaftierte

Hepatitis-Serologie angeboten? ja nein auf Nachfrage

im Einzelfall

Im Rahmen der Zugangsuntersuchung? ja nein

Später, wann?.....

Zustimmung der Patient(inn)en wie eingeholt? mündlich schriftlich

Vertraulichkeit gewährleistet? ja nein

Verbesserungsbedarf?.....

Test-Vorbesprechung ja nein geplant

Wie? Durch wen?

Test-Nachbesprechung ja nein geplant



Wie? Durch wen?

Bei negativem Ergebnis: Welche Hinweise/Materialien?

Bei positivem Ergebnis: Welche Maßnahmen/Materialien?.....

Klärung des allgemeinen Gesundheitszustandes? ja nein

Kontrolle des Krankheitsverlaufs? ja nein

Information über weiterführende Hilfen? ja nein

Unterstützung durch Externe? ja nein

Unterstützung bei Haftentlassung? ja nein

Wie?.....

Schulung des/der Bediensteten der medizinischen Abteilung für Test-Vor/Nachbesprechung?

ja nein geplant

Beteiligung der Anstalt an HCV-(Infektions)-Surveillance-Programmen

ja nein geplant

2.5 Betreuung und Behandlung von Inhaftierten mit HCV

HCV-Behandlungsangebot vorhanden ja nein geplant

Kooperation mit Außenpartnern (Schwerpunktpraxis/Praxis) organisiert?

ja nein geplant

Welche:.....

Beratung HCV-positiver Gefangener über Behandlungsangebot/-modalitäten

(z. B. Nebenwirkungen)? ja nein

Durch wen?.....

Auf Anfrage oder routinemäßig?.....

Psycho-soziale Unterstützung organisiert? ja nein

Durch wen?.....

Bei Haftentlassung sind folgende Maßnahmen mit Zustimmung des Patienten/der Patientin getroffen:

• Kontakt zu Hausarzt/-ärztin oder Schwerpunktpraxis in der

Wohnregion des/der Gefangenen ja nein

• Unterstützung in den Bereichen Sozialhilfe, Arbeit/Schule, Recht? ja nein

Arbeitsangebote für HCV-Positive eingeschränkt? ja nein

Für welche Bereiche?.....

Besondere Ernährung möglich? ja nein eingeschränkt

2. Quiz Hepatitis C

Hepatitis C kann übertragen werden...	ja	nein
beim Tätowieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch Niesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über Nahrungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch gemeinsam benutzte Zahnbürsten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Stillen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch gemeinsam benutzte Nadeln und Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch Wegwischen von Blut anderer Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei der Mund-zu-Mund-Beatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch Bluttransfusionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Händeschütteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Oralsex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über die gemeinsame Toilettenbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Piercen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch gemeinsam benutztes Essbesteck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
beim Vaginalsex während der Menstruation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über gemeinsame Benutzung von Filter, Löffel und Wasser beim Drogengebrauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über gemeinsam benutzte Ohrringe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über gemeinsames Zigarettenrauchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gemeinsam benutzte Rasierer und Nagelscheren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eignen sich folgende Vorkehrungen, um Hepatitis-C-Infektionen zu vermeiden?	ja	nein
Hepatitisimpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kondombenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vitamin -C- Einnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



ja nein

Spritzbesteck durchspülen

nur den eigenen Rasierer benutzen

Händewaschen

Nahrungsmittel mind. 15 Min. kochen/braten

Spritzutensilien nicht mit anderen teilen

Körperkontakt meiden

Tattoos und Piercings im Tattoo-Studio statt privat anfertigen lassen

Wunden mit Heilsalbe behandeln

Infektionsstatus des Konsumpartners abfragen

Rund um (die) Hepatitis C und ihre Behandlung

ja nein

Hepatitis C ist unheilbar

Jeder HCV Positive bekommt eine „Gelbsucht“

HCV kann sich „verkapseln“

Wer eine Hepatitis C hat, wird namentlich beim Gesundheitsamt gemeldet

Regelmäßiger Alkoholkonsum desinfiziert die Leber und vermindert dadurch die Viruslast

Nach einer erfolgreichen HCV-Behandlung kann man sich nicht erneut anstecken

HCV Positive dürfen nicht im Küchendienst (z.B. zur Essenszubereitung) eingesetzt werden

Hepatitis C hat den gleichen Krankheitsverlauf wie HIV/Aids

Menschen, die aktuell Drogen nehmen oder substituiert werden, erhalten keine HCV-Behandlung

2.1 Antworten

Hepatitis C kann übertragen werden...		Anmerkungen
beim Tätowieren	ja	Wenn nicht steril gearbeitet wird (z.B. privat oder in Haft angefertigte Tattoos). „Körperschmuck“ beim Profi machen lassen und z.B. im Urlaub nicht in der „letzten Hütte vorm Strand“... (siehe Kapitel II, 3)
durch Niesen	nein	(siehe Kapitel I, 1)
über Nahrungsmittel	nein	(siehe Kapitel I, 1)
durch gemeinsam benutzte Zahnbürsten	ja	Auf der Zahnbürste können sich Blutrückstände (z.B. vom Zahnfleischbluten) befinden. (siehe Kapitel II, 5)
beim Stillen	„jein“	HCV-Übertragung unwahrscheinlich. Vorsicht: bei hoher Viruslast! Nicht bei wunden oder blutenden Brustwarzen stillen! (siehe Kapitel I, 4)
durch gemeinsam benutzte Nadeln und Spritzen	ja	Bei Drogengebraucher/innen häufigster Übertragungsweg. (siehe Kapitel II, 2)
durch Wegwischen von Blut anderer Menschen	ja	Beim Wegwischen Handschuhe tragen! (siehe Kapitel II, 5)
bei der Mund-zu-Mund-Beatmung	nein	HCV-Übertragung äußerst unwahrscheinlich. Ausnahme: Verletzungen / blutende Wunden.
durch Bluttransfusionen	„jein“	Seit 1990 HCV-Übertragung unwahrscheinlich, geringes Restrisiko (siehe Kapitel I, 1)
beim Händeschütteln	nein	Jedoch Hygieneregeln beachten! Vor jedem „Druck“ die Hände waschen. (siehe Kapitel II, 5)
beim Oralsex	nein	HCV-Übertragung äußerst unwahrscheinlich. Risiken während der Menstruation und Wunden/Verletzungen. Um Restrisiko auszuschließen Kondome oder Dental Dams benutzen (siehe Kapitel II, 4)
über die gemeinsame Toilettenbenutzung	nein	(siehe Kapitel I, 1)
beim Piercen	ja	Wenn nicht steril gearbeitet wird (z.B. privat oder in Haft angefertigte Piercings). „Körperschmuck“ beim Profi machen lassen und z.B. im Urlaub nicht in der „letzten Hütte vorm Strand“ (siehe Kapitel II, 3)
durch gemeinsam benutztes Essbesteck	nein	(siehe Kapitel I, 1)
beim Vaginalsex während der Menstruation	ja	Die sexuelle Übertragungswahrscheinlichkeit ist insgesamt gering, erhöht sich jedoch während der Menstruation und beim Vorliegen weiterer sexuell übertragbaren Erkrankungen (siehe Kapitel II, 4)
über gemeinsame Benutzung von Filter, Löffel und Wasser beim Drogengebrauch	ja	Viren befinden sich auch auf allen Gegenständen, die zur Konsumvorbereitung eingesetzt werden und zuvor mit (auch geringen Mengen) Blut in Kontakt gekommen sind (siehe Kapitel II, 2)
über gemeinsam benutzte Ohringe	„jein“	HCV-Übertragung unwahrscheinlich; es sei denn, dass Ohrlöcher zuvor blutig waren. Um Restrisiko zu vermeiden, Ohringe säubern und desinfizieren. (siehe Kapitel II, 3)

über gemeinsames Zigarettenrauchen	nein	
gemeinsam benutzte Rasierer und Nagelscheren	ja	Auf den Gegenständen können sich Blutrückstände befinden. (siehe Kapitel II, 5)
Eignen sich folgende Vorkehrungen, um Hepatitis-C-Infektionen zu vermeiden?		Anmerkungen
Hepatitisimpfung	nein	Eine Impfung gegen Hepatitis C gibt es leider nicht. Hepatitis A/B Impfungen bieten keinen Schutz vor Hepatitis C (siehe Kapitel I, 1.6))
Kondombenutzung	ja	(siehe Kapitel II, 4)
Vitamin C Einnahme	nein	Vitamin C Einnahme ist grundsätzlich empfehlenswert, schützt leider nicht vor einer Hepatitis C!
Spritzbesteck durchspülen	nein	Das Durchspülen benutzter Spritzen und Nadeln reicht nicht aus (siehe Kapitel II, 2)
nur den eigenen Rasierer benutzen	ja	(siehe Kapitel II, 5)
Händewaschen	ja	(siehe Kapitel II, 5)
Nahrungsmittel mind. 15 Min. kochen/braten	nein	(siehe Kapitel I, 1)
Spritzutensilien nicht mit anderen teilen	ja	(siehe Kapitel II, 2)
Körperkontakt meiden	nein	HCV wird nicht über Berührungen und Körperkontakt übertragen, folglich muss der Körperkontakt auch nicht gemieden werden (siehe Kapitel I, 1)
Tattoos und Piercings im Tattoo-Studio statt privat anfertigen lassen	ja	(siehe Kapitel II, 3)
Wunden mit Heilsalbe behandeln	nein	Ist zwar für die Wunde insgesamt gut, schützt jedoch nicht vor einer HCV-Infektion. Wunden zusätzlich mit Verband oder Pflaster abdecken (siehe Kapitel II, 3+5)
Infektionsstatus des Konsumpartners abfragen	nein	Das Virus kann zwar nur übertragen werden, wenn jemand infiziert ist. Aber vermeintlich HCV negative Menschen lassen sich nicht ständig testen und eine ganze frische Infektion ist auch nicht direkt nachweisbar („diagnostisches Fenster“) (siehe Kapitel I, 1)
Rund um die Hepatitis C und Behandlung		Anmerkungen
Hepatitis C ist unheilbar	nein	Es gibt Kombinationstherapien, die zur Behandlung eingesetzt werden. Der Behandlungserfolg hängt von verschiedenen Faktoren ab, jedoch nicht jede chronische Hepatitis C kann mit den derzeitig zur Verfügung stehenden Medikamenten erfolgreich behandelt werden (siehe Kapitel I, 3)
Jeder HCV Positive bekommt eine „Gelbsucht“	nein	Nur ein kleiner Teil entwickelt eine „Gelbsucht“ (Gelbfärbung der Haut und Augenschleimhäute) (siehe Kapitel I, 1)
HCV kann sich „verkapseln“	nein	Es gibt keine „verkapselte“ Hepatitis C (siehe Kapitel I, 1)
Wer eine Hepatitis C hat, wird namentlich beim Gesundheitsamt gemeldet	ja	Jede neu diagnostizierte Hepatitis C wird beim Gesundheitsamt namentlich gemeldet (siehe Kapitel IV, 3.1)
Regelmäßiger Alkoholkonsum desinfiziert die Leber und vermindert dadurch die Viruslast	nein	Alkoholkonsum schädigt die Leber. HCV Positive sollten möglichst auf den Alkoholkonsum verzichten (siehe Kapitel I, 1)

Nach einer erfolgreichen HCV-Behandlung kann man sich nicht erneut anstecken	nein	Eine durchgemachte Hepatitis C Infektion schützt nicht vor erneuter Ansteckung (siehe Kapitel I, 3)
HCV Positive dürfen nicht im Küchendienst (z.B. zur Essenszubereitung) eingesetzt werden	nein	HCV Positive dürfen natürlich auch in der Küche ihre Arbeit anbieten. Eine Infektionsgefahr besteht nicht, wenn Hygieneregeln eingehalten werden (siehe Kapitel IV, 3)
Hepatitis C hat den gleichen Krankheitsverlauf wie HIV/Aids	nein	Die Krankheiten sind komplett unterschiedlich. Gemeinsamkeiten gibt es bei den Übertragungswegen (siehe Kapitel I, 1)
Menschen, die aktuell Drogen nehmen oder substituiert werden, erhalten keine HCV-Behandlung	nein	Drogenkonsument/innen und Substituierte können behandelt werden. Zu prüfen ist, ob die Lebensverhältnisse und Konsumgewohnheiten mit der Behandlung in Einklang zu bringen sind, da die Behandlung lange dauert und Nebenwirkungen wahrscheinlich sind. (siehe Kapitel I, 3)

3. Glossar

A

Akzidentiell durch Unfall bedingt

Ak Antikörper

ALT oder auch **AKAT** Alanin-Aminotransferase, früher GPT (= Glutamat-Pyruvat-Transaminase). Leberenzym, kommt fast ausschließlich in der Leber vor, ein erhöhter Wert gibt Hinweise auf eine Leberschädigung

Antigen Stoff (Eiweiss oder Peptide [Baustein von Eiweissen]), der zur Antikörperbildung führt

Anti-HBc Antikörper gegen das HBc-Antigen

Anti-HBc-IgM Antikörper gegen das HBc-Antigen. Aber eine bestimmte Subklasse von Antikörpern, nämlich IgM (s. unten), auch als Frühantikörper bezeichnet.

Anti-HBe Antikörper gegen das HBe-Antigen. Beurteilung der Infektiosität, Verlaufsbeurteilung der chronischen Hepatitis B. Ein Verschwinden des HBe-Antigens und das Auftreten von Anti-HBe zeigt den Übergang in die nichtreplikative Phase an und gilt als prognostisch günstiges Zeichen.

Anti-HBs Antikörper gegen das HBs-Antigen (Titerkontrolle, siehe unten)

Asymptomatisch nicht den erwarteten Symptomen entsprechend

B

Base eigentlich: Kokain Base = Crack

Biopsie (Leber-) Entnahme eines kleinen Stück Lebergewebes zur Untersuchung. Bei chronischen Leberentzündungen sinnvoll

C

CD4-Test misst die Anzahl bestimmter Helferzellen im Blut (bei HIV).

Crack Kokain Base, aus Kokain-Hydrochlorat (Kokain) gewonnen. Rauchbar. Enthält Reste von Ammoniak.

Co-Infektion Gleichzeitiges aktiv sein von mehr als einem Krankheitserreger

D

DNS, auch DNA Desoxyribonukleinsäure, ein sehr großes Molekül, das als Träger der Erbinformation dient. Anhand dieser Information, die in einer bestimmten Form, dem genetischen Code, in die DNS eingeschrieben ist, werden Proteine produziert.

E

Exkrememente Fäkalien

Exposition medizinisch: Kontakt

F

Fäkalien (Exkrememente), vom tierischen und menschlichen Organismus nicht weiter verwertbare, ausgeschiedene Stoffe (Kot und Urin).

fäkal-oral (bei Ansteckungswegen gebraucht) von menschlichen Exkrementen zum Mund

Free Base eigentlich: Kokain Free Base, in aufwändigem Verfahren aus Kokain-Hydrochlorat (Kokain) gewonnen. Rauchbar.

frontloading Teilen einer zur Injektion bestimmten aufbereiteten Dosis einer Droge durch Aufziehen in eine Spritze und Umfüllen von Teilmengen in eine oder mehrere weitere Spritzen durch die vordere(n) Öffnung(en) (den Konus). Erhebliches Infektionsrisiko, wenn eine der verwendeten Spritzen kontaminiert ist.

fulminant im medizinischen Sinne: starker, schneller Verlauf.

G

Genitalsekret Flüssigkeit der Genitalien = Sperma und Vaginalschleim

GGT oder **γ -GT** (Gamma-Glutamyl-Transferase). Enzym, empfindlicher Indikator bei Störungen der Leber und des Gallengangsystems.

H

HAV Hepatitis-A-Virus

HAV-Ak HAV-Antikörper

HBc-Ag Hepatiti-B-c-Antigen. Ein Teil des Kerns (engl. core) des Hepatitis-B-Virus.

HBe Hepatitis-B-envelope (Antigen)

HBe-Ag Hepatitis-Be-Antigen. Entstehen bei der Virusvermehrung, Funktion unbekannt.

HBs-Ag Hepatitis-B-surface, ist in der Regel der erste nachweisbare Marker einer

Hepatitis-B-Infektion. Teil der Oberfläche (engl. surface) des Hepatitis-B-Virus. Früher auch Australia (Au) Antigen oder HAA (Hepatitis-assoziiertes Antigen) genannt.

HBV Hepatitis-B-Virus

HBV-DNA Hepatitis-B-Virus Deoxyribonucleic Acid, dt. Desoxyribonukleinsäure, die Erbsubstanz des Virus, also ein Teil des Virus

HCV Hepatitis-C-Virus

HDV Hepatitis-D-Virus

HEV Hepatitis-E-Virus

HIV human immunodeficiency virus, Auslöser der Aids-Krankheit

I

IfSG Infektionsschutzgesetz

IgG oder **IGG** Immunglobuline (Antikörper) der Klasse G

IgM oder **IGM** Immunglobuline (Antikörper) der Klasse M

Ikterus (Gelbfärbung der Haut und Augenschleimhaut, Dunkelfärbung des Urins und Entfärbung des Stuhls)

Immunität Unempfindlichkeit gegenüber Krankheitskeimen infolge

1. Bildung von Antikörpern nach überstandener Infektionskrankheit;
2. Bildung von Antikörpern nach Impfung.

IndexpatientIn Person, welche die exponierte Person angesteckt haben könnte

Infektion Ansteckung mit (Krankheits-)Erregern. Sagt nichts aus über Symptome etc.

Infertilität Fortpflanzungsunfähigkeit

Inkubationszeit Zeitraum zwischen Infektion und Auftreten klinischer Zeichen der Infektionskrankheit.

INR-Wert Zur Wirkungskontrolle blutverdünnender Medikamente wird der so genannte INR-Wert nach einer Blutentnahme im Labor bestimmt

Insuffizienz ungenügende Leistungsfähigkeit (eines Organs)

invasiv (in den Körper) eindringend

K

Kanüle «Nadel», Hohladel an einer Injektionsspritze

kontaminiert Verseucht

Krankheit Ausnahmezustand des Körpers mit Vorliegen von (Krankheits-)Symptomen

L, M, N, O, P

Leberfibrose Bindegewebiger Umbau der Leber, wobei Bindegewebszellen an die Stelle von Leberzellen treten

Leberzirrhose Narbige Schrumpfung der Leber. Die normalen Leberfunktionen sind kaum noch vorhanden. In einem kleinen Teil der Fälle entsteht ein Leberzellkarzinom (Leberkrebs).

Leberzellkarzinom (hepatozelluläres Karzinom) In den meisten Fällen Folge einer durch Viren oder Alkohol bedingten Zirrhose. Häufig wird auch von einem primären Leberzellkarzinom gesprochen, d.h. es handelt sich hierbei nicht um eine Metastase.

Metavir Das Fibroseausmaß Metavir (Score 1-4 oder Ishak Score 1-6) dient als Maß für das Stadium der Erkrankung und damit die Prognose und Dringlichkeit der Therapie

PCR Polymerasen-Kettenreaktion; Methode, um DNS zu vervielfältigen, ohne einen lebenden Organismus, wie z.B. Escherichiacoli oder Hefe zu benutzen.

PEP Post-Expositions-Prophylaxe

pegyliertes Interferon Interferon mit verzögerter Wirkstofffreisetzung

Q, R

Rezidivprophylaxe Rückfallprophylaxe.

RNA (Ribonukleinacid) international gebräuchliche englische Abkürzung für Ribonukleinsäure (RNS). Die RNA ist eine Nukleinsäure, die in lebenden Zellen gelegentlich anstelle der DNA als Träger des Erbguts dient.

Rimming Anal-orale Sexualpraktiken

S, T

Screening Reihenuntersuchung nach Antikörpern

STIKO Ständige Impfkommission beim Robert Koch Institut (RKI)

Titerkontrolle Anti-HBs-Bestimmung (siehe oben)

Transferasen alte Bezeichnung: Transaminasen

U, V, W, X, Y, Z

viral Verwandt mit oder bedingt durch ein Virus.

Virus-Genotyp Es gibt sechs Haupttypen von HCV; am weitesten verbreitet ist Genotyp 1, der am schlechtesten auf die Therapie anspricht.

Viruslast = Virusbelastung = viral load

4. Wichtige websites

www.aidshilfe.de

www.akzept.org

www.Archido.de

www.fixpunkt.org

www.dgsuchtmedizin.de

www.akzeptierende-eltern.de

www.jesbremen.de

www.hepch.ch/

www.dghm.org/

www.hepatitisCfachttag.org

www.hepatitisc.org.au/

www.health.gov.au

www.ncrtp-hepC/ca/

www.emcdda.eu.int

www.hepatitis-info.ch/

www.sevhep.uniz.ch

www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Viral_Hepatitis_Newsletters/vhv12n3.pdf

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

www.kompetenznetz-hepatitis.de

www.hepfinder.com

www.hepatitis-care.de

www.hepatitis-c.de/links.htm

www.hepatitis-c.de/patient.htm

www.hepatits-abc.de

www.hepatitis-c.de/hepac.htm

www.hepatitishilfe.de

www.bag-leber.de

www.ncrtp-hepC/ca/

www.hepatitishilfe.de

www.fih-berlin.de

www.mainline.org

5. Autorinnen und Autoren

Kerstin Dettmer

Fixpunkt e. V.
Boppstr.7, D - 10967 Berlin
Tel. 030 - 693 22 60
k.dettmer@fixpunkt.org
I Medizin: 1 Hepatitis allgemein

Dr. med. Jörg Gölz

Arzt für Allgemeinmedizin
Praxiszentrum Kaiserdamm
Schwerpunktpraxis für HIV,
Hepatitis, Suchtmedizin
Kaiserdamm 24, D - 14057 Berlin
Tel. 030 - 301 13 90
goelz@snafu.de
I Medizin: 3 Therapie

Martin Hilckmann

Dipl. Sozialpädagoge
ZIK gGmbH
Perleberger Str. 27, D - 10559 Berlin
Tel. 030 - 398 960 37
martin.hilckmann@zik-ggmbh.de
www.zik-ggmbh.de
III Psycho-soziale Beratung und Betreuung

Dr. med. Jens Jarke

Leitender Arzt
Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
Billstr. 80a, D - 20539 Hamburg
Tel. 040 - 428 37-23 01
jens.jarke@bwg.hamburg.de
IV Arbeit-Recht-Sozialrecht: 1 Arbeitsschutz,
2 Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 3 Arbeitsrecht

Marco Jesse

Jes Bremen e.V.
Findorffstrasse 94, D - 28215 Bremen
Tel. 0421 - 35 48 95
JESBremen@aol.com
www.jesbremen.de
II Prävention: 2 Konsumregeln

Bärbel Knorr

Dipl. Soz.päd. und Gesundheits- und Sozialökonomin
Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Drogen & Menschen in Haft
Dieffenbachstr. 33, D -10967 Berlin
Tel. 030 - 690 087- 45
baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de
www.aidshilfe.de
II Prävention: 3 Tätowieren und Piercen /
4 Sexualität; V Anhang: Hepatitis C Quiz

Astrid Leicht

Dipl.-Pädagogin
Fixpunkt e. V., Fixpunkt gGmbH
Boppstr. 7, D - 10967 Berlin
Tel. 030 - 693 22 60
a.leicht@fixpunkt.org
www.fixpunkt.org
II Prävention: 1 Strategien der Hepatitis-Prävention / 5 Hygiene; IV Arbeit-Recht-Sozialrecht: 1 Arbeitsschutz / 2 Arbeitsunfall und Berufskrankheit / 3 Arbeitsrecht

Manuela Nagel

Dipl. Sozialpädagogin
Charité, Virchow-Klinikum
Klinik für Geburtsmedizin
Infektionsambulanz
Augustenburger Pl. 1, D - 13353 Berlin
Tel.: 030 - 450 564 163 -112
manuela.nagel@charite.de
infektionsambulanz@charite.de
I Medizin: 4 Schwangerschaft

Dirk Schäffer

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Referent für Drogen gebrauchende Menschen und Menschen in Haft
Dieffenbachstr. 33, D - 10967 Berlin
Tel. 030 - 690 087-56
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de
www.aidshilfe.de
II Prävention: 3 Tätowieren und Piercen /
4 Sexualität

Claudia Schieren

Fallmanagerin
Delbrückstr 34, D - 12051 Berlin
Tel. 030 - 814 718 66
claudi39@arcor.de
IV Arbeit-Recht-Sozialrecht: 4 Sozialrechtliche Informationen

Priv.-Doz. Dr. rer. pol. Heino Stöver

Dipl.-Sozialwissenschaftler
Universität Bremen, Fachbereich 06
Postf. 330 440, D - 28334 Bremen
Tel. 0421 - 218 31 73
heino.stoever@uni-bremen.de
www.archido.de
I Medizin: 2 Testberatung und Labordiagnostik;
II Prävention: 1 Strategien der Hepatitis-Prävention; V Anhang: 1 Checklisten / 4. Glossar

6. Impressum

Herausgeber:

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch

Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch (gegr. 2004):

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Bärbel Knorr und Dirk Schäffer
www.aidshilfe.de



akzept e.V.

Astrid Leicht,
Christine Kluge Haberkorn und
PD Dr. Heino Stöver

www.akzept.org
www.Archido.de
www.fixpunkt.org



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin DGS (vorm DGDS)

Dr. Jörg Gölz
www.dgsuchtmedizin.de



JES

Marco Jesse
www.jesbremen.de



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

Jürgen Heimchen
www.akzeptierende-eltern.de



Bundesverband der Eltern
und Angehörigen für
akzeptierende Drogenarbeit

Kontakt zum Aktionsbündnis:

akzept e.V.
akzeptbuero@yahoo.de
buero@akzept.org

Redaktion: PD Dr. Heino Stöver, Universität
Bremen

Lektorat: Holger Sweers, Berlin

Gestaltung: Katrin Gloggengiesser, Berlin

Druck: PinguinDruck GmbH Berlin

Fotonachweis: Titelfotos und fortlaufend: Deut-
sche AIDS-Hilfe/JES

Abb. Seiten: 83,87,89, 98: Fixpunkt Berlin,
Seite 80: Dr. Heino Stöver; Seite 93: bobby
fisher

Bestellungen an:

akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik
Südwestkorso 14, D-12161 Berlin
Tel. 030 - 827 069 46

buero@akzept.org oder
akzeptbuero@yahoo.de

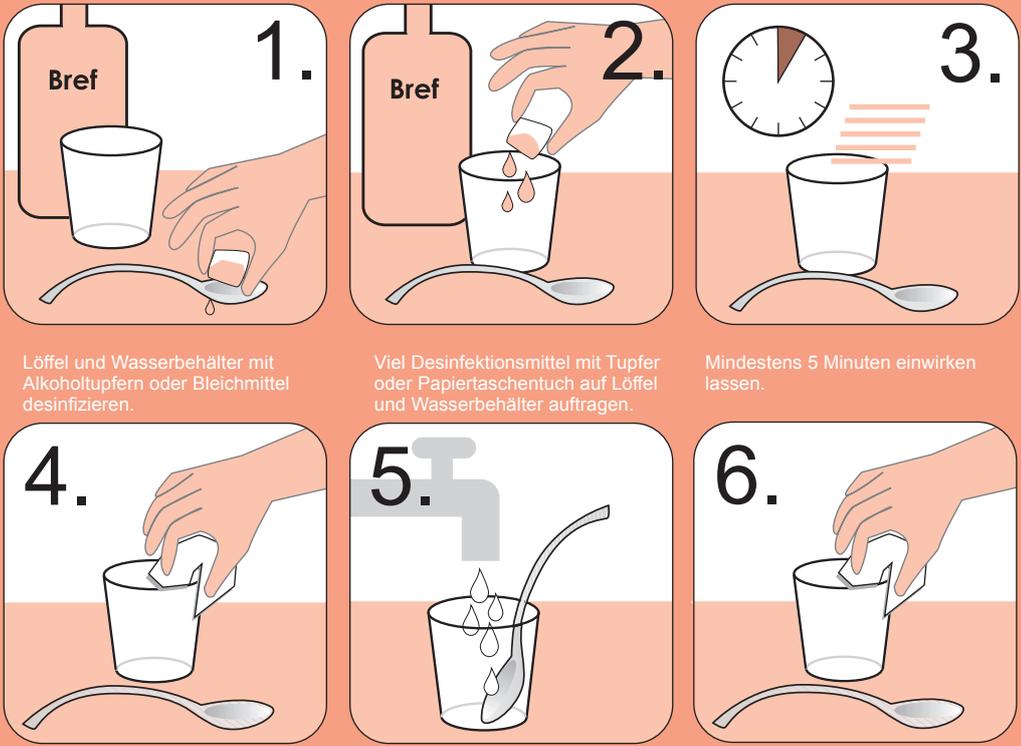
Berlin, März 2006

Dieses Projekt wurde vom Bundesministerium
für Gesundheit gefördert.

Alle Rechte bei den Autoren/innen

Desinfektion

Löffel und Wassergefäß desinfizieren



1. Löffel und Wassergefäß mit Alkohol tupfern oder Bleichmittel desinfizieren.
2. Viel Desinfektionsmittel mit Tupfer oder Papiertaschentuch auf Löffel und Wassergefäß auftragen.
3. Mindestens 5 Minuten einwirken lassen.
4. Mit frischem Tupfer oder Papiertaschentuch trocknen.
5. Mit frischem Wasser gründlich spülen.
6. Zuletzt mit frischem Tupfer oder Papiertaschentuch trocknen.

Erste Hilfe/Wundversorgung

PatientIn

Pflegeperson



1.

Wunde kurz bluten lassen.



2.

Hände gründlich waschen....



3.

... und mit desinfizierender Lösung einreiben.



5.

Wunde desinfizieren.



4.

Latex-Handschuhe anziehen. (Nach Blutkontakt: Handschuhe entsorgen und frische anziehen.)



6.

Kleinere Wunden mit Heftpflaster, größere mit Verband abdecken.



7.

Bluttropfen auf Arbeitsfläche mit desinfizierender Lösung entfernen. Gebrauchte, blutbefleckte Lappen, Tupfer, Handschuhe usw. sofort entsorgen.



8.

Hände gründlich waschen....

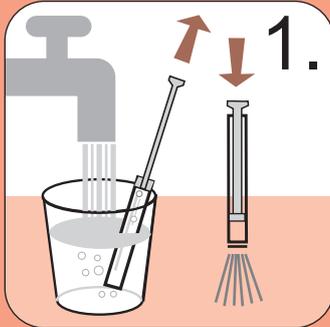
... und mit desinfizierender Lösung einreiben.



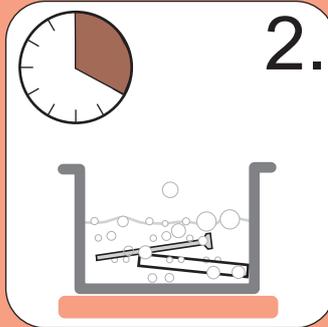
9.

Desinfektion der Spritze

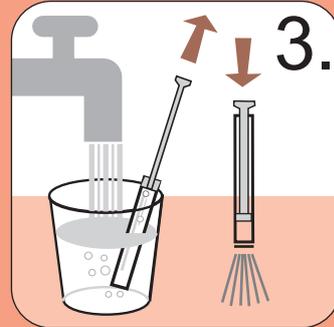
Spritze auskochen



Zuerst mit kaltem Wasser durchspülen.



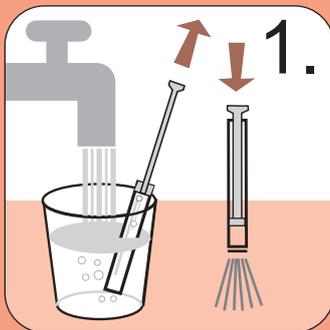
Spritze in Einzelteile zerlegen, mindestens 20 Minuten auskochen.



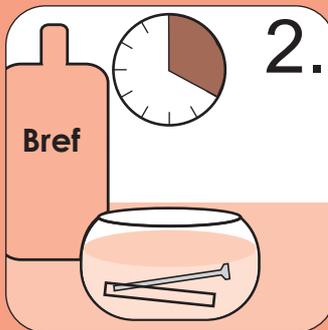
Zuletzt mit kaltem Wasser durchspülen.

Es gibt keine Garantie dafür, dass beim Auskochen wirklich alle Bakterien abgetötet werden!

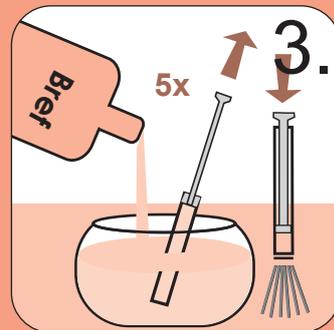
Spritze mit Bleichmittel desinfizieren



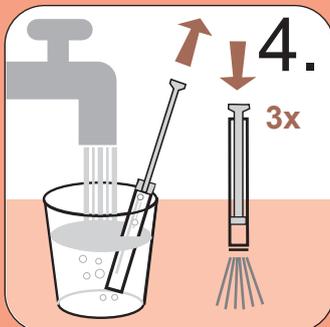
Spritze zuerst mit kaltem Wasser durchspülen.



Spritze in Einzelteile zerlegen und mindestens 20 Minuten in Bref einlegen.



Spritze danach mindestens 5 Mal kräftig mit frischem Bref durchspülen.

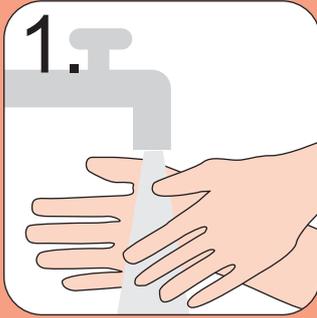


Spritze zum Schluss 3 Mal mit klarem Wasser durchspülen.

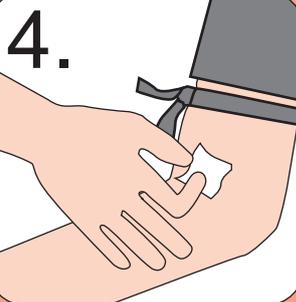
Achtung:

- ! Alle Reste von Bleichmittel oder Bref müssen unbedingt entfernt werden.
- ! Die letzte Spülung sehr sorgfältig vornehmen!

Injektion

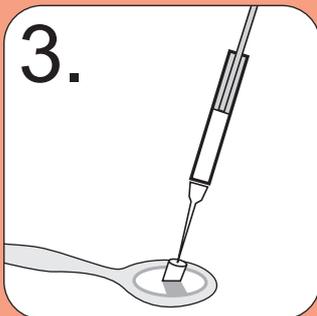


1. Hände gründlich waschen

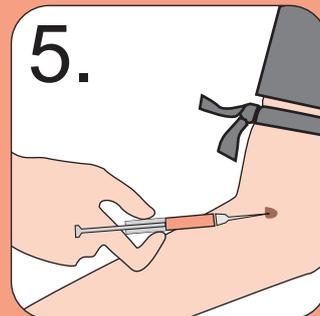


4. Stauschlauch anbringen (lässt die Venen hervor treten); Einstichstelle mit Alkohol reinigen; Zur Desinfektion muss die Stelle mindestens 2 Minuten kräftig eingerieben werden.

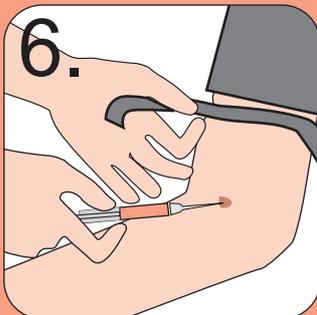
- saubere Unterlage vorbereiten;
- immer eigenes, frisches Injektionsmaterial verwenden (Spritze, Nadel, Wassergefäß, Wasser, Löffel, Filter, Ascorbinsäure, Alkohol- und Trockentupfer, Stauschlauch, Pflaster;
- Injektionsmaterial nie teilen oder weitergeben! Auch Filter nicht weitergeben.



3. Sterile Spritze mit Filter (möglichst Einweg-/Metallfilter, notfalls Zigarettenfilter) verwenden; Filter nicht mit dem Zähnen entfernen. Filter sollen generell nicht wieder verwendet werden. Im Notfall vor der Wiederverwendung (10 Tage) trocknen.



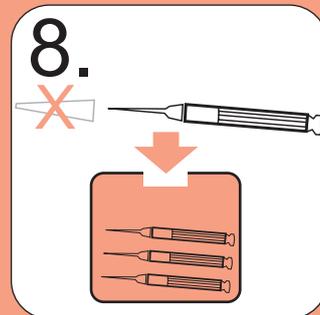
5. Wenn hellrotes Blut von selbst in die Spritze dringt, wurde eine Arterie getroffen. Nadel zurück ziehen und die Einstichstelle während mindestens 5 Minuten fest pressen.



6. Wenn die Nadel richtig platziert ist (dunkles Blut): vor dem Abdrücken des Kolbens den Stauschlauch lösen.



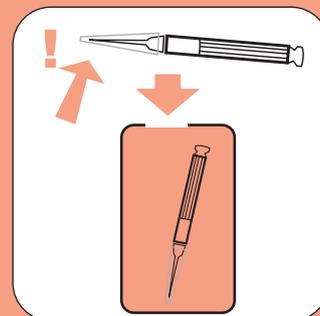
7. Nach der Injektion: Vene pressen und den Bluttröpfen mit sauberem Trockentupfer abwischen. Danach Heftpflaster aufkleben.



8. Im Konsumraum: gebrauchte Spritze ohne Plastikkappe auf Nadel in speziellen Behälter werfen.



9. Unterlage reinigen; Benutzte Spritze wie geschildert (8) entsorgen (ohne Nadel); Tupfer, Filter etc. entsorgen.



Überall sonst: gebrauchte Spritze mit Plastikkappe auf Nadel in soliden Behälter (z. B. leere Alu-Dose) stecken und Dose in den Abfall werfen.