

**vernetzt Sie mit Experten**



## Hepatitis C in der Suchtmedizin

Interview mit Doris Höpner und Uwe Naumann

**Die Therapie der chronischen Hepatitis C ist einfach geworden: Mit den direkt antiviral wirksamen Substanzen ist eine Heilung bei nahezu allen Patient\*innen in kurzer Zeit und gut verträglich machbar.<sup>1</sup> Die Hauptrisikogruppe für eine Hepatitis C sind die i.v.-Drogengebraucher\*innen, die nach wie vor zwar am häufigsten von Hepatitis C betroffen sind, aber auch hierzulande nach wie vor zu wenig behandelt werden.<sup>2,3</sup> Dabei sind im Jahr 2020 Voraussetzungen für eine HCV-Therapie in dieser Risikogruppe geschaffen worden, die in die richtige Richtung weisen: Das Testen ist nun auch ohne Anwesenheit von Ärzt\*innen möglich, bei einer replikativen HCV-Infektion muss nicht mehr sechs Monate lang bis zum Therapiebeginn gewartet werden und ein HCV-Screening soll noch in diesem Jahr Bestandteil der Gesundheitsvorsorge werden.<sup>4-6</sup>**

Intravenös (i.v.) konsumierende Drogengebraucher\*innen (IVD) sind hierzulande die am stärksten von Hepatitis C betroffene Risikogruppe. Für das Jahr 2019 wurden dem Robert Koch-Institut 5.940 Fälle von virämischer Hepatitis C übermittelt.<sup>2</sup> Das entspricht einer im Vergleich zum Vorjahr unveränderten bundesweiten Inzidenz von 7,1 pro 100.000 Einwohner. Rund 80% der Fälle mit Angaben zum Stadium waren chronische Infektionen. Bei drei Viertel der übermittelten Hepatitis-C-Erstdiagnosen war der Übertragungsweg unbekannt. Von den Fällen mit Angaben zum wahrscheinlichen Übertragungsweg wurde bei 64% intravenöser Drogenkonsum dokumentiert.

### **ZU GERINGE THERAPIERATE UND NOCH IMMER HOHE THERAPIEHÜRDEN**

In Deutschland ist neben der HIV-Therapie insbesondere die HCV-Therapie nach wie vor unbefriedigend, wie die DRUCK-Studie, ein Infektions- und Verhaltenssurvey bei injizierenden Drogengebrauchenden, für die Jahre 2011-2015 belegte.<sup>7</sup> Eine neuere, deutsche retrospektive Fall-Kontroll-Studie, die Studie CURRENT-C 2.0, bestätigte das erneut für Hepatitis C auch für die Jahre 2017-2018.<sup>3</sup> Auch in dieser Studie gaben zwei Drittel der 793 HCV-Patienten an, sich über i.v.-Drogenkonsum mit Hepatitis C infiziert zu haben. Von den 793 Teilnehmern erhielten 220 trotz Diagnose keine HCV-Therapie. Der Hauptgrund war die „Ablehnung der Therapie durch den Patienten“ (93/220, 42,5%) und bei zwei Drittel von ihnen war deshalb auch keine Therapie geplant. Aber auch die Ärzte hatten Bedenken, eine Therapie zu beginnen, unter anderem wegen aktiven Drogenkonsums (illegale Drogen, Alkohol, Opioid-Substitutionstherapie) psychiatrischer oder anderer Komorbiditäten, vermutete oder beobachtete mangelnde Compliance und ein hohes Alter des Patienten. Dabei stellt eine Drogenabhängigkeit per se keine Kontraindikation für die Behandlung der Hepatitis-C-Infektion und eine Substitutionstherapie aufgrund der engen Patientenbindung eine günstige Voraussetzung dar.<sup>6</sup>

### **ADDENDUM HCV-S3-LEITLINIE UND HEPATITIS-SCREENING**

Mit dem aktuellen Addendum zur S3-Leitlinie zur HCV-Therapie vom November 2020 hat sich die Definition der Chronischen Hepatitis-C-Infektion geändert.<sup>1</sup> Die alleinige Definition der chronischen Hepatitis-C-Infektion - über mindestens sechs Monate Nachweis der HCV-Antikörper oder HCV-RNA - war klinisch häufig nicht praktikabel und führte zu unnötig langen Wartezeit bis zum Therapiebeginn. Nun wird ein umgehender Therapiebeginn bei Erst-Diagnose einer aktiven Hepatitis C (HCV-Antikörper und HCV-RNA/Core-Antigen) empfohlen, wenn keine klinisch und laborchemisch akute/ikterische Hepatitis vorliegt und in den letzten sechs Monaten anamnestisch kein Infektionsrisiko und laborchemisch keine Evidenz für eine Serokonversion vorliegen (siehe Kasten). Seit Juli 2020 gibt es auch die Möglichkeit, einen HCV-Schnelltest auch ohne Anwesenheit einer Ärztin/eines Arztes durchführen zu können.<sup>4</sup> Und Ende 2020 wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss ein Screening auf Hepatitis B (HBsAg) und Hepatitis C (HCV-Antikörper) als neuer Bestandteil des Gesundheits-Check-ups beschlossen und soll noch in diesem Jahr ein allgemeines HCV-Antikörper-Screening in die Gesundheitsuntersuchungen eingeführt werden.<sup>6</sup>

Werden sich diese Neuerungen in der Testung und Therapie der Hepatitis C auch bei i.v.-Drogenkonsumenten und Substitutionspatienten auswirken? Welche Hindernisse existieren für die HCV-Therapie in der Suchtmedizin? Und wie können sie beseitigt werden? Uwe Naumann und Doris Höpner geben Antworten.

## ADDENDUM S3-LEITLINIE HEPATITIS C: INDIKATION ZUR THERAPIE DER HEPATITIS C <sup>5</sup>

- Alle Patienten mit einer replikativen HCV-Infektion (HCV-RNA nachweisbar) sollen antiviral behandelt werden (Ia/A).
- Bei einer Erstdiagnose einer HCV-Infektion mit typischer Konstellation einer chronischen Infektion kann die antivirale Therapie umgehend begonnen werden (O).
- Erhöhte Transaminasen und/oder der Nachweis einer Fibrose sind keine notwendigen Voraussetzungen für eine antivirale Therapie (Ib/A)
- Für Patienten mit einer fortgeschrittenen Fibrose oder Zirrhose besteht eine dringliche Behandlungsindikation (Ib/A).
- Extrahepatische Manifestationen, berufliche Gründe, die Elimination des Transmissionsrisikos, Ko-Infektionen mit HBV oder HIV sowie ein Therapiewunsch des Patienten stellen ebenfalls unabhängig von der Erkrankungsaktivität eine Behandlungsindikation dar (Ib/A).
- Bei fehlendem Transmissionsrisiko und fehlender fortgeschrittener Fibrose oder Zirrhose kann bei Patienten ohne Therapiewunsch in fortgeschrittenem Alter auf eine antivirale Therapie verzichtet werden (O).
- Bei Kindern und Jugendlichen sollten der Zeitpunkt und die Auswahl der DAA-Kombinationstherapie individuell in einem Zentrum mit Erfahrung für die Behandlung festgelegt werden (II/B).

Konsensstärke: 100 %, Starker Konsens

„Das Addendum der S3-Leitlinie bringt uns bei der medizinischen Versorgung von HCV-positiven Drogengebraucher\*innen einen gewaltigen Schritt nach vorne.“



Dr. med. Uwe Naumann

Facharzt für Allgemeinmedizin

Infektiologie, Hepatologie und Suchtmedizin

Königin-Elisabeth-Straße 7, 14059 Berlin

### INTERVIEW MIT DR. UWE NAUMANN

*Gibt es Neuigkeiten in der Behandlung der chronischen Hepatitis C?*

**Uwe Naumann:** Die Behandlung selber wird sich nicht mehr verändern – wir haben jetzt genügend Therapieregime zur Verfügung, die sehr wirksam und verträglich sind und mit denen wir fast jeden Patienten erfolgreich heilen können. Die Adhärenz der Patient\*innen ist ausgezeichnet, das gilt auch für Drogengebraucher\*innen. Zahlreiche Studien belegen, dass auch in dieser Risikogruppe – egal ob in Substitution, mit und ohne Beikonsum – sowohl die Wirksamkeit und Sicherheit als auch die Adhärenz genauso hoch sind wie bei Patienten ohne i.v.-Drogenkonsum und die Drogengebraucher\*innen genauso erfolgreich behandelt werden können. Die verfügbaren Therapieregime sind einfach anzuwenden: 8 oder 12 Wochen lang einmal eine bzw. drei Tabletten einnehmen. Das ist auch in der Suchtmedizin gut umsetzbar. Die Heilung der chronischen HCV-Infektion verbessert zudem die Lebensqualität der Patienten, auch bei den Drogengebrauchern. Eine erfolgreiche Therapie ist eine große Hilfe für die suchtttherapeutische Arbeit. Man raubt den Patienten viel Lebensqualität, wenn sie nicht behandelt werden. Neues zur Therapie in der Schwangerschaft gibt es nach wie vor nicht. Es gibt keine Daten dazu, deshalb sollte nach wie vor eine HCV-infizierte Frau in der Schwangerschaft nicht behandelt werden.

*Was sind zurzeit die wichtigsten Themen in der HCV-Therapie?*

**Uwe Naumann:** Da ist zum einen das Problem der Testung - wie erfahren die Menschen von

ihrer HCV-Infektion und wie bekommen wir sie in Behandlung. Das ist vor allem bei Drogengebraucher\*innen schwierig, da sie häufig nicht in die medizinische Versorgung eingebunden sind bzw. eine regelmäßige medizinische Versorgung schwierig ist. Das andere Problem war bisher, wie schnell wir jemanden behandeln konnten, wenn ein positiver Test vorliegt. Mit dem Addendum der Leitlinie müssen wir nun nicht mehr bei allen Patienten sechs Monate warten.

*Die HCV-Testung bei Drogengebrauchern ist jetzt einfacher geworden – was hat sich geändert?*

**Uwe Naumann:** Ein HCV-Antikörpertest ist seit einem Jahr auch ohne Anwesenheit einer Ärztin/ eines Arztes möglich. Das ist großartig, da jetzt diese Testung z. B. in niedrigschwelligen Drogenberatungsstellen möglich ist. Die Sozialarbeiter\*innen können nachfragen, ob die AK-positiven Drogengebraucher\*innen in letzter Zeit Risikokontakte hatten und motivieren, einen PCR-Test machen zu lassen. Sie können die Drogengebraucher\*innen aufklären, dass es wichtig ist, zu wissen, ob sie virämisch und damit infektiös sind. Diese neue Möglichkeit der niedrigschwelligen Testung ist wegen der Corona-Pandemie nicht richtig wahrgenommen worden und hat bisher noch nicht die Würdigung erfahren, die angebracht ist. Diese Möglichkeit ist ein Schritt vorwärts, um mehr Drogengebraucher\*innen in medizinische Behandlung zu bringen. Unter den Bedingungen der Corona-Pandemie war und ist der Zugang zu manchen Praxen vermutlich schwieriger. Umso wichtiger ist auch in dieser Situation die Kooperation von niedrigschwelligen Einrichtungen und Behandler\*innen wichtig.

*Und wie geht es nach der Diagnose weiter?*

**Uwe Naumann:** Das war bisher genau das Problem. Nach der Erstdiagnose mit replikativer HCV-RNA konnten wir nicht sofort behandeln, sondern mussten erst sechs Monate warten. Das hat sich glücklicherweise jetzt mit dem Addendum der S3-Leitlinie geändert. Die verfügbaren HCV-Medikamente haben alle eine Zulassung für die Behandlung der chronischen Hepatitis C. Nach der bisherigen Definition galt eine HCV-Infektion als chronisch, wenn über sechs Monate lang HCV-RNA nachgewiesen wurde. Das war ein großer Hemmschuh, vor allem bei Menschen, die in prekären Verhältnissen leben - das gilt auch für Nicht-Drogengebraucher\*innen. Während dieser Zeit hatten wir viele HCV-infizierte Menschen „verloren“, sie kamen nicht mehr in die Praxis wieder. Die Anpassung der Leitlinie definiert die chronische Hepatitis C nun im Umkehrschluss: Besteht kein Hinweis auf eine akute Hepatitis C, ist es eine chronische Hepatitis C (siehe Kasten „Indikation zur Therapie der Hepatitis C auf Seite X; Anm. der Redaktion). Seitens der Leitlinie gibt es jetzt die Möglichkeit, dass wir bei einer neuen HCV-Diagnose mit Nachweis der HCV-RNA auch gleich behandeln können. Wir müssen die Patienten nicht vertrösten, dass sie in sechs Monaten noch einmal wiederkommen sollen. Wenn ich bei einer virämischen Hochrisikogruppe sechs Monate warten muss, ist das Transmissionsrisiko hoch. Eine erfolgreiche Behandlung der HCV ist immer auch ein Schutz Dritter. Auch im Hinblick auf eine Eliminationsstrategie ist eine sofortige Therapie unbedingt sinnvoll.

Was sind die Anzeichen für eine akute Hepatitis C im Gegensatz zur chronischen Hepatitis C?

**Uwe Naumann:** Eine akute HCV ist charakterisiert durch eine hohe Inflammation, d.h. hohe Leberwerte, im ungünstigen Fall mit einer klinischen Symptomatik wie Abgeschlagenheit und – seltener – Ikterus. Auch die Anamnese gibt Aufschluss, wenn z.B. vor einem halben Jahr der HCV-Test negativ war, aber vor 3-4 Wochen ein Risikokontakt vorlag. Falls das nicht eindeutig ist und Unsicherheit besteht, gibt die Viruskinetik Aufschluss. Liegt die Viruslast bei der Diagnose bei 5 Millionen IU/ml, beim nächsten Besuch aber bei 50.000 IU/ml, dann ist das ein Anzeichen auf eine nicht so seltene Ausheilung der akuten HCV.

*Es gibt Hinderungsgründe bzw. historische Barrieren, HCV-Infizierten eine HCV-Therapie anzubieten – woran liegt das Ihrer Meinung nach?*

**Uwe Naumann:** Ich glaube, dass die Ablehnung der Patient\*innen oft an den Behandler\*innen liegt. Wenn ich als Behandler nicht grundlegend von der Therapie überzeugt bin, ist es relativ schwierig, Patienten von einer guten Therapie zu überzeugen. Eine adäquate Aufklärung kostet natürlich Zeit. Ich erlebe es sehr selten, dass Patienten, die die heutige HCV-Therapie verstanden haben, diese ablehnen. Ich versuche immer und insbesondere bei Drogengebraucher\*innen, eine dritte Person mit einzubinden. Das hilft, die Motivation zur HCV-Behandlung zu erhöhen.

Was kann geändert werden, um mehr Drogengebraucher\*innen zu erreichen und zu behandeln?

**Uwe Naumann:** Wir brauchen mehr niedrigschwellige Testungen und eine möglichst rasche Therapieeinleitung. Ein Netzwerk von Suchtmediziner\*innen und hepatologisch tätigen Behandler\*innen, welches niedrigschwellig miteinander kooperiert und arbeitet, ist sehr hilfreich. Veranstaltungen zu HCV sind nicht nur für die Wissensmehrung zum aktuellen Stand wichtig. Das Wichtigste sind das Kennenlernen und der Austausch zwischen Suchtmediziner\*innen und den Behandler\*innen, denen sie Patient\*innen überweisen. Dazu gehören auch kurze Wartezeiten am Telefon, falls Fragen zu den Patient\*innen auftauchen und die schnelle Information über z.B. Probleme, Laborergebnisse etc. Ich höre immer wieder, dass Patient\*innen es nicht von einer zur anderen Praxis schaffen. Je länger und besser wir aber zusammenarbeiten, umso geringer ist das Risiko, dass zwischen den Praxen Patienten verlorengehen. Wir machen bei den von den Suchtmediziner\*innen überwiesenen Patient\*innen die Blutuntersuchungen, einen Ultraschall und sprechen eine Therapieempfehlung aus. Es ist erfahrungsgemäß zwar besser, wenn die Patient\*innen dort, wo sie ihre Substitution erhalten, auch ihre HCV-Therapie erhalten. Haben die Kolleg\*innen jedoch Sorge wegen der Therapie, funktioniert unsere Kooperation und die konsiliarische Behandlung sehr gut. Insbesondere wenn die Suchtmediziner\*innen unsicher sind, ob sie therapieren sollen, oder bei Komplikationen, z.B. bei sinkender Gerinnung, sollten sie die Patient\*innen zum Hepatologen überweisen.

Auch in der Behandlung der Hepatitis D setzen Sie auf Kooperation. Wie sieht diese Art des Netzwerkes aus und welche Erfahrung haben Sie mit der neuen Therapie?

**Uwe Naumann:** Erfreulicherweise haben wir zum ersten Mal die Möglichkeit, die Hepatitis D mit einem Medikament zu behandeln. Diese Hepatitis ist zwar sehr viel seltener als Hepatitis C, aber sie führt schneller zum Fortschreiten der Lebererkrankung. Das ist vor allem ein Problem bei Patienten mit einer HIV/HCV-Koinfektion, die auch noch eine HBV/HDV-Koinfektion haben, was vor allem Menschen aus Osteuropa betrifft. Sie haben meist schon in jungen Jahren eine Zirrhose.

Es ist eine Bereicherung, dass 2020 Bulevirtid (früher Myrcludex B) für die Therapie der Hepatitis D zugelassen wurde. Das Medikament ist allerdings sehr teuer und zurzeit ist auch noch nicht klar, wann die Therapie beendet werden kann. Zudem ist die Bestimmung der HDV-RNA keine Kassenleistung, diese ist aber Voraussetzung für die Verschreibung. Aktuell behandle ich Patienten mit HIV/HCV/HDV/HDV-Infektionen, die bereits mit unter 40 Jahren eine Zirrhose haben. Wir sammeln zurzeit Erfahrung mit dieser Behandlung in der Praxis, bisher habe ich wenig Nebenwirkungen gesehen. Ein Problem kann die tägliche subkutane Anwendung bei Patienten, die erfolgreich keine i.v. Drogen mehr konsumieren, sein. Das Medikament sollte zunächst nur in spezialisierten Praxen verschrieben werden. Mittlerweile wurde dem Medikament immerhin ein „nicht quantifizierbarer Zusatznutzen“ vom G-BA zugesprochen.

*Vielen Dank für das Gespräch Herr Naumann.*



*„Die HCV-Therapie ist heutzutage so einfach – es gibt eigentlich keinen Grund, nicht zu behandeln.“*



**Doris Höpner**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
hausärztliche Versorgung und  
suchtmedizinische Grundversorgung  
Badstr. 33, 13357 Berlin

## INTERVIEW MIT DORIS HÖPNER

*Wie viele HCV-infizierte Patient\*innen betreuen Sie in Ihrer Praxis?*

**Doris Höpner:** Da wir fleißig behandelt haben, sind es Gott sei Dank nicht mehr so viele wie noch vor ein paar Jahren. Wir substituieren ca. 300 Patient\*innen. Davon sind ca. 10% / Quartal „im Fluss“, d.h. sie kommen und gehen aus

unterschiedlichsten Gründen. Der Rest ist kontinuierlich meist über mehrere Jahre, manchmal sogar lebenslang in Substitutionsbehandlung. Von unseren „Dauerpatient\*innen“ sind nur noch wenige mit Hepatitis C (5%) infiziert – sie konnten oder wollten nicht behandelt werden, was meist mit mangelnder Adhärenz oder Angst vor Veränderung begründet war/ist. Bei diesen 15 unserer Alt-Patient\*innen

versuchen wir schon länger, sie in die HCV-Behandlung zu bringen – was wirklich anstrengend und zeitaufwendig ist –, aber es lohnt sich. Gerade heute haben mir endlich zwei aus dieser Gruppe zugesagt, ihre HCV behandeln zu lassen. Es haben sicher auch Ängste, die in Zusammenhang mit COVID-19 stehen, zu dieser Entscheidung beigetragen.

In Bezug auf Neuaufnahmen hat sich die Klientel verändert. Heutzutage haben deutlich mehr Patient\*innen einen Migrationshintergrund (und sind öfter männlich). Viele von ihnen haben überproportional häufig eine aktive Hepatitis C - manchmal akut, meist aber chronisch. Früher hatten etwa 70% unserer Patient\*innen bei Aufnahme Antikörper gegen HCV und 30% waren HCV-RNA positiv. Heutzutage können wir bei ca. 60% der Patient\*innen, die erstmals substituiert werden, eine Virämie nachweisen. Diese Patienten wollen in der Regel zügig behandelt werden. Zusätzlich betreue ich noch einige Patienten aus anderen hausärztlichen oder suchtmedizinischen Praxen, die selbst nicht die Hepatitis C behandeln wollen.

Unser Ziel ist die Hepatitis-C-freie Praxis, ideal wäre eine Hepatitis-C-freie Kohorte von Drogenkonsumenten. Das wäre ein großer Schritt in Richtung Elimination der Hepatitis C.

*Sie behandeln als Suchtmedizinerin auch die chronische Hepatitis C. Das wird ja nicht in allen suchtmedizinischen Praxen durchgeführt.*

**Doris Höpner:** In Berlin machen das sehr viele Suchtmediziner\*innen. Über unsren Arbeitskreis Substitution Opiatabhängiger Berlin e. V. (AKSOB) haben wir regelmäßig fortgebildet und uns ausgetauscht, sodass zumindest alle wissen, wer behandelt. Zudem haben in Berlin auch viele Fortbildungen für Ärzt\*innen und auch MFAs zum Thema stattgefunden. Deswegen gibt es eigentlich auch keinen Grund mehr, nicht zu behandeln. Die Therapie ist heutzutage so einfach – ich finde eine Diabetes-Behandlung wesentlich komplizierter. Früher war die lange Therapie mit Interferon sowohl für Patient\*innen als auch Ärzt\*innen anstrengend. Es waren viele zusätzliche Untersuchungen nötig, um die Therapie durchführen zu können. Es gab viele teils schwerwiegende Nebenwirkungen. Die Patient\*innen waren psychisch angeschlagen und depressiv und wir Ärzte hatten ausgeprägte Regressängste aufgrund der hohen Behandlungskosten. Zudem waren die Heilungschance gegenüber heute geradezu gering. Die heutigen Therapien sind sehr gut verträglich und beeinträchtigen die Patienten weder körperlich noch psychisch. Für die Behandler\*innen ist der Aufwand gering und bei einer Therapiedauer von 8 oder 12 Wochen werden eigentlich alle Patienten mit Erfolg behandelt. Zudem ist die Substitutionsbehandlung ein ideales Setting für die HCV-Therapie, unsere Patienten kommen ja eh in die Praxis. Die Medikation kann dann z.B. zusammen mit dem Substitut erfolgen und analog zum TH ausgehängt werden. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass wenn sich unsere Substitutionspatient\*innen für die Behandlung ihrer chronischen Hepatitis C entschieden haben, sie dies sehr ernst nehmen und zumindest im Behandlungsintervall sehr zuverlässig sind!!! Der Anteil derer, die wir wegen mangelnder Adhärenz ausschließen müssen, ist relativ gering und liegt allein an ihrer durch Konsum psychotroper Substanzen bedingten „Zeitlosigkeit“. Beikonsum allein ist nie ein Hinderungsgrund

Patient\*innen zu behandeln! Ehrlich gesagt verstehe ich nicht, warum nicht jeder Arzt /jede Ärztin behandelt.

*Was sind denn die Barrieren in den suchtmedizinischen Praxen, die chronische Hepatitis C zu behandeln?*

**Doris Höpner:** Ich habe das Gefühl, dass sowohl die Patient\*innen als auch Ärzt\*innen mauern. Unter den Patient\*innen gibt es nach wie vor Mythen zur Hepatitis-C-Therapie. Dazu gehört auch, dass viele Patient\*innen glauben, es gäbe nach wie vor nur Interferon. Viele Patient\*innen leben schon so lange mit der Hepatitis C, sie haben Angst vor Veränderung und sie wissen nicht, was auf sie zukommt. Zudem: Es gibt auch eine zunehmende Zentrierung der substituierten Patient\*innen in großen Praxen. Dort rutscht vielleicht mal der eine oder andere HCV-Infizierte über eine bestimmte Zeitspanne durch. Hinzu kommt, dass die Behandler\*innen die ganze Patient\*in sehen und sich nicht nur für die Vergabe des Substitutes verantwortlich fühlen. Außerdem sollten die Behandler\*innen gut fortgebildet und überzeugt sein, dass die heutigen Therapien gut funktionieren und sie sollten auch den Anspruch haben, die Hepatitis C zu behandeln oder von Kolleg\*innen behandeln zu lassen. Regressängste sind auf Grund dessen, dass die Behandlung von Hepatitis B und C als Praxisbesonderheiten anerkannt sind weitergehend verschwunden, auch wenn es noch Kolleg\*innen im hausärztlichen Bereich gibt, die einfach nicht mit hochpreisigen Medikamenten umgehen möchten.

*Was muss sich ändern, damit mehr Suchtpatienten auch eine HCV-Therapie erhalten?*

**Doris Höpner:** Vor allem muss sich in der Szene etwas ändern. Das, was uns mit HIV gelungen ist, müssen wir auch mit Hepatitis C schaffen. Wenn ein Drogenkonsument HIV hat, outet er/sie sich in der Regel sofort und die anderen lassen dessen Besteck in Ruhe. Der/diejenige hat also Verantwortung für die Krankheit übernommen. Das ist mit Hepatitis C noch nicht der Fall. Da heißt es eher „hab ´ne Hepa, haben doch alle“. Unter den Drogengebraucher\*innen ist es noch kein Stigma eine Hepatitis C zu haben. Wenn auf der Szene sich das Thema Hepatitis C in Richtung „Was, du bist noch nicht behandelt?“ entwickelt, dann hätten wir viel erreicht. Dafür müssen aber alle wissen, ob sie HCV-RNA-positiv sind. Bisher funktioniert die Aufklärung und Testung auf der Szene über die Drogenhilfen oder andere Anbieter oft nur punktuell. Hier wäre es auch sinnvoll, niedrigschwellige Sprechstunden in den Drogenberatungsstellen oder in Druckräumen machen zu können. Dies ist bisher nicht möglich, da wir ja nur an unserem Niederlassungsort behandeln dürfen. Eine Schwierigkeit ist oft, dass die Drogenkonsument\*innen es nicht schaffen, nur wenige Kilometer (manchmal auch wenige Hundertmeter) von der Drogenberatungsstelle in die Praxis zu kommen. Aber wenn der Patient nicht zum Arzt kommt, muss der Arzt eben zum Patienten kommen. Wir bräuchten zudem auch eine große öffentliche Kampagne, um die sicherlich große Dunkelziffer der chronischen

Hepatitis C zu verringern. Das Angebot von HCV- und HBV-Screening im Rahmen der Gesundheitsvorsorge ist schon mal ein Schritt in die richtige Richtung.

*Gibt es Patient\*innen, deren Hepatitis C Sie eher nicht behandeln würden?*

**Doris Höpner:** Eher nicht. Ich bin gut vernetzt. Bei schwerkranken zirrhotischen Patient\*innen, die eventuell sogar dekompensiert oder Hepatitis B co-infiziert sind, hole ich auf jeden Fall konsiliarische Beratung bei einer hepatologischen oder infektiologischen Kolleg\*in ein bzw. bespreche den „Fall“ im Vorfeld. Diese Patient\*innen versuche ich zumindest einmalig der Kolleg\*in vorzustellen. Das geht einfacher, wenn die Kolleg\*in den Patienten bereits kennt, falls es zu Komplikationen in der Behandlung kommt (passiert aber eher selten). Die Behandlung der Hepatitis C findet dann aber immer bei uns statt, das ist immer besser – wir sind näher dran.

Der einzige Hinderungsgrund für eine HCV-Therapie ist für mich eine schlechte Adhärenz. Patient\*innen, die nicht recht wollen, klären wir auf, machen manchmal ein wenig Angst (Leberzirrhose kennen alle), und fragen immer wieder nach. Und zwar nicht nur wir Ärzt\*innen, sondern auch unsere MFAs.

*Wie motivieren Sie Patient\*innen, mit der Hepatitis-C-Therapie zu starten?*

**Doris Höpner:** Je nach Hemmnis seitens des Patienten motivieren wir mit Argumenten wie keine Nebenwirkungen, nur 8 oder 12 Wochen Therapiedauer, nicht mehr infektiös sein, sich im Anschluss fitter zu fühlen, weniger müde zu sein... Und manchmal bahnen wir den Kontakt zu bereits behandelten Patienten. Bei Aufnahme in die Substitution screenen wir neben anderen Infektionskrankheiten auch immer auf Hepatitis C. Wichtig ist uns, dass jede Patient\*in ihren HCV-Status kennt und benennen kann. Das erfragen wir auch immer wieder, durchaus auch um das Krankheitsbewusstsein zu aktivieren. Wir motivieren auch die betreuenden Sozialarbeiter\*innen, den HCV-Status abzufragen und sich immer wieder zu erkundigen, wie es betreffs der Hepatitis-Erkrankung weitergeht. Vor der Behandlung erfolgt immer eine Abdomensonographie und wenn möglich auch ein Fibroscan. Resultierende Befunde – besonders auch Angaben in kPa unterstützen oft die Motivation der Patient\*innen. Außerdem sage ich den Patient\*innen auch oft, wie teuer die HCV-Therapie ist. Das empfinden Patient\*innen oft als Wertschätzung ihnen gegenüber und motiviert sie auch, die Tabletten regelmäßig einzunehmen.

Grundsätzlich behandle ich Hepatitis C bei allen Patient\*innen, die es wollen. Meine Botschaft an die Drogengebraucher\*innen lautet: Wir sind eine Substitutionspraxis und eine Hausarztpraxis und sie dürfen kommen und sich behandeln lassen, ohne dass sie substituieren müssen. Sie dürfen weiter konsumieren. Aber vielleicht kommt ja dann doch der eine oder die andere auch mal in die Substitution.....

*Vielen Dank für das Gespräch Frau Höpner.*



## Literatur

1	Sarrazin C et al. Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. Z Gastroenterol 2020; 58:1107-1131
2	Robert Koch-Institut. Epidem Bulletin 30/31 2020; <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/30-31_20.pdf">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/30-31_20.pdf</a>
3	Buggisch P et al. Barriers to Hepatitis C Virus Elimination in Germany: Why Aren't Diagnosed Patients Initiating Therapy?. ILC 2020; Poster SAT-286
4	Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. <a href="https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/BJNR104510000.html">https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/BJNR104510000.html</a>
5	Sarrazin C et al. S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV) -Infektion. Z Gastroenterol 2018; 56:756-838
6	Gemeinsamer Bundesausschuss. <a href="https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/912/">https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/912/</a>
7	Robert Koch-Institut. Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland – DRUCK-Studie. Abschlussbericht 2016; <a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf">https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf</a>



### Einführung und Durchführung der Interviews

Andrea Warpakowski  
Medizinjournalistin

abbvie



GILEAD



MYR  
Pharmaceuticals

**Chemsex-Beratung:** Dr. med. Martin Viehweger **Datenmanagement:** Dr. med. Stefan Preis **Dermatologie:** Dr. med. Robert Jablonka **Diabetologie/Endokrinologie:** Dr. med. Sebastian Noe **Genetik:** Dr. rer. nat. Dipl. Biol. Eckart Schnakenberg **Gynäkologie:** PD Dr. med. Andrea Gingelmaier **Hepatologie:** Prof. Dr. med. Markus Cornberg, Dr. med. Patrick Ingiliz, PD Dr. med. Johannes Vermehren, PD Dr. med. Christian Wasmuth **Immunologie:** Dr. med. Hans Heiken **Infektiologie:** Dr. med. Silke Heldwein, Dr. med. Tim Kümmerle, Dr. med. Anja Meurer, Prof. Dr. med. Jürgen Rockstroh, PD Dr. med. Christoph Wyen, PD Dr. med. Christoph D. Spinner **Kardiologie:** Dr. med. Jost Stalke **Klinische Forschung:** Dr. Eva Wolf, MPH **Lipidologie:** Prof. Dr. med. Werner Richter **Nephrologie:** Dr. med. Ansgar Rieke **Neurologie:** Prof. Dr. med. Gabriele Arendt **Onkologie:** PD Dr. med. Christian Hoffmann, Dr. med. Jan Siehl **Pädiatrie:** Dr. med. Cornelia Feiterna-Sperling **Pharmazie:** Nikola Hanhoff – Pharm., Leonie Meemken – Pharm. **Pneumologie:** Dr. med. Meike Probst **Psychiatrie:** Dr. med. Christian Perro **Suchtmedizin:** Dr. med. Uwe Naumann, Dr. med. Nazifa Qurishi **Virologie:** Patrick Braun - Dipl.biol., PD Dr. med. Jens Verheyen **Arzt- und Medizinrecht:** Christoph Klein – Rechtsanwalt

InXFo hat die Informationen nach bestem Wissen recherchiert. Durch die fortschreitende Forschung auf dem Gebiet HIV/Hepatitis kann keine Verantwortung und Haftung für die Vollständigkeit oder Richtigkeit der Newsletter-Inhalte übernommen werden.

**Herausgeber:** InXFo GmbH, Lutterothstraße 73, 20255 Hamburg

**Logistik-Team:** Patrick Braun, Leonie Meemken, Eva Wolf

**Technischer Support:** Stefan Preis, Clinovate

