

Sonderdruck
1/2020

JATROS

www.universimed.com

Infektiologie &
Gastroenterologie-
Hepatologie



**Auf dem Weg zur Elimination
des Hepatitis-C-Virus
Laufende österreichische
Eliminationsprojekte**

Fachkurzinformation

Vosevi 400 mg/100 mg/100 mg Filmtabletten: Pharmakotherapeutische Gruppe: Direkt wirkendes antivirales Mittel, ATC-Code: J05AP56. Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält 400 mg Sofosbuvir, 100 mg Velpatasvir und 100 mg Voxilaprevir. Sonstige Bestandteile: Sonstige(r) Bestandteil(e) mit bekannter Wirkung: Jede Filmtablette enthält 117 mg Lactose (als Monohydrat). Tablettenkern: Hochdisperses Siliciumdioxid, Copovidon, Croscarmellose Natrium, Lactose (als Monohydrat), Magnesiumstearat, Mikrokristalline Cellulose. Filmüberzug: Eisen(II,III)-oxid (E172), Eisen(III)-oxid (E172), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172), Macrogol, Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid (E171). Anwendungsgebiete: Vosevi wird bei Erwachsenen zur Behandlung der chronischen Hepatitis C-Virusinfektion (HCV) angewendet. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. Gleichzeitige Anwendung mit Arzneimitteln, die starke P-Glykoprotein (P-gp) Induktoren und/oder starke Cytochrom P450 (CYP)-Induktoren sind (z. B. Carbamazepin, Phenobarbital, Phenytoin, Rifampicin, Rifabutin und Johanniskraut). Gleichzeitige Anwendung mit Rosuvastatin oder Dabigatranetexilat. Gleichzeitige Anwendung mit Ethinylestradiol-haltigen Arzneimitteln, wie kombinierte orale Verhütungsmittel oder vaginale Hormonringe. Inhaber der Zulassung: Gilead Sciences Ireland UC, Carrigtohill, County Cork, T45 DP77, Irland. Rezept- und apothekenpflichtig, NR. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Jeder Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu Vosevi ist zu melden an Gilead Sciences GesmbH, Fax-Nr.: +43 (0)1 260 83 99, E-Mail: AustriaSafetyMailbox@gilead.com, und/oder über das nationale Meldesystem an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen, Traisengasse 5, 1200 Wien, Österreich, Fax: +43 (0) 50 555 36207, Website: www.basg.gv.at

Stand der Information: November 2019

Auf dem Weg zur Elimination des Hepatitis-C-Virus

Laufende österreichische Eliminationsprojekte

Eine österreichische Expertengruppe traf sich auf Initiative von Gilead Sciences am Rande des diesjährigen Kongresses der American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) in Boston, um Maßnahmen zum Erreichen des WHO-Ziels einer Hepatitis-C-Elimination bis 2030 für Österreich zu diskutieren.

Weltweit sind ca. 71 Millionen Menschen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert.¹ In Österreich sind Schätzungen zufolge etwa 0,3% der Bevölkerung davon betroffen. Mit der Markteinführung direkt antiviraler Therapeutika („direct-acting antivirals“, DAA) wurde die Therapie der Hepatitis C revolutioniert. Innerhalb von 8 bis 12 Wochen kann das Virus über alle Genotypen (1–6) mit Erfolgsraten von 98% und mehr eliminiert und somit eine vollständige Heilung der Betroffenen erzielt werden.^{2–4} Dasselbe gilt für den Erfolg der Therapie einer chronischen Hepatitis-C-Infektion bei HIV-koinfizierten Personen.⁵ Die modernen Präparate sind im Allgemeinen sehr gut verträglich. Mit einer Dreifachkombination (Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir) steht zusätzlich eine sehr potente „Rescue“-Therapie nach einem – unwahrscheinlichen – Therapieversagen zur Verfügung.³

Die HCV-Therapie wird in Österreich von allen Krankenkassen nunmehr unabhängig vom Vorliegen einer Fibrose oder Zirrhose erstattet. Somit kann jeder HCV-positive Patient behandelt werden, ohne sich vorher einer Leberbiopsie unterziehen zu müssen.

Eine erfolgreiche HCV-Therapie verringert das Risiko für Folgeschäden der Leber wie Fibrose, Zirrhose, Dekompensation sowie für die Entwicklung eines hepatozellulären Karzinoms. Auch extrahepatische Komplikationen wie Diabetes mellitus, chronische Nierenerkrankung und das vasculäre Risiko (z. B. für Schlaganfälle) können durch die Heilung der Infektion reduziert werden. Psychische Komorbiditäten und Folgeerkrankungen wie das „chronic fatigue syndrome“, Depressionen und



Teilnehmende Experten: OÄ Dr. Kristina Dax, Klinik für Interne II, Kepler Universitätsklinikum Linz; Ao. Univ.-Prof. Dr. Peter Ferenci, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien; Prim. Assoc. Prof. Dr. Arnulf Ferlitsch, Abteilung für Innere Medizin I, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien; Ao. Univ.-Prof. Dr. Monika Ferlitsch, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien; Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Gschwantler, 4. Medizinische Abteilung, Wilhelminenspital Wien, Stellvertretender Präsident der ÖGGH; OÄ Dr. Stephanie Hametner-Schreil, Interne IV, Ordensklinikum Barmherzige Schwestern Linz; Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald Hofer, Abteilung für Innere Medizin I, Klinikum Wels-Grieskirchen; Ing. Mag. Dr. Christian Kienbacher, Abteilung für Innere Medizin I, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien; Prim. Univ.-Prof. Dr. Ludwig Kramer, 1. Medizinische Abteilung, Krankenhaus Hietzing Wien; OA Dr. Hermann Laferl, 4. Medizinische Abteilung, SMZ Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien; Prim. Priv.-Doz. Dr. Andreas Maieron, Klinische Abteilung für Innere Medizin II, Universitätsklinikum St. Pölten; Priv.-Doz. Dr. Mattias Mandorfer, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien; Prim. Univ.-Prof. Dr. Markus Peck-Radosavljevic, Abteilung für Innere Medizin, Klinikum Klagenfurt; Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas Reiberger, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien; Univ.-Prof. Dr. Rudolf Stauber, Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Medizinische Universität Graz; OA Dr. Michael Strasser, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Uniklinikum Salzburg; Univ.-Prof. Dr. Heinz Zoller, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Universitätsklinik Innsbruck

Angststörungen werden durch die Therapie ebenfalls nachhaltig verbessert.^{6–8} Das ist sowohl für den individuellen Patienten als auch für das Gesundheitssystem, welches die Therapie finanziert, ein wichtiger Faktor. Aus der Heilung der Hepatitis C

resultiert sowohl leberbezogen als auch extrahepatisch eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes der betroffenen Personen. Spätfolgen können somit wirksam reduziert werden, was zur Kosteneffektivität der Therapie beiträgt.^{9–11}

Elimination der Hepatitis C: kommende Herausforderungen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat nun mit der „Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis“ ambitionierte Ziele ausgerufen. Bis 2030 sollen 90% der chronischen Hepatitis-C-Patienten diagnostiziert sein und davon 80% behandelt werden.¹² Neuinfektionen sollen darüber hinaus bis 2020 um 30% und bis 2030 um 90% reduziert werden. Hier sind natürlich auch Reinfektionen nach erfolgreicher Therapie zu beachten.

„Für Österreich gibt es keinen offiziellen nationalen Eliminationsplan, im Rahmen von sogenannten Mikroeliminationsprojekten tut sich allerdings einiges, um das Ziel der WHO zu erreichen“, fasst Prim. Univ.-Prof. Michael Gschwantler vom Wilhelminenspital Wien die aktuelle Situation in Österreich zusammen.

Derzeit bestehen demnach zumindest zwei große Aufgabenfelder: das des Screenings bzw. der Steigerung der Diagnoserate und das der Therapie.

Datenbasis für Ausgangslage und Reevaluation

Auf Basis der für Tirol verfügbaren epidemiologischen Daten hat ao. Univ.-Prof. Heinz Zoller von der Medizinischen Universität Innsbruck gemeinsam mit dem Center for Disease Analysis (CDA) die zu erwartende Entwicklung der Prävalenzzahlen berechnet, ausgehend vom Status quo hinsichtlich der Therapiestrategie und der Anzahl der Patienten in Therapie. Um das WHO-Ziel für 2030 zu erreichen, müssten auf Basis dieses Modells zwischen 2015 und 2030 etwa 1000 Patienten neu diagnostiziert und behandelt werden, um 1200 Neuinfektionen zu verhindern. Dadurch könnten 150 Leberzirrhosen und damit assoziierte Folgeerkrankungen verhindert werden.¹³ Prim. Univ.-Prof. Harald Hofer und Prim. Univ.-Prof. Markus Peck-Radosavljevic haben nach diesem Vorbild Berechnungen für Oberösterreich und Kärnten erstellt.

Da aktuell für Österreich keine ausreichend exakten Prävalenzdaten zur Verfügung stehen, wird es jedoch nur annäherungsweise möglich sein, die geforderten Prozentzahlen zu erbringen. Derzeit wird die Zahl der Hepatitis-C-Patienten in Ös-

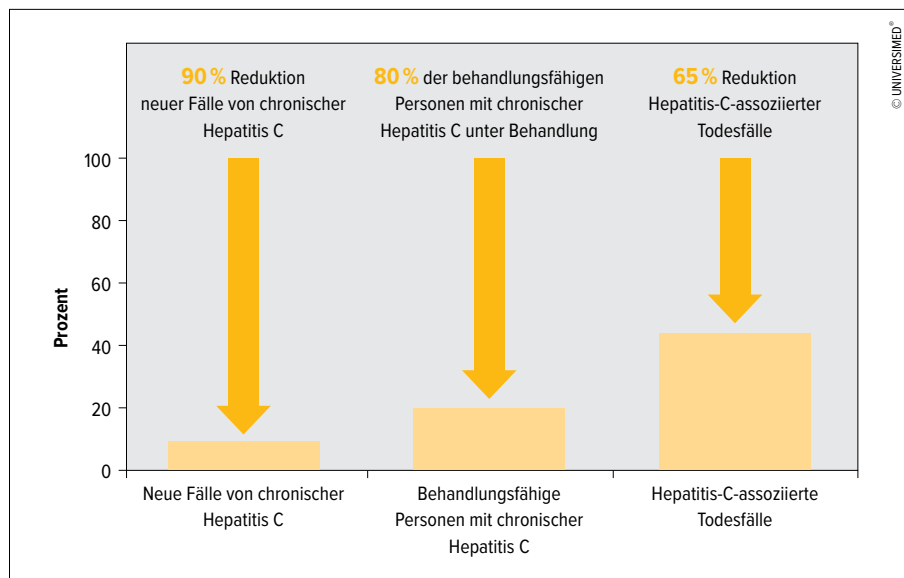


Abb. 1: WHO-Ziele zur Elimination der viralen Hepatitis C bis 2030 (Quelle: WHO Global Health Sector Strategy in Viral Hepatitis, 2016-21)

terreich mit etwa 20 000 bis 30 000 angegeben, die Mehrheit davon soll im Drogenmilieu angesiedelt sein. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz kümmert sich aktuell, gemeinsam mit der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), um die Verbesserung der Datenqualität, wie im letzten – ebenfalls von Gilead Sciences initiierten – Treffen der Expertengruppe „HepC Elimination 2.0“ berichtet wurde.

„Das WHO-Ziel in Angriff zu nehmen bedeutet auch die Notwendigkeit einer ständigen Reevaluation des Status quo“, betont Prim. Univ.-Prof. Gschwantler. „Nur so können wir annähernd den Überblick behalten, wie sich die Prävalenz- und Inzidenzzahlen entwickeln und ob schlussendlich die Ziele der WHO für 2030 in Österreich erreicht werden“, führt er aus.

Identifikation und Screening von Risikopopulationen

Eine der größten verbleibenden Herausforderungen in der Elimination der Hepatitis C ist die Steigerung der Diagnoserate bei einer Erkrankung mit einer sehr hohen Dunkelziffer.

Der Begriff „Risikopopulationen“ darf in diesem Kontext keinesfalls einseitig verstanden werden. Eine Stigmatisierung ist dabei tunlichst zu vermeiden. Die Anste-

ckung mit dem Hepatitis-C-Virus erfolgt, indem es in die Blutbahn gelangt. Über Wunden in Haut und Schleimhäuten kann das Virus in die Blutbahn eindringen. Dementsprechend sind häufige Infektionswege das Teilen von Drogen-Injektionsbesteck („needle sharing“), aber auch gemeinsam verwendete Utensilien für den nasalen Konsum von Drogen und bestimmte Sexualpraktiken.¹⁴ Daher sind in Österreich die Hochrisikopopulationen bei Personen mit i.v. Drogenkonsum („people who inject drugs“, PWID), bei inhaftierten Menschen und homosexuellen Männern („men who have sex with men“, MSM) mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern, die bestimmte Risikopraktiken anwenden, zu finden. Ein Risiko einer Infektion mit Hepatitis C haben aber beispielsweise auch Personen, die Blutprodukte vor dem Jahr 1992 erhalten haben, da diese nicht auf Hepatitis C getestet waren (siehe Kasten Risikoselbsteinschätzung). „Darüber hinaus ist die Gruppe der HIV-infizierten Patienten in Österreich aufgrund der ‚Austrian HIV Cohort Study‘ (AHIVCOS) sehr gut definiert und erreichbar. Da diese häufig aus den oben genannten Risikogruppen stammen, ist eine Koinfektion mit Hepatitis C relativ häufig. Das Risiko für Endorganschäden und das Karzinomrisiko sind bei HIV/HCV-koinfizierten Patienten zusätzlich erhöht, weshalb hier eine Therapie für den individuellen Patienten ausgespro-

chen wichtig ist“, führt Assoc. Prof. Thomas Reiberger, MedUni Wien, aus.

Auf diese Risikogruppen (PWID, bestimmte MSM, inhaftierte Personen, HIV/HCV-Koinfizierte) gilt es sich vorerst zu konzentrieren, war sich die Expertengruppe einig. Es gilt also die Risikopopulation einer HCV-Infektion exakt zu definieren, konsequent zu screenen und bei positivem HCV-RNA-Nachweis ein entsprechendes Therapieangebot zu stellen. Hierfür steht mit einem Speicheltest ein sehr wirksames und breit anwendbares Tool zur Verfügung, welches unter den primären Kontaktpersonen und Anlaufstellen wie Substitutionsärzten, Suchthilfestellen und Schwerpunkt Apotheken Verbreitung finden sollte, betonen die Spezialisten.

Ähnlich beschreibt auch ao. Univ.-Prof. Peter Ferenci, MedUni Wien, das erprobte Vorgehen in der Gruppe jener Patienten, die sich im Rahmen einer Blutplasmaspende infiziert haben. Durch konsequente Einbestellung der Plasmaspender zur Hepatitis-C-Screening-Untersuchung konnten viele Patienten einer Therapie und Heilung zugeführt werden. „In der Gruppe der Plasmaspender sind heute kaum noch infizierte Menschen zu finden“, schließt der erfahrene Experte dieses Thema.

Therapie als Prävention

In Österreich laufen aktuell mehrere sogenannte Mikroeliminationsprojekte, die sich auf die Hauptaufgaben des Screenings von Risikopopulationen, den Aufbau von Kooperationen und die Einrichtung möglichst niederschwelliger Therapiesettings konzentrieren.

Personen mit intravenösem Drogenkonsum

Durch das Teilen von Injektionsbesteck und das gemeinsame Verwenden von Nadeln kann das HCV leicht übertragen werden. Daher ist die Risikogruppe der PWID besonders für Neu- und Reinfektionen anfällig. „Unter PWID gibt es wiederum verschiedene Gruppen. Jene mit einer hohen Therapietreue, andere mit einer ‚borderline compliance‘ und solche, mit denen aktuell kein nachhaltiger Behandlungsplan durchgeführt werden kann“, fasst Prim. Univ.-Prof. Gschwantler zusammen. Sie zählen aufgrund des erfolgs als auch des

häufig trotz Substitution weiter aufrechten i.v. Drogenkonsums zur Population mit einem hohen Risiko für einen positiven Befund, Neuinfektionen oder Reinfektionen.

Hier gilt es speziell auf die Gruppe der Patienten mit „borderline compliance“ im Sinne einer „open door policy“ einzugehen, sind sich alle anwesenden Spezialisten einig. Barrieren sollen abgebaut und die Patienten nicht durch Hindernisse, wie beispielsweise lange Wartezeiten, verloren werden. Auch dieser Ansatz scheint international kosteneffektiv zu sein.¹⁵

Zu Beginn der österreichischen Diskussionsrunde wurde von Prof. Alex Thompson, St. Vincent’s Hospital Melbourne, das laufende „Treatment as prevention“ (TAP)-Projekt vorgestellt.¹⁶ Auch in Australien ist laut Prof. Thompson die Majorität der HCV-Patienten unter PWID zu finden. Primär hat man hier verstanden, dass es auch das soziale Netzwerk einer PWID ist, um das man sich verstärkt kümmern muss, da PWID oft Nadelmaterial teilen bzw. auch durch Sexualkontakte Reinfektionen von bereits behandelten Personen vorkommen. In diesem Projekt besucht speziell ausgebildetes Pflegepersonal mit einem Kleinbus die PWID beispielsweise im Umfeld sogenannter ‚safe-injecting rooms‘, also an Orten, in denen PWID straffrei i.v. Drogenkonsum mit sauberem Nadelmaterial ermöglicht wird. Teilnehmer wurden hinsichtlich ihres HCV-Status gescreent und bei positivem Ergebnis niederschwellig zur DAA-Behandlung ans Zentrum angebunden. Zusätzlich konnten die Patienten ihre „Needle sharing“-Partner im Sinne einer „Treat your friends“-Strategie für ein Screening nominieren und damit ggf. ebenfalls einer DAA-Therapie zuführen – ein hervorragendes Beispiel für direkte Partizipation im Feld der Betroffenen und die Ausweitung der Reichweite. Das Projekt wurde durch die öffentliche Hand und einen Grant von Gilead Sciences finanziert.

„Directly observed therapy“

Opiatabhängige Patienten, die in ein Substitutionsprogramm eingeschlossen sind, sind aufgrund der laufenden medizinischen Anbindung leicht zu erreichen und eignen sich damit hervorragend, um systematische Screenings auf das Vorhandensein von HCV durchzuführen. Diesen Umstand nutzt Prim. Univ.-Prof. Gschwantler bereits

seit Längerem.¹⁷ In seinem Projekt in Kooperation mit der Suchthilfe Wien und fast 100 Apotheken in Wien werden Patienten, welche unter Opioid-Substitutionstherapie (OST) stehen, gescreent und bei positivem HCV-RNA-Nachweis einem Therapieangebot zugeführt. Die Ausgabe der HCV-Therapie wird dabei an die Ausgabe der OST in der Apotheke gekoppelt. „Das hat den Vorteil einer stabilen Therapieadhärenz und Therapieeffektivität“, so Prim. Univ.-Prof. Gschwantler. Darüber hinaus ist dieses Projekt ein besonderes Beispiel für die Zusammenarbeit verschiedener Stakeholder und nimmt darin eine Vorreiterrolle in Österreich ein. Zudem wurde das Screening der Patienten auf die OST-Bewilligungsstellen erweitert, die zur Bewilligung von Substitutionsrezepten zumeist monatlich frequentiert werden müssen.

Inhaftierte Personen

Assoc. Prof. Reiberger betont die Notwendigkeit, auf die Patienten zuzugehen. Er kommt dem selbst schon seit Längerem nach, indem er inhaftierte Patienten mit HCV und/oder HIV direkt im Gefängnis aufsucht und behandelt. „Die Inhaftierten sollen weiterhin im Rahmen der Eingangsuntersuchung gescreent werden, zudem soll Aufklärung betrieben und nach Einholung einer Einverständniserklärung ein entsprechendes Therapieangebot gemacht werden“, fasst Prim. Priv.-Doz. Andreas Maieron, Universitätsklinikum St. Pölten, das Konzept zusammen, das er zur Umsetzung in niederösterreichischen Haftanstalten vorschlägt. Dieser Ansatz scheint auch kosteneffektiv für das Gesundheitssystem zu sein.⁹

Auch für das Leben nach der Haft hat Assoc. Prof. Reiberger eine Broschüre vorbereitet, in der Empfehlungen für die weitere gesundheitliche Versorgung und nützliche Kontaktadressen angeführt sind. Durch die weitere Anbindung an Hausärzte und OST-verschreibende Kollegen bzw. bei bestehender Hepatitis-C-Erkrankung an das HCV-Zentrum am AKH über das HCV-Phone (siehe unten) soll der weitere Kontakt sichergestellt und spätestens nach Haftentlassung eine Therapie ermöglicht werden.

Homosexuelle Männer

Einige Sexualpraktiken von MSM führen zu einem erhöhten Risiko einer Infek-

tion mit sexuell übertragbaren Erkrankungen wie der Hepatitis C. Sogenannte „Chemsex-Partys“, bei denen v.a. unter dem Einfluss synthetischer Drogen die Schwelle zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr deutlich herabgesetzt ist, führen zu erhöhten Raten von Neuinfektionen und Reinfektionen. Assoc. Prof. Reiberger schätzt, dass sich die infrage kommende Population in Wien auf etwa 2000 Personen beläuft. Laut seinen Zahlen aus Wien ist die Gruppe, die sexuelle Hochrisikopraktiken ausübt, deutlich im Zunehmen begriffen. Diesen soll ein HCV-Screening kostenlos zur Verfügung gestellt und bei positivem Testergebnis niederschwellig eine Anbindung und Therapie über das HCV-Phone (siehe unten) ermöglicht werden.

Diagnostizierte, aber nie therapierte Patienten

Viele Patienten werden aus unterschiedlichen Gründen (z. B. vor einer Operation, bei einem Krankenhausaufenthalt etc.) auf das Vorliegen möglicher Infektionskrankheiten untersucht. Handelt es sich beispielsweise um einen kleinen Akuteingriff, kann es vorkommen, dass diesen Patienten entweder das Ergebnis nie mitgeteilt oder keine Therapie bzw. keine Anbindung an eine hepatologische Spezialambulanz angeboten wurde. Diese Personen könnten beispielsweise über eine selektive Recherche der krankenhausinternen Laborergebnisse gefunden, einberufen und einem Therapieangebot zugeführt werden. Entsprechende Projekte wurden bereits initiiert, in denen durchaus relevante Fallzahlen positiver HCV-RNA-Nachweise erbracht wurden. Problematisch könnten hierbei möglicherweise datenschutzrechtliche Bedenken sein, denen jedoch durchaus der individuelle Nutzen der Behandlung einer allfälligen HCV-Erkrankung gegenübersteht, waren sich die Experten einig.

Niederschwelliges Therapieangebot und Simplifizierung

Bei einer derart heterogenen und dynamischen Population sowie bedingt durch die Angst vor einer Stigmatisierung der Betroffenen sind ein niederschwelliges Therapieangebot und ein schneller, unkomplizierter Zugang zu Therapie und medizinischer Anbindung wichtig.

Factbox

- Die moderne Hepatitis-C-Therapie kann über eine kurze Dauer (8–12 Wochen) erfolgen und erreicht Heilungsraten von >98%, bei geringem Risiko von Nebenwirkungen.^{2–5}
- Ohne Therapie erhöht sich das Risiko für hepatische Folgeschäden wie Fibrose, Zirrhose, Dekompensation und das hepatozelluläre Karzinom.^{6–8}
- Selbst extrahepatische Komorbiditäten wie Diabetes mellitus können aggravierern.^{6–8}
- Auch nach virologischer Heilung ist eine hepatologische Nachsorge wichtig.
- Um das WHO-Ziel einer HCV-Elimination bis 2030 zu erreichen ...
 - o ...ist eine enge **Netzwerkbildung** auf allen Ebenen (Politik, niedergelassene Ärzte, Spitäler, Zentren, Apotheken, Suchthilfe, Justizanstalten etc.) nötig.
 - o **Niederschwelliges** Screening und Zugang zur Therapie sind die Grundlage für Erfolg – die aktuelle „Zentrumslösung“ scheint Therapiestrategien zu komplizieren.
 - o Laufende Mikroeliminationsprojekte nehmen dabei Vorreiterrollen ein.

Unten stehende Fragen ermöglichen eine erste Selbsteinschätzung, ob ein mögliches Risiko für eine Hepatitis-C-Infektion besteht.
Bei mir wurden schon einmal erhöhte Leberwerte festgestellt (Transaminasen: GOT/AST, GPT/ALT).
Ich habe vor 1992 eine Bluttransfusion (Fremdblut) bzw. Blutprodukte erhalten.
Ich habe längere Zeit in einem Land mit hoher Verbreitung der Hepatitis C verbracht.
Ich habe mir aktuell oder in der Vergangenheit Drogen intravenös bzw. über die Nase verabreicht.
Ich lebe mit einer Person, die an Hepatitis C erkrankt ist, in einem gemeinsamen Haushalt.
Bei meinem Sexualpartner wurde eine Hepatitis-C-Virusinfektion festgestellt (bei Sexualpraktiken mit Gefahr einer Blut-zu-Blut-Übertragung).

Tab. 1: Screeningfragen zur Selbsteinschätzung des HCV-Infektionsrisikos

Priv.-Doz. Reiberger möchte mit dem „HCV-Phone“ genau dieser Problematik gerecht werden. „Es sollte vermieden werden, dass die Patienten durch die oft sehr mühsame Terminvereinbarung mit der Leitstelle und die Wartezeiten von Wochen abgeschreckt werden und der Kontakt dadurch verloren geht“, betont er. HCV-positive Patienten können sich unter einer telefonischen Hotline melden und entweder direkt einen Termin vereinbaren oder sie werden verlässlich zurückgerufen, sollten sie sich außerhalb der Arbeitszeiten melden. Das „HCV-Phone“ ist somit immer erreichbar und wird auch einer persönlichen und kontinuierlichen Betreuung gerecht, die gerade in dieser Patientenpopulation wichtig ist. Simplifizierung des Therapieablaufs und ein einfacher Zugang zur Behandlung waren für alle Teilnehmer gleichermaßen von zentraler Bedeutung.

Netzwerkprojekte

Bei einem so ambitionierten Vorhaben wie der Hepatitis-C-Elimination bis 2030 benötigt es eine enge Zusammenarbeit aller Stakeholder, darüber waren sich die Experten einig.

Allgemeinmediziner, Psychiater, Apotheken, Suchthilfen, Primärversorgungszentren und Justizanstalten müssen weiter konsequent ins Boot geholt werden. Dadurch kann ein optimaler Kontakt mit Risikopopulationen hergestellt und suffizient gescreent werden. Im Anschluss soll im Sinne der „linkage to care“ eine unkomplizierte Anbindung an ein Therapiezentrum erfolgen.

Beispielsweise könnten in Apotheken, die OST ausgeben, freiwillige Speicheltests angeboten werden. Prim. Priv.-Doz. Maieron bemüht sich hier, ein Netzwerk mit

niederösterreichischen Apotheken und Allgemeinmediziner aufzubauen und der Knappheit an Versorgung und Expertise in ländlichen Regionen entgegenzuwirken. Hierbei soll die initiale Ansprache durch die OST-ausgebenden Apotheker erfolgen und die primäre Aufklärung über Transmission, Gesundheitsrisiko und die moderne nebenwirkungsarme Therapie stattfinden. Die Grunduntersuchung wie auch die Einholung einer Einverständniserklärung entsprechend der DSGVO sollen dann durch den Hausarzt erfolgen. Die virtuelle Erstkonsultation des beteiligten Zentrums am Universitätsklinikum St. Pölten geschieht danach telemedizinisch. Therapieindikation, Chefarztbewilligung und Übermittlung des Rezeptes an die ausgebende Apotheke sollen so vereinfacht geschehen. Die Therapieadhärenz wird nach dem Vorbild beim Vorgehen mit der „directly observed therapy“ gesteigert, indem die DAA-Therapie direkt an die tägliche OST-Ausgabe gekoppelt und unter Aufsicht der Apotheke eingenommen wird

Identifizierte Problemfelder

Neben der grundsätzlichen Finanzierung der HCV-Therapie versicherter Patienten gibt es noch einzelne nicht versicherte Personengruppen (inhaftierte Menschen, Migranten mit unklarem Aufenthaltstitel etc.), bei denen es schwierig ist, eine Erstattung der Therapie zu bewirken. Wichtig ist hier jedoch, zu verstehen, dass diese Patienten weiterhin potenziell im Gesamt-Pool für Neu- und Reinfektionen beinhaltet sind. Eine Therapiekostenübernahme für alle identifizierten Patienten wäre daher vorteilhaft für das Erreichen der Eliminationsziele.

Insgesamt handelt es sich dabei um ein gesellschaftlich sehr negativ besetztes Problemfeld. Bei den Betroffenen könnte Scham bestehen, sich testen zu lassen und sich in weiterer Folge durch ein positives Testergebnis stigmatisiert zu sehen. Diese Barriere möchte die Expertengruppe durch Aufklärungsarbeit auf allen Ebenen senken. Dazu gehört beispielsweise auch die Identifikation von Drogenkonsumenten, die nicht konkret an ein Zentrum angebunden sind, weil sie dies aus unterschiedlichen Beweggründen nicht wünschen oder nur unregelmäßig i.v. oder nasal Drogen

konsumieren und schlicht keinen Bedarf haben, dennoch aber mit HCV-infiziert sein könnten.

Weiters sieht die aktuelle Situation in Österreich vor, dass DAA nur in anerkannten Hepatitis-C-Zentren verordnet werden dürfen. Darüber hinaus ist die Bewilligung des verordneten Präparates chefarztpflichtig. „Daraus entstehen große geografisch-logistische Hürden für den Patienten“, fasst Prim. Priv.-Doz. Maieron die komplizierte Situation, bis der Patient tatsächlich ein DAA-Präparat in Händen hält, zusammen. Eine Möglichkeit, Therapiebarrieren zu reduzieren, wäre, diese Zentrumslösung neu zu evaluieren. „Eine entsprechenden Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) ist für 2020 geplant“, so Priv.-Doz. Mattias Mandorfer.

Über die Mikroeliminationsprojekte hinaus wurde ein generelles „Awareness-Projekt“ vorgeschlagen. Mittels Informationskampagnen über reichweitenstarke Medien könnte Wissen vermittelt und könnten Barrieren abgebaut werden. In der allgemeinen Bevölkerung sollen Patienten durch einfache Fragen (siehe Kasten) aufmerksam gemacht werden und sich gegebenenfalls einer Untersuchung unterziehen.

Insgesamt sollen für die Zielgruppen angepasste, niederschwellige Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik und Therapie in enger Zusammenarbeit aller Stakeholder (weiter-)entwickelt werden. ■

Bericht:

Ing. Mag. Dr. **Christian Kienbacher**
KH Barmherzige Brüder Wien

Quelle:

„Hepatitis C Elimination Roundtable“, Veranstaltung der Firma Gilead Sciences, 10. November, Boston/USA

Literatur:

1 World Health Organization: Global Hepatitis Report 2017; abrufbar unter: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>; zuletzt aufgerufen am 17.11.2019 **2** Mangia A et al.: PLoS One 2019; 14(5): e0215783 **3** Llaneras J et al.: J Hepatol 2019; 71(4): 666-72 **4** Brown RS et al.: J Hepatol 2019; pii: S0168-8278(19)30647-6. doi: 10.1016/j.jhep.2019.10.020. [Epub ahead of print] **5** Chromy D et al.: United European Gastroenterol J 2019; 7(4): 507-16 **6** Ioannou GN, Feld JJ: Gastroenterol 2019; 156(2): 446-60 e2 **7** Colussi G et al.: WJG 2019; 25(40): 6094-106 **8** Mahale P et al.: Gut 2018; 67(3): 553-61

9 Dalgic OO et al.: Scientific Reports 2019; 9(1): 16849 **10** Chhatwal J et al.: Ann Intern Med 2015; 162(6): 397-406 **11** He T et al.: Aliment Pharmacol Ther 2017; 46(8): 711-21 **12** World Health Organization: Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030. Abrufbar unter: <https://www.who.int/hepatitis/publications/hep-elimination-by-2030-brief/en/>; zuletzt aufgerufen am 15.11.2019 **13** Schaefer B et al.: PLoS One 2018; 13(7): e0200750 **14** Chromy D et al.: Clin Infect Dis 2019; pii: ciz948. doi: 10.1093/cid/ciz948. [Epub ahead of print] **15** Barbosa C et al.: Addiction 2019; doi: 10.1111/add.14731. [Epub ahead of print] **16** Hellard M et al.: Int J Drug Policy 2015; 26(10): 958-62 **17** Schutz A et al.: J Viral Hepat 2018; 25(7): 870-3

