

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Volker Beck (Köln), weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 16/10680 –**

Nationale Strategie zur Prävention und Behandlung von Infektionen mit Hepatitis C insbesondere bei Menschen mit intravenösem Drogengebrauch

Vorbemerkung der Fragesteller

Nach Erkenntnissen des Robert Koch-Institutes (RKI) sind in der Bundesrepublik Deutschland derzeit etwa 400 000 bis 500 000 Menschen chronisch mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert. Die Zahl der Infektionen ist ansteigend. So wurden dem RKI 2007 6 859 Neuinfektionen gemeldet. Da viele Infektionen weitgehend unbemerkt verlaufen, schätzen Experten die Zahl der tatsächlichen Neuinfektionen als deutlich höher ein. Bislang existiert kein Impfstoff gegen eine HCV-Infektion.

Besonders gefährdet sind Menschen, die intravenös Drogen gebrauchen. So beträgt die Prävalenz für HCV-Infektionen in der Allgemeinbevölkerung 0,4 Prozent, bei Menschen mit intravenösem Drogengebrauch hingegen mehr als 80 Prozent. Auch die Zahl der Neuerkrankungen ist in dieser Bevölkerungsgruppe deutlich erhöht.

Als problematisch hat sich vor allem erwiesen, dass die Infektionen vor allem bei der genannten Risikogruppe häufig unerkannt bleiben und somit von Infizierten unbemerkt weitergegeben werden. Etwa 60 bis 80 Prozent aller Infektionen werden chronisch und können nach einigen Jahren zu schweren Folgeerkrankungen führen, wie etwa einer Leberzirrhose oder einem Leberzellkarzinom bis hin zum Leberversagen. In vielen Fällen besteht dann die einzige Therapiemöglichkeit in einer Lebertransplantation.

Mit HCV infizierte Drogenkonsumentinnen und -konsumenten sind besonders gefährdet, weil häufig mehrere Faktoren wie weitere Infektionen mit HIV sowie Hepatitis A und B, alkoholbedingte Erkrankungen und ein insgesamt schlechterer Gesundheitszustand den Verlauf der Infektion und der Komplikationen beschleunigen.

Zwar haben in den letzten Jahren Bund, Länder und zivilgesellschaftliche Institutionen verstärkt Anstrengungen für Strategien zur Verbesserung von Präventionsbotschaften und Therapieleitlinien unternommen. Dennoch sind weitere Bemühungen zur Steigerung der Behandlungsquote und zur Förderung zielgruppenspezifischer Präventionsangebote nötig. Bemängelt wird von

Experten vor allem das Fehlen einer nationalen HCV-Bekämpfungsstrategie zum abgestimmten Vorgehen verschiedener Akteure wie Behörden, Verbänden, Drogenberatungsstellen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Justizvollzugsanstalten.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Situation der HCV-infizierten injizierenden Drogenkonsumierenden in der Bundesrepublik Deutschland wird von der Bundesregierung sehr ernst genommen. Die in der Kleinen Anfrage angeführte Zahl von 400 000 bis 500 000 Personen, die in der Bundesrepublik Deutschland chronisch mit HCV infiziert leben, ist eine Schätzung, die auf den Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998 beruht. Der gerade begonnene Deutsche Gesundheitssurvey (DEGS) wird eine aktualisierte Schätzung ermöglichen. Die Zahl der Neuinfektionen mit Hepatitis C steigt allerdings nicht an. Nach den Angaben im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts (RKI) wurden 2005 8 363, 2006 7 561 und 2007 6 858 Hepatitis-C-Fälle verzeichnet. Der Trend wird sich voraussichtlich auch im Jahr 2008 fortsetzen. Der Anteil von intravenös Drogenkonsumierenden bei den Erstdiagnosen beträgt seit 2005 kontinuierlich 35 Prozent.

Die Antikörperprävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden wird insgesamt zwischen 60 Prozent und 80 Prozent geschätzt. In den ambulanten Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe lag der Anteil von HCV-Infizierten bei Patientinnen und Patienten mit illegaler Drogenproblematik nach den Zahlen der Deutschen Suchthilfestatistik bei knapp 50 Prozent, in den Drogenkonsumräumen in Frankfurt, Berlin und Hamburg zwischen 53 Prozent und 31 Prozent.

Zur Verbesserung der präventiven und behandlungsorientierten Angebote fördern das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit einigen Jahren verschiedene Modellvorhaben und Forschungsprojekte. Das BMG hat bereits 2003 ein Expertengespräch zur „Verbesserung der Hepatitis-Prävention und Behandlung für Drogenabhängige“ durchgeführt und fördert seit 2004 das interdisziplinär zusammengesetzte „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“ bzw. dessen Internationale Fachkonferenzen in Berlin (2004), Wien (2005), Bonn (2006) und Hamburg (2007). Ebenfalls gefördert wurde das „Handbuch Hepatitis C und Drogengebrauch – Grundlagen Therapie, Prävention, Betreuung und Recht“, das inzwischen in der zweiten Auflage erschienen ist und auf der Homepage des „Aktionsbündnisses Hepatitis und Drogengebrauch“ heruntergeladen werden kann (<http://www.hepatitisfachtag.org/>). Damit wurde nicht nur das Ziel einer erhöhten Aufmerksamkeit rund um das Thema Hepatitis C erreicht, sondern auch eine interdisziplinäre Plattform zum Wissensaustausch und damit zur Fortbildung geschaffen, an der sich neben einer wachsenden Zahl von Verbänden und Einrichtungen unter anderem die Deutsche Leberstiftung und das RKI beteiligen. Darüber hinaus fördert das BMG derzeit gemeinsam mit dem Land Berlin ein Pilotprojekt zur „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“ in Berlin, in dem innovative Methoden der Hepatitis-Prävention bei Drogenkonsumierenden erprobt werden sollen.

1. a) Welche konkreten Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, um gemeinsamen mit den Ländern und anderen Akteuren die Prävalenz und die Inzidenz (Zahl der Neuerkrankungen) von HCV-Infektionen insbesondere bei Menschen mit intravenösem Drogengebrauch nachhaltig zu senken?

Siehe Vorbemerkung der Bundesregierung. Die verschiedenen Maßnahmen werden auch in den kommenden Jahren fortgesetzt.

- b) Hält die Bundesregierung analog zum „Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie“ eine eigenständige nationale Strategie mit Aktionsplan zur HCV-Bekämpfung für notwendig?

Wenn nein, warum nicht?

Ein separater Aktionsplan für Hepatitis C ist nicht erforderlich. Alle Elemente eines solchen Aktionsplanes zur Hepatitis-C-Bekämpfung (Prävention, Therapie und Vernetzung) werden bereits umgesetzt. Da eine Schutzimpfung gegen Hepatitis C nicht verfügbar ist, zielen Präventionsmaßnahmen darauf, die bekannten Übertragungsrisiken zu minimieren. Die wichtigsten präventiven Maßnahmen, d. h. die Untersuchung von Blut- und Gewebespendern und die Verwendung virusinaktivierter Blutprodukte, sind in der Bundesrepublik Deutschland bereits gesetzlich geregelter Standard.

Die Prävention berufsbedingter Infektionen sowie der Hepatitis-Übertragung im Rahmen invasiver Maßnahmen (z. B. Tätowierung) ist durch allgemeine Hygienevorschriften abgedeckt. Maßnahmen zur Reduktion der gesundheitlichen Risiken von Menschen mit intravenösem Drogengebrauch („harm reduction“) zielen auf sämtliche auf diesem Wege übertragbare Infektionskrankheiten, d. h. auch auf Hepatitis C ab.

Die Therapie der Hepatitis C ist Bestandteil der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus fördert die Bundesregierung das Kompetenznetz Hepatitis, in dem Forscherinnen und Forscher an Universitätskliniken, Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Patienten-Selbsthilfegruppen eingebunden sind. Dieses Netz unterstützt die bundesweite Hepatitis-Forschung und Entwicklung von einheitlichen Diagnose- und Therapiestandards.

- c) Hält die Bundesregierung eine Ergänzung des „Aktionsplans zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie“ um Aspekte der Verhinderung von HCV und weiterer Hepatitis-Erreger für notwendig?

Wenn nein, warum nicht?

Der Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie ist bereits im März 2007 vom Bundeskabinett verabschiedet worden. Eine Ergänzung ist nicht vorgesehen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1b verwiesen.

2. a) Wie bewertet die Bundesregierung die vorhandenen verhaltens- und verhältnisbezogenen Angebote zur HCV-Prävention bei Menschen mit intravenösem Drogengebrauch?

Die vorhandenen verhaltens- und verhältnisbezogenen Angebote zur HCV-Prävention sind im internationalen Vergleich betrachtet auf einem guten Niveau. Verbesserungsmöglichkeiten wurden auf den genannten Fachkonferenzen regelmäßig erörtert. Mit dem Pilotprojekt zur „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“ werden verschiedene der dort diskutierten Ansätze im Rahmen eines Modellprojektes erprobt. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet, so dass am Ende der Laufzeit 2011 die Ergebnisse auch anderen Einrichtungen zur Verfügung stehen.

- b) Sieht die Bundesregierung Bedarf gemeinsam mit den Ländern die Präventionsangebote im Strafvollzug zu verbessern?

Wenn ja, auf welche Weise will die Bundesregierung dies erreichen?

Wenn nein, warum nicht?

Für den Strafvollzug sind die Länder zuständig. Eine Beteiligung der Bundesregierung an Verbesserungen im Bereich der HCV-Prävention im Strafvollzug, die seitens der Länder angestoßen werden, ist nicht ausgeschlossen. Ein erstes Gespräch mit dem Strafvollzugausschuss der Länder, das auch die Situation der HCV-Infektionen in Haft zum Thema hatte, fand bereits statt. Dieser Dialog soll mit den Ärzten und medizinischen Diensten im Strafvollzug fortgesetzt werden.

- c) Hält die Bundesregierung den derzeitigen Umfang von Spritzenumtauschprogrammen (24 Std. Zugänge über Automaten, Spritzenumtauschprogramme in den Drogenberatungsstellen, Umtausch in den Apotheken etc.) und anderen Maßnahmen zur Schadensminderung (Vergabe von sterilem Injektionsbesteckzubehör, Aufklärung, Trainings etc.) für ausreichend?

Wenn nein, welche zusätzlichen Maßnahmen hält die Bundesregierung für notwendig?

Ja

- d) Hält die Bundesregierung den Umfang von Spritzenumtauschprogrammen und anderen Maßnahmen zur Schadensminderung im Strafvollzug für ausreichend?

Wenn nein, auf welche Weise will die Bundesregierung auf eine Ausweitung dieser Angebote hinwirken?

Die Verteilung von Spritzen an intravenös Drogenkonsumierende in Haft wurde seit etwa Mitte der 90er Jahre in verschiedenen Gefängnissen erprobt und in insgesamt sieben Gefängnissen über einen längeren Zeitraum durchgeführt. Mit Ausnahme eines Gefängnisses für Frauen in Berlin wurden diese Programme inzwischen wieder eingestellt. Zuständig für den Umfang von Spritzenaustauschprogrammen und von anderen Maßnahmen zur Schadensminimierung im Strafvollzug sind die Länder.

3. Wie bewertet die Bundesregierung den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand bei HCV zur Epidemiologie, zu aktuell relevanten Übertragungswegen, Zugang zur Behandlung und zur Evidenz von verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen insbesondere bei Menschen mit intravenösem Drogengebrauch?

Auf welche Weise will die Bundesregierung auf eine Verbesserung des wissenschaftlichen Erkenntnisstands hinwirken, sofern sie Bedarf für weitere Untersuchungen sieht?

Nach § 7 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) gilt eine Meldepflicht für alle Nachweise einer Hepatitis C, soweit nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt. Allerdings erlauben die positiven Seromarker der Hepatitis C keine Rückschlüsse auf die Dauer der Infektion, so dass gerade bei der Hepatitis C nicht immer sicher entschieden werden kann, ob es sich um eine akute oder chronische Infektion handelt. Nach der Einführung des IfSG haben sich die Qualität und Vollständigkeit der Meldedaten deutlich verbessert. Um Informationen zu möglichen Übertragungswegen zu erhalten und vorangegangene Expositionen zu erfassen, wurde im regulären Meldeverfahren ein so genannter

Risikofragebogen eingeführt. Die Zahl der gemeldeten Fälle ging in den vergangenen drei Jahren zurück (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung). Im Jahr 2006 wurden in 5 686 Fällen in den Risikofragebögen mögliche Übertragungswege übermittelt (76 Prozent). Angegeben wurden intravenöser Drogengebrauch (35 Prozent), sexuelle Exposition (22,9 Prozent), vorwiegend längere Zeit zurückliegende operativ-diagnostische Eingriffe (24 Prozent) bzw. Erhalt von Blutprodukten (14 Prozent), Tätowierungen (11 Prozent) und Injektionen im Ausland (10 Prozent). Seit 1999 wurde jedoch bei Blutspendern zusätzlich zum Antikörpernachweis der Hepatitis-C-Genomnachweis eingeführt, so dass inzwischen das Übertragungsrisiko als extrem niedrig eingeschätzt wird (1 Fall auf 5 Millionen Blutspenden).

Die Bundesregierung schätzt den vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zur Epidemiologie, zu den Übertragungswegen, zum Zugang zur Behandlung und zur Evidenz von Präventionsmaßnahmen unter anderem anhand der Meldungen nach dem IfSG bzw. der Deutschen Suchthilfestatistik sowie wissenschaftlichen Veröffentlichungen und den zu erwartenden Ergebnissen aufgrund laufender, vom BMG geförderten Studien (z. B. PREMOS) als derzeit ausreichend ein.

4. a) Auf welche Weise will die Bundesregierung den Zugang zu HCV-Tests für Personen mit intravenösem Drogengebrauch verbessern?

Der Zugang zu zielgruppenorientierten Diagnose- und Therapieeinrichtungen für Personen in der Bundesrepublik Deutschland, die intravenös Drogen gebrauchen, wird als gut eingeschätzt. Entsprechende Einrichtungen umfassen die Bereiche niedergelassener Ärzte in Praxen, insbesondere mit dem Schwerpunkt Substitution bzw. Suchtmedizin, infektiologische Klinikambulanzen an Krankenhäusern und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens. Auch im Justizvollzug besteht Zugang zu Diagnostik und Therapie. Diese Einrichtungen sollten weiterhin gestärkt und unterstützt werden. Insbesondere sollte aufklärend darauf hingewirkt werden, dass eine Therapie der Hepatitis C auch dann eingeleitet und durchgeführt werden kann, wenn noch nicht auf den Drogengebrauch verzichtet wurde. Auch die kombinierte Therapie von Hepatitis C und HIV ist möglich und entsprechende infektiologische Schwerpunkteinrichtungen sollten gestärkt werden.

- b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Behandlungsquote von HCV-Infizierten mit intravenösem Drogengebrauch?

Zur Behandlungsquote von HCV-Infizierten mit intravenösem Drogengebrauch liegen keine bundesweiten Informationen vor. Für die Gruppe der Substituierten hat die repräsentative COBRA-Studie, die etwa 2 700 Substitutionspatientinnen und -patienten im Verlauf von 24 Monaten untersucht hat, gezeigt, dass die HCV-Infektionsrate von 67 Prozent zu Beginn auf 50 Prozent am Ende des Untersuchungszeitraum reduziert werden konnte.

- c) Auf welche Weise will die Bundesregierung die Behandlungsquote in dieser Bevölkerungsgruppe erhöhen?

Siehe Vorbemerkung der Bundesregierung und die Antwort zu Frage 2b.

- d) Inwiefern sieht die Bundesregierung Defizite beim Zugang zum fach-/schwerpunktmedizinischen Hilfesystem für an HCV erkrankte Patientinnen und Patienten, die eine Entzugstherapie gerade abgeschlossen haben, sich in Substitutionsbehandlung befinden oder mit aktuell intravenösem Drogengebrauch (bitte gesondert beantworten)?

Der Bundesregierung liegen aktuell keine Erkenntnisse über Defizite hinsichtlich des Zugangs zum medizinischen Hilfesystem nach einer Entzugsbehandlung, in der Substitutionsbehandlung oder bei aktuell intravenös Drogenkonsumierenden vor.

- e) Sieht die Bundesregierung Defizite bei der HCV-Therapie im Bereich des Strafvollzugs oder in anderen Settings wie der stationären Rehabilitation?

Wenn ja, wie will sie gemeinsam mit den Ländern auf eine Verbesserung der Behandlungssituation in diesen Einrichtungen hinwirken?

Siehe die Antwort zu Frage 2b.

Für den Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation ehemals Drogenabhängiger sind die Träger der Rentenversicherung zuständig.

5. Sieht die Bundesregierung Defizite bei speziellen Präventions- und Therapieangeboten für intravenös Drogen gebrauchende Migrantinnen und Migranten?

Wenn ja, auf welche Weise will sie auf deren Behebung hinwirken?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass in der Sucht- und Drogenhilfe die Versorgung von Migrantinnen und Migranten (das schließt die intravenös Drogenkonsumierenden mit ein) verbessert werden kann. Das BMG plant deshalb aufgrund der im Rahmen einer Ausschreibung im Frühjahr 2008 eingegangenen Anträge ab 2009 für die Dauer von drei Jahren beispielhafte Modellvorhaben zu fördern, die den Zugang von Migrantinnen und Migranten zum Sucht- und Drogenhilfesystem erhöhen sollen. Eine wissenschaftliche Begleitung aller Modellvorhaben soll den Transfer der erfolgreichen Ansätze in das Regelversorgungssystem unterstützen.

Ein Beispiel für die besondere und erfolgreiche Ausrichtung von HCV-Präventions- und Therapieangeboten für Migrantinnen und Migranten wurde bei der Fachkonferenz des Aktionsbündnisses gegen Hepatitis und Drogengebrauch vorgestellt.

6. Sieht die Bundesregierung Defizite bei speziellen Präventions- und Therapieangeboten für junge erst kurzzeitig intravenös Drogen injizierende Drogenkonsumenten?

Wenn ja, auf welche Weise will sie auf deren Behebung hinwirken?

Die Bundesregierung sieht derzeit keine Defizite bei speziellen Präventions- und Therapieangeboten für junge, erst kurzzeitig intravenös konsumierende Drogenabhängige.

7. Wie bewertet die Bundesregierung die Kritik (4. Internationaler Fachtag HCV im September 2007), wonach das Fehlen von Suchtmedizinerinnen und -medizinern neben der geregelten Substitution von infizierten Drogenkonsumentinnen und -konsumenten auch die antivirale Behandlung der chronischen Hepatitis C behindert?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass in der Bundesrepublik Deutschland derzeit ausreichend viele ausgebildete Suchtmedizinerinnen und Suchtmediziner tätig sind. Eine Einschätzung, inwieweit Defizite in der antiviralen Behandlung vorhanden sind, muss berücksichtigen, dass die Behandlungsmotivation der Betroffenen durch die häufig vorkommenden gravierenden Nebenwirkungen nicht besonders ausgeprägt ist.

8. Wie bewertet die Bundesregierung die Kritik (4. Internationaler Fachtag HCV im September 2007), nach der es bei Hepatologen und Gastroentologen eine geringere Bereitschaft zur Behandlung von HCV-infizierten Drogenkonsumentinnen und -konsumenten gibt?

Auf welche Weise will die Bundesregierung gegebenenfalls darauf hinwirken, die Bereitschaft von Facharztgruppen wie Hepatologen und Gastroentologen zu erhöhen, bei vorliegender medizinischer Indikation auch nicht-suchtmittelabstinent lebende (substituierte bzw. auch aktuell injizierende) HCV-Infizierte zu behandeln?

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin hat bereits im Jahr 2006 auf einer Konsensus-Konferenz eine Leitlinie für die Therapie der chronischen Hepatitis C bei intravenös Drogenkonsumierenden verabschiedet. Die Beauftragte der Bundesregierung für Drogenfragen hat sich dafür eingesetzt, dass bei der Überarbeitung der Leitlinie „Behandlung der Virushepatitis C“ der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) die Erkenntnisse und Empfehlungen des US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH) von 2002 und der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin von 2006 berücksichtigt werden. Sofern es eine geringere Bereitschaft von Hepatologen und Gastroentologen zur Behandlung von HCV-infizierten Drogenkonsumierenden gegeben haben sollte, dürfte die Behandlungsmotivation mit der Verabschiedung der überarbeiteten Leitlinie im Herbst 2008 ansteigen.

