

1. interdisziplinärer HCV Qualitätszirkel

„Hepatitis C und Drogengebrauch“

Protokoll des 1.Zirkels vom 6.12.2006

Experte: Prim. Dr. Michael Gschwantler

Moderation: Dr. Hans-Joachim Fuchs

Leitung: Dr. Hans Haltmayer

Ort: Hotel Regina (Salon Franz Josef)

1090; Rooseveltplatz 15

A.) Begrüßung der Teilnehmer, Einleitung und Vorstellung des Projektes:

Der heutige Zirkel ist der erste einer Serie von insgesamt fünf Veranstaltungen. Veranstalter ist die „Österr. Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS) in Kooperation mit der Wiener Ärztekammer. Die Veranstaltung ist mit 4 DFP-Punkten approbiert und gilt als „Drogenqualitätszirkel“ zur Verrechnung der Pos. 761 mit der WGKK.

Im Jahr 2007 wird ein Zirkel pro Quartal statt finden. Der Veranstaltungsort bleibt gleich, die Termine werden noch bekannt gegeben.

Das Ziel der Veranstaltungsserie ist die Bildung eines multidisziplinären Netzwerks rund um die medizinische Abteilung (mit Hepatitis-Ambulanz) des Wilheminspitals, zur Optimierung von Vorbetreuung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge HCV-infizierter DrogengebraucherInnen. Neben einer Verbesserung der Kommunikation und Entwicklung eines Krisenmanagements wird die Identifizierung und Beseitigung von Behandlungsbarrieren angestrebt.

B.) Die Teilnehmer stellen sich vor:

Die anwesenden niedergelassenen Allgemeinmediziner betreuen in ihren Ordinationen jeweils zwischen 25-80 Substitutions-Patienten. Anwesend sind der ärztliche Leiter und zwei ärztliche Mitarbeiterinnen einer großen Wiener Drogeneinrichtung (Dialog) sowie zwei Vertreterinnen einer Selbsthilfeeinrichtung, der Hepatitis Hilfe Österreich (HHÖ).

Der Moderator (Dr. Hans-Joachim Fuchs) betreibt selbst eine suchtmmedizinische Schwerpunktpaxis (mit ca. 200 Substitutionspatienten). Als Vorstand der 4.Medizinischen Abteilung im Wilheminspital steht Prim. Univ.-Prof. Michael Gschwantler als internistischer Experte zur Verfügung. Geleitet wird der Zirkel von Dr. Hans Haltmayer, Ärztlicher Leiter des Ambulatorium Ganslwirt.

In einer ersten Runde werden Erwartungen an die heutige Veranstaltung, sowie Statements und offene Fragen zum Thema abgegeben.

Hepatitis Hilfe Österreich

Bieten Patienteninformation auf dem neuesten Stand der Wissenschaft (Beratung, Folder, etc.). Machen Öffentlichkeitsarbeit (Veranstaltungen, Plakate, etc.) und leisten Aufklärungsarbeit.

Info-Point-Gesunde-Leber in Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK): jeden 4. Donnerstag im Monat im medizinische Bereich des WGKK-Kundencenters Gasometer (1110; Guglgasse 8, 13°° - 16°°). www.gesundeleber.at

Drogenambulanzen

Wissens-Update zu Hepatitis C ist wichtig. Es besteht keine direkt Möglichkeit der diagnost Abklärung in den Einrichtungen bzw. auch keine direkte Zuweisungsmöglichkeit (kein Kassenvertrag). Auch aus diesem Umstand heraus ist die Vernetzung mit hepatologischen Zentren von großer Bedeutung. Wichtig ist vor allem, dass zur Abklärung zugewiesene Patienten auch ankommen.

Niedergelassene Allgemeinmediziner

Ein niedergelassener Kollege behandelt Patienten mittels antiretroviraler Kombinations-Therapie in seiner Ordination. Probleme dadurch, dass die Kosten für die Bestimmung des Genotyps nicht von der WGKK übernommen werden. Ebenso muss die Indikationsstellung durch einen Facharzt für Innere Medizin erfolgen.

Frage zu sog. „alkoholbereinigten Leberwerten“. Ab wann sind LFP wirklich als pathologisch zu interpretieren? Frage zur Behandlungsindikation bei normalen LFP (siehe unten).

Prim. Gschwantler

Drogengebraucher mit einer Hepatitis C haben neben ihrer Hepatitis viele andere Probleme (sozial, psychisch, etc.). Es ist wichtig zu wissen, wie diese Probleme mit der Behandlung der chronischen Hepatitis C interagieren. Hepatologen benötigen Informationen über psychosoziale Betreuung und soziales Umfeld.

Grundsätzlich ist davor zu warnen, die Behandlung der chron. Hepatitis C zu sehr in den niedergelassenen Bereich zu verlagern. Die Behandlung erfordert sehr viel Erfahrung und man muss rund um die Uhr erreichbar sein. Ein diagnostisches Backup ist notwendig, so sollte falls erforderlich ein Blutbild innerhalb von 2 Stunden zur Verfügung stehen.

Kapazitätsprobleme gibt es in der Spezialambulanz des Wilheminspitals derzeit keine. Wartezeiten sind eher durch Fehlbelag/-zuweisung bedingt.

C.) Zwei konkrete Fragen an Dr. Gschwantler.

- a.) Wie ist das Vorgehen bei der Befundkonstellation pos HCV-AK und neg HCV RNA (PCR)?
- b.) Beurteilung der Behandlungsindikation bei chron. Hepatitis C und normalen Transaminasen?

a.) Die Befundkonstellation HCV-AK pos. und PCR neg. bietet 3 Möglichkeiten der Interpretation:

1. Unspezifische Mitreaktion („falsch positiv“). Kommt vor bei anti HBc-AK pos Patienten oder z.B. im Rahmen von Kollagenosen.
Die Gegenprobe mittels RIBA-Test (AK-Bestätigungstest) wäre möglich, die Krankenkasse übernimmt aber keine Kosten.
2. St.p. HCV-Infektion. 25-50% der akuten HCV-Infektionen heilen spontan ab.
3. Es besteht eine HCV-Infektion aber dzt. keine Virämie bzw. eine Virämie unter der Nachweisgrenze.
Hier wäre in 3-Monatsabständen die PCR zu kontrollieren. Ist diese 3x neg., kann der Patient als immun beurteilt werden. Diese Gruppe schwindet mit der verbesserten Sensitivität der Tests.

b.) Patienten mit chron. Hepatitis C und normalen Transaminasen:

Generell ist zu sagen, dass die derzeit geltenden Normwerte als generell zu hoch eingestuft werden müssen. Ein Patient mit „normalen“ Transaminasen an deren Obergrenze hat eigentlich bereits erhöhte Transaminasen.

Die Indikation zur Behandlung muss immer individuell gestellt werden!

D.) Der „ideale Patient“?

Wir behandeln nicht das Virus sondern Patienten.

- o Drogenabhängige haben eine Vielzahl von Problemen (Obdachlosigkeit, instabile Beziehungen, Verwahrlosung, etc.). Hier sind die betreuenden Ärzten gefordert eine „Problem-Hierarchie“ zu erstellen.
- o Ein weiterer entscheidender Parameter ist die psychische Belastbarkeit des Patienten.

Eine chron. Hepatitis C (cHC) bedeutet mit Sicherheit nicht für alle Patienten ein „Todesurteil“. Als Faustregel gilt:

Wenn es zum heutigen Zeitpunkt zur Infektion kommt entwickelt man innerhalb von 20 Jahren mit 20%iger Wahrscheinlichkeit eine Zirrhose.

Bei gleichzeitigem Alkoholkonsum kann sich die Zeitspanne allerdings auch auf 5 Jahre verkürzen.

Genotyp sowie Virus-load haben kaum einen Einfluss auf die Erkrankungsprogredienz.

E.) Leberbiopsie

Die Höhe der Transaminasen lassen keinen sicheren Rückschluss auf die Entwicklung einer Zirrhose zu. Die aussagekräftigste Diagnostik hierzu bietet die Leberbiopsie. Auch sie bietet keine 100%ige Verlässlichkeit, ist aber das beste diagnostische Instrument das dzt. zur Verfügung steht.

Zur Leberbiopsie werden die Patienten in der Früh nüchtern aufgenommen und nach eine Beobachtungsphase von einigen Stunden (Nachblutungsgefahr) am Nachmittag oder Abend wieder entlassen.

Fibrosestadium:

0 – 1 --> Behandlungsindikation aus medizinischer Sicht nicht dringlich

3 – 4 --> Behandlungsindikation aus medizinischer Sicht dringlich

Die Kontrollintervalle für die Transaminasen bei cHC betragen anfänglich 3 Monate, dann 6 Monate.

F.) Die momentane Standardtherapie:

Genotyp 1,4 --> 12 Mo. (bei besonders gutem Ansprechen eventuell nur 6 Mo.)

Genotyp 2,3 --> 6 Mo. (bei besonders gutem Ansprechen eventuell nur 3-4 Mo.)

Die Behandlung einer chron. Hepatitis C dauert lange und kann sehr belastend sein.

Typische Nebenwirkungen einer Interferon (IFN)-Behandlung sind **Müdigkeit**, **Depressionen** und **Reizbarkeit**. Im Fall eines Berufseinstieges oder Beziehungsbegins kann das zu großen Problemen führen.

Ein wesentlicher Grundsatz lautet: **Nicht mehr schaden als nützen!**

Ein Schaden wäre z.B, wenn durch die Nebenwirkungen einer IFN-Therapie ein Drogenrückfall bei einem stabil substituierten Patienten ausgelöst wird. Es gibt auch Patienten die unter IFN-Therapie suizidal eingeengt werden.

Die Behandlung dauert lange und daher ist die Compliance der wichtigste Faktor für das Stellen einer Behandlungs-Indikation!

Viele Patienten kommen nicht zu den Kontrollterminen. In der Hepatitis-Ambulanz des Wilhelminenspitals sehen die Ärzte die Patienten bis zu vier mal, bevor sie die erste IFN-Spritze erhalten. So lässt sich die Compliance gut einschätzen und die Drop-out-Rate ist entsprechend gering.

Im Vorfeld ist es wichtig, dass die Patienten mit realistischen Erwartungen an der Hepatitis-Ambulanz vorstellig werden. Patienten, bei denen z.B. wegen mangelnder Stabilität nicht sofort mit einer Behandlung begonnen wird, empfinden den Behandlungsaufschub oftmals als persönliche Ablehnung. Solche Missinterpretationen können durch eine gute Vorbereitung vermieden werden.

Eine Suche nach neuen Lösungen erfordert der Umgang mit weniger stabilen Patienten. Die Frage ob und wie auch sie Zugang zu einer Behandlung erhalten können, ist noch nicht ausreichend erörtert. Vor allem die Identifizierung von infrastrukturbezogenen Barrieren, die bei instabileren Patienten zu mangelnder Compliance führen können, ist anzustreben. Ließe sich etwa die Compliance durch verbesserte Organisation heben?

Die Verbesserung der Compliance durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und unterstützende Maßnahmen (z.B. Patienten-Begleitung) kann eine Aufgabe für „Drogenzentren“ sein.

Eine Leberbiopsie zur Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit könnte als „Therapie-Wegweiser“ bei weniger stabilen Patienten dienlich sein.

Faktoren einer guten Compliance sind:

1. Der Patient will die Behandlung,
2. ...kommt regelmäßig zu den Kontrollen,
3. ...nimmt die Medikamente + IFN regelmäßig ein,
4. ...hat keinen oder einen kontrollierten Drogen(bei)konsum.

G.) Konkreter Ablauf in der Hepatitis-Ambulanz, Wilhelminenspital:

Primär ist viel geholfen, wenn Patienten die (noch) nicht geeignet sind nicht zugewiesen werden. Die Vorentscheidung für die Therapiefähigkeit sollte schon von der zuweisenden Stelle getroffen sein.

Terminvereinbarungen können unter der Tel.nummer 49150 – 2410 mit der Ambulanzschwester getroffen werden. Falls die Begutachtung durch Prim. Gschwantler selbst erwünscht ist, Terminvereinbarung mit dem Sekretariat unter der Klappe 2401.

Die PatientInnen sollen alle Vorbefunde mitbringen.

Es ist enorm wichtig, dass die Partner der Patienten von Anfang an in die Aufklärungsgespräche und die Entscheidungsfindung eingebunden werden.

Wenn es sich um problematische Patienten handelt ist eine Information zum Betreuungssetting erwünscht (kurzer Begleitbrief oder kurzes Telefonat).

Eine routinemäßige psychiatrische Begutachtung/Freigabe ist nicht notwendig.

Kopien der erhobenen Befunde für die Zuweiser stellen kein Problem dar (werden dem Patienten auf Wunsch mitgeben). Die Ausfertigung eines kurzen Arztbriefes ist auf **ausdrücklichen** Wunsch der Zuweiser möglich (am besten dem Patienten mitteilen, er möge darum ersuchen). Aufgrund fehlender personeller Ressourcen ist es nicht möglich allen ambulanten Patienten eine Arztbrief auszufertigen.

Patienten mit cHC sind für alle Medikamente die im Zusammenhang mit der Behandlung verschrieben werden von der Rezeptgebühr befreit (WGKK).

H.) Themenspeicher für weitere Zirkel:

Hepatitis C und Krankenstand

Juristische Fragen im Zusammenhang mit cHC (Infoblatt der HHÖ in Vorbereitung)

Versicherungsleistung/Arbeit/AMS

Für das Protokoll:

Dr. Hans-Joachim Fuchs

Dr. Hans Haltmayer