

1 Zusamm enfassung

Die Analyse der Hepatitis-C-Situation bei den drogenkonsumierenden Personen in der Schweiz beruht auf verschiedenen Methoden: Analyse der publizierten und grauen Literatur zu diesem Thema, Sekundäranalyse verfügbarer Daten, Befragung nationaler Fachpersonen, Befragung drogenkonsumierender Personen (DU), Fallstudien in vier Kantonen (Zürich, Waadt, Aargau, Wallis), Internetumfrage bei den Einrichtungen, die DU stationär oder ambulant behandeln, sowie bei den niederschweligen Einrichtungen zur Risikominderung.

1.1 Epidemiologie

In den vergangenen zwei Jahrzehnten erreichte die Zahl der neu gemeldeten Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) Ende der 90er-Jahre eine Spitze mit mehr als 2500 Fällen pro Jahr, wobei mehr als 30 % dieser Fälle Personen betrafen, die intravenös Drogen konsumieren (IDU). Die Zahl neu gemeldeter Fälle sank anschliessend bis auf 1500 Fälle im Jahr 2011 und stieg dann wieder auf mehr als 1700 Fälle im Jahr 2013 an. Der Anteil der IDU belief sich auf etwas mehr 20 % (436 Fälle, kein Wiederanstieg der Anzahl neuer Fälle in dieser Bevölkerungsgruppe).

Die für die Gesamtbevölkerung der Schweiz geschätzte Prävalenz der HCV-Infektionen bewegt sich je nach Autor zwischen 0,7 % und 1,75 %. Bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), ist dieser Wert etwas höher (2 %). Bei Staatsangehörigen aus Ländern mit einer höheren Prävalenz (Afrika südlich der Sahara, bestimmte Länder des Nahen Ostens und Südostasiens) ist die Prävalenzrate vermutlich erhöht; es sind jedoch keine Werte bekannt. Auch in Gefängnissen ist die HCV-Prävalenz höher als in der Gesamtbevölkerung, da DU und Staatsangehörige aus Ländern mit höherer Prävalenz stärker vertreten sind (zwischen 5 und 10 %). Es wird davon ausgegangen, dass es bei etwa zwei Drittel der Fälle zu einem chronischen Krankheitsverlauf kommt.

Die HCV-Prävalenz ist bei den DU zwar sehr hoch, dank der Massnahmen zur Schadensminderung aber rückläufig (und auch aufgrund von Todesfällen von Personen, die vor langer Zeit infiziert wurden). Die Prävalenz variiert je nach Setting und Methode der Datenerhebung (gemessenes oder berichtetes Ergebnis). Für die vergangenen Jahre wurden folgende Prävalenzraten festgestellt:

- bei den IDU, die sich in stationäre Behandlung begaben: 27 % (2012, berichtete Prävalenz)
- bei den aktiven IDU in niederschweligen Einrichtungen: etwa 40 %, nicht-injizierende UD: 2,7 % (2011, berichtete Prävalenz)
- bei den aktiven IDU, die neu an einem HeGeBe-Programm teilnahmen: etwa 60 % (2012, berichtete Prävalenz).

Gemäss den Erhebungen in niederschweligen Einrichtungen scheint es keine signifikanten regionalen Unterschiede zu geben. Im europäischen Vergleich sind in der Schweiz ähnlich hohe oder etwas tiefere Prävalenzraten zu verzeichnen als in den Nachbarländern (Deutschland, Frankreich, Italien), wenn äquivalente Settings berücksichtigt werden.

Die HCV-Prävalenzrate ist bei den IDU höher als die HIV-Prävalenzrate (HIV: 10-12 % je nach Setting).

Ausgehend von den Personen in einer Methadonbehandlung (18 000), dem auf 70 % geschätzten Anteil der DU in einer Methadonbehandlung (daraus ergeben sich 25 700 DU) und den berichteten Prävalenzraten in mehreren Settings (rund 30 % in stationären Behandlungen und 60 % in HeGeBe) lässt sich eine Schätzung der Zahl der HCV-positiven DU vornehmen. Die Zahl der HCV-positiven DU in der Schweiz liegt demnach schätzungsweise zwischen mindestens 7700 und maximal 15 400 Personen.

1.2 Information / Prävention

Die ersten gesamtschweizerischen HCV-Präventionskampagnen begannen zwischen 2002 und 2004 unter der Federführung der Fachstelle für Schadensminderung (später Infodrog). Ab 2007–2008 wurden mit Broschüren, Flyern, Filmen oder Websites regelmässig schweizweite Informationskampagnen durchgeführt, die sich an drogenabhängige Personen (IDU, aber auch Personen, die Drogen sniffen oder inhalieren) und an Fachpersonen im Suchtbereich richteten. Die Kantone begannen im Allgemeinen später mit solchen Aktivitäten. Sie stellten in der Regel das bereits bestehende Material zur Verfügung. Die Prävention hängt vielmehr von den verschiedenen Institutionen ab, die sie an ihren Kontext anpassen. In den vergangenen Jahren gab es auch spezifische kantonale Kampagnen, beispielsweise im Kanton Waadt. Aufgrund fehlender Mittel gibt es kein Inventar der durchgeführten Aktivitäten und auch keine systematische Auswertung der Kampagnen.

Verschiedene Fachpersonen weisen darauf hin, dass die DU wenig über Hepatitis C und mögliche Behandlungen wissen, dass sich Irrmeinungen hartnäckig halten und dass sich die DU kaum für dieses Thema interessieren.

Mehrere Fachpersonen sind auch der Ansicht, dass die Informationen des BAG für die Ärzteschaft und die Bevölkerung schlecht zugänglich, zu stark verstreut und unzureichend sind, und sie bedauern, dass keine nationale Hepatitis-Strategie existiert. Akteure im Gefängnismilieu (Waadt) weisen darauf hin, dass das Material nicht ausreichend an Personen mit geringen Lesekenntnissen angepasst und nicht übersetzt sei.

1.3 Schulung

Für Fachpersonen scheint ein relativ breites Angebot an Weiterbildungen zu Hepatitis zu bestehen, es gibt jedoch kein nationales oder regionales Inventar. Nichtärztliche Fachpersonen nutzen vor allem die Schulungsangebote von Infodrog oder der FORDD. Fachärztinnen und Fachärzte haben Zugang zu regelmässigen Weiterbildungen. Für die Allgemeinärzteschaft werden Weiterbildungen (Kolloquien usw.) eher auf kantonaler Ebene durch lokale Spezialistinnen und Spezialisten organisiert, und diese scheinen unterschiedlich häufig besucht zu werden.

1.4 Schadensminderung

Der Zugang zu Massnahmen zur Schadensminderung ist in der Schweiz sehr gut und die Abdeckung ist hoch. In den meisten grösseren Städten gibt es Programme zur Abgabe von Injektionsmaterial, und auch der Bezug von Injektionsmaterial in Apotheken ist kostenlos. Seit Ende der 90er-Jahre geben die niederschweligen Einrichtungen die Empfehlung ab, Material für die Injektionsvorbereitung (und für das Sniffen und Inhalieren) nicht zu teilen, und stellen entsprechendes Material zur Verfügung. Das Monitoring zum Risikoverhalten von IDU im Hinblick auf die Übertragung von HIV und Hepatitis zeigt, dass Spritzen heute selten gemeinsam genutzt werden (im letzten Monat 2011 wurden 5 % der Spritzen geteilt). Dagegen wird Material, das der Vorbereitung der Injektion dient, etwas häufiger aber mit sinkender Tendenz gemeinsam genutzt (im letzten Monat 2011 wurden 32 % der Löffel und 21 % der Filter geteilt).

1.5 Testung

Die SSAM hat detaillierte Empfehlungen zum Nachweis von Hepatitis C bei DU herausgegeben. Sie setzt sich für ein systematisches Screening mit Tests ein, die jährlich bei allen (seronegativen) Personen durchgeführt werden, die intravenös oder intranasal Drogen konsumieren. Das BAG empfiehlt in seinen 2013 revidierten Empfehlungen für Substitutionsbehandlungen, bei Behandlungsbeginn systematisch einen Test durchzuführen und diesen bei seronegativem Befund und anhaltendem Risikoverhalten alle 6 Monate zu wiederholen.

Die verfügbaren Daten lassen darauf schliessen, dass der Zugang zu Tests und die Testpraxis je nach Setting und Region variieren können. Die überwiegende Mehrheit (mehr als 80 %) der IDU ist mindestens einmal im Leben auf HCV getestet worden. Dieser Anteil ist bei den nicht-injizierenden DU geringer (64 % bei Personen, die 2011 NSE frequentierten). Der Anteil der DU/IDU, die angeben, in den vergangenen 12 Monaten getestet worden zu sein, ist deutlich niedriger (55 %, NSE, 2011).

In den NSE gibt es keine Testmöglichkeit vor Ort. In den meisten NSE wird den Klientinnen und Klienten gesamthaft (Plakate) oder im persönlichen Gespräch geraten, beim Hausarzt oder der

Hausärztin einen Test durchführen zu lassen. Bestimmte NSE (ZH, GE) organisieren im Rahmen von Hepatitis-C-Kampagnen spezielle Wochen, in denen Tests (Blut oder Speichel) angeboten werden. In Zürich werden solche Wochen mit Speicheltests seit einigen Jahren zweimal jährlich durchgeführt.

In ambulanten Strukturen, die auf Substitutionsbehandlungen spezialisiert sind, wird der Test im Allgemeinen bei Behandlungsbeginn angeboten (im Kanton Waadt am CSM und im Kanton Zürich am ARUD-Zentrum systematisch mit jährlichen Tests). Wie die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte dies handhaben, ist weniger gut bekannt, vermutlich führen sie aber weniger systematisch Tests durch. In mehreren Kantonen (VD, VS, ZH) enthält der Fragebogen, der vor Beginn einer Substitutionsbehandlung auszufüllen ist, die Frage nach einem HCV-Test.

In Einrichtungen für stationäre Behandlungen wird im Kanton Waadt bei einer Risikoexposition stets ein Test vorgeschlagen und im Kanton Wallis wird er stets diskutiert. Im Kanton Zürich ist die Situation weniger einheitlich und im Kanton Aargau weitgehend unbekannt.

Es bestehen somit regionale Unterschiede bei der Testpraxis, wobei die Situation in den grossen Städten mit einer gut organisierten Betreuung der DU und vielfältigen Angeboten besser ist. Die Wahrscheinlichkeit ist hier höher, dass den DU ein Test empfohlen wird, auch in den NSE.

1.6 Diagnostik, Folgeuntersuchungen und Behandlung

HCV-Tests sind bei den IDU sehr verbreitet, viel weniger systematisch werden aber weiterführende Untersuchungen (Folgeuntersuchungen) durchgeführt und eine Behandlung eingeleitet.

Expertinnen und Experten sowie Fachpersonen, die in den verschiedenen Strukturen befragt wurden, sind sich darin einig, dass es sowohl bei den Fachpersonen als auch bei den DU Widerstände gegen eine Fortführung der Betreuung gibt, insbesondere wenn sich die drogenkonsumierenden Personen in einer aktiven Konsumphase oder ausserhalb einer Behandlungsstruktur oder in ambulanter Behandlung befinden. Es gibt keine systematische Praxis für die Folgeuntersuchungen, wenn ein HCV-Test positiv ausfällt. Diese Untersuchungsphase ist in niederschwelligen Einrichtungen, in ambulanten Einrichtungen und im Gefängnis besonders schwierig umzusetzen, weil es kompliziert ist, Termine für eine Folgeuntersuchung (Leberbiopsie, Fibroscan usw.) zu organisieren. Im CSM in Lausanne beispielsweise wird der Anteil der HCV-positiven Personen, bei denen eine vollständige Untersuchung erfolgte, auf 50 % geschätzt. In bestimmten Zentren der deutschsprachigen Schweiz scheint dieser Anteil etwas höher zu liegen (z. B. St. Gallen). In den stationären Einrichtungen lassen sich die Folgeuntersuchungen und die Betreuung der Patientinnen und Patienten einfacher realisieren. Wesentlich einfacher gestaltet sich diese Untersuchungsphase, wenn ein Fibroscan-Gerät zur Verfügung steht, wie zeitweise in bestimmten niederschwelligen Einrichtungen in Zürich. Auch das CSM in Lausanne hat vor Kurzem ein solches Gerät angeschafft. Noch unvollständiger werden die Folgeuntersuchungen in kleinen

Kantonen umgesetzt, da hier die DU oft von Allgemeinärztinnen und -ärzten begleitet werden und diese gemäss Fachkreisen nicht immer ausreichend über die Problematik informiert sind. Im Kanton Aargau soll sogar ein Teil der DU ihre Suchterkrankung in einem anderen Kanton behandeln lassen, da sie so leichter Zugang zu einer Hepatitis-C-Behandlung erhalten.

Die nächste Phase, in der zusammen mit Fachärztinnen und -ärzten für Hepatologie oder Infektiologie Behandlungsmöglichkeiten besprochen werden, ist für die DU ebenfalls von entscheidender Bedeutung. Eine wichtige Rolle spielen in dieser Phase folgende Faktoren:

- die Eigenschaften des Netzwerks und der Behandlungsstrukturen: Aufgabenverteilung, Verfügbarkeit, Kenntnisse über Suchterkrankungen usw.;
- unterschiedliche Einschätzungen der Beteiligten (einschliesslich der Patientinnen und Patienten selbst) der realistischen Möglichkeiten einer Behandlung und entsprechende Widerstände;
- die für die Umsetzung des Behandlungsdispositivs erforderliche Zeit.

Wie gross die Wahrscheinlichkeit für die DU ist, Zugang zu einer Behandlung zu erhalten, hängt von vielfältigen Faktoren ab, insbesondere von der Organisation der Betreuung der DU in ihrem Kanton.

In Bezug auf die aktuelle Behandlung HCV-positiver DU decken sich die Meinungen der Fachpersonen in folgenden Punkten mit den verfügbaren Daten:

- Der Anteil HCV-positiver DU, die behandelt wurden oder in Behandlung sind, ist in der Schweiz tief: Expertinnen und Experten schätzen den Anteil auf weniger als 10 %; gemäss den Daten der Umfragen in niederschweligen Einrichtungen liegt er bei den IDU eher bei etwa 20 %.
- Die stationäre Betreuung und das Gefängnis sind als Settings günstig für die Durchführung einer Behandlung, weil Patientinnen und Patienten eng überwacht werden können.
- Es ist wichtig, die an der Suchtbehandlung beteiligten Personen in die Betreuung der HCV-Behandlung einzubeziehen und über erfahrenes Pflegepersonal zu verfügen, das die anspruchsvolle Versorgung übernehmen kann.
- Die Vorbereitung der Behandlung ist wichtig, um Barrieren abzubauen, Vertrauensbeziehungen aufzubauen und die Compliance zu testen. Gemäss Fachpersonen kann diese Phase einige Monate bis mehrere Jahre dauern.
- Gewisse UD sowie andere Patientengruppen warten auf neuen Wirkstoffe, die eine Behandlung ohne Interferon ermöglichen (Wartelisten oder sogar Listen mit HCV-positiven DU, Aufschub des Behandlungsbeginns ausser bei Lebensgefahr).

Je nach Region sind die Behandlungen sehr unterschiedlich organisiert: In bestimmten grossen Kantonen (VD, ZH) sind kaum Hepatologen in die Behandlung von DU involviert, und sie zeigen sich zurückhaltend gegenüber einer Behandlung von DU in einer aktiven Konsumphase. Als

Voraussetzung für eine Behandlung fordern sie manchmal einen stabilen Zustand und delegieren die Behandlung an die suchtmmedizinischen Spezialistinnen und Spezialisten in den grossen ambulanten Behandlungszentren (CSM, ARUD), die im Allgemeinen mit sehr kompetenten Partnern zusammenarbeiten (für die Verschreibung und bestimmte Aspekte der Betreuung). In anderen Kantonen sind die Aufgaben anders verteilt, und die Fachärztinnen und -ärzte für Infektiologie und Hepatologie spielen bei der Behandlung von DU eine wichtigere Rolle. Die Behandlung von Personen mit gleichzeitiger HIV- und HCV-Infektion fällt im Allgemeinen in die Zuständigkeit der Fachärztinnen und -ärzte für Infektiologie in den Kantons- und Universitätsspitalen. Es ist wenig bekannt über die Organisation der Nachbetreuung (z. B. hepatologische Aspekte) der behandelten Personen.

Die Erfahrungen der spezialisierten ambulanten und stationären Suchteinrichtungen, die bei DU Behandlungen durchführen, decken sich: Es ist durchaus möglich, die DU (in Substitutionsbehandlung oder in einer aktiven Konsumphase) zu behandeln, wenn sie eng überwacht und unterstützt werden – mit gleichem Behandlungserfolg wie bei anderen Bevölkerungsgruppen. Die meisten Behandlungen verlaufen sehr gut. Die Erfahrungen im Gefängnisumfeld (VD) gehen in dieselbe Richtung.

Die SAMMSU-Kohorte wird als Gelegenheit gesehen, Erfahrungen auszutauschen und die Praxis in der Behandlung und Betreuung zu vereinheitlichen.

1.7 Kantonale Strategien und Qualität der Behandlungskette

In keinem der 4 untersuchten Kantone wurde eine Strategie für die Betreuung von HCV-infizierten Personen im Allgemeinen und von DU im Speziellen festgelegt. In einigen Kantonen gibt es – vorwiegend im Behandlungsbereich – formelle (ZH, aber auch BS) oder informelle (VD) Netzwerke für Hepatitis C (oder Hepatitis im Allgemeinen), in denen Fachpersonen zusammenarbeiten.

Tatsächlich bestehen am Anfang der Behandlungskette (Information, Testung, Diagnostik/Folgeuntersuchungen) in allen untersuchten Kantonen noch Lücken, insbesondere in den kleinen Kantonen. Hier fehlt es häufig an niederschwelligen Einrichtungen, und die ambulante Betreuung drogenabhängiger Personen wird eher von einzelnen Ärztinnen und Ärzten als von spezialisierten Zentren übernommen. Es wurden Anstrengungen für eine systematischere Durchführung der Tests unternommen und in den niederschwelligen Einrichtungen der grossen Kantone Testempfehlungen abgegeben, aber es sind weitere Verbesserungen erforderlich, insbesondere bei der Ausbildung des Personals. Die Phase der Diagnostik/ Folgeuntersuchungen und der Behandlungsvorbereitung ist in allen Kantonen nach wie vor das schwächste Glied der Behandlungskette, denn die dazu erforderliche Organisation und Systematisierung der Verfahren (aber auch die Bereitschaft der Partner) sind in diesen Bevölkerungsgruppen schwer umzusetzen.

Unter der Federführung von Suchtmedizinerinnen und -medizinern wurden in den Einrichtungen für ambulante Suchtbehandlung (ARUD, CSM) der grossen Kantone in Zusammenarbeit mit

Spezialistinnen und Spezialisten für Hepatologie und Infektiologie einerseits und frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten andererseits interessante Behandlungsmöglichkeiten entwickelt. Dabei werden diese Einrichtungen für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte zu Referenzzentren für die Hepatitis-C-Behandlung von drogenabhängigen Personen. Die Vorbereitung und Begleitung von Hepatitis-C-Behandlungen von DU sind jedoch aufwändig und komplex und erfordern bedeutende Ressourcen, die nicht für eine grosse Zahl von Patientinnen und Patienten ausreichen. In den kleineren Kantonen (VS, AG) ist das Netzwerk der ambulanten Suchtbehandlung weniger spezialisiert, zersplitterter und ambulante Behandlungen sind schwierig umzusetzen. Grundsätzlich sind (wenige) Behandlungen eher in stationären Einrichtungen durchführbar.

Alle untersuchten Kantone warten auf die neuen interferonfreien Behandlungen und hoffen, damit mehr DU behandeln zu können. Allerdings befassen sich die Kantone nur wenig mit den möglichen Auswirkungen (in Bezug auf die Organisation, Prioritäten usw.) der bevorstehenden Einführung der neuen Therapien.