

Wir können Hepatitis C besiegen!

Was dafür jetzt getan werden muss.

Unser Ziel: Die Elimination von Hepatitis

Infektionen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) zählen zu den häufigsten Infektionskrankheiten weltweit. Sie verlaufen häufig chronisch und können unbehandelt zu lebensbedrohlichen (und kostenintensiven!) Spätfolgen wie Leberzirrhose, Leberversagen und Leberzellkarzinom (HCC) führen. Dank des medizinischen Fortschritts in der HCV-Behandlung durch die Einführung hochwirksamer direkt antiviraler Medikamente ist es heute möglich, mehr als 95 % der Menschen mit einer Infektion zu heilen.¹ Diese historische Chance zur Elimination von HCV wird jedoch noch immer zu wenig genutzt.

2016 hat die Bundesregierung die **Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C sowie anderer sexuell übertragbarer Infektionen** beschlossen.² Sie unterstützt damit die Ziele der WHO, diese Infektionen bis 2030 weltweit zu eliminieren. In Bezug auf HCV bedeuten diese Ziele eine Reduktion der Inzidenz um 80 % und eine Reduktion der Todesfälle durch chronische HCV-Infektionen um 65 %. Dies soll durch einen Anteil diagnostizierter HCV-Infektionen von 90 % und einen Anteil therapierter HCV-Infektionen von 80 % erreicht werden.³

Akuter Bedarf: Erhöhung der aktuellen Therapierate

Deutschland verfehlt jedoch im Moment dieses Ziel.⁴ Ein Haupthindernis, das einer Elimination bis 2030 entgegensteht, ist eine zu niedrige Diagnose- und Therapiequote. Anfang 2020 gab es in Deutschland schätzungsweise 189.000 virämische HCV-Infektionen in allen Altersgruppen. Davon waren nur geschätzte 37 % (n = 70.500) diagnostiziert und noch immer HCV-RNA-positiv, sodass etwa 63 % (fast zwei Drittel) aller HCV-RNA-positiven Patient:innen ohne Diagnose waren.⁵ Dies betrifft insbesondere die Risikogruppen wie aktive/ehemalige Drogengebrauchende, Personen im Strafvollzug und Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Auch Menschen mit einem Migrationshintergrund aus bestimmten Regionen sind überdurchschnittlich häufig betroffen.¹

Auch die COVID-19-Pandemie mit eingeschränkten Beratungs- und Testmöglichkeiten sowie der dadurch limitierte Zugang zur medizinischen Versorgung haben dazu beigetragen, dass wir der Zielerreichung nicht näher gekommen sind. In vielen Fällen kam es zu einer Verzögerung bei der Diagnose und Behandlung und so auch zu teils irreversiblen Gesundheitsschäden.⁶

Diagnose- und Therapiequote⁵

Die Situation in Deutschland 2020
Geschätzte Prävalenzzahl 189.000

37 %

sind diagnostiziert und noch immer HCV-RNA-positiv

63 %

aller HCV-RNA-positiver Patient:innen sind ohne Diagnose



Konkret wurde im Jahr 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie nur bei 7.600 Patient:innen in Deutschland eine Behandlung eingeleitet: ein Rückgang von 11 % gegenüber der für 2020 prognostizierten Behandlungszahlen.⁵ Laut einer Analyse könnte bereits eine einjährige Verzögerung der globalen Eliminationsbemühungen bis 2030 zu einer Erhöhung der Gesamtzahl der Infizierten um mehr als eine halbe Million Menschen und zu ca. 70.000 zusätzlichen leberbedingten Todesfällen führen.⁷

Was ist notwendig, um die Elimination von HCV in Deutschland bis 2030 zu erzielen?

- eine **Erhöhung der Früherkennungsrate** durch Aufklärung, umfassende und lebensweltnahe Informations-, Beratungs- und Testangebote für besonders vulnerable Gruppen sowie
- eine **schnelle und unkomplizierte Einleitung** der Behandlung bei einem positiven Testergebnis durch kommunale Netzwerke zwischen Medizin, sozialer Arbeit und peergestützten Angeboten mit dem Ziel, die Therapierate zu erhöhen.

Unsere Forderungen

Notwendige Steigerung der HCV-Testung durch umfassende Information und niederschweligen Zugang zur Testung

Eine einmalige HCV-Testung ist mittlerweile in die Leistungen der Gesundheitsuntersuchung „Check-up 35“ integriert. Zudem fordert die Leitlinie ein Screening von Risikogruppen auf HCV.⁸

Neben einer HCV-Testung in ärztlichen Praxen wurde auch die niedrighschwellige Testung durch nicht-ärztliches Personal in Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe gesetzlich ermöglicht. Diese Einrichtungen können Risikogruppen, wie aktuell Drogen gebrauchende Menschen und homosexuell aktive Männer, die psychoaktive Substanzen konsumieren (Chemsex), erreichen.

Studien zeigen, dass es vielen Einrichtungen an einer soliden Finanzierung zur Umsetzung dieser Angebote fehlt.⁹ Länder und Kommunen sind aufgefordert, für diese personalintensiven Angebote eine entsprechende Finanzierung bereitzustellen. Nur so kann – wie auch die Deutsche Leberstiftung in ihrem Positionspapier fordert¹⁰ – der leichte Zugang zur HCV-Testung flächendeckend ausgebaut werden. Zudem sollte das Bewusstsein für HCV bei Fachpersonal gefördert werden. Auch für Menschen im Strafvollzug sollten auf Freiwilligkeit basierende Beratungs- und Testangebote (ggf. durch externe Anbieter wie Aidshilfen) zum integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung werden.

Dafür nötige Voraussetzungen:

- **Schaffung personeller Ressourcen**, Schulung von nicht-ärztlichem Personal in Aids- und Drogenhilfen zum Thema Beratung und Testung.
- **Sicherung der Vergütung/Abrechenbarkeit** sowie Rechtssicherheit für nicht-ärztliches Personal – analog der Situation bei der Sars-Cov-2-Testung.
- Integration von auf Freiwilligkeit basierenden **HCV Beratungs- und Testangeboten** (ggf. bei der Eingangsuntersuchung) **im Justizvollzug**. Bereitstellung von Mitteln von Seiten der Länder für die Finanzierung von Personal und Testung sowie der Behandlung im Falle eines positiven Tests.
- Im **(haus)ärztlichen Setting** Steigerung des Bewusstseins für die Heilbarkeit der HCV-Infektion und das Ziel, HCV bis 2030 zu eliminieren, durch vermehrte Aufklärung. Steigerung der Motivation für vermehrtes Testen durch gesicherte Vergütung.

Steigerung der Anbindung an die Therapie

Trotz der breiten Verfügbarkeit von hoch wirksamen Therapien erfolgt bei vielen HCV-Diagnosen aus unterschiedlichsten Gründen keine Therapie.¹¹ Gerade dieser Übergang von Screening und Diagnose zur Behandlung (Screening and Linkage to Care/SLTC) ist jedoch ein zentraler Schritt zur Unterbrechung von Infektionsketten. Dazu gehört auch die ärztliche Diagnosesicherung im Falle eines positiven Testergebnisses durch nicht-ärztliches Personal.

Wie bei der Testung sollte auch die Therapie niederschwellig und möglichst direkt vor Ort vermittelt oder begonnen werden. Dazu ist die intensive Vernetzung aller beteiligten Gruppen – Sozialarbeiter:innen, Hausärzt:innen und Spezialist:innen – sowie die intensivierete Einbindung der Hausärzt:innen in die Behandlung von HCV-Patient:innen erforderlich. Auch sollte die Anzahl des zur HCV-Therapie-befähigten Fachpersonals erhöht werden.

Für eine erfolgreiche Anbindung an die Therapie ist es zudem wesentlich, Menschen mit einer HCV-Infektion darüber aufzuklären, dass eine HCV-Infektion mit den heutigen Therapiestrategien in den allermeisten Fällen heilbar ist – bei gleichzeitig guter Verträglichkeit.¹

Dafür nötige Voraussetzungen:

- **Aufklärung der Betroffenen über den Therapieerfolg** bei HCV-Infektion und Einbindung in ein starkes soziales Netzwerk, das die Testung und Therapieanbindung niederschwellig und möglichst vor Ort ermöglicht.
- Stärkung der Kompetenzen und Verantwortung der Sozialarbeiter:innen sowie erforderliche **personelle und finanzielle Unterstützung**.
- Vereinfachung der direkten Anbindung an die Therapie durch **verstärkte lokale Vernetzung** von Sozialarbeiter:innen, Hausärzt:innen und Spezialist:innen.
- Erhöhung der Anzahl an zur HCV-Therapie-befähigtem Fachpersonal und verstärkte **Einbindung von Hausärzt:innen** in die Bemühungen zur HCV-Elimination mit Motivationssteigerung durch eine wieder außerbudgetäre Vergütung der Testung und Behandlung.

Steering Committee SLTC Summit Berlin 2021

Unsere Mission ist es, den öffentlichen Fokus auf das WHO-Ziel der HCV-Elimination bis 2030 in Deutschland zu steigern und Maßnahmen anzuschließen, dieses Ziel zu erreichen.

Dr. med. Peter Buggisch (Internist, Hamburg), **Christiane Fahrmbacher-Lutz** (Apothekerin, Augsburg), **Doris Höpner** (Allgemeinmedizinerin, Berlin), **Dr. med. Karlheinz Keppler** (ehemaliger Gefängnisarzt, Berlin), **Olaf Ostermann** (Stellv. Bereichs-Geschäftsführer Condrops e.V., München), **Dr. med. Katja Römer** (Allgemeinmedizinerin/Infektiologin, Köln), **Dirk Schäffer** (Referent für Drogen und Strafvollzug/JES, Deutsche Aids-Hilfe e.V., Berlin)

SLTC (Screening and linkage to care)-Summit in Deutschland

Ziele:

- Interdisziplinärer Austausch aller Teilnehmer:innen des SLTC-Summit zur HCV-Elimination in Deutschland
- Politische, versorgungsmedizinische sowie therapeutische und sozialmedizinische Herausforderungen identifizieren und Lösungsansätze erarbeiten
- Formulierung konkreter Forderungen an die Politik zur Realisierung der HCV-Elimination 2030 in Form eines politischen Positionspapiers und Aktionsplans

Jeder geheilte Patient und jede geheilte Patientin beschleunigt den Weg zur Elimination. Gilead arbeitet hart daran, den Weg zur Elimination von HCV zu ebnen, indem es transformative Partnerschaften fördert, Barrieren zur Versorgung beseitigt und zur Vereinfachung der Behandlungsmöglichkeiten beiträgt. Die Unterstützung des SLTC-Summits ist ein Teil davon.

Um die von der WHO geforderte HCV-Elimination bis 2030 zu erreichen, bedarf es wichtiger Weichenstellungen und Maßnahmen. Sowohl politische, versorgungsmedizinische, als auch therapeutische und sozialmedizinische Aspekte müssen diskutiert und im Rahmen eines interdisziplinären Aktionsprogramms konsolidiert werden.

Damit dies realisiert werden kann, möchte Gilead gemeinsam mit Ärzt:innen und in der HCV-Versorgung relevanten Akteur:innen die HCV-Elimination in Deutschland vorantreiben.

Dieses Positionspapier ist im Rahmen einer Gilead-Initiative zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Hepatitis-C-Virusinfektion entstanden.



Gilead Sciences GmbH
Fraunhoferstraße 17
82152 Martinsried
b. München

Mehtap Guendogdu
Director Medical Affairs Liver Diseases
Mehtap.Guendogdu@gilead.com
Mobil: +49 (0) 172 2181907

Nicole Stelzner
Senior Director Government Affairs
nicole.stelzner@gilead.com
Mobil: +49 (0) 152 59217043

Quellen

1. Sarrazin C, Boesecke C, Golsabahi-Broclawski S et al. Health Sci Rep. 2021;4:e290. <https://doi.org/10.1002/hsr2.290> | 2. Bundesministerium für Gesundheit. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen – BIS 2030. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bis-2030-strategie-zur-eindaemmung-von-hiv-hepatitis-b-und-c-und-anderen-sexuell-uebertragbaren-infektionen.html> | 3. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/28_21.pdf?__blob=publicationFile | 4. The Center for Disease Analysis Foundation CDA. HCV. <https://cdafound.org/polaris-countries-dashboard/>. | 5. Tergast LT, Blach S, Tacke et al. Updated epidemiology of hepatitis C virus infections and implications for hepatitis C virus elimination in Germany. J Viral Hepat. 2022; online ahead of print: doi: 10.1111/JVH.13680. | 6. Hüppe D et al. Z Gastroenterol. 2020 Dec;58(12):1182-1185. doi: 10.1055/a-1291-8518. Epub 2020 Nov 9. | 7. Blach S et al. J Hepatol. 2021 Jan;74(1):31-36. doi: 10.1016/j.jhep.2020.07.042. Epub 2020 Aug 7. | 8. Sarrazin C et al. S3-Leitlinie Prophylaxis, diagnosis and therapy of hepatitis-C-virus (HCV) infection: the German guidelines on the management of HCV infection. Z Gastroenterol 2018; 56: 756-838. | 9. Schulte B et al. Umsetzung von Testung, Diagnostik und Behandlung der Hepatitis C in Einrichtungen der niedrigrschwelligigen Drogenhilfe in Deutschland – eine Querschnittsbefragung. Suchttherapie 2022. doi: 10.1055/a-1824-7646. Epub 2022 Jun 8. | 10. Deutsche Leberstiftung. Strategietreffen „Virushepatitis in Deutschland eliminieren“. 09.02.2022. https://www.deutsche-leberstiftung.de/downloads/strategietreffen/strategietreffen_2022_positionspapier_web | 11. Buggisch P et al. PLoS One. 2021 May 10;16(5):e0250833. doi: 0.1371/journal.pone.0250833.