

Chronische Virushepatitis als Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen: Der dringende Bedarf an einer Untersuchung

Einführung des HEPscreen Toolkits

Von Abby Falla, Irene Veldhuijzen und Jan Hendrik Richardus im Auftrag des HEPscreen-Konsortiums

Abby Falla

Doktorandin der Abteilung Öffentliche Gesundheit an der Erasmus MC Universitätsklinik in Rotterdam

Dr. Irene Veldhuijzen

Epidemiologin und arbeitet beim Gesundheitsamt der Stadt Rotterdam

Prof. Dr. Jan Hendrik Richardus

Professor für Infektionskrankheiten und öffentliche Gesundheit an der Erasmus MC Universitätsklinik und Projektleiter des HEPscreen-Projekts

E-mail: am.falla@rotterdam.nl

Die Partner des HEPscreen-Konsortiums:

Hamburger Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Deutschland

Prof. Dr. Ralf Reintjes, Dr. Amena Ahmad

Universität Florenz, Italien

Prof. Dr. Paolo Bonnani, Dr. Miriam Levi,
Dr. Angela Bechini

Queen Mary Universität in London, Großbritannien

Prof. Dr. Graham Foster, Dr. Jan Kunkel

NHS Grampian Universität in Schottland, Großbritannien

Dr. Maria K. Rossi

Gesundheitsamt Barcelona, Spanien

Dr. Joan Cayla, Dr. Manuel Fernandez,
Dr. Sandra Manzanares

Staatliches Institut für Volksgesundheit und Umwelt, Niederlande

Dr. Susan Hahné

Staatliches Institut für Epidemiologie, Ungarn

Dr. Ágnes Csohán

Hepatitis C Trust, Großbritannien

Charles Gore



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

Das HEPscreen-Projekt wurde vom EU-Gesundheitsprogramm kofinanziert. Für die in diesem Artikel dargelegten Informationen und Positionen sind allein die Autoren verantwortlich. Die Europäische Kommission übernimmt keine Verantwortung für die Nutzung der hierin enthaltenen Informationen.

Überblick

Hepatitis B und C sind schleichende Viren, die unmerklich die Leber angreifen und - sofern keine Behandlung erfolgt - Jahrzehnte später schwere Lebererkrankungen wie beispielsweise Leberkrebs hervorrufen können. In den meisten Fällen bleibt Virushepatitis in Europa unerkannt, ein Phänomen, das bezeichnenderweise auch als "tickende Zeitbombe" oder durch die Erkrankung der Leber verursachtes Leberversagen mit Todesfolge beschrieben wird. Die Sterblichkeitsrate infolge von mit Virushepatitis verbundenen Lebererkrankungen in Europa wird ohne eine Untersuchung und Behandlung der Betroffenen erwartungsgemäß nach weiter ansteigen und um 2030 herum ihren Höhepunkt erreichen. Der HEPscreen Toolkit ist im Rah-

men der wissenschaftlichen Forschung und mehrerer Pilotstudien entwickelt worden und hat zum Ziel, als Motivationsanreiz und Hilfsmittel zu dienen, um durch die Implementierung einer effektiven Untersuchung auf diese Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen reagieren zu können.

Im Kontext der globalen Politik

Die Notwendigkeit der in Bezug auf Virushepatitis erforderlichen Maßnahmen und deren Umfang wird in zahlreichen globalen Grundsatzdokumenten, Rahmenregelungen und Richtlinien, denen ein hoher Stellenwert zukommt, anerkannt. Ein besonders wichtiger Zeitraum war in diesem Zusammenhang der Frühling

2014, da im April dieses Jahres die erste Richtlinie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Untersuchung und Behandlung von Hepatitis C veröffentlicht wurde⁽¹⁾. Im Mai hat die Weltgesundheitsversammlung eine Resolution verabschiedet, um die Prävention, Diagnose und Behandlung von Virushepatitis zu verbessern und benachteiligten Gruppen einschließlich Migranten den gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen⁽²⁾. Grundlage dafür war das Framework for Global Action on Viral Hepatitis (Rahmenregelung für weltweite Maßnahmen gegen Virushepatitis, 2012) der WHO. Darin wird die Notwendigkeit einer umfassenden und globalen Herangehensweise an Virushepatitis umrissen, in die die Erfassung von Daten für eine evidenzbasierte Strategie, die Sensibilisierung, Bildung von Partnerschaften sowie die Prävention, Diagnose, Therapie und Behandlung eingeschlossen ist.

Politischer Stellenwert in Europa

Die Maßnahmen zur Untersuchung auf Virushepatitis auf europäischer Ebene tragen in zweifacher Weise zur politischen Agenda der EU bei. Durch die Übertragbarkeit von Virushepatitis und die Rolle der Migration im Hinblick auf die Krankheitslast fällt das Thema in den Bereich grenzüberschreitender Krankheitsbedrohungen. Zugleich ist durch die unverhältnismäßig starken Auswirkungen auf marginalisierte Bevölkerungsgruppen und die gesundheitliche Ungleichheit eine Brücke zu den Menschenrechten, zur Menschenwürde und zur Solidarität geschlagen - Prinzipien, auf denen die EU aufgebaut ist. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), eine Agentur der EU zur Überwachung von Infektionskrankheiten mit Koordinierungsbefugnis, hat ein Netzwerk für Virushepatitis gegründet, um die Qualität der Daten zu verbessern, Interessengruppen an einen Tisch zu bringen, bewährte Verfahren auszutauschen und die Mitgliedsstaaten dabei zu unterstützen, die Bevölkerung auf das Thema aufmerksam zu machen. Ein Treffen auf hoher Ebene im Juni 2014 unter der Schirmherrschaft der griechischen EU-Ratspräsidentschaft hat unter Einbeziehung von Interessengruppen einschließlich des ECDC zur Untersuchung nationaler

Herangehensweisen, Erörterung neuer Entwicklungen und Bestimmung staatlicher Strategien geführt, die den Zugang zur Behandlung von Hepatitis B (HBV) und C (HCV) in die richtigen Bahnen lenken und verbessern, insbesondere in Ländern, in denen von Sparprogrammen die Rede ist. Für die Gesundheitssysteme ergab sich daraus die Schlussfolgerung, rasche Antworten auf diese schwelende Krisensituation im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu entwickeln.

Das im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms finanzierte HEPscreen-Projekt

Am HEPscreen-Projekt waren zehn Partner in sechs verschiedenen Ländern beteiligt: Großbritannien, Deutschland, die Niederlande, Ungarn, Italien und Spanien. Zentrales Anliegen des Projekts waren die Auswertung, Beschreibung und der Austausch beispielhafter Verfahren bei der Untersuchung von Migrantengruppen auf Hepatitis B und C. Ein zentraler Untersuchungsgegenstand war der epidemiologische Nachweis der Krankheitslast von Hepatitis B und C unter Migranten in Europa. Darauf aufbauend wurde die Kostenwirksamkeit überprüft und die Frage geklärt, ob die Vorteile einer Untersuchung die nachteiligen Auswirkungen überwiegen. Eine weiterer Gegenstand der Untersuchung war ferner die Frage nach den im Rahmen der Untersuchung, Beratung, Überweisung und Behandlung empfohlenen (z.B. in Richtlinien) und angewendeten Verfahren. Eine andere zentrale Aufgabe war schließlich die Sammlung und Auswertung des übersetzten Informationsmaterials für alle Personen, denen eine Untersuchung angeboten wurde.

Abschließend wurden in Grampian (Schottland), London (England), Mittelungarn einschließlich Budapest (Ungarn) und Barcelona (Spanien) vier Pilotstudien mit sowohl innovativen als auch bewährten Herangehensweisen an die Untersuchung durchgeführt. Die genannten Forschungs- und Praxisfragen waren insbesondere im Hinblick auf die drei verschiedenen Organisationsformen im Gesundheitsbereich in den teilnehmenden Ländern von Bedeutung: mit einem staatlichen Ge-

sundheitsdienst in Großbritannien, Spanien und Italien (Beveridge-Modell), einem Sozialversicherungssystem in Deutschland und den Niederlanden (Bismark-Modell) und dem transitionellen Semashko-Bismark-Modell in Ungarn. Die sechs Länder unterscheiden sich dabei auch im Hinblick auf ihre Geschichte und Migrationserfahrungen. Italien und Spanien erlebten gerade in jüngster Zeit eine im Vergleich zu Großbritannien, Deutschland und den Niederlanden wesentlich rasantere Migrationswelle, während die Einwanderung in diesen Ländern bereits seit den 1950er Jahren eine Selbstverständlichkeit ist. Auch in Ungarn ist die Migration ein jüngeres Phänomen, das im Vergleich zu den nördlichen Staaten Europas nach wie vor weit weniger selbstverständlich ist. In diesem Artikel sind die wichtigsten Erkenntnisse, Empfehlungen und praktischen Hilfsmittel zusammengefasst, die im Verlauf der dreijährigen Studie entwickelt wurden.

Virushepatitis in Europa - Erfolgreiche Präventionsmaßnahmen

Primäre Präventionsmaßnahmen im öffentlichen Gesundheitswesen mit unter anderem einer HBV-Untersuchung im Rahmen der Schwangerschaftsfürsorge, einer Hepatitis-Impfung, sterilen medizinischen/ zahnmedizinischen Verfahren, einer sicheren Blutversorgung und Maßnahmen zur Schadensbegrenzung bei Menschen, die Drogen injizieren, konnten die Übertragung von Hepatitis B und C innerhalb Europas erfolgreich stoppen. Das unterschiedliche Tempo, mit dem die Maßnahmen im Laufe der Zeit angenommen wurden, hat jedoch zu merklichen geografischen Unterschieden hinsichtlich der Prävalenz innerhalb Europas geführt. Die Prävalenz der chronischen Hepatitis-B-Infektion in der Allgemeinbevölkerung beträgt zwischen 0,1% und 5,6%, die der chronischen Hepatitis-C-Infektion zwischen 0,4% und 5,2%⁽³⁾. Die Krankheitslast ist in den nordwestlichen Ländern generell geringer und in den südöstlichen Regionen Europas vergleichsweise höher. Da primäre Präventionsmaßnahmen bei bereits infizierten Patienten keine Wirkung mehr zeigen, ist die Krankheitslast der nicht diagnostizierten chronischen Virushepatitis hoch.

Box 1: Wichtige Erkenntnisse und Empfehlungen aus dem HEPscreen-Projekt

1. Die Maßnahmen zur Untersuchung müssen ausgeweitet werden. Die von uns vorgefundenen, vom Umfang her begrenzten und zeitlich befristeten Beispielprojekte sind nicht ausreichend, um der Herausforderung, die die chronische Virushepatitis an das öffentliche Gesundheitswesen stellt, angemessen zu begegnen. Zunächst sind in einem ersten Schritt klare Richtlinien und politische Empfehlungen erforderlich.
2. Es gibt bereits pragmatische und dennoch systematische Konzepte, die relativ einfach zu implementieren sind. Zum Beispiel die routinemäßige (aber dennoch freiwillige) Erfassung des Geburtslandes im Rahmen der medizinischen Grundversorgung als Teil der Krankengeschichte. Dadurch kann der Zugang zu einer auf Virushepatitis bezogenen Untersuchung auf Lebererkrankungen für Personen aus endemischen Gebieten erleichtert werden.
3. Bei der Entwicklung spezifischer Behandlungsinterventionen sollten klare Überweisungswege im Mittelpunkt stehen. Hoch komplizierte und zuweilen ineffektive Patientenpfade werfen in Kombination mit dem komplexen Charakter von Virushepatitis weitere auf das Gesundheitswesen bezogene und patientenseitige Hürden für Migrantengruppen auf. Eine effiziente Anbindung an die fachärztliche Behandlung einschließlich der antiviralen Therapie ist ausschlaggebend, um die gesundheitliche Wirkung der Untersuchung zu maximieren.

Virushepatitis in Europa - Die Auswirkungen der Migration

Jahrhundertlang sind viele Menschen aus Europa ausgewandert. Erst in den letzten fünfzig Jahren sind auch Einwanderer nach Europa gekommen. Die Migration hat einen großen Einfluss auf die körperlichen, mentalen und sozialen Dimensionen der Gesundheit und stellt die Empfängerländer im Hinblick auf die öffentliche Gesundheit vor völlig neue Herausforderungen. Fakt ist, dass die Mehrzahl der chronischen Infektionen mit Virushepatitis innerhalb Europas unter Personen auftreten, die in Ländern geboren sind, in denen Hepatitis B und C endemisch sind. Wir haben im Rahmen einer epidemiologischen Analyse festgestellt, dass Migranten in den sechs HEPscreen-Studienländern zwar nur eine Minderheit (~4 – 15%) der Bevölkerung darstellen, die fünf meist betroffenen Migrantengemeinschaften (nach Herkunftsländern definiert) aber dennoch zugleich rund ~10 - 45% der Krankheitslast von chronischer Hepatitis B in den betreffenden Ländern ausmachen. In endemischen Ländern wird HBV in der Regel während der Schwangerschaft oder im frühen Kindesalter von der Mutter auf das Kind übertragen. Nicht sterile medizinische und zahlmedizinische Instrumente sowie Rasiergeräte zählen in Regionen, in denen Hepatitis C allgemein auftritt, zu den häufigsten Expositionsrisiken. Eine weitere, große Gruppe der HCV-Infizierten in Europa stellen Menschen dar, die Drogen injizieren. Die Infektion wird dabei häufig mit dem Konsum illegaler Drogen in Verbindung gebracht. Dadurch ist die Infektion stigmatisiert und sind die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen aus endemischen Ländern negativ überschattet.

Aktuelle Maßnahmen im Rahmen der Untersuchung auf chronische Virushepatitis in Europa

Länder außerhalb Europas wie Kanada, die USA und Australien verfügen über staatliche Richtlinien, in denen die Notwendigkeit der Untersuchung von Personen aus endemischen Ländern anerkannt wird. Wir haben das Angebot an Richtlinien innerhalb Europas im Rahmen einer Literaturrecherche und einer ausführli-

chen Umfrage unter Fachärzten und Mitarbeitern im Bereich der Gesundheitsfürsorge untersucht. Daneben haben wir die gängigen Verfahren beim Test von Risikogruppen untersucht, also auch von Migranten aus endemischen Regionen. In allen sechs europäischen HEPscreen-Ländern haben wir nur eine einzige Richtlinie zur Untersuchung von Personen aus endemischen Gebieten vorgefunden, und zwar in Großbritannien(4). Dies spiegelt sich auch in der von uns vorgenommenen Auswertung der gängigen Praxis wider: In den sechs Ländern, die an der Studie teilgenommen haben, gab es neben der Untersuchung von Schwangeren auf HBV im Rahmen der Schwangerschaftsfürsorge und der Untersuchung von Blutspendern auf HBV und HCV keine weiteren systematischen Untersuchungen. Wir haben zwar einige vorbildliche Praxisbeispiele für die Untersuchung von Personen aus endemischen Ländern vorgefunden - zumeist in Großbritannien und den Niederlanden - diese sind jedoch zeitlich begrenzt, von geringem Umfang und haben Seltenheitswert.

Die vier wichtigsten Untersuchungsmethoden

Ein Ziel des Projekts war es, das fragmentierte Wissen über wirksame Untersuchungsmethoden unter Migrantengruppen aufzudecken und zu bündeln. Im Rahmen des HEPscreen Toolkits haben wir ein Archiv der von uns vorgefundenen vorbildlichen Praxisbeispiele aufgebaut. Vier zentrale Untersuchungsmethoden sind dabei zu unterscheiden (Box 2). Jede Methode ist mit bestimmten ethischen, epidemiologischen, evaluativen und wirtschaftlichen Implikationen verbunden. Allgemeinmediziner, Gemeindefürsorgende und Sexualberatungsstellen haben häufig eine Vertrauensposition inne, die es ihnen ermöglicht, zu sensibilisieren und Patienten mit länder- oder herkunftsbezogenen Risikofaktoren auf opportunistische Weise zu einem Test einzuladen. In Kombination mit einem bereits bestehenden Untersuchungsprogramm beispielsweise zur Aufdeckung von Infektionskrankheiten wie Tuberkulose (TBC) kann auf die bestehende Infrastruktur aufgebaut werden, während auch die Mitarbeiter bereits angemessen geschult sind. Die einzelnen Modelle variieren in ihrem Umfang

und haben zum Ziel, die Gemeinschaft zu sensibilisieren und Personen, denen ein Test angeboten wird, mit Informationen zu versorgen. Informationen zur Bewusstseinsbildung, Aufklärungskampagnen und Aufklärungsmaterial sind unter anderem ein zentrales Element von Untersuchungsmodellen, die auf der Öffentlichkeitsarbeit beruhen.

Box 2: Die vier wichtigsten Implementierungsmodelle für eine Untersuchung

1. **Auf der Grundlage der Öffentlichkeitsarbeit unter Einbeziehung erzieherischer/ sensibilisierender Maßnahmen in Kombination mit einem Test, entweder innerhalb einer Gemeinschaft oder in einem geschlossenen/ fest umrissenen Umfeld**, zum Beispiel am Arbeitsplatz oder in einer Einrichtung.
2. Angebot einer **opportunistischen HBV/HCV-Untersuchung im Rahmen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen innerhalb der Primärversorgung**, zum Beispiel bei einem Allgemeinmediziner, den Gesundheitsämtern oder Sexualberatungsstellen.
3. **Ausweitung bereits vorhandener Initiativen, die auf die Untersuchung von Migranten ausgerichtet sind**, wie beispielsweise die Untersuchung auf TBC, um diese um einen Test auf Virushepatitis zu erweitern.
4. **Einladungsbasierte Modelle unter Nutzung des Bevölkerungsregisters oder von Patientendateien** zur Steigerung des Zugangs zur Untersuchung von Personen, die in einem Land mit einer mittleren/ hohen Virushepatitis-Endemizität geboren sind.

Beschränkter Zugang benachteiligter Gruppen zur Behandlung

Gesetzliche Hindernisse und andere Hürden, die den Zugang zu Gesundheitsfürsorge beschränken, wie beispielsweise eine sozioökonomische Benachteiligung oder unsichere Wohn- und Arbeitsbedingungen, gelten zu einem bestimmten Teil als Ursache für die mangelnde Untersuchung von Migranten. Aus Studien in der Vergangenheit ging zudem neben einer geringeren Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen⁽⁵⁾ schlechtere Gesundheitsergebnisse bei Virushepatitis unter Migrantengruppen hervor⁽⁶⁾. Wir wollten wissen, ob in den sechs teilnehmenden Ländern von formalen Beschränkungen bei der Behandlung benachteiligter Gruppen wie Asylbewerber, Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus, Personen ohne Versicherung und Menschen, die Drogen injizieren, die Rede ist. Die Ergebnisse einer Umfrage unter 60 Gastroenterologen und Spezialisten für Infektionskrankheiten, die an der direkten klinischen Behandlung von Patienten mit chronischer Virushepatitis beteiligt sind, ergaben, dass unter den Experten innerhalb eines Landes mangelnde Übereinstimmung darüber besteht, welche Patienten überhaupt Anspruch auf bestimmte Formen der Behandlung haben. Diese Divergenz war insbesondere aus dem Grund überraschend, da der Zugang zur Behandlung dieser spezifischen Gruppen im Rahmen des Gesundheitssystems beziehungsweise des politischen Kontextes zumeist genau geregelt ist. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die Steuerung der Bezugsberechtigung von Gesundheitsleistungen den an der Behandlung von Patienten am häufigsten beteiligten medizinischen Fachkräften unklar, für diese nicht greifbar oder gänzlich unbekannt ist. Eine mangelnde Übereinstimmung kann auch eine entscheidende Erklärung für das begrenzte Vorhandensein von Untersuchungsprogrammen sein, die auf Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Risiko abzielen oder durch diese verursacht werden. Der Mehrheit der in Großbritannien, Deutschland, den Niederlanden, Ungarn und Spanien befragten Personen berichtete von signifikanten Einschränkungen bei der Behandlung von Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus und Personen ohne Krankenversicherung.

Nur in Italien berichtete die Mehrheit der Befragten von gar keinen oder nur leichten Einschränkungen. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass Risikogruppen wie Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus, Personen ohne Krankenversicherung und Asylbewerber nur selten auf Virushepatitis untersucht werden und bei einer festgestellten chronischen Infektion keinen verlässlichen Zugang zur medizinischen Sekundärversorgung haben.

Zugang zur antiviralen Therapie von Hepatitis B/ C in Europa

Die zentrale Zulassungsstelle für innovative Arzneimittel zur Behandlung von Viruserkrankungen in Europa, die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA), ist für die Prüfung der Zulassungsanträge in allen europäischen Ländern zuständig, um eine einheitliche Marktzulassung zu gewährleisten. Entscheidungen über den Preis und die Kostenerstattung werden hingegen in der Regel auf nationaler Ebene getroffen. Auch in Bezug auf die Verfügbarkeit, Inanspruchnahme und Nutzung neuer Medikamente insbesondere zur Behandlung von HCV sind in den einzelnen Mitgliedstaaten Unterschiede möglich⁽⁷⁾. Anhand des bereits oben genannten Fragebogens haben wir entdeckt, dass die erste Generation der Proteaseinhibitoren für HCV, Boceprevir und Telaprevir, in Italien, Spanien und Ungarn entweder signifikant oder sogar vollständig eingeschränkt ist, trotz der europaweiten Zulassung. Epidemiologische, auf das Gesundheitssystem bezogene, klinische und wirtschaftliche Faktoren bieten dafür eine gewisse Erklärung. Seit der im Jahr 2012 von uns durchgeführten Umfrage sind drei neue HCV-Medikamente zur Anwendung in Europa zugelassen worden. Weitere antivirale Entwicklungen stehen in Aussicht. Mit Kosten in Höhe von schätzungsweise € 60.000 pro Patient sind jedoch Unterschiede in der Zulassung und anschließenden Verwendung dieser kostspieligen Optionen innerhalb Europas zu erwarten.

Gesundheitsinformationen im sprachlich und kulturell differenzierten Europa

Die Bereitstellung präziser, zutreffender und verständlicher Informationen für Menschen aus endemischen Ländern ist ein Mittel, um das Bewusstsein zu schärfen, die Akzeptanz einer Untersuchung zu verbessern, eine bewusste Entscheidung zu gewährleisten, Tests zu normalisieren und Gefühle der Stigmatisierung, Scham und Furcht zu verringern. Um Fachkräfte im Gesundheitswesen in ganz Europa die Möglichkeit zu bieten, die zu testenden Personen mit schriftlichen Informationen zu versorgen, hat HEPscreen ein Hilfsmittel für den Entwurf mehrsprachiger Broschüren entwickelt. Der kulturell abgestimmte und leicht verständliche Inhalt ist in 40 Sprachen verfügbar, von denen jeweils zwei in jeder gewünschten Kombination ausgewählt werden können, um eine Gesundheitsbroschüre zusammenzustellen. Die Broschüre ist insbesondere für Personen mit begrenzter Gesundheitskompetenz und Menschen aus Kulturen geschrieben worden, in denen die Normen und Werte rund um ungeschützten Geschlechtsverkehr und illegalen Drogenkonsum die Stigmatisierung steigern, da Virushepatitis insbesondere mit diesen Übertragungswegen in Verbindung gebracht wird.

Der Toolkit - Praktische Unterstützung bei der Implementierung

Der HEPscreen Toolkit ist auf der zunehmenden Erkenntnis aufgebaut, dass eine systematische Herangehensweise an die Bekämpfung von Virushepatitis dringend notwendig ist. Epidemiologische HEPscreen-Instrumente können Planer im Bereich der öffentlichen Gesundheit und andere Experten dabei unterstützen, die Krankheitslast unter Menschen aus endemischen Ländern besser einzuschätzen und zu erfassen, in welchen Gemeinschaften das Risiko am größten ist, an einer mit Virushepatitis verbundenen Leberkrankheit zu erkranken. Die Zuspitzung auf Gruppen mit einem erhöhten Risiko steigert die Wahrscheinlichkeit, positive Fälle aufzudecken und die wenigen Gesundheitsdienstleistungen effektiver zu nutzen. Die Erkennt-

nis, welche Gemeinschaften am meisten betroffen sind, kann zur vorhandenen Fachkompetenz beitragen und genutzt werden, um maßgeschneiderte Herangehensweisen an spezifische kulturelle, sprachliche und soziale Normen und Werte zu entwickeln. Ergänzend dazu sind kulturell abgestimmte, verständliche Broschüren mit Informationen zur Vorbereitung auf den Test in über 40 Sprachen verfügbar. Eine Checkliste für das Beratungsgespräch zur Vorbereitung auf die Untersuchung, die um eine Literaturübersicht und einen Fragebogen ergänzt ist, kann Fachkräfte im Gesundheitswesen, die einen Test anbieten, dabei unterstützen, das Thema Virushepatitis mit Personen mit einem unterschiedlichen kulturellen und sprachlichen Hintergrund zu erörtern. Praktische Leitfäden und Fallstudien zu den einzelnen Untersuchungsmethoden können dazu beitragen, evidenzbasierte Untersuchungsprogramme zu entwickeln. Ein Indikatorenset und ein Leitfaden für die Auswertung können dabei helfen, die Untersuchungsprogramme auch nach der Implementierung weiter zu überwachen. Es gibt verschiedene Beispiele dafür, wie einzelne Aspekte des HEPscreen Toolkits das Bewusstsein schärfen, Wissen aufbauen und Maßnahmen zur Bewältigung der schleichenden Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch Virushepatitis in Europa vorantreiben können.

Wissenschaftlicher Konsens - Es ist Zeit zu handeln

In der Studie "The Global Burden of Disease" (Die globale Krankheitslast der Krankheit, 2010) belegt Virushepatitis auf der Liste der Ursachen für Mortalität den 9. Platz. Die Krankheitslast von Virushepatitis in Europa ist dabei größer als die von HIV und TBC⁽⁸⁾. Studien haben außerdem ergeben, dass eine Untersuchung unter Bevölkerungsgruppen mit einer zu erwartenden Prävalenz von mindestens 2% mit hoher Wahrscheinlichkeit kosteneffektiv sind⁽⁹⁾. Dennoch kommt der Virushepatitis im Vergleich zu HIV wesentlich weniger Aufmerksamkeit zu, sowohl aus der Perspektive des Gesundheitswesens als auch aus öffentlicher oder politischer Sicht. Die komplexe epidemiologische und pathogenetische Geschichte, mangelnde Interessenvertretung in diesem Bereich, die globale Wirtschaftskrise und der immense

Box 3: Zentrale Aspekte des HEPscreen Toolkits

1. Video- und Zeichentrickfilme über die Herausforderung von chronischer Virushepatitis an das öffentliche Gesundheitswesen
2. Epidemiologische Instrumente, um die Krankheitslast chronischer Virushepatitis unter Migranten einstufen zu können
3. Wie funktioniert das... Leitfäden, Fallstudien und Videofilme zu den einzelnen Untersuchungsmethoden
4. Ein Verzeichnis der im Rahmen von Untersuchungsprojekten erfolgreich eingesetzten Verfahren
5. Ein Instrument zur Entwicklung mehrsprachiger Broschüren für Personen, denen eine Untersuchung auf Hepatitis B/C angeboten wird - erhältlich in über 40 Sprachen
6. Instrumente zur Unterstützung der Primärversorgung, die dazu beitragen, Patienten aus endemischen Gebieten zu einer Untersuchung zu bewegen, einschließlich einer Checkliste für das Beratungsgespräch zur Vorbereitung auf die Untersuchung
7. Empfehlungen für vorbildliche Verfahren bei der Beratung im Anschluss an die Untersuchung und die Überweisung an einen Spezialisten

Druck auf die Gesundheitsausgaben sind entscheidende Erklärungen dafür⁽¹⁰⁾. Das gegenwärtige wirtschaftliche Sparklima, bedrohliche Fremdenfeindlichkeit und der steigende Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen sind kein idealer Boden, um für die Zuteilung von Ressour-

cen für die sekundäre Prävention einer Erkrankung zu werben, von der die am häufigsten ausgegrenzten und benachteiligten Mitglieder der Gesellschaft betroffen sind. Dennoch ist es inmitten dieser erregten und hoch politisierten Debatte unsere Verantwortlichkeit als Experten im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens,

um den Ruf nach einer evidenzbasierten Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung klar auszusprechen. Frei nach den Worten da Vinci: "Es ist nicht genug, zu wissen, man muss auch anwenden. Es ist nicht genug, zu wollen, man muss auch tun."

Referenzen

1. World Health Organisation (WHO). Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. 2014.
2. World Health Assembly (WHA). Hepatitis (WHA67.6). 2014.
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies. A Literature Review. 2010.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hepatitis B and C: ways to promote and offer testing to people at increased risk of infection. London: 2012.
5. Uiters E, Deville W, Foets M, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. BMC health services research. 2009;9:76. Epub 2009/05/12.
6. Antonucci G, Mazzotta F, Puoti M, Angeletti C, Girardi E, Santantonio T, et al. Factors associated with access to antiviral treatment in a multicentre cross-sectional study of patients with chronic hepatitis B in Italy. J Viral Hepat. 2012;19(12):881-9. Epub 2012/11/06.
7. Lettmeier B, Muhlberger N, Schwarzer R, Sroczynski G, Wright D, Zeuzem S, et al. Market uptake of new antiviral drugs for the treatment of hepatitis C. J Hepatol. 2008;49(4):528-36. Epub 2008/08/07.
8. Cowie BC, Carville KS, MacLachlan JH. Mortality due to viral hepatitis in the Global Burden of Disease Study 2010: new evidence of an urgent global public health priority demanding action. Antiviral therapy. 2013;18(8):953-4. Epub 2013/06/13.
9. Hahne SJ, Veldhuijzen IK, Wiessing L, Lim TA, Salminen M, Laar M. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. BMC infectious diseases. 2013;13:181. Epub 2013/04/20.
10. The Economist Intelligence Unit. The Silent Pandemic: tackling hepatitis C with policy innovation. 2012 available from <http://www.economistinsights.com/sites/default/files/TheSilentPandemic.pdf>.