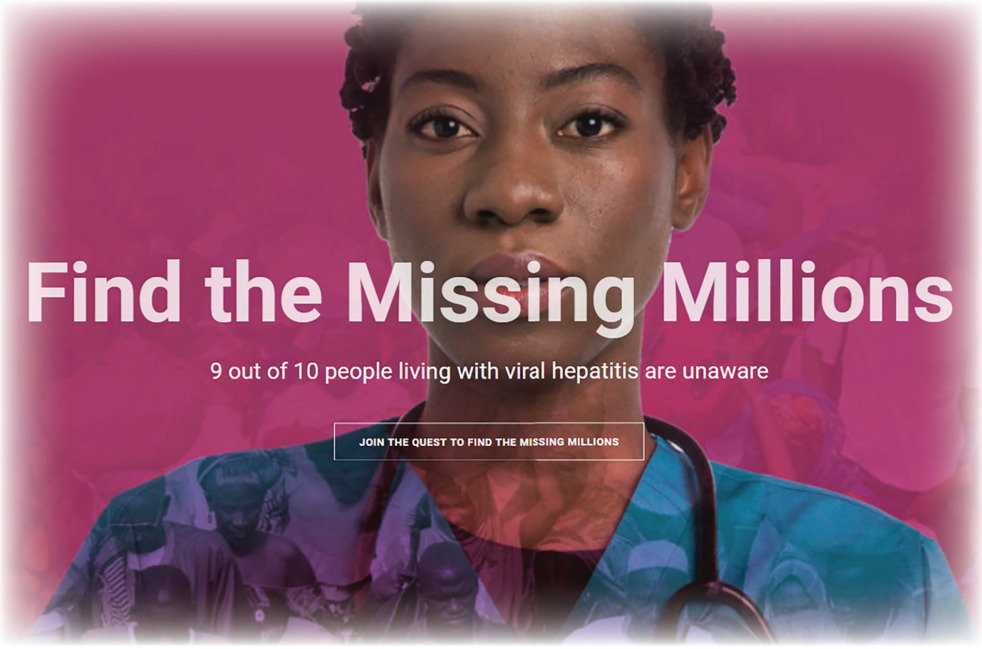
HEPATITIS HILFE ÖSTERREICH
PLATTFORM GESUNDE LEBER

WELT-HEPATITIS-TAG



Welt Hepatitis Tag 2018
Presseunterlagen

zur Pressekonferenz am 25. Juli 2018 im Michl´s in Wien mit:

- Angelika Widhalm, Vorsitzende der HHÖ
- Martin Prais, Generalsektretär der HHÖ
- Ao. Univ. Prof. Dr. Petra E. Munda, Leiterin der hepatologischen Ambulanz der Abt. für Gastroenterologie und Hepatologie im AKH
- Prim. Prof. Priv. Doz. Dr. med. univ. Arnulf Ferlitsch, Leiter Innere Medizin I, Gastroenterologie und Nephrologie im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
- Mag. Dr. Margit Winterleitner, Chefärztin in der Generaldirektion für Strafvollzug und freiheitsentziehende Maßnahmen im Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz

NOhep

HEPATITIS HILFE ÖSTERREICH
PLATTFORM GESUNDE LEBER

Inhalt

Pressetext der Hepatitis Hilfe Österreich 1

CV Angelika Widhalm 4

CV Martin Prais 5

CV Ao. Univ. Prof. Dr. Petra E. Munda 6

CV Prim. Prof. Priv. Doz. Dr. med. univ. Arnulf Ferlitsch 7

CV Mag. Dr. Margit Winterleitner 8

Beilage – Pressetext ao. Univ. Prof. Dr. Petra E. Munda 9

Beilage – Pressetext Prim. Prof. Priv. Doz. Dr. med. univ. Arnulf Ferlitsch 12

Welt Hepatitis Tag 2018: Am 28. Juli ist es wieder so weit: Der Welt Hepatitis Tag, mit dem die World Hepatitis Alliance (WHA) seit 2011 jährlich auf die Gefahren von viralen Lebererkrankungen aufmerksam macht, wird wieder weltweit abgehalten. Im Fokus dieses Jahr steht das Motto "Find The Missing Millions". Denn nur wenn die rund 300 Mio. noch nicht bekannten infizierten Personen weltweit ausfindig gemacht werden, kann das langfristige WHA-Ziel, Hepatitis B und C bis 2030 zu eliminieren, realisiert werden. Die Hepatitis Hilfe Österreich – Platt- form gesunde Leber (HHÖ) rund um Vorsitzende Angelika Widhalm und Generalsekretär Martin Prais startete daher 2018 eine Testoffensive und lud am 25. Juli zur Pressekonferenz ins Wiener Michl´s.

"Find The Missing Millions!", so das Motto des Welt Hepatitis Tags 2018

Gesundheitsministerin Mag. Beate Hartinger-Klein sichert der HHÖ volle Unterstützung im Kampf gegen virale Hepatitis zu!

Wien, am 25. Juli 2018. Es war im Jahr 2011, als die World Hepatitis Alliance den Welt Hepatitis Tag ins Leben gerufen hat, um die Awareness für virale Lebererkrankungen zu steigern. Das Ziel ist es, Hepatitis B und C bis 2030 zu eliminieren. Unter dem diesjährigen Motto "Find The Missing Millions" soll am 28. Juli, dem Welt Hepatitis Tag 2018, verdeutlicht werden, dass weltweit noch immer rund 300 Millionen infizierter Menschen nichts von ihrem Schicksal wissen. Denn der Krankheitsverlauf ist meist schleichend, sodass die Betroffenen lange Zeit keine Beschwerden wahrnehmen und chronisch verlaufende Leberentzündungen jahrelang unbemerkt bleiben. Das stellt nicht nur für die Betroffenen selbst ein enormes Risiko dar, sondern auch für die Gesellschaft, in der sie leben. Erst wenn sie ausfindig gemacht werden, können sie einer entsprechenden Therapie zugeführt werden.

"Weltweit sind noch immer rund 73 Millionen Menschen, von denen wir wissen, dass sie infiziert sind", betont Angelika Widhalm, Vorsitzende der Hepatitis Hilfe Österreich – Plattform gesunde Leber (HHÖ), die anlässlich des Welt Hepatitis Tags auch dieses Jahr wieder zur Pressekonferenz lud. Widhalm betont weiters, dass Lebererkrankungen weltweit dramatisch ansteigen und vor allem HBV (Hepatitis B) und HCV (Hepatitis C) zu Zirrhose und Leberkrebs führen können. "Mittlerweile gibt es aber eine hocheffektive Medikation – nicht nur zur Therapie, sondern auch zur Prophylaxe (Schutzimpfung Kombination Hepatitis A+B)", fügt Martin Prais, Generalsekretär der HHÖ, hinzu (siehe unten). Da auch in Österreich zigtausende Betroffene noch keine Diagnose haben und nicht therapiert werden, startete die HHÖ eine Testoffensive und lädt alle Österreicherinnen und Österreicher ein, sich kostenlos testen zu lassen.

Gesundheitsministerin Mag. Beate Hartinger-Klein sichert nationalen Hepatitisplan zu

„Bei einem Gespräch mit der Bundesministerin für Gesundheit am 18. Juli wurde mir versichert, dass sie sich für die rasche Installierung des von der WHO und EU sowie der HHÖ schon seit Jahren geforderten nationalen Hepatitisplan, einsetzen wird", zieht Angelika Widhalm erfreut Bilanz nach ihrem Treffen mit der Gesundheitsministerin, die einen solchen als wesentlichen Schritt zur Verbesserung der Gesundheit in Österreich ansieht.

Ziel: Diagnoserate von 30% bis 2020

Mit der "Find The Missing Millions"-Kampagne sollen innerhalb von drei Jahren sämtliche Barrieren auf dem Weg zur Diagnose und in weiterer Folge zur effektiven Therapie beseitigt werden, um bis 2020 eine Diagnoserate von 30% zu erreichen. Zu den größten Herausforderungen auf dem Weg dorthin zählt die WHA vor allem das mangelnde allgemeine Wissen um virale Lebererkrankungen sowie die oft fehlenden Möglichkeiten, sich testen zu lassen. Darüber hinaus spielt die Stigmatisierung und Ausgrenzung von Infizierten laut Widhalm nach wie vor eine bedeutende Rolle. "Je besser die Bevölkerung aufgeklärt ist, desto weniger wird ausgegrenzt", ist sie überzeugt. "Find The Missing Millions" setzt daher vor allem auf Information. Um die Ziele zu erreichen, präsentierte die WHA am Welt Hepatitis Tag 2018 auch ein "White Paper"

mit konkreten Empfehlungen für die weltweite Community – darunter auch die HHÖ.

Neben Prais und Widhalm sprachen auch ao. Univ.Prof. Dr. Petra Munda, Leiterin der Spezialambulanz für virale Lebererkrankungen im AKH Wien, und Primar Prof. Priv.-Doz. Dr. Arnulf Ferlitsch, Vorstand der Abteilung Innere Medizin im Krankenhaus der barmherzigen Brüder in Wien, sowie Mag. Dr. Margit Winterleitner, Chefärztin in der Generaldirektion für Strafvollzug und freiheitsentziehende Maßnahmen im Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz, zu den anwesenden Journalistinnen und Journalisten.

Key-Facts

- In der EU sterben jedes Jahr mehr Menschen an HCV als an HIV.
- HCV ist 7 Mal häufiger als HIV in Europa.
- Geschätzte 15 Millionen Europäer sind chronisch infiziert, eingeschlossen 5,5 Millionen, die in der EU leben; jedes Jahr werden 27.000-29.000 neue HCV-Fälle in der EU/EEA diagnostiziert.
- Beweise zeigen, dass sich in einigen europäischen Ländern die jährliche Todesrate durch HCV in den letzten 20 Jahren vervierfacht hat.

Zu den Risikogruppen zählen nicht nur chronisch Kranke, denen immer wieder Blutprodukte verabreicht werden, auch Personen, die im medizinischen Bereich tätig sind, Drogensüchtige oder Prostituierte bzw. Freier oder/und im MSM-Bereich, gehören dazu. Aber auch Tätowierung, Piercen, Fuß- und Nagelpflege, Tatortreinigungen und Reinigungsunternehmen sind hoch gefährdet. “Überall, wo viele Menschen eng zusammenleben und die Hygienemaßnahmen nicht ausreichend sind”, fügt Prais hinzu.

Virale Hepatitis in Justizanstalten in Österreich

Mag. Dr. Margit Winterleitner schildert die Situation in den heimischen Gefängnissen wie folgt: „Der chefärztliche Dienst der Generaldirektion für den Strafvollzug und der Vollzug freiheitsentziehenden Maßnahmen im Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz, erachtet die Diagnose, Aufklärung und Therapie von Infektionskrankheiten als eine wesentliche Aufgabe der medizinischen Betreuung. Im Zuge der Surveillance konnten die Daten gemeinsam mit der AGES ausgewertet werden. Dabei hat sich gezeigt, dass die genannten Risikogruppen Drogenkonsumenten den überwiegenden Anteil darstellen. Nach der Erhebung des Immunstatus sind daher vor allem die Aufklärung hinsichtlich der Infektionswege sowie eine Schulung des risikofreien Umganges im sozialen Bereich und die Stabilisierung des Substanzgebrauches von großer Bedeutung. Bei ausreichender Compliance des Patienten wird auch die Therapie mit interferonfreien Medikamenten durchgeführt. Die Einbindung in eine engmaschige Nachbetreuung ist Voraussetzung für diese Therapie. Zurzeit wird in Abstimmung mit den Zielen der WHO ein nationaler Plan für den Strafvollzug ausgearbeitet. Der chefärztliche Dienst ist sich der Verantwortung für die Volksgesundheit in Österreich bewusst und ist hier sehr wohl bereit seinen Teil dazu beizutragen. Volkswirtschaftlich gesehen ist die Therapie mit den neuen Medikamenten ein Erfolgsmodell. Betrachtet man nur den monetären Anteil dieser Therapie, sind die Patienten nach Abschluss der Medikamentengabe aufgrund der umfassenden Begleitmaßnahmen in der Lage einer Beschäftigung nachzugehen und können bei anhaltenden stabilen Bedingungen die einmalig entstandenen Kosten erwirtschaften.“

Therapie mit Heilungsraten zwischen 95% und 100%

Durch die heute verfügbaren Medikamente ist eine praktisch nebenwirkungsfreie Therapie von Hepatitis C mit Heilungsraten zwischen 95% und 99% innerhalb von wenigen Wochen möglich. Wichtig in der Therapie ist das unbedingt 100 %ige konsequente tägliche Einnahme der Medikamente zur gleichen Zeit, ansonsten kommt es zu bösen Überraschungen. ”Damit ist die Voraussetzung für eine Elimination absolut gegeben”, betont Widhalm. Durch das konsequente Identifizieren von Betroffenen und deren Behandlung können nicht nur die Betroffenen selbst wertvolle Lebensjahre gewinnen, auch volkswirtschaftlich wirkt sich das langfristig positiv aus.

Seltene Lebererkrankungen stark im Steigen

Die häufigsten seltenen Lebererkrankungen wie PBC, PSC, AIH, Morbus Wilson, Hämochromatose sind auch stark im Steigen. Die Gründe dazu sind bisher nicht richtig erforscht. Es gibt aber bereits effektivere Therapien, die seltene Lebererkrankungen erträglicher machen und auf lange Sicht die Lebensqualität der Betroffenen erhöht.

Über die Hepatitis Hilfe Österreich - Plattform gesunde Leber

Die Hepatitis Hilfe Österreich - Plattform Gesunde Leber (HHÖ) wurde im Jahr 2000 von engagierten Patienten gemeinsam mit Ärzten und den Partnern aus der Gesundheitspolitik gegründet. Seither fungiert der gemeinnützige Verein als Schnittstelle zwischen PatientInnen und MedizinerInnen, Behörden, Ministerien, Arbeiter- und Wirtschaftskammer, Sozialversicherungsträgern, Krankenkassen sowie regionalen Behörden hier in Österreich. Ein wissenschaftlicher Beirat, bestehend aus namhaften Fachärzten und Wissenschaftlern, gewährleistet die Zuverlässigkeit, Aktualität und Seriosität der medizinischen Informationen der HHÖ. Die Hepatitis Hilfe Österreich wird künftig noch enger als bisher mit allen zuständigen Behörden, Ministerien und einschlägigen Institutionen des Landes sowie den Medien zusammenarbeiten.

Rückfragen richten Sie bitte an

HHÖ-Vorsitzende Angelika Widhalm, Tel: 01/581 03 28 oder 0676/5204124; E-Mail: info@gesundeleber.at
oder
HHÖ-Generalsekretär Martin Prais, Tel: 0664/471 05 14; E-Mail: martin.prais@gesundeleber.at

Angelika Widhalm,
Vorsitzende der Hepatitis Hilfe Österreich – Plattform gesunde Leber/HHÖ

Zur Person

Jahrelang litt Angelika Widhalm, Vorsitzende der Hepatitis Hilfe Österreich, an unerklärlichen Beschwerden: Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Hautausschläge, Gallenprobleme, Depressionen. Doch kein Arzt konnte ihr helfen. Im Jahre 1995 folgte dann die niederschmetternde Diagnose: Angelika Widhalm leidet unter Virushepatitis C, einer heimtückischen Krankheit, die unbehandelt tödlich endet. Infiziert wurde sie offenbar durch eine Blutkonserve, die sie im Jahre 1979 im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts in Wien erhielt. Sie hatte nachweislich erst nach diesem Ereignis deutlich erhöhte Leberwerte. Da es zum damaligen Zeitpunkt noch nicht möglich war, Virushepatitis C zu erkennen, wurde das Virus erst im Jahre 1989 entdeckt. 1995 wurde Hepatitis C bei ihr diagnostiziert. Sie machte im Laufe der Jahre 3 Interferon-Therapien durch, jedoch ohne Erfolg. Ihre Leber wurde zunehmend zerstört, bis zur dekompensierten Leberzirrhose.

Ende 2008 wurde sie „in letzter Minute“ lebertransplantiert und es ging, so dachte sie, aufwärts ...
Doch das Hepatitis C-Virus zerstörte in unheimlicher Geschwindigkeit auch ihre „neue“ Leber, sodass sie bereits nach 5 Jahren wieder an Leberzirrhose litt und es ernsthaft in Richtung rasches Lebensende ging und eine der neuen Therapien lebensnotwendig war. Angelika Widhalm war schließlich die 1. Lebertransplantierte Patientin mit HCV in Europa, die durch die neue interferon- und nebenwirkungsfreie Therapie geheilt wurde. Seither kann Sie wieder voll am Leben teilnehmen und setzt sich als Vorsitzende der Hepatitis Hilfe Österreich für Betroffene ein. Die Krankheit hat in ihrem Fall volkswirtschaftlich, sozialwirtschaftlich und persönlich einen Schaden in Millionenhöhe angerichtet.

Kontakt:
Hepatitis Hilfe Österreich - Plattform Gesunde Leber (HHÖ)
Vereinsadresse: 1040 Wien, Klagbaumgasse 3
Info-Tel.: 01/581 03 28
Tel.: 0676/520 41 24
E-Mail: info@gesundeleber.at
Web: www.gesundeleber.at & www.elpa-info.org

Spendenkonto: BAWAG 10010 674 200 BLZ 14000

Martin Prais,
Generalsektretär der Hepatitis Hilfe Österreich – Plattform gesunde Leber/HHÖ

Zur Person

Seit 2004 ist Martin Prais für die Hepatitis Hilfe Österreich im Einsatz. In seiner Funktion als Generalsekretär der Patientenorganisation zeichnet er vor allem für die Bereiche Kommunikation, Corporate Affairs und Projektmanagement verantwortlich. Seine umfassende Expertise in den Bereichen Marketing und Kommunikation eignete sich der zertifizierte Projektmanager im Rahmen zahlreicher Kommunikationsprojekte und Kampagnen im gesamten deutschsprachigen Raum sowie als Agenturchef seiner eigenen Werbeagentur an. Prais ist zudem zertifizierter Business- & Individualcoach.

Als nicht-betroffener “Quereinsteiger” konzipiert er unbefangen öffentlichkeitswirksame Projekte, ohne dabei die persönlichen Erfahrungen der Vorstandskollegen und Vereinsmitglieder unbeachtet zu lassen.

Kontakt:
Hepatitis Hilfe Österreich - Plattform Gesunde Leber (HHÖ)
Vereinsadresse: 1040 Wien, Klagbaumgasse 3
Info-Tel.: 01/5810328
Tel.: 0664/471 05 14
E-Mail: martin.prais@gesundeleber.at
Web: www.gesundeleber.at & www.elpa-info.org

Spendenkonto: BAWAG 10010 674 200 BLZ 14000

Ao. Univ. Prof. Dr. Petra E. Munda,
Leiterin der hepatologischen Ambulanz der Abt. für Gastroenterologie und Hepatologie im AKH

Zur Person

Seit 1996 ist Prof. Dr. Petra E. Munda Fachärztin für “Innere Medizin”. In der Zeit zwischen 1996 und 1999 absolvierte sie die Ausbildung zum Zusatzfacharzt für Gastroenterologie und Hepatologie. Nach ihrer Habilitation zur Universitätsdozentin für Gastroenterologie und Hepatologie (1997) war Dr. Munda als ao. Universitätsprofessorin für Gastroenterologie und Hepatologie an der Universitätsklinik für Innere Medizin III tätig, wo sie zwischen 2003 und 2015 als stationsführende Oberärztin fungierte. Seit 2016 ist Dr. Munda Leiterin der hepatologischen Ambulanz der Abt. für Gastroenterologie und Hepatologie im AKH (Virushepatitis, Fettleberambulanz, Ambulanz für genetische Lebererkrankungen, cholestatische und autoimmune Lebererkrankungen).

Kontakt:
Univ. Kl. f. Inn. Med III - Abt.f..Gastroenterologie u. Hepatologie
Währinger Gürtel 18-20, A- 1090 Wien
Tel: +43 (1) 40400-47410
Fax: +43 (1) 40400-47350
E-Mail: petra.munda@meduniwien.ac.at

Prim. Prof. Priv. Doz. Dr. med. univ. Arnulf Ferlitsch,
Leiter Innere Medizin I, Gastroenterologie und Nephrologie im KH der Barmherzigen Brüder Wien

Zur Person

Nach dem Studium an der Medizinischen Universität Wien folgte die Ausbildung an der Universitätsklinik Innere Medizin III, Gastroenterologie und Hepatologie, der Medizinischen Universität Wien und seine Habilitation im Fach Innere Medizin im Jahr 2008. Bis Jänner 2018 fungierte Dr. Ferlitsch an der Medizinischen Universität Wien als Leiter der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe portale Hypertension sowie leitender Oberarzt des klinischen Labors für hepatische Hämodynamik sowie der Ambulanz für Leberzirrhose und portale Hypertension. Heute ist er Vorstand der Abteilung für Innere Medizin I, Gastroenterologie und Nephrologie, im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien. Seine klinischen Schwerpunkte sind: Abklärung und Therapie von Lebererkrankungen (Virushepatitis, Fettleber, Zirrhose), interventionelle Endoskopie.

Neben der Publikation von mehr als 100 Originalarbeiten (Hirsch-Index 26) und den zahlreichen Vorträgen bei nationalen und internationalen wissenschaftlichen Veranstaltungen zeichnet Dr. Ferlitsch auch für die Entwicklung, Evaluation und Einführung eines speziellen Katheters für die Lebervenendruckmessung (Publikation in Liv Int 2015) verantwortlich. Zudem ist er Vorstandsmitglied der österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie.

Kontakt:
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
Prim. Prof. PD Dr. Arnulf Ferlitsch, Leiter Innere Medizin I, Gastroenterologie und Nephrologie
Mag. Christa Praher-Ennöckl, Kommunikation
Johannes von Gott Platz 1, 1020 Wien
Telefon: +43 1 211 21 2102 (Sekretariat Innere Medizin)
E-Mail: christa.praher@bbwien.at

Mag. Dr. Margit Winterleitner,
Chefärztin in der Generaldirektion für Strafvollzug und freiheitsentziehende Maßnahmen im Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz

Zur Person

Nach ihrem im Jahr 1989 abgeschlossenen Medizinstudium an der Universität Wien hängte Dr. Winterleitner noch ein Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Wirtschaftsuniversität Wien an, welches sie im Jahr 2001 abschloss. In der Zeit zwischen 1996 und 2008 war sie in einer Wahlarztordination in Wien mit Schwerpunkt Arbeitsmedizin (AUVA sicher) sowie als externe Arbeitsmedizinerin tätig. Von 2009 bis 2013 fungierte Dr. Winterleitner als Ärztin für Allgemeinmedizin in Justizanstalten (Justizbetreuungsagentur). Seit 2013 ist sie als Chefärztin in der Generaldirektion für Strafvollzug und freiheitsentziehende Maßnahmen im Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz im Einsatz.

Kontakt:
Mag. Dr. Margit Winterleitner
Generaldirektion für Strafvollzug und freiheitsentziehende Maßnahmen im
Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
E-Mail: ordination@wiscon.at

Beilage – Pressetext ao. Univ. Prof. Dr. Petra E. Munda

ELIMINATION VON HEPATITIS C – WIRD SIE REALITÄT?

Die World Health Assembly hat im Mai 2016 die erste „Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021“ verabschiedet. Die Strategie hat die Vision der Eliminierung viraler Hepatitiden und betont die Wichtigkeit einer universellen Gesundheitsversorgung. Bis zum Jahr 2030 soll die Anzahl der Neuinfektionen an Virushepatitis B und C um 90%, die der Todesfälle um 65% reduziert werden. Nach neuesten Schätzungen der World Health Organization (WHO) leben weltweit geschätzt 71 Millionen Menschen mit einer chronischen Hepatitis C Virus (HCV)-Infektion (2015). Die durchschnittliche Prävalenz wird mit 1% (0,8-1%) angenommen, wobei große regionale Schwankungen bestehen. Am häufigsten ist die Erkrankung im östlichen Mittelmeerraum mit 2,3% (1,9-2,4%), am seltensten in der Region Südostasien mit 0,5% (0,4-0,9%) der Bevölkerung. Von den 71 Millionen Menschen mit chronischer HCV-Infektion sind 2,3 Millionen HCV / HIV co-infiziert und 5,6 Millionen iv Drogenkonsumenten. Schätzungsweise 14 Millionen chronisch mit HCV infizierte Personen leben in der WHO-Region Europa. Inzidenz und Prävalenz der Infektion schwanken jedoch auch innerhalb Europas stark zwischen den einzelnen Ländern.

In vielen Ländern wird neueren Studien zufolge ein Rückgang der HCV-Infektion verzeichnet, v. a. in Hochprävalenzländern wie Ägypten. Trotzdem war nach Schätzungen der WHO weltweit im Jahr 2015 die Anzahl der Neuinfektionen (n = 1,75 Mio.) höher als die Anzahl der Personen, die durch HCV-bedingte Spätfolgen gestorben sind (n = 399.000) oder erfolgreich behandelt wurden (n = 843.000).
Bis 2014 waren HCV-bedingte Leberzirrhosen die häufigste Ursache für eine Lebertransplantation. Seither nimmt die Zahl der HCV-assoziierten Lebertransplantationen kontinuierlich ab. Die meisten dieser Infektionen erfolgten vor 1991 durch Transfusionen infizierter Blutkonserven. Seit diese aber auf HCV getestet werden, spielt dieser Übertragungsweg keine Rolle mehr. Heutzutage ist der intravenöse (und intranasale) Drogenkonsum die hauptsächliche Quelle für HCV-Neuinfektionen.

Risikogruppen erkennen und untersuchen
Die aktuellen Leitlinien raten dazu, Personen, die Risikogruppen angehören, auf eine HCV-Infektion zu untersuchen. Generell sollte aber jeder Patient mit erhöhten Leberwerten auf Hepatitis C getestet werden. Allerdings können unspezifische Symptome wie Fatigue, Gliederschmerzen oder Nausea ebenfalls auf eine HCV-Infektion hinweisen. Oft berichten Patienten auch über Ikterus, dunklen Harn, hellen Stuhl und Pruritus. Sechs bis sieben einfache Fragen helfen in der täglichen Routine dabei, die entsprechenden Personen zu identifizieren (Tab. 1).[3] Wird mindestens eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine HCV-Infektion vorliegt. Besonders heikel sind dabei Fragen nach dem Drogenkonsum und dem Sexualverhalten, da viele Patienten dies nicht offen beantworten möchten. Es ist allerdings ratsam, hier gezielt und diskret nachzufragen, besonders wenn erhöhte Leberwerte gemessen wurden, deren Ursache nicht klar ist. So kann beispielsweise der ursächliche Drogenkonsum ein einmaliges Ereignis gewesen sein, das bereits lange zurückliegt. Bei Piercings und Tätowierungen ist das Infektionsrisiko vor allem dann besonders hoch, wenn sie unter mangelnder Hygiene und nicht von professionellen Tätowierern ausgeführt werden. Eine weitere Risikogruppe sind ehemalige Häftlinge, da diese sich oft gegenseitig tätowieren und in Gefängnissen zudem häufig i.v. Drogen konsumiert werden.[3]

Besonders wichtig zu wissen ist, dass die HCV-Infektion des einen Partners nur extrem selten zur Infektion des anderen führt. In prospektiven Studien wurde kein Hinweis auf eine sexuelle Übertragung von HCV bei heterosexuellen Paaren gefunden. Dennoch war in verschiedenen Untersuchungen die HCV-Prävalenz von Sexualpartnern und Haushaltsangehörigen von HCV-positiven Personen gering erhöht.[4]
Wenn man in solchen Fällen genau nachfragt, findet sich oft eine andere gemeinsame Infektionsquelle (z.B. gemeinsam benutzte Zahnbürsten oder Nagelscheren). Für den Nachweis einer HCV-Infektion ist ein positives Testergebnis auf HCV-Antikörper allein nicht ausreichend, denn diese persistieren lebenslang, auch bei ausgeheilter Hepatitis C. Der Infektionsnachweis ist nur aussagekräftig, wenn die Viren selbst, beispielsweise mittels Real-Time-PCR, identifiziert wurden! Darüber hinaus sollte der Virus-Genotyp

bestimmt werden, da dieser einen Einfluss auf die Therapieoptionen haben kann. Zwar stehen inzwischen pangenotypische Therapeutika zur Verfügung, dennoch ist es für die Verschreibung der Therapie notwendig, den Genotyp zu kennen.

Therapie der Hepatitis C

Die Therapie erfolgt in einem der 33 beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gelisteten Zentren, da nur dort die entsprechenden Therapeutika verschrieben werden können.[5]
Die akute HCV-Infektion heilt entweder spontan aus oder geht in eine chronische Infektion über. Allerdings wird das akute Stadium oft übersehen. Die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Ausheilung ist abhängig von der Ausprägung der Symptomatik, dem Geschlecht, bestimmten genetischen Faktoren und dem HCV-Genotyp (bei HCV-Genotyp 1 häufiger als bei HCV-Genotyp 3).[3]

Besteht die Infektion länger als sechs Monate, ist sie per definitionem chronisch. In diesem Fall ist prinzipiell eine Indikation zur antiviralen Therapie gegeben. Dank der modernen interferonfreien Therapieregimes ist die Krankheit bei Patienten ohne Zirrhose und mit kompensierter Zirrhose nahezu immer heilbar. Es besteht sogar die Möglichkeit, dass die morphologischen Veränderungen sich zurückbilden.[3] In einer kürz-lich veröffentlichten Studie konnte gezeigt werden, dass selbst Patienten mit frühen Fibrosestadien (F0-1) hinsichtlich des Langzeitüberlebens von der erfolgreichen Behandlung profitieren.[6] Besonders dringend ist die Behandlung jedoch bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Fibrose oder kompensierter Zirrhose (Child A).[3]

Für die Therapie werden Kombinationstherapien aus direkt wirksamen antiviralen Therapeutika (DAA) eingesetzt. Grundlage der Auswahl der geeigneten Therapie sind HCV-Genotyp, eventuelle Vortherapien und das Fibrosestadium. Gemäß den Leitlinien wird eine DAA-Ersttherapie für alle Patienten empfohlen, die noch keine Therapie erhalten haben (Therapie-naiv) oder die auf eine Behandlung mit einem interferonhaltigen Regime mit/ohne Ribavirin nicht angesprochen haben (Therapie-erfahren). Unter den verfügbaren DAA unterscheidet man Protease-Inhibitoren, NS5A-Inhibitoren und Polymerase(NS5B)-Inhibitoren. Die in Österreich verfügbaren und erstattungsfähigen Medikamente sind in Tabelle 2 aufgelistet. Alle Medikamente werden täglich oral verabreicht; die Behandlungsdauer beträgt acht bis sechzehn Wochen.[3] Die Kombination aus dem Protease-Inhibitor Glecaprevir und dem NS5A-Inhibitor Pibrentasvir erlaubt bei vielen Patienten unabhängig vom HCV-Genotyp eine Verkürzung der Behandlungsdauer auf acht Wochen. Aufgrund des günstigen Nebenwirkungsprofils kann diese Kombination auch bei Patienten mit fortgeschrittener Niereninsuffizienz eingesetzt werden.[3] Lediglich bei dekompensierter Zirrhose sind Protease-Inhibitoren kontrainzidiert.[3]

Nachsorge

Als geheilt gilt ein Patient dann, wenn zwölf Wochen nach Therapieende keine Virus-RNA mehr im Serum nachweisbar ist.[3] Ist das Virus eliminiert, sind auch Rezidive ausgeschlossen. Die Virusantikörper sind dagegen nach wie vor nachweisbar und bleiben ein Leben lang positiv. Anders als bei anderen Infektionen schützen sie jedoch nicht vor einer Reinfektion.[3] Das heißt, dass beispielsweise ein Drogenkonsument, der wieder zu einer infizierten Nadel greift, sich neu mit HCV infizieren kann. Allerdings kann auch dann wieder mit der gleichen Erfolgsaussicht therapiert werden. Da die DAA praktisch keine Nebenwirkungen verursachen, sind auch keine intensiven Laborkontrollen mehr notwendig. Untersucht wird direkt nach Therapieende und nochmals zwölf Wochen später. Sinnvoll ist es danach, im Rahmen von Routineuntersuchungen, die Leberwerte einmal jährlich zu bestimmen.

Fazit

Hepatitis C ist eine Krankheit, die mit modernen Medikamenten fast zu 100% heilbar ist. Alle neueren Therapien werden oral verabreicht und erzeugen nahezu keine Nebenwirkungen. Werden sie rechtzeitig eingesetzt, können Leberzirrhose und -transplantation verhindert werden. Geringgradige zirrhotische Veränderungen können sich auch zurückbilden. Wichtig ist es, Patienten mit erhöhten Leberwerten oder solche, die zu Risikogruppen gehören, auf eine HCV-Infektion zu testen und an ein spezialisiertes Zentrum zu überweisen.

Literatur

[1] Ferrante JM et al.: Family physicians' knowledge and screening of chronic hepatitis and liver cancer. Fam Med 2008; 40: 345-51
[2] WHO: Global Hepatitis Report 2017. (www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en)
[3] Sarrazin C, Zimmermann T et al.: S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. Stand 23. Jänner 2016, AWMF-Register-Nr.: 021/012 (www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/021-012.html)
[4] Tohme RA, Holmberg SD: Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission? Hepatology 2010; 52: 1497-1505
[5] www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.733326
[6] Jezequel C et al.: Survival of patients infected by chronic hepatitis c and f0f1 fibrosis at baseline after a 15 years follow-up. J Hepatol 2015; 62: S589

Tabelle 1: 7 Fragen

1. Liegen erhöhte Leberwerte vor, insbesondere Transaminasen?
2. Erfolgte vor 1991 eine Bluttransfusion oder Organtransplantation oder die Gabe von Blutprodukten?
3. Werden aktuell oder wurden in der Vergangenheit intravenös oder intranasal Drogen konsumiert?
4. Hat der Patient Piercings oder Tätowierungen?
5. Übt der Patient risikoreiche Sexualpraktiken aus (häufig wechselnde Sexualpartner, homosexuelle Männer)?
6. Hat jemand im selben Haushalt Hepatitis C?
7. Liegt ein Migrationshintergrund aus Gebieten mit erhöhter HCV-Infektionsrate vor (Asien, Afrika, Mittelmeerraum, Osteuropa, Südamerika)?

Beilage – Pressetext Prim. Prof. Priv. Doz. Dr. med. univ. Arnulf Ferlitsch

PRESSETEXT WELTHEPATITISTAG 28. Juli 2018

Das Thema des Welthepatitistages ist das Aufspüren und Behandeln chronischer Viruserkrankungen, vor allem von Hepatitis C. Diese ist mit einer 8- bis 12-wöchigen Tablettentherapie nahezu nebenwirkungsfrei in 99% der Fälle heilbar. Nicht nur für die Virushepatits, sondern auch für alle anderen chronischen Lebererkrankungen gilt: Lange Zeit machen Lebererkrankungen keine Symptome, Früherkennung und Behandlung schützen daher in vielen Fällen vor Leberzirrhose und den Folgen bis zum Leberkrebs.

Die Ausrottung der Hepatitis C ist eines der erklärten Ziele der WHO, dafür sollen bis 2030 Neuinfektionen mit Virushepatitis um 90% reduziert werden. Das gelingt bei der Hepatitis C durch die hervorragenden und einfachen Therapiemöglichkeiten, bei der Hepatitis B durch Impfung. Früherkennung, Untersuchung von Risikogruppen und Bewusstseinsbildung in der gesunden Bevölkerung sind dabei die wesentlichen Eckpfeiler.

Die Früherkennung einer chronischen Lebererkrankung gelingt am einfachsten mit einem einzigen Leberwert, der Alanin-Aminotransferase (ALAT), die auch GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) genannt wird. Eine Erhöhung ist ein Indikator für eine chronische Lebererkrankung. Deshalb fordern wissenschaftliche Fachgesellschaften, wie die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH), eine Umstellung der Parameter, die im Rahmen der Gesundenuntersuchungen durch die Sozialversicherungen in Österreich durchgeführt und bezahlt werden. Statt der ungenauen GGT, die jetzt bestimmt wird, sollte die GPT, die preislich im selben Bereich liegt, durchgeführt werden.

Zudem gibt es seit wenigen Jahren Möglichkeiten, den Schweregrad einer chronischen Lebererkrankung (Fibrosegrad, ein schwerer Fibrosegrad IV entspricht einer Leberzirrhose) durch ultraschallähnliche Methoden, wie die Fibroscan-Elastographie ohne Leberbiopsie, festzustellen. Die Untersuchung ist dementsprechend harmlos, dauert wenige Minuten und kann, wenn notwendig, beliebig oft wiederholt werden. Das Problem: Die Geräte zur Untersuchung sind teuer, dementsprechend nur in wenigen Zentren verfügbar und die Untersuchung wird derzeit nicht von den Krankenkassen bezahlt. Eine Übernahme durch die Krankenkassen würde die Verfügbarkeit dieser Methode schlagartig erhöhen und die Entdeckung chronischer Lebererkrankung ermöglichen, noch bevor die ersten Symptome die Patienten zum Arzt bringen.

Impfung schützt vor Hepatitis B
Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis B gibt es schon seit mehreren Jahrzehnten. In Österreich und weltweit sollen und können bereits Säuglinge und Kleinkinder gegen Hepatitis B geimpft werden, es ist Teil des österreichischen Impfprogramms. Bei Säuglingen und Kindern ist das Risiko für eine Chronifizierung der Hepatitis B mit 90% besonders hoch. Die Schutzimpfung für alle Kinder wird mit vier Impfstoffdosen mit dem 6-fach-Kombinationsimpfstoff, oder mit drei Impfstoffdosen mit dem Hepatitis-B-Einzelimpfstoff, durchgeführt. Säuglinge von Hepatitis B-infizierten Müttern werden sogar direkt nach der Geburt gegen Hepatitis B geimpft. Die Impfung ist aber sicher. Vorurteile gegen Impfungen führen wiederholt dazu, dass Menschen vor der meist sehr gut verträglichen HBV-Impfung zurückschrecken.

Immer wieder wird von einem Zusammenhang zwischen Multipler Sklerose (MS) und der Impfung gesprochen. Die Multiple Sklerose ist eine Autoimmunerkrankung, die durch ein fehlgesteuertes Immunsystem verursacht wird. Da bestimmte Infektionskrankheiten einen MS-Schub auslösen können, gab es theoretische Bedenken, dass eine Immunaktivierung durch eine Impfung ebenfalls einen Schub auslösen könnte. Das konnte bisher jedoch in mehreren Studien nicht bestätigt werden: Bei den geimpften MS-Patienten ist das Risiko eines MS-Schubs innerhalb von sechs Monaten nach der Impfung nicht höher als bei den ungeimpften MS-Patienten. Auch die Annahme, dass eine Impfung zu einer „abgeschwächten Infektion“ mit Hepatitis B führt, stimmt nicht: Es werden keine lebenden Viren geimpft, sondern leere Virushüllen, die eine Immunität auslösen, ohne dass sich Viren vermehren können.

Hepatitis E – die „neue“ Virushepatitis ?
Eine Infektion mit dem Hepatitis E-Virus (HEV) galt lange als eine Reisekrankheit, die meist in den Tropen über verunreinigtes Trinkwasser übertragen wird. Mittlerweile ist bekannt, dass sich Menschen auch in Österreich mit dem Hepatitis E-Virus infizieren können. Hierzulande ist die wichtigste Infektionsquelle rohes Fleisch vom Hausschwein und Wildschwein, aber auch mit Fäkalien gedüngte Früchte wie Erdbeeren können zu Hepatitis E-Infektionen führen. Allerdings wird HEV auch über Blut übertragen. Deshalb kam es in der Vergangenheit bei Patienten mit einem geschwächten Immunsystem, die auf Bluttransfusionen oder Stammzelltransplantationen angewiesen sind, durch eine HEVInfektion zu schwerwiegenden oder gar lebensbedrohlichen Komplikationen. Deshalb sollen Blutkonserven und alle anderen zellulären Blutzubereitungen auch auf das Hepatitis E-Virus getestet werden. Die europäische Lebergesellschaft EASL empfiehlt einen Hepatitis E-Test bei jedem Patienten mit Verdacht auf eine akute Hepatitis, bei immunsupprimierten Patienten mit erhöhten Leberwerten, bei Patienten mit bestimmten neurologischen Erkrankungen, da diese mit einer HEV-Infektion einhergehen können sowie bei Patienten mit Verdacht auf einen Arzneimittel-bedingten Leberschaden.

Bei Patienten mit einer vorbestehenden Leberschädigung oder schwangeren Frauen kann eine Hepatitis E-Infektion ebenfalls zu schweren Verläufen der durch HEV verursachten Lebererkrankung kommen. Immunsupprimierte Patienten, Menschen mit einer Leberkrankung und Schwangere, sollten daher insbesondere auf den Verzehr von rohem Schweinefleisch verzichten.

HEPATITIS HILFE ÖSTERREICH
PLATTFORM GESUNDE LEBER

WELT-HEPATITIS-TAG

Wir danken unseren Unterstützern ...

GILEAD

abbvie

Intercept

... und unserem Partner!

BARMHERZIGE BRÜDER
KRANKENHAUS WIEN