



Ihr Gesundheitsamt informiert: Hepatitis C

Erkennung, Behandlung und Verhütung

Stand: Februar 2007

Herausgegeben vom Robert Koch-Institut

Einführung

Der Begriff der Hepatitis (Hepar = Leber) bezeichnet eine Entzündung der Leber, deren Ursache vielgestaltig sein kann.

Eine toxische Leberschädigung kann z. B. durch Medikamente oder Alkohol entstehen. Auslöser einer infektiösen Hepatitis können Bakterien (z. B. bei der Leptospirose) oder verschiedene Viren sein. Neben den Erregern des Gelbfiebers, der Mononukleose und der Zytomegalie sind zurzeit fünf Viren bekannt, die eine Virushepatitis im engeren Sinne auslösen können. Sie werden mit den Buchstaben A bis E bezeichnet (z. B. Hepatitis A-Virus, HAV). Bei der Hepatitis A und der Hepatitis E handelt es sich um Krankheiten, die über Schmierinfektionen direkt von Mensch zu Mensch oder auch über Nahrungsmittel übertragen werden können (fäkal/oral). Die Hepatitis B wird sehr effektiv sowohl sexuell als auch auf dem Blutweg (parenteral), die Hepatitis C dagegen in erster Linie auf dem Blutweg übertragen. Die Hepatitis D kann nur Personen betreffen, die akut oder chronisch mit dem Hepatitis B-Virus infiziert sind.

Auch nach der ersten Beschreibung der Hepatitis-Viren A (HAV) und B (HBV) und der Einführung einer routinemäßigen Testung aller Blutproben auf HBV-Marker (HBsAg = Hepatitis B-Antigen) in den 70er-Jahren blieben viele nach Bluttransfusionen aufgetretene Leberentzündungen (Posttransfusionshepatitiden) ursächlich ungeklärt. In Abgrenzung zu den (serologisch) gut diagnostizierbaren Hepatitiden vom Typ A und B wurden Erkrankungen an Hepatitis, bei denen Marker weder für HAV noch für HBV gefunden wurden, als Non-A, Non-B-Hepatitiden bezeichnet. Mit dem Hepatitis C-Virus konnte 1988 der wichtigste Erreger dieser Non-A, Non-B-Hepatitiden identifiziert werden. Die Hepatitis C-Virusinfektionen stellen aufgrund ihrer relativen Häufigkeit und vor allem wegen der hohen Wahrscheinlichkeit chronischer (50 – 80%) und zum Teil fortschreitender (progredienter) Verläufe ein großes medizinisches und gesundheitspolitisches Problem dar.

Erreger

Das Hepatitis C-Virus (HCV) wurde im Jahre 1988 mit Hilfe gentechnischer Methoden (Nachweis des Erbmaterials) erstmals identifiziert. Es ist ein umhülltes, kleines Virus mit einer Erbsubstanz aus Ribonukleinsäure (RNA). Die Gesamtheit des Erbmaterials (Virusgenom) weist eine ausgeprägte Variabilität auf. Die Analyse der Abfolge von RNA-Bausteinen (Genomsequenzen) führte zur Eingruppierung der verschiedenen Isolate in Genotypen (mit den Ziffern 1, 2, 3... bezeichnet). Die Genotypen werden aufgrund weiterer genetischer Unterschiede in Subtypen (bezeichnet mit den Buchstaben a, b usw.) unterteilt. Bisher sind sechs Genotypen mit etwa 30 Subtypen beschrieben worden. Die Geno- und Subtypen zeigen eine unterschiedliche geographische Verteilung. So findet man z.B. in Europa und in den USA vorwiegend die Genotypen 1, 2 und 3 und in Afrika Typ 4. Unterschiede in der krankmachenden Wirkung der Genotypen oder Subtypen ließen sich bisher nicht sicher nachweisen. Gesichert scheint, dass der Genotyp 1b schlechter auf eine Interferontherapie anspricht als die Genotypen 2 und 3.

Vorkommen/Verbreitung

HCV ist weltweit verbreitet. Ca. 1 - 2% der Weltbevölkerung sind chronisch mit HCV infiziert. Schätzungen für Europa gehen von 1,2 bis zu 5 Millionen HCV-positiven Personen aus. Bei Blutspendern in europäischen Ländern wurden Antikörper gegen das Hepatitis C-Virus (Anti-HCV-Antikörper), die als Marker einer Durchseuchung dienen, in einer Häufigkeit von zwischen 0,23% in Skandinavien und 1,15% in Italien beschrieben. In der Bundesrepublik liegt die Durchseuchung in der Bevölkerung mindestens bei 0,4%; 84% davon sind auch Virusträger (HCV-PCR-positiv, das heißt, dort wurde mit der so genannten Polymerasekettenreaktion, PCR, das Erbgut des Virus direkt nachgewiesen).

Diese Angaben entstammen einer Studie, die im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 am Robert Koch-Institut für die Altersgruppe zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr durchgeführt wurde. Daraus würde sich bezogen auf die Gesamtbevölkerung eine geschätzte Zahl von ca. 275.000 Virusträgern ergeben (HCV-Antikörper sind bei ca. 330.000 nachweisbar). Allerdings muss man davon ausgehen, dass tatsächlich ein um 0,1 - 0,2 Prozentpunkte höherer Prozentsatz der Bevölkerung infiziert ist, da in dieser Studie Personen z.B. aus Justizvollzugsanstalten, Heil- und Pflegeanstalten, Krankenhäusern bzw. Altersheimen ausgeschlossen waren. Es ist auch davon auszugehen, dass Risikogruppen für eine HCV-Infektion (z.B. i.v. Drogenabhängige) nicht repräsentativ vertreten waren.



Die Zahl der Neuinfektionen kann ebenfalls nur geschätzt werden, da nur Blutspender regelmäßig auf HCV untersucht werden und für andere Bevölkerungsgruppen keine ausreichenden Ergebnisse vorliegen. Das Robert Koch-Institut schätzt aufgrund der vorliegenden Daten zur Durchseuchung, dass zurzeit pro Jahr in Deutschland ca. 5.000 Neuinfektionen auftreten.

Infektionsweg/Übertragung

Der Mensch ist für das HCV der einzige natürliche Wirt. Das Virus ist im Blut Infizierter direkt nachweisbar. Mit sehr empfindlichen Nachweismethoden wie der PCR wurden aber auch in anderen Körperflüssigkeiten (Speichel, Schweiß, Tränen, Sperma und Muttermilch) HCV-Genome nachgewiesen. Aufgrund epidemiologischer Untersuchungen zum Auftreten der Erkrankung in der Bevölkerung muss davon ausgegangen werden, dass eine Infektion über diese anderen Körperflüssigkeiten nicht sehr wahrscheinlich ist, jedoch auch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Gesichert ist hingegen die HCV-Übertragung durch das Eindringen von Blut einer infizierten Person in die Blutbahn oder das Gewebe des Empfängers. Patienten, die vor 1991 (in diesem Jahr wurde die Antikörpertestung auf HCV möglich und in Deutschland zur Untersuchung von Blutspenden eingeführt) Blut oder Blutprodukte erhalten haben, insbesondere vielfach Transfundierte, aber auch Patienten nach Hämodialyse (Blutwäsche), haben signifikant höhere HCV-Nachweisraten als die übrige Bevölkerung. Die Durchseuchung dieser Risikogruppen beträgt 10 – 40% bei Dialysepatienten und bis zu 90% bei den Hämophiliepatienten ("Blutern"), die mit nicht inaktivierten Blutprodukten behandelt wurden. Ende der 70er-Jahre kam es durch HCV-kontaminierte Immunglobulinpräparate, die (speziell in der Anti-D-Prophylaxe, bei Rhesus-Unverträglichkeit) zur Verhinderung der Neugeborenen-Gelbsucht eingesetzt worden waren, sowohl in der DDR und unabhängig davon auch in Irland, zu HCV-Infektionen von ca. 2.500 bzw. ca. 800 Frauen. In Deutschland ist die Anzahl der HCV-Übertragungen durch Bluttransfusionen und durch nicht inaktivierbare zelluläre Blutprodukte nach der Einführung spezieller HCV-Antikörpernachweissysteme (im April 1991) deutlich zurückgegangen. Auch alle Organspender werden heute auf HCV-Antikörper getestet.

In der Inkubationszeit und teilweise in der Akutphase können HCV-Infektionen mit Antikörper-Bestimmungsmethoden nicht erfasst werden. Diese Zeiträume werden als "diagnostisches Fenster" bezeichnet und betragen im Mittel drei Monate. Sie begründen das Restrisiko beim Einsatz von Blut und bei nicht inaktivierten Blutprodukten. In Einzelfällen ließen sich nach HCV-Infektionen HCV-Antikörper erst nach neun Monaten nachweisen.

Das Restrisiko für die Übertragung von HCV durch zelluläre Blutprodukte wurde für Deutschland im Jahr 1996 auf etwa 1:100.000 Transfusionen errechnet. Durch Einführung der NAT PCR-Testung konnte dieses Risiko erheblich reduziert (mehr als 70 %) und das diagnostische Fenster weitgehend geschlossen werden, da HC-Viren sich sehr früh nach der Infektion in hohem Maße anreichern. Seit der Einführung der PCR-Testung zum 1.4.1999 (betrifft den Virusgenomnachweis) für Spender von Blutkomponenten wurden dem Paul-Ehrlich-Institut keine HCV-Übertragung durch diese Produkte gemeldet. Ebenso wurden seit Einführung der Testung auf HCV-Genom für die Spender von therapeutischem Frischplasma (gefrorenes Frischplasma, GFP) zum 1.10.1999 keine Verdachtsfälle von HCV-Infektionen durch GFP dem Paul-Ehrlich-Institut gemeldet.

Ein weiterer wichtiger gesicherter Übertragungsweg ist der gemeinsame Gebrauch von Spritzen und Kanülen (das so genannte "needle-sharing", der Nadel- bzw. Spritzenaustausch) unter i.v. (intravenös) Drogenabhängigen. Bei der Risikogruppe der i.v. Drogenabhängigen wurden Infektionsraten gefunden, die bis zu 90% erreichen. Auch bei Strafgefangenen, unter denen sich ein hoher Anteil von Drogenabhängigen befindet, wurden in 12,5% Hepatitis C-Infektionen nachgewiesen.

Doppelinfektionen mit HBV und/oder HIV werden besonders häufig bei i.v. Drogenabhängigen und Hämophilie-Patienten angetroffen. Eine gleichzeitige HIV- oder HBV-Infektion kann den Verlauf einer Hepatitis C-Infektion ungünstig beeinflussen.

Das Risiko einer Übertragung des Hepatitis C-Virus von der Mutter auf das Kind, sei es während der Schwangerschaft oder unter der Geburt, ist geringer als bei einer HBV-Infektion der Mutter. Es wird mit 3 – 5 % angegeben und ist abhängig von der Viruskonzentration im mütterlichen Blut. Eine HIV-Koinfektion der Mutter scheint eine leichtere Übertragbarkeit von HCV zur Folge zu haben. Die vertikale HCV-Übertragung ist theoretisch sowohl während der Schwangerschaft als auch unter der Geburt möglich. Es gibt Hinweise darauf, dass ähnlich wie bei der HIV-Infektion eine Kaiserschnittentbindung das Übertragungsrisiko reduzieren könnte, diese Hinweise können aber bislang nicht als gesichert gelten. Dass eine Virusübertragung über den Stillvorgang erfolgt, ist nach der derzeit vorhandenen begrenzten Datenlage unwahrscheinlich, aber auch nicht völlig auszuschließen. Solange noch keine weiteren Kenntnisse vorliegen, kann aufgrund des (geringen) Restrisikos der Infektionsübertragung derzeit eine allgemeine Stillempfehlung



□ bei HCV-RNA-positiven Müttern nicht gegeben werden (Empfehlung "Hepatitis C und Stillen" der Nationalen Stillkommission vom 19. März 2001, www.bgvv.de).

Unklar ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt, welche Rolle beispielsweise Eingriffe wie Tätowierungen, Piercing oder Ohrlochstechen, die auch von medizinisch nicht geschultem Personal durchgeführt werden, bei der HCV-Übertragung spielen. Die Auswahl des Durchführenden sollte daher auch Überlegungen zur zu erwartenden Verlässlichkeit der Einhaltung der erforderlichen Hygienemaßnahmen einschließen. Berichtet wurde auch von Übertragungen durch gemeinsam benutzte Nassrasierer, Nagelscheren oder Zahnbürsten (z. B. aufgrund blutender Verletzungen). In diesem Zusammenhang wird daher auf die Einhaltung allgemein üblicher Regeln wie die personenbezogene Verwendung der genannten Hygieneartikel hingewiesen. Der sexuelle Übertragungsweg scheint für die Hepatitis C, anders als für Hepatitis B, keine wesentliche Rolle zu spielen, jedoch ist eine sexuelle Übertragung natürlich prinzipiell möglich.

Beruflich bedingte Infektionen mit HCV, beispielsweise im medizinischen Bereich, sind zu einem großen Teil auf Nadelstichverletzungen zurückzuführen. Jedoch scheint das Übertragungsrisiko im Vergleich zu anderen durch Blut übertragbaren Infektionskrankheiten (wie z. B. der Hepatitis B) geringer zu sein. Die Durchseuchung mit HCV bei medizinischem Personal ist mit 0,8% etwa doppelt so hoch wie in der übrigen Bevölkerung.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lässt sich der Übertragungsweg bei etwa 40% aller bekannt gewordenen HCV-Infektionen nicht eindeutig klären. Inwieweit es sich hier um bisher unbekannte Übertragungswege handelt, oder um in der Patientenbefragung nicht erfasste Ereignisse, die vor mehreren Jahren zur Infektion geführt haben können (Tätowierung, einmaliger oder kurzzeitiger i.v. Drogenkonsum, Akupunktur, Mehrfachverwendung von Injektionskanülen bei Reihenimpfungen o.ä.), ist unklar.

Krankheitsbild

Die Inkubationszeit für eine Hepatitis C beträgt in der Regel zwei bis 26 Wochen. Das klinische Bild der Hepatitis C kann zu Beginn der Infektion durch Symptome eines Infekts gekennzeichnet sein. Wegen der häufig fehlenden krankheitsspezifischen Symptome wird die Diagnose oft erst aufgrund einer routinemäßigen Bestimmung spezifischer Enzyme ("Leberwerte", Transaminasen) und der Hepatitis C-Marker (Antikörpernachweis) gestellt.

Nur bei etwa 25% der HCV-Infizierten entwickelt sich als Krankheitsbild eine akute Hepatitis, wobei die akute Phase der Erkrankung selbst dann zumeist recht mild verläuft. Eine Gelbsucht (Ikterus) ist eher selten. Die Diagnose einer akuten, chronischen oder ausgeheilten, abgelaufenen Hepatitis C kann nur durch eine gezielte Labordiagnostik (Nachweis spezifischer Antikörper bzw. Nachweis des HCV-Genoms) gestellt werden. Die Höhe der Transaminasen liegt fast immer unter den bei der Hepatitis A oder B beobachteten Werten. Etwa 75% der HCV-Infektionen verlaufen primär meist ohne Krankheitszeichen. Akute schwere (fulminante) Infektionsverläufe (plötzliches Leberversagen) sind die große Ausnahme. In 50 – 80% der Infektionen geht die Hepatitis C jedoch in eine chronische Verlaufsform über.

Ein chronischer Verlauf ist dann anzunehmen, wenn ein Virusnachweis auch nach mehr als sechs Monaten noch gelingt. Meist verläuft die chronische Infektion über viele Jahre schleichend mit milder Symptomatik. Müdigkeit, unspezifische Oberbauchbeschwerden, verminderte Leistungsfähigkeit treten bei ca. zwei Drittel dieser Patienten auf. Ein Teil der Patienten klagt über Juckreiz und Gelenkbeschwerden. Bei bis zu 20 % der Patienten mit einer chronischen Hepatitis C entwickelt sich eine Leberzirrhose. Die Zeitdauer von der Infektion bis zum Vollbild der Zirrhose wird mit 20 bis 30 Jahren angegeben. Patienten mit einer durch HCV verursachten Zirrhose haben zusätzlich ein hohes Risiko, ein Leberzellkarzinom zu entwickeln.

Diagnostik

Die Laborbasisdiagnostik der HCV-Infektion besteht im Nachweis spezifischer Antikörper gegen Bestandteile des HC-Virus mit serologischen Tests (ELISA, enzyme-linked immuno-sorbent assay). Der Antikörpernachweis gelingt meist drei bis vier Wochen nach einer HCV-Infektion; in Einzelfällen kann er aber auch erst nach einigen Monaten gelingen. Eine Bestätigung des reaktiven ELISA-Ergebnisses in so genannten Ergänzungstests (z. B. RiBA, Matrixtest) ist notwendig. Bei einem bestätigten Nachweis von HCV-Antikörpern sollten zur Abgrenzung einer möglicherweise noch bestehenden HCV-Infektion molekulare Methoden zum Virusnachweis (z.B. die PCR) eingesetzt werden, zumal sich aus der Erhebung dieser Befunde therapeutische bzw. prophylaktische Konsequenzen ergeben könnten. Bei einem negativen Virusnachweis wird die Untersuchung im Abstand von drei bis sechs Monaten wiederholt. Lässt sich dann abermals kein Virus nachweisen, gilt die Infektion auch bei weiterhin bestehendem positivem Antikörpernachweis in der Regel als ausgeheilt.



Da bei Neugeborenen HCV-infizierter Mütter bis zum Alter von 18 Monaten mütterliche Antikörper im Blut nachweisbar bleiben können, ist die Diagnose einer Infektion beim Neugeborenen nur durch den wiederholten Nachweis von HCV-Genom durch Nukleinsäureamplifikationstests möglich.

Prävention

Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis C ist bisher nicht verfügbar. Der Nachweis von Anti-HCV-Antikörpern im Serum bedeutet keinen Schutz. Nicht beantwortet werden kann derzeit die Frage, inwieweit eine ausgeheilte Hepatitis C eine bleibende Immunität hinterlässt. Eine vorbeugende Maßnahme nach einer Exposition mit HCV (Postexpositionsprophylaxe) steht bisher nicht zur Verfügung. Hepatitis C-infizierte Patienten, die noch keine Hepatitis A- und Hepatitis B-Infektion durchgemacht haben, sollten gegen diese beiden Viren geimpft werden, da eine Infektion mit diesen Viren bei bereits bestehender chronischer HCV-Infektion zu schwereren Krankheitsverläufen führt.

Besondere Aufmerksamkeit muss weiterhin der Risikogruppe der i.v. Drogenabhängigen gelten. Die gemeinsame Benutzung von Nadeln unter i.v. Drogenabhängigen ist ebenso zu vermeiden wie ungeschützter Geschlechtsverkehr mit HCV-Infizierten. Medizinisches Personal sollte bei der Behandlung und Pflege aller Patienten die empfohlenen Schutzmaßnahmen zur Vermeidung einer parenteralen Virusübertragung treffen. In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich, die Hygieneregeln zu beachten, wie sie auch zur Verhütung einer HIV- oder HBV-Infektion empfohlen werden: Bei Kontakt zu möglicherweise virushaltigen Körperflüssigkeiten müssen Schutzhandschuhe getragen werden. Mundschutz und Schutzbrille sind zu benutzen, wenn virushaltige Tröpfchen (Aerosole) entstehen können. Scharfe oder spitze Gegenstände, die mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Berührung gekommen sind, müssen sicher entsorgt werden.

Als wichtige Vorsorgemaßnahmen gelten weiterhin die Untersuchung von Blutspenden auf Anti-HCV-Antikörper und HCV-RNA bzw. die Verwendung virusinaktivierter oder gentechnologisch hergestellter Blutfaktoren.

Therapie

Bei akuter Hepatitis C (das heißt, die Infektion erfolgte innerhalb der vorangegangenen vier Monate) kann durch eine sofort nach Diagnosestellung begonnene 24-wöchige Interferon-Monotherapie ein chronischer Verlauf der HCV-Infektion in nahezu 100% der Fälle verhindert werden. Deshalb ist es nach einer HCV-Exposition (z. B. Nadelstichverletzung) wichtig, über drei Monate in regelmäßigen Abständen HCV-RNA-Untersuchungen im Blut (Serum) mit der PCR durchzuführen, um eine mögliche HCV-Infektion frühzeitig erkennen und behandeln zu können.

Wenn eine HCV-Infektion bereits chronisch ist, das heißt, wenn mehr als sechs Monate seit der Ansteckung vergangen sind, sollte eine Therapie durch den Arzt nur nach eingehender Untersuchung und Beratung eingeleitet werden.

Derzeit gilt bei Hepatitis C die Behandlung mit so genanntem pegyliertem Interferon-alpha (PEG-IFN) in Kombination mit Ribavirin über 24 oder 48 Wochen (in Abhängigkeit von Viruslast und HCV-Genotyp) als Standardtherapie. Die Veränderung des Interferons durch Verknüpfung mit einem Polyethylenglycol-Molekül (PEG) führt zu deutlich längerem Verweilen des Wirkstoffes im Blut. Durch die so verlängerte Wirksamkeit muss PEG-Interferon im Unterschied zum früher verwendeten nicht-pegyliertem Interferon-alpha nur noch einmal pro Woche gegeben werden. Eine solche Therapie wird angewandt, wenn HCV-Antikörper und Virus-RNA nachgewiesen werden können, der Befund einer chronischen Hepatitis gesichert ist und keine Kontraindikationen (Gegenanzeigen) gegen die Gabe von Interferon bestehen. Die Standard-Therapie erfolgt ambulant. Eine stationäre Aufnahme der Patienten ist nur bei Auftreten besonderer Komplikationen erforderlich. Bei chronischer HCV-Infektion mit normalen Transaminasen kann vorerst der Spontanverlauf beobachtet werden.

Durch die Kombinationstherapie von PEG-IFN plus Ribavirin konnte das dauerhafte Ansprechen auf die Therapie in internationalen Studien auf über 50% gesteigert werden. Eine Ausheilung konnte bei Patienten, die mit den HCV-Genotypen 2 und 3 infiziert sind, sogar zu über 80% erreicht werden.

Der Erfolg einer Therapie scheint sowohl vom Genotyp als auch von der Viruskonzentration beim Patienten abhängig zu sein. Dennoch wird zurzeit davon ausgegangen, dass kein Faktor verlässlich den Erfolg der Therapie voraussagen kann. Günstige Faktoren für einen voraussichtlichen Erfolg der Behandlung sind eine niedrige Viruskonzentration im Serum, keine Leberzirrhose, HCV-Genotyp 2 oder 3, eine noch kurze Erkrankungsdauer, jüngerer Alter, keine Erhöhung spezifischer Enzyme (Transaminasen). Bei über der Hälfte der Interferon-behandelten Patienten treten Nebenwirkungen auf, die sich meist als grippeähnliche Symptome wie Fieber, Kältegefühl bis zum Schüttelfrost, Kopf-, Glieder-, Gelenk- und Muskelschmerzen



sowie Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen äußern. Diese Symptome sind dosisabhängig und treten vor allem zu Behandlungsbeginn auf.

Prinzipiell kann IFN-alpha ein weites Spektrum von Nebenwirkungen auslösen. Neurologische Störungen sind äußerst selten, müssen aber beachtet werden. Zunehmende Verstimmungszustände können ein Grund zur Dosisreduzierung bzw. zum Therapieabbruch sein. Gravierende chronische Gewichtsabnahme ist selten. Ein Teil der Patienten klagt über Haarausfall. Behandelte Personen sollten Nebenwirkungen ihrem behandelnden Arzt mitteilen und nicht selbstständig Änderungen bei der Therapie vornehmen. Über Änderungen im Therapieschema sollte nur der behandelnde Arzt entscheiden.

Psychische und soziale Auswirkungen eines Hepatitis C-Trägerstatus

Es steht außer Frage, dass ein HCV-Trägerstatus zu ganz erheblichen psychischen Belastungen führen kann. Bei chronisch HCV-Infizierten besteht natürlich die Sorge, andere mit dem HCV-Virus zu infizieren. Eine selbst bereits infizierte und damit potenziell infektiöse Person sollte sich deshalb stets so verhalten, dass andere Personen nicht gefährdet werden. Dies schließt die Verwendung eines Kondoms beim Sexualverkehr ebenso ein wie die Vermeidung des ungeschützten Kontaktes anderer Personen zu seinem Blut oder anderen Sekreten. Selbstverständlich sind auch Blut- und Organspenden ausgeschlossen. Besondere Aufmerksamkeit sollte auf die Situation HCV-Infizierter in einigen beruflichen Bereichen gelegt werden, insbesondere bei operativ tätigen Ärzten und Zahnärzten. Für HCV-positiv-Beschäftigte gibt es dem heutigen Wissensstand entsprechend keine generelle Empfehlung zur Einschränkung ihrer Tätigkeit in Einrichtungen der Krankenversorgung. Über die Art des Einsatzes sollte in jedem Fall durch ein Expertengremium der jeweiligen Einrichtung entschieden werden.

Das Übertragungsrisiko innerhalb der Familie kann als gering eingeschätzt werden. Die oben aufgeführten Verhaltensregeln für Infizierte sollten jedoch eingehalten werden. Die Zulassung nach einer Erkrankung an Hepatitis C zu einer Gemeinschaftseinrichtung (z.B. Kindereinrichtung, Schule) kann erfolgen, sobald das Allgemeinbefinden den Besuch der Einrichtung wieder erlaubt, unabhängig davon, ob der Erreger zu diesem Zeitpunkt im Blut noch nachweisbar ist. Sinngemäß gilt dies auch für HCV-Träger (Carrier) unter den Beschäftigten oder den Kindern einer Einrichtung. Eine Ausnahme von dieser Regel stellen nur Personen mit ungewöhnlich aggressivem Verhalten (Beißen), einer Blutungsneigung oder einer generalisierten Dermatitis dar. In diesen Fällen muss die Entscheidung über die Zulassung zu einer Gemeinschaftseinrichtung durch das Gesundheitsamt individuell getroffen werden.

Die HCV-Infektion stellt keinen Grund für einen Schwangerschaftsabbruch dar. In jedem Fall sollten sich die chronisch infizierten Patienten über die notwendigen Schlussfolgerungen aus ihrer Infektion, die Therapiemöglichkeiten und die Prognose ihrer Erkrankung eingehend durch ihren behandelnden oder einen anderen spezialisierten Arzt ihres Vertrauens genau aufklären lassen. Dies schließt auch die Suche nach der Ursache der Infektion und die daraus ggf. ableitbaren Schadenersatzansprüche ein.

Gesetzliche Regelungen/Meldepflicht

Seit dem 1.1.2001 gibt es mit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine namentliche Meldepflicht für alle erstmalig diagnostizierte Hepatitis C-Infektionen. Meldepflichtig ist nach § 6 der behandelnde Arzt und nach § 7 des IfSG die Untersuchungseinrichtung (Labor), die den positiven Virusbefund erstellt hat. Die Meldung erfolgt an das örtliche Gesundheitsamt. Ziel der Meldepflicht ist auch die Identifizierung möglicher Infektionsquellen. Die Ermittlungen des Gesundheitsamtes können im Einzelfall hierbei ein wirksames Instrumentarium sein.



Selbsthilfegruppen

□ Nationale Kontakt- und Informationsstelle
zur Anregung und Unterstützung von
Selbsthilfegruppen (NAKOS)
Wilmsdorfer Str. 39
10627 Berlin
Tel. 030/8914019
Fax: 030/8934014
e-mail: nakos@gmx.de
<http://www.nakos.de>

□ Bundesarbeitsgemeinschaft Leber
(Internetportal von in Deutschland überregional
tätigen Organisationen im Bereich Hepatitis- und
Lebererkrankungen)
<http://www.hepatitishilfe.de>

Bundesverband HCV-geschädigter Frauen
nach Immunprophylaxe "Anti-D" im KISS
Rembrandtstr. 13 a
09111 Chemnitz
Tel. und Fax: 0371/ 449495

□

Deutsches Hepatitis C Forum e.V.
Postfach 11 23
34312 Espenau
Te.: 0700/43736786
Fax: 05673/920826
e-mail: forum@hepatitis-c.de
<http://www.hepatitis-c.de/hepac.htm>

Bundesverband "Selbsthilfegruppen Hepatitis C"
e.V.
Ensingerstr. 25
89073 Ulm
Tel. und Fax: 0731/9213436
e-mail: HEP-HCV-SHG-ULM@I-online.de

Deutsche Leberhilfe
Luxemburger Str. 150
50937 Köln
Tel.: 0221/2829980
Fax: 0221/2829981
e-mail: beratung@leberhilfe.org
<http://www.leberhilfe.org>

Haben wir Ihnen mit diesen Informationen geholfen?
Für weitere Fragen sind wir gerne für Sie da!

□

Gesundheitsamt

Schloßplatz 6
21423 Winsen/Luhe
Tel.: 04171/693-372
Fax: 04171/693-174

Mail: Gesundheitsamt@LKHamburg.de

□

<http://www.lkharburg.de>

Quelle: Robert Koch Institut www.rki.de