# Screening auf Hepatitis B und C im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung – möglicherweise eine Erfolgsgeschichte

Dr. Dietrich Hüppe

#### Warum ein Screening auf Hepatitis B und C in Deutschland?

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat 2016 eine Initiative beschlossen, bis 2030 90% der weltweit vorhandenen Hepatitis B- und C-Virusinfektionen zu identifizieren, um damit die zukünftigen Inzidenzen ebenfalls um 90 % zu reduzieren. 80 % der Patienten sollen behandelt werden, um die Mortalität der Betroffenen um 65% zu senken<sup>1</sup>. Die Bundesregierung hat sich 2016 den Zielen der WHO angeschlossen, indem sie die "BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen" zum Handlungsleitfaden bestimmt hat<sup>2</sup>. Darin haben das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit ein umfassendes Konzept zur Prävention und Identifikation solcher Infektionserkrankungen ausgebreitet. Die Strategie fokussiert insbesondere auf HIV, hat jedoch auch Hepatitis B und C im Blick. Im Mittelpunkt der BIS 2030-Strategie stehen die Identifikation von Risikogruppen, Aufklärung, Prävention der Bevölkerung und die Behandlung der Infizierten. Ein bevölkerungsbezogenes Screening wurde in dem Maßnahmenkatalog von BIS 2030 nicht vorgeschlagen. Grundlage der WHO-Initiative ist die Möglichkeit, die chronische Hepatitis B seit mehr als zehn Jahren wirksam mit antiviralen Medikamenten zu kontrollieren, die Inflammation und Fibrosebildung in der Leber zu stoppen und bei einem kleinen Teil der Patienten eine funktionelle Heilung zu erzielen<sup>3</sup>. Seit 2014 kann die chronische Hepatitis C mit direkt antiviralen Medikamenten (DAAs) nahezu nebenwirkungsfrei innerhalb einer acht bis zwölf Wochen dauernden Behandlung geheilt werden<sup>4</sup>.

## Aktuelle Epidemiologie von Hepatitis B und C in Deutschland (2020/2021)

Deutschland ist im internationalen Vergleich ein Land mit niedriger Inzidenz und Prävalenz für beide Erkrankungen. Das Robert Koch-Institut (RKI) geht davon aus, dass ca. 180.000 bis 220.000 Patienten an einer chronischen replikativen Hepatitis B leiden. Im Jahr 2021 wurden ca. 26.000 Patienten antiviral mit Nukleos(t)idanaloga behandelt<sup>5</sup>. Überwiegend sind Männer infiziert (ca. 2/3), die zu einem größeren Teil Risikogruppen (Menschen, die intravenös Drogen injizieren, Menschen mit Hafterfahrung, MSM – Männer, die Sex mit Männern haben) zugeordnet werden können. Zudem gibt es einen höheren migrantischen Anteil. Die meisten Patienten sind nach eigener Anamnese ungeimpft<sup>6</sup>. Aktuelle Publikationen gehen von

ca. 180.000 zumeist noch unentdeckten Patienten mit einer chronischen Hepatitis C in Deutschland aus<sup>7, 8</sup>. Risikoprofile für die Erkrankung sind ähnlich denen für Hepatitis B. Die Bedeutung von Migranten erscheint geringer. 80% aller Patienten haben die Erkrankung in Deutschland erworben. Leider liegen so konkrete epidemiologische Informationen nur für einen kleineren Teil (ca. 25%) der Erkrankten vor. Bei den meisten Erkrankten konnten bisher nur Geschlecht, Alter und Wohnort erfasst werden. Eine verbesserte Dokumentation sozial-ökonomischer Daten ist für die Zukunft implementiert<sup>6, 9, 10</sup>.

### Entscheidung des G-BAs zu einem Screening auf Hepatitis B und C

Seit dem 1. Oktober 2021 wurde ein einmaliges Screening auf Hepatitis B und C in die Gesundheitsuntersuchung (GU) ab 35 Jahren für GKV-Versicherte durch den G-BA aufgenommen. 2019 und 2020 hatte der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) in einem mehrstufigen Konsultationsverfahren das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) und Fachverbände zu einer umfassenden Beratung bezüglich eines Screenings auf Hepatitis B und C gebeten. Die Evidenz für ein solches Screening in Deutschland und Europa ist bisher gering. Die meisten Empfehlungen votierten deshalb eher für ein Screening von Risikogruppen. In diesem Sinne hatte sich auch die DGVS (Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten) 2018 geäußert<sup>11, 12</sup>. Unter Berücksichtigung aktueller weltweiter Leitlinien und der mündlichen Beratungen hat sich der G-BA am 20. November 2020 überraschenderweise für ein solches breites bevölkerungsbezogenes Screening ausgesprochen und damit eine deutliche gesundheitspolitische Entscheidung getroffen 13, 14. Dabei waren zwei Gründe bedeutsam. Risikogruppen zu screenen würde nach epidemiologischen Einschätzungen nur 50 bis 60 % der bisher unerkannt Infizierten identifizieren. Zum anderen stellte sich die Frage, wer ein solches Risikogruppen adressierendes, also diskriminierendes Verfahren durchführen sollte.

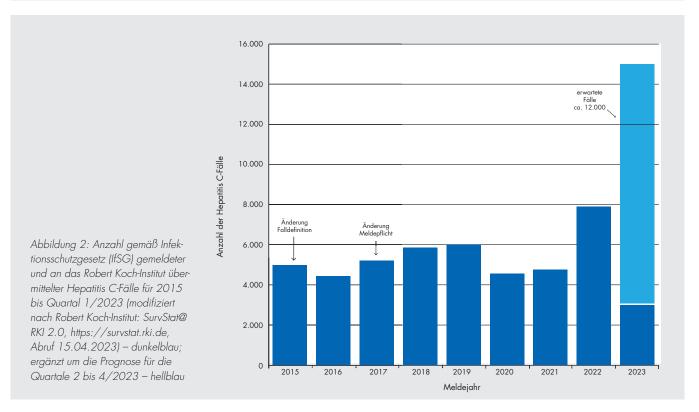
## Bietet die Gesundheitsuntersuchung die Möglichkeit, eine möglichst große Bevölkerungsgruppe zu erreichen?

Die Gesundheitsuntersuchung (GU), vormals "Checkup 35", wurde 1989 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen. Die GU umfasst eine ausführliche Anamnese, Erkennung von Risikoprofilen, eine komplette körper-



30.000 ca. 24.000 25.000 Anzahl der Hepatitis B-Fälle 20.000 15.000 Abbildung 1: Anzahl gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) gemeldeter Fälle werden veröffentlicht und an das Robert Koch-Institut über-10.000 mittelter Hepatitis B-Fälle für 2015 bis Quartal 1/2023 (modifiziert nach Robert Koch-Institut: SurvStat@ 5.000 RKI 2.0, https://survstat.rki.de, Abruf 15.04.2023) - dunkelblau; ergänzt um die Prognose für die 2017 2018 2021 2015 2016 2019 2022 Quartale 2 bis 4/2023 - hellblau Meldejahr

35.000



liche Untersuchung, Laboruntersuchungen des Blutes (Blutbild, Cholesterin und Glucose) und einen Urinstatus. Die Leistung kann nur durch Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten) erbracht werden. Sie wird extrabudgetär vergütet (EBM 01732, 326 Punkte/36,27 Euro), Labor (EBM 32880, 32881, 32882, =1,50 Euro)<sup>15,16</sup>.

Eine Längsschnittuntersuchung des WIdOs (Wissenschaftliches Institut der AOK) zeigte auf, dass zwischen 2007 und 2021 83% aller AOK-Versicherten

sich innerhalb von zehn Jahren mindestens einmal beim Hausarzt einer solchen Untersuchung unterzogen hatten. Ca. 1/3 aller GKV-Versicherten sind über die AOK versichert. Damit dürfte die Analyse des WIdOs für alle GKV-Patienten repräsentativ sein. 2019 wurden ca. 10 Millionen GUs erbracht. Nachdem die COVID-19-Pandemie zu einem Rückgang der Untersuchung geführt hat, konnte 2021 mit knapp neun Millionen Untersuchungen das Vor-Pandemie-Niveau fast wieder erreicht werden 17.

Altersgruppierung: Fünf-Jahres- Intervalle	Meldejahr								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Gesamt	4995	4449	4805	5894	5955	4573	4762	7985	2987
A0004	19	17	14	16	19	10	8	7	4
A0509	6	4	4	8	4	10	2	3	
A1014	12	6	11	7	2	4	2	8	2
A1519	43	39	45	39	36	24	23	24	7
A2024	197	148	146	177	159	119	119	123	48
A2529	499	402	391	398	362	241	219	260	88
A3034	691	583	643	685	695	464	394	542	200
A3539	775	678	683	915	919	<i>7</i> 11	681	974	405
A4044	520	504	568	755	863	675	630	1142	433
A4549	520	462	549	658	663	547	549	1001	404
A5054	479	495	467	596	582	472	510	873	335
A5559	407	380	423	492	547	391	466	843	295
A6064	262	246	301	399	388	301	403	690	245
A6569	157	111	136	215	222	183	257	492	193
A7074	111	91	109	136	113	124	143	325	136
A7579	128	113	114	165	144	86	105	197	73
A80+	163	168	185	218	223	203	243	472	119

Tabelle 1: Anzahl gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) gemeldeter und an das Robert Koch-Institut übermittelter Hepatitis C-Fälle für 2015 bis Quartal 1/2023 in Altersgruppierung im Fünf-Jahres-Intervall (modifiziert nach Robert Koch-Institut: SurvStat@RKI 2.0, https://survstat.rki.de, Abruf 15.04.2023)

#### Welchen Effekt hat das Hepatitis-Screening?

Um diese Frage zu beantworten, habe ich eine eigene Untersuchung vorgenommen. Ziel einer eigenen Untersuchung war es, die bisherigen Teilnahmeraten an der GU zu bewerten, die Effektivität des Programms anhand der Meldedaten des RKIs (Hepatitis B und C) zu dokumentieren und die Entwicklung der Behandlungszahlen abzuschätzen. Methode: Dazu wurden die wöchentlichen Meldedaten des RKIs unter Verwendung von "SurvStat@RKI 2.0" erhoben und analysiert<sup>18</sup>. Ergebnisse: Erste Stichprobenergebnisse aus hausärztlichen Praxen und Laboren zeigen, dass sich die gleichzeitige Erhebung des Hepatitis B- und C-Status von Quartal zu Quartal erhöht. Betrug der Anteil im 4. Quartal 2021 bei Beginn des Programms erst 18%, so wurden im 4. Quartal 2022 schon ca. 40% der zur GU erschienenen Patienten auch auf Hepatitis B und C gescreent<sup>19</sup>. Die Meldezahlen neuer Hepatitis B- und C-Virusinfektionen waren in den letzten zehn Jahren konstant bzw. rückläufig (Hepatitis C)6. Ab dem 4. Quartal 2021 stiegen die neu identifizierten Hepatitis B- und C-Fälle an. Im Jahre 2022

betrug die Zunahme der Diagnosen für Hepatitis B 91% und Hepatitis C 66% im Vergleich zu 2021. Aufgrund der Meldungen im 1. Quartal 2023 ist mit einer Neudiagnose bei Hepatitis B von ca. 24.000 (+ 179%) und Hepatitis C von ca. 12.000 (+ 152%) Patienten im Vergleich zu 2021 zu rechnen (siehe Abbildungen 1 und 2). Der Anteil der Männer, die an Hepatitis B und C erkranken, ist etwa doppelt so hoch wie der der Frauen. Unterteilt man die neu Diagnostizierten in Altersgruppen, so wird deutlich, dass die Zahl der Erkrankten < 35 Jahre in den letzten Jahren kaum zunimmt, der Anteil der Personen > 35 Jahre in allen Altersklassen 2022 (seit Einführung des Screenings) jedoch um bis zu 100% ansteigt. Dies trifft sogar für Personen > 80 Jahre zu. Eine diese Altersgruppen fokussierende Betrachtung macht deutlich, dass das Screening-Programm auf Hepatitis B und C im Rahmen der GU einen bedeutsamen Effekt zur Sichtbarmachung der bisher unerkannten Prävalenz hat.

Zwischen 2014 und 2022 sind ca. 88.000 Hepatitis C-Patienten durch DAAs erfolgreich behandelt worden. Die höchste Anzahl der Therapieeinleitungen

erfolgte im März 2015 und nahm dann kontinuierlich ab. Erstmals übertraf die Anzahl der neu diagnostizierten Patienten mit Hepatitis C im Jahr 2022 die Anzahl der aktuell behandelten, d. h. die Entwicklung der Verordnungszahlen für DAAs (2021: 5.600, 2022: 6.000) entspricht bislang nicht dem Anstieg der neu entdeckten Patienten<sup>20</sup>. Bisher ist nicht bekannt, welchen sozialen Bedingungen und Infektionswegen diese neu diagnostizierten Hepatitis-Patienten zuzuordnen sind (Migranten, klassischen Risikogruppen oder auch anderen Infektionswegen). Da im Rahmen der Infektionsanamnese auch Sozialdaten von den Gesundheitsämtern erfasst werden, ist mit einer entsprechenden Auswertung durch das RKI demnächst zu rechnen.

Schlussfolgerung: Die Entscheidung des G-BAs, das Hepatitis B- und C-Screening in die GU aufzunehmen, scheint ein großer Erfolg zu werden, um die bisher unentdeckten Fälle der Erkrankungen zu erkennen. Die hohe Teilnehmerrate der GKV-Versicherten an der GU, die alle drei Jahre wiederholt werden kann, macht es für die hausärztliche Versorgung möglich, viele Bürger in den nächsten Jahren einmalig für das Hepatitis B-und C-Screening zu motivieren und zu erfassen. Die Entscheidung des G-BAs, nicht nur Risikogruppen zu screenen, scheint sich als zielführend zu erweisen. Das WHO-Ziel für 2030 kann in Deutschland erreicht werden, wenn Hausärzte und Hausärztinnen kontinuierlich das Hepatitis-Screening in ihr Handeln implementieren.

#### Literatur

- World Health Organization. Global hepatitis report, 2017. Genf, Schweiz, World Health Organization.
- Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen: BIS 2030 – Bedarfsorientiert Integriert Sektorübergreifend; 2016. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\_Publikationen/ Praevention/Broschueren/Strategie\_BIS\_2030\_HIV\_HEP\_STI. pdf (Zugriff: 29.08.2023).
- Cornberg M, Sandmann L, Protzer U, Niederau C, Tacke F, Berg T, Glebe D, Jilg W, Wedemeyer H, Wirth S, Höner Zu Siederdissen C, Lynen-Jansen P, van Leeuwen P, Petersen J; Collaborators: S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis B-Virusinfektion – (AWMF-Register-Nr. 021-11). Z Gastroenterol. 2021 Jul;59(7):691-776. German. doi: 10.1055/a-1498-2512. Epub 2021 Jul 12. PMID: 34255317.

Dr. Dietrich Hüppe

Hueppe.Herne@t-online.de Gastroenterologische Gemeinschaftspraxis Herne

- Sarrazin C, Zimmermann T, Berg T, Hinrichsen H, Mauss S, Wedemeyer H et al. Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis G-Virus(HCV)-Infektion. Z Gastroenterol 2020; 58(11):1110–31. doi: 10.1055/a-1226-0241.
- Behnke AL, Brandl M, Wohlleben J, Harder T, Steffen G, Krings A, Sandfort M, Dudareva S: Virushepatitis B und D im Jahr 2021. Epid Bull 2022;30:3-21 / DOI 10.25646/10328
- Dudareva S, Faber M, Zimmermann R et al. Epidemiologie der Virushepatitiden A bis E in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 65, 149-158 (2022). https://doi.org/10.1007/s00103-021-03478-8
- CDA Foundation. Polaris Dashboard [Stand: 20.02.2023]. Verfügbar unter: https://cdafound.org/polaris-countries-dashboard/ (Zugriff: 29.08.2023).
- Tergast TL, Blach S, Tacke F, Berg T, Cornberg M, Kautz A et al. Updated epidemiology of hepatitis C virus infections and implications for hepatitis C virus elimination in Germany. J Viral Hepat 2022; 29(7):536-42. doi: 10.1111/jvh.13680
- Zimmermann R, Bremer V, Kollan C, Krings A, Schmidt D, Steffen G, Dudareva S: Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland – Hepatitis C im Jahr 2019. Epid Bull 2020;30/31:18-31 / DOI10.25646/6995
- Meyer E, Steffen G, Krings A, Ullrich A, Kollan C, Dudareva S, Zimmermann R: Zur Situation bei wichtigen Infektionskrankheiten in Deutschland – Virushepatitis C im Jahr 2020 https:// www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/ Ausgaben/28\_21.pdf?\_\_blob=publicationFile (Zugriff: 29.08.2023)
- Cornberg M, et al. Stellungnahme zur vorläufigen Bewertung des IQWiK zum Nutzen eines Screenings auf Hepatitis B. Z Gastroenterol 2018;56:991-993
- Berg T, et al. Stellungnahme zur vorläufigen Bewertung des IQWIK zum Nutzen eines Screenings auf Hepatitis C. Z Gastroenterol 2018;56:994-997
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Abschlussbericht: Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie: Screening auf Hepatitis B und Screening auf Hepatitis C, Berlin 20. November 2020 https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7312/2020-11-20\_GU-RL\_Screening-Hepatitis-B-und-C\_ZD.pdf (Zugriff: 29.08.2023)
- 14. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des G-BAs über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL): Einführung eines Screenings auf Hepatitis B- und auf Hepatitis C-Virusinfektion, Berlin 20. November 2020 https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7078/2020-11-20\_GU-RL\_Screening-Hepatitis-B-und-C\_TrG.pdf (Zugriff: 29.08.2023)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gesundheitsuntersuchung Check-up neu: Screening auf Hepatitis B und C, https://www. kbv.de/media/sp/Praxisinformation\_Gesundheitsuntersuchung. pdf (Zugriff: 29.08.2023)
- KBV Praxisinfo Gesundheitsuntersuchung Check-up, September 2021 https://www.kbv.de/html/5540.php (Zugriff: 29.08.2023)
- Tillmanns H, Schillinger G, Dräther H. Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch AOK-Versicherte im Erwachsenenalter (2007-2021), Berlin 2022 https://doi.org/10.4126/FRI01-006438493
- Robert Koch-Institut. SurvStat@RKI 2.0 Verfügbar unter: https://survstat.rki.de [Zugriff: 15.04.2023]
- Health Better Care (HCC) GmbH, Köln, Sonderanalysen von Abrechnungsdaten in Hausarztpraxen (Stichprobe), 2023
- Umrechnung der GKV-Packungen [Quelle: IQVIA. IQVIA Contract Monitor] in Patient\*innen basierend auf Annahmen bzgl. der durchschnittlichen Therapielänge und des PKV-Anteils und eigene Berechnungen