
Besuchsbericht Donetsk Ukraine

Vom 24.07. bis zum 28.07.2007

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 3
 Situation der HIV-Epidemie in der Ukraine und im Donetsk 4

**Medizinische Versorgungsstrukturen für HIV-positive Patienten aus dem Oblast
 und der Stadt Donetsk 5**

Die Polikliniken 6
 Das regionale AIDS-Zentrum (regionale Poliklinik)..... 7
 Das zentrale HIV-Labor 10
 Die HIV/AIDS Station..... 12
 Haus und Räumlichkeiten: 12
 Aufteilung der Räume/Patientenzimmer:..... 13
 Aufnahme der Patienten und Besuchsmöglichkeiten:..... 14
 Das Team: 15
 Die Versorgung:..... 15
 Invasive und diagnostische Eingriffe 16
 Diagnostische Geräte: 16
 Konsiliarärzte: 16

**Medizinische Versorgungsstrukturen für Tuberkulose Patienten im Oblast
 Donetsk 17**

Vorbemerkung: 17
 TB-Dispanser, TB-Klinik der Stadt Donetsk und TB-Dispanser des Oblast Donetsk..... 18

Medizinisches Substitutionsprogramm für IDU 21

Vorbemerkung: 21
 Substitutionsambulanz im regionalen narkologischen Dispanser 21

Einleitung

Seit 2001 beteiligen sich unterschiedlichste Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Sozialarbeiter) des Vivantes Auguste-Viktoria Klinikums, des Felix Pflorgeteams e.V. und der Berliner AIDS-Hilfe e.V. an Initiativen zur Bekämpfung der HIV-Epidemie in Osteuropa, insbesondere in der Ukraine. Seither ist die Situation von HIV-Infizierten in der Ukraine Thema verschiedenster Diskussionsveranstaltungen des Kongresses „HIV im Dialog“, der anfänglich zweijährlich durchgeführt wurde und seit 2005 jährlich stattfindet.

Zusätzlich initiierten Ärzte und Pflegekräfte gemeinsam mit *Connect plus e.V.* ein Austauschprogramm („Medi & Care“) mit verschiedensten Fachkräften aus Russland, Moldavien, Polen und der Ukraine. Zusätzlich wurde an der Leitlinienentwicklung der WHO für die CIS-Staaten mitgewirkt. Darüber hinaus beteiligten sich bis heute sowohl Ärzte, Pflegekräfte und Sozialarbeiter/Psychologen an der Ausbildung von Fachgruppen (Ärzte, Pflegekräfte und Sozialarbeiter) in den verschiedenen Ländern der CIS im Rahmen des Knowledge-Hubs.

Zwischen 2005 und 2006 entstand unter dem Eindruck dieser Initiativen eine Diskussion über das weitere Engagement in den CIS. Innerhalb dieser Perspektivdebatte trafen sich Vertreter der unterschiedlichen Fachgruppen und einigten sich auf die Fokussierung der Arbeit auf eine Region, mit dem Ziel, die eigenen Ressourcen effektiver ein zu setzen und eine evaluierbare Nachhaltigkeit der Initiativen zu gewährleisten. Hierzu wäre die intensivere Zusammenarbeit mit einer regionalen/lokalen Initiative wünschenswert.

Zeitgleich entwickelten die Pflegekräfte des Vivantes Auguste-Viktoria Klinikums mit dem Felix Pflorgeteam Berlin e.V. und der CARITAS Ukraine u.a. in Donetsk ein Ausbildungsprogramm für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Versorgung der Patienten mit HIV/AIDS. Das Kooperationsprojekt wird als Seminarreihe vor Ort

durchgeführt und evaluiert. Die Robert-Bosch-Stiftung unterstützt das Projekt finanziell.

Parallel dazu konnte der Berliner Journalist Karsten Hein während eines Besuches in Donetsk 2005 im Rahmen seiner Recherchearbeit zur Kino-Dokumentation „Am Rande – Sechs Kapitel über AIDS in der Ukraine“, den Kontakt vermitteln zwischen dem Leiter des regionalen AIDS-Zentrums von Donetsk, Dr. Nikolai Grazhdanov und Dr. Arasteh. Daraufhin besuchten im Januar 2006 Dr. Keikawus Arastéh, Susann Kowol und Inge Banczyk das AIDS-Zentrum Donetsk und eine Kooperation zwischen dem Vivantes Auguste-Viktoria Klinikum, der Berliner AIDS-Hilfe e.V. und dem regionalen AIDS-Zentrum Donetsk wurde vereinbart. Ziel der Kooperation ist der unmittelbare und praktische Austausch und Wissenstransfer über klinische, therapeutische und pflegerische Möglichkeiten in der Behandlung von HIV-Patienten.

Im Rahmen dieser Kooperation fand ein Assessment Besuch von mir, Christoph Weber (Arzt) und Viola Winterstein (MPH) in der Zeit vom 24.07.2007 bis zum 28.07.2007 statt. Ziel des Besuches war die lokalen/regionalen Strukturen zu erfassen und die aktuellen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für die Versorgung und Behandlung der HIV-assoziierten Erkrankungen zu eruieren.

Situation der HIV-Epidemie in der Ukraine und im Donetsk

Die Ukraine zählt mit 48 Millionen Einwohner zu den bevölkerungstärkeren Ländern des geographischen Europas. Im Oblast Donetsk leben ca. 10% der Gesamtbevölkerung auf ca. 4,4% des ukrainischen Territoriums. Die Zahl der gemeldeten HIV-Neuinfektionen haben sich in der Ukraine laut EuroHIV (*HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2005 No.73*) in der Zeit zwischen 2001 und 2005 in etwa verdoppelt (2001: 125/Million; 2005: 243/Million). Mit 1,7% liegt die HIV-Prävalenz im Donetsk über dem Landesdurchschnitt mit 1,4% (WHO, 2003).

In der Region Donetsk ist, wie in allen Gebieten der Ukraine, der Anteil der Menschen, die sich durch intravenösem Drogengebrauch (IDU) mit HIV infiziert haben besonders hoch. Allerdings scheint sich der Transmissionweg in den letzten Jahren zu verändern. War es in den 90ern in erster Linie der gemeinsame Spritzengebrauch, so weist eine Studie (Scherbinskaja et al., 2006) darauf hin, dass 2006 mehr als 55-60% der Neuinfektionen auf den ungeschützten Geschlechtsverkehr mit einem oder einer infizierten DrogengebraucherIn zurückzuführen sind.

In der Folge mehren sich die Anzeichen, dass der Anteil HIV-infizierter Personen in anderen Risikogruppen beständig wächst. Laut einer Untersuchung des MOH der Ukraine (Ministry of Health Ukraine et al., 2006b) sind unter den SexarbeiterInnen im Donetsk ca. 34,2% mit HIV infiziert. Die HIV-Prävalenz unter Männern, die mit Männern sexuellen Verkehr haben (MSM), bleibt nach wie vor unklar. Es existieren nur wenige Untersuchungen darüber. Donetsk gilt neben Kiew und Odessa als Zentrum für MSM, so dass die wenigen existierenden Stichproben aus Mykolayiv und Odessa (ca. 28% der MSM sind HIV-infiziert laut Ministry of Health Ukraine et al., 2006a) durchaus übertragbar sind.

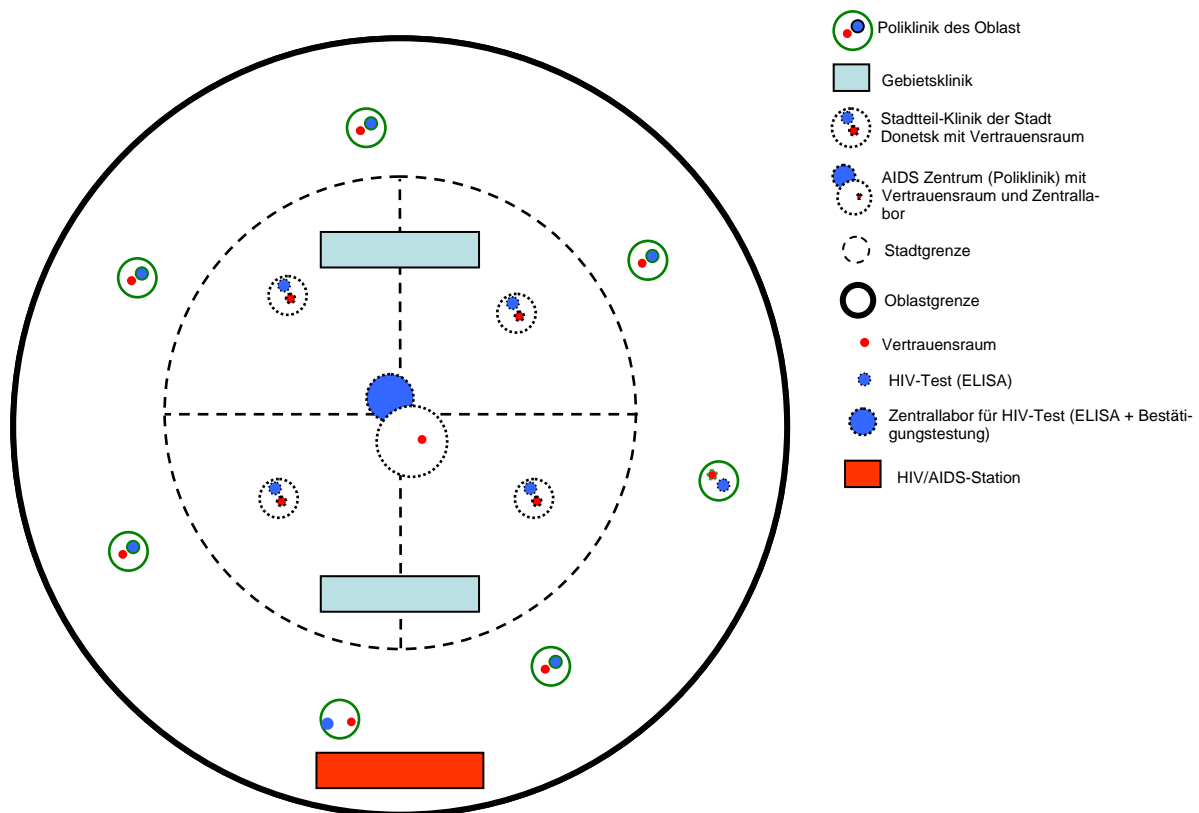
Medizinische Versorgungsstrukturen für HIV-positive Patienten aus dem Oblast und der Stadt Donetsk

Die medizinische Versorgungsstruktur für HIV-infizierte Menschen des Oblast Donetsk umfasst den gesamten Oblast mit der Stadt Donetsk, folgt dem Grundgedanken der zentralisierten lokalen Versorgungsabschnitte und lehnt sich an die existierenden Polikliniken an. Es gibt zwei Möglichkeiten in das System aufgenommen zu werden:

- 1) Ein Patient möchte einen HIV-Test durchführen lassen. Dies ist grundsätzlich auch anonym möglich.

- 2) Einem Patienten wird aufgrund der Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe oder aus medizinischen Erwägungen ein HIV-Test nahe gelegt. Wird nicht ausdrücklich ein anonymer Test gewünscht, so wird der Patient namentlich zentral registriert.

Alle erhobenen Informationen werden an das regionale AIDS-Zentrum weitergeleitet.



Die Polikliniken

In der Stadt Donetsk gibt es vier Polikliniken, die mit der Primärversorgung von HIV-infizierten betraut sind. Zusätzlich sind im gesamten Oblast Donetsk 6 Polikliniken flächendeckend verteilt. Alle versorgenden Polikliniken sind mit einem so genannten Vertrauensraum ausgestattet. Der Vertrauensraum ist der Ort, an dem der Patient

von einem Infektiologen betreut wird und ein HIV-Test durchgeführt werden kann. An jede dieser lokalen Polikliniken sind Labore angegliedert, welche in der Lage sind, eine ELISA-Testung auf HIV durch zu führen. Der Bestätigungstest wird immer im zentralen Labor des AIDS-Zentrums durchgeführt.

Wird ein Patient HIV-positiv getestet, erhält er eine Eingangsuntersuchung, bestehend aus einer körperlichen Untersuchung, einer laborchemischen Blutbilduntersuchung und klinischer Chemie, HSV-IgG, CMV-IgG, EBV-IgG, Toxoplasmosis-IgG, sowie CD4-Zellbestimmung. Anhand der Ergebnisse wird das Stadium der Erkrankung nach WHO-Richtlinien festgelegt und der Patient zur Kontrolluntersuchung entweder alle 6 Monate oder im 3-monatigem Abstand einbestellt. Dabei stellt die lokale Poliklinik weiterhin das primär versorgende Zentrum dar.

Es kommt immer wieder vor, dass sich ein Patient in der zuständigen Poliklinik nicht wohl fühlt oder er aus Angst vor Diskriminierung nicht die regionale Poliklinik nutzen möchte. Ein Wechsel zu einem benachbarten Versorgungszentrum ist nicht möglich, die Patienten werden dort abgewiesen. Es ist allerdings möglich im regionalen AIDS-Zentrum bzw. der dortigen Poliklinik versorgt zu werden. Dafür müssen manche Patienten z.T. weite Wege in Kauf nehmen mit entsprechenden Transportkosten (Bus, Bahn, Taxi etc.). Bis vor kurzem war die Ausgabe von ART allein auf das AIDS Zentrum beschränkt. Seit etwa zwei Monaten wurde die Versorgung der HIV-Patienten mit ART auf die zuständigen Polikliniken umverteilt.

Das regionale AIDS-Zentrum (regionale Poliklinik)

Das regionale AIDS Zentrum ist in drei Abteilungen gegliedert: die Poliklinik, die epidemiologische Datenbank und das Zentrallabor. Es fungiert als übergeordnetes Zentrum ausschließlich für die Versorgung von HIV-Patienten. In der Poliklinik arbeiten insgesamt 10 Ärzte: ein Pädiater, sechs Infektiologen, ein Dermato-Venerologe und zwei Stomatologen (Zahnärzte). Die Poliklinik versorgt dabei die HIV-Patienten des

umliegenden Stadtteils und zusätzlich alle aus dem Umland (Oblast) und der Stadt Donetsk, die eine Versorgung im Zentrum wünschen.

Die ART ist protokollgerecht vorhanden:

- Effervon (EFV) von Rambaxy
- Nevimune (NVP) von Cipla

- Diovir (AZT/3TC) von Cipla
- Lamivir (3TC) von Cipla
- Zidovir (AZT) von Cipla
- Videx (ddl) Tbl. von BMS
- Stavir (d4T) 30mg und 40mg von Cipla

- Kaletra (LPV/r) von Abbott im Kühlschrank gelagert

Die ART wird - laut befragter Ärztin - kostenfrei an die Patienten abgegeben, begleitende Medikamente (z.B. Metoclopramid, Loperamid), die Nebenwirkungen der ART mindern können, wie zum Beispiel Diarrhoe oder Übelkeit, müssen vom Patienten gekauft werden. Sie werden lediglich verschrieben und sind nicht in der Poliklinik vorhanden. Gabapentin zur Behandlung der peripheren Polineuropathie war vorrätig, allerdings ist unklar, ob dies kostenfrei eingesetzt wird.

Ein/e Sozialarbeiter/in ist nicht fester Bestandteil des Kollegiums der Poliklinik, kann aber bei Bedarf einbestellt werden. Dies komme aber, den Angaben der befragten Ärztin nach, nicht häufig vor. Eine psychologische Begleitung oder Beratung ist nicht vorgesehen. Derzeit werden ca. 1000 Patienten mit ART versorgt.

Die ART wird zwar Protokoll gerecht vergeben, allerdings ist eine *secondline*-Therapie faktisch nicht vorhanden. In der Regel wird AZT+ 3TC plus EFV oder NVP

oder LPV/r als firstline Therapie verschrieben. Muss auf AZT wegen Anämie verzichtet werden, kann d4T eingesetzt werden. Meist wird auch bei Therapieversagen nur ein Medikament ausgetauscht, d.h. verträgt ein Patient die Kombination von AZT+3TC aufgrund einer AZT-assoziierten Anämie nicht, wird AZT gegen d4T ausgetauscht. Kommt es darunter zum Therapieversagen (Anstieg der CD4 Zellen oder Krankheitsprogression), wird nur EFV, NVP oder LPV/r ausgetauscht.

Das bakteriologische Labor der Poliklinik ist in der Lage Candida Kulturen anzulegen. Alle anderen Pilze (Aspergillus spp., Dermatophyten spp. etc.) können hier nicht kultiviert und diagnostiziert werden.

Werden weiterführende diagnostische Verfahren (Röntgenbild, Magnetresonanztomografie, Computertomografie, Sonografie etc.) benötigt, so müssen anderen Klinik genutzt werden. Es haben sich zwischen verschiedenen Kliniken (z.B. Klinik für Onkologie) Kooperationen herauskristallisiert, um bestimmte diagnostische Untersuchungen einigermaßen zeitnah zu organisieren. Auf welcher Basis diese Kooperationen funktionieren konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Sicher ist, dass die Untersuchungen vom Patienten bezahlt werden müssen.

Wir hatten Gelegenheit das sehr gut ausgerüstete Bezirksklinikum anzusehen. Laut Aussagen der Ärzte der Poliklinik, ist es dort so gut wie unmöglich Untersuchungen für HIV-Infizierte Patienten zu vereinbaren. Es werden für donetsker Verhältnisse exorbitant hohe Summen für die Untersuchungen vom Patienten verlangt. Die obligaten kostenfreien Untersuchungen, die die Bezirksklinik durchführen muss, sind in der Regel mit sehr langen Wartezeiten (MRT mind. 3 Monate, ebenso endoskopische Untersuchungen) verbunden. Eine Kooperation scheint hier nicht möglich.

Das zentrale HIV-Labor

Das Labor der Poliklinik ist ein weiterer Kernbereich der Poliklinik. Als „spezialisiertes zentrales Labor“ werden nur hier folgende Untersuchungen durchgeführt:

- Alle Bestätigungstests bei positiven ELISA aus allen Kliniken auf Stadtteilebene und des Oblasts. zuzüglich Proben aus anderen Gebieten (Mariopol, Teile des Oblast Lugansk).
- Derzeit würden - laut Angaben der Laborleiterin Olga - etwa 400 HIV-Tests pro Tag durchgeführt. Zur Bestätigung der positiven Testergebnisse werden 3 verschiedenen Kits ausprobiert. Zusätzlich wurden uns Schnelltests gezeigt, die für den notfallmäßigen Einsatz gedacht und ausgegeben werden (im Rahmen von PEP, Entbindungen etc.).
- Alle CD4 Zellbestimmung mittels Durchflußzytometer für Lugansk, Mariopol (in Planung) und Oblast/Stadt Donetsk. Auf Nachfrage erklärte uns die Laborärztin, dass das Zytometer anfällig sei und bei Reparaturen müsse immer ein Techniker aus Kiew anreisen. Dies sei schon mehrmals vorgekommen und in dieser Zeit wäre eine Untersuchung natürlich nicht möglich.
- Zentrale Sammlung aller Blutproben, die zur VL-Bestimmung nach Kiew geschickt werden sollen.
- BB, klinische Chemie und Hepatitisserologie (Hep B und C) sowie CMV, EBV, Toxo, HSV IgM und IgG-Antikörper.
- HIV-Station (alle Laboruntersuchungen, die sich aus den obigen kombinieren können).

Die Bestimmungen der Antikörper mittels ELISA für Epstein Barr Virus (EBV), Cytomegalie Virus (CMV), Herpes simplex Virus-1 und -2 (HSV 1/2) und Toxoplasmose werden ebenfalls nur im Zentrallabor durchgeführt. Es kann ein Differenzialblutbild angefertigt werden.

Zusätzlich gibt es ein Gerät (BTS) für die klinische Chemie, allerdings sind hier nur 12 Parameter durch die Gesundheitsbehörde des Bezirksamtes zugelassen:

- | | |
|-----------------|-----------------|
| - Gesamtprotein | - Triglyceride |
| - Glucose | - Kreatinin |
| - Cholesterin | - Harnstoff |
| - Bilirubin | - Alpha Amylase |
| - Albumin | - ALT |
| - Lactat | - AST |

CRP wird derzeit nicht bestimmt. (Auf die Frage warum konnten wir nur ausweichende Antworten bekommen). Hämatologische Untersuchungen, wie die Beurteilung von Knochenmarksausstrichen, werden in diesem Labor nicht durchgeführt. Einzig die Bezirksklinik hat die Möglichkeiten zum Knochenmarkausstrich oder zur dessen Weiterverarbeitung. Speziellere Untersuchungen seien dort ebenfalls nicht möglich (Parvovirus B19, MAI etc).

Es wurde von den Polikliniken ein eigener Transport für Blutproben eingerichtet. Dieser fährt täglich die regionalen Polikliniken an, um die zu untersuchenden Proben in das Zentrallabor zu liefern.

Eine Viruslastbestimmung kann derzeit noch nicht durchgeführt werden, allerdings wurde während unseres Aufenthaltes die Zuwilligung für das PCR-Gerät aus Kiew fernmündlich gegeben. Bisher fährt - laut Laborleiterin - einmal pro Woche ein Transporter mit gekühlten Blutproben mit dem Nachtzug in das ca. 600km entfernte Labor in Kiew, zur Viruslastbestimmung. Resistenzbestimmungen werden ebenfalls nur in Kiew durchgeführt. Bisher käme es aber sehr selten vor, dass diese Untersuchung durchgeführt werde, so die Laborleiterin, was nicht zuletzt darin begründet ist, dass die Untersuchung vom Patient selbst bezahlen werden muß.

Angeschlossen an das Labor ist ein sogenanntes bakteriologisches Labor. Hier ist die Verarbeitung von Blutkulturen möglich. Allerdings scheinen die selbstproduzierten Nährböden nicht immer die entsprechenden Ergebnisse zu liefern, wie uns von den ärztlichen Behandlern bestätigt wurde. Als mykologischen Untersuchung steht ausschließlich die Anzucht von *Candida albicans* zur Verfügung, alle anderen Pilze könnten nicht diagnostiziert werden. Eine Anfärbetechnik (Tuschepräparat) für Kryptokokken war der bakteriologischen Laborärztin nicht geläufig. Die Bestimmung des Cryptokokken-Antigen als Screeningverfahren war ihr unbekannt. Der Laborleiterin (sie ist nicht die oben erwähnte Laborärztin) war dieses Verfahren geläufig. Hier scheint eine erhebliche Schwachstelle im Versorgungssystem zu liegen.

Wir erlebten das Labor als eine funktionsfähige Abteilung, die angegliedert an die Polikliniken ein wichtiger Teil der Poliklinikstruktur ist. Wir konnten die Verarbeitung von ca. 150 Serumproben beobachten. Trotzdem scheint die Hauptfunktion des Labors im Erstellen von HIV- Erst- und Bestätigungstest zu liegen. Die Abwesenheit von bakteriologisch erfahrenem Laborpersonal wurde deutlich.

Die HIV/AIDS Station

Haus und Räumlichkeiten:

Nach mehrmonatigem Umbau eines Gebäudekomplexes innerhalb des psychiatrischen Dispansers konnte im Frühjahr 2007 die neue HIV – Station eingeweiht werden. Die Station befindet sich etwa 20 km außerhalb des Stadtzentrums in mitten einer Felderlandschaft. Erreichbar ist die Station entweder per Auto oder per Bus. Der Bus fährt stündlich die zirka 3 Kilometer von der Station entfernt liegende Haltestelle an.

Für ein Gesamtvolumen von 1.000.000 US-Dollar wurde – laut Dr. Grazhdanov – die Station renoviert und aufgebaut. Es wurde das Dach saniert und das Gebäude erhielt eine neue Fassade. Der Zugang wurde Betten- und Behindertengerecht mit einer Rampe versehen. Im Inneren wurde das Gebäude bis auf seine tragenden Wände

entkernt und nachträglich die Zimmer eingebaut. So hat nun nahezu jedes Patientenzimmer eine separate Nasszelle, die entweder mit einer Dusche oder mit einer Badewanne, sowie mit einem Waschbecken und einer Toilette ausgerüstet ist. Die meisten Zimmer sind als Dreibett-Zimmer angelegt und können bei Bedarf aufgestockt werden. Das Haus besteht aus 2 Etagen mit einer Bettenkapazität von ca. 60 Betten. Der Keller ist als Stau- bzw. Technikraum ausgebaut.

Im ersten Stock befinden sich außer den Patientenzimmern eine Küche, ein Ärzteaufenthalts- und Büroraum, sowie ein Vorratsraum für Medikamente. Es gibt eine Nische für die Krankenschwestern mit Klingelanlage aus den einzelnen Zimmern, sowie ein so genannter Manipulationsraum, der einem Eingriffsraum entspricht. Hier sind alle Instrumente zur Blutentnahme, zum Anlegen von Venenverweilkanülen und zu anderen Untersuchungszwecken (Lumbalpunktionsbesteck) gelagert. Der Untersuchungs- sowie der Medikamentenraum sind – laut Krankenschwestern - in der Regel abgeschlossen und für Patienten nur in Begleitung einer Krankenschwester zugänglich.

Aufteilung der Räume/Patientenzimmer:

Gegliedert werden die Patienten nach Krankheitsaspekten, wobei der erste Stock (Hochparterre) den Schwerkranken zugedacht, der zweite für die weniger schwer Erkrankten vorbehalten sein soll. Von den insgesamt 22 Patientenzimmern wurden im unteren Stockwerk 5 sogenannte Isolierzimmer eingerichtet, mit 15 Betten. Diese Zimmer sind mit Isolierschleuße und separatem Außenzugang ausgestattet. Darüber hinaus konnten weitere zwei Zimmer „Halbisolierzimmer“ mit Isolierschleußen allerdings ohne separaten Außenzugang eingerichtet werden.

Im zweiten Stock befindet sich nahezu (bis auf die Küche) die gleiche Raumaufteilung, allerdings sind hier keine Isolierzimmer angelegt. Alle Zimmer verfügen über eigene großzügige Sanitärräume mit Dusch oder Vollbad.

Nach Aussage von Dr. Grazhdanov knüpft die international HIV/Aids Alliance ihre Unterstützung für das Projekt „Krankenstation“ an die Bedingung, dass wenigsten fünf Betten für die finale Palliativpflege eingerichtet werden. Allerdings ist die Station derzeit weder medizinisch, medikamentös, noch pflegerisch in der Lage einem palliativen Medizinansatz im engeren Sinne gerecht zu werden. Es sind weder opiathaltige Schmerzmittel vor Ort, noch besteht bisher eine Lizenz für deren Anwendung.

In den Kellerräumen befindet sich ein zusätzlicher Wasserspeicher mit 6 Wasserbehältern mit je einem Volumen von ca. 2000 Kubikliter, also insgesamt 12.000 Kubikliter. Es wurde die Belüftungsanlage im Keller aufgestellt, die Außenluft ansaugt und die Patientenzimmer mit leicht gekühlter Frischluft versorgt. Neben den technischen Vorhaltungen befindet sich hier ein Aufbewahrungsraum für verstorbene Patienten. In einem gesonderten Raum steht eine Kühlanlage für max. eine Leiche, sowie die Möglichkeit mehrere Leichen ungekühlt zu lagern.

Aufnahme der Patienten und Besuchsmöglichkeiten:

Die Aufnahme eines Patienten erfolgt nach medizinischen Richtlinien und orientiert sich örtlich einem gedachten Pfad entlang, der ähnlich einem Dekonterminierungspfad verläuft. Der Patient betritt das Gebäude durch den regulären Eingang, kommt von da aus direkt in einen allgemeinen Untersuchungsraum. Es werden die Daten des Patienten durch eine Krankenschwester aufgenommen und es erfolgt die ärztliche Eingangsuntersuchung. Diese umfasst: Anamnese, körperliche Untersuchung, ggf. Blutentnahme und Stellung der Verdachtsdiagnose. Vor Betreten der Station soll sich der Patient in einem dem Untersuchungsraum angegliederten Badezimmer reinigen. Es folgt danach die Zuweisung in ein Patientenzimmer.

Die Besuchspraxis scheint flexibel gehandhabt zu werden. Es wurde ein Besuchsraum für das Zusammenkommen von Patienten mit Angehörigen eingerichtet, der in der Nähe des Ausganges angesiedelt ist. Allerdings scheint es auch die Möglichkeit zu geben, die Patienten in ihren Zimmern zu besuchen. Bei final erkrankten Patien-

ten können Familienangehörige oder Freunde die Pflege übernehmen, was dem europäischen Rooming-in Gedanken nahe kommt.

Das Team:

Das Team besteht aus vier Infektiologen, die im Schichtsystem arbeiten, jeweils 24 Stunden pro Schicht. Es ist immer nur ein Arzt pro Schicht anwesend. Es sind für die Station neben den 4 Arztstellen 17,5 Planstellen für Krankenschwestern vorgesehen, die von insgesamt 12 Personen besetzt sind. Die Krankenschwestern/pfleger sind nicht an der direkten Pflege beteiligt, sondern arbeiten mit dem Arzt zusammen die medizinisch-therapeutischen und diagnostischen Pläne aus, die der Arzt für jeden Patienten täglich erstellt. Sie organisieren die Blutentnahmen, bereiten Infusionen vor, stellen die Medikamente der Patienten zusammen und sind für den Ablauf auf Station verantwortlich. Für die pflegerischen Tätigkeiten am Patienten im engeren Sinne (waschen, füttern, etc.) werden die sogenannten Sanitaria („Sanitäter“) eingesetzt; dies sind nicht examinierte Pflegehelfer. Ihr Aufgabenbereich liegt in der Hilfe zur Körperpflege und der körperlichen Versorgung (Ausgabe des Essens) etc. der Patienten. Hierfür wurden 22 Planstellen eingerichtet, die sich 15 Sanitaria teilen. Sozialarbeiter und Psychologen sind weder geplant noch vorhanden.

Die Versorgung:

Die Verpflegung wird durch die Großküche des Gesamtkomplexes (Psychiatrie und AIDS-Station) organisiert. Finanziert wird die Küche durch das Gesundheitsamt des Bezirkes.

Das Labor der Poliklinik übernimmt in großen Teilen die laborchemischen Untersuchungen, die in der AIDS-Station benötigt werden. Es stehen zu Verfügung:

- CD4 Zellenbestimmung
- Klinische Chemie, Blutbild
- Hepatitis Serologie für HBV und HCV (allerdings ohne PCR)
- CMV, HSV, EBV und Toxoplasmose - Serologie

Für die Therapie unterschiedlicher Erkrankungen stehen Medikamente zur Verfügung, die allerdings größtenteils von den Patienten eingekauft werden müssen. Die ART wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

Invasive und diagnostische Eingriffe

Auf der Station werden unterschiedliche invasive Eingriffe vorgenommen. Neben der Lumbalpunktion zur Gewinnung von Cerebrospinalflüssigkeit, können bestimmte Körperhöhlen punktiert werden, dazu zählen Punktionen in den Pleuraspalt zur Gewinnung von Trans- bzw. Exsudate, sowie die Punktion von Aszites (Bauchhöhlenflüssigkeit). Alle invasiven Punktionen werden von Ärzten aus- und in den sogenannten Manipulationsräumen durchgeführt. Es steht derzeit kein Sonografiegerät zur Verfügung, um die Punktionen durch die Bestimmung der Flüssigkeitsmenge und Entnahmeort, sicher zu gestalten.

Diagnostische Geräte:

Auf dem Gelände selbst befindet sich eine Röntgen-Anlage für Thorax- und Abdomenaufnahmen. Die Untersuchungen und deren Befundung sind – nach Aussage der Stationsärzte - innerhalb eines Tages erhältlich. Es gibt keine weiteren diagnostischen Möglichkeiten/Facillities auf dem Gelände selbst. Zu allen diagnostischen Untersuchungen (CT, MRT, Sonografie etc.) muss ein Fahrdienst organisiert werden, der von Patienten bezahlt werden muss.

Konsiliarärzte:

Die AIDS-Station wird durch Infektiologen geführt. Für Untersuchungen durch weitere medizinische Disziplinen wie Neurologen, Augenärzte oder Chirurgen muss der Patient die Station verlassen und in die jeweiligen Kliniken gebracht werden oder aber es werden die Fremdärzte konsiliarisch mit einem Auto zur Aids-Station gebracht. Ein Vorgang der sehr viel Zeit und Ressourcen in Anspruch nimmt.

Medizinische Versorgungsstrukturen für Tuberkulose Patienten im Oblast Donetsk

Vorbemerkung:

Die Tuberkulose Inzidenz des Oblast Donetsk lag 2004 bei ca 86,7 pro 100000 Einwohner (Zivilbevölkerung), bei Einbeziehung der Gefängnisinsassen liegt die Inzidenz bei 96,1 pro 100000 (WHO-Bericht 2004). Sie liegt damit seit 1995 deutlich über dem Landesdurchschnitt. (Abbildung 2).

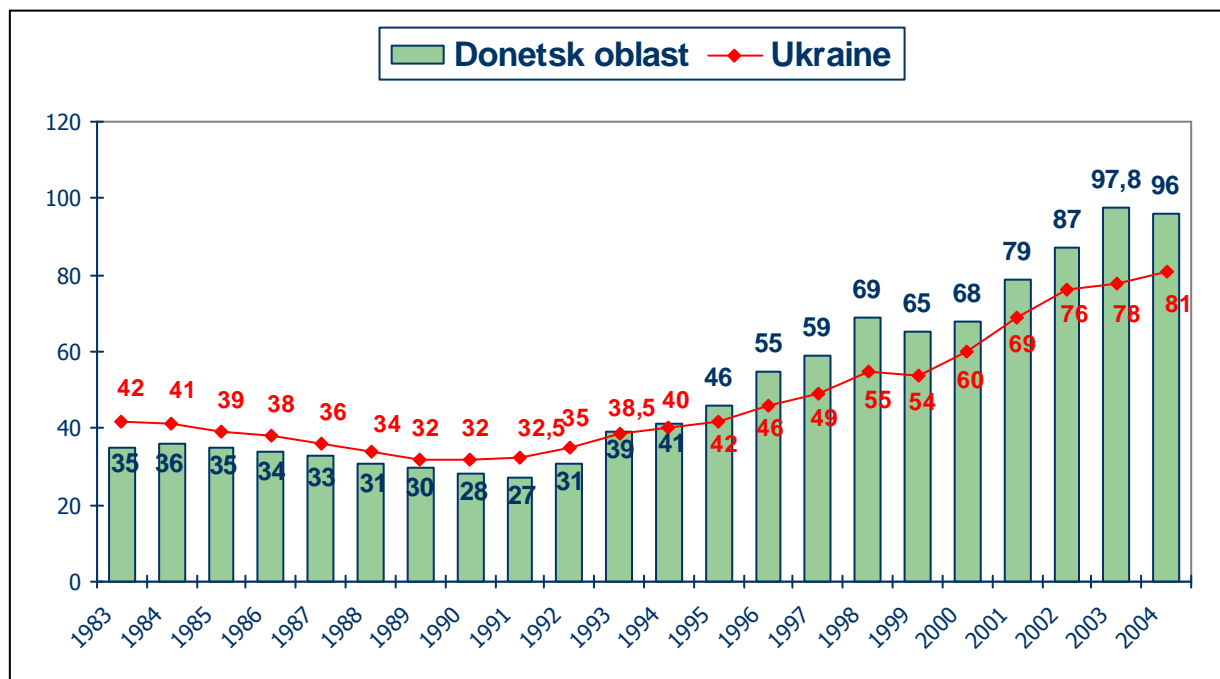
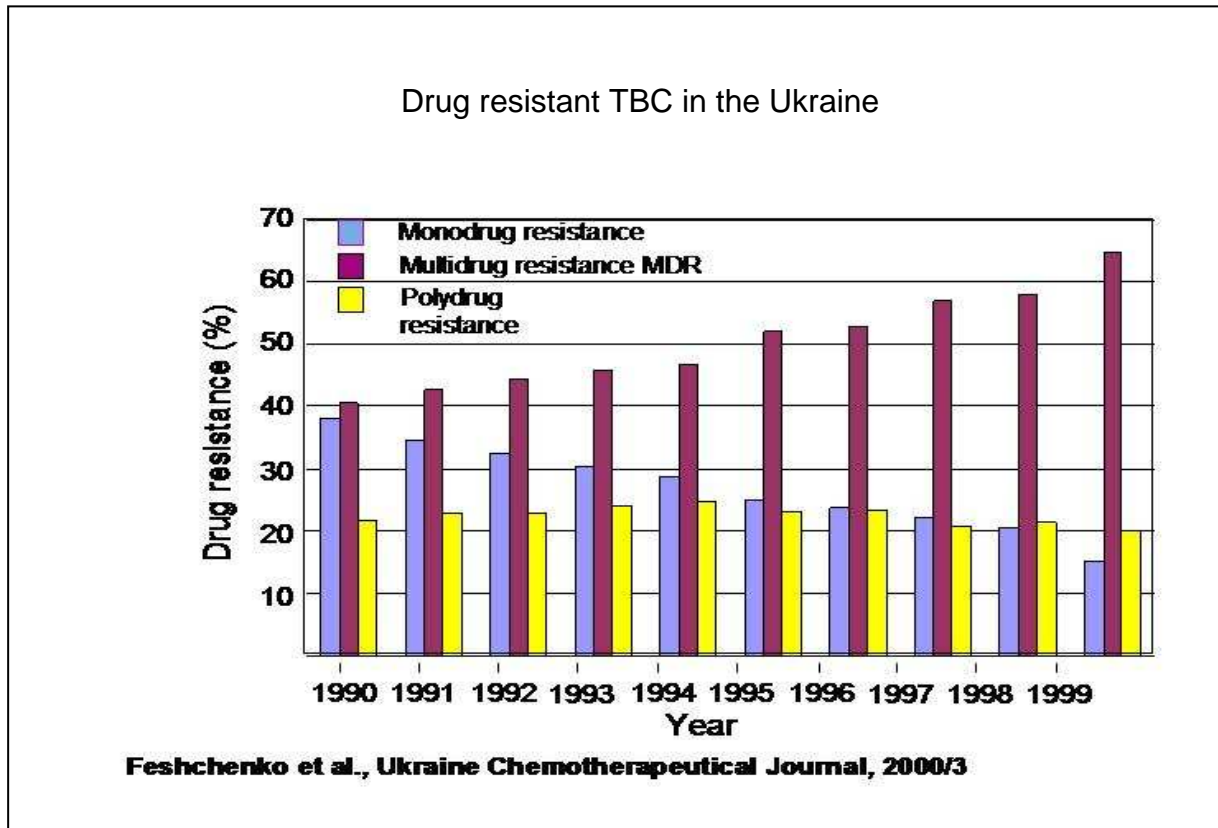


Abb.2: TB incidence in Ukraine (1983-2004)

Die Tuberkulose stellt in der Ukraine wahrscheinlich die häufigste opportunistische Infektion bei HIV-Infizierten dar. Insbesondere in Osteuropa ist der Anteil der multi-drug-resistant TB (MDR-TB) von allen Ländern der ehemaligen SU am höchsten. Die Behandlung der MDR-TB stellt sich als äußerst komplex und diffizil dar, verschlingt enorme Ressourcen und erwartet vom Patienten - ähnlich wie die HIV-Behandlung - ein hohes Maß an Compliance und Verantwortlichkeit.

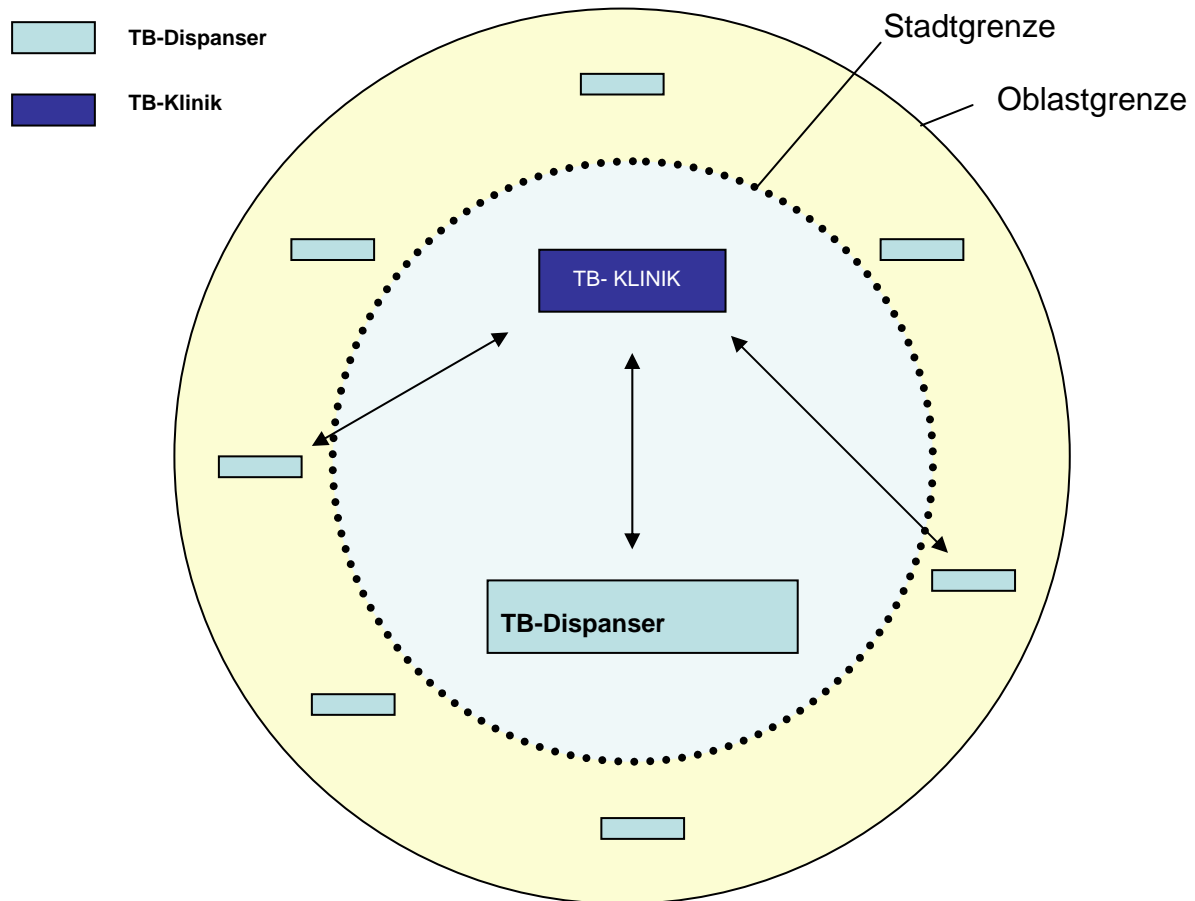


TB-Dispanser, TB-Klinik der Stadt Donetsk und TB-Dispanser des Oblast Donetsk

Eine medizinische Verwaltungsstruktur für Tuberkulose besteht seit vielen Jahren im Donetsk mit zwei unabhängigen Versorgungselementen, zum einen für die Stadt Donetsk, zum anderen für den Bezirk Donetsk.

Es existiert ein städtischer Dispanser, also eine allgemeine Klinik für die Langzeitbehandlung der Tuberkulose. Hier wird die Versorgung und Behandlung der an Tuberkulose erkrankten Patienten verwaltet. Alle Patienten mit Verdacht auf Tuberkulose müssen sich dort vorstellen und nur der Arzt mit Spezialisierung für Tuberkulose darf die Erstdiagnose stellen. Es folgt die Registrierung und die Zuweisung zu den regionalen Dispansern. Der Dispanserarzt entscheidet über die Auswahl der Medikamente

für die 4-fach Therapie, ob der Patient hospitalisiert werden muss oder eine ambulante Therapie vorgenommen werden kann.



Je nach Entscheidung des Arztes verbleibt der Patient im jeweiligen Dispanser oder beginnt die Therapie mit regelmäßiger Vorstellung im Dispanser. Der Dispanser versorgt die regionale Struktur, das heißt, jedes Gebiet ist einem Dispanser zugeordnet, dies gilt für den Stadtbereich, sowie für die Region Oblast.

Der zweite Arm der Versorgung wird von der TB-Klinik, oder auch Bezirksklinik genannt, ausgerichtet. Hier werden diejenigen Tuberkulosefälle behandelt, die während der Therapie Komplikationen entwickeln in Form von Relaps, Notwendigkeit von chirurgischen Interventionen, MDR-Tuberkulose etc. Die Vorstellung ist, dass Patienten in der TB-Klinik die notwendigen Intervention erhalten und nach Abschluß der Behandlung wieder den zuständigen regionalen Dispanser zugewiesen werden. Inner-

halb der TB-Klinik kann der Patient durch unterschiedliche Fachdisziplinen versorgt werden.

In der Praxis ist dieses Prinzip nur in geringem Umfang umgesetzt. Abgesehen von den katastrophalen räumlichen und hygienischen Bedingungen (keine Möglichkeiten Patienten zu isolieren, überfüllte Krankenzimmer mit Pflege durch die Familie, ohne Schutz bei offener TB, etc.), ist die TB-Klinik nicht in der Lage die anfallenden Arbeiten durch zu führen. Des sei, wie uns der Chirurgische Leiter der Klinik erklärte, auf unterschiedliche Gründe zurück zu führen. Zum einen sei die Besetzung der Ärzte in der TB-Klinik und in den Dispanser vollständig überaltert: über 80% der Ärzte sind über 60 Jahre alt und die Planstellen seien nur zu 68% besetzt. Es bestehe, so der Leiter, ein enormes Nachwuchsproblem.

Die Infektionsrate innerhalb des Personals sei sehr hoch, Arbeitsschutzmassnahmen quasi nicht vorhanden. Die Motivation der Ärzte und des Pflegepersonals sich zu engagieren sei niedrig, gerade in Bezug auf die Versorgung der Koinfizierten (HIV und TB). Überlastung, Unsicherheit und Ansteckungsängste gepaart mit einem Motivationsdefizit führe in den letzten Jahren immer stärker zu Schwierigkeiten im Umgang mit Ko-Infizierten, die nicht versorgt oder nicht-diagnostiziert in die Polikliniken zurückverwiesen werden.

Zusätzlich erwähnte der Leiter, sei eine Konkurrenzsituation entstanden, da die HIV-versorgenden Ärzte einen „Gefahren“-Zuschlag erhalten, den die TB-Ärzte nicht bekommen, so dass die Rückweisung intern oftmals mit „die sollen sich selbst um ihre Patienten kümmern“ begründet würde. Für die Patienten besonders fatal, da nur Pulmologen die Lizenz haben, Tuberkulose-Medikamente zu verschreiben. Ein interdisziplinärer Gedanke kann sich in diesem Klima nur schwer durchsetzen. Zumal HIV-infizierte Patienten mit Drogenabusus und TB-Koinfektion als sehr unangenehm und schwierig angesehen werden.

Die Tuberkulose-Medikamente sind kostenlos, jedoch müssen auch hier die begleitenden Therapien von den PatientInnen bezahlt werden.

Medizinisches Substitutionsprogramm für IDU

Vorbemerkung:

Die Neuinfektionen durch intravenösen Drogengebrauch (IDU) liegen in Osteuropa um ein vielfach über der Rate in Westeuropa. Die Ukraine, die Russische Föderation und Estland bilden die Spitze eines gigantischen Eisberges. In den letzten 5 Jahren infizierten sich in der Ukraine alleine 52.500 Menschen (aus EuroHIV: mid-year report 2006, 2007, No.74) durch needle-sharing. Die HIV-Prävalenz bei Drogengebern liegt über 40%. Alle aufgelegten Programme, die HIV-infizierte Drogenbenutzer mit ART versorgen wollen, sind darauf angewiesen, die Menschen sozial und medizinisch zu stabilisieren. Erst dann kann die komplexe Therapie nachhaltig wirksam sein. Ohne Substitutionsprogramme ist dies im Augenblick nicht denkbar. Bisher gibt es nur einzelne Versuche Methadon oder andere Substitutionsprogramme zu etablieren. Die Versuche Methadon einzuführen scheiterten an den gesellschaftlichen Realitäten, und den juristischen Barrieren. Es besteht innerhalb der Gesellschaft eine stark negative Vorstellung von Substitutionspräparaten, die als starke Drogen auf Staatskosten verleumdet werden. Das im Vergleich zum Methadon teurere Buprenorphin (Subutex[®]) wurde 2005 mit Hilfe der WHO in einer Medienkampagne beworben, um die gesellschaftliche Akzeptanz zu fördern. Buprenorphin genießt eine höhere Akzeptanz, nicht zuletzt weil es als Schmerzmittel bekannt ist, und damit eher vom Charme eines Medikamentes erfüllt ist, denn als Droge.

Substitutionsambulanz im regionalen narkologischen Dispenser

Im Herbst 2005 wurde unter strengen Auflagen des Ministeriums das Substitutionsprogramm für 52 Personen gestartet (Anzahl vom Ministerium festgelegt). Ein Drittel der Personen sind HIV-infiziert, ca. 40% der Infizierten sind unter ART. Weitere acht bis neun Personen werden auf die ART Einnahme vorbereitet. Partnerschaft-

lich werden die Patienten vom AIDS-Zentrum der Stadt Donetsk begleitet und mitversorgt.

Die Einschlusskriterien in diesen Versuch sind der langjährige Drogengebrauch, mit mehreren Entzugsversuchen, sowie der HIV-Status und die Notwendigkeit einer anti-retroviralen Behandlung. Bei der Auswahl wurde mit dem *AIDS-Zentrum* und mit der Selbsthilfegruppe *Svitanok* zusammengearbeitet. Da die Kriterien auf viele Menschen zutreffen, wurde per Zufallskriterium entschieden. Ausschlusskriterien sind lediglich aggressives Verhalten und längerer Abwesenheit. Urinkontrollen wegen Beigebrauch werden unregelmäßig durchgeführt, haben allerdings keine Auswirkung auf die Teilnahme im Substitutionsprogramm.

Eine psychologische Betreuung ist in Ansätzen durch die Selbsthilfegruppe *Club Doors* (mit ausgebildeten Psychologen) vorhanden. Deren Zusammenarbeit konnte nicht näher geklärt werden. Auch *Svitanok* arbeitet mit der Substitutionspraxis zusammen und scheint v.a. soziale Unterstützung zu bieten.

Perspektivisch sind 90 Patienten geplant, abhängig von der Auswertung der derzeitigen Teilnehmer. Dann sollen auch in einem anderen städtischen Dispanser eventuell weitere 90 substituiert werden, sowie in vier weiteren Städte im Oblast Donetsk jeweils 90 Menschen.

Christoph Weber (Arzt)
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
Berlin, 30.10.07

Anhang:

Wir hatten die Möglichkeit, zusammen mit den Stationsärzten die Medikamentenbestände durch zu sehen. Diese Medikamente waren in der HIV/AIDS-Station vorhanden bzw. nicht vorhanden bei der Durchsicht der Schränke und Medikamentenlager. Die Ergänzungen und Anmerkungen, sind Informationen von den dortigen Ärzten und nicht nach recherchiert.

| Medikament | Bemerkung |
|-------------------------|--|
| ART | |
| AZT/3TC (Duovir) | Von Cipla vorhanden |
| AZT (Zidovir) | Von Cipla vorhanden |
| D4T (Stavir) | Von Cipla vorhanden |
| DDI (Videx) | Von BMS vorhanden |
| 3TC (Lamivir) | Von Cipla vorhanden |
| NVP (Nevimune) | Von Cipla vorhanden |
| EFV (Effervon) | Von Rambaxy vorhanden |
| LPV (Kaletra) | Von Abbott vorhanden |
| ANITMYKOTIKA | |
| Fluconazol | Nicht vorrätig vorhanden, teuer, muss von Pati. besorgt werden |
| Flucytosin | Nicht besorgbar |

| | |
|------------------------------|--|
| Amphotericin B | Nicht besorgbar |
| Caspofungin | Nicht besorgbar |
| ANTIBIOTIKA | |
| Penicillin G | nicht vorhanden |
| Amoxicillin | Tbl (+ Clavulinsäure) und IV |
| Piperacillin | Nicht vorhanden |
| Oxa-, Fluclocacilin | Nicht vorhanden |
| Cefuroxim | Kann in Apotheke erworben werden (vom Patient) |
| Cefoxitin | Nicht vorhanden |
| Ceftriaxon, Cefotaxim | Ca 80 Fl. vorhanden, als 1g Fl. |
| Ceftazidim | Kann in Apotheke erworben werden (vom Patient) |
| Ciprofloxacin | Kann in Apotheke erworben werden (vom Patient) |
| Moxifloxacin | Kann in Apotheke erworben werden (vom Patient) |
| Imipenem | Nicht vorhanden |
| Meronem | Ca. 10x 1g Fl vorhanden |
| Erythromycin | Nicht vorhanden |
| Clarithromycin | Nicht vorhanden |
| Azithromycin | > 20 Pakungen vorhanden (als 500mg Tbl.) |
| Sulfadiazin | Nicht vorhanden |
| Sulfalen | Nicht vorhanden |
| Clindamycin | Ca 10 x 600mg Fl. vorhanden |
| Metronidazol | Nur 1 Fl. vorhanden, ist billig und leicht zu besorgen durch den Patienten |

[C R E P]

Clinical Research and Educational Partnership

Besuchsbericht Donetsk, Ukraine vom 24.07. bis zum 28.07.2007

| | |
|-----------------------|--|
| VIRUSSTATIKA | |
| Aciclovir | Von GSK, viel vorrätig, durch Weltbank/GF finanziert |
| Gangciclovir | Sehr schwer zu bekommen, in der gesamten Region nicht zu bekommen, sehr teuer |
| Cidofovir | Ist dort unbekannt |
| | |
| Pyrimethamin | Im gesamten Oblast nicht zu bekommen |
| Dapson | Nicht zu bekommen |
| Atovaquon | Nicht zu bekommen |
| | |
| Pentamidin | Im gesamten Oblast nicht zu bekommen |
| | |
| Metoclopramid | Vorhanden, einfach zu bekommen |
| Loperamid | Nicht in der Klinik vorhanden, muss vom Patienten gekauft werden, leicht zu bekommen |
| Opiate | Nicht zu bekommen |
| Benzodiazepine | Nicht zu bekommen |
| NSAID | Paracetamol als Tbl. vorhanden, Metamizol vorhanden, ASS vorhanden (Tbl. + IV) |
| Cotrimoxazol | Als Tbl. vorhanden, als Lösung sehr teuer sehr schwer zu bekommen. |
| E'lytlösungen | Trisol: Na- , K- , Ca-Lösung vorhanden, wenig |
| Amiodaron | Vorhanden als Amp. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Pyracetami | Nootropica, mit Wirkung am GABA-Rezeptor ist vorhanden |
| Heparin 5000 | Vorhanden als Amp. |
| Spiroolacton | Nicht vorhanden |
| Chlorpromazin | Vorhanden als Amp. |
| Pentoxiphyllin | Vorhanden |
| Dexamethason | Vorhanden, viel davon |
| Carbazepin | Wenige Pck als Amp. Vorhanden |
| Lidocain 2% | Wenig aber vorhanden |
| Novocain | Vorhanden, wenig |
| Nifedipin | Vorhanden als Tbl |
| Barboval (Phenobarbital) | Vorhanden |
| Salbutamol | Nur 1 Spray vorhanden |
| Atropin | Vorhanden |
| Naloxon | 1 Amp. Vorhanden |
| Natriumbicarbonat | Vorhanden, wenig |
| | |

