



**Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Ruhr-Universität Bochum – St. Josef-Hospital**

Direktor: Prof. Dr. med. Eggert Stockfleth
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. Markus Stücker
Direktor für Forschung & Lehre: Prof. Dr. med. Norbert H. Brockmeyer
Ltd. Arzt Abt. ästhetisch operative Medizin
und kosmetische Dermatologie: Dr. med. Klaus Hoffmann

Katholisches Klinikum Bochum
St. Josef-Hospital
Universitätsklinikum

UKRUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

Allgemeine u. operative Dermatologie • Allergologie • Ästhetische Medizin • Angiologie • Berufsdermatologie •
Dermatohistopathologie Hauttumorzentrum • HIV / STI - Ambulanz • Lymphologie • Pädiatrische Dermatologie • Phlebologie •
Photodermatologie • Proktologie Umweltmedizin • Venerologie • Zentrum für Lasermedizin • Zentrum für Rheumatologie &
Autoimmunerkrankungen • Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin

WIR - Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin
Bleichstr.15, 44787 Bochum

Am St. Elisabeth-Hospital
(Post: Bleichstr. 15)
Große Beckstr. 12; 44787 Bochum

Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer
Abteilungsleiter: Interdisziplinäre
Immunologische Ambulanz

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/1705

A14, A01



Tel.: 0049 - 234 - 509 8921, 8923
Fax: 0049 - 234 - 509 8922, 8924
n.brockmeyer@klinikum-bochum.de
www.wir-ruhr.de; wir@klinikum-bochum.de

Bochum, 02.08.2019

Fragenkatalog zur schriftlichen Anhörung zur Vorlage 17/1106 – Hepatitis C

Zu 1.

Schätzungen zufolge liegt die Prävalenz von Hepatitis C im Strafvollzug in Deutschland bei 14,3 bis 17,6 Prozent (= 26 – 32 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung). Gleichzeitig korreliert diese Prävalenz mit derjenigen des intravenösen Drogenkonsums in den Justizvollzugsanstalten, der schätzungsweise bei 21,9 bis 29,6 Prozent liegt (= 73 – 98 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung; https://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/front_content.php?idcat=2496).

Es liegen unseres Wissens keine nach den einzelnen Bundesländern aufgeschlüsselte Daten vor, doch ist die HCV-Prävalenz im Setting Haft in Deutschland im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erschreckend hoch – dies zumal eingedenk der Tatsache, dass Präventions- und Behandlungsoptionen verfügbar sind, die auch unter Haftbedingungen Anwendung finden könnten.

Zu 2.

In der Gesamtbevölkerung in Deutschland herrscht eine HCV-Prävalenz von 0,3 %.¹ Es ist davon auszugehen, dass die HCV-Prävalenz in der deutschen Gesamtbevölkerung deutlich höher liegt, als Untersuchungen es belegen, da Milieus und Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko wie etwa

¹ Im Vergleich dazu die HCV-Prävalenz in den USA (geschätzt ca. 1 % in der Gesamtbevölkerung; davon entfallen >60 % der Fälle auf IVD: <https://www.hepatitisc.uw.edu/pdf/screening-diagnosis/epidemiology-us/core-concept/all;HCV>), und in Europa (je nach Studie variieren die angegebenen Zahlen in der Gesamtbevölkerung zwischen 0,1 % und 5,2 % (mit deutlich höheren Inzidenzen in Süd- und Osteuropa und niedrigeren Inzidenzen in Nordeuropa); hinsichtlich des jeweiligen Übertragungswegs und des Stellenwerts intravenösen Drogenkonsums ergeben sich in den einzelnen Ländern jedoch signifikante Abweichungen; es wird hierbei in einzelnen Staaten von Raten im Bereich zwischen 15 % und 84 % ausgegangen, die auf IVD entfallen: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2953/TDXD16002ENN_final_web.pdf).

intravenös Drogengebrauchende, Haftinsass*innen und Migrant*innen² aus Gebieten mit erhöhter HCV-Prävalenz in Erhebungen mit hoher Wahrscheinlichkeit unterrepräsentiert beziehungsweise nicht vertreten sind. Insgesamt ist also davon auszugehen, dass die Dunkelziffer der HCV-Infektionen in Deutschland – auch aufgrund der immer noch zu niedrigen Prozentuale von Infizierten, die von ihrer Infektion wissen – auch in der Allgemeinbevölkerung signifikant hoch ist (<https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/hepatitis/article/968606/hepatitis-c-keine-klaren-daten-hcv-praevalenz.html>).

Es ist davon auszugehen, dass zwischen der Zahl der nicht festgestellten HCV-Infektionen in der Allgemeinbevölkerung und derjenigen bei Inhaftierten aufgrund der Potenzierung des Infektionsrisikos im Setting Haft eine große Lücke klafft, die umso größer wird, wenn unter Haftbedingungen keine regelmäßigen Screeningangebote vorgehalten werden.

Allerdings belegt diese Problematik der mangelnden Daten, dass zur Inzidenzverringern von HCV-Infektionen dringend vermehrt in Arztpraxen und Klinik auf HCV getestet werden muss.

Zu 3.

Bei etwa 75% der Betroffenen verläuft die Infektion ohne auffällige klinische Symptomatik oder geht mit nur unspezifischen, z.B. grippeähnlichen Symptomen, einher. Etwa 25% der Infizierten entwickeln eine meist milde ausgeprägte Hepatitis mit oft nur mäßig erhöhten Transaminasenwerten und Ikterus („Gelbsucht“). Fulminante Verläufe sind sehr selten. Bei 15-40% der Personen heilt die akute Infektion spontan aus, ohne dass es zu einer Chronifizierung kommt. Etwa 60-85% der Infektionen gehen in eine chronische Form über (länger als 6 Monate fortbestehende Infektion mit HCV), die klinisch häufig uncharakteristisch und mild verläuft und durch Müdigkeit, unspezifische Oberbauchbeschwerden, Leistungsinsuffizienz, z.T. auch Juckreiz und Gelenkbeschwerden, gekennzeichnet ist. Eine spontane Viruselimination und Ausheilung tritt bei Patienten mit chronischer Hepatitis selten auf.

Etwa 16-20% der Personen mit chronischer Hepatitis C entwickeln nach 20 Jahren als Spätfolge eine Zirrhose mit zunehmendem Funktionsverlust der Leber. Die Progression zur Zirrhose kann jedoch sehr unterschiedlich verlaufen und wird von unterschiedlichen Faktoren, darunter dem Alter bei Infektion, Geschlecht, Alkoholkonsum, Adipositas, einer Koinfektion mit HIV oder HBV, immunsuppressiver Therapie und genetischen Faktoren beeinflusst. Patienten mit HCV-induzierter Zirrhose haben ein hohes Risiko, ein Leberzellkarzinom zu entwickeln. Ein begleitender Alkoholkonsum bei chronischer Hepatitis C erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Leberzellkarzinoms überproportional.

Bei einer chronischen HCV-Infektion können auch extrahepatische Manifestationen auftreten. Studien zeigten häufige Zusammenhänge von HCV-Infektion mit Diabetes mellitus, gemischter Kryoglobulinämie, Lichen ruber planus, Lymphomen, chronischer bzw. terminaler Niereninsuffizienz, Depressionen und Sjögren-Syndrom. Außerdem scheint auch das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und insbesondere Schlaganfall unabhängig vom Vorhandensein eines Diabetes mellitus bei Patienten mit HCV-Infektion erhöht.

Gekürzt nach den Angaben im *Epidemiologischen Bulletin* des RKI: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisC.html#doc2389942bodyText7

Zu 4.

Die Übertragung von Hepatitis C erfolgt primär über kontaminiertes Blut. Der gängigste Übertragungsweg ist hierbei das Teilen/Wiederbenutzen von Spritzbesteck bei IVD (derzeit sind 78% der gemeldeten Neuinfektionen mit bekanntem Übertragungsweg auf i.v. Drogengebrauch zurückzuführen), außerdem Geschlechtsverkehr (erhöhtes HCV-Übertragungsrisiko bei MSM aufgrund des erhöhten (Mikro-) Verletzungsrisikos bei Analverkehr) sowie das Piercen oder Tätowieren mit unsterilem/gemeinschaftlich genutztem Werkzeug.

² Die Prävalenz bei Migrant*innen ist mit 1,2 - 6,3% höher als bei der Allgemeinbevölkerung in Deutschland (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisC.html); https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/hepatitis_c.pdf?__blob=publicationFile).

Unter Haftbedingungen besteht ein massiv erhöhtes Risiko einer HCV-Infektion sowie einer Ansteckung mit HCV einerseits durch die hohe Prävalenz von i.v. Drogengebrauchenden (21,9%, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-012l_S3_Hepatitis-C-Virus_HCV-Infektion_2018-07.pdf), die sog. Needle-Sharing betreiben oder anderes unsteriles Konsumzubehör teilen, und andererseits durch die gleichzeitige Unterversorgung mit sterilen Spritzbestecken/Spritzentausch und dem mangelnden Zugang zu entsprechenden Hygienemaßnahmen, die deutschlandweit nur noch in einer Einrichtung bereitgestellt werden (https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/2_Initiativen/DRUCK-Studie_Abschlussbericht.pdf). In Männerstrafanstalten stellt zusätzlich der ungeschützte Geschlechtsverkehr zwischen Männern – insbesondere in Ermangelung bereitgestellter Kondome – ein gewichtiges Übertragungsrisiko dar. Auch das Piercen und Tätowieren mit behelfsmäßigen und unter hygienischen Gesichtspunkten fahrlässigen und überaus extrem risikoreichen Werkzeugen stellt einen Übertragungsweg dar. Die Inhaftierungssituation ist per se bereits ein unabhängiger Risikofaktor für eine HCV-Infektion! (https://lp.thieme.de/emag/CP/Praxis_Report_HCV/).

Prävention

Zu 5.

Der Hauptübertragungsweg für Hepatitis C ist derjenige über kontaminiertes Blut, d.h. bei der (gemeinsamen) Verwendung von unsterilem Spritzbesteck, dem Piercen oder Tätowieren mit kontaminiertem Werkzeug oder aber tendenziell verletzungsreicheren Sexualpraktiken (insbesondere Analsex).

Unter Strafvollzug ist aufgrund der generell prekären und in NRW regelhaft nicht zur Verfügung gestellten sterilen Spritzutensilien eine besonders hohe Ansteckungsinzidenz gegeben, durch die der **Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck** entgegenzuwirken wäre.

Außerdem sinnvoll wären die Bereitstellung von Kondomen und Gleitgel, ebenso wie umfassende Aufklärung zu Safer Use-Möglichkeiten (bislang über die Aidshilfe →Institutionalisierung?!) sowie zu Safer Sex.

Zu 6.

Die (niederschwellige, anonyme und im Idealfall kostenfreie) Bereitstellung von sterilem Spritzbesteck sowie Kondomen (und Gleitgel) im Strafvollzug ist sinnvoll und im Rahmen eines an die intramurale Realitäten adaptierten Risikomanagements unbedingt erforderlich, um den in diesem besonders vulnerablen Milieu signifikant erhöhten HCV-Infektionsrisiken Rechnung zu tragen.

Die Bereitstellung der entsprechenden Utensilien ist in der Leitlinie eindeutig als Empfehlung festgehalten (s. dort „Empfehlung 2.5“!)

Screening

Zu 7.

Eine bundesweite Auswertung der Daten zur Gesundheitsversorgung im Justizvollzug in Deutschland liegt nicht vor. Im Jahr 2008 wurde in 11 von 16 Bundesländern über freiwillige HCV-Testangebote in JVA's berichtet. Aus nicht sicher ermittelbaren Gründen sei jedoch die Zahl der tatsächlich durchgeführten Screenings insgesamt niedrig, etwa weitaus niedriger als die Testung auf HIV. In 3 Bundesländern fand ein HCV-Screening aller Personen bei Aufnahme in das Gefängnis statt. (https://lp.thieme.de/emag/CP/Praxis_Report_HCV/).

Die Datenlage ist insgesamt vage, vgl. etwa die bereits 10 Jahre alte Untersuchung von Schulte et al. zur Substitutionsbehandlung und HCV-/HIV-Infektionen in deutschen Justizvollzugsanstalten: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1080/17449200802692144/full/pdf>.

Auch dies impliziert wieder: Testungen auf breiter Basis der Allgemeinbevölkerung - Test and treat – um der zunehmenden HCV-Prävalenz zu begegnen.

Zu 8.

Nach Angaben des Landesarbeitskreises Drogen/Haft werden rund 40% der opiatabhängigen Inhaftierten in NRW substituiert. Gibt es Erkenntnisse, ob diese konsequent gescreent und einer HCV-Therapie zugeführt werden?

k.A.

Zu 9.

Bei einem Zwangsscreening würden die Insass*innen neben der Verletzung ihrer in Haft ohnehin schon sehr reduzierten Selbstbestimmung zu Recht auch befürchten müssen, bei HCV-Positivität aufgrund des geänderten Geltungsumfangs der ärztlichen Schweigepflicht im Strafvollzug ‚geoutet‘ zu werden und möglicherweise Diskriminierungen ausgesetzt zu sein (vgl. dazu etwa <https://www.hivandmore.de/archiv/2013-4/hiv-hepatitis-und-haft.shtml>). An dieser Stelle können im Sinne einer an Verantwortungsübernahme und sozialer Wiedereingliederung orientierten Strafvollzugspolitik weder der Zwang zur Untersuchung noch die Verbote von Suchtmitteln etc. als zielorientierte Maßnahmen eingeordnet werden.

Stattdessen liegt die einzig praktikable und nachhaltig realitätsorientierte Lösung unseres Erachtens darin, neben einem umfangreichen Beratungs-, Screening-, und Behandlungsangebot für jeden Häftling, vor allen Dingen den Spritzentausch (Bereitstellung steriler Bestecke) -solange bis die Gefängnisse drogenfrei sind-, das Angebot von niederschwellig, anonym und kostenfrei verfügbaren Kondomen (auch Gleitmittel) und hygienisch unbedenkliche Materialien zum Piercen und Tätowieren (Desinfektionsmittel, Akupunkturnadeln) in den Strafvollzugsanstalten vorzuhalten.

Zu 10.

Inhaftierte sollten regelmäßig niedrigschwellig und wertungsfrei auf freiwillige Beratungs-, Screening- und Behandlungsmöglichkeiten im Kontext des Strafvollzugs aufmerksam gemacht werden. Diese sollten durch medizinisches Fachpersonal (hier herrscht ein Notstand, der die ohnehin in Haft nicht gegebene freie Arztwahl noch ungünstig verschärft und patientenseitig auch die Compliance/ Adhärenz erschwert!) und durch psychosoziale Dienste (Sozialarbeiter*innen, Drogenberater*innen, NGOs wie z.B. Aidshilfen, Seelsorger*innen) durchgeführt werden. Es muss hierbei sichergestellt sein, dass HCV-infizierte Inhaftierte keiner Willkür oder Benachteiligung ausgesetzt sind, was ihren Therapiezugang angeht, und zwar insbesondere dann, wenn ein aktiver i.v. Drogenkonsum besteht. In diesem Kontext sollte auch geprüft werden, ob eine Opiat-Substitutionstherapie (OST) angeboten werden kann.

Inhaftierte sollten zudem über ihre Rechte auf eine äquivalente intramurale Behandlung aufgeklärt werden. Über die Risiken in Haft und die möglichen Sicherheitsvorkehrungen (sofern dann auch in der jeweiligen Einrichtung angeboten) sollten auch Aushänge bzw. Bildschirmanzeigen etc. Auskunft geben.

Zu 11.

Laut Ihrem Begleitschreiben sind solche Screenings in Justizvollzugseinrichtungen des Landes NRW „jederzeit [...] möglich“. Ob dieses Angebot in den verschiedenen JVAen in NRW tatsächlich vorgehalten wird, ist uns nicht bekannt. Das Screening sollte unbedingt jeder*m Inhaftierten angeboten werden, aber nicht zum Zwang erhoben werden (s. Frage 10).

Therapie

Zu 12.

Wenn Sie in Ihrem Begleitschreiben erwähnen, dass im Jahr 2018 in NRW lediglich bei 27 Patienten von schätzungsweise 2.700 HCV-Infizierten die Indikation für eine HCV-Therapie gestellt wurde, dann dürfte daraus ersichtlich werden, dass die Zahl der tatsächlich stattfindenden Therapien in einem krassen Missverhältnis zur Zahl der HCV-Infektionen in nordrhein-westfälischen Justizvollzugseinrichtungen steht. Dies ist zum Einen auf die bereits beschriebenen nicht wahrgenommenen Untersuchungsangebote von eventuell oder gesichert HCV-positiven Inhaftierten zurückzuführen, die folglich auch keine Therapie erhalten.

Das Schreiben lässt allerdings auch die Vermutung aufkommen, dass Therapien zu einem beträchtlichen Teil nicht angeboten und durchgeführt werden, weil Gründe in der jeweiligen Person (v.a. bei Drogenabusus) gefunden werden, die in Anlehnung an die Leitlinie als Kontraindikation interpretiert

werden, obschon sie nicht zwangsläufig eine Kontraindikation darstellen. Hier wäre zu prüfen, ob nicht auch monetäre Faktoren (knappe Gesundheitsetats in den JVAen bei gleichzeitig sehr hohen Kosten der HCV-Therapie) die Indikationsstellung mit beeinflussen.

Zu 13.

Definitiv **nicht umgesetzt** wird in NRW die in der Leitlinie ausgesprochene starke und unseres Erachtens essentielle Empfehlung: **„Intravenös Drogenkonsumierenden sollte der Zugang zu sterilen Konsumutensilien, zur Drogenberatung und zur Drogenbehandlung ermöglicht werden (II / B)“**, -solange bis der an späterer Stelle noch um folgenden expliziten Hinweis auf den Justizvollzug erweitert wird: **„Alle Maßnahmen (Prävention, Testung, Beratung, Substitutionstherapie, HCV-Therapie und Prävention einer Re-Infektion) sollten auch Drogenkonsumierenden, die inhaftiert sind, zugänglich sein.“** Weiterhin fraglich ist der Umfang der Umsetzung der Empfehlung, **„[...] Drogenkonsumierenden niedrigschwellig den Zugang zu sterilem Konsumutensilien, zur Drogenberatung und zur Drogenbehandlung wie Opioidsubstitutionstherapie zu ermöglichen.“** Während Konsumutensilien in NRW nicht bereitgestellt werden, kann von unserer Seite nur davon ausgegangen werden, dass Angebote der Drogenberatung und -behandlung sowie die Diskussion einer OST individuell in den einzelnen Einrichtungen sowie je nach Patient*in gehandhabt werden.

In der S3-Leitlinie wird ausdrücklich beschrieben, dass eine **OST „aufgrund der engen Patientenbindung eine günstige Voraussetzung für die Durchführung einer antiviralen Therapie“ darstellt.** Es gibt aus unserer Sicht insbesondere im Kontext Haft keine Gegenanzeigen, die der Initiierung einer OST widersprechen, sofern der*die betreffende Inhaftierte die Abhängigkeit offenbart und der Substitution zustimmt. Insbesondere Beispiele aus der Schweiz und auch aus anderen Ländern, belegen den Erfolg und die Kosteneffizienz dieser Maßnahmen.

Wichtig erscheint uns an dieser Stelle der Hinweis darauf, dass es einen fatalen **Zusammenhang zwischen der für die HCV-Therapie geforderten Compliance/Adhärenz** des Patienten/der Patienten (in diesem Fall gleichzeitig dem*der Inhaftierten) **und der gleichzeitig nicht flächendeckend zur Verfügung stehenden OST** gibt (obschon die Zahlen der Substitutionstherapierten in Haft in NRW sich zwischen 2008 und 2017 schon deutlich verbessert haben). Sobald durch die Substitution der Sucht- und Beschaffungsdruck wegfällt, läge auch die Compliance/Adhärenz der Beteiligten signifikant höher. Dadurch würden zum einen die Übertragungsrisiken der i-V. Applikation mit Needle-Sharing minimiert und zum anderen könnten deutlich mehr Inhaftierte Zugang zu einer adäquaten HCV-Therapie erhalten.

Laut aktueller Daten aus der PLUS-Initiative sinkt die HCV-Prävalenz signifikant unter OST; dies stellt ein weiteres Argument für die Etablierung der OST gerade auch im Setting Haft als effektive Maßnahme zur Senkung der HCV-Infektionen dar!

Zu 14.

Seit 2014 wurden mehrere neue, hochwirksame Substanzen zur Behandlung der HCV zugelassen, die die interferonbasierte Therapie abgelöst haben. Aufgrund auch aktuell laufender Neuzulassungen wandeln sich derzeit die Therapieempfehlungen rasch. Hinsichtlich der aktuellen Diagnostik- und Therapieempfehlungen siehe untenstehend entsprechende Tabelle, die sich weitestgehend an der aktuellen S3-Leitlinie und deren Ergänzung aus dem Jahr 2018 orientiert.

Die Dauer der antiviralen Therapie und die jeweils zur Verfügung stehenden Präparate richten sich nach dem jeweiligen Genotyp und danach, ob bereits eine Zirrhose vorliegt/vorlag. Die Therapie ist hochwirksam (mit einer Heilungsrate bis zu 100 %) und deutlich besser verträglich als die vormals gängige interferonbasierte Therapie, was dazu führt, dass die Compliance/ Adhärenz durch weniger Therapieabbrüche auch bei Drogennutzer*innen sehr hoch ist (Eigene Daten aus dem WIR).

In der Konsequenz möchten wir an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die im Begleitschreiben vorgebrachte Argumentation (schlechte Compliance/Adhärenz bei frischer Inhaftierung oder aktiver Drogen-/Alkoholkonsum als Therapieausschlusskriterien wegen Einnahmefehlern und infolgedessen Resistenzbildungen) durch die neuen Therapieoptionen neu perspektiviert werden müssen. An dieser Stelle möchten wir erneut unseren (in Übereinstimmung mit der S3-Leitlinie) bereits oben angeführten Punkt stark machen, demzufolge die Bereitstellung der OST die Compliance/ Adhärenz signifikant erhöhen würde.

Preisübersicht verfügbare HCV-DAA
(Rabattverträge nicht berücksichtigt, Stand August 2018)

Apothekenverkaufspreis (AVP) in €	4 Wochen	8 Wochen	12 Wochen
Epclusa®	9.996,65		29.989,95
Harvoni®	14.995,00	29.990,00	44.985,00
Maviret®	14.995,00	29.990,00	44.985,00
Sovaldi®	16.808,56		50.425,68
Vosevi®	20.036,23		60.108,6
Zepatier®	8.666,67		26.001,00

(Quelle: https://www.hepatitisandmore.de/hepatitis_c/medikamente/preis_uebersicht.shtml)

Preise teils schon wieder gesenkt und beinhalten keine Rabattverträge.

Nicht zuletzt aufgrund der hohen Kosten für die Therapie der HCV-Infektion müssen alle Bemühungen dahin gehen, die Zahl der Neuinfektionen so niedrig wie möglich zu halten. Die Kosten für die Präventionsmaßnahmen, insbesondere für die Bereitstellung von sterilen Spritzen und Nadeln, Kondomen und Gleitgel, aber auch für die OST, liegen um ein Vielfaches unter denjenigen Kosten, die durch einen Therapiebedarf – oder aber die in einer Vielzahl der Fälle eintretende Rückfälligkeit in die Kriminalität mit anschließender Reinhaftierung (das Risiko hierfür ist signifikant erhöht bei persistierender Opiatabhängigkeit, was im Sinne der Resozialisation abermals ein Argument für die OST in Haft darstellt) – entstehen.

Erkrankung	Bei...	Therapieindikation	Therapie	Diagnose
Hepatitis C <i>Zur Therapie der Hepatitis C wird auf entsprechende Leitlinien (s.u.) verwiesen, eine Behandlung in einem spezialisierten Zentrum ist empfehlenswert.</i> <i>HIV-koinfizierte Patient*innen werden wie HCV-monoinfizierte behandelt.</i>	Erwachsenen mit akuter Hep C Definition: ≤6 Monate erworbene HCV-Infektion Chronifizierung in 50-85 %	<ul style="list-style-type: none"> Positive HCV-PCR mit negativem HCV-Ak-Test oder negativer HCV-PCR innerhalb der vorangegangenen 6 Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> Sofosbuvir/Ledipasvir für 6-12 Wochen² (off-label) 	<ul style="list-style-type: none"> HCV-Serologie: Anti-HCV (Material: Serum) – <i>kann noch negativ sein</i> HCV-NAAT (Material: Serum) HCV-NAAT quantitativ (Material: Serum) HCV-Genotyp (Material: Serum)
	Erwachsenen mit chronischer Hep C Definition: HCV-PCR pos. > 6 Monate	<ul style="list-style-type: none"> Jede chron. Hepatitis C-Infektion unabhängig vom Leberfibrosestadium Dauerhaftes Therapieansprechen (SVR): HCV-PCR neg. 8 oder 12 Wochen nach Therapieende <p><u>Medikamentendosierungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sofosbuvir (SOF) 1 x tgl. 400 mg p.o. Ledipasvir (LDV) 1 x tgl. 90 mg p.o. Velpatasvir (VEL) 1 x tgl. 100 mg p.o. Glecaprevir (GLE) 1 x tgl. 300 mg p.o. Pibrentasvir (PIB) 1 x tgl. 120 mg p.o. Grazoprevir (GRZ) 1 x tgl. 100 mg Elbasvir (EBR) 1 x tgl. 50mg Voxilaprevir (VOX) 1 x tgl. 100 mg 	<p><u>Für Auswahl und Dauer der DAA⁵-Therapie entsprechend dem HCV-Genotyp, dem Zirrhosegrad und möglicher Vorbehandlungen sowie verfügbarer Kombinationspräparate s. bitte entsprechende Leitlinien.</u></p> <p><u>Ohne Zirrhose:</u> Alle Genotypen: SOF/VEL (für 12 Wo.) GLE/PIB (für 8 Wo.)</p> <p>Alternativen für <u>Genotyp 1a</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> EBR/GRZ (für 12 Wo.) LDV/SOF (für 8-12 Wo.) <p>Alternativen für <u>Genotyp 1b</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> EBR/GRZ (für 8 Wo.) LDV/SOF (für 8-12 Wo.) <p>Alternativen für <u>Genotyp 4</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> LDV/SOF (für 12 Wo.) EBR/GRZ (für 12 Wo.) <p>Alternativen für <u>Genotyp 5 und 6</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> LDV/SOF (für 12 Wo.) <p><u>Bei kompensierter Zirrhose:</u> Therapiedauer immer 12 Wo. (Ausnahme: therapieerfahrener Genotyp 3, hier 16 Wo. bei Gabe von GLE/PIB!)</p>	<ul style="list-style-type: none"> HCV-Serologie: Anti-HCV (Material: Serum) HCV-NAAT (pos. >6 Mon.) (Material: Serum) HCV-NAAT quantitativ (Material: Serum) HCV-Genotyp (Material: Serum) Abdomensonographie incl. Fibroskan HCC-Screening: Ultraschall Leber 2x/Jahr bei Zirrhose Gastroskopie zum Ausschluss Ösophagusvarizen bei Diagnose Leberzirrhose
	Exposition und akutem Nachweis von HCV	<ul style="list-style-type: none"> Frühtherapie/PEP mit DAA (off-label) 		

Zu 15.

Ein strukturelles Problem dürfte unseres Erachtens insbesondere darin liegen, dass durch den fehlenden regulären Krankenversicherungsschutz die hohen Kosten für eine HCV-Therapie über den Gesundheitsetat der JVAen beglichen werden müssen, welcher dem Äquivalenzprinzip unterliegt. Aus diesem Grund werden kostenintensive Behandlungen zum jetzigen Zeitpunkt oftmals nicht übernommen (<https://magazin.hiv/2014/04/08/gesundheit-in-haft-es-hakt-immer-dann-wenns-teuer-wird/>).

Diesem Sachverhalt wäre allerdings durch die oben beschriebenen Maßnahmen zur Senkung von HCV-Infektionen deutlich kostengünstiger und nachhaltiger entgegenzuwirken.

Ein weiteres infrastrukturelles Problem liegt sicherlich darin, dass die Überleitung zur Therapie laut Ihrem Begleitschreiben über das Justizvollzugskrankenhaus in Fröndenberg erfolgt, was eine Erschwerung der Situation bedeutet, da hiermit u.U. lange Wege (ggf. auch mit ressourcenintensiven Sicherheitstransporten) eine enge ärztliche Anbindung erschweren.

Hier sollte über Möglichkeiten von standortnahen Konsilärzt*innen diskutiert werden.

Ein weiteres Feld, das die Patient*innen selbst betrifft und eines sorgfältigen Vorgehens bedarf, ist ein gelungenes **Überleitungsmanagement**, das **insbesondere bei kurzen Haftaufenthalten**, während derer die Therapie u.U. nicht zu Ende geführt werden kann, die Therapieadhärenz unmittelbar nach der Haftentlassung sicherstellt. Generell sollten alle Beratungs- und Behandlungsangebote nachhaltige Aufklärungsarbeit über die HCV-Prävention (safer use, safer sex, OST etc.) auch für die Zeit nach der Haft leisten, insbesondere eingedenk der Reinfektionsmöglichkeiten.

Administrativ liegt eine der Herausforderungen darin, frisch Entlassene unmittelbar im Anschluss an die Entlassung an die Sozialhilfe anzubinden, um den Zugang zur Krankenversicherung und der entsprechenden Gesundheitsversorgung (und damit die Fortführung einer bereits begonnenen Therapie) sicherzustellen.

Zu 16.

Häufig liegt der Straffälligkeit eine multiple Problemlage zugrunde, die im Rahmen des Strafvollzugs ermittelt und für die in der Folge mögliche Bewältigungsstrategien besprochen werden sollten. Für den Therapieerfolg ausschlaggebend sind alle Maßnahmen, die eine gute Compliance/ Adhärenz der Patient*innen unterstützen und diese nachhaltig, d.h. insbesondere während der erwiesenermaßen sehr risikoträchtigen ersten Wochen nach Entlassung, sicherstellen. Dies umfasst vor allem die Aspekte Wohn- und Arbeitssituation und psychosoziale Stabilisierung, damit ehemals Straffällige nicht durch das Raster der Sozialhilfe hindurchfallen, wobei das Risiko durch Rückfallgefahr in die Kriminalität/kriminelle Subkultur insbesondere in den ersten Monaten nach Haftentlassung stark erhöht ist.

Zu 17.

Der Aspekt der **Schnittstellenarbeit** im Kontext der HCV-Therapie betrifft aufgrund der hohen Korrelation zwischen entsprechenden Infektionen und IVD insbesondere die Konstellation Hepatitis C-infizierter Drogenbenutzer*innen. In der Leitlinie wird als zentrales Merkmal einer Therapie bei Suchterkrankungen eine „**langfristige enge interdisziplinäre Anbindung**“ empfohlen. Dies betrifft insbesondere die oben bereits erwähnten Aspekte eines guten Überleitungsmanagements, das im Idealfall bereits interdisziplinär und intersektoral strukturiert sein und alle relevanten Akteur*innen einbinden sollte.

Es muss insbesondere bereits im Justizvollzug eine Beratungs-, Screening- und Therapiestruktur/ -kultur etabliert werden, die den **Standards der gesetzlichen Krankenkassen** entspricht – inklusive eines entsprechenden Finanzierungsmodells (hierzu existieren bereits Überlegungen, die etwa in die Richtung gehen, arbeitende Inhaftierte durch die Entrichtung von Sozialversicherungsabgaben an den Kosten zu

beteiligen und gleichzeitig z.B. auch Rentenpunkte zu erwerben). Dies ist aktuell vielerorts in Deutschland nicht der Fall und stellt einen Missstand dar, der behoben werden muss. Ein Aspekt hierbei ist auch das Problem der naturgemäß fehlenden freien Arztwahl im Gefängnis, das durch einen Mangel an Justizvollzugsmedizinern noch verschärft wird. Auch ein weiterer Grund für die Diskussion über ortsnahe Konsiliarärzt*innen.

Zu 18.

Aus dem Ausland konnten wir Hinweise auf folgende Einrichtungen finden, die mit einem spezifischen Modell der HCV-Prävention erfolgreich sind: Zum einen die Haftanstalt Villeneuve-lès-Maguelone bei Montpellier (FR), die nicht nur allen HCV-positiven Inhaftierten eine unmittelbar einsetzende Therapie anbietet, sondern auch zahlreiche Präventivmaßnahmen zur Verfügung stellt (darunter Kondome, div. Safer use-Utensilien inkl. steriler Spritzen und Nadeln, Naloxon zur Verhinderung von Überdosierungen), und außerdem das Angebot von OST sowie weiterer Maßnahmen vorhält (<https://magazin.hiv/2019/04/29/montpellier-gefaengnis-ohne-hepatitis-c/>).

Das Untersuchungsgefängnis Genf (CH) konnte große Erfolge mit der Bereitstellung der OST als Mittel zur Senkung von HCV-Infektionen erzielen und zeigt in einer Untersuchung auf, wie die Implementierung der OST sich sowohl in Hinblick auf die Gesundheit der Inhaftierten als auch kostenökonomisch signifikant positiv auswirkte (https://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/wolff.pdf).

Frauen

Zu 19.

Frauen im Strafvollzug stellen innerhalb des ohnehin prekären Settings eine besondere vulnerable Kohorte dar. Auf HCV-positive Frauen treffen alle Beeinträchtigungen, die allgemein auf Frauen in Haft zutreffen, ebenfalls zu. Diese Beeinträchtigungen sind in erster Linie auf die Tatsache zurückzuführen, dass Haftenrichtungen in Deutschland in aller Regel auf den männlichen Strafvollzug ausgelegt sind.

Gleichzeitig und verschärfend kommt hinzu, dass weibliche Inhaftierte oftmals einen bereits bei Inhaftierung schlechten Gesundheitszustand aufweisen, was durch eine hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen sowie Suchterkrankungen (oftmals als Spätfolge vorangehender Gewalterfahrungen) zu Buche schlägt. Der Gesundheitszustand verschlechtert sich signifikant bei drogenabhängigen Frauen, die eine Komorbidität aufweisen. Frauen werden aufgrund typischer Deliktstrukturen bei weiblicher Kriminalität deutlich öfter als Männer in offenen Vollzugsmaßnahmen untergebracht. Bei entsprechender Indikation ist insbesondere für Frauen mit HCV-Infektion zu prüfen, ob die Maßnahme im offenen Vollzug durchgeführt werden kann, da in dieser Vollzugsform auch die psychosoziale Stabilität und damit die Compliance/ Adhärenz in einer Therapie deutlich erhöht werden können. Unabhängig davon sollten alle oben erwähnten präventiven Maßnahmen natürlich auch in Frauenhaftanstalten implementiert werden, um die Infektionsrisiken proaktiv möglichst niedrig zu halten (Bereitstellung von Safer use-Materialien¹, Angebot der OST, ggf. auch hier Bereitstellung von Kondomen).

Ein frauenspezifisches Problem stellt auch das Fehlen einer geschlechter- (und kultur-)sensiblen therapeutischen Betreuung dar. JVA-Ärzte, auch Gynäkologen, sind fast immer Männer. Die Bemühungen sollten dahin gehen, die Möglichkeiten einer gleichgeschlechtlichen ärztlichen Betreuung anzubieten.

Gerade in diesem Setting böten sich Gynäkologinnen als Konsiliarärztinnen an.

¹ Die einzige Strafvollzugsanstalt in Deutschland, die aktuell ein Spritzentausch-Angebot vorhält, ist die Frauenanstalt Lichtenberg-Berlin. Hier werden auch vertrauliche Beratungsgespräche durch Mitarbeiter*innen der Berliner Aidshilfe ohne Beisein eines*s Vollzugsbeamten*in angeboten.

Zu Diagnostik und Therapie von STI möchten wir auf die Leitlinie „Sexuell übertragbare Infektionen (STI) - Beratung, Diagnostik, Therapie“ (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/059-006.html>) der DSTIG hinweisen.

Zu 15.

Ein strukturelles Problem dürfte unseres Erachtens insbesondere darin liegen, dass durch den fehlenden regulären Krankenversicherungsschutz die hohen Kosten für eine HCV-Therapie über den Gesundheitsetat der JVAen beglichen werden müssen, welcher dem Äquivalenzprinzip unterliegt. Aus diesem Grund werden kostenintensive Behandlungen zum jetzigen Zeitpunkt oftmals nicht übernommen (<https://magazin.hiv/2014/04/08/gesundheit-in-haft-es-hakt-immer-dann-wenns-teuer-wird/>).

Diesem Sachverhalt wäre allerdings durch die oben beschriebenen Maßnahmen zur Senkung von HCV-Infektionen deutlich kostengünstiger und nachhaltiger entgegenzuwirken.

Ein weiteres infrastrukturelles Problem liegt sicherlich darin, dass die Überleitung zur Therapie laut Ihrem Begleitschreiben über das Justizvollzugskrankenhaus in Fröndenberg erfolgt, was eine Erschwerung der Situation bedeutet, da hiermit u.U. lange Wege (ggf. auch mit ressourcenintensiven Sicherheitstransporten) eine enge ärztliche Anbindung erschweren.

Hier sollte über Möglichkeiten von standortnahen Konsilärzt*innen diskutiert werden.

Ein weiteres Feld, das die Patient*innen selbst betrifft und eines sorgfältigen Vorgehens bedarf, ist ein gelungenes **Überleitungsmanagement**, das **insbesondere bei kurzen Haftaufenthalten**, während derer die Therapie u.U. nicht zu Ende geführt werden kann, die Therapieadhärenz unmittelbar nach der Haftentlassung sicherstellt. Generell sollten alle Beratungs- und Behandlungsangebote nachhaltige Aufklärungsarbeit über die HCV-Prävention (safer use, safer sex, OST etc.) auch für die Zeit nach der Haft leisten, insbesondere eingedenk der Reinfektionsmöglichkeiten.

Administrativ liegt eine der Herausforderungen darin, frisch Entlassene unmittelbar im Anschluss an die Entlassung an die Sozialhilfe anzubinden, um den Zugang zur Krankenversicherung und der entsprechenden Gesundheitsversorgung (und damit die Fortführung einer bereits begonnenen Therapie) sicherzustellen.

Zu 16.

Häufig liegt der Straffälligkeit eine multiple Problemlage zugrunde, die im Rahmen des Strafvollzugs ermittelt und für die in der Folge mögliche Bewältigungsstrategien besprochen werden sollten. Für den Therapieerfolg ausschlaggebend sind alle Maßnahmen, die eine gute Compliance/ Adhärenz der Patient*innen unterstützen und diese nachhaltig, d.h. insbesondere während der erwiesenermaßen sehr risikoträchtigen ersten Wochen nach Entlassung, sicherstellen. Dies umfasst vor allem die Aspekte Wohn- und Arbeitssituation und psychosoziale Stabilisierung, damit ehemals Straffällige nicht durch das Raster der Sozialhilfe hindurchfallen, wobei das Risiko durch Rückfallgefahr in die Kriminalität/kriminelle Subkultur insbesondere in den ersten Monaten nach Haftentlassung stark erhöht ist.

Zu 17.

Der Aspekt der **Schnittstellenarbeit** im Kontext der HCV-Therapie betrifft aufgrund der hohen Korrelation zwischen entsprechenden Infektionen und IVD insbesondere die Konstellation Hepatitis C-infizierter Drogenbenutzer*innen. In der Leitlinie wird als zentrales Merkmal einer Therapie bei Suchterkrankungen eine „**langfristige enge interdisziplinäre Anbindung**“ empfohlen. Dies betrifft insbesondere die oben bereits erwähnten Aspekte eines guten Überleitungsmanagements, das im Idealfall bereits interdisziplinär und intersektoral strukturiert sein und alle relevanten Akteur*innen einbinden sollte.

Es muss insbesondere bereits im Justizvollzug eine Beratungs-, Screening- und Therapiestruktur/ -kultur etabliert werden, die den **Standards der gesetzlichen Krankenkassen** entspricht – inklusive eines entsprechenden Finanzierungsmodells (hierzu existieren bereits Überlegungen, die etwa in die Richtung gehen, arbeitende Inhaftierte durch die Entrichtung von Sozialversicherungsabgaben an den Kosten zu beteiligen und gleichzeitig z.B. auch Rentenpunkte zu erwerben). Dies ist aktuell vielerorts in Deutschland nicht der Fall und stellt einen Missstand dar, der behoben werden muss. Ein Aspekt hierbei ist auch das Problem der naturgemäß fehlenden freien Arztwahl im Gefängnis, das durch einen Mangel an Justizvollzugsmedizinern noch verschärft wird. Auch ein weiterer Grund für die Diskussion über ortsnahe Konsiliarärzt*innen.

Zu 18.

Aus dem Ausland konnten wir Hinweise auf folgende Einrichtungen finden, die mit einem spezifischen Modell der HCV-Prävention erfolgreich sind: Zum einen die Haftanstalt Villeneuve-lès-Maguelone bei Montpellier (FR), die nicht nur allen HCV-positiven Inhaftierten eine unmittelbar einsetzende Therapie anbietet, sondern auch zahlreiche Präventivmaßnahmen zur Verfügung stellt (darunter Kondome, div. Safer use-Utensilien inkl. steriler Spritzen und Nadeln, Naloxon zur Verhinderung von Überdosierungen), und außerdem das Angebot von OST sowie weiterer Maßnahmen vorhält (<https://magazin.hiv/2019/04/29/montpellier-gefaengnis-ohne-hepatitis-c/>).

Das Untersuchungsgefängnis Genf (CH) konnte große Erfolge mit der Bereitstellung der OST als Mittel zur Senkung von HCV-Infektionen erzielen und zeigt in einer Untersuchung auf, wie die Implementierung der OST sich sowohl in Hinblick auf die Gesundheit der Inhaftierten als auch kostenökonomisch signifikant positiv auswirkte (https://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/wolff.pdf).

Frauen

Zu 19.

Frauen im Strafvollzug stellen innerhalb des ohnehin prekären Settings eine besondere vulnerable Kohorte dar. Auf HCV-positive Frauen treffen alle Beeinträchtigungen, die allgemein auf Frauen in Haft zutreffen, ebenfalls zu. Diese Beeinträchtigungen sind in erster Linie auf die Tatsache zurückzuführen, dass Hafteinrichtungen in Deutschland in aller Regel auf den männlichen Strafvollzug ausgelegt sind.

Gleichzeitig und verschärfend kommt hinzu, dass weibliche Inhaftierte oftmals einen bereits bei Inhaftierung schlechten Gesundheitszustand aufweisen, was durch eine hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen sowie Suchterkrankungen (oftmals als Spätfolge vorangehender Gewalterfahrungen) zu Buche schlägt. Der Gesundheitszustand verschlechtert sich signifikant bei drogenabhängigen Frauen, die eine Komorbidität aufweisen. Frauen werden aufgrund typischer Deliktstrukturen bei weiblicher Kriminalität deutlich öfter als Männer in offenen Vollzugsmaßnahmen untergebracht. Bei entsprechender Indikation ist insbesondere für Frauen mit HCV-Infektion zu prüfen, ob die Maßnahme im offenen Vollzug durchgeführt werden kann, da in dieser Vollzugsform auch die psychosoziale Stabilität und damit die Compliance/ Adhärenz in einer Therapie deutlich erhöht werden können. Unabhängig davon sollten alle oben erwähnten präventiven Maßnahmen natürlich auch in Frauenhaftanstalten implementiert werden, um die Infektionsrisiken proaktiv möglichst niedrig zu halten (Bereitstellung von Safer use-Materialien³, Angebot der OST, ggf. auch hier Bereitstellung von Kondomen).

Ein frauenspezifisches Problem stellt auch das Fehlen einer geschlechter- (und kultur-)sensiblen therapeutischen Betreuung dar. JVA-Ärzte, auch Gynäkologen, sind fast immer Männer. Die Bemühungen sollten dahin gehen, die Möglichkeiten einer gleichgeschlechtlichen ärztlichen Betreuung anzubieten.

Gerade in diesem Setting böten sich Gynäkologinnen als Konsiliarärztinnen an.

Zu Diagnostik und Therapie von STI möchten wir auf die Leitlinie „Sexuell übertragbare Infektionen (STI) - Beratung, Diagnostik, Therapie“ (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/059-006.html>) der DSTIG hinweisen.

³ Die einzige Strafvollzugsanstalt in Deutschland, die aktuell ein Spritzentausch-Angebot vorhält, ist die Frauenanstalt Lichtenberg-Berlin. Hier werden auch vertrauliche Beratungsgespräche durch Mitarbeiter*innen der Berliner Aidshilfe ohne Beisein einer*s Vollzugsbeamtin*in angeboten.