

Landtag Nordrhein-Westfalen  
Vorsitzender des Rechtsausschusses  
Dr. Werner Pfeil MdL

Frankfurt, 02.08.2019

LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN 17. WAHLPERIODE  <b>STELLUNGNAHME</b> <b>17/1707</b>  A14, A01
---

## **Sachverständigenstellungnahme zur Hepatitis- C-Therapie im Justizvollzug**

### **Vorlage 17/1106 – A14**

Professor Dr. Heino Stöver  
Frankfurt University of Applied Sciences  
Fachbereich 4 – Gesundheit und Soziales  
Nibelungenplatz 1  
60318 Frankfurt

Die Antworten erfolgen entlang der Nummerierung des Fragenkatalogs zur schriftlichen Anhörung zur Vorlage 1771106 – Hepatitis C.

Zu 1.

In Deutschland liegt die Prävalenz der Hepatitis C bei 0,2-0,4% in der Allgemeinbevölkerung. Die Zahl der HCV-infizierten Menschen im Justizvollzug ist überproportional hoch. Dies ist in allen Haftanstalten Deutschlands und Europas der Fall. Die HCV-Prävalenz unter allen Gefangenen wird mehreren Studien zufolge auf etwa 15% geschätzt (Stöver et al. 2019; Bielen et al. 2018). Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass die Zahl der HCV-infizierten Gefangenen in NRW von der Zahl HCV-Infizierter in Strafanstalten anderer Bundesländer abweicht. Die HCV-Infektionszahl erhöht sich jedoch wesentlich, wenn nur die Zahl der (ehemals) drogenkonsumierenden Gefangenen betrachtet wird – hier liegt die Zahl über 50%, nicht zuletzt, weil viele Gefangene vor und auch während ihrer Haftzeit Drogen intravenös konsumieren.

In Deutschland leben Schätzungen zufolge rund 300.000 Menschen mit Hepatitis C, von denen jedoch sehr viele nicht diagnostiziert sind. Jährlich werden lediglich knapp 5.000 Infektionen neu diagnostiziert und die Behandlungszahlen sinken. Aktuell sind vier von fünf HCV-Neuinfektionen auf den Drogenkonsum zurückzuführen. Hierbei stellt der intravenöse Konsum das größte Risiko dar, aber auch alternative Konsumformen wie der inhalative und nasale Konsum sind durch die gemeinsame Benutzung von Konsumutensilien risikobehaftet (Schäffer/Knorr/Stöver 2019).

Zu 2.

Es ist davon auszugehen, dass eine erhebliche Zahl von HCV-infizierten Gefangenen nichts von ihrer Infektion weiß, weil sie HCV-Testungen noch nicht wahrgenommen haben. Wie hoch exakt die Zahl ist, ist noch nicht festgestellt worden.

Zu 3.

Die Hepatitis C ist eine Leberentzündung, die durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) verursacht und durch Blut (z.B. beim Drogenkonsum) übertragen wird. Wenn sie nicht frühzeitig behandelt wird, verläuft sie häufig chronisch. Die gesundheitlichen Folgen können dann schwerwiegend sein, in manchen Fällen besteht Lebensgefahr. Sie kann zu einer Leberzirrhose und Leberkrebs führen. Die chronische HCV-Infektion ist mit einer statistisch signifikanten Minderung der Lebensqualität assoziiert. Bis zu 35–68% der Patienten leiden unter Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Einschränkung der Leistungsfähigkeit, subklinischen kognitiven Störungen sowie psychomotorischer Verlangsamung (siehe S3-Leitlinie<sup>1</sup>).

Die erste Phase der Krankheit verläuft meistens ohne Beschwerden. Deswegen wird die Hepatitis C häufig erst spät erkannt. In manchen Fällen treten Krankheitszeichen wie bei einer Grippe auf.

Dazu gehören möglicherweise:

---

<sup>1</sup> „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV) –Infektion - AWMF-Register-Nr.: 021/012. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/021-012l\\_S3\\_Hepatitis-C-Virus\\_HCV-Infektion\\_2018-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-012l_S3_Hepatitis-C-Virus_HCV-Infektion_2018-07.pdf) (Zugang: 2.8.19)

- Abgeschlagenheit,
- Appetitlosigkeit,
- Muskel- und Gelenkschmerzen,
- Schmerzen im oberen Bauchraum,
- Übelkeit, Erbrechen und
- Fieber.

In manchen Fällen entwickelt sich eine so genannte Gelbsucht: Augen und Haut färben sich gelb, der Urin wird dunkler, der Kot heller.

Etwa ein Viertel der Infektionen geht von alleine wieder vorbei. Etwa drei Viertel der Infektionen mit HCV verlaufen aber chronisch. Auch dann ruft die Hepatitis zunächst oft keine oder nur wenige Beschwerden hervor.

Im manchen Fällen schädigt die Hepatitis das Lebergewebe besonders stark. Kommt es zu einer Leberzirrhose (Schrumpfleber) kann die Leber ihre Aufgaben immer schlechter erfüllen. Dann steigt das Risiko, dass sich Leberkrebs entwickelt.

Bei unbehandelten Menschen mit HIV verläuft die chronische Hepatitis C in der Regel schneller und es kommt häufiger zu einem Leberversagen. Einige sprechen zudem schlechter auf die Behandlung an.

Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.

Zu 4.

Im Justizvollzug bestehen eindeutig erhöhte Gefahren sich mit dem HC-Virus anzustecken. Zum einen deshalb, weil die HCV v.a. unter (injizierenden) Drogenabhängigen stark verbreitet ist, und diese Gruppe Schätzungen zufolge etwa 30% der gesamten Gefangenenpopulation darstellt. Zum anderen deshalb, weil zentrale Präventionsangebote in Haft nicht verfügbar sind: es gibt keine Spritzenaustauschprogramme in Haft (für den Fall, dass drogenabhängige Gefangene rückfällig werden, was bei einem großen Teil der Gefangenen regelhaft passiert). Und es gibt so gut wie kein Behandlungsangebot: Nur etwa 1% der HCV-infizierten Gefangenen in NRW-Haftanstalten erhält eine anti-virale Therapie (siehe Ministerium der Justiz NRW v. 24.9.18). Damit wird man der zentralen Aufforderung „Treatment as prevention“ nicht gerecht.

Zu 5.

Das Risiko zur Übertragung von HCV über den gemeinsamen Gebrauch von Konsumutensilien ist in vielen Gefängnissen besonders hoch. In Freiheit erprobte und bewährte, effektive und effiziente Präventionsmodelle sind sehr selten in Haft verfügbar: So bietet nur eine von 181 Haftanstalten in Deutschland die Möglichkeit des Spritzenaustausches an. Die HIV/HCV-Prävention ist fast ausschließlich auf verbale Hinweise, Beratung, Informationsbroschüren und andere Appelle zur Verhaltensänderung begrenzt (Lazarus et al. 2018). In NRW ist sogar in den meisten Kommunen ein 24/7-Zugang zu sterilem Spritzbesteck via Automaten gegeben (Meyer/Schmidt 2011). Unter dem Gleichbehandlungsgrundsatz im Strafvollzugsgesetz sollte diese Maßnahme unbedingt auch in Haftanstalten eingeführt werden, um rückfällig gewordenen Gefangenen eine sichere Schutzmöglichkeit zu bieten.

Außerdem sollten leicht zugänglich und kostenlos Kondome zur Verfügung gestellt werden, um jegliche Übertragung über ungeschützten Sexualkontakt zu vermeiden – am besten auch über Automaten, denn diese Zugangsform bietet einen vertraulichen und anonymen Schutz (Stöver et. al. 2019).

Zu 6.

Ich halte (siehe 5.) die Abgabe von sterilen Einwegspritzen für eine sehr sichere, effektive und unabdingbare Strategie der Infektionsprophylaxe in Haft (Stöver 2014). Sie hat sich seit über 30 Jahren in Freiheit bewährt und hat dazu geführt, dass die Zahl der HIV-Infektionen sehr gering geblieben ist, und bei konsequentem Angebot und leichter Verfügbarkeit entfaltet sie auch in Bezug auf HCV enormes Schutzpotential.

Die gesundheitliche Versorgung von Gefangenen ist Aufgabe der Länder. Gefangene sollen den gleichen Standard der Gesundheitsversorgung (d.h. auch Prävention) erhalten, der in der Gesellschaft verfügbar ist. Sie sollen kostenfrei und ohne Diskriminierung aufgrund ihrer Rechtsstellung Zugang zu den notwendigen Gesundheitsleistungen haben.

Die Wirklichkeit sieht leider anders aus. Die gesundheitliche Belastung von Inhaftierten ist besonders hoch – meist schon vor der Haftzeit. Wesentliche gesundheitliche Probleme in Haft sind chronische körperliche Erkrankungen, psychische Störungen, Suchterkrankungen und Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis C.

Zu 7.

In den meisten Bundesländern wird den Gefangenen in der Zugangsuntersuchung eine Blutentnahme zur Testung einer Infektionskrankheit (HIV, HCV) angeboten. Das Problem ist, dass zu diesem Zeitpunkt einige Gefangene nicht in eine Blutentnahme einwilligen, entweder, weil sie verunsichert sind, welche Folgen ein positives Ergebnis für ihre Haftzeit haben könnte, oder dass sie allgemein überfordert oder auch uninformiert sind, und die Vorteile einer Testung nicht abschätzen können. Deshalb raten Expert\*innen dazu, Testangebote über die gesamte Haftzeit wiederholt anzubieten, und zwar von verschiedenen Stellen (Anstaltsmediziner\*innen, Krankenpflege, „peers“, externe Dienste etc.). Es muss dem Gefangenen klargemacht werden, dass die Testung, gerade wenn sie zu einem positiven Ergebnis führt, von enormer Wichtigkeit sein kann für die Eliminierung des Virus. Leider bleibt es oft bei einem einmaligen Angebot bei der Zugangsuntersuchung.

Aber auch von den Gefangenen, die sich testen lassen, und ggf. ein positives Testergebnis erhalten, wird nur bei einem verschwindend geringen Teil eine HCV-Behandlung eingeleitet (1%). Unter Gefangenen spricht sich das herum, und viele Gefangene sehen dann den Vorteil einer Blutentnahme nicht mehr ein.

Zu 8.

Dazu liegen mir keine Erkenntnisse vor.

Zu 9.

Ein Zwangsscreening verbietet sich ethisch, und auch unter dem Aspekt der Gleichbehandlung von Menschen in Gefangenschaft und in Freiheit. Es kommt darauf an,

Gefangene davon zu überzeugen, dass sie von einer (positiv-)Testung gesundheitlich enorm profitieren können (wenn sie denn einer HCV-Behandlung zugeführt werden würden). Die neuen DAA-Medikamente eliminieren das HCV-Virus zu 98-100%. Dieses Potential ist den Gefangenen oft nicht bewusst, viele Gefangene sind darüber nicht unterrichtet worden. Dazu kommt, dass noch viele Gefangene eine HCV-Behandlung unter Interferon kennen, und von erheblichen Nebenwirkungen (Depressionen etc.) berichten.

Also gilt es in zweifacher Weise vorzugehen: zum einen zielgruppenspezifische und lebensweltnahe Testangebote (wiederholt unterbreitet) mit einer vertrauensvollen Aufklärung und Beratung verbunden (am besten durch mehrere Institutionen/Personen, aber v.a. unter Einbezug externer Kräfte und mit Hilfe von „peers“, die sich ggf. bereits einer Behandlung unterzogen haben), und zum anderen Erhöhung der HCV-Behandlungszahlen. Dies wiederum muss in einer Art und Weise geschehen, die nicht abschreckend auf Gefangene wirkt. Der Transport in das JVK Fröndenberg ist für viele Gefangene mit mehrtägiger Abwesenheit, und damit Unsicherheit verbunden. Besser wäre eine „one-stop-shop“ – Lösung – alles unter einem Dach in der jeweiligen Haftanstalt: eine HCV-Behandlung ist nun wirklich kein Hexenwerk mehr, sondern kann – ggf. in enger Abstimmung mit einem/r Gastroenterologen/in – in der Haftanstalt selbst eingeleitet und durchgeführt werden.

Zu 10.

Wie bereits unter 9. ausgeführt ist die Zugangsuntersuchung möglicherweise der schlechteste Zeitpunkt überhaupt. Der/die Gefangene ist überhaupt noch nicht orientiert, und muss sich erst zurecht finden, v.a. welche Folgen eine Positiv-Testung für den Haftverlauf haben könnte (Angst vor Ausschluss von bestimmten – begehrten – Tätigkeiten, etwa Küchenbereich, Angst vor Verletzung des Datenschutzes und Bekanntwerden des Infektionsstatus', Angst vor Stigmatisierung durch andere Gefangene bei Bekanntwerden des Infektionsstatus'). Deshalb müssen Testangebote wiederholt und von verschiedenen Personen/Institutionen vertrauensvoll mit Aufklärungs- und Beratungsanteilen unterbreitet werden.

Zu 11.

Siehe S3-Leitlinie (S. 767): „Bei Drogenkonsumierenden sollte, sofern keine HCV-Infektion bekannt ist, in mindestens jährlichen Intervallen ein HCV-Antikörpertest durchgeführt werden (EK).“

Zu 12.

Die vorliegenden Zahlen belegen eine starke Unterversorgung von HCV-positiven Gefangenen mit einer HCV-Therapie: wenn das Ministerium (Ministerium für Justiz NRW 2018, S. 3) darauf hinweist, dass nur jeder hundertste HCV-positive Gefangene eine entsprechende Therapie erhält, dann liegt hier eine massive Unterversorgung vor.

Zu 13.

Die umfassende und detaillierte Beantwortung dieser Frage erfordert mehr Daten seitens des Ministeriums. Klar ist, dass die in den S3-Leitlinien empfohlene zentrale

Präventionsmaßnahme (Vergabe steriler Einwegspritzen) nicht, und die geforderte schnelle Behandlungszuführung nur in sehr wenigen Fällen umgesetzt werden.

Zu 14.

Verweis auf die zu erwartenden Stellungnahmen der Gastroenterologen im Verteiler.

Zu 15.

Nein. Die HCV-Therapie könnte bei sehr viel mehr Gefangenen und schneller eingeleitet werden.

Zu 16.

Ein Überleitungsmanagement zur Fortführung der HCV-Behandlung ist dann erfolgreich, wenn die HCV-Therapie in enger Abstimmung mit einem/r Gastroenterologen/in in Freiheit eingeleitet worden ist – insbesondere in solchen Fällen, in denen eine Behandlung während der Haftzeit nicht zu Ende durchgeführt werden. Eine „Durchbehandlung“ ist auch bei drogenabhängigen Gefangenen, die sich in NRW zumeist auch in einer Opioidsubstitutionsbehandlung während der Haftzeit befinden, durchaus möglich. Klar ist, dass eine Fortführung der Therapie nach Haftentlassung nicht einfach ist aufgrund der hohen Rückfälligkeit und der Entlassung in Heimat-Herkunftsbereiche der Haftentlassenen, in denen keine gute HCV-Therapie-Infrastruktur existiert. Es braucht vorbereitender Kontaktaufnahmen und guter Überleitung. Eine zu kurze Haftzeit, oder eine, in der die HCV-Therapie nicht beendet wird, sollte kein Grund sein, die HCV-Therapie nicht einzuleiten.

Ansonsten sehe ich auch in den Haftanstalten NRWs keine Probleme bei der Umsetzung einer vollumfänglichen HCV-Behandlung von HCV-positiven Menschen. Eine Stärkung der Compliance kann auch durch „peers“ und Menschen aus der medizinischen Abteilung erfolgen – ggf. sogar besser als in Freiheit.

Zu 17.

Wie bereits unter Nr. 16. Ausgeführt: enge Abstimmungen, Kontakt- und Kooperationspflege mit der behandelnden Infrastruktur in Freiheit sind Garantien für eine erfolgreiche HCV-Behandlung. Dazu zählt bei einer Überleitung nach Haftentlassung und Fortführung der HCV-Therapie auch eine rechtzeitige Kontaktaufnahme mit der entsprechenden Krankenkasse, den behandelnden Ärzten und Unterstützungspersonen/-institutionen des Patienten.

Zu 18.

Ja. Australien<sup>2</sup>.

Zu 19.

---

<sup>2</sup> Papaluca, T, Hellard, ME, Thompson, AJV & Lloyd, AR 2019, 'Scale-up of hepatitis C treatment in prisons is key to national elimination (Perspective)', *Medical Journal of Australia*, vol. 210, no. 9, pp. 391-3.e1.

Nein. Mir sind keine geschlechtsspezifischen Besonderheiten bekannt, außer, dass der Anteil von intravenös drogen-/opiodapplizierenden Frauen in den JVA's erheblich höher ist als in den Männerhaftanstalten (deutlich mehr als 50%). D.h., dass insbesondere hier die anfangs genannten Aufklärungs- und Beratungsangebote vor und nach dem THCV-Test gemacht werden müssten.

## Literatur

Rob Bielen, Samya R. Stumo, Rachel Halford, Klára Werling, Tatjana Reic, Heino Stöver, Geert Robaey and Jeffrey V. Lazarus (2018): Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries. In: Harm Reduction Journal 201815:25, <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0230-1> (accepted 17 April 2018) <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0230-1>

Lazarus, J.V.; Safreed-Harmon, K.; Hetherington, K.; Bromberg, D.J.; Ocampo, D-.; Graf, N.; Dichtl, A.; Stöver, H.; Wolff, H. (2018): Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons. In: Epidemiological Reviews Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons; in: Epidemiologic Reviews, mxx019, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx019>; Published: 12 April 2018

Meyer, D., & Schmidt, M. (2011). Spritzenautomaten in Nordrhein-Westfalen. In Schäffer, D. & Stöver, H. (Hg.) (2011). Drogen – HIV/AIDS – Hepatitis - Ein Handbuch. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 195-206.

Ministerium der Justiz Nordrhein-Westfalen: Vorbereitender Vermerk zu TOP 17 der 22. Sitzung des Rechtsausschusses am 26.09.2018 „Hepatitis –C Therapie im Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg“ v. 24.9.18 (AZ 4551-IV.17)

Stöver, H.; Knorr, B. (Hrsg.) (2014): HIV und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen! Oldenburg: BIS-Verlag, Bd. 28 der Schriftenreihe “Gesundheitsförderung im Justizvollzug”.

Stöver, H., Meroueh, F., Marco, A., Keppler, K, Saiz de le Hoya, P, Littlewood, r., Wright, N, Nava, F., Alam, F., Walcher, S., Somaini, L. (2019): Offering HCV treatment to prisoners is an important opportunity: key principles based on policy and practice assessment in Europe In: BMC Public Health 2019 19:30)

[https://link.springer.com/epdf/10.1186/s12889-018-6357-x?author\\_access\\_token=VIJ\\_rD22jQeS5BjJJOc1rG\\_BpE1tBhCbnbw3Buzl2RMUt7bfEjy4ypCM3HSjtbPEi150NyXbWuMWjpl1NikRZLYQKRisGJmW3QBcNRvWOKdlo8WFSqw0CCFY\\_tnlS5LjxkfQOIy0McWGiM\\_KBZc0kQ%3D%3D](https://link.springer.com/epdf/10.1186/s12889-018-6357-x?author_access_token=VIJ_rD22jQeS5BjJJOc1rG_BpE1tBhCbnbw3Buzl2RMUt7bfEjy4ypCM3HSjtbPEi150NyXbWuMWjpl1NikRZLYQKRisGJmW3QBcNRvWOKdlo8WFSqw0CCFY_tnlS5LjxkfQOIy0McWGiM_KBZc0kQ%3D%3D)

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6357-x>

**Frankfurt am Main, 2. August 2019**



**Prof. Dr. Heino Stöver**