Justizvollzugskrankenhaus Nordrhein-Westfalen
Der Leitende Arzt der Abteilung für Innere Medizin

Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg NRW
Postfach 1264, 58718 Fröndenberg

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE
NEUDRUCK
STELLUNGNAHME
17/1703
A14, A01

Aktenzeichen

bei Antwort bitte angeben

Bearbeiter: Dr. Woltmann

Telefon:02373/758-240
Fax: 02373/758-305

STELLUNGNAHME

zur Vorlage 17/1106 – Hepatitis C-Therapie im Justizvollzug

1. Die Zahl der behandlungsbedürftigen Hepatitis-C-infizierten Gefangenen ist nur grob schätzbar, da einerseits ca. 20% die Untersuchung vermeiden und anderseits die Screeninguntersuchung nicht unterscheidet zwischen aktiver und durchgemachter Infektion. Aktuell kann man bei ca. 15900 Inhaftierten von ca. 1500-2000 Hepatitis-C-Antikörper-positiven Gefangenen in NRW ausgehen, wobei der Antikörperstatus keinen Rückschluss auf eine aktive oder durchgemachte Infektion zulässt. Bei ca. 1/3 der infizierten Pat. heilt die Erkrankung spontan aus, so dass man von etwa 1000-1200 aktiv Hepatitis-C-Infizierten ausgehen kann.

   Verlässliche Zahlen für die Gesamtgesellschaft liegen nicht vor, die Prävalenz der Menschen mit positiven Hepatitis-C-Antikörpern liegt nach einer Studie bei 0,3%. Zahlen anderer Bundesländer liegen mir nicht vor.
2. Keine verlässliche Aussage möglich.
3. Dazu zitiere ich aus Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisC):

„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. Fulminante Verläufe sind sehr selten. Bei 15-40% der Personen heilt die akute Infektion spontan aus, ohne dass es zu einer Chronifizierung kommt (32).

…

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 viralen Faktoren, Wirts- und Umweltfaktoren, wie dem Alter bei Infektion, Geschlecht, Alkoholkonsum, Fettleibigkeit, Insulinresistenz, Typ 2 Diabetes, einer Koinfektion mit HIV oder HBV, immunsuppressive Therapie, und genetischen Faktoren beeinflusst (36). Auch verläuft die Progression nicht linear, sondern diese kann je nach Fibrosestadium unterschiedlich sein und mit Zunahme der Fibrose und in höherem Alter schneller voranschreiten. Die Zirrhoserate nach 30 Jahren Infektion mit HCV wird auf 41% geschätzt, also dreimal höher als nach 20 Jahren Infektion (36).

Patienten mit HCV-induzierter Zirrhose haben ein hohes Risiko, ein Leberzellkarzinom zu entwickeln (jährliche Rate 2-4%) (32). Ein begleitender Alkoholkonsum bei chronischer Hepatitis C erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Leberzellkarzinoms überproportional. Die Überlebenszeit nach der Erstdiagnose eines Leberzellkarzinoms liegt meist nur im Bereich von Monaten bis wenigen Jahren, abhängig vom Tumorstadium und der gewählten Therapieform.

Bei einer chronischen HCV-Infektion können auch extrahepatische Manifestationen auftreten. In einer großen Kohortenstudie entwickelten zwei Drittel der Patienten mit einer HCV-Infektion extrahepatische Manifestationen (37). So ist z.B. eine HCV-Infektion in etwa 80% der Fälle die Ursache einer Kryoglobulinämie (38, 39). Bei einer systematischen Analyse von 102 Studien wurden am häufigsten Zusammenhänge von HCV-Infektion mit Diabetes mellitus, gemischter Kryoglobulinämie, Lichen ruber planus, Lymphomen, chronischer bzw. terminaler Niereninsuffizienz, Depressionen und Sjögren-Syndrom festgestellt. Weiterhin wurden Assoziationen mit einer Porphyria cutanea tarda und mit Arthritiden gefunden (40). Außerdem scheint auch das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und insbesondere Schlaganfall unabhängig vom Vorhandensein eines Diabetes mellitus bei Patienten mit HCV-Infektion erhöht (41).“

Es ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Gefängnismedizin die befürchteten Spätschäden (Leberzirrhose, Karzinom) im Vergleich zu den anderen Gefährdungen der Patienten (akute Drogenzwischenfälle, Kriminalität, weitere Suchterkrankungen, Herzerkrankungen) eine untergeordnete Rolle spielen im Vergleich zur zivilen Medizin. Die Folgen eines unkontrollierten Alkohol-/Drogenmißbrauchs sind das viel größere Problem und die allermeisten Leberzirrhosen sind beispielsweise alkoholbedingt, die befürchtete Komplikation Leberzellkrebs ist in meinen 8 Jahren erst einmal (fraglich) mit Hepatitis-C assoziiert aufgetreten. Erstaunlicherweise sind auch die aus der zivilen Medizin berichteten Besserungen der Psyche leider nur selten zu beobachten. Auch die extrahepatischen Manifestationen (also beispielsweise Haut-/Gelenk-Nierenveränderungen) sind nur in Einzelfällen bisher zu beobachten, keinesfalls bei 2/3 unserer Patienten.

4. Dazu zitiere ich aus einer der o.a. Veröffentlichung des RKI:

*„Gesichert ist eine Übertragung von HCV auf **parenteralem Weg durch Kontakt mit kontaminiertem Blut**. Nosokomiale*

Übertragungen, v.a. durch unsichere medizinische Injektionen, und Übertragungen im Rahmen von injizierendem Drogenkonsum sind weltweit die Hauptursachen für neue HCV-Infektionen. Je nach Land handelt es sich um eine Epidemie in der Allgemeinbevölkerung, oder in bestimmten Populationen, wie in Deutschland, wo HCV hyperendemisch in der Gruppe von ehemaligen oder aktuell injizierenden Drogengebrauchenden ist.

Personen, die Drogen injizieren, sind bei gemeinsamer Verwendung von Injektionsutensilien besonders gefährdet. Da HCV in der Umwelt stabil ist (auch auf Flächen) (17), ist nicht nur das Teilen von Spritzen und Kanülen risikobehaftet, sondern können die gemeinsame Benutzung von Filtern, Löffeln, Pfännchen, Stauschlauch und eines Wassergefäßes bei der Vorbereitung der Drogeninjektion ebenfalls Risiken darstellen (18). Auch intranasaler Drogenkonsum geht bei gemeinsamer Verwendung von Sniefröhrchen mit einem erhöhten HCV-Infektionsrisiko einher (19).

HCV-Übertragungen auf Patientinnen und Patienten im Rahmen diagnostischer oder chirurgischer Eingriffe sind in Deutschland eher selten. Seit Einführung der diagnostischen Testung aller Blutprodukte auf HCV im Jahr 1991 ist die Übertragung durch Blutkomponenten in Deutschland kein relevanter Übertragungsweg mehr.

Je nach Viruskonzentration im Blut kann HCV auch in ***anderen Körperflüssigkeiten****, wie Speichel, Schweiß, Tränen und Sperma, nachweisbar sein. Eine Ansteckung durch diese Körperflüssigkeiten ist jedoch sehr unwahrscheinlich. Übertragungen durch Niesen, Husten, über Nahrungsmittel und Trinkwasser oder durch Alltagskontakte ohne Beteiligung von Blut oder Blutspuren sind nicht bekannt. Ebenso ist der Nachweis in Muttermilch in seiner Wertigkeit umstritten…*

Eine ***sexuelle Übertragung von HCV*** *ist grundsätzlich möglich. Die bisher durchgeführten Studien weisen aber darauf hin, dass das Übertragungsrisiko im Allgemeinen gering ist. In bestimmten Betroffenengruppen bzw. bei bestimmten Sexualpraktiken scheint jedoch ein relevantes sexuelles Übertragungsrisiko zu existieren, z.B. bei Männern, die Sex mit Männern haben. Betroffen sind hauptsächlich HIV-positive Personen, die ungeschützten Analverkehr und andere verletzungsträchtige Sexualpraktiken ausüben und damit eine Übertragung über die verletzte Mukosa durch Blut begünstigen (20-22). Bei zugrundeliegender HIV-*

Infektion persistiert eine akute HCV-Infektion häufiger als bei HIV-Negativen, und eine Behandlung der akuten Hepatitis C führt seltener zum Erfolg (23). Auch führt eine HIV-HCV-Koinfektion schneller zur Leberzirrhose und zum Leberzellkarzinom (24). Im Vergleich zur HCV-Monoinfektion ist bei einer HIV-HCV-Koinfektion das Progressionsrisiko zur höhergradigen Leberfibrose zweifach und zum Leberzellkarzinom drei- bis achtfach erhöht (25, 26).

Auch im Stuhl von chronisch HCV-Infizierten konnte HCV nachgewiesen werden, wodurch die Möglichkeit einer Übertragung beim Analverkehr gegeben sein kann (27).

Das Risiko einer ***vertikalen Virustransmission*** *von der Mutter auf das Kind wird für HCV mit 3-10% angegeben und ist von der Viruskonzentration im mütterlichen Blut abhängig. Das Risiko ist während der Entbindung durch Kontakt mit mütterlichem Blut höher. Allerdings ist eine vertikale Virustransmission auch durch die Plazenta möglich.*

Eine Metaanalyse fand bei HIV-negativen Müttern eine Übertragungswahrscheinlichkeit von 5,8% (28). Ein deutlich höheres HCV-Übertragungsrisiko von 10,8% ist bei HIV-koinfizierten Müttern gegeben (28).

Der Nachweis von HCV-RNA in der Muttermilch war in verschiedenen Studien kontrovers, für die Übertragung der Infektion auf das Kind spielt dieser Weg aber keine Rolle. Ein theoretisches Risiko besteht bei einer hohen Viruslast der Mutter und blutenden Wunden an der Mamille wie z.B. bei Rhagaden. Hier kann die Verwendung eines Stillhütchens angezeigt sein.

Beruflich bedingte Infektionen mit HCV *bei medizinischem Personal kommen in Einzelfällen vor und sind in der Regel auf konkrete Unfallereignisse zurückzuführen, beispielsweise auf* ***Stichverletzungen*** *mit HCV-kontaminierten Kanülen oder chirurgischen Instrumenten. Das Risiko, eine HCV-Infektion nach Stichverletzung mit HCV-kontaminierten Nadeln zu entwickeln, ist im Durchschnitt <1% und beträgt bei europäischen Patienten ca. 0,4% (29). Die Übertragungswahrscheinlichkeit ist jedoch von verschiedenen Faktoren abhängig, insbesondere der Höhe der Viruslast im Blut des Indexpatienten, der Größe und Tiefe der Verletzung bei der exponierten Person und der Blutmenge, die übertragen wurde.*

*Derzeit ist nicht bekannt, ob in Deutschland HCV-Infektionen beispielsweise durch Vernachlässigung von Hygieneregeln beim **Tätowieren, Piercing oder Ohrlochstechen** vorkommen. Auch eine Übertragung über gemeinsame Benutzung oder Verwechslung von Rasierklingen, Rasierapparaten, Nagelscheren oder Zahnbürsten ist nicht hinreichend geklärt. In einigen internationalen Studien wurden unsachgemäß durchgeführte Tätowierungen (insbesondere in Haftanstalten) als Risikofaktor für eine HCV-Infektion identifiziert (30, 31).“*

Demzufolge ist der Gebrauch unsauberer Spritzen die größte Ansteckungsgefahr innerhalb der Justiz, wobei unserer Erkenntnis nach auch relativ sicher unprofessionelle Tätowierungen zur Übertragung führen können. Daten dazu liegen aber nicht vor, mir selbst ist in 8 Jahren kein einziger Fall bekannt, der sich innerhalb der Haftzeit angesteckt hat.

5. Durch die Aufklärung über die Ansteckungsmöglichkeiten und entsprechender Bereitstellung von Spritzenutensilien und Kondomen. Auch wäre es eine Überlegung wert, spezielle Tätowierplätze einzurichten, bei denen Gefangene sich selbst unter Bereitstellung steriler Utensilien tätowieren könnten. Diese medizinische Einschätzung muss gegenüber Sicherheitsaspekten abgewogen werden, da schließlich jede Nadel missbräuchlich auch gegen Personal verwendet werden kann.
6. Siehe 4 und 5
7. Tests werden meistens angeboten. Detailangaben liegen mir nicht vor.
8. Nicht nur den Drogenabhängigen, sondern jedem Inhaftierten wird aktiv eine Testung angeboten. Bei positivem Antikörpernachweis erfolgt auf Veranlassung des Anstaltsarztes die Vorstellung in der Hepatitisambulanz des Justizvollzugskrankenhauses (JVK) Fröndenberg, wo ggf. zunächst der Status der Infektion (aktiv? durchgemacht?) geklärt wird und die Therapieindikation gestellt wird.

9. Durch die Einführung alternativer Testverfahren wie z. B. Speicheltests entfiele die Hürde einer Blutabnahme. Zwangsmaßnahmen lehne ich ab.
10. Bei Aufnahme und anlässlich anderweitiger Besuche der med. Ambulanzen. Eine bürokratische Regelung halte ich allerdings für nicht zielführend und sie ist auch zu aufwendig. Sensibilisierung für das Thema ist entscheidend, z. B. durch Suchtberatung, Bereitstellung von Informationsmaterialien, Postern etc..
11. Jederzeit ist eine Testung auf Wunsch möglich. Eine zweite Testung bei Entlassung ist sinnvoll, insbesondere zur Beantwortung der Frage „Ansteckungsraten in Haft“.
12. Es gibt hier keine exakten Zahlen aufgrund der o.a. Sachlage. Es ist darauf hinzuweisen, dass in NRW (im Gegensatz beispielsweise zu Hessen) eine „Bewilligung“ durch eine behördliche Stelle nicht erfolgt, sondern allein die Indikationsstellung des ärztlichen Dienstes der Hepatitisambulanz des JVK ausschlaggebend ist. Aus meiner Sicht dürfte und muss die Zahl der Therapien aber niedriger sein, da nicht immer beeinflussbare Gegebenheiten (Haftart, Haftdauer, Compliance) die Therapiemöglichkeiten einschränken. Auch ist nicht immer klar, ob es sich um frische Infektionen handelt, deren natürlichen Verlauf man noch abwarten kann.
13. Alle Empfehlungen werden umgesetzt bis auf den Zugang zu sterilen Konsumutensilien.
14. Die Behandlung erfolgt durch Einnahmen von Tabletten für eine Dauer zwischen 8-12 Wochen (je nach Art des Virus und der Leberfunktion), die Kosten betragen etwa 30.000 Euro, die Erfolgschancen sind sehr hoch (eigene Statistik 100%). Die Therapie ist exzellent verträglich.
15. Ich sehe keine gravierenden Probleme, da der Zeitdruck einer Behandlung im Gegensatz zu beispielsweise Herzerkrankungen fast immer gering ist, die Therapie ist gut planbar.

16. Wir führen eine Hepatitis-C-Therapie nur dann durch, wenn die Rest-Haftzeit das Ende der Therapie einschließt. In den wenigen Fällen einer dringlichen Therapie bei bevorstehender Entlassung muss immer ein individuelles Übergangsmanagement besprochen werden, welches zwingend die Klärung der weiteren medikamentösen und ärztlichen Versorgung einschließt. Ohne eine derartige Klärung ist ein Therapiebeginn eindeutig abzulehnen.
17. Die Frage wäre eher aus Sicht einer JVA zu beantworten, da unsere Patienten fast immer in die JVA entlassen werden. Aus meiner Sicht wäre ein aktives Aufsuchen des Inhaftierten durch externe weiterbetreuende Stellen bereits in Haft sinnvoll, sofern dies bereits nicht schon passiert. Als hinderlich empfinde ich die Abschottung des justizeigenen Computernetzes, die eine unkomplizierte Versendung med. Unterlagen auf elektronischem Wege nicht zulässt. Auf Dauer ist m. E. eine Öffnung notwendig, wobei natürlich der Datenschutz sensibel betrachtet werden muss. Bei einer (vorsichtigen) Öffnung könnten wichtige Daten viel besser als bei Mitgabe eines Papieres der weiterbehandelnden medizinischen Einrichtung zur Verfügung gestellt werden („elektronische Patientenakte“).
18. Nicht bekannt, durch die Mitarbeit in der länderübergreifenden Arbeitsgruppe Hepatitis-C-Behandlung erscheint mir allerdings NRW im Vergleich zu anderen Bundesländern auf einem sehr guten Weg zu sein.
19. Nicht bekannt.

Dr. med. Woltmann
(ltd. Arzt Innere Abteilung)