

Gefängnis- medizin- Tage 2015

**Substitution im Justizvollzug Deutsch-
lands und die Behandlung von Sucht-
folge- und Suchtbegleit-Erkrankungen
unter Substitution**

3./4. Dezember 2015

Frankfurt - University of Applied Sciences

Dokumentation

Gefängnismedizintage Frankfurt

Substitution im Justizvollzug Deutschlands und die Behandlung von Suchtfolge- und Suchtbegleit- Erkrankungen unter Substitution

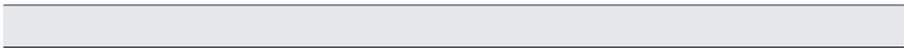
Frankfurt - University of Applied Sciences
3. und 4. Dezember 2015

Herausgegeben von akzept e.V.

www.akzept.org

<http://gesundinhaft.eu/gefaengnismedizintage/>





Inhalt

VORTRÄGE

Medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger in Haft Heino Stöver	5
Substitution im Justiz Vollzug - Fragen, immer nur Fragen ... Karlheinz Keppler	12
Der Blick von außen in die deutschen Haftanstalten Bärbel Knorr, Maria Priebe	19
HIV und Sucht Konrad Isernhagen	25
HCV und Substitution: Aktuelle Behandlungsregime und ein Blick in die Zukunft Ulrich R.M. Bohr	47
Substitution in den Haftanstalten der Schweiz Dr. Maria Pfefferle	64
ARBEITSGRUPPEN - Ergebnisprotokolle	
„Substitution und HIV-/HCV-Behandlung – was läuft wie in den Bundesländern, was ist mit den Kosten?“ Maren Dix-Wetz	69
Umgang mit positiven Urinkontrollen und dem Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen Dr. Marc Lehmann	71
Schnittstellenproblematik - Von Draußen nach Drinnen und von Drinnen nach Draußen: Substitutionsbehandlung, HIV, HCV/- das Beispiel Köln Dr. Michael Lutz-Deitinger	75

Versorgung von Inhaftierten in Deutschland mit Arzneimitteln gegen HIV, Hepatitis C sowie Tuberkulose, Hepatitis B-Impfstoffen und Mitteln zur Behandlung der Opiatabhängigkeit Eine Sekundärdatenanalyse der Apothekenabgabedaten An deutsche Haftanstalten Jana Müller, Christian Kollan, Ruth Zimmermann, Viviane Bremer	78
--	----

ANHANG

Auswertung der Teilnehmer-Rückmeldungen zur Konferenz	90
Referentinnen und Referenten	94
Sponsoren	96
Impressum	104

Medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger in Haft

Heino Stöver

Eine wesentliche Erweiterung des therapeutischen Spektrums in der Behandlung Opioidabhängiger ist durch die **Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (OST)** erreicht worden. Sie kann seit ihrer Einführung erhebliche Reduktion des Konsums illegaler Opioide, Erfolge bei der Verbesserung der gesundheitlichen Lage und bei der sozialen Stabilisierung vorweisen (vgl. *Michels u.a.* 2009: BGBl 52, 111 m. w. N.). Zudem kann OST dazu beitragen, dass die im Gefängnis verfügbaren Gesundheitsdienste stärker in Anspruch genommen werden. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass OST sich auch günstig auf kriminelles Verhalten auswirkt und drogenbedingte Bestrafungen (*Stöver/Stallwitz* 2007), kriminelles Verhalten (*Vorma u.a.* 2013: *AddBeh* 38/7, 2313; *Gordon u.a.* 2008: *JAD* 103/8, 1333) und damit eine erneute Inhaftierung reduziert (*Kastelic u.a.* 2008), ebenso wie die Verstrickung in intramurale Subkulturen (*Husmann* 2010) und die Wahrscheinlichkeit nach der Haftentlassung gegen Bewährungsaufgaben zu verstoßen (*Clark u.a.* 2014). Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass substituierte Inhaftierte weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind, ein geringeres Risiko haben, unmittelbar nach Haftentlassung zu versterben, sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben, v.a. bei OST in Verbindung mit PSB (*Magura u.a.* 1993: *JOD* 23/1, 75), und dort auch länger verweilen sowie unter aufrechterhaltender OST generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen bzw. erst später rückfällig werden als nicht Substituierte (*Kepler u.a.* 2011; *Clark u.a.* 2014: *AddBeh* 39/12; *Gordon u.a.* 2008: *JAD* 103/8, 1333). Zusätzlich zu all diesen Vorteilen verhindert die Fortsetzung einer in Freiheit begonnen OST einen Anstieg von Hepatitis C-Neuinfektionen in Haft (*Hedrich u.a.* 2012: *JAD* 107/3, 501).

Auch die Gefängnisse selbst können von OST profitieren (*Stöver/Michels* 2010). So lassen sich Entzugssymptome von Gefangenen besser kontrollieren, die Arbeitsfähigkeit und Produktivität drogenabhängiger Gefangener werden erhöht und die Ansprechbarkeit der substituierten Häftlinge sowie ihre Integration in den Haftalltag verbessern sich (*Pont u.a.* 2012).

Dies ist nicht zuletzt darum relevant, weil substituierte Inhaftierte meist mehr Verurteilungen und eine längere Geschichte multiplen Drogenkonsums aufweisen als nicht Substituierte (Metz u.a. 2010: HARCP 12/1, 5).

Gemäß Äquivalenzprinzip gelten auch intramural die 2010 überarbeiteten **Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger** (Bundesärztekammer 2010). Entsprechend der Richtlinien ist bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung dafür zu sorgen, dass die Behandlung fortgeführt wird. Darüber hinaus kann eine OST von gegenwärtig abstinenten Opiatabhängigen in beschützender Umgebung wie Krankenhaus oder Gefängnis eingeleitet werden. Sowohl die Fortführung als auch der Beginn einer Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) nach Haftantritt werden somit von der Bundesärztekammer in begründeten Fällen explizit empfohlen. Dies bedeutet, dass die Substitutionsbehandlung vor der Haftentlassung auch als Mortalitäts-/Morbidityprophylaxe für die besonders vulnerable Phase nach Haftentlassung eingesetzt werden kann.

Zu einem **umfassenden Therapiekonzept gehört der Bundesärztekammer zufolge immer auch die Vermittlung in psychosoziale Maßnahmen**. Entsprechend dieser Richtlinie soll eine OST nur dann beendet werden, wenn sie nicht die geeignete Therapieform darstellt oder sie mit einem wiederholten problematischen Konsum anderer Substanzen einhergeht, die die Gesundheit des Konsumenten gefährden. Auch ist ein Abbruch bei wiederholten Regelbrüchen indiziert, unter anderem bei der Androhung oder Ausübung von Gewalt gegenüber Personen in der Behandlungseinrichtung, bei der Weitergabe oder Verkauf des Substitutionsmittels, bei einer Verweigerung von Kontrollmaßnahmen oder keiner Teilnahme an psychosozialen Begleitmaßnahmen. In den ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur OST im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen (Justizministerium NRW/Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 2010) wird der positive Effekt von OST im Vollzug sowohl auf den Krankheitsverlauf der Opioidabhängigkeit als auch auf die Erreichung des Vollzugsziels betont. Darum wird als Ziel genannt, „die Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen“. Diese Behandlungsempfehlungen sollen:

-
- Todesfälle aufgrund einer gesunkenen Toleranz in Haft und nach Haftentlassung verhindern
 - Illegale und subkulturelle Aktivitäten reduzieren
 - Die körperliche und seelische Gesundheit verbessern
 - Dauerhafte Abstinenz fördern.

Ähnlich wie in Freiheit muss der Patient vor Beginn der OST einen Behandlungsvertrag unterschreiben, in dem die Regeln festgelegt werden. Unter anderem wird darin schriftlich festgehalten, wann es zum Abbruch der Behandlung kommt (beispielsweise bei wiederholtem problematischem Beikonsum, Drogenhandel oder bei Gewalt im Zusammenhang mit der OST) und dass ein Abbruch nicht zwangsläufig den dauerhaften Ausschluss aus der OST bedeutet. Die Entscheidung über eine Beendigung der Behandlung trifft der ärztliche Dienst, für den Wiederbeginn gibt es keine festen Bedingungen. Grundsätzlich gilt in Nordrhein-Westfalen, dass bei Aufnahme in eine JVA bei bereits substituierten Patienten die Weiterbehandlung erfolgt und dass die Dauer der Haftstrafe keinen Einfluss auf die Indikation zur Behandlung haben darf. Dennoch wird hier empfohlen, dass bei einer OST in Untersuchungshaft und Strafhaft unter zwei Jahren ein Platz für die Weitersubstitution bekannt sein soll. Spätestens zur Haftentlassung soll ein Platz für die Weiterbehandlung sicher sein.

In einer Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums Baden-Württemberg wird seit 2002 die Substitution im Justizvollzug geregelt. Es sind klare Aussagen enthalten über die grundsätzlichen Ziele der OST sowie Vorgaben über Indikation, Ausschluss, Aufnahme, Durchführung, Dokumentation und Beendigung der OST. Darüber hinaus ist seit Inkrafttreten der überarbeiteten und ergänzten Version der Verwaltungsvorschrift am 15.07.2011 auch die Substitution mit Diamorphin möglich. In Niedersachsen ist die Grundlage für eine OST in Haft ein Erlass aus dem Jahr 2003, der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben bezieht. Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der OST geregelt. Die Indikationsstellung zur OST obliegt, wie alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, dem behandelnden Arzt, der für jeden Einzelfall feststellt, ob diese begründet ist und der beabsichtigte Zweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann. Im Rahmen des Äquivalenzprinzips erfolgt die OST nach den Vorgaben des SGB V und den entsprechenden Richtlinien.

Angesichts der Situation Drogenabhängiger im Justizvollzug scheint es daher dringend geboten, **die Substitutionsbehandlung auch im Justizvollzug und zwar gut verzahnt mit den Behandlungen außerhalb des Vollzuges anzubieten**. Sie kann als medizinisch begründete Behandlungsform nicht abhängig vom Aufenthaltsort der Patienten sein. Abbruchgründe dürfen sich nur aus medizinisch/therapeutischen Überlegungen ergeben, nicht aber aus der Kontroll- und Sanktionspolitik des Vollzugs. Die Substitutionsbehandlung ist also keine besondere Behandlung für Wohlverhalten, kein Beschwichtigungsinstrument für einen „geordneten Vollzug“, sondern eine Krankenbehandlung, die unter den besonderen Bedingungen der Haft den Regeln für Substitution außerhalb der Haftanstalten folgen muss. Ist eine Substitutionsbehandlung indiziert, kann eine Fort- bzw. Durchführung der Therapie eingeklagt werden (seit 1994, *Landgerichte in Dortmund* (StV 1995, 143) und OLG Hamburg StV 2002, 265), wobei das OLG Hamburg teilweise auch die aufgehobene und unveröffentlichte Entscheidung des LG Hamburg wiedergibt (vgl. *Graebisch/Burkhardt* 2007, 52): „Das LG Dortmund wie auch das LG Hamburg hatten den Eilanträgen von Gefangenen stattgegeben, die bereits vor Haftantritt mit Methadon substituiert worden waren und bei denen ein ausschleichendes Absetzen erfolgte (Hamburg) bzw. erfolgen sollte (Dortmund). Den Anträgen der Gefangenen wurde (vorläufig) stattgegeben, weil die hinzugezogenen medizinischen Gutachter Gesundheitsschäden durch die Beendigung der Substitution vorhersagten, denen der Vollzug mit der Weiterbehandlung entgegentreten müsse.“ Allerdings betont das OLG HH ausdrücklich, dass die Substitutionsbehandlung auch eine Maßnahme des Vollzugs und nicht nur eine ärztliche Maßnahme sei. Im § 44 StVollzG NRW wird ausdrücklich betont: "Für suchtkranke Gefangene sind Möglichkeiten der suchtmmedizinischen Behandlung vorzuhalten". Demgemäß wird in den JVAs in Nordrhein-Westfalen auch die höchste Zahl von opioidabhängigen Gefangenen substituiert (ca. 1.300).

Die Fortführung einer in Haft durchgeführten/begonnenen Substitutionsbehandlung nach Entlassung muss rechtzeitig geplant und fest vereinbart werden. Um Übergangsprobleme in der Fortführung der Substitutionsbehandlung zu vermeiden unterstützt die JVA Bremen „eine Fortsetzung der Methadonbehandlung bis zu vier Wochen nach der Entlassung, damit entlassene Gefangene Gelegenheit erhalten, sich einen Arzt zur Weiterbehandlung zu suchen“ (*Bremische Bürgerschaft* 2012: Drucksache 18/674, 5).

Ähnlich hält es auch das Gesundheitsamt Köln für Patienten aus der Haft, die noch keine Zusicherung von einem niedergelassenen Arzt haben oder (noch) nicht krankenversichert sind, diese können in der Ambulanz des Gesundheitsamts versorgt werden. Die JVA entlastet es, wenn die Anschlussversorgung sichergestellt ist und sie sich nicht darum kümmern muss. In die Ambulanz kommen neben den aus der Haft Entlassenen auch beurlaubte Gefangene, die ihr Substitutionsmittel benötigen.

Bundesweit (und auch international, siehe *Hedrich u.a.* 2011: *Addiction* 107, 501) zeigt sich eine äußerst **uneinheitliche Praxis der Substitutionsbehandlung im Vollzug** (*Keppler/Stöver* 1998: *Sucht* 2, 104; *Keppler/Stöver* 2002: *ST* 3, 168; *Keppler u.a.* 2011): es besteht ein Nord-Süd, Ost-West, Stadt-Landgefälle in der Verbreitung der Substitutionsbehandlung. In einigen Ländern ist eine flächendeckende Substitution sichergestellt (z.B. NRW, Bremen und Hessen), in anderen Ländern wird trotz hoher Belegung der Gefängnisse mit Opioid-abhängigen so gut wie gar nicht substituiert (z.B. Bayern mit etwa 3.000 Gefangenen, die als Betäubungsmittelkonsumenten eingestuft sind). In vielen Bundesländern werden in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlungen weitergeführt, oftmals in sehr geringer Anzahl erfolgt der Neubeginn einer Substitutionsbehandlung. Die in Freiheit geforderte Psychosoziale Betreuung erfolgt entweder durch den Sozialdienst oder externe Drogenberatung. Von einer Vielfalt der Medikamente wird in der Regel kein Gebrauch gemacht: DL-Methadon ist das Mittel der Wahl der meisten Anstaltsärzte, L-Polamidon aufgrund des Preises und Buprenorphine aufgrund der schwierigeren Überwachung bzw. des höheren Personalaufwandes der ordnungsgemäßen Einnahme (sublingual) wenig verbreitet. Diamorphin spielt so gut wie keine Rolle und ist bisher nur in Baden-Württemberg sehr vereinzelt zum Einsatz gekommen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass Gefangene nur zu einem geringen Teil vom Fortschritt in der Suchtmedizin profitieren: nur etwa 10% aller in Frage kommenden opioidabhängigen Gefangenen erhalten eine Substitutionsbehandlung (im Gegensatz zu ca. 50% in Freiheit), und in vielen Fällen nicht das Medikament ihrer Wahl, sondern das Medikament, das aus anstaltlichen Interessen (Preis, Kontrollierbarkeit etc.) verabreicht wird. In manchen Bundesländern werden Substitutionsbehandlungen durchgeführt ohne die außerhalb anerkannten Indikationen und Dosierungen zu akzeptieren: So wird in der Regel eine Verschreibung von Substitutionsmedikamenten als durchgehende Behandlung

allenfalls bei Kurzstrafen in wenigen Anstalten angeboten. Bei Drogenentzugsbehandlungen erfolgt sie – oftmals entgegen fachlichen Regeln – in übermäßig schnellen und großen Abdosierungsschritten. Die verbreitete Praxis eines Abbruchs der in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen (ca. 70% der Substituierten) erscheint umso weniger nachvollziehbar, da diese ausdrücklich nach medizinischer Indikation begonnen wurden (vgl. *Stöver 2011: EAR 17/1, 44*), und die Substitutionsbehandlung in Gefängnissen in den Richtlinien der Bundesärztekammer ausdrücklich vorgesehen ist.

Für eine Durchführung der Substitutionsbehandlung im Justizvollzug nach den gleichen Regeln und Standards wie die Substitution im vertragsärztlichen System außerhalb sprechen neben den medizinischen Gründen auch die folgenden Gesichtspunkte: Die Befolgung gleicher Regeln sichert den Arzt gegen Unzufriedenheit des Patienten und gegenüber juristischen Angriffen ab. Zum anderen ist eine problemlose Überleitung nach Haftentlassung in das vertragsärztliche System möglich, was gleichzeitig die Finanzierung sicherstellt (vgl. *Kastelic u.a. 2008*). Eine Vergabe des Originalstoffs (Heroin) ist bislang erst – mit Erfolg – in zwei schweizerischen Gefängnissen erprobt worden (*Kaufmann/Dobler-Mikola 1997, 173 ff.*).

Wie wichtig ein politisches Signal vom zuständigen Justizministerium für die Kontinuität der Substitutionsbehandlung in Haft ist, haben die Behandlungsempfehlungen des Landes Nordrhein-Westfalen gezeigt (2010). Hier wurden das erste Mal in einer umfassenden Form von einer Expertenkommission die Bedeutung der Substitutionsbehandlung benannt und Empfehlungen für eine optimale Behandlung abgegeben: „Eine Substitutionsbehandlung im Vollzug kann den Krankheitsverlauf von Opioidabhängigen positiv beeinflussen und der Erreichung des Vollzugszieles dienlich sein. Wesentliches Anliegen der Arbeitsgruppe ist daher, die Anzahl von Substitutionsbehandlungen zu erhöhen und eine möglichst einheitliche Handhabung im Justizvollzug des Landes Nordrhein-Westfalen sicher zu stellen.“ (*Justizministerium NRW 2010*).

In einer Pressemitteilung zum Weltdrogentag (23.6.2016) hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) die bundesweite Umsetzung von Substitutionsprogrammen für Drogenkonsumenten in Haft gefordert:

- „Anerkennung des Anspruchs auf eine angemessene medizinische Behandlung,

-
- Bundesweite Gewährleistung des Zugangs zu Substitutionsprogrammen,
 - Verringerung der Gesundheitsrisiken durch Zugang zu Spritzentauschprogrammen,
 - Teilhabe auch für suchtkranke Inhaftierte an vollzugsinternen Möglichkeiten (Schule, Ausbildung, Aktivierungsangebote).
- Dazu bedarf es meist Vollzugslockerungen, von denen Suchtkranke häufig ausgeschlossen sind,
- enge Begleitung im Übergang und Vernetzung mit Angeboten der Suchthilfe und der Straffälligenhilfe“.

(Literatur beim Verfasser)



Substitution im Justiz Vollzug - Fragen, immer nur Fragen

Karlheinz Keppler

Einen genauen Überblick über die Substitutionssituation im Vollzug zu liefern, ist schlichtweg unmöglich. Wir wissen es nicht.

Was wir aber können und das will ich heute hier tun: wir können Fragen formulieren, deren Beantwortung vielleicht im Laufe der Tagung gelingt.

Vorausgeschickt sei folgendes:

Wir alle kennen den Umfang der suchtmmedizinischen Arbeit in unseren Gefängnissen.

Das Fazit: Gefängnismedizin muss immer auch Suchtmedizin sein, die meisten Gefängnisambulanzen sind im Grunde auch immer suchtmmedizinische Schwerpunktpraxen.

Was die Substitution grundsätzlich und auch im Gefängnis angeht, sind zwei jetzt schon fast historische Standpunkte wichtige Statements gewesen. Schon in den 1990igern formulierte Albrecht Ulmer im Deutschen Ärzteblatt einen Paradigmenwechsel. Sinngemäß sagte er: Bisher war die (teure und aufwändige) stationäre Abstinenztherapie Therapie der ersten Wahl und Substitution wenigen Einzelfällen vorbehalten. Die Ergebnisse der stationären Therapien waren allerdings dermaßen schlecht, dass es Sinn macht, die (preiswerte und niedrigschwellige) Substitutionstherapie als Therapie der ersten Wahl zu betrachten und die stationäre Abstinenztherapie ausgewählten Einzelfällen vorzubehalten.

Harald Körner, damals Leitender Staatsanwalt bei der Zentralstelle zur Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität, schrieb bereits 1992 in der Zeitschrift Medizinrecht sinngemäß: Wenn der Strafrichter früher prüfen musste, ob das Verabreichen eines Substitutionsmittels eine Körperverletzung darstellt, muss er heute prüfen, ob das Unterlassen einer indizierten Substitution eine Körperverletzung darstellt. Ein interessanter Standpunkt auch für den Gefängnisarzt, der sich einer indizierten Substitutionsbehandlung verweigert.

Schauen wir auf die gegenwärtige Substitutionssituation im bundesdeutschen Justizvollzug, so finden wir unterschiedliche Vorschriften, eine heterogene Praxis (von Land zu Land und von Anstalt zu Anstalt

unterschiedlich) und fast keine Informationen über den Umfang der Substitution. Über diese drei Dinge wird noch zu sprechen sein.

Nur der Vollständigkeit halber seien hier die formalen Grundlagen einer jeden Substitution genannt, egal ob drinnen oder draußen substituiert wird.

Wohl allen bekannt ist, dass das Betäubungsmittelgesetz, die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung und die Richtlinien der Bundesärztekammer die eigentlichen Handlungsgrundlagen der substituierenden Ärzte sind. Kassenärztliches Regelwerk, früher die diversen Richtlinien wie BUB und NUB und jetzt Richtlinien medizinische Versorgung, gelten allenfalls über den Umweg der Äquivalenz.

Die Regelungen sind also draußen wie drinnen eigentlich die gleichen (wobei sich natürlich die ketzerische Frage aufwirft, was das soll, eine ärztliche Behandlung dermaßen ausziseliert und dann auch noch im Betäubungsmittelrecht zu normieren bzw. zu reglementieren? Und das dann auch noch auf eine Art und Weise, die einen eigentlich in schallendes Gelächter ausbrechen lassen müsste, wenn es nicht so traurig wäre).

Last but not least haben wir Gefängnisärzte dann auch noch Erlasse, wobei jeder weiß, was das ist. Was die Substitution angeht sind diese Erlasse durchaus von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. Die Wahrnehmung ist dann ebenfalls unterschiedlich. Für die einen ist es vergleichbar mit der Hl. Schrift, andere haben den Standpunkt, jeder Erlass ist nur so gut wie der der ihn umsetzt.

Angesichts dieser Situation wirft sich für die Substitution die Frage auf: Welchen Sinn machen Erlasse? Brauchen wir überhaupt Erlasse?

Genügt da nicht als Erlass ein Satz: „Substituiert wird nach Betäubungsmittelrecht und den Richtlinien der Bundesärztekammer“.

Es ist so zu substituieren, wie es sich gehört, eben nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft, nachzulesen in den Richtlinien der BÄK.

Mittlerweile gibt es mehrere Substanzen, die in Deutschland zur Substitution zugelassen sind. An erster Stelle steht das DL-Methadon. International der Klassiker und in Deutschland aktuell immer noch am häufigsten eingesetzt steht es als Lösung und als Tabletten zur Verfügung. Levo-Methadon, entwickelt in Deutschland im Jahre 1942 und so eigentlich der deutsche Klassiker, nimmt für sich in Anspruch, seltener und weniger ausgeprägt die gefährdeten QT-Zeit-Verlängerung zu machen.

Das hat im Justizvollzug zum Teil schon zu einer verordneten Umstellung von DL-Methadon zu L-Methadon geführt.

In Frankreich weit verbreitet und von dort zu uns gekommen ist das Buprenorphin. Buprenorphin gibt es in Deutschland mit und ohne Naloxon-Zusatz. Mit dem Zusatz von Naloxon verbindet sich die Hoffnung auf weniger missbräuchlichen Umgang mit der Substanz.

Seit kurzem sind auch retardierte Morphine in Deutschland zugelassen. Im Nachbarland Österreich waren sie zuvor bereits weit verbreitet.

Diamorphin als Substitutionsmittel hat in Deutschland bisher nur einen geringen Anteil. Im Justizvollzug gibt es bisher keinen einzigen Diamorphin-Patienten. Immerhin macht der Justizvollzug Baden-Württembergs in seinem Substitutionserlass (der nahezu wortgetreu den Bundesärztekammer-Richtlinien entspricht) die Diamorphin-Substitution zumindest theoretisch in der JVA Stuttgart möglich. In der praktischen Umsetzung zeigen sich allerdings noch Probleme, sodass zwei Patienten, die mit laufender Diamorphin-Substitution zur Inhaftierung kamen, per bewachter Ausführung in der normalen Diamorphin-Ambulanz in Stuttgart vorgestellt wurden.

Kodein zur Substitution ist zwar noch grundsätzlich möglich, im Justizvollzug aber praktisch ohne jede Relevanz.

Die Bundesopiumstelle erfasst auch die bei Substitutionsbeginn eingesetzte Substitutionssubstanz. Für das Jahr 2014 verteilen sich die einzelnen Substanzen wie folgt:

DL-Methadon	46,1 %
Levo-Methadon	30,3 %
Buprenorphin	22,6 %
retardierte Morphine	erst ab 2015 in Deutschland zugelassen
Diamorphin	0,7 %
(Kodein)	0,3 %

Die Verteilung der klassischen Substanzen DL-Methadon, L-Methadon und Buprenorphin scheint im Vollzug ähnlich zu sein.

Allgemein stellt sich zu den Substanzen die Frage: welche passen in den Justizvollzug, welche passen vielleicht weniger gut und warum?

Sollte oder muss die Medizin im Vollzug als Medizin-Monopolist vielleicht sogar alle Substanzen vorhalten?

Über den zahlenmäßigen Umfang der Substitution im Justizvollzug haben wir bis auf wenige Ausnahmen keine genauen Zahlen. Aber: es gibt gewissermaßen einen Hoffnungsschimmer am Horizont.

Der Strafvollzugsausschuss der Länder hat beschlossen, dass ab 01.01.2016 unter anderem erfasst wird, wer substituiert inhaftiert wird. Natürlich bildet auch das die Realität nicht genau ab. Werden in einer JVA 100 Patienten substituiert aufgenommen und schlicht nicht weiter substituiert, erscheint die JVA mit 100 Substituierten in der Statistik, obwohl die tatsächliche Zahl Null ist.

Egal wie viele Patienten derzeit im Justizvollzug substituiert werden, sicher ist: Es gibt ein Stadt-Land-, ein Nord-Süd- und ein West-Ost-Gefälle. Das bildet die Realität so ab, wie sie auch draußen ist.

In der folgenden Aufstellung des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte sind die gemeldeten Substitutionspatienten pro 100.000 Einwohner erfasst. Stichtag war der 01.07.2014.

Bremen	264
Hamburg	230
Berlin	150
NRW	142
Hessen	122
Schleswig-Holstein	116
Niedersachsen	101
Baden-Württemberg	96
Saarland	69
Bayern	62
Rheinland-Pfalz	58
Sachsen-Anhalt	30
Mecklenburg-Vorpommern	19
Thüringen	18
Sachsen	14
Brandenburg	4

Die Städte befinden sich im oberen Teil, die nördlichen Bundesländer liegen in der Regel oberhalb der südlichen Bundesländer, die östlichen Bundesländer sind die Schlusslichter.

Große Unterschiede finden sich aber in den absoluten Zahlen. Am Stichtag 01.07.2015 sind von ca. 150.000 Heroinkonsumenten in Deutschland 77.500 Patienten in Substitution – das heißt ca. 50 %.

Von 50 % ist der Justizvollzug sicher noch weit entfernt.

Eine spannende Frage ist daher: schaffen wir die 50% im Justizvollzug auch, ist das überhaupt ein Ziel, ist das erstrebenswert?

Nächste wichtige Frage ist, welche Ressourcen gebraucht werden?

Ärztliches und pflegerisches Personal sind ebenso erforderlich wie Suchtberater. Für alle ist nicht nur eine besondere Sachkunde auf dem Gebiet der Sucht besonders wichtig, sondern zusätzliches Knowhow speziell über Substitution. Insbesondere von Bedeutung ist hier die psychosoziale Betreuung aber auch eine Entlassungsvorbereitung mit Regelung der Weitersubstitution nach Haft.

Eine weitere immer wieder unterschätzte Ressource ist die vollzugliche Unterstützung, neben vielem anderem die praktische Mithilfe bei der Zuführung der Patienten und bei der qualifizierten Beobachtung auf den Stationen. Naturgemäß ist diese Unterstützung abhängig von der inneren Haltung zur Substitutionsbehandlung. Je nach Bundesland und je nach Anstalt ist dabei die innere Haltung von Politik und Ministerialbürokratie, von Anstalts- und Abteilungsleitung höchst unterschiedlich aber eben auch entscheidend, zumal diese Haltung in aller Regel auf den Allgemeinen Vollzugsdienst durchschlägt. Eine spannende Frage ist also: wie bekommt man vollzugliche Unterstützung, wie kann man es schaffen, vorhandene Widerstände zu überwinden?

Ressourcen im Vollzug sind generell knapp und wenn vorhanden, sehr umkämpft. Daher ist eine legitime Frage: welche Substitutionssubstanz verursacht besonders wenig Arbeit und welche besonders viel? Wann lohnen sich PC-gestützte Dossier-/Dokumentationssysteme?

Es gibt eine ganze Reihe weiterer zentraler Fragen, die sich bei Substitution im Vollzug aufwerfen:

Wie soll mit Verstößen gegen den Behandlungsvertrag umgegangen werden?

Wie mit Beikonsum? Wie bewerten wir festgestellten Beikonsum, machen wir Unterschiede, ob jemand Cannabis oder Kokain oder Heroin nimmt?

Sollen Urinscreenings als Kontrollmethode eingesetzt werden? Wenn ja, wie soll die praktische Handhabung sein, welches Verfahren soll eingesetzt werden, wie sollen die Ergebnisse bewertet werden?

Wie sicher und aussagekräftig sind Urinkontrollen? Wie ethisch ist es, anderen Menschen beim „Pinkeln“ zuzuschauen? Trennen wir vollzugliche Urinkontrollen und Drogenscreenings von „medizinischen“ Urinuntersuchungen?

Soll vollzugliches Wohl- oder Fehlverhalten Einfluss auf die Substitution haben? Wie ist der Zusammenhang zwischen Verbleib in Substitution und vollzuglichem Wohl-/Fehlverhalten außerhalb der Substitution (Arbeit, Disziplin, Gewalt auch verbal gegen Mitgefangene und/oder Bedienstete)?

Welche Rolle soll eine entlassungsvorbereitende Substitution spielen?

Weitere Probleme entstehen an den beiden Schnittstellen „von-draußen-nach-drinnen“ und „von-drinnen-nach-draußen“.

Reibungsverluste an der Schnittstelle „von-draußen-nach-drinnen“, bei der Inhaftierung.

Wie soll umgegangen werden mit einer Weitersubstitution bei Patienten, die völlig intoxiziert zur Aufnahme kommen. Wie kommt man an die Informationen des Vorbehandlers an Wochenenden, in Urlaubszeiten. Und wenn man sie bekommt, wie geht man damit um.

Reibungsverluste an der Schnittstelle „von-drinnen-nach-draußen“, bei der Haftentlassung

Wird ein Arzt gefunden, der nach Entlassung weiter substituiert? Besonders in ländlichen, südlichen und östlichen Regionen des Landes ist das oft ein Problem. Wie schafft man es, die benötigten Informationen weiterzugeben?

Ein Fall, der besondere Probleme aufwirft, ist die sog. Blitzentlassung. Inhaftierte, die eine Geldstrafe nicht bezahlt haben und deshalb inhaftiert werden, können sofort entlassen werden, wenn jemand die Geldstrafe bezahlt. Und das auch an Wochenenden oder am Abend, wenn eine Organisation der Weitersubstitution nicht möglich ist. Oder ein Untersuchungshäftling wird zum Prozess gebracht, erhält dort eine Bewährungsstrafe und geht aus dem Gerichtssaal nach Hause.

Weitere Problemfelder entstehen durch das Verhalten der Krankenkversicherer oder der ARGE. Beide erklären sich für nicht zuständig bei

Inhaftierten und weigern sich, die Fälle vor der Haftentlassung zu bearbeiten. Die ewige Crux: Krankenversicherung erst nach der Haftentlassung, arbeitslos erst nach Haftentlassung.

Beispielhafte Ausnahme ist die Stadt Köln. Dort gibt es beim Gesundheitsamt eine Anlaufstelle für substituierte Haftentlassene, bei der zunächst Substitution möglich ist und ARGE und Krankenversicherung schnellstmöglich geregelt werden.

Zentrale Fragen sind und bleiben also:

Wie vermeiden wir Reibungsverluste an den Schnittstellen?

Wie gestalten wir Substitution in Haft?

Was ist mit Substitution in Haft alles besser möglich?



Der Blick von außen in die deutschen Haftanstalten

Bärbel Knorr, Maria Priebe



„Kurzer Blick rein“

Bevor wir den Blick von außen in den Vollzug werfen und auf Möglichkeiten und potentielle Ressourcen schauen, möchten wir erst noch mal den Blick nach innen richten. Es gibt seit einigen Jahren eine sehr erfreuliche Entwicklung: die Zahl der männlichen Strafgefangenen nimmt stetig ab. Seit 2011 ist die Gefangenenzahl um fast 10 % zurückgegangen. Im März 2015 befanden sich durchschnittlich 63.067 Menschen im Vollzug (Strafgefangene, Sicherungsverwahrte und Untersuchungsgefangene), 6 % der Gefangenen sind Frauen. In 2014 fanden 208.390 Aufnahmen im Justizvollzug statt, darunter 94.607 Erstaufnahmen (Zugang aus der Freiheit),¹ hinzu kommen 10.875 Untergebrachte im Maßregelvollzug.

¹ Statistisches Bundesamt, Rechtspflege, erschienen am 29.02.2016

Der Anteil der untergebrachten Frauen liegt etwas höher als im Strafvollzug: 7,3 %.²

Der überwiegende Teil der Gefangenen verbüßt eine Haftstrafe über ein Jahr (55 %), 22 % verbringen 6-12 Monate im Gefängnis und weitere 23 % der Gefangenen weniger als 6 Monate. In Deutschland existierten im März 2015 insgesamt 184 Justizvollzugsanstalten, davon 37 in Nordrhein-Westfalen und 36 in Bayern.³ 2012 lag die Belegungsquote bundesweit bei 88 %. In Brandenburg war diese hierbei am kleinsten mit 64%, in Bayern am höchsten mit einer 100 %igen Auslastung.

Einzelunterbringungen sind nicht in allen Bundesländern Standard, die Schere ist auch in dieser Frage groß: In Hamburg liegt die Rate der Einzelunterbringung bei 90 %, in anderen Bundesländern hingegen nur bei 56 % (Thüringen).³ Die Gefangenenrate (Anzahl der Gefangenen je 100.000 Einwohner) schwankt in den Bundesländern zwischen 123 (Berlin) und Schleswig-Holstein (48). Auch die jährlichen Ausgaben für einen Gefangenen sind sehr verschieden. In Hamburg wurden 2011 59.800€ pro Kopf ausgegeben, in Bayern wesentlich weniger: 29.600€. ⁴

„Freiräume im Vollzug“

In den letzten Jahren lässt sich ein starker Rückgang der Gefangenzahlen feststellen und das Problem der Überbelegung konnte weitestgehend beseitigt werden. Weniger Gefangene? Das muss doch auch „Freiräume“ bieten, doch wo zeigen sich die freien Ressourcen? Diese Frage lässt sich von einer Außenstehenden nicht beantworten, sie kann von mir nur aufgeworfen werden, eine Antwort darauf werden Sie sicherlich eher erhalten als ich.

Auch im medizinischen Bereich gab es in den letzten Jahren positive Entwicklungen. In der Behandlung der Hepatitis C wurden große Fortschritte erzielt, sie ist in den meisten Fällen heilbar. Eine gute Behandlung von HCV und HIV verschafft den Insassen bessere Aussichten und Ausgangspositionen in der Haft und nach der Entlassung.

² Statistisches Bundesamt, Strafvollzugsstatistik – Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) 2013/2014, erschienen am 26.06.2015

³ Statistisches Bundesamt, 2012

⁴ Statistisches Bundesamt, Justiz auf einem Blick, Ausgabe 2015

HIV ist gut behandelbar und die Infektionsrisiken können erheblich gesenkt werden. Eine HCV-Infektion kann dank neuer Medikamente inzwischen vielfach innerhalb von drei Monaten ausgeheilt werden.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat schon vor geraumer Zeit ihre Impfempfehlungen verändert. Nachdem früher die Hepatitis B Impfung für „länger einsitzende Gefangene“ empfohlen wurde, wird die Impfung nun allen Gefangenen nahegelegt.



Vielfalt in der Substitution

In der Substitution hat sich außerhalb des Vollzugs einiges verändert, es stehen Präparate zur Verfügung, die noch nicht oder nur kaum im Vollzug eingesetzt werden. Wobei eine breitere Palette die Möglichkeit bietet, die Substitution passgenauer für den einzelnen Patienten/Patientin anbieten zu können und somit auch bessere Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung. In den Haftanstalten wird in der Regel Methadon ausgegeben, in manchen Regionen Polamidon. In nur wenigen Fällen kommt Buprenorphin zum Einsatz, da ein missbräuchlicher Einsatz befürchtet wird. Auch die retardierten Morphine, die seit April 2015 zugelassen sind, werden kaum verabreicht.

Diamorphin kam bisher nur in Baden-Württemberg in zwei Fällen zum Einsatz. Spannend wäre an dieser Stelle zu schauen, wie eine gesicherte Vergabe dieser Medikamente im Vollzug gewährleistet werden kann und die zur Substitution zugelassenen Präparate auch entsprechend zu nutzen. Eine möglicherweise aufwendigere Vergabe sollte nicht gegen den Einsatz sprechen.

Den Forscher in sich entdecken... Die Analyse der Infektionsgefahren
Diverse Studien haben immer wieder gezeigt, dass Gefangene wesentlich häufiger von Infektionskrankheiten betroffen sind, als Menschen außerhalb des Vollzugs. Manche Gefangene sind bereits bei der Aufnahme infiziert, andere Gefangene infizieren sich während der Haftzeit. Außerhalb des Vollzugs bestehen zahlreiche Angebote und Maßnahmen, um einen Infektionsschutz für Drogengebraucher/innen zu sichern. In den Haftanstalten ist dies nur zum Teil gewährleistet. Sinnvoll kann es sein, dass der Medizinische Dienst die gesundheitlichen Daten systematisch erfasst und Gesundheitsberichte erstellt. Dabei sollte die „Lebenswelt“ der Gefangenen berücksichtigt und auf die haftspezifischen Übertragungswege eingegangen werden.

Laut Infektionsschutzgesetz (§36, 1) ist der Vollzug dazu auch verpflichtet:
„Folgende Einrichtungen legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt: [...] 7. Justizvollzugsanstalten“. Um Ansteckungsrisiken zu erkennen und zu minimieren, sind Verbote oft nicht hilfreich. Eine Analyse von Verhalten und Reaktion der gefangenen Menschen kann helfen, ihre Handlungen besser zu verstehen und nachvollziehen zu können. Es ist sinnvoll zu erfassen, mit welchen Utensilien und auf welche Art und Weise Drogen konsumiert werden. Gleiches gilt fürs Tätowieren und Piercen. Es sollte dafür Sorge getragen werden, dass die Gefangenen ihre Nagelscheren, Rasierer und Zahnbürsten vor Fremdgebrauch schützen und sicherstellen, dass auch Kondome und Gleitgel im Gefängnis zur Verfügung stehen, um sich beim Sex zu schützen. Die Gefangenen sollten in die Analyse und Auswertung einbezogen werden, nur so kann ein realistisches Bild und Präventionswege für die jeweilige JVA aufgezeigt werden.

Es gibt viele Möglichkeiten, Risiken zu minimieren, aber auch viele Aspekte die man bedenken muss. Um Übertragungsrisiken beim Drogengebrauch zu verringern, können Spritzen, Nadeln und Zubehör vergeben werden. Möglicherweise können auch Workshops zu dem Thema oder Informationsmaterial angeboten werden. Im ärztlichen Fachbereich ist hier auch ein Austausch mit Projekten außerhalb hilfreich, um sich über Entwicklungen und Neuerungen zeitnah zu informieren und Angebote ggf. anzupassen. Auch beim Thema Sex können Infektionsrisiken reduziert werden. Die Eröffnung von Langzeitbesuchsräumen und großzügigere Besuchsregelungen, die kostenfreie Zurverfügungstellung von Kondomen und Gleitmitteln sind wichtige Schritte zur Einschränkung von Risiken. Auch das Thematisieren von Sexualität hilft, um die Gefangenen für Infektionsrisiken zu sensibilisieren. Sexuelle Gewalt darf nicht verschwiegen werden, es bedarf besonderer Hilfestellung für die Betroffenen und Benennung des Problems in den JVs.

Beim Tätowieren und Piercen sollte als erstes die Verbotsregelung aufgehoben werden. Stattdessen sollte umfangreich über die Risiken informiert werden und entsprechendes steriles und legales Material zur Verfügung stehen. Auch hier ist es wichtig eine klare Position zur Behandlung zu vertreten um den Inhaftierten Sicherheit zu geben, um sie beraten zu können. Bei Gegenständen wie Zahnbürste, Rasierer oder Nagelschere sollten die Infektionsrisiken gegenüber den Gefangenen benannt werden. Einfache Maßnahmen wie eine Kennzeichnung der Gegenstände können vor Mehrfachnutzung schützen.

Ein weiterer Schutz kann die Hepatitis A/B-Impfung bieten. Laut STIKO sollte zumindest die Hepatitis B Impfung allen Gefangenen angeboten werden.



„Reden ist Silber, Schweigen ist Gold“

Die ärztliche Schweigepflicht wird bei dem/der Gefangenen nicht in dem Maße eingehalten, wie wir es sonst aus dem ärztlichen Bereich kennen. Wir sprechen in Fällen, in denen HIV+ oder HCV+ Gefangene der Anstaltsleitung gemeldet werden, vom Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. In 2011 war dies noch in einigen Bundesländern Praxis, durch eine Anfrage der Datenschutzbeauftragten der Länder stellten einige Bundesländer diese Praxis ein. Nach wie vor erfolgen diese Meldungen in: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, NRW, Sachsen, Thüringen und teilweise im Saarland.

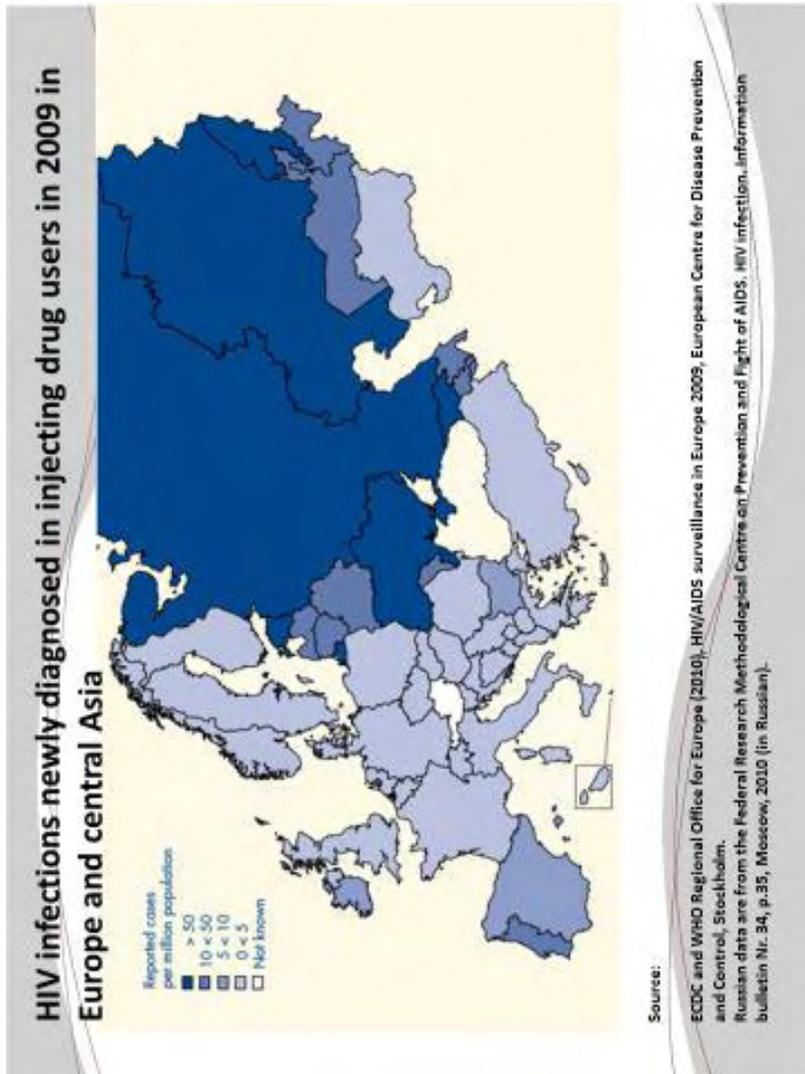
Durch das Weitergeben der Informationen an den Anstaltsleiter, verlässt die Information den geschützten Raum zwischen Arzt/Ärztin und Patient /in und darf dann von der Anstaltsleitung an das nicht medizinische Personal der JVA weitergegeben werden, da der Anstaltsleiter von der Schweigepflicht entbunden ist. Diese Informationsweitergabe ist medizinisch gesehen einfach sinnlos, statt einer präventiven Wirkung entstehen Scheinsicherheiten („ich weiß wer positiv ist“) und nicht jeder positive Gefangene weiß von seiner Infektion oder teilt diese dem medizinischen Dienst mit. Mit der ärztlichen Schweigepflicht sollte innerhalb der Haftanstalten genauso verfahren werden wie außerhalb, dies schafft Vertrauen, eine höhere Behandlungsbereitschaft und damit auch mehr Sicherheit.

„Selbstbewusst an die Arbeit gehen...“

Sie sind die Expertinnen und Experten in den gesundheitlichen Fragen der Gefangenen. Sie haben das notwendige Wissen, setzen Sie Ihre Kenntnisse und Fertigkeiten ein, um gemeinsam mit Ihren Patientinnen und Patienten eine gesundheitliche Verbesserung zu erwirken. Die notwendigen Freiräume haben Sie. Beziehen Sie eine klare Stellung und gehen Sie selbstbewusst zur und an die Arbeit!

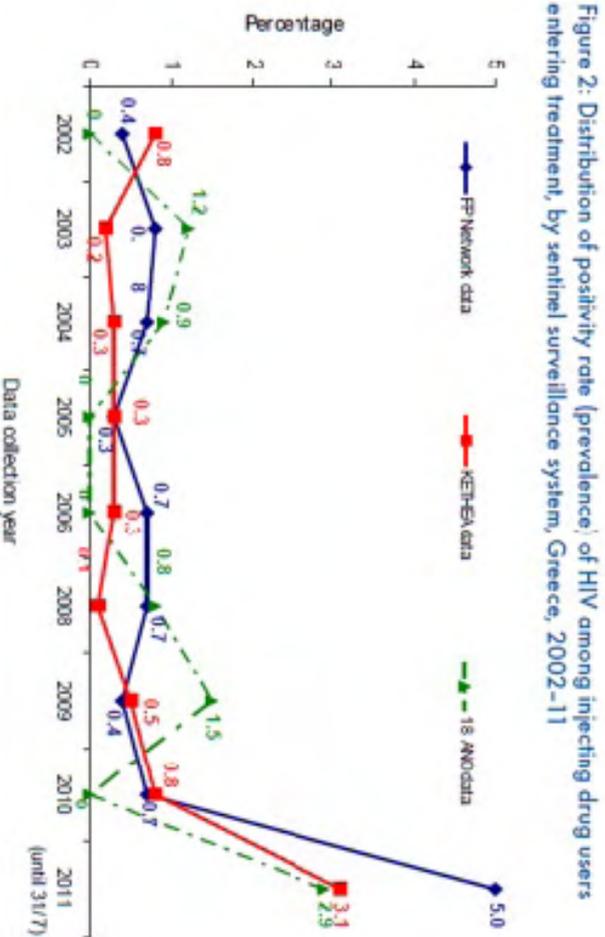
HIV und Sucht

Konrad Isernhagen





Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania Date of assessment: 29 November 2011



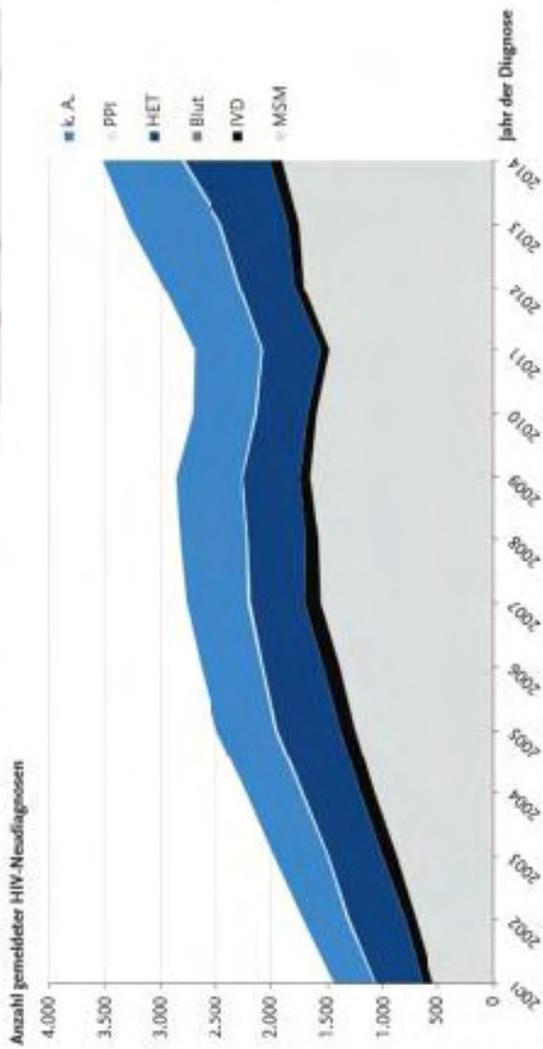


Abb. 4: HIV Neudignosen nach Jahr der Diagnose und Transmissionsrisiko (2001 – 2014)

6. Juli 2015 Epidemiologisches Bulletin Nr. 27 Robert Koch-Institut

6. Juli 2015 Epidemiologisches Bulletin Nr. 27 Robert Koch-Institut

Geschätzte Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland im Jahr 2014		
	Gesamtzahl	3.200 (3.000-3.400)
	Männer	2.700 (2.500 – 2.900)
	Frauen	460 (390-560)
Nach Infektionsweg	Sex zw. Männern	2.300 (2.100-2.600)
	Heterosexuelle Kontakte	590 (510-680)
	i.v. Drogengebrauch	240 (160-340)
	Mutter-Kind-Transmission	< 10

Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2012 mit HIV/AIDS leben:

~ **78.000** (66.000-91.000)

Männer: ~ **63.000** (53.000-74.000)

Frauen: ~ **15.000** (12.000-17.000), darunter Kinder: ~ **200**

Verteilung nach Infektionsrisiko

Männer, die Sex mit Männern haben: ~ **51.000** (43.000-60.000)

Personen, die sich über heterosexuelle Kontakte²⁾ infiziert haben:

~ **17.000** (15.000-19.000)

darunter Personen, die sich in Deutschland infiziert haben

~ **9.600** (8.300-11.000)

i.v. Drogengebraucher/Innen: ~ **8.400** (6.400-11.000)

Hämophile und Bluttransfusionsempfänger³⁾: ~ **450**

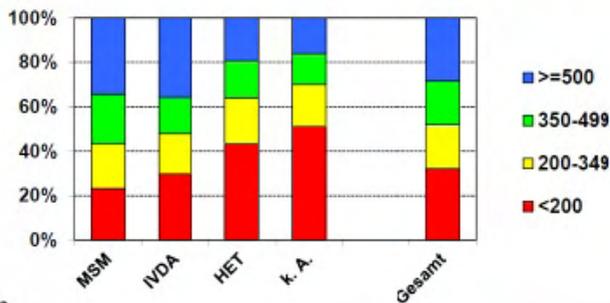
Mutter-Kind-Transmission: ~ **420**

HIV und Opiatabhängigkeit, HCV Status

Daten Praxis Isernhagen, Römer, Qurishi

HIV gesamt	HIV+:n=86	HIV-: n=327
HCV aktiv	62 (72,1%)	162 (49,5%)
SVE	13 (15,1%)	73 (22,3%)
Negativ	4 (4,7%)	81 (34,8%)
Reinfektion	5 (5,8%)	9 (2,8%)
Neuinfektion	2 (2,3%)	2 (0,6%)

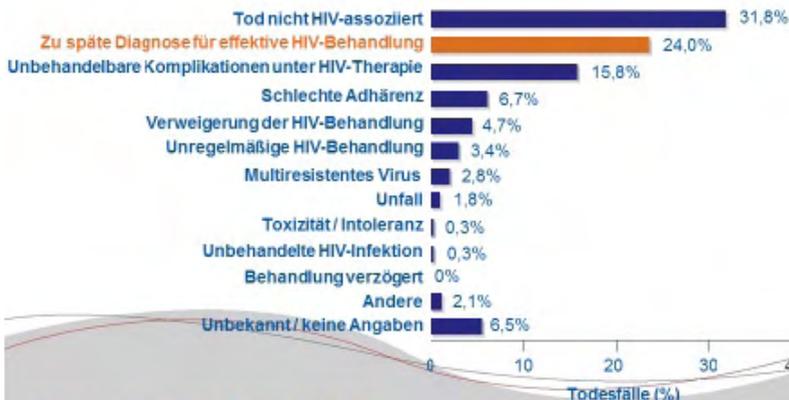
HIV in Deutschland (08/2012) CD4-Zellzahl/ μ l bei HIV-Erstdiagnose 2001 - 2012 (Alter \geq 15 Jahre; nur Meldungen mit Angaben)



RKI 2012

Todesursachen bei HIV-infizierten

Todesfälle zwischen Oktober 2004 und September 2005 (n=387)



Modifiziert nach Lukas et al. Clin Med. 2008 Jun;8(3):250-2.

HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland

–Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI - Epidemiologisches Bulletin 1.
Juni 2015 / Nr. 22

2.077 insgesamt in die Studie eingeschlossene Teilnehmer.

73– 86 % der Befragten gaben an, bereits mindestens einmal im Leben inhaftiert gewesen zu sein.

Die Spanne der medianen Durchschnittsdauer einer Inhaftierung betrug 6–17 Monate, während die Spanne der gesamten medianen Inhaftierungsdauer (die Dauer aller Haftaufenthalte summiert) 2– 5 Jahre betrug.

Im Durchschnitt gab etwa ein Drittel der jemals Inhaftierten (18-40% je nach Studienstadt) an, in Haft auch Drogen gespritzt zu haben und hierbei durch die Verwendung nicht steriler Injektionsutensilien zur Drogeninjektion ein Infektionsrisiko eingegangen zu sein.

65% derjenigen mit einem bekannt positiven HIV-Status gaben an, bereits in ihrem Leben antiretroviral behandelt worden zu sein. Insgesamt berichteten 56%, zum Zeitpunkt der Studienteilnahme antiretroviral behandelt worden zu werden.

Häufige Inhaftierungen bei einem Großteil der teilnehmenden IVD mit dem Risiko der Fortsetzung des Drogenkonsums in Haft, der aufgrund unzureichender Präventionsmöglichkeiten im Justizvollzug meist unsafe abläuft,..., zeigen auch hier Handlungsbedarf.“

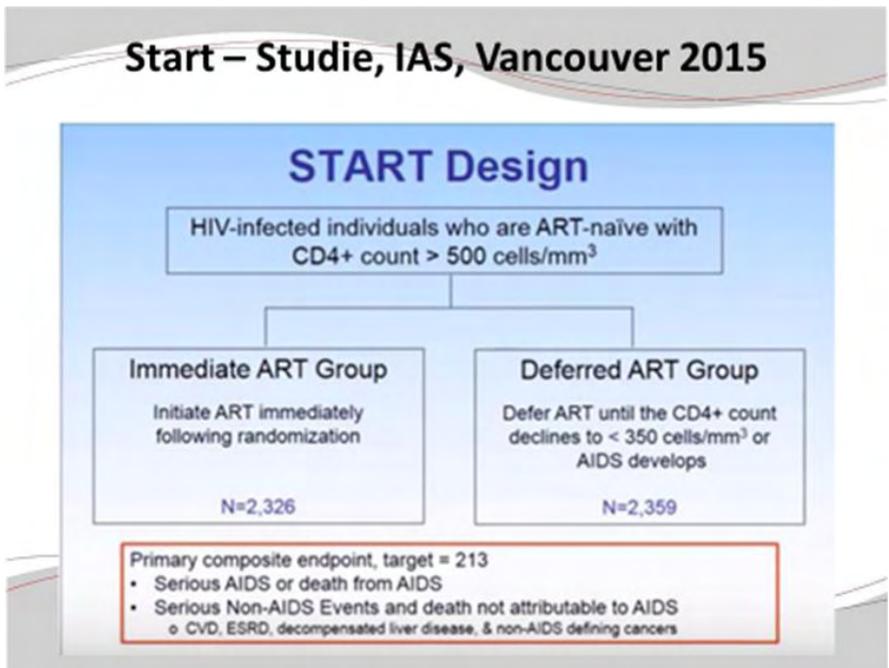
Tabelle1: Therapieindikation und –beginn

Klinik	CD4+T- Lymphozyten /µl	Zusatzkriterien*	ART
HIV-assoziierte Symptome und Erkrankungen (CDC;C,B) HIV-Nephropatie, HAND	Alle Werte		Soll erfolgen
	< 350		Soll erfolgen
	350-500	Gegeben	Soll erfolgen
		Nicht gegeben	Kann erfolgen
	> 500	Gegeben	Sollte erfolgen
		Nicht gegeben	Kann erfolgen

Akutes retrovirales Syndrom mit schwerer/lang dauernder Symptomatik	Alle Werte		Sollte erfolgen
Asymptomatisch/ gering symptomatische Serokonversion	Alle Werte		Kann erfolgen

* Eines oder mehrere der folgenden Kriterien: Alter >50 Jahre, HCV-Koinfektion, therapiebedürftige HBV-Koinfektion, Absinken der CD4+ T-Zellzahl, Plasma-virämie >100.000 Kopien/ml, Reduktion der Infektiosität.

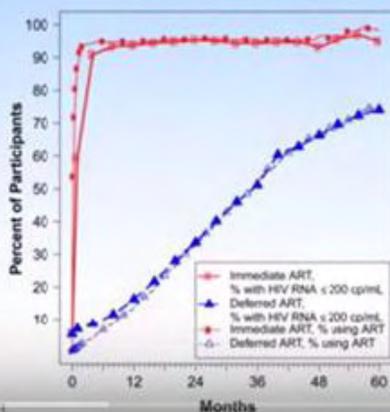
Deutsch-Österreichische Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion (Konsentierte Version 2014).



START Around the World



Percent on ART and Percent with HIV-RNA ≤ 200 copies/mL

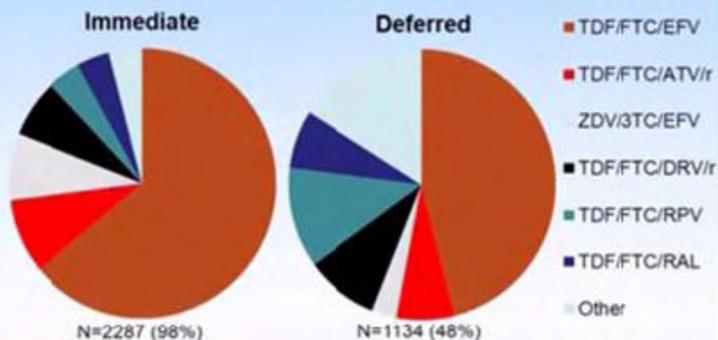


	% of Follow-up on ART
Immediate	94
Deferred	28

Deferred Arm:
Median time to ART
3 years (IQR 1.6-4.6)
(projected 4 years)

insight

Frequently Used Initial ART Combinations

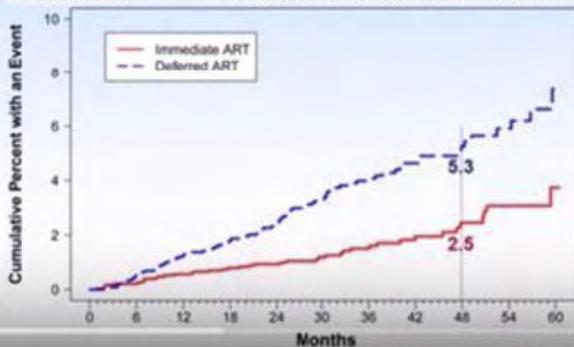


EFV: 73% vs 51%
TDF: 89% in both groups

insight

Primary Endpoint - 1

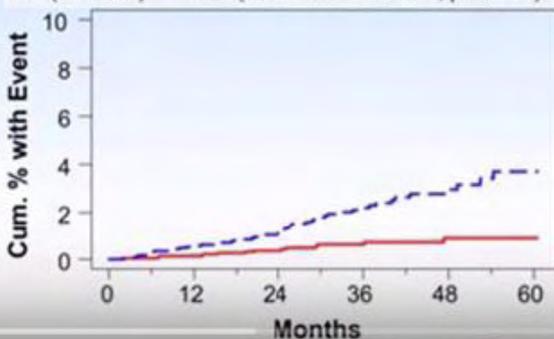
	Immediate ART	Deferred ART
No. with Event (%)	42 (1.8%)	96 (4.1%)
Rate/100PY	0.60	1.38
HR (Imm/Def)	0.43 (95% CI: 0.30 to 0.62, p <0.001)	



insight

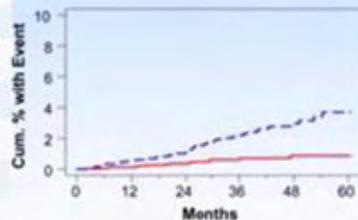
Serious AIDS Events

	Immediate ART	Deferred ART
No. with Event	14	50
Rate/100PY	0.20	0.72
HR (Imm/Def)	0.28 (95% CI: 0.15 to 0.50, p <0.001)	



Types of Serious AIDS Events

AIDS Events	Imm. ART	Def. ART
TB, pulm or extrapulm.*	6	20
Lymphoma, HL or NHL	3	10
Kaposi's sarcoma	1	11
PCP	1	5
Herpes zoster, diss.	0	3
Other**	3	1
Any Serious AIDS	14	50

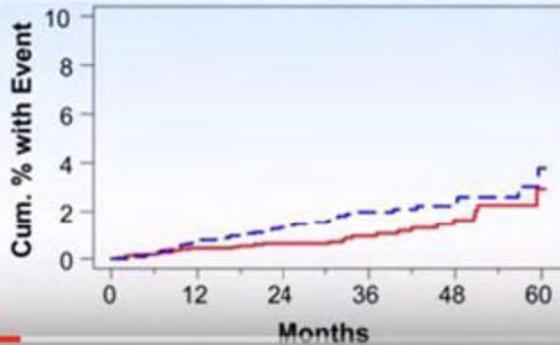


*: Participants from Africa: 16/26 (62%) of TB cases

** : Cervical carcinoma, extra-pulm. cryptococcosis, CMV, recurrent bacterial pneumonia

Serious Non-AIDS Events

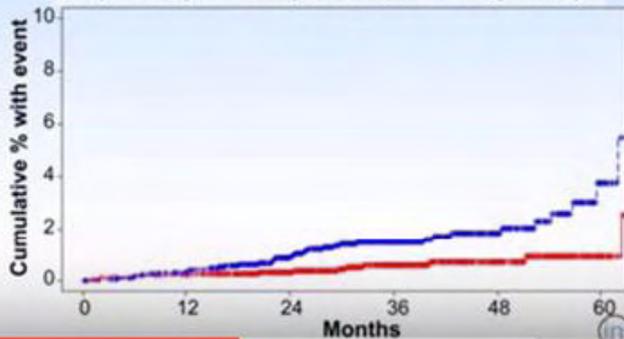
	Immediate ART	Deferred ART
No. with Event	29	47
Rate/100PY	0.42	0.67
HR (Imm/Def)	0.61 (95% CI: 0.38 to 0.97, p=0.04)	



insight

Cancer

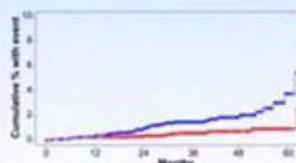
	Immediate ART	Deferred ART
No. with event	14	39
Rate/100PY	0.20	0.56
HR (Imm/Def)	0.36 (95%CI: 0.19 to 0.66, p=0.001)	



insight

Types of Cancer

Cancer event	Imm. ART	Def. ART
Kaposi's sarcoma	1	11
Lymphoma, NHL + HL	3	10
Prostate cancer	2	3
Lung cancer	2	2
Anal cancer	1	2
Cervical or testis cancer	1	2
Other types*	4	9
Total	14	39



Immediate ART: squamous cell carcinoma, plasma cell myeloma, bladder cancer, fibrosarcoma.

Deferred ART: gastric adenocarcinoma, breast cancer, ureteric cancer, malignant melanoma, myeloid leukemia, thyroid cancer, leiomyosarcoma, liver cancer, squamous cell carcinoma of head and neck.

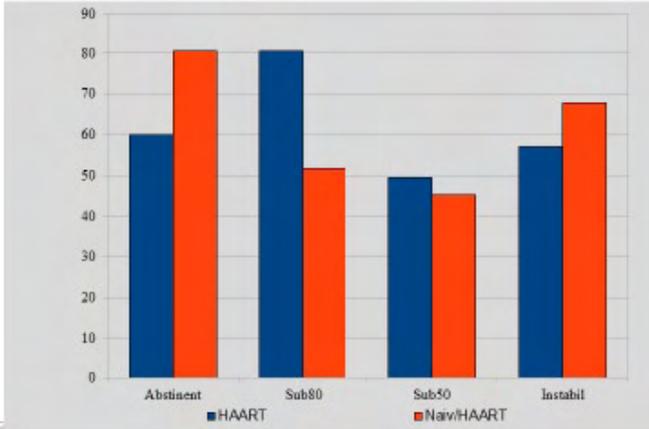
Summary - 1

- 1.8% of START study participants in the immediate and 4.1% in the deferred group experienced the primary outcome (Serious AIDS Events, Serious Non-AIDS Events, or Death)

Nach dieser Studie darf kein HIV – pos. Patient ohne antiretrovirale Therapie bleiben, jeder Patient – auch und gerade in Haft – muss einer Therapie zugeführt werden.

- Age, gender, race, region of the world
- CD4+ count, HIV viral load at entry
- Risk factors for serious non-AIDS diseases

Anteil der Viruslast = 0 bei Messungen :



N. Qurishi, K. Römer, C. Weyer, G. Fötkenheuer, E. Struck, K. Isernhagen
 Gemeinschaftspraxis Götterding Köln
 Med. Klinik I der Uniklinik Köln

Tabelle 2: Bevorzugte Kombinationen

Kombinationspartner 1		Kombinationspartner 2
<p>Nukleosid/ Nukleosidkombinationen Empfohlen: -Tenofovir /Emtricitabin -Abacavir/Lamivudin ¹ Alternative: Tenofovir/Lamivudin</p>	+	<p>NNRTI Empfohlen: - Efavirenz² - Nevirapin³ - Rilpivirin 4</p> <p>PI Empfohlen - Atazanavir/r - Darunavir/r - Lopinavir/r</p> <p>Alternative - Fosamprenavir/r</p>

		INI Empfohlen - Dolutegravir - Raltegravir - Elviregravir/c (+TDF/FTC)
--	--	--

- 1) Einsatz nach negative Screening auf HLA-B*5701, Einsatz mit Vorsicht bei Plasmavirämie >100.000 Kopien/ml und hohem kardiovaskulärem Risiko (Framingham-Score >20%/10 Jahre).
- 2) Kein Einsatz bei Schwangerschaft und bei Frauen mit Schwangerschaftswunsch.
- 3) Einsatz mit Vorsicht bei bestehender Lebererkrankung, Männern mit mehr als 400 CD4+ T-Zellen/μl bzw. Frauen mit mehr als 250 CD4+ T-Zellen/μl.
- 4) Cave: Nicht bei HIV-RNA >100.00 K/ml (Keine Zulassung).

Therapieerfolg oder Therapieversagen

▶ Therapieerfolg: Absinken der Plasmavirämie unter die Nachweisgrenze von 20- 50 HIV-RNA-Kopien pro ml, sollte nach 3-4, max. 6 Monaten erreicht werden.

▶ Überprüfung der ART bei:

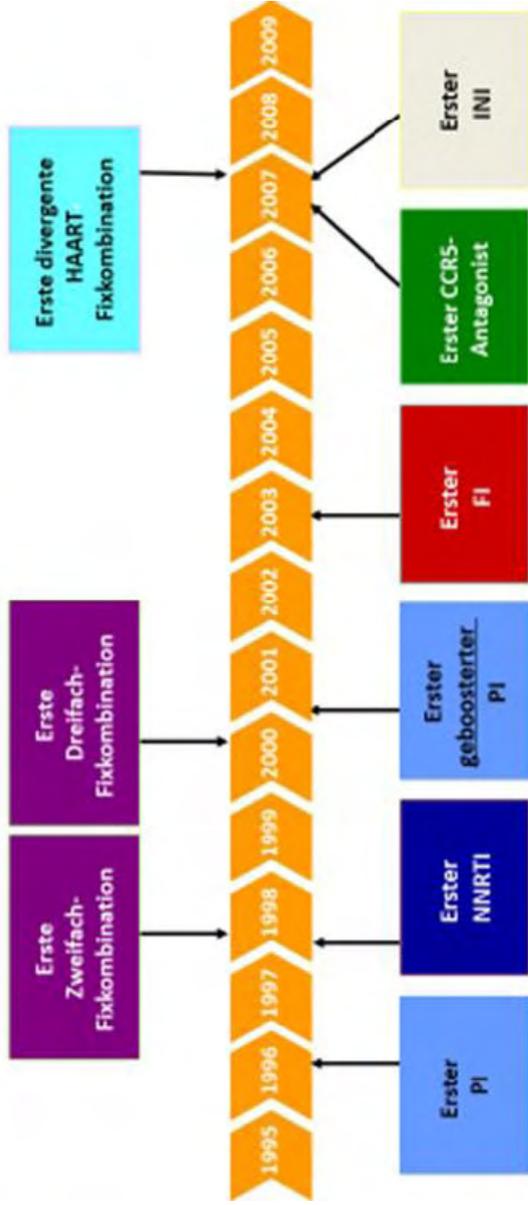
- Abfall der HIV-RNA um weniger als 2 log₁₀ nach vier Wochen
- oder
- nachweisbare HIV-RNA nach sechs Monaten
- oder
- wenn die Plasmavirämie bestätigt auf über 50 Kopien/mL ansteigt.

-> implizite Definition des virologischen Therapieversagens

-> immunologisches Therapieversagen nur noch vage definiert (Ausbleiben des CD4-Anstiegs oder mangelnder Anstieg nach Ausschluss anderer Ursachen).

Konstante Weiterentwicklung der

HAART



■ CCR5 Chemokin-Rezeptor-5-Antagonist

■ NNRTI Non-Nukleosidischer Reverse-Transkriptase-Inhibitor

■ NRTI Nukleosidischer Reverse-Transkriptase-Inhibitor

■ INI Integrase-Inhibitor

■ PI Protease-Inhibitor

■ FI Fusions-Inhibitor

■ HAART =

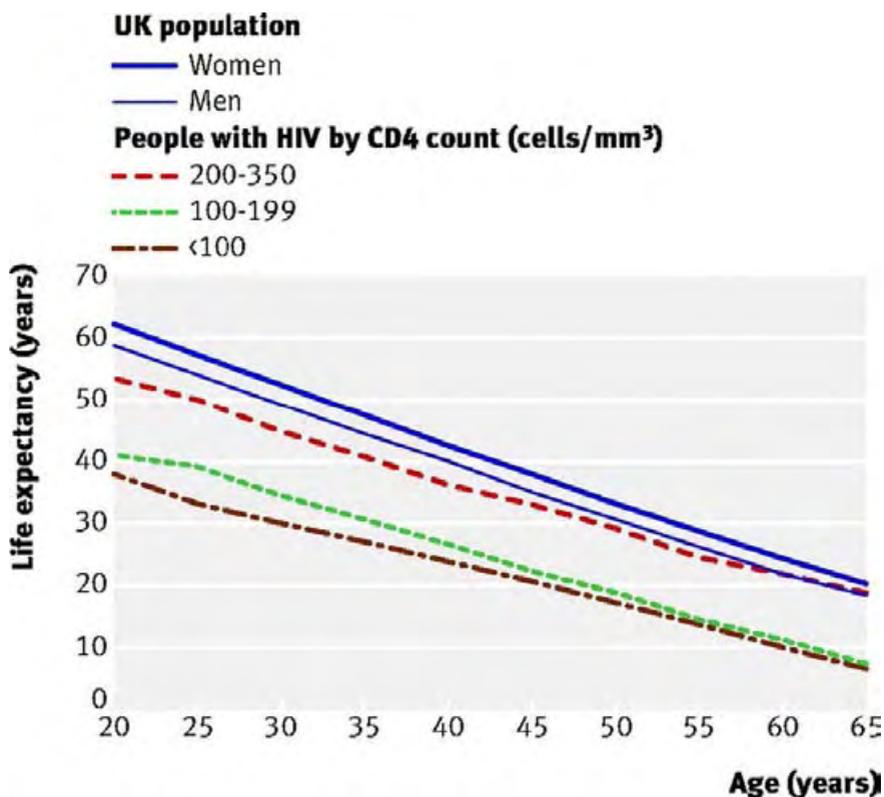
Hochaktive antiretrovirale Therapie

www.erna.europa.eu/www.fda.gov/oc/topics/HIV/2006/NEW01408.html

All-in-One Combination Tablets

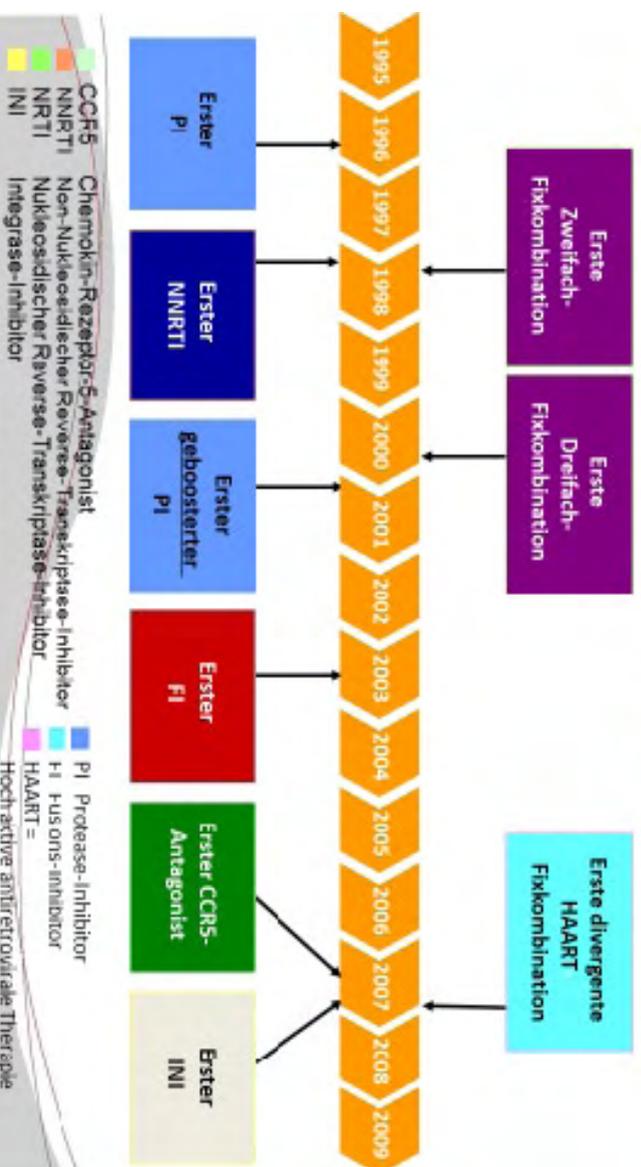
Drug	Adult Dosing	Notes
<p>Atripla (efavirenz + tenofovir + emtricitabine), by Gilead Sciences and Bristol-Myers Squibb</p>	<p>One tablet (contains 600mg efavirenz + 300mg tenofovir + 200mg emtricitabine) once a day.</p>	<p>This is a complete one-pill, once-daily drug regimen. It is recommended that Atripla be taken on an empty stomach. Dose should be taken at bedtime to minimize dizziness, drowsiness and impaired concentration.</p>
<p>Complera* (rilpivirine + tenofovir + emtricitabine), by Janssen Therapeutics and Gilead Sciences</p> <p>* Also sold as Eviplera in some parts of the world.</p>	<p>One tablet (contains 25 mg rilpivirine + 300 mg tenofovir + 200 mg emtricitabine), once a day.</p>	<p>This is a complete one-pill, once-daily drug regimen. It is recommended that Complera be taken with food (e.g., breakfast or dinner).</p>
<p>Stribild (elvitegravir + cobicistat + tenofovir + emtricitabine), by Gilead Sciences.</p>	<p>One tablet (contains 150 mg elvitegravir, 150 mg cobicistat, 300 mg tenofovir and 200 mg emtricitabine), once a day.</p>	<p>This is a complete one-pill, once-daily drug regimen. It is recommended that Stribild be taken with food (e.g., breakfast or dinner).</p>
<p>Truvenq (dolutegravir + abacavir + lamivudine), by ViiV Healthcare.</p>	<p>One tablet (contains 50 mg dolutegravir, 600 mg abacavir, and 300 mg lamivudine), once a day. Truvenq is not recommended for people with known HIV resistance to abacavir, lamivudine or any of the approved integrase inhibitors.</p>	<p>This is a complete one-pill, once-daily drug regimen. Truvenq can be taken either with or without food.</p>

Fig 2 Life expectancy from age 20-65 of people who started antiretroviral therapy in 2000-8 by CD4 cell count group at start of antiretroviral therapy compared with that of UK population (2000-6 women and men).



Konstante Weiterentwicklung der

HAART



www.erns.europa.eu, www.fda.gov/oc/ohrt/NEWS/2006/NEW01408.html

Tabelle 2: Indikation zur HIV-PEP bei beruflicher HIV-Exposition (Indexperson HIV-positiv)

Expositionereignis	VL bei Indexperson >50 Kopien/ml oder unbekannt	VL bei Indexperson <50 Kopien/ml
Massive Inokulation (>1 ml) von Blut oder anderer (Körper-) Flüssigkeit mit (potentiell) hoher Viruskonzentration	Empfehlen	Empfehlen
(Blutende) Perkutane Stichverletzung mit Injektionsnadel oder anderer Hohlraumnadel; Schnittverletzung mit kontaminiertem Skalpell, Messer o.ä.	Empfehlen	Anbieten
Oberflächliche Verletzung (z. B. mit chirurgischer Nadel) ohne Blutfluss	Anbieten	Nicht indiziert
Kontakt von Schleimhaut oder verletzter/geschädigter Haut mit Flüssigkeit mit potentiell hoher Viruskonzentration	Nicht indiziert	Nicht indiziert
Perkutane Kontakt mit anderen Körperflüssigkeiten als Blut (wie Urin oder Speichel)	Nicht indiziert	Nicht indiziert
Kontakt von intakter Haut mit Blut (auch bei hoher Viruskonzentration)	Nicht indiziert	Nicht indiziert
Haut- oder Schleimhautkontakt mit Körperflüssigkeiten wie Urin und Speichel	Nicht indiziert	Nicht indiziert



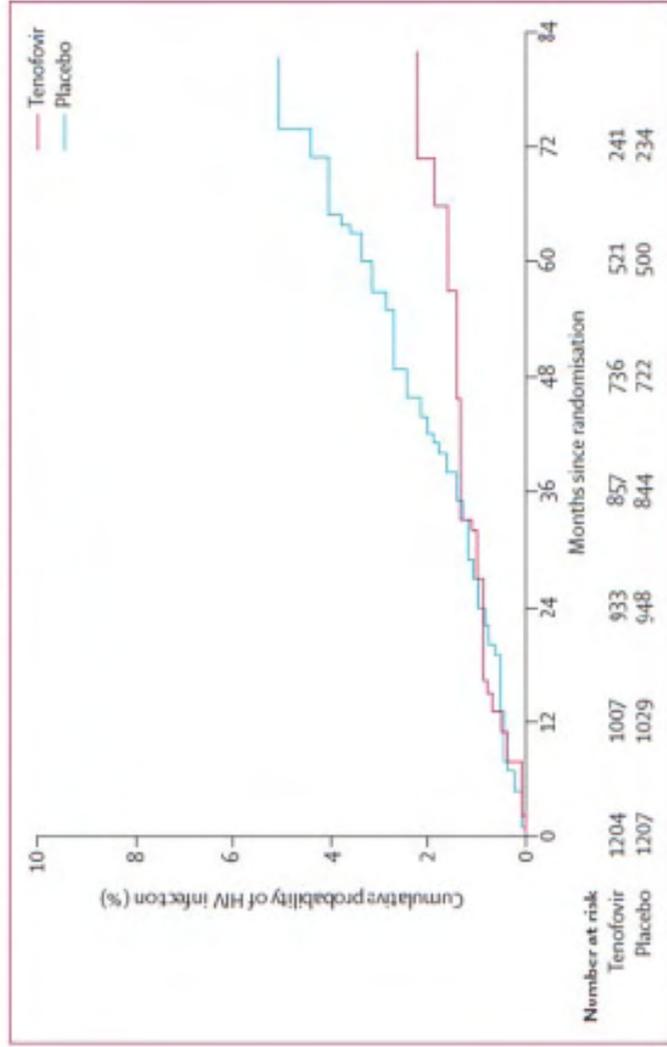
DAIG
Deutsche AIDS-Gesellschaft e.V.



Sexuelle Exposition	Kommentar	PEP-Indikation
Ungeschützter insertiver oder rezeptiver vaginaler oder analer Geschlechtsverkehr (z. B. infolge eines geplatzten Kondoms) mit einer bekannt HIV-infizierten Person	Transmissionsrisiko in erster Linie vom Behandlungsstatus bzw. der Viruslast bei der behandelten Person abhängig	PEP empfehlen - wenn Indexperson unbehandelt bzw. VL > 1000 Kopien/ml - wenn Behandlungsstatus nicht eruierbar PEP anbieten wenn VL der Indexperson 50-1000 Kopien/ml Keine PEP-Indikation wenn Indexperson wirksam behandelt (VL < 50 Kopien/ml)

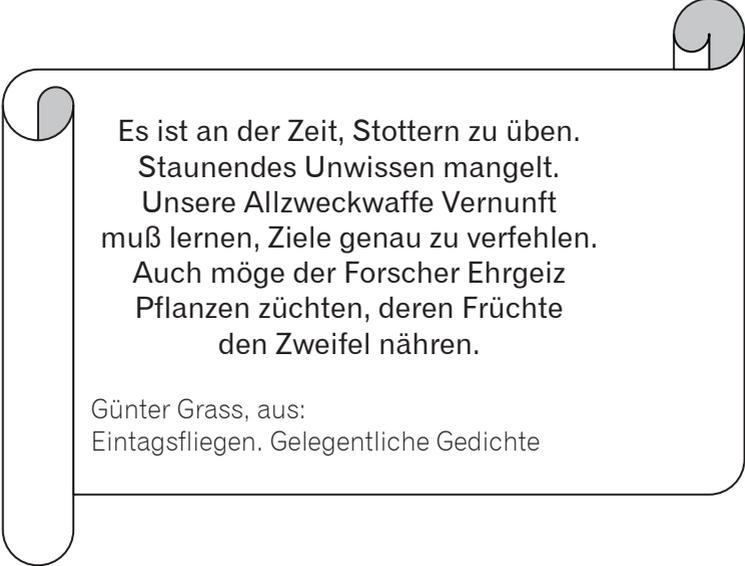
The Lancet 381, June 2013

Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double blind, placebo controlled phase 3 trial Kachit Choopanya MD et al.



Zusammenfassung

- ▶ Sofortige Einleitung einer antiretroviralen Therapie verbessert die Prognose von Patienten, die spät mit einer HIV-Infektion vorstellig werden.
- ▶ Antiretrovirale Therapie sollte bei allen Patienten begonnen werden, deren CD4-Zellzahl unter 350 Zellen/ μ l liegt.
- ▶ Bei Wahl der antiretroviralen Therapie sollte die ganze Bandbreite potenzieller Arzneimittelwechselwirkungen und Komorbiditäten berücksichtigt werden.
- ▶ Wiederherstellung der Immunfunktion ist einer von mehreren Parametern, mit denen eine Verbesserung der Gesundheit von Patienten erfasst werden kann.



Es ist an der Zeit, Stottern zu üben.
Staunendes Unwissen mangelt.
Unsere Allzweckwaffe Vernunft
muß lernen, Ziele genau zu verfehlen.
Auch möge der Forscher Ehrgeiz
Pflanzen züchten, deren Früchte
den Zweifel nähren.

Günter Grass, aus:
Eintagsfliegen. Gelegentliche Gedichte

HCV und Substitution: Aktuelle Behandlungsregime und ein Blick in die Zukunft

Ulrich R.M. Bohr

Vorab mögliche Interessenskonflikte:

Berater- und Vortragstätigkeiten für

AbbVie Deutschland GmbH &Co. KG

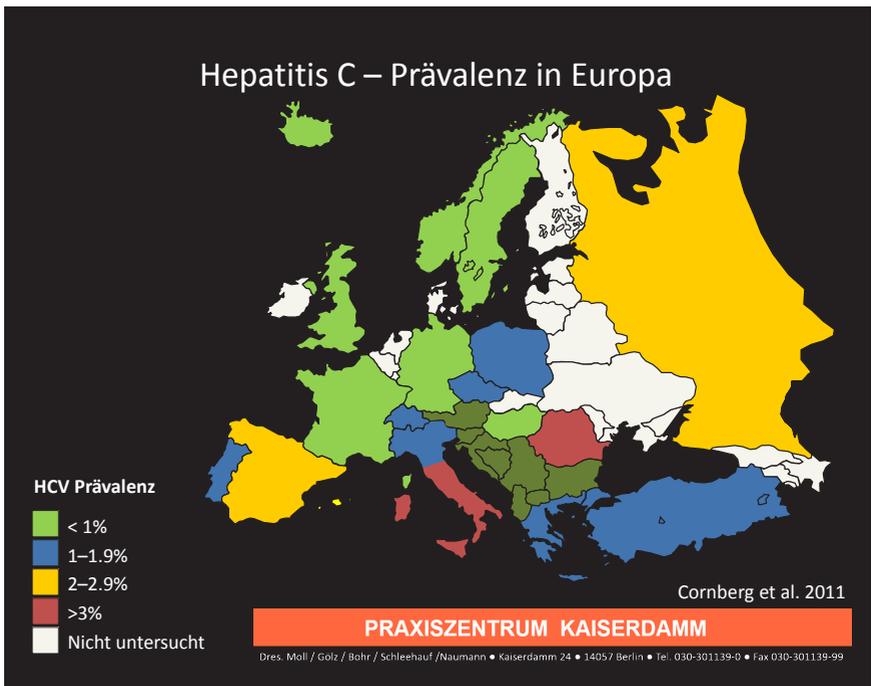
Bristol-Myers Squibb GmbH &Co KGaA

GILEAD Sciences GmbH

Janssen-Cilag GmbH

MSD Sharp & Dohme GmbH

ViiV Healthcare GmbH



Prävalenz von HCV und HIV bei IVDU in Europa



HCV



HIV

emcdda 2002,2003

PRAXISZENTRUM KAISERDAMM

Dres. Moll / Golz / Bohr / Schleeauf / Naumann • Kaiserdamm 24 • 14057 Berlin • Tel. 030-301139-0 • Fax 030-301139-99

Hepatitis C –Diagnostisches Vorgehen

V.a. akute Hepatitis C -----> HCV-RNA

V.a. chron. Hepatitis C -----> HCV-AK

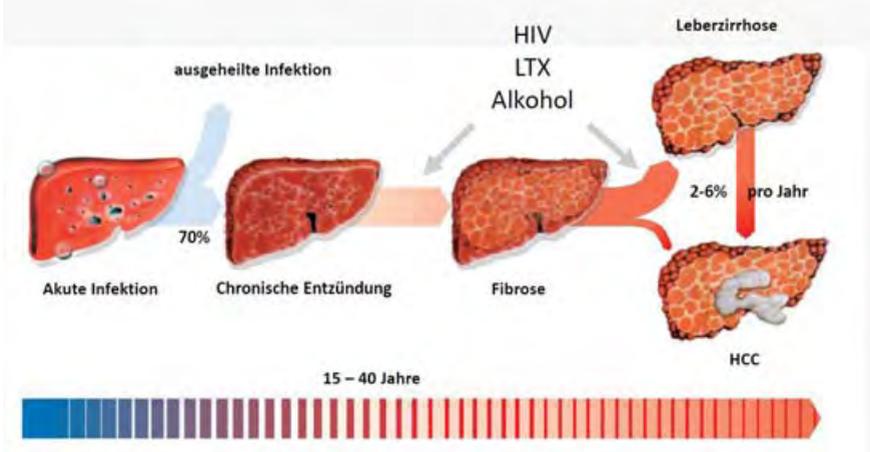


HCV-RNA

HCV-Genotyp

Eine frühe Diagnose ist wichtig für die Prognose!

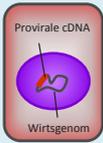
Natürlicher Verlauf der HCV-Infektion



PRAXISZENTRUM KAISERDAMM

Dres. Moll / Gölz / Bohr / Schleeauf / Naumann • Kaiserdamm 24 • 14057 Berlin • Tel. 030 301139-0 • Fax 030 301139-99

Hepatitis C ist heilbar

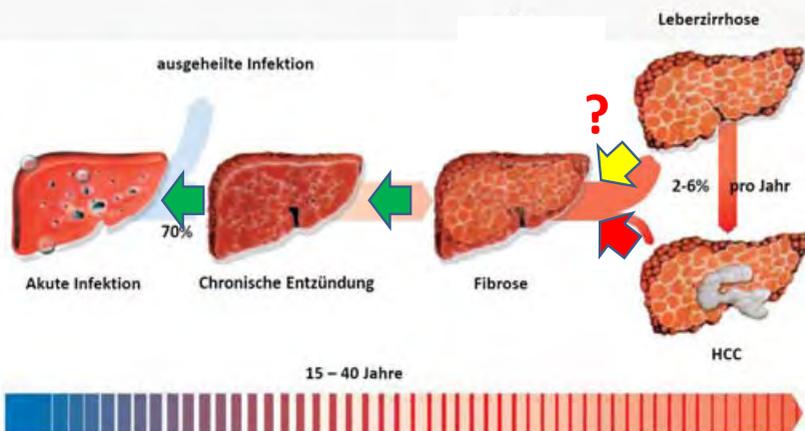
	HIV	HBV	HCV
Tägliche Virusproduktion	10^{10}	$10^{12} - 10^{13}$	10^{12}
Halbwertszeit von freien Viren (Std.)	1	3 - 24	2 - 3
Halbwertszeit von intrazellulären Viren (Std.)	Tage	Monate	Stunden
Intrazelluläres Virusreservoir	JA  In Wirtsgenom integrierte provirale cDNA	JA  Stabile cccDNA persistiert in Hepatozyten	NEIN  Virale RNA wurde nicht in DNA konvertiert und liegt nur im Zytoplasma vor
Behandlungsziel	Lebenslange Virussuppression	Langfristige Virussuppression	Clearance (SVR)

Soriano et al. 2008, Kieffer et al. 2010

PRAXISZENTRUM KAISERDAMM

Dres. Moll / Gölz / Bohr / Schleeauf / Naumann • Kaiserdamm 24 • 14057 Berlin • Tel. 030 301139-0 • Fax 030 301139-99

Chancen der Heilung



PRAXISZENTRUM KAISERDAMM

Dres. Moll / Götz / Bohr / Schleeauf / Naumann • Kaiserdamm 24 • 14057 Berlin • Tel. 030-301139-0 • Fax 030-301139-99

Psychiatrische Komorbidität bei IVDU



An der Schwelle zur Ewigkeit
Vincent van Gogh, 1890

Untersuchung von IVDU (n = 347):

Angststörung	15%
Depressive Störungen	7%
Narzistische PKS	22%
Psychotische Störung	10%
Borderline PKS	16%
Dissoziale PKS	7%
Keine psychiatrische Erkrankung	23%

Götz 2008

PRAXISZENTRUM KAISERDAMM

Dres. Moll / Götz / Bohr / Schleeauf / Naumann • Kaiserdamm 24 • 14057 Berlin • Tel. 030-301139-0 • Fax 030-301139-99

Fibrosegradbestimmung

Schnelle, **schmerzlose** und absolut nicht-invasive Untersuchung der Leber...

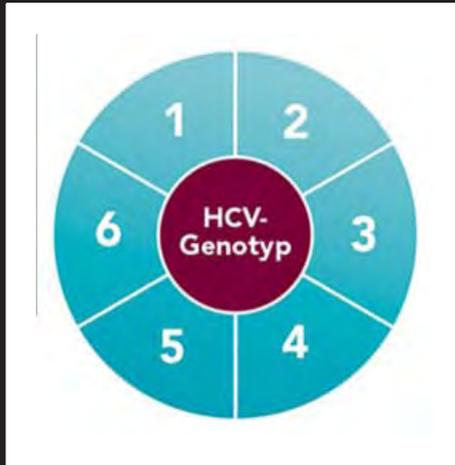


Haben Sie jemals davon gehört – **FibroScan®** ?

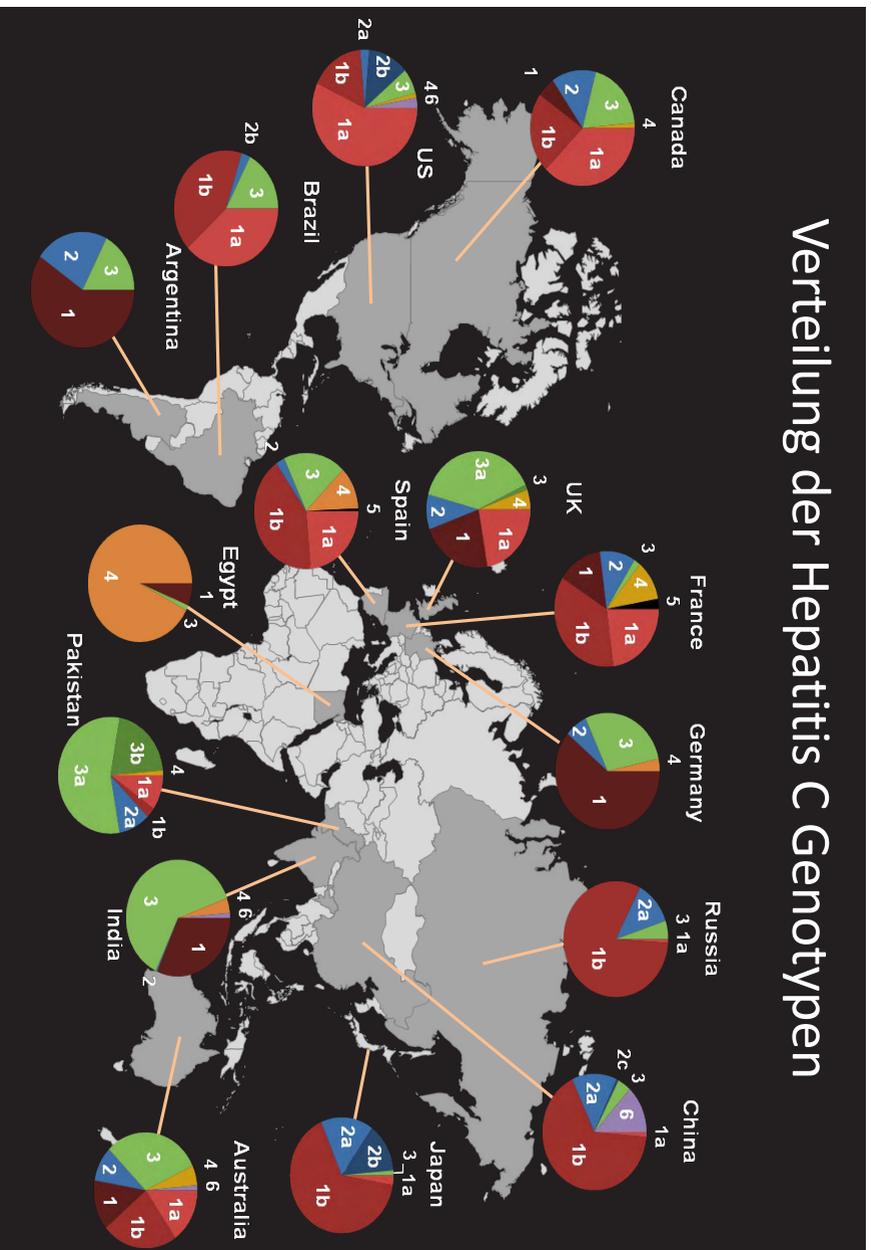
PRAXISZENTRUM KAISERDAMM

Dres. Moll / Golz / Bohr / Schieheuf / Naumann • Kaiserdamm 24 • 14057 Berlin • Tel. 030-301139-0 • Fax 030-301139-99

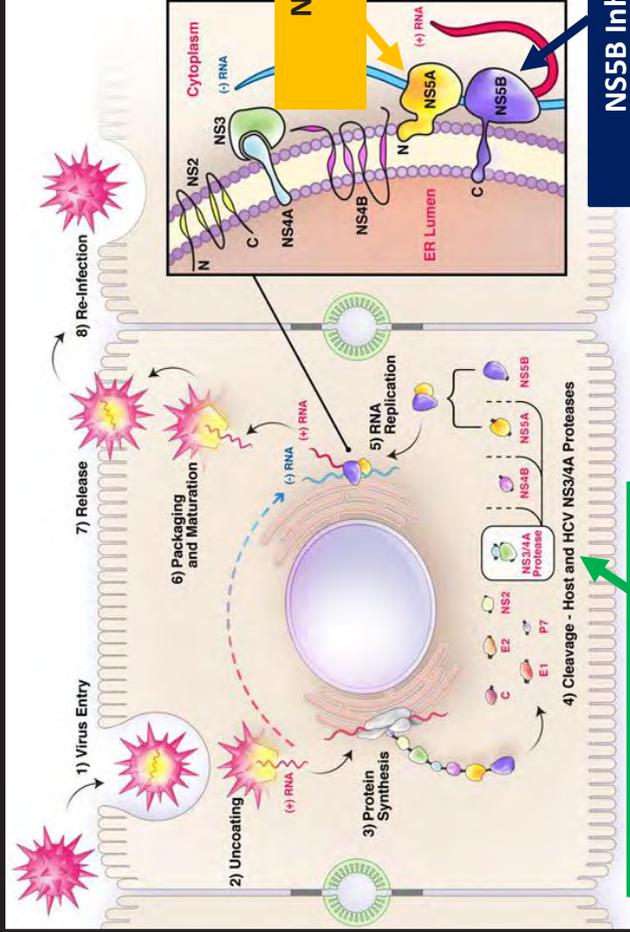
HCV-Genotyp



Verteilung der Hepatitis C Genotypen



HCV-Replikationszyklus



NS5A Inhibitoren (-asvir)

NS5B Inhibitoren (-buvir)

NS3/4A Protease Inhibitoren (-previr)

HCV direct acting agents (DAAs)

NS3/4A Protease Inhibitoren (-previr)	NS5A Inhibitoren (-asvir)	NS5B Inhibitoren (-buvir)
Telaprevir Boceprevir Simeprevir Paritaprevir/r	Daclatasvir Ledipasvir Omitasvir	Sofosbuvir Dasabuvir
-----Pipeline-----		
Faldaprevir Asunaprevir MK-5172 GS-9451 Narlaprevir Danoprevir/r Vaniprevir Sovaprevir ACH-2684 ABT-493 VX-500 IDX-320	MK-8742 Samatasvir (GSK2336805) ACH-2928 BMS-824383 PPI-461 PPI-667 AZD-7295 ACH-3102 ABT-530	GS-9669 ABT-072 Filibuvir Setrobuvir (ANA-598) BMS-791325 Tegobuvir RG7129 Lomibuvir (VX-222) TMC-649128 MK-3281 INX-189 IDX-375 Mericitabine VX-135 (ASL-2200)

HCV direct acting agents (DAAs)

NS3/4A Protease Inhibitoren (-previr)	NS5A Inhibitoren (-asvir)	NS5B Inhibitoren (-buvir)
Telaprevir Incivo®	Daclatasvir Daklinza®	Sofosbuvir Sovaldi®
Boceprevir Victrelis®	Ledipasvir Harvoni®	Sofosbuvir
Simeprevir Olysio®		
Paritaprevir/r Viekirax®	Omitasvir	Dasabuvir Exviera®

PRAXISZENTRUM KAISERDAMM

Dres. Moll / Götz / Bohr / Schleehauf / Naumann • Kaiserdamm 24 • 14057 Berlin • Tel. 030 301139 0 • Fax 030 301139 99

Substitutionstherapie bei Opiatabhängigkeit und HCV-Therapie: Medikamenteninteraktionen



www.hep-druginteractions.org

(1)	(1)	(1)
	(1)	(1)
	(1)	(1)

(1) No a priori dose adjustment is required for the opioid. Monitor for side effects and decrease dose, if needed. No change in exposure of HCV-medicament.

Fall: Frau 50J mit HIV/HBV/HCV-Koinfektion, IVDU

- Chronische HCV-Infektion Genotyp 1a, ED 2002
 - Aktuell: HCV-RNA 4.495.099 Kop/ml
 - GOT 88,2 U/l (10-35), GPT 56,4 U/l (10-35), GGT 66 U/l (0-40)
 - keine Synthesestörung, Thrombozyten 212
 - Fibrosegrad F3-4 (FibroScan 13,4 kPa)
 - 2007 PEG-IFN/RBV: Non Response
 - 2013 TPV/PEG-IFN/RBV: Abbruch wegen STOP-Kriterien, (IL28B: T/C)
- HIV-Infektion ED 2002, CDC B2 (Carcinoma in situ der Portio 2009)
 - Aktuell: ART mit TDF/FTC + RAL seit 01/2013 (Umstellung für die HCV 3-fach Therapie)
 - CD4 = 1026/μl (36%), VL = 0 Kop/ml
 - HLA-B5701 negativ
 - ART: Vorbehandlung, mit TDF + 3TC +ATV/r
 - Keine Resistenzen
- HBV-Infektion ED 2002
 - Aktuell: HBV-DNA = 0 IU/ml, HBs-AG +, Anti HBs -, AntiHbc +, Hbe-AG +, Anti-Hbe -
- Polytoxikomanie mit führender Opiatabhängigkeit
 - IVDU, Substitutionstherapie seit 2002
 - Aktuell: Substitution 08/2014 beendet nach Abdosierung, kein Substanzgebrauch
- Psoriasis vulgaris
- Migraine
- Multiple Sklerose ED 1991, Diagnose in der Schwangerschaft, keine Schübe ab 1992

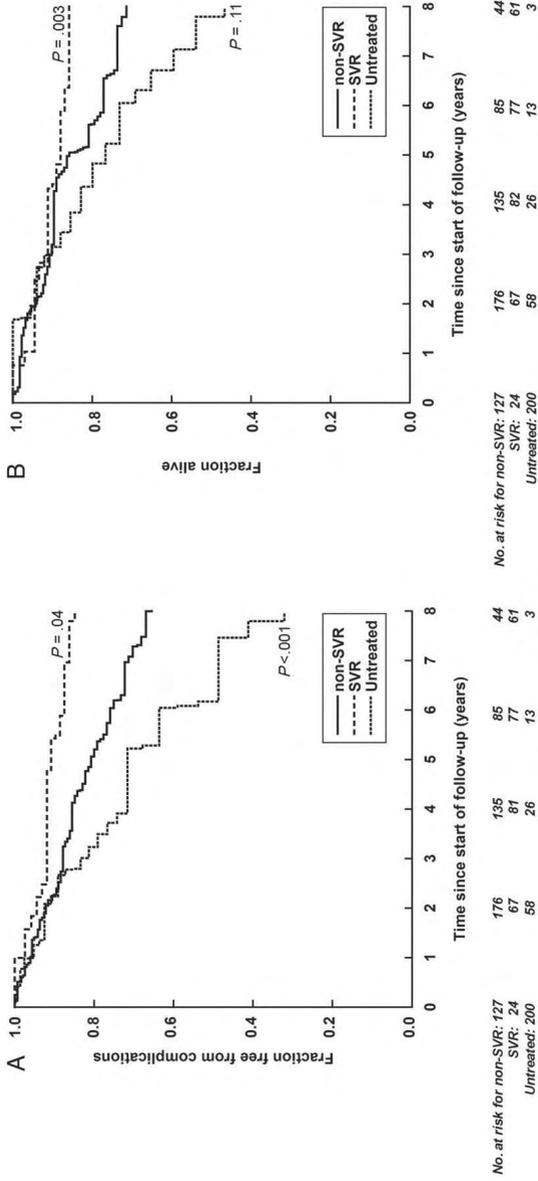
#19876

Fall: Frau 50J mit HIV/HBV/HCV-Koinfektion, IVDU

1. Wann behandeln?

- A: Behandlung ist nicht (mehr) möglich
- B: Behandlung ist im Moment nicht notwendig
- C: so schnell wie möglich

Cumulative risk of complications or death in HCV-infected Patients with Child-Pugh Class A Cirrhosis



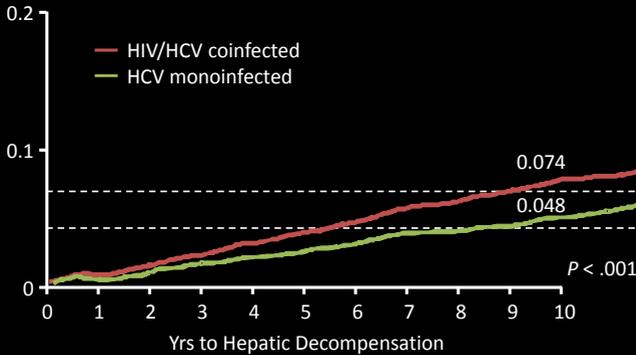
Aleman S et al. Clin Infect Dis. 2013;57:230-236

PRAXISZENTRUM KAISERDAMM

Dres. Moll / Geiz / Bohr / Schliehauf / Naumann • Kaiserdamm 24 • 14057 Berlin • Tel.: 030-3011399-0 • Fax 030-301139-99

HIV/HCV Coinfection vs Monoinfection: Cumulative Incidence of Decompensation

10-year hepatic decompensation risk 83% higher in coinfecting patients
– Adjusted HR 1.83 (95% CI: 1.54-2.18)



Lo Re V, et al. IAC 2012. Abstract WEAB0102

Ist eine HCV-Behandlung sicher hinsichtlich HIV?



PHOTON-1 Study

Fall: Frau 50J mit HIV/HBV/HCV-Koinfektion, IVDU
 2) Welche Therapie?

Kontraindikationen für Interferone:

- Schwere psychiatrische Erkrankung (auch in der Vorgeschichte)
- Schwere Leberfunktionsstörungen
 - ohne HIV Leberzirrhose Child B > 7 Punkte
 - bei HIV(HCV-Koinfektion Leberzirrhose Child > 6 Punkte
- über die Hepatitis B od. C hinaus bestehenden weitere Lebererkrankung
- Autoimmunerkrankungen/Prädisposition für Autoimmunerkrankungen
- schwere schwächende Erkrankungen
- Herzkrankheiten (auch in der Anamnese)
- Kombination mit Medikamenten, die das Immunsystem unterdrücken
- Kombination mit pot. Myelosuppr. Substanzen
- Schilddrüsenenerkrankung, die sich medikamentös nicht ausreichend einstellen lässt
- Psoriasis
- ophthalmolog. Störungen (z.B. diabet. od. hypertensive Retinopathie)
- nach Transplantation.

Fachinformation Harvoni

Tabelle 1: Empfohlene Dauer der Behandlung mit Harvoni und empfohlene kombinierte Anwendung mit Ribavirin bei bestimmten Subgruppen

Patientengruppe*	Behandlung	Dauer
<i>Patienten mit CHC vom Genotyp 1 oder Genotyp 4</i>		
Patienten ohne Zirrhose	Harvoni	12 Wochen. – 8 Wochen können bei therapieinaktiven Patienten mit einer Infektion vom Genotyp 1 in Betracht gezogen werden (siehe Abschnitt 5.1, ION-3-Studie). – 24 Wochen sind bei vorbehandelten Patienten mit ungewissen nachfolgenden Optionen für eine Wiederbehandlung in Betracht zu ziehen (siehe Abschnitt 4.4).
Patienten mit kompensierter Zirrhose	Harvoni	24 Wochen. – 12 Wochen können bei Patienten mit einem geringen Risiko einer klinischen Krankheitsprogression, die nachfolgend Optionen für eine Wiederbehandlung haben, in Betracht gezogen werden (siehe Abschnitt 4.4).
Patienten mit dekompensierter Zirrhose bzw. vor oder nach Lebertransplantation	Harvoni + Ribavirin	24 Wochen (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1)

Fachinformation Harvoni

DGVS-Therapieempfehlungen HCV Genotyp 1

Therapieregime	Dauer (Wo.)	Pat. ohne Zirrhose			Pat. mit komp. Zirrhose		
		TN ¹	TE ²	BOC/TVR ³	TN ¹	TE ²	BOC/TVR ³
LDV + SOF	8	x ⁴					
LDV + SOF	12	x	x	x			
LDV + SOF + RBV	12				x	x	x
LDV + SOF	24				(x) ⁵	(x) ⁵	(x) ⁵
LDV + SOF + RBV	24				(x) ⁵	(x) ⁵	(x) ⁵
PTV/r + OMV + DSV (1b) ⁵	12	x ⁶	x ⁶				
PTV/r + OMV + DSV + RBV	12	x ⁷	x ⁷		x ⁸	x ⁸	
PTV/r + OMV + DSV + RBV	24				x ⁸	x ⁸	
SMV + SOF ± RBV	12	(x) ⁹	(x) ⁹		(x) ⁹	(x) ⁹	
DCV + SOF ± RBV	12/24	(x) ¹⁰	(x) ¹⁰	(x) ¹⁰			

¹ TN, therapieäquiv.

² TE, therapieerfahren (Vorbehandlung mit (PEG)-Interferon ± RBV).

³ BOC/TVR, Vortherapie mit Boceprevir und/oder Telaprevir.

⁴ Für Frauen und für Patienten mit niedriger Ausgangsviruslast (<6 Millionen IU/ml), siehe auch Erläuterungen.

⁵ Nur bei negativen Prädiktoren wie z. B. dekompensierte Leberzirrhose oder Versagen einer DAA-Vortherapie.

⁶ Nur für Patienten mit einer HCV-Subtyp 1b-Infektion.

⁷ Für Patienten mit einer HCV-Subtyp 1a-Infektion.

⁸ Bei Patienten mit einer HCV-Subtyp 1a-Infektion, Leberzirrhose und einem neg. Prädiktor (AFP ≥ 20 ng/ml, Thrombozyten < 90/nl, Albumin < 35 g/l) sollte eine Verlängerung der Therapie auf 24 Wochen erfolgen.

⁹ Nicht als Standardtherapie, da bisher keine Daten von Phase-3-Studien vorliegen.

¹⁰ Nicht als Standardtherapie, da bisher keine Daten zu Patienten mit Leberzirrhose bzw. aus Phase-3-Studien vorliegen.

Sarrazin et al. Z Gastroenterol 2015;53:320-334

Kosten der DAAs (4 Wochen-Packung)

Sofosbuvir (Sovaldi®)	19.999,46 €
Simeprevir (OLYSIO®)	16.245,96 €
Daclatasvir (Daklinza®)	13.325,25 €
Ledipasvir/Sofosbuvir (Harvoni®)	22.260,88 €
Paritaprevir/r/Omitasvir (Viekirax®)	16.995,00 €
Dasabuvir (Exviera®)	1.655,00 €

DGVS-Therapieempfehlungen HCV Genotyp 2

Therapieregime	Dauer (Wo.)	Pat. ohne Zirrhose		Pat. mit komp. Zirrhose	
		TN ¹	TE ²	TN ¹	TE ²
SOF + RBV	12	x	x	x	x ³
DCV + SOF ± RBV	12		(x) ⁴		(x) ⁴

¹ TN, therapienaiv.

² TE, therapieerfahren (i. d. R. Vorbehandlung mit (PEG)-Interferon ± RBV).

³ Alternativ kann bei entsprechender Verträglichkeit auch eine Dreifachtherapie mit SOF, PEG-Interferon und RBV durchgeführt werden.

⁴ Bei Versagen einer Therapie mit SOF und RBV.

Sarrazin et al. Z Gastroenterol 2015;53:320-334

DGVS-Therapieempfehlungen HCV Genotyp 3

Therapieregime	Dauer (Wo.)	Pat. ohne Zirrhose		Pat. mit komp. Zirrhose	
		TN ¹	TE ²	TN ¹	TE ²
SOF + RBV	24	x	x	x ³	(x) ^{3,4}
DCV + SOF	12	x	x		
LDV + SOF + RBV	12	(x) ⁴	(x) ⁴		
DCV + SOF + RBV	24				x ³
LDV + SOF + RBV	24				(x) ^{3,4}

¹ TN, therapienaiv.

² TE, therapieerfahren (i. d. R. Vorbehandlung mit (PEG)-Interferon ± RBV).

³ Alternativ kann bei entsprechender Verträglichkeit auch eine Dreifachtherapie mit SOF, PEG-Interferon und RBV durchgeführt werden.

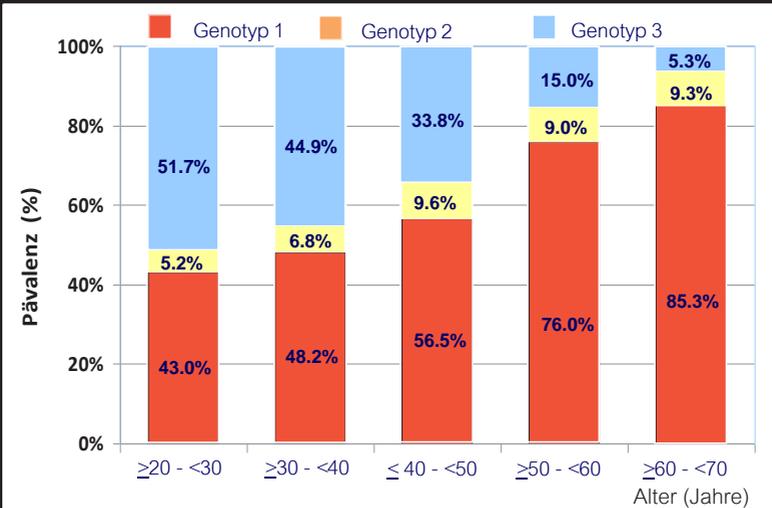
⁴ Diese Therapie ist nur mit Einschränkungen zu empfehlen (s. Erläuterungen).

Sarrazin et al. Z Gastroenterol 2015;53:320-334

PRAXISZENTRUM KAISERDAMM

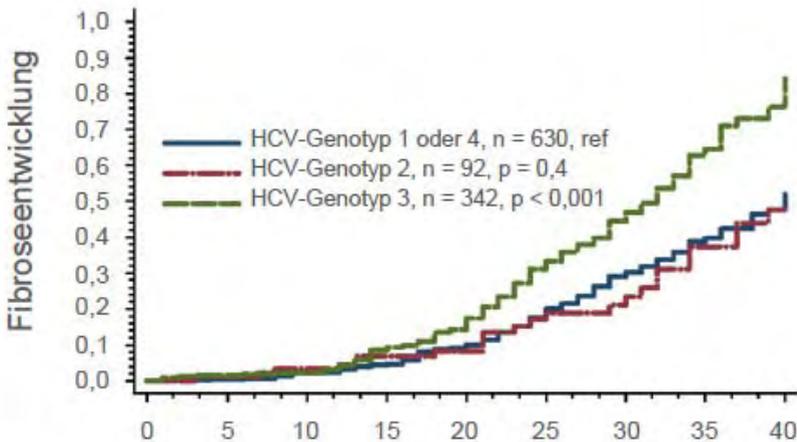
Dres. Moll / Goiz / Bohr / Schleeauf / Naumann • Kaiserdamm 24 • 14057 Berlin • Tel. 030-301139-0 • Fax 030-301139-99

HCV Genotypen: Altersabhängige Prävalenz in Deutschland



Hüppe D et al., Z Gastroenterol 2009; 47:152

HCV-Genotyp und Fibroseentwicklung



Bochud et al. J Hepatol 2009

DGVS-Therapieempfehlungen HCV Genotyp 4

Therapieregime	Dauer (Wo.)	Pat. ohne Zirrhose		Pat. mit komp. Zirrhose	
		TN ¹	TE ²	TN ¹	TE ²
LDV + SOV	12	x	x		
LDV + SOV + RBV	12			x	x
PTV/r + OMV + RBV	12	x	x		
SMV + SOF ± RBV	12	(x) ³	(x) ³	(x) ³	(x) ³
DCV + SOF ± RBV	12	(x) ³	(x) ³		

¹ TN, therapieäiv.

² TE, therapieerfahren (i. d. R. Vorbehandlung mit (PEG)-Interferon ± RBV).

³ Diese Therapie ist nur mit Einschränkungen zu empfehlen (s. Erläuterungen).

Sarrazin et al. Z Gastroenterol 2015;53:320-334

Zusammenfassung

Eine rechtzeitige Behandlung kann Komplikationen verhindern.

Durch die neuen Therapieoptionen können heute Patienten behandelt werden, die früher wegen fortgeschrittener Leberschädigung oder Kontraindikationen nicht behandelt werden konnten.

Die modernen Therapien sind deutlich verträglicher aber auch teurer geworden.

Eine sorgfältige Indikationsstellung ermöglicht optimale Heilungschancen und spart Kosten.

Es ist nicht immer einfach, die beste Therapie auszuwählen!

Substitution in den Haftanstalten der Schweiz

Dr. Maria Pfefferle

Schweizer Drogenpolitik im Allgemeinen

Gesetzlich sind in der Schweiz der Gebrauch und Verkauf von psychoaktiven Substanzen verboten. Wie überall in der westlichen Welt gab es ab den 60er Jahren einen sprunghaften Anstieg des Drogenkonsums mit den ersten registrierten Drogentoten 1972. Das führte 1975 zu einer Revision des Betäubungsmittelgesetzes mit Verschärfung der repressiven Massnahmen. Schon damals finden sich erste Elemente der Prävention und Therapie im Gesetzestext, allerdings bleiben die Zuständigkeiten zwischen Kantonen und Bund vage definiert, was eine Umsetzung dieser Elemente in die Praxis bremst.

Haltung der Öffentlichkeit

Das Thema Drogen wird allerdings in der Öffentlichkeit als relevantes Problem wahrgenommen, zumal der Drogenkonsum in den grossen Städten sehr sichtbar in den zentralen Parks stattfindet (Beispiel „Needle-Park“, der Spitzplatz in Zürich unweit der teuren Bahnhofstrasse). Die Medien berichten viel, es gibt zwei gegensätzliche Initiativen, nämlich 1997 „Jugend ohne Drogen“, welche eine weitere Verschärfung der Repression fordert, und 1998 „Droleg“, welche eine Legalisierung von Drogen vorschlägt. Beide politischen Initiativen scheitern am Referendum.

Parallel dazu entwickeln sich - legal im Graubereich - privat organisierte Massnahmen der Schadensminderung. Seit den 70er Jahren wird Methadon zum Entzug abgegeben, 1980 wird der erste Fixerraum der Schweiz in Zürich eröffnet, ebenfalls in Zürich läuft von 1988 bis 1992 das ZIPP –„Zürcher Interventions Pilot-Projekt gegen Aids“, initiiert von dem Immunologie-Professor Peter J. Grob als Reaktion auf die aufkommenden HIV-Infektionen. Bei diesem Projekt werden die Drogenkonsumenten am Zürcher Spitzplatz mit sterilem Spritzmaterial versorgt und über das Risiko einer HIV-Übertragung durch kontaminierte Spritzen informiert. Ab 1991 gibt es schweizweit niederschwellige Methadonprogramme, zum Entzug wie zur Substitution. Ab 1994 gibt es einzelne Zentren, in denen eine heroingestützte Behandlung angeboten wird.

Schweizer Drogenpolitik

Entsprechend dem Echo in der Öffentlichkeit werden die verschiedenen Aspekte des Drogenkonsums auch Thema vieler wissenschaftlicher Studien. Nachdem dann somit auch wissenschaftlich formal nachgewiesen werden kann, dass eine substitutionsgestützte Behandlung den Drogenkonsum reduziert, die Mortalität (durch overdose) senkt, die Morbidität reduziert, das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Drogenkonsumenten verbessert und die Kriminalität und die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen und den Justizbereich senkt, ist eine weitere Revision des Betäubungsmittelgesetzes möglich.

Diese erfolgt dann 2008 und konstituiert die „**Viersäulenpolitik**“, bei der der Schwerpunkt des Ansatzes nicht mehr in der Repression liegt, sondern Prävention, Therapie, Schadensminderung für ebenso wichtig erklärt werden. Das Bundesamt für Gesundheit definiert diese Säulen folgendermassen:

- **Prävention** - Verhinderung des Einstiegs in den Drogenkonsum und der Suchtentwicklung
- **Therapie** - Ermöglichung eines nachhaltigen Ausstieges aus der Sucht, Förderung der sozialen Integration und der Gesundheit der behandelten Personen
- **Schadensminderung** - Verringerung der negativen Folgen des Drogenkonsums auf die Konsumierenden und auf die Gesellschaft, Ermöglichung eines individuell und sozial weniger problematischen Drogenkonsums, «Überlebenshilfe»
- **Repression** - Verbot illegaler Drogen, Strafverfolgung.

Wie ist die Situation an den Schweizer Haftanstalten? Gilt die Viersäulenpolitik auch dort?

Die Antwort darauf gibt wiederum das Bundesamt für Gesundheit, allerdings indirekt, aus der Perspektive des public health. Im selben Jahr, in der die Revision des Betäubungsmittelgesetzes durchgeführt wird, ruft das Amt das Projekt „Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis“ ins Leben, welches folgende Ziele hat:

- ▶ Verringerung der Übertragung von Infektionskrankheiten im Vollzug
- ▶ Verringerung der Übertragung von Infektionskrankheiten aus dem Vollzug in die Aussenwelt und umgekehrt
- ▶ Gleichwertige Prävention, Testung und Therapie

-
- ▶ Gleichwertige Drogentherapie
 - ▶ Nachhaltigkeit der entwickelten Massnahmen und Instrumente.

Die Ergebnisse findet man in einer Publikation von 2012, „Übertragbare Krankheiten und Abhängigkeiten im Gefängnis“ - Vademekum. Die sehr gut geschriebene Broschüre gibt es gegen Versandkosten zu bestellen oder als Gratis-Download im Internet.

In Bezug auf die Opiatsubstitution im Gefängnis findet man folgenden Satz, der meiner Ansicht nach eine eindeutige Antwort auf die oben gestellten Fragen ist: „Jeder opioidabhängigen Person soll eine individualisierte Behandlung ermöglicht werden, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist und sich dem klinischen Verlauf sowie der Entwicklung der persönlichen Motivation und der strafrechtlichen Situation anpasst.“

Wie sieht es in der Praxis aus?

In allen Schweizer Haftanstalten gibt es niedrigschwellige Opiatsubstitution, Verteilung von Kondomen, Suchttherapie und Aufklärung. Spritzenaustauschprogramme gibt es zur Zeit in 13 von 113 Haftanstalten. Ein solches Programm wurde übrigens das erste Mal 1992 ohne offizielles Mandat von Dr. Franz Probst in der Haftanstalt Oberschöngrün eingesetzt. In einzelnen Anstalten gibt es heroingestützte Substitution.

Praktische Details aus der Haftanstalt Champ Dollon in Genf

Das Gefängnis Champ Dollon ist 1972 gebaut worden, es ist das grösste Untersuchungshaft-Gefängnis der Schweiz und gleichzeitig ein Hochsicherheitsgefängnis. Die letzten Jahre waren geprägt von starker Überbelegung. Eine Besonderheit ist, dass der medizinische Dienst unabhängig von dem Justizministerium und von der Gefängnisdirektion ist, er ist sogar Teil der Universitätsklinik.

Die Gefängnispopulation setzt sich mehrheitlich aus jungen Männern aus Afrika, dem Mittleren Osten und Europa zusammen, der Anteil an Schweizer Staatsbürgern beträgt rund 8 %. Von den ausländischen Inhaftierten besitzen 67% keine gültige Aufenthaltsgenehmigung (weder Schweiz noch Schengenraum, Angaben 2011).

Ungefähr 40 % der Häftlinge konsumieren illegale Drogen, davon wiederum 15-25% intravenös (beziehungsweise 6-10% aller Häftlinge. Angaben 2011).

Seit 1973 gibt es an Champ Dollon die Ausgabe von Methadon, bis 1995 nur zum Entzug, ab dann auch im Rahmen einer Substitutionstherapie (1996 formell autorisiert). Im Dezember 2014 erhielten 40 von 850 Häftlingen (4,7%) eine Substitutionstherapie.

Die Opioide werden durch den Gefängnisarzt verschrieben, nachdem klinisch die Abstinenzsymptomatik (Tachykardie, Gänsehaut, Gähnen, Rhinorrhoe, Mydriasis, «score de sevrage») beurteilt, ein Urintest und ein EKG durchgeführt worden sind.

Die eingesetzten Substanzen sind vor allem Methadon (Razemat), bei langem QTc werden Burprenorphin oder Morphinsulfat eingesetzt.

Bei dokumentierter Vorbehandlung wird, wenn möglich, mit der gleichen Substanz weitersubstituiert und dann individuell angepasst. Bei unklaren Fällen oder besonderen Fragestellungen wird der Patient durch einen erfahrenen Suchtmediziner begleitet.

Die Opioide werden unter Sichtkontrolle in Anwesenheit des Pflegepersonals eingenommen, Tabletten und flüssige Zubereitungen an der Zellentür, Sublingualschmelztabletten (Burprenorphin) in den Behandlungszimmern des medizinischen Dienstes im Beisein des Personals. Die Substanzen werden strikt nur am Morgen ausgeteilt, einzige Ausnahmen sind die „rapid metabolizer“ unter den Patienten, diese erhalten auch am Abend eine Dosis.

Wenn möglich, wird die Entlassung mit dem Patienten und den ambulanten Substitutionsnetzwerken in Genf und grenzübergreifend im benachbarten Frankreich vorbereitet. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Diensten funktioniert glücklicherweise sehr gut; falls erwünscht, kann in bestimmten Fällen eine ambulante Suchtberatung auch nach erfolgreichem Entzug vermittelt werden.

Bei Abhängigkeit von Benzodiazepinen, Alkohol, Kokain und ev. Amphetaminen wird meistens mit Benzodiazepinen substituiert, zum Teil nach validierten Protokollen (Alkohol), sonst entsprechend den klinischen Symptomen, weitere Studien dazu sind auch in Zusammenarbeit mit Kollegen in Frankreich in Arbeit bzw. geplant. Wenn möglich, werden dabei die psychiatrischen Komorbiditäten auch in Zusammenarbeit mit den Psychiatern behandelt und, falls indiziert, Neuroleptika und Antidepressiva eingesetzt.

Spritzentauschprogramme reduzieren die Übertragung von Infektionskrankheiten, reduzieren den Drogenkonsum und vermindern Infektionen an den Injektionsstellen. An der Haftanstalt Champ-Dollon wird das Spritzentauschprogramm seit 1995 geduldet, seit 2000 ist es amtlich autorisiert.

Zunächst gab es starke Vorbehalte seitens der Justizvollzugsbeamten, die befürchteten, dass die Spritzen als Waffen eingesetzt würden, aber auch seitens der Pflegefachkräfte, die sich mit einem ethischen Problem konfrontiert sahen, weil sie vermeintlicherweise den illegalen Drogenkonsum unterstützen würden.

Eine Studie von 2011 ergab, dass es keinerlei Aggressionen oder Unfälle im Zusammenhang mit dem Spritzentausch gab, ausserdem wurde keine Erhöhung des Drogenkonsums beobachtet, es wurde eine Verminderung der Spritzenabzesse festgestellt und eine Verbesserung der therapeutischen Beziehung zwischen Pflegepersonal und Konsumenten, die das Programm gut akzeptierten. Insgesamt wurde die Zusammenarbeit mit der Gefängnisdirektion in diesem Punkt als hervorragend bezeichnet. 2011 hat der medizinische Dienst an Champ Dollon für dieses Spritzenaustauschprogramm den „Best Practice Award“ des WHO Health in Prison Project erhalten.

Weitere Massnahmen zur Schadensminderung in Champ Dollon sind die Bereitstellung von Präservativen (seit 1985) und die HBV-Impfung, die Bereitstellung von sterilem Tätowier-Material ist in Vorbereitung.

Quellen:

- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- „Prison medicine, public health policy and ethics: the Geneva experience“. Elger BS, Swiss Med. Wkly 2011
- «Health Problems among detainees in Switzerland: a study using the ICPC-2 classification». Wolff H et al. BMC Public Health 2011
- «Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison». Jürgens R et al. Lancet Infect Dis 2009
- Kongressbericht “Harm-reduction-Strategien im Gefängnis 28.2.-1.3.1996 in Bern”. Stöver H. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1996
- “Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism”. Harding T, Nelles, J. Lancet, 1995
- « Informationen für politische Entscheidungsträger», Euromethwork, 2003
- “Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C antibodies in prisoners in England and Wales: a national survey.” Weild AR et al, Commun Dis Public Health, 2000
- “Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: a systematic review.” Abdul-Quader AS et al. Aids Behav, 2013
- “Drug-related arrest rates and spatial acces to syringe exchange programs in New York City health districts: combined effects on the risk of injection-related infections among injectors. “ Cooper HL et al, Health Place, 2012.

ARBEITSGRUPPEN - Protokolle

„Substitution und HIV-/HCV-Behandlung – was läuft wie in den Bundesländern, was ist mit den Kosten?“

Maren Dix-Wetz

Erfahrungen und Diskussion der Teilnehmer

JVA Niedersachsen:

- die Kosten für Hepatitis C-Behandlung werden übernommen, wenn die Haft lang genug ist (sich die Behandlung „lohnt“), jedoch nicht während einer U-Haft – da die Dauer der U-Haft ungewiss ist.
- Behandlungen laufen gut, es werden regelmäßig Tests auf Viruslast gemacht, nach 4, 12, etc. Wochen.
- Manche Länder scheuen Kosten.
- Substituierte werden nach HIV und Hepatitis C getestet, jedoch ist das in jeder Einrichtung/JVA unterschiedlich.
- nach 6 Monaten Therapieende, weitere regelmäßige Kontrollen werden empfohlen.
- befürwortet/wünscht mehr Tests dazu.

JVA Würzburg/Bayern:

- in Bayern muss jeder auf Hepatitis B, C und HIV getestet werden.
- dem Küchenpersonal werden Impfungen angeboten.
- infektiöse kranke Insassen werden alleine untergebracht, aufgrund der erhöhten Infektionsgefahr.
- HIV positiv getestete Insassen werden auf BCAA (?) getestet.
- es ist Pflicht den Anstaltsleiter darüber zu informieren.
- Anstaltsleiter muss nicht alle Infektionen an das Ministerium melden.

JVA Hessen:

- Impfungen werden allen angeboten, unofficial wird dafür „geworben“, vor allem im Jugendbereich.
- muss nicht alle Infektionen an das Ministerium melden, aber der Anstaltsleitung.

JVA Niedersachsen:

- jedes Quartal wird geschaut, wie viele Infektionen es gibt, um die Kosten planen zu können.

JVA Saarland/Saarbrücken:

- alle werden auf Antikörper getestet.
- es wird in der Haftanstalt nicht substituiert!
- > Antwort dazu JVA Hessen/Butzbach: - „Man kann das in Haft nicht anders machen als draußen! Substitution ist wichtig!“

Tabelle/Ergebnis

Bundesland	Substitution	HCV-Therapie
Hessen	Ja	Ja, Butzbach
Niedersachsen	Ja	JVKH (Justizvollzugskrankenhaus)
Saarland	Nein	(Ja) – fast überall
Bayern	Nein	Ja, Würzburg
Thüringen	Ja	Ja
Bremen	Ja	Ja
NRW	Ja	Ja, JVKH
Berlin	Ja	Ja

JVA Niedersachsen:

- es gibt keine Abschlusstests, in Bayern sei das anders.

JVA Saarland:

- regelmäßige Tests.
- Keine intravenösen Drogenkonsumenten, da wenn konsumiert wird dies durch die Nase passiert, deshalb macht ein „Spritzraum“ keinen Sinn.

JVA Hessen/Butzbach:

- gute Netzarbeit/Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen, etc.

JVA Niedersachsen:

- wenig Hepatitis B- Fälle.
 - für eine Hepatitis C- Behandlung muss der Patient drogenfrei oder sauber substituiert sein.
- (Bsp.: ein Patient hatte nach 1 Woche einen Rückfall. JVA Niedersachsen hat daraufhin die Behandlung/Therapie abgebrochen. Andere Länder, wie Hessen und Bremen zum Beispiel, hätten wegen einer möglichen Resistenzbildung

Umgang mit positiven Urinkontrollen und dem Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen

Dr. Marc Lehmann

Was ist Beikonsum und was ist es nicht? Psychoaktive Substanzen: auch Zigarette.

„Patienten bekommen viel zu viele Psychoaktive Substanzen „

Agenda Beikonsum

Wege der Feststellung:

Weg der Speicheltestung – mehr Informationen als beim Urintest
..Urinproben können massiv beeinflussbar sein/werden.

Dessau Modell/Limbertmodell ?

Nächste Problematik : Kompetenz / 450 Substanzen.

Rechtliche Regeln

Wie reagieren?

Nikotin ist kein Beikonsum. Koffein/Teein? Wo beginnt Beikonsum?

Aktenführung

Psychoaktive Substanzen → behandelte Diagnose „Wann fängt Beikonsum an?“

Substanzen die legal zu besorgen sind. Hype zur Zeit auf Buscopan z.B. (mehrere stimmen zu); das hat in der Substitution nichts zu suchen.

Ist der Beikonsum eine unbehandelte Behandlung?

Was ist Beikonsum? Das was ich nicht verordnet habe? Medikamenten-Weitervergabe? Es müssen von Anfang an die „Spielregeln“ klargemacht werden (alle Stimmen zu).

Was zählt zu Beikonsum, was ist Beikonsum?

Beeinflussung der Substanzen außerhalb der Therapeutischen Behandlung.

Es hat auch was mit dem Gebrauch von psychoanalytischen Substanzen zu tun. „Wir haben ganz klare Spielregeln: 0,0 Promille heißt keine Vergabe" (JVA Thüringen). Die Folge ist Teilentgiftung (Referent).

Wie weit sind wir zur Detektivarbeit verpflichtet?

Gefährlicher Beikonsum - was ist gefährlich? - Individuelle Prüfung „Wo stehe ich/was habe ich“.

Null Kontrolle ist auch nicht richtig.

Wie viel Kontrolle? Welche Kontrolle?

„Kontrolle am Anfang die ersten 4 Wochen - dann versuche ich ihn zu bearbeiten – zwischendurch im Verlauf „

„Kontrollieren durchgängig, ich möchte wissen wo mein Patient steht. Hat er eine Alkoholabhängigkeit? Das zu wissen ist wichtig – denn was kann ich verbessern ohne Kenntnis.

Akut wissen!

„Wir sind verpflichtet durchgängig zu kontrollieren!“

Widerspruch zwischen immer wieder wachsender Technologie „Schweißtest“ - UND Patientengespräch.

„Ich erfahre sehr viel über die Gespräche,„. Dann kann man besser therapeutisch intervenieren.

„Es gibt jedoch auch viele Patienten die wunderbar lügen können und man es dort nur mit einer Kontrolle erfahren kann“ (JVA Düsseldorf).

„Es müssen Abstriche gemacht werden, es beginnt nämlich schon draußen“ (JVA Düsseldorf).

JVA Thüringen: „Wir beziehen uns stark auf die ICD – Kodierung“.

Wir dürfen bestimmte Behandlungen nicht machen wenn wir Beikonsum haben.

Wie weit gehen wir mit unserem Kontrolldruck ?

Kontroll- und Überwachungsdruck – Ressourcentechnik nicht machbar und Menschenunwürdig (Referent).

Was sind für uns die absoluten No Gos? (Heroin Beikonsum): Ist ein Zeichen dass wir nicht richtig dosieren?

Wie wären wir kompetent? Und wie können wir handlungstechnisch agieren?

„Wir müssen im Vorfeld Testen“

Problemlösungen:

Gespräche + Gründe weshalb konsumiert wurde herausfinden; daraufhin folgt die Verwarnung.

Befunde hinterfragen die wir in der Klinik haben?

„Das und das ist aufgefliegen“- Konfrontation.

Dazu gibt es 2 Möglichkeiten: 1. Reintechnische Prozesse: B – Probe (Haarprobe zum Beispiel) oder 2. als Fragezeichen versehen.

Das Gesetz gibt vor:

UK nur unter Sichtkontrolle und Beschriftung vor dem Klienten.

Was jedoch müssen wir beachten?

JVA Hildesheim: Personalmangel, es wird vorausgesetzt, dass wir gut geschultes Fachpersonal haben.

JVA NRW: Ein Grundsatzkonzept muss vorhanden sein. In der Praxis fühle ich mich hintergangen. Selbstreflexion führt zur Supervision „Was macht der Klient mit mir gerade?“ „Ich fühle mich hintergangen.“

„Für jede neue Krankheit/Konsum, muss eine neue Therapie erstellt werden.“

JVA Nürnberg: „Rückfälle/ Beikonsum haben eine Ursache!“ Hier gilt es Unterschiede zu finden. Und wieviel Spielraum ist möglich?“

JVA Hannover: Arbeit im Gefängnis zum Beispiel. In allen anderen Bundesländern ist es noch vorhanden. Wir haben es bei uns abgeschafft.

„Wir haben Substitution nur für einen Bereich (Heroin) wie bekommen wir die anderen Stoffe mit ins Boot?“

„Wir brauchen einen transparenten Korridor“

„Wir dosieren bei Betrug strickt ab!“

Referent Dr. Marc Lehmann:

- Psychoaktive Substanzen

erlaubt /unerlaubt – Behandlungsbedingungen? Therapeutisch? Regelwerk?

- Kompetenz? Toxikologische Weiterbildung.

Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen (Fachliteratur). Toxikologen hinzuziehen wenn Befunde vor Gericht zu ungenau.

„Toxikologischen Sachverstand erkaufen“ mit eig. Labor“ (JVA Düsseldorf), oder von Extern holen.

Benötigt werden mehr Infos zu den neuen Substanzen.

Was macht der Patient mit mir?

Qualitätszirkel Supervision.

„Einzelkämpfe“.

Individualisierte Therapie in einem transparenten Korridor berücksichtigt die Rahmenbedingungen.

Behandlungspyramide und das 4 Säulenmodell.

Feedbackrunde

Was bleibt aus der Diskussion inhaltlich? Was verändert sich bei Ihnen heute?

- ▶ „Interessanter Blick von der Theorie in die Praxis“
- ▶ „gespaltene Meinungen“ „immer wieder überrascht wie groß die Unterschiede in den verschiedenen Bundesländern sind“
- ▶ „Spannende Entwicklung der letzten Jahre“
- ▶ „Wir müssen Bundesweit etwas finden woran man sich orientieren kann“
- ▶ „der Austausch ist sehr sinnvoll (Bayern) solche Treffen sollten häufiger stattfinden“.

Anwesende TeilnehmerInnen nach Bundesländern:

Berlin: 1

Hannover: 1

Niedersachsen: 6

Brandenburg: 1

Thüringen: 1

Sachsen: 1

NRW: 8

Bayern: 4

Saarland: 1



Schnittstellenproblematik - Von Draußen nach Drinnen und von Drinnen nach Draußen: Substitutionsbehandlung, HIV, HCV/- das Beispiel Köln

Dr. Michael Lutz-Deitinger

Einleitung

Die Substitution in Haft könnte bei mehr Haftinsassen vorgenommen werden, ist aber aufgrund zu geringer Arztkapazitäten teils nur schwer umsetzbar. In BW (Schwäbisch Hall) fehlt die Psychosoziale Betreuung, dem entsprechend wird dort „offiziell“ keine Substitution vorgenommen.

In JVA Nürnberg (ca. 1100 Inhaftierte) werden ca. 25-35 substituiert, im Verhältnis zu der Gesamtanzahl recht wenig.

Zumeist erfolgt eine Inhaftierung plötzlich bzw. sehr schnell und zumeist auch unerwartet. Der Inhaftierende hat zumeist keinerlei Unterlagen „dabei“ insbesondere was ärztliche Unterlagen angeht. Zumeist wird auf die Gesundheit bis zum Zeitpunkt der Inhaftierung nicht so sehr geachtet. Oftmals „entdecken“ die Inhaftierten in der JVA dann das Thema Gesundheit für sich „neu“, dies trifft allerdings eher nur für einen geringen Teil der Inhaftierten zu.

Eine andere Gruppe versucht erst einmal die rechtlichen Dinge in den Griff zu bekommen.

In der Haft werden Arzttermine vom Inhaftierten, teilweise auch recht kurzfristig, abgesagt z.B. wegen einem Anwaltsbesuch oder wenn die Frau oder Partner kommen. Mancher Arztbesuch scheitert auch daran, dass der Inhaftierte nicht gewillt ist „draußen“ in Handschellen zum Arzt zu gehen.

In JVA Schwäbisch Hall beträgt der Ausländeranteil über 41 %! Tendenz steigend. Die deutsche Sprache ist hier auch ein großes Problem. In der JVA Nürnberg gibt es Ärzte welche verschiedener Sprachen „mächtig“ sind (Russisch, Polnisch, Rumänisch, Französisch und Italienisch).

Wer substituiert ist/wird darf nicht in den gelockerten Bereich kommen weil gerade dieses „Take-home“ beinhaltet, dass der Inhaftierte die Drogen in Besitz hat. Dies ist in Euskirchen (offener Vollzug) wohl anders.

Problematik: Einen Substitutionsausweis haben nicht immer alle, da es z.B. Ärzte gibt die diesen nicht möchten.

Es gibt Inhaftierte (ca. 10%), die wiederum nicht wünschen, dass aus der JVA heraus beim Arzt angerufen wird um die eine oder andere Patienteninformation zu erhalten.

Im Gespräch mit dem Inhaftierten wird, sofern möglich, der (Ehe-) Partner gebeten die medizinischen Unterlagen oder gerne auch Medikamente zum nächsten Besuchstermin mitzubringen, dass Einverständnis des Inhaftierten vorausgesetzt!

Einige Inhaftierte trinken Shampoo oder fügen sich mit Rasierklingen Wunden zu um, oftmals mehrfach, um auf diese Art und Weise einen gewissen Druck auszuüben um in die Substitution zu gelangen.

Der Trend scheint so zu sein, dass der Beikonsum toleriert wird. (bezieht sich auf *nicht* Inhaftierte). In der JVA und/oder bei Freigängern ist das nicht so, ein Beikonsum ist untersagt bzw. führt bei wiederholtem Vergehen zum Ausschluss aus dem Substitutionsprogramm.

Von drinnen nach draußen (Vom Gefängnis in die Freiheit)

Bsp.: Es kommt zu einer plötzlichen Entlassung z.B. weil die Frau die Reststrafe mit den entsprechenden Tagessätzen begleicht. Der Entlassene erhält hier unter Umständen dann – es muss ja schnell gehen er will ja rasch in die Freiheit - auch hier seine ärztlichen Unterlagen nicht.

Der behandelnde Hausarzt kann allerdings die Unterlagen beim zuständigen Anstaltsarzt der JVA beantragen, eine entsprechende Einverständniserklärung (Schweigepflicht) vorausgesetzt.

In anderen, „normalen“ Fällen kann der zu Entlassende z.B. noch mal eine kurze Untersuchung vornehmen lassen und sich dabei – wenn gewünscht-Unterlagen/Befunde mitgeben lassen (teilweise gegen Gebühr für die Fotokopien). Ein Arztbrief wird in aller Regel nicht erstellt, nur bei einem Krankenhausaufenthalt.

Der Entlassene erhält für ca. 3-4 Tage Medikamente mit, allerdings keine Suchtmittel.

Patienten die entlassen werden und Suchtmittel benötigen, sollen sich selbst einen Substitutionsarzt besorgen. In der JVA Schwäbisch Hall wird dem Patienten teilweise eine Liste mit möglichen Ärzten zur Verfügung gestellt. Die jeweilig ausgewählten Substitutionsärzte erhalten von dem Anstaltsarzt ein entsprechendes Schreiben/Info betreffend der Medikation.

In aller Regel gibt es Probleme direkt nach der Entlassung mit der Krankenversicherung. Hier besteht zumeist für ca. 5 Tage (oftmals aber auch deutlich länger) kein Versicherungsschutz und der Entlassene hat keine Versicherungskarte, was zu Problemen führt die entsprechende Medikation zu erhalten. Es gibt Ärzte die dann erst einmal keine Behandlung durchführen. Sogenannte „Schwerpunktpraxen“ sind in den ländlichen Gegenden leider so gut wie nicht vorhanden. Insbesondere in ärztlich nicht so gut versorgten ländlichen Gebieten ist eine gewisse Zurückhaltung der Ärzte bei Substitutionspatienten festzustellen, welche noch verstärkt wird bei Nichtvorhandensein einer Versicherungskarte.

Möglicher Lösungsansatz: eine Art „Doppelkartensystem / evb-Karte“ wie bei der KFZ-Zulassung die ein Entlassener quasi vorab als Übergangslösung erhalten könnte.

Probleme bestehen auch z.B. durch die verschiedenen Arbeitszeiten die es dem „Patienten“ nicht immer ermöglichen immer während der Praxiszeiten zu erscheinen. Lösungsansatz könnte sein, dass der behandelnde Arzt Morgens und Spätnachmittags/Abends Sprechzeiten anbietet. Berufe die (möglichst) nicht substituiert werden sollten sind z.B. Berufskraftfahrer, Bus-/Lokfahrer, Maschinenführer, Personen die in gewisser Höhe arbeiten (Dachdecker, Gerüstbau), Montagetätigkeit.

Versorgung von Inhaftierten in Deutschland mit Arzneimitteln gegen HIV, Hepatitis C sowie Tuberkulose, Hepatitis B-Impfstoffen und Mitteln zur Behandlung der Opiatabhängigkeit Eine Sekundärdatenanalyse der Apothekenabgabedaten an deutsche Haftanstalten

Jana Müller, Christian Kollan, Ruth Zimmermann, Viviane Bremer

Übersicht

Public Health Relevanz

Methoden

Ergebnisse

Limitationen

Zusammenfassung

Ausblick

Public Health Relevanz

- Studien zeigen eine hohe TB-, HCV-, HIV-Prävalenz und injizierenden Drogenkonsum (IVD) unter Inhaftierten [Radun 2007; Schulte 2009; Schäffler 2012; Keppler 1999; Bös 2011; Hauer 2001].
- Infektionen sind behandelbar.
- Behandlung senkt das Übertragungsrisiko.
- OST: evidenzbasierte Maßnahme zur Reduktion des Konsums (und konsum-assoziierten Risikoverhaltens), der HIV-Übertragung und in Kombination mit NSP der HCV-Übertragung [Hedrich2012; EMCDDA 2011].
- Daten zur Behandlung von TB, HCV und HIV und Opiat-abhängigkeit sowie HBV-Impfung fehlen weitgehend für den Justizvollzug in Deutschland.

Methoden

Sekundärdatenanalyse

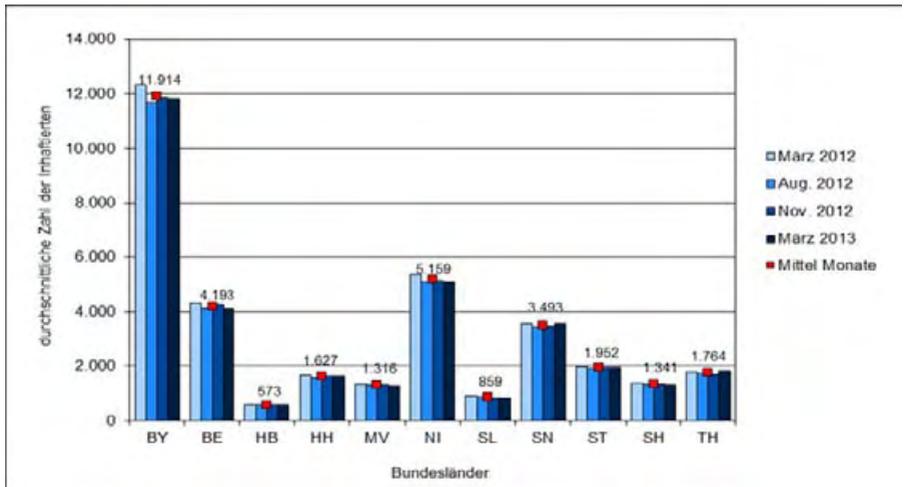
Analyse der Apothekenabgabedaten an alle JVAen der teilnehmenden Bundesländer im Zeitraum 01.01.2012 bis 31.03.2013.

11 teilnehmende Bundesländer - Inhaftiertenzahl;

Apothekenabgabedaten.

Inhaftiertenzahlen

BY, BE, HB, HH, MV (ohne Warnow-Klinik Bützow), NI (ohne JVK Lingen), SL, SN, ST, SH, TH (n = 34.191)



Apothekenabgabedaten

FAM-Name *Name des Fertigarzneimittels*

ATC-Code *Anatomisch-therapeutisch-chemischer Code*

PZN *Pharmazentralnummer*

Anzahl abgegebener FAM / Jahr und Monat

Bundesland

JVA

Wie viele Personen stehen hinter den Pillen?

Voraussetzung:

- Leitsubstanzen für die Indikation
- Standardtagesdosis der Leitsubstanzen (*defined daily dose, DDD*)

Beispiel: Berechnung der Standardtagesdosis am Beispiel von Lamivudin

1 N2-Packung (60 Stück) Epivir® 150 mg Filmtabletten

1 Lamivudin-DDD = 300mg

→ Packung entspricht 30 Lamivudin-DDD

Leitsubstanzen

Tuberkulose

- Ethambutol (EMB)
- Pyrazinamid (PZA)
- Isoniazid (INH)
- Rifampicin (RMP)

Hepatitis C

- Pegyliertes Interferon alpha (PEG-INF)
- Ribavirin (RBV)
- Boceprevir (BOC) und Telaprevir (TVR)

HIV

- Emtricitabin (FTC) und Lamivudin (3TC)

Opioidsubstitution

- Methadon,
- Levomethadon
- Buprenorphin
- Buprenorphin/Naloxon

Datenaufbereitung und –analyse

DDD pro Tag im Studienzeitraum:

mittlere $DDD_{456} = \text{mittlere DDD} / 456 \text{ Tage}$



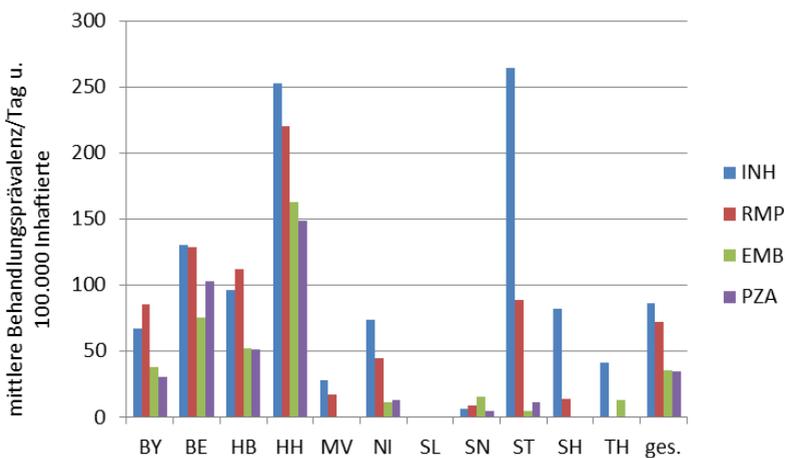
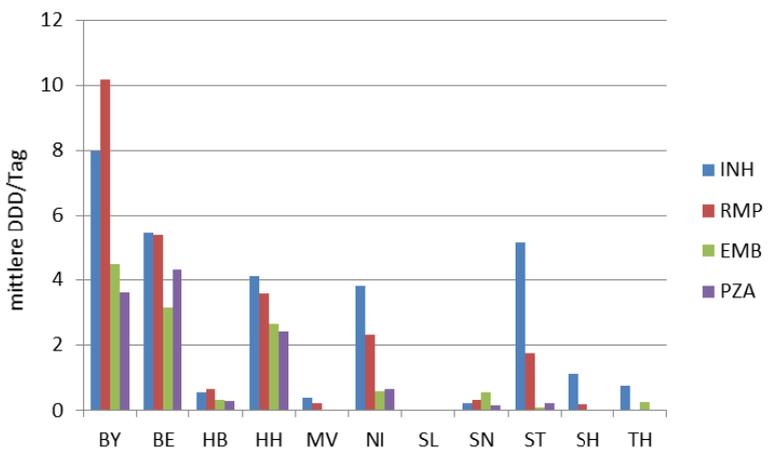
Behandlungsprävalenz pro Tag und 100.000 Inhaftierte:
Behandlungsprävalenz = $\text{mittlere DDD} * 100.000 / 456 \text{ Tage} * \text{mittlere Inhaftiertenzahl}$

Ergebnisse

Tuberkulose-Therapie

Belieferung von 40 der 98 Haftanstalten (41%) - keine Belieferung in SL.

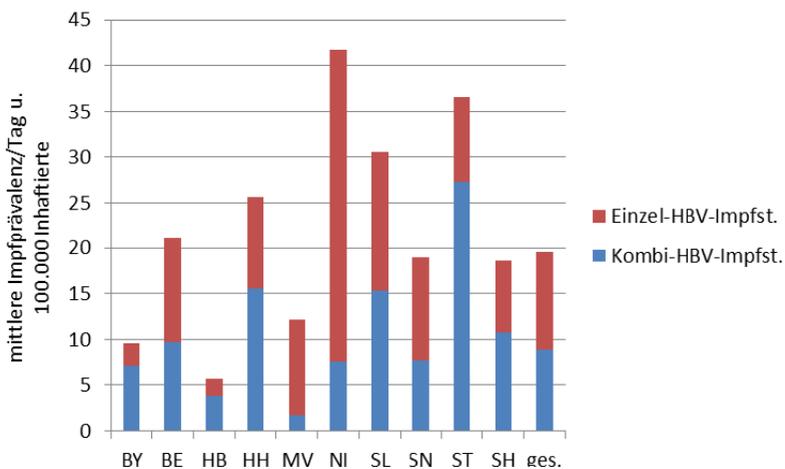
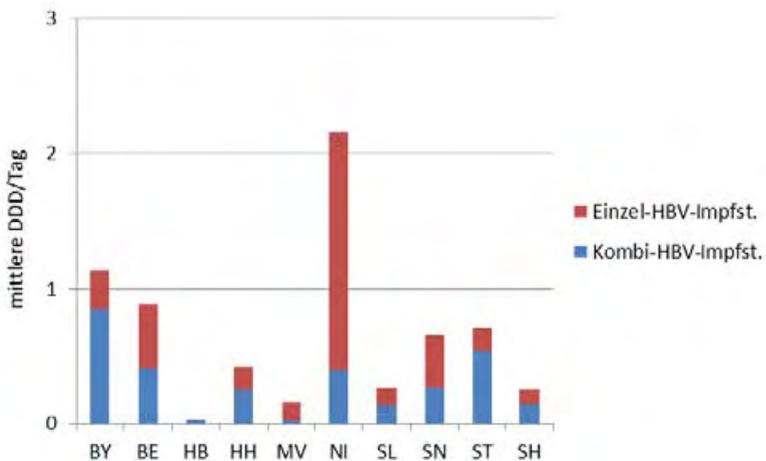
Abgabe von insgesamt 86 INH-, 72 RMP-, 35 EMB-, 34 PZA-DDD pro 100.000 Inhaftierte.



Hepatitis B-Impfung

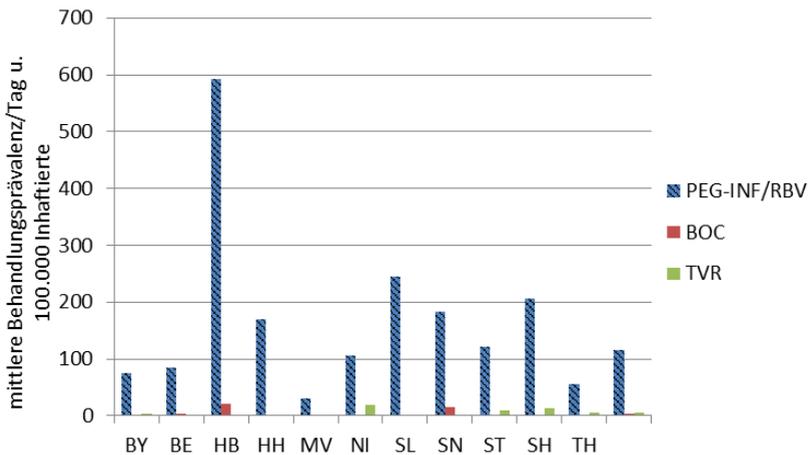
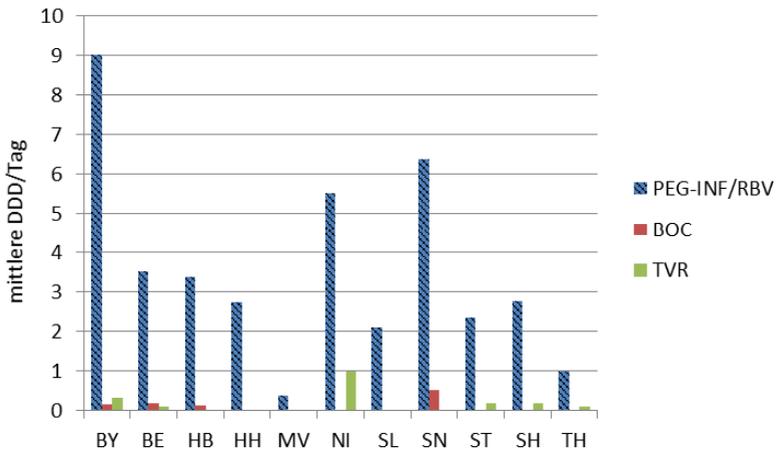
Belieferung von 74 der 98 Haftanstalten (75%) - alle Haftanstalten in HB, MV und NI;

Abgabe von insgesamt 20 Impfdosen pro Tag und 100.000 Inhaftierte.



Hepatitis C-Therapie

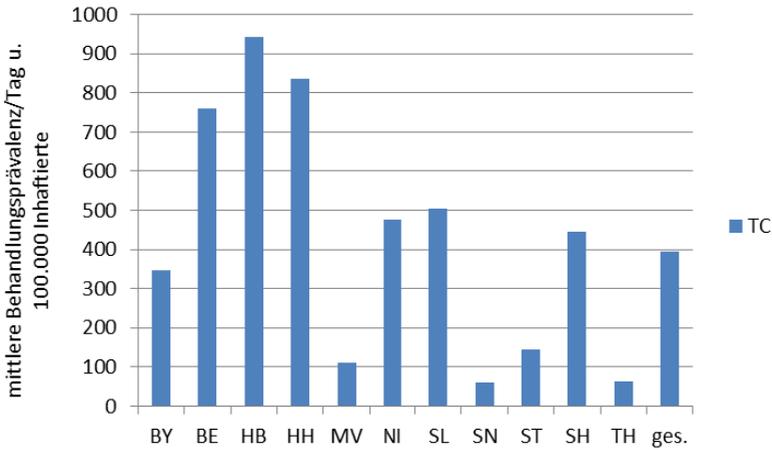
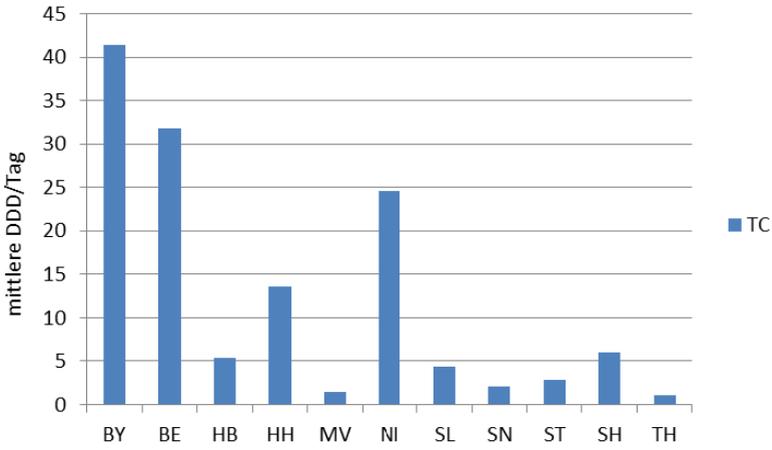
Belieferung von 56 der 98 Haftanstalten (57%) - alle Haftanstalten HB und ST;
 Abgabe von insgesamt 115 PEG-RIBA-, inklusive 3 BOC- und 6 TVR-DDD (9
 DDD Triple-Therapien) pro Tag und 100.000 Inhaftierte.



HIV-Therapie

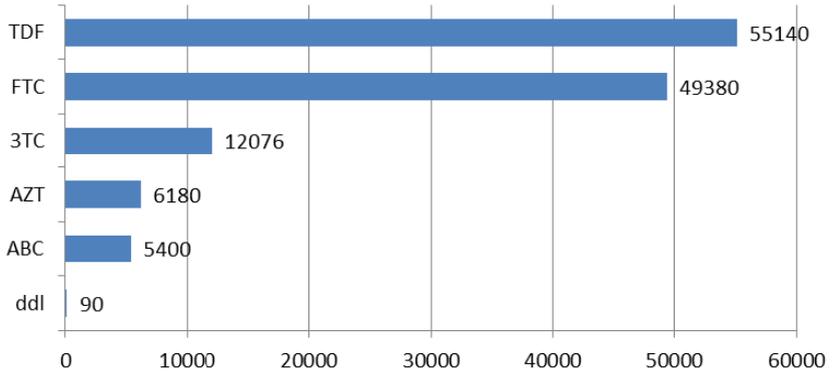
Belieferung von 69 der 98 Haftanstalten (70%) - alle Haftanstalten in HB, HH und SL;

Abgabe von 394 Thiacytidin-DDD pro Tag und pro 100.000 Inhaftierte insgesamt.

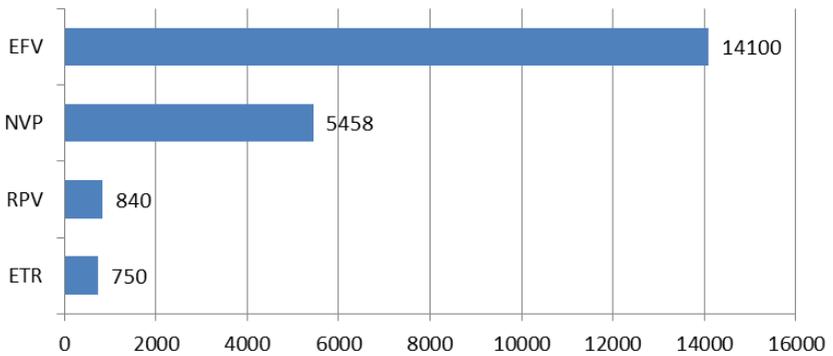


HIV

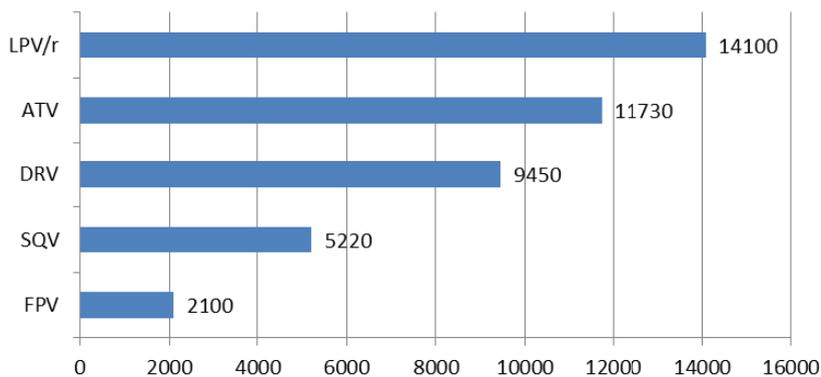
DDD NRTI-Wirkstoffe



DDD NNRTI-Wirkstoffe

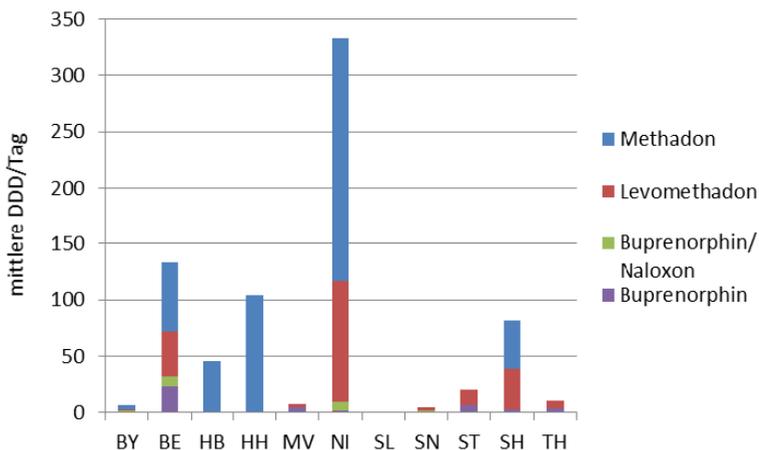


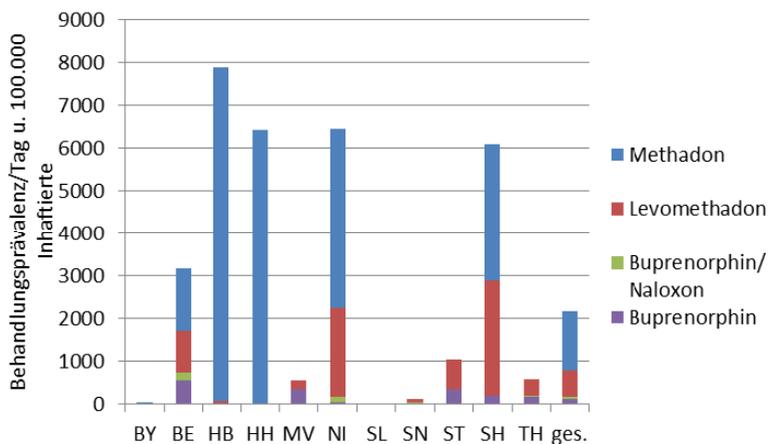
DDD PI-Wirkstoffe



Opioidsubstitution

Belieferung von 56 der 98 Haftanstalten (57%) – keine Substitution in SL;
Abgabe von insgesamt 2.184 DDD pro Tag und pro 100.000 Inhaftierte insgesamt.





Behandlungsprävalenzen im Justizvollzug pro Tag und 100.000 Inhaftierte

	BL	BY	BE	HB	HH	MV	NI	SL	SN	ST	SH	TH
TB*	67	128	96	220	17	45	0 ?	6	89	14	26	
HBV-VAC	10	21	6	26	12	42	31	19	37	19	o.A.	
HCV	76	84	592	169	30	107	245	183	121	207	56	
HIV	348	759	941	837	110	478	505	60	145	446	63	
OST	58	3183	7897	6419	552	6448	0	129	1048	6102	575	

Niedrigere Behandlungsprävalenz von INH und RMP

Erkrankungs- und Behandlungsprävalenzen im Justizvollzug

TB – 111 pro 100.000 Röntgen-
untersuchungen (Bös 2011)

TB - 75 (EMB) und 103 (PZA)
DDD pro 100.000 Inhaftierte

HCV – 20,6% (6 JVAen; Radun et
al. 2007) und 14,3% (29 JVAen;
Schulte et al. 2008)

HCV - 115 DDD pro 100.000
Inhaftierte entsprechend
0,1% der Inhaftierten

HIV - 1,2% (29 JVAen; Schulte et
al. 2008)

HIV - 394 DDD pro 100.000
Inhaftierte entsprechend
0,4% der Inhaftierten

IVD – 29,7% (6 JVAen; Radun et
al. 2007) und 21,9% (28 JVAen;
Schulte et al. 2008)

OST - 2.184 DDD pro 100.000
Inhaftierte entsprechend
6,4% der Inhaftierten

Limitationen

- Daten geben lediglich den Anteil unter Inhaftierten und nicht unter inhaftierten Infizierten wieder.
- Als Nenner wurde die mittlere Inhaftiertenzahl verwendet.
- Apothekenabgabedaten – welche und wie viele Arzneimittel erreichen den Patienten tatsächlich?
- Arzneimittel, die die Inhaftierten über andere Versorgungswege erreichen, wurden nicht ausgewertet.
- Behandlungsdauer, Therapieerfolg, -umstellungen bleiben unberücksichtigt; ebenfalls Initialdosen, Folgeauf- und abdosierungen bei OST.
- Vollzugsgemeinschaften und Kooperationen.

Zusammenfassung

- TB-Behandlung in Initial- und Kontinuitätsphase.
- HBV-Impfung nach STIKO-Empfehlung.
- Zahl der HIV-Behandlungen bestätigt in etwa die HIV-Prävalenz früherer Studien.
- Trotz vielfach höherer Prävalenz von HCV im Vergleich zu HIV unter Inhaftierten fällt die HCV-Therapie im Vergleich zur HIV-Therapie deutlich niedriger aus.
- Therapieunterschiede zwischen den BL, insbesondere bezüglich OST.
- Keine Darstellung der Ergebnisse für die Hepatitis B-Infektion.

Ausblick

Bundesweite Erhebung der Versorgung im Justizvollzug.

Erhebung der Erkrankungsprävalenzen im Justizvollzug.

Angaben zu Infektions-Prävalenzen stammen aus z.T. alten, nicht repräsentativen Studien.

Vergleich zwischen Justizvollzug- und GKV-Versorgung.

Nutzung der Methodik evtl. für weitere Erkrankungen.

VIELEN DANK!

Den teilnehmenden BL für die Kooperation,

Den Apotheken für die Datenlieferung,

Dr. Ruth Zimmermann für die Betreuung,

Christian Kollan für die methodische Unterstützung.

Auswertung der Teilnehmer-Rückmeldungen zur Konferenz (38 Rückmeldungen)

1) Sind Ihre Erwartungen an die Konferenz erfüllt worden?

13 x sehr gut

22 x gut

03 x mäßig

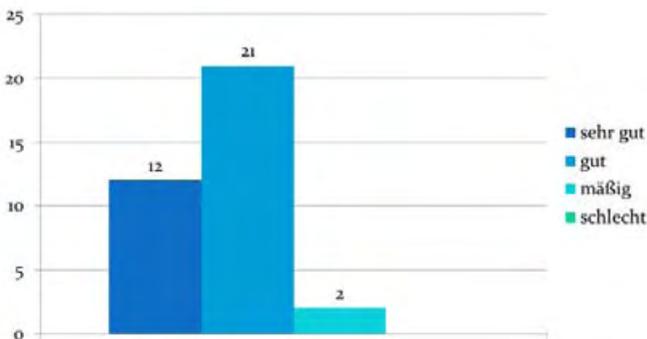
2) Die vermittelten Inhalte waren in Bezug auf die Länge der Veranstaltung

08 x sehr gut

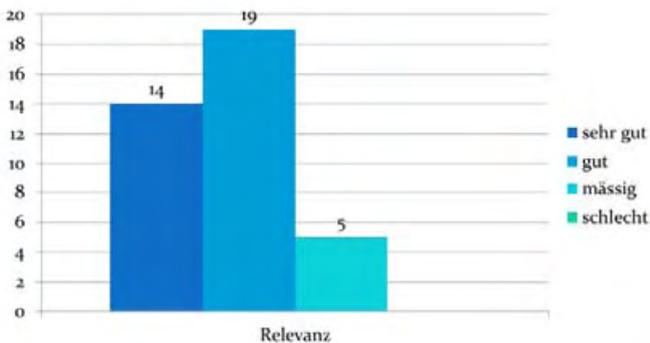
26 x gut

01 x mäßig

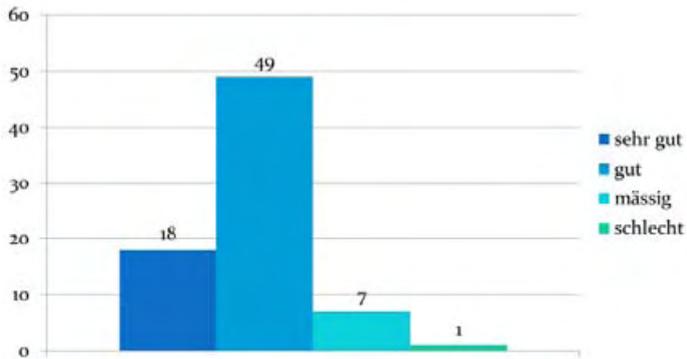
3) Wie beurteilen Sie die Inhalte der Vorträge



4) Wie beurteilen Sie die Praktische Relevanz der Vorträge



5) Wie beurteilen Sie Präsentation & Zeitmanagement



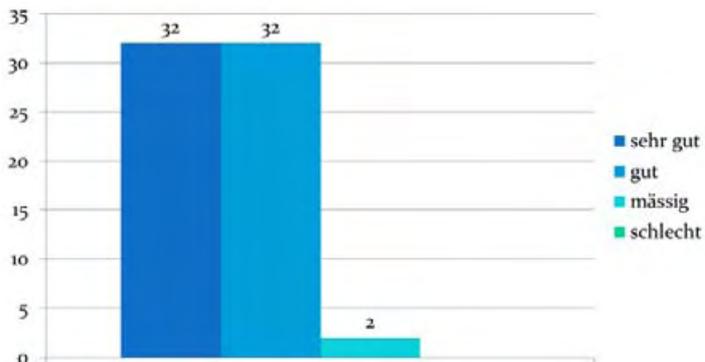
6) Wie beurteilen Sie die Arbeitsgruppen

15 x sehr gut

17 x gut

01 x mässig

7) Wie beurteilen Sie die Arbeitsgruppen- Inputreferate & Moderation der Arbeitsgruppen



8) Wie beurteilen Sie die persönlichen Beteiligungsmöglichkeiten

17 x sehr gut

14 x gut

02 x mässig

9) Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

- (kollegialer) Austausch (14)
- Vernetzung und Austausch mit anderen Kollegen (auch aus anderen Ländern/Bundesländern) (8)
- großes Interesse der Teilnehmer (2)
- informative Veranstaltung
- Vorträge
- das Thema der Fortbildung
- viel Fachkompetenz
- Ausgezeichnete Moderatoren/Referenten
- das Engagement der Referenten
- Gute und aktuelle Übersichtsreferate
- das Thema der Fortbildung
- viel Fachkompetenz
- Ausgezeichnete Moderatoren/Referenten
- das Engagement der Referenten
- Gute und aktuelle Übersichtsreferate
- das Thema der Fortbildung
- viel Fachkompetenz
- zeitliche/ straffe Organisation
- die Ausstellung
- Engagement der Tagungsorganisation
- Zusammensein beim Abendessen
- Unterbringung im Hotel
- gute Verbindung vom Hotel-FH

10) Welche Kritik haben Sie

- zu wenig Zeit für Arbeitsgruppen
- unausgewogenen Gruppenverhältnisse in den AG's
- Diskussionsmöglichkeit (zu wenig Zeit)
- Engagement der Tagungsorganisation
- schlechte Kommunikation im Vorfeld bzgl. Veranstaltung (4)
- zu wenig Zeit für die Industrieausstellung gehabt, geschuldet auch dem Wechsel der Gebäude, am zweiten Tag wurde schon morgens abgebaut
- technische Probleme/ schlechte technische Ausstattung (Mikrofon!) (4)
- Tagungsort
- Lage Hotel

-
- keine Parkmöglichkeit
 - Mittagessen Räumlichkeit/Organisation (4)
 - Versorgung mit Getränken

11) Wie war Ihr Gesamteindruck der Veranstaltung

13 x sehr gut
21 x gut
01 x mäßig

12) Wie zufrieden waren Sie mit der Organisation

19 x sehr gut
11 x gut
05 x mäßig

13) Wie zufrieden waren Sie mit dem Tagungsort

13 x sehr gut
17 x gut
06 x mäßig
01 x schlecht

14) Anregungen und Verbesserungsvorschläge

- bitte fortsetzen/ bitte wiederholen (4)
- weitere Veranstaltungen für JVA-Ärzte organisieren/veranstalten
- 1. Tag früher anfangen, 2. Tag später anfangen- wenn nötig am 2. Tag länger machen
- Erweiterung auf medizinische „Gesundheitsdienstorganisatorische“ Themen außerhalb von Sucht/Substitution/Infektionskrankheiten wünschenswert.

Referentinnen und Referenten

Dr. med. Ulrich R. M. Bohr

Praxiszentrum Kaiserdamm Berlin
Kaiserdamm 24; 14057 Berlin (Charlottenburg)

Jana Böhme M.A.

Berlin School of Public Health

Maren Dix-Wetz

Leitende Medizinaldirektorin
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Suchtmedizinische Grundversorgung
Ärztliche Leitung MCC Mitte ; Justizvollzugsanstalt Butzbach
Kleeberger Str. 23; 35510 Butzbach

Dr. Konrad Isernhagen

Gemeinschaftspraxis Gotenring; Köln
Gotenring 27; 50679 Köln

Dr. med. Karlheinz Keppler M.A.

Medizinaldirektor
Ärztlicher Dienst JVA für Frauen
An der Propstei 10, D-49377 Vechta

Bärbel Knorr

Deutsche AIDS-Hilfe; Abteilung Strukturelle Prävention 2
Bereich: Drogen & Strafvollzug
Wilhelmstrasse 138; 10963 Berlin

Dr. Marc Lehmann

Leitender Medizinaldirektor
Ärztlicher Direktor Justizvollzugs Krankenhaus Berlin
in der Justizvollzugsanstalt Plötzensee
Friedrich-Olbricht-Damm 16; 13627 Berlin

Dr. med. Michael Lutz - Dettinger

Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin
Leitender Medizinaldirektor
Zentralkrankenhaus bei der JVA Kassel I
Theodor- Fliedner- Straße 12; 34121 Kassel

Dr. Martin Oberfeld

Leitender. Medizinalrat
JVA Hövelhof
Staumühler Str. 284; 33161 Hövelhof

Dr. Maria Pfefferle

Via della Posta 14
6600 Locarno, Schweiz

Mag. Dr. Margit Winterleitner

Chefärztin
Vollzugsdirektion BMJ A-Wien

Prof. Dr. Heino Stöver

Frankfurt University of Applied Sciences
Fachbereich 4 Faculty „Health and Social Work“
Nibelungenplatz 1; 60318 Frankfurt/M

Dr. med. Ruth Zimmermann MPH

Robert Koch-Institut
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Fachgebiet 34 HIV/AIDS und andere sexuell oder durch Blut übertragene
Infektionen
Seestr. 10; 13353 Berlin

Sponsoren

Die Konferenz wurde ermöglicht durch Zuwendungen dieser Firmen:

AbbVie Deutschland GmbH & Co.KG (12.000,00)
Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA (2.000,00)
CompWare Medical GmbH (1.000,00)
Diagnostik Norg GmbH (1.000,00)
Gilead Sciences GmbH (10.000,00)
Janssen Cilag AG (10.000,00)
MVZ Labor Dessau GmbH (1.000,00)
MSD Sharp & Dohme GmbH (3.000,00)
Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG (8.000,00)
RB Pharmaceuticals (Deutschland) GmbH (5.000,00)
Sanofi-Aventis Deutschland GmbH (5.000,00)

AbbVie Deutschland GmbH & Co.KG

Mainzer Str. 81,
65189 Wiesbaden

www.abbvie.de

abbvie



Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

Business Unit Virologie

Arnulfstraße 29,
D - 80636 München

www.b-ms.de/



Bristol-Myers Squibb

CompWare Medical GmbH
Robert-Bunsen-Str. 4
64579 Gernsheim
www.CompwareMedical.de



Diagnostik Nord GmbH
Mecklenburgstraße 97
19053 Schwerin
www.diagnostik-nord.de



Gilead Sciences GmbH
Fraunhoferstr. 17
82152 Martinsried / Munich
www.gilead.com



Janssen-Cilag GmbH
Johnson & Johnson Platz 1
41470 Neuss
www.janssen-cilag.de
www.janssen-deutschland.de



MVZ Labor Dessau GmbH
Bauhüttenstrasse 6
06847 Dessau
www.laborpraxis-dessau.de/

MSD Sharp & Dohme GmbH

BU Hospital & Specialty
Lindenplatz 1
85540 Haar

www.msd.de



Mundipharma Deutschland GmbH & Co. KG

BPU Substitution - Management
Mundipharmastraße 6
65549 Limburg

<http://www.mundipharma.de>



INDIVIOR

Focus on you.

INDIVIOR Deutschland GmbH

Hermesheimer Straße 3
68163 Mannheim

<http://www.indivior.com>



SANOFI

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Dental & Substitution
Marketing & Sales Coordination
Potsdamer Strasse 8
10785 Berlin
Fon: +49 30 2575 2634

Hexal AG

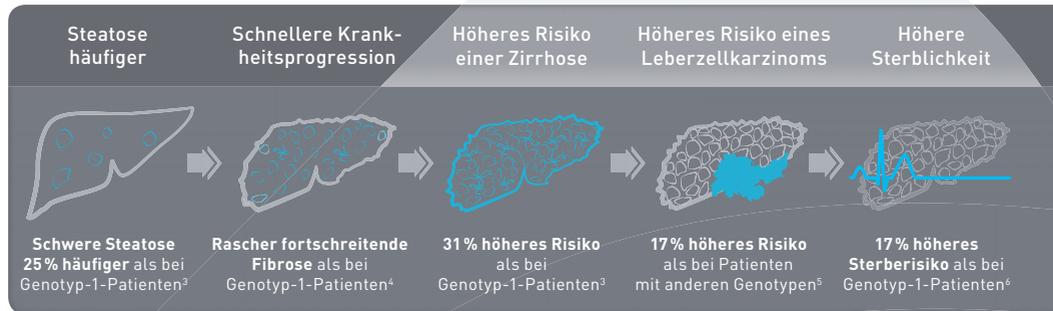
Industriestr. 25
83607 Holzkirchen

www.hexal.de





HEPATITIS-C-GENOTYP 3: PATIENTEN MIT HOHEM THERAPEUTISCHEN BEDARF³⁻⁶



IHR ERFOLG MIT DAKLINZA® BEI CHRONISCHER HEPATITIS C

Heilung* für fast alle Ihre Patienten mit hohem therapeutischen Bedarf^{1,2} – insbesondere

- Patienten mit Genotyp 3
- Patienten mit fortgeschrittener Lebererkrankung

Stark wirksam auch ohne Ribavirin^{1,2}**

Sehr gute Verträglichkeit^{1,2}

Einfache Anwendung¹

12 WOCHEN FÜR GT3 OHNE ZIRRHOSE RIBAVIRINFREI!



www.bms-virologie.de

* Langzeit-Follow-up-Studien haben gezeigt, dass eine SVR₁₂ in über 99% der Fälle einer endgültigen Aushelung der HCV-Infektion entspricht.^{7,8}
** Mit oder ohne Ribavirin, abhängig von Indikation und HCV-Genotyp.

Referenzen:

1. Daklinza® Fachinformation. Stand Januar 2016. 2. Nelson DR et al. Hepatology 2015;61(4):1127–1135. 3. Lonardo A et al. J Viral Hepat 2006; 13(2):73–80. 4. Bochud PY et al. J Hepatol 2009; 51(4):655–666. 5. Nkontchou G et al. J Viral Hepatol 2011;18:e516–e522. 6. McCombs J et al. JAMA Intern Med 2014;174(2):204–212. 7. European Association for the Study of the Liver. J Hepatol 2015;63(1):199–236. 8. Swain MG et al. Gastroenterology 2010;139(5):1593–1601.

Daklinza 30 mg Filmtabletten. **Daklinza 60 mg** Filmtabletten. **Wirkstoff:** Daclatasvir. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 30 mg bzw. 60 mg Daclatasvir. Sonst. Bestandteile: Lactose, Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Siliciumdioxid (E551), Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Indigocarmin Aluminiumsalz (E132), Gelbes Eisenoxid (E172). **Anwendungsgebiete:** In Kombination mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung der chronischen Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandteile; Koadministration mit Arzneimitteln, die starke Induktoren für CYP3A4 und P-gp sind, da dies zu einer geringeren Exposition und Wirksamkeitsverlust führen kann (z.B. Phenytoin, Carbamazepin, Oxcarbazepin, Phenobarbital, Rifampicin, Rifabutin, Rifapentin, systemisch angewendetes Dexamethason, Johanniskraut). **Nebenwirkungen:** Daklinza + Sofosbuvir – sehr häufig: Kopfschmerz; Ermüdung; häufig: Schlaflosigkeit; Schwindelgefühl, Migräne; Übelkeit, Diarrhoe, Bauchschmerzen, Arthralgie, Myalgie. Daklinza + Sofosbuvir + Ribavirin – sehr häufig: Anämie; Kopfschmerz; Übelkeit; Ermüdung; häufig: verminderter Appetit; Schlaflosigkeit, Reizbarkeit; Schwindelgefühl, Migräne; Hitzegefühl; Dyspnoe, Belastungs-dyspnoe, Husten, nasale Kongestion; Diarrhoe, Erbrechen, Bauchschmerzen, gastroösophageale Refluxerkrankung, Obstipation, trockener Mund, Flatulenz; Ausschlag, Alopezie, Pruritus, trockene Haut; Arthralgie, Myalgie. Daklinza + Peginterferon alfa + Ribavirin: Ermüdung, Kopfschmerz, Pruritus, Anämie, grippeähnliche Erkrankung, Übelkeit, Schlaflosigkeit, Neutropenie, Asthenie, Ausschlag, verminderter Appetit, trockene Haut, Alopezie, Pyrexie, Myalgie, Reizbarkeit, Husten, Diarrhoe, Dyspnoe, Arthralgie, Lymphopenie, Thrombozytopenie. **Weitere Hinweise:** siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung über das nationale Meldesystem anzuzeigen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UB8 1DH Vereinigtes Königreich. **Stand:** Januar 2016

Suboxone[®] **Subutex**[®]
Buprenorphin/Naloxon Buprenorphin

ÜBER 15 JAHRE ERFAHRUNG
MIT KLAREN KÖPFEN*



D-5BX-0316-02167

*16 Jahre Subutex[®],
10 Jahre Suboxone[®]

Die Adresse für Therapien mit klarem Kopf.

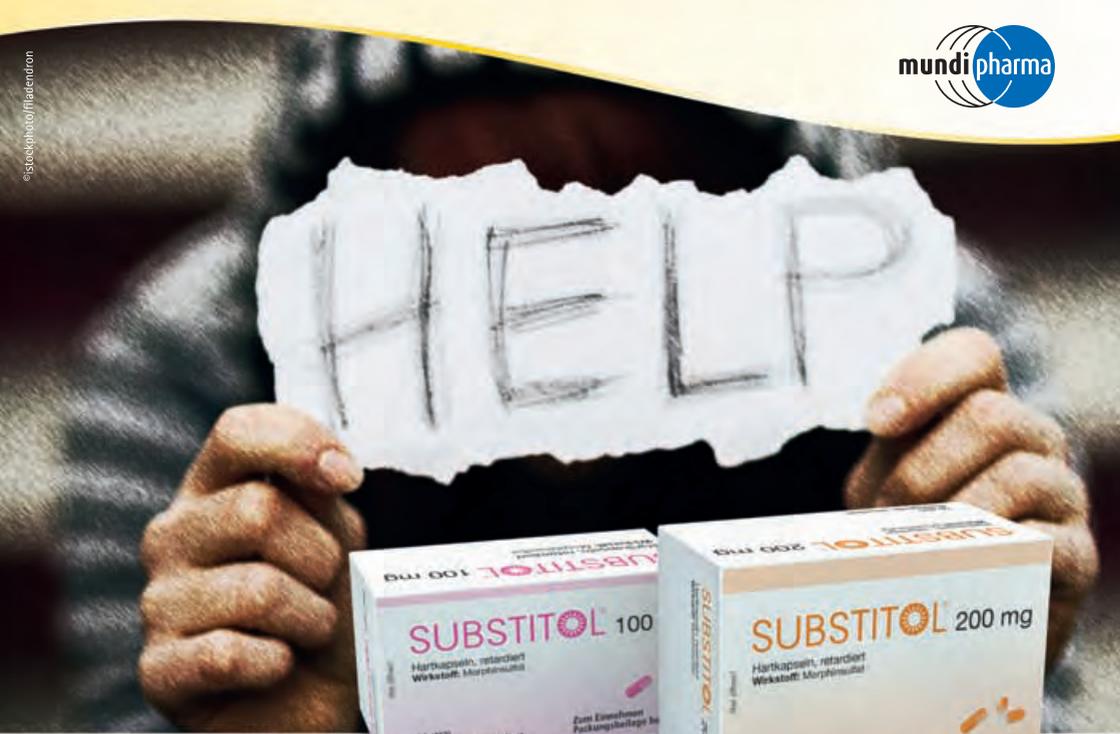
 **INDIVIOR**
Focus on you.

Suchtmedizin Hexal



Suchtmedizin Hexal – Vielfältig. Persönlich. Für Sie.

Suchtmedizin ist ein sensibles und hochkomplexes Fachgebiet mit großer gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Relevanz. Dieser Herausforderung nehmen Sie sich täglich an. Hexal möchte Sie dabei unterstützen: Mit über 15 Jahren Erfahrung in der Suchtmedizin, einem umfassenden Produkt-Portfolio sowie mit einem Spezialaußendienst und persönlichen Services, die den individuellen Facetten Ihres Praxisalltags gerecht werden. **So wirkt Hexal Qualität.**



SUBSTITOL®

Ein neuer Weg in der Drogensubstitution

Das einzige zugelassene retardierte Morphin für die Heroinsubstitution in Deutschland.

- **Gute klinische Verträglichkeit:** Keine QT-Zeit-Verlängerung¹ und geringes Interaktionspotenzial (CYP-P450 neutral)²
- **Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit¹:** Weniger Nebenwirkungen (z. B. Schwitzen, Einfluss auf die Libido), gute Therapieakzeptanz, weniger Stimmungsschwankungen
- **Einmalgabe³:** 24h-Wirkung

¹ Hämmig R. et al. 2014: J Subst Abuse Treat 47 (4): 275-81

² Trescott A. M. et al. 2008: Pain Physician (11): 133-53

³ Fachinformation Substitol® Stand: Januar 2015

SUBSTITOL®

Substitol® 100/200 mg Hartkapseln, retardiert

Wirkstoff: Morphin-sulfat

Zusammensetzung: Substitol® 100/200 mg Hartkapseln, retardiert: *Arzneilich wirksame Bestandteile:* 1 Hartkapsel, retardiert enthält 100/200 mg Morphinsulfat (Ph.Eur.) entsprechend 75,2/150,4 mg Morphin. *Sonstige Bestandteile:* hydriertes Pflanzenöl, Macrogol 6000, Talkum, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzl.], Natriumdodecylsulfat, Gelatine, Schellack, Propylenglykol, Titandioxid (E 171), Eisenoxid (II, III)-oxid (E 172), Eisenoxid (III)-oxid (E 172), zusätzlich: ~100 mg; Erythrosin (E 127), ~200 mg; Eisenoxid (II)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Zur oralen Substitutionsbehandlung (Erhaltungstherapie) von Erwachsenen mit Opioidabhängigkeit im Rahmen medizinischer und umfassender psychosozialer Maßnahmen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Morphin oder einen der sonstigen Bestandteile, Ileus, akutes Abdomen. **Nebenwirkungen: Erkrankungen des Immunsystems:** Häufig: Überempfindlichkeitsreaktionen. Nicht bekannt: Anaphylaktische Reaktionen. **Endokrine Erkrankungen:** Sehr selten: Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH); Leitsymptom: Hyponatriämie. **Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen:** Häufig: Appetitabnahme bis zum Appetitverlust. **Psychische Erkrankungen:** Morphin sehr vielfältige psychische Nebenwirkungen, die hinsichtlich Stärke und Art individuell unterschiedlich (je nach Persönlichkeit und Behandlungsdauer) in Erscheinung treten. Sehr häufig: Stimmungsänderungen, meist Euphorie aber auch Dysphorie. Häufig: Veränderungen der Aktiviertheit (meist verminderte Aktivität, aber auch Hyperaktivität oder Agitiertheit), Schlaflosigkeit, Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen (z.B. Halluzinationen), Verwirrheitszustände. Sehr selten: Abhängigkeit, verminderte Libido. **Erkrankungen des Nervensystems:** Häufig: Kopfschmerzen, Schwindel, Geschmacksstörungen. Sehr selten: Konvulsionen, Tremor, unwillkürliche Muskelkontraktionen, Hyperalgesie oder Allodynie. Nicht bekannt: Benommenheit, Seidrigkeit (dosisabhängig), Synkope, Parästhesien. **Augenerkrankungen:** Sehr häufig: Miosis. Sehr selten: Verschwommenes Sehen, Doppelsehen, Nystagmus. **Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinths:** Nicht bekannt: Vertigo. **Herzkrankungen:** Gelegentlich: Tachykardie, Bradykardie. Nicht bekannt: Palpitationen, Herzversagen. **Gefäßerkrankungen:** Gelegentlich: Blutdruckabfall, Blutdruckanstieg. Nicht bekannt: Hitzegefühl. **Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und Mediastinums:** Selten: Bronchospasmen. Sehr selten: Dyspnoe. Nicht bekannt: Husten vermindert, Atemdepression (dosisabhängig), nicht-kardiogen bedingte Lungenödeme nach rascher Dosissteigerung. **Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes:** Sehr häufig: Obstipation (bei Dauerbehandlung). Häufig: Erbrechen (besonders zu Beginn der Behandlung), Dyspepsie. Selten: Erhöhung der Pankreasenzyme bzw. Pankreatitis. Sehr selten: Darmverschluss, Abdominalschmerz, Zahnerkrankungen, wobei jedoch ein ursächlicher Zusammenhang zur Morphin-Behandlung nicht hergestellt werden kann. Nicht bekannt: Übelkeit, Mundtrockenheit (beides dosisabhängig). **Leber- und Gallenerkrankungen:** Selten: Gallenkoliken. Sehr selten: Erhöhung leberspezifischer Enzyme. **Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes:** Häufig: Schwitzen, Urticaria, Pruritus. Sehr selten: Andere Hautausschläge (z.B. Exanthem). **Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen:** Sehr selten: Muskelspasmen, Muskelerigidität. **Erkrankungen der Nieren und Harnwege:** Häufig: Harnretention. Selten: Nierenkoliken. **Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse:** Sehr selten: Erektionsstörungen, Amenorrhoe. **Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:** Gelegentlich: Unwohlsein. Selten: Körperliche Abhängigkeit mit Arzneimittelentzugssyndrom. Sehr selten: Asthenie, Schüttelfrost, periphere Ödeme. Nicht bekannt: Müdigkeit, Toleranzentwicklung. **Warnhinweise:** Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Nicht über 25°C lagern.

Hinweis: Reaktionsvermögen kann beeinträchtigt werden (Straßenverkehr). Gleichzeitige Einnahme mit Alkohol vermeiden!

Mundipharma GmbH, 65549 Limburg

Die HCV-Therapie von AbbVie

Denn jeder Patient zählt!



viekirax®

Ombitasvir / Paritaprevir /
Ritonavir



exviera®

Dasabuvir

Bis zu

100%
SVR

im großen und robusten Studienprogramm^{*1,2}

- **Leitlinien-Empfehlung**
als Standard-Therapie^{**3}
- **Wirtschaftlichste** interferonfreie
12-Wochen-**Therapie**

Bester G-BA-Beschluss^{*}**

abbvie

Impressum

Veranstalter

Prof. Dr. Heino Stöver

Institut für Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences

Dr. med. Karlheinz Keppler

JVA für Frauen, Vechta

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Programmbeirat

Maren Dix-Wetz

Dr. Marc Lehmann

Dr. Michael Lutz-Dettinger

Dr. Martin Oberfeld



Organisation

akzept e.V. Christine Kluge Haberkorn

Südwestkorso 14; 12161 Berlin

akzeptbuero@yahoo.de

www.akzept.org

www.gesundinhaft.eu

Dokumentation

Gestaltung und Satz: Christine Kluge Haberkorn

Cover: Katja Fuchs, Mainz

Druck: Druckerei Dressler, Berlin

© bei den Autoren





Institut für Suchtforschung
Frankfurt am Main

an der



FRANKFURT
UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

Organisation



im Drogenkrieg
akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende
Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
Friedensstifter