

Leserbrief zum Artikel „Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland“ und Kommentar des RKI

In der Ausgabe Nr. 13 des *Epidemiologischen Bulletins* vom 29. März 2018 wurde über eine Studie mit dem Titel „Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland“ berichtet. Aufgrund der erhaltenen Kommentare zu den dort berichteten Ergebnissen zur Tuberkulose-(TB-)Behandlung möchten der Autor eines Leserbriefs und das [Robert Koch-Institut \(RKI\)](#) im Folgenden dazu gemeinsam Stellung nehmen:

Wegen des Übertragungsweges nimmt die TB unter den betrachteten Infektionen in dieser Arbeit eine Sonderstellung ein, die im Artikel möglicherweise nicht ausreichend herausgestellt wurde. Im Gegensatz zur Behandlung von HIV und Hepatitis C ist davon auszugehen, dass eine diagnostizierte TB in Deutschland stets behandelt wird. In einigen Bundesländern geschieht dies aber nicht in den Justizvollzugsanstalten (JVAen) selbst, sondern in anderen Krankenhäusern oder medizinischen Einrichtungen. Gründe für die Übernahme der Initialbehandlung durch das medizinische System außerhalb der Haft sind, dass zum einen potenziell infektiöse Personen isoliert werden müssen und zum anderen auch in Ermangelung von Personal oder Ressourcen in den JVAen zu sehen. Die Strukturen der medizinischen Versorgung in den JVAen in Deutschland sind sehr heterogen. Nicht überall gibt es noch eigene „Anstaltsärzte“. In kleineren Justizvollzugsanstalten übernehmen niedergelassene Ärzte die medizinische Versorgung als Vertragsärzte. Auch sind längst nicht in allen JVAen medizinische Abtei-

lungen vorhanden, die für eine Therapieeinleitung bei TB-Patienten, die isoliert werden müssen, nötig sein können.

In der vorgestellten Analyse hat sich gezeigt, dass fast alle eingeschlossenen Bundesländer Medikamente zur Behandlung in der Kontinuitätsphase in Haftanstalten abgeben, wohingegen die medikamentöse Behandlung in der Initialphase nur in ausgesuchten JVAen bzw. Justizvollzugskrankenhäusern stattfindet. Dieses Ergebnis ist vereinbar mit den oben geschilderten Angaben, da die Analyse lediglich die Behandlungen umfasst, die an JVAen geliefert (und von diesen eingekauft) wurden. Die Auswertung von Apothekenabgabedaten erlaubt keine Aussage darüber, welche und wie viele Arzneimittel den einzelnen Patienten tatsächlich erreicht haben. Wir können damit den Teil der Behandlung von Menschen in Haft, der in den Haftanstalten stattfindet, beschreiben, aber nicht den Teil, der außerhalb stattfindet. Dies könnte mit ein Grund sein für die beobachteten, teils großen Unterschiede in der Menge der an JVAen abgegebenen TB-Arzneimittel zwischen den Bundesländern und auch zwischen den JVAen.

Ein weiterer Kommentar zum publizierten Artikel betraf das Screening auf TB. Der Autor des Leserbriefs nimmt an, dass ein systematisches Screening auf TB weitgehend flächendeckend durchgeführt wird (§ 36 (4) Infektionsschutzgesetz (IfSG) i. V. m.¹ 6.), aber aufgrund der heterogenen Infrastruktur und in Ermangelung der notwendigen Röntgeneinrichtungen oder auch in Ermangelung der Expertise vor Ort nicht immer in den JVAen selbst. Eine

frühere Erhebung hat aber gezeigt, dass die Umsetzung des Screenings in den Bundesländern sehr inhomogen ist.¹ Nach einer Datenerhebung 2016/2017 zur Gesundheitsversorgung in Gefängnissen durch die [Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#) (*Regional Office for the European Region*), die von den Bundesländern beantwortet wurde, liegen Hinweise dafür vor, dass diese Situation fortbesteht. Wegen der Heterogenität konnten die Daten der einzelnen Bundesländer bisher nicht als nationaler Datensatz in die WHO-Datenbank integriert werden <http://apps.who.int/gho/data/node.prisons>.

Fazit

Die wertvollen Beiträge aus der Praxis verdeutlichen, wie wichtig eine Erhebung wäre, die sowohl die intramurale als auch extramurale medizinische Versorgung von Personen in staatlicher Freiheitsentziehung in Deutschland abbildet. In Ermangelung anderer Daten stellt die Sekundärdatenanalyse einen ersten Versuch dar, die medizinische Versorgung dieser Population für ausgewählte Krankheiten zu beurteilen. Die intramurale Versorgung stellt einen wichtigen Teil der gesamtgesellschaftlichen medizinischen Versorgung dar und sollte nach dem Äquivalenzprinzip mit der extramuralen Versorgung vergleichbar sein.²

Regelmäßig geführte und veröffentlichte Statistiken über die Inzidenz und Prävalenz von Infektionskrankheiten in JVAen wären der erste Schritt zu einer verbesserten und

vor allem in die nationalen Strategien eingebundenen Prävention und Versorgung. Insgesamt sollten der Bedarf und die Angemessenheit der intramuralen Gesundheitsversorgung Gegenstand von weiteren Untersuchungen sein. Hierzu ist die flächendeckende einheitliche Erhebung und Berichterstattung zur Prävalenz von Infektionskrankheiten unter Inhaftierten unabdingbar.

Literatur

1. Hauer B: Die Tuberkulose und ihre Kontrolle in deutschen und europäischen Gefängnissen. Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. 30. Informationsbericht. Berlin 2007
2. Lesting W: Die rechtlichen Grundlagen der medizinischen Versorgung im deutschen Strafvollzug. *Medizinrecht* 2018;36(2):69–73

■ ^{*,**}Daniel Schmidt | ^{*,**}Jana Müller | ^{*}Christian Kollan | ^{***}Dr. Marc Lehmann | ^{****}Dr. Bodo Königstein | ^{*}Dr. Viviane Bremer | ^{*}Dr. Ruth Zimmermann

^{*} Robert Koch-Institut | Abteilung für Infektionsepidemiologie | FG 34 HIV/AIDS u. a. sexuell oder durch Blut übertragbare Infektionen, Berlin, Deutschland

^{**} Charité – Universitätsmedizin, Berlin, Deutschland

^{***} Leiter der medizinischen Dienste im Berliner Justizvollzug, Berlin, Deutschland

^{****} Tuberkulosefachberater der Reg. von Oberbayern, Landratsamt Erding, Deutschland

Korrespondenz: SchmidtD@rki.de

■ Vorgeschlagene Zitierweise:

Schmidt D, Müller J, Kollan C, Lehmann M, Königstein B, Bremer V, Zimmermann R: Leserbrief zum Artikel "Große Unterschiede bei TB-, HIV-, HCV-Behandlung und Opioid-Substitutions-Therapie unter Gefangenen in Deutschland" und Kommentar des RKI.

Epid Bull 2018;31:307–308 | DOI 10.17886/EpiBull-2018-039

Beratungsnetzwerk Tuberkulose des Arbeitskreises Tuberkulose im Fachausschuss Infektionsschutz des BVÖGD

Das Beratungsnetzwerk Tuberkulose wurde im Jahr 2000 ins Leben gerufen und hat sich seit dem in der Praxis bewährt. Es bietet – in Ergänzung vorhandener überregionaler Beratungsangebote (Deutsches Zentral Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Nationales Referenzzentrum für Mykobakterien, Robert Koch-Institut) – fachlichen Rat zur Tuberkulose (Prävention, Früherkennung, empfohlene Maßnahmen) auf schriftlichem Wege, per Telefon oder über E-Mail an. Adressaten sind vor allem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, bei dringlichem Beratungsbedarf auch ärztliche Kolleginnen und Kollegen in Gesundheitseinrichtungen unterschiedlicher Träger oder in eigener Niederlassung.

Innerhalb des Netzwerkes findet ein kollegialer Erfahrungsaustausch statt, der Beiträge zur Optimierung der Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose leisten kann.

Von den unter www.rki.de/DE/Content/InfAZ/T/Tuberkulose/Beratungsnetzwerk-TB-OeGD.html aufgeführten Ärztinnen und Ärzten wird das „Beratungsnetzwerk Tuberkulose“ des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) unterhalten.

Ansprechpartner ist Dr. Martin Priwitzer, Telefon +49 (0)7141.669–120, martin.priwitzer@jvkasperg.justiz.bwl.de