



## **Swiss HepFree in Prisons Programme SHiPP**

### **Schlussbericht**

Dr. med. **Claude Scheidegger** MPH, Programmleiter SHiPP  
Dr. med. Nathalie Brunner MBA, Geschäftsführerin Hepatitis Schweiz

27.03.2026



Swiss Hepatitis in Prison Programme SHiPP ist eine Initiative von Hepatitis Schweiz, welche zum Ziel hat, die Erkennung und medizinische Versorgung von Personen mit Hepatitis B, Hepatitis C oder HIV-Infektion in Schweizer Institutionen der Haft zu verbessern.

Der vorliegende Bericht fasst abschliessend die Erkenntnisse des gesamten Programms zusammen.

### **1. Programmübersicht**

Die Dauer des Programms erstreckte sich über die Periode von Anfang 2019 bis Ende Februar 2026, unterteilt in Vorabklärungen und Aufbauarbeit 2019-2021 und Implementierung 2021-2026 (Phase I Sommer 2021 bis Herbst 2024, Phase II Herbst 2024 bis Frühjahr 2026). Die längere Aufbauphase erklärt sich durch einschneidende Verzögerungen in der Umsetzung, die auf die Covid-Pandemie zurückzuführen sind.

Insgesamt konnten lokale Projekte in 16 Institutionen der Haft in 11 Kantonen initiiert und beendet werden. Dabei konnten Einrichtungen aus allen Sprachregionen bzw. allen drei regionalen Strafvollzugskonkordaten der Schweiz eingeschlossen werden. Es wurden sowohl Untersuchungsgefängnisse als auch Vollzugsanstalten, Einrichtungen sehr unterschiedlicher Grösse (kleinste, kleine, mittlere und grosse Einheiten), sowie sowohl Justizdirektionen als auch Gesundheitsdirektionen unterstellte Betriebe mit einbezogen. Damit wurde den ausgesprochen vielfältigen Rahmenbedingungen im Freiheitsentzug in der Schweiz angemessen Rechnung getragen.

### **2. Vorstellung der Institutionen, Test- und Prävalenzraten**

Die unten folgenden abschliessenden Resultate beinhalten Daten aus sechs zusätzlichen Betrieben, die nach Präsentation von preliminären Resultaten in Zwischenberichten zusätzlich ins Programm aufgenommen wurden. Bei der Ergänzung um diese weiteren Einrichtungen wurde darauf geachtet, a) die Repräsentativität aller Schweizer Gefängnisse zu stärken, b) Beobachtungen aus den ersten zehn eingeschlossenen Projekten durch Erhebung zusätzlicher Daten zu stützen oder zu relativieren und c) einige zusätzliche Hypothesen gezielt zu testen.

#### **2.1 Charakteristika der am SHiPP teilnehmenden Institutionen**

Tabelle 1 (siehe Anhang 2) illustriert, dass sich die mit lokalen Projekten am SHiPP beteiligten Einrichtungen hinsichtlich der Grösse (gemessen an Haftplätzen), der angebotenen Haftart(en), der Zuständigkeit für die medizinische Versorgung, der Unterstellung einer Justiz- oder Gesundheitsdirektion, der grundsätzlichen Teststrategie sowie des Selektionskriteriums für das durchgeführte Screening sehr wesentlich unterscheiden.

Es galten nicht in allen lokalen Projekten die gleichen Einschlusskriterien für das Screening. Mehrheitlich hat der Gesundheitsdienst alle neu aufgenommenen Personen uneingeschränkt in das Screening aufgenommen. In einer Minderzahl wurden die Aufenthalte von sehr kurzer Dauer ausgeschlossen: in zwei Einrichtungen im Fall eines Verbleibs (voraussichtlich, bei Eintritt) <3 Tage sowie in einem Gefängnis <5 Tage.

In drei Institutionen wurde sehr ausgeprägt vorselektioniert:



## HEPATITIS SCHWEIZ

- In einer Haftanstalt wurde ein Screening angeboten, sofern ein Verbleib vor Ort vorgesehen war (d.h. kein Screeningangebot bei voraussichtlicher Verlegung innerhalb weniger Tage).
- In zwei Einrichtungen wurde ein Screening angeboten, falls die Haftdauer voraussichtlich mindestens zwei Monate dauern würde.

Diese Vorselektionen beeinflussten die Ergebnisse dieser drei Einrichtungen stark. Beispielsweise wurden in einer dieser drei Anstalten während der Projektperiode insgesamt 1050 Neueintritte registriert. Wegen grossmehrerlich sehr kurzer Aufenthalte (hauptsächlich im Sinne einer Triage vor Weiterverlegung oder sofortiger Entlassung) wurde nur 132 (12,6%) neu inhaftierten Personen ein Screening angeboten, wobei in der Grössenordnung von 90% das Testangebot annahmen (d.h. sehr gute Testrate, allerdings beschränkt auf eine Minderheit, die ein Testangebot erhalten hat). Die Testraten dieser drei Institutionen müssen somit entsprechend eingeordnet werden.

In einer Institution, welche über keinen medizinischen Dienst vor Ort verfügt, konnte an einem Aktionstag durch ein externes, mobiles Team erfolgreich eine einmalige Testung unter den am Stichtag inhaftierten Personen durchgeführt werden.

### **2.2 Testraten insgesamt**

In Tabelle 2 (siehe Anhang 2) werden die Test- und Prävalenzraten für die im Screening eingeschlossenen Infektionen (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV-Infektion) aufgeführt. Wegen der erwähnten äusserst unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Differenzen bei den Teststrategien ist es nicht zulässig, zwischen den einzelnen Betrieben direkte Vergleiche zu ziehen.

Über die Projektdauer konnten grossmehrerlich gute (>60%) bis sehr gute (>90%) Testraten erreicht werden. Bei den Einrichtungen mit Testraten im Bereich von 40–50 % gab es gute Gründe, weshalb es in der Beobachtungszeit (noch) nicht zu einem besseren Resultat gekommen war. Bei den drei Anstalten mit Testraten unter 40% bestand aus externer Sicht auf Betriebsebene bzw. beim zuständigen Personal eine eindeutige, begrenzte Motivation, die Projektvorgaben und die damit verbundenen Zielsetzungen anzustreben.

### **2.3 Testraten im Verlauf**

In elf Haftanstalten führten die Verantwortlichen ein Screening entweder in den Monaten vor dem Projekt oder (unter den bereits inhaftierten Personen) gerade zu Projektbeginn durch. Für diese Einrichtungen wurden Daten zu den Testraten sowohl vor bzw. zu Beginn als auch während des Projekts geliefert (Tabelle 3, siehe Anhang 2).

In den Institutionen konnte im Verlauf mehrheitlich eine deutliche Steigerung der Testraten erzielt werden, zum Teil frappant, selbst bei zu Beginn bereits höherem Niveau. Die beiden Betriebe mit bleibend tiefen Testraten bzw. deutlichem Abfall über die Zeit gehören zu den erwähnten Beobachtungen, wo vor Ort eine offensichtlich begrenzte Motivation in der Projektimplementierung herrschte.

### **2.4 Prävalenzraten**

Im Rahmen des Programms wurde auf Hepatitis-B-Antigen (HBsAg), Hepatitis-C-Antikörper und HIV-Antikörper gescreent.

Tabelle 2 zeigt auch die Resultate des Screenings, d.h. die Prävalenzdaten zu den zur Diskussion stehenden Infektionen. Im Screening wurden generell nur vereinzelt Personen mit HIV-Infektion oder aktiver Hepatitis B entdeckt. Für die Betroffenen und deren Umfeld waren diese Diagnosen äusserst relevant.

Die Prävalenz für Hepatitis-C-Antikörper war hingegen deutlich erhöht, bei unterschiedlichen Zahlen hauptsächlich im Bereich von ca. 1–6% (in einer Anstalt 13%). Unter den Personen mit positiven Hepatitis-C-Antikörpern hatten ca. ein Drittel bis die Hälfte (in einem Fall drei Viertel) eine chronische Hepatitis C.

## **2.5 Weiterführende Abklärung, Therapie und Nachsorge**

Die Berücksichtigung und, wo immer möglich, Verbesserung aller Etappen eines Abklärungs- und Behandlungspfades für Hepatitis B, Hepatitis C und HIV-Infektion in Schweizer Institutionen der Haft waren das Hauptziel der Initiative SHiPP. Die Prävention wurde in jedem Projekt angesprochen. Screening, weiterführende Abklärung und Therapie waren von Beginn an die zentralen Pfeiler des Programms.

Erst aus den Erfahrungen der ersten SHiPP-Projekte hat sich herauskristallisiert, dass die Nachsorge im Freiheitsentzug mit besonderen Herausforderungen verbunden ist. Dies betrifft einerseits die Sicherstellung der Kontinuität der medizinischen Betreuung bei Austritt oder bei oft unvorhersehbarer, kurzfristiger Verlegung in eine andere Einrichtung, häufig in einen anderen Kontext mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen (Grösse der Anstalt, Art der Haft, Organisation, kantonale Vorgaben). Andererseits ist es generell schwierig, die Nachsorge nach der Entlassung aus dem Freiheitsentzug sicherzustellen.

Eine optimale Kommunikation zwischen den beteiligten Anstalten bei einer Verlegung sowie mit externen Organisationen und Stellen beim Austritt ist für inhaftierte Personen generell von grösster Bedeutung, und dies gilt auch für die Betreuung hinsichtlich Hepatitis B, Hepatitis C und HIV-Infektion in sehr hohem Mass.

Alle teilnehmenden Einrichtungen berichten über die Fortführung von vor Eintritt begonnenen Behandlungen gegen Hepatitis C oder HIV-Infektion (vereinzelt auch gegen Hepatitis B) sowie über neue Zuweisungen zur weiterführenden Abklärung und Therapie nach Verlegung oder Entlassung (betrifft in erster Linie Personen mit neu entdeckter Hepatitis C). In der grossen Mehrheit der am SHiPP teilnehmenden Institutionen wurden bei längerdauerndem Aufenthalt einzelne Therapien gegen Hepatitis C auch bei der Diagnosestellung (aber noch ohne Behandlung) vor Eintritt oder nach Ersterfassung im Rahmen des Screenings eingeleitet.

Die Haftanstalt mit grösserer Zahl an bestätigten Fällen von chronischer Hepatitis C hat im Detail Therapiedaten bereitgestellt. In dieser Einrichtung wurde bei 15 von 21 (71%) Patienten mit bestätigter chronischer Hepatitis C während des Aufenthaltes eine Therapie durchgeführt, drei inhaftierte Personen hatten dezidiert auf eine Behandlung verzichtet, bei zwei konnte (vorerst) wegen vorhandener viraler Resistenz nicht mit einer Behandlung begonnen werden; und eine Person wurde entlassen, bevor eine Behandlung eingeleitet werden konnte.

In einer weiteren Einrichtung konnten 13 von 13 mit chronischer Hepatitis C behandelt werden.

Aus einem Betrieb wird berichtet, dass alle vier Personen mit chronischer Hepatitis C «innerhalb sechs Monate» entlassen resp. verlegt wurden, was offenbar der Grund für die Nichtbehandlung war.

Aus den restlichen Einrichtungen mit Erfassung von Personen mit chronischer Hepatitis C kamen folgende Rückmeldungen (Anzahl Personen mit chronischer Hepatitis C/Anzahl Behandelte): 4/4, 2/2, 2/2, 2/3 (ein vorzeitiger Austritt), 1/2 (ein vorzeitiger Austritt), 1/1, 1/1.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass – mit der Ausnahme einer einzigen Institution, bei der die Begründung der Nichtbehandlung von Patienten mit chronischer Hepatitis C nicht überzeugen konnte – bei Diagnose einer zur Diskussion stehenden Infektion immer weiter abgeklärt wurde und bei Vorliegen einer chronischen Hepatitis C in der deutlich überwiegenden Zahl der Fälle auch behandelt wurde.

### **3. Erfahrungen und Erkenntnisse**

#### **3.1 Programmgestaltung**

Zwei Grundprinzipien haben sich in der Programmgestaltung und der erfolgreichen Umsetzung als entscheidend herausgestellt, nämlich der «Bottom-up-Ansatz» für die Projektentwicklung vor Ort sowie das «Opt-out-Prinzip» für das Screening.

Aufgrund vieler Kontakte im Vorfeld des Programmstarts und vor allem aufgrund der Erkenntnisse aus einer Umfrage im Freiheitsentzug wurde von Hepatitis Schweiz die Notwendigkeit erkannt, dass jedes einzelne Projekt wegen der ausgesprochen unterschiedlichen Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Bedürfnisse separat mit den Verantwortlichen vor Ort vorbereitet, entwickelt und umgesetzt werden müsse. Es hat sich herausgestellt, dass dieser «Bottom-up-Ansatz» in den Institutionen sehr geschätzt wurde und ausschlaggebend für das gute Gelingen der Projekte war.

Für das Screening neu eintretender Personen haben die Gesundheitsdienste grundsätzlich in allen Anstalten das «Opt-out»-Verfahren im Rahmen der Eintrittsuntersuchung angewendet. Dies bedeutet, dass bei allen neu eintretenden Personen ein Screening durchgeführt wurde, es sei denn, jemand hätte sich explizit dagegen entschieden. Diese Vorgabe hat wesentlich zu guten bis sehr guten Testraten beigetragen und auch zu deren Verbesserungen im Verlauf.

#### **3.2 Einschluss von Institutionen ins Programm, Implementierung vor Ort**

Zu Beginn der Programmaktivitäten wurden erste Kontaktpersonen von Institutionen angesprochen, die im Vorfeld ein Interesse an einer weiterführenden Zusammenarbeit signalisiert hatten. Im weiteren Verlauf meldeten sich fortlaufend neue interessierte Verantwortliche aus Haftanstalten, häufig im Rahmen von oder nach Tagungen, auf denen Hepatitis Schweiz die Initiative SHiPP vorgestellt hatte.

Nach einem initialen Austausch hat die Programmleitung bei bekräftigtem Interesse den medizinischen Zuständigen (Ärzeschaft und Gesundheitsdienst) und der Direktion jeweils vor Ort die Rahmenbedingungen für eine Teilnahme am Programm vorgestellt, in der Regel bereits in Anwesenheit einiger weiterer Bereichsverantwortlicher (z.B. Aufsichts- und Betreuungsdienst, Sozialdienst, Werkstattchefs usw.). Ein früher Miteinbezug auch leitender Personen aus nichtmedizinischen Bereichen, insbesondere Vertretungen des Aufsichtspersonals, hat sich sehr bewährt. Damit konnten bei den Miteinbezogenen Wissen und Verständnis gefördert werden, was beim späteren praktischen Vorgehen sehr geholfen hat.



Im Moment, in dem es zu einer Vorstellung vor Ort gekommen ist, kam es in der Folge immer auch zu einer Vereinbarung eines Projekts mit zwei Ausnahmen: Die Verantwortlichen in zwei Kantonen haben nach ebenfalls interessiertem und freundlichem Empfang entschieden, die Entwicklungen anderswo zu beobachten.

In einem Kanton hat SHiPP mit den Verantwortlichen ein Projekt vereinbart und auch vorbereitet, doch kam es nie zur praktischen Umsetzung, weshalb nach ca. einem Jahr Verzögerung ohne konkreten Projektstart die Vereinbarung in gegenseitigem Einverständnis und gutem Einvernehmen aufgelöst werden musste. Gemäss den lokalen Verantwortlichen war der Grund der fehlenden Implementierung allein die Knappheit an personellen Ressourcen, bedingt u.a. durch einen langfristigen Ausfall auf einer Schlüsselposition und weitere unbesetzte Stellen. Die betreffende Anstalt wird nicht zu den am SHiPP teilnehmenden Institutionen gezählt.

Zusammengefasst ist es nach der Vorstellung der Initiative SHiPP in 14 Kantonen in der Folge in 12 zu einer Vorbereitung bzw. in 11 zu einer Implementierung von Projekten gekommen.

### **3.3 Dauer der lokalen Projekte, Abbruch**

Grundsätzlich hat SHiPP eine Projektdauer von zwölf Monaten angestrebt. In zwei Betrieben haben die Verantwortlichen vor Projektbeginn entschieden, die Laufzeit auf sechs Monate zu limitieren. Zwei Einrichtungen haben sich nach längeren Diskussionen auf Pilotprojekte mit einer Laufzeit von drei Monaten festgelegt. Diese Projekte haben eine kürzere Beobachtungszeit und damit eine sehr begrenzte Aussagekraft hinsichtlich ihrer Entwicklung.

In der Nachbetrachtung muss für die mit der Initiative SHiPP angestrebten Zielsetzungen eine Dauer der Intervention von nur 3 Monaten als viel zu kurz eingestuft werden. Eine Dauer von 6 Monaten kann adäquat sein, wenn bei bereits gut etablierten Aktivitäten die Auswirkung der Einführung eines neuen Elements (z.B. Schnelltests) geprüft wird.

Nach Beginn der Umsetzung der Projektaktivitäten vor Ort ist es in einer einzigen Institution zum Abbruch gekommen, leider bedingt durch den Krankheitsausfall der vor Ort hauptverantwortlichen Person.

### **3.4 Leadership und Motivation**

Für jede am SHiPP mit einem Projekt teilnehmende Einrichtung konnte vor Beginn der Umsetzung der Aktivitäten eine lokale projektverantwortliche Person gewonnen werden – in der Regel eine Leiterin oder ein Leiter der medizinischen Dienste. Diese Projektverantwortlichen wurden während der Vorbereitung der Projektumsetzung sowie während der gesamten Laufzeit des Projekts intensiv von Hepatitis Schweiz begleitet.

Die Motivation dieser Schlüsselpersonen sowie die des Teams der Gesundheitsdienste haben sich als Hauptfaktor für den Erfolg des jeweiligen Projektes herausgestellt, gemessen z.B. an der erzielten Testrate.

Aus keiner der am SHiPP teilnehmenden Einrichtungen wurde berichtet, dass die Motivation der inhaftierten Personen ein grundsätzliches Hindernis darstellen würde. Wenn überhaupt, traf dies auf eine Minderheit zu und hauptsächlich zu Projektbeginn (wo teilweise noch Skepsis gegenüber dem Gesundheitspersonal oder den angebotenen Testungen bestehen konnte).

### **3.5 Unterschiede zwischen Untersuchungshaft und Vollzug**

Es ist wohl kein Zufall, dass unter den meisten Anstalten mit sehr hohen Testraten nicht auch Untersuchungshaft angeboten wird bzw. – in einem Fall – die für eine Verlegung wenige Tage nach Eintritt vorgesehenen Personen nicht für das Screening berücksichtigt worden waren.

Einzelne Einrichtungen haben nach ersten Erfahrungen ihre Strategie angepasst und Personen mit im Voraus bekannter sehr kurzer Haftdauer (z.B. ein Absitzen einer Busse) kein Screening angeboten.

Tatsächlich ist es bei sehr kurzer Haftdauer (bzw. Aufenthalt vor Ort vor Verlegung) für die Gesundheitsdienste schwierig, bei inhaftierten Personen das für eine gute und motivierende Betreuung notwendige Vertrauen herzustellen. Generell fehlt dafür schlichtweg die Zeit und der Kurzaufenthalt wird von anderen Sorgen und Prioritäten geprägt. Unter solchen Bedingungen können Information und Screening auf virale Hepatitis sowie HIV-Infektion in der Mehrzahl der Fälle nur begrenzt gefördert werden.

Die erwähnten Schwierigkeiten bei Kurzaufhalten ergeben sich zwangsläufig hauptsächlich in Untersuchungsgefängnissen bzw. -abteilungen. Im Vollzug (insbesondere dort, wo die Haftdauer Monate bis Jahre beträgt) ist es häufig möglich, wenn nicht bereits bei Eintritt, dann durch ein «Nachfischen» im Verlauf, auch jene inhaftierten Personen vom Nutzen eines Screenings zu überzeugen, die ursprünglich aus irgendwelchen Gründen abgesagt haben. Unter solchen Rahmenbedingungen überwiegt auch der Vorteil einer venösen Blutentnahme, mit der bei Bedarf aus demselben Probenmaterial weiterführende Laborabklärungen veranlasst werden können (je nach Konstellation inkl. Reflextestung im Labor, d.h. ohne nochmalige ärztliche Anordnung).

### **3.6 Unterschiede bezüglich venöser und kapillärer Blutentnahme**

Erste Resultate aus am SHiPP teilnehmenden Institutionen schienen zunächst tendenziell internationale Beobachtungen zu bestätigen, dass mit rein venösen Blutentnahmen nur beschränkte Testraten erreicht werden könnten, d.h. bis etwa zur Hälfte aller in Frage kommenden inhaftierten Personen. In der Literatur gibt es etliche Beispiele, in denen – ausgehend von Programmen mit rein venösen Blutentnahmen – die Einführung von Diagnostik mittels kapillärer Blutentnahmen oder Speicheltests, d.h. durch Screening anhand von Diagnostik vor Ort als ersten Schritt, die Testraten markant gesteigert werden konnten.

Die Überprüfung dieser Hypothese für Schweizer Verhältnisse war eine der wichtigen Fragen, die mit dem Einschluss weiterer Projekte ins Programm geklärt werden sollten.

Nun stellt sich heraus, dass in Haftanstalten der Schweiz durchaus hohe Testraten auch allein durch Diagnostik mittels venöser Blutentnahmen möglich sind. In der Schweiz sind für die erfolgreiche Umsetzung eines Screenings in diesem Setting andere Voraussetzungen als allein die Wahl der Probenentnahmeverfahren von grösserer Bedeutung. Offensichtlich hängen die Erfolgsaussichten stärker von der Art der Haft, Organisation, den Ressourcen und der Motivation der zuständigen Dienste in den Institutionen ab.

Dies gesagt, ist auffällig, dass es sich bei jenen Betrieben mit guten bis sehr guten Testraten – mit einer Ausnahme – um Einrichtungen ohne Angebot auch von Untersuchungshaft handelt. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass eine Diagnostik allein durch venöse Blutentnahmen ebenfalls sehr erfolgreich sein kann, sofern der Aufenthalt der inhaftierten Personen länger (Monate bis Jahre) dauert. Dies ermöglicht dem medizinischen Team die Betroffenen mehrfach bzw. bei guter Gelegenheit (z.B., wenn eine Blutentnahme aus anderen Gründen erfolgt) für



ein Screening auf Hepatitis B, Hepatitis C und HIV-Infektion zu motivieren. In Betrieben oder Abteilungen mit eher kurzen bis sehr kurzen Aufenthaltsdauern rücken die Vorteile einer Diagnostik mittels Schnelltests anhand von kapillärem Blut oder Speichel eher in den Vordergrund.

#### 4. Ausblick; SHiPP26+

Mit dem Abschluss von SHiPP in seiner bisherigen Form wird das Projekt nahtlos als SHiPP26+ fortgeführt. Das übergeordnete Ziel bleibt die nachhaltige Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung in Haftinstitutionen, wobei der Fokus auf der Förderung bedarfsgerechter, integrierter Versorgungsstrukturen liegt. Hepatitis Schweiz wird weiterhin Institution der Haft dabei unterstützen, reguläre Eintrittsscreenings für Hepatitis B, Hepatitis C und HIV vor Ort einzuführen oder auszuweiten und die anschließende Behandlung vor Ort zu etablieren. Langfristig sollen das Screening sowie die Therapie als fester Bestandteil der medizinischen Grundversorgung in Haftsettings flächendeckend verankert werden.

Ein zentraler Schwerpunkt von SHiPP26+ liegt auf der systematischen Aufbereitung von Wissen und der fachpolitischen Mitwirkung. Die bereits entstandene Publikation „Gute Praxis entlang des Behandlungspfades“ wird 2026 graphisch überarbeitet und gezielt verbreitet, um evidenzbasierte Empfehlungen in politische und operative Entscheidungsprozesse einzubringen. Darüber hinaus wird die Expertise des Projekts aktiv in relevante Fachgremien eingebracht, um die Sichtbarkeit und Umsetzung der Ergebnisse zu stärken.

Die Koordination, Netzwerkarbeit und Qualitätssicherung bilden das Rückgrat des Projekts. SHiPP26+ fördert den interdisziplinären Austausch zwischen Medizin, Justiz, Vollzug und NGOs, um eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung zu unterstützen und Versorgungslücken zu identifizieren – mit dem klaren Ziel, die Therapierate nachhaltig zu erhöhen.

Dr. med. **Claude Scheidegger** MPH

Programmleiter SHiPP

Dr. med. Nathalie Brunner MBA

Geschäftsführerin Hepatitis Schweiz

## Anhang 1

### Präsentationen und Publikation

#### 2019

- 29.08. Hepnet Zürich  
*Virale Hepatitis und Gefängnis*
- 28.11. Forum Justizvollzug SKJV (Workshop), Bern  
*Hepatitis C Eliminierung in der Schweiz nur mit den Haftanstalten möglich*
- 06.12. Gefängnismedizin-Tage, Frankfurt  
*Neues aus der Schweiz (Chance für ein HCV-freies Gefängnis in Deutschland bis 2030?)*

#### 2020

- 08.02. Jahrestagung der Konferenz der Schweizerischen Gefängnisärzte und dem Forum für Pflegefachpersonen im Justizvollzug, Solothurn  
*Virale Hepatitis (und HIV-Infektion) im Gefängnis/ Hépatites virales (et infection auVIH) en milieu pénitentier*
- 29.05. Abbvie Switzerland, online  
*Viral hepatitis and prisons – The Swiss perspective*
- 24.11. Dienstagsclub Infektiologie Universitätsspital Basel  
*Gefängnisse – Brutstätte für oder Schutzort vor Infektionen?*

#### 2021

- 04.11. INHSU Swiss Hub, online  
*Hepatitis C in Prisons – Framework and Recent Data*
- 29.11. Swiss Hepatitis Symposium, Zürich  
*Hepfree Prisons in Switzerland*
- 16.12. PWID Preceptorship, Bern  
*HepC treatment settings – in prisons*

#### 2022

- 18.05. Generalversammlung der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz, Genf  
*Vorstellung SHiPP*
- 11.11. Jahrestagung der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz, Naters  
*Vorstellung SHiPP*
- 28.11. Netzwerkmeeting Hepatitis Schweiz, Zürich  
*Vorstellung SHiPP*
- 15.12. Hepnet Zürich  
*Virale Hepatitis und Gefängnis*



## HEPATITIS SCHWEIZ

### 2023

- 06.06. Conférence des chefs des services pénitentiaires cantonaux, online  
*Diagnostics et traitement des hépatites virales en milieu carcéral suisse*
- 16.06. Konferenz der kantonalen Leitenden Justizvollzug KKLJV, online  
*Abklärung und Behandlung von Virushepatitis in Schweizer Gefängnissen*
- 27.11. Swiss Hepatitis Symposium, Bern  
*Presentation of SHiPP*

### 2024

- 24.10. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft (Workshop), Wien  
*Nationale Strategien zur Bekämpfung von HIV und Hepatitiden in Haft bis 2030*
- 02.12. Netzwerkmeeting Hepatitis Schweiz, Bern  
*Präsentation SHiPP*

### 2025

- 27.03. Medizin im Strafvollzug, Neuchâtel  
*Ces étrangers qui nous apportent des infections .../ Diese Ausländer, welche uns Infektionen bringen ...*
- 11.12. Gefängnismedizin-Tage, Darmstadt  
*Vorstellung SHiPP*

Scheidegger C. Hepatitis C: Prävention, Screening und Therapie in Gefängnissen.  
Suchtmagazin 48(2022):34-36

<https://www.suchtmagazin.ch/magazin/schadensminderung-2022-02>



# HEPATITIS SCHWEIZ

## Anhang 2

### Tabellen

**Tabelle 1 Charakteristika der am SHIPP teilnehmenden Institutionen**

Kanton	Institution	Haftplätze Anzahl	Haftart(en)	Zuständigkeit für die ärztliche Versorgung	für medizinische Versorgung zuständige Behörde	grundsätzliche Teststrategie	Selektion für das Screening
BS	Gefängnis Basslergut	118	GeVo, AuHa	Kantonsärztliche Medizinische Dienste	Kantonsarzt	Speicheltest bei allen Eintritten (Testung nur für HCV)	uneingeschränkt alle Neueintritte
BS	Untersuchungsgefängnis Waaghof	142	Uha, KuSt, AuHa, (GeVo)	Kantonsärztliche Medizinische Dienste	Kantonsarzt	Speicheltest bei allen Eintritten (Testung nur für HCV)	uneingeschränkt alle Neueintritte
FR	EDFR Bellechasse	203	GeVo	externer Hausarzt	Sicherheits-, Justiz- und Sportdirektion	venöse Blutentnahme bei allen Eintritten	uneingeschränkt alle Neueintritte
FR	EDFR Prison Centrale	100	Uha, KuSt, AuHa	externer Hausarzt	Sicherheits-, Justiz- und Sportdirektion	Speicheltest und kapilläre Blutentnahme bei allen Eintritten	alle Eintritte mit $\geq 3$ Tage Aufenthalt
GE	Prison de Champs-Dollon	398	GeVo, Uha, KuSt, AuHa	Unité carcérale hospitalière HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	venöse Blutentnahme bei allen Eintritten (Daten nur für HCV)	uneingeschränkt alle Neueintritte
GL	Gefängnis Glarus	13	GeVo, Uha, OfVo, KuSt	externe Hausärztin	Abteilung Justizvollzug	Speicheltest und kapilläre Blutentnahme bei allen Eintritten	alle Eintritte mit $\geq 3$ Tage Aufenthalt
GR	JVA Realta	118	GeVo, OfVo, AuHa	externer Hausarzt	Amt für Justizvollzug	Speicheltest und kapilläre Blutentnahme bei allen Eintritten	alle Eintritte mit $\geq 5$ Tage Aufenthalt
SG	Strafanstalt Saxerriet	135	OfVo, (GeVo)	externe Hausärztin	Amt für Justizvollzug	Speicheltest und kapilläre Blutentnahme bei allen Eintritten	uneingeschränkt alle Neueintritte
TI	Carcere Giudiziario La Farera	88	GeVo, Uha, KuSt, AuHa	Servizio Medicina Penitenziaria EOC	Ente Ospedaliero Cantonale EOC	Speicheltest und kapilläre Blutentnahme bei allen Eintritten	alle mit Aufenthalt voraussichtlich $\geq 2$ Monate
TI	Carcere Penale La Stampa	140	GeVo	Servizio Medicina Penitenziaria EOC	Ente Ospedaliero Cantonale EOC	Speicheltest und kapilläre Blutentnahme bei allen Eintritten	alle mit Aufenthalt voraussichtlich $\geq 2$ Monate
BE	Regionalgefängnis Biel	33	Uha, GeVo	externer Hausarzt	Amt für Justizvollzug	Speicheltest und kapilläre Blutentnahme bei allen Eintritten	alle bei welchen bei Eintritt keine rasche Verlegung vorgesehen ist
BE	Justizvollzugsanstalt Thorberg	180	GeVo	externer Hausarzt	Amt für Justizvollzug	venöse Blutentnahme bei allen Eintritten, Speicheltest und kapilläre Blutentnahme in Reserve	uneingeschränkt alle Neueintritte
NE	Etablissement d'exécution des peines Bellevue	65	GeVo	Centre Neuchâtois De Psychiatrie	Département des finances et de la santé	venöse Blutentnahme bei allen Eintritten, Speicheltest und kapilläre Blutentnahme in Reserve	uneingeschränkt alle Neueintritte
NE	Etablissement de détention La Promenade	112	Uha, GeVo	Centre Neuchâtois De Psychiatrie	Département des finances et de la santé	venöse Blutentnahme bei allen Eintritten, Speicheltest und kapilläre Blutentnahme in Reserve	uneingeschränkt alle Neueintritte
SH	Kantonales Gefängnis Schaffhausen	43	Uha, GeVo	externer Hausarzt	Kantonsarzt	Speicheltest und kapilläre Blutentnahme bei allen initial Inhaftierten	alle zu Projektbeginn inhaftierte Personen
ZG	Justizvollzugsanstalt Bostadel	120	GeVo	externer Hausarzt	Amt für Justizvollzug	Speicheltest und kapilläre Blutentnahme bei allen Eintritten	uneingeschränkt alle Neueintritte

GeVo geschlossener Vollzug, Uha Untersuchungshaft, KuSt Kurzstrafen, AuHa ausländerrechtliche Administrativhaft

**Tabelle 2 Testraten und Prävalenzdaten**

Institution	Zielpopulation Total					
	Anzahl Testangebote	Anzahl getestet	HIV positiv	HBV positiv	HCV positiv	chron. Hepatitis C
A	761	260 (34.1%)	0 (0.0%)	3 (1.2%)	1 (0.4%)	na
B	448	92 (20.5%)	5 (1.1%)	2 (0.4%)	6 (1.3%)	2
C	38	35 (92.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (6.7%)	2
D	409	386 (94.4%)	4 (0.1%)	1 (0.03%)	9 (2.3%)	4
E	1863	802 (43.0%)	na	na	46 (5.7%)	21 (45.7%)
F	232	149 (64.2%)	-	-	7 (2.6%)	3
G	38	10 (26.3%)	-	-		
H**/***	264	201 (76.1%)	1 (0.5%)	2 (1.0%)	12 (6.0%)	4 (33.3%)
I**/***						
J	192	131 (68.2%)	1 (0.7%)	0 (0.0%)	17 (13.0%)	13 (76.5%)
K	298	200 (67.1%)	1 (0.5%)	3 (1.5%)	9 (4.5%)	1
L	58	51 (87.9%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	1 (2.0%)	0
M**	132	115 (87.1%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)	2 (1.7%)	1
N	121	115 (95.0%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	2 (1.7%)	1
O	35	18 (51.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-
P	187	112 (59.9%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	0

Die Reihenfolge der anonymisierten Institutionen in Tabelle 2 entspricht nicht der Reihenfolge der Institutionen in Tabelle 1

\*Daten von Institutionen H und I wurden zusammengezogen

\*\* Testangebot nach markanter Vorselektion (siehe Text)



**Tabelle 3 Testraten vor bzw. zu Beginn des Projektes sowie im Verlauf**

	initial	im Verlauf
A	73.5%	30.3%
B	15.4%	24.1%
D	77.7%	100.0%
H*	68.6% <sup>1</sup>	76.1%
I*	18.4% <sup>1</sup>	
J	78.8%	68.2%
K	41.1% <sup>1</sup>	67.1%
L	91.8% <sup>1</sup>	87.9%
M	75.0%	92.4%
N	74.0% <sup>1</sup>	95.0%
P	62.5%	67.1%

Die Reihenfolge der anonymisierten Institutionen in Tabelle 3 entspricht nicht der Reihenfolge der Institutionen in Tabelle 1

\* Daten von Institutionen H und I wurden im Verlauf zusammengezogen

<sup>1</sup> Daten vor SHiPP Projekt