

**Gutachten Nr. 55 vom 13. Mai 2013
über die Behandlung von Patienten
mit multiresistenter Tuberkulose
vom Standpunkt des Schutzes der
öffentlichen Gesundheit aus**

Inhalt

I. Befassung des Ausschusses und Eingrenzung des Gutachtens

II. Medizinische Aspekte

1. Die verschiedenen Sorten Tuberkulose
2. Erkennung
3. Behandlungsmöglichkeiten
4. Ansteckung
5. Epidemiologische Daten
 - 5.1. Die Situation weltweit
 - 5.2. Die Situation in Belgien

III. Gesetzlicher Rahmen und Vorschriften

1. Einleitung
2. Internationale Rechtsnormen
3. Belgische föderale Vorschriften
4. Vorschriften der Gemeinschaften
5. Einige Beispiele der Schwierigkeiten vor Ort

IV. Die gesellschaftlichen wirtschaftlichen und politischen Dimensionen der Zwangsisolierung und Behandlung eines Patienten mit multiresistenter Tuberkulose

1. Zwei Beispiele
2. Isolierung und Quarantäne: Definition und Zielsetzung
3. Die sozialwirtschaftlichen Aspekte
4. Stigmatisierung und Diskriminierung
5. Die nationale und internationale Dimension der öffentlichen Gesundheit

V. Die ethische Dimension der Zwangsisolierung und Behandlung eines Patienten mit multiresistenter Tuberkulose

1. Die Einschränkung der Freiheit
2. Die Zustimmung
3. Die Privatsphäre und die Vertraulichkeit

VI. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

I. Befassung des Ausschusses und Eingrenzung des Gutachtens

In einem Brief vom 7. November 2012 hat sich Frau Laurette Onkelinx, Ministerin für Soziales und Volksgesundheit, an den Beratenden Bioethik-Ausschusses mit einer Frage über die „Behandlung von Patienten mit offener Lungentuberkulose [...] gewandt.“ Patienten, die an offener Lungentuberkulose leiden, stellen wegen der Ansteckungsgefahr ein hohes Risiko für Personen dar, mit denen sie in Kontakt kommen. Angesichts der zunehmenden Prävalenz solcher Patienten, beabsichtige ich, zusammen mit den föderalen Einrichtungen besondere Maßnahmen für die Aufnahme und therapeutische Behandlung dieser Patientengruppe und für die Bekämpfung der Krankheit im Allgemeinen zu treffen.

Ich bitte Sie hiermit um ein umfassendes, mit Gründen versehenes Gutachten zu den ethischen und rechtlichen Aspekten der heutigen Tuberkulosebekämpfung, und zwar im Lichte der Entwicklung der Epidemiologie, der Multiresistenz und der sozialen Anfälligkeit eines Teils der betroffenen Patienten. Insbesondere bitte ich den Ausschuss, sich über etwaige freiheitsbegrenzende Maßnahmen, die Zwangsbehandlung und die Umstände, unter denen eine unmittelbar beobachtete Behandlung organisiert und erleichtert werden kann, zu äußern.

Derzeit erwäge ich, neben der klassischen Behandlung im Krankenhaus, ein besonderes Auffangsystem zu fördern, bei dem Krankenhäuser mit besonderer Erfahrung bei der Versorgung solcher Patienten medizinische, pflegerische und soziale Betreuung leisten.“ In seiner Vollversammlung vom 10. Dezember 2012 hat der Ausschuss beschlossen, sich mit dieser Frage zu befassen und sie einer Arbeitsgruppe vorzulegen (dem verkleinerten Ausschuss 2012-3).

Dieser Ausschuss hat sich auf folgende Aspekte der gestellten Frage konzentriert: die medizinischen Aspekte (Teil II) insbesondere das Phänomen der Multiresistenz und der epidemiologischen Information; die Gesetzesbestimmungen und Vorschriften über die Diagnose und Behandlung von Patienten mit multiresistenter Tuberkulose (Teil III); die wirtschaftlichen, sozialen und politischen Aspekte (Teil IV), die ethischen Aspekte (Teil V) und schließlich die Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Teil VI).

Die Erkennung der multiresistenten Tuberkulose und ihre Prävention im Allgemeinen sind komplizierte Sachverhalte, die in diesem Gutachten nur tangiert werden. Diese Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit sind an sich Grund genug für eine ausführliche Untersuchung, die Gegenstand eines späteren Gutachtens sein könnte.

II. Medizinische Aspekte

1. Die verschiedenen Sorten Tuberkulose

Tuberkulose ist eine ansteckende Infektionskrankheit mit oft fatalem Ausgang, die durch verschiedene Stämme Mykobakterien, meistens durch *Mycobacterium tuberculosis* (Tuberkulosebazillus von Koch¹: BK) verursacht wird.

Tuberkulose ist meistens eine Lungeninfektion, aber in 15% bis 20% der Fälle kann sich die Infektionskrankheit außerhalb der Lunge auf andere Organe ausweiten (auf die Pleura visceralis, das Gehirn, das Lymphdrüsen system (unter anderem die Drüsen im Halsbereich), das Urogenitalsystem). Man spricht dann von extrapulmonaler Tuberkulose. Patienten mit einem geschwächten Immunsystem (sogenannte immundefiziente Patienten) und Kinder im frühen Alter sind sehr anfällig für die extrapulmonale Form von Tuberkulose.

Es gibt auch eine akute, allgemeine Form der Krankheit: die miliare Tuberkulose. Diese ansteckende Form ist sehr gefürchtet, weil sie sowohl extra- als intrapulmonal sein kann.

Neben der aktiven Tuberkulose gibt es auch eine „schlummernde“ Form des Bazillus bei infizierten Personen (man spricht dann von latenter Tuberkulose). Dies erklärt, warum die Krankheit manchmal erst mehrere Monate oder sogar Jahre nach der Ansteckung ausbricht.

2. Erkennung

Tuberkulosescreening durch intradermales Einspritzen von Tuberkulin (Mantoux test) bleibt positiv nach einer BCG-Impfung (Bazillus von Calmette und Guérin). Bei einem positiven Tuberkulintest (bei einer nicht mit BCG geimpften Person) muss die Lunge fünf Jahre hintereinander geröntgt werden (Radiographie von vorne und von der Seite). Bei positiver Rx der Lunge muss der Erreger (Tuberkulosebazillus) in nüchternem Magensaft über eine Sonde isoliert und die säurefeste Bakterie identifiziert werden. Bei positivem Befund muss ein therapeutischer Medikamentencocktail verabreicht werden.

3. Behandlungsmöglichkeiten

Tuberkulose kann mit Erstlinien-Medikamenten (Isoniazid und Rifampicin) behandelt werden. Multiresistente Tuberkulose (Multi Drug Resistant Tuberculosis – MRT) ist eine Form von Tuberkulose, die resistent ist gegen Isoniazid und Rifampicin. Ferner gibt es eine extrem resistente Form von Tuberkulose (Extensively Drug Resistant Tuberculosis – XDR-TB), die nicht nur gegen Isoniazid und Rifampicin resistent ist, sondern auch gegen alle Fluoroquinolone und gegen mindestens ein injizierbares Zweitlinien-Medikament (Amikacin, Kanamycin und Capreomycin).

¹ Der Stamm *Mycobacterium tuberculosis* wurde 1882 zum ersten Mal von Robert Koch identifiziert und beschrieben. 1905 erhielt er dafür den Nobelpreis.

Arzneimittelresistente Stämme von *Mycobacterium tuberculosis* sind die Folge von spontanen genetischen Mutationen. Begünstigt wird die Resistenz auch durch die unangemessene Verwendung von Tuberkulostatika, zum Beispiel Monotherapie oder die Hinzufügung eines einzigen Medikaments zu falschen Behandlungskuren. Wenn eine andere Person mit einem derart resistenten Stamm infiziert wird, kann auch diese Person eine behandlungsresistente Form von Tuberkulose entwickeln.

Es besteht kein offizieller Impfstoff. BCG-Impfung ist eine Impfung mit dem Bazillus von Calmette und Guérin, einem abgeschwächten Tuberkulosebazillus, der die menschliche Immunität stimulieren soll. Diese Impfung bietet ungenügenden Schutz und macht eine Erkennung mit Tuberkulintests unmöglich. In Südafrika, wo Tuberkulose sehr oft vorkommt, stellt man fest, dass die Zahl der Tuberkulosefälle trotz BCG-Impfung hoch bleibt, was den ungenügenden Schutz verdeutlicht.

Es laufen Studien zur Entwicklung neuer Impfstoffe, die den BCG-Impfstoff ersetzen sollen. Neue Medikamente gegen multiresistente Formen von Tuberkulose scheinen bessere therapeutische Ergebnisse zu liefern. So scheint Bedaquilin ein vielversprechendes neues Medikament gegen Tuberkulose zu sein.

4. Ansteckung

Zum guten Verständnis der Tuberkulosegefahr für die öffentliche Gesundheit erinnern wir daran, dass ein Tuberkulosepatient andere Menschen anstecken kann und dass eine infizierte Person die Krankheit sofort oder erst später entwickeln kann (Patienten mit latenter Tuberkulose entwickeln und verbreiten die Krankheit nicht). Der Belgische Fonds für Erkrankungen der Atemwege (FARES², Fonds des Affections Respiratoires) schätzt, dass jemand, der mit dem Kochbazillus infiziert wird, im Laufe seines gesamten Lebens 10% Chancen hat, die Krankheit zu entwickeln (was in der Hälfte der Fälle kurz nach der Ansteckung passieren wird). Bei Menschen, die mit dem AIDS-Virus infiziert sind, beträgt dieses Risiko 10% pro Jahr.

Eine Person, die an aktiver, nichtresistenter Lungenentzündung leidet, bleibt nach Behandlungsbeginn noch etwa zwei Wochen lang ansteckend.

Behandelten Personen muss regelmäßig Sputum zum Ansetzen einer Bakterienkultur abgenommen werden. Allgemein wird angenommen, dass nach drei negativen Bakterienkulturen vernünftigerweise angenommen werden kann, dass die behandelte Person nicht mehr ansteckend ist.

Die Bakterie kann über alle möglichen Formen von Emission aus dem Mund oder der Nase (Husten, Niesen, Spucken, Singen, Küssen, ...) übertragen werden. Bei jeder Emission verbreitet die Person Mikrotröpfchen von 0,5 bis 5 µm Durchmesser, die die Krankheit übertragen können. Ein einziges Niesen setzt z.B. ungefähr 40.000 Tropfen frei. Jeder Tropfen kann die Krankheit übertragen. Die Inhalation von etwa zehn Tropfen reicht, um die Krankheit zu übertragen. Ein Träger einer aktiven Lungentuberkulose, der unbehandelt bleibt, kann 10 bis 15 oder mehr Personen pro Jahr anstecken. 22% des

2 Der FARES ist eine Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht (VoG), die sich für Tabakprävention sowie für die Prävention und Begleitung von Tuberkulose und von chronischen Erkrankungen der Atemwege einsetzt. Siehe auch die Internetseite: <http://www.fares.be>.

Infektionsrisikos entsteht durch anhaltenden, häufigen und engen Kontakt mit dem Infektionsträger. Eine Reihe Faktoren spielen bei der Übertragung eine Rolle: die vom Träger verbreitete Anzahl Tropfen, die Dauer der Exposition, die Virulenz des Mycobacterium tuberculosisstamms, der Immunitätsstatus des Empfängers oder die Effizienz der Wohnungslüftung. Jeder kann sich also die Tuberkulose einfangen. Kinder und Senioren, Menschen mit anderen Leiden, Personen, die in schlecht gelüfteten Räumen oder unter ungünstigen sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen leben, werden besonders leicht angesteckt.

All diese Fakten machen deutlich, dass die medizinischen Kenntnisse in verschiedenen Bereichen noch gefestigt und erweitert werden müssen: Neue Techniken für eine nuanciertere Diagnose der verschiedenen Formen von Tuberkulose werden gebraucht; mehr ausführliche Informationen über den Zusammenhang zwischen multiresistenter Tuberkulose (MRT) und anderen Erkrankungen, z.B. Aids, sind erforderlich, stärkere Antibiotika sind erforderlich, usw.

5. Epidemiologische Daten

5.1. Die Situation weltweit

„2011 sind 4 Millionen Menschen an den Folgen von Tuberkulose gestorben; die höchste Sterberate hat Afrika“, das meldet die Weltgesundheitsorganisation (WGO). Multiresistente Tuberkulose stellt eine große Bedrohung dar: Man schätzt, dass weltweit 630.000 Menschen davon betroffen sind.“³

Laut Ausgabe 2012 des Berichts der Weltgesundheitsorganisation über den weltweiten Kampf gegen Tuberkulose⁴ „wurde das in den VN-Millenniumszielsetzungen gesteckte Ziel, 2015 die Tbc-Epidemie zu halbieren und ihre Progression allmählich umzukehren, bereits erreicht. Die Anzahl neuer Fälle von Tuberkulose sinkt bereits seit Jahren und ging zwischen 2010 und 2011 um 2,2% zurück. Die Sterblichkeitsrate durch Tuberkulose ist seit 1990 um 41% gesunken, und weltweit nähert man sich dem Ziel, diese Sterblichkeitsrate bis 2015 um 50% zu verringern. Die Sterblichkeits- und die Inzidenzrate gehen in allen sechs WGO-Regionen und in der Mehrheit der 22 am schwersten betroffenen Länder, die zusammen mehr als 80% aller Tbc-Fälle weltweit beklagen, zurück (...). Trotzdem bleibt Tuberkulose weltweit eine enorme Last. (...) Hinter der allgemeinen weltweiten Verbesserung verstecken sich regionale Unterschiede: Die Regionen Afrika und Europa sind nicht auf dem besten Wege, ihre Sterblichkeitsrate bis 2015 im Vergleich zu 1990 zu halbieren.“

Tuberkulose trifft auch Kinder. In ihrem Bericht schätzt die WGO die Anzahl infizierter Kinder 2011 auf 0,5 Millionen und die Anzahl Todesfälle auf 64.000.

„Der Fortschritt beim Kampf gegen multiresistente Tuberkulose (MRT) ist langsam, betont

3 http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/tuberculosis_threat_20130318/fr/index.html I, besucht am 20. März 2013.

4 Dieser Bericht enthält alle Daten, die die Mitgliedstaaten während der jährlichen Erhebungen bereitgestellt haben. 2012 haben insgesamt 182 Mitgliedstaaten und 204 Länder und Gebiete, die zusammen mehr als 99% aller Tbc-Fälle weltweit aufweisen, der WGO Daten geliefert. Den Bericht finden Sie auf der Internetseite http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/

die Ausgabe 2012 des WGO-Berichts über die weltweite Bekämpfung von Tuberkulose. „Die Anzahl registrierter MRT-Fälle in den 27, Ländern, die schwer von dieser Form von Tbc getroffen sind, steigt und lag 2011 weltweit fast bei 60.000. Außerdem wird schätzungsweise von fünf Fällen von Ansteckung mit multiresistenter Tuberkulose nur einer (19%) erfasst. In den zwei Ländern, in denen die höchste Anzahl Tbc-Ansteckungen festgestellt wurde, Indien und China, beträgt das Verhältnis weniger als eins zu zehn; erwartet wird, dass dieses Verhältnis in den kommenden drei Jahren in beiden Ländern steigen wird. (...) Weltweit wird geschätzt, dass in 3,7% der neuen Fälle und 20% der früher bereits behandelten Fälle multiresistente Bakterien am Werk sind. Indien, China, die Russische Föderation und Südafrika stellen zusammen fast 60% der weltweiten Fälle von multiresistenter Tuberkulose dar. Osteuropa und Mittelasien haben den höchsten Prozentsatz Tbc-Patienten mit MRT.“

Die kombinierte Behandlung von Tuberkulose und Aids

Die WGO drängt auf einen kombinierten Kampf gegen Tuberkulose und Aids. In der Ausgabe 2012 ihres Berichts über die weltweite Bekämpfung von Tuberkulose meldet die WGO: „2011 wurde die Anzahl neuer Tbc-Infektionen auf 8,7 Millionen geschätzt (davon 13% Co-Infektionen mit Aids). Von den 1,4 Millionen Menschen, die an Tbc gestorben sind, war fast die Hälfte seronegativ auf Aids und 430.000 seropositiv. Tuberkulose ist eine der Haupttodesursachen bei Frauen: 2011 gab es 300.000 Todesfälle bei Frauen, die seronegativ auf Aids waren und 200.000 Todesfälle bei seropositiven Frauen. (...) Fast 80% der Fälle von Co-Infektion mit Tbc und Aids finden wir in Afrika.“

Weiter heißt es in der Ausgabe 2012 des WGO-Berichts über die weltweite Bekämpfung von Tuberkulose: „Weltweit wurden bei 40% der Tbc-Patienten dokumentierte Untersuchungen nach Aids durchgeführt, und 79% der mit dem HIV-Virus infizierten Personen erhielten 2011 eine vorbeugende Behandlung mit Co-trimoxazol. Die Eingriffe bei HIV-Patienten, um Tuberkulose frühzeitig zu erkennen und deren Ausbreitung zu verhindern, ein laufender Bestandteil des Programms zur Aidsbekämpfung und zur allgemeinen primären Gesundheitsfürsorge, umfassen eine regelmäßig Erkennung von Tuberkulose und eine vorbeugende Behandlung mit Isoniazid (TPI). Die Anzahl Personen, die auf Aids behandelt werden und die auf Tuberkulose untersucht worden sind, ist zwischen 2010 und 2011 um 39% gestiegen (von 2,3 auf 3,2 Millionen Menschen).“

5.2. Die Situation in Belgien⁵

In Belgien müssen Fälle von aktiver Tuberkulose bei besonderen Einrichtungen gemeldet werden: beim FARES (Fonds des Affections Respiratoires), beim VRGT (Vlaamse Vereniging voor Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding) und bei den Gesundheitsinspektionen der Französischen Gemeinschaft, der Flämischen Gemeinschaft und des Gemeinsamen Gemeinschaftsausschusses der Region Brüssel-Hauptstadt). Jeweils am Jahresende werden die Angaben bei den einzelnen Einrichtungen zusammengetragen, um die epidemiologischen Ergebnisse der drei Regionen zu bestätigen. Die Angaben sind auch notwendig, damit Belgien am europäischen Netzwerk zur Tuberkuloseüberwachung, das vom ECDC (European Center for Disease Prevention

⁵ Das Zahlenmaterial in 5.2. „Die Situation in Belgien“ dieses Gutachtens stammt aus dem Belgischen Tuberkuloseverzeichnis 2011 (VoG FARES, März 2013)

and Control) und von der WGO (Weltgesundheitsorganisation) verwaltet wird, teilnehmen kann.

Das Belgische Tuberkuloseverzeichnis 2011 des FARES⁶ enthält das Ergebnis dieser Zusammenlegung der epidemiologischen Daten und gibt auch die Ergebnisse der Behandlung der 2010 behandelten Tbc-Patienten an.

Diesem Bericht zufolge wurden 2011 1044 Fälle von Tuberkulose in Belgien gemeldet, was einer Inzidenz von 9,5 pro 100.000 Einwohner bzw. einer Inzidenz unter der Schwelle von 10 Fällen/100.000 entspricht – wie zwischen 2007 und 2009.

Laut FARES-Bericht ist die Inzidenz in Brüssel (31,4/100.000) höher als in Flandern (6,6/100.000) und in Wallonien (7,8/100.000). Außer in der Hauptstadt sinkt die Tbc-Inzidenz in Belgien seit 1994 ständig. In großen Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern ist die Tbc-Inzidenz viermal höher als in kleineren Gemeinden, weil die Risikobevölkerung in diesen großen Ballungsräumen konzentriert ist. 2011 waren Brüssel, Lüttich, Antwerpen und Charleroi die Städte mit der höchsten Inzidenz. In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Inzidenz in den verschiedenen Städten nicht signifikant geändert, außer in Brüssel und Lüttich.

Der FARES-Bericht gibt an, dass 67,5% der Patienten aus dem Verzeichnis keine Vorgeschichte haben und als neuer Tbc-Fall betrachtet werden können, während 5,7% der registrierten Fälle eine Tbc-Vorgeschichte haben. In mehr als einem Viertel (26,8%) der Fälle ist die Vorgeschichte nicht bekannt. Dieser Prozentsatz war 2011 besonders hoch. Mehr als ein Drittel (38,3%) der 2011 registrierten Tbc-Fälle betraf 25- bis 44-Jährige. Das Durchschnittsalter ist abhängig von der Region (RBH: 31 Jahre, Flandern: 38 Jahre, Wallonien: 40 Jahre) und von der Nationalität (Nichtbelgier: 32 Jahre, Belgier: 46 Jahre).

Laut FARES-Bericht laufen Kinder unter 5 Jahren mehr Gefahr, tuberkulosekrank zu werden, wenn sie angesteckt werden. Sie stellen 4,6% aller gemeldeten Fälle (48 Fälle) und 56,5 der 0- bis 14-Jährigen dar. Die Inzidenz bei Kindern ist höher bei Nichtbelgiern (30,8/100.000) als bei gleichaltrigen Einheimischen (5,0/100.000). Bei den Nichtbelgiern ist die Alterskategorie, in der Tuberkulose am häufigsten vorkommt, die der 15- bis 29-Jährigen, während es sich bei den Belgiern um höhere Alterskategorien handelt (2011 wurden Senioren über 75 3,2 mal öfter von der Krankheit heimgesucht als die 0- bis 14-Jährigen).

2011 hatten 52,1% der Fälle im Verzeichnis eine andere Nationalität (54,6% 2010). Dieses Verhältnis ist bedeutend höher in der Region Brüssel-Hauptstadt (63,3%) als in Wallonien (47,8%) und in Flandern (45,6%). Die marokkanische Nationalität ist bei den im Verzeichnis registrierten Ausländern am stärksten vertreten (16,4%).

Die Inzidenz bei Belgiern betrug 2011 5,1/100.000. Bei Personen mit einer anderen Nationalität war sie fast zehnmal größer (48,6/100.000), aber wenn man die Asylsuchenden und Illegalen außer Betracht lässt, ist der Unterschied weniger krass (29,5/100.000). Der FARES-Bericht kommt zu dem Schluss, dass die Inzidenz bei den Nichtbelgiern in Belgien und auf regionaler Ebene in Flandern und in Brüssel erheblich

6 Jedes Jahr erstellt der FARES ein „Belgisches Tuberkuloseverzeichnis“ für die breite Öffentlichkeit (<http://www.fares.be>). Den Bericht 2011 finden Sie auf der Internetseite: <http://www.fares.be/documents/Regtbc2011.pdf>

gesunken ist, aber nicht in Wallonien, wo sie stabil geblieben ist. Die Nichtberücksichtigung der Anzahl Asylsuchender hat keinen Einfluss auf diesen Trend.

2001 erkrankten laut FARES-Bericht mehr Männer an Tuberkulose (64,1%) als Frauen, unabhängig von der Region oder der Nationalität.

2011 kommt Tbc am häufigsten als Lungentuberkulose (71,6%) vor. Der Befall der extrathorakalen Lymphknoten ist die zweithäufigste Ursache (9,5%). Unter den ernsthaften Formen von Tbc wurden 15 Gehirnentzündungen (davon 2 bei Kindern unter 5 Jahren) und 31 Fälle von miliarer Tuberkulose registriert. Von den 747 Patienten mit Lungentuberkulose wurden 45,2% bei direkter Untersuchung von ausgehustetem Schleim (was auf erhöhte Ansteckungsgefahr deutet) und 78,6% nach der Bakterienkultur positiv getestet. Bei den meisten Patienten mit positiver Bakterienkultur (95,2%) genügt eine Erstlinien-Behandlung (mit Isoniazid oder Rifampicin). Die Resistenz bei mindestens einem Erstlinien-Medikament gegen Tuberkulose liegt bei 7,6%. Der FARES-Bericht betont, dass die Resistenz – welcher Art auch immer – im Allgemeinen höher ist bei Ausländern und bei Patienten mit einer Tuberkulosevorgeschichte.

Laut FARES-Bericht hatte 2011 einer von fünf Fällen im Verzeichnis (20,5%) den Status eines Asylsuchenden oder eines Illegalen. Dieser Prozentsatz ist höher in Wallonien, wo die Anzahl Aufnahmezentren stärker gestiegen ist (27,1%) als in der Region Brüssel-Hauptstadt (21,1%) und in Flandern (15,6%). Benachteiligte Menschen stellen 38,9% aller Fälle dar, die in der Französischen Gemeinschaft gemeldet wurden. Der Prozentsatz Häftlinge unter den gemeldeten Fällen des ganzen Landes (3,1%) liegt dicht am Prozentsatz Obdachlose (2,7%). Personen, die vor kurzem (nicht mehr als vor 2 Jahren) Kontakt zu infizierten Tbc-Patienten hatten, stellen 11,8% der 2011 in Belgien gemeldeten Fälle dar. Schließlich merkt der Bericht an, dass 4,2% der registrierten Fälle HIV-positiv sind. Dieser Prozentsatz ist höher in der Region Brüssel-Hauptstadt (5,7%) als in Flandern (3,6%) und in Wallonien (3,3%).

Der FARES-Bericht enthält auch die Ergebnisse der Behandlung der Kohorte 2010. Der Prozentsatz Behandlungen von Patienten mit einer durch Bakterienkultur bestätigten Lungentuberkulose, die ein Jahr nach Behandlungsanfang ein günstiges Ergebnis aufweisen, liegt bei 75% für ganz Belgien, ist aber regional unterschiedlich: 81,3% in Flandern, 71,7% in Wallonien und 71,2% in der Region Brüssel-Hauptstadt. Diese Zahlen liegen weit unter der von der WGO empfohlenen Norm. Als Erklärung für diese Diskrepanz bei den Ergebnissen führt der Bericht unter anderem den sehr hohen Prozentsatz Patienten an, die die Behandlung zu früh absetzen: 13,5% in ganz Belgien, aber 21,6% in der Region Brüssel-Hauptstadt, wo die behandelten Patienten öfter einfach nicht mehr auftauchen oder öfter in ihr Herkunftsland zurückkehren. In Wallonien beträgt dieser Anteil 10,5% und in Flandern 8,5%.

Der Prozentsatz genesener Patienten ist bei den Belgiern (75,6%) und den Nichtbelgiern (74,3%) in etwa gleich.

A. Die Erkennung

Tuberkulose ist eine meldepflichtige Infektionskrankheit. Jeder behandelnde Arzt und jeder Laborarzt ist verpflichtet, den regionalen Behörden jeden Krankheitsverdacht innerhalb von 24 Stunden zu melden. Wenn der Fall ansteckend ist, leiten die Mitarbeiter des FARES und des VRGT und/oder die regionalen Gesundheitsinspektoren eine Untersuchung ein. Alle Kontaktpersonen des Patienten werden untersucht, um eine eventuelle Ansteckung zu erkennen. Menschen, die sich in jüngster Zeit angesteckt haben, bekommen eine vorbeugende Behandlung.

A.1 Aktive Erkennung bei Risikogruppen⁷

In unserem Land werden folgende Risikogruppen systematisch gescreent: Häftlinge (bei Haftantritt, nach drei Monaten und danach jährlich), Obdachlose (insofern möglich jährlich), Asylsuchende und Neuankömmlinge (bei Asylantrag, nach 6 und 12 Monaten, in Wallonien auch noch nach 18 und 24 Monaten, insofern möglich), IV (intravenöse)-Drogenkonsumenten⁸ und Personen, die berufsmäßig mit Risikopersonen in Berührung kommen.

A.2 Passive Erkennung (spontane Konsultation)

Die verschiedenen medizinischen Dienste und Ärzte, die mit Risikogruppen arbeiten, verweisen Personen mit Symptomen, die auf Tuberkulose schließen lassen, zur weiteren Untersuchung an Lungenärzte. Ferner gibt es in jeder Provinz Gesundheitszentren von VRGT und FARES, wo kostenlose Konsultationen, Tests und Untersuchungen durchgeführt werden.

A.3 Erkennung im Rahmen der Arbeitsmedizin

Bei Entdeckung eines ansteckenden Falls in einem Unternehmen führt der Arbeitsmediziner eine Risikoanalyse im Unternehmen durch. Auf dieser Grundlage wird entschieden, ob die (Gesundheits)mitarbeiter alle sechs Monate oder jährlich untersucht werden müssen⁹.

⁷ Die in diesem Abschnitt genannten Daten finden Sie auf der Internetseite http://www.vrgt.be/tuberculose/informatie_voor_professionelen/risicogroepen

⁸ Personen, die in einem anerkannten Zentrum eine Substitutionsbehandlung mit Methadon erhalten, werden getestet. Wenn der behandelnde Arzt die Substitutionsbehandlung verschreibt, wird derzeit nicht überprüft, ob der Patient an Tuberkulose erkrankt ist oder nicht

⁹ Der Königliche Erlass vom 22. Januar 2013 hat die Erkennung von Tuberkulose als Berufskrankheit auf neue Berufe ausgedehnt. Polizeidienste, Luft- und Seehäfen, Asyl- und Auffangzentren für Illegale und Obdachlose sowie Sozialarbeiter haben fortan denselben Status wie das Personal aus der Gesundheitsfürsorge oder der wissenschaftlichen Forschung.

B. Informationen über die Krankenhausaufnahme von Patienten mit multiresistenter Tuberkulose in Belgien

Während des Zeitraums 2008-2011¹⁰ wurden 69 MRT-Patienten erfasst; davon wurden 57 Patienten insgesamt 85-mal während insgesamt 1181 Wochen hospitalisiert. Die Gesamtdauer des Krankenhausaufenthalts schwankt zwischen 13 und 21 Wochen, die Dauer einer Aufenthaltsperiode im Krankenhaus zwischen 12 und 14 Wochen. Die 57 Patienten wurden in 14 Krankenhäuser eingeliefert, aber allein auf das CHU Saint-Pierre/UMC Sint-Pieter in Brüssel entfielen 64,7% der Krankenhausperioden und 66,0% der Krankenhauswochen. Untern den 57 Patienten sind 12 Patienten mit XDR-Tuberkulose mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 43 Wochen. Weil sich die Resistenzprofile in Belgien verschlimmern, ist auch die Aufenthaltsdauer im Zeitraum 2005 bis 2011 gestiegen.

Ein Viertel der Krankenhausaufenthalte dauert jedoch länger als 21 Wochen, und 10% der Aufenthalte sogar länger als 33 Wochen. Der längste Krankenhausaufenthalt dauerte 76 Wochen.

Die Krankenhausbetreuung von Tbc-Patienten – Beispiel

Das Saint-Pierre-Krankenhaus¹¹ in Brüssel hat sich in der Tuberkulosebehandlung einen Namen gemacht. Die meisten dort versorgten Tbc-Patienten kommen aus Osteuropa (vor allem Träger von XDR-TB) und in geringerem Maße aus Nordafrika. Diese Patienten sind hauptsächlich Männer, die Frau und Kinder in ihrem Heimatland zurückgelassen haben. Ein kleiner Teil dieser Patienten kommt speziell für die Behandlung nach Belgien, weil ihre medikamentenresistente Tuberkulose in ihrem eigenen Land nicht behandelt werden kann.

Die Patienten werden in Unterdruckzimmern isoliert, d.h. in Zimmern mit einer zweitürigen Schleuse, in der die Luftangesaugt wird, sodass sie nicht nach draußen dringen kann. Die Zimmer verfügen über verschiedene Ausstattungen (Badezimmer, WC, Telefon, Fernsehen, ...). Das Saint-Pierre-Krankenhaus hat 30 Unterdruckzimmer¹², auf einer Etage. Etwa die Hälfte ist für Tbc-Patienten bestimmt, die übrigen für Personen mit anderen ansteckenden Krankheiten. Das Krankenhaus behandelt 6 bis 10 Tbc-Patienten pro Jahr. Das Pflegepersonal, das in Berührung mit den Kranken kommt, trägt eine Schutzmaske. Patienten, die ihr Zimmer für eine medizinische Untersuchung verlassen müssen, tragen ebenfalls eine Maske auf Nase und Mund.

Das Krankenhaus plant, demnächst eine Spezialabteilung zu bauen, die ganz unter Unterdruck stehen wird. Tbc-Patienten, die die akute Krankheitsphase überstanden haben, werden ihre Zimmer dann verlassen können (mit oder ohne Schutzmaske je nach

¹⁰ Die Zahlen aus diesem Abschnitt entstammen einer Mitteilung des FÖD Öffentliche Gesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt, an der Hilde Jansens, Michèle Gerard, Renaat Peleman, Willy Peetermans und Steven Callens mitgearbeitet haben.

¹¹ Der Ausschuss dankt Dr. Yves van Laethem vom Saint-Pierre-Krankenhaus für die Informationen über die dortige Aufnahme und Behandlung von Tbc-Patienten.

¹² Gewöhnlich hat ein Krankenhaus nur zwei oder drei solche Zimmer, und einige Krankenhäuser haben überhaupt keine.

Ansteckungsrisiko) und Kontakt zu anderen Patienten ihrer Abteilung haben können. Die Patienten werden dort nicht nur medizinisch und eventuell auch psychologisch betreut werden, sondern auch Hilfe bei ihrer künftigen gesellschaftlichen Integration erfahren (Sprachkurse, Computerkurse, usw.).

Die Probleme, die dem Pflegepersonal auf der Tbc-Station des Saint-Pierre-Krankenhauses am meisten zu schaffen machen, sind die Sprachbarrieren; die Schwierigkeit, den Patienten verständlich zu machen, dass die Isolierung notwendig ist (es kommt – selten – vor, dass ein Patient aus dem Krankenhaus flüchtet oder ohne Erlaubnis auf den Fluren spaziert); die verbale, manchmal sogar die physische Gewalt von Patienten, die gegen ihre Isolierung rebellieren; die Schwierigkeit, den Patienten beizubringen, dass sie sich strikt und manchmal monatelang an ihre Behandlung halten müssen. Die Behandlung kann mit intravenösen Injektionen oder durch die Einnahme von Medikamenten unter Aufsicht eines Pflegepersonalmitglieds erfolgen.

III. Gesetzlicher Rahmen und Vorschriften¹³

1. Einleitung

Die zentrale juristische Problematik wird treffend beschrieben in der Richtlinie der Weltgesundheitsorganisation (WGO) über die Menschenrechte und die unfreiwillige Behandlung von ultrasensibler Tuberkulose¹⁴:

„Die öffentliche Gesundheit (wird) manchmal als Beweggrund angeführt, um die Ausübung der Menschenrechte einzuschränken. Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit im Falle einer Quarantäne oder Isolierungsmaßnahme infolge einer ansteckenden Krankheit wie multi- oder ultrasensibler Tuberkulose kann im Interesse der Allgemeinheit notwendig erscheinen und folglich als legitim im Sinne des Völkerrechts über Menschenrechte betrachtet werden. Ein Schlüsselfaktor zur Beurteilung, ob der notwendige Schutz gewährleistet ist, wenn die Rechte eingeschränkt sind, ist die Einhaltung der fünf Kriterien, die in den Grundsätzen von Syracuse¹⁵ aufgelistet sind.

- die Einschränkung wird gemäß dem Gesetz beschlossen und angewandt;
- die Einschränkung entspricht dem legitimen Ziel des allgemeinen Interesses;
- die Einschränkung ist in einer demokratischen Gesellschaft absolut notwendig, um das Ziel zu erreichen;
- es gibt keine anderen, nicht so einschneidenden und nicht so restriktiven Mittel, um das Ziel zu erreichen und
- die Einschränkung beruht auf wissenschaftlichen Fakten und wird nicht willkürlich erlassen oder auferlegt, d.h. auf unvernünftige und diskriminierende Weise.

Selbst wenn Einschränkungen gerechtfertigt sind, um die öffentliche Gesundheit zu schützen, müssen sie zeitlich begrenzt sein und eine erneute Überprüfung der Lage ermöglichen.“

Die WGO ist der Meinung, dass die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen für die

¹³ Der Ausschuss dankt Herrn Lieven Dejager, Koordinator des wissenschaftlichen Sekretariats des Ausschusses, herzlich dafür, dass er die juristischen Informationen für diesen Teil III zusammengetragen hat.

¹⁴ WHO Guidance on human rights and involuntary detention for xdr-tb control, nachzulesen auf http://www.who.int/tb/features_archive/involuntary_treatment/en/index.html (besucht am 4. Februar 2013).

¹⁵ Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (United Nations, Economic and Social Council, 1985), siehe <http://www1.umn.edu/humanrts/instate/siracusaprinciples.html> (besucht am 4. Februar 2013).

Anwendung der Regeln sorgen müssen, wenn freiwillige Maßnahmen keine Wirkung zeigen, wenngleich Zwang immer das letzte Zufluchtsmittel bleiben muss.

Insbesondere bekräftigt die WGO, dass „die Gesetzgebung über übertragbare Krankheiten und die geltenden Tuberkulosevorschriften Einschränkungen des Rechts auf Bewegungsfreiheit (bei einer Isolierung oder Quarantäne¹⁶ einer infizierten Person), der Autonomie und des Selbstbestimmungsrechts (bei Pflichttests, Früherkennung, Untersuchungen und Behandlungen) und des Privatlebens (bei vorgeschriebener Identifizierung von Kontakten oder Patienten)¹⁷ nach sich ziehen können.

In diesem Zusammenhang ist mehr und mehr von „sanitärer öffentlicher¹⁸ Ordnung“ die Rede.

2. Internationale Rechtsvorschriften¹⁹

- Art. 5 der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) bekräftigt, dass „jede Person das Recht auf Freiheit und Sicherheit hat. Die Freiheit darf nur in den folgenden Fällen und nur auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden:

(...)

e) bei rechtmäßiger Freiheitsentziehung mit dem Ziel, eine Verbreitung ansteckender Krankheiten zu verhindern, sowie bei psychisch Kranken, Alkohol- oder Rauschgiftsüchtigen und Landstreichern;“

- Art. 8 der EMRK bestimmt:

“§ 1. Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.

§ 2. Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, *zum Schutz der Gesundheit* oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.“
(unsere kursivierung).

- Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der Weltgesundheitsorganisation

16 Zur Problematik der Quarantäne, siehe Bloem D., Nazarian M. et Grigorieff G. V., « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », in Médecine et droit, Questions d'actualité en droit médical et en bioéthique, 2007, Louvain-la neuve, Anthemis.

17 Siehe Weltgesundheitsorganisation (WGO). Good practice in legislation and regulations for TB control: an indicator of political will (WHO, 2001), S. 15.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB_2001.290.pdf (consulté le 4 février 2013).

18 Siehe Genicot G., Droit médical et biomédical, Bruxelles, Larcier, collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, 2010, S. 142-144 und die dort angegebene Fachliteratur.

19 Die hier angeführten internationalen und nationalen Vorschriften stimmen teilweise mit den Vorschriften überein, die im Gutachten Nr. 48 vom 30. März 2009 über den belgischen Einsatzplan „Influenzapandemie“ angeführt werden.

(WGO) sind ein internationales rechtliches Instrument, das für 194 Länder, unter anderem für die WGO-Mitgliedstaaten bindend ist. Es hat zum Ziel, der internationalen Gemeinschaft bei der Verabschiedung der erforderlichen Maßnahmen zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr für die öffentliche Gesundheit zu helfen, die sich über die Landesgrenzen hinaus und sogar weltweit auszubreiten droht. Die jetzigen IGV²⁰ sind am 15. Juni 2007 in Kraft getreten; sie sehen vor, dass die Länder der WGO bestimmte Krankheitsausbrüche und andere Zwischenfälle in puncto öffentliche Gesundheit berichten müssen. Die Länder sind auch verpflichtet, ihre Kontroll- und Handlungsfähigkeit zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zu erhöhen.

- Richtlinie 2004/38/EG des Europaparlamentes und des Rates vom 29. April 2004 über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten, sieht die Möglichkeit vor, das Einreise- und Aufenthaltsrecht aus Gründen der öffentlichen Ordnung, der Sicherheit *oder der öffentlichen Gesundheit* einzuschränken.“²¹

3. Belgische föderale Gesetze und Vorschriften

3.a. Patientenrechte

Art. 8 § 1 Abs. 1 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten bestimmt, dass „der Patient das Recht hat, nach erfolgter Information vor jedem Eingreifen der Berufsfachkraft seine freie Einwilligung dazu zu geben.“ Er hat also das Recht, seine Einwilligung in einen Eingriff zu verweigern oder zurückzunehmen (Art. 8 § 4).

Art. 10 § 2 desselben Gesetzes bestimmt, dass keinerlei Einmischung in die Ausübung dieses Rechts erlaubt ist, „es sei denn, das Gesetz sieht es vor und es ist für den Schutz der öffentlichen Gesundheit oder für den Schutz der Rechte und Freiheiten von Drittpersonen erforderlich.“

3.b. Isolierung und Zwangsbehandlung

3.b.1. Das Gesundheitsdekret vom 18. Juli 1831 (Bull. Off. IV, Nr. 183) sieht in Artikel 1 Nr. 3 vor, dass das Staatsoberhaupt per Erlass die außergewöhnlichen Maßnahmen bestimmt, die das Eindringen einer ansteckenden Krankheit oder die Angst davor an den Grenzen oder auf dem Grundgebiet erforderlich machen sollte. Das Dekret ermöglicht es, Personen aus Ländern, in denen eine Infektion wütet, für kurze oder längere Zeit unter Quarantäne zu stellen. Diese können sogar aus dem Grundgebiet entfernt werden, wenn die Quarantäne nicht ohne Gefahr für die öffentliche Gesundheit organisiert werden kann. Zuwiderhandlungen werden streng bestraft.

20 Nachzulesen auf www.who.int/ihr/en; die erste Fassung der Internationalen Gesundheitsvorschriften ist am 25. Mai 1951 in Genf unterzeichnet worden (B.S. 11. Oktober 1952).

21 Im Anhang der Richtlinie 64/221/EEG des Rates vom 25. Februar 1964 für die Koordinierung der für Fremde geltenden besonderen Maßnahmen in puncto Reisen und Aufenthalt, die aus Gründen der öffentlichen Ordnung, der Sicherheit und der öffentlichen Gesundheit gerechtfertigt sind (aufgehoben durch die Richtlinie 2004/38/EG) wurde (offene oder schleichende) Lungentuberkulose als Krankheit angegeben, die eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit sein kann. Einen solchen Anhang hat es bei der Richtlinie 2004/38/EG nicht gegeben.

3.b.2. Art. 1 des Gesundheitsgesetzes vom 1. September 1945 (B.S. 10. Oktober 1945) bestimmt, dass der König ermächtigt ist, nach entsprechendem Gutachten des Hohen Gesundheitsrates mit allgemeinen Regelungen alle notwendigen prophylaktischen und sanitären Maßnahmen sowie Organisations- und Kontrollmaßnahmen zu treffen, um übertragbaren Krankheiten, die eine allgemeine Bedrohung darstellen, vorzubeugen oder sie zu bekämpfen; die Liste dieser Krankheiten wird nach übereinstimmendem Gutachten des Hohen Gesundheitsrates erstellt. Art. 3 bestimmt, dass der König bei Epidemien nach übereinstimmendem Gutachten des Hohen Gesundheitsrates die Maßnahmen, die die Gemeinden unterlassen sollten, um die von einer ansteckenden Krankheit befallenen Kranken in einem dafür bestimmten Raum zu isolieren, von Amtswegen ausführen lassen darf, wobei in erster Linie Vereinbarungen mit Krankenhäusern in der Gemeinde selbst oder in der Umgebung angestrebt werden sollen. Verstöße gegen dieses Gesetz werden mit einer Geldstrafe zwischen 26 und 100 Euro und mit einer Gefängnisstrafe zwischen acht Tagen und einem Monat oder mit einer dieser Strafen geahndet.

3.b.3. Der Königliche Erlass vom 1. März 1971 über die Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten (B.S. vom 23. April 1971), abgeändert durch den K.E. vom 18. November 1976, wurde

- „für die Flämische Gemeinschaft aufgehoben und ersetzt durch das Dekret vom 5. April 1995 über die Verhinderung ansteckender Krankheiten, selbst abgeändert durch das Dekret vom 21. November 2003 über präventive Gesundheitspolitik;
- für die Region Brüssel-Hauptstadt aufgehoben und ersetzt durch den Erlass des Vereinigten Kollegiums des Gemeinsamen Gemeinschaftsausschusses vom 23. April 2009 über die Verhinderung übertragbarer Krankheiten;
- für die Französische Gemeinschaft ergänzt.

3.b.4. Gesundheitsaufsicht (Neues Gemeindegesetz, kodifiziert durch den K.E. vom 24. Juni 1988)

Art. 133 sieht vor, dass der Bürgermeister mit der Ausführung der Gesetze, Dekrete, Verfügungen, Verordnungen und Beschlüsse der einzelnen Behörden beauftragt ist. Er ist auch die für Verwaltungsaufsicht auf dem Grundgebiet der Gemeinde verantwortliche Instanz.

Art. 135 § 2. „Die Gemeinden haben auch als Aufgabe, den Einwohnern eine gute Polizei bereitzustellen, insbesondere was Sauberkeit, Gesundheit, Sicherheit und Ruhe auf öffentlichen Straßen, an öffentlichen Orten und in öffentlichen Gebäuden betrifft.

Im Einzelnen und insofern die Angelegenheit nicht außerhalb des Zuständigkeitsbereiches der Gemeinden fällt, werden folgende Polizeisachen unter die Wachsamkeit und die Gewalt der Gemeinden gestellt:

(...)

5. das Treffen geeigneter Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Katastrophen und Plagen, wie Bränden, *Epidemien und Seuchen*, und die erforderliche Hilfeleistung zu deren Beendigung;

(...).“ (unsere kursivierung).

4. Vorschriften der Gemeinschaften

Artikel 5 § 1, 1, I, Nr. 2 des in Ausführung von Art. 128 der Verfassung verabschiedeten Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen bestimmt, dass die Gemeinschaften für die Gesundheitserziehung sowie für die Aktivitäten und Dienste im Bereich der präventiven Gesundheitsfürsorge zuständig sind, mit Ausnahme der nationalen Vorbeugemaßnahmen. In der Praxis geht es um die Pflichtimpfung gegen bestimmte Krankheiten.²²

4.a. Vorschriften der Flämischen Gemeinschaft

4.a.1. Das Gemeindedekret vom 15. Juli 2005

Art. 64 § 1 übernimmt für die Flämische Gemeinschaft den Wortlaut der Bestimmungen von Art. 133 Absatz 1 des Neuen Gemeindegesetzes; Art. 133 Absätze 2 und 3 sowie Art. 135 § 2 des neuen Gemeindegesetzes bleiben anwendbar.

4.a.2. Das Dekret vom 21. November 2003 über die präventive Gesundheitspolitik (BS 3/2/2004) sieht vor:

Art. 8

Jede Person ist innerhalb des Anwendungsbereichs dieses Dekrets für ihre eigene Gesundheit verantwortlich und durch die Handlungen, die sie freiwillig und bewusst vollzieht oder unterlässt, *auch für die Gesundheit ihrer Mitmenschen* verantwortlich. Zu dieser Verantwortung gehört die Beachtung von Sicherheitsvorschriften, die Handhabung eines gesunden Lebenswandels und das Treffen *anderer Fürsorgemaßnahmen*, die *zumutbar und wirksam sind, um Krankheiten und Gesundheitsstörungen beim Menschen vorzubeugen*. (unsere kursivierung).

Art. 11

Jede Person ist *verpflichtet, sich einem Eingriff im Rahmen der präventiven Gesundheitsfürsorge zu unterziehen, der notwendig ist, um die Gesundheit anderer Personen nicht zu gefährden (...), wenn sie:*

1° sich auf dem Grundgebiet der Flämischen Region befindet und dieser Eingriff in der Flämischen Region von einer Partnereinrichtung, einer vor Ort aktiven Einrichtung oder von einem einzelnen Dienstleister durchgeführt wird;

2° a) sich auf dem Grundgebiet der zweisprachigen Region Brüssel-Hauptstadt befindet und dieser Eingriff in der zweisprachigen Region Brüssel-Hauptstadt von einer Einrichtung durchgeführt wird, die von ihrer Struktur her als Einrichtung zu betrachten ist, die ausschließlich in den Zuständigkeitsbereich der Flämischen Gemeinschaft fällt, und insofern sie diese Einrichtung freiwillig in Anspruch genommen hat;

b) sich auf dem Grundgebiet der zweisprachigen Region Brüssel-Hauptstadt befindet und dieser Eingriff in der zweisprachigen Region Brüssel-Hauptstadt von einem einzelnen

22 Siehe S. Vansteenkiste, Het gezondheidsbeleid dans la série "De bevoegdheidsverdeling in het federale België", Bruges, Die Keure, 2010, S. 121.

Dienstleister durchgeführt wird, der freiwillig einem Verband beigetreten ist, der selbst so organisiert ist, dass ein Zusammenhang mit der Flämischen Gemeinschaft offensichtlich ist und insofern die Person diesen Einzeldienstleister freiwillig in Anspruch genommen hat.(unsere kursivierung).

Art. 44

§ 1. Die Flämische Regierung will gegen die Ausbreitung schädlicher, durch biotische Faktoren verursachter Auswirkungen auf den Menschen vorgehen.

§ 2. Sie kann hinsichtlich biotischer Faktoren, die eine potentielle Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen, Initiativen ergreifen, um einer Ausbreitung von Infektionen vorzubeugen.

(...)

Art. 47

§ 1. *Die Amtsärzte, (...), können:*

1° Personen, die von einer solchen Infektion befallen sind oder eine besondere Ansteckungsgefahr für andere Personen darstellen, *verpflichten, sich einer angemessenen medizinischen Behandlung zu unterziehen, um diese Ansteckung zu bekämpfen und/oder anordnen, dass diese Personen vorübergehend in einer von den Amtsärzten bestimmten Krankenhausabteilung isoliert werden. Die Zwangsisolierung hört auf, sobald der Patient nicht mehr ansteckend ist;*

2° Personen, die nach einem Kontakt mit einer infizierten Person oder nach einem Kontakt mit einem anderen Ansteckungsherd möglicherweise infiziert sind und die diese Infektion durch Kontakte mit anderen bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit oder unter anderen Umständen *übertragen können, medizinischen Untersuchungen unterziehen, die für die Identifizierung von Ansteckungsherden notwendig sind;*

3° Personen, die anscheinend infiziert sind und die Krankheit übertragen können, *den Kontakt mit anderen Personen bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit oder unter anderen Umständen verbieten*, solange sie dadurch eine besondere Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen;

4° die Krankenhausräume requirieren, die für *die Aufnahme und Isolierung von infizierten Personen oder Personen mit ernsthaftem Infektionsverdacht notwendig sind;*
(...)

(unsere kursivierung)

§ 2. Die Maßnahmen nach § 1 Nr. 1 und 3 können erst ausgeführt werden, nachdem der zuständige Amtsarzt die behandelnden Ärzte konsultiert hat.

§ 3. Der Amtsarzt, der die Maßnahmen nach § 1 Nr. 1 und 3 getroffen hat, teilt dem Betreffenden schriftlich mindestens folgende Angaben mit:

1. den Inhalt der Maßnahme,
 2. *die Begründung* der Maßnahme,
 3. Name, Funktion und Verwaltungsanschrift des zuständigen Amtsarztes,
 4. die Möglichkeit, Beschwerde einzulegen,
 5. *das Beschwerdeverfahren*,
 6. wie die getroffene Maßnahme beurteilt wird, wie lange sie dauert und auch, wie sie eventuell angepasst werden kann.
- (...)

(unsere kursivierung).

Art. 79

Unbeschadet der Anwendung der im Strafgesetzbuch vorgesehenen Strafen werden mit einer Geldstrafe zwischen 1 und 500 Euro und mit einer Gefängnisstrafe zwischen acht Tagen und sechs Monaten oder mit einer dieser Strafen belegt:

1. diejenigen, die den Zwangsmaßnahmen nach (...) Artikel 47 nicht Folge leisten oder die deren Ausführung oder Einhaltung verhindern oder behindern:
2. (...);
3. diejenigen, die die Ausübung der Befugnisse des Beamten verhindern (...);
4. diejenigen, die die Entscheidung nach der in Artikel 81 § 3 erwähnten Beschwerde nicht ausführen oder sich nicht daran halten oder die deren Ausführung oder Einhaltung verhindern oder behindern.

Art. 81

§ 1. Gegen die Maßnahmen nach Artikel 47 § 1 Nr. 1 und 3 kann der Betroffene per begründeten Einschreibebrief bei einem von der Flämischen Regierung eingesetzten Beschwerdekollegium am Sitz der Verwaltung Beschwerde einlegen. Dieser Beruf hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 2. Das Beschwerdekollegium besteht aus drei *unabhängigen Mitgliedern*, die Fachleute für ansteckende Krankheiten sind. Die Mitglieder dieses Beschwerdekollegiums dürfen nicht bei der Verwaltung beschäftigt sein und nicht an der Behandlung des Patienten beteiligt sein.

§ 3. Das Beschwerdekollegium trifft binnen zehn Werktagen nach Eingang der Beschwerde eine bindende Entscheidung. Falls innerhalb dieser Frist keine Entscheidung getroffen wird, verfällt die Maßnahme. Das Beschwerdekollegium teilt dem Betroffenen seine Entscheidung per Einschreibebrief mit und schickt dem zuständigen Amtsarzt eine Abschrift seiner Entscheidung (...).

(...)

(unsere kursivierung)

Nach dieser organisierten Verwaltungsbeschwerde ist eine Beschwerde beim Staatsrat möglich.

In Ausführung dieses Dekretes wurden gefasst:

4.a.3. der Erlass der Flämischen Regierung vom 19. Juni 2009 über Initiativen zur Verhinderung der Ausbreitung von schädlichen Auswirkungen, die auf biotische Faktoren zurückzuführen sind (B.S. 16. September 2009) und

4.a.4. der Ministerialbeschluss vom selben Tag zur Erstellung der Liste mit den meldepflichtigen Infektionen und zur Delegierung der Befugnis, Amtsärzte und Beamte zu benennen (B.S. 20. Juli 2009, 2. Ausgabe); Tuberkulose kommt in Art. 1 Nr. 30 dieses Ministerialbeschlusses vor.

Bezüglich der Prophylaxe in Unterrichtseinrichtungen:

4.a.5. Erlass der Flämischen Regierung vom 3. Juli 2009 zur Bestimmung der operativen Ziele der Schülerbegleitzentren (B.S. 3. September 2009): siehe Art. 46-47 hinsichtlich der prophylaktischen Maßnahmen.

4.b. Vorschriften der Region Brüssel-Hauptstadt

4.b.1. Neues Gemeindegesetz, kodifiziert durch den K.E. vom 24. Juni 1988

Art. 133 und Art. 135 § 2 sind anwendbar (siehe Nr. 3.b.4. hier oben).

4.b.2. Für die Föderation Wallonien-Brüssel bleibt der Königliche Erlass vom 1. März 1971 über die Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten (B.S. vom 23. April 1971), abgeändert durch den K.E. vom 18. November 1976, in Kraft.

Art. 1 dieses Königlichen Erlasses sieht vor, dass alle nachgewiesenen oder vermuteten Fälle von quarantänefähigen Krankheiten, die in den Internationalen Gesundheitsvorschriften der Weltgesundheitsorganisation vorkommen, von Krankheiten, die auf nationaler Ebene als quarantänefähige Krankheiten behandelt werden, von nicht quarantänefähigen Krankheiten mit internationaler Meldepflicht und von übertragbaren Krankheiten mit nationaler Meldepflicht, wobei unter den bakteriellen Krankheiten *Tuberkulose* angegeben wird, gemeldet werden müssen (...).

Der Königliche Erlass vom 1. März 1971 sieht ferner Folgendes vor:

„Art. 6bis bestimmt, dass jede Amtsperson, der ein bewiesener oder vermuteter Fall von quarantänefähiger Krankheit gemeldet wird (...), im Notfall jede Krankenhausabteilung innerhalb ihres Amtsgebietes requirieren (kann), *um die Isolierung als Vorsorgemaßnahme* zu bewerkstelligen und eine geeignete medizinische Versorgung zu *gewährleisten*.

Art. 6ter § 1 sieht vor, dass diese Requirierung:

1° sowohl für die Benutzung der Gebäude, der Grundstücke, der Ausstattung und des Personals des requirierten Dienstes gilt;

(...)

§ 2. Die requirierende Stelle kann außerdem vorab die sofortige vollständige oder teilweise Räumung des requirierten Dienstes anordnen, wenn die sich dort aufhaltenden Patienten die Effizienz der Prophylaxe gefährden könnten. (...)

Art. 6quater bestimmt, dass ein Amtsarzt des Ministeriums für öffentliche Gesundheit und Familie, zu dessen Zuständigkeit die Gesundheitsinspektion an den Land-, See-, Fluss- und Luftgrenzen gehört, unter anderem in Häfen und Lufthäfen, der darüber informiert wird, dass ein nach Artikel 1, I, dieses Erlasses nachgewiesener oder vermuteter Fall von quarantänefähiger Krankheit nach Belgien gebracht oder dort festgestellt wurde, auch jegliche Krankenhausabteilung auf belgischem Grundgebiet requirieren kann, um die Isolierung als prophylaktische Maßnahme und die geeignete medizinische Behandlung von Personen zu gewährleisten, die an besagter quarantänefähiger Krankheit leiden oder bei denen ein solcher Verdacht besteht.

(unsere kursivierung)

(...)

Art. 6quinquies bestimmt (...), dass die Direktion der betroffenen Einrichtung mit allen in ihrer Macht liegenden Mitteln die Umsetzung der Requirierung erleichtert, sicherstellt und überwacht, *unter anderem indem sie jeden nachgewiesenen oder vermuteten Fall von quarantänefähiger (übertragbarer) Krankheit unmittelbar in den requirierten Dienst aufnimmt.*

Jedes requirierte Personalmitglied wird persönlich von der Direktion mündlich und anschließend schriftlich über die Requirierung informiert.

(...)

Die Requirierung bleibt in Kraft, solange die requirierende Stelle sie nicht auf Empfehlung des in Artikel 6septies genannten Prophylaxeausschusses zurückgenommen hat.“

(...)

(unsere kursivierung)

Verstöße gegen diesen Königlichen Erlass werden, je nachdem gegen welchen Artikel verstoßen wird, mit den Strafen geahndet, die das Gesundheitsdekret vom 18. Juli 1831 oder das Gesundheitsgesetz vom 1. September 1945 vorsieht (Art. 10).

Der Königliche Erlass vom 1. März 1971 wurde für die Föderation Wallonien-Brüssel wie folgt ergänzt (in chronologischer Reihenfolge):

4.b.3. Erlass der Exekutive der Französischen Gemeinschaft vom 23. Juli 1985 über die Einrichtung von sozio-prophylaktischen Teams zur Bekämpfung von Tuberkulose und Erkrankungen der Atemwege mit sozialem Charakter und zur Gesundheitserziehung, die Gewährung von Zuschüssen zu diesem Zweck und die Bestimmung der Kriterien für deren Gewährung (B.S. 27. November 1985);

4.b.4. Dekret vom 20. Dezember 2001 über die Gesundheitsförderung an den Schulen (B.S. 17. Januar 2002)

4.b.5. Dekret vom 16. Mai 2002 über die Gesundheitsförderung im Hochschulbereich außerhalb der Universitäten (B.S. 7. Juni 2002)

4.b.6. Erlass der Regierung der Französischen Gemeinschaft vom 14. Juli 2011 über vorbeugende Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten im Schüler- und Studentenumfeld (B.S. 20. September 2011): siehe insbesondere Punkt 7 des Anhangs zu diesem Erlass.

4.c. Vorschriften der Region Brüssel-Hauptstadt

4.c.1. Neues Gemeindegesetz, kodifiziert durch K.E. vom 24. Juni 1988

Art. 133 und Art. 135 § 2 sind anwendbar (siehe Nr. 3.b.4. hier oben).

4.c.2. Verfügung der Region Brüssel-Hauptstadt vom 19. Juli 2007 über präventive Gesundheitspolitik (B.S. 24. August 2007):

Art. 13

Der Arzt-Gesundheitsinspektor kann prophylaktische Maßnahmen treffen oder vom Bürgermeister treffen lassen, nachdem er – insofern möglich – den Bürgermeister der Gemeinde, in der die Maßnahme umgesetzt werden muss, hinzugezogen oder ihn um seine Mitarbeit gebeten hat und nachdem er – insofern möglich – Rücksprache mit den behandelnden Ärzten genommen hat, zum Beispiel:

1. Personen, die infiziert zu sein scheinen und diese Infektion übertragen können, *körperliche Kontakte mit anderen Personen verbieten*, solange sie eine besonders große Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen;
2. Personen, die nach einem Kontakt mit einer infizierten Person oder nach einem Kontakt mit einem anderen Ansteckungsherd möglicherweise infiziert sind und diese Infektion durch Kontakte mit anderen Personen übertragen können, einer *medizinischen Untersuchung unterziehen*;
3. Personen, die infiziert zu sein scheinen und diese Infektion übertragen können, *verpflichten, sich einer angemessenen medizinischen Behandlung* zwecks Bekämpfung dieser Ansteckungsgefahr zu unterziehen;
4. *Personen, die bei der Ausübung ihres Berufs eine Infektion übertragen können, verbieten, diese Tätigkeit auszuüben oder sie zu einer medizinischen Untersuchung zu zwingen*, solange sie eine besondere Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen;
5. die Requirierung einer Krankenhausabteilung, *um Personen, die infiziert zu sein scheinen oder bei denen eine ernsthafte Ansteckung vermutet wird, isolieren zu können*. (unsere kursivierung)

(...).

Art. 15

Unbeschadet der Anwendung der im Strafgesetzbuch vorgesehenen Strafen werden mit einer Geldstrafe zwischen 1 und 500 Euro und mit einer Gefängnisstrafe zwischen acht Tagen und sechs Monaten oder mit einer dieser Strafen belegt:

1. (...);
2. diejenigen, die den Zwangsmaßnahmen nach (...) Artikel 13 nicht Folge leisten oder die deren Ausführung oder Einhaltung verhindern oder behindern;
3. (...)

4.c.3. Erlass des Vereinigten Kollegiums des Gemeinsamen Gemeinschaftsausschusses über die Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten vom 23/4/2009

Dieser Erlass regelt hauptsächlich die Aspekte Schutz der Privatsphäre und Begründung der Entscheidungen. Er hebt den Königlichen Erlass vom 1. März 1971 über die Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten, abgeändert durch den Erlass des Vereinigten Kollegiums des Gemeinsamen Gemeinschaftsausschusses der Region Brüssel-Hauptstadt vom 19. Februar 2004, auf.

Die Ärzte-Inspektoren des Gemeinsamen Gemeinschaftsausschusses sind zuständig für die in der Region Brüssel-Hauptstadt wohnhaften Personen, die Ärzte-inspektoren der Föderation Wallonien-Brüssel für die in der Wallonischen Region wohnhaften Personen sowie für die Unterrichtseinrichtungen, die in der Region Brüssel-Hauptstadt liegen und der Aufsicht der Föderation Wallonien-Brüssel unterliegen.

4.d. Vorschriften der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Keine eigenen Vorschriften; der Königliche Erlass vom 1. März 1971 über die Prophylaxe gegen übertragbare Krankheiten, abgeändert durch den Königlichen Erlass vom 18. November 1976, bleibt in Kraft (siehe Punkt 4.b. hier oben).

Die Deutschsprachige Gemeinschaft arbeitet in diesem Bereich eng mit der Föderation Wallonien-Brüssel zusammen, die die Gesundheitsinspektion in Zusammenarbeit mit dem FARES übernimmt (siehe weiter).

5. Einige Beispiele der Probleme vor Ort

Die Anhörung einer Reihe Experten vor Ort zeigt, dass in den meisten Fällen kein Zwang notwendig ist. In gewissen Fällen müssen Menschen zu einer Therapie gedrängt werden, um zu verhindern, dass eine potentiell tödliche Infektionskrankheit wie multiresistente Tuberkulose übertragen wird. In außergewöhnlichen, aber jährlich vorkommenden Fällen ist Zwang erforderlich.

Auf die Frage „Glauben Sie, dass Sie über ausreichende rechtliche Werkzeuge verfügen,

um Tuberkulose effizient bekämpfen zu können?“ antworten diese Verantwortlichen überwiegend negativ:

- entweder ist der gesetzliche Rahmen an sich unangemessen:

So arbeitet die Föderation Wallonien-Brüssel derzeit an einem Dekret, das den immer noch verbindlichen Königlichen Erlass vom 1. März 1971 ersetzen soll.

- oder hapert irgendetwas an der Ausführungspraxis:

In den Fällen, in denen eine Behandlung und Isolierung erzwungen werden kann, natürlich insofern eine Reihe Auflagen im Umfeld erfüllt werden (Flämisches Dekret vom 21. November 2003 und Verfügung der Region Brüssel-Hauptstadt vom 19. Juli 2007) scheint dies in der Praxis oft eine „nicht durchsetzbare Verpflichtung“ zu sein“:

- Manchmal ist die Polizei nicht mit der rechtlichen Grundlage für ein solches Auftreten vertraut, aber ohne Polizeiauftritt besteht in der Praxis keine Durchsetzbarkeit.
- In eine Gefängnisstation darf ein Patient mit einer multiresistenten Tuberkulose laut Gesetz nicht aufgenommen werden, weil er keine mit einer Gefängnisstrafe geahndete Tat begangen hat.
- Ein „somatisches“ Krankenhaus ist nicht ausgerüstet, um die zu behandelnden Patienten unter Zwang festzuhalten. Dies ist nur mit Polizeiüberwachung möglich; einige Polizeidienste möchten diese Art Aufgabe nicht wahrnehmen, manchmal aus rechtlichen Gründen (siehe ersten Punkt hier oben), manchmal aus praktischen Gründen.
- Psychiatrische Krankenhäuser haben manchmal eine geschlossene Abteilung, aber diese ist nicht natürlich nicht für die Behandlung von Tuberkulose ausgelegt, eingerichtet oder organisiert.

In der Praxis bleibt die Verpflichtung folglich oft theoretisch und undurchführbar.

Andererseits gibt es auch Beispiele, wo der Bürgermeister, der Arzt-Inspektor der Gesundheitsinspektion des Gemeinsamen Gesundheitsausschusses der Region Brüssel-Hauptstadt oder die Polizeidienste energisch aufgetreten sind.

Notwendig ist also ein angemessener gesetzlicher Rahmen, aber auch eine bessere Information, Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den obengenannten Akteuren.

IV. Die gesellschaftlichen wirtschaftlichen und politischen Dimensionen der Zwangsisolierung und Behandlung eines Patienten mit multiresistenter Tuberkulose

1. Zwei Beispiele

Der Fall Andrew Speaker

Der Fall „Andrew Speaker“ sorgte 2007 für ziemlich großes Aufsehen in der amerikanischen Presse. Er ist ein typisches Beispiel dafür, welche Schwierigkeiten nationale und internationale Gesundheitsbehörden überwinden müssen, wenn sie eine Person mit multiresistenter Tuberkulose isolieren wollen. Die Angelegenheit ist auch wichtig, weil sie einen Patienten betrifft, der keine besonderen gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Probleme hat, und weil sie die Bedeutung der individuellen Verantwortung des Kranken unterstreicht.

Im Januar 2007²³ werden bei medizinischen Untersuchungen Ungereimtheiten in der Lunge von Andrew Speaker festgestellt. Die Analyse seiner Spucke auf Tuberkulose ist negativ. Im März 2007 wird bei einer Bronchoskopie entdeckt, dass er positiv auf Tuberkulose reagiert. Er bekommt die Standardverschreibungen für Erstlinien-Medikamente zur Behandlung der Krankheit. Es werden Sensibilitätstests durchgeführt, um die genaue Art der Pathologie zu identifizieren. Speaker informiert die Fulton County TB Clinic über seine Pläne, im Mai auf Reise zu gehen und die Vereinigten Staaten zu verlassen. Der Befund der Sensibilitätstests bringt ans Licht, dass Speaker an multiresistenter Tuberkulose (MRT) leidet. Das Fulton County Health Department (FCHD) spricht mit Speaker, mit seiner Familie und mit seinem Hausarzt über diese Krankheit und empfiehlt Speaker, seine Reise ins Ausland zu annullieren. Das FCHD informiert sich über die gesetzlichen Möglichkeiten, Reisen von Patienten mit nichtbehandelter MRT zu verhindern. Ohne die verschiedenen Akteure im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu informieren, tritt Speaker seine Reise nach Europa von Atlanta aus früher an. Die U.S. Customs and Border Protection schreibt Speaker landesweit zur Fahndung aus. Inzwischen hat ein anderer Test des U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ergeben, dass Speaker nicht an MRT, sondern an einer extrem resistenten Form von Tuberkulose (XDR) leidet. Die amerikanischen Gesundheitsdienste starten eine Großaktion, um Speaker in Europa ausfindig zu machen. Es gelingt ihnen, Kontakt mit ihm in Italien aufzunehmen: Man verbietet ihm, mit Linienflügen zu reisen, weil seine Krankheit eine ernsthafte Gefahr für andere Personen ist. Der CDC prüft die Möglichkeiten für die Behandlung der Infektion und für Speakers Rückführung in die Vereinigten Staaten. Aber Speaker reist weiter und reist mit dem Flugzeug nach Prag und von dort aus nach Montreal.

Der CDC beantragt ein Einreiseverbot für Speaker an der amerikanischen Grenze, nimmt Kontakt mit dem italienischen Ministerium für öffentliche Gesundheit auf und informiert die Weltgesundheitsorganisation unter Hinweis auf die Internationalen

23 Einen ausführlichen Bericht über die Andrew-Speaker-Affäre finden Sie im Artikel von David P. Fidler, Lawrence O. Gostin und Howard Markel: « Through the quarantine looking glass: drug-resistant tuberculosis and public health governance, law, and ethics », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, winter 2007, vol.35:4, S. 616-628.

Gesundheitsvorschriften von 2005 über die Tatsache, dass Speakers Situation einen internationalen Notfall darstellt. Ende Mai 2007 verlässt Speaker Kanada und überquert die Grenze der Vereinigten Staaten mit dem Auto. Dem CDC gelingt es, ihn über sein Funktelefon in New York zu orten. Ihm wird befohlen, das Bellevue Hospital in New York aufzusuchen. Ein bundesweiter Suchbefehl für seine Isolierung und die anschließende Verhängung einer Quarantäne wird erlassen. Das letzte Mal, das ein solcher föderaler Suchbefehl zwecks Quarantäne ausgestellt wurde, war 1963. Am 31. Mai wird Speaker auf eigene Kosten ins National Jewish Medical Center in Denver eingeliefert. Inzwischen hat der CDC mit internationaler Hilfe nach den Passagieren auf den verschiedenen Flügen von Speaker gesucht. Mitte Juli erstatten Passagiere, die zusammen mit Speaker von Prag nach Montreal geflogen sind, Anzeige.

Speaker wird Ende Juli operiert. Nach der Entfernung eines Teils der infizierten Lunge wird er für nicht ansteckend erklärt und kann sich frei bewegen.

Ab dem 28. Mai stürzen sich die Medien auf den Fall Speaker. Einerseits weil Speakers Schilderung der Geschehnisse von der des CDC abweicht, andererseits weil am 3. Juli bekannt wird, dass spätere Testes ergeben hatten, dass Speaker nicht an XDR, sondern an MRT litt. Dies sorgte für eine Kontroverse über das, was eigentlich geschehen war, über die Auswirkungen der Diagnose: MRT oder XDR-TB auf die zu treffenden Maßnahmen und auf die öffentliche Gesundheit, über die Verantwortung der einzelnen Protagonisten und generell über die Art und Weise, wie national und international mit der Situation umgegangen wurde.

Der Fall eines Georgiers mit multiresistenter Tuberkulose, der sich illegal in Brüssel aufhielt

Die Presse berichtet regelmäßig über die Irrfahrt von Tuberkulosepatienten fremder Herkunft in Belgien. So gab es 2002 viel Aufregung um einen Georgier, der in Belgien angekommen war und wieder auf freiem Fuß gesetzt wurde, obwohl er an Tuberkulose litt und die Krankheit übertragen konnte.

Der Mann befand sich in einem Zentrum für Asylsuchende in Brügge. Bei einer ärztlichen Untersuchung wurde bei ihm eine Form von multiresistenter Tuberkulose entdeckt. Er wurde deshalb im geschlossenen Zentrum isoliert und erhielt die nötigen Antibiotika. Einige Tage nach der Diagnose erhielt er vom Ausländeramt die Anweisung, das Land innerhalb von fünf Tagen zu verlassen, weil er sich illegal in unserem Land aufhielt. „In der Praxis bedeutet dies, dass er einfach zum Bahnhof gebracht wird. Es wird nicht kontrolliert, ob er das Land auch tatsächlich verlässt. Der Mann ist eine Zeitbombe, die sich ohne Medikamente oder Aufsicht in unseren Städten fortbewegt.“²⁴

Das Asylantenzentrum war über diese Anweisung entsetzt: der Mann wurde in ein Krankenhaus eingewiesen. Der Georgier gab jedoch zu verstehen, dass er das Krankenhaus verlassen wollte. Die Ärzte versuchten vergebens, ihn von der

²⁴ Zitat aus La Libre Belgique (<http://www.lalibre.be/actu/belgique/article/74869/un-georgien-tuberculeux-erre-peut-etre-en-belgique.html>), besucht am 22. März 2013.

Notwendigkeit zu überzeugen, seine Behandlung fortzusetzen und im Krankenhaus zu bleiben. Der Mann verließ das Krankenhaus mit einem Medikamentenvorrat für nur einen Monat. Keiner hat je mehr etwas von ihm gehört. Hat er seine Medikamente vorschriftsmäßig genommen? Hat er seine Behandlung abgebrochen?

Die Probleme, die in beiden Fällen deutlich werden, sind folgende Widersprüche: Man muss die Person des Landes verweisen und sie gleichzeitig hierbehalten, um sie zu isolieren und zu versorgen; man muss die Person versorgen, aber er/sie muss auch selbst von der Notwendigkeit überzeugt sein, sich zu versorgen und die Behandlung langfristig anzuwenden; man muss die Isolierung des Patienten aufheben, wenn er nicht mehr ansteckend ist und ihm seine Bewegungsfreiheit zurückgeben, aber er muss sich regelmäßig zu medizinischen Kontrollen melden, sodass seine Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird. Diese widersprüchlichen Verpflichtungen spiegeln unterschiedliche Interessen wider: den Schutz der öffentlichen Gesundheit und die Privatsphäre der Person. Wir werden später auf diesen Widerspruch zurückkommen und prüfen, wie er gelöst werden kann.

2. Isolierung und Quarantäne: Definition und Zielsetzung

Der Krankheitserreger kann während der Inkubationszeit oder bei Ausbruch der Krankheit, aber auch danach übertragen werden, wenn die Behandlung schlecht befolgt oder unterbrochen wird. Letzteres bedeutet, dass man den Kranken nicht nur isolieren muss, sondern ihn auch während seiner Behandlung verfolgen muss, um seine vollständige Genesung sicherzustellen.

Begünstigt wird die Übertragung von MRT in geschlossenen Räumen – längere Aufenthalte in öffentlichen Verkehrsmitteln (Flugzeug, Schiff, Zug, Bus, usw. ...) – und in Gruppen von Personen, die sich aus sozialen und wirtschaftlichen, beruflichen (Krankenhaus ...) oder juristischen Gründen (Gefängnisse ...) oft treffen.

Obwohl die Begriffe „Isolierung“ und „Quarantäne“ im täglichen Sprachgebrauch oft als Synonyme verwendet werden, besteht zwischen ihnen ein Unterschied²⁵. Isolierung ist die Absonderung von Menschen, die an einer ansteckenden Krankheit leiden. Quarantäne ist die Absonderung (ursprünglich während 40 Tagen) von Personen, die mit einer ansteckenden Krankheit in Berührung gekommen sein könnten, um festzustellen, ob sie krank sind, und gegebenenfalls die Übertragung der Krankheit während der Inkubationszeit zu verhindern. Der „Dictionnaire médical“ definiert Quarantäne als der Zeitraum der Isolierung „von Personen aus Regionen oder Ländern, in denen bestimmte ansteckende Krankheiten herrschen“.²⁶

Heute lässt sich Tuberkulose genauer diagnostizieren, sodass verdächtige Personen öfter isoliert und weniger unter Quarantäne gestellt werden.

25 Siehe zum Beispiel den Unterschied im Dictionnaire médical (unter Leitung von J. Quevauvilliers und A. Fingerhut, Paris, Ed. Masson, 3. Ausgabe, 2001) und bei den Centers for disease control and prevention (USA) unter <http://www.cdc.gov/quarantine/>

26 Quevauvilliers J. und Fingerhut A. (unter der Leitung von.), *Dictionnaire médical*, Paris, Ed. Masson, 3. Ausgabe, 2001, S.827, Artikel « Quarantaine ».

Bei der Isolierung und der Quarantäne macht eine Behörde aus Gründen der öffentlichen Gesundheit von ihrer Befugnis Gebrauch, Personen eventuell gegen ihren Willen festzuhalten. Ziel ist, die Ausbreitung der ansteckenden Krankheit und ihre Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung einzudämmen. Diese Maßnahmen sind das beste Mittel, die öffentliche Gesundheit zu schützen, wenn therapeutische Handlungen nicht mehr genügen, nicht existieren oder nicht verfügbar sind.

Beim Umgang mit ansteckenden Krankheiten wird schon sehr lange auf die Isolierung von Einzelpersonen oder Gruppen gesetzt, wie diverse historische Quellen belegen (das Alte Testament, Hippokrates, Galenus, die Dekrete von Kaiser Justinianus, usw.). Der Zusammenhang zwischen dem Reisen und der Ausbreitung bestimmter Krankheiten ist auch bekannt. So ist es kein Zufall, dass Venedig im 14. Jahrhundert eine Regelung einführte, die – falls erforderlich – 40 Tage lang untersagte, dass die Besatzung, die Passagiere und die Güter eines Schiffes an Land gingen. Das war die „quarantenara“, das unter Quarantäne Stellen. 1403 öffnete die venezianische Stadtverwaltung auf der Insel Santa Maria di Nazareth die erste Quarantäne-Einrichtung (lazzaretto im Italienischen, eine Verdrehung des Wortes Nazareto), ein Ort, an dem ansteckende Kranke unter Quarantäne gestellt wurden.

Am Ende des 19. Jahrhunderts und vor allem während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde das Sanatorium (von sanatorius: gesundheitsfördernd) das Mittel par excellence, um Tuberkulosepatienten zu heilen und vor allem um zu vermeiden, dass sie ihr Umfeld anstecken. Sanatorien lagen oft in den Bergen oder am Meer; sie mussten den Patienten eine Kur mit gesunder Naturluft und viel Sonne bieten. Weit weg von der ungesunden Stadtluft konnten sie in aller Abgeschiedenheit und mit strengen Hygienemaßnahmen zur Ruhe kommen.

Im 19. Jahrhundert arbeiteten Europas Nationen an der Harmonisierung ihrer Maßnahmen, um Patienten unter Quarantäne zu stellen, die an Pest oder Cholera litten. Diese Initiative war das Ergebnis der Berücksichtigung diverser Parameter.

Einer davon war der Fortschritt der medizinischen Kenntnisse. Im 19. Jahrhundert sorgte Pasteurs Theorie über Krankheitserreger für eine Erklärung der Ursache ansteckender Krankheiten, nämlich der Ansteckung mit externen Mikroorganismen. Man konnte sich also schützen, indem man den Kontakt zum Kranken vermied. Meistens hing die Entscheidung, den Kranken zu isolieren, von den verfügbaren Kenntnissen über die Krankheit – die Ursachen, Prävention, Therapien, Genesung – und von der Reaktion der Gemeinschaft auf die Pathologie und den ansteckenden Kranken ab.

Die wirtschaftlichen und kommerziellen Interessen waren ein weiterer Parameter. Im 19. Jahrhundert war der freie Personen- und Güterverkehr den europäischen Ländern mit Kolonien sehr wichtig. Als einige Wissenschaftler die Theorie der Krankheitserreger in Frage stellten und eine Sanierung des Umfelds statt einer Isolierung von Personen vorschrieben, was das ein Argument für diejenigen, die den Personenverkehr aus rein kommerziellen und wirtschaftlichen Interessen aufrechterhalten wollten.

Diese beiden Parameter – der medizinische und der wirtschaftliche – spielen bei der Entscheidung, Personen unter Quarantäne zu stellen, noch immer eine Rolle, werden heute jedoch durch andere Überlegungen abgeschwächt, zum Beispiel die

gesellschaftliche und wirtschaftliche Anfälligkeit von Einzelpersonen oder Gruppen, das Stigmatisierungs- oder Diskriminierungsrisiko, Mängel bei der Hygiene oder der Wohnungspolitik, um nur einige zu nennen.

3. Die sozialwirtschaftlichen Aspekte

3.1. Die sozialwirtschaftliche Anfälligkeit der Patienten

Multiresistente Tuberkulose ist oft an erbärmliche hygienische Umstände oder ungesunde Wohnungen gekoppelt. Die Suche nach einer Lösung im Gesundheits- und Wohnungsbereich ist ein fundamentaler Aspekt der Strategie zur Bekämpfung des Ausbruchs und der Ausbreitung von MRT²⁷.

Wirtschaftliche Umstände sind schuld daran, dass manche Menschen warten, bis ihre Gesundheit einen kritischen Zustand erreicht hat, bevor sie einen Arzt aufsuchen. In Belgien ist die Behandlung von Tuberkulose gratis, da die Krankenkasse die Kosten erstattet. Patienten, die ihre Krankenkassenbeiträge nicht bezahlen können, können sich an das ÖSHZ wenden und um sofortige, dringende Hilfe bitten. Diejenigen, die sich weder an die Krankenkasse noch an das ÖSHZ wenden können, haben seit 2005 die Möglichkeit, das BELTA-TBnet anzurufen²⁸.

3.2. Die finanzielle Investition, die für die Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit erforderlich ist

Die Freiheitsberaubung bei einer Isolierung oder Quarantäne eines Patienten mit MRT muss gegen den wirtschaftlichen Preis dieser Maßnahme abgewogen werden. Der Schutz der öffentlichen Gesundheit rechtfertigt, dass ausreichende Geldmittel bereitgestellt werden, um die Kosten der Isolierung und Versorgung des Patienten zu decken, aber auch für den Schutz des Pflegepersonals. Andere Kosten können dadurch entstehen, dass die Gesundheitsbehörden Personen mit MRT oder Personen, die in Kontakt mit einem Kranken gekommen sind, suchen und Informationskampagnen für die Öffentlichkeit durchführen müssen.

Für Patienten, die ihre Behandlung nicht genau einhalten und erneut von der Krankheit befallen werden und dadurch andere gefährden, sind verschiedene Lösungen möglich, die alle einen bestimmten ökonomischen Preis haben: entweder sie unter Zwang isolieren oder für eine Nachbetreuung zuhause sorgen oder einen finanziellen Anreiz schaffen, damit er/sie die ärztlichen Vorschriften einhält.

Streng ökonomisch betrachtet, ist eine bezifferte Bewertung der einzelnen Möglichkeiten erforderlich, um sich hierzu zu äußern; ferner darf keine einzige Möglichkeit verworfen werden.

27 Siehe diesbezüglich zum Beispiel Lebas J. et Chauvin P. (éds), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998.

28 Mehr Informationen unter: <http://www.belta.be/>

Aus ethischer Sicht hat der Schutz der öffentlichen Gesundheit absolut gesehen keinen Preis.

Aber die Entscheidung, dem Patienten die Verantwortung für seine Behandlung durch einen finanziellen Anreiz sozusagen „abzukaufen“, wirft doch ethische Fragen auf.

In anderen Bereichen als der Gesundheit kann man einer Person, die ihrer Verantwortung nicht gerecht wird, eine Geldstrafe aufbrummen; genauso kann man eine Person, Gruppe oder Firma finanziell anreizen, verantwortlich zu handeln. Man könnte also behaupten, dass finanzielle Anreize zur Einhaltung einer Behandlung in die gleiche Richtung gehen: Genauso wie man mit Geldprämien Verhaltensweisen unterstützt, die die Umwelt nicht belasten, könnte man die verantwortungsbewusste Haltung eines Patienten gegenüber der Gesundheit seiner Mitmenschen finanziell unterstützen. Umweltverschmutzung und MRT gefährden beide, wenngleich auf unterschiedliche Weise, die Gesundheit oder gar das Leben einer potentiell großen Gruppe von Menschen. Bei der ethische Abwägung besteht allerdings ein Unterschied: MRT wird über den Körper des Kranken selbst übertragen, über Substanzen (Husten, Spucke), die er ausscheidet, sodass der Patient direkt verantwortlich ist für die Ausbreitung der Krankheit und für die Folgen für seine persönliche Bewegungsfreiheit. Ein simpler Kontakt mit infizierten Substanzen des Patienten oder ein regelmäßiger Besuch bei ihm kann genügen, um MRT zu übertragen. Durch seine Anwesenheit kann der Kranke ein Ansteckungsherd sein; darum hat er die ethische Pflicht, sich einer Behandlung zu unterziehen oder sich zu isolieren, um die Gesundheit anderer zu schützen. Dritten nicht schaden und deshalb die heilende Behandlung vollständig mitmachen, ist eine Pflicht, die ethisch gesehen so wichtig ist, dass ein finanzieller Anreiz eigentlich nicht notwendig sein müsste.

Aber jemand kann beschließen, eine ethische Pflicht nicht zu erfüllen – das ist gerade, was die Pflicht „ethisch“ macht. Man muss also die Gründe analysieren, weswegen ein Patient nicht die Notwendigkeit einsieht, Dritten keinen Schaden zuzufügen, oder keine Lust hat, diese Pflicht zu erfüllen. Die Gründe können vielfältig sein: mangelnde Kenntnisse, sozialwirtschaftliche Anfälligkeit, Angst, psychologische Probleme ... Die Suche nach den Ursachen, vielmehr als ein finanzieller Anreiz, der das Problem nicht an der Wurzel packt, scheint also der beste Ansatz für den Kranken, aber auch für die Gesellschaft zu sein. Die Vernachlässigung der Behandlung kann übrigens als eines der möglichen Symptome einer schwierigen gesellschaftlichen Integration ausgelegt werden.

4. Stigmatisierung und Diskriminierung

Wie es D.F. Musto²⁹ in Bezug auf das unter Quarantäne Stellen von Aidspatienten formuliert, ist eine Epidemie, die hauptsächlich die unteren Sozialschichten oder Personen am Rand der Gesellschaft trifft, oft „das Sandkorn, um das sich die Perle des Moralismus bilden wird“.

Während der MRT-Epidemie der neunziger Jahr wurden Teile der Bevölkerung von New York – Menschen mit Geistesstörungen – Drogensüchtige oder Obdachlose – eine überwachten Behandlung unterzogen (eine Person musste dafür sorgen, dass der Patient

29 Musto D.F., « Quarantine and the problem of AIDS », *Milbank Quarterly* 64, 1996, Supplement 1, S.106

seine Medikamente effektiv einnahm), während andere Gruppen, die gesellschaftlich stärker waren, dieser Maßnahme entkamen³⁰

Um jede Form von Stigmatisierung und Diskriminierung zu vermeiden, sind genaue Informationen über den Gesundheitszustand einer Person unentbehrlich. Eine ärztliche Diagnose muss bestätigen, dass die Person effektiv an MRT erkrankt ist, sich erneut mit MRT anstecken kann, wenn die Behandlung unterbrochen wird, oder mit MRT in Berührung gekommen ist. Auf der Grundlage der Diagnose einer bestätigten oder vermuteten Ansteckung mit MRT kann also festgestellt werden, dass der Gesundheitszustand der Person eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellt und dass er/sie isoliert werden muss.

Die gesellschaftliche Position einer Person oder ihr prekärer oder ungewöhnlicher Lebensstil kann vermuten lassen, dass er/sie eher anfällig ist für MRT als jemand anders, aber diese prekäre oder anormale gesellschaftliche Position ist kein ausreichender Grund, um die Rechte dieser Person zu verletzen.

5. Die nationale und internationale Dimension der öffentlichen Gesundheit

Um das Problem der Ausbreitung von MRT effizient anzugehen, sind Regelungen auf verschiedenen politischen und rechtlichen Ebenen (regional, national, europaweit und weltweit) erforderlich. Diese Regelungen betreffen die Erkennung, Isolierung oder das unter Quarantäne Stellen, die Freilassung einer Person oder eine Gruppe Personen mit MRT und die Behandlung der Krankheit. Einer der komplexen Aspekte des Umgangs mit diesem Problem besteht darin, festzulegen, in welchem Stadium einer übertragbaren ansteckenden Krankheit, je nach Herkunft und Bedrohung für die öffentliche Gesundheit, welche Sorte Maßnahmen wie lange aktiviert werden müssen. Die Antwort auf diese Frage wird auch regelmäßig dem medizinischen Fortschritt bei der Diagnose und Behandlung übertragbarer Krankheiten angepasst werden müssen.

Die nationalen und internationalen Regelungen müssen selbstverständlich dafür sorgen, dass sich die Krankheit nicht ausbreitet, indem sie verbieten dass Personen mit einer ansteckenden Krankheit in Länder reisen oder diese verlassen; sie haben aber auch dafür zu sorgen, dass der Kranke an dem Ort behandelt wird, an dem er angetroffen wurde. Jedes Land hat hier eine absolute Souveränität. Die unverzichtbare internationale Koordinierung des Umgangs mit der Ausbreitung der Krankheit erfordert eine Infrastruktur und ein Budget.

Auch Personen aus mittleren Gesellschafts- oder Wirtschaftskreisen oder Personen mit durchschnittlichem Bildungsniveau können sich mit MRT anstecken, wie der oben erwähnte Fall von Andrew Speaker zeigt, aber die Krankheit kommt hauptsächlich in armen Bevölkerungsgruppen vor, die auch an anderen Krankheiten leiden (unter anderem Aids) und die in ihrem Ursprungsland nicht oder kaum über öffentliche Gesundheitsfürsorge verfügen. Die internationale Zusammenarbeit beim Wissens- und Technologietransfer, bei der Schaffung leistungsfähiger Gesundheitsstrukturen und bei der Verabschiedung wirksamer hygienischer Maßnahmen sind ein bedeutender

³⁰ Dubler N.N., Bayer R., Landeshan *et alii*, *The tuberculosis revival : individual rights and societal obligations in a time of AIDS*, New York, United Hospital Fund, 1992.

Bestandteil des Umgangs mit MRT.

V. Die ethische Dimension der Zwangsisolierung und Behandlung eines Patienten mit multiresistenter Tuberkulose

Aus medizinischer Sicht kann die Isolierung eines Patienten mit multiresistenter Tuberkulose 3 bis 6 Monate, bei extrem resistenter Tuberkulose (XDR) manchmal sogar 9 Monate dauern.

Wie bereits im Gutachten Nr. 48³¹ des Beratenden Bioethik-Ausschusses angegeben, bestimmt Artikel 10 § 2 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten – nach dem Beispiel von Art. 8 § 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention –, dass keinerlei Einmischung in die Ausübung des Rechts auf Schutz der Privatsphäre und des Rechts auf Intimität des Patienten erlaubt ist, „es sei denn, das Gesetz sieht es vor und es ist für den Schutz der öffentlichen Gesundheit oder für den Schutz der Rechte und Freiheiten von Drittpersonen erforderlich.“

Die zuständige Behörde kann einer Person, die an MRT leidet, im Namen der öffentlichen Gesundheit diverse Verpflichtungen auferlegen: das Risikoverhalten einzustellen, sich einer medizinischen Untersuchung zu unterziehen, isoliert zu werden oder unter Quarantäne gestellt zu werden. Eine der Aufgaben der Obrigkeit lautet, ein Gleichgewicht zwischen dem Schutz der öffentlichen Gesundheit und der Wahrung der Rechte der Person (ihrer Bewegungsfreiheit, ihrer Entscheidungsfreiheit, ihrer Würde, usw.) zu finden.

1. Die Einschränkung der Freiheit

Die Bewegungsfreiheit der Person³² (und andere Freiheiten, die davon abhängen) wird während der Isolierung und der Quarantäne ausgesetzt. Die Verhängung dieser einschneidenden Einschränkung der individuellen Freiheit muss gut abgewogen werden und gerechtfertigt sein. Isolierung ist das einzige Mittel, die Ausbreitung der Krankheit zu unterbinden und die öffentliche Gesundheit zu schützen, aber um die Behandlung eines Patienten zu verfolgen, der nicht mehr ansteckend ist, kann man andere Mittel benutzen, die keinen Freiheitsentzug erfordern. Der Kranke kann seine Medikamente zum Beispiel in Anwesenheit eines Pflegepersonalmitglieds einnehmen, und man kann ihn verpflichten, sich zur Überwachung der Behandlung regelmäßig bei einem Arzt zu melden, ohne seine Bewegungsfreiheit einzuschränken. Diese Begleitung des Patienten während seiner Behandlung ist notwendig, um seine vollständige Genesung zu erreichen und um zu verhindern, dass die Krankheit wieder die Oberhand gewinnt und die

31 Gutachten Nr. 48 vom 30. März 2009 über den belgischen Einsatzplan „Influenzapandemie“ in Devroey P., Dupuis M., Schotsmans P., Stiennon J.-A., *Les avis du Comité consultatif de bioéthique de Belgique 2005-2009*, Bruxelles, Bernard Gilson éditeur, 2010, S.524.

32 *Die Veröffentlichung Dwang en drang in de tuberculosebestrijding des niederländischen Gesundheitsrates* (« Commissie ethische en juridische aspecten van TBC-bestrijding », Den Haag, Gezondheidsraad 1996/07) enthält eine besonders aufschlussreiche Analyse der Einschränkung der Freiheit, die mit der Isolierung und der Behandlung von Tuberkulose einhergeht.

öffentliche Gesundheit gefährdet. So hielt der Oberste Gerichtshof des Staates New York in der Rechtssache *City of New York versus Antoinette R*³³ die Isolierung erst für gerechtfertigt, nachdem bewiesen worden war, dass mit weniger einschränkenden Maßnahmen nicht sichergestellt werden konnte, dass sich der Patient der Behandlung unterziehen würde.

Die Isolierung sollte nicht länger dauern als die Inkubationszeit und die Ansteckungsphase der Krankheit, die einige Wochen bis einige Monate dauern kann.

Die durch den Schutz der öffentlichen Gesundheit gerechtfertigte Einschränkung der Bewegungsfreiheit und des direkten Kontakts muss möglichst geringe Auswirkungen auf die Wahrnehmung der übrigen Rechte und Freiheiten der Person haben. Der Ort der Isolierung oder der Quarantäne muss gesund und sicher sein. Neben der spezifischen Behandlung der MRT hat die Person, falls notwendig, Recht auf andere medizinische Handlungen, eine korrekte Ernährung und einen Aufenthaltsort, an dem sie frei leben kann, abgesehen von den Einschränkungen, die ihr im Namen der öffentlichen Gesundheit und der Einrichtung, in der sie untergebracht ist, auferlegt werden.

2. Die Zustimmung

Wenn die öffentliche Gesundheit ernsthaft bedroht ist, darf die Obrigkeit gesetzlich und ethisch einen Kranken, der an MRT leidet, isolieren oder unter Quarantäne stellen. Der Patient ahnt vielleicht nicht, wie ernst sein Gesundheitszustand ist und welche Gefahr er für andere darstellt. Wenn der Patient die Information erhalten hat³⁴, kann es sein, dass er in Kenntnis der Sachlage mit der ihm auferlegten Einschränkung einverstanden ist, aber die Chance besteht auch, dass er sie aus verschiedensten Gründen (Unverständnis, Angst, usw.) ablehnt. Die medizinisch belegte Gefahr seines Gesundheitszustands für die öffentliche Gesundheit rechtfertigt es ethisch, dass er unter Zwang isoliert wird, das heißt ohne seine vorherige Zustimmung. Die Behandlung der Krankheit ist ethisch komplizierter.

Die Frage des Einverständnisses eines Patienten mit MRT mit seiner Behandlung stellt sich anders als das Einverständnis bestimmter geisteskranker Patienten mit ihrer Behandlung. Die Zwangsbehandlung dieser Patienten hat ja zum Ziel, die Autonomie der Person so weit wie möglich wiederherzustellen. Anders als eine geisteskranke Person wird ein Patient mit MRT a priori als geschäftsfähige und bewusste Person betrachtet. Seine Weigerung, sich einer Behandlung zu unterziehen, muss respektiert werden, unter anderem aufgrund des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten.

³³ 630 N.Y.S.2d 1008 (N.Y. Sup. Ct.1995).

³⁴ Das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten bestimmt in Artikel 8 § den Inhalt der Information, die dem Patienten generell zu erteilen ist, und geht auf den Fall ein, wo dieser seine Zustimmung verweigert: „Die Information, die dem Patienten zur Erteilung seiner in § 1 erwähnten Einwilligung mitgeteilt wird, bezieht sich auf Ziel, Art, Dringlichkeitsstufe, Dauer und Häufigkeit des Eingreifens, auf die mit dem Eingreifen verbundenen und für den Patienten relevanten Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Risiken, auf die Nachsorge und auf mögliche Alternativen und finanzielle Auswirkungen. Außerdem betrifft sie die im Fall einer Verweigerung oder Rücknahme der Einwilligung möglichen Auswirkungen und die anderen vom Patienten oder von der Berufsfachkraft für relevant erachteten genaueren Angaben, gegebenenfalls einschließlich der Gesetzesbestimmungen, die in Bezug auf ein Eingreifen einzuhalten sind.“

Laut Artikel 8 § 1 dieses Gesetzes hat der Patient „nach erfolgter Information vor jedem Eingreifen der Berufsfachkraft seine freie Einwilligung dazu zu geben“ und laut § 4 desselben Artikels „das Recht, die in § 1 erwähnte Einwilligung für ein Eingreifen zu verweigern oder zurückzunehmen“. Wenn ein Patient, der nicht an einer psychischen Krankheit leidet, die ihn an einer Zustimmung hindert, eine Behandlung verweigert, können die Gesundheitsbehörden ihn also schon zur Isolierung verpflichten, um die Ausbreitung seiner Krankheit zu verhindern, aber sie dürfen ihn nicht unter Zwang behandeln. Ethisch gesehen, kann man bedauern, wie in der Analyse in Punkt 3.2. „Die finanzielle Investition, die für die Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit erforderlich ist“, dass der Patient die Behandlung seiner Krankheit nicht einhält und dass diese Haltung ihn seine Bewegungsfreiheit kostet. Aber man muss vor allem die Gründe seiner Verweigerung klären. Obschon diese Klärung der Gründe für die Verweigerung der Behandlung generell nicht Pflicht ist, weil die Verweigerung Teil der Autonomie des Patienten ist, kann sie bei MRT nützlich sein³⁵. Wenn der Patient die Behandlung verweigert, haben die Gesundheitsbehörden übrigens keine andere Wahl, als ihn weiter zu isolieren, um eine Ansteckung zu verhindern. Die Isolierung hat einen finanziellen, einen logistischen und – weil die Personen, die in einer Auffangeinrichtung arbeiten, mit dem Kranken in Kontakt bleiben müssen – auch einen menschlichen Preis.

Aus ethischer Sicht ist es wegen des sozialwirtschaftlichen Umfeldes, in dem sich Krankheiten dieser Art meistens entwickeln, noch fundamentaler, dass die Klärung der Gründe für die Verweigerung der Behandlung es möglich macht, die (psychologischen, sozialen, wirtschaftlichen usw.) Probleme zu identifizieren, die außerhalb des rein medizinischen Bereichs liegen und die Ursache für die schlechte Gesundheit der Person bilden.

Die MRT gehört zu den Krankheiten, die eine vollständige, multidisziplinäre Betreuung des Patienten erfordern. Diese Begleitung mit Blick auf die soziale Integration der Person ist das Pendant zur sozialen Isolierung, die die Gesundheitsbehörden in erster Instanz im Namen der Schutz der öffentlichen Gesundheit verfügen. Der radikale Charakter der Isolierung wird durch die gesellschaftliche Anerkennung der anschließenden Betreuung kompensiert. Die gerechtfertigte Priorität des Allgemeininteresses in der ersten Phase, die Isolierung, wird durch die Aufmerksamkeit für die Person und ihre Rechte in der zweiten Phase ausgeglichen. So wird aus der ethischen Spannung zwischen dem Schutz der öffentlichen Gesundheit und den Rechten des Individuums ein gegenseitiges Band aus Schutz und Respekt.

3. Die Privatsphäre und die Vertraulichkeit

Dieses Gutachten befasst sich nicht mit den familiären, sozialen und beruflichen Folgen der Erkennung und Prävention von MRT, sondern nur mit den Folgen der Isolierung und der Behandlung. Die Entfernung aus dem gesellschaftlichen Leben offenbart den Gesundheitszustand der Person – besonders wenn sie nicht freiwillig, sondern unter

³⁵ Siehe in diesem Zusammenhang das Gutachten Nr. 53 des Ausschusses über die Weigerung einer schwangeren Frau, sich medizinisch versorgen zu lassen – mit entsprechenden Folgen für den Fetus. Festzuhalten ist, dass das Gesetz über die Rechte des Patienten den Patienten zur Zusammenarbeit auffordert, obschon es auch die Verweigerung einer Behandlung vorsieht. Daher ist es empfehlenswert, diese Zusammenarbeit zu suchen, indem versucht wird, den Grund für die Weigerung herauszufinden.

Zwang geschieht – und bringt sein Leben und das seines Umfeldes ans Licht der Öffentlichkeit. Die Vertraulichkeit, die die Beziehung zwischen Arzt und Patient kennzeichnet, besteht nicht mehr. Eine ansteckende Krankheit, die die öffentliche Gesundheit gefährdet, zwingt den Arzt, das Vertrauensverhältnis, das ihn an den Patienten bindet, zu brechen. Zur Erinnerung: Das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten bestimmt in Artikel 10 § 2, dass keinerlei Einmischung in die Ausübung des Rechts auf Schutz der Privatsphäre und des Rechts auf Intimität des Patienten erlaubt ist, „es sei denn, das Gesetz sieht es vor und es ist für den Schutz der öffentlichen Gesundheit oder für den Schutz der Rechte und Freiheiten von Drittpersonen erforderlich.“

Wenn zum Beispiel Passagiere, die an MRT leiden oder in Kontakt mit einem Kranken gekommen sind, ausfindig gemacht werden, könnten die nationalen oder internationalen Gesundheitsbehörden die Verkehrsunternehmen³⁶ verpflichten, Informationen über ihre Passagiere preiszugeben. Man könnte sie auch verpflichten, unter bestimmten Umständen Informationen über die Gesundheit der Passagiere, unter anderem wenn sie an MRT leiden, zusammenzutragen, zu schützen und weiterzuleiten. Ferner könnte man die Verkehrsunternehmen anweisen, die Ankunft oder das Verlassen des Grundgebietes bei einem Passagier mit MRT zu verhindern. Diese diversen Handlungsmöglichkeiten der Verkehrsunternehmen müssen aus ethischer Sicht sorgfältig abgewogen werden. Es geht darum zu vermeiden, dass Passagiere verpflichtet werden, Verkehrsunternehmen private Gesundheitsdaten preiszugeben, aber andererseits muss auch vermieden werden, dass Informationen mit erheblichen Folgen für die Gesundheit von Dritten nicht bei den Gesundheitsbehörden ankommen. Im Rahmen dieses Gutachtens ist es nicht möglich, näher auf dieses Gleichgewicht zwischen der Privatsphäre der Passagiere, dem Schutz der öffentlichen Gesundheit und der Tätigkeit der betroffenen Unternehmen einzugehen.

Die Isolierung kann der diskriminierenden Haltung gegenüber dem Kranken Vorschub leisten und seine sozialen und beruflichen Beziehungen zunichtemachen oder seine Marginalisierung verstärken. Um diesen nachteiligen Folgen vorzubeugen, muss man das Umfeld und gegebenenfalls auch den Arbeitgeber informieren (um Lohnausfall oder Entlassung zu vermeiden).

³⁶ Der Kontakt mit einem Kranken, der an MRT leidet, in einem geschlossenen Raum eine bestimmte Zeitlang (zum Beispiel bei Flugreisen oder langen Zug- oder Busreisen) begünstigt die Ansteckung.

VI. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

1.

Multiresistente Tuberkulose (MRT) und extrem resistente Tuberkulose (XDR) kommen in Belgien hauptsächlich in den Städten vor, in denen sozialwirtschaftlich prekäre und teilweise aus der Immigration stammende Bevölkerungsgruppen konzentriert sind.

Der Ausschuss meint, dass etwas gegen die sozialwirtschaftlichen Ursachen von MRT unternommen werden muss. Besonders wichtig seien gesunde Wohnverhältnisse, die Sozial- und Bildungshilfe, die Information von Patienten mit MRT über die Möglichkeit, die Kosten ihres Krankenhausaufenthaltes und ihrer Behandlung erstattet zu bekommen.

2.

Tuberkulose trifft Menschen aller Altersklassen, auch Kinder in jungem Alter.

Der Ausschuss unterstreicht die Notwendigkeit einer vollständigen Betreuung von Kindern und Minderjährigen, die isoliert werden, um einer Ansteckung vorzubeugen. Die Aufnahmeeinrichtung muss diesen vorübergehend von ihrer Familie getrennten Kindern im Rahmen der Möglichkeiten psychologische, soziale und pädagogische Unterstützung anbieten.

3.

Der Ausschuss meint, dass die Isolierung eines ansteckenden Tuberkulosepatienten medizinisch uneingeschränkt gerechtfertigt sein muss. Die Isolierung muss gemäß dem gesetzlichen Rahmen und der belgischen und internationalen Regelung vonstattengehen. Sie muss also vernünftig sein, der Entwicklung des Gesundheitszustands des Patienten angepasst und nicht diskriminierend sein. Zwang kann gerechtfertigt sein, um der Ausbreitung der Krankheit vorzubeugen, muss aber immer den letzten Ausweg darstellen. Da Isolierung eine Freiheitsberaubung mit weitreichenden Folgen ist, muss der Patient immer die Möglichkeit haben, Beschwerde beim Richter einzulegen. Wegen der Ansteckungsgefahr und der Notwendigkeit, die öffentliche Gesundheit zu schützen, kann diese Beschwerde aber niemals aufschiebende Wirkung haben, durch die die Isolierung des Patienten verhindert werden könnte.

4.

Die Gesamtdauer der Isolierung ansteckender Personen in einem Krankenhaus beträgt 13 bis 21 Wochen, kann bei Personen mit XDR aber mehr als 40 Wochen erreichen.

Diese lange Isolierung setzt eine finanzielle Investition in die Auffangzentren und die Einstellung von Pflegepersonal voraus.

Die Einrichtung einer Abteilung im Krankenhaus für die Pflege von Patienten mit Tuberkulose³⁷ ist eine Lösung, die verschiedenen Vorteile bietet.

Die Patienten mit Tuberkulose werden nicht geographisch vom Rest der Bevölkerung im

37 Siehe in diesem Zusammenhang Teil II, Punkt 5.2., B. „Die Krankenhausbegleitung von Tbc-Patienten - Beispiel“.

Allgemeinen und von anderen Kranken im Besonderen getrennt, was der Stigmatisierung vorbeugt. Eine solche Abteilung (mit Unterdruck) auf einer Etage des Krankenhauses ermöglicht Kontakte zwischen den Patienten, was wichtig ist für diese Menschen, die oft aus dem Ausland kommen, alleine sind oder keine sozialen Kontakte haben.

Der Ausschuss meint, dass man die Schaffung dieser Infrastruktur unterstützen muss und dass neben dem Saint-Pierre-Krankenhaus in Brüssel mindestens zwei weitere belgische Krankenhäuser mit einer solchen Abteilung ausgestattet werden müssen, eins in Flandern und eins in Wallonien.

5.

Der FARES-Bericht meldet, dass in Belgien und vor allem in der Region Brüssel eine sehr hohe Anzahl Patienten die Behandlung aufgeben. Das begünstigt die Entstehung multiresistenter Tuberkulose und erhöht die Ansteckungsgefahr.

Die Pflichtbehandlung wird in bestimmten normativen Texten erwähnt (siehe Teil III dieses Gutachtens), wirft jedoch ethische Probleme hinsichtlich der Rechte des Patienten auf, insbesondere beim Recht auf Autonomie und auf Verweigerung einer Behandlung.

Der Ausschuss meint, dass man alle Mittel anwenden muss, um den Patienten von der Notwendigkeit zu überzeugen, sich behandeln zu lassen, und zwar für sich selbst und zum Schutz Dritter. Er akzeptiert, dass es notwendig sein kann, dass ein Mitglied des Pflegepersonals anwesend ist, wenn der Patient seine Medikamente einnimmt. Aber er hält es ethisch nicht für gerechtfertigt, dass ein Patient unter Zwang oder unter Drohung verpflichtet wird, sich der Behandlung zu unterziehen.

Andererseits betrachtet der Ausschuss die Isolierung eines ansteckenden Patienten oder eines Patienten, der Gefahr läuft, ansteckend zu werden, und der eine Behandlung verweigert oder sie nicht vorschriftsmäßig befolgt, als eine ethisch gerechtfertigte Lösung. Die Isolierung ist zwar eine Form von Zwang, die die Person ihrer Freiheit beraubt, aber sie ist die einzige Möglichkeit, die Ansteckung von Dritten zu verhindern.

6.

Der normative Rahmen für Tuberkulose ist in Belgien kompliziert. Nach Auffassung der Akteure vor Ort (siehe Teil III.5. „Einige Beispiele der Probleme vor Ort“) ist er nicht immer angemessen und schwierig anzuwenden, vor allem in Bezug auf die Zwangsisolierung.

Der Ausschuss plädiert für eine bessere Information der Akteure vor Ort über den normativen Rahmen und für die Förderung der Kommunikation zwischen den Akteuren.

Der Ausschuss betont die Notwendigkeit, die Tuberkulosebekämpfung regional, national und international zu koordinieren. Man muss die Mittel bündeln und gleichzeitig mit den armen Ländern zusammenarbeiten, um Wissen weiterzugeben und Hilfe beim Aufbau einer effizienten medizinischen Infrastruktur für die Behandlung von Tuberkulosepatienten anzubieten.

* * *

Das Gutachten wurde im verkleinerten Ausschuss 2012/3 vorbereitet, der wie folgt zusammengesetzt war:

Vorsitzende	Berichterstatter	Mitglieder	Vorstandsmitglied
L. de Thibault de Boesinghe	L. de Thibault de Boesinghe	E. De Groot	M.-G. Pinsart
A. Velz	M.-G. Pinsart	A. Herchuelz R. Rubens	

Mitglied des Sekretariats:

L. Dejager

Angehörte Experten:

Herr D. Wildemeersch, Leiter der "Afdeling Toezicht Volksgezondheid" der "Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid"

Herr J. Bots, Gesundheitsinspektor beim Gemeinsamen Gemeinschaftsausschuss der Region Brüssel-Hauptstadt

Frau C. Schirvel, von der « Cellule d'inspection d'hygiène, Direction Surveillance et Protection de la Santé », Fédération Wallonie-Brüssel

Herr W. Arrazola De Onate, Medizinischer Direktor des BELTA-VRGT

Frau M. Wanlin, Medizinische Leiterin des FARES

Herr Y. Van Laethem, Arzt beim « Service des maladies infectieuses » des Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre in Brüssel

Die Arbeitsunterlagen des verkleinerten Ausschusses 2012/3 - Fragen, persönliche Eingaben der Ausschussmitglieder, Sitzungsprotokolle, eingesehene Dokumente - werden als Anlagen 2012/3 im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt, wo sie eingesehen und kopiert werden können.

Das Gutachten ist unter www.health.belgium.be/bioeth unter der Rubrik « Gutachten » einsehbar.