

**Gutachten Nr. 48 vom 30. März 2009
bezüglich des operationellen belgischen
Plans „Influenzapandemie“**

***Gutachtenantrag vom 20. März 2008,
von Frau L. Onkelinx, Ministerin für soziale Angelegenheiten und
Volksgesundheit,
operationellen Plans „Influenzapandemie“***

INHALT DES GUTACHTENS

Gutachtenantrag

I. Einleitung

II. Der belgische Notfallplan

III. Der juristische Rahmen

1. Internationale rechtliche Regeln

2. Die föderale belgische Rechtsprechung

2.a. Rechte der Patienten

2.b. Die Anordnung

2.c. Die Quarantänemaßnahmen

2.d. Die Evakuierung und das Verbot der Fortbewegung

3. Regelung der Gemeinschaften

3.a. Regelung der flämischen Gemeinschaft

3.b. Regelung der französischen Gemeinschaft

3.c. Regelung der Region Brüssel-Hauptstadt

3.d. Regelung der deutschsprachigen Gemeinschaft

4. Berufsständische Regeln

5. De lege ferenda: das Influenza-Rahmengesetz

6. Schlussfolgerung

IV. Ethische Überlegungen

1. Ethik der öffentlichen Gesundheit

2. Solidarität

2.a. Die Zusammenarbeit der Zivilbevölkerung

2.b. Die Kooperation der Gesundheitsgewerbe

3. Die Verfügbarkeit der Mittel und des Personals

3.a. Die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten und der Betreuung

3.b. Die Verfügbarkeit von Beatmungsgeräten und deren Verwaltung

3.c. Die Verfügbarkeit von Masken

3.c.1. Chirurgische Masken

3.c.2. Atemschutzmasken

3.d. Die Verfügbarkeit der antiviralen Medikamente

4. Die Wahl der Mittelverwendung

4.a. Priorisierung und Depriorisierung, Prinzip

4.b. Priorisierung

4.b.1 Priorisierung bestimmter Berufsgruppen

4.b.2. Priorisierung für die Impfung mithilfe von Pandemie-Impfstoffen

4.c. *Depriorisierung*

4.d. *Das Projekt „Ethik und Pandemie in Minnesota“*

5. *Innere und internationale Solidarität*

V. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Gutachtenantrag

Am 20. März 2008 richtete Frau Laurette Onkelinx, Ministerin für soziale Angelegenheiten und Gesundheit den folgenden Gutachtenantrag an das Belgische Komitee für Bioethik (Übersetzung):

„Seit Ende 2005 haben die belgischen Behörden in die Ausarbeitung eines operationellen Plans für die Kontrolle einer Grippepandemie in unserem Land investiert. Dieser operationelle Plan wurde innerhalb des Interministeriellen Koordinationskomitees Influenza mit einem Team bestehend aus Mitarbeitern des Föderalen öffentlichen Dienstes für Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt (FÖD für Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt), dem Institut scientifique de santé publique (ISP), der Föderalagentur für die Sicherheit der Nahrungsmittelkette (FASNK), der Föderalagentur für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte (AFMPS) und der Dienste der Regionen und Gemeinschaften ausgearbeitet. Um eine eventuelle Pandemie abzuwenden bemüht sich unser Land, diesen Plan der Bekämpfung ständig gemäß den diesbezüglichen wissenschaftlichen Empfehlungen zu aktualisieren und achtet insbesondere darauf, einen Vorrat an antiviralen Medikamenten, Masken und Impfstoffen zu erstellen.

Gemäß den Artikeln 1 und 8 der Kooperationsvereinbarung vom 15. Januar 1993 hinsichtlich der Gründung eines Beratenden Ausschusses für Bioethik beantrage ich hiermit ein Gutachten bezüglich bestimmter relevanter ethischer Probleme für das Interministerielle Koordinationskomitee Influenza.

All diese ethischen Probleme sind mit der großen Ungewissheit verbunden, die das umfasst, was wir im Falle einer Pandemie zu erwarten haben. Eine Pandemie ist auf einen zu diesem Zeitpunkt noch unbekanntem Virus zurückzuführen, so dass es unmöglich ist, sich den genauen Verlauf vorzustellen. Im Rahmen unserer Vorbereitungen stützen wir uns auf zwei Szenarien: das schlimmere verweist auf die Beobachtungen, die während der Pandemie von 1918 gemacht wurden, die andere ist weniger alarmierend. Allerdings ist sicher, dass der Bedarf an medizinischer Versorgung während einer Pandemie sehr viel größer als normalerweise ist. Zudem wird die ordnungsgemäße Erteilung der medizinischen Versorgung schwieriger, da das medizinische Personal ebenso von der Pandemie betroffen ist. Infolgedessen frage ich mich hinsichtlich der Prioritäten, die gegebenenfalls festgelegt werden müssen – insbesondere bezüglich der antiviralen Medikamente, der Impfstoffe und des Zugangs zur Gesundheitsversorgung.

1. Der belgische Staat hat die erforderlichen antiviralen Medikamente gekauft, um landesweit einen strategischen Bestand zu erstellen. Diese antiviralen Medikamente können sowohl vorbeugend als auch zur Behandlung von Patienten mit Symptomen verabreicht werden. Der nationale Bestand muss es ermöglichen, alle Kranken im Rahmen eines Szenarios, in dem 30% der Bevölkerung erkrankt sind, zu behandeln. Es bringt jedoch einige Probleme mit sich, eine Pandemie vorherzusehen. Weder die Ausdehnung, noch der Moment, zu dem sie eintrifft

können im Voraus festgelegt werden. Aus diesem Grund ist es zudem schwierig, zu bestimmen, ob unser strategischer Bestand ausreicht, um alle Personen, die Symptome der Grippe aufweisen, mithilfe der antiviralen Medikamente zu behandeln. Entsprechend muss man davon ausgehen, dass eine Auswahl getroffen und bestimmte Prioritäten hinsichtlich einiger Gruppen festgelegt werden müssen.

2. In Bezug auf die (prä)pandemischen Impfstoffe wendet die Interministerielle Koordinationskomitee Influenza die nachfolgend beschriebene Politik an. Die Menge der präpandemischen Impfstoffe ist ausreichend, um der gesamten belgischen Bevölkerung eine erste Dosis zu verabreichen und die Bestellung für den schnellstmöglichen Erhalt der zweiten Dosis des pandemischen¹ Impfstoffs für die gesamte Bevölkerung wurde bereits erteilt. Aufgrund der Ungewissheit bezüglich des Timings und des Umfangs der gelieferten Dotierung des pandemischen Impfstoffs könnte das Problem der Prioritäten sich auch aus ethischer Sicht stellen. Welche Personengruppe hat demnach als erste ein Anrecht auf die Impfung, wenn wir mit Lieferproblemen konfrontiert würden?

3. Ein ähnliches Problem stellt sich bezüglich des Zugangs zur medizinischen Versorgung. Die Mitarbeiter des Gesundheitswesens wären ebenso wie der Rest der Bevölkerung von der Pandemie betroffen. Die Abwesenheitsquote wäre wahrscheinlich über lange Zeit sehr hoch. Dadurch könnte die Fortsetzung der medizinischen Versorgung ersten und zweiten Grades gefährdet werden. Zudem ist die Kapazität der belgischen Krankenhäuser sowohl hinsichtlich der Anzahl der Betten als auch der Beatmungsgeräte und des Personals nicht unbegrenzt. Wie im Hinblick auf die Impfstoffe und die antiviralen Medikamente ist es sicherlich erforderlich, Prioritäten zu setzen.

Die Plenarsitzung des Komitees vom 26. Mai 2008 hat den Gutachtenantrag als zulässig erklärt und ihn an den engeren Ausschuss 2008-2 gesandt.

I. Einleitung

Durch die Spanische Grippe von 1918 starben ca. 40 Millionen Menschen auf der ganzen Welt. Es handelte sich um einen mutierten Virus der Vogelgrippe, die sich auf den Menschen übertragen hat. Die Asiatische Grippe von 1957 und die Hongkong-Grippe von 1968 hatten weniger dramatische Folgen. Sie entstanden aus der Rekombination des Virus der Vogelgrippe und des Influenzavirus des Menschen. Gemäß der belgischen Website www.influenza.be tritt ca. alle 40 Jahre eine tödliche Grippe auf. Der letzten 1977 aufgekommenen „Russischen Grippe“ fielen eine Millionen Menschen weltweit zum Opfer. Es handelte sich um ein Wiederauftauchen des Virus H1N1 der Spanischen Grippe. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht ihrerseits von drei Pandemien pro Jahrhundert, die durch Abstände von 10 bis 50 Jahren getrennt sind.

¹ Hiermit ist vermutlich der präpandemische Impfstoff gemeint.

Seit Ende des Jahres 2003 wurden mehrere Vogelgrippeherde beobachtet, zunächst in Asien, dann in Afrika und schließlich in Europa. Bei dem Virus handelt es sich um den Typ A/H5N1. Bis heute wurden hauptsächlich Personen kontaminiert, die in Kontakt mit kranken Vögeln waren. Die Fälle der Kontaminierung von Mensch zu Mensch bilden die Ausnahme und haben nur Personen berührt, die auf engstem Raum mit den Tieren zusammenlebten. Am 19. Januar 2009 wurden weltweit 397 kontaminierte Personen gezählt, von denen 249 laut den Quellen der WHO starben. Die betroffenen Länder haben entschieden, das gesamte Geflügel in oder um Unternehmen oder Geflügelfarmen, auf denen die Vogelgrippe festgestellt wurde, zu schlachten.

Die WHO befürchtet eine Mutation des Vogelgrippevirus oder eine Rekombination des letzteren mit dem menschlichen Influenzavirus, was auch die zwischenmenschliche Übertragung des Virus ermöglichen würde. Sie verkündete, dass wir uns zurzeit auf der 3. Stufe befänden, was einer Warnstufe wegen Pandemie gleichkommt: alle Länder sind ab sofort aufgefordert, sich auf eine eventuelle Pandemie vorzubereiten. Die WHO unterscheidet zwischen sechs Stufen. Auf Stufe 4 erfolgen Kontaminierungen von Mensch zu Mensch, aber die Verbreitung ist nur örtlich, was anzeigt, dass sich der Virus noch nicht vollständig an den Menschen angepasst hat. Während der Stufe 5 bleibt die Krankheit auf lokaler Ebene, allerdings steigt die Anzahl der betroffenen Personen. Während dieser beiden Stufen werden in Belgien Maßnahmen zur Betreuung der kontaminierten Menschen ergriffen, so dass der Virus nicht verbreitet werden kann. Diesbezüglich wurden mit allen Flughäfen Vereinbarungen getroffen. Die 6. Stufe ist die pandemische Stufe. In diesem Stadium ist die Verbreitung fortgeschritten und betrifft die Bevölkerung der gesamten Welt.

II. Der belgische Notfallplan

Ende des Jahres 2005 und Anfang 2006 hat Belgien einen Notfallplan (operationeller Plan) für den Fall einer Grippepandemie ausgearbeitet. Dieser operationelle Plan wurde innerhalb des Interministeriellen Koordinationskomitees Influenza mithilfe der Mitarbeiter des Föderalen öffentlichen Dienstes für Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt², dem Institut scientifique de santé publique und der Föderalagentur für die Sicherheit der Nahrungskette (FASNK) ausgearbeitet. Der Öffentliche Bundesdienst für Inneres, der Föderale öffentliche Dienst für Auswärtige Angelegenheiten, Außenhandel und der Entwicklungszusammenarbeit, das Ministerium der flämischen Gemeinschaft, das Ministerium der französischen Gemeinschaft, das Ministerium der deutschsprachigen Gemeinschaft, das Ministerium der wallonischen Region und das Ministerium der Region Brüssel-Hauptstadt wurden ebenfalls einbezogen.

Der operationelle Plan definiert deutlich die Art und die Rolle der Verantwortlichkeiten jedes Mitwirkenden des Plans in Bezug auf die an die Bürger und Pflegedienstleister gerichtete Kommunikation hinsichtlich der Betreuung von kontaminierten Patienten und von Personen,

² Im Text als FÖD für Volksgesundheit bezeichnet.

die Kontakt mit letzteren hatten. Ein interministerieller Influenza-Ausschuss wurde gegründet: dieser besteht aus Vertretern der Gemeinschaften und Regionen und wird von den Beamten des FÖD für Volksgesundheit unterstützt und kann die in Art. 5 der Anlage der KV vom 31. Januar 2003 bezüglich der landesweit zu koordinierenden Notfallpläne vorgesehenen Krisenabteilungen der Departments in Anspruch nehmen. Ein Influenza-Steuerungsausschuss geplant, ebenso wie ein wissenschaftliches Influenza-Komitee, das mit dem Hohen Gesundheitsrat und dem wissenschaftlichen Komitee des FÖD Volksgesundheit zusammenarbeitet.

Falls eine Pandemie ausbricht und eine Krise ausgerufen werden muss, wird eine zentrale Koordination mit einer Verwaltungszelle unter Vorsitz des Innenministers, einer Bewertungszelle unter Vorsitz des Geschäftsführers des FÖD Volksgesundheit, eine Informationszelle unter Vorsitz des Kommunikationsleiters des Ministers der öffentlichen Gesundheit und eine Abteilung EcoSoc eingerichtet, die die sozialwirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie auswertet. Die Beschlüsse der Verwaltungszelle, die Maßnahmen auf lokaler Ebene erfordern, werden seitens der Bewertungsabteilungen an die Krisenzentren der Provinzen weitergeleitet (siehe KV vom 31. Januar 2003). Eine internationale und insbesondere europäische Zusammenarbeit ist geplant.

Die Berufsgruppen, welche die medizinische Versorgung ersten Grades stellen, können in einem im Internet verfügbaren Handbuch alles finden, was von ihnen während der verschiedenen Stufen der WHO erwartet wird und die entsprechenden Schutzmaßnahmen. Zudem wird ein Call Center eingerichtet und die Verwaltungszelle sowie die Abteilungen der Provinzen kommunizieren ihre Anweisungen über diese Kanäle.

Während der Pandemie werden in allen Städten und Gemeinden lokale Anlaufstellen der „medizinischen Versorgung“ unter der Verantwortung des Bürgermeisters eingerichtet. Patienten, die an der Grippe erkrankt sind, können sich dorthin begeben; zusätzlich zu der beratenden Funktion führen die Zentren eine Datenbank und beantworten alle Anfragen. Sie koordinieren die häusliche Pflege für Patienten in Zusammenarbeit mit den professionellen und freiwilligen Pflegediensten. Die Koordination der lokalen Anlaufstellen der „medizinischen Versorgung“ obliegt den Gouverneuren der Provinzen, die ihrerseits die Daten an die nationale Krisenzelle des Centre gouvernemental de coordination de crise (Regierungszentrum zur Krisenkoordination) übermitteln. Die Bevölkerung wird über alle möglichen Kanäle (Radio, Fernseher, Zeitungen, usw.) über die Lage informiert und es wird erwartet, dass sie die Anweisungen befolgt, um die Verbreitung des Virus weitestgehend zu verhindern. Gegebenenfalls werden einige Orte großer Zusammenkünfte geschlossen. Gewisse Massenveranstaltungen, Konzerte, Sportveranstaltungen usw. können gestrichen werden.

Im Szenario des Pandemieplans für belgische Krankenhäuser wird das Krankenhaus Saint-Pierre in Brüssel als erstes Bezugskrankenhaus genannt, d.h. die Einrichtung, in der die ersten Verdachtsfälle aufgenommen werden müssen. Alle anderen Krankenhäuser müssen einen Pandemiekoordinator ernennen, der in Zusammenarbeit mit dem Chefarzt und der Leitung mit

der Organisation der Einlieferung von an der Grippe erkrankten Patienten beauftragt ist. Die Provinzgouverneure erhalten eine Aufstellung der Bettenkapazität der verschiedenen Krankenhäuser ihrer Provinz und übermitteln diese Informationen an die lokalen Anlaufstellen für „medizinische Versorgung“. Die Krankenhäuser behalten getrennte Aufnahmebereiche vor (Wartesäle, Notaufnahme und Krankenhausbetten), um die Personen, die grippeverdächtig sind, zu versorgen. Nicht dringende Operationen werden zunächst hinausgeschoben, damit die medizinische und paramedizinische Belegschaft für die von der Grippe betroffenen Patienten zur Verfügung steht.

Die Patienten können die Krankenhäuser nur mit einer Überweisung des behandelnden Arztes aufsuchen. Die Behandlung erfolgt so weit wie möglich zu Hause. Der behandelnde Arzt oder der Arzt der Anlaufstelle für „medizinische Versorgung“ überreicht dem Patienten antivirale Medikamente und chirurgische Masken (siehe Kap. IV, Punkt 3.c.1) und fordert sie auf, Ausgänge zu vermeiden und bei Kontakt mit Personen, die unter dem gleichen Dach wohnen, die Maske bis zu 7 Tage nach dem Auftreten von Symptomen zu tragen. Der Virus kann innerhalb von 7 Tagen übertragen werden, ist jedoch bereits am Tage nach dem Auftreten der Symptome aktiv. Bei jeder Feststellung von Vogelgrippe werden auch die Personen untersucht, die mit dem Patient in Kontakt waren.

Eine vollständige Reglementierung wurde bezüglich der Versorgung von Belgiern, die sich während der Pandemie im Ausland befinden, ausgearbeitet, und es ist ausdrücklich vorgegeben, dass alle ausländischen Personen im belgischen Staatsgebiet ungeachtet des Status (legal oder illegal) die gleiche Behandlung wie die Belgier erhalten. Im Notfallplan werden Gespräche mit den Nachbarländern erwähnt (Niederlande, Deutschland, Frankreich und Großherzogtum Luxemburg), die der Verhinderung des "Medikamente-Shoppings" dienen, sowie die Dienstverpflichtung von Pflegediensten, die in einem Land registriert, aber in einem anderen tätig sind.

Eine besondere Pandemieimpfung wird erst 4 bis 6 Monate nach Ausbruch des neuen Virus verfügbar sein. Zurzeit ist es eher unwahrscheinlich, dass ein Impfstoff für alle 6 Milliarden Personen der Erde hergestellt werden kann. Ebenso besteht ein großes Risiko, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen - oder sogar Erdteile - außen vor bleiben.

Zwischenzeitlich wird bereits nach einem präpandemischen Impfstoff geforscht, der eine - wenn auch nur teilweise - Schutzwirkung übernehmen - und somit die Anzahl der Kranken mindern soll. Allerdings ist die Schutzwirkung dieses Impfstoffs schwer zu bewerten. Die europäische Arzneimittelbehörde (EMA) hat im Mai 2008 grünes Licht für die Einführung des „präpandemischen Influenza-Impfstoffs (H5N1) (Spaltvirus, inaktiviert, adjuvantiert) von GlaxoSmithKlineBiologicals gegeben. Dieser Impfstoff entspricht dem bereits von der Europäischen Union zugelassenen und auch von GlaxoSmithKline entwickelten Prepandrix® mit inaktivierten menschlichen Stammzellen des Grippevirus (A und B) und einer inaktivierten vietnamesischen Stammzelle H5N1. Zwei Injektionen mit einem Abstand von drei Wochen sind erforderlich, um eine ausreichende Immunität zu erzielen.

Ein von der Kommission angehörter Experte bestätigte, dass eine allgemeine Impfung der belgischen Bevölkerung mit dem präpandemischen Impfstoff vorgesehen ist, wie im Brief der Ministerin an den beratenden Ausschuss angegeben. Da dieser Impfstoff nur einen kurzfristigen Schutz bietet, wird er erst zu dem Zeitpunkt verabreicht, an dem die pandemische Verbreitung des Virus wahrscheinlich ist, d.h. ab der Phase 5.

Im Notfallplan wird eine allgemeine Impfung gegen Pneumokokken insbesondere bei Kindern bis zum Alter von 5 Jahren empfohlen, um den Virusbefall zu mindern. Tatsächlich ist eine Infektion durch Pneumokokken die klassische bakterielle Komplikation einer Influenza-Infektion, die häufig für ein tödliches Ende verantwortlich sein kann.

Ebenso stellt der Staat 32 Millionen chirurgische Masken zur Verfügung. Diese Masken mindern das Ansteckungsrisiko, welches ein Kranker für seine Umgebung darstellt erheblich und entsprechend sind sie für alle Patienten vorgesehen, sowohl ambulante (d.h. Personen, die die lokalen Anlaufstellen der "medizinischen Versorgung") aufsuchen, als auch die zu Hause oder im Krankenhaus behandelten.

Sechs Millionen erstklassige Atemschutzmasken des Typs FFP2 sind für das Pflegepersonal bestimmt. Diese Masken müssen alle 2 bis 4 Stunden gewechselt werden. Der belgische Notfallplan weist jedoch darauf hin, dass diese Masken nur im Falle von mikrobiellen Aerosols getragen werden.

Der Staat liefert allen Laboratorien für Labormedizin 3 Testsets mit je einer Atemschutzmaske, so dass der behandelnde Arzt eine naso-pharyngeale Entnahme durchführen kann, falls er Verdacht auf Vogelgrippe diagnostiziert und diese zur Analyse ins Labor des wissenschaftlichen Instituts für Volksgesundheit senden kann.

Entsprechend der Empfehlung des Hohen Gesundheitsrats sind antivirale Medikamente zur Behandlung von 30% der Bevölkerung vorgesehen. Ein Teil ist in Form von gebrauchsfertigem Tamiflu® (Roche), in Kapseln oder als Suspension zum Einnehmen (das Molekül ist Oseltamivir), von gebrauchsfertigem Relenza® (GSK), einem Pulverinhalat (das Molekül ist Zanamivir) erhältlich, wobei ein anderer Teil in Form eines lose verpacktem Rohstoffs (Oseltamivir Phosphat) angeboten wird, der zusammen mit dem Aufbereitungsmaterial und den Grundmassen im medizinischen Bereich der belgischen Armee gelagert wird, die die erforderlichen Kompetenzen zur Umwandlung des Rohstoffs in Tabletten besitzt. Diese antiviralen Medikamente sind ausschließlich für die Behandlung von Kranken vorgesehen und dienen nicht der Prophylaxe, selbst nicht für die Mitarbeiter der Gesundheitsdienste³.

³ In anderen Ländern sind die Bestände der antiviralen Medikamente für 5, 10, 20, 30 und bis zu 50% der Bevölkerung vorgesehen.

III. Juristischer Rahmen⁴

Es stellt sich folgende zentrale juristische Frage, die in engem Zusammenhang mit ethischen Überlegungen steht: Wie können die Rechte und Freiheiten des Einzelnen mit den von den öffentlichen Behörden als erforderlich erachteten Maßnahmen zur Eindämmung der Krankheit, wie z.B. die Dienstverpflichtung von Personen oder die Isolierung von kontaminierten Personen, in Einklang gebracht werden?

1. Internationale rechtliche Regeln

- Artikel 5 der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und der Grundfreiheiten (EKMR) verfügt:

"Jede Person hat das Recht auf Freiheit und auf Sicherheit. Die Freiheit darf nur in den folgenden Fällen und nur auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden:

[...]

e) falls es sich um die rechtmäßige Freiheitsentziehung für eine *Person handelt, die eine ansteckende Krankheit verbreiten könnte*, sowie bei psychisch Kranken, Alkohol- und Rauschgiftsüchtigen und Landstreichern;"

- Artikel 8 der EKMR verfügt:

« §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 und 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. (eigene Hervorhebung)"

- Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV)⁵ (2005) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) schreibt vor, dass die Vertragsstaaten der Vorschriften ab dem 15. Juni 2007 über eine Frist von zwei Jahren verfügen, um ihre Kapazitäten auszuwerten und nationale Maßnahmenpläne auszuarbeiten, sowie über eine Frist von drei Jahren, um die Vorschriften der nationalen Überwachungs- und Maßnahmenregelung sowie die Vorschriften in den Flughäfen, Häfen und bestimmten Grenzposten zu erfüllen. Diese Regelung verpflichtet die

⁴ Wir berücksichtigen hier nicht die institutionellen und organisatorischen Aspekte der Krisenverwaltung auf kommunaler, provinzieller und nationaler Ebene, die geregelt sind durch:

- die KV vom 18. April 1988 bezüglich der Gründung des Centre gouvernemental de Coordination et de Crise (MB vom 4/5/88) ;

- die KV vom 31. Januar 2003 bezüglich der Festlegung des Notfallplans für Krisenereignisse und – Situationen, die eine Koordination oder Verwaltung auf nationaler Ebene erfordern (MB vom 21/2/03);

- die KV vom 16. Februar 2006 bezüglich der Notfall- und Einsatzpläne (MB vom 15/3/06, Ausg. 2).

Diese Pläne sind allgemein gehalten und zielen nicht speziell auf das Auftreten einer ansteckenden Krankheit wie z.B. eine Grippepandemie ab. Die speziell für eine Grippepandemie vorgesehenen Strukturen sind in Kapitel II „Der belgische Notfallplan“ enthalten.

⁵ einsehbar unter www.who.int/csr/ihr/fr

Mitgliedsstaaten, die Cholera, die Pest und das Gelbfieber zu deklarieren und verleiht der WHO das Untersuchungsrecht⁶.

- Der Beschluss Nr. 2119/98/EG des europäischen Parlaments und des Rats vom 24. September 1998 sieht vor, dass jeder Mitgliedsstaat verpflichtet ist, die anderen Mitgliedsstaaten und die Kommission über das gemeinschaftliche Netzwerk EWRS (Early Warning Rapid System) über die Art und die Reichweite der geplanten oder im Notfall ergriffenen Kontrollmaßnahmen informiert.

2. Föderale belgische Rechtsprechung

2.a. Rechte der Patienten

Artikel 8, §2 des Gesetzes bezüglich der Rechte des Patienten vom 22. August 2002 ordnet an, dass "der Patient das Recht hat, sich freiwillig durch eine vorherige Benachrichtigung mit einem Eingriff des Facharztes einverstanden zu erklären". Somit hat er das Recht, seine Einwilligung zu einer Operation zu verweigern oder diese zurückzuziehen (Art. 8, §4). Falls in einem Notfall Ungewissheit bezüglich des zuvor vom Patienten oder dessen Vertreter ausgedrückten Willens besteht, wird jede erforderliche Operation unverzüglich von Facharzt im Interesse des Patienten durchgeführt (Art. 8, §5).

Artikel 10, &2 des gleichen Gesetzes gibt vor, dass bei der Ausübung des Rechts zum Schutze des Privatlebens oder des Rechts auf Achtung der Intimsphäre des Patienten "falls dies nicht gesetzlich vorgeschrieben *und zum Schutze der öffentlichen Gesundheit* oder zum Schutze der Rechte und Freiheiten Dritter erforderlich ist. (eigene Hervorhebung)"

2.b. Die Dienstverpflichtung

Die Dienstverpflichtung ist ein Verfahren des öffentlichen Rechts, durch das sich die öffentlichen Behörden unter besonderen Umständen der Mitarbeit der Bürger versichern oder sich bestimmte Angelegenheit aneignen⁷. Die belgische Rechtsprechung kennt die zivile Dienstverpflichtung und die militärische Dienstverpflichtung.

Dieser Überblick bezieht sich ausschließlich auf die zivile Dienstverpflichtung von Personen. Die Dienstverpflichtung ist auf außergewöhnliche Umstände begrenzt, falls die normalen Mittel wie z.B. die Einstellung von Personal durch Ernennung oder Arbeitsvertrag sich als unzureichend herausstellen.

⁶ D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff, « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », Anmerkung Seite 9 unten, *in Médecine et droit, Questions d'actualité en droit médical et en bioéthique*, 2007, Anthemis, Louvain-la-Neuve.

⁷ J. Dujardin, M. Van Damme & J. Vande Lanotte, *Overzicht van het Belgisch administratief recht*, 2002, Kluwer, Malines, Nr. 293.

Die wesentlichen Vorschriften, die im Falle von Pandemie interessant sein könnten, sind folgende:

- gemäß Artikel 4 des Gesetzes vom 8. Juli 1964 bezüglich der dringenden medizinischen Hilfe müssen die Ärzte einer Dienstverpflichtung der öffentlichen Behörden nachkommen;

- Artikel 9, § 3 der KV Nr. 78 vom 10. November 1967 bezüglich der Ausübung der Heilkunst, der Krankenpflege, der paramedizinischen Berufe und der medizinischen Ausschüsse verleiht dem Gesundheitsinspektor und dem pharmazeutischen Inspektor die Befugnis, Maßnahmen zur normalen Abwicklung der Notdienste zu ergreifen, falls diese gefährdet sein sollten;

- für Dienstverpflichtungen im Rahmen der KV vom 1. März 1971 bezüglich des Schutzes gegen übertragbare Krankheiten, siehe Punkt 2.c unten.

- für Dienstverpflichtungen im Rahmen der Regelung der Gemeinschaften bezüglich des Schutzes gegen übertragbare Krankheiten, siehe Punkt 3 unten.

- Artikel 17 des Gesetzes vom 5. August 1992 über die Funktion der Polizei gibt vor, dass im Falle eines Unheils, einer Katastrophe oder von Geschädigten, die Polizei der betroffenen Zone bis zum Eingreifen der zuständigen Behörden dafür zuständig ist, alle Maßnahmen zur Rettung von gefährdeten Personen zu ergreifen, u.a. durch Aufforderung der Bevölkerung zur Hilfe, diese ist verpflichtet, Folge zu leisten;

- Artikel 11, §3 der KV vom 16. Februar 2006 bezüglich der Notfall- und Einsatzpläne (MB vom 15. März 2006) schreibt vor, dass die medizinischen Mittel in einer Notsituation der administrativen Zuständigkeit des föderalen Gesundheitsinspektors unterliegen und dass die operationelle Leitung dem Direktor für ärztliche Hilfe obliegt;

- Artikel 181 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 bezüglich der zivilen Sicherheit (MB vom 31. Juli 2007, Erratum MB vom 1. Oktober 2007) schreibt vor, dass der Minister oder sein Stellvertreter während der im Rahmen der zivilen Sicherheit durchgeführten Einsätze und für die Bedürfnisse ersterer die von ihm als erforderlich erachteten Personen oder Dinge dienstverpflichten kann. Dem Bürgermeister wird die gleiche Befugnis zuerkannt, die dieser an den Bezirkskommandanten oder an die Revierbeamten im Feld delegieren kann. Der König legt die mit der Dienstverpflichtung verbundenen Modalitäten zur Kostenerstattung fest.

- hinsichtlich *des Privatbereichs* sieht das Gesetz vom 19. August 1948 bezüglich der Dienstleistungen im öffentlichen Interesse in Friedenszeiten vor, dass die paritätischen Ausschüsse die Maßnahmen, Leistungen oder Dienste festlegen müssen, die im Falle der kollektiven und freiwilligen Arbeitsniederlegung oder im Falle von Massenentlassungen des Personals gewährleistet werden müssen, um einige lebenswichtige Bedürfnisse oder Aufgaben aufgrund einer unvorhergesehenen Notwendigkeit zu erfüllen. Diese lebenswichtigen Bedürfnisse müssen von den paritätischen Ausschüssen festgelegt werden. Die Bestellung von

Personen, die in bestimmten Unternehmen erforderlich ist, da sie zur Erfüllung der lebenswichtigen Bedürfnisse unerlässlich sind, muss in gemeinsamem Einverständnis von Arbeitgebern und Mitarbeitern erfolgen. Diese Personen können nur aufgrund der mangelnden Absprache zwischen den Sozialpartnern vom Arbeitsminister oder dem Wirtschafts- und Energieminister oder deren Vertretern, z.B. dem Provinzgouverneur⁸ dienstverpflichtet werden.

2.c. Die Quarantänemaßnahmen

- Die Gesundheitsverordnung vom 18. Juni 1831 sieht in ihrem Artikel 1, Absatz 3 vor, dass der Staatschef durch Erlasse außerordentliche Maßnahmen vorgibt, die eine Plage oder die Befürchtung einer pestartigen Krankheit an den Grenzen oder im Inneren des Landes erforderlich machen. Die Verordnung schreibt vor, dass Personen, die aus infizierten Ländern kommen, mehr oder weniger lange Quarantänen durchlaufen müssen. Sie können selbst des Landes verwiesen werden, falls die Quarantäne nicht ohne eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit erfolgen kann. Zuwiderhandlungen werden streng bestraft⁹.

- Das Gesundheitsgesetz vom 1. September 1945 gibt in seinem 1. Artikel an, dass der König befugt ist, durch allgemeine Regelungen und nach Einholung der Meinung des hohen Rats für öffentliche Hygiene die Prophylaxe- und Sanierungsmaßnahmen sowie alle erforderlichen Organisations- und Kontrollmaßnahmen zur Vorbeugung oder Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten zu ergreifen, die eine allgemeine Gefahr darstellen. Eine Liste dieser Krankheiten wurde aufgrund des entsprechenden Bescheids des hohen Rats für öffentliche Hygiene aufgestellt.

- Artikel 1 des königlichen Erlasses vom 1. März 1971 bezüglich der Vorbeugung von übertragbaren Krankheiten, geändert durch den königliche Erlass vom 18. November 1976, verpflichtet zur Meldung jedes erwiesenen oder verdächtigten Falles folgender Krankheiten:

„I. Quarantaine-Krankheiten:

1. Von den internationalen Gesundheitsvorschriften vorgegebene Quarantaine-Krankheiten:

Cholera, Gelbfieber, Pest und Pocken (auch Alastrim);

2. Den Quarantäne-Krankheiten auf nationaler Ebene gleichgestellte Krankheiten:

Hämorrhagisches oder nicht-hämorrhagisches Fieber, verursacht durch Viren der folgenden Stämme:

a) Arbo- und Togavirus (Denguefieber und Krim-Congovirus);

b) Arenavirus (z.B. Lassafieber, amerikanisches hämorrhagisches Fieber);

c) Rhabdovirus (z.B. Marburg und Johannesburgfieber);

⁸ J. Dujardin, M. Van Damme & J. Vande Lanotte., *Overzicht van het Belgisch administratief recht*, ebd. n° 295; W. Van Eeckhoutte, *Arbeitsrecht 1999-2000*, Gandaius, Kluwer Rechtswetenschappen België, 1999, Anvers, n° 208-211.

⁹ D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff., ebd. S. 205.

II. International zu deklarierende Nicht-Quarantäne-Krankheiten:

Typhus, Rückfallfieber, Poliomyelitis, *Grippe mit epidemischem Auftreten*, Malaria (eigene Hervorhebung);

III. Übertragbare Krankheiten, die im Inland erklärt werden müssen:

1. Bakterielle Krankheiten:

[...]

2. Virale Krankheiten:

virale Enzephalitis, infektiöse Hepatitis, Tollwut;

[...]

3. Rickettsiosen und Pararickettsiosen:

[...]

4. Durch Parasiten verursachte Krankheiten:

[...].

Weiterhin ist die Meldung jedes pathologischen Falles mit ungewisser Diagnose Pflicht, die jedoch unbestreitbar epidemisch ist oder Symptome einer *schweren epidemischen* Erkrankung aufweisen.

Zudem informieren die zur Meldung verpflichteten Personen den Hygieneinspektor [...] über jedes Vorkommen mit den Merkmalen einer anderen schweren infektiösen oder *epidemischen* Krankheit, selbst wenn die Diagnose noch nicht definitiv ist. (eigene Hervorhebung)“

Die königliche Verordnung vom 1. März 1971 enthält noch folgende Vorschriften:

Art. a. „Falls eine der Behörden über einen erwiesener oder verdächtigen Fall einer Quarantäne-Krankheit informiert wird [...] so kann, falls erforderlich, jeder von den in ihrem Einzugsbereich befindlichen Krankenhausdienste verpflichtet werden, *die prophylaktische Isolierung* und die angemessene ärztliche Behandlung vorzunehmen. (eigene Hervorhebung)“

Art. 6, § 1. „Diese Dienstverpflichtung bezieht sich:

1. auf die Nutzung der Gebäude, der Gelände und der Ausstattung sowie auf das erforderliche Dienstpersonal;

[...]

§ 2. Die anordnende Behörde kann zudem die gesamte oder teilweise vorzeitige und unmittelbare Evakuierung der erforderlichen Abteilung durch die dort hospitalisierten Patienten, deren Anwesenheit in der Abteilung die Effizienz der Prophylaxe gefährden könnte, anordnen. [...] ».

Art. 6, 5. „Falls das Aufkommen oder die Gegenwart eines nachgewiesenen oder verdächtigten Falls einer in Artikel 1, I dieser Verordnung vorgesehenen Quarantäne-Krankheit einem Arzt, der am Ministerium der öffentlichen Gesundheit oder deren Umfeld beschäftigt ist und zu dessen Aufgaben die Gesundheitsinspektion der Landes-, Meeres-, Fluss- und Luftgrenzen und

insbesondere die der Häfen und Flughäfen zählen, zur Kenntnis gebracht wird, so kann dieser Arzt auch die auf dem Staatsgebiet befindlichen Krankenhausdienste verpflichten, *die prophylaktische Isolierung und die angemessene ärztliche Behandlung* jeder Person, die unter der entsprechenden Quarantäne-Krankheit leidet oder bei der der Verdacht dieser besteht, vorzunehmen [...]. (eigene Hervorhebung).

Art. 6, 6. „[...] Die Leitung der betroffenen Einrichtung erleichtert, garantiert und kontrolliert die Ausführung der Dienstverpflichtung durch alle ihr zur Verfügung stehenden Mittel, insbesondere durch *die sofortige Einlassung jedes erwiesenen oder verdächtigten Falles der jeweiligen Quarantäne-Krankheit in die erforderliche Abteilung.*

Jedes Mitglied des Personals wird einzeln zunächst mündlich und anschließend schriftlich über die Dienstverpflichtung auf Initiative der Leitung informiert.

[...]

Die Dienstverpflichtung bleibt in Kraft, solange sie nicht von der verpflichtenden Behörde auf Anraten des in Artikel 6, 7 vorgesehenen prophylaktischen Ausschusses aufgehoben wird.

[...]. (eigene Hervorhebung).

Verstöße gegen diese königliche Verordnung werden gemäß dem entsprechenden Artikel mit Bußgeldern bestraft, die in der Gesundheitsverordnung vom 18. Juli 1831 oder durch das Gesundheitsgesetz vom 1. September 1945 (Art. 10) festgelegt sind.

Achtung: diese königliche Verordnung

- für die flämische Gemeinschaft außer Kraft gesetzt und ersetzt;
- für die Region Brüssel-Hauptstadt teilweise außer Kraft gesetzt und ersetzt;
- für die französische Gemeinschaft ergänzt.

Zu diesem Thema siehe Punkt 3 unten.

Hinweis: es wurde keine Vorschrift gefunden, die vorsieht, dass auch das medizinische Personal unter Quarantäne gestellt wird, wie dies in Kanada anlässlich der SARS-Epidemie der Fall ist¹⁰.

2.d. Die Evakuierung und das Verbot der Fortbewegung

Artikel 182 des Gesetzes vom 15. Mai 2007 bezüglich der zivilen Sicherheit (MB vom 31. Juli 2007, Erratum MB vom 1. Oktober 2007) sieht vor, dass « der Minister oder sein Vertreter im Falle von gefährlichen Umständen, die Bevölkerung verpflichten kann, sich von den besonders gefährdeten, bedrohten oder geschädigten Orten oder Regionen zu entfernen, um sie zu schützen und den von dieser Maßnahme betroffenen Personen einen vorläufigen Aufenthaltsort zuweisen; er kann aus gleichem Grund jede Fortbewegung oder Bewegung der Bevölkerung verbieten.“

¹⁰ D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff, « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », ebd., Seiten 218-219.

3. Regelung der Gemeinschaften

Artikel 5, Absatz 1, 1, 1, 2. des Sondergesetzes vom 8. August 1980 zur Reform der Institutionen, das in Ausführung des Artikels 128 der Konstitution verfasst wurde, sieht vor, dass die Gemeinschaften für die Gesundheitserziehung sowie die Aktivitäten der präventiven ärztlichen Versorgung mit Ausnahme der staatlichen Prophylaxemaßnahmen zuständig sind.

3.a. Regelung der flämischen Gemeinschaft

- die flämische Verordnung vom 21. November 2003 bezüglich der präventiven Gesundheitspolitik (MB vom 3. Februar 2004), die die KV vom 1. März 1971 ersetzt, sieht in ihrem Artikel 47 spezifischere Quarantänemaßnahmen vor;

- in Erwartung des Inkrafttretens des Ausführungserlasses dieser in Vorbereitung befindlichen Verordnung, bleibt die frühere diesbezügliche Regelung, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der genannten Verordnung in Kraft ist, u.a. bezüglich der Prophylaxe von ansteckenden Krankheiten, in Kraft.

Es handelt sich insbesondere um:

- die Verordnung vom 5. April 1995 bezüglich der Prophylaxe für ansteckenden Krankheiten (MB vom 19. Juli 1995);

- Der Erlass der flämischen Regierung vom 19. April 1995 bezüglich der Ausführung der Verordnung vom 5. April 1995 hinsichtlich der Prophylaxe für ansteckende Krankheiten (MB vom 14. Juli 1995).

Artikel 5, §1 der Verordnung vom 5. April 1995 bezüglich der Prophylaxe von ansteckenden Krankheiten, sieht vor, dass die zuständigen angestellten Ärzten zur Vorbeugung und Bekämpfung der in dieser Verordnung genannten Krankheiten Folgendes können:

„1. die an einer solchen Krankheit erkrankten Personen, die aus diesem Grund die Gefahr der Ansteckung für die Gemeinschaft darstellen, *verpflichten, eine geeignete medizinische Behandlung zu befolgen*, um gegen diese Ansteckungsgefahr zu kämpfen und gegebenenfalls *ihre zeitweise Isolierung* in einer von den angestellten Ärzten genannten Krankenhausabteilung *anzuordnen*.

2. Im Falle der Feststellung einer solchen Krankheiten, die Personen, die diese Krankheit aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeiten übertragen könnten, *ärztlich untersuchen lassen*, um die Ursache der Ansteckung zu festzustellen;

3. den in 2 genannten Personen, die infiziert sind und die Krankheit übertragen können, *verbieten, ihre beruflichen Tätigkeiten auszuüben*, solange sie eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen;

[...]

6. Die erforderlichen Krankenhausbereiche zur Aufnahme und Isolierung von infizierten Personen oder Personen, die unter dem Verdacht einer schweren ansteckenden Krankheit stehen, zu verpflichten. (eigene Hervorhebung)“.

Die in der Verordnung genannten Krankheiten, für die die sofortige Meldung obligatorisch ist, werden in Anlage I dem oben genannten Erlass der flämischen Regierung vom 19. April 1995 aufgezählt. Dieser sieht unter 11. „Jede andere schwere ansteckende Krankheit, die nicht in der Liste enthalten ist *und die ein epidemisches Merkmal aufweisen könnte*“ vor. (eigene Hervorhebung)“.

3.b. Regelung der französischen Gemeinschaft

Der königliche Erlass vom 1. März 1971 wurde ergänzt durch:

- den Erlass vom 17. Juli 2002 der Regierung der französischen Gemeinschaft bezüglich der Prophylaxe für übertragbare Krankheiten in Schulen und Hochschulen (MB vom 26. Oktober 2002);

- den Erlass vom 17. Juli 2002 der Regierung der französischen Gemeinschaft, der die Liste der übertragbaren Krankheiten festlegt, die das Ergreifen von Maßnahmen für eine Prophylaxe und die Feststellung festlegt (MB vom 26. Oktober 2002).

3.c. Regelung der Region Brüssel-Hauptstadt

Der Erlass vom 19. Februar 2004 des versammelten Kollegiums der gemeinsamen Gemeinschaftskommission der Region Brüssel-Hauptstadt vom 19. Februar 2004 in Änderung des königlichen Erlasses vom 1. März 1971 bezüglich der Prophylaxe für übertragbare Krankheiten (MB vom 16. März 2004) sieht im 1. Artikel u.a. vor, dass die für die Gesundheitspolitik zuständigen Mitglieder der versammelten Kollegiums die Liste der Krankheiten, deren Meldung obligatorisch ist, ergänzen können. Weiterhin ist die Meldung jedes pathologischen Falles mit ungewisser Diagnose Pflicht, *die jedoch unbestreitbar epidemisch ist oder Symptome einer schweren epidemischen Erkrankung aufweisen*. (eigene Hervorhebung).

3.d. Regelung der deutschsprachigen Gemeinschaft

Es wurde keine Regelung gefunden.

4. Berufsständische Regeln

Die *medizinische Berufsordnung der Ärztekammer* sieht unter anderem vor:

Art. 3.

„Die Ausübung der ärztlichen Kunst ist eine außerordentlich humanitäre Aufgabe; der Arzt wacht unter allen Umständen über die Gesundheit von Personen und der Gemeinschaft. [...]».

Art. 5.

„Der Arzt muss alle Kranken ungeachtet ihres sozialen Status, ihrer Nationalität, ihrer Überzeugungen, ihres Rufs oder der Gefühle, die er für sie empfindet, auf gleiche Weise behandeln.“

Art. 6.

„Jeder Arzt muss einen Kranken, der sich in unmittelbarer Gefahr befindet, ungeachtet seiner Funktion oder seines Fachgebiets, im Notfall behandeln.“

Art. 7.

„Im Falle von öffentlicher Gefahr darf der Arzt seine Kranken nur dann nicht behandeln, wenn er von den zuständigen Behörden dazu gezwungen wird.“

Art. 8.

„Der Arzt muss sich seiner gesellschaftlichen Pflichten gegenüber der Gemeinschaft bewusst sein.“

Art. 99.

„Der Arzt muss sowohl die unverjähren Rechte des Menschen achten und seine Pflichten gegenüber der Gemeinschaft erfüllen.“

Art. 101.

„Der Arzt trägt seinen persönlichen Beitrag zu der Aufgabe bei, die der medizinischen Belegschaft zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung obliegt.“

Die medizinische Belegschaft leistet unter Beachtung der Berufsregeln und der Rechte des Einzelnen den Beitrag für die Sozialversicherung, die das Ziel verfolgt, allen Bürgern die beste Gesundheitspflege zu garantieren.

Während der SARS-Epidemie in Kanada wurde der Kontakt zwischen den Ärzten und erkrankten Patienten in bestimmten Krankenhäusern auf ein Mindestmaß begrenzt, entsprechend waren die Ärzte gewissermaßen von ihrer Pflegepflicht befreit¹¹.

¹¹ D. Bloem, M. Nazarian & G.V. Grigorieff, « La quarantaine médicale humaine, réflexions juridiques, éthiques et sanitaires sur une pandémie », ebd., Seiten 218-219.

Es stellt sich die Fragen, inwieweit die Ärzte sich trotz der Risiken für ihre eigene Sicherheit und Gesundheit einsetzen sollen.

In seinem *Gutachten vom 24. Januar 2009* zu diesem Thema¹², erachtet der *Nationalrat der Ärztekammer*, dass „jeder Arzt eine Berufspflicht der Behandlung und Pflege besitzt. Dies nicht nur, um sich nicht, wie jeder Bürger, den Folgen auszusetzen, welche das Gesetz der schuldhaften Unterlassung, dem Vertragsbruch oder der Verletzung einer Verbindlichkeit beimisst, sondern vor allem aufgrund der der sozialen, mit Hoffnung verbundenen Aufgabe, die er wahrnimmt. Somit ist die Entscheidung, Arzt zu werden und zu sein, untrennbar von der Akzeptanz der Pflicht zur Behandlung und Pflege. Diese Pflicht ist keine unverbindliche Zusatzbedingung. Sie steht im Zentrum der Definition des Ärzteberufs (siehe Artikel 7 der medizinischen Berufsordnung). [...] Die Akzeptanz der Pflicht der Behandlung durch den Arzt bedeutet nicht, dass er seine eigene Sicherheit oder sonstige Konflikte auslösende, größtenteils familiäre, Pflichten völlig außer Acht lassen soll. Bei der letzten Bedrohung durch SARS bestand bei den medizinischen Dienstleistern die Furcht, die Mitglieder ihrer Familie anzustecken. Sie müssen die praktischen Probleme der Erziehung und der täglichen Pflege ihrer Kinder sowie die wesentlichen Fragen zum Schutze ihrer Angehörigen weit hinter ihrer Arbeit zurückstellen. [...]“

Die Praxis kann sich in diesem Fall nicht darauf beschränken, über die Pflicht zu urteilen, die Vorrang hat und muss Hand in Hand mit dem Raum für antagonistische Wert einhergehen oder diese nebeneinander bestehen lassen. Die Behandlungspflicht des Arztes bringt unter anderem auch zwingende Pflichten für die Gesellschaft und die medizinischen Institutionen mit sich. Zusätzlich zu der gesellschaftlichen Unterstützung in Form von angemessenen Kranken-, Arbeitsunfähigkeits-, Todes- und Kinderpflegeversicherungen, müssen sie die Sicherheit der verschiedenen Pflegedienste, die die Vorposten innehaben, erhöhen.

5. De lege ferenda: das Influenza-Rahmengesetz

Bei der Anhörung eines Experten stellte sich heraus, dass an einem Influenza-Rahmengesetz gearbeitet wird, das zu Beginn einer Epidemie veröffentlicht würde und das einige gesetzliche Vorschriften ändert, um die Krisensituation meistern zu können.

Um dies darzustellen, geben wir hier zwei Beispiele vor. Eine Ausnahme ist hinsichtlich der Vorschrift vorgesehen, gemäß der die Banknoten immer die Banque National durchlaufen müssen, wo die abgenutzten oder beschädigten Noten aus dem Verkehr gezogen werden. Die Banken sehen insbesondere ein Problem der Versorgung der Geldautomaten vorher, falls die Organisation von ausreichend Geldtransporten unmöglich wird. Ein weiteres Beispiel ist die flämische Regelung, die es Bestattungsunternehmen untersagt, mehr als einen Toten zu transportieren; auch hier ist eine Ausnahme vorgesehen.

¹² Gutachten vom 24. Januar 2009 bezüglich der Pflicht der Behandlung, einsehbar unter www.ordomedic.be.

6. Schlussfolgerung

Auch wenn innerhalb der Gemeinschaften einige Unterschiede zwischen den Regelungen bezüglich der Quarantäne und der Isolierung bestehen, was einige Ungenauigkeiten und Unschlüssigkeiten hervorrufen kann, scheint die aktuelle Rechtsprechung ausreichend, um der Grippepandemie bis einschließlich der Phase 5 der WHO entgegenzusehen. Ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Pandemie in die Phase 6 ist die o.g. Rechtsprechung in der Praxis weniger nützlich, da natürlich nicht die gesamte Bevölkerung isoliert oder unter Quarantäne gestellt werden kann. Deshalb ist die Kommunikation von angemessenen Gesundheitsmaßnahmen durch verschiedene Informationskanäle von großer Bedeutung. So sollte die Bevölkerung z.B. das Haus weniger oft verlassen, sich entsprechend einzudecken oder überflüssige Besuche und Ausgänge vermeiden, zudem sollten die aktuellen Hygieneempfehlungen beachtet werden.

IV. Ethische Überlegungen

1. Ethik der öffentlichen Gesundheit

Von einem Staat wird erwartet, dass er seine Bevölkerung schützt, indem er bestimmte unerlässliche Vorrichtungen und Infrastrukturen schafft und unterhält, um die grundsätzlichen Bedürfnisse und Rechte zu erfüllen: so muss er z.B. darauf achten, dass alle Kinder die Schule besuchen, dass jeder über Trinkwasser und eine Wohnung verfügt, dass die Mobilität der Bürger, die Unterhaltung der Wege und Straßen gewährleistet ist, dass ausreichend Gesundheitspersonal zur Versorgung der Kranken zur Verfügung steht, dass die Luftverschmutzung reduziert wird, usw. Weiterhin erwartet man vom Staat, dass er die erforderlichen Informationen verbreitet, so dass seine Bürger freie und angemessene Entscheidungen gemäß ihren eigenen und persönlichen Überzeugungen treffen können.

Auch wenn der Staat in der Vergangenheit ein zu patriarchalisches Verhalten an den Tag gelegt, Gesetze erlassen und Maßnahmen ergriffen hat, die von der moralischen Überzeugung einer Mehrheit geleitet wurden, wodurch die Autonomie bestimmter Bürger verletzt wurde, so hat sich die Lage in den letzten zehn Jahren – zumindest in der westlichen Welt, geändert. Das Recht des Bürgers, selbständig Entscheidungen zu treffen, zeigt sich immer deutlicher. In Belgien sind die Abschaffung des Gesetzes über die Landstreicherei und die Verkündung des Gesetzes über die Patientenrechte deutliche Beispiele dafür.

Von der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und der Grundfreiheiten (EKMR), die am 4. November 1950 verabschiedet wurde, kann abgeleitet werden, dass eine öffentliche Macht die privaten Rechte einschränken kann, falls sich dies für den Schutz des anderen gegen eine Ansteckung als erforderlich herausstellt. Belgien verfügt zu diesem Zweck über eine gesamte Regelung (siehe oben).

Der Notfallplan wurde nicht mit dem Ziel erstellt oder ausgearbeitet, den Bürgern die eine oder andere Verhaltensregel für ihre Privat- und Familiensphäre aufzuzwingen, die nicht ihrer eigenen Sicht oder Überzeugung entspricht. Dieser Notfallplan wurde eingerichtet, um die Risiken der Ansteckung von Dritten zu mindern und die Betreuung von Kranken zu optimalen Bedingungen zu organisieren. Ziel ist es, „richtig“ für die meisten“ zu handeln und die wenigsten „zu schädigen“.

Aus ethischer Sicht ist nicht gegen die Ausarbeitung eines Notfallplans durch den Stadt oder die Einrichtung einer Reihe von Zellen einzuwenden, die in der Lage sind, die Entwicklung der Pandemie zu überwachen und eventuell Maßnahmen zur Einschränkung der persönlichen Freiheit der Bürger zu ergreifen, um Leben zu retten.

Die Tatsache, dass der Staat einen Plan ausgearbeitet und eine Website aufgebaut hat, zeigt, dass er gemäß dem Vorsichtsprinzip gehandelt hat und die Bürger so gut wie möglich über die mögliche Gefahr aufklärt. Auf gar keinen Fall steht die Auferlegung von „neuen“ Zwangsmaßnahmen zur Frage; ganz im Gegenteil: der Notfallplan geht von dem Prinzip aus, dass jeder den Anweisungen folgt, wie es sich gehört. Diese Tendenz ist auch aus den operationellen Plänen ersichtlich, die von mehreren europäischen Ländern veröffentlicht wurden, und in ihrem Gutachten Nr. 106 weist die französische nationale Beratungskommission für Ethik¹³ „auf die Gefahr hin, dass [diese Einschränkungen der grundsätzlichen Freiheiten] über das für den Kampf gegen die Grippeepidemie Erforderliche hinaus oder aufgrund einer Extremansicht (also ungeeignet) des Vorsichtsprinzip oder aus Gründen der demagogischen Plakatierung ausgeweitet würden müssten.“

Der Notfallplan sieht zudem die Organisation einer Umfrage mit der Bevölkerung vor (S. 41), um die Art und Weise zu prüfen, in der diese eine Bevölkerung wahrnimmt, wie groß die Unsicherheit in Hinblick darauf ist und wie sie sich darauf vorbereiten kann. Während der Krisenphase werden alle möglichen Mittel eingesetzt, um die Kommunikation mit der breiten Öffentlichkeit zu gewährleisten. Entsprechend der Entwicklung einer eventuellen Pandemie fordert das Verhältnisprinzip, darauf zu achten, dass die auferlegten Beschränkungen zu gültigen Ergebnissen führen.

Aus Gründen des öffentlichen Interesses ist der französische Ausschuss in dem o.g. Gutachten der Meinung, dass die Freiheit des Einzelnen, die darin besteht, die Impfung zu verweigern, im Falle einer Pandemie, nicht geachtet werden darf. Falls sehr viel Zeit darauf verwendet werden muss, eine Person, die die pandemische Impfung verweigert, zu überzeugen, um ihr die Gefahr, die diese Weigerung für sie und für die anderen bedeutet, begreiflich zu machen, so muss ihrer Weigerung zur ärztlichen Versorgung nicht stattgegeben werden, da das Interesse des Sozialwesens hier die Achtung der Autonomie der Person übertrifft.

¹³ Siehe www.ccne-ethique.fr/avis

Der Nuffield Council (GB)¹⁴ hält es im Falle einer Pandemie für unerlässlich, ein Überwachungssystem für die Entwicklung der Krankheit und deren Infektionsarten einzurichten. Er ist der Ansicht, es sei akzeptabel die Sammlung anonymer Daten zu organisieren, die es ermöglichen, die Verbreitung der Infektion zu untersuchen, ohne die Einwilligung der betroffenen Personen einzuholen und solange nicht in deren Privatleben eingegriffen wird. Allerdings meint der Nuffield Council, dass es in einigen Situationen, trotz des Eingriffs in das Privatleben und die Geheimhaltung, die diese Maßnahmen für die betroffenen Personen bedeuten, gerechtfertigt sein kann, namentliche Daten einzuholen, falls dies im Interesse der öffentlichen Gesundheit ist. Aus ethischer Sicht ist es deshalb gerechtfertigt, alle Kontakte, die eine als kontaminiert erachtete Person, kürzlich mit anderen hatte, zu identifizieren. Diese epidemiologische Vorgehensweise ist in Belgien in Bezug auf bestimmte Krankheiten, wie z.B. Tuberkulose, legal, ohne jedoch eine Polemik innerhalb der Bevölkerung hervorzurufen.

2. Solidarität

Die Wirksamkeit des Plans unterliegt jedoch weitgehend der optimalen Zusammenarbeit zwischen der Zivilbevölkerung und den Gruppen der Gesundheitsdienstleister.

2.a. Die Zusammenarbeit der Zivilbevölkerung

Auch wenn die Informationen korrekt übermittelt werden, muss der Durchschnittsbürger sie auch verstehen und als glaubwürdig erachten können. In Anbetracht der u.a. in den Internetforen veröffentlichten Kommentare bezüglich der Vogelgrippe, unterschätzen noch viele Leute die Gefahr dieser Krankheit. Müsste die Bevölkerung nicht eigentlich zunächst über den Virus informiert werden und wie sich ein Grippevirus gegebenenfalls mit einem Virus der Vogelgrippe oder einer sonstigen Tiergrippe kreuzen kann, oder was die Mutation des Virus bedeutet? Einige Menschen verstehen nicht, warum es zweckdienlich ist, die Vögel, die sich in oder in der Nähe von Vogelgrippeherden befinden, zu töten.

Sind sich alle der Bedeutung der Handhygiene bewusst? Inwieweit tragen kranke Personen tatsächlich eine Maske zu Hause, vermeiden Besuche und schützen ihre Angehörigen? Inwiefern sind sie sich bewusst, dass sie ihr Haus vorzugsweise nicht verlassen sollten, bevor sie nicht vollständig genesen sind, um andere nicht anzustecken, dass es zudem klug ist, das Haus bei Auftreten des geringsten Grippe-symptoms nicht zu verlassen, auch wenn dies eventuell dem Arbeitgeber nicht gefällt?

Der Notfallplan scheint vom dem Prinzip auszugehen, dass alle die Anweisungen befolgen, eben weil es Anweisungen sind! Diese Behauptung stimmt jedoch nicht unbedingt für Belgien, wo zahlreiche Bürger boshaft genug sind, „die Schwachstelle“ jeder Vorschrift zu finden. Wie Marc Guerrier und Emmanuel Hirsch betonen: „Eine gute Art, sich mit der Eventualität einer

¹⁴ Bericht „Public health: ethical issues“, u.a. die Abschnitte 4.39 und 4.43, siehe www.nuffieldbioethics.org

Grippeepidemie auseinanderzusetzen, ist, diese theoretisch zu antizipieren oder die Erfahrungen aus anderen wichtigen Umständen zu prüfen.

Trotzdem können allein die Spekulationen von Experten und die geplanten Maßnahmen keine Voraussetzung für die Mobilisierung und der Stärkung des sozialen Zusammenhalts um gemeinsame Werte schaffen¹⁵.“

Die Mitglieder des Beratungsausschusses für Bioethik halten es nicht für ausreichend, Informationskanäle zum Aufbau des optimalen und konstruktiven Verhaltens der Gesellschaft zu entwickeln. Der Ausschuss glaubt, dass die Bevölkerung zunächst auf eine Pandemie vorbereitet werden muss, auch wenn diese oder der Zeitpunkt des Auftretens nicht mit Sicherheit vorhersehbar sind. Die Bevölkerung sollte auf jeder administrativen Ebene (Kommune, Provinz, Region, Gemeinschaft oder landesweit) in die politischen Pläne einbezogen werden. Diese Frage sollte vor allem lokal über die Ausschüsse der Viertel und im Vereinsleben debattiert werden. Die Bürger müssen auf die Eventualität einer Pandemie sowie auf die Tatsache vorbereitet werden, dass sie eine konstruktive Rolle in deren Eindämmung spielen können. Konkret kann nicht nur erwartet werden, dass der Durchschnittsbürger guten Willen beweist, um die Ansteckungsgefahr zu mindern, sondern auch und vor allem, dass er den Eindruck hat, dank seines Einsatzes ausreichend einbezogen zu werden, um sich verantwortlich zu fühlen. Jeder sollte sich bewusst sein können, inwieweit er zu der Eindämmung einer eventuellen Katastrophe beitragen kann. Dabei sollte man immer daran denken, die am Rande der Gesellschaft lebenden Gruppen, wie Obdachlose oder illegale Einwanderer, die den Virus aus Unwissenheit verbreiten könnten, vorzubereiten.

Weiterhin sollte über die Notwendigkeit einer entsprechenden Kommunikation mit der Fremdsprachen sprechenden Bevölkerung sowie mit dem nicht gerade geringen Anteil der Bevölkerung, der keine Fernsehnachrichten sieht, nie Radio hört und selten eine Tageszeitung liest, nachgedacht werden. Die Resistenz gegenüber dem Vogelgrippevirus ist auch mit den allgemeinen Lebens- und Wohnbedingungen verbunden. Im Notfallplan wird dieser Aspekt kaum erwähnt. Was ist mit den Obdachlosen? Und die 14% der Belgier, die unterhalb der Armutsgrenze leben und zweifelsohne nicht die Möglichkeit haben, Nahrungsmittel oder Medikamente wie Fiebermittel über einen langen Zeitraum zu lagern?

Allerdings kann die Vorbereitung der Bevölkerung auf die Eventualität einer Pandemie eine Panikwelle hervorrufen. Wie bereits schon gesagt, weiß letztendlich keiner mit Sicherheit, ob eine Grippeepidemie ausbricht und, falls dies der Fall wäre, zu welchem Zeitpunkt. Im Wesentlichen sollen der Bevölkerung demnach die erforderlichen Informationen und Zuständigkeiten geliefert werden, so dass sie im Fall einer Pandemie richtig reagieren kann. Wenn diese Vorbereitung zu lange im Voraus, also vor der Phase 6 erfolgt, laufen wir Gefahr, die umgekehrte Wirkung zu erzielen, d.h. dass die Bevölkerung letztendlich die Eventualität einer Pandemie in Abrede stellt. Falls eine Person zu eindringlich vor einer Gefahr gewarnt wird, die nie auftritt, so wird sie diese Gefahr schließlich missachten.

¹⁵ Zeitschrift „PandEmiques“, Nr. 2-3, Nov. 2007, S. 2.

In der Phase 3 geht es hauptsächlich darum, die Bevölkerung über die viralen Leiden im Allgemeinen und über das einzunehmende vorbeugende Verhalten zur Verhinderung der Virusverbreitung zu informieren. Die letzten allgemeinen Kampagnen (während des Winters 2008-2009), ähnlich der vor kurzem über die Verbreitung des saisonalen Grippevirus durchgeführten, sind wichtig, um die Bevölkerung auf eine Pandemie vorzubereiten. Die Mitglieder des Ausschusses sind der Meinung, dass die aktiven Bürger bereits jetzt dazu bewegt werden sollen, zu Hause zu bleiben, falls sie sich schlecht fühlen oder Fieber haben, und genau das Gegenteil zu ihrer normalen Vorgehensweise zu tun: einige verneinen die Symptome und gehen trotzdem arbeiten: dadurch werden sie zu wahrhaften Überträgern der Virusverbreitung. Hinsichtlich der allgemeinen Vorbeugung gegen virale Epidemien ist es wünschenswert, sich nicht nur auf einfache „Informationskampagnen“ zu beschränken, sondern die breite Öffentlichkeit u.a. durch das Vereinsleben direkt einzubeziehen, um das gemeinschaftliche Nachdenken über diese Frage zu bewirken. Trotz aller bereits erfolgten Bemühungen, um zu erklären, dass virale und bakterielle Infektionen nicht auf die gleiche Art behandelt werden können, scheint es richtig, noch einmal auf diesen Punkt zurückzukommen. Allen muss klar sein, dass Antibiotika gegen virale Leiden nichts nützen, wogegen Fiebermittel den Patienten erleichtern und dass letzterer darauf achten muss, ausreichend zu trinken. Bei bakteriellen Komplikationen kann die Zuhilfenahme von Antibiotika sinnvoll sein.

Wie im Notfallplan vorgesehen, ist es eine sehr gute Idee, die präpandemische Impfung der gesamten Bevölkerung so schnell wie möglich zu verabreichen (ab der Phase 5). Dieser Impfstoff hilft dem Organismus, der zukünftigen Grippe besser zu widerstehen und mindert somit das Sterblichkeitsrisiko. Allerdings sollten wir darauf achten, dass der Großteil der Bevölkerung sich der Nützlichkeit bewusst ist, damit sie auf das Angebot reagiert. Ein zu diesem Thema von der Kommission angehörter Experte erklärte, dass die Vorladungen auf Basis der Wählerlisten erfolgen würden. Die Kinder würden in der Schule geimpft. Man kann sich Fragen bezüglich der Kommunikation in Bezug auf Personen stellen, die nicht die belgische Staatsbürgerschaft haben und Personen, die sich illegal im Land aufhalten, um auch sie zu einer Impfung zu bewegen. In der Tat gibt der Notfallplan vor, dass alle sich auf dem belgischen Staatsgebiet befindenden Personen über gleiche Rechte hinsichtlich der medizinischen Hilfe im Falle von Pandemie verfügen: diese Position ist nicht nur aus ethischer Sicht rechtmäßig, sondern auch aus praktischer, da somit die Gefahr der Ansteckung unter der Bevölkerung gemindert wird. Der gleiche, von der Kommission angehörte Experte, hat bestätigt, dass die Impfung von illegal im Lande befindlichen Personen vorgesehen sei.

Wenn die Impfung keine Empfehlung, sondern eine Pflicht wäre, müsste über Maßnahmen gegenüber den Personen nachgedacht werden, die sich weigern, diese zu akzeptieren, sowie über die verfügbaren Mittel zur Anwendung dieser Maßnahmen. Davon ausgehend, dass die präpandemische Impfung keine vollständige Prävention darstellen kann, fragen wir uns, ob sie aus ethischer Sicht dennoch vorgeschrieben werden kann (durch Anwendung des Prinzips der Solidaritätsforderung), umso mehr, da die möglichen unerwünschten Nebenwirkungen nicht bekannt sind.

Auch wenn der belgische Influenza-Plan besondere Maßnahmen für die Krankenhäuser vorsieht (siehe oben), so werden die in allen anderen geschlossenen oder offenen Gemeinschaften und Institutionen, in denen enges Zusammenleben herrscht und die Hygienebedingungen manchmal nur mittelmäßig sind, zu ergreifenden Vorsichtsmaßnahmen kaum erwähnt. Wir denken hier insbesondere an Strafanstalten, aber auch an Altenheime (AH) und Alten- und Pflegeheime (APH), sowie all die verschiedenen Aufnahme- und Rehabilitationsstätten. Es scheint uns wichtig, dass in jeder dieser Institutionen ein geeigneter paritätischer Pandemieplan besteht, um die Gefahren der Ansteckung unter Pensionären zu mindern und eine optimale Pflege zu gewährleisten, was zudem eine besondere Ausbildung des jeweiligen Personals erfordert. Es wird nicht ausgeschlossen, dass die Anzahl der Besucher für das Wohl der meisten unter ihnen eingeschränkt werden muss, ebenso wie es erforderlich scheint, spezielle Bereiche zur Unterbringungen von mit dem Virus infizierten Personen zu schaffen, um eine Verbreitung zu verhindern. Den Mitgliedern der Kommission scheint es vorrangig wichtig, über die Übernahme der eingewiesenen Patienten unter absoluter Achtung ihrer grundsätzlichen Rechte und des Prinzip der Gleichheit dieser Rechte mit denen aller anderen Bürger nachzudenken.

2.b. Die Kooperation der Gesundheitsgewerbe

Ebenso wie für die Zivilbevölkerung scheint der Notfallplan an dem guten Willen der Ärzte (Allgemeinmediziner) zu zweifeln, den Patienten im Rahmen einer Pandemie zur Verfügung zu stehen. Man erwartet von den Allgemeinmedizinern, dass sie sich anbieten und diese Verfügbarkeit organisieren.

Hinsichtlich der insgesamt Verfügbarkeit der Ärzte, der Pfleger und aller Person, die aufgrund ihres Berufs mit kontaminierten Patienten in Kontakt treten, hält die Kommission es wird wichtig, dass sie sich für die moralischen Bedenken, mit denen diese Personen konfrontiert sind, interessieren, indem sie sich auf die generellen ethischen Überlegungen stützen. Aus Gründen eben dieser Verfügbarkeit für die unter der Pandemie leidenden Patienten besteht für sie auf jeden Fall (ungeachtet der von ihnen ergriffenen Präventivmaßnahmen) eine höhere Ansteckungsgefahr als für normale Bürger. Ihre beruflichen Pflichten können somit mit ihren familiären in Konflikt geraten, und dies auf zweifache Art und Weise. Neben den schwerwiegenden affektiven Konsequenzen kann ihr eventueller Tod eine schreckliche indirekte materielle Auswirkung für ihre Kinder und/oder ihren Partner haben. Aufgrund der Ansteckungsgefahr, die sie darstellen, können sie auch das Leben ihres Partners und ihrer Kinder in Gefahr bringen.

Die Mitglieder des Ausschusses meinen, dass der Staat dieser Frage besondere Aufmerksamkeit entgegenbringen muss. Am Beispiel der Maßnahmen in anderen Ländern, insbesondere nach der SARS-Epidemie, müssen entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, um das Leben des medizinischen Personals finanziell zu sichern, so dass ihre Familien keine schweren materiellen Auswirkungen ihres positiven Einsatzes für die Gesellschaft, erleiden, falls sie von der Grippe sterben oder ihre Erwerbsfähigkeit verlieren sollten. Andererseits ist

darauf zu achten, dass das aktive medizinische Personal oder andere Personen, die im Rahmen ihrer Berufstätigkeit erhöhten Ansteckungsgefahren ausgesetzt sind, während der Pandemie nicht in direkten Kontakt mit ihren Partnern oder ihren Kindern kommen muss. So sind z.B. eine Unterkunft für das Pflegepersonal oder ihre Familien vorstellbar.

3. Die Verfügbarkeit der Mittel und des Personals

3.a. Die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten und der Betreuung

Die Mittel eines Landes sind nicht unbegrenzt und selbst in Situationen, in denen die Bevölkerung vom Tode bedroht ist, muss unbedingt darauf geachtet werden, dass die Überlebenden immer über die erforderlichen Mittel für eine ausreichende Lebensqualität verfügen. Dennoch muss eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt werden, um gegebenenfalls die „unverhältnismäßigen“ Ausgaben zu erkennen – hier denken wir z.B. an die relative Nutzlosigkeit des Baus von neuen Krankenhäusern für eine eventuelle Pandemie – und an geringere finanzielle Kosten zur Einführung von Maßnahmen gegen die Ausbreitung einer eventuellen Pandemie und/oder besseren Gesundheitsschutz für bestimmte Berufsgruppen, die für die Gesellschaft unerlässlich sind.

Die Erweiterung der Krankenhauskapazitäten scheint eine exzessive Maßnahme, da nicht ausreichend Pflegepersonal vorhanden ist. Oft fehlt es den Krankenhäusern bereits an Personal und diese Berufsgruppe wird von einer Pandemie sicherlich nicht verschont.

3.b. Die Verfügbarkeit von Beatmungsgeräten und deren Verwaltung

Der Kauf einer größeren Anzahl von Beatmungsgeräten scheint weniger unangemessen, auch wenn er eine bedeutende Investition darstellt. Beatmungsgeräte sind dauerhafte Investitionsgüter und können nach der Pandemie weiter verwendet werden. Auch außerhalb von Pandemien fehlt es manchmal an diesen Geräten. Die Bedienung von Beatmungsgeräten erfordert jedoch ausgebildetes Personal und da man normalerweise im Falle einer Pandemie mit einem Mangel an Pflegepersonal rechnet, ist diese Ausgabe vielleicht weniger sachdienlich.

3.c. Die Verfügbarkeit von Masken

Hinsichtlich der Masken ändert sich die Sachlage, auch wenn ihre Schutzwirkung nicht wirklich nachgewiesen ist. Die Masken können langfristig aufbewahrt werden und im Falle eines Überschusses, sind die für eine Pandemie gelagerten Masken nicht verloren. Auch die diesbezüglichen Kosten sind gering. Der Staat plant Bestände von chirurgischen Masken und Atemschutzmasken.

3.c.1. Chirurgische Masken

Wie zuvor erklärt, schützen chirurgische Masken nicht deren Träger vor der Ansteckung, sondern verhindern, dass kontaminierte Personen andere anstecken. Es handelt sich also um „uneigennützige Masken“. Alle kontaminierten Patienten sollten sie tragen, egal, ob sie zu Hause oder in einem Krankenhaus oder einer anderen Institution gepflegt werden.

Die Einrichtung von lokalen Anlaufstellen der "medizinischen Versorgung" scheint zur Entlastung der Notaufnahmen von Krankenhäusern und zur bestmöglichen Verhinderung der Ansteckung von nicht kontaminierten Patienten in den Wartesälen der Allgemeinmediziner gerechtfertigt. Im Rahmen einer solchen Struktur müssen die Grippe-symptome aufweisenden Personen dennoch das Haus verlassen und die Straßenbahn, den Bus oder die Metro nehmen, um zu ihrer lokalen Anlaufstelle zu gelangen. Demnach scheint es sinnvoller, die Arztbesuche möglichst auf den Hausbesuch zu beschränken. Anders ausgedrückt ist es erforderlich, auf eine möglichst große Anzahl von mobilen Allgemeinmedizinern zählen zu können und einen Notdienst an der lokalen Anlaufstelle zu organisieren. Man kann allerdings davon ausgehen, dass gewisse Allgemeinmediziner ungeachtet der Tatsache, ob sie unter der Krankheit leiden, nicht verfügbar sind. Personen, die sich an die Anlaufstelle begeben müssen und die somit bereits Grippe-symptome entwickelt haben, stellen eine offensichtliche Ansteckungsgefahr dar: sie sollten also über chirurgische Masken verfügen bevor die Diagnose gestellt wird. Es wäre demnach wünschenswert, allen sich auf dem belgischen Staatsgebiet aufhaltenden Personen diese Masken vorbeugend zur Verfügung zu stellen.

Im Rahmen des Kampfes gegen die Ausbreitung des Virus, besteht das Hauptproblem darin, dass die Ansteckungsgefahr bereits 24 Stunden vor Auftreten der Symptome vorhanden ist. Niemand kann deshalb mit Sicherheit sagen, dass er den Virus nicht bereits selbst verbreitet. Angesichts der in Asien während der SARS-Epidemie ergriffenen Maßnahmen scheint es sinnvoll, alle Personen, die ihr Haus verlassen sowie Personen in Unternehmen, Schulen, Verwaltungen und sonstigen ähnlichen Einrichtungen ab der Phase 6 zum Tragen von chirurgischen Masken zu verpflichten. Diese Maßnahme scheint in Flugzeugen und Zügen, die Menschen aus bereits von der Pandemie betroffenen Ländern befördern, ab der Phase 4 angemessen. Auch auf familiärer Ebene wird dazu geraten, schon bei Auftreten der ersten Symptome chirurgische Masken zu tragen, um eine Ansteckung der anderen Familienmitglieder weitestgehend zu verhindern.

Der Notfallplan weist einen Bestand von 32 Millionen chirurgischen Masken auf, was ca. 3 Masken pro Person entspricht. Da die Maske nach einmaligem Tragen entsorgt werden muss, ist die Anzahl unzureichend. Nach Schätzungen könnten 30% der Bevölkerung kontaminiert werden und die Krankheit entwickeln. In Belgien sollten 3 Millionen Personen über chirurgische Masken für einen Zeitraum von ca. 7 Tagen verfügen, um eine Ausbreitung des Virus zu verhindern. Die Anzahl der Masken muss unbedingt auf dieser Basis berechnet werden. Die Mitglieder der Kommission sind jedoch der Ansicht, dass die Bedeutung der Masken als allgemeine Vorbeugemaßnahme nicht unterschätzt werden darf. Deshalb unterstützen sie den Gedanken, die Bereitstellung von chirurgischen Masken für die gesamte Bevölkerung zu verallgemeinern.

3.c.2. Atemschutzmasken

Im Gegensatz zu chirurgischen Masken schützen die sogenannten Atemschutzmasken (des Typs FFP2) diejenigen, die sie zum Schutz gegen den Virus tragen. Ihre Wirksamkeit ist jedoch auf nur wenige Stunden begrenzt (höchstens 2 bis 4, je nach Informationsquelle).

Sie sollen die Beschäftigten des Gesundheitswesens sowohl im Bereich der ambulanten Pflege als auch in den Krankenhäusern gegen den Virus schützen. Wir haben bereits erklärt, dass die Verfügbarkeit der Allgemeinmediziner und die Eignung für diese Arbeit von großer Bedeutung sind. Aufgrund der häufigen Kontakte mit Kranken, halten wir es für wichtig, dass sie in Phase 6 oder sogar ab Phase 4 den besten Schutz gegen die Virenübertragung erhalten, falls sie von Personen gerufen werden, die Grippe-symptome aufweisen. Das Tragen einer Atemschutzmaske scheint demnach bei jedem Kontakt mit einer eventuell kontaminierten Person angezeigt, da der Virus in Form von Tröpfchen übertragen wird. Falls der Patient während der Untersuchung hustet oder niest, ist die Ansteckungsgefahr offenkundig.

In den Krankenhausabteilungen, in denen von der Grippe betroffene Patienten angenommen werden, besteht ein vergleichbares Risiko. Auch ohne spezielle Untersuchungen kann das Pflegepersonal in Verbindung mit einem mikrobiellen Spray durch die Tröpfchen kontaminiert werden, falls der Patient hustet oder niest. Da davon auszugehen ist, dass die Krankenhäuser überlastet sind, muss jede Ansteckungsgefahr vermieden werden, was sich indirekt auf eine Verminderung des operativen Personalbestands in allen betroffenen Berufskategorien beläuft.

Weiterhin wäre es wünschenswert, den Mitarbeitern des Sozialbereichs und der Pflege zu Hause, die sich um alleine lebende Kranke kümmern (Kauf von Medikamenten, Lieferung oder Zubereitung von Mahlzeiten,...) optimalen Schutz zu bieten. Falls verhindert werden soll, dass die Kranken die Apotheke aufsuchen, um sich z.B. Fiebermittel zu besorgen, oder den Bäcker, den Obst- und Gemüsestand oder den Metzger, so sollten sie über eine Haushaltshilfe verfügen. Dieses Fachpersonal ebenso wie Freiwillige bringt jedoch das eigene Leben sowie das ihrer Umgebung in Gefahr.

Der Notfallplan sieht die Einrichtung eines Bestands von 6 Millionen Atemschutzmasken vor. Wenn wir davon ausgehen, dass kein Pflegedienst nachts arbeitet, was natürlich absurd ist, so verfügen 100.000 Pflegedienste über ausreichend Atemschutzmasken für 10 Tage. Die Pandemie kann jedoch mehrere Monate anhalten – laut einigen Quellen bis zu zwei Jahre – und, wie bereits erläutert, sind die Pflegedienste nicht die einzige Berufsgruppe, die besonders geschützt werden sollte. Auch sollte der Schutz des Reinigungs- und Verwaltungspersonal der Krankenhäuser und der lokalen Anlaufstellen nicht vergessen werden. Entsprechend ist der Vorrat an Atemschutzmasken nicht ausreichend. Die Mitglieder der Kommission halten es für erforderlich, die Bestände der Atemschutzmasken wesentlich zu erhöhen, insbesondere, da diese nicht verschwendet wären, da die gelagerten Masken einerseits lange haltbar sind und

die Kosten andererseits nicht übermäßig sind und die Kosten andererseits nicht übermäßig sind.

3.d. Die Verfügbarkeit der antiviralen Medikamente

Der Notfallsplan sieht für die Behandlung von pandemischen Grippesymptomen nur die Verwendung von antiviralen Medikamenten und nicht die prophylaktische Verwendung vor. Wissenschaftler und Spezialisten der öffentlichen Gesundheit sind bezüglich der Nützlichkeit der antiviralen Prophylaxe nicht der gleichen Ansicht. Laut verschiedener Quellen kann die antivirale Prophylaxe eine Minderung der Morbidität um 30 bis 70% bewirken.

Der Nederlandse Gezondheidsraad unterstützt die Prophylaxe nicht (Veröffentlichung 2005/05, S. 13). Erst wenn Symptome auftreten sind antivirale Medikamente für Patienten nützlich, da sie bereits Antikörper entwickelt haben können und bei einem späteren Befall resistenter wären. Im Rahmen einer antiviralen Prophylaxe kann sich kein Antikörper entwickeln und die Personen werden nie gegen den Virus immunisiert. Falls ein Haushalt mit kontaminierten Personen identifiziert wird, empfiehlt der Nederlandse Gezondheidsraad (S.12), antivirale Medikamente als Postexpositionsprophylaxe zu verabreichen: „Ziel ist es, die Pandemie zu verlangsamen oder im Keim zu ersticken“ (unsere Übersetzung).

Der finnländische beratende Ausschuss für Bioethik unterstützt eine kurze Prophylaxe für Personen, die mit einer kontaminierten oder mit Kranken in Kontakt stehenden Person zusammenleben.

Ein von der Kommission angehörter Experte ist der Meinung, dass nicht nur die für die Mitarbeiter des Gesundheitswesens erforderlichen Atemschutzmasken vorgesehen werden sollen – eine vom beratenden Ausschuss ebenso unterstützte Ansicht – sondern dass letztere auch ständig über eine prophylaktische Antivirendosis verfügen sollten, um gegen den Krankenstand in ihren Reihen vorzugehen und sie wirksam gegen die Risiken zu schützen. Dieser Punkt ist widersprüchlich, da die tatsächliche Schutzwirkung einer solchen Prophylaxe nicht wirklich nachgewiesen ist und die Mitarbeiter des Gesundheitswesens so schnell wie möglich Antikörper gegen das Virus entwickeln sollten. Die Mitglieder der Kommission sind allerdings der Meinung, dass die Mitarbeiter selbst entscheiden sollten, ob sie Medikamente zur Vorbeugung einnehmen möchten.

Die eventuelle Nützlichkeit der allgemeinen Prophylaxe muss unter Berücksichtigung des Zeitpunkts, zu dem ein Land in Phase 4 eintritt und der zum Erhalt einer ausreichenden Menge an pandemischem Impfstoff erforderlichen Frist geprüft werden. Falls das Virus sich bereits seit gewisser Zeit weit von Europa entfernt entwickelt hat und falls man über mehrere Monate zur Herstellung eines Impfstoffs verfügt, der es erlaubt, den größten Teil der Bevölkerung zu versorgen, gilt das Argument bezüglich der Bildung von Antikörpern nicht mehr und die Verabreichung von prophylaktischen Antivirenmitteln bis zur Impfung scheint angezeigt. Falls

jedoch ein großer Mangel an pandemischen Impfstoffen vorliegt, ist es wichtig, dass so viele Menschen wie möglich natürliche Abwehrstoffe gegen das Virus entwickeln können.

Der Notfallplan sieht einen ausreichenden Bestand an antiviralen Medikamenten für die einmalige Behandlung von 30% der Bevölkerung vor. Diesbezüglich sollte auch vermerkt werden, dass die Wirksamkeit der gelagerten Antivirenmittel im Laufe der Zeit auch bei besten Lagerbedingungen nachlässt. Laut einigen Quellen entspricht die Haltbarkeitsdauer einem Jahr, laut anderen bewahrt das Medikament seine Wirksamkeit länger. Letztendlich ist auch der genaue therapeutische Wert der verfügbaren Antivirenmittel nicht bekannt. Auch wenn es unmöglich ist, den prophylaktischen Wert und die therapeutische Wirksamkeit der antiviralen Medikamente mit Sicherheit einzuschätzen, halten die Mitglieder des beratenden Ausschusses es aus ethischer Sicht für unverantwortlich, bestimmte kontaminierte Personen aufgrund eines Medikamentemangels nicht behandeln zu können und es sei nicht weniger gerechtfertigt, den Mitarbeiter des Gesundheitswesens die Möglichkeit vorzuenthalten, Tamiflu® oder Oseltamivir zu prophylaktischen Zwecken zu nehmen, falls sie dies wünschen.

Der Kauf von antiviralen Medikamenten ist allerdings sehr teuer, und dies umso mehr, da der Bestand aufgrund der Gefahr eines Rückfalls ständig erneuert werden muss. Offiziell wird Tamiflu® ausschließlich von Roche und Relenza® nur von GSK hergestellt. Diese antiviralen Medikamente werden von diesen Firmen in der ganzen Welt verkauft. Roche und GSK können die Bestellungen kaum nachkommen. Da diese Firmen für diese beiden Produkte über ein geschütztes Patent verfügen, kann ihnen kein anderes Unternehmen Konkurrenz machen.

Ein vom engeren Ausschuss angehörter Experte hat jedoch erklärt, dass seit Jahren Gespräche bezüglich der Dreifachtherapie für mit dem AIDS-Virus kontaminierte Personen geführt werden. Die finanzielle Unzugänglichkeit der Behandlung für Entwicklungsländer hat die WTO (Welthandelsorganisation) dazu bewegt, das TRIPS-Übereinkommen (Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte am geistigen Eigentum) so auszulegen, dass die Rechte der Mitglieder der WTO zum Schutze der öffentlichen Gesundheit und insbesondere zur Förderung der Zugänglichkeit aller Medikamente unterstützt werden (Erklärung von Doha vom 14. November 2001).

In der Praxis bedeutet dies, dass einem Land, welches nicht über ausreichend Mittel zum Kauf von patentierten Medikamenten verfügt, eine obligatorische Lizenz für den Import der Generika erteilt werden kann. Allerdings sind im TRIPS-Übereinkommen Einschränkungen für die Herstellung und den Export von Basisprodukten festgelegt, die ebenso in den potentiellen Exportländern durch ein Patent geschützt sind. Am 30. August 2003 hat der Rat der WTO einen Beschluss bekanntgegeben, der es den Ländern, deren Herstellungskapazitäten im pharmazeutischen Bereich unzureichend oder nicht vorhanden sind, erlaubt, die obligatorischen Lizenzen zum Import von Generika der patentierten Medikamente zu importieren. Im Prinzip kann nur der Inhaber eines Patents einem Dritten erlauben, seine Erfindung zu verwenden. Er gewährt diesem Dritten eine Lizenz. Unter der obligatorischen

Lizenz versteht man, dass ein Staat einer Drittperson erlaubt, die Erfindung ohne Erlaubnis des Patentinhabers zu verwenden.

Einige „reiche“ Länder, darunter Belgien, haben erklärt, diese Möglichkeit nicht nutzen zu wollen. Gemäß einem von der Kommission angehörten Experten kann diese Erklärung als eine fromme Absicht erachtet werden und nichts kann Belgien im Notfall daran hindern, dieses System der obligatorischen Lizenzen dennoch in Anspruch zu nehmen und z.B. Oseltamivir (Generika) aus Indien zu einem bedeutend geringeren Preis zu importieren.

Die Mitglieder der Kommission sind der Meinung, dass der Staat im Falle eines Mangels an antiviralen Medikamenten während einer Pandemie auf das System der obligatorischen Lizenzen zurückgreifen sollte, falls er nicht über die finanziellen Mittel zum Kauf der erforderlichen patentierten Mittel verfügt oder die Pharmaunternehmen nicht in der Lage sind, die Nachfrage ausreichend schnell zu bedienen.

Der Nuffield Council¹⁶ bestätigt, dass ein Eingreifen des Staates in diese Art von Prozess gerechtfertigt ist, falls die Industrie den Bedürfnissen der Bevölkerung nicht nachkommen kann und die Gesundheit aller gefährdet ist.

4. Die Wahl der Mittelverwendung

4.a. Priorisierung und Depriorisierung, Prinzip

Mit "Priorisierung" ist hier gemeint, dass im Falle eines Mangels an Mitteln bestimmte Personen oder Personengruppen „prioritär“ behandelt werden. Ein solches Szenario stellt sich möglicherweise bei der Verabreichung des pandemischen Impfstoffs, der zweifelsohne nicht in ausreichenden Mengen für die Impfung der gesamten Bevölkerung hergestellt wird. Eine Priorisierung kann ebenso angebracht sein, falls mehrere Personen gleichzeitig ein Beatmungsgerät benötigen, jedoch nur ein Gerät verfügbar ist.

Mit „Depriorisierung“ ist gemeint, dass gewisse Personen geringere Priorität als andere erhalten. Dies kann auch bedeuten, dass Personen, die bereits eine Behandlung erhalten, in bestimmten Situationen zugunsten anderer auf diese verzichten müssen. Falls im Rahmen bestimmter stationärer Behandlungen nicht ausreichend Beatmungsgeräte vorhanden sind, kann beschlossen werden, einem neuen Patienten ein bereits von einem Patienten genutztes Gerät zur Verfügung zu stellen, falls dieser es dringender benötigt. Auch wenn die am Beatmungsgerät angeschlossene Person prioritär ist, sprechen wir von der „Depriorisierung“ des anderen Patienten.

Im Prinzip haben alle Menschen die gleichen Rechte und, wie der beratende finnländische Ausschuss für Gesundheitsethik betont "gibt es keine "richtigen" Antworten auf Fragen der Priorisierung im Falle einer Pandemie“. Aus ethischer Sicht gibt es zudem auch keine

¹⁶ Bericht "Public health: ethical issues", Absätze 2.47-2.50, 5.26, 5.16-5.25, 6.18-6.31 und 8.24, siehe www.nuffieldbioethics.org

„richtigen“ Antworten auf Fragen der Depriorisierung. Allerdings müssen die ethischen Grundsätze auch angewandt werden können und unter bestimmten Umständen ist die höhere Gewalt maßgebend. Unter dem utilitaristischen Gesichtspunkt wäre es für den größten Teil der Bevölkerung wichtig, dass bestimmte Mitarbeiter des Gesundheitswesens im Falle einer Pandemie ihre Arbeit fortsetzen, so dass ihre Priorisierung rechtmäßig erscheint.

Auch im Bereich der öffentlichen Gesundheit werden die Kriterien der Priorität angewandt. Einige Patientengruppen können bestimmte Medikamente kostenlos erhalten oder genießen eine höhere Erstattung. Ziel ist es im Allgemeinen, den am meisten gefährdeten Patienten den größten Schutz zu bieten. Artikel 12.1 des internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte¹⁷ („das Recht auf höchstmögliche körperliche und geistige Gesundheit“) verfügt, dass alle Pflege-, Güter und Dienstleistungseinrichtungen für jeden und insbesondere für die hilflosesten Bevölkerungsgruppen sowie Randgruppen zugänglich sein müssen.

Falls die Mittel fehlen und alles Erforderliche getan wurde, um diesen Mangel zu beheben, muss eine Depriorisierung bestimmte Personen zugunsten anderer erfolgen.

Die Spezialisten in Katastrophenmedizin haben gelernt, nach dem Auswahlverfahren zu entscheiden, das von den Schlachtfeldern und der Kriegsmedizin stammt. Im Falle einer Katastrophe (Naturkatastrophe, Flugzeugunfall, schwerer Zugunfall), entscheiden sie je nach Fall, wer aufgrund seiner Lebenserwartung gerettet werden kann. Je nach Art der Katastrophe, der Art der Verletzungen, der Anzahl der Opfer und der Art der entstandenen Verwüstung sowie der vorhandenen medizinischen Infrastruktur und deren Verfügbarkeit werden einige Patienten zugunsten anderer depriorisiert.

In der normalen medizinischen Praxis erfolgt normalerweise keine Depriorisierung, selbst wenn die Fachärzte der Intensivstation manchmal vor einem Dilemma stehen, wenn alle Betten in der Umgebung besetzt sind. Meistens erhalten die jüngsten Patienten die Priorität, falls ihre Überlebenschancen tatsächlich gut sind.

Falls eine Pandemie ausbricht, sind die verfügbaren Mittel nicht unerschöpflich. Auch wenn man von dem Prinzip ausgeht, dass der Staat viel mehr Beatmungsmasken lagert und antivirale Dosen für die gesamte Bevölkerung oder antivirale Mittel zu prophylaktischen Zwecken vorsieht, falls dies sinnvoll wäre, ist es möglich, dass die Anzahl der Krankenhausbetten unzureichend für den Bedarf ist. Die Anzahl der verfügbaren Beatmungsgeräte schränkt die Zugänglichkeit der medizinischen Einrichtungen ein. Entsprechend der Morbidität und der Verbreitungsgeschwindigkeit des Virus und der entsprechenden Anzahl der Kranken muss eventuell eine Depriorisierung bestimmter Personen zugunsten anderer erfolgen, die eine höhere Überlebenschance haben.

¹⁷ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 19 décembre 1966, fait à New York et approuvé par la loi du 15 mai 1981 (MB du 6/7/1983) et « Observation générale 14 », 22^e séance, Genève, 25.4.2000.

Es ist sinnvoll, im Falle einer Pandemie ernsthaft über die Konzepte der Priorisierung und Depriorisierung nachzudenken, falls wir auf dem Höhepunkt der Krise falsche Entscheidungen vermeiden möchten. Wie die Ministerin schreibt, scheint es in der Tat wünschenswert, einen Rahmen festzulegen, innerhalb dessen die Mitarbeiter des Gesundheitswesens die Fragen in bestimmten Fällen von höherer Gewalt beantworten können. Ein solches Szenario sollte vorzugsweise in aktiver Zusammenarbeit mit der Bevölkerung ausgearbeitet werden. Fachübergreifende medizinische Teams sollten Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung bereit stellen.

4.b. Priorisierung

4.b.1 Priorisierung bestimmter Berufsgruppen

In Phase 6 scheint es unbedingt erforderlich, die medizinischen Mitarbeiter und Freiwillige, die sich um die Kranken kümmern, zu schützen. Sie sind für die Behandlung der Kranken verantwortlich und die Arbeitsunfähigkeit in ihren Reihen aufgrund der Krankheit kann das Leben der anderen in Gefahr bringen.

Einige andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind außerdem in engem Kontakt mit den potentiellen Virenträgern. Hier denken wir vor allem an Zahnmediziner. Das Tragen von Masken wird für diese Berufsgruppe empfohlen, wobei nochmals darauf hingewiesen wird, dass diese Masken nur wenige Stunden optimalen Schutz bieten.

Auch Apotheker sind in engem Kontakt mit zahlreichen potentiellen Virenträgern. Es wäre wünschenswert, dass Apotheker für die Bevölkerung offen bleiben, aber auch für Grippepatienten, die weiterhin Fieber- und eventuell Schmerzmittel sowie im Falle von Komorbidität mit einer bakteriellen Infektion Antibiotika oder sonstige Medikamente besorgen müssen.

Zudem sollte an andere grundsätzliche Bedürfnisse der Gesellschaft gedacht werden. Wenn wir die Lähmung der gesamten Gesellschaft verhindern möchten, sollten die Eltern nicht unbedingt verpflichtet werden, mit ihren Kindern zu Hause zu bleiben. Es scheint demnach wichtig, das Lehrpersonal zu schützen, die gezwungenermaßen ständig mit den kindlichen Virenverbreitern in Kontakt sind. Die gleiche Regel gilt für Pflegedienst im Sozialbereich. Die in den Altersheimen arbeitenden Personen müssen gegen den Virus geschützt werden, wenn wir verhindern möchten, dass diese Heime aufgrund eines Personalmangels mit allen daraus entstehenden sozialen Auswirkungen geschlossen werden.

Auch im Handelssektor sollten wir daran interessiert sein, dass ausreichend Personal für die Geschäfte und insbesondere die Lebensmittelgeschäfte erhalten bleibt. Allerdings stehen auch die Händler in engem Kontakt mit vielen Menschen und man kann nicht davon ausgehen, dass jeder die optimalen Vorsichtsmaßnahmen ergreift, um seine Mitmenschen nicht anzustecken.

Aufgrund der zahlreichen beförderten Reisenden können auch die Bus- und Straßenbahnfahrer angesteckt werden und wir sollten darauf achten, dass die öffentlichen Verkehrsmittel weiterhin fahren können.

Ein angemessener Schutz für diese verschiedenen Berufsgruppen ist also wünschenswert, u.a. durch die Bereitstellung der erforderlichen Atemschutzmasken und, gegebenenfalls einer antiviralen Prophylaxe, selbst wenn wir anerkennen, dass die Würde einer Person nicht an seiner sozialen Nützlichkeit gemessen werden kann.

Die Berufsgruppen anderer Bereiche sind keiner größeren Ansteckungsgefahr ausgesetzt, aber ihre Anwesenheit in der „Fläche“ ist dennoch ebenso wichtig für das Funktionieren der Gesellschaft. Wir denken u.a. an die Feuerwehr, die Polizei, die Personen, die in den Energieunternehmen beschäftigt sind, an alle Berufsgruppen, die Schlüsselpositionen besetzen.

4.b.2. Priorisierung für die Impfung mithilfe von Pandemie-Impfstoffen

Wenn wir das Glück haben, während der präpandemischen Periode in Belgien über den pandemischen Impfstoff zu verfügen, kann nicht mit Sicherheit behauptet werden, dass ausreichend Dosen zur Impfung der gesamten Bevölkerung vorhanden sind. Falls der pandemische Impfstoff nur während der pandemischen Phase vorhanden ist, ist die Möglichkeit der Impfung aller Bürger mehr als unwahrscheinlich.

Erneut muss dann entschieden werden, wem der Impfstoff prioritär verabreicht werden soll. Die WHO¹⁸ hat sich diese Frage bereits gestellt und schlägt vor, die Mitarbeiter des Gesundheitswesens und die Mitarbeiter anderer grundsätzlicher (sozialer) Anbieter in der Fläche, Personen, bei denen erwiesen ist, dass sie ein erhöhtes Risiko bezüglich der Verbreitung des Virus darstellen sowie Menschen mit einer schlechten Gesundheit und für die eine Infektion tödlich enden würde, vorrangig zu schützen.

Die Entscheidung, wer vorrangig geimpft werden soll, ist schwierig. In der Tat haben wir keine Vorstellung von den Sterblichkeitsrisiken einiger Personengruppen. Ist das Virus für ältere Personen gefährlicher als für junge? Sind Personen, die unter Lungen- und/oder Herzkreislaufproblemen leiden, schlimmer betroffen als andere? Es scheint sinnvoll, auf weitere epidemiologische Daten zu warten, um über definitive Priorisierungsmodelle zu entscheiden.

Zurzeit können wir nur Allgemeines zu diesem Thema sagen und wiederholen, dass es keine „richtige“ Antwort auf diese Frage gibt. Allerdings steht fest, dass Personen, die über natürliche Widerstandskraft verfügen nicht priorisiert werden. Falls deutlich wird, dass bestimmte

¹⁸ “Ethical considerations in developing a public health response to pandemic influenza”, siehe: www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_GIP_2007.2

Bevölkerungsgruppen eher infektionsgefährdet mit tödlichem Ende sind, werden sie priorisiert, falls es sich um Personen handelt, die über eine gewisse Lebensqualität verfügen. Im Projekt Ethik und Pandemie in Minnesota (siehe unten) wird empfohlen, die Lebensqualität nicht zu berücksichtigen, im Wesentlichen, weil die Bewertung dieses Kriteriums durch den medizinischen Dienstleister auch subjektiv sein kann. Es scheint jedoch sinnvoll, dem medizinischen Dienstleister die Möglichkeit der Berücksichtigung in gewisser Weise und zusammen mit anderen Kriterien anzubieten. Somit scheint die Priorisierung von Patienten der Palliativpflege wenig sinnvoll, ebenso wie die von dementen Personen, insbesondere dann, wenn die Demenz von psychischen Leiden begleitet wird, wie dies oft der Fall ist. Gleichfalls scheint es wenig nützlich, die unter einer Immundepression leidenden Person zu priorisieren, da die Impfung in diesem Fall keine bessere Resistenz garantiert.

Bei der Festlegung von Priorisierungskriterien sollten mindestens zwei ethische, manchmal antagonistische Gesichtspunkte berücksichtigt werden: der utilitaristische und der egalitaristische. Auch wenn jede Person aus ethischer Sicht gleiche Rechte auf Schutz hat, ist es, wie bereits erklärt, ebenso wichtig, darauf zu achten, dass die Gesellschaft fortbesteht. Wir sprechen hier nicht von dem Erhalt der wirtschaftlichen Rentabilität, die im Falle einer Pandemie keine Priorität hat. Wir meinen, dass in diesem Fall die tatsächlichen sozialen Funktionen jedes einzelnen berücksichtigt werden müssen, damit die medizinischen Dienstleister und die an der Herstellung des Impfstoffs und dessen Transport beteiligten Personen weiterhin arbeiten können, allerdings müssen auch weitere Grundbedürfnisse erfüllt werden. Die einfache Priorisierung der Kinder aufgrund des „fair innings“-Arguments ist nur dann gerechtfertigt, wenn genug Erwachsene ebenso überleben, um die Mühlen der Gesellschaft auf sozialer, kultureller, wissenschaftlicher, medizinischer Ebene, sowie im Handel, Erziehungswesen, usw. zu betreiben. Nachfolgend (4d) stellen wir das Projekt Minnesota vor, das unseren ethischen Überlegungen laut den Mitgliedern des beratenden Ausschusses am meisten entspricht.

4.c. Depriorisierung

Das Problem der Depriorisierung stellt sich für einige stationär behandelte Patienten. Die Depriorisierung bestimmter Patienten zugunsten anderer kann sich bei der Annahme oder der Bereitstellung eines Beatmungsgeräts als notwendig erweisen. Diese Depriorisierung sollte sich idealerweise auf bestimmte Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung, die Anhaltspunkte darstellen, sowie auf Kriterien der Überlegung des Pflegepersonals zum Zeitpunkt von schwierigen Entscheidungen unter Kollegen beziehen. Tatsächlich ist es wichtig, dass die Entscheidung, einem Patienten ein Beatmungsgerät zugunsten eines anderen zu entziehen, von allen Kollegen getroffen wird, auch wenn sie letztendlich der Verantwortung des Chefarztes der Abteilung unterliegt.

Die Mitglieder sind der Meinung, dass über die ethischen Auswirkungen der Depriorisierung in der Pflege der zweiten und dritten Linie nachgedacht werden sollte. Allerdings sind diesbezüglich verschiedene Vorgehensweisen möglich. Das „fair innings-Argument“ bevorzugt

junge Kranke und geht von dem Prinzip aus, dass sie mehr Anrecht auf weitere Lebensjahre haben als die, die bereits eine gewisse Zeit leben.

Der schweizerische beratende Ausschuss der Bioethik plädiert zumindest in einer ersten Phase zugunsten der Strategie „wer zuerst kommt, mahlt zuerst“. Falls es nicht möglich ist, während der zweiten Phase alle zu übernehmen, erhalten die Personen, denen es am schlechtesten geht, den Vorrang. Falls es dann in einer dritten Phase unmöglich ist, allen schwer leidenden Patienten zu helfen, muss denen Priorität geschenkt werden, die dank der Behandlung die besten Überlebenschancen haben. Diese Vorgehensweise entspricht grosso modo der normalen Vorgehensweise auf der Intensivstation und der Sicht des beratenden Ausschusses.

Bezüglich der Anwendung von antiviralen Medikamenten zur Behandlung von symptomatischen Patienten sind keine Maßnahmen der Depriorisierung (oder der Priorisierung) angezeigt.

Im Falle eines Mangels an antiviralen Medikamenten werden einige Kranke eventuell "vernachlässigt", falls andere Person vor ihnen mit der pandemischen Krankheit angesteckt wurden. Der Ausschuss unterstützt den Gedanken, dass alle Patienten, die dazu in der Lage sind (48 Stunden nach Auftreten der Symptome) behandelt werden können. Dazu muss darauf geachtet werden, dass immer antivirale Medikamente in ausreichenden Mengen zur Verfügung stehen und dass der Bestand je nach Bedarf ergänzt wird (siehe oben).

4.d. Das Projekt „Ethik und Pandemie in Minnesota“

Die Mitglieder des beratenden Ausschusses können sich dem „Minnesota Pandemic Ethics Project“¹⁹ anschließen, das vom „Minnesota Center for Health Care Ethics“ und der "University of Minnesota Center for Bioethics" in Zusammenarbeit mit den interessierten Bürgern und den Vertretern der Verbände ausgearbeitet wurde.

Der im Ethischen Projekt für Pandemien in Minnesota vorgeschlagene ethische Rahmen entspricht drei Zielvorstellungen: der Schutz der öffentlichen Gesundheit, d.h. die Begrenzung der Sterblichkeit und der schweren Morbidität; der Erhalt der öffentlichen Sicherheit und der öffentlichen Ordnung; die gleiche Behandlung von Bevölkerungen gemeinsam mit der Anerkennung und der moralischen Gleichwertigkeit aller Menschen. Die Maßnahmen sollte die Desorganisation der medizinischen Grundversorgung, der öffentlichen Gesundheit, der öffentlichen Sicherheit und der lebensnotwendigen Infrastrukturen begrenzen. Mit den Maßnahmen sollten die wesentlichen Unterschiede der Sterblichkeit und schwerer Morbidität zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen mindern und, insofern möglich, jedem die verfügbaren Ressourcen auf akzeptable Art und Weise zugänglich machen. Aber sie sollten

¹⁹ D.E. Vawter et al, "For the good of us all : ethically rationing health resources in Minnesota in a severe influenza pandemic", Preliminary Report for the Minnesota Pandemic Ethics Project, January 30, 2009, Minnesota Center for Health Care Ethics & University of Minnesota Center for bioethics + companion report: D.A. DeBruin, "Implementing ethical frameworks for rationing scarce health resources in Minnesota during severe influenza pandemic", January 30, 2009 (einsehbar unter www.ahc.umn.edu/mnpanflu).

auch die Risiken, die die Helfer bei der Ausführung ihrer Arbeit zu Diensten der Mitmenschen auf sich nehmen, kompensieren.

Solange keine ausreichende Menge an Impfstoffen für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung steht, werden die Personen, die die Krankheit überwunden und Antikörper entwickelt haben, nicht geimpft. Personen, die allergisch auf den Impfstoff reagieren – z.B. auf Eier, falls der Impfstoff mit Eiern als Grundstoff entwickelt wurde – werden nicht geimpft. Immundepressive Menschen werden nicht berücksichtigt, ebenso wenig wie Patienten, von denen angenommen werden muss, dass sie kurzfristig von einer anderen Krankheit sterben werden oder für die andere zufriedenstellende Schutzmethoden existieren.

Die Prioritätskriterien bestehen aus der Kombinationen der folgenden Merkmale: erhöhtes Risiko einer schweren Erkrankung oder des Todes aufgrund einer Grippe; akzeptable immunbiologische Reaktion; Schlüsselrolle erfüllt in der Unterstützung der medizinischen Grundversorgung, der öffentlichen Gesundheit, der öffentlichen Sicherheit oder anderer wesentlicher Funktionen ("wichtige Mitarbeiter"); berufsbedingte Infektionsgefahr; Risiko, die Grippe an Gruppen mit einem erhöhten Sterblichkeits- oder Morbiditätsrisiko durch die Grippe weiterzugeben; eventuell das Alter.

Hinsichtlich der Verteilung der mageren Vorräte der pandemischen Impfstoffe bietet das Projekt Ethik und Pandemie in Minnesota eine Vorgehensweise, das auf zwei Optionen beruht. Die erste gibt Empfehlungen bezüglich der Verteilung des Impfstoffs unter den „wichtigen Mitarbeitern“, die zweite schlägt das Verfahren innerhalb der Gesamtbevölkerung vor. Die Aufteilung der Impfstoffe zwischen diesen beiden „Optionen“ muss durch die epidemiologischen Faktoren während des Verlaufs der Pandemie festgelegt werden. In Minnesota wird die Gruppe der „wichtigen Mitarbeiter“ auf ca. 5% der Bevölkerung geschätzt.

Falls nur eine sehr geringe Anzahl an Impfstoffdosen verfügbar ist, werden nur die „wichtigen Mitarbeiter“ geimpft, die ein unverhältnismäßig hohes Risiko aufweisen (z.B. die Mitglieder des Personals einer Intensivstation, auf der Grippekranke behandelt werden). In dieser Phase wird Personen aus der allgemeinen Bevölkerung keine Impfung verabreicht.

Falls eine größere Anzahl an Impfstoffdosen vorhanden ist, werden diese unter den „wichtigen Mitarbeitern“ mit hohem Expositionsrisiko aufgeteilt (z.B. die Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die in direktem Kontakt mit Patienten sind, die selbst eine hohes Sterblichkeits- und Morbiditätsrisiko aufweisen). In der allgemeinen Bevölkerung wird der Impfstoff an Personen mit einem hohen Risiko für schwere Erkrankung und Tod verteilt, von denen eine gute immunbiologische Reaktion auf den Impfstoff zu erwarten ist.

Bei gesteigerter Verfügbarkeit der Dosen werden die unersetzlichen „wichtigen Mitarbeiter“ unabhängig von ihrer persönlichen Todes- oder Komplikationsgefahr geimpft. Auch andere „wichtige Mitarbeiter“, die Personen mit erhöhtem Komplikationsrisiko behandeln, werden geimpft.

Der Impfstoff wird an Person aus der Bevölkerung verabreicht, die in großer Todesgefahr oder dem Risiko schwerer Komplikationen schweben.

Bei noch größerer Verfügbarkeit der Dosen wird die Gesamtmenge der Impfstoffe an die Bevölkerung verteilt. Durch dieses Vorgehen erlangen zwei Gruppen die Priorität: Personen mit hoher Gefahr von Komplikationen aufgrund der Grippe, die eine *akzeptable* immunbiologische Reaktion aufweisen (im Gegensatz zu einer „guten“) und eventuell (falls das Alter als akzeptables Kriterium zulässig ist), die Gruppen der Kinder mit gemäßigtem Risiko.

Schließlich wird vor einer verallgemeinerten Impfung den Erwachsenen Priorität verliehen, die ein gemäßigtes Komplikationsrisiko in Verbindung mit der Grippe und eine *akzeptable* immunbiologische Reaktion aufweisen. Falls das Alterskriterium zur Bestimmung der Prioritätshierarchie keine Rolle spielt, gehören alle Personen (ungeachtet ihres Alters), die zugleich ein gemäßigtes Komplikationsrisiko in Verbindung mit der Grippe sowie eine als akzeptabel vorausgesetzte immunbiologische Reaktion auf den Impfstoff aufweisen, zu dieser Gruppe.

Die Urheber des Minnesota-Projekts meinen, dass die beste Art, geringe Ressourcen gleichmäßig aufzuteilen aus der Kombination besteht, die Bevölkerung entsprechend einer gewissen Hierarchie zu segmentieren und dann ein Aufteilungsverfahren durch Auslosung (Lotterie) innerhalb jeder Segmentierung durchzuführen. Die Hierarchie wird auf Basis von medizinischen und nicht-medizinischen Kriterien festgelegt.

Die medizinischen Kriterien sind die Faktoren, die das Risiko schwerer Grippekomplikationen beeinflussen, vorausgesetzt, dass davon ausgegangen werden kann, dass eine beliebige Person gut auf die verwendeten Mittel reagiert.

Zu den nicht-medizinischen Kriterien gehören die "Gegenseitigkeit", eine in der Gesellschaft erfüllte Aufgabe einerseits und das Alter andererseits.

Mit „Gegenseitigkeit“ ist gemeint, dass bestimmte Gruppen, die aufgrund ihrer (beruflichen oder freiwilligen) Tätigkeiten große Infektionsrisiken akzeptieren, in gewissem Maße einen Vorteil durch den Erhalt seltener Ressourcen zum Schutz oder zur Genesung genießen.

Der Gedanke, auch den Personen Priorität einzuräumen, die eine unersetzliche Rolle in der Erfüllung von Aufgaben spielen, die lebenswichtig für die Gesellschaft sind, ist insofern vertretbar, dass das Leben vieler anderer Personen von der Kapazität dieser "wichtigen Mitarbeiter" abhängen kann, ihre Funktionen weiterhin auszuüben.

Nach der Festlegung der prioritär zu behandelnden Schlüsselgruppen und Segmenten der allgemeinen Bevölkerung aus medizinischen Gründen, ist es, falls nicht ausreichend Impfstoff für alle vorhanden ist, innerhalb dieser beiden Gruppen möglich, die Auswahl durch neue Kriterien zu verfeinern, wie z.B. die Altersgruppen. Es kann beschlossen werden, jeder Altersgruppe gleiche Chancen einzuräumen. So könnte z.B. in jeder Gruppe (Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, reife Erwachsene, Vorentner und Rentner) der gleiche Anteil

an Personen geimpft werden. Dennoch muss eventuell noch einmal innerhalb der verschiedenen Gruppen selektioniert werden. Im Minnesota-Projekt wird vorgeschlagen, den Zufall in die Auswahl einzubeziehen und ein beliebiges Lotterieverfahren einzusetzen. Dabei kann man auf ein in bestimmten Recherche-Arten häufig verwendetes System zurückgreifen, wo zum Erhalt einer repräsentativen Auswahl aus der Bevölkerung eine alphabetische Liste (z.B. jede dritte Person oder eine vereinfachte Auslosung) verwendet wird.

Falls die Willkür der Auswahl durch den Zufall aus ethischer Sicht auf Zurückhaltung stößt – die französische nationale Beratungskommission für Ethik erklärte dies in ihrem vorgenannten Gutachten – ist dennoch nicht erwiesen, dass ein anderes Auswahlverfahren in einer prekären Situation fairer oder angemessener ist. Grundsätzlich sind die Mitglieder des Ausschusses nicht dagegen.

5. Innere und internationale Solidarität

Wie im Juli 2006 im „Bellagio Statement of Principles“²⁰ angegeben, sind die benachteiligten Gruppen und Personen am meisten von Epidemien betroffen.

In Übereinstimmung mit der Bellagio-Gruppe sind die Mitglieder des Ausschusses der Meinung, dass die in jeder präpandemischen und pandemischen Phase erforderlichen Maßnahmen der Solidarität ergriffen werden müssen, um eine Pandemie zu verhindern, und falls dies misslingt, die Überlebenschancen jeder Person zu erhöhen.

In Bezug auf die präpandemische Phase ist schon jetzt klar, dass nicht alle Länder gleichermaßen bemüht sind, die Vogelgrippe-Herde zu beseitigen. Ebenso werden die Infektionsherde weltweit nicht mit der gleichen Gründlichkeit angezeigt. In den Entwicklungsländern denken die Bürger oft zuerst an ihr wirtschaftliches Überleben, bevor sie über die gesundheitlichen Risiken für ihre eigenes Leben und dass der Mitmenschen nachdenken. Die Tötung von ca. zehn möglicherweise kontaminierten Hühnern in einem afrikanischen Dorf verurteilt die Besitzer zur Hungersnot. In den reicheren Ländern wissen die Geflügelzüchter, dass sie durch die Bekanntgabe eines Infektionsherdes ihre gesamte Zucht verlieren und einige überlegen zweimal, bevor sie sich dazu entschließen. In Regionen, in denen Vögel zum touristischen Angebot zählen, ist man bereit, infizierte Vögel zu verheimlichen, um eine wirtschaftliche Verschlechterung zu verhindern!

Um einer Pandemie vorzubeugen ist es deshalb nicht nur wünschenswert, dass alle Interessierten die tatsächliche Gefahr von Vogelgrippe-Herden verstehen, sondern dass auch der Staat die von diesen Personen erlittenen Verluste deckt. In den reicheren Ländern ist zudem darauf zu achten, dass die von den Verlusten betroffenen Regionen gegen eine wirtschaftliche Rezession geschützt werden. In den Entwicklungsländern ist der Schutz der Menschen ebenso wie der regionalen Wirtschaft unerlässlich.

²⁰ www.hopkinsmedecine.org/bioethics/bellagio

Die möglichen Mittel zur Deckung der genannten Verluste hängen natürlich von den finanziellen Möglichkeiten der verschiedenen Staaten ab. Diese Möglichkeiten variieren weltweit erheblich. Die internationale Solidarität scheint somit die einzige ethische Antwort. Und diese Solidarität ist umso wünschenswerter, als sie das Auftreten einer Pandemie bekämpfen könnte: sie hat somit auch einen praktischen Sinn.

Wenn während der Phase 4 die zwischenmenschliche Übertragung des Virus erkannt wird, sollte die ganze Welt darauf bedacht sein, dass sich die menschlichen Infektionsherde nicht außerhalb der Grenzen des betroffenen Landes verbreiten. Allerdings verfügen nicht alle Länder über die erforderlichen Mittel zur Bekämpfung einer Epidemie. Wie der Nederlandse Gezondheidsraad schlagen wir vor, dass alle Patienten und Personen, die in Kontakt mit den infizierten Personen waren, sofort mithilfe antiviraler Medikamente behandelt werden. Aber es stellt sich natürlich das Problem der unterschiedlichen finanziellen Mittel. Wiederum würden die reicheren Länder einen Gewinn daraus ziehen, sich an der angemessenen Betreuung der ersten infizierten Personen ungeachtet deren Ursprungslands, zu beteiligen.

Falls die Pandemie dann Wirklichkeit wird, sollten wir uns fragen, ob das Gleichheitsprinzip auch außerhalb unserer Grenzen gilt. Können wir riskieren, dass einige Bevölkerungsgruppen vollständig ausgelöscht oder aus wirtschaftlicher Sicht noch ärmer werden? Da wir wissen, dass die Ureinwohner einiger Länder oder Kontinente kaum – oder gar keine – Widerstandskräfte gegen die Grippe besitzen oder noch anfälliger für das Vogelgrippevirus sind, stellen sich diese Fragen noch eindringlicher. Sollten nicht genau diese Gruppen nach dem Gleichheitsprinzip und dem Vorsichtsprinzip prioritär den Impfstoff erhalten, falls sie erreichbar sind? Auf jedem Fall müssen die Länder, in denen solche Stämme leben, über Möglichkeiten nachdenken, sie vor dieser Ansteckung zu bewahren und sie im Falle einer Kontaminierung so wirksam wie möglich zu behandeln.

V. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Als Antwort auf die von Frau Onkelinx, Ministerin der öffentlichen Gesundheit, gestellten Fragen, sind die Mitglieder des Ausschusses der Meinung, dass die Bevölkerung vor allem wissen muss, wie im Falle einer Epidemie zu reagieren und insbesondere, welche Maßnahmen sie für jeden einzelnen ergreifen muss, um eine Epidemie zu verhindern. Auch sollte sie sich bewusst sein, dass die verfügbaren Mittel in bestimmten Fällen nicht unbegrenzt sind und dass einige Personen im Rahmen der Behandlung oder Impfung (de)priorisiert werden können.

Um auf eine angemessene Zusammenarbeit der sich in Belgien aufhaltenden Bevölkerung zählen zu können, sollte diese so weit wie möglich in die Entscheidungsfindung bezüglich der Priorisierung und Depriorisierung eingebunden werden. Wir verweisen hier auf das in Minnesota ausgearbeitete Projekt, dass dank der Zusammenarbeit von Bürgergruppen und der Vertreter von Verbänden zustande kam. Der Ausschuss befürwortet die Idee einer solchen Zusammenarbeit in Belgien unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, auch die Gruppen zu

vertreten, die am Rande der Gesellschaft leben, insbesondere illegale Einwanderer oder Obdachlose.

Eine Priorisierung der Mitarbeiter des Gesundheitswesens wäre wünschenswert, d.h. das Personal, welches berufsbedingt oder freiwillig mit den an der Grippe erkrankten Patienten in Kontakt kommt. Allerdings müssen diese Personen auf Maßnahmen zählen können, die über die Priorisierung hinausgehen und es scheint sinnvoll, alles zum Schutze ihrer Familien gegen die Ansteckungsgefahr, die sie darstellen zu tun, ebenso wie gegen die verheerenden Folgen ihrer Arbeitsunfähigkeit oder - im schlimmsten Fall - ihres Todes.

Weiterhin sollten andere wichtige Mitarbeiter prioritär behandelt werden, da der Erhalt der grundsätzlichen Infrastrukturen im Interesse der ganzen Gesellschaft ist.

Unter anderem glaubt der Ausschuss, dass zunächst alle denkbaren Mittel zur Verhinderung und/oder Eingrenzung der Verbreitung der Krankheit eingesetzt werden müssen. Sie unterstützen die Bildung von ausreichenden Beständen an chirurgischen Masken und Beatmungsgeräten zur Verhinderung der Ansteckung. Aus ethischer Sicht scheint es in der Tat inakzeptabel, diese Ausgaben zu scheuen, da diese Mittel eventuell auch nach der Pandemie genutzt werden können und da ihre allgemeine Verwendung die Verbreitung der Krankheit begrenzen kann, wodurch vielleicht die eventuelle Depriorisierung von stationären Patienten verhindert werden könnte.

Der Ausschuss erachtet es als unbedingt erforderlich, in diesem Gutachten darauf hinzuweisen, dass die frühzeitige Hygieneerziehung der jungen Generationen, insbesondere, aber nicht ausschließlich das Waschen der Hände, nicht nur ein wirksames und kostengünstiges gesundheitsförderndes Mittel, sondern auch eine unerlässliche Maßnahme der gesellschaftlichen Bildung darstellt.

Zudem scheint es wünschenswert, alle Allgemeinmediziner zu überzeugen, ihren Patienten die Pneumokokken-Impfung zu verabreichen, die ihnen die häufigsten Komplikationen aufgrund der Grippe ersparen kann.

Zudem sollte man sich für die gesetzlichen Vorschriften hinsichtlich der Quarantäne oder der Isolierung von Personen interessieren: diese Vorschriften sind nicht immer eindeutig und beruhen einerseits auf der föderalen Gesetzgebung und andererseits auf der Regelung der Gemeinschaften. Es wird empfohlen, das Projekt des „Influenza-Rahmengesetzes“ früh genug zu erarbeiten, damit voreiliges Handeln in einer Krisensituation verhindert wird.

Falls trotz dieser vorbeugenden Maßnahmen ein Großteil der Bevölkerung von der Grippepandemie betroffen ist, halten es die Mitglieder des Ausschusses für wichtig, alle Bemühungen anzustrengen, um die Kranken zu Hause zu pflegen und ihnen die erforderlichen Dosen an antiviralen Medikamenten zu liefern. Falls sich die vorgesehenen Bestände als unzureichend für die Behandlung der kontaminierten Patienten herausstellen, muss laut den Mitgliedern die Möglichkeit der obligatorischen Lizenz genutzt werden, um sich Oseltamivir

so schnell und kostengünstig wie möglich zu beschaffen. Die Mitglieder unterstützen die den Pflegern angebotene Möglichkeit, selbst zu entscheiden, ob sie die antiviralen Medikamente zur Prophylaxe einnehmen möchten oder nicht.

Falls die Krankenhäuser überlastet sind oder es an Beatmungsgeräten mangelt werden die am schwersten erkrankten Patienten prioritär behandelt. Anschließend wird die Priorität denen erteilt, die die besten Überlebenschancen haben.

Der Ausschuss ist der Meinung, das erforderliche Budget für den Kauf des pandemischen Impfstoffs aufzuwenden, sobald dieser irgendwo auf der Welt verfügbar, ist. Falls nur kleine Mengen an Impfstoff verfügbar sind, schlagen die Mitglieder - wie am Beispiel von Minnesota gezeigt - vor, eine Strategie der zwei Wege anzuwenden: wichtige Mitarbeiter, die noch nicht immunisiert sind und die gut auf den Impfstoff reagieren sollten, werden prioritär behandelt. Sobald man sicher ist, dass ausreichend wichtige Mitarbeiter geschützt sind, um die grundsätzlichen Bedürfnisse der Gesellschaft zu bedienen, wird ein weiterer Anteil anderer wichtiger Mitarbeiter und Bürger entsprechend dem Sterblichkeits- und Morbiditätsrisiko, das sie zu diesem Zeitpunkt darstellen, geimpft. Die Auswahl innerhalb dieser zwei Gruppen kann bis zur Impfung der gesamten Bevölkerung aufgrund des Prinzips der Auslosung erfolgen.

Letztendlich unterstützt der Ausschuss den Gedanken, dass ein Teil des verfügbaren Budgets einerseits auf die epidemiologische Recherche und andererseits breitflächig auf die Organisation des Gesundheitswesens verwendet wird.

Zudem scheint es sinnvoll, die Recherche für Allgemeinmedizin anzuregen und insbesondere im Bereich der Erstversorgung und der Anwendung der Maßnahmen eines operationellen Plans, der von den Behörden hinsichtlich einer Pandemie oder einer anderen Gesundheitskrise vorgegeben wird.

Das Gutachten wurde im engeren Ausschuss 2008/2 erstellt, der sich zusammensetzt aus:

Kopräsidenten	Prüfer	Mitglieder	Mitglieder des Büros
M. Eisenhuth	M. Roelandt	M. Baum	M. Dupuis
M. Hiele		A. Dieudonné	
		M. Jacquemain	
		G. Lebeer	
		G. Leunens	
		R. Rega	

Mitglied des Sekretariats

L. Dejager

Angehörte Experten

- Herr M. Van Ranst, außerordentlicher Professor, Leiter der Abteilung „klinische und epidemiologische Virologie“ der KU Leuven und Interministerieller Influenza-Kommissar.
- Herr Ph. Burette, Kursleiter der Universitätsabteilung für Allgemeinmedizin, medizinische Fakultät – Universität Lüttich.
- Herr D. de Beer, Kursleiter der juristischen Fakultät der Universitätsfakultäten Saint-Louis in Brüssel.

Die Arbeitsunterlagen des engeren Ausschusses 2008/2 – Frage, persönliche Beiträge der Mitglieder, Protokolle von Besprechungen, konsultierte Dokumente – sind in Form von Anlagen 2008/2 im Dokumentationszentrum des Ausschusses erhalten und können dort eingesehen und kopiert werden.
