

**Auszug aus dem Protokoll
des Regierungsrates des Kantons Zürich**

KR-Nr. 37/2009
KR-Nr. 50/2009

Sitzung vom 18. März 2009

421. Dringliches Postulat (Unabhängiger Bericht zur medizinischen Situation im Flughafengefängnis)

Anfrage (Medizinische Tuberkulosebehandlung im Flughafengefängnis)

A. Die Kantonsräte Marcel Burlet, Regensdorf, und Markus Bischoff, Zürich, sowie Kantonsrätin Julia Gerber Rüegg, Wädenswil, haben am 9. Februar 2009 folgendes Postulat eingereicht.

Der Regierungsrat wird eingeladen, durch unabhängige Stellen einen Bericht zur Situation im Flughafengefängnis erstellen zu lassen; unter besonderer Berücksichtigung der medizinischen Grundversorgung, der Seuchenprävention insbesondere bei Tuberkulose-Erkrankungen und des Gesundheitsschutzes von Pflegepersonen und Gefangenen.

Der Regierungsrat wird ebenso eingeladen, im Bericht festgestellte gravierende Mängel unverzüglich zu beheben.

Begründung:

Im Nachgang zu den Anfragen KR-Nr. 175/2008 (Haftbedingungen für Ausschaffungshäftlinge im Flughafengefängnis) und KR-Nr. 192/2008 (Opfer der Zwangsmassnahmen [Todesfall eines Ausschaffungsgefangenen in einem Zürcher Spital]) hat sich die Kritik an den Haftbedingungen im Flughafengefängnis und dem dafür zuständigen Asylyarzt verstärkt.

Insbesondere geben die folgenden rapportierten Vorkommnisse zu gravierenden Bedenken Anlass und lassen einen Bericht als nötig erscheinen, um daraus Verbesserungen ableiten zu können:

- Todesfälle von Menschen mit Tuberkulose (Tb) im Asylwesen.
- Zuweisung von Personen mit offener Tb an Einrichtungen des Asylwesens.
- Kritik am zuständigen Arzt und der Pflegeperson im Flughafengefängnis.
- Unklare Standards bei der Tb-Prävention in den Asyleinrichtungen (Durchgangszentren und Notunterkünften) und der Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Unvollständige Information des mitarbeitenden Personals, wenn es um Menschen mit offener Tb geht.

- Offenbar falsche medizinische Behandlung von Gefangenen im Flughafengefängnis.
- Kritik – auch aus der Ärzteschaft – an der Asylärzteliste.
- Unklare Folgen des umstrittenen Ausschlusses von abgewiesenen Asylbewerberinnen und Asylbewerbern aus der obligatorischen Krankenversicherung.
- Intransparente Situation im Transit des Flughafens punkto Seuchenprävention und medizinische Grundversorgung.

Für einen objektiven Bericht sind Stellungnahmen von unabhängigen Organisationen einzuholen, die das Asylwesen und die Gefangenenbetreuung im Flughafengefängnis aus eigener Anschauung kennen: also z. B.

- die Lungenliga, wenn es um Verbesserung der Tb-Prävention geht;
- die SUVA zum Stand des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz bei den Organisationen des Asylwesens;
- die Meditrina, Ärzte-Vereinigungen und das SRK (wegen seinem Auftrag im Transit und Flughafengefängnis) betreffend medizinischer Grundversorgung der Flüchtlinge.

Der Kantonsrat hat das Postulat am 23. Februar 2009 dringlich erklärt.

B. Die Kantonsräte Jean-Luc Cornaz, Winkel, Markus Bischoff, Zürich, und Marcel Burlet, Regensdorf, haben am 9. Februar 2009 folgende Anfrage eingereicht:

Nachdem die Anfragen KR-Nrn. 175/2008 und 192/2008 nicht zu einer Entspannung bezüglich der Kritik am Asylylart und der medizinischen Versorgung im Ausschaffungsgefängnis des Flughafens geführt haben, und nachdem massive Kritik von der zuständigen kantonsrätlichen Kommission am Asylwesen zusätzlich basierend auf dem Geschäftsbericht an den Kantonsrat aufkam, bitten wir den Regierungsrat um die Beantwortung folgender Fragen im Zusammenhang mit der Tuberkulosebehandlung und der medizinischen Versorgung im Flughafengefängnis:

1. Wie ist das Prozedere, wenn ein TB-Verdacht oder Verdacht auf eine andere Krankheit, welche gemäss Seuchengesetz behandelt werden muss, im Flughafengefängnis? Weshalb hat der zuständige Arzt es unterlassen, nach Bekanntwerden des Falles D. und weiteren Fällen alle Gefangenen und alle Angestellten auf TB zu testen?

2. Weshalb werden TB-positive Personen durch den Gefängnisarzt aus dem Ausschaffungsgefängnis entlassen, obwohl bei Ausschaffungshäftlingen die Gefahr des Untertauchens sehr gross ist und so doch eine Gefährdung der Bevölkerung eingegangen wird?
3. Wird den Ausschaffungshäftlingen in den Flughafengefängnissen diejenige medizinische Leistung zugeführt, welche der zuständige Arzt gemäss dem hippokratischen Eid zu erbringen hat?
4. Wie beurteilt der Kantonsarzt die medizinisch erbrachten Leistungen im Ausschaffungsgefängnis durch den Gefängnisarzt und seine Mitarbeiter?
5. Weshalb wurden die minimalen Standards der Suva-Richtlinien bei der TB-Behandlung und den dazugehörigen Seuchenmassnahmen nicht ordnungsgemäss eingehalten? Weshalb werden die entsprechenden Ärzte nicht automatisch aktiv, um die ihrem Berufsstand entsprechenden Mindestanforderungen zu erfüllen?
6. Weshalb wurde die Bevölkerung nicht vollumfänglich durch die verantwortlichen kantonalen Stellen informiert? Wie viele Personen waren von Tuberkulose 2008 betroffen und wie viele wurden positiv auf Tuberkulose getestet, welche sich in einer Zwangsmassnahme des Ausländer-/Asylrechtes befanden (Ausschaffungshaft, Durchsetzungshaft usw.)?

Auf Antrag der Direktion der Justiz und des Innern

beschliesst der Regierungsrat:

I. Zum dringlichen Postulat Marcel Burlet, Regensdorf, Markus Bischoff, Zürich, und Julia Gerber Rüegg, Wädenswil, wird unter gleichzeitiger Beantwortung der Anfrage Jean-Luc Cornaz, Winkel, Markus Bischoff, Zürich, und Marcel Burlet, Regensdorf, wie folgt Stellung genommen:

Medizinische Grundlagen

Als kompetente Referenzstelle hat die Lungenliga Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit und unter Beteiligung des Kantons Zürich das «Handbuch Tuberkulose» ([link: www.tbinfo.ch/de/dienstleistungen/handbuch-tuberkulose.html](http://www.tbinfo.ch/de/dienstleistungen/handbuch-tuberkulose.html)) erarbeitet. Es dient als Leitfaden zum Umgang mit Tuberkulose im Kanton Zürich.

Tuberkulose ist eine bakterielle Infektionserkrankung. In hiesigen Breitengraden ist vor allem die Lungentuberkulose bedeutsam. Selten tritt eine Tuberkulose ausserhalb der Lunge auf, z. B. in Lymphknoten

oder der Haut sowie bei Ausbreitung durch das Blut in Nieren, Knochen oder im Zentralnervensystem. Ansteckend ist nur die Tuberkulose der Luftwege (Lunge, Bronchien, Larynx). Die Übertragung erfolgt über die Luft durch bakterienhaltiges Bronchialsekret von erkrankten auf gesunde Menschen. Das Übertragungsrisiko hängt vom Ansteckungsgrad der oder des Erkrankten, von Risikofaktoren der Kontaktpersonen (HIV-Infektion, immunsuppressive Therapie, Kinder unter fünf Jahren) sowie insbesondere von der Nähe und Dauer des Kontaktes ab. So ist für eine Ansteckung ein Aufenthalt von mehreren Stunden in einem ungenügend gelüfteten Raum erforderlich. Etwa acht bis zehn Wochen nach einer erfolgten Ansteckung kommt es zu einer latenten tuberkulösen Infektion (LTBI). Diese latente Form ist nicht ansteckend und führt ohne Behandlung nur bei 10% im Verlauf des Lebens überhaupt zu einer übertragbaren «offenen» Lungentuberkulose. Die Erkrankungsrate ist bei Kleinkindern und Menschen mit Schwächung des Immunsystems höher. Sie liegt beispielsweise bei einer Co-Infektion mit HIV bei 8% pro Jahr.

Gelingt der Nachweis von Tuberkulosebakterien aus dem Sekret der Luftwege (Sputum), so ist die Diagnose einer offenen Tuberkulose gesichert. Mögliche Hinweise auf die Erkrankung liefern Veränderungen im Röntgenbild der Lunge, positive Ergebnisse von Haut- (Mantoux-test) und Bluttests (γ -IFN-Test / QFT) sowie typische klinische Symptome (Husten über länger als zwei bis drei Wochen, Fieber, Müdigkeit, Gewichtsabnahme). Die LTBI zeigt keine Symptome und keine Bakterien im Sputum und ist, wie Tuberkuloseinfektionen ausserhalb der Lunge, nicht ansteckend.

In der Schweiz sind Tuberkulose-Neuerkrankungen (hingegen nicht -Todesfälle) für Labor und Arzt meldepflichtig (Anhänge 2 und 3 der Verordnung des EDI vom 13. Januar 1999 über Arzt- und Labor-meldungen [SR 818.141.11]). Die Kantonsärzte sind für Kontrolle und Weiterleitung der Meldungen verantwortlich. Das Bundesamt für Gesundheit übernimmt die epidemiologische Aufarbeitung. Die Lungeliga ist im Kanton Zürich mit der Fürsorge zur Verhütung der Weiterverbreitung der Tuberkulose beauftragt (§24 Vollzugsverordnung zur eidgenössischen Epidemien-gesetzgebung vom 19. März 1975 [LS 818.11]). Deren Strategie umfasst neben der sofortigen Behandlung der Erkrankten die systematische Umgebungsuntersuchung. Die Tuberkulose kann mit den heutigen Medikamenten geheilt werden. Todesfälle sind möglich, ereignen sich aber selten und sind insbesondere mit einer Schwächung des Immunsystems (z. B. HIV-Infektion) verbunden.

Die Therapie einer offenen Lungentuberkulose erfolgt mit einer Kombination verschiedener Medikamente. Die individuell anzupassenden Therapieschemata sind im «Handbuch Tuberkulose» aufgezeigt. Der Behandlungserfolg setzt eine gute Therapietreue (Compliance) der Patientinnen und Patienten voraus, da die Medikamenteneinnahme lückenlos über mindestens sechs Monate erfolgen muss. Es besteht eine gesetzliche Grundlage zur vorübergehenden Isolierung bis zum Anschlag der Therapie (Art. 16 Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen [EpG; SR 818.101]). Durch die Umgebungsuntersuchung sollen Kontaktpersonen mit bestehender Erkrankung oder latenter Infektion erkannt und einer Behandlung zugeführt werden. Ob eine LTBI präventiv behandelt wird, hängt von weiteren Kriterien wie Alter, Begleiterkrankungen und Dauer der Infektion ab. Mit den im Kanton Zürich festgelegten Grundprinzipien der Standardtherapie wird der Entstehung therapieresistenter Bakterienstämme (multiresistente Tuberkulose) wirksam begegnet. Dazu zählen vor allem die Anwendung feststehender Medikamentenkombinationen, eine ausreichend lange Behandlungsdauer sowie die strenge Therapiekontrolle, gegebenenfalls durch direkt überwachte Medikamentenabgabe (directly observed treatment, DOT).

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat als Aufsichtsorgan für die Verhütung von Berufskrankheiten Empfehlungen für Institutionen veröffentlicht, deren Personal in wiederholtem Kontakt zu Tuberkuloseerkrankten steht (Broschüre «Tuberkulose am Arbeitsplatz» [link: https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/02869_35_d.pdf]). Die Betriebe sind im Rahmen der Arbeitnehmerschutzgesetzgebung zur Anwendung der Vorschriften angehalten und werden, je nach Zuständigkeit, von der SUVA oder dem kantonalen Arbeitsinspektorat kontrolliert. Zu den gefährdeten Berufsgruppen zählt das Personal aus Gesundheitswesen, Strafvollzug, Asylwesen und verschiedenen Sozialeinrichtungen. Empfohlen wird, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über die bei ihrer Arbeit auftretenden Gefahren zu informieren, bei der Eintrittsuntersuchung einen Tuberkulosestest (Haut- oder Bluttest) durchzuführen und, je nach Risikostufe, periodische Verlaufskontrollen zu veranlassen. Die Empfehlungen der SUVA sind zurzeit in Überarbeitung.

Zur Anfrage KR-Nr. 50/2009

Zu Frage 1:

Ein Tuberkuloseverdacht gilt dann als bestätigt, wenn der Nachweis von Tuberkulosebakterien (Mykobakterien) aus dem Sputum oder anderen biologischen Materialien erfolgt. Die radiologische Untersuchung

und klinische Symptome können Hinweise geben, eine Tuberkuloseerkrankung letztlich jedoch nicht beweisen. Nach bestätigter Diagnose einer ansteckenden offenen Lungentuberkulose werden die Umgebungsuntersuchungen im Kanton Zürich durch die Lungenliga organisiert. Dies gilt auch für das Flughafengefängnis. Die erkrankte Person (Indexfall) wird in einem Gespräch nach Kontaktpersonen und der Intensität der Kontakte befragt, soweit nötig unter Beizug eines Dolmetscherdienstes. Wegen des erhöhten Ansteckungsrisikos werden Kontakte zu Kleinkindern und Personen mit einer Immunsuppression vorrangig untersucht. Grundsätzlich erfolgen Umgebungsuntersuchungen nur bei folgenden Personen:

- Personen mit sehr engem Kontakt zum Indexfall (z. B. Familienangehörige)
- Personen, die regelmässig mit dem Indexfall die gleichen Räume teilen
- Personen, die kumuliert mehr als 8 bzw. 40 Stunden dem Indexfall ausgesetzt waren (abhängig vom Bakteriennachweis direkt oder nur kulturell)
- Personen, die während kurzer Zeit intensiv mit dem Indexfall exponiert waren

Ein Algorithmus zum Ablauf, Umfang und Konsequenz der Umgebungsuntersuchung ist im «Handbuch Tuberkulose» (vgl. FN 1; S. 54f.) einsehbar. Neben den Umgebungsuntersuchungen erhalten die Kontaktpersonen Informationen und werden, wenn erforderlich, einer weiteren Diagnostik und Therapie zugeführt.

Das Vorgehen bei einem Verdacht auf Tuberkulose oder einer anderen Infektionskrankheit im Flughafengefängnis entspricht den eidgenössischen und kantonalen Vorschriften (EpG, Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose [SR 818.102] und Vollzugsverordnung zur eidgenössischen Epidemienetzgebung vom 19. März 1975 [LS 818.11]), bei Tuberkulose ausserdem den Empfehlungen der Lungenliga (vgl. unter www.tbinfo.ch). Bei Verdacht auf eine Lungentuberkulose wird die oder der Gefangene isoliert. Zur näheren Abklärung wird eine Thorax-Röntgenaufnahme («Schirmbild») gemacht. Ferner werden ihr oder sein Blut und Sputum untersucht. Die oder der Gefangene und die mit ihr oder ihm in Kontakt stehenden Mitarbeitenden des Gefängnisses werden, bis das Ergebnis der Abklärungen feststeht, mit Masken ausgerüstet. Wenn die Untersuchungen den Verdacht auf offene Tuberkulose bestätigen, wird ein Ausschaffungshäftling in die Höhenklinik Wald, ein Untersuchungshäftling in die Bewachungsstation des Inselspitals Bern verbracht (vgl. zu diesen Massnahmen

Ziff. 4.2 und 5. der SUVA-Richtlinien «Tuberkulose am Arbeitsplatz. Gefährdung und Prävention», 2. Auflage, Oktober 2001). Die Behandlung geschlossener (nicht infektiöser) Tuberkulosen geschieht grundsätzlich im Gefängnis selbst. Ein Patient mit Lymphdrüsen-Tuberkulose wurde vor einiger Zeit ins Spital Bülach überführt.

Seit der Eröffnung des Flughafengefängnisses 1995 war jährlich eine Erkrankung an offener Tuberkulose zu verzeichnen. Bis vor drei Jahren musste sich jede Insassin und jeder Insasse einem TB-Test nach Mantoux unterziehen. Weil diese Tests durch Injektion einer Flüssigkeit vorgenommen wurden, regte sich dagegen wachsender Widerstand. Nachdem mehrere Insassen dem Gesundheitsdienst des Gefängnisses mit dem Einreichen einer Strafanzeige wegen Körperverletzung durch die Injektion drohten, wurde die Test-Praxis aufgegeben. Bei TB-Verdacht werden die einleitend dargestellten Abklärungen vorgenommen. Gleichzeitig wird das Fachpersonal der Zürcher Lungenliga beigezogen. Die Lungenliga empfängt auch jede im Flughafengefängnis neu eintretende Mitarbeiterin und jeden neu eintretenden Mitarbeiter zu einem Informationsgespräch, anlässlich dessen auch eine Thorax-Röntgenaufnahme, ein Blut- und ein Mantoux-Test gemacht werden.

Der Todesfall des Gefangenen A.D., der die vorliegende Anfrage wohl auslöste, wurde, wie bereits bei der Beantwortung der Anfrage KR-Nr. 192/2008 betreffend Opfer der Zwangsmassnahmen (Todesfall eines Ausschaffungsgefangenen in einem Zürcher Spital) ausgeführt, durch ein Multiorganversagen im Rahmen einer sogenannten Miliartuberkulose verursacht. Diese Tuberkulose bildete eine Komplikation der wegen einer chronischen Polyarthritits erfolgten langjährigen und hoch dosierten Kortisonbehandlung. Den Versuch des Gefängnisarztes, A. D. an andere schmerzlindernde Medikamente zu gewöhnen, beantwortete dieser mit einem Medikamentenstreik. Kurz vor seinem Tod entwickelte A.D. eine Gelenk-Tuberkulose, eine geschlossene, nicht infektiöse Krankheit ohne Husten. Infolge seiner chronischen Polyarthritits wurde er im Flughafengefängnis ärztlich und krankenschwägerisch eng betreut; zur Abklärung seines Zustandes wurden aufwendige Laboruntersuchungen in Auftrag gegeben. Er wurde sofort nach der Diagnosestellung im Unispital hospitalisiert. Auch nach seiner Hospitalisierung wurden aufwendige medizinische Abklärungen vorgenommen. Nachdem das Unispital mitteilte, dass auch in der sogenannten Bronchiallavage Tbc-Bakterien gefunden wurden, ordnete der Gefängnisarzt sofort ein Kontakt-Tracing durch die Lungenliga an. Die gestützt darauf ermittelten Gefangenen und Mitarbeitenden des Flughafengefängnisses, die sich mit A.D. befassten, wurden nach Ablauf einer medizinisch ermittelten Frist auf TB getestet. Eine Testung «aller Gefangenen und aller

Angestellten auf TB» wäre demgegenüber unverhältnismässig aufwendig gewesen. Überdies sehen weder Rechtserlasse noch Empfehlung für eine Institution in der Grössenordnung des Flughafengefängnisses eine solche «flächendeckende» Massnahme vor.

Zu Frage 2:

Eine Gefängnisärztin oder ein Gefängnisarzt kann in der Schweiz keine Gefangenen entlassen. Sie oder er stellt bei erkrankten Personen, die für eine Entlassung vorgesehen sind, nach Absprache mit der Lungenliga jedoch sicher, dass sie medizinisch hinreichend versorgt sind. Entscheidend ist jedoch, dass der alleinige Nachweis einer Tuberkuloseinfektion durch einen Haut- oder Bluttest ohnehin nichts über die Ansteckungsfähigkeit der Erkrankung aussagt. Ein positives Testergebnis kann eine extrapulmonale oder latente tuberkulöse Infektion (LTBI), die beide nicht ansteckend sind, nicht von einer ansteckenden offenen Lungentuberkulose unterscheiden. Im Allgemeinen ist zudem bereits kurze Zeit nach Behandlungsbeginn auch eine offene Tuberkulose nicht mehr ansteckend.

Zu Frage 3:

Wie bereits in Beantwortung der Anfrage KR-Nr. 192/2008 einlässlich dargelegt wurde, verfolgen alle Betriebe des Amtes für Justizvollzug hinsichtlich der medizinischen Versorgung das sogenannte Äquivalenzprinzip: Die Qualität der medizinischen Versorgung im Gefängnis entspricht der Versorgung einer allgemein versicherten Person in Freiheit.

Zu Frage 4:

Der praktizierende Gefängnisarzt besitzt eine Berufsbewilligung. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte für eine Verletzung seiner Berufspflicht, noch liegen aufsichtsrechtliche Beschwerden gegen ihn vor.

Zu Frage 5:

Das Personal der Lungenliga hält sich bei seiner Tätigkeit in Gefängnissen an die SUVA-Richtlinien und überwacht deren Einhaltung. Nach dem Bekanntwerden der Tuberkulose-Diagnose von A. D. nahm das Flughafengefängnis (wie in jedem Tuberkulosefall zuvor) sofort die Unterstützung der Lungenliga in Anspruch. Der Arzt des Flughafengefängnisses schult das Gefängnispersonal zweimal jährlich zum Thema Infektionskrankheiten – Vorbeugen und Heilen. Seit Eröffnung des Flughafengefängnisses wurde im Betrieb selbst kein tuberkulöser Infekt auf einen anderen Gefangenen oder auf Mitarbeitende übertragen.

Zu Frage 6:

Die epidemiologische Aufarbeitung aller Tuberkulosefälle in der Schweiz erfolgt gemäss der Epidemiengesetzgebung durch das Bundesamt für Gesundheit. Die von 1996 bis 2008 erhobenen Fallzahlen (BAG-

Melddaten TB, 1996–2008, Schweiz: Stand 30. Januar 2009, Zürich: Stand 10. Februar 2009) für die Schweiz liegen bei durchschnittlich 640 Meldungen pro Jahr (seit 2005 weniger als 600 Fälle). Der Anteil an Asylbewerberinnen und -bewerbern beträgt durchschnittlich 21,9%. Für den Kanton Zürich werden seit 1996 durchschnittlich 110 Fälle pro Jahr mit einem Asylbewerberanteil von 19,1% registriert. Für 2008 wurden im Kanton Zürich 117 Fälle gemeldet, davon 21 Asylbewerberinnen und -bewerber (17,9%), in der Schweiz 525 Fälle, davon 102 bei Asylbewerberinnen und -bewerbern (19,4%). Gegenwärtig liegen keine Hinweise für eine Häufung der Tuberkulosefälle im Asylbereich vor, weder für die Gesamtschweiz noch für den Kanton Zürich. Allerdings ist bei einer Zunahme von Asylbewerberinnen und -bewerbern aus Risikoländern für Tuberkulose (südlich der Sahara gelegenes Afrika, Osteuropa, Südostasien) auch mit einem Anstieg der Fallzahlen zu rechnen.

Angaben zur Zahl der durch Tuberkulose bedingten Todesfälle sind in der genannten Statistik nicht enthalten. Grund dafür ist, dass nur Tuberkulose-Neuerkrankungen, hingegen nicht -Todesfälle meldepflichtig sind. Angaben zu den Tuberkulose-Todesfällen können vom Bundesamt für Statistik bezogen werden. Dort werden Sterbefälle wichtiger Todesursachen erfasst und veröffentlicht. Gemäss der neuesten Statistik für den Zeitraum von 1995 bis 2007 zeigt sich eine rückläufige Tendenz für Tuberkulose. Der Mittelwert für diesen Zeitraum beträgt 28 Fälle pro Jahr in der Gesamtschweiz (2006: 24 Fälle, 2007: 16 Fälle) und vier Fälle pro Jahr im Kanton Zürich (2006: fünf Fälle, 2007: ein Fall).

Eine unkontrollierte Ausbreitung der Tuberkulose wird durch die festgelegten Massnahmen wirksam verhindert. Aus diesem Grund erfolgt usanzgemäss eine zielgerichtete Information an die betroffene Umgebung der Erkrankten und nicht an die gesamte Bevölkerung. Für die Bevölkerung bestand und besteht im Zusammenhang mit Tuberkuloseerkrankungen im Flughafengefängnis keine Gefahr. Im Jahr 2008 erkrankten im Flughafengefängnis nur zwei Personen an Tuberkulose, A. D. und ein weiterer Insasse an einer Lymphknoten-Tuberkulose. Was die Frage der Information anbelangt, ist zunächst festzuhalten, dass ein durch eine Krankheit verursachter Tod eines Gefangenen der Öffentlichkeit üblicherweise ohnehin nicht mitgeteilt wird. Weil vorliegend nachweislich ein Organversagen und nicht eine Lungen-Tuberkulose den Tod von A. D. verursachte, war auch in diesem Fall von dieser Praxis nicht abzuweichen. Die Argumentation, wonach ein Todesfall nach einer Infektionskrankheit automatisch ein flächendeckendes öffentliches Informationsinteresse begründet, ist nicht stichhaltig.

Stellungnahme zum dringlichen Postulat KR-Nr. 37/2009

An allen Orten, an denen sich eine grössere Zahl von Menschen aufhält, besteht eine erhöhte Gefahr der Ansteckung mit übertragbaren Krankheiten. So findet sich z. B. in Krankenhäusern ein verstärktes Risiko der Übertragung von verschiedenen Infektionen. Dies gilt nicht nur für die Tuberkulose, sondern auch für zahlreiche andere Infektionserreger wie beispielsweise die Viren der Hepatitis B und C als Ursache infektiöser Leberentzündungen, die zahlreichen Arten von Grippeviren sowie bakterielle Infekte. Entsprechend ist auch in Gefängnissen und in Kollektivunterkünften für Asylsuchende mit ihrer Ansammlung von Menschen eine erhöhte Ansteckungsgefahr vorhanden. Gemäss Statistik der Lungenliga Zürich haben die Tuberkulose-Fälle im Kanton Zürich zwar leicht zugenommen, eine signifikante Veränderung ist aber nicht festzustellen und die Zahl der betroffenen Asylsuchenden ist nahezu stabil.

Das dringliche Postulat verlangt einen auf die medizinische Situation im Flughafengefängnis beschränkten Bericht. Als Begründung hierfür wird verstärkte Kritik an den Haftbedingungen und am zuständigen Asylyzt angeführt. Es ist anzunehmen, dass solche Kritik allenfalls von Insassinnen und Insassen der Abteilung Ausschaffungshaft geäussert wird, zumal das Postulat allgemein auf das Asylwesen ausgerichtet ist und etwa die Abteilung Untersuchungshaft des Flughafengefängnisses unerwähnt lässt. Es erscheint deshalb gerechtfertigt, die Zusammenhänge, die solche Kritik zu fördern vermögen, näher aufzuzeigen.

Die medizinische Versorgung von ausreisepflichtigen, aber nicht ausreisewilligen Ausländerinnen und Ausländern in einem Gefängnis ist komplex, mit vielen Interessenkollisionen behaftet und deshalb zuweilen auch eine schwierige und belastende Aufgabe. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass vorab solche Personen ausländerrechtlich inhaftiert werden, die sich mit einer gewissen Renitenz gegen ihre Ausreise sperren und nach Wegen suchen, diese wirksam zu vermeiden. Einzelne unter ihnen gehen von der Annahme aus, die Diagnose einer schweren Krankheit würde ihnen ein Anwesenheitsrecht in der Schweiz verschaffen. Vor diesem Hintergrund ist der Arzt, der ihnen nach einer nach den Regeln der Kunst durchgeführten Untersuchung die gewünschte Diagnose verweigert, nicht Helfer, sondern Gegner. Diese Konstellation führt deshalb manchmal zu unberechtigten Klagen über die Qualität der Untersuchung und der Medikation und in der Folge zu einer Beeinträchtigung der Kommunikation zwischen einzelnen Gefangenen und dem Arzt- und Krankenpflegedienst. Gefangene, die aus von einem anderen Frauenbild als dem unseren geprägten Kulturen stam-

men, bemängeln gelegentlich auch, dass im Flughafengefängnis eine Frau als Krankenpflegerin tätig ist. Gefangene aus patriarchalischen Kulturen haben ein männerdominiertes Weltbild, weshalb ihnen das Anerkennen von medizinischen und pflegerischen Fachkenntnissen einer Frau schwerfällt. Auch dieser Umstand kann zu Spannungen zwischen einzelnen Gefangenen und dem Pflegedienst führen, wobei sich Letzterer mitunter auch mit mehr oder weniger versteckten Feindseligkeiten, Anschuldigungen und Beschimpfungen konfrontiert sieht. Diese zwischenmenschlichen Schwierigkeiten sind systembedingt und können durch einen Untersuchungsbericht offensichtlich nicht aus der Welt geschafft werden. Indessen tun die für die medizinische Versorgung innerhalb der Gefängnisse verantwortlichen Personen und Institutionen ihr Bestes und würden bei Gefahr einer Zunahme von Infektionskrankheiten oder im Falle des Auftretens einer hochinfektiösen Krankheit die Präventionsmassnahmen selbstverständlich intensivieren.

Ein aktueller und dringlicher Anlass für das vorliegende Postulat ist nicht nachvollziehbar, zumal die Umstände des Todes des Gefangenen A. D. und weitere Fragen der medizinischen Versorgung im Flughafengefängnis bereits im letzten Sommer mit der Beantwortung der Anfrage KR-Nr. 192/2008 einlässlich dargelegt wurden und sich seither kein vergleichbarer Krankheitsfall mehr ergeben hat. Wie vorstehend ausgeführt, verstarb A. D. wegen eines Tuberkuloseinfekts mit Organversagen als Folge jahrelanger, hochdosierter Kortisonbehandlungen. Das Institut für Rechtsmedizin hat die Krankengeschichte von A. D. einschliesslich der ihm im Flughafengefängnis und im Spital zuteil gewordene Behandlung untersucht und hat diese in jeder Hinsicht als korrekt beurteilt. Die aufgrund eines Kontakt-Tracings ermittelten Gefangenen und Mitarbeitenden des Flughafengefängnisses, die sich mit A. D. befassten, wurden nach Ablauf einer medizinisch ermittelten Frist auf TB getestet. Die zumutbaren und verhältnismässigen Massnahmen zur Entdeckung einer Infektion und zur Krankheitsprävention wurden und werden auch künftig stets und konsequent ergriffen, zumal ein solches Vorgehen aus naheliegenden Gründen im Interesse aller beteiligten Personen liegt.

Hinsichtlich des Ausmasses von Tuberkuloseerkrankungen im Flughafengefängnis ist nochmals festzuhalten, dass bisher jährlich durchschnittlich ein Fall zu verzeichnen ist. Für eine unsachgemässe Vorgehensweise oder Behandlung dieser wenigen Fälle liegen keine Anhaltspunkte vor. Im Gegenteil hat die für die Umgebungsuntersuchungen zuständige Lungenliga Zürich dem Kantonsarzt noch mit Schreiben vom 24. Februar 2009 ausdrücklich bestätigt, dass die Zusammenarbeit mit dem Flughafengefängnis, wie auch mit Einrichtungen im Bereich

des Asylwesens, sehr gut sei. Die Lungenliga habe im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit keinerlei Probleme mit den Institutionen festgestellt. Das Risiko der Aufnahme von infektiösen Tuberkulosepatientinnen und -patienten aus dem Transitbereich des Flughafens wurde ausserdem bereits vor längerer Zeit minimiert: Der Arztdienst des Gefängnisses veranlasst für alle aus dem Transitbereich aufgenommenen Patientinnen und Patienten eine Thorax-Röntgenaufnahme. Die Anzahl der Erkrankungen vermag den geforderten Untersuchungsbericht zur medizinischen Versorgung im Flughafengefängnis deshalb offensichtlich nicht zu rechtfertigen. Die Annahme, Gefangene würden im Flughafengefängnis falsch behandelt, trifft überdies weder für A.D. noch für andere Personen zu und entbehrt jeglicher Grundlage. Ebenfalls unzutreffend ist die Vermutung, die Mitarbeitenden würden unzureichend über Auftreten und Risiken von offener Tuberkulose informiert. Es finden regelmässig von Ärzten geführte Schulungshalbtage statt, die sich neben der Tuberkuloseprävention auch Fragen anderer Infektionskrankheiten wie etwa Hepatitis oder HIV (AIDS) widmen.

Die Direktion der Justiz und des Innern ist zudem Mitinitiantin des Projekts «Bekämpfung von Infektionskrankheiten im Gefängnis (BIG) 2008–2010», einem Gemeinschaftsvorhaben des Bundesamts für Gesundheit, des Bundesamts für Justiz und der Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren. Den Projektarbeiten, in die auch der Kanton Zürich mit seinen Institutionen einbezogen ist, liegt ein umfangreicher Projektbeschrieb (http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/00826/01049/03796/index.html?lang=de) zugrunde. Danach werden für vier Themenfelder IST-Analysen erstellt und Massnahmen erarbeitet, nämlich:

1. Daten, Wissen, epidemiologische Surveillance, Monitoring
2. Information und Schulung
3. Prävention, Testung und Behandlung
4. Institutionsübergreifende Themen

Das aufwendige Projekt wurde im Juni 2008 begonnen und wird voraussichtlich 2010 abgeschlossen. In Kürze wird hierzu ein erster Zwischenbericht erwartet. Das mit dem Postulat angesprochene Fragenpektrum ist mit den genannten vier Themenfeldern breit abgedeckt. Die interkantonale Beteiligung gewährleistet dabei die unabhängige Aussensicht, was dem Anliegen des Postulats entspricht. Auch vor diesem Hintergrund ist die Veranlassung eines zusätzlichen Berichts über die gleichen Themenfelder unangemessen.

In der Begründung des Postulats wird schliesslich auch auf die Asylinrichtungen (Durchgangszentren, Notunterkünfte) verwiesen. Zwar sollen diese offenbar nicht Gegenstand des Untersuchungsberichts bilden. Dennoch rechtfertigen sich dazu folgende Hinweise, die sich auf

Abklärungen des Sozialamts unter Beizug des Kantonsarztes stützen, die im Hinblick auf die Beantwortung der Anfrage KR-Nr. 49/2009 betreffend Tuberkulose in Durchgangszentren für Asylsuchende, die gesondert erfolgen wird, veranlasst worden waren.

Im Rahmen des finanziellen Entlastungsprogramms 03 des Bundes wurde auf den 1. Januar 2006 die grenzsanitarische Untersuchung (GSU) zugunsten der grenzsanitarischen Massnahmen (GSM) abgeschafft. Wie dem Bulletin 1 des Bundesamtes für Gesundheit vom 3. Januar 2006 (einsehbar unter www.bag.admin.ch) zu entnehmen ist, werden alle in die Schweiz einreisenden Personen des Asylbereichs durch eine Pflegefachperson nach Symptomen einer Tuberkulose befragt. Diese Person beurteilt den allgemeinen Gesundheitszustand hinsichtlich der Frage, ob eine Tuberkulose vorliegen könnte, und weist die betreffende Person allenfalls einer Ärztin oder einem Arzt zu. Gemäss den technischen Weisungen des BAG betreffend grenzsanitarische Massnahmen bei Personen des Asylbereichs in den Zentren des Bundes und in den Kantonen vom 24. April 2008 werden Zuweisungen von unter Behandlung stehenden TB-Fällen an einen Kanton zwischen der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt, der Betreiberin der Unterkunft und dem Bundesamt für Migration abgesprochen. Es erfolgt eine Meldung an die Kantonsärztin bzw. den Kantonsarzt, die oder der die Weiterführung der Behandlung im Zuweisungskanton veranlasst.

Das Personal in den Asylunterkünften wird durch die jeweiligen Arbeitgebenden ausführlich über die Thematik informiert. Die Angestellten sind sensibilisiert und achten auf die bekannte Symptomatik wie vermehrtes Husten. Bei Verdacht auf eine Tuberkulose-Erkrankung in einem zürcherischen Durchgangszentrum für Asylsuchende wird eine sofortige ärztliche Untersuchung veranlasst. Die Fälle von Tuberkuloseerkrankungen werden von der zuständigen Asylhausärztin oder vom zuständigen Asylhausarzt, vom Kantonsarzt und von der Lungenliga bearbeitet. Gegebenenfalls erfolgt die sofortige Einweisung in ein Spital. Unabhängig vom Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes ist die medizinische Versorgung der betroffenen Personen in jedem Fall gewährleistet.

Sowohl der Kantonsarzt als auch die Lungenliga Zürich haben im Rahmen der erwähnten Abklärungen des Sozialamts nur von Einzelfällen von Tuberkuloseerkrankungen gesprochen und keinen weiteren Handlungsbedarf festgestellt. Ebenso haben die Betreiber der Durchgangszentren gegenüber dem Sozialamt zusätzliche Schutzmassnahmen oder Vorkehrungen als nicht erforderlich bezeichnet.

Aus den dargelegten Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das dringliche Postulat KR-Nr. 37/2009 nicht zu überweisen.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Direktion der Justiz und des Innern.

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

Husi