

6.4 Tuberkulose

Friedemann Groß

Das Wichtigste in Kürze

Gefangene gehören zu einer Risikopopulation für eine Tuberkulose-Erkrankung (TB). Darunter finden sich oft durch Begleiterkrankungen komplizierte Verläufe sowie Infektionen mit medikamentenresistenten Erregern. Im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung ist die TB-Prävalenz bei Gefangenen bis zu 38-mal höher. Die Erfassung von Verdachtsfällen durch aktive Fallfindung (Röntgen-Thoraxaufnahme im Rahmen der Zugangsuntersuchung) sowie die Diagnostik und Therapie dieser Infektionskrankheit sind wichtige Aufgaben der Medizin im Justizvollzug. Neben der Individualfürsorge wird dadurch die Gefährdung von Kontaktpersonen (Personal, Mitinsassen und Besuchern) während der Haft und schließlich auch der Bevölkerung nach der Haftentlassung vermindert. Damit leistet die Medizin im Justizvollzug einen wichtigen Beitrag zur öffentlichen Gesundheitsfürsorge. Im Folgenden wird am Beispiel des Berliner Justizvollzuges das Management der TB-Erkrankung beschrieben.

Epidemiologie

Bei einer in den letzten Jahren stetig abnehmenden Prävalenz der TB (Deutschland 2002: $9,3/10^5$; 2005: $6,9/10^5$) ist die TB im Bewusstsein der Bevölkerung fast verschwunden und droht auch bei Ärzten in Vergessenheit zu geraten (6). Dennoch liegen allein in Europa 14 der weltweit 20 Staaten mit der höch-

sten Rate an resistenten TB-Erregern. In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion und in Osteuropa liegt der Anteil der MDR-TB (Multidrug-resistant Tuberculosis) bei rund 10% der Neuerkrankungen. Bei Patienten, die von dort nach Deutschland kamen, liegt sie sogar bei rund 17% (5). Besonders Menschen mit Hafterfahrung in osteuropäischen Gefängnissen sind gefährdet, mit multiresistenten Erregern infiziert zu sein (2).

Außerdem sind unter den Gefangenen Angehörige sozialer Randgruppen überproportional häufig vertreten. Dazu zählen Menschen ohne festen Wohnsitz, Alkohol- und Drogenabhängige (darunter HIV-Infizierte). Diese gehören zu den Risikopopulationen für eine TB. Die TB-Fallrate bei Inhaftierten in ganz Deutschland ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung mindestens 11-fach erhöht. Es ergibt sich sogar eine 38-fach erhöhte Fallrate bei gesonderter Auswertung der fünf Bundesländer, in denen eine aktive Fallfindung betrieben wurde (Tab. 6.4).

Im Jahr 2005 wurden in Deutschland 79 TB-Erkrankungsfälle aus Justizvollzugsanstalten gemeldet (6). Davon kamen allein 18 aus Berlin (23%), wobei pro Jahr nur 5,5% der Gefangenen bundesweit den Berliner Justizvollzug durchlaufen (ca. 10000/180000).

Die TB-Erkrankungshäufigkeit bei Inhaftierten unterliegt ohne aktive Fallfindung einer deutlichen Unterschätzung (2, 3).

Tabelle 6.4 Anzahl von TB-Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung und bei Inhaftierten in Deutschland 2002; nach (2).

Anzahl der TB-Erkrankungen in Deutschland	2002	Verhältnis TB-Fallrate Inhaftierte zu Fallrate Gesamtbevölkerung
in der Gesamtbevölkerung	$9,3/10^5$	1
bei Inhaftierten insgesamt	$101,3/10^5$	11
bei aktiver Fallfindung unter Inhaftierten (5 Bundesländer)	$334,9/10^5$	37,7

■ Bedeutung der aktiven Fallfindung in Risikopopulationen

Zur TB-Diagnostik gehören grundsätzlich bildgebende Verfahren, Sputumuntersuchungen, Intra-kutan-Test (nach Mendel-Mantoux) und/oder Interferon-Test.

In der Gesamtbevölkerung resultieren ca. 85% der TB-Fälle aus der passiven Fallfindung, also durch Abklärung von Symptomen wie Husten, Hämoptysen oder Gewichtsabnahme. Nur 15% werden durch aktive Fallfindung aufgedeckt, d. h. bei Umgebungsuntersuchungen eines TB-Erkrankten durch das Gesundheitsamt oder durch Röntgen-Thorax-Untersuchungen von Risikopopulationen (6). Eine gesonderte Betrachtung der Gefangenen-Risikopopulation ergibt ein genau umgekehrtes Bild: In über 85% von im Gefängnis entdeckten Erkrankungen hatten die Patienten keine oder nur unspezifische Symptome (1). Beispielsweise ist selbst ein produktiver Husten kein spezifisches Symptom, das wegweisend für eine TB ist, weil die überwiegende Zahl der Gefangenen als Raucher eine chronische Bronchitis hat. Somit ist die ärztliche Anamnese und Untersuchung bei Haftantritt allein nicht ausreichend, um Verdachtsfälle zu finden. Die Mehrzahl der Erkrankungen kann folglich nur durch eine aktive Fallfindung erfasst werden.

Die Grundlage der aktiven Fallfindung ist die Röntgen-Thorax-Untersuchung bei Haftantritt (3).

Hierzu ermächtigt ausdrücklich das IfSG im § 36(4): „Personen, die in eine Justizvollzugsanstalt aufgenommen werden, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge zu dulden.“

Eine Mitwirkungspflicht zum Erhalt und zur Wiederherstellung seiner Gesundheit wird dem Inhaftierten auch im StVollzG aufgegeben, wie andererseits die Verpflichtung der Institution besteht, für die Gesundheit des Gefangenen zu sorgen. Nach der Garantienpflicht hat ein Gefangener ein Recht darauf, vor gesundheitlichen Schäden durch die Haft und vor den in der Zwangsgemeinschaft begründeten Gefahren geschützt zu werden (§§ 56–58 StVollzG).

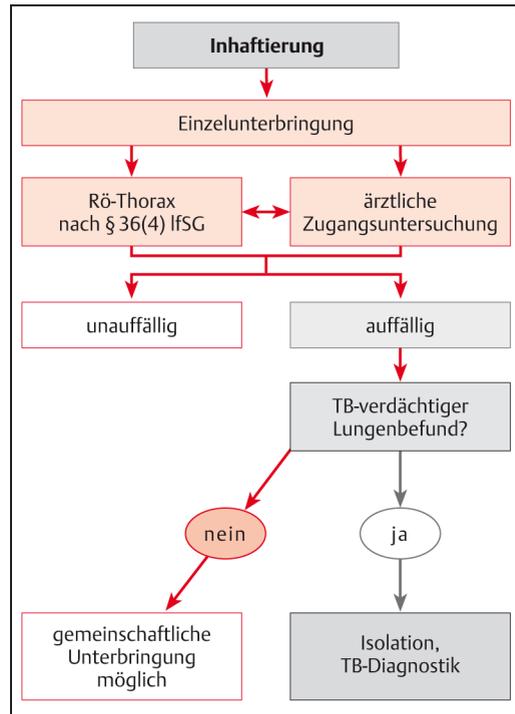


Abb. 6.4 Aktive Fallfindung im Berliner Justizvollzug.

Im Berliner Justizvollzug (ca. 5500 Haftplätze in elf Anstalten) sind bzgl. der aktiven Fallfindung die notwendigen personellen, räumlichen und technischen Voraussetzungen gegeben. Das Fluss-schema in Abb. 6.4 zeigt die Vorgehensweise im Berliner Justizvollzug.

■ Kasuistik

Am 09.01.2008 wurde der 46-jährige G. in eine Berliner Justizvollzugsanstalt aufgenommen und am Folgetag einer Röntgen-Thorax-Zugangsuntersuchung (Abb. 6.5) zugeführt.

Ein TB-verdächtiger Befund führte sofort zur stationären Unterbringung im Justizvollzugskrankenhaus. In der Sputumprobe wurden mikroskopisch massenhaft säurefeste Stäbchen nachgewiesen. Durch sofortige Isolation konnte eine Weiterverbreitung der TB-Infektion im Berliner Justizvollzug verhindert werden. Allerdings befand sich Herr G. bereits seit sechs Wochen in Haft in einem anderen Bundesland und war in den ersten fünf Wochen in einer Doppelbelegung mit drei verschiedenen Men-



Abb. 6.5 Röntgen-Thorax im Rahmen der Zugangsuntersuchung.

schen untergebracht. Anschließend erfolgte der Gefangenentransport über mehrere Justizvollzugsanstalten in wechselnden Gemeinschaften und engen Transportkabinen. Von dem Gefangenen G. befanden sich im Röntgenarchiv des Justizvollzugskrankenhauses Berlin (JVKB) Schirmbildaufnahmen zum Vergleich (5/2000; 4/2001; 10/2001; 12/2002). Aus einer bisher stabilen, sehr diskreten narbigen Verschattung im linken Mittelfeld war es schließlich zu einer Reaktivierung einer bisher nie behandelten Tuberkuloseerkrankung gekommen. Entsprechend der Meldeverpflichtung nach §6 IfSG erfolgte die Mitteilung der behandlungsbedürftigen TB an das für das JVKB zuständige Gesundheitsamt, nachrichtlich an die Gesundheitsämter des Erstwohnsitzes des Patienten und des Zweitwohnsitzes (er arbeitete als Bauarbeiter auswärts), schließlich an das Gesundheitsamt der erstaufnehmenden JVA sowie nachrichtlich an den Leiter dieser JVA.

▶ Konsequente aktive Fallfindung ermöglicht TB-Früherkennung, verhindert Infektionsausbreitung und erspart Umgebungsuntersuchungen!

■ TB-Erkrankungen und Fallmanagement – Besonderheiten im Justizvollzug

Besonderheiten der Tuberkuloseerkrankungen bei Gefangenen ergeben sich aus sozialen und medizinischen Risikofaktoren, wie Obdachlosigkeit, Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Die Weiterentwicklung der tuberkulösen Infektion zur manifesten Erkrankung bis zur offenen Lungentuberkulose wird begünstigt durch Immunschwäche bei HIV-Infektion sowie durch Mangel- und Fehlernährung.

Kriminelles Verhalten ist Missachtung des Wohls anderer Menschen. Eine Suchterkrankung ist selbstzerstörerisches Verhalten und Desinteresse an der eigenen Gesundheit. Das zeigt sich in fehlender Krankheitseinsicht mit der Folge der Verweigerung oder des Abbruchs der Behandlung oder in einer unregelmäßigen Medikamenteneinnahme, die den Behandlungserfolg infrage stellt.

Die Therapie wird erschwert durch

- unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei einer vorbestehenden Leberschädigung durch Infektion mit den Erregern der Hepatitis B/C oder durch Alkoholabusus;
- kulturelle Eigenheiten und Sprachbarrieren (bei Ausländern),
- Mono-, Poly- und Multiresistenzen auch bei bisher nicht behandelten Patienten (können zu verlängerter Keimausscheidung, erfolgloser Behandlung und Verbreitung der resistenten Tuberkulosebakterien führen).

Bei TB-Verdacht sollte umgehend die Einzelunterbringung erfolgen, nach Möglichkeit in einer Krankenstation oder einem Justizvollzugskrankenhaus. Die Namen von Kontaktpersonen (Inhaftierte und Bedienstete) sind festzuhalten, um für eine Umgebungsuntersuchung durch das Gesundheitsamt im Falle der Bestätigung des Tuberkuloseverdachts eine Arbeitsgrundlage zu haben.

Patienten mit schwierigen Verlaufsformen (multiresistente Erreger, Therapie mit Reservemitteln, komplizierende Begleiterkrankungen wie Leberzirrhose oder HIV-Infektion mit entsprechender Ko-Medikation) müssen in dafür spezialisierte stationäre Einrichtungen verlegt werden. Frühzeitig sollte der Rat eines Pneumologen eingeholt werden.