

Sandra von Steinau-Steinrück

Die staatliche Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten

**Rechtliche Rahmenbedingungen,
grundgesetzliche Schutzpflichten
und Eingriffsgrenzen**

Die staatliche Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten

Sandra von Steinau-Steinrück

Die staatliche Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten

**Rechtliche Rahmenbedingungen,
grundgesetzliche Schutzpflichten
und Eingriffsgrenzen**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zugl.: Berlin, Freie Univ., Diss., 2012

D 188

ISBN 978-3-631-64095-1 (Print)

ISBN 978-3-653-02654-2 (E-Book)

DOI 10.3726/978-3-653-02654-2

© Peter Lang GmbH

Internationaler Verlag der Wissenschaften

Frankfurt am Main 2013

Alle Rechte vorbehalten.

PL Academic Research ist ein Imprint der Peter Lang GmbH

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des

Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages
unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die
Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

www.peterlang.de

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im Dezember 2011 von der Juristischen Fakultät der Freien Universität Berlin als Dissertation angenommen. Rechtsprechung und Literatur sind bis Anfang Dezember 2011 berücksichtigt.

Herzlich danken möchte ich meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Christian Pestalozza. Er hat die Arbeit über lange Zeit mit großem Einsatz begleitet. Prof. Dr. Helge Sodan hat das Zweitgutachten übernommen.

Meiner Familie und ganz besonders meinem Mann Robert danke ich für die große Unterstützung.

Berlin, im Januar 2013

Sandra v. Steinau-Steinrück

Inhaltsübersicht

Einleitung	15
Zum Begriff der Infektionskrankheit	19
1. Teil: Rechtliche Rahmenbedingungen der staatlichen Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten	21
A. Regelungen auf internationaler Ebene	21
I. Entwicklung einer internationalen Zusammenarbeit	21
II. Völkerrechtliche Regelungen	32
III. Regelungen des Europäischen Unionsrechts	42
IV. Ergebnis	57
B. Kompetenzen zum Schutz vor Infektionskrankheiten	58
I. Gesetzgebungskompetenzen	58
II. Verwaltungskompetenzen beim Vorgehen zum Schutz vor Infektionskrankheiten	69
III. Ergebnis	71
C. Bundesgesetze zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten	72
I. Entwicklung der Seuchengesetzgebung in Deutschland	72
II. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG)	81
III. Tierseuchenrechtliche Vorschriften	100
IV. Ergebnis	105
D. Katastrophenschutzrecht	106
E. Zusammenwirken der nationalen und internationalen Regelungen zum Infektionsschutz	108
F. Zusammenfassung	110
2. Teil: Staatliche Schutzpflicht und Recht auf gesundheitsschützende staatliche Leistungen	111
A. Schutz der Gesundheit durch Grundrechte und grundrechtsgleiche Rechte	112
I. Grundrechtlicher Schutz der Gesundheit vor Beeinträchtigungen	112
II. Grundrechtlicher Schutz der Gesundheit vor Gefährdungen	117

B. Schutz der Gesundheit auf der Grundlage der Grundrechtsschranken ...	119
I. Qualifizierte Gesetzesvorbehalte	120
II. Einfache Gesetzesvorbehalte und verfassungsimmanente Schranken	123
C. Schutz der Gesundheit auf der Grundlage der Gesetzgebungs- kompetenzen des Grundgesetzes	125
D. Staatliche Verpflichtung zum Schutz der Gesundheit vor Infektionskrankheiten	126
I. Existenz einer staatlichen Schutzpflicht	126
II. Objektive Schutzpflicht und subjektives Schutzrecht	134
III. Adressat der Schutzpflicht	136
IV. Anforderungen an die Gefahrenquelle	138
V. Bestimmung der schutzpflichtenaktivierenden Gefahrenschwelle	146
VI. Verfassungsgerichtliche Durchsetzung der Schutzpflicht	152
E. Recht auf staatliche gesundheitsschützende Leistungen	153
I. Existenz eines Rechts auf gesundheitsschützende staatliche Leistungen	154
II. Beispiele für Leistungsrechte beim Infektionsschutz	160
F. Zusammenfassung	167
 3. Teil: Staatliche Eingriffsmaßnahmen zum Infektionsschutz nach dem Infektionsschutzgesetz und ihre verfassungsrechtlichen Grenzen ...	169
A. Verhütung von Infektionskrankheiten	169
I. Allgemeine Maßnahmen nach § 16 IfSG	169
II. Besondere Maßnahmen nach § 17 IfSG	176
III. Schutzimpfungen nach § 20 IfSG	178
IV. Weitere Vorschriften zur Schutzimpfung	194
B. Bekämpfung von Infektionskrankheiten	195
I. Behandlungsmaßnahmen (§ 24 IfSG)	196
II. Ermittlungsmaßnahmen (§§ 25, 26 IfSG)	197
III. Schutzmaßnahmen (§ 28–32 IfSG)	200
C. Zusammenfassung	226
 Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der Arbeit	229
 Literaturverzeichnis	231

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	15
Zum Begriff der Infektionskrankheit	19
1. Teil: Rechtliche Rahmenbedingungen der staatlichen Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten	21
A. Regelungen auf internationaler Ebene	21
I. Entwicklung einer internationalen Zusammenarbeit	21
1. Internationale Gesundheitsräte und Sanitätskonferenzen	23
2. Gesundheitsorganisation des Völkerbundes	26
3. Die Errichtung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	29
II. Völkerrechtliche Regelungen	32
1. Multilaterale Verträge	32
a) Internationale Gesundheitsvorschriften der WHO	32
b) Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte	36
c) Europäische Menschenrechtskonvention	37
d) Europäische Sozialcharta	38
e) Verträge über das gemeinsame Vorgehen gegen einzelne Krankheiten	40
2. Bilaterale Verträge: Abkommen über gegenseitige Hilfe im Katastrophenfall	40
III. Regelungen des Europäischen Unionsrechts	42
1. Primärrechtliche Grundlagen	42
a) Art. 6 Satz 2 lit. a AEUV	42
b) Art. 9 AEUV: Gesundheitsschutz als Tätigkeitsfeld der Europäischen Union	43
c) Art. 168 AEUV (ex-Art. 152 EG) als Rechtsgrundlage für unmittelbar gesundheitsschützende Maßnahmen	44
d) Art. 4 Abs. 3 EUV: Aufgaben und Pflichten der Mitgliedstaaten	46
e) Gesundheitsschutz als mittelbares Ziel sonstiger Politiken der Europäischen Union	47

f) Gesundheitsschutz nach der Charta der Grundrechte der EU	48
2. Sekundäres Unionsrecht	50
a) Entscheidung Nr. 2119/98/EG: Netz für die Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten	50
b) Entscheidung Nr. 2000/57/EG: Frühwarn- und Reaktionssystem für die Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten	51
c) Entscheidung Nr. 2000/96/EG: Katalog von epidemiologisch zu überwachenden Krankheiten	52
d) Entscheidung Nr. 2002/253/EG: Falldefinitionen für die Meldung übertragbarer Krankheiten an das Gemeinschaftsnetz	52
e) Verordnung Nr. 851/2004: Europäisches Zentrum für die Prävention und Bekämpfung von Seuchen (ECDC)	52
f) Unionsmaßnahmen gegen einzelne Infektionskrankheiten	53
3. Verhältnis der sekundären EU-Vorschriften zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften	55
IV. Ergebnis	57
B. Kompetenzen zum Schutz vor Infektionskrankheiten	58
I. Gesetzgebungskompetenzen	58
1. Konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes und der Länder nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG	58
a) Regelungsgegenstand	59
b) Begriff der Maßnahme	62
2. Gesetzgebungskompetenz der Länder	64
3. Kompetenzen im Katastrophenfall	67
II. Verwaltungskompetenzen beim Vorgehen zum Schutz vor Infektionskrankheiten	69
III. Ergebnis	71
C. Bundesgesetze zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten	72
I. Entwicklung der Seuchengesetzgebung in Deutschland	72
II. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG)	81
1. Das Infektionsschutzgesetz als Reformgesetz	81
2. Regelungsgegenstand: übertragbare Krankheiten sowie Infektionen beim Menschen	82
a) Auf den Menschen übertragbare Krankheit	82
b) Infektion des Menschen	83
3. Informationsinstrumente	84

a) Information und Aufklärung der Allgemeinheit (§ 3 IfSG)	84
b) Bund-Länder-Informationsverfahren (§ 5 IfSG)	85
c) Meldewesen (§§ 6 bis 15 IfSG)	86
4. Eingriffsinstrumente	87
a) Eingriffsvoraussetzung: Gefahr oder Gefahrverdacht	88
b) Unterscheidung zwischen Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen	90
c) Generalklausel und spezielle Maßnahmen	92
5. Adressaten der Eingriffsmaßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz	93
a) Adressaten nach § 2 Nr. 4 bis 7 IfSG	94
aa) Der Kranke (§ 2 Nr. 4 IfSG)	94
bb) Der Krankheitsverdächtige (§ 2 Nr. 5 IfSG)	94
cc) Ausscheider (§ 2 Nr. 6 IfSG)	95
dd) Der Ansteckungsverdächtige (§ 2 Nr. 7 IfSG)	95
b) „Carrier“	96
c) Störer und Nichtstörer	97
d) Adressaten nach § 2 Nr. 4 bis 7 IfSG als „Störer“	98
6. Die Rolle des Robert Koch-Instituts	99
III. Tierseuchenrechtliche Vorschriften	100
1. Das Tierseuchengesetz (TierSG)	100
a) Kompetenzgrundlage und Regelungsgegenstand	101
b) Zielrichtung der Maßnahmen/Adressatenkreis	101
c) Regelungen nach dem Tierseuchengesetz	101
d) Die Rolle des Friedrich-Löffler-Instituts	104
2. Weitere tierseuchenrechtliche Vorschriften	104
IV. Ergebnis	105
D. Katastrophenschutzrecht	106
E. Zusammenwirken der nationalen und internationalen Regelungen zum Infektionsschutz	108
F. Zusammenfassung	110
2. Teil: Staatliche Schutzpflicht und Recht auf gesundheitsschützende staatliche Leistungen	111
A. Schutz der Gesundheit durch Grundrechte und grundrechtsgleiche Rechte	112
I. Grundrechtlicher Schutz der Gesundheit vor Beeinträchtigungen	112
1. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG: Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit	113
2. Art. 104 Abs. 1 Satz 2 GG: Verbot der Misshandlung	116

3. Art. 1 Abs. 1 GG: Recht auf Achtung und Schutz der Menschenwürde	116
II. Grundrechtlicher Schutz der Gesundheit vor Gefährdungen	117
B. Schutz der Gesundheit auf der Grundlage der Grundrechtsschranken	119
I. Qualifizierte Gesetzesvorbehalte	120
1. Art. 11 Abs. 2 GG	120
2. Art. 13 Abs. 7 GG	121
3. Art. 12a Abs. 4 GG	122
4. Art. 6 Abs. 3 GG	123
II. Einfache Gesetzesvorbehalte und verfassungsimmanente Schranken	123
C. Schutz der Gesundheit auf der Grundlage der Gesetzgebungskompetenzen des Grundgesetzes	125
D. Staatliche Verpflichtung zum Schutz der Gesundheit vor Infektionskrankheiten	126
I. Existenz einer staatlichen Schutzpflicht	126
1. Ableitung einer Schutzpflicht aus den Grundrechten	126
2. Ableitung einer Schutzpflicht aus den Grundrechtsschranken	131
3. Ableitung einer Schutzpflicht aus den Gesetzgebungskompetenzen	134
II. Objektive Schutzpflicht und subjektives Schutzrecht	134
III. Adressat der Schutzpflicht	136
IV. Anforderungen an die Gefahrenquelle	138
1. Staat als Verursacher einer Gesundheitsgefahr	138
2. Gesundheitsgefahr durch Private	139
3. Naturgefahr Infektionskrankheit	141
4. Grundrechtsträger als Gesundheitsgefahr für sich selbst	143
V. Bestimmung der schutzpflichtenaktivierenden Gefahrenschwelle	146
1. Bestimmung in Anlehnung an den Gefahrenbegriff im Polizeirecht	147
2. Lösungsvorschlag	149
a) Gefahrenschwelle für das Eingreifen der Legislative	149
b) Gefahrenschwelle für ein Eingreifen der Exekutive	151
VI. Verfassungsgerichtliche Durchsetzung der Schutzpflicht	152
E. Recht auf staatliche gesundheitsschützende Leistungen	153
I. Existenz eines Rechts auf gesundheitsschützende staatliche Leistungen	154
1. Derivatives Leistungsrecht	156
2. Originäres Leistungsrecht	158

II. Beispiele für Leistungsrechte beim Infektionsschutz	160
1. Recht des Einzelnen auf Finanzierung von Forschungseinrichtungen und auf staatliche Forschungsmaßnahmen	160
2. Recht auf Information und Aufklärung über neue Gesundheitsgefahren	163
3. Recht auf Teilnahme an Impfungen	166
F. Zusammenfassung	167
 3. Teil: Staatliche Eingriffsmaßnahmen zum Infektionsschutz nach dem Infektionsschutzgesetz und ihre verfassungsrechtlichen Grenzen	169
A. Verhütung von Infektionskrankheiten	169
I. Allgemeine Maßnahmen nach § 16 IfSG	169
1. Generalklausel des § 16 Abs. 1 IfSG	169
2. Regelung des § 16 Abs. 2 IfSG	173
3. Regelung des § 16 Abs. 3 IfSG	175
II. Besondere Maßnahmen nach § 17 IfSG	176
III. Schutzimpfungen nach § 20 IfSG	178
1. Bedeutung der Impfung als Verhütungsmaßnahme	178
2. Regelungsgehalt des § 20 IfSG	179
3. Freiwillige Impfung: Impfstoffknappheit und priorisierte Versorgung	181
a) Grundproblem der Impfstoffknappheit im Pandemiefall	181
b) Vergleich zum Problem der Knappheit medizinischer Güter in der Transplantationsmedizin	184
c) Vereinbarkeit einer priorisierten Versorgung bestimmter Personen mit Art. 3 Abs. 1 GG	186
aa) Vorliegen einer Ungleichbehandlung	186
bb) Rechtfertigung der Ungleichbehandlung	187
cc) Grundsatz der Selbstbindung der Verwaltung	189
4. Staatliche Anordnung von Impfungen	190
a) § 20 Abs. 6 und 7 IfSG als Ermächtigungsgrundlagen	190
b) Vereinbarkeit mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG	191
c) Ausnahmen von der Impfpflicht	194
IV. Weitere Vorschriften zur Schutzimpfung	194
B. Bekämpfung von Infektionskrankheiten	195
I. Behandlungsmaßnahmen (§ 24 IfSG)	196
II. Ermittlungsmaßnahmen (§§ 25, 26 IfSG)	197

1. Vorladung von Personen	197
2. Anordnung einer Untersuchung	198
a) Mögliche Untersuchungen	198
b) Grundrechtliche Relevanz	199
III. Schutzmaßnahmen (§ 28–32 IfSG)	200
1. Generalklausel des § 28 IfSG	200
2. Zulässigkeit einer Regelung über die Anordnung einer Heilbehandlung	201
a) Zulässigkeit nach geltendem Gesetzesrecht	201
b) Verfassungsrechtliche Zulässigkeit	202
aa) Vereinbarkeit mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1, 2. Alt. GG	203
bb) Vereinbarkeit mit dem Recht auf Leben aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1, 1. Alt. GG	207
cc) Vereinbarkeit mit der Menschenwürdegarantie aus Art. 1 Abs. 1 GG	208
dd) Vereinbarkeit mit dem Misshandlungsverbot aus Art. 104 Abs. 1 Satz 2 GG	209
ee) Vereinbarkeit mit dem Selbstbestimmungsrecht	209
3. Beobachtung (§ 29 IfSG)	211
a) Regelungsgehalt	211
b) Durchführung	211
c) Verfassungsrechtliche Grenzen	212
4. Quarantäne (§ 30 IfSG)	213
a) Regelungsgehalt	213
b) Verfassungsrechtliche Grenzen	216
5. Berufliches Tätigkeitsverbot (§ 31 IfSG)	218
a) Regelungsgehalt	218
b) Entschädigung nach § 56 IfSG	218
c) Praktische Fälle	219
aa) Berufliches Tätigkeitsverbot für Ärzte und in sonstige medizinische Berufen	219
bb) Berufliches Tätigkeitsverbot für Prostituierte	222
d) Anwendbarkeit der Entschädigungsregelung des § 56 IfSG	225
C. Zusammenfassung	226
Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der Arbeit	229
Literaturverzeichnis	231

Einleitung

Nach den weltweiten Erfolgen bei der Eindämmung der Nachkriegsseuchen (wie zum Beispiel Typhus und Ruhr) galten Infektionskrankheiten – jedenfalls in den Industrienationen – als besiegt oder zumindest besiegbare. Damit nahm auch der Stellenwert der infektionsepidemiologischen Überwachung ab. So wurden auch im deutschen Gesundheitswesen in den vergangenen Jahrzehnten andere Prioritäten gesetzt. Jedoch sind Infektionskrankheiten weltweit weiterhin eine der häufigsten Todesursachen. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für das Jahr 2002 waren bei weltweit rund 57 Millionen Toden 26% auf infektiöse und parasitäre Erkrankungen sowie Atemwegsinfektionen zurückzuführen.¹ Bei Kindern unter fünf Jahren gingen nach Schätzung der WHO für die Jahre 2000 bis 2003 19% der Todesfälle auf eine akute Atemwegsinfektion zurück.²

Für die Bundesrepublik Deutschland wird geschätzt, dass es sich bei 25 bis 30 % aller diagnostizierten Erkrankungen um Infektionen oder infektiöse Komplikationen bei anderen Krankheiten handelt.³ Besondere öffentliche Aufmerksamkeit erregten in letzter Zeit neue und aggressivere Varianten von bekannten oder bislang unbekannten Erregern, zum Beispiel SARS⁴ oder die beiden neuen Subtypen des Influenza A-Virus H5N1 als Erreger der sogenannten Vogelgrippe und H1N1 als Erreger der „Schweinegrippe“.

Auch Lebensmittelinfektionen, die durch Bakterien wie durch Salmonellen und durch verschiedene Viren übertragen werden, treten in Deutschland häufig auf, pro Jahr werden 200.000 Fälle gemeldet.⁵ Im Jahr 2011 gab es in Deutschland eine EHEC⁶-Epidemie, bei welcher als Folge gehäuft das hämo-

1 WHO World Health Report 2004, Annex Table 2, S. 120, <http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_2_en.pdf> (Stand: 25.11.2011).

2 WHO World Health Report 2005, S. 190, <http://www.who.int/whr/2005/annex/annexes3-4_en.pdf> (Stand: 25.11.2011).

3 Siehe die Entwurfsbegründung zum Infektionsschutzgesetz, BT-Drucks. 14/2530, S. 37.

4 Schweres Akutes Atemwegssyndrom (Severe Acute Respiratory Syndrome), siehe Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Stichwort: SARS.

5 Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht für Deutschland, 2006, S. 53, abrufbar im Internet unter <<http://www.gbe-bund.de>> (Stand: 25.11.2011).

6 Enterohämorrhagische Escherichia coli. Siehe Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Stichwort: Escherichia coli.

lytisch-urämische Syndrom (HUS) auftrat, was bei einer Reihe von Infizierten zum Tode führte.⁷

Jedes staatliche Tätigwerden zum Schutz vor neu auftretenden Infektionskrankheiten steht vor der Herausforderung, dass zunächst wenig über die jeweilige Krankheit bekannt ist. Häufig bestehen beispielsweise Unklarheiten über Übertragungswege und -risiken von Infektionskrankheiten. So ist bislang zum Beispiel nicht vollständig geklärt, wie der Erreger H5N1 auf den Menschen übertragen werden kann. Aufgrund dieser unsicheren Tatsachenlage werden von den Behörden unter Umständen Vorsichtsmaßnahmen ergriffen, die sich im Nachhinein als ungeeignet oder unnötig erweisen. Auch der erhebliche Einfluss der Medien auf die öffentliche Meinungsbildung spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Durch die Berichterstattung der Medien kann ein enormer politischer Druck zur Ergreifung effektiver Abwehrmaßnahmen entstehen. Eine wichtige Aufgabe der Verwaltung liegt darin, ihr Tätigwerden zum Infektionsschutz angemessen gegenüber den Bürgern zu kommunizieren. Im Vergleich zu früher hat die Medizin erhebliche Fortschritte erzielt. Auch sind die Erwartungen der Bürger an die Medizin gestiegen. Andererseits wird der Aktionsradius des Staates durch die Eingriffsabwehrrechte der Betroffenen reduziert.

Eine Ursache dafür, dass Infektionskrankheiten immer wieder neu auftreten, ist die Natur der Krankheitserreger. Als lebende Organismen können sie sich ständig verändern. Der Anstieg der Infektionskrankheiten ist wesentlich durch die Internationalisierung aller Lebensbereiche und damit vor allem durch menschliches Verhalten bedingt. So hat die Mobilität der Menschen stark zugenommen. Krankheitserreger gelangen durch Touristen und Geschäftsreisende nach Deutschland. Auch durch soziale Umbrüche und Bürgerkriege kommt es zu Flüchtlingswellen und Bevölkerungswanderungen, die die Verbreitung von Infektionskrankheiten fördern. Eine wichtige Ursache für den Anstieg von Infektionskrankheiten liegt im weltweiten Warentransport im Rahmen der zunehmenden Globalisierung. Außerdem finden teilweise unzureichende hygienische Kontrollen bei Trink-, Bade- und Abwasser und zu wenige Kontrollen der Fleisch- und Lebensmittelindustrie statt. Auch der nicht lückenlos überwachte Einsatz von Antibiotika als Aufwuchszusatz und Leistungsförderer in der Massentierhaltung spielt eine Rolle.⁸ Das Zusammenrücken von Menschen und Tieren und die Eroberung tierischer Lebensräume führen dazu, dass der Austausch zwischen Mikroorganismen und Säugetieren intensiviert wird. Erreger von Tierseuchen können dadurch schneller „passagieren“ und innerhalb kurzer

7 Siehe den Abschlussbericht des Robert Koch-Instituts zum EHEC/HUS-Ausbruch, <http://www.rki.de/cln_234/nn_467482/DE/Content/InfAZ/E/EHEC/EHEC-Abschlussbericht.html> (Stand: 25.11.2011).

8 *Gottschalk*, Neue und hochinfektiöse Krankheitserreger, S. 6.

Zeit viele Wirte nacheinander infizieren. Den Erregern wird die Möglichkeit einer schnelleren Adaption verschafft. Mit ansteigender Vermehrung erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit von Mutationen im Erbgut. Das führt zum Beispiel bei viralen Erregern zur Entstehung neuer Virusvarianten. Außergewöhnliche Seuchenzustände durch Naturereignisse können in Deutschland am ehesten nach Sturmfluten oder Überschwemmungen auftreten,⁹ die als Folge der drohenden Klimakatastrophe künftig in größerer Anzahl zu erwarten sind.

Diesen besonderen Gegebenheiten muss ein effektiver staatlicher Infektionsschutz Rechnung tragen. Ein spezifisch auftauchendes Problem ist die Tatsache, dass sich bestimmte Infektionskrankheiten regelmäßig über Staatsgrenzen hinweg ausbreiten. Deshalb erweist sich ein staatliches Handeln im Alleingang oft als wenig sinnvoll. Ein wirksamer Infektionsschutz setzt unter anderem auch die Schaffung geeigneter nationaler und internationaler Institutionen voraus.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, krankheitsübergreifend Antworten auf verfassungsrechtliche Fragen bei der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu finden. Auf einzelne Infektionskrankheiten wird beispielhaft zur Veranschaulichung eingegangen.

Im ersten Teil der Arbeit wird untersucht, auf welchen rechtlichen Grundlagen die staatliche Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beruht. Neben nationalen Vorschriften existiert hier eine Reihe von Regelungen des Europäischen Unionsrechts, die grundsätzlich gegenüber jeglichem nationalen Recht vorrangig sind. Zudem ergibt sich ein wichtiger Einfluss auf das staatliche Handeln durch völkerrechtliche Verträge. Die internationalen Regelungen sollen wegen ihrer herausragenden inhaltlichen Bedeutung für die staatliche Tätigkeit zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten vor den nationalen Vorschriften behandelt werden. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ist die zentrale Kompetenznorm des nationalen Gesetzgebers. Im Folgenden werden die Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes und der Länder und die Verteilung der Verwaltungskompetenzen erörtert. Weiter ist auf die wichtigsten bundesgesetzlichen Regelungen zum Infektionsschutz und die den Ländern verbleibenden Kompetenzen einzugehen.

Der zweite Teil der Arbeit hat den Ausgangspunkt, dass der Einzelne oftmals nicht in der Lage ist, sich selbstständig angemessen vor Krankheiten zu schützen. Ein Grund ist, dass der Staat durch die eigene Forschungstätigkeit einen Informationsvorsprung hat, der durch die Einbindung in internationale Netzwerke deutlich verstärkt wird. Neben der Kenntnis der notwendigen Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten verfügt der Staat im

9 So die Einschätzung des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe/AKNZ, Problemstudie Risiken in Deutschland, Teil 1, S. 25.

Regelfall über die Mittel und Ressourcen, um einer Krankheit wirksam zu begegnen. Der Bürger ist zum Schutz seiner Gesundheit auf die Hilfe und Fürsorge des Staates angewiesen. Deshalb ist der Frage nachzugehen, ob sich aus der Verfassung eine Verpflichtung des Staates zum Schutz seiner Bürger vor Infektionskrankheiten ergibt.¹⁰ Sofern die Frage bejaht wird, ist zu klären, welchen genauen Inhalt eine solche Verpflichtung haben kann. Die Verfassungen der Länder und daraus folgende Rechte sollen im Rahmen der Arbeit außer Betracht bleiben, auf einzelne Regelungen wird lediglich beispielhaft eingegangen.

Im Zusammenhang mit der staatlichen Schutzpflicht steht die Problematik des Anspruchs des Einzelnen auf staatliche Leistungen im Bereich des Infektionsschutzes. Zu klären ist daher auch die Existenz eines grundrechtlichen Leistungsrechts und dessen mögliche Ausgestaltung. Bei der Frage der Ausgestaltung sollen beispielhaft als Kernprobleme das Recht auf Impfmaßnahmen sowie das Recht auf staatliche Aufklärung über Gesundheitsgefahren den Gegenstand der Untersuchung bilden. Im dritten Teil werden die Eingriffsmaßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz näher untersucht. Die spezifischen Grenzen des Grundgesetzes, denen einzelne gesetzlich vorgesehene besondere Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz unterliegen, werden aufgezeigt. Im Tierseuchengesetz vorgesehene Maßnahmen, die sich auch an Tierbesitzer richten und deshalb mit deren Grundrechten vereinbar sein müssen, sollen in der Arbeit ausgeklammert bleiben.

10 Die Verfassungen der Länder, aus denen sich möglicherweise auch staatliche Verpflichtungen ableiten ließen, sollen im Rahmen dieser Arbeit nicht näher untersucht werden. Relevante Vorschriften der Länderverfassungen werden daher im Folgenden nur beispielhaft benannt.

Zum Begriff der Infektionskrankheit

Zu Beginn der Ausführungen soll der im Titel dieser Arbeit verwendete Begriff der Infektionskrankheit geklärt werden.¹¹

Dieser Begriff taucht im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)¹² im Gesetzestitel – und nur dort – auf und wird im Gesetz nicht definiert.¹³ Als Infektionskrankheit wird in der Wissenschaft eine durch eine Infektion hervorgerufene, akut oder chronisch verlaufende Krankheit bezeichnet.¹⁴ Der medizinische Begriff „Infektion“ (zu lat. *infectio*, *infectum* „hineintun“, „anstecken“) bezeichnet dabei die Ansteckung, das heißt das Eindringen von lebenden Krankheitserregern (Mikroorganismen: Bakterien, Pilze, Viren, Würmer, Protozoen) in einen Makroorganismus.¹⁵ Eine Infektion kann Menschen und Tiere, aber auch Pflanzen betreffen.¹⁶ Die lebenden Erreger dringen von außen in die Organe oder Gewebe ein und sind in der Lage, sich innerhalb des sogenannten „Wirts“ zu vermehren, und auf andere Individuen übertragen zu werden.¹⁷

Eine solche Infektion ist Voraussetzung für die Entstehung einer Infektionskrankheit. Aber nicht stets führen die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine anschließende Vermehrung zu einer Krankheit. Eine infizierte Person kann allerdings auch ohne eigene Erkrankung den aufgenommenen Krankheitserreger weiterverbreiten. Ob eine Infektion tatsächlich zum Ausbruch einer Infektionskrankheit führt, hängt von der Wechselbeziehung zwischen Mikroorganismus („Gast“) und Makroorganismus („Wirt“) ab. Entstehung und Verlauf einer Infektionskrankheit hängen außerdem von der Empfänglichkeit bzw. Unempfänglichkeit (Basisimmunität) und von der Abwehr- und Überwindungskraft (Immunität) des Makroorganismus ab.

11 Alle übrigen Begriffe, die in der Arbeit eine Rolle spielen und für die entweder nicht auf eine Legaldefinition zurückgegriffen werden kann oder wo es Unterschiede zwischen dem alltäglichen Sprachgebrauch, der herkömmlichen medizinischen Definition und der vom Gesetzgeber verwendeten Definition gibt, werden dann bei ihrem jeweils ersten Auftauchen erläutert.

12 Vom 20.7.2000, BGBl. I 2000, S. 1045, zuletzt geändert durch Gesetz vom 28.7.2011, BGBl. I 2011, S. 1622.

13 In § 2 Nr. 2 IfSG wird allerdings der Begriff der Infektion definiert.

14 Brockhaus Enzyklopädie, Stichwort: Infektionskrankheiten.

15 Brockhaus Enzyklopädie, Stichwort: Infektion.

16 Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Stichwort: Infektion.

17 Duden, Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe, Stichwort: Infektion.

In § 2 Nr. 2 IfSG wird der Begriff der Infektion im Hinblick auf den Makroorganismus enger definiert und bezeichnet die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung und Vermehrung im *menschlichen* Organismus. Das Infektionsschutzgesetz schränkt also den medizinischen Begriff entsprechend dem Gesetzeszweck nach § 1 IfSG, Infektionskrankheiten beim Menschen zu verhüten und zu bekämpfen, ein. Im Tierseuchengesetz (TierSG)¹⁸ taucht der Begriff der Infektion bei der Definition des Begriffs der Tierseuchen auf. Diese werden in § 1 Abs. 2 Nr. 1 TierSG definiert als Krankheiten oder Infektionen mit Krankheitserregern, die bei Tieren auftreten und auf Tiere oder Menschen (Zoonosen) übertragen werden können.

Anstelle des Begriffs der Infektionskrankheit wird im Infektionsschutzgesetz durchgehend der Begriff der „übertragbaren Krankheit“ verwendet. Nach der Legaldefinition in § 2 Nr. 3 IfSG ist damit eine durch Krankheitserreger oder deren toxische Produkte, die unmittelbar oder mittelbar auf den Menschen übertragen werden, verursachte Krankheit gemeint. Nicht erforderlich ist, dass es sich um eine ansteckende Krankheit handelt, also die Krankheit oder Infektion von dem erkrankten Menschen wiederum auf andere Menschen weiter übertragen werden kann.¹⁹ Daher sind auch beispielsweise Tetanus und Botulismus von der Definition des § 2 Nr. 3 IfSG erfasst.

In der Gesetzesbegründung zu § 1 Abs. 1 IfSG wird der Zweck der Gesetzes allerdings erläutert als der Schutz von Leben und Gesundheit des Einzelnen wie der Gemeinschaft vor den Gefahren durch *Infektionskrankheiten*.²⁰ In der Gesetzesbegründung taucht der Begriff vielfach auf.²¹ Es ist daher davon auszugehen, dass der Gesetzgeber die Begriffe der übertragbaren Krankheit und der Infektionskrankheit als austauschbar ansieht. Dem Begriff der übertragbaren Krankheit kommt nach der Definition des Bundesgesetzgebers keine andere Bedeutung zu als dem Begriff der Infektionskrankheit, wiederum entsprechend dem Gesetzeszweck beschränkt auf die auf den Menschen übertragbaren Krankheiten.

Nachfolgend können also beide Begriffe synonym verwendet werden. Die einschlägigen Vorschriften des sekundären Europäischen Unionsrechts verwenden in der deutschen Fassung ebenfalls durchgehend den Begriff der übertragbaren Krankheit.²²

18 In der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Juni 2004, (BGBl. I 2004, S. 1260, ber. S. 3588), zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. 12. 2010 (BGBl. I 2010, S. 1934).

19 Bales/Baumann/Schnitzler, IfSG, § 2 RN 7.

20 Vgl. den Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-Drucks. 14/2530, S. 43.

21 Vgl. den Gesetzentwurf der Bundesregierung, BT-Drucks. 14/2530, dort z. B. die S. 1, 37, 38, 39, 40, 43, 45.

22 In der englischen Fassung wird der Begriff „communicable diseases“ verwendet, siehe z. B. die Entscheidung Nr. 2119/98/EG, ABl. L 268 vom 3.10.1998, S. 1.

1. Teil: Rechtliche Rahmenbedingungen der staatlichen Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten

A. Regelungen auf internationaler Ebene

Infektionskrankheiten kennen keine Staatsgrenzen. Aufgrund der möglichen weltweiten Ausbreitung ist staatliches Handeln zum Infektionsschutz in vielen Fällen nur dann effektiv, wenn es länderübergreifend einheitlich geschieht oder zumindest international abgestimmt wird. Bevor auf die nationalen Regelungen eingegangen wird, erscheint deshalb ein Blick auf internationale Regelungen sinnvoll, die im Bereich des Schutzes vor Infektionskrankheiten eine wesentliche Rolle spielen. Auf die Regelungen des Europäischen Unionsrechts und des Völkerrechts soll auch deshalb zuerst eingegangen werden, weil sie einen besonderen Rang im Verhältnis zum nationalen Recht einnehmen.²³

I. Entwicklung einer internationalen Zusammenarbeit

Die Kontrolle übertragbarer Krankheiten stellt eines der ersten Gebiete der internationalen Kooperation souveräner Staaten dar. Bereits im Mittelalter zeigte sich mit der Zunahme des Seehandels und der reisenden Händler, dass nationale Maßnahmen nicht ausreichten, wenn es zum Ausbruch von Epidemien oder Pandemien kam.²⁴ Epidemie (zu griech. epi „auf“, „bei“ und demos „Volk“, griech. epidēmîā nōsos „im ganzen Volk verbreitete Krankheit“) meint das Auftreten einer Erkrankung in einer bestimmten Region oder Gruppe in einer für diesen Ort und diesen Zeitraum unerwartet hohen Anzahl.²⁵ Früher bedeutsame

23 Näher dazu in diesem Teil unter Punkt A. II. 3. und A. III. 3.

24 Sander, Internationaler und europäischer Gesundheitsschutz, S. 57; siehe auch Berkov, The World Health Organization, S. 35 f.

25 Brockhaus Enzyklopädie, Stichwort: Epidemie. Eine Krankheit kann sich nur dann in epidemischer Form ausbreiten, wenn drei Voraussetzungen gegeben sind: Zunächst ist eine ausreichende Zahl ansteckbarer Menschen erforderlich; weiter muss ein Krankheitserreger vorhanden sein, der sich eines Wirts (Mensch, Tier oder Erdboden) bedient. Schließlich muss der Erreger in den Fällen, in denen eine Übertragung von Mensch zu Mensch nicht möglich ist, einen „Komplizen“ finden, der ihn transportiert – beispielsweise ein bestimmtes Nahrungsmittel oder ein stechendes Insekt. Sofern sich in dem Gefüge ein Faktor verändert, wandelt sich auch die Erscheinungsform der Epidemie mehr oder weniger deutlich. (siehe dazu auch Ruffié/Sournia, Seuchen in der Geschichte der Menschheit, S. 127).

Infektionskrankheiten, die immer wieder in Epidemien auftraten, waren Pest, Pocken, Cholera, Typhus und Tuberkulose. Allerdings kam es auch noch 1994 zu einem Ausbruch der Pest in Indien.

Der Begriff der Pandemie (zu griech. pan „all“, „ganz“, „jeder“, demos „Volk“) beschreibt eine Form der Epidemie, bei der es zu einer Ausbreitung einer Infektionskrankheit über mehrere Länder und Kontinente kommt.²⁶ Pandemien führen zu Erkrankungs- und Sterberaten, die weit über üblichen, auch schweren Infektionswellen liegen. In der Vergangenheit kam es zu Pandemien insbesondere durch Pest und Cholera, die Millionen Todesopfer forderten. Eine weitere, bereits seit den 1980er Jahren pandemisch auftretende Krankheit ist HIV/AIDS.²⁷ Die Gefahr einer Pandemie ist besonders groß, wenn ein neuer Erreger zuvor nicht in der Bevölkerung auftrat und sich dementsprechend das Immunsystem nicht darauf vorbereiten konnte. Der zeitliche Umfang einer Pandemie kann sehr verschieden je nach der Art des Erregers sein. Bei einer leicht und direkt übertragbaren Krankheit wie der Influenza ist ein Jahr ausreichend, um die ganze Erde zu überziehen und Millionen von Erkrankungen zu verursachen.²⁸ Handelt es sich nicht um einen plötzlichen Ausbruch, sondern kommt eine Infektionskrankheit innerhalb eines bestimmten Gebietes in Einzelfällen oder auch bei einem größeren Prozentsatz der Bevölkerung ständig vor, wird dies hingegen als Endemie (zu griech. endēmos „im Volk“, „einheimisch“) bezeichnet.²⁹

26 Brockhaus Enzyklopädie, Stichwort: Pandemie.

27 Insbesondere in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara entstehen hierdurch massive gesellschaftliche Probleme. Auch die Grippe tritt im Abstand von Jahrzehnten pandemisch im Zusammenhang mit der Entstehung neuer Virenstämme auf. Die Zahl der Todesopfer früherer Grippepandemien reichte von etwa 1 Million in den Jahren 1957 bis 1968 bis hin zu einer geschätzten Anzahl von 20 bis 40 Millionen Toten durch die „Spanische“ Grippe im Jahre 1918 (siehe Brockhaus Enzyklopädie, Stichwort: Epidemie.)

28 Ein Beispiel hierfür ist die Influenzapandemie der Jahre 1957/1958, die mit einem neuen Virusstamm im März 1957 ausbrach und binnen weniger Monate die Erde umkreiste. Bei Krankheiten, deren Infektionsmodus komplizierter ist und wo Tierreservoir als Voraussetzung entstehen müssen, kann eine Pandemie Jahrzehnte dauern. Ein Beispiel ist die Pest, die sich nach etwa hundert Jahren der Ruhe 1894 aus dem innerasiatischen Dauerherd nach allen Seiten ausbreitete, 1896 die großen asiatischen Häfen (vor allem Bombay und Hongkong) erreicht hatte und von dort durch den Überseeverkehr innerhalb der folgenden zehn Jahre in alle großen Häfen der Welt verschleppt wurde.

29 Brockhaus Enzyklopädie, Stichwort: Endemie. Ein Beispiel ist die Pockenerkrankung, die in vielen Teilen der Erde bis in die 1970er Jahre hinein verbreitet war. In Mitteleuropa sind weiterhin Masern und Lungentuberkulose von Bedeutung. Einige endemische Erkrankungen können auch Epidemien auslösen, wenn sie auf eine ungeschützte oder vorher nicht dem Krankheitserreger ausgesetzte Population treffen oder wenn die Art der Übertragung wechselt. So forderte beispielsweise Anfang der 1990er Jahre in Lateinamerika eine eingeschleppte Cholera über 3000 Todesfälle. Zum Teil wird der Begriff auch für nicht-übertragbare Krank-

Der Beginn des weltweiten Handels- und Reiseverkehrs war der Ausgangspunkt für die Internationalisierung des Gesundheitsschutzes. Ein planvolles Zusammenwirken zwischen den Staaten sollte jedoch erst viel später, im 19. Jahrhundert, entstehen.

1. Internationale Gesundheitsräte und Sanitätskonferenzen

Katalysator der intensiven diplomatischen Bemühungen und der multilateralen Kooperation im Bereich des Kampfes gegen Infektionskrankheiten waren vor allem die Cholera-Epidemien in Europa zwischen 1830 und 1847.

Erste internationale Organe zur Bekämpfung von Epidemien stellten die vier im 19. Jahrhundert gegründeten Gesundheitsräte dar. In den arabischen Ländern wurden durch die alljährlichen Mekka-Pilgerfahrten die Menschen aus Ost- und Mittelasien – wo Pest, Cholera und Pocken endemisch waren – mit denjenigen aus der westlichen Hemisphäre zusammengeführt. Im 19. Jahrhundert wurden verschiedene Sanitätsräte gegründet, um die Pilger vor und nach der religiösen Zereemonie auf ihren Gesundheitszustand hin zu kontrollieren.³⁰ Zwar waren diese Räte auf nationaler Basis entstanden und geleitet. Da ihr Wirkungsbereich sich aber auf fast sämtliche Nachbarländer bezog, bekamen sie einen internationalen Charakter.

Der erste Rat wurde 1831 als Gesundheitsrat für Quarantäneangelegenheiten zur See in Alexandria ins Leben gerufen. Er erhielt im Laufe der Zeit vollständige Kompetenzen für Quarantänemaßnahmen im Schiffsverkehr.³¹ Im Jahre 1926 wurde er zu einem Regionalbüro des Office International d'Hygiène Publique (OIHP) und mit epidemiologischer Forschung beauftragt. Nachdem 1839 eine Pestwelle sich von Ägypten auf die Türkei ausgebreitet hatte, wurde im selben Jahr der Oberste Gesundheitsrat von Konstantinopel gegründet, der seine Tätigkeiten auf das gesamte Gesundheitswesen erstreckte, jedoch hauptsächlich Vorbeugemaßnahmen gegen Pest, Cholera und Gelbfieber traf.³² Dieser Rat wurde durch Art. 114 des Friedensvertrages von Lausanne 1923 aufgelöst. Außer diesen beiden Räten existierten von 1840 bis 1923 ein Internationaler Gesundheitsrat in Tanger, der hauptsächlich hygienische Schutzmaßnahmen für die Mekka-Pilger des afro-asiatischen Raumes traf, und ein Internationaler Gesundheitsrat in Teheran, dessen Gründung 1874 auf der Internationalen Sanitätskonferenz in Wien nach dem Muster des Rates in Konstantinopel vorgeschlagen wurde. Der Rat von

heiten verwendet, so zum Beispiel für den endemischen Kropf, der aufgrund von Jodmangel gehäuft in einer bestimmten Gegend auftritt.

30 *Arbab-Zadeh*, Das Verhältnis der WHO zu den Mitgliedstaaten, S. 8.

31 *Berg*, ZfSH/SGB 1996, 505, 508 f.

32 *Arbab-Zadeh*, Das Verhältnis der WHO zu den Mitgliedstaaten, S. 9.

Teheran nahm seine Arbeit im Jahre 1894 auf und war im Ersten Weltkrieg ein wichtiger Nachrichtenvermittler für Seuchenausbrüche.³³ Er wurde 1914 aufgelöst.

Während der Wirkungskreis der Gesundheitsräte regional begrenzt war, kam es durch die Sanitätskonferenzen nach und nach zu einer weltumspannenden Zusammenarbeit. Die erste Internationale Sanitätskonferenz wurde im Jahre 1851 vom damaligen Präsidenten der Französischen Republik, Prinz Napoleon Bonaparte, einberufen, um auf dem Gebiet der epidemischen Krankheiten eine dauernde Zusammenarbeit der Mächte zu erreichen. Vorausgegangen waren bereits zwei erfolglose Versuche zur Anberaumung einer Gesundheitskonferenz, 1834 durch den Inspektor des französischen Sanitätsdienstes und 1843 durch die britische Regierung.³⁴ Die Konferenz wurde am 23.7.1851 in Paris eröffnet und dauerte bis zum 19.1.1852. Ergebnis war eine Internationale Sanitätskonvention, der der Text von Internationalen Sanitätsregeln mit 137 Artikeln beigelegt war.³⁵ Die Konvention sah unter anderem Maßnahmen im Seeverkehr gegen Cholera, Gelbfieber und Pest sowie Quarantänemaßnahmen an Land vor. Die Konferenz blieb jedoch letztlich weitgehend wirkungslos.³⁶ Zwar wurde die Konvention von allen zwölf Teilnehmerstaaten unterzeichnet, jedoch nur von Frankreich, Portugal und Sardinien ratifiziert. 1865 kam es dann zur Kündigung durch Portugal und Sardinien, die eigene Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung als Kündigungsgrund angaben. Trotz des Scheiterns bei der Umsetzung stellt die Konferenz von 1851 den Beginn einer echten internationalen Zusammenarbeit zwischen Regierungen in Gesundheitsfragen dar.³⁷ Es folgten weitere Sanitätskonferenzen in den Jahren 1859 in Paris, 1866 in Konstantinopel, 1874 in Wien, 1881 in Washington und 1885 in Rom und 1892 in Venedig.³⁸ Nach erneuten Ausbrüchen der Cholera, auch in Europa, fand 1893 in Dresden eine Sanitätskonferenz statt, als deren Ergebnis am 15.4.1893 eine Übereinkunft betreffend Maßregeln gegen die Cholera³⁹ geschlossen wurde. 1894 wurde in Paris, auch

33 Von einer *Seuche* wird häufig dann gesprochen, wenn der Ausbruch einer Infektionskrankheit beängstigende Ausmaße annimmt. Es handelt sich um eine herkömmliche, heute aber immer seltener verwendete Bezeichnung für die plötzliche Erkrankung zahlreicher Menschen und/oder Tiere an einer Infektionskrankheit (siehe auch Reuter, Springer Lexikon Medizin, Stichwort: Stichwort: Seuche).

34 Goodman, International Health Organisations, S. 42.

35 Ministère Des Affaires Étrangères, Conférence sanitaire internationale, (1851), Procès-verbaux, Paris, 1852; siehe ausführlich dazu Goodman, International Health Organisations, S. 46–51.

36 Berg, ZfSH/SGB, 505, 509.

37 Goodman, International Health Organisations, S. 50.

38 Näher dazu Goodman, International Health Organisations, S. 53–67.

39 RGBI. 1894, S. 343.

vom Deutschen Reich, wiederum eine Konvention mit Hygienemaßnahmen auf Pilgerschiffen unterzeichnet.⁴⁰ Auf der Pariser Konferenz wurden neben präventiven Maßnahmen gegen das Auftreten der Cholera nun auch Vereinbarungen zur Bekämpfung der Cholera in denjenigen Ländern beschlossen, in denen die Cholera endemisch war. So wurden sanitäre Anordnungen für die indischen Häfen getroffen, aus denen jährlich Pilgerfahrten nach Mekka stattfanden (Art. 1 in Verbindung mit Anlage 1 der Konvention). Am 19.3.1897 wurde in Venedig eine Konvention über Maßregeln gegen die Pest unterzeichnet.⁴¹

Auf der 11. Sanitätskonferenz in Paris 1903 wurde eine weitere Konvention⁴² von 20 Staaten unterzeichnet und von 16 Staaten bis zum Jahre 1907 ratifiziert. Sie enthielt 184 Artikel und stellte eine Zusammenfassung der früheren Konventionen gegen Cholera und Pest aus den Jahren 1892, 1893, 1894 und 1897 dar. Die Konvention enthielt Kapitel über die Pilgerschaft, die Internationalen Gesundheitsräte, den Suezkanal, das Rote Meer und den Persischen Golf sowie allgemein zu Quarantänemaßnahmen und epidemiologischen Meldungen. Ein grundlegender Fortschritt war, dass zum ersten Mal – durch die französische Regierung – die Gründung eines permanenten internationalen Gesundheitsbureaus vorgeschlagen wurde.

Am 9. 12.1907 wurde auf der 12. Internationalen Sanitätskonferenz in Rom ein Abkommen zur Errichtung und Erhaltung eines Internationalen Amtes für Öffentliche Gesundheitspflege („Office International d’Hygiène Publique“, OIHP) unterzeichnet. Das von Belgien, Brasilien, Spanien, den USA, Frankreich, Großbritannien, Irland, Italien, den Niederlanden, Portugal, Russland, der Schweiz und Ägypten unterzeichnete Abkommen trat am 15.11.1908 völkerrechtlich in Kraft, am 11.08.1928 trat es für das Deutsche Reich in Kraft.⁴³

Das Gesundheitsamt hatte seinen Sitz in Paris. Regionalämter existierten im ägyptischen Alexandria und in Washington sowie, nach der Gründung der Ständigen Gesundheitsorganisation des Völkerbundes, in Singapur. Nach Art. 4 der Satzung war die zentrale Aufgabe des Büros, Tatsachen und Nachweise allgemeiner Art über die öffentliche Gesundheit und im besonderen über ansteckende Krankheiten, wie Cholera, Pest und Gelbfieber, sowie über die zur ihrer Bekämpfung unternommenen Maßnahmen zu sammeln und sie den Mitgliedsstaaten zur Kenntnis zu bringen. Nach Art. 9 und Art. 10 der Satzung wurden die vom OIHP gesammelten Nachrichten den Vertragsstaaten durch ein einmal monatlich erscheinendes Nachrichtenblatt oder gesonderte Mitteilung zur Kennt-

40 RGBI. 1898, S. 973.

41 RGBI. 1900, S. 43.

42 RGBI. 1907, S. 425 ff.

43 RMinBl. 1930 I, 2; Text des Abkommens abgedruckt bei Knipping/v. Mangoldt/Rittberger, Vorläufer der Vereinten Nationen: 19. Jahrhundert und Völkerbundszeit, S. 276–289.