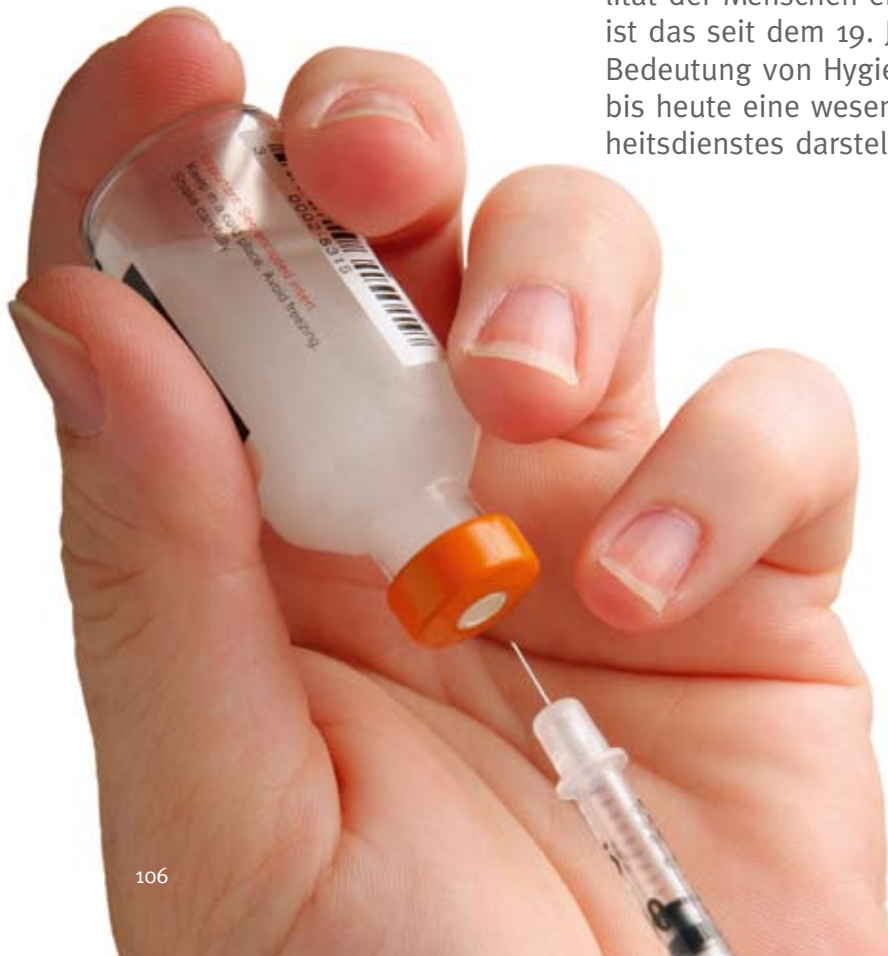


“... it is time to close the book on infectious diseases”

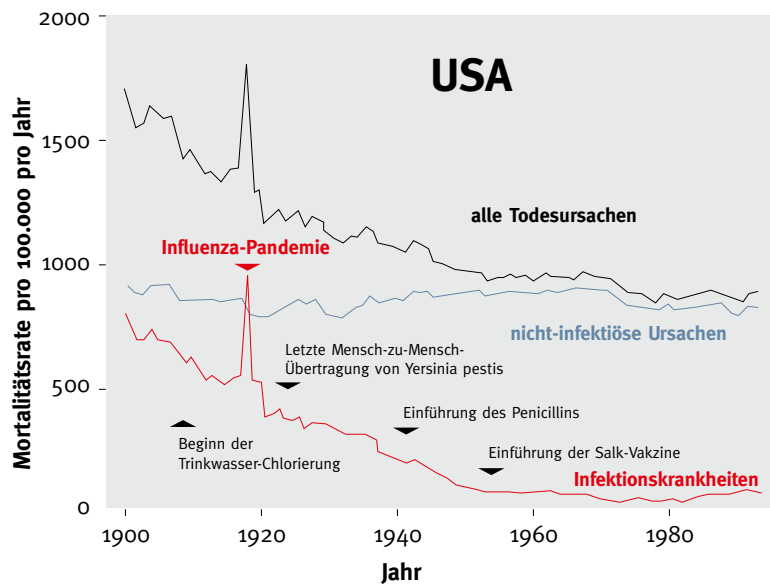
William H. Stewart (19 May 1921 – 23 April 2008)
10. Generalarzt der USA von 1965 bis 1969

Seit Beginn des letzten Jahrhunderts sind entscheidende Verbesserungen in Hinsicht auf die Lebenserwartung und Lebensqualität der Menschen erzielt worden. Maßgeblich daran beteiligt ist das seit dem 19. Jahrhundert zunehmende Wissen über die Bedeutung von Hygienemaßnahmen und deren Umsetzung, die bis heute eine wesentliche Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes darstellt.



Die Lebenserwartung steigt durch Erfolge bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten deutlich an

Daher sind wir von dem Vorschlag Stewarts, die Lehrbücher der Infektiologie schließen zu können, weiter entfernt als je zuvor: Berechnungen des amerikanischen CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) zufolge, ist die Lebenserwartung in den USA seit 1900 um 30 Jahre gestiegen. Davon lassen sich nur 5 Jahre auf die Fortschritte der Medizin der klassischen Fächer Innere und Chirurgie, hingegen 25 Jahre der Zunahme der Lebenserwartung auf Erfolge in der Seuchenbekämpfung und durch Präventionsstrategien des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der Hygiene zurückzuführen⁽¹⁾ (s. a Abb 1; verändert n. (2)).



“... it is time to close the book on infectious diseases”

So ermutigend diese Erfolge des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der westlichen Welt auch sind, so besorgniserregend ist die Entwicklung vor allem in den afrikanischen Staaten südlich der Sahara, aber zunehmend auch in Asien und anderen Regionen der Welt. Hier zeichnet sich eine Tragödie ab, deren Ausmaß zum einen noch überhaupt nicht im vollen Umfang abschätzbar ist, zum anderen massive Auswirkungen auf die westliche Welt haben wird. Das humane Immundefizienzvirus (HIV) hat mit AIDS die Lebenserwartung in diesen Ländern drastisch sinken lassen. So ist die Lebenserwartung in Botswana, einem der reichsten und am besten entwickelten Länder des subsaharischen Afrikas, von durchschnittlich 63 Lebensjahren im Jahre 1991, über 38 Lebensjahre im Jahr 2002, auf dramatische 31 Lebensjahre im Jahr 2004 gesunken. Und dies gilt mittlerweile für praktisch alle Länder dieses Erdteils (3).

HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria sind die Killer Nummer Eins

Nach Angaben der Weltgesundheits-Organisation (WHO) fanden sich 1999 unter den zwanzig häufigsten krankheitsbedingten Todesursachen fünfzehnmal Infektionskrankheiten. Nach wie vor sind HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria die Killer Nummer Eins auf dieser Erde! Dabei stehen 15 Mio. Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, oder 7 Mio. Todesfälle durch bösartigen Erkrankungen („Krebs“) 17 Mio. Todesfällen durch Infektionskrankheiten gegenüber ((4); s. Abb. 2).

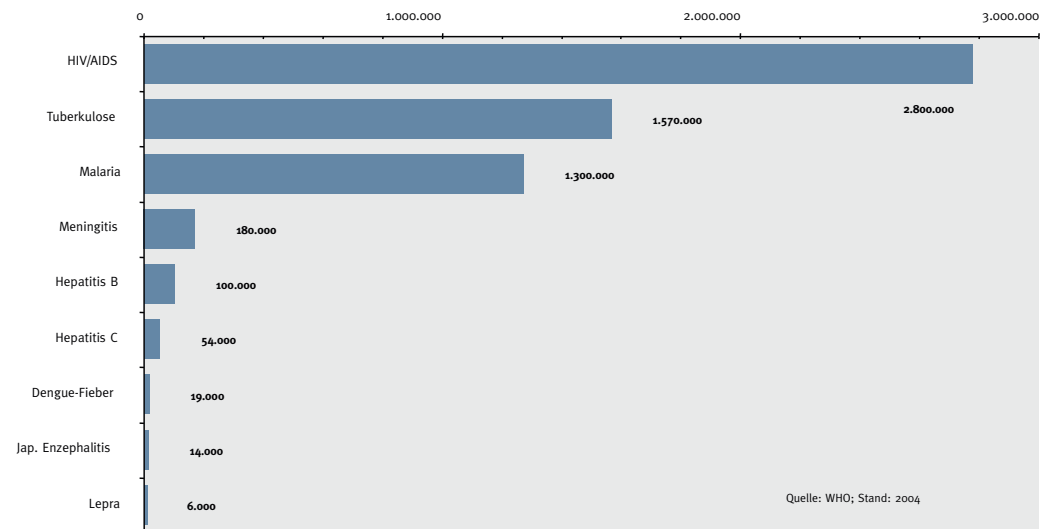
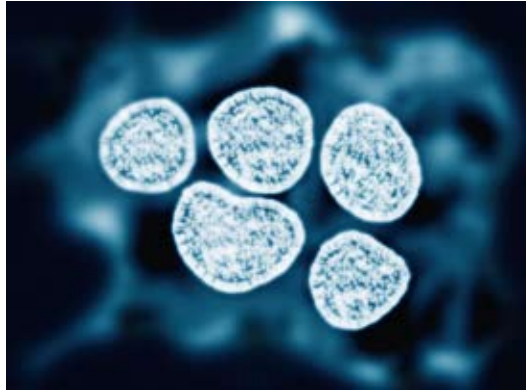


Abb. 2: Infektionskrankheiten und Todesfälle weltweit

Insbesondere Kinder tragen das größte Risiko: Jährlich versterben ca. 9 Mio. Kinder an Infektionskrankheiten, wobei ein Viertel durch Impfungen vermeidbar wäre. Weltweit muss mit mehr als 2 Mrd. Patienten gerechnet werden, die mit dem Hepatitis B-Virus infiziert sind, 350 Mio. davon sind chronische Virusträger (4). Dass in diesen erschreckenden Statistiken die Menschen der Dritten Welt den weitaus größten Anteil haben, nehmen die Industrienationen leider mit einem großen Gleichmut war, obwohl wir eine Vielzahl an Erkrankungen oder gar Todesfällen verhindern könnten, würde man diesen Ländern eine entsprechende Hilfe in Form sauberen Wassers, Medikamenten, Impfstoffen und nicht zuletzt Schulungen zur Hygiene anbieten (als Beispiel s. (5)).



Historischer Abriss

Bakterien sind seit mehr als drei Milliarden Jahren auf der Erde und sie stellen somit die ersten Lebewesen überhaupt dar. Zum ersten Mal gesehen wurden sie von ANTHONY VAN LEEUWENHOEK, der sie 1676 mit Hilfe eines selbst gebauten Mikroskops im Wasser und im menschlichen Speichel entdeckte. Bei Viren dauerte es bis zu deren Entdeckung nochmals bis weit in das letzte Jahrhundert hinein: Sie sind bis auf wenige Ausnahmen so klein (zum Beispiel Pockenvirus: PASCHENSCHER KÖRPERCHEN), dass sie nur im Elektronenmikroskop sichtbar gemacht werden können, dessen Technologie 1931 durch die Deutschen RUSKA und KNOLL entwickelt wurde. Es dauerte aber noch bis zu den beginnenden 1950er Jahren, bis dieses diagnostische Verfahren Einzug in die Biologie und Medizin nahm. Das gefürchtete „Marburg-Virus“ wurde 1967 bereits mit dem Elektronenmikroskop nachgewiesen. Da man dieses Virus vorher nicht kannte, war das Elektronenmikroskop damals die einzige Möglichkeit des Nachweises und sie ist auch heute noch in Zweifelsfällen ein zuverlässiges Verfahren.

“... it is time to close the book on infectious diseases”

Durch den „Schwarzen Tod“ der Pest, aber auch durch Cholera, Lepra, Tuberkulose und nicht zuletzt durch Durchfallerkrankung wurde im Mittelalter vermutlich ein Drittel der damaligen Bevölkerung ausgerottet.

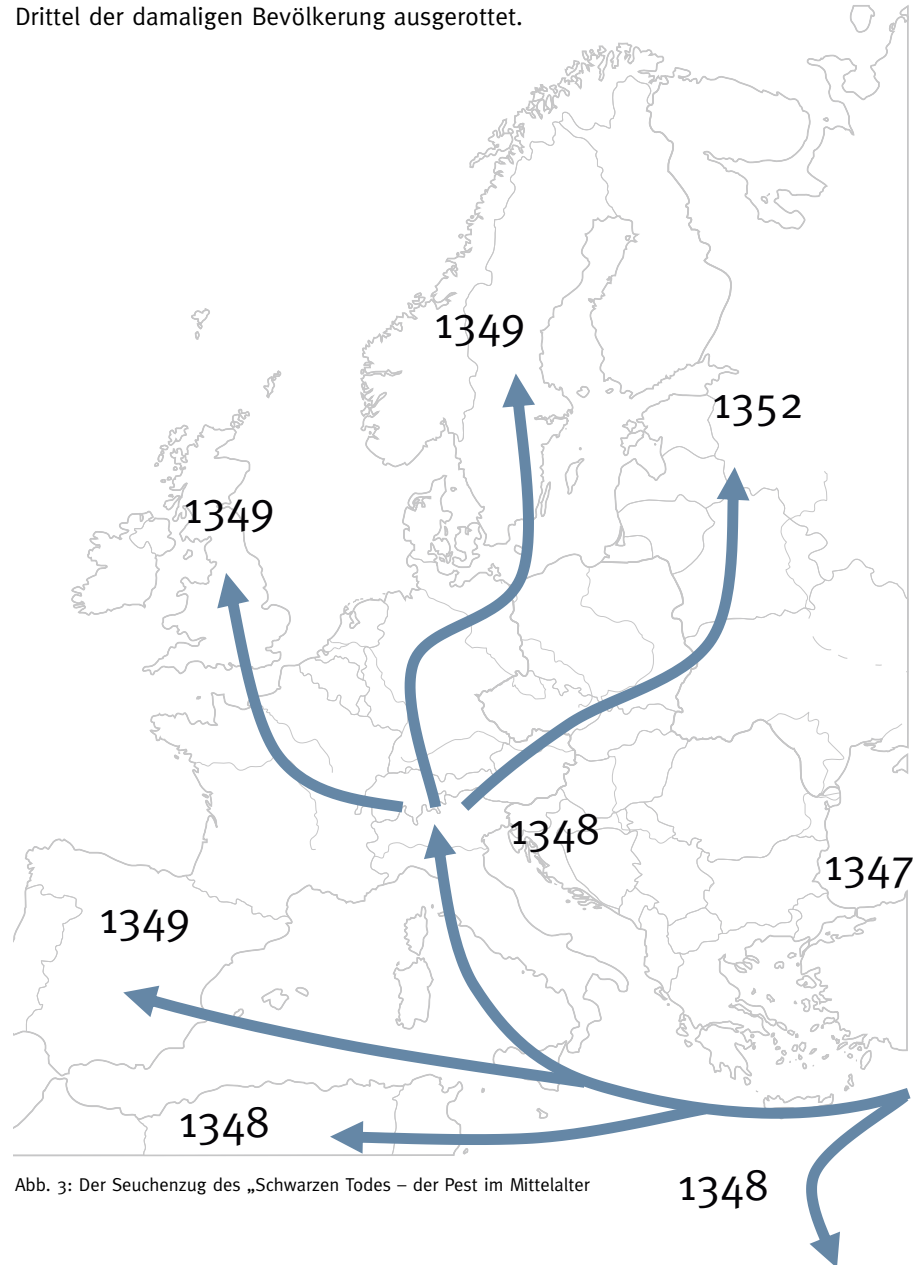


Abb. 3: Der Seuchenzug des „Schwarzen Todes – der Pest im Mittelalter

1348

Im amerikanischen Unabhängigkeitskrieg starben mehr Soldaten an bakteriell verursachtem Wundbrand als durch direkte Kriegseinwirkung. Der Abstieg Napoleons wurde durch Bakterien eingeleitet, im gescheiterten Russlandfeldzug starben mehr Soldaten an Fleckfieber als in den Kämpfen (6).

Die Grippe ist und bleibt eine der gefürchtetsten Infektionskrankheiten

Die Grippe spielte und spielt dabei eine besondere Rolle, weil sie auch heute noch, auch in der westlichen Welt zu vielen Todesfällen führt. Und dies, obwohl man sich durch eine verträgliche und sichere Impfung gut vor ihr schützen kann. Am beeindruckendsten in diesem Kontext war sicherlich die spanische Grippe, die zwischen 20 und 40 Mio. Menschenleben zwischen 1918 und 1921 forderte. Kein Land der Erde blieb damals verschont und in allen Todesstatistiken lässt sich diese Grippe an ihrem Spike in der Todesfallstatistik leicht erkennen. Vermutlich hat keine Infektionskrankheit jemals so viele Opfer gefordert wie diese Pandemie (2).

Antibiotika, Virustatika und Impfungen

Mit der Entwicklung von Antibiotika, die Ihren Ausgang 1928 mit der Entdeckung des Penicillins durch Sir ALEXANDER FLEMMING nahm, dachte man, dass das Ende der Infektionskrankheiten eingeläutet sei. Und tatsächlich, zusammen mit der Entwicklung von Impfstoffen konnten auch erstmals Viruserkrankungen verhindert werden. So gelang es durch eine bislang beispiellose Impfkampagne der Öffentlichen Gesundheitsbehörden mit Führung durch die WHO eine der schrecklichsten Geisseln der Menschheit auszurotten: die Pocken. Aber Mikroorganismen entwickeln beständig Strategien unsere Medikamente immer wieder wirkungslos werden zu lassen und den Impfschutz durch Veränderungen in der äußeren Struktur soweit zu verschlechtern, dass beispielsweise bei der saisonalen Grippe bereits nach relativ kurzer Zeit kein ausreichender Schutz mehr vorhanden ist. Für manche Bakterien und Viren haben wir bis heute, trotz ausgefeilter und sophistischer Methoden keine Impfstoffe entwickeln können. Aus diesem Grund müssen die forschenden Institute der Universitäten und der pharmazeutischen Unternehmen immer neue Antibiotika und neue Impfstoffe entwickeln, damit wir uns auch in Zukunft vor diesen Krankheitserregern schützen können.

Den genannten Zeitspannen gegenüber sind die 60 Jahre, die der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) jetzt seit seiner Gründung existiert, als kurz zu benennen. Aber, was in dieser Zeit gerade in Bezug auf den infektiologischen Schutz für die Gesamtbevölkerung erreicht wurde, ist nicht zu unterschätzen, wenngleich, wie erwähnt, Infektionskrankheiten immer noch eine der Haupttodesursachen für die, insbesondere sozial minderprivilegierte Weltbevölkerung darstellen (s. Abb. 2).

“... it is time to close the book on infectious diseases”

„Emerging Infectious Diseases“ – die Herausforderung durch neu auftretende Krankheitserreger

Eine weitere Gefährdung sind die neu entstehenden Krankheitserreger, für die sich international der Begriff „Emerging Infectious Diseases“ durchgesetzt hat. Tabelle 1 listet die Vielzahl der Erreger auf, die in etwas mehr als 60 Jahren neu aufgetreten sind (was nicht gleichbedeutend damit ist, dass diese Erreger erst seit dieser Zeit existierenden, wie das Beispiel AIDS eindrücklich zeigt (7); Tab. verändert nach (8)):

“...is it time to close the book on infectious diseases ?”

Jahr	Erreger	Krankheit
1944	Krim-Kongo Virus	Krim-Kongo hämorrhagisches Fieber
1957	Influenzavirus H ₂ N ₂	Asiatische Grippe
1967	Marburgvirus	Marburgfieber
1968	Influenzavirus H ₃ N ₂	Hongkong Grippe
1969	Lassavirus	Lassa-Fieber
1977	Influenzavirus H ₁ N ₁	Russische Grippe
1972	»Small round structured viruses« (SRSVs; Caliciviren)	Diarrhö
1973	Rotaviren	Diarrhö
1975	Astroviren	Diarrhö
1975	Parvovirus B19	Erythema infectiosum; aplastische Krise bei chronischer hämolytischer Anämie
1976	Cryptosporidium parvum	Colitis
1977	Ebolavirus	Ebola-Fieber
1977	Legionella pneumophila	Legionärskrankheit
1977	Hantaanvirus	koreanisches hämorrhagisches Fieber
1977	Campylobacter jejuni	Diarrhö
1980	Humanes T-Zell-Leukämie-	adulte T-Zell-Leukämien oder Virus-1 (HTLV-1) Lymphome; tropische spastische Paraparese
1982	Borrelia burgdorferi	Lyme-Borreliose
1983	Humane Immunschwäche-Viren (HIV-1, HIV-2)	AIDS
1983	Escherichia coli 0157 (EHEC)	Diarrhö; hämorrhagische Colitis; Hämolytisch-urämisches Syndrom
1983	Helicobacter pylori	Magengeschwür; MALT-Lymphom
1988	Humanes Herpesvirus-6 (HHV-6)	Exanthema subitum

1989	Ehrlichia-Arten	humane Ehrlichiose
1989	Hepatitis-C-Virus (HCV)	Hepatitis
1990	Humanes Herpesvirus-7 (HHV-7)	Exanthema subitum; Pityriasis rosea
1990	Hepatitis-E-Virus (HEV)	Hepatitis
1991	Guanarito-Virus	Venezuelanisches hämorrhagisches Fieber
1992	Vibrio cholerae 0139:H7	epidemische Cholera
1992	Bartonella henselae	Katzenkratzkrankheit; bazilläre Angiomatose der Haut
1993	Sin-Nombre-Virus	Hantavirus-Lungensyndrom
1993	Hepatitis-G-Virus (HGV)	Hepatitis
1994	Sabiavirus	brasilianisches hämorrhagisches Fieber
1994	Hendra-Virus	Meningoenzephalitis
1995	Humanes Herpesvirus-8 (HHV-8)	Kaposi-Sarkom; Castleman-Tumor
1996	Prion-Protein	übertragbare spongiforme Encephalopathien
1996	Australien Bat Lyssa-Virus	Fledermaustollwut
1997	Influenza-A-Virus (H5N1)	Aviäre Influenza
1997	Transfusionsübertragenes Virus (TTV)	Hepatitis
1998	Nipahvirus	Meningitis; Enzephalitis
1999	Influenza-A-Virus (H5N9)	Influenza (Hongkong)
2001	Humanes Metapneumovirus	Bronchiolitis/Pneumonie
2002	Garissa-Virus	Virales hämorrhagisches Fieber
2003	SARS-assoziiertes Coronavirus	SARS
2005	Chikungunya-Virus (neue Var.)	Chikungunya-Fieber
2008	Lujo-Virus	Virales hämorrhagisches Fieber
2009	Influenza S-OIV A/H1N1	Pandemische Influenza

Gesetzgebung

Die Verhütung übertragbarer Krankheiten gehörte lange Zeit zu den allgemeinen Aufgaben der Gefahrenabwehr durch die Polizei. Die ersten Spezialgesetze in Bayern und Preußen, noch vor Entdeckung der bakteriologischen Grundlagen, haben diese Aufgaben den Gesundheitsdiensten bereits im 19. Jh. übertragen. Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Papageienkrankheit konnte 1934 die Voraussetzung für eine reichseinheitliche Gesetzesgrundlage geschaffen werden.

“... it is time to close the book on infectious diseases”

Das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ und das Bundesseuchengesetz

Dieses „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ gab vor, dass „zur einheitlichen Durchführung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Stadt- und Landkreisen in Anlehnung an die untere Verwaltungsbehörde Gesundheitsämter einzurichten sind“. Die Details wurden in Durchführungsverordnungen (DVO), namentlich der III. DVO geregelt. Dieses Gesetz wurde von den Nationalsozialisten für Ihre entmenschte Rassenpolitik missbraucht und auch die sich mit den infektiologischen Fragestellungen der III. DVO beschäftigenden Paragraphen wurden immer gegen Minderheiten, Andersgläubige und -denkende eingesetzt. Dennoch war die III. DVO (allerdings mit gewissen Änderungen und Streichungen) bis 2007 in Hessen, als letztes Bundesland, gültig und wurde erst im September 2007 durch ein Gesundheitsdienstgesetz ersetzt.

Das Bundesseuchengesetz (BSeuchG) vom 1.1.1962 fasste erstmals verschiedene Einzelgesetze in einer den neueren Erkenntnissen entsprechenden Form zusammen und wurde nach fast 40 Jahren Gültigkeit vor allem wegen der veränderten infektiologischen Erkenntnisse ersetzt.

Mit dem Seuchenrechtsneuordnungsgesetz wurde eine umfassende Neuregelung des Seuchenrechtes erreicht

Mit dem Seuchenrechtsneuordnungsgesetz (SeuchRNeuG), an dessen Formulierung der BVÖGD beteiligt war, wurde das deutsche Seuchenrecht umfassend modernisiert. Es fasst eine Reihe von Regelungen, die neben dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), Geschlechtskrankheitengesetz (GeschlKrG) u.v.a. entstanden waren, zu einem einheitlichen Regelwerk zusammen (9).

Im Artikel 1 dieses Gesetzes ist das Infektionsschutzgesetz (IfSG), das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen enthalten, das die eigentliche Rechtsgrundlage der Arbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit der Gesundheitsämter darstellt. Hier sind die Instrumentarien zur notwendigen Zusammenarbeit aller Beteiligten (Einrichtungen des Bundes, der Länder und Kommunen, der Ärzte und Tierärzte, Krankenhäuser, wissenschaftlichen Einrichtungen u.a.) bei der Abwehr von Infektionskrankheiten länderübergreifend strukturiert. Ein Leitgedanke dabei ist, die Eigenverantwortung nicht nur von öffentlichen Einrichtungen, sondern auch des Einzelnen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten zu fördern – eine Forderung, die schon lange vom Öffentlichen Gesundheitsdienst aufgestellt wurde.

Seuchenhygienische Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die seuchenhygienischen Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben gegenüber der Behandlung von Patienten mit Antibiotika, mit Medikamenten, die die Virusvermehrung hemmen oder spezifischen Impfstoffen einen entscheidenden Vorteil: Sie wirken gegen alle Keime, denn nur die Keime, die in den Körper auf welchen Wegen auch immer eindringen können, können den Menschen letztlich krank machen. Und ihre Anwendung lässt den Menschen erst gar nicht erkranken, was sicherlich der wesentliche Vorteil ist. Nachteilig ist, dass vor allem die seuchenhygienischen Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, aber auch die einfacheren Hygienemaßnahmen im täglichen Leben mit einer gewissen Einschränkung von Lebensgewohnheiten einhergehen können. Dies sind sozusagen die unangenehmen unerwünschten Nebenwirkungen dieser Maßnahmen. Die Spanne reicht hier vom notwendigen häufigen Händewaschen, nicht nur beim Zubereiten von Nahrungsmitteln bis hin zu Einschränkungen der Grundrechte wie Quarantänemaßnahmen durch die Gesundheitsbehörden für Kontaktpersonen zu Erkrankten bei gefährlichen Infektionserkrankungen. Diese Einschränkungen können also erheblich für den Einzelnen sein, sie können ebenso massive Auswirkungen auf das gesamte öffentliche Leben haben. Daher muss die Anwendung dieser Maßnahmen mit Augenmaß erfolgen und der Ermessensspielraum der verantwortlichen Gesundheitsbehörden muss immer ausgenutzt werden.

Die föderale Struktur der Bundesrepublik kann ein abgestimmtes seuchenhygienisches Vorgehen erschweren

Die Akteure in diesem Kontext, namentlich die Öffentlichen Gesundheitsdienstbehörden, müssen insbesondere bei den hochinfektiösen Erkrankungen – im weitesten Sinne „Seuchennotfälle“ – eng und verzahnt zusammenarbeiten. Dies ist umso mehr notwendig, als die föderalen Strukturen prinzipiell unterschiedliche Vorgehensweisen in den einzelnen Bundesländern zulassen, wie dies auch bei der jetzigen Grippe-Pandemie offenkundig wurde (10). Der BVÖGD ist in dieser Hinsicht seit 60 Jahren das Forum, wo diese Probleme diskutiert werden können und die Maßnahmenpakete an die sich im Lauf der Zeit verändernden Anforderungen angepasst werden. Nur hierdurch war und ist es zu gewährleisten, dass trotz der föderalen Struktur der Zuständigkeit im Infektions- und Seuchenschutz eine relative Einstimmigkeit der spezifischen Maßnahmen erzielt wurde und wird.

“... it is time to close the book on infectious diseases”

Ausblick

Die Kenntnis über die persönlich notwendigen und behördlich anwendbaren Infektionsschutzmaßnahmen ist leider bei uns nur noch unzureichend vorhanden: Viele Menschen waschen sich nicht oder nicht richtig die Hände, selbst wenn sie öffentliche Toiletten aufgesucht haben. „Naseputzen“ mit mehrfach verwendeten Taschentüchern ist durchaus üblich, es wird ohne Schutz des Gegenübers geniest und gehustet.

Die mangelnde Kenntnis in der Bevölkerung über mögliche seuchenrechtliche Maßnahmen erschwert die Arbeit des ÖGD

Genauso verhält es sich mit den von den verantwortlichen Behörden im Gefahrenfall zu verhängenden Maßnahmen: War es früher selbstverständlich, dass bei einem Pockenfall großflächig eine Quarantäne verhängt wurde, so wird diese, in der Tat sehr einschränkende und das Grundrecht auf Freiheit der Person (Artikel 2, Abs. 2, Satz 2, Grundgesetz (GG)) verletzende Maßnahme, heute nur noch widerstrebend akzeptiert, selbst wenn sie infektiologisch noch so vernünftig ist. Dies birgt vor allem für die Zukunft ein größeres Konfliktpotenzial für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, weil auf Grund von gefährlichen Infektionskrankheiten, neben dem eben zitierten auch weitere Grundrechte der Bürgerinnen und Bürger eingeschränkt werden können. Es sind dies:

- Das Recht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2, Abs. 2, Satz 1, GG),
- Das Recht der Versammlungsfreiheit (Artikel 8 GG),
- Das Recht des Brief- und Postgeheimnisses (Artikel 10 GG)
- Das Recht der Freizügigkeit (Artikel 11 Abs. 1 GG) und
- Das Recht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 GG)

Gerade in diesem Bereich liegt eine der zukünftigen Aufgaben des BVÖGD. Die Bevölkerung muss wieder auf die Gefahren durch Infektionskrankheiten hingewiesen werden und sie muss informiert werden, sowohl im privaten, wie auch im beruflichen Bereich einen ausreichenden persönlichen Infektionsschutz zu betreiben.

Infektionskrankheiten werden auch in Zukunft nicht zu besiegen sein

Sie muss auch darauf vorbereitet werden, dass selbst in unserer technisierten Zeit, bei dem Vorhandensein modernster medizinischer Verfahren, die Möglichkeit der Ausbreitung von Seuchen existiert, die unsere Infrastrukturen, ja unsere Gesellschaft bedrohen können. Die Gefahr hierfür steigt mit der zunehmenden Globalisierung dieser Welt vermutlich nicht linear, sondern möglicherweise sogar



exponentiell an. Denn die Lebensbedingungen namentlich der Ärmsten und am Rande der Existenz lebenden Menschen werden in kaum vorstellbarem Ausmaß schlechter, genauso wie deren Zahl beständig steigt. Dies, zusammen mit den extrem schnellen Wachstumsgeschwindigkeiten der Mega-Metropolen und dem gleichsinnig verlaufenden Veränderungen von Klima, Wald, Urwald, Gewässern und Weltmeeren, um nur einige zu nennen, ermöglicht Krankheitserregern den Sprung vom Tier zum Mensch (11). Im Köcher der Natur sind genügend gefährliche Erreger, die bei günstigen Bedingungen sofort neue Nischen nutzen werden, um sich auch in neuen Wirten zu etablieren. Als Beispiele seien hier nur genannt:

- Das Krim-Kongo-hämorrhagische Fieber, das sich zunehmend von Südosten nach Nordwesten ausbreitet und bereits Gebiete in der Türkei und Griechenland erreicht hat, die auch von westeuropäischen Touristen besucht werden.

“... it is time to close the book on infectious diseases”

- Das West-Nil-Fieber, das sich mit einer geradezu unglaublichen Geschwindigkeit in der Neuen Welt ausbreitete und, obwohl es eigentlich eine Vogelkrankheit ist, in den USA im Jahr 2008 zu 1.356 Erkrankungen mit 44 Todesfällen führte (12).
- Die neue Variante des Chikungunya-Fiebers, das zu einer Explosiv-Pandemie vor allem in Asien und dem indischen Subkontinent geführt hat und inzwischen einige Mittelmeeranrainerstaaten der Europäischen Union erreicht hat.

Allen drei aufgeführten Erkrankungen ist gemeinsam, dass sie primär nicht auf die Übertragung von Mensch zu Mensch angewiesen sind, sondern durch Vektoren übertragen werden. Die Klimaveränderungen bringen aber genau diese Vektoren (z. B. *Aedes albopictus*, die asiatische Tigermücke) in die westliche Welt, so dass hierdurch der Boden für die Verbreitung dieser gefährlichen und dann nur schwer zu stoppenden Erkrankungen gegeben ist.

Der Flugverkehr ist der moderne und effiziente Vektor für Infektionskrankheiten

Infektionserkrankungen wie das Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), die erste Pandemie dieses Jahrtausends, stellen die öffentlichen Gesundheitsbehörden vor zusätzliche Probleme. Der weltweit zunehmende Flugverkehr mit in jedem Jahr weltweit Milliarden Flug-Passagieren (allein in Frankfurt am Main jährlich 53 Millionen Passagiere), bedarf spezialisierter und besonders ausgebildeter Mitarbeiter in den zuständigen Gesundheitsämtern und bedarf einheitlicher Vorgehensweisen, nicht nur an den deutschen Flughäfen, sondern zumindest an allen „Points of Entry“ der Europäischen Union.

Mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften der Weltgesundheitsorganisation (IGV) ist dabei der erste Schritt getan, allerdings bedarf es noch der genauen Umsetzung vor allen an den deutschen Großflughäfen (10, 13, 14). Die Schweinegrippe zeigt, dass es hier nicht selten durch unterschiedliche Interessen in den verschiedenen Bundesländern zu unterschiedlichen Vorgehensweisen kommen kann, was von den Bürgerinnen und Bürgern verständlicherweise nicht nachvollzogen werden kann.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Wandel der Zeit: Von der „Seuchenpolizei“ zum kooperativen Ratgeber

Der Infektionsschutz hat sich in Deutschland in den letzten 60 Jahren, seit Bestehen des BVÖGD, massiv gewandelt: Wurden zunächst immer noch „seuchenpolizeiliche“ Maßnahmen als wirksam und richtig angesehen, konnte durch den Erfahrungsschatz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, den Bürgerinnen und Bürgern

in zunehmendem Maße eine Eigenverantwortung zugesprochen werden, die sich insgesamt bewährt hat. So richtig es war, eine gesetzliche Pockenimpflicht durch die Gesundheitsbehörden ein- und durchzuführen, so richtig ist es ebenso, bei der derzeit die Erde bedrohenden neuen Influenza S-OIV A/H1N1 (swine origine influenza virus; „Schweinegrippe“) genau auf diese Impfpflicht zu verzichten und die Impfung zunächst nur besonderen Gruppen und Patienten anzubieten. Dies kann sich aber, je nach Gefährlichkeit des jeweiligen Keimes auch ändern. Es obliegt überwiegend den Gesundheitsämtern, durch eine kluge und offene Kommunikationsstrategie den Bürgerinnen und Bürgern dieses an die jeweilige Situation angepasste Vorgehen verständlich und nachvollziehbar zu machen. Der BVÖGD ist und war dabei immer der Ort, an dem die internen Diskussionen geführt werden konnten und können.

Dass es den Industrienationen nicht gelingt, zumindest allen Menschen auf dieser Erde sauberes Wasser zur Verfügung zu stellen, von ausreichender und zumindest die Grundanforderungen an die Ernährungsphysiologie genügender Nahrung ganz zu schweigen, ist ein Armutszeugnis für die reichen Länder. Auch hier muss durch Verbände wie den BVÖGD beständig gemahnt werden, denn jedes, in die Gesundheit aller Menschen investierte Geld zahlt sich letztlich für den Geber aus und sei es durch die Verminderung der Gefahr des Entstehens einer neuen Seuche.

Impfen ist wichtig – ständige Aufklärung ist notwendig

Das Gleiche gilt für die Impfungen, bei denen wir in Deutschland eine überaus gefährliche Ablehnung selbst in Bevölkerungsgruppen finden, die es eigentlich besser wissen müssten. Dass auch in Deutschland dieser Entwicklung mehr oder weniger ratlos zugeschaut wird, wurde schon oft vom BVÖGD angemahnt und wird sicherlich Gegenstand zukünftiger Aufklärungskampagnen sein, die durch diesen Verband, namentlich über die Gesundheitsämter initiiert werden müssen.