

Entwicklung des Infektionsschutzes in Sachsen seit 1990

Vorwort

Infektionskrankheiten waren noch vor 100 Jahren die häufigsten Todesursachen, besonders für Kinder. So starben im Jahre 1912 im „Königreich Sachsen“ noch 15.123 Perso-

nen (= 21,6 Prozent aller Gestorbenen) an Infektionskrankheiten: 6.885 an Tuberkulose, 5.142 an Pneumonie und Influenza, 1.087 an Diphtherie, 472 an Keuchhusten, 282 an Masern/Röteln, usw. (Abb. 1) [1]. Im Jahre 2015 wurden im „Freistaat Sachsen“ an Infektionskrankheiten 714 Todesfälle (= 1,3 Prozent aller Verstorbenen) amtlich registriert. Zusammen mit 659 (= 1,2 Prozent)

an Influenza und Pneumonie Verstorbenen ist dies jetzt mit 2,5 Prozent Rang 9 in der Todesursachenhäufigkeitsstatistik (Abb.2) [2]. Dieser Erfolg in Deutschland und den zivilisierten modernen Staaten der Welt war erzielt worden durch umfangreiche Hygienemaßnahmen: Seuchenhygiene in allen Lebensbereichen, Lebensmittel-, Trinkwasser- und Milchhygiene, Luft-Boden- und Abfallhygiene, Umwelthygiene, Schutzimpfungen, Einsatz von Antibiotika und antiviralen Substanzen und der konsequenten Durchsetzung der wissenschaftlich-mikrobiologischen Diagnostik und Epidemiologie der Infektionskrankheiten sowie der gesetzlich verfügbaren Isolierungs- und Verhütungsmaßnahmen in allen Bereichen durch staatliche Institutionen wie dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die Infektionsbekämpfung („die Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren...“) wurden in der Bundesrepublik Deutschland in dem Artikel 74 (19) des Grundgesetzes unter der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern amtlich verfügt. Vor 30 Jahren glaubte man, die Infektionskrankheiten völlig besiegen zu können; erinnert sei an die Pocken- und an die in den meisten Ländern erfolgreiche Poliomyelitis-Eradikation. Dies war eine Fehleinschätzung, weil die moderne Entwicklung von Wirtschaft, Gesellschaft, Zwischenstaatlichkeit und Politik, auch des Klimas, sich anders vollzogen hat. Verstärkte Anstrengungen sind zum Beispiel nötig bei der Bekämpfung von Krankheiten, die noch nicht, den angestrebten Zielen entsprechend, minimiert worden sind (Hepatitis C und E, Noro- und Rotavirus-Enteritis, Pertussis, Masern und andere). Dazu gehören auch Influenza und Lungeninfektionen (durch Pneumokokken und andere Erreger wie RSV), die besonderer Maßnahmen wegen der Gefährdung älterer Menschen auch wegen ihrer altersphysiologischen „Immunseneszenz“ bedürfen. Fast alle sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) wie HIV, Lues, Gonorrhoe und Chlamydia trachomatis-

Todesursachengruppe	Anzahl	pro 100.000 E	in %
1. Infektionskrankheiten + Pneumonie	15.123	310	21,6
2. Herz-Kreislauf-Krankheiten	11.410	234	16,3
3. Krankheiten des Nervensystems	9.001	184	12,8
4. Magen-Darm-Krankheiten	7.477	153	10,7
5. „Altersschwäche (> 60 Jahre)“	6.741	138	9,6
6. Krebs und andere Neubildungen	5.121	105	7,3
7. „angeborene Lebensschwäche im ersten Monat“	3.481	71	5,0
8. Äußere Einwirkungen	3.173	65	4,5
9. Krankheiten der Atemorgane	2.913	60	4,2
10. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	1.376	28	2,0
11. Kindbettfieber + Folgen der Geburt	463	9	0,6
12. „andere bekannte Ursachen“	3.686	76	5,3
Gesamt	69.966	1.433	100

Abb. 1: Sterbefälle 1912 im Königreich Sachsen* nach Todesursachen

© 41. Jahresbericht des Königl. Landes-Medizinal-Kollegiums über das Medizinalwesen im Königreich Sachsen auf das Jahr 1912 – Verlag von F.C.W. Vogel, Leipzig 1916 (* = Einwohner 1909: 4.881.641)

Todesursachengruppe	Anzahl Sterbefälle	Mortalität in %	in %
1. Krankheit des Herz-Kreislaufsystems	24.545	603,1	45,1
2. Bösartige Neubildungen inkl. Blutsystem	13.100	321,9	24,1
3. Äußere Ursachen, Verletzungen, u. a. davon Unfälle (inkl. „Selbstbeschädigung“)	4.769 1.967 (643)	68,8 48,3 (15,8)	8,7
4. Krankheit des Atemsystems davon Grippe und Pneumonie	2.830 659	69,5 16,2	5,2 1,2
5. Krankheit des Verdauungssystems u. Leber	2.364	58,1	4,3
6. Psychische u. Verhaltensstörungen	2.330	57,2	4,3
7. Stoffwechsel und endokrine Erkrankungen davon Diabetes mellitus	2.022 1.663	49,7 40,9	3,7 3,1
8. Krankheit des Nervensystems	1.619	39,8	3,0
9. Krankheit des Urogenitalsystems	812	20,0	1,7
10. Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	714	17,5	1,3
11. Säuglinge (angeborene + perinat. Ursachen)	43	20,0	0,1
Gesamt (ICD10 A00-T98):	54.467	1.338,2	100

Abb. 2: Sterbefälle 2015 in Sachsen* nach Todesursachen

© Statistisches Jahrbuch Sachsen 2016 (* Einwohnerzahl 2015: 4.084.851)

Infektionen haben in den letzten 20 Jahren enorm (um >100 Prozent) zugenommen. An für Europa „neue“ Infektionskrankheiten durch Zika-Virus, Ebola oder Dengue-Fieber und andere soll nur erinnert werden.

Situation zur Wiedervereinigung 1990

Bis zum Datum der gesetzlichen Wende am 3. Oktober 1990 galten die DDR-Gesetze und Verordnungen. Für die Thematik besonders wichtig sind:

1. Das „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen“ vom 3. Dezember 1982 mit seinen Durchführungsbestimmungen (DB) vom 20.1.1983: die Erste DB „Meldepflichtige übertragbare Krankheiten und spezielle Schutzmaßnahmen“, die Zweite DB „Schutzimpfungen und andere Schutzanwendungen“ und die Vierte DB „Meldepflicht bei AIDS“ vom 22. Dezember 1987.
2. Die „Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ vom 23. Februar 1961 mit mehreren Anpassungsgesetzen und Verordnungen, letztmalig vom 25. März 1976 (GBL II, Nr. 125.188) und
3. „Die Verordnung über die staatliche Hygieneinspektion“ vom 11. Dezember 1975 in der Folge ihrer Aktualisierungen und Erweiterungen von 1978 und 1987.

In der BRD galt bis zum Tag der Wiedervereinigung, dem 3. Oktober 1990, das „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz)“ vom 18. Dezember 1979, zuletzt geändert durch Gesetz vom 12. September 1990 (BGBl I, S. 2.002), das hinsichtlich des Infektionsschutzes wichtigste Gesetz.

Entwicklung des wissenschaftlich begründeten und praktisch realisierbaren Infektionsschutzes in Sachsen von Juli 1990 bis Juli 2000

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands galt laut „Einigungsvertrag“ Kapitel IV, 3.b DDR-Recht



1. Staatsminister für Gesundheit, Soziales und Familie des Freistaates Sachsen, Dr. rer. nat. Hans Geisler © Archiv

als Länderrecht automatisch fort, wenn es nicht dem vorrangigen Bundesrecht und dem Recht der Europäischen Gemeinschaft widersprach.

Auf dieser Rechtsgrundlage haben verantwortliche Mediziner des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (in der DDR „Hygieneinspektion“) in Sachsen (Drs. Bigl, Kluge, Klapper, Einbock, Oettler und andere) und in einigen neuen Bundesländern das in vielerlei Hinsicht bessere Management der Bekämpfung von Infektionskrankheiten einschließlich Melde- und Impfwesen der DDR 1990 zu erhalten versucht. Das Bestreben vieler fachkundiger Leihbeamter aus den alten Bundesländern in Form der sofortigen Einführung westdeutscher Verhältnisse, wie zum Beispiel in einer Anordnung im Oktober 1990 an die „Bezirksverwaltungsbehörden“ der ehemaligen DDR zur sofortigen Übernahme bundesdeutscher Regelungen im Infektionsschutz, wurde durch die Anwendung des Einigungsvertrags laut Kapitel IV, 3.b so zunächst abgewendet.

Die Erhaltung unserer gegenüber dem BRD-Recht umfangreicheren antiepidemischen Maßnahmen wurde durch die Formulierung einer „Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesundheit über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz (SeuchMeldeVO)“ durch die genannten Ärzte nach Absprache

mit den anderen sächsischen Bezirken Leipzig und Dresden 1991 versucht, auf neues Recht zu gründen. Dies wurde nach einem ausgiebigen, umfangreichen und für die Initiatoren politisch brisanten Diskussions- und Begründungsprozess durch die Unterschrift des Staatsministers für Soziales, Gesundheit und Familie am 11. November 1995 erreicht.

Zur Schaffung einer stabilen wissenschaftlichen und organisatorischen Grundlage unter den neuen gesellschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel auch der größeren Impfstoffpalette) hatte auf Bitten und Drängen dieser Mediziner nach Wiedergründung des Freistaates Sachsen der erste „Sächsische Staatsminister für Gesundheit, Soziales und Familie“, Dr. rer. nat. Hans Geisler, schon 1991 eine eigene „Sächsische Impfkommision“ (SIKO) am Hygieneinstitut Chemnitz (später Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen [LUA]) berufen. In ähnlicher Weise wurde das DDR-Meldewesen für Infektionskrankheiten in der sächsischen SeuchMeldeVO vom 11. November 1995 (Sächs. GVBl 1995, S. 377) auf bundesdeutschem Recht neu begründet.

Die erheblichen Unterschiede in der Hygiene und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zwischen den alten und den neuen Bundesländern zur Wende 1990 wurden erst deutlich durch den jetzt möglichen gegenseitigen Besuch mit regem Meinungsaustausch. In den alten Bundesländern waren nach dem Zweiten Weltkrieg viele dieser eigentlich staatlichen Aufgaben wegen des Missbrauchs im „Dritten Reich“ privatisiert worden; nicht so in der DDR. Dies führte 1995 dazu, dass 16 angesehene Leiter/Repräsentanten medizinisch-diagnostischer Landes-einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aus Ost- und Westdeutschland zu einer Tagung und Besprechung in Fulda zusammen kamen. Als Ergebnis wurde die „Fulda-Resolution“ formuliert und als fachlich-wissenschaftliche Forderung veröffentlicht [5]:

Krankheit/ Erreger	1995		2000		2005		2010		2015	
	BRD	Sachs	BRD	Sachs	BRD	Sachs	BRD	Sachs	BRD	Sachs
Masern	na	0,65	na	0,33	0,95	0,37	1,0	0,10	3,1	6,7
Mumps	na	1,86	na	2,63	na	0,49	na	0,74	0,9	0,4
Röteln	na	4,98	na	2,36	na	0,23	na	0,05	0,02	0,12
Pertussis	na	1,52	na	15,6	na	10,6	na	19,0	11,1	8,7
Influenza	na	8,43	na	33,0	15,4	60,1	4,2	7,3	96,4	317,7
Hepatitis A	8,02	5,03	3,4	1,5	1,48	0,65	1,0	0,19	1,1	0,4
Varizellen	na	na	na	23,1	na	64,3	na	15,2	28,6	46,8
Campylobacter.	na	56,1	na	92,4	75,3	121,8	80,3	134,5	86,9	138,7
Yersinia	na	20,4	na	19,4	6,8	15,8	4,1	10,3	3,4	8,6
E.coli-darmpath.	na	8,3	na	16,7	7,1	17,1	7,2	17,6	na	22,1
EHEC	na	8,3	na	16,7	1,4	1,2	1,1	1,8	2,0	5,3
Rotaviren	na	88,5	na	147,2	65,7	207,8	66,1	127,2	41,1	130,2
Noroviren	na	na	Na	80,5	75,9	202,0	171,7	502,8	110,2	247,4

Abb. 3: Vergleich der amtlich erfassten, gemeldeten Infektionskrankheiten (Inzidenz) BRD und Sachsen 1995, 2000, 2005, 2010, 2015 – impfpräventable Krankheiten und ausgewählte Enteritis-Erreger
na = nicht angegeben/nicht meldepflichtig
Inzidenz = Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr

Krankheit/ Erreger	1995		2000		2005		2010		2015	
	BRD	Sachs	BRD	Sachs	BRD	Sachs	BRD	Sachs	BRD	Sachs
RSV-Infektionen	na	0,78	na	0,16	na	6,53	na	10,24	na	37,8
Parainfluenza	na	0,89	na	0,94	na	3,05	na	0,1	na	14,5
Mykoplasmen	na	1,75	na	1,02	na	6,76	na	13,6	na	25,5
Q-Fieber	0,06	0,02	0,2	0	0,50	0,02	0,44	0,02	0,4	0,1
Leptospirosen	0,06	0,11	0,05	0,02	0,07	0,12	0,09	0,07	0,15	0,1
Syphilis/Lues	na	2,49	na	1,4	3,9	4,3	3,7	3,0	8,5	6,1
Gonorrhoe	na	6,87	na	3,3	na	10,2	na	14,4	na	20,8
Chlamydia trachomatis	na	na	na	na	na	50,7	na	94,6	na	102,4
HIV-Erstdiagnose (RKI-Angaben)	na	na	1,8	0,7	3,0	1,6	3,3	2,6	4,6	4,7

Abb. 4: Vergleich der amtlich erfassten, gemeldeten Infektionskrankheiten (Inzidenz) BRD und Sachsen 1995, 2000, 2005, 2010, 2015 – durch respiratorische Erreger und sexuell übertragbare Krankheiten (STD)
na = nicht angegeben/nicht meldepflichtig
Inzidenz = Erkrankungen pro 100.000 Einwohner und Jahr
Erkrankungszahlen: Inzidenz X Einwohner in 100.000 (Sachsen: 46,1 – 40,1; BRD: 818,2 – 821,8)

„Die medizinisch-diagnostischen Landeseinrichtungen haben ihre Schwerpunkte in Überwachung, Beratung, Akkreditierung und einer Analytik auf Qualitätsniveau und mit der Beweiskraft eines vorweggenommenen Sachverständigengutachtens. Ihre Fachbereiche umfassen mindestens Umweltmedizin, Seuchenhygiene (einschließlich Lebensmittelhygiene), Krankenhaushygiene, Hygiene

der Gemeinschaftseinrichtungen, Hygiene des Wassers (inklusive Trink-Rohwasser, Schwimm- und Badewasser, Oberflächengewässer, Abwasser), Luft- und Bodenhygiene (inklusive Abfallstoffe), Epidemiologie, Impfwesen, Gesundheitsberichterstattung, Zertifizierung, Überwachung der gesundheitlichen Gefahren aus Gentechnik und Blutprodukten sowie Instrumente für die Überwachung

der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Planungsvorhaben, Untersuchungen und Beratungen auf den Gebieten der Betriebshygiene, Tropenhygiene, und klinische Mikrobiologie...“.

Ein vergleichender Überblick der unterschiedlichen Meldeordnungen für Infektionskrankheiten zwischen den alten Bundesländern und den neuen Bundesländern zur Wende zeigte, dass erhebliche Melde- und damit Kontrolldefizite bei >30 übertragbaren Erkrankungen bestanden.

Die Begründung zum Verordnungsentwurf der oben genannten sächsischen Mediziner gibt Auskunft über die Ursachen der Differenzen zwischen den alten Bundesländern und den neuen Bundesländern 1990. Einzelheiten der Begründung sind nachzulesen im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 2/1996, [3].

Die geschilderten umfangreicheren Aufgaben in den neuen Bundesländern seit 1990 wurden von dem ÖGD unter kontinuierlicher Fortbildung und praktischer Anleitung durch die LUA-Mitarbeiter in vollem Umfang erfüllt. Voraussetzung dafür war die vollkommen erneuerte und modernisierte technische Ausstattung der Institute, wofür dankenswerter Weise Millionenbeträge seit der Wende zur Verfügung gestellt wurden. Hilfreich dabei war auch die neue Struktur entsprechend dem „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (Sächs GDG)“ vom 11. Dezember 1991. Damit war Sachsen das erste neue Bundesland, das den ÖGD durch Landesgesetz neu geordnet hatte. Die Integration von medizinischen, veterinärmedizinischen und lebensmittelchemischen Institutionen unter einem Dach (Konsens der Repräsentanten der drei Bereiche Drs. Bigl, Bach, Kasprick mit dem Staatsminister Dr. rer. nat. Hans Geisler) in einer Behörde sowohl auf Landes- wie Kreisebene war erfolgt: Gesundheitsüberwachung von Infektionskrankheiten von Mensch und Tier und Lebensmittelkontrolle von der Ackerkrume bis in den menschl-

chen Mund lagen in der Verantwortung einer Behörde. Die diesbezüglichen wissenschaftlich begründeten und praktisch wertvollen Anleitungen zur Tätigkeit des ÖGD sind aus den „Sächsischen Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten – Herdbekämpfungsprogramme – im Freistaat Sachsen“ ersichtlich [4]. Als konkretes Beispiel ist der Erfolg bei der Masernbekämpfung zu nennen. Die Maserninzidenz lag 2001 und 2002 in der BRD gesamt etwa um den Faktor 10 bis 15 höher als in Sachsen.

Situation nach Inkrafttreten des IfSG 2001 und Vergleich der gemeldeten Infektionskrankheiten (Inzidenz) BRD und Sachsen 1990 – 2015

Das „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) wurde als Neuerung des „Bundes-Seuchengesetzes“ von 1980, sicher auch auf moralischen Druck der neuen Bundesländer, am 20. Juli 2000 endlich im Bundestag verabschiedet und trat am 1. Januar 2001 in Kraft. Damit trat die gesetzliche Meldung mehrerer Krankheiten für ganz Deutschland laut § 6 in Kraft, die bisher in den alten Bundesländern nicht amtlich erfasst worden waren und somit keine antiepidemischen Maßnahmen bei den Amtsärzten auslösten. Die konkrete Palette dieser Erkrankungen und deren verordneter Meldestatus (Verdacht, Erkrankung, Tod, Ausscheider) sind im Detail ebenfalls im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 3/1996 [3] aufgeführt.

Dies musste natürlich auch eine Änderung/Modernisierung der sächsischen „SeuchMeldeVO“ zur Folge haben. Die Neufassung und Verabschiedung der „Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Erweiterung der Meldepflicht für übertragbare Krankheiten und Krankheitserreger nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSGMeldeVO)“ erfolgte am 3. Juni 2002.

Sie war nicht überflüssig geworden, weil auch viele impfpräventable

Erkrankungen wie zum Beispiel Mumps, Röteln und Pertussis nicht in die namentliche Meldung durch die behandelten Ärzte im IfSG von 2000 aufgenommen worden waren, die sofortige antiepidemische Maßnahmen bei den Gesundheitsämtern auslösen sollten. Das gleiche trifft für die Sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) zu. Das Infektionsschutzgesetz von 2000 wurde vom Bundestag mehrmals aktualisiert, am 28. Juli 2011, letztmalig am 7. August 2013. Die Gründe waren meist politisch beziehungsweise gesellschaftlich brisante Probleme, die einer rascheren Lösung bedurften: Zunahme der nosokomialen Infektionen, Hygienemängel in Krankenhäusern und in den ärztlichen Ambulanzen, in Gemeinschaftseinrichtungen wie Alters- und Pflegeheimen, in Gaststätten usw. Auch die Meldung von Pertussis wurde 2013 endlich aufgenommen. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation hatte bereits 1998 in Kopenhagen als Ziel für das 21. Jahrhundert vorgegeben, eine jährliche Morbidität von <1 Pertussisfall pro 100.000 Einwohner. Die BRD-gesamt im Gegensatz zu den neuen Bundesländern hat erst 15 Jahren später damit begonnen, den wahren Gesamt-Stand zu ermitteln [6]. Eine Meldepflicht von Tetanus-Erkrankungen in der BRD gibt es bis heute im Gegensatz zu allen Ländern der Europäischen Union nicht.

Für notwendige Änderungen wurde in Sachsen jeweils die sächsische IfSG-MeldeVO angepasst beziehungsweise „rechtsbereinigt“, letztmalig am 16. Dezember 2011. Darin wurde auch die Herpes Zoster-Meldepflicht wegen der jetzt möglichen Schutzimpfung aufgenommen.

In den Abb. 3 und 4 sind die Inzidenzen wichtiger meldepflichtiger Infektionskrankheiten Sachsens und der BRD gesamt in 5-Jahresabschnitten von 1995 bis 2015 nebeneinander gestellt [7]. Dies soll die Notwendigkeit und die Realität der jahrelangen intensiven antiepidemischen Arbeit des ÖGD und der LUA auch allen medizinischen Berufen und Laien vor

Augen führen. Es sind diesbezüglich im Freistaat Sachsen seit der Wende hervorragende Leistungen vollbracht worden.

Literatur beim Autor

Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl
Ehemaliger Präsident (Alternierend),
Vizepräsident und Abteilungsdirektor Medizin
der Landesuntersuchungsanstalt für das
Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen
Ludwigsburgstraße 21, 09114 Chemnitz
E-Mail: siegwart@bigl.de