



01. Februar 2023

## **Denkschrift**

# **Zur Gründung eines Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit Strukturelle Überlegungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene in Abstimmung mit dem Verbund für angewandte Hygiene (VAH)**

Im Auftrag der DGKH erstellt von

M. Exner<sup>1</sup>, A. Bunte<sup>2</sup>, S. Gleich<sup>1</sup>, U. Heudorf<sup>3</sup>, P. Walger<sup>1</sup>

1: Vertretungsvorstand der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene

2: Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Westfalen- Lippe

3: ehemalige stellv. Leiterin des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt



## 1. Anlass

Äußerer Anlass für die nachfolgenden Ausführungen ist die im Koalitionsvertrag „*Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der Bundesregierung*“ formulierte Vereinbarung:

*„Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung geht in einem **Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit** am Bundesministerium für Gesundheit auf, in dem die Aktivitäten im Public Health-Bereich, die Vernetzung des ÖGD und die Gesundheits-Kommunikation des Bundes angesiedelt sind.“*

Die Notwendigkeit einer zentralen Institution für öffentliche Gesundheit in Deutschland ist schon seit langer Zeit in der fachlichen Diskussion. Spätestens mit der Auflösung des Bundesgesundheitsamtes im Jahre 1994 hat diese Diskussion für die öffentliche Gesundheit, den Bevölkerungsschutz, die Einheit von Mensch, Tier und Umwelt im Sinn von One Health und für den öffentlichen Gesundheitsdienst herausragende Bedeutung.

Mit der Auflösung des Bundesgesundheitsamtes sind entscheidende, schlagkräftige Strukturen auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst, die alle Fragen der öffentlichen Gesundheit zentral koordinieren, wissenschaftlich aufarbeiten und für die Bevölkerung wie auch für die Politik kommunizieren und Orientierung geben, nicht mehr in der notwendigen zukunftsorientierenden Form vorhanden und fehlen für eine ganzheitlichen Strategie der Öffentlichen Gesundheit<sup>1, 2</sup>. Hierdurch leiden die Schlagkraft, die Stringenz und die Einheitlichkeit für notwendige politische Entscheidungen für die Öffentliche Gesundheit. Eine bundeseinheitliche Orientierung für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist nicht vorhanden. Die Behebung dieser Defizite wurde bereits seit langer Zeit und schon lange vor der COVID-19 Pandemie immer wieder nachdrücklich eingefordert<sup>2</sup>.

Die Pandemie hat die Defizite und die Notsituation des öffentlichen Gesundheitsdienstes verstärkt in das politische und öffentliche Bewusstsein gerufen.

Es ist daher - wenn auch verspätet - der Zeitpunkt gekommen, aufgrund der erkannten Defizite zu einer Neuorientierung und Neustrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch Schaffung eines Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit mit zentraler, nachhaltiger, wissenschaftsbasierter und zukunftsorientierter Struktur auf bundespolitischer Ebene zu gelangen.

Hygiene und öffentliche Gesundheit haben spätestens seit den grundlegenden Arbeiten von Johann Peter Frank (1745 – 1821) zum Ziel, eine lebensschaffende, lebenserhaltende und lebensfördernde Gesellschaft in den unterschiedlichen Lebensphasen und unter den unterschiedlichen gesellschaftlichen und Umweltbedingungen sicherzustellen<sup>3</sup>.



Die wissenschaftlichen hygienischen Fachgesellschaften vertreten seit dem 19. Jahrhundert die Anliegen der öffentlichen Gesundheit und sehen sich daher berufen, im besten Sinne entsprechende Hinweise zur Strukturierung des dringend notwendigen Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit zu geben.

## 2. Rückblick und Verlust eines zentralen Institutes für Gesundheit

Die Bedeutung von Hygiene und öffentliche Gesundheit wurden erstmalig von **Johann Peter Frank (1745 bis 1821)** in seinem Hauptwerk „*System einer vollständigen medizinischen Polizeil (heute eher Politik)*“ umfassend dargestellt. Dieses Werk gilt bis heute auch seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Meilenstein für die Öffentliche Gesundheit. Frank ging darin systematisch und auf der damals verfügbaren wissenschaftlichen Grundlage auf alle relevanten Faktoren ein, die für die Gesundheit der Bevölkerung von der Geburt bis in das hohe Alter von Bedeutung sind. Er charakterisierte diese und macht Vorschläge zur Prävention und zur Regulierung durch die Politik.

Ein weiterer Meilenstein waren die Arbeiten von **Edwin Chadwick (1800 - 1890)**. Im Jahr 1842 veröffentlichte Chadwick seinen Bericht über die sanitären Bedingungen der arbeitenden Bevölkerung. Die Grundlage für "öffentliche Gesundheit" und "öffentlichen Wohlstand" in einer Gesellschaft war hiernach die Gewährleistung guter sanitärer Einrichtungen in Städten und Haushalten und eine sichere öffentliche Wasserversorgung. Chadwick war die treibende Kraft hinter dem sogenannten "**Public Health Act**" von 1848 ( „*Gesetz für die öffentliche Gesundheit*“) für England und Wales, der den Beginn einer proaktiven und nicht reaktiven öffentlichen Gesundheitspolitik markiert, in der der Staat zum Garanten für Gesundheits- und Umweltstandards wurde und den lokalen Regierungen die Mittel an die Hand gab, diese Standards zu erfüllen<sup>4</sup>.

In dem „Public Health Act“ wurde verbindlich geregelt

- Verbesserte Entwässerung und Bau von Abwasserkanälen.
- Regelmäßige Beseitigung von Abfällen aller Art aus Häusern, Straßen und Wegen.
- Die Bereitstellung von sauberem Trinkwasser durch den Bau von leitungsgebundener Wasserversorgung.
- Die Implementierung eines Amtsarztes für jede Stadt.

In Deutschland haben sich die Hygieniker wie u.a. **Max von Pettenkofer (1818 – 1901)** und **Robert Koch (1845 – 1910)** (Landarzt, Kreisphysicus, Mitarbeiter und vorübergehend kommissarischer Leiter des kaiserlichen Gesundheitsamtes, Inhaber des Gründungslehrstuhls für Hygiene der Universität Berlin, Leiter des Institutes für Infektionskrankheiten, später Robert Koch-Institut) auf dieses Grundsystem der öffentlichen Gesundheit bezogen und hieraus weitergehende segensreiche Konzepte vornehmlich zur sog. „**Assanierung**“ der Städte mit Wasser-Ver- und Abwasser-Entsorgung entwickelt, die ab ca. 1870 in Deutschland zu einer kontinuierlichen Zunahme der Lebenserwartung und dem Rückgang der Sterblichkeit in der Bevölkerung führten.

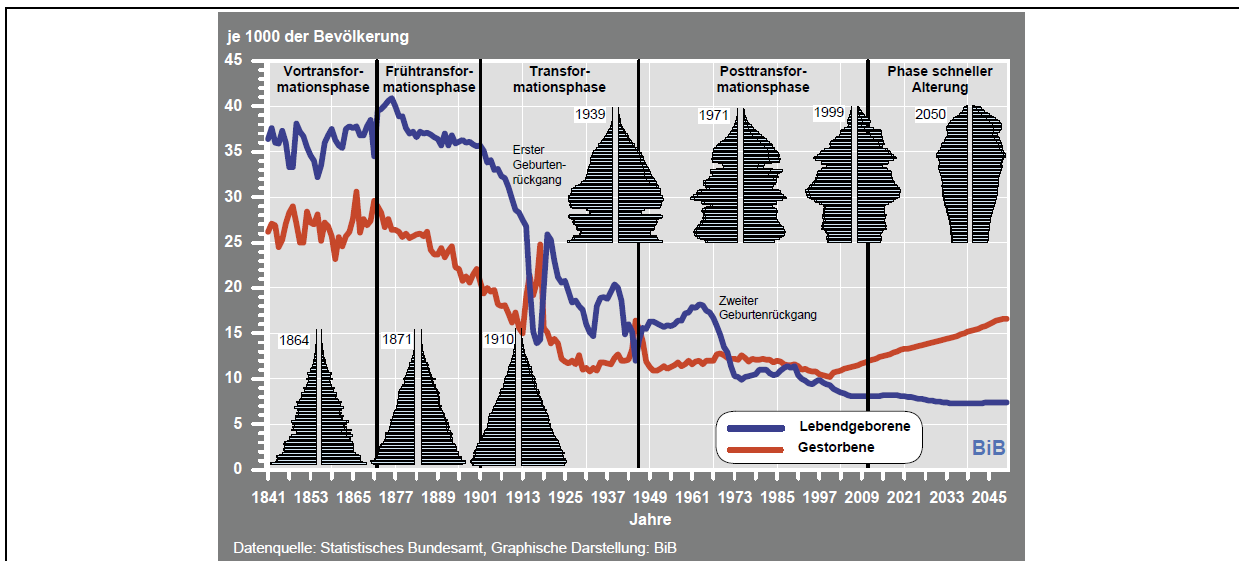


Abb. 1 : Lebendgeborene und Gestorbene je 1000 der Bevölkerung, 1841 - 2050 und Altersaufbau der Bevölkerung, 1864 - 2050 (Anteile der Altersjahre in %) Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2004.<sup>5</sup>

Betrachtet man den Verlauf der Gestorbenen je 1000 der Bevölkerung (rote Kurve in Abb. 1), so beginnt der kontinuierliche Abwärtstrend ab 1870/71 (nach dem deutsch-französischen Krieg) mit der beginnenden Phase der Assanierung der Städte in Deutschland. Die Assanierung führte insbesondere zu einem Rückgang der Kindersterblichkeit. Die Kurve der Gestorbenen je 1000 der Bevölkerung wird unterbrochen durch die Zeit des 1. Weltkrieges und die nachfolgende Influenza- Pandemie, um hiernach auf den Stand der 1980iger Jahre abzusinken.

Nach der großen Cholera-Epidemie in Hamburg 1892 wurden die hygienisch-mikrobiologische Untersuchung des Trinkwassers und die Trinkwasserfiltration regulatorisch eingeführt, wobei unmittelbar nach deren Einführung sich in Deutschland kein Cholera Ausbruch mehr ereignete und die großen wasserbedingten Seuchenerkrankungen wie Cholera, Typhus, Paratyphus, Shigellen-Ruhr aus Deutschland faktisch verschwanden<sup>3</sup>. Erst in den 1930iger Jahren begannen umfassende Impfungen der Kinder und der erwachsenen Bevölkerung, z.B. mit der Diphtherie-Impfung, die 1936 im Ruhrgebiet eingeführt wurde. Antibiotika standen erst nach dem 2. Weltkrieg in nennenswertem Umfang zur Verfügung.

Somit lässt sich feststellen, dass die Assanierung als größter Erfolg einer Einzelstrategie für die Gesundheit der Bevölkerung anzusehen ist. Dabei handelt es sich nicht um eine medizinisch-kurative Maßnahme, sondern um eine **hygienisch- technische Maßnahme des Gesundheitsschutzes bzw. der Verhältnisprävention**.



Bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden medizinische Topographien entwickelt, die die **Gesundheitsverhältnisse** in den Kommunen und Landkreisen beschrieben, um hieraus Hinweise über die wichtigsten damals relevanten Erkrankungen, deren Verbreitung, Relevanz und deren Verhütung entwickeln zu können.

Infolge dieser strukturellen Überlegungen wurde **1876 das kaiserliche Gesundheitsamt** gegründet<sup>1</sup>, dessen Aufgaben und Ziele schon damals als eine wissenschaftliche Einheit und eine für einen modernen Gesundheits-, Verbraucher-, und gesundheitlichen Umweltschutz verantwortliche Institution charakterisiert wurden. Robert Koch wurde bereits 1880 in das damalige kaiserliche Gesundheitsamt berufen. Er verfasste als Mitarbeiter in dieser Institution seine grundlegenden Arbeiten über die Prüfung von Desinfektionsmitteln, die Tuberkulose und die Cholera-Ätiologie sowie nach der Hamburger Cholera-Epidemie seine Publikation: „*Wasserfiltration und Cholera*“. Robert Koch hat weitaus mehr Arbeiten zur Wasser-Ver- und Abwasser-Entsorgung publiziert als beispielsweise zur Tuberkulose.

Diese Erkenntnisse und die Assanierung der Städte führten – wie oben dargestellt -zur Reduktion der Todesrate und einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung, lange vor der Einführung von Impfungen und Antibiotika.

In den USA berichteten Dr. William Welch und Wicliff Rose in einem Report für den US-amerikanischen General Education Board im Jahr 1915 über die Einrichtung eines amerikanischen Instituts für Hygiene. In der heute als sog. **Welch-Rose-Report bekannten Denkschrift** bezogen sie sich auf den Public Health Act in England 1848, eingeführt von Edwin Chadwick sowie auf das Hygiene-Institut von Pettenkofer in München. Dieser Bericht war die Gründungsstunde der "**John Hopkins-School of Hygiene and Public Health**" in **Baltimore, USA**, der heute international anerkanntesten Institution dieser Art neben der "**London School of Hygiene and Tropical Medicine**".

Zusätzlich wurde im **Welch-Rose-Report** ausführlich darauf hingewiesen, dass in Deutschland jede Universität ihr eigenes Department oder Institut für Hygiene führe, die durch einen Professor mit seinen Mitarbeitern geleitet wird und worin das Fach in den unterschiedlichen Aspekten in Laboruntersuchungen und Feldarbeiten dargelegt wird. (<https://www.youtube.com/watch?v=7HuG15OFAbM>). Strukturell wurde in Deutschland die Hygiene nicht nur an den Universitäten, sondern auch in den großen Städten mit eigenen Instituten implementiert. An den Universitäten wurden Medizinaluntersuchungsstellen eingerichtet.

Mit dem Ende des 1. Weltkrieges begann man sich in Deutschland stärker auf **Aspekte der Sozialhygiene** zu konzentrieren, da die Phase der Assanierung ihre enormen Erfolge in Bezug auf Zunahme der Lebenserwartung und Rückgang der Sterblichkeit gezeigt hatte. Wegweisend hierfür war die Große **Ausstellung 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen (GeSoLei) in Düsseldorf** vom 8. Mai bis 15. Oktober 1926, die mit 7,5 Millionen Besuchern und 400.000 m<sup>2</sup> die größte Messe der Weimarer Republik war. Ihre politische und soziale Zielsetzung war die Erziehung zum neuen gesunden Menschen.



Ein wichtiger Meilenstein war die WHO Europe Monographie: „*The Teaching of Hygiene and Public Health in Europe*“ aus dem Jahr 1957, worin Grundlagen und Vorschläge für Lehre in Studium und Ausbildung von Postgraduate-Berufen in Hygiene und Öffentlicher Gesundheit gemacht wurden, die auf den Ergebnissen von zwei Konferenzen, 1952 in Nancy und 1953 in Göteborg, fußte, wobei an beiden Konferenzen Deutschland beteiligt war<sup>6</sup>.

**Das Bundesgesundheitsamt (BGA)** wurde 1952 als Nachfolgeorganisation des **Reichsgesundheitsamtes (1918 – 1945)** bzw. des **Zentralinstitutes für Hygiene und Gesundheitsdienst (1945 – 1952)** als Bundesoberbehörde und zentrale staatliche Forschungseinrichtung der Bundesrepublik auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit mit Sitz in Berlin gegründet. Das BGA hatte den Auftrag, Risiken für die Gesundheit von Mensch und Tier früh zu erkennen, diese zu bewerten und im Rahmen seiner gesetzlichen Kompetenzen einzudämmen.

Das BGA war in eine zentrale Abteilung und sieben, später sechs wissenschaftliche Institute gegliedert:

- Das **Institut für Arzneimittel** (Arzneimittelzulassungen und -registrierungen, Erforschung von Arzneimittelwirkungen)
- Das **Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie** (Entwicklung und Anwendung von Methoden der Gesundheitsstatistik)
- Das **Institut für Strahlenhygiene** (Forschung über die Wirkung von Radioaktivität auf Mensch und Umwelt, noch vor Auflösung des Bundesgesundheitsamts in das Bundesamt für Strahlenschutz überführt)
- Das **Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene (WaBoLu)** (wissenschaftliche und gesetzestvorbereitende Arbeiten beim Wasser- und Bodenschutz (Bodenkontamination), bei Abwasser, Luftreinhalte und Luftverschmutzung und für bestimmte Verbraucherprodukte)
- Das **Max von Pettenkofer-Institut** (Institut für Verbraucherschutz, Zulassung von Pflanzenschutzmitteln, Bewertungsstelle nach dem Chemikalien Gesetz)
- Das **Robert Koch-Institut** (Infektionskrankheiten und Gentechnik)
- Das **Robert von Ostertag-Institut** (Institut für Veterinärmedizin, Hygiene tierischer Lebensmittel, Tierkrankheiten und Rückstandsforschung)

Zum 01. 07. 1994 löste die damalige Bundesregierung nach fast 600 Toten infolge HIV verseuchter Blutpräparate ohne Versuch einer Ertüchtigung des Bundesgesundheitsamtes und trotz eindringlicher Warnungen aller wissenschaftlichen Institutionen - *die Behörde* nach 118 Jahren auf. (Gesundheitseinrichtungen-Neuordnungs-Gesetz-GNG)  
[https://www.aekb.de/fileadmin/News/PDF/import/00401\\_Deutschland\\_ohne\\_BGA.pdf](https://www.aekb.de/fileadmin/News/PDF/import/00401_Deutschland_ohne_BGA.pdf)



Mit der Auflösung des damaligen Bundesgesundheitsamtes wurden dessen Aufgaben fragmentiert und unterschiedlichen Ministerien zugewiesen. Drei jetzt eigenständige Einrichtungen wurden dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellt

- das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM** (aus dem Institut für Arzneimittel)
- das **Robert Koch-Institut, RKI** (aus dem Robert Koch-Institut und dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie)
- das **Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, BgVV**, (aus dem Max von Pettenkofer-Institut und dem Robert von Ostertag-Institut)

Demgegenüber wurde das **Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene (WaBoLu)** in das **Umweltbundesamt (UBA)** eingegliedert und lag damit nicht mehr im Zuständigkeitsbereich des Bundesgesundheitsministeriums. Schließlich wurde das innerhalb des Umweltbundesamtes zunächst noch eigenständige WaBoLu aufgelöst und nur noch als eine Abteilung innerhalb des UBA fortgeführt. Hierdurch erfolgte ein nachhaltiger Paradigmenwechsel, da ab diesem Zeitpunkt die Bedeutung der Umwelt für die Gesundheit der Bevölkerung nicht mehr im Vordergrund stand, sondern nunmehr die Rolle des Menschen für die Umwelt.

Das **Institut für Strahlenhygiene** war schon zum Zeitpunkt der Auflösung nicht mehr Teil des Bundesgesundheitsamtes.

Im Jahr 2002 wurde dann das **Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin** aufgelöst und ging zum großen Teil in das **Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)** und zum kleineren Teil in das **Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)** ein. Der Institutsteil Jena ging in das **Friedrich-Löffler-Institut (FLI)**, dem **Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit** über.

Die Nachteile der Fragmentierung und der Aufsplitterung der Zuständigkeiten auf unterschiedliche Ministerien waren für den öffentlichen Gesundheitsdienst und auch für die Hygiene bereits unmittelbar nach der Auflösung des BGA kritisiert worden<sup>2</sup>. Die Aufgabe der Bündelung der Fachkompetenzen für die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die öffentliche Gesundheit, die unter dem gemeinsamen Dach des Bundesgesundheitsamtes noch abgebildet waren, zeigt bis heute nachteilige Auswirkungen.

Es fehlt eine zentrale nationale Institution, so wie bereits von Sanitätsrat Dr. Struck, dem ersten Direktor des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, 1876 empfohlen, die in umfassender Weise Gesundheitsschutz, Umweltschutz und Verbraucherschutz bündelt, bundeseinheitlich zusammenführt und so auch dem öffentlichen Gesundheitsdienst in allen seinen Untergliederungen auf Landes-, Kreis- und kommunaler Ebene fachliche Orientierung und Fundierung für seine Aufgaben gibt.



Für den Schutz der Umwelt gibt es derzeit in Deutschland eine eigene zentrale Bundesinstitution, nämlich das Umweltbundesamt.

Für den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung gibt es – seit Auflösung des Bundesgesundheitsamtes – im umfassenden Sinn keine eigene zentrale Bundesinstitution.

Die Folgen der Fragmentierung der Aufgaben sollen exemplarisch an verschiedenen Themen gezeigt werden:

- a) Der öffentliche Gesundheitsdienst ist nach § 37 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) für die Sicherheit der Wasserversorgung (Trinkwasser, Badewasser, Abwasser) zuständig. Auf Bundesebene ist diese Aufgabe nun dem Umweltbundesamt zugewiesen, welches jedoch - In strictu sensu - keine Aufgabe im Hinblick auf den Gesundheitsschutz der Bevölkerung wahrnimmt und über keinen medizinischen Sachverstand verfügt. Ebenso wenig ist das RKI in der im Bereich des Umweltbundesamtes angesiedelten Trinkwasserkommission vertreten.
- b) Die Folgen von Umweltschutz- und Energiesparmaßnahmen führen zu Änderungen gesundheitsrelevanter Risiken (z. B. BSE nach Aufbereitung des Futters mit niedrigeren Temperaturen, Legionellose durch Niedrigtemperatur-Warmwasserversorgungsanlagen, Raumluftqualität in Schulen durch Einschränkungen bei der Fensterlüftung etc.)
- c) Auch im Krisenmanagement der Corona-Pandemie wurde offensichtlich, dass wesentliche Aspekte der Prävention von SARS-CoV-2-Infektionen und deren Übertragung nicht einheitlich und stringent bearbeitet und umgesetzt wurden. So lag zum Beispiel die Entwicklung von Lüftungskonzepten als hygienisch-technische Maßnahme der Verhältnisprävention in der Zuständigkeit des Umweltbundesamtes, es erfolgte aber keine enge fachliche Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen UBA und RKI. Zentrale Aspekte der wissenschaftlichen Grundlagen von Luftübertragung respiratorischer Infektionen und deren Prävention wurden frei von medizinisch-hygienischer Evidenz ohne Einbeziehung der dafür mandatierten Experten öffentlich debattiert und in beliebige Empfehlungen überführt. Dies betraf die Debatte um die Bedeutung der Masken ebenso wie die der Mobilien Luftreinigung oder des Verhaltens im Freien oder in Innenräumen sowie der Übertragung durch Oberflächen.

Durch die Verlagerung von Aktivitäten/Aufgaben auf die unterschiedlichsten Ressorts verschiedener Ministerien und Bundesoberbehörden kam es in wichtigen Bereichen zu nicht abgestimmten und sich teils auch widersprechenden Empfehlungen. Die Spielräume für selbsternannte Experten, für Fachgesellschaften mit deren theoretischem Spezialwissen und auch für Interessengeleitete Lobbyaktivitäten waren entsprechend groß und trugen zur unabgestimmten Vielfalt von Empfehlungen und Ratschlägen bei.





Wissenschaftliche Fachgesellschaften mit Kernkompetenz in angewandtem Infektionsschutz und praktischer Infektiologie wurden dagegen nicht oder kaum gehört, ihre Vertreter waren in den entsprechenden Expertenrunden deutlich unterrepräsentiert. Die Kommunikation als wichtiger Bestandteil der verhaltensbezogenen Prävention wurde nicht stringent sichergestellt.

Zudem wurde deutlich, dass keine Bundesinstitution in den fachlichen und insbesondere auch rechtlichen Herausforderungen und Entscheidungsprozessen des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf kommunaler und Kreisebene wirklich bewandert ist und somit auch keine fachliche Beratung stattfinden kann.

Im Fazit bedeutet es, dass die Auflösung des Bundesgesundheitsamtes als einer übergreifenden, für den Gesundheitsschutz auf Bundesebene zentral zuständigen Institution bis heute nachteilige Folgen hat, die selbst durch die Exzellenz der Einzelinstitutionen nicht ausgeglichen werden können.

Die Verpflichtung, für ein funktionierendes Gesundheitssystem denken, forschen, agieren und kommunizieren zu können, ist und bleibt eine der grundlegenden Voraussetzungen für einen öffentlichen Gesundheitsdienst.

Auf kommunaler und Kreisebene wiederum hat sich die in den meisten Bundesländern erfolgte Eingliederung der Gesundheitsämter in die kommunalen und in die dem Kreis zugehörigen Verwaltungsstrukturen und Hierarchien mit einer untergeordneten Funktion als nachteilig erwiesen. Gesundheitsämter müssen sich immer wieder im Entscheidungsprozess zu Aspekten des öffentlichen Gesundheitsschutzes den übrigen kommunalen und kreispolitischen Verwaltungshierarchien unterordnen. Sie können sich so als Institution auf kommunaler und Kreisebene dem öffentlichen Gesundheitsschutz und der öffentlichen Gesundheit nicht wirklich fachlich unabhängig und politisch unbeeinflusst widmen. Hier kann nur eine klare gesetzliche Aufgabenzuteilung z. B. durch ein Landesgesundheitsdienstgesetz weiterhelfen, durch die die kommunale Verankerung erhalten bleibt, aber eine fachliche Freiheit garantiert ist, im pflichtgemäßen Ermessen abwägend und angemessen agieren zu können.

Die nachgeordnete Position der Gesundheitsämter macht es auch für den Nachwuchs und die Heranziehung von fachlich und hoch qualifizierten Persönlichkeiten nicht unbedingt attraktiv, in den öffentlichen Gesundheitsdienst einzutreten.

Der Einsatz für Belange der öffentlichen Gesundheit bedarf nach Auffassung der Unterzeichner einer klaren Aufgabenzuteilung, einer fachlichen Unabhängigkeit in der Analyse der Risikobewertung und einer Durchsetzungsfähigkeit für die Belange der Gesundheit der Bevölkerung im umfassenden Sinn auch in schwierigen Situationen, wie dies von einzelnen Persönlichkeiten im öffentlichen Gesundheitsdienst gezeigt werden konnte. Für das breite Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdienstes als 3. Säule des Gesundheitswesens mit den dafür notwendigen fachlich wie persönlich hoch qualifizierten



Persönlichkeiten reichen die derzeitigen Voraussetzungen jedoch nicht unbedingt aus. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann seine zentrale Funktion als Anwalt für die öffentliche Gesundheit nur bedingt als eine essentielle Funktion für die Gesellschaft erfüllen.

Als Fazit bedeutet dies, dass eine für die öffentliche Gesundheit zuständige Institution in der Lage sein muss, die Breite der Thematik so abzudecken und in den unterschiedlichen Facetten zu analysieren und wissenschaftlich aufzuarbeiten, dass sowohl der öffentliche Gesundheitsdienst eine gute fachliche Orientierung hat als auch die Bevölkerung in Deutschland gute und umfassende Informationen und Handlungsanleitungen für ihre Gesundheit erhält. Es braucht eine Institution, die aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz ein hohes Vertrauen von Bevölkerung und auch der Politik genießt.

Dies wird jedoch nur gelingen, wenn die derzeit bestehende Fragmentierung in eigenständige, unterschiedlich zugewiesene Kompetenzbereiche ohne eine gemeinsame institutionelle Bündelung und Verankerung verlassen wird und eine koordinierende Institution alle Aspekte der Gesundheit zusammenführt.

Deutschland braucht wieder eine Bundesinstitution, die sich als Anwalt für die Gesundheit der Bevölkerung und des Individuums im ganzheitlichen Sinne und in allen seinen Facetten zuständig fühlt.

### **3. Aufgaben und Ziele eines Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit aus Sicht der DGKH in Abstimmung mit dem VAH**

Wie können die Aufgaben und Ziele eines Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit charakterisiert werden?

Nachfolgend werden hierzu

- das sogenannte Lebensphasen Modell
- die relevanten Krankheitsentitäten
- die Grundbegriffe Gesundheitsschutz / Gesundheitsförderung / Gesundheitsfürsorge sowie Präventionsstrategien / Gesundheits-Kommunikation / Risikoregulierung und Gesundheitsberichterstattung
- das Leitbild des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Fehlentwicklungen nach Auflösung des damaligen Bundesgesundheitsamtes sowie strukturelle Defizite im derzeitigen öffentlichen Gesundheitsschutz
- Lehren aus der COVID-19-Pandemie

behandelt, um hierauf basierend Kriterien und Vorschläge für die Ausrichtung eines Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit zu formulieren.

#### **3.1 Lebensphasenmodell (Health in all Ages)**

Johann Peter Frank hatte bereits nach dem damaligen Kenntnisstand die Behandlung aller die Gesundheit beeinflussenden Risikofaktoren und präventivmedizinischen Regeln systematisch beschrieben. Dies gelte für alle Lebensabschnitte, von der Zeugung über die Geburt, die Verpflichtung zum Stillen von Kindern und Neugeborenen, über die Erziehung, über



umwelthygienische Aspekte wie Wasser, Boden, Luft, Lebensmittel bis hin zur Herstellung des Bieres, über öffentliche Einrichtungen, Schulen, Erziehungsanstalten, Krankenhäuser, Straßenreinigung, Hausreinigung, Vorbeugung von Verletzungen bis hin zu einem würdigen Tod.

Dieses Konzept ist bis heute grundlegend richtig geblieben und findet in den Zielen der WHO „Gesundheit in allen Altersphasen“ („**Health in all Ages**“) (Ziel 3 der Sustainable Development goals: „*Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*“) ihr entsprechendes Pendant.

Will man das Ziel Gesundheit in allen Lebensphasen erreichen, so müssen die spezifischen Voraussetzungen in den unterschiedlichen Lebensphasen hinsichtlich Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Gesundheitsfürsorge entsprechend charakterisiert und hierfür Kriterien erstellt werden, die im Rahmen der öffentlichen Gesundheit sicherzustellen sind.

In einem hochmodernen Land wie dem der Bundesrepublik Deutschland könnte man einwenden, dass letztendlich Gesundheit in allen Lebensphasen bereits heute verwirklicht ist. Das ursprüngliche Ziel von öffentlicher Gesundheit, nämlich die Lebenserwartung zu erhöhen, ist in der Tat erreicht. Heute ist ein Alter von 100 Jahren keine Utopie mehr.

Umso wichtiger ist es jedoch, die bereits in frühen Lebensphasen aufgenommenen gesundheitlichen Hypotheken, die sich bis ins hohe Lebensalter auswirken werden, in allen Lebensphasen zu berücksichtigen und zu behandeln und damit in der Tat in allen Lebensphasen so viel Gesundheit wie möglich zu verwirklichen.

Vereinfacht lassen sich **4 Lebensphasen** unterscheiden:

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Lebensphase:</b> entstehendes Leben während Schwangerschaft, Geburt bis Eintritt in das Berufsleben (KiTa, Schule, Berufsausbildung) 0 – 18 – 27 Jahre</li><li><b>2. Lebensphase:</b> Berufszeit, Familiengründung, Fürsorge für Kinder, einzige Phase der Finanzierungsmöglichkeit für sich, die Familie und das spätere Alter 20 – 67 Jahre)</li><li><b>3. Lebensphase:</b> Eintritt in Rente / Pensionierung mit 67 bis 80 - 85 Jahre</li><li><b>4. Lebensphase:</b> 80 – Tod</li></ol> |
|--|

In allen Lebensphasen sollte so viel Gesundheit wie möglich verwirklicht werden.

Mit der demographisch bedeutsamer gewordenen 3. und 4. Lebensphase nimmt auch die Bedeutung moderner kurativmedizinischer Maßnahmen zu. Diese führen nicht nur zu einer weiteren Lebensverlängerung, sondern auch zu einer spürbaren Verbesserung der Lebensqualität. Diese kann die natürlichen degenerativen Alterungsprozesse wie Verschlechterung des Seh- und Hörvermögens oder den Verschleiß von Gelenken verzögern oder kompensieren aber auch akute und chronische Erkrankungen heilen oder zumindest mildern.

Gleichzeitig nimmt durch die intensive medizinische Versorgung die Zahl invasiver Therapien und damit auch der Bedarf an invasiven Systemzugängen (sog. Devices) sowie der Antibiotikaeinsatz zu, sämtlich Treiber für die Zunahme von nosokomialen Infektionen und von Antibiotikaresistenzen. Dies stellt eine der zunehmenden Herausforderungen für die



Krankenhaushygiene dar. So bedingen *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* und *Enterobacter spp.* als die wichtigsten nosokomialen Infektionserreger allein weltweit jährlich 5 Mill. Todesfälle<sup>7</sup>.

### 3.2 Krankheitsarten

Will man Gesundheit in einer Gesellschaft sicherstellen, so ist es hilfreich, die wichtigsten Krankheitsarten, die zur Bedrohung der Gesundheit führen, zu benennen und hierauf bezogen, ursächliche Präventions- und wirksame Therapieoptionen zu charakterisieren.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit wird vorgeschlagen, fünf für die Öffentliche Gesundheit relevante Krankheits-Entitäten zu betrachten. Hierzu zählen:

- Übertragbare Erkrankungen (Infektionskrankheiten)
- Nicht übertragbare Erkrankungen (akute und chronische Krankheiten)
- Mentale Erkrankungen
- Unfälle und Verletzungen
- Krankheiten im Zusammenhang mit Krisensituationen (Klimawandel, Naturkatastrophen, Pandemien, Krieg, Flucht und Migration)

#### 3.2.1 Übertragbare Erkrankungen

##### 3.2.1.1. Übertragbare Erkrankungen ohne Betrachtung der Antibiotikaresistenz

Zu den wichtigsten übertragbaren Erkrankungen zählen

- Gastrointestinale Infektionen durch Salmonellen, Noroviren u. a.
- Virus-Hepatitis durch Hepatitis A-, Hepatitis B-, Hepatitis C-Viren
- Respiratorische Krankheiten wie Tuberkulose und Influenza.
- Durch Impfungen verhütbare Krankheiten (Impfpräventable Erkrankungen) wie bspw. Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten und Windpocken.
- Infektionen durch Erreger mit und ohne Antibiotikaresistenz und nosokomiale Infektionen im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen beziehungsweise Infektionen in Krankenhäusern und Einrichtungen der Pflege
- Infektionen, die pandemisch beginnen, wie Influenza, SARS oder COVID-19
- weitere ausgewählte wie z.B. meldepflichtige Infektionskrankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) u.a. die Umwelt-bedingten Legionellose oder Sexuell übertragbare Infektionen wie Syphilis und Gonorrhoe.

Die Prävention dieser übertragbaren Krankheiten erfordert spezifische Präventionsstrategien - abhängig von dem jeweiligen Erreger, dessen Reservoir, den Übertragungswegen und Aufnahmepfaden einerseits sowie auch andererseits von der Vulnerabilität der jeweils Betroffenen. Hierbei sind die unterschiedlichen Risiken in den unterschiedlichen Lebensphasen zu berücksichtigen.



Neben der Infektions-Surveillance ist insbesondere ein Zusammenspiel von umwelt- und medizinspezifischen Aspekten der Primär- wie auch der Sekundär-Prävention wichtig. Bedeutsam sind darüber hinaus die Möglichkeiten einer adäquaten Diagnostik sowie Therapie, wozu auch die Verfügbarkeit von Antibiotika gehört. Die Sicherstellung von hygienischer, mikrobiologischer und infektiologischer Expertise und auch die Überwachung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst sind hierbei von entscheidender Bedeutung.

### **3.2.1.2 Übertragbare Erkrankungen durch Antibiotikaresistente Krankheitserreger**

Auf der Grundlage einer 2022 in Lancet veröffentlichten Studie: „Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis“ der Antimicrobial Resistance Collaborators und eines hierin verwendeten prädiktiven statistischen Modells gab es im Jahr 2019 schätzungsweise 4.95 Millionen Todesfälle in Verbindung mit bakterieller antimikrobieller Resistenz (AMR), einschließlich 1.27 Millionen Todesfälle, die direkt kausal auf AMR zurückzuführen sind<sup>8</sup>.

Infektionen der unteren Atemwege waren 2019 mit mehr als 1.5 Millionen Todesfällen im Zusammenhang mit antibiotikaresistenten Erregern assoziiert. Damit waren Pneumonien das Infektionssyndrom mit der höchsten Krankheitslast unter den Infektionen durch AMR. Die sechs führenden Krankheitserreger für Todesfälle im Zusammenhang mit AMR waren *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* und *Pseudomonas aeruginosa*. Sie waren für insgesamt 929 000 Todesfälle direkt verantwortlich und bei 3.57 Millionen Todesfällen assoziiert mit AMR.

Methicillinresistente *S. aureus* (MRSA) verursachten im Jahr 2019 mehr als 100 000 durch AMR bedingte Todesfälle, während sechs weitere Erreger jeweils 50.000 -100. 000 Todesfälle verursachten: multiresistente Tuberkulose (ohne extensiv arzneimittelresistente Tuberkulose), Dritt-Generations-Cephalosporin-resistente *Escherichia coli*, Carbapenem-resistente *A. baumannii*, Fluorchinolon-resistente *E. coli*, Carbapenem-resistente *K. pneumoniae* und Dritt-Generations-Cephalosporin- resistente *K. pneumoniae*. Diese Studie bietet die erste umfassende Bewertung der globalen Krankheitslast durch AMR.

AMR-assoziierte Todesfälle werden als eine der führenden Todesursachen weltweit angesehen. Das Verständnis der Belastung durch AMR und der dazu beitragenden führenden Erreger-Wirkstoff-Kombinationen ist von entscheidender Bedeutung, um fundierte und standortspezifische politische Entscheidungen zu treffen. Diese müssen insbesondere Programme zur Infektionsprävention und -kontrolle, Regelungen zum Zugang zu wichtigen Antibiotika sowie die Erforschung und Entwicklung neuer Impfstoffe und Antibiotika beinhalten. In vielen Ländern gibt es gravierende Datenlücken, was die Notwendigkeit unterstreicht, die mikrobiologischen Laborkapazitäten und Datenerfassungssysteme auszubauen, um das Verständnis für diese wichtige Bedrohung der Gesundheit zu verbessern<sup>8</sup>.

Auch der „*Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report 2022*“ der WHO unterstützt die Einschätzung, dass AMR eine Bedrohung der Sicherheit der globalen Gesundheit darstellt, die konzertierte Maßnahmen von Regierungen und gesellschaftlichen



Interessengruppen erfordere. Eine Überwachung, die zuverlässige Daten liefert, sei für solide globale, regionale und nationale Strategien zur Eindämmung von AMR und zur Verbesserung und Absicherung der Patientenversorgung notwendig<sup>9</sup>.

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) ist die **Surveillance** als sekundärpräventive Maßnahme sicher unverzichtbar, sie ist aber keine primärpräventive Maßnahme, die an der Entstehung und Verursachung von AMR ansetzt.

Das vom BMBF geförderte Verbundvorhaben HyReKA „*Biologische bzw. **hygienisch-medizinische Relevanz und Kontrolle Antibiotika-resistenter Krankheitserreger in klinischen, landwirtschaftlichen und kommunalen Abwässern und deren Bedeutung in Rohwässern***“ konnte hinsichtlich der Identifizierung der Quellen von AMR zeigen, dass dort, wo Antibiotika eingesetzt werden, der Ausgangspunkt für die Entstehung von AMR ist. Krankenhäuser erwiesen sich als die wichtigsten Punktquellen für die Belastung der Umwelt durch multiresistente Erreger, insbesondere solche mit Carbapenem-Resistenz, wobei diese insbesondere in Abwasserabläufen im direkten Umfeld der Patienten (Siphons von Waschbecken, Duschen, Toiletten, Ausgussbecken) ihr Reservoir haben, in welchem sie über lange Zeit persistieren können. Hierüber führen sie zu einer unmittelbaren Bedrohung von Patienten durch nosokomiale Infektionen und durch AMR bedingte Todesfälle<sup>10</sup>.

Zur Primär- und Sekundärprävention von Multiresistenz gehören neben der Erreger- und Resistenzsurveillance auch intensive Qualifizierungsprogramme zum zielgerichteten Einsatz von Antibiotika, wie sie z. B. durch Antibiotic-Stewardship-Kurse, d. h. einer Fort- und Weiterbildungsinitiative für Ärzte und Apotheker etabliert wurden. Die DGKH hat 2023 im zehnten Jahr Antibiotic-Stewardship-Kurse (ABS-Kurse) ausgerichtet und hierbei über 1700 Ärztinnen und Ärzte zu ABS-Beauftragten und ABS-Experten fortgebildet.

in Verbindung mit Hygienemaßnahmen zur Vermeidung der Weiterverbreitung von AMR sind aber auch baulich-funktionelle Maßnahmen bei der Abwasserentsorgung in medizinischen Einrichtungen ergriffen worden, um zu einer nachhaltigen Kontrolle zu gelangen. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) hat 2020 weltweit erstmalig Anforderungen an die Abwasserentsorgung in einer Empfehlung herausgegeben.

Die Empfehlungen der KRINKO und der Hygiene-Fachgesellschaften wie der DGKH zu Hygienemaßnahmen und durch den Verband für Angewandte Hygiene (VAH) zur Desinfektion in medizinischen Einrichtungen stellen neben den Antibiotic-Stewardship-Kursen entscheidende primärpräventive Maßnahmen zur Kontrolle nosokomialer Infektionen und der Entstehung und Verbreitung von AMR dar.

### 3.2.2 Nicht übertragbare Erkrankungen

Zu den nicht-übertragbaren Erkrankungen zählen Erkrankungen des Herzkreislaufsystems wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, des Stoffwechsels wie Diabetes mellitus sowie des gesamten Spektrums der verschiedenen Organsysteme insbesondere Lunge, Nieren, Skelett und Bewegungsapparat, Gehirn und Nerven. Hinzu kommen die hämatologischen und onkologischen sog. Krebserkrankungen sowie weitere chronische Krankheiten wie Allergien oder Störungen der Psyche und des Verhaltens und der Zahngesundheit.

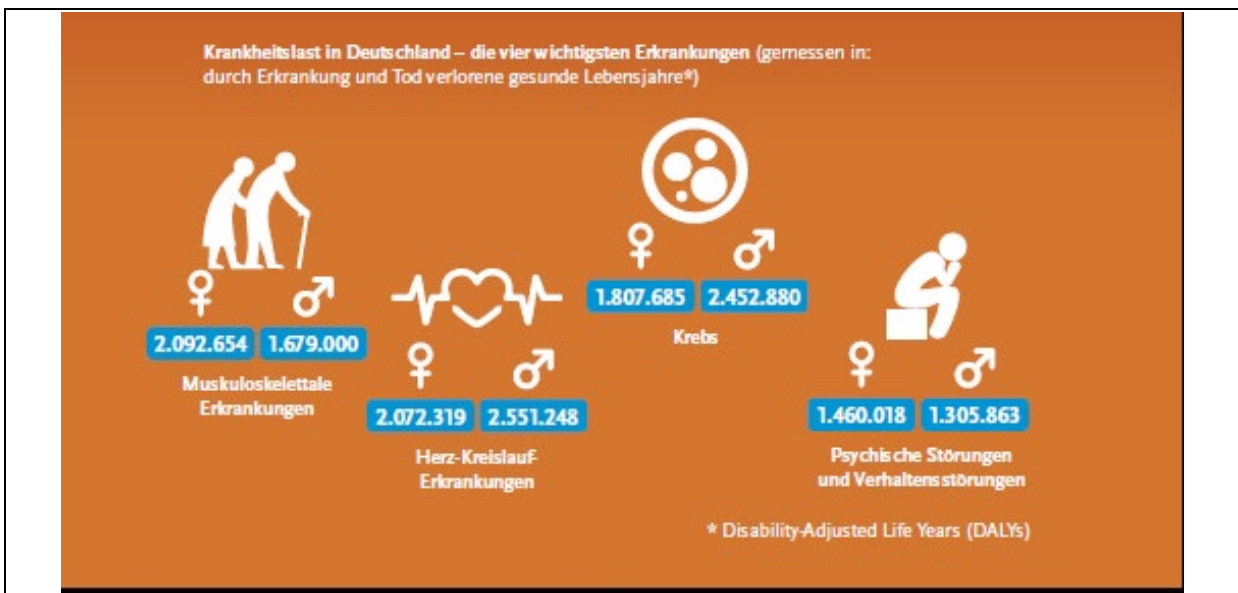


Abb. 2: Krankheitslast in Deutschland durch die 4 wichtigsten Erkrankungen nach Angaben des RKI<sup>11</sup>

Bei der Verhütung nicht-übertragbarer Erkrankungen haben bestimmte Risikofaktoren wie Tabakkonsum, Alkohol- und Drogenabusus, physische Inaktivität, Essgewohnheiten (Lebensstil-Faktoren) und Fettleibigkeit sowie genetische oder auch traumatische Faktoren eine entscheidende Rolle.

Darüber hinaus spielen **Umweltfaktoren** sowohl für bestimmte übertragbare Erkrankungen als auch für nicht übertragbare Erkrankungen wie insbesondere Krebserkrankungen eine wichtige Rolle. Im Rahmen der Prävention von Erkrankungen und zur Erhaltung von Gesundheit ist die Einbeziehung von Umweltfaktoren und deren entsprechende Regulierung von großer Bedeutung.

Aus diesem Grunde muss auch bei den Kriterien für ein Bundesinstitut für Gesundheit der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Umwelt in allen Überlegungen berücksichtigt werden und Bestandteil der Konzepte sein.

Die Abtrennung des damaligen **Institutes für Wasser-, Boden- und Lufthygiene** aus dem Zuständigkeitsbereich des Bundesgesundheitsministeriums war aus diesem Grund kontraproduktiv und darf in einem zukünftigen Gesamtmodell von öffentlicher Gesundheit und Gesundheitsschutz in einem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit nicht fehlen. Eine



Integration dieser Umwelt-bezogenen Bereiche ist essentiell, da, wie durch das damalige Institut erfolgt, umweltbedingte Gesundheitsrisiken u.a. durch chemische Schadstoffe, physikalische Noxen, spezielle Krankheitserreger sowie biologische Stoffe wie Pollen und Schimmelpilze über Wasser-, Boden- oder Luft-Übertragung untersucht und im Sinne der Prävention regulatorisch behandelt wurden.

### **3.2.3 Mentale Erkrankungen**

Mentale Erkrankungen haben eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung für die öffentliche Gesundheit. Sie bedingen eine erhebliche Belastung für das Gesundheitswesen und sind daher auch unter dem Gesichtspunkt der Prävention zu behandeln.

Zu den mentalen Erkrankungen wird ein weites Spektrum von Persönlichkeits-Veränderungen u.a. durch psychoaktive Drogen, Alkohol etc. gezählt. Dazu gehören ebenso psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenien, Erkrankungen aus dem bipolaren Formenkreis, Depressionen, Persönlichkeits-Störungen, posttraumatische Stress-Syndrome, Verhaltensauffälligkeiten, Störungen der psychischen Entwicklung sowie Verhaltensstörungen in der Kindheit und in der Jugend.

Zu den häufigsten psychischen Störungen in Deutschland zählen nach Angaben des RKI Angststörungen, Depressionen, Schlafstörungen und Alkoholabhängigkeit. Angststörungen sind weit verbreitet: 15 % der Bevölkerung sind davon innerhalb eines Jahres betroffen, Frauen deutlich häufiger als Männer. Sie können in schweren Fällen das alltägliche Leben der Betroffenen beeinträchtigen und zu Arbeitsunfähigkeit führen: Zum Beispiel leiden 2% der Bevölkerung unter einer Panikstörung und bei 3% liegt eine soziale Phobie vor. Häufig treten solche Störungen gleichzeitig mit Depressionen oder Alkohol- beziehungsweise Drogenabhängigkeit auf. Depressive Symptome und Depressionen haben eine besondere Bedeutung, weil sie häufig in Folge oder zusammen mit anderen psychischen Störungen, körperlichen Erkrankungen oder auch chronischem Stress und lebensverändernden Ereignissen auftreten<sup>11</sup>.

Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit hat die Prävention und Therapie mentaler Erkrankungen einen hohen gesundheitspolitischen Stellenwert, der infolge der hinzugewonnenen Lebensjahre auch im Hinblick auf die neuro-degenerativen Erkrankungen weiter zunehmen wird.

### **3.2.4 Unfälle und Verletzungen**

Weltweit haben Unfälle und Verletzungen eine hohe Bedeutung für die Gesundheits-Last. Verkehrsunfälle stehen davon an 7. Stelle der wichtigsten Gesundheitsrisiken, Verletzungen durch Stürze und Gewaltanwendung an weiteren hochrangigen Stellen im Hinblick auf DALY's (Disability adjusted life years – Verlust an durch Erkrankung verloren gegangenen Lebensjahren im Vergleich zu einem Gesunden).

14 % der Mädchen und 17 % der Jungen erleiden in Deutschland pro Jahr mindestens eine Unfallverletzung, die eine ärztliche Behandlung zur Folge hat. Bei den 1- bis 4-jährigen Kindern





sind Verletzungen der zweithäufigste Grund für eine Krankenhausaufnahme, bei den 5- bis 19-Jährigen sogar der häufigste Grund. Ein deutlicher Rückgang ergab sich in den letzten Jahren bei den tödlichen Unfällen, insbesondere sind weniger tödliche Unfälle auf dem Schulweg nach Angaben des RKI zu verzeichnen.<sup>11</sup> Nach wie vor sind nach Angaben des RKI Unfälle die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen.

- 85 % der Unfälle bei den 1- bis 2-Jährigen und 61 % der Unfälle bei Kindern und Jugendlichen passieren zu Hause oder in der Freizeit.
- 24 % der Unfälle passieren in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen und 8 % auf dem Weg zur Schule.
- 2013 verunglückten auf dem Schulweg 112.225 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, davon 37 tödlich.

Aus diesem Grunde muss die Prävention von Unfällen und Verletzungen als wichtige Aufgabe für die öffentliche Gesundheit angesehen werden.<sup>11</sup>

### 3.2.5 Krisensituationen

Zu den Krisensituationen mit erheblichen gesundheitlichen Folgewirkungen zählen die Auswirkungen von Klimawandel, Naturkatastrophen, Pandemien, Krieg und Folgen von Flucht und Vertreibung.

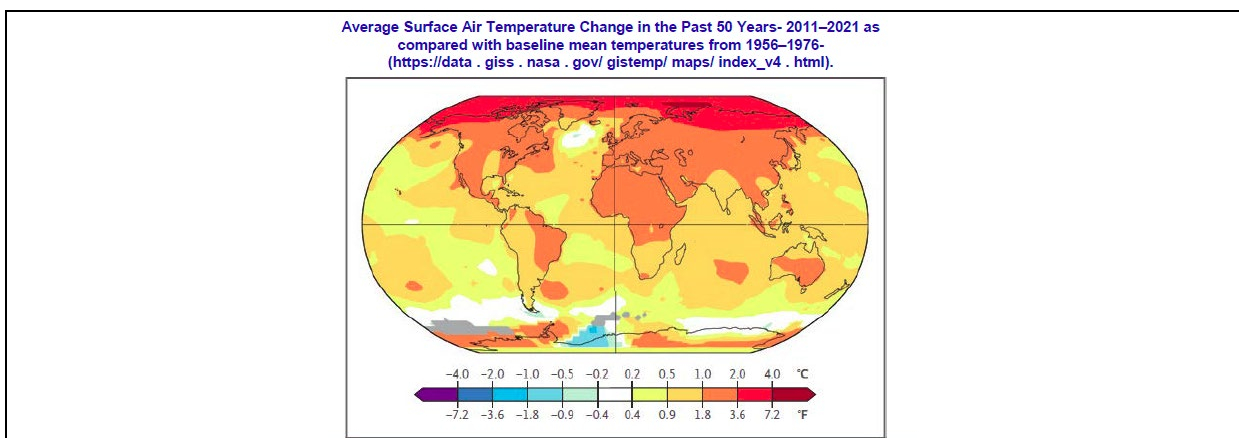


Abb. 3: Durchschnittliche Oberflächen-Luft-Temperaturveränderung in den letzten 50 Jahren - 2011-2021 im Vergleich mit der Basistemperatur von 1956-1976<sup>12</sup>

Die **Auswirkungen des Klimawandels** (z. B. Hitzemorbidity und –mortality, neue vektorübertragene Krankheiten, Unwetter und Flutkatastrophen) werden auch unter ökonomischen Gesichtspunkten als eine der größten, wenn nicht sogar die größte Herausforderung für die weltweite Entwicklung mit Konsequenzen für die öffentliche Gesundheit angesehen<sup>13</sup>. Allein die infolge des Klimawandels bedingten **Überschwemmungskatastrophen 2021 und 2022** mit ihren erheblichen Dimensionen lassen das ganze Ausmaß zukünftiger Bedrohungen erahnen.



Die Auswirkungen von **Pandemien** am Beispiel von COVID-19 mit **643 875 406 bestätigten Infektionen** und **6 630 082 Todesfällen** (Stand WHO 9. Dezember 2022) zeigen den Stellenwert von neuen, pandemisch auftretenden Erregern.

Die Konsequenzen aus **Krieg** mit Waffengewalt einerseits und Zerstörung der kritischen Infrastrukturen insbesondere der medizinischen Versorgung und der sanitären Einrichtungen andererseits werden nicht nur am Beispiel des Krieges in der Ukraine deutlich. Gerade die Zerstörung der sanitären Infrastruktur führt unmittelbar zu einer gravierenden Bedrohung der Gesundheit der Bevölkerung.

Hieraus resultieren **Flüchtlingsströme** mit unzureichender Gesundheits- Versorgung während und unmittelbar nach der Flucht sowie enorme Herausforderungen für die Gesellschaften, die entsprechende medizinische und sanitäre Versorgungsstrukturen in Folge der aufgenommenen Kriegsflüchtlinge aufbauen und unterhalten müssen. Die Bewältigung auch spezifischer medizinischer und krankheitspräventiver Herausforderungen zeigt sich z. B. bei Fragen importierter Risikoerkrankungen wie Tuberkulose, Parasitosen, bei der Verbreitung multiresistenter Erreger oder bei der Bewältigung von Impflücken z. B. bei Masern oder Poliomyelitis.

Zusammenfassend erhebt diese Darstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit, verdeutlicht aber die Breite des Spektrums der Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung, die jede für sich detaillierte Präventionsstrategien erfordert.

Hierbei müssen die Aspekte der Krankheits-Entstehung, der **Krankheits-Last** als auch der möglichen **Präventionsstrategien** nicht nur erforscht, sondern die wichtigsten Handlungsoptionen der Politik auch verdeutlicht und in die tägliche Praxis in allen Politikbereichen umgesetzt werden. Dazu bedarf es einer starken Infrastruktur und einer entsprechenden Institution, die die Möglichkeiten der Prävention mit allen Konsequenzen den politischen Entscheidungsträgern in der Politikberatung verdeutlichen und notwendige Präventionsstrategien unter **Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit** durchsetzen können.

### 3.3 Grundbegriffe der Öffentlichen Gesundheit

Im Folgenden sollen einige Grundbegriffe nach Auffassung der Fachgesellschaften definiert werden.

#### 3.3.1 Hygiene

Unter **Hygiene** wird die Wissenschaft und Lehre von der Prävention und Kontrolle von Krankheit sowie der Gesunderhaltung durch Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung verstanden. Ihr Ziel ist die Gewährleistung lebenserhaltender und lebensfördernder Umwelt- und sozialer Verhältnisse und Strukturen in einer Solidargemeinschaft sowie die Förderung gesundheitsgerechter individueller Verhaltensweisen.



In Deutschland wird die fachärztliche Disziplin für Hygiene durch den „**Arzt für Hygiene und Umweltmedizin**“ vertreten. Das Gebiet Hygiene und Umweltmedizin umfasst die Erkennung, Erfassung, Bewertung sowie Vermeidung schädlicher endogener und exogener Faktoren, welche die Gesundheit des Einzelnen oder der Bevölkerung beeinflussen, sowie die Entwicklung von Grundsätzen für den Gesundheitsschutz und der gesundheitsbezogenen Umwelthygiene. Das Gebiet umfasst auch die Unterstützung und Beratung von Ärzten und Institutionen insbesondere in der Krankenhaus- und Praxishygiene, Infektionsprävention sowie der Umwelthygiene und Umweltmedizin, der Individualhygiene sowie im gesundheitlichen Verbraucherschutz. Die Qualifikation eines Arztes für Hygiene und Umweltmedizin erfordert eine Weiterbildung von 60 Monaten.

### 3.3.2 Präventionsstrategien

Präventionsstrategien lassen sich unterteilen in:

- Primär-Prävention.
- Sekundär-Prävention.
- Tertiär-Prävention.

**Primärprävention** bedeutet die Verhinderung einer Schädigung des Menschen durch Schadfaktoren, indem Menschen vor dem Kontakt mit den Schadfaktoren geschützt werden. Am Beispiel von Infektionskrankheiten bedeutet Primär-Prävention, dass Krankheitserreger gar nicht erst in Kontakt mit den Menschen kommen können beziehungsweise hiervon durch entsprechende Strategien abgehalten werden. Beispiele hierfür sind die Asepsis bei medizinischen Eingriffen, die Wasserfiltration in der Trinkwasser-Hygiene oder das Tragen von Schutzkleidung.

Zu den primärpräventiven Maßnahmen zählen baulich-technische oder ingenieur-technische Maßnahmen wie Schutzkleidung, Filtration von Wasser und Luft, Reinigung, Desinfektion und Sterilisation aber auch Absonderung wie Isolierung und Quarantäne.

**Sekundär-präventive Strategien** umfassen alle Maßnahmen, die frühzeitig Schadfaktoren im Umfeld des Menschen oder Infektionen bzw. Erkrankungen im Anfangsstadium erkennen lassen (**Diagnostik** zur Früherkennung in Umwelt sowie bei Mensch und Tier), sodass sie einer Behandlung zugänglich sind, um ein Fortschreiten der Erkrankung oder eine Weiterverbreitung der Schadfaktoren bzw. Krankheitserreger zu vermeiden.

**Tertiär-präventive Strategien** umfassen alle Maßnahmen, die geeignet sind, Erkrankungen nach ihrem Auftreten möglichst nachhaltig und ursächlich behandeln zu können und eine weitere Ausbreitung beziehungsweise einen Ausbruch unter Kontrolle zu bringen. Entsprechende Präventionsstrategien sind am Beispiel der COVID-19 Pandemie und von Legionellen-Infektionen in den beiden nachfolgenden Tabelle aufgeführt.



Primärprävention der Infektion	Primärprävention der Erkrankung	Sekundärprävention der Infektion	Tertiärprävention der Infektion
AHA + L Regel Abstand halten, Hygiene beachten, Im Alltag Maske tragen, regelmäßig Lüften Allg. Verhaltensregeln	Immunisierung durch Impfung oder natürliche Infektion	Testen, Screening durch Schnelltests oder PCR-Tests, Symptomkontrolle (Früherkennung von Infektionen)	Kontaktnachverfolgung
Raumlüftung mit Frischluft (Verdünnung, CO <sub>2</sub> -Messung) oder Filterung Verdriftungsvermeidung, Lüftungskonzepte, RLT-Anlagen	Förderung der Impfbereitschaft bei allen Sozialgruppen	Surveillance, Inzidenz Hospitalisierungsrate	Ausbruchsmanagement (Explosivepidemie) Ursachenanalyse
Lockdown, Quarantäne, Kontakteinschränkungen, Zugangsregeln, Isolierung			
<b>Kommunikation</b>			
<b>Schulung</b>			

Tabelle 1: Präventionsstrategien am Beispiel von COVID-19 nach Exner

Primär-Prävention		Sekundär-Prävention		Tertiär-Prävention	
Technisch	medizinisch	technisch	medizinisch	technisch	medizinisch
Reduzieren von Legionellen in technischen Systemen	Bislang keine Immunisierung	< 100 KBE Legionella spp. /100ml in Warm- und Kaltwassersystemen	Urin-Antigentest bei ambulant erworbenen Pneumonien und PCR-Test	Thermische oder chemische Desinfektion	Therapie mit Makroliden oder Chinolonen
Temperatur > 55 °C im Warmwasser < 25°C im Kaltwasser	Kommunikation Arbeitsschutz und Öffentlichkeit	Verstärkte Berücksichtigung von systemischer Kontamination und der Virulenz	Surveillance, Inzidenz und Hospitalisierungsrate	Endständige Membranfiltration bis Konzentration unterhalb des Technischen Maßnahmewertes	Ausbruchsmanagement auch bei sporadischen Legionellose
Hydraulischer Abgleich und Vermeiden von Wasserstagnation			Meldepflicht in Deutschland, Weiterleitung zur ECDC	Duschverbot	

Tabelle 2: Präventivstrategien zur Verhütung und Kontrolle von Legionellose durch technische und medizinische Maßnahmen nach Exner

Beide Beispiele sollen verdeutlichen, dass Präventivstrategien in der Regel eine Kombination aus technischen, diagnostischen und kurativen Maßnahmen darstellen.

Die **Impfung** nimmt hierbei eine Zwischenstellung zwischen der Primär- und Sekundärprävention ein, da zwar eine Infektion mit einem Krankheitserreger erfolgt sein kann, aber durch die Impfung und die **Induktion einer spezifischen Immunantwort** ein Fortschreiten zu schwerer Erkrankung oder Tod wirksam verhindert wird.



### 3.3.3 Gesundheitsschutz oder Verhältnisprävention

Gesundheitsschutz oder Verhältnisprävention beschreibt alle Maßnahmen, die durch den Einzelnen nicht sichergestellt oder beeinflusst werden können, sondern in einem Gemeinwesen – unabhängig vom Verhalten des Einzelnen – aufgewendet werden müssen, um gesundheitlich einwandfreie Lebensverhältnisse sicherzustellen. Hierzu zählen alle Bereiche in einer Gesellschaft wie die Wasser-, Boden-, Luft- und Lebensmittelhygiene, die Krankenhaus- und Praxishygiene, der allgemeine Infektionsschutz und dessen Überwachung, die Hygiene in öffentlichen Einrichtungen und die Infrastruktur unseres Gesundheitswesens und unserer Krankenversorgung.

### 3.3.4 Gesundheitsförderung oder Verhaltensprävention

Unter **Gesundheitsförderung oder Verhaltensprävention** werden alle Maßnahmen verstanden, die den Einzelnen befähigen sollen, seine Gesundheit durch individuelle selbstbestimmte Verhaltensweisen sicher zu stellen, zu erhalten und zu fördern. Die Verhaltensweisen des Einzelnen sind dabei jedoch abhängig von den gesellschaftlichen, dem Einzelnen vermittelten Wertvorstellungen, von dessen Erziehung, Ausbildung, Motivation und Compliance. Hier bedeutet Gesundheitsförderung oder Verhaltensprävention, dass der Einzelne sich selbst immer wieder für seine persönliche, nachhaltige und gesundheitsgerechte Lebensweise entscheiden muss.

Das Gros der heute relevanten chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie Erkrankungen des Halte- und Bindegewebeapparates lassen sich durch eine gesundheitsgerechte Verhaltensweise beeinflussen. Verhaltensbestimmende und gesundheitlich wichtige Faktoren in diesem Kontext sind z. B. das Ernährungs- und Trinkverhalten, der Konsum von Drogen oder Nikotin, das Sexualverhalten oder eine regelmäßige körperliche Ertüchtigung.

Umso gravierender sind die Ergebnisse aktueller Untersuchungen, dass heutige Kinder bei weitem nicht mehr die gleiche körperliche Fitness aufweisen wie ihre Elterngeneration, womit enorme Hypotheken für die Morbidität der späteren Lebensphasen in unserer Gesellschaft aufgenommen werden.

### 3.3.5 Gesundheitsfürsorge

Unter **Gesundheitsfürsorge** werden alle Maßnahmen in einer Gesellschaft für diejenigen verstanden, die selber noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, für sich selbstbestimmt zu sorgen, sondern angewiesen sind auf die Unterstützung und Fürsorge durch andere. Zu den Betroffenen zählen Kinder, Kranke, alte Menschen und Menschen mit Behinderung, Obdachlose sowie diejenigen, die zum Ende des Lebens bis in den Tod fürsorglich begleitet werden müssen.

Zu Beginn des Lebens gehören die Schwangerschaftsbetreuung, die Versorgung von Frühgeborenen in der Neonatologie, die Geburtshilfe, pädiatrische Betreuung und die Betreuung in Familien, KiTa's und Schulen zur allgemeinen Gesundheitsfürsorge.



Mit der Zunahme der Lebenserwartung hat die **Palliativmedizin** (abgeleitet von „palliare“ „mit einem Mantel umhüllen“, „schützen“) am Ende des Lebens eine eigenständige hohe Bedeutung erhalten. Palliativmedizin ist nach den Definitionen der Weltgesundheitsorganisation und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin „die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht oder eine kurative Behandlung nicht mehr durchgeführt werden kann und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt“.

### **3.3.6 Öffentliche Gesundheit**

Unter **Öffentlicher Gesundheit (Public Health)** verstehen wir alle Maßnahmen, die ein Gemeinwesen – sei es Kommune, Land, Staat oder transnationale Institutionen – auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung sowie der Gesundheitsfürsorge sicherstellen sollte, um Rahmenbedingungen in allen Lebensphasen zu gewährleisten, die – unabhängig von der natürlichen Disposition des Einzelnen – Gesundheit für alle bei größtmöglicher Verringerung von sozialen Disparitäten ermöglichen.

### **3.3.7 One Health**

Die One-Health-Strategie geht von der Prämisse aus, dass die Evolution und die zukünftige Existenz unseres Planeten von einer nachhaltigen und tragfähigen engen Wechselbeziehung zwischen Mensch, Tier und Umwelt abhängen.

Die offensichtliche Dominanz der menschlichen Spezies ist dabei mit einer großen Verantwortung verbunden. Daher müssen - im Bestreben die Gesundheit und den Fortbestand der Menschheit zu gewährleisten - die komplexen Verflechtungen und gegenseitigen Abhängigkeiten aller lebenden Arten und der Umwelt berücksichtigt werden - das Konzept von One Health betont den synergetischen Nutzen einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitswissenschaften für Mensch (Humanmedizin), Tier (Veterinärmedizin) und Umwelt (Umweltwissenschaften), sowie die Bedeutung des Abbaus disziplinärer und fachlicher Abschottung. Das One-Health-Konzept wurde unter anderem von den Vereinten Nationen, den G20 Staaten und der WHO anerkannt und gefördert und ist fester Bestandteil zukünftiger Strategien der öffentlichen Gesundheit geworden.

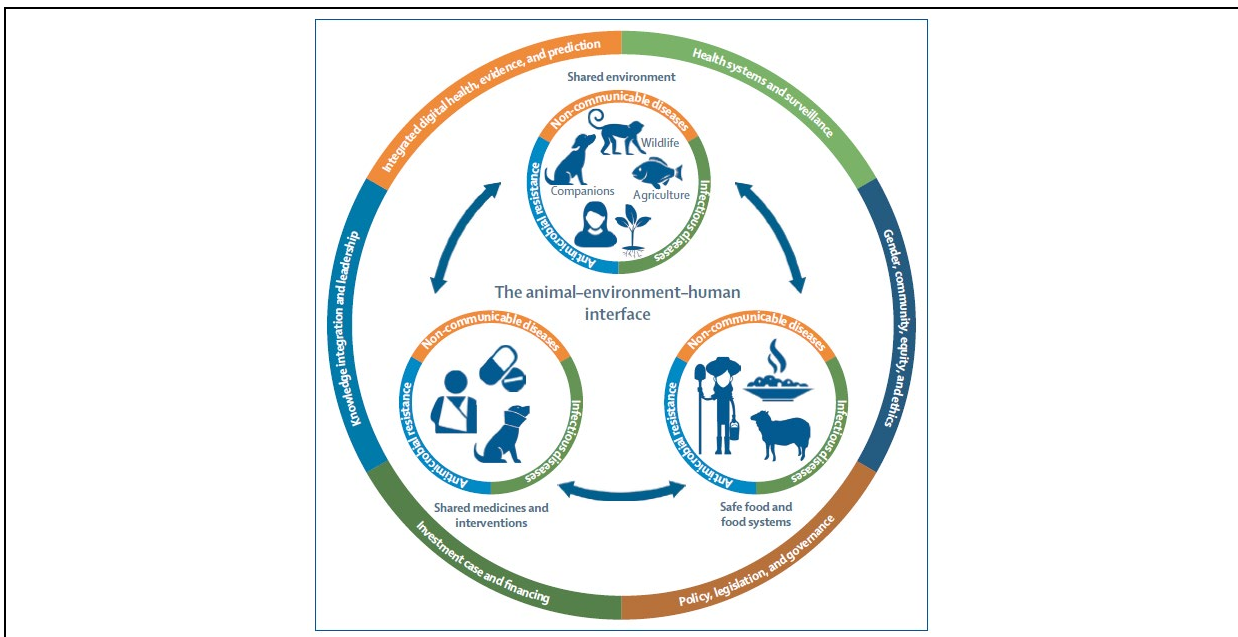


Abb. 4: Darstellung der Inhalte der One-Health-Strategie auf Vorschlag der Lancet Commission One Health<sup>14</sup>

Dabei müssen Maßstäbe und Verfahren für die Implementierung von untergesetzlichen Standards zum Schutz der menschlichen Gesundheit und insbesondere der Umwelt aufeinander abgestimmt werden.

Die ad hoc-Kommission "Neuordnung der Verfahren und Strukturen zur Risikobewertung und Standardsetzung im gesundheitlichen Umweltschutz der Bundesrepublik Deutschland" stellt in ihrem Abschlussbericht 2004 in diesem Zusammenhang folgendes fest:

*„1. Soweit nicht gesetzliche Vorschriften zusätzliche Vorgaben machen, sind bei der Auswahl und Bewertung von risikomindernden Maßnahmen jedenfalls die folgenden drei Schutzgüter zu berücksichtigen und im Konfliktfall abzuwägen: die Gesundheit des Menschen, die Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen und die wirtschaftliche und soziale Entwicklung. Diese Schutzgüter sind durch Art. 2 Abs. 2 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit), Art. 20a GG (Schutz der natürlichen Lebensgrundlagen) bzw. Art. 12, 14, 20 GG (Berufsfreiheit, Eigentumsgarantie, Sozialstaatsprinzip) verfassungsrechtlich verankert.*

*2. Die drei Schutzgüter bestehen aus zentralen und peripheren Schutzgutbereichen, die für die Erhaltung der Schutzgüter essentiell sind. Zu den zentralen Schutzgutbereichen gehören Freiheit von Krankheit, die Erhaltung der zentralen Funktionen der Ökosysteme bzw. die Sicherung der Herstellung von und Versorgung mit essentiellen Gütern. Zu den peripheren Schutzgutbereichen gehören z. B. die Vermeidung gesundheitlicher Belästigungen, die Ästhetik der Landschaft und die Versorgung mit Luxusgütern.*

*Treten die Kernbereiche verschiedener Schutzgutbereiche in Konflikt, so sollte nach Maßnahmooptionen gefragt werden, die den Konflikt vermindern (in die Peripherie schieben),*



*so dass die konfligierenden Kernbereiche möglichst geschont werden (praktische Konkordanz); auch sollten Ausgleichsmaßnahmen für das stärker belastete Schutzgut gesucht werden. An der Peripherie der zentralen Schutzgutbereiche sind risikobehaftete Handlungen schutzgutübergreifend vergleichbar und in einer Weise abwägbar, dass die eine Handlung gegenüber einer anderen zurücktreten muss.*

*3. Das Schutzgut menschliche Gesundheit stellt für den Einzelkonflikt das höherrangige Rechtsgut dar. Bei übergreifender und langfristiger Perspektive ist jedoch zu beachten, dass es Gesundheit ohne wirtschaftlich-soziale Entwicklung und ohne den Fortbestand der Biosphäre nicht geben kann. Dem ist im Einzelkonflikt Rechnung zu tragen, indem auf den Beitrag einzelner Belastungen zur Summe der Belastungen der Schutzgüter geachtet wird.*

*4. Gesundheitsrisiken können charakterisiert werden, indem abgeschätzt wird, ob sie in eigener Verantwortung oder durch Verantwortung Dritter verursacht werden, ob sie also selbst- oder fremdverantwortet sind. Umwelt- und Arbeitsplatzrisiken gehören überwiegend zu den fremdverantworteten, die durch Lebens- und Verhaltensweise bestimmten zu den selbstverantworteten Risiken. Die Schutzpflicht des Staates bezüglich fremdverantworteter Risiken sollte nicht durch den Verweis auf die Existenz ähnlich bedeutender, aber in eigener Verantwortung eingegangener Risiken eingeschränkt werden. Fremdverantwortete Risiken sollten stärker gewichtet werden als eigenverantwortete“.*

Der Schutz vor fremdverantworteten Risiken zählt daher zu den Kernaufgaben der Gesundheitsämter.

### **3.3.8 Gesundheitsberichterstattung**

Unter Gesundheitsberichterstattung wird die regelmäßige Berichterstattung über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland, in Europa bzw. weltweit verstanden, wobei die sog. Gesundheitslast mit dem Disability Adjusted Life years (DALY) Parameter gemessen wird. Das vielfältige Themenspektrum reicht von Krankheiten und Beschwerden über das Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren bis hin zur medizinischen und pflegerischen Versorgung und der damit verbundenen Kosten. Die Gesundheitsberichterstattung ist entscheidend für die Gesundheitspolitik und für die Orientierung, welche Todesursachen und Krankheiten auftreten und wie relevant sie im Vergleich zu anderen Gesundheitsrisiken und im internationalen Vergleich z. B. im Vergleich zu den OECD-Staaten sind.

Die Gesundheitsberichterstattung hat erheblich Bedeutung, da hierdurch aufgezeigt wird, wo gesundheitspolitischer Handlungsbedarf besteht.

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die weltweit führenden Erkrankungen und deren Veränderungen zwischen 1990 und 2019, gemessen an deren Anteil an den DALY's<sup>15</sup>.





**A All ages**

Leading causes 1990	Percentage of DALYs 1990	Leading causes 2019	Percentage of DALYs 2019	Percentage change in number of DALYs, 1990-2019	Percentage change in age-standardised DALY rate, 1990-2019
1 Neonatal disorders	10.6 (9.9 to 11.4)	1 Neonatal disorders	7.3 (6.4 to 8.4)	-32.3 (-41.7 to -20.8)	-32.6 (-42.1 to -21.2)
2 Lower respiratory infections	8.7 (7.6 to 10.0)	2 Ischaemic heart disease	7.2 (6.5 to 7.9)	50.4 (39.9 to 60.2)	-28.6 (-33.3 to -24.2)
3 Diarrhoeal diseases	7.3 (5.9 to 8.8)	3 Stroke	5.7 (5.1 to 6.2)	32.4 (22.0 to 42.2)	-35.2 (-40.5 to -30.5)
4 Ischaemic heart disease	4.7 (4.4 to 5.0)	4 Lower respiratory infections	3.8 (3.3 to 4.3)	-56.7 (-64.2 to -47.5)	-62.5 (-69.0 to -54.9)
5 Stroke	4.2 (3.9 to 4.5)	5 Diarrhoeal diseases	3.2 (2.6 to 4.0)	-57.5 (-66.2 to -44.7)	-64.6 (-71.7 to -54.2)
6 Congenital birth defects	3.2 (2.3 to 4.8)	6 COPD	2.9 (2.6 to 3.2)	25.6 (15.1 to 46.0)	-39.8 (-44.9 to -30.2)
7 Tuberculosis	3.1 (2.8 to 3.4)	7 Road injuries	2.9 (2.6 to 3.0)	2.4 (-6.9 to 10.8)	-31.0 (-37.1 to -25.4)
8 Road injuries	2.7 (2.6 to 3.0)	8 Diabetes	2.8 (2.5 to 3.1)	147.9 (135.9 to 158.9)	24.4 (18.5 to 29.7)
9 Measles	2.7 (0.9 to 5.6)	9 Low back pain	2.5 (1.9 to 3.1)	46.9 (43.3 to 50.5)	-16.3 (-17.1 to -15.5)
10 Malaria	2.5 (1.4 to 4.1)	10 Congenital birth defects	2.1 (1.7 to 2.6)	-37.3 (-50.6 to -12.8)	-40.0 (-52.7 to -17.1)
11 COPD	2.3 (1.9 to 2.5)	11 HIV/AIDS	1.9 (1.6 to 2.2)	127.7 (97.3 to 171.7)	58.5 (37.1 to 89.2)
12 Protein-energy malnutrition	2.0 (1.6 to 2.7)	12 Tuberculosis	1.9 (1.7 to 2.0)	-41.0 (-47.2 to -33.5)	-62.8 (-66.6 to -58.0)
13 Low back pain	1.7 (1.2 to 2.1)	13 Depressive disorders	1.8 (1.4 to 2.4)	61.1 (56.9 to 65.0)	-1.8 (-2.9 to -0.8)
14 Self-harm	1.4 (1.2 to 1.5)	14 Malaria	1.8 (0.9 to 3.1)	-29.4 (-56.9 to 6.6)	-37.8 (-61.9 to -6.2)
15 Cirrhosis	1.3 (1.2 to 1.5)	15 Headache disorders	1.8 (0.4 to 3.8)	56.7 (52.4 to 62.1)	1.1 (-4.2 to 2.9)
16 Meningitis	1.3 (1.1 to 1.5)	16 Cirrhosis	1.8 (1.6 to 2.0)	33.0 (22.4 to 48.2)	-26.8 (-32.5 to -19.0)
17 Drowning	1.3 (1.1 to 1.4)	17 Lung cancer	1.8 (1.6 to 2.0)	69.1 (53.1 to 85.4)	-16.2 (-24.0 to -8.2)
18 Headache disorders	1.1 (0.2 to 2.4)	18 Chronic kidney disease	1.6 (1.5 to 1.8)	93.2 (81.6 to 105.0)	6.3 (0.2 to 12.4)
19 Depressive disorders	1.1 (0.8 to 1.5)	19 Other musculoskeletal	1.6 (1.2 to 2.1)	128.9 (122.0 to 136.3)	30.7 (27.6 to 34.3)
20 Diabetes	1.1 (1.0 to 1.2)	20 Age-related hearing loss	1.6 (1.2 to 2.1)	82.8 (75.2 to 88.9)	-1.8 (-3.7 to -0.1)
21 Lung cancer	1.0 (1.0 to 1.1)	21 Falls	1.5 (1.4 to 1.7)	47.1 (31.5 to 61.0)	-14.5 (-22.5 to -7.4)
22 Falls	1.0 (0.9 to 1.2)	22 Self-harm	1.3 (1.2 to 1.5)	-5.6 (-14.2 to 3.7)	-38.9 (-44.3 to -33.0)
23 Dietary iron deficiency	1.0 (0.7 to 1.3)	23 Gynaecological diseases	1.2 (0.9 to 1.5)	48.7 (45.8 to 51.8)	-6.8 (-8.7 to -4.9)
24 Interpersonal violence	0.9 (0.9 to 1.0)	24 Anxiety disorders	1.1 (0.8 to 1.5)	53.7 (48.8 to 59.1)	-0.1 (-1.0 to 0.7)
25 Whooping cough	0.9 (0.4 to 1.7)	25 Dietary iron deficiency	1.1 (0.8 to 1.5)	13.8 (10.5 to 17.2)	-16.4 (-18.7 to -14.0)
27 Age-related hearing loss	0.8 (0.6 to 1.1)	26 Interpersonal violence	1.1 (1.0 to 1.2)	10.2 (3.2 to 19.2)	-23.8 (-28.6 to -17.8)
29 Chronic kidney disease	0.8 (0.8 to 0.9)	40 Meningitis	0.6 (0.5 to 0.8)	-51.3 (-59.4 to -42.0)	-57.2 (-64.4 to -48.6)
30 HIV/AIDS	0.8 (0.6 to 1.0)	41 Protein-energy malnutrition	0.6 (0.5 to 0.7)	-71.1 (-79.6 to -59.7)	-74.5 (-82.0 to -64.5)
32 Gynaecological diseases	0.8 (0.6 to 1.0)	46 Drowning	0.5 (0.5 to 0.6)	-60.6 (-65.2 to -53.6)	-68.2 (-71.9 to -62.8)
34 Anxiety disorders	0.7 (0.5 to 1.0)	55 Whooping cough	0.4 (0.2 to 0.7)	-54.5 (-74.6 to -16.9)	-56.3 (-75.6 to -20.3)
35 Other musculoskeletal	0.7 (0.5 to 1.0)	71 Measles	0.3 (0.1 to 0.6)	-89.8 (-92.3 to -86.8)	-90.4 (-92.8 to -87.5)

Abb. 5: Führende 25 Ursachen der Ebene 3 für globale DALYs und prozentualer Anteil an den gesamten DALYs (1990 und 2019) sowie prozentuale Veränderung der Anzahl der DALYs und altersstandardisierte DALY-Raten von 1990 bis 2019 für beide Geschlechter zusammen für alle Altersgruppen (A),<sup>15</sup> Dabei bestehen erhebliche Unterschiede in der Krankheitslast in den unterschiedlichen Lebensphasen.

### 3.3.9 Risikoregulierung

Unter Risikoregulierung wird der Gesamtprozess aus Risikoabschätzung und Risikomanagement einschließlich des Vorverfahrens verstanden, der insbesondere für Verhältnisprävention entscheidend ist.

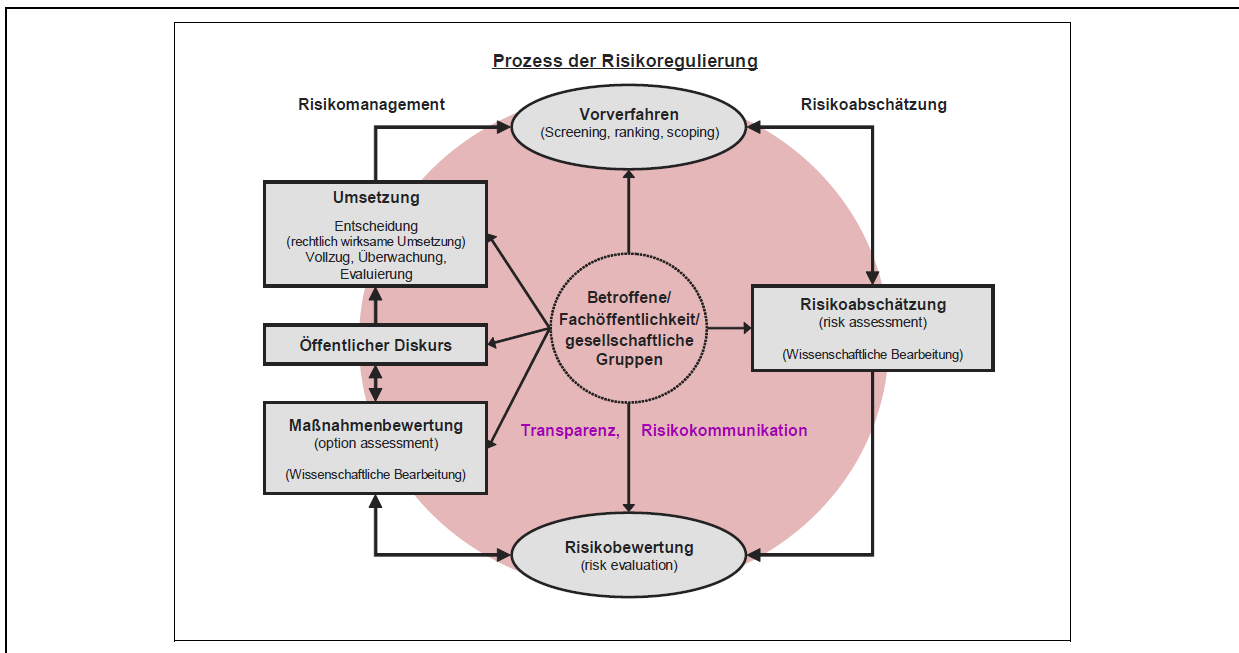


Abb. 6: Der Prozess der Risikoregulierung im Überblick nach dem Bericht der Risikokommission des Aktionsprogrammes Umwelt und Gesundheit 2003 <sup>16</sup>

### 3.3.10 Risikokommunikation

Unter Risikokommunikation wird ein komplexer interaktiver Prozess des Austausches von Informationen und Meinungen zu Risiken zwischen wissenschaftlichen Experten, Risikomanagern (Behörden) und der Öffentlichkeit (Betroffene, Interessengruppen, etc.) verstanden.

### 3.3.11 Gesundheitskommunikation

Die Gesundheitskommunikation befasst sich mit den Methoden und Verfahren, wie Informationen zur Schaffung, Erhaltung und Förderung von Gesundheit in einer Gesellschaft auf allen staatlichen und gesellschaftlichen Ebenen und durch den Einzelnen, Familien und Lebensgemeinschaften in allen Lebensphasen weitergegeben werden können. Hierzu zählt die Umsetzung von „**Health in all ages and in all policies**“.

### 3.3.12 Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der ÖGD gilt neben der stationären und der ambulanten Versorgung als die dritte Säule der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und erfüllt Aufgaben

- des Gesundheitsschutzes,
- der Gesundheitsförderung und
- der Gesundheitsfürsorge.

Aufgaben des Infektionsschutzes werden von Gesundheitsbehörden und Institutionen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene über die Gesundheitsämter und ihnen zugeordnete Einrichtungen erfüllt (Durchführung des Infektionsschutzgesetzes, infektionshygienische Überwachung, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, Information und



Aufklärung u. a.). Die Arbeit des ÖGD wird auf der Basis verschiedener Bundesgesetze (unter denen das IfSG von besonderer Bedeutung ist) durch entsprechende Landesgesetze (ÖGDG u. a.) geregelt. Für im ÖGD in Leitungsfunktionen tätige Ärzte ist eine fünfjährige Weiterbildungszeit zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen vorgesehen.

### **3.3.13 Gesundheitsamt**

Das Gesundheitsamt ist das mit einem Amtsarzt besetzte Amt, das in den Stadt- und Landkreisen nach dem Landesrecht als lokale Fachbehörde geführt wird und verantwortlich für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung ist. Aufgaben auf dem Gebiet des Infektionsschutzes werden auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (§ 2 IfSG) u. a. Rechtsvorschriften im Zusammenwirken mit den Lebensmittel-, Veterinär- und Umweltbehörden erfüllt. Sie umfassen u. a.

- die infektionshygienische Überwachung von Gemeinschaftseinrichtungen (§ 36), medizinischen und pflegerischen Einrichtungen (§ 23 und 35),
- das Erfassen, Bearbeiten und Übermitteln von Meldedaten und weiteren Daten i. R. der infektionsepidemiologischen Surveillance,
- das Einleiten von Maßnahmen zur Abwendung erkannter Infektionsgefahren wie Umgebungsuntersuchungen, Ausbruchsuntersuchungen u. a. (§ 16 IfSG),
- das Anordnen notwendiger Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung von Krankheiten (§§ 28–31 IfSG),
- Information, Aufklärung und Beratung der Bürger (besondere Angebote der Beratung und Untersuchung beziehen sich nach § 19 IfSG auf die Tuberkulose und Sexuell übertragbare Krankheiten).

Gesundheitsämter haben ihre gesamtgesellschaftlich dominierende Funktion in erster Linie in den Bereichen der Verhältnisprävention unserer Gesellschaft, also allen Bereichen, die der Einzelne durch sein persönliches Verhalten nicht oder nur unzureichend beeinflussen kann. Hierzu zählen mit unterschiedlicher Zuständigkeit und gesetzlicher Mandatierung die Trinkwasserhygiene sowie die Hygieneaufsicht in medizinischen Einrichtungen, Pflegeheimen, Justizvollzugsanstalten, Obdachlosenunterkünften und Asylunterkünften, die Aufsicht bei Störfällen und in der Prävention bzw. beim Ausbruchsmanagement übertragbarer Erkrankungen (u.a. Koordination von Multiresistenz-Netzwerken (MRE-Netze) und bei Großschadensereignissen. Hierzu zählt auch die Koordination von Impfungen bei Pandemien und Epidemien und die entsprechende Beratung einschließlich zu umweltmedizinischen Themen, umwelthygienische Stellungnahmen (z. B. Hitzeaktionsplan), gesundheitliche Risikoberatung bei Klimawandel, (Stadt)-Planung, größere Bauvorhaben, Bauplanung relevanter Einrichtungen (Krankenhäuser, Schwimmbäder ...).



Zusätzlich zählen hierzu auch weitere Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge im Kindesalter (Schuleingangsuntersuchungen, Zahnhygiene, Zahnprophylaxe, Seiteneinsteigeruntersuchungen, Begutachtung von durch Behinderung bedrohter Kinder, Aufklärung in Kita und Schule (u.a. Hygienetipps für Kids; „Verrückt, na und ?, Hepatitis ...), sozialpädiatrische und sozialpsychiatrische Aufgaben.

### 3.3.14 Verhältnismäßigkeit bzw. Verhältnismäßigkeitsprinzip

Ein wesentliches Merkmal eines Rechtsstaates ist der „Grundsatz der Verhältnismäßigkeit“, der auch als „Verhältnismäßigkeitsprinzip“ bezeichnet wird. Dieses Prinzip dient dem Zweck, die Bürger vor übermäßigen Übergriffen des Staates in die allgemeinen Grundrechte zu schützen und wird deswegen auch als „Übermaßverbot“ bezeichnet. Damit eine Maßnahme, die in Grundrechte eingreift, nicht rechtswidrig ist, muss sie dem kompletten Begriff der Verhältnismäßigkeit genügen. Dieser beinhaltet sowohl die Verhältnismäßigkeit im weiteren Sinne (die Maßnahme muss einen legitimen Zweck verfolgen, geeignet und erforderlich sein), als auch die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne (die Maßnahme muss angemessen sein). Um festzustellen, ob die geplante Maßnahme die Voraussetzungen für die Verhältnismäßigkeit erfüllt, müssen folgende Punkte geprüft werden:

- **Legitimität:** Ist der Zweck, der die Maßnahme erforderlich macht, überhaupt legitim?
- **Geeignetheit:** Bewirkt (oder fördert) die Maßnahme das Erreichen des Zwecks?
- **Erforderlichkeit:** Steht kein anderes beziehungsweise milderes Mittel zum Erreichen des Zwecks zur Verfügung?
- **Angemessenheit:** Wie stehen die Vorteile der Maßnahme im Zusammenhang mit deren Nachteilen?

Es gilt der aus hygienisch-medizinischer Sicht notwendige Grundsatz, dass die durch eine Maßnahme zur Abwendung einer Gefahr entstehenden Kollateralschäden mit zu berücksichtigen und umsichtig abzuwägen sind. So resultieren bei der veranlassten Unterbrechung einer Wasserversorgung wegen des Vorkommens von Krankheitserregern im Wasser andere infektionshygienische Risiken, wenn kein Wasser zum Waschen oder Spülen der Toiletten mehr vorhanden ist. Auch kann die wegen eines nosokomialen Ausbruches erfolgte Schließung einer Krankenhaus-Abteilung zu einer Unterversorgung führen, wenn Versorgungsalternativen z. B. im Fall einer neonatologischen Intensivstation nicht zur Verfügung stehen.

### 3.4 Orientierung an Aufgaben des ÖGD und dessen Leitbild

2018 hat der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes ein Leitbild erstellt, das insbesondere den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheitsämtern Orientierung geben sollte. Dieses Leitbild sieht im ÖGD einen zentralen Akteur der öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller (Public Health) und möchte eine Brücke zwischen Theorie und Praxis ebenso wie zwischen Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung schlagen.



Die Kernaufgaben sind nachfolgend dargestellt.

In dem „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst - Zuständigkeiten, Ziele, Zukunft des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.“ heißt es:

Der öffentliche Gesundheitsdienst

1. hat die öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung
2. ist integraler Baustein des modernen Sozialstaats
3. ist bürgernah und eingebunden in kommunale Strukturen
4. orientiert sich an lokalen und globalen Herausforderungen
5. ist gemeinwohlorientiert, ohne kommerzielle Interessen
6. hat als Kernaufgaben Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Beratung und Information sowie Steuerung und Koordination
7. nimmt hoheitliche Aufgaben wahr und arbeitet sozialkompensatorisch, planerisch und gestalterisch, um gesundheitliche Chancengleichheit und bestmögliche Gesundheit für alle zu ermöglichen (Public Health)
8. basiert auf medizinischen, insbesondere fachärztlichen, und sozial- sowie gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen
9. arbeitet wissenschaftsbasiert und vernetzt
10. ist ethisch reflektiert in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen.

Die einzelnen Begrifflichkeiten, für die sich der Öffentliche Gesundheitsdienst zuständig sieht, sind jedoch nicht im Detail definiert. Aus diesem Grunde muss eine klare Aufgabendefinition für ein Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit entwickelt werden.

### **3.5 Strukturelle Defizite im derzeitigen öffentlichen Gesundheitsschutz**

Es fehlt in Deutschland eine zentrale Institution, die übergreifend und integrierend alle Aspekte der Gesundheit, des Gesundheitsschutzes mit den Kernbereichen der Verhältnis- und Verhaltensprävention, der Gesundheitsförderung, der sozialen Fürsorge und der Gesundheitskommunikation repräsentiert.

Ihr Fehlen wird von den unterzeichnenden Fachgesellschaften als grundlegendes nicht akzeptables Defizit angesehen.



Einzelne Bundesinstitutionen, wie zum Beispiel des Robert Koch-Institut, sind auf dem Gebiet der Infektionsprävention und der Gesundheits-Surveillance auch im internationalen Vergleich herausragend.

Es fehlt jedoch für einen umfassenden Gesundheitsschutz die strukturelle und fachliche Integration der anderen Institutionen, die verschiedenen Ministerien unterstellt sind, und die, wie zum Beispiel das frühere Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, auf Umwelt-assoziierte Faktoren mit Einfluss auf die Gesundheit ausgerichtet sind. Insbesondere bei primärpräventiven Maßnahmen sind jedoch hygienisch-technische Maßnahmen und Eingriffe in die Umwelt essentielle Bestandteile eines umfassenden Gesundheitsschutzes, die mit einbezogen werden müssen und deren Erkenntnisse und Expertisen von entscheidender Bedeutung sind. Hierbei wird nochmals auf die Erfolge der Assanierung im 19. Jahrhundert hingewiesen, die keine kurativ-medizinischen Maßnahmen darstellten.

Auch die fehlende Integration weiterer Krankheitsentitäten wie insbesondere die der mentalen Erkrankungen, der Unfälle und Verletzungen und der neuen gesundheitlichen Aspekte und Folgen zukünftiger Krisen in einen umfassenden Gesundheitsschutz ist von großem Nachteil.

Für eine ganzheitliche Prävention in Deutschland braucht es eine ganzheitlich zuständige Bundesinstitution für Öffentliche Gesundheit. Mit dem Schwerpunkt auf Surveillance, d. h. die Darstellung der epidemiologischen Bedeutung von Erregern und deren Krankheiten allein können keine Präventionsstrategien entwickelt werden, die zu einem Rückgang oder vollständigen Kontrolle führen.

Dadurch ist Gesundheit in allen Politikbereichen (Health in all policies) und im umfassenden Sinne nicht ausreichend vorhanden. Hierdurch kann - anders als in der kurativen Medizin - die dringend benötigte Schwerpunktsetzung auf die Prävention von Erkrankung in einer älter werdenden Gesellschaft, wo jede vermeidbare Erkrankung auch zur Entlastung des Gesundheitswesens führt, nicht annähernd erreicht werden.

Es darf nicht hingenommen werden, dass durch unzureichende Verhältnis- beziehungsweise Verhaltensprävention unnötige Krankheitslasten in unserer Bevölkerung entstehen.

Alter darf nicht mit Siechtum gleichgesetzt werden.

Eine Vision einer Gesellschaft, in der in allen Lebensphasen auch in hohem Alter so viel wie möglich Gesundheit für alle erreicht werden kann (Auch im Alter „jung“ sein können), führt letztlich zu einer erstrebens- und lebenswerten Gesellschaft und zu einer Lebensperspektive für den Einzelnen wie auch für die Gemeinschaft. Zudem können die dann vorhandenen bzw. freiwerdenden Ressourcen für die Behandlung von Altersbedingten Erkrankungen genutzt werden.



### 3.6 Lehren aus der COVID-19 Pandemie für die öffentliche Gesundheit

Im Laufe des Pandemiemanagements hat sich eine Politik-Dominanz bei gleichzeitiger Loslösung von einer Evidenz-basierten Fachexpertise entwickelt. Ärztliches Fach-Wissen und die Expertise und Kompetenz der ärztlichen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich von Hygiene, Infektionsschutz und Infektiologie wurden nicht gewürdigt. Stattdessen erfolgte eine Krisen-Kommunikation mit einzelnen Experten in Talkshows und den öffentlichen und sozialen Medien, von denen die wenigsten auch nur ansatzweise Erfahrungen im konkreten Infektionsschutz für die Bevölkerung oder für Krankenhäuser und die anderen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbereiche hatten oder durch ihre Fachgesellschaften für wissenschaftlich fundierte Stellungnahmen mandatiert waren. Die öffentliche Debatte war nicht hilfreich und hat einer strukturierten und konsentierten Präventionsstrategie geschadet.

Besonders gravierend sind die Erfahrungen aus den Vereinigten Staaten und aus China. So wurde in den Vereinigten Staaten - zumindest vorübergehend - das weltweit hoch anerkannte Institut für Öffentliche Gesundheit (CDC) durch den Druck der präsidentialen Administration politisch mundtot gemacht und eine Gesundheitspolitik blockiert, die die aus einer unzureichenden Infektionsprävention resultierenden Kollateralschäden hätte verhindern können. Hierdurch entstanden eine Vielzahl von vermeidbaren Todesfällen und weitere Kollateralschäden. Die chinesische Null-Covid-Strategie hatte kurzfristig sogar Anhänger in unserem Land gefunden, ihr Scheitern ist umso dramatischer, weil die chinesische Bevölkerung erst aktuell das ganze Ausmaß der Krankheitslast ertragen muss, während im größten Teil der Welt das Ende der Pandemie erreicht ist. In beiden Ländern hat die Dominanz der Politik über die Wissenschaft und die Ausschaltung eines Evidenz-basierten Pandemie-Krisenmanagements den Schaden der Pandemie vergrößert statt ihn zu kontrollieren.

Die Nichtbeachtung der Aspekte der **Verhältnismäßigkeit** bezogen auf Infektions-präventive Maßnahmen durch die fehlende Berücksichtigung von Kollateralschäden hat zu erheblichen negativen Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit geführt.

Aus diesem Grunde sollte zukünftig ein breit aufgestelltes wissenschaftliches Expertengremium die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit durch die Politik im umfassenden Sinne beratend und verpflichtend begleiten. Die Dominanz sich profilierender Politiker bei der Formulierung der notwendigen Gesundheitsstrategien muss vermieden werden.

Die Lehren aus der COVID-19 Pandemie müssen in jedem Fall eingehen in eine strukturierte Gesundheitspolitik unter Einbeziehung der Fachlichkeit und Kompetenz der Gesundheits- und Gesellschaftswissenschaften auf breiter Ebene. Aus diesem Grunde ist es entscheidend, eine kohärente Wissenschaftsexpertise für die unterschiedlichen Bereiche der öffentlichen Gesundheit sicherzustellen, die Handlungsorientierung für die Politik gibt und nicht umgekehrt.



#### 4. Empfehlung

- Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) begrüßt in Abstimmung mit dem Verband für Angewandte Hygiene (VAH) den politischen Willen zur Etablierung eines **Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit**.

- Gesundheit als gesellschaftliches Ziel (Gesundheit in allen Lebensphasen und in allen Politikbereichen) bedarf wieder einer eigenständigen nationalen Profilierung mit präventivem Schwerpunkt. Die Sicherstellung einer Versorgung von Erkrankten (Krankenversorgung) alleine ist nicht ausreichend.

- Diese Bundesinstitution muss die Funktion haben, für den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Gesundheitspolitik und auch die allgemeine Politik die zuständige zentrale fachliche Institution für alle Belange der öffentlichen Gesundheit auf Bundesebene zu sein.

- In gleicher Weise soll dieses Bundesinstitut auch für die Bevölkerung, und damit für jeden Bürger, wie auch für die übrigen gesellschaftlichen Bereiche einschließlich der Industrie zentrale Aufgaben für die Öffentliche Gesundheit erfüllen.

- Das Bundesinstitut sollte alle Teilaspekte der Öffentlichen Gesundheit – wie oben dargestellt – repräsentieren, hierzu primär-, sekundär-, und tertiär-präventivmedizinische Konzepte entwickeln diese im Sinne der Gesundheit auf allen Ebenen (**Health in all policies**) bündeln und dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie den politischen Entscheidungsträgern zur Verfügung stellen. So reicht es z. B. nicht, epidemiologisch festzustellen, dass Adipositas im Kindes- und Jugendalter zunimmt, sondern es müssen strukturelle Maßnahmen zur Übergewichtsprävention entwickelt, implementiert und der Erfolg überwacht werden.

- Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit sollte dafür – soweit wie möglich - **frei von politischer Beeinflussung** gehalten werden und einzig der öffentlichen Gesundheit verpflichtet sein.

- Es bedarf der finanziell, personell-organisatorisch und baulich-funktionell angemessenen Ausstattung.

- Die Institutionen wie das **Robert Koch-Institut (RKI)**, das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)**, die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** sowie das **Paul-Ehrlich-Institut (PEI)** sollten dem Zuständigkeitsbereich des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit zugeordnet und hierüber koordiniert werden.

- Das ehemalige **Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene**, zukünftig als **Institut für Umwelthygiene** bezeichnet - sollte wieder als eigenständiges Institut etabliert und aus dem Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Umwelt und des Umweltbundesamtes herausgelöst und in den Zuständigkeitsbereich des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit überführt werden. Dies wird damit begründet, dass das Umweltministerium und das Umweltbundesamt primär für den Schutz der Umwelt vor dem Menschen zuständig sind





und nicht für den Schutz des Menschen vor umweltbedingten Risiken. Aus dieser Konstellation heraus hat sich seit Auflösung des Bundesgesundheitsamtes ein erheblicher bis heute nicht gelöster Zielkonflikt ergeben. Daher sollte das Institut für Umwelthygiene auch dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit – wie oben dargestellt - zugewiesen werden, da die Expertise des Institutes für die Verhältnisprävention von entscheidender Bedeutung ist.

- Das **Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)** und das **Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL)** sollten im Sinne von One Health in gleicher Weise in das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit eingegliedert werden.

- Das **Friedrich-Löffler-Institut (FLI) als Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit** sollte im Sinne des One Health Gedankens in das Konzept des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit einbezogen werden.

- In besonderer Weise sollte auch die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** in ein **Institut für Gesundheitskommunikation** umbenannt und – wie bereits erwähnt - dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit zugewiesen werden.

- Wegen der Bedeutung der mentalen Gesundheit sowie der neurodegenerativen Erkrankungen sollte ein **„Institut für mentale Gesundheit und Prävention neurodegenerativer Erkrankungen“** als Teil des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit etabliert werden.

- In gleicher Weise muss abgewogen werden, inwieweit man „Unfallprävention“ einerseits und „gesundheitliche Krisenresilienz“ (Klimawandel, Naturkatastrophen, Krieg) durch eigenständige Institutionen repräsentieren lassen will. Hierzu sollte eine breite Diskussion erfolgen.

- Das **Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit** sollte mit den relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften, wie z. B. den in der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vertretenen Fachgesellschaften einen geregelten fachlichen Austausch pflegen, um die in Deutschland vorhandene Expertise im besten Sinne mit nutzen zu können.

- Die einzelnen Teilinstitutionen des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit sollten in gleicher Weise mit den für sie relevanten fachspezifischen Gesellschaften den Austausch pflegen.

- Zur Vertiefung des internationalen Austausches sollte die Kooperation mit den europäischen Institutionen der EU wie z. B. dem ECDC, den international relevanten Fachgesellschaften und deren Gremien, dem US-amerikanischen CDC sowie insbesondere die Unterstützung der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) und ihrer Unterorganisationen intensiv gepflegt werden.



- Um die Unabhängigkeit des Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit sicherzustellen und zu gewährleisten, dass die Arbeiten des Instituts und seine Stellungnahmen und Empfehlungen unbeeinflusst von politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Interessen erfolgen können, muss diese nach Maßgabe eines zu erlassenen Gründungsgesetzes festgeschrieben werden. Alternativ könnte überlegt werden, das Institut direkt **dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages** zuzuordnen.

- Um eine entsprechende Orientierung an den Zielen der öffentlichen Gesundheit sicherzustellen, sollte dem Institut ein **wissenschaftlicher Beirat** zugeordnet werden.

- Um Fehlentwicklungen z. B. durch Selektion und Auswahl der Beiratsmitglieder und eine damit verbundene politische Einflussnahme auf Schwerpunktsetzung zu vermeiden, sollte ein **wissenschaftlicher Aufsichtsrat** dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit als Kontrollinstanz übergeordnet werden. Der wissenschaftliche Aufsichtsrat soll auch die Aufgabe haben, das Institut vor politischer, insbesondere parteipolitischer Einflussnahme zu schützen.

- In dieser Konstellation können alle Belange, die die öffentliche Gesundheit betreffen oder sie tangieren, einschließlich der Tiergesundheit und einer gesunden Umwelt unter einer gemeinsamen Zuständigkeit und einer gemeinsamen Corporate Identity zusammengeführt werden.

Damit würde das **Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit** die Orientierungsinstitution für die Gesundheit unserer Gesellschaft in allen Lebensphasen auf Bundesebene sein und zum Wohl aller wirken.

**Public Health is Public Wealth**



## 5. Literatur

1. Großklaus D. Deutschland ohne Bundesgesundheitsamt - Eine kritische Analyse. 2012.
2. Exner M., Eikmann, T., Herr, C., Kramer, A., Wiesmüller, G. 20 Jahre nach Auflösung des Bundesgesundheitsamtes - Plädoyer für die Re-Institutionalisierung des öffentlichen Gesundheitsschutzes "aus einer Hand" in Deutschland. *Umweltmed – Hygiene – Arbeitsmed* 2014;9:5-6.
3. Exner M. Zur Bedeutung der Hygiene und öffentlichen Gesundheit in Medizin und Gesellschaft. *Umweltmed – Hygiene – Arbeitsmed* 2014;19(1):7-15.
4. Exner M. 'Edwin Chadwick and the Public Health Act 1848 – principal architect of sanitary reform'. in Bartram, J. with Baum, R, Coclanis, PA, Gute, D M, Kay, D, McFayden, S, Pond, K, Robertson, W and Rouse, MJ (eds) *Routledge Handbook of Water and Health* London and New York: Routledge 2015.
5. N.N. Bevölkerung - FAKTEN – TRENDS – URSACHEN – ERWARTUNGEN DIE WICHTIGSTEN FRAGEN. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung Sonderheft, 2 überarbeitete Auflage 2004.
6. Grundy F, Mackintosh, J.M. Parisot, J. THE TEACHING OF HYGIENE AND PUBLIC HEALTH IN EUROPE A Review of Trends in Undergraduate and Post-Graduate Education in Nineteen Countries. 1957.
7. Ikuta K, Swetschinski, L., Robles Aguilar, G. et al. . Global mortality associated with 33 bacterial pathogens in 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2022.
8. N.N. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet* 2022.
9. WHO. Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022. 2022.
10. HyReKA. „Biologische bzw. hygienisch-medizinische Relevanz und Kontrolle Antibiotika-resistenter Krankheitserreger in klinischen, landwirtschaftlichen und kommunalen Abwässern und deren Bedeutung in Rohwässern“. [https://www.wukbonnde/site/assets/files/29796/hyreka\\_abschlussbericht\\_formatiertpdf](https://www.wukbonnde/site/assets/files/29796/hyreka_abschlussbericht_formatiertpdf). 2022.
11. RKI. Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin 2016
12. Thomson MC, Stanberry LR. Climate Change and Vectorborne Diseases. *N Engl J Med* 2022;387:1969-78.
13. WEF. The Global risks report <https://www.weforum.org/reports/globalrisks-report-2023/> 2023.
14. Amuasi JH, Lucas T, Horton R, Winkler AS. Reconnecting for our future: The Lancet One Health Commission. *Lancet* 2020;395:1469-71.
15. N.N. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990 - 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1204-22.
16. Risikokommission. "Neuordnung der Verfahren und Strukturen zur Risikobewertung und Standardsetzung im gesundheitlichen Umweltschutz der Bundesrepublik Deutschland". Risikokommission Geschäftsstelle c/o Bundesamt für Strahlenschutz Postfach 10 01 49 D-38201 Salzgitter Tel: (+49)01888-333-2203 <http://www.bfs.de> 2003.