

## **Hygiene und Öffentliche Gesundheit als eigenständiges universitäres Lehrfach etablieren!**



### **Stellungnahme des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD), der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP) sowie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)**

Die aktuelle bundesweite Diskussion über Verbesserungen im Bereich der Krankenhaushygiene hat dieses Themenfeld erneut ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt. Auf politischer Ebene werden derzeit verschiedene Lösungsansätze diskutiert. Die fachlich betroffenen Fachgesellschaften und der Berufsverband beteiligen sich intensiv an dieser Diskussion. Sie schlagen gemeinsam als einen zentralen Reformansatz eine Änderung der medizinischen Ausbildung vor: Hygiene und Öffentliche Gesundheit sollte als eigenständiges universitäres Lehrfach etabliert werden.

Bei einer zeitnahen Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung sollten im bisherigen § 27 „Hygiene und Öffentliche Gesundheit“ als eigenständiges Fach etabliert werden – anstelle der bisherigen Zusammenführung von Hygiene, Mikrobiologie und Virologie. Der neuen Fachkombination „Hygiene (einschließlich Krankenhaushygiene) und Öffentliche Gesundheit“ könnten die im Querschnittsbereich aufgeführten Disziplinen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemgestaltung, Öffentliche Gesundheitspflege, Klinische Umweltmedizin sowie Prävention und Gesundheitsförderung zugewiesen werden, sodass auch diese Bereiche zukünftig kompetent durch eigenständige Institute in der Lehre und Forschung vertreten werden. Hierdurch würde der Forderung nach einer dringend benötigten Stärkung von Prävention, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in Forschung und Lehre wirksam und nachhaltig Rechnung getragen.

### **Anlass**

Nach 2008 hat sich der Deutsche Ärztetag 2010 wiederum mit der Bedeutung des Faches Hygiene, einschließlich der Prävention und Gesundheitsförderung als wissenschaftlich-ärztliche Aufgabe sowie mit der Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) befasst.

Auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Fulda 2008 wurde beschlossen:

„Prävention muss als wissenschaftliche ärztliche Aufgabe sowohl seitens des Staates als auch in der Medizin anerkannt werden. Dazu sind zwingend Lehrstühle für Hygiene an allen deutschen Universitäten und Hygiene-Institute in allen Bundesländern (als Institut für Öffentliche Gesundheit und Öffentlichen Gesundheitsdienst) erforderlich bzw. wieder einzurichten“.

Auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden wurde beschlossen, die zuständigen Landesministerien aufzufordern, das Fach Hygiene als eigenständiges medizinisches Institut an den medizinischen Fakultäten zu erhalten sowie die Forderung, den Öffentlichen Gesundheitsdienst als Querschnittsbereich an den

medizinischen Fakultäten zu etablieren, an den Vorstand der Bundesärztekammer zu überweisen. Zudem beschloss der 113. Deutsche Ärztetag, dass die Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der zugeordneten medizinischen Landeseinrichtungen in vollem Umfang zu gewährleisten sei und begründete diese Forderung mit den historisch gewachsenen präventivmedizinischen Aufgaben, die in einer modernen Gesellschaft und im Rahmen der Globalisierung ständig zunehmen, wie die Bedeutung der Seuchenhygiene, der Lebensmittelhygiene, der Umweltmedizin, der Krankenhaushygiene, der Hygiene in Gemeinschaftseinrichtungen, der Wasserhygiene und der Gesundheitsverträglichkeitsprüfung.

Weiterhin wurde ausgeführt, dass derzeit das Qualitätsniveau der Arbeit des ÖGD in Gefahr sei, da im Rahmen der Sparzwänge einschneidende personelle und materielle Einsparungen erfolgten, die die Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes massiv einschränken.

Hinzu kommt die deutlich schlechtere Honorierung von Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst gegenüber anderen ärztlichen Betätigungsfeldern, insbesondere gegenüber Krankenhausärzten, aus denen der ÖGD in der Vergangenheit überwiegend seinen Nachwuchs rekrutiert hatte. Dies wird dadurch noch verschärft, dass andere öffentliche Bereiche wie die Bundeswehr oder der medizinische Dienst der Krankenkassen inzwischen Einkommensverbesserungen für ihre Ärzte umgesetzt haben.

### **Inhaltliche Begründung**

Die o.a. Verbände und Fachgesellschaften begrüßen nachdrücklich die Entschließung des Deutschen Ärztetages sowohl zur Hygiene als auch zum Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Im 20. Jahrhundert konnte die Lebenserwartung der Bevölkerung in den entwickelten Ländern um 30–35 Lebensjahre verlängert werden, wobei schätzungsweise nur 5 der hinzugewonnenen Lebensjahre durch Erfolge der kurativen Medizin, 25–30 Lebensjahre aber auf Erfolge der Verbesserung der Lebensverhältnisse – maßgeblich gefördert durch Hygiene und Öffentliche Gesundheit – erzielt werden konnten.

Die große gesellschaftliche Herausforderung ist nunmehr, die hinzugewonnenen Lebensjahre mit Lebensqualität zu füllen. Es zeigt sich, dass mit der Steigerung der Anzahl von Lebensjahren auch die Anzahl chronischer Erkrankungen ständig zunimmt. Hierdurch entstehen insbesondere in den letzten beiden Lebensjahren chronisch Kranker vielfach sehr hohe Kosten im Gesundheitswesen, die mittlerweile auch vom Gesundheitssystem reicher Industrieländer kaum mehr zu schultern sind. Gleichzeitig ist die Lebensqualität der Betroffenen stark eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund kommt der Prävention mit dem Ziel einer sogenannten Morbiditätskompression (Verschiebung des Beginns chronischer Erkrankungen in höhere Lebensalter) durch Prävention, Hygiene, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung eine herausragende gesundheitspolitische Bedeutung zu. Es wird keinesfalls ausreichend sein, die zu erwartenden Krankheitslasten ausschließlich durch Verbesserung kurativer Maßnahmen bei Verzicht auf präventive Strategien auffangen zu wollen. Dabei gilt es u. a., neue Risiken – insbesondere umweltbedingte Risiken – rechtzeitig zu erkennen, zu analysieren sowie auf wissenschaftlicher Grundlage klare Konzepte für eine Risikoregulierung zu entwickeln und diese sowohl für Politik wie auch in der Öffentlichkeit zu kommunizieren und zu implementieren.

Die Geschichte der Infektionskrankheiten der letzten Jahre hat eindringlich gezeigt, dass diese nach wie vor eine hohe Bedeu-

tung für unsere Gesellschaft haben. Neue Erreger, Zunahme von Multiresistenzen, die Migration von Menschen und Vektoren sowie die Auswirkungen des Klimawandels treffen auf eine Gesellschaft, die durch die demografische Entwicklung mit einem steigenden Anteil an älteren Menschen gleichzeitig auch mehr Gefährdete für schwerere Krankheitsverläufe haben wird.

Während individualmedizinische und kurative Leistungen in den letzten Jahrzehnten immer stärker gefördert wurden, kam es zu einem dramatischen Abbau von eigenständigen Lehrstühlen für Hygiene wie auch zu einer mangelhaften Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung (u.a. Scheitern des Präventionsgesetzes).

Das Umweltbundesamt hatte bereits 2002 besorgt darauf hingewiesen, dass die Forschungs- und Ausbildungskapazitäten für Hygiene und Umweltmedizin in Deutschland stetig zurückgehen. Von den 1995 noch bestehenden 24 eigenständigen Lehrstühlen für Hygiene sind 11 bereits aufgelöst bzw. als nicht-selbstständige Abteilung in Institute anderer Fachdisziplinen eingegliedert worden.

Sowohl das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesumweltministerium, die Länderministerien als auch das Robert Koch-Institut (RKI), das Umweltbundesamt (UBA) und das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) sowie der Öffentliche Gesundheitsdienst benötigen kompetente eigenständige Hygiene-Institute zur Risikoeerkennung, Risikocharakterisierung, zum Risikomanagement und zur Entwicklung von Konzepten zur Risikoregulierung. Die Bundesinstitutionen können den Forschungsbedarf auf dem Gebiet der Hygiene nur zu einem geringen Teil selbst decken.

Hygieniker mit eigenständigen Hygiene-Instituten haben neue Arbeits- und Forschungsgebiete aufgebaut und erschlossen. Beispielsweise seien genannt:

- ▶ die Krankenhaushygiene,
- ▶ die Überwachung nosokomialer Infektionen,
- ▶ die Prüfung von Desinfektions- und Sterilisationsverfahren,
- ▶ die Regularien für die Medizinprodukte,
- ▶ die technische Hygiene,
- ▶ die Umwelthygiene (Trinkwasserhygiene, Badewasserhygiene),
- ▶ die Etablierung des Biomonitorings für umweltbedingte Schadstoffe und Erreger,
- ▶ die Umweltmedizin,
- ▶ die moderne Infektionshygiene sowie
- ▶ die Kriterien für die Aufdeckung und Expositionsabschätzung umweltbedingter Risiken
- ▶ die Ableitung und Formulierung alters- und zielgruppenspezifischer Präventionskonzepte in den jeweiligen Settings.

Zahlreiche Kommissionen wie die Kommission für Krankenhaushygiene, die Trinkwasserhygiene, die Badewasserkommission, die Kommission für Humanbiomonitoring sowie die Kommission für Methoden und Qualitätssicherung in der Umweltmedizin beraten Umweltbundesamt, Robert Koch-Institut und das Bundesinstitut für Risikobewertung.

Durch ein weiteres Schließen von eigenständigen Hygiene-Instituten wird einerseits die wissenschaftliche Forschung und Lehre und damit die Ausbildung von jungen Ärzten und Ärztinnen während des Medizinstudiums sowie des wissenschaftlichen Nachwuchses gefährdet. Andererseits ist die Kompetenz für die Beratung von Bundesinstitutionen und Ministerien auf dem Gebiet des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf wissenschaftlich-ärztlicher Basis nicht mehr gewährleistet. Das Fach Hygiene hat auch an denjenigen medizinischen Fakultäten, die diesem Fach einen besonderen Stellenwert zuerkennen, mit 14 Stunden nur

einen Anteil von 0,9% an der nach der Approbationsordnung festgelegten Gesamtstundenzahl von 1498 Stunden während des gesamten Medizinstudiums. Bereits jetzt kann festgestellt werden, dass ein Großteil der Probleme auf dem Gebiet der modernen Krankenhaushygiene und der Kontrolle Antibiotika-resistenter Mikroorganismen auf eine unzureichende Ausbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten in der modernen Hygiene zurückzuführen ist.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst benötigt moderne Erkenntnisse im Bereich der Hygiene sowie die Kooperation mit Hygiene-Instituten, da er vom Gesetzgeber entscheidende Aufgaben bei der Umsetzung von moderner Umwelt- und Infektionshygiene zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung der Bevölkerung zugewiesen bekommen hat.

In vielen Bundesländern ist die Kooperation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wegen fehlender Landesinstitute mit Labor-Expertise und fehlender Kooperation mit Hygiene-Instituten an den Universitäten nicht mehr vorhanden. Zudem steht gerade der öffentliche Gesundheitsdienst insbesondere aufgrund ungünstiger Tarifbedingungen vor einem Ausbluten seiner personellen Kapazität, sodass Öffentlicher Gesundheitsschutz und Öffentliche Gesundheitsförderung akut gefährdet sind. Die Verlagerung dieser Aufgaben in nicht-ärztliche Berufsgruppen ist inadäquat, da bei fehlendem ärztlichem Hintergrund die Bewertungskompetenz und Folgenabschätzung für die Gesundheit nicht mehr gewährleistet ist und es häufig zu einer Fehl-, Über- oder Unterschätzung von entsprechenden Risiken mit erheblichen Fehlinvestitionen kommt.

Der Berufsverband und die Fachgesellschaften fordern daher den Erhalt bzw. Ausbau eigener Lehrstühle für Hygiene und Öffentliche Gesundheit an den Universitäten, wie dies bereits 1957 von der Weltgesundheitsorganisation gefordert wurde.

Hygiene und Öffentliche Gesundheit müssen als eigenständige Disziplin an den Universitäten etabliert werden. Die Erfahrung zeigt, dass bei Integration von Hygiene und Öffentlicher Gesundheit in bestehende Lehrstühle anderer Fachdisziplinen – wie dies derzeit vielfach an Universitäten geübte Praxis ist – sich Hygiene und Öffentliche Gesundheit nicht als eigenständige präventivmedizinische Disziplin sowohl in der Patientenversorgung, in der Lehre und Forschung sowie in der Weiterbildung entfalten können.

Entsprechenden eigenständigen Instituten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit an den Universitäten sollten Referenzfunktionen für Hygiene, Krankenhaushygiene, Infektionshygiene, Umwelthygiene (Wasser-, Boden-, Lüfthygiene), technische Hygiene, Störfall- und Ausbruchmanagement sowie zur epidemiologischen Überwachung zugewiesen werden. Hierdurch kann der Öffentliche Gesundheitsdienst deutlich gestärkt werden. Eine derartige Struktur hatte sich in der Vergangenheit in Deutschland bewährt und wird heute mit Erfolg in anderen europäischen Ländern wie Frankreich und Großbritannien praktiziert.

*Autoren:*

Dr. med. Ute Teichert-Barthel, Bad Neuenahr-Ahrweiler (Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD))

Prof. Dr. med. Thomas Eikmann, Giessen (Präsident der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin)

Prof. Dr. med. Martin Exner, Bonn (Präsident der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.)