



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu den Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung für ein Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention (Stand: 9. Juni 2008)

Hearing der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
am 15. September 2008

Berlin, 5. September 2008

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung, mit einem Nationalen Aktionsprogramm das Problem des Tabakkonsums und Passivrauchens in der Bevölkerung aktiv anzugehen.

Der Drogen- und Suchtrat der Drogenbeauftragten der Bundesregierung hat dazu am 9. Juni 2008 Empfehlungen vorgelegt, in denen Strategien für eine Reduzierung des Tabakkonsums in der Bevölkerung vorgeschlagen werden. Insbesondere soll der Einstieg in das Rauchen zukünftig wirksamer verhindert, Hilfen zur Überwindung der Tabakabhängigkeit ausgebaut, der Schutz vor Passivrauchen gestärkt, der Tabakkonsum über das Mittel der Preisgestaltung gesenkt, die Tabakwerbung eingestellt und die Verfügbarkeit von Tabakprodukten reduziert werden.

Formale Anmerkungen der Bundesärztekammer zum vorliegenden Aktionsprogramm:

Auf internationaler Ebene hat die Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ein Maßnahmenbündel vorgelegt, zu deren Umsetzung auf nationaler Ebene sich die Bundesregierung durch die Ratifizierung des Abkommens am 16. Dezember 2004 verpflichtet hat. Darüber hinaus hat die Arbeitsgruppe 6 des Forums „gesundheitsziele.de“, in der auch die Bundesärztekammer über Jahre hinweg mitgearbeitet hat, bereits 2003 umfassende Ziele und Maßnahmen für eine wirksame Tabakprävention auf nationaler Ebene vorgelegt. Es wäre daher wünschenswert, wenn das Programm weitgehend auf diese Vorarbeiten aufsetzen und sich als nationales Umsetzungskonzept dieser Vorarbeiten verstehen würde. Hingegen fehlt dem vorliegenden Programm weitgehend eine direkte Bezugnahme auf die genannten Vorarbeiten.

Darüber hinaus wäre es hilfreich, wenn für die weitere Umsetzung des Programms Zeitachsen, verfügbare Mittel sowie notwendige Abstimmungsverfahren unter den jeweils relevanten Akteuren aufgezeigt würden. Das mit der Aufforderung „Maßnahmen koordinieren“ überschriebene Kapitel 2.8 ist in diesem Kontext nur wenig hilfreich.

Die den Empfehlungen angehängte Maßnahmen-Synopse lässt sich in vielen Bereichen nicht aus den in den vorangestellten Programmkapiteln aufgeführten Strategieempfehlungen ableiten. Hier sollte eine größere Konsistenz zwischen beidem hergestellt werden.

Inhaltliche Anmerkungen zum vorliegenden Aktionsprogramm:

Im Folgenden soll insbesondere auf die im Aktionsprogramm vorgeschlagenen Maßnahmen Bezug genommen werden, in denen die Bundes- bzw. Landesärztekammern explizit genannt werden bzw. die Ärzteschaft eigene Handlungskompetenzen besitzt.

zu Kapitel 2.1: Einstieg in das Rauchen verhindern

Es sei darauf hingewiesen, dass viele Landesärztekammern bereits Schulprogramme u. a. auch zu suchtspezifischen Themen durchführen. Eine regelhafte curriculäre Verankerung suchtrevanter Themen sowie begleitender Kompetenztrainings für Schüler und Schülerinnen ist daher zu begrüßen. Die Daten der BZgA zum Suchtmittelkonsum zeigen zudem, dass die Raucherprävalenz unter Jugendlichen an Haupt- und Berufsschulen weiterhin unverändert hoch ist, so dass an diesen Schultypen ein besonders großer Handlungsbedarf besteht.

zu Kapitel 2.2: Hilfen zur Überwindung der Tabakabhängigkeit ausbauen

Die im vorliegenden Aktionsprogramm aufgeführten Strategieempfehlungen und Maßnahmen für eine flächendeckende Raucherentwöhnung greifen zu kurz. Sie implizieren, dass eine bloße Motivierung der Ärzteschaft zur Ansprache der Tabakproblematik im allgemeinen Patientenkontakt und die „Weitervermittlung von rauchenden Patientinnen und Patienten in

Nichtraucherkurse von Krankenkassen und anderen Anbietern“ ausreichend sei, um das Problem zu beheben.

Damit wird jedoch verkannt,

- dass es sich bei der Mehrzahl der Raucher um Abhängigkeitserkrankte nach ICD 10, F17 handelt, soweit Indikatoren wie Toleranzentwicklung, körperlicher Entzugsscheinungen, einem starken Drang zum Tabakkonsum, eingeschränkter Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums, Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen sowie anhaltender Konsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen vorliegen. Eine Bewertung als Lifestyle-Problem, das durch reine Willensanstrengungen oder Gruppengespräche zu beheben wäre, wird der Problematik nicht gerecht.
- dass die im Programm angesprochenen Nichtraucherkurse regional kaum verfügbar sind und sich nach der jährlich vom MDS der Spitzenverbände der Krankenkassen durchgeführten Auswertung der Maßnahmen nach § 20 SGB V nur sehr geringer Akzeptanz unter den Versicherten erfreuen. Demnach haben 2006 lediglich 0,9 % aller Teilnehmer an §20-Maßnahmen zur individuellen Prävention an einem Kursangebot zum Suchtmittelkonsum teilgenommen. Die Kursangebote erreichen zudem bekanntermaßen überwiegend Versicherte mittlerer und höherer sozialer Schichten, in denen die Raucherprävalenz vergleichsweise gering ausgeprägt ist.
- dass gerade Ärzte über einen guten Zugang zu Rauchern verfügen und diese – insbesondere auch im Rahmen vom Patienten vorgebrachter, tabakrauchassoziierter Beschwerdebilder – auf das Rauchen angesprochen werden und eine Tabakabhängigkeit behandelt werden kann. Die Bundesärztekammer hat gemeinsam mit den Landesärztekammern durch die Schaffung einer 20-stündigen Qualifikation „Ärztliche Tabakentwöhnung“ die Voraussetzungen geschaffen, um Ärzte umfassend für eine Beratung und Behandlung betroffener Patienten zu schulen. Dies umfasst auch die Diagnostik einer bestehenden Tabakabhängigkeit sowie den fachgerechten Einsatz einer begleitenden medikamentösen Therapie.

Entsprechend ist im Aktionsprogramm an zentraler Stelle festzuhalten,

- dass es sich bei der Tabakabhängigkeit bei Vorliegen der im ICD 10, F17 aufgeführten Kriterien um eine behandlungswürdige Krankheit handelt.
- dass mit der Anerkennung der Tabakabhängigkeit als Krankheit vom Gemeinsamen Bundesausschuss die entsprechenden vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen für eine Behandlung zu schaffen sind.

Die an verschiedenen Stellen des Aktionsprogramms geforderte Stärkung der Raucherberatung im Rahmen bestehender Vorsorgeprogramme ist durch die Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherungen und der Kassenärztlichen Vereinigung im Gemeinsamen Bundesausschuss zu thematisieren und die rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür sind zu schaffen.

zu Kapitel 2.3: Schutz vor Passivrauchen verstärken

Die Bundesärztekammer begrüßt alle Maßnahmen, die zum Schutz vor Passivrauchen und den damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen beitragen. Das Aktionsprogramm entbehrt allerdings einer klaren definitorischen Unterscheidung zwischen „privatem“ und „öffentlichem Bereich“. Zudem ist die in den Strategieempfehlungen geforderte „uneingeschränkte Umsetzung und Durchsetzung der Arbeitsstättenverordnung“ nicht zielführend.

Stattdessen ist in dem Aktionsprogramm darauf hinzuweisen,

- dass die in § 5 (2) ArbStättV festgelegten Ausnahmemöglichkeiten derzeit noch einen umfassenden Schutz vor Tabakrauch am Arbeitsplatz verhindern und diese daher einer Novellierung bedarf.
- dass für eine ärztliche Beratung zur Passivrauchbelastung im Rahmen bestehender Vorsorgeprogramme zunächst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die entsprechenden Rahmenbedingungen z. B. zur Cotinin-Bestimmung zu schaffen sind.

Die Bundesärztekammer ist auch weiterhin gerne bereit, in einem unter den Akteuren abgestimmten Prozess ihren Beitrag zur Senkung der Raucherprävalenz in der Bevölkerung und der Beratung und Behandlung von Rauchern zu leisten.