

7. Gesundheitsförderung, Prävention und Umweltmedizin

7.1 Prävention

7.1.1 Kindergesundheit als Schwerpunktthema des 110. Deutschen Ärztetages

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erfährt zunehmende öffentliche Aufmerksamkeit. Vor allem das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie der Suchtmittelgebrauch von Kindern, ihre seelische Gesundheit, aber auch Themen wie Kindesvernachlässigung und -misshandlung beherrschen derzeit die Medien und politischen Diskussionen.

Die Daten des aktuellen Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass 15 % der Kinder in der Altersgruppe der 3- bis 17-Jährigen übergewichtig sind, allein 6,3 % müssen als adipös bezeichnet werden. Dies entspricht 1,9 Millionen bzw. 800.000 Kindern dieser Altersgruppe.

Darüber hinaus weisen 21,9 % der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Störungen und Suchterkrankungen auf. Schätzungsweise 5 % aller Kinder in Deutschland wachsen zudem in Familien bzw. Teilfamilien auf, bei denen aufgrund ihrer psychosozialen Lebensbedingungen ein hohes Risiko für gravierende Vernachlässigung besteht, d. h. ca. 30.000 Kinder eines jeden Geburtsjahrgangs sind betroffen.

Deshalb hat sich auch der 110. Deutsche Ärztetag in Münster des Themas „Kindergesundheit in Deutschland“ angenommen. In den Beratungen ging es v. a. um die Frage verpflichtender Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und die Rolle, die Ärzte dabei spielen sollten. Hintergrund waren mehrere dramatische Fälle von Kindesvernachlässigung, die in den vorherigen Monaten die Öffentlichkeit beschäftigt hatten.

In den einleitenden Vorträgen wurde auf die ärztliche Verantwortung hingewiesen, bei Untersuchungen Hinweisen auf eine Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung weiter nachzugehen und sich zur Verbesserung des Kindeswohls auch mit anderen Hilfseinrichtungen zu vernetzen. Verschiedene Ärztekammern bieten zu dem Thema Fortbildungsangebote an und haben Leitfäden zur Begutachtung, Dokumentation und Einleitung von Hilfsmaßnahmen erstellt.

Der vom Deutschen Ärztetag verabschiedete Leitantrag des Vorstandes zum Thema Kindesmisshandlung/-vernachlässigung verdeutlicht, dass Interventionen auf verschiedenen Ebenen angelegt sein müssen. Diese umfassen sowohl Maßnahmen der Gesundheitsförderung, wie z. B.

- gesundheitsbezogene Beratungsangebote in Kindergärten und Schulen,

- Schwerpunkte bei der Förderung sozial belasteter Familien,
- verstärkte gemeindeorientierte Tätigkeit von Kinderärzten und Hausärzten,
- Vermittlung von Hilfsangeboten für Eltern Neugeborener,
- Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Sozialpädiatrischer Zentren,

als auch der Primär- und der Sekundärprävention. Um diese wirksamer zu gestalten bedürfte es

- einer Überarbeitung der Früherkennungsuntersuchungen nach § 26 SGB V v. a. bezüglich der Erfassung der Lebensbedingungen des Kindes, der Identifikation von Zeichen psychischer Auffälligkeiten, von Vernachlässigung bzw. von Gewalteinwirkung sowie elterlicher Beratung,
- einer Verbesserung der Teilnahme durch bessere Aufklärung der Eltern,
- einer verbindlicheren Teilnahme an den Untersuchungen,
- einer frühen Identifizierung von Risikofamilien und begleitender Hilfen,
- eines Aus- statt Abbaus der Kindergarten- und Schuleingangsuntersuchungen,
- einer Mitwirkung der Ärzteschaft in regionalen Netzwerken zur Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung,
- einer angemessenen Vergütung für zusätzliche ärztliche Aktivitäten in diesem Bereich,
- einer stärkeren Verankerung der Themen „Häusliche Gewalt“ und „Vernachlässigung“ in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie
- einer weiteren Verbreitung vorhandener Leitfäden und Materialien zum Thema.

In weiteren Anträgen wurde der Aufbau eines Systems verbindlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und deren zielgerichtete inhaltliche Erweiterung sowie die Einrichtung eines gesetzlich verankerten Teilnahme-Meldewesens gefordert. Eine Meldung durch Ärzte wurde mehrheitlich abgelehnt, da dann das Arzt-Patienten-Verhältnis belastet und der eigentliche Sinn der Untersuchungen, der v. a. in der Information, Beratung, Aufklärung und Förderung der Eltern läge, umgekehrt werden würde.

In der Folge des Ärztetages wurde die Bundesärztekammer zu den Beratungen des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichteten Nationalen Zentrums Frühe Hilfen hinzugezogen, das Konzepte einer besseren Vernetzung der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens entwickeln soll.

7.1.2 Positionspapier der Ärzteschaft zur Prävention

Der 110. Deutsche Ärztetag hat darüber hinaus ein Positionspapier der Ärzteschaft zur Prävention unter dem Titel „Prävention stärken“ (Drucksache V-06) verabschiedet. Darin spricht er sich erneut für eine Aufwertung der Prävention im Gesundheitswesen wie auch in der Gesellschaft insgesamt aus. Er verbindet damit die Erwartung, dass sich durch eine intensivere Prävention frühe Sterblichkeit verringern und Lebensqualität bis ins hohe Alter erhalten lässt. In der Entschließung wird aber auch festgestellt, dass der in den letzten Jahrzehnten erreichte Zugewinn an Lebensjahren innerhalb der Gesellschaft sozial sehr unterschiedlich verteilt war. Der Ärzteschaft fällt in der Prä-

vention insofern eine zentrale Rolle zu, als sie alle sozialen Schichten gleichermaßen erreicht. Darüber hinaus ist sie für die Bevölkerung auch weiterhin erster Ansprechpartner bei gesundheitlichen Belangen.

7.1.3 Gesetzliche Änderungen zur Prävention

Neuaufgabe des Präventionsgesetzes

Im zurückliegenden Jahr sind die politischen Diskussionen um ein Präventionsgesetz wieder neu entfacht. Der in der letzten Legislaturperiode noch von der rot-grünen Bundesregierung vorgelegte Entwurf für ein Präventionsgesetz war zunächst vom Bundesrat abgelehnt worden, um anschließend wegen der vorzeitigen Bundestagsauflösung im Vermittlungsausschuss der Diskontinuität anheim zu fallen.

Im September 2007 legte das Bundesministerium für Gesundheit Eckpunkte für ein neues Präventionsgesetz vor, die sich weitgehend am alten Gesetzentwurf und damit am Stiftungsgedanken orientierten. Diesen lehnt die Union jedoch weiterhin ab und schlägt stattdessen einen „Nationalen Rat für Prävention“ vor, der die bestehenden Präventionsmaßnahmen koordinieren und zur Verständigung über gemeinsame Präventionsziele beitragen soll. Der im November 2007 unter dem Titel „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention“ vorgelegte Referententwurf des BMG verabschiedet sich inzwischen vom Stiftungsgedanken und greift das Konzept eines Nationalen Präventionsrates auf, der die von den Sozialversicherungen und der PKV aufzubringenden Mittel für die Prävention verwalten soll.

Die Bundesärztekammer hat zu dem Gesetzesvorhaben sowohl mit dem BMG als auch mit Vertretern der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Gespräche geführt und schriftlich ihre Position zum Ausdruck gebracht. Insbesondere hat sie darin deutlich gemacht, dass der Ärzteschaft in den vorgesehenen Entscheidungsgremien Mitentscheidungsrechte eingeräumt werden müssen. Prävention kann nicht ohne ärztlichen Sachverstand betrieben werden. Sie kann auch nicht allein den Krankenkassen überlassen bleiben, die die verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen vor allem zur Bindung guter Versicherungsrisiken nutzen.

Eigenverantwortung und verpflichtende Vorsorge

Das am 01.04.2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat verschiedene Regelungen getroffen, die auch für die Prävention im Gesundheitswesen von Relevanz sind.

Zum Beispiel sollen mit § 52 SGB V die Versicherten stärker zu einer eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Gesundheit veranlasst werden, indem die Behandlung von Folgeerkrankungen von Tätowierungen, Piercing u. ä. zukünftig aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen wird.

Die gesetzliche Regelung des § 62 SGB V sieht nun vor, dass die Belastungsgrenze für Zuzahlungen nur dann von 2 % auf 1 % der Bruttoeinnahmen abgesenkt werden

kann, wenn zuvor die nach § 25 Abs.1 und 2 SGB V verfügbaren Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrgenommen wurden. Bei einer Teilnahme an einem Disease Management Programm müssen zudem die Therapieanweisungen befolgt worden sein und dies vom Arzt schriftlich bescheinigt werden.

Die Bundesärztekammer hat diese Regelungen kritisiert, da die Einführung eines Selbstverschuldungsprinzips im gesundheitlichen Bereich zu grundsätzlichen ethischen Problemen führt. Darüber hinaus dürfe es keine Verpflichtung zur Teilnahme an einer Vorsorgeuntersuchung geben, die neben ihrem überwiegenden Nutzen in der Regel auch negative Aspekte beinhaltet. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat inzwischen in der Richtlinie zur Umsetzung des § 62 SGB V die im Gesetz noch vorgesehene Teilnahmeverpflichtung in eine Beratungspflicht umgewandelt.

7.1.4 Symposium der Bundesärztekammer zur Prävention durch Ärzte

Am 29. und 30. November 2007 veranstaltete die Bundesärztekammer unter Leitung des Vorsitzenden des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“, Herrn Rudolf Henke, eine erste Präventionstagung für Ärzte. Die Idee hierfür war aus der Ständigen Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung entstanden. Auf der Tagung wurden bewährte und innovative Maßnahmen ärztlicher Prävention dargestellt und ihre Weiterentwicklung unter den sich verändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen von den etwa 80 Teilnehmern im Plenum wie auch in vier Arbeitsgruppen diskutiert. Eine erste Bewertung der Tagung im Vorstand der Bundesärztekammer ergab die Absicht, auch 2008 eine ähnliche Veranstaltung auszurichten.

7.1.5 Fusion des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung und der Bundesvereinigung für Gesundheit zur Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.

Das „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung“, gegründet als Plattform der in der Prävention aktiven Verbände zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitswesen, wurde im November diesen Jahres aufgelöst, um mit der Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) zur Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) zu fusionieren. Dies lag insofern nahe, als beide Zusammenschlüsse einen ähnlichen Auftrag verfolgten und ihre Mitgliedsorganisationen in hohem Maße deckungsgleich waren. Die Bundesärztekammer war in beiden Bündnissen vertreten und ist nun Mitglied der BVPG. Frau Dr. Engelbrecht, Bundesärztekammer, wurde in der Gründungsversammlung zur Vizepräsidentin gewählt. Zweck des Vereins ist gemäß Satzung die „Förderung von ‚Prävention und Gesundheitsförderung‘ mit dem Ziel, eine koordinierte präventive und gesundheitsfördernde Ausrichtung nicht nur im deutschen Gesundheitswesen, sondern in allen Politik- und Lebensbereichen zu verankern und zu stärken.“

7.1.6 Neuauflage des Curriculums Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer

Um die ärztliche Qualifikation in der Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, hat der Vorstand der Bundesärztekammer auf Empfehlung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung die Ständige Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung beauftragt, das seit 1997 existierende Curriculum „Gesundheitsförderung“ als „Strukturierte curricularäre Fortbildung“ zu überarbeiten und im Titel um den Aspekt der Prävention zu erweitern. Ein erster Zwischenbericht der Arbeiten wurde auf der 1. Präventionstagung der Bundesärztekammer vorgestellt. Das Curriculum ist auf 24 Stunden ausgelegt und wird Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention, verschiedene Krankheitskonzepte sowie Modelle des Gesundheitsverhaltens vermitteln und diese auf präventive ärztliche Handlungsfelder in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Lebenswelten anwenden.

7.1.7 Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen am Beispiel des Patientenforums

In den letzten Jahren hat die Diskussion zur Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen bzw. zur Transparenz im Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen. Die Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen wurde mit der Gesundheitsreform 2000 eingeleitet und findet nun mit dem § 140 f SGB V „Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten“ Eingang in das GKV-Modernisierungsgesetz, das seit dem 01.01.2004 in Kraft ist.

Das Sozialgesetzbuch V sieht vor, dass für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und Selbsthilfe maßgebliche Organisationen in Fragen, die die Versorgung betreffen, zu beteiligen sind. Ein Mitberatungsrecht besteht bisher bei der Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91, dem Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303 b, den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97 SGB V. Darüber hinaus hat die Bundesregierung eine Beauftragte für die Belange der Patienten bestellt (§ 140 h). Ihre Aufgabe ist es, darauf hinzuwirken, dass die Interessen von Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung sowie objektive Informationen durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden.

Unabhängig von den gesetzlichen Maßnahmen gibt es seit vielen Jahren bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationsstellen für Selbsthilfeorganisationen (KOSA) bzw. Patientenberatungsstellen. Das Leistungsspektrum reicht von der Bearbeitung von Patientenfragen, über die Durchführung von Informationsveranstaltungen, Unterstützung bestehender Kooperationsberatungsstellen, bis zum regelmäßigen Kontakt mit Selbsthilfeorganisationen und Dachverbänden der Selbsthilfe. Diese Arbeit trägt dazu bei, vertrauensvoll miteinander umzugehen, Vor-

urteile abzubauen und dem einzelnen Bürger in Gesundheitsfragen Hilfestellungen zu bieten.

Um der Umsetzung gemeinsamer gesundheitspolitischer Aufgaben, z. B. der Weiterentwicklung von Versorgungsstandards und Versorgungsformen, ein Stück näher zu kommen, bedarf es einer zusätzlichen Arbeitsebene.

Im Jahr 2001 wurde daher auf Initiative von Frau Dr. Auerswald, damalige Präsidentin der Ärztekammer Bremen, und basierend auf den langjährigen Erfahrungen der Patientenberatungsstelle der Ärztekammer Bremen das Patientenforum gegründet.

Dem Patientenforum gehören an:

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe für Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG Selbsthilfe),
- das FORUM chronisch kranker und behinderter Menschen im PARITÄTISCHEN,
- die deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.,
- die Bundesärztekammer und
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Die Einrichtung des Patientenforums verfolgt das Ziel, die Arbeit der beiden Institutionen (Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung) gegenüber Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen transparent zu machen; zugleich besteht die Möglichkeit, die Sichtweise der Patientenvertreter und Selbsthilfeorganisationen bei der Arbeit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in stärkerem Maße zu berücksichtigen.

Das Patientenforum versteht sich als Plattform für den Erfahrungsaustausch und die bessere Kooperation von Ärzten und Patienten. Zur Vertiefung und detaillierten Diskussion von Fachfragen werden jeweils zeitlich befristete Arbeitsgruppen einberufen, welche die Ergebnisse ihrer Gruppe als Empfehlung in ihre Dachorganisation einbringen.

Neben regelmäßigen gemeinsamen Sitzungen war das Patientenforum am Programm für Nationale Versorgungsleitlinien beteiligt. Dies betrifft sowohl die Beteiligung an der Erstellung von Leitlinien und Patienteninformationen als auch die Mitarbeit an der Entwicklung der methodischen Grundlagen. Nähere Einzelheiten hierzu sind im Kapitel 4.5 beschrieben.

Im Berichtszeitraum fand ein intensiver Austausch zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen und Projekten der am Patientenforum Beteiligten statt, der die Kompetenzen und den Meinungsbildungsprozess der Patientenvertreter einerseits und der KBV und BÄK andererseits durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Blickwinkel bereichern konnte.

Exemplarisch seien hier folgende thematische Schwerpunkte erwähnt:

- Telemedizin
- elektronische Gesundheitskarte
- GKV-WSG mit besonderer Schwerpunktsetzung auf:
 - Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden (§ 52)
 - Prinzip der Kostenbeteiligung in Abhängigkeit von der Bescheinigung therapiegerechtem Verhalten (§ 62)

Die Entwicklung der Arbeit des Patientenforums wird unter anderem davon bestimmt, dass sich das Verhältnis von Patient und Arzt in den vergangenen Jahren deutlich gewandelt hat. Es wird beeinflusst von der durch die Gesundheitsreformen betonten Eigenverantwortung des Versicherten in einem zunehmend durch Wettbewerb geprägten Gesundheitssystem. Dieser Weg bedarf der Stärkung und Unterstützung des Einzelnen und sollte von den Verantwortlichen im Gesundheitswesen besonders vor dem Hintergrund immer deutlich werdender Folgen von Budgets und schlechender Rationalisierung mit großer Aufmerksamkeit begleitet werden.

7.2 Sucht und Drogen

Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ hat sich am 19. September 2007 neu konstituiert. Den Vorsitz hat Prof. Dr. Frieder Hessenauer, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, übernommen. Als weitere Mitglieder gehören dem Ausschuss an:

- Dr. Christoph von Ascheraden, St. Blasien (Stv. Vorsitzender)
- Dr. Constanze Jacobowski, Berlin
- Prof. Dr. Götz Mundle, Hornberg

Im Jahr 2007 war die Ausschussarbeit von folgenden Schwerpunktthemen geprägt:

1. Substitution Opiatabhängiger,
2. Medikamentenabhängigkeit,
3. Tabakkontrolle und Raucherentwöhnung,
4. Früherkennung und ärztliche Kurzintervention bei Alkoholabhängigkeit,
5. Suchtkranke Ärzte und Burnout bei Ärzten,
6. Einsatz von Cannabisprodukten als Medikament.

7.2.1 Substitution Opiatabhängiger

In Deutschland leben nach Schätzungen ca. 150.000 Opiatabhängige. Laut Substitutionsregister werden etwa 65.000 von ihnen aktuell durch Ärzte substituiert. Während diese Zahl in den letzten Jahren stetig zugenommen hat, ist die Zahl aktiv substituierender Ärzte eher rückläufig, so dass sich die Zahl der pro Arzt substituierten Patienten erhöht (siehe Tabelle 1). Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ hat sich intensiv mit der Frage befasst, wie die Situation für substituierende Ärzte verbessert werden kann, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Die Überlegungen sind in eine Befragung der Landesärztekammern eingemündet, deren Ergebnisse Anfang 2008 vorliegen werden und in die weiteren politischen Diskussionen wie auch in eine Überarbeitung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger eingespeist werden können.

Die Befragung berücksichtigt auch das Anliegen des 110. Deutschen Ärztetages (Drucksache V-95), durch eine Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) die Qualitätssicherung der medizinischen Behandlung Opiatabhängiger allein den Selbstverwaltungsgremien der Ärzteschaft zu übertragen und dazu Vorschläge der Qualitätssicherungs- und Beratungskommissionen der Ärztekammern einzuholen.

Tabelle 1: Zahlen zur Substitution Opiatabhängiger

	2003	2004	2005	2006
Zahl der substituierten Opiatabhängigen	52.700	57.700	61.000	64.500
Zahl der Ärzte mit Fachkundenachweis	5.146	5.516	5.984	6.329
Zahl der substituierenden Ärzte	2.605	2.616	2.664	2.706
%-Satz der aktiv substituierenden Ärzte	50,6%	47,4%	44,5%	42,75%
Zahl der konsiliarisch substituierenden Ärzte	12,2%	11,9%	13,7%	16,1%
Verhältnis substituierte Patienten pro substituierendem Arzt	20,2 Pat./Arzt	22,05 Pat./Arzt	22,9 Pat./Arzt	23,8 Pat./Arzt

Basis: Daten des Substitutionsregisters – Angaben der Bundesregierung in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis90/Die Grünen „Verbesserung der Versorgungsqualität in der Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige“ – BT-Drs. 16/6508 – vom 8. Oktober 2007

Kontrollierte Heroinvergabe

Viele Opiatabhängige sind mit den bisherigen Substitutionsmitteln nur schwer erreichbar. In den vergangenen Jahren ist daher in Deutschland intensiv die Frage einer Originalstoff-Substitution Opiatabhängiger diskutiert worden. Die Ergebnisse der entsprechenden Zulassungsstudie für das Diacetylmorphin liegen seit Anfang 2006 vor. Die Bundesärztekammer hatte dazu bereits im September 2006 eine Stellungnahme verabschiedet, in der sie die Studienergebnisse grundsätzlich positiv bewertet und in der kontrollierten Heroinvergabe eine zusätzliche ärztliche Therapieoption für solche Opiatabhängige sieht, die bislang schlecht erreicht werden konnten oder andere Therapieversuche erfolglos durchliefen. Sie hat aber auch auf das Abstinenzgebot einer jeden Suchtmitteltherapie und die Erfordernis begleitender Qualitäts- und Outcome-Prüfungen hingewiesen.

Die am 19. September 2007 im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages durchgeführte Anhörung zu dem von den Oppositionsparteien eingebrachten „Gesetzentwurf zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und anderer Vorschriften“ (Drucksache 16/4696) gab der Bundesärztekammer Gelegenheit, ihre Position den Ausschussmitgliedern gegenüber darzulegen.

Inzwischen hat sich auch der Bundesrat für die Einbringung eines Gesetzentwurfs zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (Drucksache 434/07) entschieden, der inhaltlich dem der Oppositionsparteien des Bundesrates entspricht und auf dem Ergebnis einer von der Gesundheitsministerkonferenz eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Diamorphinbehandlung basiert.

Substitution Schwangerer

Eine Sonderproblematik der Substitution Opiatabhängiger stellt die Substitution Schwangerer dar. In Deutschland leben ca. 20.000 drogenabhängige Mütter. Ca. 40.000 bis 60.000 Kinder wachsen in Haushalten auf, in denen Eltern Drogen konsumieren oder substituiert werden. Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. hatte im Januar 2007 eine Expertentagung zu dem Thema veranstaltet und dazu auch die Bundesärztekammer eingeladen. Die Tagung ergab, dass für die fetale Entwicklung weniger der Opiatgebrauch (Heroin oder Methadon) selber, sondern vor allem der Beigebrauch von Kokain und Alkohol schädlich ist. Bei der Dosierung des Substitutionsstoffes ist v. a. eine Unterdosierung zu vermeiden, die zu Spontanaborten führen kann. Die Bundesärztekammer wird sich bei einer Überarbeitung ihrer Richtlinien dieses Unteraspektes der substituionsgestützten Behandlung annehmen.

7.2.2 Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ der Bundesärztekammer

Der Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ wurde im Frühjahr 2007 in Druck gegeben und am 3. April auf einer gemeinsamen Pressekonferenz mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft der Öffentlichkeit vorgestellt. Neben der Möglichkeit des Erwerbs im freien Verkauf, soll der Leitfaden systematisch in den Kursen für die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ eingesetzt werden. Seine Veröffentlichung stieß in ärztlichen Fachkreisen auf äußerst positive Resonanz, und die Bundesdrogenbeauftragte zeigte in einem gemeinsamen Gespräch mit Mitgliedern des Ausschusses „Sucht und Drogen“ großes Interesse an einer wissenschaftlichen Evaluation des Leitfadens.

7.2.3 Tabakkontrolle und Raucherentwöhnung

Gesetze zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens auf Bundes- und Länderebene

Im Juli haben Bundestag und Bundesrat ein Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens verabschiedet, das seit 1. September 2007 Gesetzeskraft besitzt. Damit gelten in Deutschland Rauchverbote für öffentliche Einrichtungen des Bundes und für öffentliche Verkehrsmittel. Die Einrichtung von Raucherräumen ist unter bestimmten Auflagen weiterhin möglich. Zudem wurde mit dem Gesetz das Abgabalter für Tabakwaren von 16 auf 18 Jahre heraufgesetzt.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens hat die Bundesärztekammer eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf abgegeben und am 9. Mai an der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages teilgenommen. Basierend auf den entsprechenden Beschlüssen der Deutschen Ärztetage hat sich die Bundesärztekammer für eine umfassende Regelung zum Schutz von Angestellten vor den Gefahren des Passivrauchens über die Arbeitsstättenverordnung ausgesprochen. Ausnahmeregelungen lehnt sie sowohl für öffentliche Einrichtungen als auch für den Gastronomiebereich ab.

Raucherentwöhnung in ärztlicher Praxis

Die Bundesärztekammer spricht sich nicht nur für gesetzgeberische Maßnahmen für einen wirksamen Schutz der Bevölkerung vor den Gefahren des Passivrauchens aus, sondern setzt sich auch dafür ein, dass nikotinabhängigen Rauchern ein flächendeckendes Netz qualifizierter Entwöhnungshilfen angeboten wird. Der Arzt ist hierfür der geeignete Ansprechpartner, weshalb die Bundesärztekammer derzeit ein Muster-Curriculum erstellt, mit dessen Hilfe sich interessierte Ärzte für die Tabakentwöhnung qualifizieren können. Das Curriculum umfasst insgesamt 20 Stunden, von denen acht Stunden als Online-Kurs angelegt sind, während zwölf Stunden in Präsenzveranstaltungen durchgeführt werden. In den insgesamt sechs Modulen werden Maßnahmen der Tabakkontrolle, die Diagnostik und Behandlung einer Tabakabhängigkeit, das Arzt-Patienten-Gespräch zum Thema Rauchen, die Patientenmotivation und -begleitung sowie die Implementierung der Raucherentwöhnung am ärztlichen Arbeitsplatz thematisiert. Das Curriculum wird ab Anfang 2008 den Landesärztekammern zur Qualifikation ihrer Ärzte zur Verfügung gestellt, ein Pilotkurs wird die Ärztekammer Nordrhein im Frühjahr 2008 durchführen.

In dem entsprechenden Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 15. April 2005 wurde eine Koppelung der Qualifikation mit einer Vergütung für durchgeführte Raucherentwöhnungen gefordert. Dazu sind im zurückliegenden Jahr verschiedene Gespräche mit der KBV geführt worden. Angestrebt wurde die Erstellung eines Mustervertrages durch die Vertragswerkstatt der KBV auf der Grundlage des § 73c SGB V „Förderung der vertragsärztlichen Versorgung“, der den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Durchführung entsprechender Maßnahmen angeboten werden könnte.

Das von der EU geförderte PESCE-Projekt hat sich zur Aufgabe gestellt, den Stand der Raucherentwöhnung in der ärztlichen Praxis in den europäischen Partnerländern zu erheben und daraus allgemeine Empfehlungen abzuleiten. Die Bundesärztekammer nimmt als sogenannter „Collaborating Partner“ an dem Projekt teil. Auf der Projektkonferenz vom 10. bis 11. Dezember 2007 in Warschau wurde ein Bündel entsprechender Empfehlungen entwickelt, die auf einer Abschlusskonferenz in Barcelona im März 2008 verabschiedet werden sollen.

Die Bundesärztekammer ist zudem Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes „Rauchfreie Krankenhäuser“. Im Rahmen dieses Projektes wurde im vergangenen Jahr zusammen mit dem Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) ein Wettbewerb „Gesunde Pause“ durchgeführt. Dieser richtete sich an Krankenhäuser, die kreative Ideen entwickelt haben, um gesunden Ersatz für die Raucherpausen des Personals zu schaffen.

7.2.4 Früherkennung und Kurzintervention bei Alkoholabhängigkeit

Die Bundesärztekammer hat sich aktiv in die Vorbereitung und Durchführung der von der Bundesdrogenbeauftragten zusammen mit der BZgA und der DHS organisierten Suchtwoche eingebracht, die vom 14. bis 18. Juni 2007 veranstaltet wurde und unter dem Motto „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“ stand.

Dazu hat sie Empfehlungen für die Ansprache eines riskanten Alkoholkonsums in der Arztpraxis und die anschließende ärztliche Beratung entwickelt. Darüber hinaus ist weiterhin der gemeinsam mit der BZgA erstellte ärztliche Leitfaden zur „Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen“ verfügbar.

7.2.5 Hilfen für suchtkranke Ärzte

Auf Grundlage der von einer Arbeitsgruppe der Geschäftsführer der Landesärztekammern gemeinsam mit der Bundesärztekammer erstellten Interventionsempfehlungen zum Umgang mit suchtkranken Ärzten haben inzwischen mehrere Landesärztekammern Interventionsprogramme implementiert bzw. weiterentwickelt. Leider entstehen in der praktischen Umsetzung immer wieder Probleme. Vor allem aus dem niedergelassenen Bereich liegen Berichte vor, dass bei Suchterkrankungen Kassenärztliche Vereinigungen selbst bei eingeleiteten und erfolgreich verlaufenen Therapiemaßnahmen den Kassenarztsitz entziehen. Zu diesem Thema plant der Ausschuss „Sucht und Drogen“, Gespräche mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Lösung des Problems zu führen.

7.2.6 Einsatz von Cannabisprodukten als Medikament

Im zurückliegenden Jahr wurde die Bundesärztekammer wiederholt zu den therapeutischen Möglichkeiten eines Einsatzes von Cannabisprodukten angefragt. Hintergrund ist, dass das Bundesverfassungsgericht im Januar 2000 entschieden hatte, dass austherapierte Patienten, die sich von der Einnahme von Cannabisprodukten eine Linderung ihrer Krankheitssymptome erwarten, auf Grundlage des § 3 (2) BtMG und unter Berücksichtigung von Art. 2 Abs. 2 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit) beim BfArM (Bundesopiumstelle) eine einzelfallbasierte Ausnahmeregelung zur medizinischen Anwendung entsprechender Produkte beantragen können. Das Bundesverwaltungsgericht (BVG) hatte sich im Mai 2005 dieser Rechtsauffassung des Bundesverfassungsgerichtes angeschlossen. Erstmals wurde im August 2007 einer MS-Patientin eine entsprechende Erlaubnis durch die Bundesopiumstelle erteilt, mit der Auflage, dass die Anwendung ärztlich begleitet und der mögliche Nutzen gegenüber möglichen gesundheitlichen Nachteilen beobachtet wird.

Inzwischen liegt zudem ein Gesetzesantrag der Bundestagsfraktion von Bündnis90/Die Grünen vor, der darauf abzielt, dass Patienten, die bei festgelegten Indikationen aufgrund einer ärztlichen Empfehlung Cannabis verwenden, von betäubungsmittelrechtlichen Strafverfahren ausgeschlossen werden sollen.