

# 7. Gesundheitsförderung, Prävention und Umweltmedizin

## 7.1 Prävention

Im Wahljahr 2009 gab es im Bereich der Prävention auf Bundesebene kaum noch gesetzgeberische Aktivitäten. So kam es auch zu keinem weiteren Anlauf für ein Präventionsgesetz, nachdem zwei vorherige Versuche des Bundesministeriums für Gesundheit gescheitert waren. Auch der Koalitionsvertrag der im Herbst des Jahres neu konstituierten Bundesregierung sieht ein solches Vorhaben für die neue Legislaturperiode nicht mehr vor.

Wenngleich eine Neukonzeption der Präventionsstrukturen auf der politischen Ebene derzeit keine wichtige Rolle mehr zu spielen scheint, bleibt das Thema für die Ärzteschaft weiterhin von Bedeutung. Die Bundesärztekammer wird daher in ihren Bemühungen, Ärzte in der Prävention zu stärken, nicht nachlassen und plant für 2010 die 3. Ärztliche Präventionstagung.

### 7.1.1 Erkennung von Kindesvernachlässigungen und -misshandlungen

Bis Ende 2009 sind in fast allen Bundesländern gesetzliche Regelungen getroffen worden, durch die Kindesvernachlässigungen und -misshandlungen frühzeitig entdeckt bzw. verhindert werden sollen. Kernelemente sind in der Regel ein Einladungswesen zu den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen nach SGB V und Meldungen über ihre Teilnahme an eine zentrale Stelle.

Auf Bundesebene wurde inzwischen die Vorsorgelücke vom zweiten bis vierten Lebensjahr durch eine ergänzende Kinderuntersuchung U7a zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat geschlossen. Hingegen kam das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegte Bundeskinderschutzgesetz in der letzten Legislaturperiode nicht mehr zur Verabschiedung. Mit diesem sollte auch für Ärzte Rechtssicherheit hinsichtlich der Einschaltung Dritter bei Verdachtsfällen auf eine Gefährdung des Kindeswohls geschaffen werden.

Die Bundesärztekammer hat auch im zurückliegenden Jahr im Fachbeirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen mitgearbeitet, das 2007 im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingerichtet wurde und gemeinsam von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) betrieben wird. Ziel des Zentrums ist es, Kinder durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe früher und besser vor Gefährdungen zu schützen und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote bereitzustellen.

### **7.1.2 Das Projekt „gesundheitsziele.de“**

Die Bundesärztekammer arbeitet seit Beginn des Projektes „gesundheitsziele.de“ im Jahr 2000 in dessen Steuerungskreis und Ausschuss sowie in den verschiedenen thematischen Arbeitsgruppen mit. Ein Schwerpunktthema des Projektes ist die Reduzierung des Tabakkonsums. Die bisherigen Erfolge auf diesem Gebiet wurden in diesem Jahr von der Arbeitsgruppe „Evaluation“ gesichtet und bewertet. Die Ergebnisse werden demnächst in einem Themenheft des Bundesgesundheitsblattes erscheinen. Die Bundesärztekammer ist darin mit einem Beitrag „Ärztliche Beratung und Behandlung von Rauchern“ vertreten, in dem die Vorteile und der Nutzen einer Raucherberatung und -entwöhnung in ärztlicher Praxis aufgezeigt werden.

Die Bundesärztekammer wird das Projekt „gesundheitsziele.de“ auch über 2009 hinaus inhaltlich und strukturell unterstützen.

### **7.1.3 Umsetzung des Curriculums Gesundheitsförderung/Prävention in den Landesärztekammern**

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte im Jahr 2008 eine strukturierte curriculäre Fortbildung „Gesundheitsförderung und Prävention“ im Umfang von 24 Stunden verabschiedet, die zum Erwerb einer ankündigungsfähigen Qualifikation führt und inzwischen in den Landesärztekammern implementiert wird. Als erste hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe das Curriculum im Februar und April 2009 mit großem Erfolg in ihrem Kammerbereich angeboten und durchgeführt.

### **7.1.4 Bewegungsförderung durch den Arzt**

Bewegungsarmut begünstigt die Entstehung einer Vielzahl von Erkrankungen. Umgekehrt ist Bewegung als vielfältiges Therapeutikum einsetzbar. Die Bundesärztekammer hat daher im zurückliegenden Jahr eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) und dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) eingerichtet, um Maßnahmen und Strukturen zu entwickeln, die Ärzten eine bewegungsbezogene Beratung ihrer Patienten erleichtern. Dazu wurde eine Befragung der Medizinischen Fakultäten zu bewegungsrelevanten Ausbildungsinhalten im Medizinstudium durchgeführt, deren Ergebnisse im nächsten Jahr vorgelegt werden können. Zudem wurden die bislang vorliegenden Modelle für ein „Rezept für Bewegung“ gesichtet und die Weiterverbreitung und -entwicklung dieses Ansatzes in Angriff genommen.

### 7.1.5 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 fand mit dem § 140f 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 § 303b, den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97 SGB V.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung einen Beauftragten für die Belange der Patienten bestellt (§ 140h). Seine Aufgabe ist es, darauf hinzuwirken, dass die Interessen von Patienten, besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung, auf 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 und die Unterstützung bestehender Kooperationsberatungsstellen bis zum regelmäßigen Kontakt mit Selbsthilfeorganisationen und Dachverbänden der Selbsthilfe. Diese Arbeit trägt dazu bei, vertrauensvoll miteinander umzugehen, Vorurteile 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 Dr. Ursula 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.,
- das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ),
- die Bundesärztekammer und
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Der Vorsitz obliegt Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.

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 in den Kapiteln 4.5.3 ff., S. 219 ff., 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer andererseits durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Blickwinkel bereichern konnte.

Exemplarisch seien hier folgende thematische Schwerpunkte erwähnt:

- Bewertung der Kodizes von Organisationen der Pharmaindustrie (FSA – Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V., AKG – Arzneimittel und Kooperationen im Gesundheitswesen e. V.) zur Zusammenarbeit mit Ärzten und der Selbsthilfe
- Optionen zur Versorgungsverbesserung durch Ergänzungsverträge
- Qualitätssicherung von Arztbewertungsportalen
- Studienergebnisse zum Mammografie-Screening
- Stand der Umsetzung der EU-Ratsempfehlung zur Sicherheit der Patienten
- Bewertung der Arbeit der Unabhängigen Patientenberatung (UPD)
- Fortlaufende Präsentation der Ergebnisse der Versichertenbefragung der KBV.

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 von der durch die Gesundheitsreformen betonten Eigenverantwortung des Versicherten in einem zunehmend durch Wettbewerb geprägten Gesundheitssystem beeinflusst. Dieser Weg bedarf der Stärkung und Unterstützung des Einzelnen und sollte von den Verantwortlichen im Gesundheitswesen, besonders vor dem Hintergrund immer deutlicher werdender Folgen von Budgets und schleichender Rationierung, mit großer Aufmerksamkeit begleitet werden.

## 7.2 Sucht und Drogen

Im Zentrum der Arbeit des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer unter Vorsitz von Prof. Dr. Frieder Hessenauer stand 2009 die Überarbeitung der „Richtlinien zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger“. Daneben dominierten die Verbesserung der Therapiemöglichkeiten für suchtkranke Ärzte, die Themen „Alkoholkonsum“, „Medikamentenabhängigkeit“, „Doping“ und „Glücksspielsucht“ die Arbeit des Ausschusses, zudem wurde die ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“ weiterentwickelt.

### 7.2.1 Substitution Opiatabhängiger

Die Bundesärztekammer hatte am 22.03.2002 erstmalig „Richtlinien zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger“ verabschiedet.

Aufgrund veränderter medizinischer Erkenntnisse, Veränderungen in der Versorgungssituation Opiatabhängiger sowie gesetzlicher Rahmenbedingungen für die substitions-gestützte Behandlung und von Ärztetagsbeschlüssen zum Thema hat die Bundesärztekammer mit einer Novellierung der erstmals am 22.03.2002 vorgelegten Richtlinien begonnen.

Dazu wurden zunächst die Landesärztekammern sowie in der Substitution tätige Fachverbände aufgefordert, konkrete Änderungsvorschläge zu den gültigen Richtlinien einzureichen. Auf der Grundlage der eingegangenen Rückmeldungen wurde vom Ausschuss „Sucht und Drogen“ ein Arbeitsentwurf für eine novellierte Richtlinienfassung erstellt, der zur Grundlage für die Arbeit der vom Vorstand der Bundesärztekammer am 17. Mai 2009 eingesetzten Expertenkommission wurde. Diese hat in drei Sitzungen zwischen dem 12. August und 11. November 2009 einen überarbeiteten Entwurf erstellt, der nach Diskussion in den Landesärztekammern und Abstimmung mit der gemeinsamen Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung Anfang 2010 dem Vorstand der BÄK zur Verabschiedung vorgelegt werden soll.

Die Diskussionen in der Expertenkommission zeigten, dass das bislang in den Richtlinien als oberstes Ziel der Substitution formulierte Abstinenzgebot in der Praxis nur selten zu erreichen ist. Die Kommission kam zu dem Ergebnis, dass es sich bei der Opiatabhängigkeit primär um eine chronische Erkrankung handelt, die oftmals eine lebenslange Behandlung erfordert, weshalb sich diese vor allem an einer Senkung des Beigebrauchs anderer psychotrop wirksamer Substanzen und einer Stabilisierung der körperlichen und psychischen Gesundheit orientieren müsse. Diese Einschätzung wird auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geteilt, die im Frühjahr 2009 „Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence“ publizierte.

Das hat auch zur Folge, dass von Opiatabhängigen in der Regel keine völlige Beigebrauchsfreiheit erwartet werden kann, der Konsum psychotroper Substanzen aber genau beobachtet werden muss, um entsprechende Anpassungen des Behandlungsgregimes vornehmen zu können. In der Regel lässt sich unter Substitution ein gefährlicher Beigebrauch anderer Substanzen und somit auch das Mortalitätsrisiko deutlich senken.

Zudem hat das im Juli 2009 vom Bundestag verabschiedete „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ zu einer veränderten Perspektive auf realisierbare Ziele der Behandlung geführt, da dieses den Einsatz von Diamorphin in der Substitution schwerst Opiatabhängiger ermöglicht, die bislang nicht anders wirksam behandelt werden konnten.

Die Kommission hat sich darüber hinaus mit dem Problem der Mitgabe von Substitutionsmitteln durch behandelnde Ärzte befasst, die in der Vergangenheit zu regionalen Aktivitäten von Strafverfolgungsbehörden geführt hat. Neben rechtswidrigen Mitgaben zeigt sich aber auch, dass eine rigide Anwendung des Apotheken-Dispensierrechtes gerade in ländlichen Regionen zu Problemen in der Sicherstellung der Behandlungskontinuität führen kann. Eine Nachfrage des Dezernats 1 der Bundesärztekammer bei der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) ergab, dass diese über keine Informationen verfügt, ob eine flächendeckende Versorgung mit Substitutionsmitteln auch an Wochenenden und Feiertagen über die Apotheken sichergestellt werden kann.

Darüber hinaus hat die Expertenkommission in ihrem Novellierungsentwurf alle im bisherigen Entwurf enthaltenen Fristen gestrichen, für die es keine wissenschaftliche Grundlage gibt, und an ihrer Stelle Kriterien zur Bewertung des Therapieverlaufs durch den behandelnden Arzt formuliert.

Entsprechend der Ärztetagsbeschlüsse zur Qualitätssicherung in der Substitution (110. Deutscher Ärztetag 2007, Drucksache V-95, und 112. Deutscher Ärztetag 2009, Drucksache VIII-119) hat sich die Expertenkommission zudem für eine verbindliche Einrichtung von Beratungskommissionen bei den Landesärztekammern ausgesprochen. Diese sollen sich neben der Beratung substituierender Ärzte insbesondere der Qualitätssicherung bei Substitutionen auf Privatrezept sowie der Zweitbegutachtung von Diamorphin-Patienten nach der gesetzlich vorgeschriebenen Zweijahresfrist annehmen.

Des Weiteren hat die Kommission Umsetzungsregelungen für eine Substitution mit Diamorphin in die Richtlinien integriert. Diese waren durch das am 20. Juli 2009 verabschiedete Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung erforderlich geworden.

Das Gesetz ermöglicht zukünftig eine parenterale Verabreichung von Diacetylmorphin bei Opiatabhängigen, die mindestens 23 Jahre alt und seit mindestens fünf Jahren abhängigkeiterkrankt sind, schwere Begleiterkrankungen aufweisen und zuvor bereits zweimal erfolglos bezüglich ihrer Opiatabhängigkeit behandelt wurden, davon mindestens einmal über sechs Monate mit Methadon einschließlich einer begleitenden psychosozialen Betreuung. Die Substitution mit Diamorphin darf nur in solchen Einrichtungen erfolgen, für die eine Erlaubnis durch die zuständige Landesbehörde erteilt wurde.

Behandelnde Ärzte müssen über eine entsprechende suchtmmedizinische Qualifikation verfügen oder mindestens sechs Monate lang in einem der bestehenden Modellprojekte tätig gewesen sein. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat daher auf Vorschlag des Ausschusses „Sucht und Drogen“ und des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung ein sechsstündiges Qualifizierungsmodul zur Substitution mit Diamorphin verabschiedet, das im Rahmen der bestehenden Zusatz-Weiterbildung „Suchtmmedizinische Grundversorgung“ bzw. für Ärzte mit bereits absolvierter Qualifikation Suchtmmedizin ergänzend angeboten werden kann.

### 7.2.2 Cannabinoide

Nachdem in als Raumduft angebotenen Kräutermischungen synthetische Cannabinoide entdeckt worden waren, wurden diese vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zunächst per Eilverordnung und inzwischen über die 24. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (24. BtMÄndV) dauerhaft der Anlage 1 des Betäubungsmittelgesetzes unterstellt. Professor Hessenauer hat in einer Pressemitteilung diesen Schritt begrüßt, gleichzeitig aber auch darauf hingewiesen, dass sich die dem illegalen Drogenkonsum zugrunde liegenden sozialen Probleme nicht mit Verboten beseitigen ließen.

### 7.2.3 Alkoholkonsum

Die Bundesärztekammer hat auch die in diesem Jahr wieder von der Bundesdrogenbeauftragten, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vom 13. bis 21. Juni 2009 durchgeführte Aktionswoche zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol unterstützt und durch eine Pressemitteilung begleitet, in der sie sich für ein Verbot von Alkoholwerbung sowie für Maßnahmen gegen das Komatrinken aussprach.

### 7.2.4 Medikamentenabhängigkeit

Die Bundesärztekammer hat das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin (IES) der Universität Greifswald beauftragt, mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) den Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ zu evaluieren. Dazu wurden die Teilnehmer der Kurse zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ mit dem Leitfaden versorgt. Eine zweite Untersuchungsgruppe stellt eine bundesweite Zufallsstichprobe aus niedergelassenen Hausärzten dar, denen der Leitfaden postalisch zugestellt wurde. Als Kontrollgruppe dient eine Zufallsstichprobe aus Hausärzten ohne Leitfaden. Erste Zwischenergebnisse der insgesamt auf 18 Monate angelegten Studie zeigen, dass sich 73,4 Prozent der Teilnehmer an den Kursen „Suchtmedizinische Grundversorgung“ auch außerhalb des Kurses mit dem Leitfaden beschäftigen, zudem besitzt der Leitfaden nach Auskunft von zwei Dritteln der Kursteilnehmer hohe Relevanz für ihren Arbeitsalltag, und 93,6 Prozent haben den Leitfaden an Kollegen weiterempfohlen. Über ein Viertel (26,2 Prozent) der befragten Ärzte meldete darüber hinaus zurück, ihr Verschreibungsverhalten nach Lektüre des Leitfadens geändert zu haben.

Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ hat sich im zurückliegenden Jahr auch mit der Privatrezeptierung psychotrop wirksamer Medikamente befasst. Hintergrund war, dass in verschiedenen Publikationen (siehe z. B. SPIEGEL 17/2009, Jahrbuch SUCHT 2009 und 2007) wiederholt die Behauptung aufgestellt worden war, dass der in der GKV zu beobachtende Rückgang an Benzodiazepin-Verschreibungen vor allem der Tatsache geschuldet sei, dass Ärzte für diese Verschreibungen auf Privatrezepte auswichen.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass es in den letzten zehn Jahren zu einem massiven Rückgang der Benzodiazepin-Verschreibungen gekommen ist. Dieser ist jedoch weitgehend durch einen Anstieg bei der Verschreibung sogenannter Z-Substanzen (Benzodiazepin-Analoga) kompensiert worden. Letztere wurden allerdings mit der Fehlinformation in den Markt eingeführt, dass sie kein Suchtpotenzial besäßen, was der Leitfaden der Bundesärztekammer „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ deutlich korrigiert hat. Zudem gibt der Ausschuss zu bedenken, dass Verschreibungen auf Privatrezept für den Patienten möglicherweise kostengünstiger als die Mindestzahlungen in der GKV ausfallen können, auch wird eine Privatrezeptierung mitunter von Patienten selber gewünscht.

### 7.2.5 Kontrolle und Behandlung des Tabakkonsums

Die Bundesärztekammer arbeitet seit vielen Jahren im Aktionsbündnis Nichtraucher, einem Zusammenschluss ärztlicher und gesundheitsbezogener Fachverbände, mit. Das Bündnis hat zur 17. Legislaturperiode 2009 bis 2013 ein gemeinsam erarbeitetes Positionspapier mit zehn Forderungen zur Tabakprävention vorgelegt, die auf eine Verbesserung des Nichtraucherschutzes in allen öffentlich zugänglichen Innenräumen, ein umfassendes Verbot von Tabakwerbung und Sponsoring, eine wirksame und kontinuierliche Erhöhung der Tabaksteuern, die Einführung bildlicher Warnhinweise, eine Einschränkung der Verkaufsmöglichkeiten, den Ausbau von Beratungs- und Therapieangeboten, eine Eindämmung der Einflussnahmen der Tabakindustrie auf Politik und Gesellschaft, eine Verbesserung der Produktkontrolle, eine wirksame Bekämpfung des Zigaretenschmuggels und eine Erhöhung öffentlicher Mittel zur Tabakprävention abzielen.

### 7.2.6 Ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“

Die vom Vorstand der Bundesärztekammer am 24. Oktober 2008 verabschiedete ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“ ist inzwischen gut etabliert und wird in den Ärztekammern Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein und Westfalen-Lippe als 20-stündiges Blended-Learning-Curriculum mit großem Erfolg angeboten. In Schleswig-Holstein und Thüringen soll sie 2010 erstmalig durchgeführt werden. Zur Unterstützung der Landesärztekammern hat das Dezernat 1 der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Nordrhein am 9. Juli 2009 eine Schulung für Kursleiter sowie für Techniker zur Umsetzung des Curriculums durchgeführt, die auf große Resonanz stieß.

Gegenwärtige Aktivitäten beziehen sich darauf, die Qualifikation durch Schaffung eines entsprechenden Zusatzmoduls auch auf die Durchführung von Gruppenprogrammen zu erweitern, die eine Abrechnungsmöglichkeit über die GKV auf Grundlage des § 20 SGB V und ggf. auch im Rahmen von Disease-Management-Programmen ermöglichen würde.

### 7.2.7 Vergütung der Raucherentwöhnung durch den Arzt

Die Bundesärztekammer hat sich wiederholt für eine Anerkennung der diagnostizierten Tabakabhängigkeit als behandlungswürdige Erkrankung ausgesprochen (Stellungnahme der BÄK zum Entwurf des Drogen- und Suchtrates für ein Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention, s. auch Tätigkeitsbericht 2008). Sie fordert darüber hinaus, dass entsprechende ärztliche Behandlungsleistungen im ambulanten wie im stationären Bereich vergütet werden (s. 108. Deutscher Ärztetag 2005, Drucksache VIII-07).

Inzwischen hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit Entscheidung vom 15. Oktober 2009 der Integration einer strukturierten Raucherentwöhnung in das DMP für chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen zugestimmt. Diese können ggf. durch geeignete medikamentöse Maßnahmen unterstützt werden.

Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer die Erstellung eines Antrages relevanter Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Zahn- und Kieferchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie und Deutsches Netz Raucherfreier Krankenhäuser) zur Einführung eines Prozedurencodes „Strukturierte Motivationsberatung zur Tabakentwöhnung“ im stationären Bereich sowie in den Gremien des DIMDI/InEK unterstützt. Dieser sieht eine systematische Erfassung des Tabakkonsums, eine Beratung des Rauchers sowie die Einleitung der stationären Behandlung und fachgerechte Überleitung in ein qualifiziertes ambulantes Behandlungssetting vor. Die erste Antragsversion wurde allerdings inzwischen vom InEK aus Kostengründen abgelehnt, die Einreichung eines modifizierten Antrages ist für 2010 angedacht.

In einem Schreiben an das Bundesversicherungsamt hat sich der Ausschuss „Sucht und Drogen“ für eine Berücksichtigung der Tabakabhängigkeit gemäß ICD-10 im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ausgesprochen. In seiner Antwort hat das Amt angeführt, dass der Morbi-RSA die Folgeerkrankungen der Tabakabhängigkeit bereits berücksichtige, eine Neubewertung der ICD-F17-Kategorie sei im Rahmen zukünftiger Überarbeitungen der Kodierrichtlinien durchaus denkbar.

### 7.2.8 Doping

Das Bundesministerium des Innern (BMI) hatte die Bundesärztekammer am 22.10.2009 zu einem Gespräch zu Aktivitäten der Ärzteschaft gegen das Doping eingeladen. Der Termin wurde durch Prof. Dr. Frieder Hessenauer gemeinsam mit PD Dr. habil. Dr. jur. Heiko Striegel von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) wahrgenommen.

Das BMI wünscht sich eine Begleitung des Themas „Doping im Spitzen- und Breitensport“ durch die Ärzteschaft z. B. durch eine stärkere Berücksichtigung des Themas innerhalb der Zusatz-Weiterbildung „Sportmedizin“, in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung wie auch in der Berufsordnung für Ärzte. Darüber hinaus schlugen die Vertreter des BMI die Schaffung eines Fortbildungs-Curriculums und eines ärztlichen Leitfadens zum Thema vor.

Die Bundesärztekammer hat gegenüber dem BMI auf die von der „Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)“ erstellte und am 20.02.2009 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Stellungnahme „Doping und ärztliche Ethik“ sowie auf eine entsprechende Entschließung des 112. Deutschen Ärztetags 2009 (Drucksache VIII-33) hingewiesen. In dieser verurteilt der Deutsche Ärztetag jegliches Doping zur Erzielung von Wettbewerbsvorteilen bei sportlichen Wettkämpfen sowie im Freizeit- und Breitensport. Es sei zudem mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar, Risiken und schwere Schäden für die Gesundheit von Sportlern bis hin zur Todesfolge durch Doping in Kauf zu nehmen. Ärzte, die sich aktiv an Dopingpraktiken beteiligen, sollen im Rahmen des Arzneimittelgesetzes belangt und in schweren Fällen sollen gegen sie berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden. Ärzte sollen Patienten, bei denen sie Anzeichen für eine Einnahme von Dopingmitteln wahrnehmen bzw. von deren Dopingpraxis Kenntnis erhalten, über die damit verbundenen medizinischen Risiken aufklären. Leistungssportler sollen darüber hinaus über den daraus resultierenden Verstoß gegen geltende Anti-Doping-Regularien hingewiesen werden. Verbandsärzte sollen ihre Tätigkeit nur in solchen Sportverbänden ausüben, die den Einsatz von Dopingmitteln aktiv bekämpfen. Erfährt der Verbandsarzt von der Nutzung von Dopingmitteln durch Sportler des von ihm betreuten Sportverbandes, ohne dass diese Praxis durch den Verband aktiv bekämpft wird, soll er seine Tätigkeit für diesen Verband umgehend aufgeben, um sich nicht dem Verdacht einer Mitwirkung an oder Billigung von Dopingdelikten auszusetzen. Zudem sollen Sportverbände, Sponsoren und öffentliche Förderer Sportmedizinern eine unabhängige ärztliche Berufsausübung gewährleisten.

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg wird im Jahre 2010 ihr jährliches Suchtsymposium dem Thema Doping widmen. Dieses soll einer Problemanalyse dienen, auf deren Grundlage mögliche weitergehende innerärztliche Maßnahmen diskutiert werden können.

### 7.2.9 Glücksspielsucht

Aufgrund einer von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN initiierten Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages war die Bundesärztekammer zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Thema Glücksspielsucht aufgefordert worden. In dieser hat sie darauf hingewiesen, dass nach vorliegenden Repräsentativerhebungen 0,2 bis 0,5 Prozent der erwachsenen Bevölkerung als pathologische Spieler eingestuft werden müssen, während 0,3 bis 0,6 Prozent ein problematisches Spielverhalten aufweisen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) schätzt die Gesamtzahl der Betroffenen in Deutschland auf über 220.000 (DHS 2009). Laut ICD-10 gilt das pathologische Spielen nicht als Suchterkrankung, sondern als Störung der Impulskontrolle im Rahmen einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10, F 63.0).

Nach bisher vorliegenden Daten wird pathologisches Glücksspiel nur selten als ein Behandlungsanliegen in der niedergelassenen Arztpraxis vorgestellt. Allerdings besteht eine hohe Komorbidität mit anderen Abhängigkeitserkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen sowie mit psychosomatischen Beschwerdebildern, wofür Ärzte sensibilisiert sein sollten.

Grundsätzlich sieht die Bundesärztekammer einen erhöhten Forschungsbedarf zu stoffungebundenen suchtähnlichen Verhaltensweisen, wozu neben dem Glücksspiel auch die Internet-/Online- oder Handy-Sucht gehören. Präventionsstrategien sollten sowohl mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung pathologischen Glücksspiels als auch eine frühe Ansprache Betroffener sowie ihres sozialen Umfeldes einbeziehen. Darüber hinaus bedarf es nach Einschätzung der Bundesärztekammer gesellschaftlicher Maßnahmen zur Einengung der Möglichkeiten, entsprechende Verhaltensweisen zu entwickeln, wie z. B. strengere Regelungen für Spielgeräte mit Gewinnmöglichkeiten als auch für gewinnorientierte Spielmöglichkeiten in den neuen Medien.

### 7.2.10 Suchtkranke Ärzte

Die Bundesärztekammer hat Anfang 2009 die Landesärztekammern zu bestehenden Interventionsprogrammen für suchtkranke Ärzte befragt. Die Ergebnisse aus 16 Landesärztekammern zeigen, dass inzwischen neun Kammern über ein strukturiertes Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte verfügen, zwei weitere Kammern derzeit ein solches Programm entwickeln, während fünf Kammern zurückmeldeten, bislang über ein entsprechendes Programm nicht zu verfügen.

Dabei hat sich im Programm der Landesärztekammer Baden-Württemberg bewährt, dass Verdachtsmeldungen über eine Suchterkrankung eines Kammermitglieds zunächst an die zuständige Approbationsbehörde gehen, die einen Gutachter hinzuzieht. Bei festgestellten Zweifeln an der Eignung des angezeigten Arztes erhält dieser die Auflage, diese fristgerecht auszuräumen. In diesem Kontext wird er auch auf das Interventionsprogramm der Landesärztekammer hingewiesen, deren Tätigkeit sich dadurch allein auf die medizinisch-therapeutische Begleitung des Falles beschränkt, wodurch Prozessandrohungen durch betroffene Ärzte weitgehend entfallen.

Auf Grundlage der Entschließung „Suchtkranke Ärzte therapieren statt sanktionieren“ des 111. Deutschen Ärztetages 2008 (Drucksache VI-11) hat der Ausschuss „Sucht und Drogen“ gemeinsam mit der Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassennärztl. Bundesvereinigung einen Vorschlag zur Änderung des § 21 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erstellt. Dieser sieht vor, dass suchtkranken Ärzten, die sich in einem strukturierten Interventionsprogramm ihrer Ärztekammer befinden oder ein solches erfolgreich durchlaufen haben, zukünftig nicht mehr automatisch ihre Kassenzulassung entzogen werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sich in einem Schreiben an die Bundesärztekammer bereits offen für eine entsprechende Änderung der Zulassungsverordnung gezeigt, deren konkrete Umsetzung in den anstehenden Verhandlungen der Rechtsabteilung mit dem BMG noch beraten werden wird.

Der 111. Deutsche Ärztetag hatte sich für eine Anerkennung von Suchterkrankungen im Rahmen der privaten Krankenversicherung (PKV) sowie eine entsprechende Übernahme der Therapiekosten ausgesprochen (Drucksache VI-52). Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ hat daraufhin gemeinsam mit dem Dezernat 4 der Bundesärztekammer Gespräche mit Vertretern der PKV zur Kostenübernahme bei Suchterkrankungen privat Versicherter geführt. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der PKV schließen bislang eine Leistungspflicht bei „auf Vorsatz beruhende(n) Krankheiten und Unfälle(n) einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entzie-

hungskuren“ (§ 5 Abs. 1b AVB) aus. Die PKV-Vertreter sehen in der Regelung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie in der bestehenden Rechtspraxis, die einzelfallbezogene Kulanzentscheidungen ermöglicht, keine Benachteiligung von PKV-gegenüber GKV-Versicherten. Zudem sahen sie in den Gesprächen rechtlich keine Möglichkeiten einer Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Hingegen zeigten sie großes Interesse an der Schaffung einheitlicher und verbindlicher Regelungen zur Kostenübernahme bei Entwöhnungsbehandlungen durch die ärztlichen Versorgungswerke, auf die entsprechende Regelungen der PKV in Analogie zum Sozialversicherungssystem aufsetzen könnten.

Die Bundesärztekammer hat das Thema der Kostenübernahme bei Entwöhnungsbehandlungen auch in die vierte Sitzung der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ eingebracht. Dort wurde insbesondere das Verfahren des Versorgungswerks Hamburg positiv zur Kenntnis genommen, das in der Regel eine 100-prozentige Kostenübernahme bei Erstbehandlung, eine 50-prozentige bei Zweitbehandlung vorsieht und zudem eine Option für eine Kostenübernahme bei einer eventuell erforderlichen dritten Behandlung beinhaltet, die eine Begutachtung des Einzelfalls und eine nachgewiesene Teilnahme an einem Interventionsprogramm der Ärztekammer voraussetzt.

## 7.3 Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“

### Klimawandel und Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation hat diverse Folgen des Klimawandels für die Gesundheit identifiziert, u. a. Nahrungsmangel, Hitzewellen, Wassermangel, Überschwemmungen und eine Verbreitung von krankheitsübertragenden Insekten. Auch wenn es bisher kaum abzuschätzen und quantifizierbar ist, inwieweit sich der Klimawandel in Deutschland auswirken wird, müssen Strategien erarbeitet werden, um die Gefährdung der Gesamtbevölkerung zu vermindern.

### Forum Gesundheit und Umwelt zu „Klimawandel und gesundheitliche Folgen“

Das Forum Gesundheit und Umwelt der Bundesärztekammer fand gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen am 31. Januar 2009 in der Ärztekammer Niedersachsen, Hannover, statt. Nach einem Einführungsreferat zu den Gesundheitsrisiken durch den Klimawandel (Referent: Prof. Dr. Gerd Jendritzky, Freiburg) wurden mögliche gesundheitliche Folgen am Beispiel von Infektionskrankheiten (Referent: Prof. Dr. Uwe Groß, Göttingen), der Ultraviolettstrahlung mit Auswirkungen auf Haut, Auge und Immunsystem (Referent: Dr. Wolfgang Lensing, Hannover) und Herz-, Kreislauf- und Atemwegen (Referent: Prof. Dr. Tobias Welte, Hannover) dargestellt.

Im Rahmen der Diskussion wurden der mögliche Ausbau von Hitze-, Pollen-, Ozon- und UV-Warnsystemen im Sinne des Monitoring von Veränderungen diskutiert. Betont wurde in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit eines leistungsstarken öffentlichen Gesundheitsdienstes.

### **Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“**

Der Ausschuss tagte am 30. Januar 2009 in Hannover. In der Sitzung wurden u. a. Studienergebnisse der „German Multicentre Study on Multiple Chemical Sensitivity (MSC)“ zur multiplen Chemikaliensensibilität und des „Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) zu gesundheitsrelevanten Umweltbelastungen von Kindern und Jugendlichen“ behandelt.

Des Weiteren wurde in der Sitzung die Anhörung Mobilfunk vorbereitet. Für die schriftliche Anhörung Mobilfunk wurde ein Fragebogen erstellt und ein Adressatenverzeichnis eruiert und abgestimmt. Ziel der Anhörung ist, fundierte Informationen zusammenzustellen, die es ermöglichen, Ärzte über den wissenschaftlichen Stand der Dinge zu unterrichten und ihnen konkrete Handlungsanweisungen zu reichen, mit denen sie Betroffenen helfen können. Nach Bewertung der Rückläufe soll ein Flyer erarbeitet und Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

Der Ausschuss plant weiterhin, sich mit dem Thema „Lärm“ zu befassen und ein Umweltforum zum Thema „Kernkraftwerke“ zu initiieren.

