

## 7. Gesundheitsförderung, Prävention und Umweltmedizin

### 7.1 Prävention

Der Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ und die Ständige Konferenz „Prävention und Gesundheitsförderung“ haben sich unter ihrem Vorsitzenden, Rudolf Henke, im zurückliegenden Jahr insbesondere mit der politischen Neuausrichtung der Prävention, der Bewegungsförderung durch den Arzt sowie mit dem Thema Kinderschutz und der Planung und Durchführung der dritten ärztlichen Präventionstagung befasst.

#### 7.1.1 Neuausrichtung der Prävention

Mit Antritt der neuen Regierung 2009 erfolgte auch eine politische Neubewertung der Prävention mit der Folge, dass die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes in der gegenwärtigen Legislaturperiode nicht mehr weiterverfolgt, stattdessen eine Nationale Präventionsstrategie erstellt werden soll. In dieser sollen Vorhandenes bewertet und aufeinander abgestimmt, bewährte Programme und Strukturen weiterentwickelt, in die Fläche gebracht und mit einer klaren Aufgaben- und Finanzverteilung geregelt werden. Die Prävention soll auf der Grundlage prospektiver Bevölkerungsstudien gestärkt und die Versorgungsforschung ausgebaut werden. In das geplante Gesamtkonzept sollen alle relevanten Präventionsakteure eingebunden werden.

In einem Gespräch des Bundesgesundheitsministers Dr. Philipp Rösler mit dem Vorstand der Bundesärztekammer am 27.08.2010 wurde die Einrichtung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe angekündigt, die die Rolle der Ärzteschaft in der Prävention herausarbeiten und prioritäre Präventionsziele identifizieren soll. Die Arbeitsgruppe wird voraussichtlich im Frühjahr 2011 ihre Arbeit aufnehmen.

#### 7.1.2 Ärztliche Präventionstagung 2010

Am 26. und 27.05.2010 führte die Bundesärztekammer ihre dritte ärztliche Präventionstagung durch. Schwerpunkt der diesjährigen Veranstaltung war die Rolle des Arztes in Gesundheitsförderung und Prävention. Zur ärztlichen Beratung bei Fehlernährung, Bewegungsmangel und Suchtmittelkonsum wurden erprobte Praxismodelle vorgestellt und diskutiert.

Es wurde deutlich, dass es innerhalb der Sozialgesetzgebung weiterhin an den erforderlichen Rahmenbedingungen und Vergütungsanreizen fehlt, um bestehende gute Ansätze breit in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verankern. Zudem sollten die bestehenden Bestimmungen des § 20 SGB V dahingehend geändert werden, dass Ärzte strukturell in die gesundheitsfördernden Maßnahmen einbezogen sind. Darüber hinaus sollte die Beratung von Patienten zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise ausge-

wiesener Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden.

### 7.1.3 Bewegungsförderung durch den Arzt

Die 2009 aus Vertretern der Ärzteschaft und des organisierten Sports gebildete Arbeitsgruppe zur Bewegungsförderung durch den Arzt hat 2010 ihre Arbeit fortgesetzt. Sie hat sich zum Ziel gesetzt, Maßnahmen zu entwickeln und zu diskutieren, die den niedergelassenen Arzt in die Lage versetzen, Patienten hinsichtlich einer bewegungsfördernden Lebensweise besser zu beraten und sie in entsprechende qualitätsgesicherte Maßnahmen zu vermitteln. Ein geeignetes Instrument stellt das „Rezept für Bewegung“ dar, durch das der Arzt die Möglichkeit erhält, seinen Patienten regelmäßige Bewegung zu „verordnen“. Durch das Rezept soll die Teilnahme an solchen Bewegungsangeboten gefördert werden, die mit dem gemeinsamen Qualitätssiegel von Bundesärztekammer und Deutschem Olympischen Sportbund „SPORT PRO GESUNDHEIT“ ausgezeichnet sind und von Übungsgruppenleitern durchgeführt werden, die eine Qualifikation für spezifische Indikationsgebiete besitzen. Rezepte für Bewegung werden bereits in mehreren Regionen erprobt. Sie sollen nach einheitlichen Kriterien weiterentwickelt und verbreitet werden.

### 7.1.4 Nichtrauchererschutz und Tabakentwöhnung

Die Bundesärztekammer setzt sich für einen umfassenden Schutz vor Passivrauchen ein (Drucksache V-07 des 110. Deutschen Ärztetages 2007). In diesem Sinne hat auch die Bayerische Landesärztekammer den bayerischen Volksentscheid zum Nichtrauchererschutz vom 4. Juli 2010 unterstützt. Darin sprachen sich zwei Drittel der wahlberechtigten bayerischen Bevölkerung für einen ausnahmslosen Nichtrauchererschutz in der Gastronomie aus, die entsprechende Regelung hat seit dem 1. August 2010 in Bayern Gesetzeskraft.

Da gesetzliche Verbotsregelungen nur ein Element einer umfassenden Tabakkontrollpolitik darstellen, hat sich der Deutsche Ärztetag wiederholt auch für eine Entwöhnungsbehandlung tabakabhängiger Patienten durch den Arzt ausgesprochen. Dazu bedarf es entsprechender vergütungsrechtlicher Rahmenbedingungen sowie einer Kostenübernahme für nachweislich wirksame Medikamente zur Tabakentwöhnung. Diese Forderung unterstreichen zwei Entschließungsanträge des 113. Deutschen Ärztetages 2010 (Drucksache V-117 und Drucksache V-77), die im Einklang mit früheren Entschließungen Deutscher Ärztetage stehen (siehe auch Drucksache VI-11 des 107. DÄT 2004, Drucksache VII-07 und Drucksache VIII-07a des 108. DÄT 2005).

### 7.1.5 Erkennung von Kindesvernachlässigungen und -misshandlungen

Die Bundesärztekammer hat 2010 in ihrem Internetauftritt umfassende Informationen für Ärzte zum Thema „Kindesvernachlässigungen und -misshandlungen“ eingestellt ([www.baek.de](http://www.baek.de) > Ärzte > Prävention > Kindesmisshandlung). Dazu gehören auch Leitfäden zum Thema, denen Hinweise zur Erkennung und Bewertung typischer Symptome einer Kindesvernachlässigung oder -misshandlung sowie zu ihrer Dokumentation entnommen werden können. Des Weiteren enthält die Seite Informationen über die aktuelle Rechtslage von Ärzten bei Verdachtsfällen auf Kindesmisshandlung, die durch das Spannungsfeld von ärztlicher Schweigepflicht gemäß § 203 StGB einerseits und Pflicht zur Hilfe zwecks Abwehr einer akuten Gefahr gemäß § 34 StGB andererseits geprägt ist. Darüber hinaus können der Internetseite die Regelungen der Länder hinsichtlich der Meldung zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder entnommen werden.

### 7.1.6 Kooperationsprojekt für nachhaltige Präventionsforschung

Die Bundesärztekammer hat auf Anfrage entschieden, im Beirat des Projektes „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ mitzuwirken, der sich am 16.03.2010 konstituierte. Vertreter der Bundesärztekammer ist Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gegründete Projekt wird gemeinsam von der Medizinischen Hochschule Hannover, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung getragen. Zielsetzung ist die Zusammenführung und Verbreitung der Ergebnisse der zwischen 2004 und 2012 im Rahmen des Förderschwerpunkts Prävention vom BMBF mit insgesamt über 20 Millionen Euro geförderten Projekte.

### 7.1.7 Stand und Weiterentwicklung des Projektes [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de)

Die Bundesärztekammer unterstützt das Projekt [gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) durch ihre Mitarbeit im Ausschuss und Steuerungskreis sowie in den Arbeitsgruppen „Brustkrebs“, „Diabetes mellitus“, „Gesund aufwachsen“, „Gesund älter werden“, „Tabakkonsum reduzieren“, „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ und beteiligt sich an seiner Finanzierung. In den Arbeitsgruppen werden derzeit die 2003 verabschiedeten Ziele, Teilziele und Maßnahmen überarbeitet und aktualisiert. Gemeinsam mit den anderen Kooperationspartnern wurden 2010 Strategien einer wirksameren Verankerung des Gesundheitsziele-Prozesses und der Ergebnisse der Arbeitsgruppen im Gesundheitswesen entwickelt.

Diese Aktivitäten entsprechen der Intention der auf dem 113. Deutschen Ärztetag 2010 verabschiedeten Entschließungsanträge Drucksache V-65 und Drucksache V-67, die sich dafür aussprechen, den Gesundheitsziele-Prozess flankierende Konzepte, Strategien und Initiativen zu entwickeln, durch die die Umsetzung und Finanzierung von Gesundheitszielprogrammen vorangetrieben werden kann.

### 7.1.8 Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen am Beispiel des Patientenforums

Die Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen wurde mit der Gesundheitsreform 2000 eingeleitet und hat mit dem § 140f SGB V „Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten“ Eingang in das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) gefunden, das seit dem 01.01.2004 in Kraft ist.

Das Sozialgesetzbuch V sieht vor, dass für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und Selbsthilfegruppen 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, objektive Informationen durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen sowie 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 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.

Im Jahr 2001 wurde auf Initiative von Dr. Ursula Auerswald, damalige Präsidentin der Ärztekammer Bremen, und basierend auf den langjährigen Erfahrungen der Patientenberatungsstelle der Ärztekammer Bremen als eine weitere Arbeitsebene für Ärzteschaft und Patientenvertreter 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 (KBV).

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

Das Patientenforum verfolgt das Ziel, die Arbeit der KBV und der Bundesärztekammer gegenüber Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen transparent zu machen. Es versteht sich als Plattform für den Erfahrungsaustausch, die Förderung des gegenseitigen

Verständnisses und der Kooperation von Ärzten und Patienten. So können die Sichtweisen der Patientenvertreter und Selbsthilfeorganisationen in stärkerem Maße bei der Arbeit der beiden ärztlichen Institutionen berücksichtigt und gemeinsame Arbeitsergebnisse als Empfehlungen in die Dachorganisationen der Patientenvertretungen eingebracht werden.

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 4.5.3 beschrieben.

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

Exemplarisch seien hier folgende thematische Schwerpunkte erwähnt:

- Transparenz und Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit der Industrie
- Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung
- Wartezimmerinformation aus dem ÄZQ
- Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
- Ergebnisse zum Clearingverfahren für Arztbewertungsportale
- Fortlaufende Präsentation der Ergebnisse der Versichertenbefragung der KBV

Bisher stand vor allem die Möglichkeit des paritätischen Austauschs zwischen Ärzteschaft und Patientenvertretern im Vordergrund. Dies war zum Zeitpunkt der Gründung des Forums einzigartig. Im Zuge der Entwicklungen im Gesundheitswesen hat nun die Patientenvertretung im Gesundheitswesen u. a. durch ihre Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einen festen institutionalisierten Platz als Akteurin erhalten und übernimmt regelhafte Funktionen bei der Gestaltung des Gesundheitswesens. Vor diesem Hintergrund widmeten sich die Teilnehmer anlässlich des 25. Treffens und des zehnjährigen Bestehens des Patientenforums im Sommer 2010 einer Überprüfung der bisherigen Arbeit und der Notwendigkeit des weiteren Bestehens des Patientenforums. Diese ergab, dass eine Weiterführung des Patientenforums ausdrücklich gewünscht wird. Vor allem wurde herausgestellt, dass die Freiwilligkeit der Mitarbeit im Patientenforum ein wichtiges, positives Unterscheidungsmerkmal zur institutionalisierten Patientenbeteiligung darstellt. Es kann die eigene Position beworben werden, ohne dass sich dies in einem Beschluss festmachen muss. Das Forum bietet so einen geschützten Raum, um auch sensible, kontroverse oder Themen am Rande des Tagesgeschäftes abseits der politischen Bühne zielführend, ausführlich und respektvoll zu erörtern. Zudem ermöglicht das Patientenforum immer wieder die Initiierung und Umsetzung wichtiger Projekte, wie z. B. die Entwicklung der Patientenleitlinien. Hierauf möchte man nicht verzichten.

Die Entwicklung der Arbeit des Patientenforums soll auch in Zukunft dazu beitragen, dass die Folgen von Budgets, schleichender Rationierung und betonter Eigenverantwortung beobachtet werden, der Einzelne vor diesem Hintergrund die notwendige Stärkung und Unterstützung erfährt und dieser Weg von den Verantwortlichen im Gesundheitssystem begleitet wird.

## 7.2 Sucht und Drogen

Schwerpunkte der Arbeit des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer unter Vorsitz von Prof. Dr. Frieder Hessenauer waren im Jahr 2010 die Überarbeitung und Verabschiedung der „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ sowie ihre Umsetzung auf der Ebene der Landesärztekammern. Darüber hinaus befasste sich der Ausschuss insbesondere mit der ärztlichen Behandlung Tabakabhängiger, der Frühintervention bei Patienten mit einem riskanten Alkoholkonsum sowie der Umsetzung des Leitfadens „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ der Bundesärztekammer in Arztpraxen.

### 7.2.1 Substitution Opiatabhängiger

Nach vorbereitenden Arbeiten der vom Vorstand eingesetzten Expertenkommission und begleitenden Ausschussberatungen hat der Vorstand der Bundesärztekammer den Entwurf der novellierten „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ in seiner Sitzung am 19.02.2010 abschließend beraten und verabschiedet. Die Richtlinien wurden daraufhin am 19.03.2010 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Dtsch Arztebl 2010; 107(11): A 511/B 447/C 439).

Mit den novellierten Richtlinien wurden die Ziele und Indikationsgebiete für eine Substitution Opiatabhängiger an die Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung angepasst (§ 5 Abs. 1 BtMVV). Damit ist eine substitutionsgestützte Behandlung nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zukünftig nicht nur zur schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz, sondern auch zur Unterstützung der Therapie einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung sowie zur Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit bei Schwangerschaft beziehungsweise nach einer Geburt möglich. Es wird mit ihnen anerkannt, dass es sich bei der Opiatabhängigkeit primär um eine chronische Erkrankung handelt, die in der Regel eine lebenslange Behandlung erfordert.

Die Behandlungsziele werden mit den neuen Richtlinien modifiziert und an der individuellen Situation des Opiatabhängigen ausgerichtet. Die Beigebrauchsfreiheit ist nicht mehr Voraussetzung der Substitution, sondern stellt eines ihrer Ziele dar. Mit den novellierten Richtlinien kann nun die Substitution in Ausnahmefällen auch ohne eine begleitende psychosoziale Betreuung begonnen werden. Die bisher starren Fristen für eine Take-home-Verordnung entfallen. Voraussetzung sind nun v. a. eine stabile Einstellung auf das Substitut, eine klinische Stabilisierung des Patienten, ein kontrollierter, die Substitution nicht gefährdender Beigebrauch sowie eine regelmäßige Wahrnehmung der erforderlichen psychosozialen Betreuung.

Die seit dem „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ vom 20.07.2009 ermöglichte Substitution schwerst Opiatabhängiger mit Diamorphin wird mit den neuen Richtlinien ebenfalls berücksichtigt. Qualifizierungskurse zum Erwerb der entsprechend überarbeiteten Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ wurden 2010 erstmals von den Ärztekammern Baden-Württemberg, Hessen und Westfalen-Lippe angeboten, sodass inzwischen eine nicht unerhebliche Zahl an Ärzten zur

Verfügung steht, die zu einer substitutionsgestützten Behandlung mit Diamorphin berechtigt ist.

Entsprechend der Ärztetagsbeschlüsse zur Qualitätssicherung in der Substitution (110. DÄT 2007, Drucksache V-95, und 112. DÄT 2009, Drucksache VIII-119) wurde in den Richtlinien eine verbindliche Einrichtung von Beratungskommissionen bei den Landesärztekammern aufgenommen. In einem ersten Treffen des Ausschusses „Sucht und Drogen“ mit Vertretern der Landesärztekammern und der gemeinsamen Rechtsabteilung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 16.08.2010 wurden mögliche Aufgabenbereiche der Kommissionen skizziert, entsprechende Empfehlungen werden derzeit noch vom Ausschuss gemeinsam mit der Rechtsabteilung erarbeitet.

Parallel zur Novellierung der Richtlinien der Bundesärztekammer wurde auch die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) an die Substitution mit Diamorphin angepasst und am 18.03.2010 verabschiedet.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens hatte die Bundesärztekammer ihre Kritik an dem G-BA-Richtlinienentwurf dargelegt, die sich v. a. auf die in ihr vorgesehene zusätzliche Genehmigungspflicht für Diamorphin-Vergabeeinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die vorgesehenen Vorgaben zum Personalschlüssel, zur ärztlichen Qualifikation und zur räumlichen Ausgestaltung bezog. Durch die Stellungnahme der Bundesärztekammer konnten in einigen Punkten Modifikationen des ursprünglichen Richtlinienentwurfs bewirkt werden.

## 7.2.2 Ärztliche Frühintervention bei riskantem Alkoholkonsum

In Deutschland sind über 1,3 Millionen der erwachsenen Bevölkerung alkoholabhängig, zwei Millionen betreiben einen schädlichen Konsum und jeder sechste Erwachsene trinkt Alkohol in einer riskanten, die Gesundheit schädigenden Menge.

Vor diesem Hintergrund führten die Bundesärztekammer und der Fachverband Sucht e. V. am 21.09.2010 eine Tagung zum Thema „Suchtbehandlung und hausärztliche Versorgung: Erkennen, Steuern, Handeln“ durch. Gemeinsam mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, der Deutschen Rentenversicherung, den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Wohlfahrtsverbänden wurde eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für Früherkennung und Behandlung Betroffener diskutiert. Schwerpunkte der Tagung waren Möglichkeiten einer verbesserten Vor- und Nachsorge alkoholbedingter Störungen, ärztliche Qualifikationen im Umgang mit betroffenen Patienten, Erleichterungen der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Suchtbehandlung sowie die Schaffung finanzieller Anreizsysteme.

Zu den zentralen Themen wurde ein gemeinsames Positionspapier von Bundesärztekammer und Fachverband Sucht e. V. verfasst, das am 01.10.2010 im Deutschen Ärzteblatt publiziert wurde (Dtsch Arztebl 2010; 107(39): A 1877/B 1649/C 1621).

### **7.2.3 Evaluation des Leitfadens der Bundesärztekammer „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“**

Die Bundesärztekammer und das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin (IES) der Universität Greifswald haben die Ergebnisse ihrer Evaluationsstudie zum Leitfaden der Bundesärztekammer „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgestellt, das Förderer der Studie war. Zur Evaluation des Einsatzes des Leitfadens in der ärztlichen Praxis waren die Teilnehmer der Kurse zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ mit dem Leitfaden versorgt worden, während eine zweite Interventionsgruppe aus niedergelassenen Hausärzten per Zufallsstichprobe rekrutiert wurde, die den Leitfaden postalisch zugestellt erhielten. Als Kontrollgruppe diente eine Stichprobe aus Hausärzten, denen der Leitfaden nicht vorlag. Von beiden Interventionsgruppen wurde der Leitfaden in großer Mehrheit als sehr nützlich bewertet. Dies betraf sowohl seine thematische Relevanz, die Aufbereitung der Kapitel sowie seinen Einsatz im Praxisalltag. Ärzte, die den Leitfaden erhalten hatten, stuften anschließend im Vergleich zur Kontrollgruppe die Relevanz des Themas „Medikamentenabhängigkeit“ höher ein, fühlten sich besser zum Thema informiert und sicherer in der Erkennung wie auch in der Behandlung eines problematischen Gebrauchs psychotroper Medikamente.

### **7.2.4 Projekt der ABDA „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit von Apotheken und Hausarzt“**

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) führt seit Herbst 2009 ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt „Ambulanter Entzug Benzodiazepin-abhängiger Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit von Apotheken und Hausarzt“ durch. Die seitens der Bundesärztekammer bestehenden berufsrechtlichen Bedenken, die v. a. die geplante Behandlung abhängigkeitserkrankter Patienten durch Apotheker betreffen, wurden der ABDA gegenüber in einem Spitzengespräch am 02.02.2010 angesprochen, am 22.04.2010 in einem Gespräch von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und ABDA auf Arbeitsebene konkretisiert und in einem nachfolgenden Schreiben schriftlich formuliert.

### **7.2.5 Aufbaumodul zur ärztlichen Qualifikation „Tabakentwöhnung“**

Das 20-stündige Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ wurde durch ein Aufbaumodul im Umfang von acht Kurseinheiten ergänzt. Dies qualifiziert interessierte Ärzte für die Durchführung von Gruppenprogrammen zur Tabakentwöhnung und eröffnet die Möglichkeit zur Abrechnung der Maßnahmen über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf Grundlage des § 20 SGB V.



## 7.2.6 Suchtkranke Ärzte – Übernahme von Interventionsprogrammen der Landesärztekammern durch die Bundestierärztekammer

Um Möglichkeiten einer Übernahme von Interventionsprogrammen für suchtkranke Ärzte auszuloten, hat in Hannover ein erstes Gespräch von Bundestierärztekammer und Bundesärztekammer unter Beteiligung von Kammern auf Landesebene sowie der Selbsthilfeorganisation „Anonyme Substanzabhängige Ärzte“ stattgefunden.

In einem ersten Schritt sollen auf Länderebene über die Landesärztekammern qualifizierte Suchtmediziner gewonnen werden, die die Landestierärztekammern bei der Diagnostik und Begleitung suchtkranker Tierärzte unterstützen.

## 7.2.7 Konstituierung des Drogen- und Suchtrates für die 17. Legislaturperiode

Die konstituierende Sitzung des Drogen- und Suchtrates der Bundesdrogenbeauftragten für die 17. Legislaturperiode fand am 10.11.2010 in Berlin statt. Die Bundesärztekammer wird bis zum Ende der Wahlperiode in dem Rat durch Prof. Dr. Frieder Hessenauer vertreten sein, der 2007 vom Vorstand der Bundesärztekammer für diese Aufgabe benannt worden war. Sein Stellvertreter ist der stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses „Sucht und Drogen“, Dr. Christoph von Ascheraden. Der neu konstituierte Drogen- und Suchtrat wurde um Vertreter einiger Ministerien sowie der öffentlichen und privaten Radio- und Fernsehanstalten erweitert. Es wurden Arbeitsgruppen zu den Themen „Schnittstellenproblematik“, „Prävention“ und „Suchthilfestatistik“ eingerichtet. Insbesondere soll der Drogen- und Suchtrat die Drogenbeauftragte der Bundesregierung bei der Erstellung einer Nationalen Strategie zur Sucht- und Drogenpolitik beraten.

## 7.3 Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“

Der Ausschuss und die Ständige Konferenz befassten sich im Berichtszeitraum intensiv mit dem Verfassen eines Entwurfs für eine Stellungnahme zur gesundheitspolitischen Bewertung von elektromagnetischen Feldern und zur Deutschen Mobilfunkstudie. Grundlage des Entwurfes waren die Ergebnisse der von der Bundesärztekammer durchgeführten schriftlichen Anhörung. Die wesentliche Haltung, die dem Entwurf zugrunde liegt, ist: „Bevor nicht alle Zweifel an der Unbedenklichkeit einer lebenslangen Exposition ausgeräumt sind, sind alle technischen und organisatorischen Möglichkeiten zu nutzen, um die Emission elektromagnetischer Strahlen im Umfeld des Menschen zu minimieren.“ Die Stellungnahme soll vor allem auch Empfehlungen für ein ärztliches Behandlungsprozedere beim Abklären des Beschwerdebildes der Elektrosensibilität mit einschließen. Diese Empfehlungen haben allein vorsorgenden Charakter. Letztendlich geht es um die Frage, auf welche Weise sich gesellschaftliche Werte wie freie, uneingeschränkte Kommunikation einerseits und Schutz der Gesundheit andererseits im Spannungsfeld der Prioritäten in der Komplexität der Lebenswelten positionieren. Der Entwurf steht kurz vor dem Abschluss und soll im nächsten Schritt dem Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegt werden.

Ein weiterer Schwerpunkt in der Arbeit des Ausschusses war die Standortbestimmung der Umweltmedizin aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der wissenschaftlichen Gesellschaften, des Berufsverbandes, der Universitäten, der niedergelassenen Ärzte sowie der Bundesärztekammer und damit verbunden die zukünftige weitere Gestaltung des Ausschusses und seiner Arbeit.

Dazu ist festzustellen, dass der Mangel an Interesse, die fehlende Lehre und Forschung, der Wegfall der Zusatzbezeichnung, das Nachwuchsproblem und die nicht vorhandenen Abrechnungsmöglichkeiten sich gegenseitig bedingen und die Versuche, die Umweltmedizin wieder stärker ins Bewusstsein der Akteure zu rücken, erschweren. Es besteht eine zwingende Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit der Umweltmedizin und zur Wiederbelebung der Aktivitäten in Forschung, Lehre und praktischer Ausübung sowie in den Gremien der Selbstverwaltung.

Die Umweltmedizin hat zwei Ausprägungen: die klinische, individualmedizinische und die bevölkerungsmedizinische (Public Health). Letztere ist ausreichend vertreten. Erstere bedarf der dringenden Förderung. Das Betätigungsfeld des Ausschusses und der Ständigen Konferenz soll in der klinischen Umweltmedizin und dem individualmedizinischen Ansatz liegen, nicht im Public-Health-Bereich und der Bevölkerungsmedizin. Anfang 2011 ist ein Workshop der Bundesärztekammer mit interessierten, geeigneten Akteuren geplant, um mögliche Maßnahmen zur Wiederbelebung der Umweltmedizin zu eruieren und abzustimmen und ein Forum für ein neues Netzwerk von Experten für die Arbeit der Selbstverwaltung zu schaffen.

Neben den oben genannten Schwerpunkten wurden auf den Gremiensitzungen – der Ausschuss tagte am 30. September, die Ständige Konferenz am 1. Oktober 2010 in Berlin – folgende weitere Themen behandelt:

- Bericht über die Teilnahme an einem Fachgespräch des Umweltbundesamtes zu Humanarzneimittelrückständen im Trinkwasser am 21. und 22. Januar 2010, zum aktuellen Stand zu dieser Problematik und entsprechenden Handlungsmöglichkeiten. Hierbei wurde die zur Diskussion stehende Forderung nach Änderung der Verschreibungspraxis in der Ärzteschaft äußerst kritisch beurteilt, da individualmedizinische Indikationen höher gewertet werden als Umweltbelange.
- Gesundheitliche Bedeutung der Exposition durch Nanopartikel, ein Thema von dem anzunehmen ist, dass es in der Zukunft deutlich mehr wahrgenommen werden wird.
- Gesundheitliche Folgen des Uranabbaus. Anlass für den Ausschuss, dieses Thema in einem Tagesordnungspunkt zu behandeln, war die am 26. August 2010 verabschiedete „Baseler Erklärung“, in welcher u. a. die sehr weitreichenden gesundheitlichen Folgen des Uranabbaus angemahnt werden.