

7. Gesundheitsförderung, Prävention und Umweltmedizin

7.1 Prävention

Das Jahr 2012 war in der Prävention dominiert von der Entwicklung einer Präventionsstrategie der Bundesregierung, von der Verbreiterung des „Rezeptes für Bewegung“ und von der Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes.

7.1.1 Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie

Nachdem die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im April 2012 eigene Eckpunkte für eine nationale Präventionsstrategie „Glückliches Deutschland: Gesundheitsbewusstsein und Vorbeugung“ vorgelegt hatte, führte sie am 25.06.2012 im Deutschen Bundestag unter dem Titel „Prävention in Deutschland – Zwischen Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Aufgabe“ einen präventionspolitischen Kongress durch, bei dem die Bundesärztekammer auf dem Podium durch ihren Präsidenten, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, vertreten war. Dieser analysierte in seinem Vortrag in fünf Thesen den Ist-Zustand der Prävention und stellte notwendige Weiterentwicklungen aus Sicht der Ärzteschaft dar.

Der Vorsitzende des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, Rudolf Henke, hat auf dem Kongress das Forum „Gesundheitsförderung in Unternehmen“ moderiert, in dem Vertreter des Verbandes der Betriebs- und Werksärzte (VDBW), der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sowie von Betrieben und Betriebskrankenkassen ihre Vorstellungen von betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention vorstellten und diskutierten.

Am 13.12.2012 hat die Bundesregierung schließlich ihre „Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für eine Präventionsstrategie“ der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese sehen vor, dass beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine ständige Präventionskonferenz eingerichtet und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu einem „Nationalen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung“ ausgebaut werden soll. Die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Primärprävention sollen verdoppelt und auf sechs Euro pro Versicherten aufgestockt werden. Von diesen sollen zwei Euro auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und ein Euro auf settingbezogene Maßnahmen entfallen, von letzterem Betrag sollen 50 Cent an die BZgA fließen.

Die verschiedenen Aktivitäten in der Prävention sollen durch die Entwicklung und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungszielen gebündelt werden. Darüber hinaus sieht die Strategie eine Weiterentwicklung der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen vor: Die Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhals- und Darmkrebs sollen in organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme mit regelmäßigen Einladungen sowie mit Qualitäts- und Erfolgskontrollen umgestaltet werden. Der Kin-

dervorsorgeuntersuchungszeitraum soll auf das zehnte Lebensjahr angehoben und für Kinder mit Migrationshintergrund und niedrigem Bildungsstand sollen in der Schule Gruppenvorsorgeuntersuchungen im Rahmen eines Modellversuchs eingeführt werden. Zudem sollen sowohl in die Kinderuntersuchungen als auch in den Gesundheits-Check-up 35 primärpräventive Diagnose- und Beratungselemente integriert und insgesamt die primärpräventive Beratungskompetenz des Arztes gestärkt werden. So soll dieser zukünftig Präventionsempfehlungen ausstellen können, die Einfluss auf die finanzielle Unterstützung der Krankenkassen für Präventionsangebote haben sollen. Damit kommen die Eckpunkte insbesondere hinsichtlich der Stärkung des Arztes in der Primärprävention und Ausweitung der Vorsorgeuntersuchungen um primärpräventive Elemente den entsprechenden Forderungen der Bundesärztekammer entgegen.

7.1.2 Rezept für Bewegung

Das „Rezept für Bewegung“ geht bereits in die Richtung einer Präventionsempfehlung. Es war von Bundesärztekammer und Deutschem Olympischen Sportbund (DOSB) im Vorfeld der Präventionsstrategie auch dem Bundesministerium für Gesundheit vorgestellt worden und dürfte somit für diese mit als Ideengeber gedient haben.

Das Rezept für Bewegung war nach regionalen Vorläufermodellen von Bundesärztekammer und DOSB 2011 bundesweit vereinheitlicht worden und wird inzwischen von neun Landesärztekammern und Landessportbünden umgesetzt, weitere Ärztekammern planen eine Umsetzung. Mit dem Rezept kann der Arzt eine schriftliche Empfehlung für mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgewiesene Bewegungsangebote aussprechen. Da in einigen Landesärztekammern die Frage aufkam, ob das seit 2011 vorliegende Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) „Wettbewerbsverstoß durch Ärzte: Verbot der Verweisung an bestimmte Hilfsmittelerbringer; Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Gewährung eines Vorteils – Hörgeräteversorgung II“ auch auf das Rezept für Bewegung Anwendung finden könne, hat sich auch die Ständige Konferenz der Rechtsberater der Ärztekammern in ihrer Sitzung am 09./10.10.2012 der Thematik angenommen. Im Ergebnis wurde von der großen Mehrheit der vertretenen Rechtsberater der Landesärztekammern eine Anwendbarkeit des BGH-Urteils auf die im Rezept enthaltene ärztliche Bewegungsempfehlung verneint. Für 2013 ist eine Weiterentwicklung des Rezeptes geplant, um eine konsensuale Umsetzung in allen Landesärztekammern zu ermöglichen.

7.1.3 Vierte Präventionstagung der Bundesärztekammer

Aufbauend auf die Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit hatte die Bundesärztekammer ihre vierte Präventionstagung am 13.03.2012 unter das Thema „Psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen – gesellschaftlich verursacht? Ärztlich behandelbar?“ gestellt. In den Vorträgen der Experten aus den Bereichen Wissenschaft, Psychiatrie, Pädiatrie und Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) wurde der Frage nachgegangen, ob sich die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren quantitativ und qualitativ verändert hat und ob möglicherweise von einer „New Morbidity in Childhood“ zu

sprechen ist. In den Beiträgen wurden neue Behandlungsansätze und gesellschaftliche Handlungsstrategien vorgestellt und diskutiert.

7.1.4 Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes

Das am 15.12.2011 vom Bundestag verabschiedete Bundeskinderschutzgesetz trat zum 01.01.2012 in Kraft. Darin ist in § 3 Abs. 4 festgelegt, dass das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mit einer Bundesinitiative vier Jahre lang den Aus- und Aufbau von Netzwerken Frühe Hilfen und den Einsatz von Familienhebammen in den Ländern und Kommunen stärken soll. Hierfür sollen vom Bund für das Jahr 2012 30 Millionen Euro, für das Jahr 2013 45 Millionen Euro und für die Jahre 2014 und 2015 jeweils 51 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden.

Zur Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen hat das Bundeskabinett eine Verwaltungsvereinbarung beschlossen, die zum 01.07.2012 in Kraft getreten ist und die Antrags- und Förderbedingungen für die Gelder der Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und der Familienhebammen bis 2015 regelt.

Die Regelungen der Verwaltungsvereinbarung wurden in der Beiratssitzung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) am 12.06.2012 vom Staatssekretär des BMFSFJ, Lutz Stroppe, vorgestellt. Die Bundesärztekammer ist Mitglied des Beirats des NZFH.

7.1.5 gesundheitsziele.de

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de wurde zunächst als Initiative der Bundesregierung und der Länder im Jahr 2000 gegründet. Seitdem wurden in verschiedenen Arbeitsgruppen und unter Beteiligung von über hundert Mitgliedsorganisationen sieben nationale Gesundheitsziele bearbeitet. Die Bundesärztekammer ist im Steuerungskreis, im Ausschuss und in den meisten Arbeitsgruppen von gesundheitsziele.de vertreten.

Die AG 10 des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de hat im März 2012 nach dreijähriger intensiver Arbeit die Entwicklung des Gesundheitszieles „Gesund älter werden“ beendet und den Dokumentationsband veröffentlicht. Dieses Gesundheitsziel nimmt sich den großen Herausforderungen des Alters und des Älterwerdens an und will eine bessere Gesundheitsförderung im Sinne einer Prävention sowie eine bessere Versorgung älterer Menschen im Krankheits- oder Pflegefall erreichen. In 13 Unterzielen werden dazu konkrete Handlungsfelder und Schwerpunkte benannt, die es aktiv zu gestalten gilt.

7.1.6 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 (SGB V) sieht vor, dass für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe maßgebliche Organisationen in Fragen, die die Versorgung betreffen, zu beteiligen sind. Ein Mitberatungsrecht besteht bisher bei der Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 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 (KVen) 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.

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:

- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
- Forum chronisch kranker und behinderter Menschen im PARITÄTISCHEN
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
- Bundesärztekammer
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Der Vorsitz obliegt in der Wahlperiode 2011/2015 Dr. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen.

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. Die Sichtweise der Patientenvertreter und Selbsthilfeorganisationen können so in stärkerem Maße bei der Arbeit der beiden ärztlichen Institutionen berücksichtigt werden, gemeinsame Arbeitsergebnisse als Empfehlungen in die Dachorganisationen der Patientenvertretungen eingebracht werden.

Neben regelmäßigen gemeinsamen Sitzungen ist das Patientenforum am Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) 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.

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

Das Patientenforum tagte am 12. April 2012 und beriet sich zu den im Folgenden beschriebenen Themen.

Patientenrechtegesetz

Der Entwurf des Patientenrechtegesetzes (Stand April 2012) wurde beiderseits befürwortet. Es stelle im Wesentlichen eine Kodifizierung bestehender Regelungen dar und bekräftigt und manifestiert viele bereits ausgeübte Praktiken, so z. B. das Recht auf Behandlung nach Facharztstandard, die ausführliche Dokumentation, die Akteneinsicht, die Informationspflicht über Behandlungsfehler und die resultierenden Arzthaftungsregelungen.

Die Patientenvertreter bemerken allerdings, dass noch Weiterentwicklungsbedarf bestehe, z. B. sei im Rahmen der Beweislastumkehr bei „schweren Fehlern“ noch ungenügend geklärt, was ein „schwerer Fehler“ ist und wer darüber entscheidet. Zudem sei es immer noch schwierig, in Haftungsangelegenheiten eine angemessene Akteneinsicht zu erhalten.

Die sich zunehmend etablierende Fehlerkultur in der Ärzteschaft und der damit verbundene offensive und konstruktive Umgang mit Fehlern werden beiderseits begrüßt. Dies müsse jedoch auch mit entsprechenden Haftungsregelungen korrespondieren. Andernfalls würde einer Kultur der „Defensivmedizin“ Vorschub geleistet werden, die einer guten Versorgung nicht dienlich wäre.

Verbot von Schönheitsoperationen für Minderjährige

Der Entwurf eines Positionspapiers (Stand April 2012) von CDU und CSU für ein Verbot von Schönheitsoperationen an Kindern und Jugendlichen, die keine medizinische Grundlage haben, wurde für unterstützenswert erachtet. Jugendliche könnten weder die Folgeschäden einer Schönheitsoperation abschätzen, noch kann davon ausgegangen werden, dass sie sich der Reichweite ihres Entschlusses bewusst sind. Zudem sei zu hoffen, dass ein solches Verbot das Umdenken in der Gesellschaft fördere, dass Schönheit nicht operativ herbeigeführt werden kann.

Sterbebegleitung

Das „Sterbehilfeurteil“ des Berliner Verwaltungsgerichts vom 30.03.2012 rückte die Diskussion um die ärztliche Sterbehilfe wieder in den Fokus. Die Position der Bundesärztekammer legt dar, dass die Sterbebegleitung eine ärztliche Aufgabe ist. Dazu kann auch das Beenden einer Therapie oder das Abstellen von Apparaturen gehören, jedoch nicht

die Assistenz beim Suizid. Ärzte sind dem Leben, nicht der Beendigung des Lebens verpflichtet. Für mögliche seltene Einzelfälle bedarf es keiner Norm. Diese müssten individuell entschieden werden und jederzeit eine standesrechtliche Prüfung bestehen. Die gewerbliche und organisierte Sterbehilfe gehört verboten. Dass dazu ein neuer Tatbestand im Strafgesetzbuch geschaffen werden soll, wird ausdrücklich befürwortet. In diesem Zusammenhang findet das Verständnis von „unerträglichem Leid“ bei psychiatrischen Erkrankungen und das Selbstbestimmungsrecht Erwähnung. Diese Problematik dürfe in der Diskussion nicht außen vor bleiben.

Praxisgebühr

Die Praxisgebühr hat auch nach langjähriger Anwendung keinerlei Steuerungsfunktion für die ambulante Versorgung gezeigt. Der mit der Gebühr verbundene hohe Verwaltungsaufwand ist somit nicht gerechtfertigt. Die Mitglieder des Patientenforums plädierten für eine Abschaffung der Praxisgebühr.

Organspende-Neuregelung

Dr. Wenker stellte dar, dass sie die Entscheidungslösung mit Informationspflicht für den richtigen Weg hält. Hier werde das Recht auf Selbstbestimmung gewahrt und gleichzeitig eine größere Verbindlichkeit geschaffen. Die schwierigen, von Ärzten zu führenden Gespräche mit den Angehörigen würden dadurch erheblich erleichtert.

Position der Bundesärztekammer zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

Dr. Bernhard Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, verwies diesbezüglich auf den SPD-Antrag für ein IGeL-Eindämmungsgesetz. Hier wurde u. a. der Vorschlag gemacht, dass IGeL nicht mehr am selben Behandlungstag mit GKV-Leistungen erbracht werden sollen. Dies wurde als nicht sinnvoll erachtet, da es die Patienten in unakzeptabler Weise belasten würde. Das Vorhaben, Patienten eine längere Bedenkzeit bei der Wahl der Behandlungen einzuräumen, sie umfassend zu informieren und das Aufsetzen eines schriftlichen Behandlungsvertrages entspräche hingegen auch den Forderungen des Ärztetages.

Das Angebot an IGeL ist massiv gewachsen und damit auch der nicht zu vertretende Wildwuchs. Aus diesem Grund ist die Informationsbroschüre der Ärzteschaft zu IGeL, die auf den Empfehlungen des 109. Deutschen Ärztetags 2006 in Magdeburg basiert, aktualisiert worden. Die Patientenvertreter wurden eingeladen, den Entwurf zu kommentieren.

Ergebnisse der Versichertenbefragung der KBV

Anhand einer Folienpräsentation wurden Auszüge der Ergebnisse der Versichertenbefragung der KBV von 2011, insbesondere die Auswertungen zu IGeL, vorgestellt. Die vollständigen Ergebnisse können unter folgender Adresse eingesehen und heruntergeladen werden: <http://www.kbv.de/versichertenbefragung2011.html>.

Aktualisierung der Checkliste „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“

Die Patientenvertreter wurden eingeladen, bei der Überarbeitung der Checkliste „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“ mitzuwirken.

Kurzinformationen für Patienten (KiP): Übersetzung in sechs Sprachen

Im Auftrag der KBV und der Bundesärztekammer erstellt das ÄZQ „Kurzinformationen für Patienten“ (KiP) zu wichtigen Krankheitsbildern. Die KiP entstehen auf Grundlage hochwertiger ärztlicher Leitlinien und nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin und stellen die wichtigsten Empfehlungen zu Behandlung und Umgang mit der Erkrankung leicht verständlich dar. Zurzeit gibt es 24 KiP. Für einige liegen inzwischen Übersetzungen in Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch und Türkisch vor.

Die Versionen werden mit Hilfe von Dolmetschern und Ärzten, deren Muttersprache eine Fremdsprache ist, erstellt. Die Patientenvertreter nahmen die KiP-Versionen mit großem Interesse zur Kenntnis. Die KiP können unter der Adresse <http://www.arztbibliothek.de/kurzinformation-patienten> heruntergeladen werden.

Transparenz und Unabhängigkeit der Selbsthilfe

In einer früheren Sitzung des Patientenforums wurde thematisiert, dass im Rahmen der Darlegung von Interessenkonflikten bei der Mitarbeit an NVL-Projekten bei beteiligten Patientenvertretungen Unstimmigkeiten und Intransparenz bezüglich der Finanzierung festgestellt wurden. Zwischenzeitlich haben sich die Patientenvertreter intensiv mit dieser Thematik befasst und u. a. auf folgende Publikation verwiesen: Klemperer D: Interessenkonflikte und Beeinflussung in der Selbsthilfe. In: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). Transparenz und Unabhängigkeit der Selbsthilfe. Wahrung von Selbstbestimmung und Vermeidung von Interessenkonflikten. Eine Praxishilfe. Berlin, 2012; 14-23.

Die Publikation soll zum einen dazu beitragen, dass Betroffene für die Beeinflussung Dritter sensibilisiert werden, und zum anderen Fachwissen zu den Sachverhalten, z. B. den Verlust der Gemeinnützigkeit oder die steuerrechtlichen Konsequenzen, erlangen. Um die unerwünschten Auswirkungen von Zuwendungen Dritter zu vermeiden und damit „die Gelder der Industrie für die Selbsthilfe zu retten“, sollte Sponsoring über einen Pool erfolgen. Gelder wären Projekten und Aktivitäten somit nicht direkt zuzuordnen.

7.2 Sucht und Drogen

Nachdem im Februar 2012 zunächst Dr. Josef Mischo vom Vorstand zum Vorsitzenden des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer benannt worden war, hat er Dr. Christoph von Ascheraden nach dessen Wahl in den Vorstand der Bundesärztekammer auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 das Amt übergeben und ist weiterhin als sein Stellvertreter tätig.

Basierend auf der EntschlieÙung des 115. Deutschen Ärztetages „Rahmenbedingungen der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger verbessern“ (DÄT-Drs. VI-09) lag der Schwerpunkt der Ausschussarbeit im Jahr 2012 auf verschiedensten Aktivitäten zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Tätigkeit substituierender Ärzte und damit zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgung Opiatabhängiger.

7.2.1 Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger

Die mit überwältigender Mehrheit auf dem 115. Deutschen Ärztetag 2012 verabschiedete EntschlieÙung „Rahmenbedingungen der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger verbessern“ (DÄT-Drs. VI-09) fordert eine Anpassung der betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben an den Stand der medizinischen Wissenschaft, eine Revidierung der Strafandrohungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) für Ärzte, die Schaffung von Mitgabemöglichkeiten für Betäubungsmittel durch den behandelnden Arzt zur Sicherstellung der Versorgung an Wochenenden und Feiertagen und eine adäquate Abbildung des mit der substituionsgestützten Behandlung verbundenen Leistungsaufwands.

Um diesen Forderungen Nachdruck zu verleihen, hat der Ausschuss „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) in einem Schreiben über die Forderungen des Deutschen Ärztetages informiert und darum gebeten, das Thema in die nächste Gesundheitsministerkonferenz einzubringen.

In einem Schreiben an den Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, hat der Ausschuss zudem dargelegt, welche Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) er im Sinne einer adäquaten Leistungsabbildung der substituionsgestützten Behandlung für erforderlich hält. Diese beziehen sich v. a. auf die Abrechnungsmöglichkeiten therapeutischer Gesprächsleistungen, fehlende Abrechnungsmöglichkeiten für Take-home-Verordnungen und die Behandlung von Begleiterkrankungen. In einem Antwortschreiben hat die KBV angekündigt, die Anliegen der Bundesärztekammer in die innerärztlichen Gremien zur Beratung einzubringen, um anschließend darüber mit dem GKV-Spitzenverband verhandeln zu können.

Des Weiteren hat der Ausschuss das Betäubungsmittelreferat des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) um ein Gespräch gebeten, um ihm den nach Auffassung der Bundesärztekammer bestehenden betäubungsmittelrechtlichen Reformbedarf darzulegen.

In dem im Oktober im BMG stattgefundenen Gespräch haben die Vertreter der Bundesärztekammer auf die mit der Substitutionsbehandlung verbundene strafrechtliche Problematik sowie auf notwendige Novellierungsbedarfe der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) hingewiesen. Letztere bildet den Rechtsrahmen für die „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“. Insofern ist deren Weiterentwicklung ohne entsprechende Anpassungen der BtMVV nicht möglich.

Erforderlich sind nach Auffassung der Bundesärztekammer u. a.

- eine Modifikation des in § 5 Abs. 1 BtMVV verankerten Abstinenzziels,
- eine Erweiterung der bestehenden Konsiliarregelung von drei auf fünf Patienten (§ 5 Abs. 3 BtMVV),
- die Schaffung eines begrenzten Dispensierrechtes für substituierende Ärzte für definierte Situationen (siehe § 5 Abs. 8 BtMVV und § 43 Abs. 3 AMG),
- eine Möglichkeit der Verlängerung des bislang auf sieben Tage begrenzten Take-home-Verordnungszeitraums unter festzulegenden Bedingungen (§ 5 Abs. 8 BtMVV),
- die Schaffung zusätzlicher Substitutionsoptionen mit oralem Diamorphin und retardiertem oralem Morphin (§ 5 Abs. 4 BtMVV) sowie
- die Abschaffung von Apothekenkontrollpflichten für substituierende Ärzte (§ 13 Abs. 2 BtMVV).

Grundsätzlich sei anzustreben, die BtMVV von solchen Vorgaben zu bereinigen, die ärztliche Behandlungsentscheidungen betreffen, und sie v. a. auf solche Regelungen auszurichten, die dem Schutz der Bevölkerung und der Patienten vor einem unsachgemäßen Umgang mit Betäubungsmitteln dienen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat der Bundesärztekammer die Einberufung eines Fachgesprächs zu den aufgeworfenen Fragen unter Beteiligung aller relevanten Verbände für Anfang 2013 zugesagt.

Substitutionsbehandlung bei im Haushalt mitlebenden Kindern

Nachdem in Bremen bei Haaranalysen von im Haushalt Substituierter mitlebenden Kindern Metaboliten von Substitutionsmitteln sowie von illegalen Drogen festgestellt worden waren und in Hamburg ein Kind durch die Einnahme eines Substitutionsmittels zu Tode gekommen war, war in der Öffentlichkeit die Take-home-Verordnungspraxis substituierender Ärzte kritisch diskutiert worden.

Die Bundesärztekammer hat daraufhin auf der Basis ihrer „Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ Hinweise und Erläuterungen zur Verordnung von Substitutionsmitteln bei in häuslicher Gemeinschaft mitlebenden Kindern erstellt und am 23.11.2012 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht (Dtsch Arztebl 2012; 109[7]: A 2379).

In diesen weist die Bundesärztekammer auf die besonderen Aufklärungspflichten des Arztes vor einer Take-home-Verordnung hin und empfiehlt bei im Haushalt mitlebenden Kindern auch das Einholen von Schweigepflichtentbindungen gegenüber den Institutionen, die an der Betreuung und medizinischen Versorgung des Patienten und der im Haushalt mitlebenden Kinder beteiligt sind.

Novellierung der Datenübermittlung an das Substitutionsregister

Die Bundesärztekammer hat in enger Abstimmung mit den Landesärztekammern eine Stellungnahme zum Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine 27. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) – Änderung des § 5a der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – abgegeben.

Hintergrund war, dass im Vorfeld einige Landesärztekammern datenschutzrechtliche Bedenken hinsichtlich der gemäß § 5a Abs. 5 BtMVV von ihnen zweimal jährlich vorzunehmenden Meldungen der suchtmmedizinisch qualifizierten Ärzte an das Substitutionsregister des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorgetragen hatten. Nach Auffassung der Landesärztekammern gehen die vom BfArM angeforderten Datensätze weit über die Vorgaben des Verordnungstextes des § 5a BtMVV, der nur die Namen und Adressen der qualifizierten Ärzte verlangt, hinaus.

Durch Intervention des Berliner Datenschutzbeauftragten beim BfArM sah sich das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst, in einem ersten Entwurf für eine Novelle des § 5a BtMVV die Datenerhebungskompetenzen des BfArM für das Substitutionsregister zu erweitern und die bestehende Erhebungspraxis auf eine entsprechende juristische Grundlage zu stellen.

In ihrer Stellungnahme hat die Bundesärztekammer einen vollständigen Verzicht des BfArM auf die Datenübermittlungen der Ärztekammern zu den suchtmmedizinisch qualifizierten Ärzten vorgeschlagen. Stattdessen solle der Arzt bei seiner ersten Anmeldung von Patienten zur Substitutionsbehandlung dem BfArM lediglich einen Nachweis über die von ihm erworbene suchtmmedizinische Qualifikation beifügen.

Zudem lehnt die Bundesärztekammer die in dem Verordnungsentwurf neu aufgenommene Meldepflicht für überbrückend in Krankenhäusern substituierte Patienten ab, die den bürokratischen Aufwand unnötig erhöhen und zu vermehrten Doppelmeldungen führen würde. Darüber hinaus äußert sie die Befürchtung, dass dadurch auch für stationär substituierende Ärzte zukünftig ein suchtmmedizinischer Qualifikationsnachweis erforderlich werden könne, wodurch der Zugang zur stationären Versorgung für substituierte Patienten deutlich erschwert werden würde.

Novellierung der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Substitution mit Diacetylmorphin

Mit dem Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung vom 20.07.2009 war die Möglichkeit geschaffen worden, schwerst Opiatabhängige unter bestimmten Voraussetzungen mit Diamorphin zu substituieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte daraufhin mit Beschluss vom 18.03.2010 die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (MVV-RL) an die neue Gesetzeslage angepasst und bauliche und personelle Anforderungen an die Diamorphinvergabeinrichtungen festgelegt. Diese hatten sich in der Praxis jedoch als zu hochschwellig und für die Träger potenzieller Einrichtungen nicht finanzierbar erwiesen, sodass die vom Gesetzgeber intendierte Verbesserung der Versorgungslage für schwerst Opiatabhängige nicht realisiert werden konnte. Der G-BA hat nun am 28.06.2012 einen überarbeiteten Richtlinienentwurf vorgelegt, in dem die Strukturanforderungen an die Vergabeinrichtungen reduziert werden.

Der G-BA kommt damit weitgehend den Forderungen entgegen, die die Bundesärztekammer bereits in ihrer Stellungnahme zum Richtlinien-Beschlussentwurf des G-BA aus dem Jahre 2010 vertreten hatte. Insofern konnte der nun überarbeitete Entwurf von ihr grundsätzlich positiv bewertet werden. In ihrer schriftlichen Stellungnahme vom 09.08.2012 sowie in der Anhörung des G-BA am 29.11.2012 hat die Bundesärztekammer dies zum Ausdruck gebracht und weitere Modifikationen vorgeschlagen.

7.2.2 Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV)

Im Februar 2012 hatte das Bundesministerium für Gesundheit einen Referentenentwurf für eine 26. BtMÄndV vorgelegt, der die Aufnahme neuer Substanzen (insbesondere sogenannter „Designerdrogen“) in die Anlage I sowie des flüssigen Tilidins in die Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) sowie Änderungen der Höchstverschreibungsmengen für verschiedene Betäubungsmittel vorsah.

Über das Stellungnahmeverfahren konnte die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) eine Begrenzung der Verordnung von Flunitrazepam auf 30 Milligramm für einen Zeitraum von 30 Tagen bewirken. In ihrer Stellungnahme hat die Bundesärztekammer zudem eine Novellierung der auf Ärzte anwendbaren strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes gefordert. Ärzte, die Patienten im Rahmen einer eng kontrollierten Substitutionsbehandlung und für einen überbrückenden Zeitraum Betäubungsmittel überlassen, sollten zukünftig nicht mehr gemäß § 13 BtMG in Verbindung mit §§ 29 und 29a BtMG strafrechtlich verfolgt werden.

7.2.3 Novelle des Heilmittelwerbegesetzes im Rahmen der 16. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG)

Im Rahmen einer 16. AMG-Novelle beabsichtigte das Bundesministerium für Gesundheit zunächst auch eine Änderung des Heilmittelwerbegesetzes (HWG). Der entsprechende Referentenentwurf vom Dezember 2011 sah u. a. eine Streichung des in § 10 Abs. 2 HWG verankerten Werbeverbots „für Arzneimittel, die dazu bestimmt sind, bei Menschen die Schlaflosigkeit oder psychische Störungen zu beseitigen oder die Stimmungslage zu beeinflussen“ vor.

Die Bundesärztekammer hatte in ihrer Stellungnahme zum „Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ vom 06.01.2012 gegen dieses Vorhaben mit dem Hinweis interveniert, dass viele psychotrop wirksame Arzneimittel ein nicht zu unterschätzendes Abhängigkeitspotenzial besitzen. Angesichts der bereits bestehenden hohen Medikamentenabhängigkeitsrate in Deutschland leiste das bestehende Werbeverbot für psychotrop wirksame Arzneimittel einen Beitrag dazu, dass medizinisch nicht begründete Bedürfnisse zu ihrer Einnahme erst gar nicht geweckt werden. § 10 Abs. 2 HWG zeuge somit von Umsicht gegenüber den genannten Suchtgefahren. In der Folge konnte ein Erhalt des bestehenden Werbeverbots in modifizierter Fassung bewirkt werden.

7.2.4 Anwendung von Cannabis in der Medizin

Ein bereits im Juni 2011 von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in den Bundestag eingebrachter Antrag (BT-Drs. 17/6127) sah vor, dass Patienten, die Cannabis aufgrund einer ärztlichen Empfehlung anhand festgelegter Indikationen verwenden, zukünftig für ihren Cannabiskonsum nicht mehr strafverfolgt werden sollen. Zudem solle schwerkranken Patienten der Zugang zu Medikamenten auf Cannabisbasis ermöglicht werden, wenn für sie keine andere Standardtherapie vorhanden sei.

Die Bundesärztekammer hatte im Vorfeld der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) am 02.05.2012 zu dem Antrag eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, in der sie auf der Basis von Studienergebnissen und klinischer Erfahrung den therapeutischen Einsatz cannabinoidhaltiger Arzneimittel in solchen Fällen befürwortet, in denen sich eine Standardtherapie als nicht ausreichend wirksam erweist.

Eine solche Therapie könne beispielsweise indiziert sein für Patienten mit neurologischen Krankheiten wie Multipler Sklerose mit spastischen Schmerzen und Patienten, die unter mehreren Symptomen wie Schmerzen, Appetitmangel, Übelkeit und Depressivität leiden, z. B. in der Palliativmedizin. Sie weist allerdings auch darauf hin, dass cannabinoidhaltige Arzneimittel nur eine geringe therapeutische Breite besitzen und in der Langzeitanwendung aufgrund von Nebenwirkungen von vielen Patienten abgelehnt werden. Aus diesen Gründen sollten Cannabinoide nicht als Arzneimittel der ersten Wahl eingesetzt werden. Die Bundesärztekammer und die AkdÄ sprechen sich in ihrer Stellungnahme zudem dafür aus, dass für Patienten, bei denen eine Therapie mit cannabinoidhaltigen Arzneimitteln indiziert ist, eine vollständige Kostenübernahme für den gesamten Zeitraum der Medikation über die Kostenträger sichergestellt werden muss. Eine Selbstmedikation mit ungeprüften und nichtstandardisierten Cannabisprodukten lehnen Bundesärztekammer und AkdÄ jedoch wegen des variierenden Wirkstoffgehalts und möglichen Kontaminationen ab.

In der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 09.05.2012 hat Prof. Dr. Lukas Radbruch, Facharzt für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Aachen und Mitglied der Arzneimittelkommission, die Bundesärztekammer und die AkdÄ als Sachverständiger vertreten.

7.2.5 Umfragen zum Stand der Interventionsprogramme für suchtkranke Ärzte und zu den Kostenübernahmen durch die ärztlichen Versorgungswerke

Eine Abfrage der Bundesärztekammer bei den Landesärztekammern vom 14.09.2012 hat ergeben, dass inzwischen 14 von 17 Kammern über ein strukturiertes Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte verfügen.

Hingegen zeigte eine 2012 von der Bundesärztekammer bei den Versorgungswerken der Landesärztekammern durchgeführte Befragung zu den beantragten und bewilligten Entwöhnungsmaßnahmen und Frühverrentungen, dass weiterhin große Unterschiede zwischen den Versorgungswerken hinsichtlich der Kostenübernahmen für Entwöhnungsmaßnahmen bei suchtkranken Ärzten bestehen. Die Mehrzahl der Versorgungswerke erstattet sowohl für eine Erst- als auch für eine Zweitmaßnahme 60 Prozent (und mehr) der Kosten. Grundsätzlich handeln die Versorgungswerke im Sinne des Nachrangigkeitsprinzips, d. h. nach vorheriger Prüfung der Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers. Beide Umfrageergebnisse waren auf einer Sitzung am 17.10.2012 den Suchtbeauftragten der Landesärztekammern vorgestellt worden. Die Bundesärztekammer hat wiederholt auf den Sitzungen der Ständigen Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“ die unterschiedliche und für Betroffene intransparente Gewährungspraxis beanstandet.

7.3 Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“

Im Nachgang zur Stellungnahme des Ausschusses zur gesundheitlichen Bewertung von elektromagnetischen Feldern (Mobilfunk) konnte festgestellt werden, dass allein durch die Befassung mit dem Thema und dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren bei den Beteiligten eine sichtbare Signalwirkung bei den mit der schwierigen Materie befassten Bürgern und Experten entfaltet und ein wichtiger Beitrag zur Deeskalierung und Beruhigung geleistet werden konnte, auch wenn die Stellungnahme letztendlich nicht vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet wurde. Die Ausschussmitglieder sehen jedoch weiteren Forschungsbedarf im Bereich der gesundheitlichen Bewertung von elektromagnetischen Feldern.

Gemäß den Beratungen des Ausschusses zu dem Entschließungsantrag des 114. Deutschen Ärztetages 2011 (DÄT-Drs. VI-44) zur Forderung nach Unabhängigkeit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO) hat der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, ein entsprechendes Schreiben an das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) gesandt. In seiner Antwort legte der Minister jedoch dar, dass er keine Anzeichen für eine Beeinflussung der WHO durch die IAEO feststellen könne und keinen Handlungsbedarf sähe. Die Ausschussmitglieder betonen, dass nach ihren Kenntnissen sehr wohl WHO-Studien vorlägen, zu deren Veröffentlichung die IAEO ihre Zustimmung verweigere. Die Haltung des Ministeriums wird von den Ausschussmitgliedern nicht mitgetragen.

Zum Entschließungsantrag VI-32 des 114. Deutschen Ärztetages 2011 „Lärmpegelbegrenzung bei Veranstaltungen für Jugendliche“ sprach sich der Ausschuss dafür aus, eine Überarbeitung der Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Hörschäden durch Freizeitlärm von 1999 anzuregen, um insbesondere eine Überprüfung und Anpassung der Lärmpegelgrenzen zu erwirken. Des Weiteren empfiehlt der Ausschuss, 2013 ein Umweltforum zum Thema „Lärm in seinen unterschiedlichen Ausprägungen – Freizeitlärm, Fluglärm, Lärm am Arbeitsplatz“ durchzuführen.

Die Arbeit des Ausschusses zu einem seiner Schwerpunktthemen – der gesundheitlichen Bewertung der verschiedenen Energieformen –, umfasste im Berichtszeitraum ein erstes Review zu dem Entwurf eines Positionspapiers „Energimix der Zukunft aus umweltmedizinischer Sicht“ des Ausschusses „Gesundheit und Umwelt“ der Ärztekammer Niedersachsen. Der Ausschuss wird darüber hinaus im Rahmen der Bewertung explizit auch die Erweiterung von Kenntnissen zu gesundheitlichen Folgen der Kernkraftgewinnung und Atomunfällen, wie sie im Antrag VI-45 des 114. Deutschen Ärztetages 2011 angemahnt werden, thematisieren.

Zur Standortbestimmung und Förderung der Umweltmedizin stellte der Ausschuss in seinen Beratungen fest, dass die Umweltmedizin nicht mehr über eine Zusatzbezeichnung in der Weiterbildung verankert ist, sondern über eine strukturierte curriculare Fortbildung abgebildet wird und in Aus- und Weiterbildung vor allem als Querschnittsthema in Erscheinung tritt. Zwar sei das Bekenntnis zur Umweltmedizin ungebrochen, jedoch seien in der Praxis kaum Aktivitäten zu verzeichnen, zumal die Beratung in umweltmedizinischen Belangen von den Krankenkassen nicht vergütet werde. Fortbildungsangebote mit umweltmedizinischen Themen stoßen kaum auf Resonanz. Um

trotzdem eine entsprechende Beratung und Versorgung anbieten zu können, sei es wichtig, die Universitäten zur Einrichtung von umweltmedizinischen Hochschulambulanzen zu animieren. Hierzu wurde auf die AG „Zukunft der Hochschulambulanzen“ des Wissenschaftsrats verwiesen. Die systematische Vernetzung und gegenseitige Information und Unterstützung der Mitglieder der Ständigen Konferenz „Gesundheit und Umwelt“ der Bundesärztekammer als wichtige Multiplikatoren stelle eine weitere Möglichkeit zur Wiederbelebung des Faches dar.

Mit Sorge wurde die Ausübung der Umweltmedizin in Arztpraxen betrachtet, die vielfach durch dubiose Diagnoseverfahren neue Umweltprobleme und -belastungen erst generieren, z. B. die Umweltbelastung durch Arsen. Hier bedarf es einer klaren Abgrenzung zur seriösen Umweltmedizin.

In diesem Zusammenhang wurde die zwischenzeitlich neu berufene Kommission „Umweltmedizin“ am Robert-Koch-Institut begrüßt. Jedoch wurde auch festgestellt, dass diese Kommission der Intention, die Umweltmedizin zu stärken, nicht dienlich ist, da die Ausrichtung hier erkennbar epidemiologisch und nicht klinisch sei. Der Ausschuss sprach sich dafür aus, zu eruiieren, inwiefern ggf. geeignete Unterstützung zur stärkeren, medizinischen Ausrichtung der Kommission geleistet werden könne.

Nach wie vor erachtet der Ausschuss die Befassung mit dem Thema „Niedrigstrahlung“ für außerordentlich wichtig. Geplant wurde, zeitnah durch die Beteiligung an einer Fortbildungsveranstaltung zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Niedrigstrahlung im Rahmen der Wismut-Sanierung aktiv zu werden.

Des Weiteren wird sich der Ausschuss engagieren, um die einerseits vielversprechenden Einsatzmöglichkeiten der Nanotechnologie im medizinischen Bereich, aber auch ihre gesundheitlichen Gefahren und Risiken im Blick zu behalten.

Für Januar 2013 wurde eine Sitzung der Ständigen Konferenz „Gesundheit und Umwelt“ geplant, in der als Themenschwerpunkt die umweltmedizinischen Aktivitäten in den Ländern erörtert werden sollen. Ein weiterer Tagesordnungspunkt wird ein Gastvortrag zu den Folgen von Antibiotikaeinsatz in der Tierproduktion sein.