

## Tätigkeitsbericht 2011

Im Frühjahr 2011 beschloss der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer, den bisher tätigen Ausschuss Prävention und Rehabilitation unter Vorsitz von Privatdozent Dr. Uwe Häntzschel nicht wieder einzusetzen, sondern hat stattdessen Dr. Christoph Altmann, Bad Gottleuba-Berggießhübel, zum Präventionsbeauftragten der Sächsischen Landesärztekammer nach dem Vorbild anderer deutscher Ärztekammern berufen.

Zielstellung des Präventionsbeauftragten sollten interne und externe koordinative Querschnittsaufgaben sein: Der Präventionsbeauftragte ist als Ansprechpartner für Institutionen und Vereine zur Prävention vorgesehen, er koordiniert Projektbeteiligungen und wirkt aktiv an der Priorisierung von Themen sowie bei der Erarbeitung von fokusbezogenen Anträgen für Ärztetage mit.

Das Jahr 2011 war also organisatorisch formal aufgeteilt in das 1. Halbjahr mit dem noch fungierenden Ausschuss Prävention und Rehabilitation und im 2. Halbjahr mit dem Präventionsbeauftragten der Sächsischen Landesärztekammer.

Der Ausschuss hat im 1. Halbjahr mit Sach- und Fachkenntnis, Enthusiasmus und Einsatz versucht, der Sächsischen Ärzteschaft ihre wichtige Aufgabe und Rolle auf diesem Gebiet klar zu machen und zu erhalten, um dieses wichtige Feld nicht nicht-ärztlichen Gremien und Institutionen zu überlassen.

Die Rolle der Prävention, insbesondere für das ärztliche Denken und Handeln, wurde vom Ausschuss auf verschiedensten Ebenen weiterhin thematisiert und publiziert. Hauptthemen waren hierbei Vernetzungen mit dem Ausschuss und Institutionen der Gesundheitsämter, Quervernetzungen im Bereich des Nichtraucherschutzes und der Beeinflussung der Tabak-Gesetzgeber, Bearbeitung von Schnittstellen mit Krankenkassen und Rentenversicherern zugunsten von Präventionsprojekten, Stärkung der Gesundheit und des Gesundheitsbewusstseins von Kindern und Schülern, Stärkung der Rolle des Sportes in der Allgemeinbevölkerung, dies insbesondere im Hinblick auf das Projekt „Sport auf Rezept“ der Bundesärztekammer und die Formulierung von Anträgen für den 114. Deutschen Ärztetag zugunsten einer erhöhten Beachtung des Themas Prävention und Rehabilitation im Gesundheitswesen durch die Vertreter ärztlicher Berufe.

Der Ausschuss hielt engen Kontakt zum Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hinsichtlich der Weiterentwicklung der sächsischen Gesundheitsziele, zur Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung und stellte ein Ausschussmitglied für die Zertifizierung der sächsischen Kurorte für die Vor-Ort-Begehungen zur Verfügung. Intensiv wurden Kontakte mit dem Sächsischen Landessportbund zur weiteren Verbreitung der Modelle „Sport auf Rezept“ und „Sport pro Gesundheit“ gepflegt und ausgebaut.

Was kann angesichts dieser qualifizierten Vorarbeiten und angesichts der fehlenden Erfahrungswerte das Aufgabenprofil eines ehrenamtlichen Präventionsbeauftragten der Sächsischen Landesärztekammer sein?

1. Mit Nachdruck soll die Zielsetzung des bisherigen Ausschusses weiter verfolgt werden, Prävention in den Blickwinkel ärztlichen Denkens und Handelns zurück zu bringen. Prävention und insbesondere Gesundheitsförderung entwickelt sich leider immer mehr zum Tätigkeitsfeld nur politischen und sozialwissenschaftlichen Handelns. Gesetzentwürfe sprechen schon wörtlich von „nicht medizinischer Prävention“, damit Ärzte gar nicht erst beteiligt werden. Dieser Entwicklung ist unbedingt entgegenzutreten. Prävention muss mehr als gezielte Krankheitsprävention durch verbesserte Vorsorgeerkennung sein. Sie geht über die dringend zu intensivierenden systematischen Impfungen hinaus und muss auch Verhältnisprävention, Gesundheitsförderung und epidemiologische Ansätze der Prävention aus ärztlicher Sicht beinhalten. Es reicht nicht, wenn sich Ärzte nur auf zusätzliche technische Untersuchungen zur Frühdiagnostik beschränken. Ernährung, Hygiene, Tabakkonsum, Übergewicht und Stoffwechselstörungen sind dringende Fragen, die unsere gesundheitliche Zukunft in erheblicher Weise beeinflussen und die dringend aktueller ärztlicher Stellungnahmen und Initiativen bedürfen.
2. Der Nichtraucherschutz und die Bekämpfung von Tabakkonsum und Tabakfolgeerkrankungen führen in Deutschland im Vergleich zu den Nachbarländern und zum internationalen Standard ein kümmerliches Dasein. Diese gesundheitlich zentrale Thematik wird zwischen den widerstreitenden Interessen der föderalen Strukturen, zwischen Bund und Ländern und den verschiedenen zuständigen Ministerien zerrieben. Andere Länder machen uns vor, wie mit einer systematischen politischen Willensbildung, gefördert durch klare Impulse aus der Ärzteschaft, effektiver Nichtraucherschutz praktiziert werden kann und damit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Bronchialerkrankungen maßgeblich und in viel höherem Umfang als durch Medikamente möglich, zurückgedrängt werden können. In Sachsen bestünde die einmalige Chance, hier eine Vorreiterrolle in Deutschland zu übernehmen. Eine klare Umsetzung des Nichtraucherschutzes, z.B. in Sportstätten und in gastronomischen Betrieben, würde bereits die Häufigkeit kardiovaskulärer und bronchopulmonaler Erkrankungen in Sachsen erheblich vermindern. Warum können wir nicht den Beispielen in der Schweiz oder in England folgen und hier klare gesundheitliche Signale setzen? Tabakentwöhnung muss Kassenleistung werden. Ärztlicher Einsatz zur Tabakentwöhnung muss adäquat vergütet werden.
3. Präventive oder so genannte präventive Angebote verbreiten sich entsprechend der Förderstruktur und entsprechend den Interessen der zuständigen Kostenträger in einem bunten Markt in Deutschland. Zum Teil werden Präventionsangebote als Vehikel für Kundenakquisition von Krankenkassen eingesetzt. Das Grundproblem von vielen präventiven Angeboten ist die überzufällige Teilnahme besonders der Menschen, die sich ohnehin für einen gesundheitsbewussten Lebensstil entschieden haben und nun auch dieses Präventionsangebot noch wahrnehmen. Die kränkeren und vom Lebensstil her benachteiligten oder bedürftigeren Bürgerinnen und Bürger hingegen, die besonders von diesen präventiven Angeboten profitieren würden, nehmen in der Regel nur zu einem geringen Prozentsatz an den Angeboten teil. Es bedarf hier unter maß-

geblicher Mitwirkung der Ärzteschaft dringend konzertierter Initiativen, um schwerpunktmäßig die Menschen für präventive Angebote zu motivieren und zu fördern, die diese am meisten benötigen.

4. Auch die Rentenversicherungen haben inzwischen verstanden, dass aufgrund der demografischen Entwicklung eine Gesunderhaltung auch älterer Arbeitnehmer von zwingender Bedeutung für den sächsischen Arbeitsmarkt der Zukunft ist. Gerade das Modell-Projekt „Frühintervention zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit“ (FEE) der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland versucht hier Maßstäbe zu setzen und in Zusammenarbeit mit Betriebsmedizinern und Werksärzten gefährdete Arbeitnehmer frühzeitig in präventiven Angeboten der Deutschen Rentenversicherung zu betreuen, um die langfristige Gesunderhaltung der Arbeitnehmer zu gewährleisten. Große Betriebe haben längst eigene präventive Projekte entwickelt oder im Zusammenhang mit der Rentenversicherung solche weiter entwickelt. Gerade aus der Perspektive von Arbeitsmedizinern und Werksärzten sollten diese Angebote intensiv genutzt werden, um präventive Möglichkeiten zur Gesunderhaltung von Arbeitnehmern, insbesondere jenseits des Alters von 55 Jahren, zu nutzen.
5. Der Arztberuf ist mit erheblichen, statistisch überzufällig häufigen, gesundheitlichen Risiken verbunden. Es gehört zur Verpflichtung der Sächsischen Ärzteschaft, hinsichtlich der eigenen Gesundheit unserer Kollegen, strukturierte Initiativen zu ergreifen, um Burn-out, Depression, Suizid und Suchterkrankungen insbesondere von ärztlichen Kollegen zu verhüten und unter größtmöglicher Wahrung von sozialer und beruflicher Integrität zu behandeln.
6. Es muss dringendes Anliegen der Sächsischen Ärzteschaft sein, den wichtigen gesundheitlichen Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen in Sachsen präventiv zu begegnen bzw. hierzu einen maßgeblichen Beitrag zu leisten. Es reicht nicht, diese Aufgabe allein den Schulen oder dem Kultusministerium zu überlassen. Themen wie Sportunterricht, Gewichtsentwicklung von Schulkindern, Essensversorgung an Schulen und Bewegungsumfang von Kindern und Jugendlichen in der Freizeit sind ärztliche Themen, zu denen die sächsische Ärzteschaft Stellung nehmen sollte.
7. Als Flächenstaat hat Sachsen trotz einer hervorragenden technisch-medizinischen Versorgung im Facharzt- und Krankenhausbereich in einigen Bereichen auffällige Mortalitäts- und Krankheitslasten zu tragen, die allein durch die Flächeninfrastruktur und die verlängerten Wege zum Arzt oder vom Notarztzentrum zum Wohnort des Patienten bedingt sind. So ist die Herzinfarktsterblichkeit in Sachsen deutlich überproportional gegenüber der Inzidenz des Herzinfarktes in Sachsen. Viele Herzinfarktpatienten erreichen nicht mehr das technisch hervorragend ausgestattete Krankenhaus, weil die Notarztzeiten im Flächenstaat nicht entsprechend zu realisieren sind. Umso mehr bedarf es einer gezielten intensiven und strukturierten Prävention und Rehabilitation, damit sich solche gesundheitlich gefährdenden Ereignisse gar nicht erst entwickeln.
8. Traditionell sind die Neuen Bundesländer mit einer höheren und besseren Impfquote assoziiert als die Alten Bundesländer. Sachsen sollte hinsichtlich der Impfquoten einen führenden Platz in Deutschland einnehmen. Die Gripeschutzimpfung des me-

dizinischen Personals, insbesondere in medizinischen Einrichtungen Sachsens, sollte mit großer Intensität auf höchstem Niveau stabilisiert werden. Der Zusammenhang zwischen Impfquoten von medizinischem Personal und der Mortalität älterer Menschen durch Virusgrippe ist bekannt.

9. Resistenzentwicklungen bei Antibiotika erreichen ein bedrohliches Ausmaß. Der vorsichtig abgewogene und zielgenaue Einsatz von Antibiotika sollte zentral innerhalb der Sächsischen Ärzteschaft geregelt und beraten werden, um die Zunahme resistenter Keime zu verlangsamen oder zu verhindern. Unter Führung der örtlichen Gesundheitsämter müssen Maßnahmen zur Verhinderung der Ausbreitung resistenter Keime strukturiert und systematisch weiter vorangetrieben werden.
10. Die Prävention des Diabetes mellitus Typ 2 ist ein Thema, welches wissenschaftlich und politisch seit Jahren in Sachsen einen besonderen Schwerpunkt darstellt. Dieses Merkmal der Sächsischen Ärzteschaft ist weiter zu betonen und fördern.

An diesen hochstehenden Prämissen kann natürlich die tägliche Arbeit eines ehrenamtlichen Präventionsbeauftragten nur anknüpfen. Die folgenden kleinen ersten Schritte wurden bis jetzt unternommen:

1. Veranstaltung der TU Chemnitz in Kooperation mit der Raucherambulanz Chemnitz und dem Haus der Wissenschaften Braunschweig zum Thema Tabakentwöhnung zwischen Gesundheitsgewinn und Kostenängsten (Podiumsdiskussion),
2. Kontakte zum Sächsischen Landessportbund zum Thema Sport auf Rezept,
3. Mitarbeit Steuerungsgruppe FEE Präventionsprojekt der DRV Mitteldeutschland,
4. Teilnahme am Hygienekongress Dresden 02./03.12.2011,
5. Teilnahme an der ständigen Konferenz Prävention und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer Berlin, 06.12.2011.

Dr. med. Christoph Altmann, Bad Gottleuba-Berggießhübel,  
Präventionsbeauftragter der Sächsischen Landesärztekammer  
(veröffentlicht in der Broschüre „Tätigkeitsbericht 2011“)