

## 4. Prävention und Rehabilitation

### Gesundheitsförderung und Prävention

Auch in der Prävention und Gesundheitsförderung stand das Jahr 2003 im Schatten der Beratungen für ein Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens (GMG). War im Jahr 2002 seitens der Politik die Prävention zunächst zur 4. Säule des Gesundheitswesens ausgerufen worden, sollte es im Jahr 2003 um ihre konkrete Ausgestaltung anhand gesetzlicher Regelungen gehen. Vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) war ein erster Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz bis Jahresende in Aussicht gestellt worden, und im Vorfeld sollten dazu erste Eckpunkte formuliert und öffentlich diskutiert werden. Zudem wurden in den ersten GMG-Entwürfen Vorschläge für eine Reform des § 20 SGB V entwickelt, der die Primärprävention im Rahmen der GKV regelt. In diesen Vorschlägen wurde u. a. eine Umlagefinanzierung durch die Sozialversicherungsträger für den Aufbau einer Stiftung „Prävention“ angedacht.

Zu Beginn des Jahres 2004 ist bezüglich der genannten ehrgeizigen Vorhaben zu konstatieren, dass alle Novellierungsbestrebungen zum § 20 SGB V seitens des Ministeriums wieder zurückgezogen wurden und entsprechend in dem im Herbst von Bundestag und Bundesrat verabschiedeten Reformwerk fehlen. Die Thematik soll nun über das in Aussicht gestellte Präventionsgesetz neu aufgegriffen werden.

Zum angekündigten Präventionsgesetz liegen derzeit weder ein Referentenentwurf noch ministeriell konsentierete Eckpunkte vor. Da auch seitens der Opposition im Bundestag großes Interesse an dem Thema besteht, will die Bundesregierung nun alle weiteren Planungen zum Gesetzesvorhaben mit ihr abstimmen, so dass mit gemeinsamen Eckpunkten für das Jahr 2004 gerechnet werden darf.

Die Prävention ist im „GKV-Modernisierungsgesetz“ (GMG) mit dem neu geschaffenen § 65 a gestärkt worden: Mit ihm wird GKV-Versicherten ein möglicher Bonus ihrer Krankenkasse in Aussicht gestellt, wenn sie „regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen“. Von den meisten Krankenkassen sind bereits über ihre Satzungen Regelungen zur Umsetzung der Gesetzesoption getroffen worden. Dies wird zur Folge haben, dass der Arzt / die Ärztin in ihrer Praxis vermehrt um Beratung zu geeigneten präventiven Maßnahmen angefragt werden wird. Diesem Beratungsmehraufwand stehen jedoch bislang keine Vergütungsmöglichkeiten nach EBM gegenüber. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass ärztlicherseits ein erhöhter Fortbildungsbedarf im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung entstehen wird, auf den die Landesärztekammern sich vorzubereiten haben.

## **Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“**

Der Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ hat am 26.02.2003 und am 18.11.2003 unter seinem Vorsitzenden Rudolf Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, in Köln getagt. Seine Zusammensetzung hat sich zwischen beiden Sitzungen infolge der Neukonstituierung der Ausschüsse nach dem Wahl-Ärztetag im Mai 2003 verändert (s. Kapitel 13). Mitglieder des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ der Wahlperiode 2003/2007 sind:

- Rudolf Henke, Aachen (Vorsitzender)
- Dr. Thomas Suermann, Göttingen (Stv. Vorsitzender)
- Dr. Hans Martin Beyer, Füssen
- Dr. Jan Leidel, Köln
- Prof. Dr. Egbert J. Seidel, Weimar
- Univ.-Prof. Dr. J. Siegrist, Düsseldorf

Der Ausschuss befasste sich im Bereich der „Gesundheitsförderung und Prävention“ insbesondere mit der Weiterentwicklung des Qualitätssiegels SPORT PRO REHA, den „Ärztlichen Präventionstagen“, dem „Nationalen Suizidpräventionsprogramm“, der aufsuchenden Prävention durch Fachpersonal und mit der Erstellung eines Berichtes zum Thema „Krankheit und soziale Lage“. Zudem begleitete er die Aktivitäten des „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“ und des Projekts „gesundheitsziele.de“.

### **Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung**

Die Bundesärztekammer ist Mitglied im 2002 gegründeten Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung und auch in dessen Koordinierungsgruppe vertreten. Die Arbeit des Forums war im Jahr 2003 von der kritischen Begleitung der angekündigten Gesetzesvorhaben sowie von der Schaffung einer eigenen Arbeitsgrundlage geprägt. Dazu gehörten insbesondere die Entwicklung

- einer Geschäftsordnung,
- transparenter Kriterien für die Mitgliedschaft im Forum,
- eines Logos für eine konsistente Öffentlichkeitsdarstellung,
- einer gemeinsamen Internetplattform,
- von Ideen für eine präventionsbezogene Öffentlichkeitskampagne.

Die Arbeiten der vier Arbeitsgruppen des Forums wurden im Jahr 2003 fortgesetzt:

Die AG 1 „Gesunde Kindergärten und Schulen“ hat vorbildliche Projekte der Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen gesichtet und auf ihre Übertragbarkeit hin überprüft. Die bestehenden Projekte wurden in eine Datenbank aufgenommen, die über das Internet eingesehen werden kann. Auf der Grundlage vorhandener positiver Modelle werden derzeit Handlungsempfehlungen zur Förderung der Gesundheit in Kindergärten und Schulen erstellt.

Die AG 2 „Betriebliche Gesundheitsförderung“ begleitet das Projekt „Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen – gesunde Menschen in gesunden Unternehmen“. Ein thematischer Initiativkreis „ProÄltere – Älter werden in Beschäftigung“ soll gegründet werden.

Die AG 3 „Gesund älter werden“ hat Botschaften für ein gesundes Altern auf den Weg gebracht, die in einer Broschüre veröffentlicht werden sollen und damit die Grundlage für eine entsprechende Awareness-Kampagne bilden können. Modellprojekte zum „Präventiven Hausbesuch“ wurden in der Arbeitsgruppe vorgestellt und diskutiert.

Die AG 4 „Recht und Organisation“ hat einen Entwurf für eine Geschäftsordnung für das Deutsche Forum erstellt.

Darüber hinaus tagte das Plenum des Deutschen Forums am 12.05.2003 auf Spitzenebene und hat Beschlussempfehlungen zur Arbeit der drei thematischen Arbeitsgruppen verabschiedet.

Die praktische Umsetzung der Arbeitsgruppenergebnisse hängt vor allem von der Verfügbarkeit finanzieller Mittel ab. Mit dem Rückzug der Gesetzesnovelle zum § 20 SGB V und des darin vorgesehenen Aufbaus von Stiftungskapital für die Prävention muss sich die Umsetzung der Arbeitsgruppenergebnisse derzeit jedoch auf die Formulierung von Empfehlungen, die Herausgabe thematischer Publikationen sowie die Beeinflussung des Politikprozesses beschränken.

### **gesundheitsziele.de**

Das Projekt „gesundheitsziele.de“ wurde im Dezember 2000 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) begonnen und wird seitdem von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) begleitet. Ziel des Projektes ist die exemplarische Entwicklung von Gesundheitszielen für Deutschland als ein Beitrag zu einer rationaleren Begründung von Steuerungsentscheidungen in der Gesundheitspolitik. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zu den als prioritär eingestuften fünf Gesundheitszielen „Diabetes mellitus Typ 2“, „Brustkrebs“, „Tabakkonsum reduzieren“, „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ und „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ (s. auch Tätigkeitsbericht 2002/2003) wurden 2003 in einem Bericht zusammengefasst. Dieser wurde am 14.02.2003 der Bundesgesundheitsministerin überreicht. Die weitere Arbeit der Arbeitsgruppen ist nun der Entwicklung sogenannter „Startermaßnahmen“ gewidmet, mit denen konkrete Umsetzungsversuche einzelner Arbeitsgruppenempfehlungen unter Mitwirkung der am gesundheitsziele.de-Prozess beteiligten Organisationen unternommen werden sollen.

### **Qualitätssiegel SPORT PRO REHA**

In Anlehnung an das erfolgreich etablierte Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT entwickelt die Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund und dem Deutschen Behindertensportverband ein Qualitätssiegel SPORT PRO REHA für Maßnahmen des Rehabilitationssports. Grundlage ist ein entsprechender Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 22.03.2002.

Inzwischen haben der Deutsche Sportbund und der Deutsche Behindertensportverband eine Erprobungsversion des Siegels vorgelegt. Diese wird derzeit gemeinsam mit der Bundesärztekammer und in Abstimmung mit den relevanten Fachgesellschaften überarbeitet und an die novellierte Rahmenvereinbarung der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining angepasst. Die Bundesärztekammer fordert für das Siegel Qualitätskriterien, die eine zielgruppengerechte Übungskonzeption, eine indi-

vidualisierte Verlaufsdocumentation, ein regelmäßiges Feed-back an den behandelnden Arzt, eine Mitwirkung von Ärzten in den begleitenden Qualitätszirkeln sowie eine adäquate Ausstattung der Übungsräume umfassen. Die Erfüllung der Qualitätskriterien darf nicht allein auf der Selbstauskunft der Antragsteller beruhen, sondern muss zudem objektiv anhand von Stichproben überprüfbar sein. Die genannten Qualitätskriterien sind für die Bundesärztekammer Voraussetzung für einen gemeinsamen Start des Qualitätssiegels für den Behindertensport, der für Sommer 2004 angestrebt wird.

### **Nationales Suizidpräventionsprogramm**

Suizide sind ein Thema, mit dem sowohl ambulant wie auch stationär tätige Ärzte immer wieder in ihrem beruflichen Alltag konfrontiert werden. Jährlich nehmen sich in Deutschland etwa 11 000 Menschen das Leben. Dabei liegt die Rate der Männer mit 22,1 Suiziden pro 100 000 Einwohner deutlich über der der Frauen (8,1 / 100 000). International belegt Deutschland mit einer Rate von 14,9 / 100 000 einen mittleren Platz. Entgegen landläufiger Meinungen sind Suizide in Deutschland vor allem ein Problem älterer Menschen: Insbesondere bei Männern nimmt die Rate nach dem 70. Lebensjahr deutlich zu. Nach Schätzungen liegt die Zahl der Suizidversuche um das 10-fache über der der ausgeführten Suizide. Im Kontrast zu den Selbsttötungen überwiegt bei den Tötungsversuchen der Frauenanteil.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bewertet Suizide als ein vordringliches Gesundheitsproblem, und in mehreren europäischen Ländern sind bereits Präventionsprogramme ins Leben gerufen worden. Unterstützt durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und das European Network on Suicide and Prevention der WHO wurde 2002 auch für Deutschland mit dem Aufbau eines Nationalen Suizidpräventionsprogramms unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) begonnen. Im Rahmen dieses Programms arbeiten derzeit die folgenden Arbeitsgruppen:

- Kinder und Jugendliche
- Alte Menschen
- Spezifische Risikogruppen
- Spezifische psychische Erkrankungen
- Suchterkrankungen und Suizid
- Betroffene Angehörige
- Arbeitsplatz
- Primärprävention (z. B. Arzneimittelsicherheit)
- Akutversorgung (z. B. Rettungsdienste)
- Niedrigschwellige Angebote
- Vernetzung
- Aus-, Fort- und Weiterbildung

Um das Thema stärker in der Präventionsarbeit der Landesärztekammern zu verankern, stellte Prof. Dr. Hegerl von der Ludwig Maximilians-Universität München am 15.12.2003 das Nürnberger Netzwerk Depression in der Konferenz der Präventionsbeauftragten in Köln vor. In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt wird über die Kooperation mit Ärzten und die Zusammenarbeit mit Multiplikatoren, über Öffentlichkeitsarbeit und durch konkrete Angebote für Betroffene versucht, die Situation Depressiver zu verbessern und einen konkreten Beitrag zur Prävention von Suiziden zu lei-

sten. Für die ärztliche Praxis stehen über das Modellprojekt inzwischen niederschwellige Screeninginstrumente sowie Informationsmaterialien für Ärzte, Betroffene und Angehörige zur Verfügung.

## **Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen am Beispiel des Patientenforums**

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

Das Gesetz 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 bei der Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91, dem Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303 b, den Landesausschüssen nach § 90 sowie den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97 SGB V. Darüber hinaus hat die Bundesregierung eine Beauftragte für die Belange der Patienten bestellt (§ 140 h). Ihre Aufgabe ist es darauf hinzuwirken, dass die Interessen von Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung sowie objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden.

Seit vielen Jahren gibt es bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationsstellen für Selbsthilfeorganisationen (KOSA) bzw. Patientenberatungsstellen. Das Leistungsspektrum reicht von der Bearbeitung von Patientenfragen, über die Durchführung von Informationsveranstaltungen, Unterstützung bestehender Kooperationsberatungsstellen bis hin 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.

Auf Initiative von Frau Dr. Auerswald, Präsidentin der Ärztekammer Bremen, und basierend auf den langjährigen Erfahrungen der Patientenberatungsstelle der Ärztekammer Bremen wurde im Jahr 2001 das **Patientenforum** gegründet. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich dem Patientenforum angeschlossen.

### **Ziele des Patientenforums**

Die Einrichtung des Patientenforums verfolgt das Ziel, die Arbeit der beiden Institutionen (Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung) gegenüber Patientenvertretern

und Selbsthilfeverbänden 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.

Dem Patientenforum gehören an:

- die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte,
- das FORUM chronisch Kranker und behinderter Menschen im PARITÄTISCHEN,
- die deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen,
- Bundesärztekammer und
- Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Neben regelmäßigen gemeinsamen Sitzungen werden zur Zeit folgende Projekte erarbeitet:

- Beteiligung der Patientenvertretungen an der Qualitätsbewertung von medizinischen Fachinformationen für Laien. Dieses Projekt ist beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin angesiedelt, einer gemeinsamen Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Hier werden Gesundheitsinformationen im Internet auf ihre Qualität geprüft ([www.patienteninformation.de](http://www.patienteninformation.de)).
- Mitwirkung bei der Erarbeitung von Disease-Management-Programmen,
- Beteiligung bei der Entwicklung von Leitlinien und beim Clearingverfahren.

Zur Vertiefung und detaillierten Diskussion von Fachfragen werden jeweils zeitlich befristete Arbeitsgruppen einberufen, welche die Ergebnisse ihrer Gruppe als Empfehlung in ihre Dachorganisation einbringen.

Diese Entwicklung ist natürlich zum einen darauf zurückzuführen, dass sich das Verhältnis von Patient und Arzt in den letzten Jahren deutlich gewandelt hat.

Zum anderen werden aber auch die Folgen von Budgets und schleichender Rationierung, u. a. bedingt durch den rasanten medizinischen Fortschritt und den demographischen Wandel, vor den Patienten und ihren Vertretern nicht Halt machen.

# Sucht und Drogen

## Ausschuss „Sucht und Drogen“

Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Flenker, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, befasste sich der Ausschuss Sucht und Drogen im Jahr 2003 insbesondere mit den Folgen der seit Oktober 2002 verabschiedeten BUB-Richtlinie für die Substitution Opiatabhängiger, mit dem Modellprojekt zur kontrollierten Heroingabe, mit Suchtkrankheiten bei Ärzten und den Interventionsmöglichkeiten der Landesärztekammern, mit der Entwicklung eines flächendeckenden Angebots der Raucherentwöhnung durch niedergelassene Ärzte sowie mit der Erstellung eines Leitfadens für Ärzte zum Thema Medikamentenmissbrauch.

### Substitution Opiatabhängiger

Mit den am 28.10.2002 verabschiedeten BUB-Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger in der Kassenärztlichen Versorgung wurde die Notwendigkeit einer Begleitdiagnose als Voraussetzung für die Substitution abgeschafft. Dem Arzt wurden allerdings mit der neuen Richtlinie umfassende Dokumentationspflichten auferlegt. Zudem fällt es in seinen Aufgabenbereich, den psychosozialen Betreuungsbedarf zu ermitteln und entsprechende begleitende Maßnahmen einzuleiten. Darüber hinaus wurde mit der Neuregelung die bisher bestehende Konsiliarregelung nach § 5 Abs. 3 BtMVV zum 01.01.2004 für den Bereich der Kassenärztlichen Versorgung abgeschafft. Erst infolge der 76. Gesundheitsministerkonferenz, die am 02./03.07.2003 in Chemnitz tagte, konnte eine einjährige Verlängerung dieser Regelung, die eine vorübergehende Substitution von bis zu drei Opiatabhängigen ohne Fachkundenachweis erlaubt, durchgesetzt werden.

Der Ausschuss hat sich zudem beim Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen für eine bessere Honorierung der Substitution Opiatabhängiger in der kassenärztlichen Versorgung eingesetzt und gegenüber der Bundesdrogenbeauftragten eine Vertretungsregelung für substituierende Ärzte für den Urlaubs- und Krankheitsfall gefordert.

### Interventionsmöglichkeiten der Landesärztekammern bei Suchtkrankheit von Kammermitgliedern

Suchtkrankheiten von Ärztinnen und Ärzten finden durch die Darstellung spektakulärer Einzelfälle in den Medien immer wieder große öffentliche Aufmerksamkeit. Dabei haben verschiedene Studien gezeigt, dass die Prävalenz von Suchterkrankungen in dieser Bevölkerungsgruppe kaum über der erwachsenen Allgemeinbevölkerung liegt. Nach Hochrechnungen aus verschiedenen Studien dürften 7 - 8 % der Ärzte irgendwann einmal in ihrem Leben von einer Suchterkrankung betroffen sein.

Seit einigen Jahren führt die Ärztekammer Hamburg ein mehrstufiges Interventionsverfahren durch. Sobald der Ärztekammer eine Mitteilung über ein Suchtproblem eines Kammermitgliedes vorliegt, wird die betreffende Person zu einem ersten Gespräch in die Kammer eingeladen. Sollte sich dabei der Eingangsverdacht erhärten, wird eine fachgut-

achterliche Untersuchung durchgeführt, an die sich ggf. eine stationäre Therapie anschließen kann. Die Kammer hilft hier bei der Organisation von Praxisvertretungen. Besteht beim Betroffenen Uneinsichtigkeit gegenüber den vorgeschlagenen therapeutischen Maßnahmen, wird von der Möglichkeit zur behördlichen Meldung Gebrauch gemacht, die den Entzug der Approbation zur Folge haben kann. Nach erfolgreichem Abschluss der stationären Maßnahme vereinbaren Kammer und Arzt miteinander monatliche Nachuntersuchungen, die sich über ein Jahr erstrecken. Der Arzt verpflichtet sich zur Teilnahme an stützenden ambulanten psychotherapeutischen Angeboten und willigt in Kontrollkontakte durch die Kammer und nachgehende Laboruntersuchungen ein.

Bislang besteht noch kein Überblick darüber, wie sich das Problem in den anderen Kammerbezirken darstellt und welche Maßnahmen im Einzelnen vorgehalten werden. Darüber soll eine für 2004 geplante Befragung der Landesärztekammern näheren Aufschluss ergeben.

### **Entwicklung eines ärztlichen Leitfadens zum Thema „Medikamentenmissbrauch“**

Nach Schätzungen gibt es in Deutschland 1,5 Mio. Medikamentenabhängige. Ein besonderes Problem in der ärztlichen Praxis stellen der Umgang mit den Verschreibungsbedürfnissen von Patienten sowie die Beratung und Entwöhnung betroffener Patienten dar. Aus diesen Gründen hat sich der Ausschuss Sucht und Drogen dafür ausgesprochen, einen Leitfaden für Ärzte zum Thema „Medikamentenmissbrauch“ zu erstellen. In einem ersten Schritt wird die Bundesärztekammer zu dem Thema eine Expertenanhörung durchführen.

### **Raucherentwöhnung durch Ärzte**

Der Aufbau eines flächendeckenden Angebotes der Raucherentwöhnung durch Ärzte stellt ein zentrales Ziel des gesundheitsziele.de-Projektes (s. o.) dar. In Deutschland gibt es ca. 20 Millionen Raucher, ihr Anteil liegt in der erwachsenen männlichen Bevölkerung bei 39 % und in der weiblichen bei 31 %. Dabei ist v. a. der in den letzten zehn Jahren zu verzeichnende Anstieg der Raucherzahlen unter den Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren besorgniserregend: Bezeichneten sich 1993 noch 21 % der Jungen und 20 % der Mädchen dieser Altersgruppe als Raucher, so liegt ihre Zahl inzwischen bei 27 resp. 28 %. Der Anstieg der Raucherzahlen ist damit bei den Mädchen noch rasanter als bei den Jungen erfolgt mit dem Ergebnis, dass sie die Jungen inzwischen zahlenmäßig bereits überholt haben.

Ärztliche Angebote zur Raucherentwöhnung sollten sich insbesondere auf diejenigen Raucher konzentrieren, die die Kriterien einer Abhängigkeit nach ICD 10 erfüllen bzw. bereits Begleiterkrankungen aufweisen, die auf den Tabakkonsum zurückzuführen sind. Eine Raucherberatung durch den Arzt ist zudem Bestandteil der Disease Management Programme für Diabetes mellitus II, koronare Herzkrankheiten und des geplanten Programms für chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen.

Eine weitere Zielgruppe stellen diejenigen Raucher dar, die selber gegenüber ihrem Arzt den Wunsch nach einer Entwöhnung äußern. Laut Bundesgesundheitsurvey von 1998 unternahmen 35 % der Raucher im zurückliegenden Jahr erfolglos einen Aufhörversuch und 60 % erwägen es weiterhin. Da ca. 90 % der Bundesbürger mindestens einmal pro Jahr einen Arzt aufsuchen, stellt die ärztliche Praxis einen geeigneten Ort dar, um Patienten auf



ihr Rauchverhalten anzusprechen. Auswertungen von Studienergebnissen durch die Cochrane Collaboration haben gezeigt, dass die ärztliche Ansprache ein wirksames Mittel der Behandlung darstellt, das durch den Einsatz von Selbsthilfematerialien sowie von Nikotinersatzpräparaten zusätzlich gesteigert werden kann. Die Ansprache ist insbesondere dann erfolgreich, wenn sie die Motivationsebene berücksichtigt, auf der sich der Patient befindet und weitergehende Beratungen an ihr ansetzen (s. Miller und Rollnick 1991: Das von den Autoren begründete Motivational Interviewing unterscheidet in -Phase der Absichtslosigkeit, -Phase der Absichtsbildung, -Vorbereitungsphase, -Handlungsphase). Der Leitfaden der Bundesärztekammer „Frei von Tabak“, der seit einigen Jahren für die ärztliche Beratung vorliegt, orientiert sich ebenfalls an diesem Vorgehen. Weitere Materialien, insbesondere Informationen für Patienten, sollen gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt werden. Die Raucherberatung und -entwöhnung ist zudem Bestandteil der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“, die insgesamt 50 Stunden umfasst.

Allerdings fehlt es bislang an Anreizen in der Praxis, damit Ärzte sich für die Raucherentwöhnung qualifizieren und sie zu einem festen Bestandteil der therapeutischen Arbeit werden lassen. Abrechnungsmöglichkeiten bestehen bislang nur im Rahmen des therapeutischen hausärztlichen Gesprächs nach EBM-Ziffern 10 und 18 sowie als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) auf GOÄ-Basis. Zukünftig sollten deshalb entweder eine eigene Abrechnungsziffer geschaffen oder Sondervereinbarungen zur Vergütung der Raucherentwöhnung mit einzelnen Kassen abgeschlossen werden, wie sie z. B. für den Bereich der AOK Thüringen bestehen. Ein weiterer Zugang zur Stärkung der Raucherberatung durch den Arzt könnte über eine entsprechende Neugestaltung des § 20 SGB V erfolgen. Deshalb wird das Thema den Ausschuss „Sucht und Drogen“ auch weiterhin beschäftigen.

### **Tabakkontrollpolitik**

Das Jahr 2003 war in der Tabakkontrollpolitik von den Auseinandersetzungen um den Abschluss eines Rahmenabkommens der WHO zur Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control) geprägt. Die Vereinbarung von über 190 Mitgliedsstaaten der WHO drohte zwischenzeitlich v. a. am Widerstand Deutschlands und der USA gegen ein Tabakwerbeverbot zu scheitern, das nach Auffassung der beiden Länder gegen das durch die Verfassung geschützte Grundrecht auf freie Meinungsäußerung verstieße. Daraufhin wurde in das Vertragswerk eine Klausel aufgenommen, die Tabakwerbeverbote nur befürwortet, solange sie nicht in Widerspruch zu verfassungsrechtlichen Bestimmungen des jeweiligen Landes stehen. Inzwischen konnten die von der Bundesregierung vorgetragene Einwände für Deutschland durch ein Rechtsgutachten des Bochumer Staatsrechtlers Prof. Dr. Siekmann widerlegt werden. Demnach bestehen schon jetzt für die Tabakwerbung weitgehende und rechtlich begründete Einschränkungen. Zudem sei dem in Artikel 2 grundgesetzlich geschützten „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ ein gleichwertiger Verfassungsrang einzuräumen wie dem Grundrecht auf freie Meinungsäußerung nach Artikel 5 GG.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum richtete im Dezember 2003 die 1. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle aus, auf der neben der Frage eines umfassenden Tabakwerbeverbots die Themen Verbraucherschutz bei Tabakwaren, Tabakprävention in

Schulen, Nichtraucherschutz in Betrieben und Krankenhäusern sowie Möglichkeiten der Tabakentwöhnung durch den Hausarzt diskutiert wurden.

Die Bundesärztekammer arbeitet seit Jahren aktiv in dem „Aktionsbündnis Nichtrauchen“ (vorheriger Name: „Koalition gegen das Rauchen“) mit und setzt sich darüber für ein Tabakwerbeverbot, Steuererhöhungen auf Tabakprodukte, für umfassende Auszeichnungspflichten über Tabakinhaltsstoffe, einen wirksamen Schutz gegen Passivrauch und flächendeckende Angebote zur Raucherentwöhnung ein.

## Rehabilitation

In Anbetracht der enorm gestiegenen Möglichkeiten der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung Kranker und Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft rückt die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation zunehmend stärker in den Vordergrund gesundheitspolitischer Bemühungen. Bei der medizinischen Rehabilitation, also derjenigen Rehabilitationskomponente, die am Beginn eines jeden Rehabilitationsweges steht, kommt dem Arzt eine besondere Schlüsselfunktion zu. Oberstes Ziel aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten ist es, den Gesamt Ablauf der Rehabilitation von der medizinischen Behandlung und Rehabilitation über die berufliche bis hin zur sozialen Rehabilitation so erfolgreich wie möglich zu gestalten. Wesentliche Änderungen der für die medizinische Rehabilitation relevanten Regelungen enthalten das Ende 1999 verabschiedete Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 („GKV-Reform 2000“) sowie das zum 01.07.2001 in Kraft getretene neukodifizierte Sozialgesetzbuch IX. Einzelheiten hierzu werden an späterer Stelle dargelegt.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden in den 1.385 deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2001 2,05 Mio. Patientinnen und Patienten vollstationär versorgt. Das waren 2,5 % mehr als im Vorjahr. Nach dem starken, durch gesetzgeberisch induzierte Sparmaßnahmen bedingten Rückgang um 17,8 % im Jahr 1997 (1998: -10,8 %; 1999: -9,7 %) haben die Behandlungsfälle damit – ebenso wie im Jahr 2000 – wieder den Höchststand von 1996 (1,9 Mio.) überschritten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten verringerte sich im Jahr 2001 um 0,3 Tage auf 25,5 Tage. Ende 2001 wurden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 188.879 Betten – und damit rund 900 weniger als im Jahr 2000 – vorgehalten, die im Durchschnitt zu 77,5 % (2000: 76,1 %) belegt waren. In diesen Einrichtungen waren 117.683 Vollzeitkräfte beschäftigt (+ 2,0 %); davon waren 8.424 (+ 1,5 %) als ärztliches Personal und 90.730 Vollzeitkräfte (+ 1,3 %) als nichtärztliches Personal tätig.

Dieser in Klinik und Praxis wachsenden Bedeutung der Rehabilitation trägt die Arbeit des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ der Bundesärztekammer Rechnung. Unter Vorsitz von Rudolf Henke (MdL), Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, berät der Ausschuss die aus der ärztlichen Tätigkeit in der Rehabilitation erwachsenden Fragen und Themen wegen der engen Zusammenhänge mit der Gesundheitsförderung und der Prävention in einem bewusst integriert angelegten Gremium.

## Rehabilitation in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung

Insbesondere bei der Einleitung von medizinischen, aber auch beruflichen und sozialen Rehabilitationsmaßnahmen sieht der Gesetzgeber nicht nur für Krankenhausärzte, sondern auch für niedergelassene Ärzte eine intensive Mitwirkung vor. Eine wesentliche Voraussetzung für die Ausschöpfung der den Ärzten hierbei gegebenen Möglichkeiten sind spezifische Kenntnisse über die Einleitung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie über die hier relevanten sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen. Unter dieser Zielsetzung empfiehlt die Bundesärztekammer seit jeher, bei Fortbildungsveranstaltungen auch eine umfassende Information der Ärzte über die Weiterentwicklung von Maßnahmen der Rehabilitation einzubeziehen. Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer werden daher seit langem unter dem weitgespannten Bogen „Prävention – Diagnostik – Therapie – Rehabilitation“ konzipiert.

Mit dem Ziel der Stärkung der ärztlichen Kompetenz in der Rehabilitation hat die Bundesärztekammer bereits Anfang der neunziger Jahre nicht nur eine Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“, sondern auch eine Gebietsbezeichnung „Physikalische und rehabilitative Medizin“ in die (Muster-)Weiterbildungsordnung eingeführt, um der Rehabilitation in der ärztlichen Weiterbildung eine stärkere Bedeutung beizumessen. Die Einführung der Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ ging auf eine Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zurück; die Einführung der Gebietsbezeichnung „Physikalische und rehabilitative Medizin“ wiederum beruhte auf Zielvorstellungen sowohl des Berufsverbandes als auch der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Die vorgeschlagene und beschlossene Bezeichnung des Gebietes als „Physikalische und rehabilitative Medizin“ wurde damit begründet, den Begriff „Rehabilitation“ umfassend auf die als erforderlich erachtete Zusatzbezeichnung beziehen zu können. Das mit der Einführung des Gebietes intendierte Angebot wird daher in der Regel weniger in der klassischen freien Praxis, als vielmehr vorrangig in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und an den medizinischen Fakultäten der Universitäten – jedoch noch nicht flächendeckend – gesichert werden können. Durch den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ – kompatibel mit allen Gebieten der Weiterbildungsordnung – können Ärzte diejenigen Kenntnisse und Fähigkeiten erlernen und einüben, welche als Spezifikum der Rehabilitation mit ihren entscheidenden Verknüpfungen zum psychologischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Bereich anzusehen sind. Durch die Weiterbildung im Bereich „Rehabilitationswesen“ soll vor allem die Koordinationskompetenz des in Klinik und Praxis tätigen Arztes im gesamten Feld der Rehabilitation, d. h. nicht nur in der medizinischen, sondern auch in der beruflichen und sozialen Rehabilitation, gestärkt werden.

Im Vorfeld der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 wurden Überlegungen angestellt, unter Beibehaltung der Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ den Weiterbildungsgang zur Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ wegen dessen überwiegend theoretischer Ausrichtung entfallen zu lassen und statt dessen hierfür eine curriculare Fortbildung vorzusehen, welche mit einem Zertifikat der zuständigen Ärztekammer belegt werden sollte mit der Folge, dass dieses Zertifikat – ebenso wie die derzeitige Zusatzbezeichnung – führbar würde. Im Unterschied zu anderen Voten hat der Ausschuss „Gesundheitsförderung,

Prävention und Rehabilitation“ den erwogenen Entfall der erst 1992 eingeführten Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ mit der Begründung abgelehnt, dass die Eliminierung des fachübergreifenden Weiterbildungsganges aus der (Muster-) Weiterbildungsordnung langjährigen berufspolitischen Bemühungen um eine breitere Vermittlung fundierter Kenntnisse und Fähigkeiten von Ärztinnen und Ärzten in der Rehabilitation widersprechen würde. Das mit dem Gebiet „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ intendierte Ziel war auf die Schaffung einer der internationalen Entwicklung entsprechenden Facharztkompetenz auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation ausgerichtet; mit der Einführung der Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ wurde dem gegenüber das Ziel verfolgt, Ärztinnen und Ärzten in allen Tätigkeitsbereichen in Klinik und Praxis diejenigen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln, welche als Spezifikum der Rehabilitation mit ihrer entscheidenden Koordinationsfunktion zum psychologischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Bereich anzusehen sind. Durch eine Weiterbildung im Bereich „Rehabilitationswesen“ soll so auch weiterhin die Koordinations- und Managementkompetenz des Arztes im gesamten Feld der Rehabilitation, d.h. nicht nur in der medizinischen, sondern auch in der beruflichen und sozialen Rehabilitation gestärkt werden.

Nach intensiven Diskussionen in den Weiterbildungs- und Rehabilitationsgremien um die insoweit strittige Frage der zukünftigen Verankerung der Rehabilitation in der Weiterbildungsordnung hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer im Frühjahr 2003 in seiner Beschlussvorlage für den 106. Deutschen Ärztetag 2003 dazu entschieden, beide bisherigen Weiterbildungsgänge in der (Muster-)Weiterbildungsordnung zu belassen. Der Deutsche Ärztetag bestätigte im Mai 2003 diese Entscheidung mit großer Mehrheit.

## **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – BAR**

Als Antwort auf politische Bestrebungen, eine staatliche Rehabilitationsbehörde zu schaffen, ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit Sitz in Frankfurt/Main von den mit Fragen der Rehabilitation befassten Verbänden und Organisationen bereits Ende der sechziger Jahre gegründet worden. Durch die Einrichtung dieser Arbeitsgemeinschaft auf Selbstverwaltungsbasis gelang es, die Vielfalt der Initiativen im Bereich der Rehabilitation zu erhalten und zu stärken. In der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation arbeiten die Spitzenorganisationen der Rentenversicherung, der Unfallversicherung, der Krankenversicherung, der Hauptfürsorgestellen und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe unter Mitwirkung der Ärzteschaft mit Bund und Ländern zusammen. Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft umfassen insbesondere die Konkretisierung und Harmonisierung der Voraussetzungen und Inhalte von Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation Beteiligten. In dem vor allem für Fragen der medizinischen, aber auch der beruflichen und sozialen Rehabilitation zuständigen „Sachverständigenrat der Ärzteschaft“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung durch Dr. Bernhard Gibis und die Bundesärztekammer durch Dr. Hans-Jürgen Maas als für diesen Bereich zuständige Geschäftsführer dieser ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften vertreten.

Damit ist die Bundesärztekammer zwar seit nunmehr drei Jahrzehnten – neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – als eine der beiden Spitzenorganisationen der ärztlichen Körperschaften im Sachverständigenrat der Ärzteschaft bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vertreten, anders als die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist sie jedoch bislang nicht Mitglied dieser Arbeitsgemeinschaft und gehört somit weder deren Mitgliederversammlung noch deren Vorstand als Entscheidungsträger an. Diesem Umstand kommt seit der Kodifizierung des Rehabilitationsrechtes in einem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) mit Inkrafttreten zum 01.07.2001 eine besondere, aus Sicht der Bundesärztekammer wesentliche Bedeutung zu. So hat der Gesetzgeber mit dem SGB IX der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eine Vielzahl von Empfehlungskompetenzen eingeräumt, die insbesondere für den Bereich der medizinischen Rehabilitation zukünftig richtungweisende Bedeutung haben werden. Hervorzuheben sind hier vor allem die nach § 13 SGB IX vorgesehenen gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger zur Sicherung der Zusammenarbeit in den verschiedenen Feldern der Rehabilitation sowie die nach § 20 SGB V zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Rehabilitationsleistungen. Gerade letzterer Aspekt ist für die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern, welchen nach den Heilberufs- bzw. Kammergesetzen der Länder die Aufgabe zukommt, für die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausbildung Sorge zu tragen, von besonderer Relevanz. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 25.04.2003 auf Empfehlung des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ nach eingehender Beratung den Beschluss gefasst, die Aufnahme der Bundesärztekammer als weiteres Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu begehren. Zwar hat sich Ende 2003 der Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit diesem Aufnahmebegehren der Bundesärztekammer befasst, letztlich aber vor dem Hintergrund des Wunsches auch weiterer Organisationen, in die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation aufgenommen zu werden, sowie der noch nicht abgeschlossenen Arbeiten an einer Änderung der Satzung der BAR noch keine abschließende Entscheidung gefällt. Dies wird erst in der nächsten Sitzung des Vorstandes der BAR im Frühjahr 2004 – und damit nach Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichtes – erfolgen können.

Mit der in seinen wesentlichen Teilen am 01.07.2001 in Kraft getretenen Neukodifizierung des gesamten Rehabilitations- und Behindertenrechts im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) wurden die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wesentlich erweitert und gestärkt. Die Arbeitsgemeinschaft soll dem Gesetz zufolge, insbesondere bei der Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems, durch eine trägerübergreifende Zusammenarbeit mitwirken. Die BAR bildet dabei den Rahmen für die notwendigen Vorbereitungs- und Abstimmungsprozesse und hat den Auftrag, laufend Bericht zu erstatten. Erstmals wurde mit der Neukodifizierung des SGB IX auch das Schwerbehindertenrecht in das Sozialgesetzbuch IX einbezogen. Durch die Verknüpfung des Rehabilitationsrechtes mit dem Schwerbehindertenrecht werden die Sozialämter ebenfalls Kooperationspartner der Rehabilitationsträger. So muss beispielsweise die Beratung durch die erweiterten gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger auch eine Klärung des Hilfebedarfes umfassen. Folgende erweiterte Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind im SGB IX gesetzlich verankert worden:

- Die beteiligten Rehabilitationsträger vereinbaren die gemeinsamen Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und den Ländern auf der Grundlage eines von ihnen innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft erarbeiteten Vorschlags.
- Die Rehabilitationsträger teilen der Bundesarbeitsgemeinschaft jährlich ihre Erkenntnisse aus der Praxis mit. Die Bundesarbeitsgemeinschaft erstellt einen Jahresbericht und übermittelt diesen dem Aufsicht führenden Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Die Rehabilitationsträger teilen der Bundesarbeitsgemeinschaft alle drei Jahre – erstmals im Jahr 2004 – ihre Erfahrungen über die Errichtung gemeinsamer Servicestellen mit, berichten über die Durchführung und Erfüllung ihrer Aufgaben, die Einhaltung des Datenschutzes und zeigen Möglichkeiten zur Verbesserung auf. Die Bundesarbeitsgemeinschaft wertet diese Mitteilungen aus und beteiligt dabei die zuständigen Landessozialbehörden. Sodann erörtert die Bundesarbeitsgemeinschaft die Mitteilungen auf Landesebene mit den Verbänden der Behinderten, einschließlich der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen.  
 Hauptziel der Neukodifizierung des Rehabilitations-, Behinderten- und Schwerbehindertenrechtes im Sozialgesetzbuch IX ist die Koordinierung der Leistung und die Verstärkung der Kooperation der Leistungsträger. Ziel ist es, den Leistungsanspruch und den Hilfebedarf im Einzelfall rasch und unbürokratisch zu klären – ohne dass es dabei zu größeren zeitlichen Verzögerungen und Unterbrechungen zwischen Akutbehandlung und Anschlussrehabilitation kommt. Die Rehabilitationsträger werden verpflichtet, gemeinsame Servicestellen unter Nutzung der bereits vorhandenen Auskunfts- und Informationsstellen zu errichten, um eine übergreifende, ortsnahe und zügige Beratung der Betroffenen zu gewährleisten. Es ist darüber hinaus sicherzustellen, dass Behindertenorganisationen und Selbsthilfegruppen, einschließlich der Interessenvertretungen behinderter Frauen, bei der Arbeit und der Beratung durch die Servicestellen beteiligt werden. Die Rehabilitationsträger werden gesetzlich zum gemeinsamen Handeln und zur Abstimmung und Koordination ihrer Aufgaben verpflichtet. Die Rehabilitationsträger werden zur Erarbeitung und zur Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen aufgefordert. Darin muss festgelegt werden:
  - welche Maßnahmen nach § 3 (Grundsatz des Vorranges von Prävention) geeignet sind, um den Eintritt einer Behinderung zu vermeiden sowie die statistische Erfassung der Anzahl, des Umfangs und der Mitwirkung dieser Maßnahmen;
  - in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden, insbesondere eine Behinderung zu vermeiden, die durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingt ist;
  - in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist sowie die Ausgestaltung des Zuständigkeitsverfahrens (§ 14 SGB IX);
  - in welcher Weise die Bundesanstalt für Arbeit durch die übrigen Rehabilitationsträger zu beteiligen ist;
  - wie Leistungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zwischen verschiedenen Trägern koordiniert werden;
  - in welcher Weise und in welchem Umfang Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen sowie Kontaktstellen, die sich mit Prävention,

- Rehabilitation, Früherkennung und der Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen befassen, gefördert werden sollen;
- wie während der Ausführung ambulanter Leistungen zur Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben Leistungen zum Lebensunterhalt untereinander und von anderen Entgeltersatzleistungen abzugrenzen sind, soweit Anspruch auf mehrere Entgeltersatzleistungen besteht;
  - in welchen Fällen der Haus- und Facharzt oder der Betriebs- oder Werkarzt in die Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe einzubinden ist;
  - ein Informationsaustausch mit behinderten Beschäftigten, Arbeitgebern und den Verbänden der Integrationsvereinbarung (§ 83 SGB V), um möglichst frühzeitig den individuellen Bedarf zu erkennen und abzuschätzen.

## **„Rehabilitation Behinderter“ – Neuauflage des Wegweisers für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation**

Die 2. Auflage dieses Wegweisers für Ärzte wurde 1994 unter maßgeblicher Beteiligung des Sachverständigenrates der Ärzteschaft von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation neu herausgegeben und stieß seitdem auf großes Interesse sowohl bei den Ärzten und anderen Gesundheitsberufen wie auch im universitären und Verwaltungsbereich. Die anhaltend starke Nachfrage belegt, dass der Wegweiser in seiner Komplexität und Darstellung der Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland ein nicht wegzudenkendes Instrument auf diesem Gebiet darstellt.

Nach umfangreichen Vorarbeiten wird die BAR in Kürze eine ergänzte und aktualisierte Neuauflage herausgeben, die auch die inzwischen veränderte Gesetzeslage im Bereich der Rehabilitation berücksichtigt und sich an den Grundlagen und Verfahren einer patientenzentrierten, problem- und zielgruppengenauen Rehabilitation orientiert, aber auch die zeitgemäße und wissenschaftlich fundierte Fortentwicklung auf diesem Gebiet widerspiegelt. Hier ist vor allem an die Anpassung der Begrifflichkeit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und ihren Einfluss auf das SGB IX gedacht, aber auch an die Berücksichtigung der ihr zugrunde liegenden Defizit- als auch Ressourcenbeschreibung.

Der „Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe“ wird entsprechend der Vorgängerauflage so angelegt sein, dass er auch weiterhin für alle in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen geeignet ist. Als neue Zielgruppe sollen insbesondere die Medizinstudenten einbezogen werden. Daher wird die überarbeitete Publikation z.B. auch die neugefasste Approbationsordnung für Ärzte, welche ab 01.10.2003 gilt, berücksichtigen. Zwischenzeitlich hat eine Arbeitsgruppe in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter der Beteiligung des Sachverständigenrates der Ärzteschaft die Vorarbeiten für diese geplante Neuauflage aufgenommen.

## **REHACare International 2003**

Bereits im „Internationalen Jahr für Behinderte“ 1981 war die Bundesärztekammer neben einer Vielzahl weiterer Organisationen, Verbände, Behörden und Ministerien an der REHA '81 als erstem internationalen Rehabilitationskongress in der Bundesrepublik Deutschland als ideeller Mitträger beteiligt. Dieser und alle nachfolgenden Rehabilitationskongresse setzten sich zum Ziel, die Begegnung und Auseinandersetzung von Behinderten und Nichtbehinderten sowie mit Fachleuten aus der Rehabilitation, der Wirtschaft, der Verwaltung und nicht zuletzt der Politik zu ermöglichen. Durch das Wissen und die praktische Erfahrung dieser Gruppen und Institutionen wird darüber hinaus das Hilfsmittelangebot der mit dem Kongress verbundenen Ausstellung im besonderen Maße geprägt.

Im Jahr 2000 wurde in die REHA International als weltweit führende Messe für die Rehabilitation der Bereich der Pflege integriert – verbunden mit der Einführung eines nunmehr jährlichen Durchführungsturnus. Damit wurde die REHACare International 2000 erstmals als Internationale Fachmesse für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf konzipiert. Im Berichtsjahr fand die REHACare International – wieder unter ideeller Mitträgerschaft der Bundesärztekammer – vom 15.-18.10.2003 in Düsseldorf statt. Über 50.000 Besucher informierten sich über die von rund 800 Ausstellern aus 26 Ländern vorgestellten Produkte und Dienstleistungen aus der Rehabilitationstechnik sowie über Hilfsmittel für Rehabilitation und Pflege. Alltagshilfen, Fahrgeräte und Rollstühle sowie Mobilitätshilfen waren bei den Besuchern besonders gefragt. Fast die Hälfte interessierte sich für diese Bereiche.

In Themenparks gebündelte Informationen, die Fachbesuchern, Betroffenen und ihren Familien Anregungen geben und zielgruppenorientierte Lösungen aufzeigen, waren auch 2003 das Markenzeichen dieser international führenden Fachschau für Rehabilitation und Pflege. Einen Schwerpunkt bildete hierbei die Schau „Barrierefreies Planen – Bauen – Wohnen“. Anhand einer Musterwohnung zeigten Aussteller, wie Wohnraum behindertengerecht geplant und ausgestattet werden kann. Ein weiterer Schwerpunkt der RehaCare waren Hilfsmittel für blinde und sehbehinderte Menschen. Das Angebot umfasse nicht nur neue Sehhilfen und Braille-Tastaturen sondern auch Innovationen im Bereich der Bilderkennung. Die nächste REHACare International findet vom 10. bis 13.11.2004 wiederum in Düsseldorf statt.

## **Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation durch Initiativen der Ärzteschaft**

Angesichts der im Bereich der medizinischen Rehabilitation erheblich einschränkenden Gesetzgebung Mitte der neunziger Jahre forderte der 100. Deutsche Ärztetag 1997 in einer vielbeachteten EntschlieÙung die in Politik und Selbstverwaltung Verantwortlichen auf, den aus ärztlicher Sicht notwendigen Anforderungen an eine effektive medizinische Rehabilitation Kranker und Behinderter verstärkt Rechnung zu tragen. Diese EntschlieÙung des Eisenacher Ärztetages war sodann Ausgangspunkt und Grundlage dafür, auf dem



102. Deutschen Ärztetag 1999 in Cottbus die zunehmend schwieriger werdenden Probleme der medizinischen Rehabilitation umfassend zu beraten. Aufbauend auf den Grundsatzreferaten des Ausschussvorsitzenden und Mitgliedes des Vorstandes der Bundesärztekammer, Rudolf Henke (Aachen) sowie des international hochangesehenen niederländischen Rehabilitationsexperten Prof. Dr. G. Zilvold (Enschede) fasste der 102. Deutsche Ärztetag 1999 mit überwältigender Mehrheit eine viel beachtete EntschlieÙung, welche für die gesetzgeberischen Aktivitäten im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform 2000 sowie der Neukodifizierung des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) grundlegende Bedeutung erlangte (siehe Dokumentationsteil des Tätigkeitsberichtes 2001/2002).

## **GKV-Reform 2000 – Neuregelungen für die medizinische Rehabilitation**

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Reform 2000) traten ab dem 01.01.2000 folgende Neuregelungen mit besonderer Relevanz für die medizinische Rehabilitation in Kraft:

- Abgrenzung des Rehabilitationsbegriffes von Krankenbehandlung und Vorsorge (§§ 11, 23, 24 SGB V)
- Absenkung der Zuzahlungen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf das Niveau der Zuzahlung für Krankenhausbehandlung (§ 40 Abs. 5 SGB V)
- Flexibilisierung der dreiwöchigen Regeldauer für stationäre Vorsorge und Rehabilitation durch von den Spitzenverbänden zu vereinbarenden Leitlinien, in denen eine indikationsspezifische Regeldauer festgelegt wird (§ 23 Abs. 5, § 24 Abs. 2, § 40 Abs. 3, § 41 Abs. 2 SGB V)
- Verlängerung der Regeldauer bei stationären VorsorgemaÙnahmen für Kinder unter 14 Jahren auf vier bis sechs Wochen (§ 23 Abs. 7 SGB V)
- Vorgaben für die Höhe der Ausgaben für stationäre Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation für das Jahr 2000: Basis sind die Ausgaben des Jahres 1999 zuzüglich der jeweiligen Grundlohnentwicklung; für das Jahr 2000 ist von der Entwicklung im 2. Halbjahr 1998 und im 1. Halbjahr 1999 auszugehen (§ 23 Abs. 8, § 71 Abs. 3 SGB V)
- Vertragliche Ausgestaltung der internen Qualitätssicherung in Rehabilitationseinrichtungen durch die unmittelbaren Vertragspartner (§ 137 d SGB V)

## **Kodifizierung des Rehabilitations- und Schwerbehindertenrechts im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)**

Nach mehreren erfolglosen politischen Versuchen bereits über drei Legislaturperioden hinweg unternahm Anfang 1999 die neu gebildete Regierungskoalition mit einem Eckpunktepapier einen weiteren Anlauf, das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht in ein Sozialgesetzbuch IX einzuordnen. Die vorgelegten ersten Diskussionsentwürfe entsprachen in ihrer grundlegenden Zielsetzung sowie in einer Reihe erkennbarer, konkreter Regelungsvorhaben durchaus den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages und wurden inso-

weit von der Bundesärztekammer grundsätzlich begrüßt. Nach umfänglichen politischen Abstimmungen einer Koalitionsarbeitsgruppe legte daraufhin das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Ende 2000 einen „Referentenentwurf eines Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ vor. Auf der Grundlage der programmatischen Positionen der Entschließung des 102. Deutschen Ärztetages 1999 in Cottbus sowie entsprechender Beratungen des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ begrüßte die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zu der grundsätzlichen Ausrichtung des Gesetzesvorhabens, „dass die Bundesregierung mit dem vorliegenden Entwurf der schon in der Koalitionsvereinbarung niedergelegten Zielvorstellung nachkommt, das Recht der Rehabilitation behinderter Menschen weiterzuentwickeln und in einem Sozialgesetzbuch IX als weiteres Buch zusammenzufassen. Hiermit wird auch die Entschließung des 102. Deutschen Ärztetages 1999 aufgegriffen, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu fördern, die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu stärken sowie insbesondere das Recht der Rehabilitation zusammenzufassen, zu harmonisieren und weiterzuentwickeln. Hiermit wird zudem der Forderung des Ärztetages Rechnung getragen, mit einer einheitlichen Kodifizierung des Rehabilitationsrechtes zur Sicherung und Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation beizutragen. Zu begrüßen ist daher auch, dass das überragende Ziel jeglicher Rehabilitation, nämlich die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken, als übergeordneter Auftrag den einzelnen gesetzlichen Regelungen vorangestellt wird.“

Nach Verabschiedung im Bundeskabinett Anfang 2001 und den parlamentarischen Beratungen des Bundestages und Bundesrates trat das zustimmungspflichtige Gesetz in einer von Koalition und Opposition getragenen Fassung in seinen Kernbereichen am 01.07. 2001 in Kraft. Prioritäre Bedeutung für die politische Bewertung dieses Gesetzes hat vor allem die Feststellung, dass es nach mehr als zehn Jahren und zwei Anläufen in den beiden vorangegangenen Legislaturperioden nunmehr überhaupt hat zustande kommen können. Nach Inkrafttreten des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes im Jahre 1974 handelt es sich damit nach mehr als 25 Jahren um die erste wirkliche Weiterentwicklung des Rehabilitations- und Behindertenrechts in Deutschland. Von wesentlicher Bedeutung ist ebenso die durch dieses Sozialgesetzbuch bewirkte Zusammenfassung des Rechts der Behinderten und der Rehabilitation behinderter Menschen in einem weiteren Buch des Sozialgesetzbuches. Hervorzuheben sind auch die durch das SGB IX erreichte Umsetzung des Benachteiligungsverbot des Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes sowie die Orientierung des deutschen Behinderten- und Rehabilitationsrechtes an der Weiterentwicklung des Behindertenrechts im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation.

Hervorzuheben sind aus den Neuregelungen des SGB IX insbesondere folgende Bereiche:

- Besondere Bedürfnisse um Probleme behinderter Frauen und Kinder,
- Einführung eines Verbandsklagerechtes,
- Einheitliches Behindertenrecht auf Bundesebene,
- Leistungsrechtliche Regelungen als unmittelbar geltendes Recht für alle Rehabilitationsträger,
- Selbstbestimmung und Teilhabe; einheitlicher Begriff der Behinderung,
- Integration behinderter Menschen als Ziel der Leistungen,

- Einbeziehung der Träger der Sozial- und Jugendhilfe in die für alle Rehabilitations-träger geltenden Vorschriften,
- Leistungen zur sozialen Teilhabe/Änderung des Sozialhilferechts,
- Koordination der Leistungen und Kooperation der Leistungsträger in der Rehabilitation,
- Stärkung der Koordinationsfunktion der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (s. weiter oben),
- Rasche Zuständigkeitsklärung,
- Gemeinsame Servicestellen auf Kreisebene.

Hinsichtlich der praktischen Umsetzung des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) hob Ende 2002 das nunmehr zuständige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hervor, dass es den Prozess der Implementierung der Regelungen des SGB IX mit allen Mitteln aktiv unterstützen wird. Dies soll gemeinsam mit allen Beteiligten geschehen, insbesondere mit den Rehabilitationsträgern und den Organisationen und Verbänden behinderter Menschen. Die Verwirklichung dieser Ziele und Ansätze ist – so das Ministerium – aber nur dann möglich, wenn die Rehabilitationsträger den mit diesem Sozialgesetzbuch verbundenen Paradigmenwechsel auch tatsächlich vollziehen. Es gilt deshalb, ein neues Verständnis der Rolle der Betroffenen im Rehabilitationsgeschehen zu entwickeln. Nicht vorgefertigte Maßnahmen müssen angeboten werden, vielmehr müssen die individuell erforderlichen Leistungen von den Rehabilitationsträgern gemeinsam mit den betroffenen Menschen partnerschaftlich gestaltet werden. Hierfür ist zwar jeder Rehabilitationsträger selbst verantwortlich, gleichwohl gilt es das Denken in eigenen Zuständigkeiten und nur für den Kreis der eigenen Leistungsberechtigten zu überwinden. Verbesserte Koordination der Leistungen und verbesserte Kooperation der Leistungsträger sind daher die entscheidenden Schwerpunkte, um die mit dem gegliederten System verbundenen Schnittstellen zu überwinden. Die Bundesregierung hat sich verpflichtet, über die Wirkungen der getroffenen Regelungen bis Ende 2004 zu berichten und weitere Regelungen vorzuschlagen, wenn diese erforderlich sein sollten, um die Ziele des SGB IX zu erreichen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat angekündigt, bei feststellbaren Umsetzungsdefiziten die notwendigen Regelungen vorzuschlagen oder von der Möglichkeit der Regelung durch Rechtsverordnung Gebrauch zu machen.

