

# 4. Prävention und Rehabilitation

## Gesundheitsförderung und Prävention

Die Arbeit des Dezernats I im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung war im Jahr 2004 neben der Arbeit im Ausschuss für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation der Bundesärztekammer von der Arbeit im Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung und den Diskussionen um die Rahmenbedingungen eines Präventionsgesetzes geprägt.

### Entwurf für ein Präventionsgesetz

Nachdem im Oktober 2004 zunächst ein Eckpunktepapier für ein Präventionsgesetz auf der Grundlage der Verhandlungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) mit den Sozialversicherungen und den Gebietskörperschaften veröffentlicht worden war, wurde Anfang Dezember der Öffentlichkeit ein erster Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz vorgestellt.

Dieser sieht vor, dass die Gesetzliche Krankenversicherung, die Rentenversicherung, Unfallversicherung und Pflegeversicherung gemeinsam ein Jahresvolumen von insgesamt 250 Millionen € zur Finanzierung von Maßnahmen in der Primärprävention aufbringen. 20 % dieser Summe sollen über eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung vor allem für bundesweite Modellprojekte und Kampagnen, weitere 40 % auf Länderebene für settingbezogene Präventionsprojekte und die verbleibenden 40 % über die beteiligten Sozialversicherungen ausgegeben werden.

Bereits im Mai des Jahres hatte sich der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen in einem Positionspapier eingehend zum geplanten Präventionsgesetz geäußert.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf daran angeknüpft und deutlich gemacht, dass Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht nur über Mittel der Sozialversicherungen, sondern vor allem auch über Steuergelder finanziert werden muss. Prävention und Kuration dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden, sie sind beide als Bestandteile einer umfassenden Patientenversorgung zu verstehen. Die Stellungnahme weist auch darauf hin, dass primäre Prävention in enger Verzahnung mit der ärztlichen Versorgung am sinnvollsten ist. Darüber hinaus sollte das Gesetz dazu beitragen, vorhandene Präventionsprogramme insbesondere auch im ärztlichen Bereich zu stärken und weiterzuentwickeln. Ärzte müssen zudem in die Qualitätssicherung der primärpräventiven Angebote einbezogen werden. Primäre Prävention darf nicht überwiegend durch punktuelle Modellprojekte erfolgen, sondern muss die Schaffung eines qualitätsgesicherten und flächendeckenden Netzes an Präventionsangeboten zum Ziel haben. Das Papier betont zudem die Bedeutung der Arztpraxis für die Ansprache und Motivierung des Versicherten zur Prävention. Gerade sozial schlechter gestellte Bevölkerungsschichten lassen sich auf diesem Wege gut erreichen.

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

Der Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ hat am 19.10.2004 unter seinem Vorsitzenden Rudolf Henke, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, erstmalig am neuen Sitz der Bundesärztekammer in Berlin getagt. Insbesondere hat er sich mit der Thematik „Krankheit und soziale Lage“ auseinandergesetzt und das Thema für eine Diskussion auf einem der nächsten Ärztetage vorbereitet. Wie die inzwischen vorliegenden Ergebnisse eines fünfjährigen Forschungsprojektes der European Science Foundation „Social Variations in Health Expectancy in Europe“ unter Leitung von Prof. Dr. Siegrist bestätigen, nehmen gesundheitliche Risiken wie auch die Mortalität entlang eines sozialen Gradienten zu. Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen oberer und unterer sozialer Schicht betragen demnach europaweit im Durchschnitt zwischen 5 und 10 Jahren, wobei diese Unterschiede keineswegs allein durch unterschiedliche gesundheitliche Versorgung bedingt sind.

Die gesundheitspolitische Diskussion der letzten Jahre hat eine zunehmende Aufwertung der Prävention im Gesundheitswesen verdeutlicht. Ausfluss dessen ist nicht nur die Einführung von Bonusregelungen nach § 65 a SGB V, sondern v. a. auch die Entwicklung eines Präventionsgesetzes. Der Ausschuss hat deshalb die Einrichtung einer Ständigen Konferenz Prävention und Gesundheitsförderung angeregt, die das Themengebiet auf breiterer Basis im ärztlichen Kontext begleiten soll. Dieser soll auch über das Thema und die Durchführung der nächsten Präventionstage beraten und entscheiden.

### **Qualitätssiegel SPORT PRO REHA**

Ein weiteres zentrales Thema des Ausschusses und der Arbeit des Dezernats I stellte die Entwicklung eines Qualitätssiegels SPORT PRO REHA dar. Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte sich im März 2003 grundsätzlich für die Entwicklung eines solchen Qualitätssiegels gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund (DSB) und dem Deutschen Behindertensportverband (DBSV) ausgesprochen. Die von den beiden Verbänden im September 2003 der Öffentlichkeit vorgestellten Kriterien entsprachen jedoch nicht den Qualitätsansprüchen der Bundesärztekammer. Vielmehr muss ein solches Siegel klar definierten Anforderungen sowohl an die räumliche Ausstattung wie auch an das inhaltliche und methodische Konzept genügen. Ein Auditingverfahren soll der Überprüfung der Selbstangaben der beantragenden Vereine und der Qualitätsverbesserung der angebotenen Maßnahmen dienen. Die Übungseinheiten sollen in enger Absprache mit dem betreuenden Arzt durchgeführt werden, eine enge Kommunikation mit dem behandelnden Arzt, der über begleitende Untersuchungen den Rehabilitationsverlauf supervidiert, ist ebenfalls sicherzustellen. Zudem soll nach Auffassung der Bundesärztekammer die Prozessqualität durch begleitende Qualitätszirkel gestärkt werden.

In 2004 hat es daraufhin mehrere Gesprächsrunden zwischen der Bundesärztekammer, dem DSB und dem DBSV gegeben mit dem Ziel, der Öffentlichkeit zum Jahresbeginn 2005 ein gemeinsames und qualitativ hochwertiges Siegel SPORT PRO REHA auf der Grundlage der von der Bundesärztekammer formulierten Qualitätskriterien vorstellen zu können.

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

Die Bundesärztekammer hat 2004 in den Arbeitsgruppen „Gesunde Kindergärten und Schulen“, „Gesund altern“ und „Recht und Organisation“ des Deutschen Forums Prävention

und Gesundheitsförderung mitgearbeitet. Die Arbeit in der AG 2 „Gesunde Kindergärten und Schulen“ war von der Erstellung von „Empfehlungen zur gesundheitsförderlichen Entwicklung von Schulen auf dem Weg zur Ganztagschule“ geprägt. Seit 2003 fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit 4 Mrd. € über 4 Jahre hinweg den bundesweiten Aufbau von Ganztagschulen. Mit den Empfehlungen des Deutschen Forums sollen Antragsteller über Möglichkeiten der Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lernumwelt in den Bereichen Bewegung und Ernährung an Ganztagschulen informiert werden.

Die AG 3 „Gesund altern“ hat sich im zurückliegenden Jahr vorrangig mit dem Thema „Präventiver Hausbesuch“ beschäftigt und plant nun, hierzu 2005 ein eigenes Expertenhearing durchzuführen. Offene Fragestellungen sind insbesondere, wer Zielgruppe und was Inhalte solcher Hausbesuche sein sollten, welche Berufsgruppe zur Durchführung am geeignetsten ist, wie die aufsuchende Arbeit sinnvoll an vorhandene Strukturen des Gesundheitswesens angekoppelt werden kann und welche gesundheitsökonomischen Aspekte einzubeziehen sind. Der 1. Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung vom 29.-30.04.2004 hat sich unter dem Thema „Gesellschaft mit Zukunft - Altern als Herausforderung für Prävention und Gesundheitsförderung“ ebenfalls mit Fragen des gesunden Alterns befasst.

Der Schwerpunkt der Arbeit der AG 4 „Recht und Organisation“ lag vor allem in der Ausarbeitung einer Geschäftsordnung für das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung. Obgleich das Forum von der Ministerin bereits im Jahre 2002 gegründet wurde, liegt bislang nur ein Entwurf für eine Geschäftsordnung vor.

### **Gemeinsamer Bundesausschuss – Unterausschuss Prävention**

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat die Bundesärztekammer ihren Gaststatus im Gemeinsamen Bundesausschuss verloren. Sie wird seit dem 01.01.2004 nur noch über schriftliche Stellungnahmen in die Beratungen einbezogen. Eine erste Aufforderung zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme erging zum Richtlinienentwurf für ein erweitertes Neugeborenen-Screening, mit dem zukünftig Neugeborene auf 12 seltene Stoffwechselerkrankungen mittels Tandemmassenspektrometrie untersucht werden sollen. In der Stellungnahme hat die Bundesärztekammer insbesondere Bedenken geäußert, dass Eltern eines neugeborenen Kindes solche durch die Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse vor-enthalten werden sollen, die andere, nicht zu den Zielkrankheiten der Untersuchung gehörende Krankheiten betreffen. Auch kritisiert sie die in dem Richtlinienentwurf festgelegten Mindestmengen für die von den Laborärzten und den Laboren jährlich durchzuführenden Untersuchungen und befürchtet, dass über diese Regelung lediglich die vorhandene Versorgungslandschaft ohne einen Zugewinn an Qualität ausgedünnt wird. Zudem bewirkt das in dem Richtlinien-Entwurf aufgeführte Akkreditierungsverfahren nach Einschätzung der Bundesärztekammer einen nicht statthaften Ausschluss anderer Leistungserbringer. Darüber hinaus wird empfohlen, die Lagerungszeiten der Filterpapiere mit den erforderlichen Blutproben an die Intervalle der Laboringversuche anzupassen.

### **gesundheitsziele.de**

Die Arbeitsgruppen des im Dezember 2000 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) begonnenen Projektes „gesundheitsziele.de“ haben 2004 ihre Arbeit weitgehend beendet. Auf der Grundlage der von den Arbeitsgruppen

formulierten Zielen und Teilzielen wurden Maßnahmen zusammengestellt, die die Erreichung dieser Ziele unterstützen. Zudem wurde ein Logo „gesundheitsziele.de“ geschaffen, das zielkonformen Maßnahmen durch die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG) verliehen werden kann.

Für 2005 ist die Erstellung einer Publikation „gesundheitsziele.de: Wirkungen und Wechselwirkungen“ geplant, über die die identifizierten Maßnahmen systematisch dargestellt werden sollen.

Im Rahmen von gesundheitsziele.de wurde eine neue Arbeitsgruppe „Depression“ eingerichtet, in die die Bundesärztekammer zwei Vertreter entsandt hat.

### **Nationales Suizidpräventionsprogramm**

Jährlich nehmen sich in Deutschland etwa 11 000 Menschen das Leben. Diese Zahl liegt deutlich über der der Verkehrstoten. 2002 wurde deshalb ein Nationales Suizidpräventionsprogramm initiiert, das von der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) getragen und vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und dem European Network on Suicide and Prevention der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt wird.

Auf der diesjährigen Jahrestagung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms in Berlin stellten 14 Unterarbeitsgruppen ihre Aktivitäten vor. Ein Ergebnis ist, dass in Zusammenarbeit mit dem Bundesfamilienministerium eine Broschüre zur Suizidprävention im Alter erstellt werden soll, die sich sowohl an Betroffene als auch an Angehörige und helfende Berufe richtet.

Vorgeschlagen wird zudem eine Reduktion der Abgabemengen von kritischen Medikamenten sowie die Verblisterung der Tabletten in den Packungen, womit ein psychologisches Hindernis für eine Überdosierung eingebaut wird. Zudem wird eine Kurzinformation für Hinterbliebene zum Umgang mit Trauer, zu polizeilichen Ermittlungen und zur Rechtssituation erarbeitet. Diese soll den Hinterbliebenen v. a. über Erstkontaktpersonen wie Polizei oder Notärzte überreicht werden. Darüber hinaus liegen Vorschläge zum Aufbau von 24-Stunden-Krisendiensten vor. Empfehlungen zur ärztlichen Behandlung nach einem Suizidversuch werden derzeit von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erarbeitet. Eine stärkere Berücksichtigung des Themas in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung wird empfohlen.

### **Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“**

Die Bundesärztekammer wirkt seit 1998 in der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“ mit. Im zurückliegenden Jahr hat eine Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft einen ersten Entwurf für ein Nationales Unfallpräventionsprogramm erstellt. Der Bericht der Bundesärztekammer „Verletzungen und deren Folgen - Prävention als ärztliche Aufgabe“, der auf Grundlage eines Beschlusses des 102. Deutschen Ärztetages 1999 erstellt worden war, hat für dieses Thema wichtige Grundlagen gelegt. Das nun entwickelte Nationale Unfallpräventionsprogramm soll im Frühjahr 2005 im Rahmen eines Experten-Hearings einer größeren Öffentlichkeit vorgestellt werden.

Darüber hinaus bestehen Überlegungen, es zu einem Teil eines Nationalen Präventionsprogramms im Rahmen der geplanten Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung werden zu lassen.

In Zusammenarbeit mit der BZgA wurde eine Online-Datenbank zu Angeboten und Projekten der Kinderunfallverhütung in Deutschland ins Netz gestellt, die stetig ausgebaut wird. Sie dient der Information von Interessierten sowie der Vernetzung der in dem Themenfeld Engagierten.

### **Ständiger Koordinierungsausschuss der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Die Aktivitäten der BZgA fokussierten im Jahr 2004 insbesondere auf der Erstellung eines Leitfadens für eine rauchfreie Schule. Dieser beinhaltet umfangreiche Informationen und Materialien für Lehrer, Eltern und Schüler. Zwischenzeitlich war der Leitfaden in die öffentliche Kritik geraten, weil er mit Mitteln der Tabakindustrie erstellt wurde. Hintergrund ist ein Vertrag des Verbandes der Cigarettenindustrie mit dem Bundesministerium für Gesundheit, über den für tabakbezogene Präventionskampagnen im Kinder- und Jugendbereich über einen Zeitraum von fünf Jahren Zuwendungen in Höhe von insg. 11,8 Mio. Euro bereit gestellt wurden.

Inzwischen haben die Bundesländer Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen beschlossen, dass ihre Schulen rauchfrei werden sollen.

### **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 der Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (§ 140 f) 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 Kooperations-

beratungsstellen 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

In der Suchtpolitik ist in den letzten Jahren eine verstärkte Verlagerung des Fokus auf legale Drogen zu verzeichnen. Stichworte sind die Kontrolle des Tabakkonsums sowie Maßnahmen zur Reduktion des Konsums alkoholischer Mischgetränke (sog. „Alkopops“). In Zeiten knapper öffentlicher Kassen scheint die Erhöhung der entsprechenden Verbrauchssteuern ein probates und wirksames Steuerungsinstrument, auf das im zurückliegenden Jahr seitens der Politik verstärkt zurückgegriffen wurde.

## 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 2004 insbesondere mit Fragen der Substitution Opiatabhängiger, mit der Tabakentwöhnung durch Ärzte und der Beratung von Patienten mit Medikamentenmissbrauch.

### Konsiliarregelung in der Substitution Opiatabhängiger

Die BUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Substitution Opiatabhängiger vom 28.10.2002 sahen ursprünglich vor, dass die konsiliarische Substitution gemäß § 5 (3) BtMVV (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung) im Bereich der kassenärztlichen Versorgung nach dem 31.12.2003 nicht mehr möglich sein sollte. Diese Übergangsfrist war Ende 2003 per Beschluss des Bundesausschusses noch einmal um ein Jahr bis zum 31.12.2004 verlängert worden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich deshalb in seiner Sitzung am 25.06.2004 mit der Thematik befasst und sich ausdrücklich für den Erhalt der Konsiliarregelung im Bereich der kassenärztlichen Versorgung ausgesprochen und dies der Bundesdrogenbeauftragten mit Schreiben vom 15.07.2004 mitgeteilt. Inzwischen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Sitzung am 17.11.2004 beschlossen, die Befristung der Konsiliarregelung dauerhaft aufzuheben, so dass diese Regelung gemäß § 5 (3) BtMVV fortan auch für den kassenärztlichen Bereich wieder volle Gültigkeit besitzt.

Darüber hinaus hat der Ausschuss „Sucht und Drogen“ die Frage einer Urlaubs- und Krankheitsvertretung von substituierenden Ärzten durch Ärzte ohne die Qualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ diskutiert. Als Ergebnis seiner Beratungen hat er der Bundesdrogenbeauftragten in einem Brief vorgeschlagen, eine zeitlich befristete und zahlenmäßig begrenzte Substitution durch vertretende Ärzte ohne entsprechende Qualifikation zu ermöglichen. In weitergehenden Gesprächen im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) wurde inzwischen in Aussicht gestellt, eine entsprechende Vertretungsregelung neu in die BtMVV aufzunehmen.

Der Ausschuss hatte sich zudem für eine Höhervergütung der Methadonsubstitution in der vertragsärztlichen Versorgung ausgesprochen und dieses Anliegen dem Vorsitzenden des Bewertungsausschusses schriftlich mitgeteilt. Mit Schreiben vom 08.06.2004 wurde die Bundesärztekammer darüber informiert, dass mit der Einführung des EBM 2000 plus im Jahr 2005 eine Höherbewertung der Vergütung für die Substitution Opiatabhängiger vorgesehen ist.

Die Bedeutung einer psycho-sozialen Betreuung substituierter Opiatabhängiger für die Reintegration Drogenabhängiger ist unbestritten und ist durch verschiedene wissenschaftliche Studien belegt. In den Richtlinien der Bundesärztekammer stellt sie einen integralen Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes in der Substitution Opiatabhängiger dar. Es fehlt jedoch weiterhin an einer gesetzlichen Kostenregelung für diese Leistungen. Um ein Bild über die gegenwärtige Situation in der Versorgungslandschaft zu erhalten, hat der Ausschuss Sucht und Drogen im Frühjahr 2004 eine Umfrage bei den Landesärztekammern zur psycho-sozialen Betreuung Opiatabhängiger durchgeführt. Die Rückmeldung durch die Landesärztekammern ergab, dass ihrer Einschätzung nach zwischen 50 und 95 % der Substituierten psycho-sozial versorgt werden. In der Mehrzahl wird die Betreuung von den Drogenberatungsstellen und Gesundheitsämtern geleistet, in den selteneren Fällen wird sie von den substituierenden Ärzten selber durchgeführt. Die Finanzierung der psycho-sozialen Betreuung erfolgt vor allem auf indirektem Wege über Zuwendungen des Landes und der Kommunen für die entsprechenden Beratungsstellen, in den ärztlichen Praxen ist sie über den EBM abgedeckt. In einigen Regionen wird sie auf der Basis von Einzelanträgen über die Wiedereingliederungshilfe Behinderter nach § 39 BSHG (Bundessozialhilfegesetz) finanziert.

Der 107. Deutschen Ärztetag hat sich auf der Grundlage der Befragungsergebnisse für eine klare gesetzliche Regelung zur psycho-sozialen Begleitung substituierter Opiatabhängiger ausgesprochen, die auch dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit mitgeteilt wurde.

### **Modellversuch „Kontrollierte Heroinvergabe“**

Nach dem gegenwärtigen Stand ist bei positivem Verlauf des Modellversuchs mit einer Zulassung des Diacetylmorphins für die Substitution Opiatabhängiger etwa Mitte 2006 zu rechnen. Die für die Zulassung erforderlichen Auswertungsdaten der Studienphase I werden auf Grund einer verlängerten Rekrutierungsphase nicht vor Mitte 2005 vorliegen. Erst dann kann beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) der Antrag zur Zulassung des Diacetylmorphins als Fertigarznei gestellt werden.

Im Falle einer Zulassung werden entsprechende Anpassungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), der BtMVV wie auch der Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger und der Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erforderlich. Der Ausschuss hat sich im zurückliegenden Jahr mit der Thematik befasst und wird 2005 die erforderlichen Anpassungen einleiten.

### **Tabakabhängigkeit**

Das Thema „Tabakabhängigkeit“ gewinnt auch in Deutschland in der öffentlichen und gesundheitspolitischen Diskussion zunehmend an Bedeutung. Ausdruck dessen ist die im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ der Bundesregierung vorgenommene Verlagerung des Schwerpunktes von den illegalen auf die legalen Suchtstoffe, die Ratifizierung des Rahmenabkommens der WHO zur Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control) sowie die Verabschiedung einer dreistufigen Tabaksteuererhöhung durch Bundestag und Bundesrat im Berichtsjahr. Die genannten Maßnahmen sind von der Bundesärztekammer über entsprechende Entschließungen des Deutschen Ärztetags sowie Pressemitteilungen positiv begleitet worden. Darüber hinaus wurde Prof. Dr. Flenker vom

Vorstand der Bundesärztekammer als ärztlicher Vertreter für den „Drogen- und Suchtrat“ des BMGS benannt. Dieser wird den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ als oberstes beschlussfassendes Gremium hinsichtlich seiner Umsetzung begleiten.

Der Ausschuss Sucht und Drogen hat sich 2004 auch mit der Frage befasst, welchen Beitrag die Ärzteschaft zu einer Verringerung des Rauchens in der Bevölkerung leisten kann. Gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat er eine Stellungnahme zu den §§ 33/34 GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) verfasst, die der 107. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit verabschiedet hat.

Die Stellungnahme richtet sich insbesondere gegen die Formulierung des Gesetzes, dass es sich bei Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung um Mittel handle, „bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.“ In Abgrenzung hierzu spricht sich der Deutsche Ärztetag in seiner Entschließung für eine Anerkennung der Tabakabhängigkeit als Erkrankung gemäß ICD-10 durch den Gesetzgeber aus und fordert entsprechend eine Honorierung der qualifizierten ärztlichen Raucherentwöhnung durch die Krankenkassen.

Als Schritt der Ärzteschaft in diese Richtung entwickelt der Ausschuss „Sucht und Drogen“ zur Zeit eine Qualifikationsmaßnahme für Ärzte zur Durchführung der Raucherberatung und Tabakentwöhnung. Diese soll 20 Std. umfassen und sich sowohl aus Präsenzanteilen (12 Std.) wie auch Selbstlernmodulen (8 Std.) zusammensetzen. Zudem soll sie auf den Erwerb der Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Grundversorgung“ anrechenbar sein.

Da über 90 % der Bundesbürger mindestens einmal pro Jahr einen Arzt aufsuchen, ist die ärztliche Praxis ein geeigneter Ort, um Patienten auf ihr Rauchverhalten anzusprechen. Auswertungen von Studienergebnissen durch die Cochrane Collaboration haben zudem nachgewiesen, dass die ärztliche Ansprache ein wirksames Mittel der Behandlung darstellt. Ihre Wirkung kann durch den Einsatz von Selbsthilfematerialien sowie von Nikotinersatzpräparaten zusätzlich gesteigert werden.

### **Suchterkrankungen bei Ärzten**

Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ hat zu Beginn des Jahres eine Umfrage zu bestehenden Hilfsangeboten der Landesärztekammern für suchtkranke Ärzte durchgeführt. Diese machte deutlich, dass die Mehrzahl der Kammern inzwischen über ein strukturiertes Verfahren verfügt, das im Falle einer Verdachtsmeldung angewandt wird. Gespräche mit den betroffenen Ärzten, kontinuierliche Kontakte zu stationären und ambulanten Therapieangeboten und zu den Approbationsbehörden sowie eine strukturierte Nachsorge sind zentrale Bestandteile der Interventionsprogramme der Landesärztekammern.

Die Ergebnisse der Befragung wurden der Ständigen Konferenz der Geschäftsführer der Landesärztekammern vorgestellt, die auf dieser Grundlage damit begonnen hat, Empfehlungen zur Implementierung von Hilfsprogrammen zu erstellen.

### **„Leitfaden Medikamentenmissbrauch“ – Planung eines Expertenhearings als Vorbereitung auf die Entwicklung eines Beratungsleitfadens**

Der Ausschuss Sucht und Drogen hatte sich bereits 2003 für die Erstellung eines Beratungsleitfadens für Ärzte zum Thema „Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit“ ausgesprochen. Gemeinsam mit dem Vorstand der Bundesärztekammer war vereinbart worden, den

Arbeiten an dem Leitfaden eine Expertenanhörung vorzuschalten, die am 23.09.2004 in der Bundesärztekammer stattfand. An ihr waren sowohl Fachärzte aus der ambulanten und stationären Versorgung, Vertreter der Fachverbände und der Patientenorganisationen sowie Experten aus dem pharmakologischen Bereich beteiligt. Es wurde die Erstellung einer Kurz- und einer Langfassung eines Leitfadens vereinbart, der sich auch in der ärztlichen Praxis leicht einsetzen lässt. Ergänzend soll gemeinsam mit den Patientenvertretern eine Patienteninformation erstellt werden. Der Leitfaden soll insbesondere folgende Zwecke erfüllen:

- Hinweise geben, wie ein bestehender Missbrauch bzw. eine Abhängigkeit erkannt und diagnostiziert werden kann;
- dem Arzt/der Ärztin Hinweise dafür zu geben, wie sich eine ärztlich induzierte Medikamentenabhängigkeit verhindern lässt;
- auf Beschwerdebilder eingehen, die ein besonders großes Risiko für einen Medikamentenmissbrauch beinhalten;
- Hilfestellungen zur ärztlichen Verordnungskontrolle bieten;
- typische Arzt-Patienten-Interaktionen ansprechen und Lösungswege aufzeigen;
- Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Hilfsangeboten und mit Selbsthilfegruppen aufzeigen.
- Der Leitfaden soll zudem auf spezifische Patientengruppen eingehen, wie z. B.
  - Patienten ohne bestehenden Medikamentenmissbrauch, jedoch mit einem Beschwerdebild, das ein hohes Risiko zur Anwendung von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial impliziert,
  - Patienten mit einem bereits bestehenden, unangemessenen Medikamentengebrauch,
  - abhängige Patienten,
  - Patienten in der Substitution,
  - Patienten mit Krankheiten, die problematische Medikamente erfordern.

Der Leitfaden soll voraussichtlich bis Ende 2005 fertig gestellt werden.

## Rehabilitation

Die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation rückt in Anbetracht der enorm gestiegenen Möglichkeiten der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung Kranker und Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft 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 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.

In den 1.343 deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2003 2,0 Mio. Patientinnen und Patienten vollstatio-

när versorgt. Damit gab es erstmals seit 1997 im Jahr 2003 weniger Patientinnen und Patienten in diesen Einrichtungen – die Zahl der Behandlungsfälle lag damit um 2,7 % niedriger als 2001. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug ebenso wie im Jahr 2002 25,5 Tage. Ende 2002 wurden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 184.635 Betten – und damit rund 600 weniger als im Jahr 2001 - vorgehalten, die im Durchschnitt zu 77,3 % (2001: 77,5 %) belegt waren. In diesen Einrichtungen waren 117.400 Vollzeitkräfte beschäftigt (- 0,4 %); davon waren 8.347 als ärztliches Personal und 90.593 Vollzeitkräfte als nichtärztliches Personal tätig.

Die Arbeit des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ der Bundesärztekammer trägt der in Klinik und Praxis wachsenden Bedeutung der Rehabilitation 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 deshalb bewusst integriert angelegten Gremium.

## Ärztliche Weiter- und Fortbildung in der Rehabilitation

Der Gesetzgeber sieht insbesondere bei der Einleitung von medizinischen, aber auch beruflichen und sozialen Rehabilitationsmaßnahmen 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. Daher werden Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer schon seit langem unter dem weitgespannten Bogen „Prävention – Diagnostik – Therapie - Rehabilitation“ konzipiert.

Bereits Anfang der neunziger Jahre hat die Bundesärztekammer mit dem Ziel der Stärkung der ärztlichen Kompetenz in der Rehabilitation 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 medizini-

schen 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.

Auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 wurden im Zuge der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung 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.

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

## **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – BAR**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit Sitz in Frankfurt/Main ist bereits Ende der sechziger Jahre von den mit Fragen der Rehabilitation befassten Verbänden und

Organisationen als Antwort auf politische Bestrebungen, eine staatliche Rehabilitationsbehörde zu schaffen, 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 Spitzenorganisationen vertreten.

Zwar ist hiermit die Bundesärztekammer seit nunmehr drei Jahrzehnten – neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 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 im Frühjahr 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. Der Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hatte sich zwar Ende 2003 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. Erst mit Schreiben vom 14.09.2004 hat der Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation dem Präsidenten der Bundesärztekammer mitgeteilt, dass sich der Vorstand

der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach eingehender Diskussion im Ergebnis dafür ausgesprochen hat, den Status der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vorrangig als Plattform der Rehabilitationsträger unverändert beizubehalten. In Folge des Umstandes, dass die Bundesärztekammer kein Rehabilitationsträger ist, habe sich die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation daher nicht in der Lage gesehen, dem Antrag der Bundesärztekammer auf Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu entsprechen. Der Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ hat in seiner Sitzung am 19.10.2004 diese Entscheidung ausdrücklich bedauert, sich jedoch auch dafür ausgesprochen, dass die Bundesärztekammer als Spitzenorganisation der verfassten Ärzteschaft auch ohne ihre formelle Mitgliedschaft aus ihrer Sicht erforderliche Positionierungen im Hinblick auf die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zukünftig auch auf anderen geeigneten Wegen politisch einbringt.

Die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) wurden mit der in seinen wesentlichen Teilen am 01.07.2001 in Kraft getretenen Neukodifizierung des gesamten Rehabilitations- und Behindertenrechts im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)) wesentlich erweitert und gestärkt. Die BAR 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 Rehabilitationsrechts 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 Werksarzt 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**

Unter maßgeblicher Beteiligung des Sachverständigenrates der Ärzteschaft wurde 1994 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation die 2. Auflage dieses Wegweisers für

Ärzte neu herausgegeben und stieß seitdem auf großes Interesse sowohl bei 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.

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

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 renommierten 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. Die EntschlieÙung ist im Dokumentationsteil des Tätigkeitsberichtes 2001/2002 abgedruckt worden.

## Neuregelungen für die medizinische Rehabilitation durch die GKV-Reform 2000

Ab dem 1. Januar 2000 traten mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Reform 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 Vorsorgemaßnahmen 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)

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

Die rot-grüne Regierungskoalition unternahm Anfang 1999 nach mehreren erfolglosen politischen Versuchen bereits über drei Legislaturperioden hinweg 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 insoweit von der Bundesärztekammer grundsätzlich begrüßt. Ende 2000 legte daraufhin das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 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.“

In einer von Koalition und Opposition gemeinsam getragenen Fassung trat das zustimmungspflichtige Gesetz in seinen Kernbereichen am 01.07.2001 in Kraft. Prioritäre Bedeutung für die politische Bewertung dieses Gesetzes hatte vor allem die Feststellung, dass es nach mehr als zehn Jahren und zwei Anläufen in den beiden vorangegangenen Legislaturperioden nunmehr überhaupt hätte 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 Rehabilitationsrechts 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 Rehabilitationsträger 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.

Das nunmehr zuständige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hob Ende 2002 hinsichtlich der praktischen Umsetzung des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) 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. Der vorliegende Erfahrungsbericht der Bundesregierung stand allerdings zum Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichtes noch aus.

## **REHACare International 2004**

Die Bundesärztekammer war bereits im "Internationalen Jahr für Behinderte" 1981 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.

Als weltweit führende Messe für die Rehabilitation wurde im Jahr 2000 in die REHA International 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 10.-13.12.2004 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 gaben und zielgruppenorientierte Lösungen aufzeigten, waren auch 2004 das Markenzeichen dieser international führenden Fachschau für Rehabilitation und Pflege. Die nächste REHACare International wird im November 2005 wiederum in Düsseldorf stattfinden.

## **Integration von Menschen mit Behinderungen – Position des Deutschen Ärztetages**

Auf Initiative und Antrag des 104. Deutschen Ärztetages 2001 befasste sich der diesjährige 107. Deutsche Ärztetag eingehend mit den immer noch vorhandenen, vielfältigen Problemen bei der Integration von Menschen mit Behinderungen in unsere Gesellschaft. Aufbauend auf dem mit großem Beifall der Ärztetagsdelegierten bedachten Grundsatzreferat des Ausschussvorsitzenden und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, Rudolf Henke (Aachen), fasste der 107. Deutsche Ärztetag 2004 mit überwältigender Mehrheit eine EntschlieÙung, in welcher sich die Ärzteschaft als Teil der Gesamtgesellschaft zu ihrer besonderen Aufgabe für eine wirkungsvolle Integration behinderter Menschen bekannt hat und an alle in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte appelliert hat, ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen von Prävention und Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei behinderten Menschen in besonderem Maße auf deren spezifischen Belange hin auszurichten. Diese EntschlieÙung des Deutschen Ärztetages, welche auch in den bis zum Redaktionsschluss dieses Tätigkeitsberichtes noch nicht fertiggestellten, Anfang 2005 vorliegenden „Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe“ Eingang finden wird, ist nachgehend angeführt:

### **Gleichstellung und Integration behinderter Menschen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe**

*Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VI-02) unter Berücksichtigung der Anträge von Dr. Bolay, Frau Dr. Berendes, Prof. Dr. Kunze (Drucksache VI-02a) sowie Frau Dr. Berendes und Dr. Bolay (Drucksache VI-02b) fasst der 107. Deutsche Ärztetag einstimmig folgende EntschlieÙung:*

*Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland sichert allen Menschen unabhängig von Ursache, Art und Schwere einer Behinderung in gleicher Weise die Beachtung ihrer Menschenwürde, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, die freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit, die Beachtung des Sozialstaatsgrundsatzes und die gleiche Behandlung durch die öffentliche Gewalt zu. Dieses allgemeine Gleichbehandlungsgebot des Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes, das die Gleichheit aller Menschen vor dem Gesetz gewährleistet, wurde durch eine 1994 in Kraft getretene spezielle Regelung zu Gunsten Behinderter ergänzt, indem Artikel 3 Abs. 3 folgender Satz angefügt wurde: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Auch wenn behinderte Menschen bereits zuvor gegen Benachteiligungen verfassungsrechtlich geschützt waren, hat diese Ergänzung des Grundgesetzes die Stellung der Behinderten gestärkt – allein schon deshalb, weil sie zugleich Ausdruck einer verfassungsrechtlichen Wertentscheidung ist und den Auftrag an den Staat enthält, auf die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft hinzuwirken.*

### **Chancengleichheit behinderter Menschen immer noch nicht erreicht**

*Unvermindert ist dies eine wichtige sowohl politische als auch gesellschaftliche Aufgabe, da trotz vieler unbestreitbarer Fortschritte in den letzten Jahren eine tatsächliche Chancengleichheit von behinderten und nicht behinderten Menschen noch nicht erreicht ist.*

*Immer noch fühlen sich behinderte Menschen mitunter von einer Behindertenfeindlichkeit sowie von einer „Verwertungs-“ und „Brauchbarkeits“-Diskussion bedroht. Schon die Begriffsdefinition bzw. -abgrenzung von behinderten Menschen als denjenigen, die von Auswirkungen einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung betroffen sind, die auf einem von dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand abweichenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht, weist auf das Spannungsfeld zwischen behinderten Menschen und der Gesamtgesellschaft sowie die in diesem Spannungsfeld notwendigerweise entstehenden Probleme – übrigens auch zwischen behinderten Menschen untereinander – hin. Menschen mit Behinderung beurteilen die tatsächliche Lösung dieser Probleme nicht immer als zufriedenstellend und bezeichnen sie oft sogar dann als Benachteiligung gegenüber nicht behinderten Menschen, wenn niemand eine derartige Absicht hatte, Chancengleichheit und Integration tatsächlich jedoch trotz aller Bemühungen noch nicht verwirklicht werden konnten.*

*Für die Teilhabe behinderter Menschen am Leben der Gesellschaft ist insgesamt von wesentlicher Bedeutung die gegenseitige Akzeptanz, die als wechselseitiger Prozess verstanden und vollzogen werden muss. Das im Grundgesetz verankerte Menschenbild fordert in seiner Konsequenz Integration, Partnerschaft und Mitwirkung. Die Solidarität mit behinderten Menschen und die Achtung ihrer Menschenwürde sind jedoch in der täglichen Lebenspraxis noch keine Selbstverständlichkeit. Wenn die Menschenwürde und das Lebensrecht behinderter Menschen in Frage gestellt werden, ist dies immer auch Ausdruck einer allgemeinen Gefährdung des gesellschaftlichen Wertebewusstseins.*

*Aufgabe von Staat und Gesellschaft ist es, dazu beizutragen, dass die Lebensumstände behinderter Menschen von ihnen selbst nicht als benachteiligend empfunden, gleichwertige Chancen so weit wie möglich hergestellt und noch bestehende tatsächliche Benachteiligungen abgebaut werden. Grundprinzip und Ziel aller Bemühungen muss sein, dass Menschen mit Behinderungen nicht Adressat oder gar Objekt von Hilfen sind, sondern eigenverantwortliche Akteure und meist selbst die besten Experten in Bezug auf ihre Behinderung und insbesondere darauf, wie sie ihre Fähigkeiten so weitgehend wie möglich nutzen und ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft so vollwertig wie möglich gestalten können.*

### **Rehabilitationsleistungen als Hilfen zur Integration behinderter Menschen**

*Zusammenfassend werden die Hilfen zur Eingliederung behinderter Menschen oder von Behinderung bedrohter Menschen ins Arbeitsleben und in die Gesellschaft üblicherweise als Rehabilitation bezeichnet. In einem weiten Verständnis umfassen diese Hilfen alle Leistungen und Gestaltungen von Lebensumständen, die auf die Erreichung der in § 10 Sozialgesetzbuch I (SGB I) genannten Ziele ausgerichtet sind, nämlich die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern sowie dem behinderten Menschen einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gesellschaft, in Schule und Ausbildung sowie insbesondere im Arbeitsleben zu sichern. Im Einklang mit dem in fünf Dimensionen aufgebauten Behindertenbegriff der Weltgesundheitsorganisation zur Behinderung (Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten der Person und Partizipation in der Gesellschaft sowie Umweltfaktoren) sind Hilfen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen ausgerichtet auf unterschiedliche Ansatzpunkte*

- im Bereich der drohenden oder vorliegenden Schädigungen durch Prävention wie z. B. gesundheitsgerechtes Verhalten, Unfallverhütung und andere Formen der Vermeidung oder Senkung von Risiken, durch Vorsorgemaßnahmen oder durch Maßnahmen der medizinischen Behandlung und Rehabilitation,
- im Bereich der Funktionsbeeinträchtigungen durch Hilfen zur Kompensation der Beeinträchtigungen z. B. orthopädische Hilfsmittel, Funktionstraining oder technische Hilfen in Schule und Ausbildungsstätte sowie zur Arbeitsplatzausstattung,
- im Bereich der Behinderungen z.B. dadurch, dass Barrieren vermieden oder abgebaut werden oder dass ein Schul- und Bildungsweg oder ein Beruf gewählt wird, welcher trotz Funktionseinschränkungen die Berufsausübung ermöglicht oder erleichtert.

Die Leistungen zur Rehabilitation und Eingliederung bzw. Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen sind in der Bundesrepublik Deutschland nicht einem eigenständigen Sozialleistungsbereich übertragen, sondern eingebettet in die Aufgaben einer Vielzahl von Sozialleistungsträgern mit teils gleichen, teils aber auch unterschiedlichen Rehabilitationszielen. Erbracht werden die in § 29 SGB I zusammenfassend angeführten Sozialleistungen, und zwar

- medizinische Leistungen durch die Kranken-, die Renten- und die Unfallversicherung sowie die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- berufsfördernde Leistungen durch die Bundesagentur für Arbeit, die Renten- und die Unfallversicherung sowie die Träger der sozialen Entschädigungen bei Gesundheitsschäden,
- Leistungen zur allgemeinen sozialen Eingliederung durch die Unfallversicherung, die Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden sowie die Jugend- und die Sozialhilfe.

Insbesondere bei der Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen, aber auch bei der Initiierung beruflicher und sozialer Rehabilitationsleistungen ist es eine wesentliche Aufgabe der in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzten, diesen ganzheitlichen Rehabilitations- und Integrationsansatz zur Richtschnur ihres ärztlichen Handelns zu machen.

### **Vorrang ambulanter Hilfen sowohl für den medizinischen wie den sozialen und beruflichen Bereich**

Möglichkeiten und Probleme der Rehabilitation und Integration behinderter Menschen betreffen jedoch nie nur einzelne Bereiche allein, wie etwa den medizinischen oder beruflichen Bereich. Vielmehr müssen die einzelnen Maßnahmen den konkreten Lebensumständen des behinderten Menschen in ihrer Gesamtheit Rechnung tragen, in deren Rahmen sich Rehabilitation und Integration vollziehen sollen und mit denen sich die behinderten Menschen aufgrund ihrer Behinderung in anderer Weise als nicht behinderte Menschen auseinandersetzen. So ist es z. B. einerseits notwendig, behinderte Menschen für eine Berufstätigkeit fachlich zu qualifizieren, andererseits muss durch behinderungsgerechte Wohnmöglichkeiten und Verkehrsmittel sichergestellt werden, dass die erlernten Qualifikationen auch tatsächlich beruflich genutzt werden können. Erfolge bei diesen Integrationsbemühungen stellen sich vor allem dort ein, wo nicht Teilprobleme isoliert betrachtet und gelöst, sondern „Rehabilitationsketten“ ineinandergreifender Konzepte durchdacht und konkret organisiert werden. Wichtig ist hierbei ebenso, die zur

*Eingliederung in die Gesellschaft notwendige Förderung möglichst mit einer Erhaltung und Fortentwicklung der bisherigen sozialen Bezüge in Einklang zu bringen. Immer dort, wo eine wirkungsvolle Förderung durch ambulante Hilfen möglich ist, soll diesen der Vorzug gegeben werden, zumal sie dem Betroffenen mehr Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Gestaltung seiner Lebensumstände belassen. Auch haben Fördermaßnahmen, welche eine Gemeinsamkeit mit nicht behinderten Menschen ermöglichen, Vorrang. In jedem Einzelfall muss die konkret benötigte Förderung gewährleistet sein, und zwar mit speziellen Diensten und Einrichtungen, wenn nur durch sie wirksam geholfen und in vielen Fällen eine wirkliche Integration erst dadurch ermöglicht werden kann.*

### **Integration nicht allein Verpflichtung des Staates, sondern Aufgabe aller**

*Die Aufgabe, Menschen mit Behinderungen zu integrieren und am Leben der Gesellschaft teilhaben zu lassen, ist jedoch nicht allein Verpflichtung des Staates, sondern Aufgabe aller. War es für Familien, Freunde und Nachbarn immer schon selbstverständlich, auf nahestehende behinderte Menschen Rücksicht zu nehmen, sie ins Leben einzubeziehen und ihnen nach besten Kräften Pflege und die benötigten Hilfen zukommen zu lassen, wird immer mehr auch in den unterschiedlichen Bereichen des privaten, gesellschaftlichen und öffentlichen Lebens – z. B. Bildung, Verkehr, Arbeit und Freizeit – diese Aufgabe erkannt und zunehmend erfüllt. Soweit dies geschieht – nicht zuletzt auch durch Aktivitäten von Selbsthilfegruppen sowie kirchlichen und freigemeinnützigen Organisationen – wird das Ziel der Eingliederung um so eher erreicht. Je selbstverständlicher die menschlich gebotene Einbeziehung behinderter Menschen in die üblichen Lebensabläufe wird, um so besser können sich externe Hilfen zumeist von Seiten der öffentlichen Hand auf diejenigen Bereiche konzentrieren, in denen eine so erreichbare Teilhabe behinderter Menschen noch nicht möglich ist. Sozialleistungen können die Integration behinderter Menschen in die Gesellschaft nicht ersetzen, sondern nur erleichtern und fördern. Wo sie durch persönliches und gesellschaftliches Engagement entbehrlich gemacht werden, wird nicht nur die Eingliederung unmittelbar vollzogen, sondern mindert sich zugleich der Umfang der staatlicherseits zu gewährenden Hilfen. Für diese Subsidiarität sind Selbsthilfegruppen- und Organisationen behinderter Menschen im sozialen Gefüge der Bundesrepublik Deutschland ein unverzichtbarer Faktor.*

### **Selbsthilfeorganisationen als engagierte Interessenwahrer behinderter Menschen**

*Zahlreiche Fortschritte, die in den vergangenen Jahren im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe, z. B. bei Freizeit, Urlaub oder beim Wohnen erreicht werden konnten, beruhen wesentlich auf dem engagierten und sachkundigen Einsatz von Selbsthilfe- oder Behindertenorganisationen. In einem stetigen Prozess der Weiterentwicklung formulieren und erproben sie Konzepte für individuelle und flexible Hilfeformen, die behinderten Menschen eine selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung ermöglichen. Die Aktivitäten der Selbsthilfe sind somit eine wichtige Ergänzung im Rahmen der breiten Rehabilitationskette. Durch die Vertretung der Interessen ihrer Mitglieder gegenüber Verwaltungen, vor Gericht und in der Politik verschaffen die Selbsthilfeorganisationen so dem Anspruch behinderter Menschen auf ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben Geltung und leisten auch für die gesellschaftliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung einen überaus wichtigen Beitrag. In ihnen verkörpert sich eindrucksvoll das gewachsene Selbstbewusstsein behinderter Menschen. Selbsthilfeorganisationen werden*

*weitgehend in Planungen und Entscheidungen im außerparlamentarischen und parlamentarischen Raum auf kommunaler, Landes- und Bundesebene eingebunden, so dass immer mehr nicht über behinderte Menschen, sondern mit behinderten Menschen entschieden wird. Das Motto des von der Europäischen Kommission in 2003 durchgeführten Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen „Nichts über uns ohne uns“ wird somit zunehmend mehr gelebtes Motiv für die Gleichstellung und Integration behinderter Menschen.*

### **Barrierefreie Gestaltung der Lebensbereiche als Antwort auch auf Herausforderungen des demographischen Wandels**

*Das ein Jahr zuvor in 2002 als weitere gesetzliche Umsetzung des Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes verabschiedete Gleichstellungsgesetz für behinderte Menschen ist Ausdruck dieses Paradigmenwechsels bei der Integration behinderter Menschen und stellt einen weiteren Meilenstein auf dem Weg dar, aus diesem Grundsatz gelebte gesellschaftliche Wirklichkeit werden zu lassen. Vom Kernstück dieses Gleichstellungsgesetzes, nämlich der barrierefreien Gestaltung der Lebensbereiche, profitieren zudem alle in unserer Gesellschaft – nicht nur Menschen mit Behinderung, sondern auch andere Personen, die in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt sind, wie z. B. Mütter und Väter mit Kinderwagen sowie vor allem alte Menschen. Damit bieten das Gleichstellungsgesetz und alle darauf ausgerichteten Bemühungen nicht nur ein Fundament für die Veränderung der Alltagswirklichkeit von behinderten Menschen, sondern sind zugleich auch eine Antwort auf die zunehmenden Fragen und Herausforderungen des demographischen Wandels.*

### **Appell an die Ärzteschaft**

*Auch die Ärzteschaft als Teil der Gesamtgesellschaft ist sich ihrer besonderen Aufgabe bewusst, zu einer wirkungsvollen Integration behinderter Menschen ihren Beitrag zu leisten. Der Deutsche Ärztetag appelliert an alle in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte, ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei behinderten Menschen in besonderem Maße auf deren spezifischen Belange auszurichten.*