

## 4. Prävention und Rehabilitation

### Gesundheitsförderung und Prävention

Das Jahr 2005 war im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention vor allem von den Verhandlungen um ein Präventionsgesetz sowie vom Thema „Krankheit und Armut“ geprägt, das ein Schwerpunktthema des 108. Deutschen Ärztetages darstellte.

#### **Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Prävention – Aktivitäten des Gesetzgebers und der Bundesärztekammer**

Die vorbereitenden Arbeiten für ein „Gesetz zur Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen“ waren im Laufe des Jahres 2004 durchgeführt worden, so dass der Öffentlichkeit am 6. Dezember 2004 ein entsprechender Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) vorgelegt werden konnte (s. auch Tätigkeitsbericht 2004).

Am 9. März 2005 fand daraufhin die Anhörung der präventionsrelevanten Fachverbände vor dem Ausschuss für Gesundheit und soziale Sicherung des Deutschen Bundestages statt, bei der auch die Bundesärztekammer ihre Bedenken und Einwände gegen den von den Koalitionsparteien vorgelegten Gesetzentwurf vortragen konnte. Sie hat dabei deutlich gemacht, dass Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht nur über Mittel der Sozialversicherungen, sondern auch über Steuergelder und private Zustiftungen finanziert werden sollte. Zudem muss in einem Gesetz, in dem es um die Förderung der Gesundheit und den Schutz vor Krankheit geht, gerade auch der ärztlichen Kompetenz eine zentrale Stellung eingeräumt werden. Schließlich können sozial schlechter gestellte Bevölkerungsschichten, die sich von gesundheitsfördernden Angeboten der Krankenkassen nur schlecht erreichen lassen, über den Arzt besonders gut zur Prävention angesprochen und zu präventiven Aktivitäten motiviert werden.

Die Bundesärztekammer konnte im Verlaufe der Beratungen des Gesetzentwurfs erreichen, dass ihr ein eigener Sitz im 16-köpfigen Stiftungskuratorium eingeräumt wurde. Auch wird inzwischen im Begründungstext zum Gesetzentwurf an verschiedenen Stellen auf die erforderliche Einbeziehung ärztlichen Sachverständes verwiesen.

Der Gesetzentwurf des BMGS wurde jedoch im Frühjahr 2006 vom Bundesrat abgelehnt und damit an den Vermittlungsausschuss überwiesen, wo er aufgrund der vorzeitigen Auflösung des Bundestages der sachlichen Diskontinuität unterlag. Dem im November 2005 vereinbarten Koalitionsvertrag ist zu entnehmen, dass auch die neue Regierung das Ziel verfolgt, die Prävention mit Hilfe eines eigenen Gesetzes zu einer vierten Säule der gesundheitlichen Versorgung auszubauen.

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 21. Januar 2005 dem Vorschlag des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ zur Einrichtung einer „Ständigen Konferenz Prävention und Gesundheitsförderung“ zugestimmt. Die Ständige Konferenz, in der alle Landesärztekammern mit einem Vertreter repräsentiert sind, ist am 22. September 2005 zu ihrer konstituierenden Sitzung unter dem Vorsitzenden des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“, Herrn Rudolf Henke, zusammengetreten. Sie verfolgt das Ziel, das Thema Prävention intensiver innerhalb der Ärzteschaft wie auch in der öffentlichen Diskussion zu begleiten und weiter voranzutreiben. Sie ergänzt die Arbeit des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“, indem sie relevante Themen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, die auf der Länderebene relevant sind, zur Beratung in ihn hineinträgt. Zudem sollen durch sie der thematische Austausch zwischen den Landesärztekammern intensiviert und gemeinsame Aktivitäten initiiert werden.

In der konstituierenden Sitzung stellten die Präventionsbeauftragten der Landesärztekammern ihre laufenden Aktivitäten vor, informierten sich über bundesweite Entwicklungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention und vereinbarten für die Zukunft eine stärkere Arbeit an ausgewählten Themenschwerpunkten.

### **„Krankheit und soziale Lage“ als Tagesordnungspunkt des 108. Deutschen Ärztetages**

Der Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ hat sich 2005 besonders der Vorbereitung des Themas „Krankheit und soziale Lage“ für den 108. Deutschen Ärztetag gewidmet. Im Resultat hat Prof. Dr. Johannes Siegrist als langjähriges Mitglied des Ausschusses auf dem Ärztetag anhand der Ergebnisse des von ihm geleiteten Forschungsprojektes der European Science Foundation „Social Variations in Health Expectancy in Europe“ in das Thema eingeführt. Die Studie hatte gezeigt, dass gesundheitliche Risiken und Mortalität entlang eines sozialen Gradienten zunehmen. Der Studie zufolge haben in Europa Angehörige der unteren im Vergleich zur oberen sozialen Schicht im Durchschnitt eine 5 bis 10 Jahre geringere Lebenserwartung.

Herr Henke, Vorsitzender des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, hat in seinem Vortrag verschiedene Erklärungsansätze für die feststellbaren schichtbezogenen Unterschiede diskutiert. Ursachen müssen demnach weniger in der gesundheitlichen Versorgung selber als vielmehr in der Arbeitsmarktsituation und den unterschiedlichen Belastungen in der Arbeitswelt gesehen werden. Damit einher gehen schichtenbezogene Unterschiede im Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung.

Frau Dr. Goesmann, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, hat das Thema für den Ärztetag aus allgemeinärztlicher Sicht aufbereitet. In der hausärztlichen Praxis erweisen sich vor allem Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose, Wohnungslose, Illegalisierte, Migranten, allein erziehende Frauen, kinderreiche Familien, psychisch Kranke und Heimbewohner als im besonderen Maße gesundheitlich belastet. Dabei führen die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten Praxisgebühren und Zuzahlungen dazu, dass gerade die Patientengruppen eine ärztliche Versorgung nicht mehr im aus-

reichenden Maße wahrnehmen, die diese am nötigsten hätten. Bei Hausbesuchen treffen Ärzte ihre Patienten in zunehmenden Maße in einem depressiven oder verwahrlosten Zustand an.

Als Konsequenz aus den vorgetragenen Ergebnissen hat sich der 108. Deutsche Ärztetag in seiner anschließend verabschiedeten EntschlieÙung dafür ausgesprochen, dass dem Gesundheitssystem gerade in Zeiten erhöhter Arbeitslosigkeit mehr statt weniger Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen. Neue Versorgungsformen sollten sich insbesondere auch der Verbesserung der Gesundheitsversorgung unterprivilegierter Regionen und Lebenswelten widmen. Unter Koordinierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollten Ärzte gemeinsam mit Pflegediensten und Sozialarbeitern/innen sowie anderen Gesundheitsberufen Defizite der gesundheitlichen Versorgung in besonders betroffenen Regionen identifizieren und angehen. Für Ärzte müssten besondere Anreize für die Niederlassung in diesen Regionen und die Förderung der Prävention bei sozial benachteiligten Patientinnen und Patienten geschaffen werden. Zuzahlungen und Praxisgebühren sollten zumindest für Wohnungslose und Heimpatienten vollständig gestrichen werden. Das Thema „Armut und Gesundheit“ müsse zudem verstärkt Eingang in die medizinische Forschung, Lehre, Weiter- und Fortbildung finden.

Ein Ergebnis dieser EntschlieÙung innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung ist, dass das Thema „Krankheit und Armut“ in die Projektausschreibung des neu etablierten Bereichs „Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer integriert worden ist.

### **Regionale Knoten zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten**

Um die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu stärken, hat sich die Bundesärztekammer einem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und der Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) initiierten Projekt zum Aufbau regionaler Knoten angeschlossen. Über diese sollen entsprechende Projekte und Aktivitäten gefördert und die Vernetzung unter den relevanten Institutionen und Berufsgruppen verbessert werden. Mehrere Landesärztekammern haben sich bereits aktiv in die Arbeit der bestehenden regionalen Knoten eingebracht.

### **Qualitätssiegel SPORT PRO REHA**

Seit 2002 hat sich die Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Deutschen Sportbund (DSB) und dem Deutschen Behindertensportverband (DBS) um die Entwicklung eines Siegels SPORT PRO REHA bemüht, das das erfolgreiche Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT im Bereich des Rehabilitationssports ergänzen sollte.

Bei dem Vorhaben wurde jedoch sehr schnell deutlich, dass für den Rehabilitationssport gemäß § 44 SGB IX andere Kriterien Anwendung finden müssen als für den Gesundheitssport.

Im September 2003 hatten der DSB und der DBS zunächst eine Erprobungsphase des Siegels gestartet. Die Bundesärztekammer hatte jedoch Bedenken gegenüber den vorgeschlagenen Qualitätskriterien für das Siegel vorgetragen und Nachbesserungen verlangt. Insbesondere ging es der Bundesärztekammer darum, Rehabilitanden mit dem Siegel ein

medizinisch fachgerechtes und qualitativ hochwertiges Angebot offerieren zu können, das sich an der Bedarfslage des einzelnen Teilnehmers orientiert und sich zudem von den Anerkennungsstandards der Kostenträger abhebt. Zu diesem Zweck hatte die Bundesärztekammer die Erstellung individueller Übungspläne, einen engen Austausch zwischen Übungsleiter und betreuendem Arzt sowie eine regelmäßige Teilnahme der Kursleiter an Qualitätszirkeln gefordert. Darüber hinaus sollte die Qualität der Maßnahmen wie auch die Ausstattung der Übungsräume anhand von Stichproben überprüfbar werden.

In den anschließenden Verhandlungen mit den beteiligten Verbänden konnten Anfang 2005 gemeinsame Qualitätsstandards vereinbart werden, die sich eng an den Vorgaben der Bundesärztekammer orientierten. Aufgrund von Veränderungen der Finanzierung, die den Bereich Breitensport des DSB betrafen, konnte dieser die praktische Umsetzung der getroffenen Vereinbarung jedoch nicht mehr sicherstellen, weshalb sich schließlich alle drei beteiligten Verbände für eine Einstellung des Siegels SPORT PRO REHA zum 31. Dezember 2005 entschieden haben. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat dieses Ergebnis in seiner Sitzung am 25. November 2005 mit Bedauern zustimmend zur Kenntnis genommen.

## **Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung**

Das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung wurde im Juli 2002 gegründet. Es versteht sich als gemeinsame Plattform der in der Prävention tätigen Verbände und hat sich zum Ziel gesetzt, eine präventive Ausrichtung der Aktivitäten im deutschen Gesundheitswesen und allen Politik- und Lebensbereichen zu verankern und zu stärken. Die Bundesärztekammer ist Gründungsmitglied des Deutschen Forums und arbeitet sowohl in seiner Koordinierungsgruppe als auch in seinen Arbeitsgruppen gemeinsam mit verschiedenen Landesärztekammern aktiv mit.

Ein Schwerpunkt der Arbeit des Forums war 2005 die Erarbeitung einer Geschäftsordnung, über die u. a. auch der Entsendemodus für die vorgesehenen sieben Forumsvertreter im Kuratorium der geplanten Stiftung Prävention festgelegt werden sollte.

In den weiteren Arbeitsgruppen des Deutschen Forums wurden Ziele zur Gesundheitsförderung im Alter sowie erfolgreiche Modelle zur Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen identifiziert.

Der diesjährige Jahreskongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung fand am 25. und 26. Oktober 2005 in Berlin statt und stand unter dem Thema „GesundLernen in Kindertagesstätten und Schulen“.

Er diente damit der Unterstützung der Arbeitsgruppenarbeit und der Diskussion und Verbreitung ihrer Ergebnisse und stieß auf eine große Resonanz.

## **gesundheitsziele.de**

Das vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ins Leben gerufene und von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

(GVG) koordinierte Projekt „gesundheitsziele.de“ hat auch 2005 seine Arbeit fortgesetzt. Die Bundesärztekammer ist in den Lenkungsgremien über ihren Hauptgeschäftsführer, Prof. Dr. Fuchs, vertreten. Nachdem in der 1. Projektphase fünf nationale Gesundheitsziele (Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Reduktion des Tabakkonsums, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Stärkung der Patientensouveränität) in multidisziplinären Arbeitsgruppen und unter Beteiligung von Leistungserbringern, Kostenträgern und Patientenorganisationen bearbeitet und Handlungsziele entwickelt worden waren, ging es in der 2. Phase um die Verknüpfung der identifizierten Ziele und Maßnahmen mit den Handlungsfeldern der beteiligten Akteure. Parallel wurde ein weiteres Gesundheitsziel „Depression“ in Angriff genommen und vom Evaluationsbeirat ein Konzept zur Evaluierung des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“ erarbeitet. Die Finanzierung des Projekts durch das Bundesministerium für Gesundheit ist noch bis Ende 2006 gesichert.

## Sucht und Drogen

### Ausschuss „Sucht und Drogen“

Die zentralen Themen in der Arbeit des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer waren im vergangenen Jahr die Fortsetzung einer wirksamen Tabakkontrollpolitik, die Raucherberatung und -entwöhnung durch Ärzte, die Erstellung eines Leitfadens „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ und die Weiterentwicklung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. Darüber hinaus wurde die Zusammenarbeit mit nationalen Organisationen und Arbeitsgruppen, die sich mit dem Konsum von Suchtmitteln befassen, weiter intensiviert.

### Tabakkontrolle und Tabakentwöhnung

Das vom Ausschuss 2004 erarbeitete Konzept für eine 20-stündige Qualifikation für Ärzte zur Durchführung der Tabakentwöhnung wurde im April 2005 dem Vorstand zur Diskussion vorgelegt und von diesem positiv bewertet. 8 Stunden der Qualifikation sollen über Selbstlernmodule abgeleistet werden können. Die Qualifikation soll anteilig auf die bestehende 50-stündige Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ anrechenbar sein.

Zur Unterstützung der Ärzte, die in der Tabakentwöhnung ihrer Patienten tätig werden wollen, hat das Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg eine wissenschaftliche Publikation „Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte aktiv in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit“ erstellt. In ihr werden die gesundheitlichen Folgen des Rauchens für verschiedene Organsysteme anhand vorliegender Studienergebnisse dargestellt und Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten durch den Arzt aufgezeigt. Darüber hinaus werden Möglichkeiten der ärztlichen Leistungshonorierung diskutiert und Informationen über bestehende ärztliche Fortbildungsmöglichkeiten in der Raucherberatung gegeben.

Der Band wurde anlässlich des von der Bundesärztekammer mitgestalteten Weltnicht-rauchertages der WHO zum Thema „Health Professionals and Tobacco Control“ am 31. Mai 2005 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Ergänzend publiziert die Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg einen monatlich erscheinenden Newsletter „Tabakentwöhnung“, der aktuelle Forschungsergebnisse darstellt und über Fortbildungsangebote und Kongresse zum Thema „Tabakentwöhnung“ informiert.

Auch der 108. Deutsche Ärztetag hat sich der Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit durch Ärzte angenommen und fordert in seiner in Berlin im Mai verabschiedeten EntschlieÙung,

- dass Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten auf das Rauchen ansprechen und ihnen Hilfen bei der Behandlung der Abhängigkeit anbieten. Insbesondere sind Schwangere und junge Eltern sowie Patienten, die bereits manifeste Folgeerkrankungen des Tabakkonsums aufweisen, zur Aufgabe des Tabakkonsums zu motivieren.
- dass Ärztinnen und Ärzte dafür Sorge tragen, dass Krankenhäuser rauchfrei werden. Für rauchende Mitarbeiter und Patienten sollen Möglichkeiten einer Entwöhnungsbehandlung geschaffen werden.
- dass verstärkt Fortbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte zur Tabakentwöhnung an den Akademien der Landesärztekammern angeboten werden. Die Bundesärztekammer wird dafür ein Mustercurriculum erarbeiten.

Darüber hinaus fordert er in der EntschlieÙung die Bundesregierung und die entscheidenden politischen Gremien auf,

- die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ärztliche Behandlungsleistungen in der Beratung und Entwöhnung von Rauchern im Rahmen der GKV abrechnungsfähig werden,
- für eine konsequente Umsetzung der Vereinbarungen des Internationalen Rahmenabkommens der WHO zur Tabakkontrolle in deutsches Recht Sorge zu tragen. Dies umfasst v. a. eine wirksame Preispolitik für Tabakprodukte, ein umfassendes Tabakwerbeverbot, einen wirksamen Schutz vor Passivrauch in öffentlichen Gebäuden und an Arbeitsstätten sowie wirksame Aufklärungsmaßnahmen über die gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums.

(Beschlussprotokoll des 108. Deutschen Ärztetages vom 3. bis 6. Mai 2005 in Berlin, Punkt VIII der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer, Tabakabhängigkeit/Nichtraucherschutz: 1. Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit, 2. Stärkung des Nichtraucherschutzes)

Zur Stärkung der Ärzteschaft in der Behandlung Tabakabhängiger kooperiert die Bundesärztekammer mit einem von der europäischen Kommission geförderten Projekt zu den Möglichkeiten der Tabakentwöhnung durch niedergelassene Ärzte („Practitioners and Economics in Smoking Cessation in Europe – PESCE“). In der zweijährigen Projektzeit sollen die in den europäischen Gesundheitssystemen bestehenden Regelungen zur Tabakentwöhnung durch Ärzte zusammengetragen, auf zwei europäischen Konferenzen diskutiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Auf nationaler Ebene hat der Vorstand der Bundesärztekammer eine ideale Unterstützung des über das Aktionsbündnis Nichtrauchen (ABNR) in Berlin eingerichteten „Netzwerkbüros Tabakprävention“ beschlossen. Dem ABNR gehören neben der Bundesärztekammer auch die Bundesvereinigung für Gesundheit, das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Deutsche Krebshilfe, die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Lungenstiftung und die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen an. Mit dem Netzwerkbüro soll ein Gegengewicht zu den Lobbyingaktivitäten der Tabakindustrie im Parlament geschaffen und die Argumente für eine konsequente Tabakkontrollpolitik in den parlamentarischen Auseinandersetzungen gestärkt werden.

Die Bundesärztekammer hat zudem ihre eigenen Aktivitäten für eine wirksame Tabakkontrollpolitik im zurückliegenden Jahr fortgesetzt und in einigen Bereichen weiter intensiviert: In verschiedenen Pressemitteilungen hat sich der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. Hoppe, für ein generelles Rauchverbot an Schulen und am Arbeitsplatz, einen stärkeren Schutz vor Passivrauch sowie für eine Verteuerung von Tabakprodukten durch eine konsequente Tabaksteuerepolitik ausgesprochen. Darüber hinaus hat er sich bei der neuen Bundesregierung für eine Umsetzung der EU-Tabakwerbeverbots-Richtlinie in deutsches Recht eingesetzt und die Regierung zum Bruch mit den Interessen der Tabaklobby aufgefordert.

### **Maßnahmen zur Eindämmung des Alkoholkonsums**

Die 2004 von der Bundesärztekammer unterstützten Bemühungen zur Eindämmung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen mittels einer Sondersteuer für alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) und Warnhinweisen auf den Flaschen wiesen bereits 2005 erste Erfolge auf: Mitte 2004 war die Sondersteuer in Kraft getreten, die zu einer faktischen Verdoppelung des Verkaufspreises führte. Eine von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein Jahr darauf durchgeführte Repräsentativerhebung „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen“ stellte fest, dass sich der Konsum von Alkopops inzwischen bei den Jugendlichen um fast die Hälfte reduziert hatte: In der Altersgruppe der 12 bis 17-Jährigen gaben nur noch 16 % (2004: 28 %) an, mindestens einmal im Monat ein Alkopop-Getränk zu sich zu nehmen.

### **Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten**

Der Umgang mit legalen Drogen rückt zunehmend in das Augenmerk der Fachöffentlichkeit. Die Bundesärztekammer hatte bereits 2004 damit begonnen, einen Leitfaden für Ärzte zum Thema „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ zu erstellen und zu diesem Zweck Experten aus den Bereichen der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Wissenschaft und dem Selbsthilfebereich zu einem Hearing nach Berlin eingeladen. Ergebnis war, dass der Leitfaden interessierten Ärzten Hinweise zur Erkennung des Problems, zur Ansprache gegenüber dem Patienten, zur Diagnostik, zur richtigen Medikation und zur Wirkweise und Entwöhnung von Psychopharmaka sowie zur Motivierung des Patienten und zu alternativen Bewältigungsformen psychosozialer Belastungssituationen geben sollte.

Die von den beteiligten Experten eingereichten schriftlichen Beiträge wurden von einer Schriftleitungsgruppe unter Leitung von Prof. Dr. Flenker gesichtet und in das vereinbarte Gliederungskonzept eingearbeitet. Erste Zwischenergebnisse dieses Prozesses

wurden den beteiligten Experten in einer zweiten Sitzung am 11. Februar 2005 in der Bundesärztekammer vorgestellt und die weiteren Schritte gemeinsam mit ihnen abgestimmt. Die Ende des Jahres vorgelegte Rohfassung stieß bei den Beteiligten auf sehr positive Resonanz.

### **Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger**

Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ hat im zurückliegenden Jahr mit vorbereitenden Arbeiten für eine möglicherweise 2006 erforderlich werdende Anpassung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger an die Möglichkeit der Verschreibung von Diacetylmorphin für Schweropiatabhängige begonnen. Dazu hat die Bundesärztekammer im Mai 2005 ein eintägiges Hearing durchgeführt, an dem Substitutionsexperten aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich, aus der Schweiz sowie aus dem Wissenschaftssektor beteiligt waren.

Die wissenschaftlichen Ergebnisse der Zulassungsstudie für Diacetylmorphin wurden Ende 2005 der Lenkungsgruppe des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger vorgelegt. Eine Beantragung der Medikamentenzulassung und eine Entscheidung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird für Mitte 2006 erwartet.

### **Hinweise für Landesärztekammern zum Umgang mit suchtkranken Ärzten**

Die Ständige Konferenz der Geschäftsführer der Landesärztekammern hatte Ende 2004 auf der Grundlage der vom Ausschuss „Sucht und Drogen“ geleisteten Vorarbeiten eine Redaktionsgruppe mit der Ausarbeitung von Interventionsempfehlungen zum Umgang mit suchtkranken Ärzten beauftragt. Diese hat unter Federführung der Bundesärztekammer „Hinweise zum Aufbau und zur Durchführung von Interventionsprogrammen der Landesärztekammern für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte“ erarbeitet, die von den Geschäftsführern in der November-Sitzung der Ständigen Konferenz zustimmend zur Kenntnis genommen und an den Vorstand der Bundesärztekammer zur Abstimmung überwiesen wurden.

In den Hinweisen wird der Aufbau strukturierter Interventionsprogramme in enger Abstimmung mit den zuständigen Approbationsbehörden empfohlen. Elemente sollten die Einrichtung einer Kontaktstelle der Kammer für Verdachtsmeldungen und Selbstmelder, die Benennung eines Vertrauensarztes sowie der Abschluss einer Vereinbarung mit dem betroffenen Kammermitglied zur Therapiebegleitung und -nachsorge sein, die auch eine Aufklärung über ggf. erforderliche approbationsrechtliche Maßnahmen enthält.

Begleitend wurde das Thema von der Bundesärztekammer in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt und auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) vorgestellt und diskutiert.



### **Externe Kooperationen im Bereich Sucht und Drogen**

2005 wurden die Grundlagen für eine engere Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) gelegt. Zudem wurde mit der Sacharbeit des Drogen- und Suchtrats der Bundesregierung begonnen.

#### **Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.**

Der Vorstand der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. wandte sich im vergangenen Jahr an den Ausschuss „Sucht und Drogen“ mit dem Wunsch nach einem engeren Austausch zwischen den beiden Organisationen. Es fand daraufhin am 22. April 2005 ein erstes gemeinsames Gespräch statt. Die Mitglieder des Ausschusses „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer stellten dabei die Arbeiten an einem Fortbildungscurriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ sowie am Leitfaden für Ärzte zum Thema „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ vor und berichteten über den Stand des Modellprojektes „Kontrollierte Heroinvergabe“. Die Vertreter der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. thematisierten die Frage der Methadonsubstitution in der Schwangerschaft, die Früherkennung und Frühintervention bei Alkoholproblemen und Möglichkeiten integrierter Versorgungsansätze in der Behandlung suchtkranker Menschen. Gemeinsam wurde die Zukunft des Präventionsgesetzes diskutiert und Überlegungen zur DHS-Jahrestagung im November 2005 in Berlin und zur DHS-Fachtagung „Sucht und Medizin“ im September 2006 in Weimar angestellt. Die Mitwirkung der Bundesärztekammer an beiden Tagungen wurde vereinbart.

Darüber hinaus verständigte man sich auf weitere regelmäßige jährliche Treffen.

#### **Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung**

Der Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung hat sich Ende 2004 konstituiert. Er hat drei Arbeitsgruppen zu den Themen „Prävention“ und „Suchttherapeutische Versorgung“ gebildet, die im Laufe des Jahres 2005 ihre Arbeit aufnahmen. Sie werden von Prof. Dr. Flenker und stellvertretend von Frau Dr. Bühnen als die vom Vorstand benannten Vertreter der Bundesärztekammer wahrgenommen.

## **Rehabilitation**

In den 1.294 deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wurden nach jüngsten Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2004 knapp 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten vollstationär versorgt. Damit lag die Zahl der Behandlungsfälle um 0,5 % niedriger als 2003. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 25,1 Tage nach 25,9 Tagen noch in 2003. Ende 2004 wurden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 176.473 Betten – und damit rund 700 weniger als im Jahr 2003 – vorgehalten, die im Durchschnitt zu 73,5 % (2003: 75,0 %) belegt waren. In diesen Einrichtungen waren über 114.000 Vollzeitkräfte beschäftigt; davon waren 7,8 % als ärztliches Personal tätig.

Der 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 deshalb bewusst integriert angelegten Gremium.

## **Rehabilitation in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung**

Insbesondere bei der Einleitung von medizinischen, aber auch beruflichen und sozialen Rehabilitationsmaßnahmen nicht nur für Krankenhausärzte, sondern auch für niedergelassene Ärzte, sieht der Gesetzgeber 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. Seit jeher empfiehlt die Bundesärztekammer unter dieser Zielsetzung, bei Fortbildungsveranstaltungen auch eine umfassende Information der Ärzte über die Weiterentwicklung von Maßnahmen der Rehabilitation einzubeziehen. Schon seit langem werden daher Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer unter dem weitgespannten Bogen „Prävention – Diagnostik – Therapie – Rehabilitation“ konzipiert.

Im Zuge der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurden auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 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 demgegenüber 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 Zusatz-Weiterbildung „Rehabilitationswesen“ soll so auch weiterhin die Koordinations- und Managementkompetenz des Arztes im gesamten Feld der Rehabili-

tation, 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 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 diese Entscheidung mit großer Mehrheit.

### **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)**

Die Aufgabe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist 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. Lothar Lieschke und die Bundesärztekammer durch Dr. Hans-Jürgen Maas als für diesen Bereich zuständige Geschäftsführer dieser ärztlichen Spitzenorganisationen vertreten.

Seit nunmehr drei Jahrzehnten ist hiermit zwar die Bundesärztekammer- neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Sachverständigenrat der Ärzteschaft bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vertreten, anders als die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist sie jedoch nicht Mitglied dieser Arbeitsgemeinschaft und gehört somit weder deren Mitgliederversammlung noch deren Vorstand als Entscheidungsträger an. Seit der Kodifizierung des Rehabilitationsrechtes in einem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) mit Inkrafttreten zum 01.07.2001 kommt diesem Umstand aus Sicht der Bundesärztekammer eine zusätzliche 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 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 Vor-

stand der Bundesärztekammer Anfang 2003 auf Empfehlung seines 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 Ende 2004 hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation dem Präsidenten der Bundesärztekammer mitgeteilt, dass sich ihr Vorstand nach eingehender Diskussion im Ergebnis dafür aussprach, den Status der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation als Plattform vorrangig der Rehabilitationsträger unverändert beizubehalten. In Folge des Umstandes, dass die Bundesärztekammer selbst kein Rehabilitationsträger ist, sah sich die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation daher nicht in der Lage, dem Antrag der Bundesärztekammer auf Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu entsprechen.

Der Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ hat Anfang 2005 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.

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 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. Die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sind durch das SGB IX wesentlich verweidert worden. Nähere Einzelheiten hierzu sind dem Tätigkeitsbereich 2003 und 2004 zu entnehmen.

## **Neuaufgabe des Wegweisers für Ärzte „Rehabilitation und Teilhabe“**

Schon 1994 wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter maßgeblicher Beteiligung des Sachverständigenrates der Ärzteschaft 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 hat belegt, dass der Wegweiser in seiner Komplexität und Darstellung der Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland ein nicht wegzudenkendes Instrument auf diesem Gebiet darstellt.

Die Anforderungen an die medizinische Versorgung haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Chronische Krankheiten nehmen aufgrund der veränderten Alterszusammensetzung der Bevölkerung einen wachsenden Anteil im Gesamtspektrum der Erkrankungen ein. Durch diese Verschiebung von Prioritäten verlagert sich der Schwerpunkt medizinischer Aufgaben auf die Behandlung der Krankheitsfolgen. Der Stellenwert medizinischer Rehabilitationsleistungen wird dadurch deutlich erhöht.

Auch die 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte trägt diesem Umstand Rechnung. Sie beinhaltet den neuen Querschnittsbereich „Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren“, der erstmals bereits im Medizinstudium die Inhalte der Rehabilitation entsprechend ihrer Bedeutung auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO und des SGB IX den Studenten praxisnah, umfassend und fachübergreifend vermitteln soll.

Diesen Entwicklungen ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter Mitarbeit der Bundesärztekammer im Frühjahr 2005 mit einer Neuauflage des Wegweisers für Ärzte nachgekommen.

Ein weiterer wesentlicher Grund für die Neuauflage des Wegweisers „Rehabilitation und Teilhabe“ ist die Einführung und Etablierung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) und ihr Einfluss auf das SGB IX. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit der ICF die alte „Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen“ (ICIDH) abgelöst. Dem Buch kommt somit eine Vorreiterrolle bei der Weiterentwicklung gemeinsamer trägerübergreifender Nutzungsmöglichkeiten und Strategien zur Implementierung der ICF in der Rehabilitation zu. Bei der Darstellung der Krankheitsbilder und Behinderungsarten wurde dementsprechend das Denkmodell der ICF zugrunde gelegt.

Im medizinischen Teil werden die wichtigsten Krankheiten und Behinderungsarten und der jeweils indizierte diagnostische und rehabilitative Prozess aus Sicht der Ärzte und weiterer Teammitglieder beschrieben. Berücksichtigung finden dabei auch die vielfältigen Einflussfaktoren auf die Krankheit, ihre Folgeerscheinungen sowie deren Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit und Teilhabe. Die medizinische Rehabilitation umfasst dabei einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus, die wechselseitigen Beziehungen zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person – beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigung der Aktivitäten sowie der Teilhabe – und ihren Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt berücksichtigt.

In dem von Verwaltungsexperten erstellten Grundlagenteil findet der Leser Erläuterungen zu Aufgaben, Strukturen, sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen, Verfahren und Abläufen in der Rehabilitation.

Die Publikation wendet sich aber nicht ausschließlich an Ärzte, sondern dürfte als umfangreiches Standard-Unterrichts- und Arbeitsmittel für alle in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen sowie für Universitäten und Fachschulen von Interesse sein.

Darüber hinaus hat sich der Wegweiser seit Jahren als ein äußerst nützliches Instrument für die Arbeit der Fachkräfte der Rehabilitationsträger bewährt und ist aus deren täglicher Praxis sowie ihrer Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht mehr wegzudenken.

Durch die Mitarbeit ausgewiesener Autoren, die zugleich mit dem Rehabilitationsprozess in der Praxis bestens vertraut sind, wird dieses Buch zu einem komplexen Nachschlagewerk in allen Fragen einer umfassenden Rehabilitation und Teilhabe.

Das Buch ist Mitte Mai 2005 beim Deutschen Ärzteverlag erschienen und kann über den Buchhandel oder direkt beim Verlag bezogen werden.

## **Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation – Vorschläge der deutschen Ärzteschaft**

Angesichts der im Bereich der medizinischen Rehabilitation erheblich einschränkenden Gesetzgebung 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 Vorsitzenden des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ 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 den Gesundheitsreformen 2000 und 2004 sowie der Neukodifizierung des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) grundlegende Bedeutung erlangte. Diese EntschlieÙung ist im Tätigkeitsbericht 2001/2002 abgedruckt worden.

## **REHACare International 2005**

Die Bundesärztekammer ist neben einer Vielzahl weiterer Organisationen, Verbände, Behörden und Ministerien seit 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 darüber hinaus der Bereich der Pflege in die REHA International als weltweit führende Messe für die Rehabilitation 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 12.-15.10.2005 in der Messe Düsseldorf statt. Über 50.000 Besucher informierten sich über die von 853 Ausstellern aus 31 Ländern vorgestellten Produkte und Dienstleistungen aus der Rehabilitationstechnik sowie über Hilfsmittel für Rehabilitation und Pflege.

In Themenparks gebündelte Informationen, die Fachbesuchern, Betroffenen und ihren Familien Anregungen gaben und zielgruppenorientierte Lösungen aufzeigten, waren auch 2005 das Markenzeichen dieser international führenden Fachschau für Rehabilitation und Pflege. Dank moderner Unterstützungs- und Rehabilitationstechnologien, neuer Pflegekonzepte und effizienter Therapien sind die Chancen von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, gleichberechtigt am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, Eigenständigkeit zu gewinnen oder zu bewahren, heute enorm groß. Die REHACare 2005 hat dies eindrucksvoller denn je unter Beweis gestellt.

Die nächste REHACare International wird im Oktober 2006 wiederum in Düsseldorf stattfinden.

### **Positionen der deutschen Ärzteschaft zur Integration von Menschen mit Behinderungen**

Mit den immer noch vorhandenen, vielfältigen Problemen bei der Integration von Menschen mit Behinderungen in unsere Gesellschaft befasste sich eingehend der 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen. 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. Wegen ihrer grundlegenden Bedeutung für die zukünftige Arbeit der Bundesärztekammer auf dem Feld der Rehabilitation wird darauf verwiesen, dass diese EntschlieÙung des Deutschen Ärztetags in den Tätigkeitsberichten 2003 und 2004 abgedruckt worden ist.

