

4. Prävention und Rehabilitation

4.1 Gesundheitsförderung und Prävention

4.1.1 „Gesundheitsförderung und Prävention“ – Themen des 109. Deutschen Ärztetages

Auch der 109. Deutsche Ärztetag hat wieder in mehreren Entschlüssen zu aktuellen Themen der Prävention Stellung bezogen. Unter anderem hat er seine positive Haltung zu einem eigenen Präventionsgesetz bestärkt, in dem der Ärzteschaft jedoch eine zentrale Rolle zugeschrieben werden müsse. Hinsichtlich einer wirksamen Gesundheitsprophylaxe forderte er die Einführung einer Pflichtimpfung gegen Masern und den Nachweis eines vollständigen Impfstatus als Aufnahmevoraussetzung für Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten und Schulen. Zudem solle seitens der Ärztekammern geprüft werden, ob gegen solche Ärzte, die sich explizit und wiederholt gegen empfohlene Schutzimpfungen nach § 20 (3) Infektionsschutzgesetz (IfSG) aussprechen, berufsrechtliche Schritte eingeleitet werden können.

Der Ärztetag forderte zudem die Politik auf, sicherzustellen, dass bundesweit die Schulinganguntersuchungen weiterhin durch Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden. Er sprach sich außerdem dafür aus, dass die Gesundheitsförderung Teil des Unterrichts an allen Schulen in Deutschland werden soll. Ärztinnen und Ärzte signalisierten ihre Bereitschaft, bei der inhaltlichen Ausgestaltung des Schulunterrichts im Bereich Gesundheitsförderung mitzuwirken. Ein entsprechendes Programm „Gesund macht Schule“ wurde bereits 1995 von der Ärztekammer Nordrhein entwickelt und an einer Vielzahl von Schulen etabliert. In einigen anderen Landesärztekammern bestehen vergleichbare Programme.

4.1.2 Ständige Konferenz „Prävention und Gesundheitsförderung“

Die neu ins Leben gerufene Ständige Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer hat sich in ihrer Sitzung am 04.07.2006 unter Leitung des Vorsitzenden des Ausschusses „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“, Herrn Rudolf Henke, mit der Zukunft des Präventionsgesetzes wie auch mit den Beschlüssen des 109. Ärztetages zur Impfprophylaxe befasst. Darüber hinaus wurden Ansätze zur Stärkung der Prävention in der ärztlichen Praxis vorgestellt und Strategien entwickelt, wie das Projekt „Gesund macht Schule“ der Ärztekammer Nordrhein in weiteren Kammergebieten etabliert werden kann.

Für die Mitglieder der Ständigen Konferenz wurde eine elektronische Plattform eingerichtet, die der Information über laufende Aktivitäten in der Prävention und der Diskussion aktueller Themen dient. Diskussionsforen bestehen zu folgenden Themen:

- Prävention allgemein
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsförderung und Prävention
- Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- Gesundheit im Alter
- Prävention von Suchterkrankungen
- Armut und Gesundheit

Derzeit ist die Erarbeitung eines aktuellen Positionspapiers der Bundesärztekammer zur Prävention in Vorbereitung. Die Landesärztekammern wurden gebeten, dazu eigene Vorschläge zu erstellen, auf deren Grundlage ein gemeinsames Papier der Bundesärztekammer generiert werden kann.

Das Thema „Prävention“ in der Gesundheitsreformdebatte

Der im Oktober vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte Referentenentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sieht eine Absenkung der Zuzahlungsgrenze auf 1 % des Bruttoeinkommens erst dann vor, wenn zuvor eine regelmäßige Teilnahme an den gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen stattgefunden hat.

Die Bundesärztekammer hat in ihrer Stellungnahme zu den Plänen hervorgehoben, dass damit erstmalig im deutschen Gesundheitswesen sozialversicherungsrechtliche Konsequenzen aus einem angenommenen Selbstverschulden für Krankheit gezogen werden sollen. Besonders die Teilnahme/Nichtteilnahme an invasiven Vorsorgeuntersuchungen kann Ergebnis einer individuellen Risiko-/Nutzen-Abwägung sein, die zu respektieren ist. Auch wird mit der vorgesehenen Regelung ein „Recht auf Nichtwissen“ von der Akzeptanz ggf. höherer finanzieller Eigenbeteiligung abhängig gemacht.

Stand der Vorbereitungen eines eigenständigen Präventionsgesetzes

Im Jahr 2006 wurde das Vorhaben eines eigenständigen „Präventionsgesetzes“ von der Bundesregierung zunächst nicht weiterverfolgt. Auf einer im März in Berlin von den Spitzenverbänden der GKV veranstalteten Tagung machte Gesundheitsministerin Schmidt deutlich, dass man zunächst die Gesundheitsreform und die Reform der Pflegeversicherung zu einem Abschluss bringen wolle, bevor man sich wieder dem Präventionsgesetz zuwenden werde. In der Zwischenzeit haben die Spitzenverbände der GKV (SpiK) deutlich gemacht, dass sie anstelle der im alten Gesetzentwurf geplanten „Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung“ eine Koordinierungsstelle für lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen favorisieren. Die Bundesärztekammer hat in einem Schreiben an die SpiK zu diesen Überlegungen Stellung bezogen und dargelegt, dass das Konzept die gesellschaftliche Basis der Prävention eher verengt statt verbreitert und mit ihm ärztlicher Sachverstand ausgegrenzt anstatt gestärkt werde.

Die Arbeit des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung (DFPG) war in diesem Jahr von der Übertragung seiner Geschäftsstelle vom Bundesministerium für Gesundheit auf die Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) sowie von Bemühungen

um eine Fusion der beiden Organisationen geprägt. Dazu gehörte insbesondere die Ausarbeitung einer Satzung für das fusionierte Gebilde DFPG/BfGe.

Stärkung ärztlicher Kompetenzen in der Prävention

Um ärztliche Kompetenzen in der Prävention zu stärken, hat der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung in seiner Sitzung am 30.08.2006 beschlossen, das bestehende Curriculum „Gesundheitsförderung“ der Bundesärztekammer zu überarbeiten und an aktuelle Anforderungen an die Prävention und Gesundheitsförderung anzupassen. Die von einigen medizinischen Fachverbänden geforderte Schaffung einer eigenen Zusatzweiterbildung für Präventivmedizin wird hingegen nicht als zielführend erachtet. Mit ihr würde präventive Kompetenz nur auf wenige Fachärzte konzentriert, wodurch viele besonders bedürftige Risiko-Patientengruppen nur schwer erreicht würden.

Erstellung eines Qualitätshandbuchs SPORT PRO GESUNDHEIT

Mit dem 2001 gemeinsam mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) entwickelten Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT wurde Ärzten die Vermittlung von Patienten in qualitätsgesicherte Bewegungsangebote erleichtert. Nach längeren Vorarbeiten konnte Anfang 2006 ein vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer entwickeltes Qualitätshandbuch vorgestellt werden. Es gibt den beteiligten Vereinen und Übungsleitern Hinweise, wie die mit dem Siegel verbundenen Qualitätskriterien in der Praxis umgesetzt und kontrolliert werden können. Zur Qualitätssicherung werden stichprobenartig Audits durchgeführt, und für die Übungsgruppenleiter ist eine regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln vorgesehen.

Des Weiteren wurde damit begonnen, eine Übersicht für Ärzte und andere Multiplikatoren zu erstellen, die die Vermittlung von Patienten in bewegungsfördernde Maßnahmen weiter erleichtern soll. Die Arbeit an Informationen zum Thema Gesundheit und Bewegung wird im nächsten Jahr zusammen mit dem Deutschen Olympischen Sportbund und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention fortgesetzt.

Mitarbeit im Modellprojekt „gesundheitsziele.de“

Die Bundesärztekammer hat auch im zurückliegenden Jahr in den Gremien des Modellprojektes „gesundheitsziele.de“ zur Erstellung und Umsetzung nationaler Gesundheitsziele mitgearbeitet. Für das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ wurde eine Publikation erstellt, in der zentrale Ziele und Teilziele zur Erreichung des Gesamtziels vorgestellt und entsprechende Maßnahmen zur Realisierung vorgeschlagen werden.

Darüber hinaus war das Jahr von Bemühungen geprägt, das Modellprojekt in Regelstrukturen zu überführen und hierfür eine tragfähige konzeptionelle und finanzielle Basis zu erstellen.

Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) und der Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) initiierte Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ hat anlässlich seines 4. Treffens am 10.11.2006 in Köln eine gemeinsame Erklärung verabschiedet, in der er fordert, dass die Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen zu einer Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche wird. Zukünftige Aktivitäten sollten schon im Planungsstadium daraufhin untersucht werden, welchen nachhaltigen Beitrag sie zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten vermögen.

Die Bundesärztekammer ist seit Oktober 2005 Mitglied im Kooperationsverbund. Nicht zuletzt die Beratungsergebnisse des 108. Deutschen Ärztetages, der sich intensiv mit den Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit, Armut und Krankheit auseinandergesetzt hatte, hatten zu diesem Schritt geführt.

4.1.3 Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen am Beispiel des Patientenforums

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

Das Sozialgesetzbuch V 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 bisher 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 Informationen durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden.

Unabhängig von den gesetzlichen Maßnahmen gibt es seit vielen Jahren bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen Kooperationsstellen für Selbsthilfeorganisationen (KOSA) bzw. Patientenberatungsstellen. Das Leistungsspektrum reicht von der Bearbeitung von Patientenfragen, über die Durchführung von Informationsveranstaltungen, Unterstützung bestehender Kooperationsberatungsstellen, bis zum regelmäßigen Kontakt mit Selbsthilfeorganisationen und Dachverbänden der Selbsthil-

fe. 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.

Im Jahr 2001 wurde daher auf Initiative von Frau Dr. Auerswald, damalige Präsidentin der Ärztekammer Bremen, und basierend auf den langjährigen Erfahrungen der Patientenberatungsstelle der Ärztekammer Bremen das Patientenforum gegründet, dem sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung angeschlossen hat.

Die Einrichtung des Patientenforums verfolgt das Ziel, die Arbeit der beiden Institutionen (Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung) gegenüber Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen 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 wurden im Berichtszeitraum folgende Projekte bearbeitet:

- Fertigstellung der Patientenleitlinie Asthma, veröffentlicht unter www.versorgungsleitlinien.de
- Mitwirken an der Entwicklung der NVL und an den Patientenleitlinien für die Themen COPD, Diabetes Typ 4, Herzinsuffizienz, KHK und Rückenschmerz
- Beteiligung an der Entwicklung eines generischen Methodenreports der Patientenbeteiligung bei den Verfahren zur Erstellung der Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL)
- Neuauflage der Checkliste „Gute Arztpraxis“

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

Im Berichtszeitraum fand zudem ein intensiver Austausch zum geplanten GKV-WSG (Gesetzliche Krankenversicherungen – Wettbewerbsstärkungsgesetz) statt und so wohlwollendes Verständnis für die teilweise unterschiedlichen Blickwinkel der Patientenvertreter einerseits und der KBV und Bundesärztekammer andererseits zu Analysen und Folgeinschätzungen der Reform gefördert.

Die Entwicklung der Arbeit des Patientenforums wird unter anderem davon bestimmt, dass sich das Verhältnis von Patient und Arzt in den vergangenen Jahren deutlich gewandelt hat. Es wird beeinflusst von der durch die Gesundheitsreformen betonten Eigenverantwortung des Versicherten in einem zunehmend durch Wettbewerb geprägten Gesundheitssystem. Dieser Weg bedarf der Stärkung und Unterstützung des Einzelnen und sollte von den Verantwortlichen im Gesundheitswesen besonders vor dem Hintergrund immer deutlicher werdender Folgen von Budgets und schleichender Rationalisierung mit großer Aufmerksamkeit begleitet werden.

4.2 Gesundheit und Umwelt

Das Thema „Umwelt/Umweltmedizin“ hat in den letzten Jahren einen anderen Stellenwert bekommen. In Zeiten großer Unsicherheit in unserer Gesellschaft bedingt durch hohe Arbeitslosigkeit und daraus resultierender Verarmung, haben die Folgen der Industrialisierung – sei es in Form gesundheitlicher Belastungen durch die Umwelt oder klimatischer Veränderungen – an Bedeutung verloren. Dies jedoch vollkommen zu unrecht, wenn man z. B. nur an die Folgen des Klimawandels denkt, zuletzt eindringlich aufgezeigt im Rahmen des 1. Deutschen Klimakongresses „Klima im Wandel – Fakten, Folgen, Perspektiven“ 2006 in Berlin. Seit Beginn der Industriellen Revolution in Europa Mitte des 18. Jahrhunderts hat sich unsere Lebensweise dank stetiger Innovationen und neuer Technologien radikal verändert. Dieser Fortschritt, der sich u. a. aus fossilen Energieträgern speist, hat seinen Preis. Die CO₂-Konzentration in der Atmosphäre hat in dieser Zeit um mehr als 35% zugenommen. Es kommt seitdem zu einer globalen Erwärmung, schmelzende Gletscher, steigende Meeresspiegel und Wetterextreme sind die Folge. Um dem entgegenzuwirken ist eine massive globale Reaktion von Wirtschaft, Politik und Gesellschaft erforderlich.

4.2.1 Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“ der Bundesärztekammer

Am 31.03.2006 fand die erste Sitzung des Ausschusses „Gesundheit und Umwelt“ unter der Leitung der neuen Vorsitzenden Frau Dr. Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen statt. Prof. Dr. Eckel Initiator und langjähriger Vorsitzender dieses Gremiums wurde zum zweiten Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Die Sitzung stand unter dem Thema „15 Jahre Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“ – Rückschau und Ausblick“. Die Ausschussmitglieder bedauerten, dass die Zusatzbezeichnung „Umweltmedizin“ in der (Muster-)Weiterbildungsordnung nicht mehr vorgesehen ist. Andererseits wird eine Chance darin gesehen, über die strukturierte curriculäre Fortbildung die Umweltmedizin als Querschnittsfach praxisrelevant zu vermitteln. In der Vergangenheit bestand auch ein Engpass bei den Weiterbildungsstellen. Dadurch, dass die Inhalte

jetzt berufsbegleitend vermittelt werden, kann die Umweltmedizin einem größeren Kreis von interessierten Ärzten zugänglich gemacht werden. Erfreulicherweise hat die Umweltmedizin nun auch Einzug in die Approbationsordnung gehalten: bereits im Studium ist ein Pflichtkurs „Umweltmedizin“ vorgesehen. Sinnvoll wäre es auch umweltmedizinische Aspekte im Rahmen der Weiterbildung in den einzelnen Fachgebieten mit Patientenbezug zu integrieren.

Nachdem das Curriculum „Umweltmedizin“ nun überarbeitet ist, wird die Ärztekammer Hessen die Initiative ergreifen und einen 80-Stunden-Kurs „Umweltmedizin“ anbieten.

Einen weiteren Schwerpunkt der Ausschussarbeit wird in der Risikobewertung und -kommunikation von Schadstoffen gesehen. Ein gutes Beispiel hierzu war die Stellungnahme zu REACH. Das Thema „Nanopartikel“ könnte ähnliche Bedeutung erlangen.

Die Fortbildung von Ärzten zu umweltmedizinisch relevanten Themen in Form der Foren „Gesundheit und Umwelt“ soll fortgeführt werden.

REACH – Europäische Chemikalienpolitik

Der Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“ hat zur Neuordnung des europäischen Chemikalienrechts im letzten Jahr eine ausführliche Stellungnahme (s. Tätigkeitsbericht 2005) gegenüber der Europäischen Kommission abgegeben. Da es im Verlauf der weiteren Beratung zu einer deutlichen Abschwächung der Forderungen gekommen ist, war eine weitere Positionierung der Bundesärztekammer zur zweiten Lesung des Verordnungsentwurfs im EU-Wettbewerbsrat und EU-Parlament notwendig. In dieser Stellungnahme wurde die Einhaltung des Substitutionsprinzips, eine allgemeine Sorgfaltpflicht für die Industrie und die Transparenz der Daten gefordert. Forderungen, die das CPME in ihrem Positionspapier auch aufgegriffen haben. Im Dezember 2006 hat das Europäische Parlament das neue Chemikaliengesetz verabschiedet, das nun am 1. Juli 2007 in Kraft tritt.

Forum „Gesundheit und Umwelt“

Im Berichtsjahr fanden zwei Foren der Bundesärztekammer statt:

- am 01.04.2006 zum Thema „Trinkwasser“ gemeinsam mit der Ärztekammer des Saarlandes in Saarbrücken unter der Moderation von Prof. Dr. Buchter, Leiter des Instituts für Arbeitsmedizin der Universität des Saarlandes, Homburg und
- am 22.11.2006 zu diversen Themen gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen unter der Moderation von Dr. Behrends, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Hannover.

4.3 Sucht und Drogen

4.3.1 Ausschuss „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu einer kontrollierten Heroinabgabe bei Schwerstopiatabhängigen

Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ hat sich 2006 insbesondere mit der Erarbeitung einer Stellungnahme der Bundesärztekammer zur kontrollierten Heroinabgabe bei Schwerstopiatabhängigen befasst. Grundlage waren die Ergebnisse der dazu durchgeführten Arzneimittel-Zulassungsstudie für Diacetylmorphin, die im Frühjahr des Jahres der Öffentlichkeit vorgestellt und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Prüfung des Zulassungsantrags vorgelegt worden waren. Die Durchführung der Studie, mit der ein potenzieller therapeutischer Nutzen einer kontrollierten Diacetylmorphin-Vergabe an Schwerstopiatabhängige abgeklärt werden sollte, war bereits 1998 vom Vorstand befürwortet und anschließend von der Bundesärztekammer durch Mitarbeit im Lenkungsgremium und im wissenschaftlichen Beirat begleitet worden.

Der Ausschuss „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer hat nach Veröffentlichung der Studienergebnisse die Landesärztekammern zur Abgabe von Stellungnahmen gebeten und am 11.09.2006 eine Anhörung des stellvertretenden Studienleiters Dr. Haasen durch die Ausschussmitglieder und die Suchtbeauftragten der Landesärztekammern durchgeführt. Die daraufhin erarbeitete Stellungnahme der Bundesärztekammer spricht sich für eine Vergabe von Diacetylmorphin an Schwerstopiatabhängige aus, wenn zuvor sowohl eine abstinenzorientierte wie auch eine psychosozial begleitete Substitutionstherapie mit Methadon gescheitert sind. Zudem muss die Substitution mit dem Originalstoff am übergeordneten Ziel der Suchtfreiheit ausgerichtet sein.

In der zweiten Jahreshälfte richtete die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung gesetzlicher Umsetzungsmöglichkeiten der Diacetylmorphin-Vergabe ein, zu der die Bundesärztekammer als Sachverständige hinzugezogen wurde. Es zeichnet sich jedoch ab, dass die für eine kontrollierte Heroinabgabe erforderliche Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) auf politischer Ebene gegenwärtig nicht durchsetzbar ist.

Kontakte zur Bundesdrogenbeauftragten

Die kontrollierte Heroinvergabe war auch ein zentrales Thema des im Frühjahr zwischen der Ausschussvorsitzenden, Frau Dr. Bühren, und der neuen Bundesdrogenbeauftragten, Frau Bätzing, geführten Gesprächs im Bundesministerium für Gesundheit. Weitere Gesprächsinhalte waren der Umgang mit der Verschreibung psychotroper Medikamente sowie die Tabakentwöhnung durch Ärztinnen und Ärzte und deren Vergütung. Ein weiteres Gespräch ist für Anfang 2007 verabredet.

Weimarer Suchtexpertentagung „Suchthilfe und Medizin“

Die Behandlung Opiatabhängiger stand auch im Mittelpunkt der am 25. und 26.09.2006 gemeinsam mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) in Weimar durchgeführten Expertentagung „Suchthilfe und Medizin“. Frau Dr. Bühnen hielt das Eingangsreferat zum Thema „Sonderversorgung Sucht und medizinische Regelversorgung – Ergänzungen und Schnittmengen im Interesse effizienter Hilfen“. Die Tagung ist das Ergebnis einer in den letzten beiden Jahren entstandenen intensiven Kooperation von DHS und Bundesärztekammer, die durch ein jährliches Austauschtreffen des Ausschusses „Sucht und Drogen“ und des Vorstandes der DHS inzwischen auch einen formalen Rahmen gefunden hat.

Durchführung der Suchtwoche 2007

Die Suchtwoche 2007 zum Thema „Alkohol – Verantwortung setzt die Grenze“ wird derzeit von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), dem Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesärztekammer sowie anderen Organisationen der Suchthilfe für die Zeit vom 14. bis 18.06.2007 vorbereitet. Dazu ist neben einer Thematisierung riskanten Alkoholkonsums im Fernsehen, in Diskotheken, an Universitäten oder in den Gottesdiensten daran gedacht, in Arztpraxen ein Screening von Patientinnen und Patienten auf riskanten Alkoholkonsum durchzuführen und sie auf Beratungsmöglichkeiten durch lokale Suchtberatungsstellen aufmerksam zu machen.

Mitwirkung im Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung

Auch im zurückliegenden Jahr hat sich die Bundesärztekammer aktiv an der Arbeit des vom Bundesministerium für Gesundheit 2004 konstituierten Drogen- und Suchtrats beteiligt.

Themen in den Arbeitsgruppen „Schnittstellenprobleme in der Versorgung Suchtkranker“ und „Suchtprävention“ waren v. a. die Substitutionsbehandlung mit Methadon, Frühintervention bei Abhängigkeitserkrankungen, Reduktion des Suchtmittelkonsums bei Jugendlichen sowie versicherungsrechtliche Aspekte Abhängigkeitskranker und ihre Reintegration ins Arbeitsleben.

Aktivitäten für eine wirksame Tabakkontrollpolitik

Die Bundesärztekammer hat sich auch im zurückliegenden Jahr intensiv für eine wirksame Tabakkontrollpolitik eingesetzt.

Der 109. Deutsche Ärztetag verlangte in einer Entschließung einen umfassenden Schutz der Bevölkerung vor Passivrauch. In der Folge hat sich die Bundesärztekammer in verschiedenen Stellungnahmen und Pressemitteilungen für ein Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden wie auch in der Gastronomie zum Zwecke des Gesundheitsschutzes für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausgesprochen. Diese Position hat sie auch in einer öffentlichen Anhörung der Bundestagsfraktion der Bündnis 90/Die GRÜNEN vertreten, die am 18.09.2006 im Deutschen Bundestag statt-

fand. Es hatte sich in der Zwischenzeit gezeigt, dass die zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband e. V. (DEHOGA) 2005 geschlossene freiwillige Vereinbarung, die auf eine gestufte Ausweitung von Nichtraucherbereichen in der Gastronomie abzielt, in der Realität nicht die angestrebten Erfolge zeigt. Eine zwischen den Regierungsfractionen von CDU/CSU und SPD vereinbarte Regelung ist derzeit wieder in Frage gestellt. Hintergrund sind verfassungsrechtliche Bedenken, ob die Gesetzgebungskompetenz auf der Bundes- oder der Länderebene liegt.

Aktuelle Fragen der Tabakkontrolle waren auch Gegenstand einer Veranstaltung, zu der der CDU-Europaabgeordnete Karl-Heinz Florenz am 19.10.2006 verschiedene Expertinnen und Experten nach Berlin eingeladen hatte. Frau Dr. Bühnen hat die Bundesärztekammer auf der Veranstaltung mit einem Vortrag zur „Rolle der Ärzteschaft in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit“ vertreten.

In mehreren Pressemitteilungen hat die Bundesärztekammer auf eine rasche Umsetzung der EU-Tabakwerbeverbotsrichtlinie in nationales Recht gedrängt. Hintergrund war die von der Bundesregierung im September 2003 vor dem europäischen Gerichtshof gegen die Tabakwerbeverbotsrichtlinie eingereichte Klage, die sie mit Kompetenzüberschreitungen der Europäischen Kommission begründete. Unabhängig davon war die Bundesregierung zur Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht zum 31.07.2005 verpflichtet gewesen, dem sie mit Verweis auf ihre Klage jedoch zunächst nicht nachkam. Erst nachdem der Generalanwalt im Juni 2006 in seinem Votum die Werberichtlinie als rechtmäßig beurteilt hatte, leitete die Bundesregierung ihre Umsetzung in nationales Recht ein. Der entsprechenden Novelle des Tabakgesetzes haben inzwischen sowohl Bundestag als auch Bundesrat zugestimmt.

Die Bundesärztekammer wurde im Frühjahr 2006 seitens des Bundesministeriums für Gesundheit um Mitwirkung im Projektbeirat des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser angefragt. Das Netzwerk dient der Unterstützung von Krankenhäusern bei der Umsetzung von Regelungen zur Rauchfreiheit in ihren Gebäuden und der Etablierung von Entwöhnungsangeboten für ihre Patientinnen und Patienten. Der Vorstand hat sich in seiner Sitzung vom 25.08.2006 für eine Teilnahme im Projektbeirat ausgesprochen.

Fortbildungsmaterialien zur Stärkung der ärztlichen Kompetenz in der Raucherentwöhnung

Zur Umsetzung der vom Vorstand 2005 verabschiedeten 20-stündigen Qualifikation „Tabakentwöhnung“ wurde ein modulares Curriculum erarbeitet, das 12 Stunden Präsenzeinheiten und 8 Stunden online-gestützte Selbstlernmodule in einem sog. „Blended Learning“-Konzept umfasst. Zur Erarbeitung der Inhalte wurde eine Expertengruppe einberufen, in der neben der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, der Bundesverband der Pneumologen, der Wissenschaftliche Arbeitskreis Tabakentwöhnung und ein Allgemeinmediziner vertreten sind. Die Umsetzung der Online-Module in einer Lernplattform erfolgt durch die Ärztekammer Nordrhein, die auf diesem Feld bereits umfassende Expertise besitzt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im vergangenen Jahr gemeinsam mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und der Bundesärztekammer einen Leitfaden zur Raucherberatung für Ärztinnen und Ärzte erstellt. Dieser ergänzt das bestehende Stufenprogramm der Bundesärztekammer „Frei von Tabak“, indem er sich vertieft Aspekten des Arzt-Patienten-Gesprächs und der Umsetzung im Praxisalltag widmet. Der neue Leitfaden eignet sich zudem als Begleitmaterial zu den Präsenzteilen der im Aufbau befindlichen Qualifikation „Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer.

Die vom Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg im Frühjahr 2005 erstellte wissenschaftliche Publikation „Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte aktiv in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit“ wird derzeit für eine 2. Auflage überarbeitet und um weitere Beiträge ergänzt. Sie dient dazu, Ärztinnen und Ärzte über die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens auf einzelne Organsysteme sowie über die Möglichkeiten einer Entwöhnung in der Arztpraxis und deren gesundheitlichen Nutzen zu informieren.

Auch 2006 erschienen wieder 10 Ausgaben des gemeinsam mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum herausgegebenen Newsletters „Tabakentwöhnung“. Er richtet sich v. a. an in der Tabakentwöhnung tätige Berufsgruppen und informiert über neueste Forschungsergebnisse sowie über Fortbildungsveranstaltungen zum Thema.

Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zum Thema schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Medikamenten

In diesem Jahr konnte der Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ fertig gestellt werden, an dem Suchtfachverbände und Selbsthilfeorganisationen beteiligt waren. Nach Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und Zustimmung durch den Vorstand der Bundesärztekammer wird er voraussichtlich Anfang nächsten Jahres in Druck gehen und interessierten Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt werden können. Der Leitfaden gibt Hinweise zur Erkennung eines problematischen Umgangs mit psychotropen Medikamenten, zur ärztlichen Ansprache des Themas sowie zur Diagnostik und Entwöhnung betroffener Patientinnen und Patienten.

Hinweise für Landesärztekammern zum Umgang mit suchtkranken Ärztinnen und Ärzten

Die von einer Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer erstellten „Hinweise zum Aufbau und zur Durchführung von Interventionsprogrammen der Landesärztekammern für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte“ wurden vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung vom 17.02.2006 verabschiedet.

In den Hinweisen wird empfohlen, in jeder Landesärztekammer eine Kontaktstelle für Verdachtsmeldungen und Selbstmelder einzurichten und Betroffenen eine Vertrauensärztin/Vertrauensarzt zur Verfügung zu stellen, die/der sie im Therapieprozess begleitet und sie bei der Abwicklung formaler und rechtlicher Prozesse unterstützt. Strukturierte Interventionsprogramme sollten zudem in enger Abstimmung mit den zuständigen Approba-

tionsbehörden erstellt werden und auch den Abschluss einer freiwilligen Vereinbarung mit dem betroffenen Kammermitglied über dessen Pflichten sowie Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten der Kammer beinhalten. Mittlerweile haben alle Landesärztekammern Ansprechpartner für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte benannt, die auf einer eigenen Internetseite der Bundesärztekammer aufgelistet und für Betroffene verfügbar sind.

Die Aktivitäten der Bundesärztekammer haben inzwischen auch über die Grenzen Deutschlands hinaus Interesse geweckt. Dr. Hetzel, Geschäftsführer der Australasian Doctors' Health Interest Group und des Doctors Health Advisory Service, informierte sich am 06.10.2006 in Berlin über das Interventionsprogramm der Bundesärztekammer sowie die etablierten Hilfsangebote der Ärztekammer Hamburg für betroffene Kammermitglieder und regte eine Teilnahme der Bundesärztekammer an der 2007 in Sydney stattfindenden International Doctors' Health Conference an.

Der Fortgang der Aktivitäten der Bundesärztekammer auf dem Gebiet der Suchterkrankungen von Ärztinnen und Ärzten wurde auch in diesem Jahr wieder auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vorgestellt.

4.4 Rehabilitation

Nach jüngsten Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden in den 1.270 (Vorjahr: 1.294) deutschen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2005 knapp 1,8 Mio. Patientinnen und Patienten vollstationär versorgt. Damit lag die Zahl der Behandlungsfälle um 3,9 % niedriger als 2004. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug 25,8 Tage nach 25,1 Tagen noch in 2004. Ende 2005 wurden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen insgesamt 174.500 Betten – und damit rund 2.000 weniger als im Jahr 2004 – vorgehalten, die im Durchschnitt zu 73,4 % (2004: 73,5 %) belegt waren. In diesen Einrichtungen waren im Jahr 2005 93.000 Vollzeitkräfte beschäftigt; dies entspricht dem Vorjahresniveau. Im ärztlichen Dienst waren mit knapp 8.100 Vollkräften 1 % mehr gegenüber 2004 tätig. Die Zahl der Vollkräfte im nichtärztlichen Dienst sank um 0,1 % auf 84.000.

Der wachsenden Bedeutung der Rehabilitation in Klinik und Praxis 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 derart integriert angelegten Gremium.

4.4.1 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Die Vielfalt der Initiativen im Bereich der Rehabilitation zu erhalten und zu stärken, ist Aufgabe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. 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. Hiermit ist zwar 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 nicht Mitglied dieser Arbeitsgemeinschaft und gehört somit weder deren Mitgliederversammlung noch deren Vorstand als Entscheidungsträger an.

Mit der Neukodifizierung des gesamten Rehabilitations- und Behindertenrechts im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) wurden die Aufgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wesentlich erweitert und gestärkt. 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. Nähere Einzelheiten hierzu sind dem Tätigkeitsbericht 2004 zu entnehmen. Bei den Beratungen der BAR-Arbeitsgruppe „Gemeinsame Servicestellen“ am 21.02.2006 wurden folgende Aspekte in den Vordergrund gestellt:

- Die Gemeinsamen Servicestellen sind weiterzuentwickeln, von einer Übertragung weiterer Entscheidungskompetenzen auf die Gemeinsamen Servicestellen wird allerdings Abstand genommen. Gemeinsame Servicestellen werden überwiegend als zusätzliches Angebot – oft für eher komplexe Fallgestaltungen – betrachtet.
- Es soll eine bundesweit einheitliche Werbung bzw. Öffentlichkeitsarbeit für die Gemeinsamen Servicestellen entwickelt werden. Ihre Wahrnehmbarkeit in der Öffentlichkeit soll insgesamt gesteigert werden.
- Die Fort- und Weiterbildung der Servicestellen-Mitarbeiter soll durch aktualisierte und um die neuen gesetzlichen Aufgaben, erweiterte (trägerübergreifende) Schulungskonzepte und erneute Schulungen gefördert werden.
- Ggf. sollen von Seiten der BAR Einsteiger-Seminare für Servicestellen-Mitarbeiter angeboten werden.
- Vorrangig ist zunächst die qualifizierte Einbindung der erweiterten Aufgaben (Betriebliches Eingliederungsmanagement, Persönliches Budget) in die Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen.

Darüber hinaus hat der Sachverständigenrat der Ärzteschaft als aktuelles Projekt einen primär für die Zielgruppe der niedergelassenen Ärzte gedachten ICF-Praxisleitfaden erstellt. Er wurde im März 2006 als Broschüre veröffentlicht. Ausgangspunkt für die Entwicklung eines solchen Leitfadens ist die zunehmende Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO für den Bereich der Rehabilitation und an deren Schnittstellen (Reha-Zugangungsverfahren und Reha-Nachsorge), an denen vor allem der niedergelassene Arzt eingebunden ist. Die ICF stellt eine Konzeption dar, mit der die bio-psycho-sozialen Dimensionen chronischer Krankheiten und Behinderungen systematisch erfasst und die rehabilitativen Interventionen noch stärker auf den individuellen Bedarf ausgerichtet werden können. Dies bedeutet auch eine Ergänzung des bio-medizinischen Modells (ICD) um das bio-psycho-soziale Modell (ICF).

Einen besonderen Anlass für die Entwicklung eines ICF-Praxisleitfadens speziell für den Bereich der niedergelassenen Ärzte stellen die auf die ICF abgestellten „Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V“ des Gemeinsamen Bundesausschusses dar, die am 01.04.2004 in Kraft getreten sind. Diese sind Grundlage für die Verordnung von Reha-Leistungen im Recht der Krankenversicherung und insofern sind die meisten niedergelassenen Ärzte mit der ICF bereits konfrontiert worden. Die Kenntnisse hierüber sind allerdings immer noch unzureichend, so dass weiterhin großer Informations- und Schulungsbedarf zur ICF besteht. Die erneute Verlängerung der Übergangsfrist für die Qualifikationsanforderung zur Reha-Verordnung (bis zum 31.03.2007) macht dies ebenfalls deutlich.

Der trägerübergreifend konzipierte Leitfaden setzt hier an und vermittelt einen Einblick in die Bedeutung und praktischen Anwendungsmöglichkeiten der ICF in der ärztlichen Tätigkeit und ist insbesondere auch auf die ICF-bezogenen Anforderungen für die Qualifikation zur Reha-Verordnung gemäß den Reha-Richtlinien abgestimmt.

Die Einbindung eines komplexen Fallbeispiels betont die Praxisorientierung des Leitfadens, mit der neben der Hauptzielgruppe der Ärzte möglichst viele weitere, am Reha-Prozess beteiligte Professionen erreicht werden sollen, beispielsweise Reha-Fachkräfte, Sachbearbeiter und Servicestellen-Mitarbeiter. Der Leitfaden soll aber auch bei den betroffenen Menschen selbst durch die Vermittlung der Inhalte und Bedeutung der ICF zu einem gemeinsamen Verständnis der Rehabilitation beitragen.

Der ICF-Praxisleitfaden ist in folgende Abschnitte gegliedert:

Kapitel 1 liefert einen Überblick über Inhalt und Systematik der ICF, einschließlich einer Skizzierung der historischen Entwicklung.

In Kapitel 2 wird anhand eines Fallbeispiels die Verbindung hergestellt zwischen den anamnestischen bzw. klinischen Daten und den entsprechenden Begrifflichkeiten der ICF.

Im Kapitel 3 werden wegen der besonderen Nähe zwischen dem Konzept der ICF und dem umfassenden gesellschaftlichen Auftrag zur Sicherung von Teilhabe (gemäß SGB IX) die speziellen Zuständigkeiten und Aufgaben der verschiedenen Sozialleistungsträger beschrieben.

Im Kapitel 4 werden nochmals die Kernaussagen zusammengefasst und mögliche Perspektiven für die Umsetzung der ICF (z.B. auch geeignete Forschungsprojekte für die Weiterentwicklung der ICF-Anwendung) aufgezeigt.

Im Anhang finden sich das Glossar, eine Übersicht über die Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger, das Anwendungsbeispiel der ICF anhand des Formulars Muster 61 der Rehabilitations-Richtlinien und das Verzeichnis der Autoren.

4.4.2 Neuauflage des Wegweisers für Ärzte „Rehabilitation und Teilhabe“

Unter maßgeblicher Beteiligung des Sachverständigenrates der Ärzteschaft wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1994 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.

Ein weiterer wesentlicher Grund für die erforderliche 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. Diesen Entwicklungen ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) unter Mitarbeit der Bundesärztekammer Anfang 2005 mit einer Neuauflage des Wegweisers für Ärzte nachgekommen. Durch die Mitarbeit ausgewiesener Autoren, die zugleich mit dem Rehabilitationsprozess in der Praxis bestens ver-

traut 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.

4.4.3 REHACare International 2006

Neben einer Vielzahl weiterer Organisationen, Verbände, Behörden und Ministerien ist die Bundesärztekammer seit der REHA '81 als dem ersten internationalen Rehabilitationskongress in der Bundesrepublik Deutschland als ideeller Mitträger an diesem weltweit größten Fachkongress und zugleich auch wichtiger nationaler Plattform für die Rehabilitationswelt 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. Schon 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 18.-21.10.2006 in der Messe Düsseldorf statt. Über 51.000 Besucher informierten sich über die von 864 Ausstellern aus 32 Ländern vorgestellten Produkte und Dienstleistungen aus der Rehabilitationstechnik sowie über Hilfsmittel für Rehabilitation und Pflege.

Auch 2006 waren in Themenparks gebündelte Informationen, die Fachbesuchern, Betroffenen und ihren Familien Anregungen gaben und zielgruppenorientierte Lösungen aufzeigten, 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 2006 hat dies eindrucksvoller denn je unter Beweis gestellt. Neben den Präsentationen der Aussteller wurde auch das umfangreiche Weiterbildungs- und Beratungsangebot der REHACare 2006 hervorragend angenommen. Es umfasste rund 80 Seminare und Workshops sowie 14 Themenparks zu Arbeit und Ausbildung, Kinderrehabilitation, Mobilität, Wohnen, Therapie und Sport.

Die nächste REHACare International wird vom 03. bis 06.10.2007 wiederum in Düsseldorf stattfinden.