



Geschäftsbericht

2003/2004



Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Vorwort	4
2. Gesundheitsmodernisierungsgesetz	6
3. Umsetzung Fallpauschalengesetz	7
3.1 KFPV 2004 (Stellungnahme)	7
3.2 Änderungsanträge DIMDI und InEK	10
3.3 Teilstationäre Leistungen	10
3.4 Weiterer Handlungsbedarf	10
4. Umsetzung SGB IX	14
4.1 Anhörung Bundesbehindertenbeauftragten	15
4.2 Vorbereitung Bundesbehindertenbericht	18
4.3 Gemeinsame Empfehlungen nach §§ 12, 13 SGB IX	20
5. Tarifpolitik	28
5.1 Arbeitszeitgesetz	28
5.2 Berufsausbildungssicherungsgesetz	30
5.3 KinikRente BDPK	32
5.4 Weiterer Handlungsbedarf	33
6. Qualitätssicherung	33
6.1 Vereinbarung § 137 d Abs. 1 SGB V	33
6.2 IQMP-Reha	36
6.3 Qualitätsbericht	39
7. Zusammenarbeit mit den Kostenträgern	40
8. Zusammenarbeit mit der Politik	41
9. Weitere Aufgaben des Bundesverbandes Deutscher Privatkanienanstalten	41
9.1 Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren	42
9.2 Reha-Klassifikationssystem	43
9.3 Disease-Management-Programme	44
9.4 Rehabilitationsrichtlinien	46
9.5 Überarbeitung der Dienstleistungsrichtlinie	47
9.6 Besondere Einrichtungen	49
9.7 Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen nach § 116 b Abs. 3 u. 4 SGB V	49
9.8 Prävention und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	49
9.9 Anforderungsprofile § 111 a SGB V	51
9.10 Präventionsgesetz	52



9.11	Teleradiologie	54
10.	Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	54
11.	Veranstaltungen	55
11.1.	Bundeskongress 2003	55
11.2.	Veranstaltung BfA/BDPK	56
11.3.	Veranstaltungen Integrierte Versorgung	57
11.4.	Auftaktveranstaltung IQMP-Reha	57
11.5.	Workshop DRG	58
11.6.	Workshops IQMP-Reha	58
12.	Mitgliedschaften	59
13.	Organe	61
14.	Landesgeschäftsstellen	70
15.	Bundesgeschäftsstelle	73
16.	Stellungnahmen des BDPK	74



1. Vorwort

Vorwort

Der Berichtszeitraum stand für den Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) im Zeichen großer Herausforderungen im Bereich der Gesundheits- und Arbeitspolitik sowie bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Es galt, die zahlreichen Aufgaben und die gesetzlichen Mitwirkungsrechte des BDPK als Spitzenverband auf Bundesebene im Gesundheitswesen in den Bereichen Rehabilitation und Pflege, Akutkrankenhäuser sowie Tarifpolitik im Interesse der privaten Leistungserbringer wahrzunehmen.

Nachdem der BDPK sich im vorangegangenen Berichtszeitraum maßgeblich an der Umsetzung des SGB IX und des Fallpauschalengesetzes beteiligt hatte, stand in diesem Berichtszeitraum die Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes sowie die weitere Ausgestaltung des DRG-Systems durch die Fallpauschalenverordnung 2004 im Vordergrund der verbandlichen Arbeit.

Der BDPK hat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz auf allen politischen Ebenen begleitet und durch seinen Einsatz entscheidende Erfolge erzielt. Zum einen konnte die zunächst vorgesehene dramatische Erhöhung der Zuzahlungen für die AHB abgewendet werden. Des Weiteren konnte im Bereich der integrierten Versorgung erreicht werden, dass die vorgesehenen Einbehalte von 1 % im Bereich der Budgets der Krankenhäuser und des niedergelassenen Bereichs zumindest so ausgestaltet wurden, dass sie nicht zur freien Verfügung der Krankenkassen stehen. Die Neuregelungen der integrierten Versorgung, die für alle Beteiligten Chancen eröffnen, waren Gegenstand von drei Veranstaltungen und es wurde mit der Entwicklung von Konzepten und Lösungen für eine integrierte Versorgung begonnen. Dabei stand für den BDPK die Kooperation der Leistungserbringer im Vordergrund. Ebenso hat der BDPK aktiv die weitere Ausgestaltung des DRG-Systems sowohl durch konstruktive Vorschläge zur Fallpauschalenverordnung 2004 als auch durch umfangreiche Änderungsvorschläge an das DIMDI und das InEK begleitet. Dabei hat sich der BDPK ausdrücklich nicht der Verweigerungsliga angeschlossen.

Ein weiterer Schwerpunkt der verbandlichen Arbeit war die aktive Begleitung der Entwicklung der internen und externen Qualitätssicherung. Hier konnte die Vereinbarung nach § 137 d SGB V zusammen mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss gebracht werden. Von noch größerer Bedeutung war, dass im Berichtszeitraum in Zusammenarbeit mit der Humboldt-Universität Berlin und der IQMG GmbH das Qualitätsmanagementverfahren IQMP-Reha fertiggestellt und den Mitgliedern zur Verfügung gestellt werden konnte.

Von besonderer Bedeutung war im Berichtszeitraum auch die europäische Entwicklung. Der BDPK konnte sowohl bei der Änderung des Arbeitszeitgesetzes als auch bei der begonnenen Überarbeitung der Dienstleistungsrichtlinie durch Stellungnahmen – auch an die Europäische Kommission – und durch persönliche Gespräche auf die Situation der Rehabilitationseinrichtungen aufmerksam machen. Es konnte erreicht werden, dass im neuen Arbeitszeitgesetz eine längere Übergangsregelung vorgesehen wurde, die den Einrichtungen eine Anpassung der Bereitschaftsdienste ermöglicht. Zudem wurden die Vertreter aller politischen Parteien auf die Tatsache



aufmerksam gemacht, dass im Gegensatz zum Akutbereich im Rehabilitationsbereich eine Finanzierung der Mehrkosten als Folge des EuGH-Urteils bislang nicht erfolgt und hier Nachbesserungsbedarf besteht, und dass es bei einer europäischen Öffnung nicht dadurch zu Wettbewerbsverzerrungen kommen darf, dass deutsche Leistungserbringer höhere Qualitätsanforderungen erbringen müssen als europäische Wettbewerber.

Über die Erarbeitung zahlreicher Stellungnahmen, beispielsweise auch zum 5. Behindertenbericht, hinaus hat der BDPK im Berichtszeitraum nochmals und verstärkt deutlich gemacht, dass es noch gravierende Unstimmigkeiten bei der Umsetzung des SGB IX gibt. Dieses betraf insbesondere die Rehabilitationsrichtlinie und die DMP`s. Bei letzteren fand zumindest beim Bundesversicherungsamt ein Umdenken statt. Im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen muss jetzt von Anfang an medizinische Rehabilitation angeboten werden.

Hervorzuheben ist, dass die kompetente Wahrnehmung der Aufgaben des BDPK ohne das hervorragende ehrenamtliche Engagement von Personen aus den Mitgliedseinrichtungen der Landesverbände nicht möglich gewesen wäre. Allen ehrenamtlichen Mitgliedern der Gremien und Facharbeitsgruppen, die ihre Zeit und fachliche Kompetenz in die Arbeit des BDPK eingebracht haben, gilt an dieser Stelle ein ganz herzlicher und besonderer Dank. Hervorzuheben ist auch, dass der BDPK sein Selbstverständnis als Spitzenverband privater Unternehmer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen auch im Jahre 2003 stärken konnte. Er hat auf politischer Ebene wie auch bei den Kostenträgern Gehör und Akzeptanz gefunden und alle aktuellen Probleme seiner Mitglieder in den dafür vorgesehenen Gremien vortragen können.

Darüber hinaus waren für den BDPK im Berichtszeitraum personelle Änderungen und Kooperationsgespräche mit Vertretern der DEGEMED von besonderer Bedeutung.

Herr Georg Westphal schied aus dem Amt des Hauptgeschäftsführers aus und der bisherige Justitiar und Geschäftsführer des BDPK, Herr Martin Kramer, übernahm ab September 2003 kommissarisch die Funktion des Hauptgeschäftsführers. Herr Kramer hat diese Aufgabe in hervorragender Weise bewältigt und hierbei die Kontinuität der Arbeit des BDPK sowohl im politischen Bereich als auch im Bereich der Kontakte zu den Kostenträgern, Mitgliedern und den Gremien gewährleistet. Angesichts der Vielzahl der zu bewältigenden Aufgaben war die Wiederbesetzung der Position des Hauptgeschäftsführers erforderlich. Das Bewerbungsverfahren konnte im Berichtszeitraum abgeschlossen werden, und am 01.07.2004 tritt der neue Hauptgeschäftsführer, Herr Thomas Bublitz, das Amt an.

Mit dem Ziel einer Zusammenführung beider Verbände wurden im Berichtszeitraum auf Vorstandsebene Gespräche mit Vertretern der DEGEMED geführt. In inhaltlichen Fragen und politischen Grundsatzpositionen zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in Deutschland konnte sehr schnell ein großes Einvernehmen festgestellt werden, und der Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement wurde als eine mögliche gemeinsame Kernaufgabe beider Verbände identifiziert. Nachdem zunächst ein schrittweises Zusammenführen beider Verbände umsetzbar erschien, zeigte sich jedoch nach Auffassung des Vorstandes und des Mitgliederrates, dass eine Zusam-



menführung beider Verbände bereits im Berichtszeitraum dieses Geschäftsberichtes nicht möglich war.

Hinweis:

Soweit in diesem Geschäftsbericht aus Stellungnahmen und Positionspapieren des BDPK zitiert wird, sind diese Passagen im Text eingerückt dargestellt. Die vom BDPK im Berichtszeitraum abgegebenen ausführlichen Stellungnahmen sind unter Punkt 16 dieses Geschäftsberichts aufgeführt und können selbstverständlich gerne bei der Bundesgeschäftsstelle per E-Mail: info@bdpk.de angefordert oder von der Internetseite des BDPK www.bdpk.de heruntergeladen werden.

2. Gesundheitsmodernisierungsgesetz

Im Berichtszeitraum nahm die Begleitung der Einführung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG, in Kraft seit dem 01.01.2004), einen breiten Raum ein, denn neben vielen anderen Gründen steht das Gesundheitswesen in Deutschland im Hinblick auf die solidarische Finanzierbarkeit aufgrund der demographischen Entwicklung nicht nur vor enormen Herausforderungen, sondern auch vor schwerwiegenden Veränderungen.

Für die Leistungserbringer geht es unter anderem um Planungssicherheit. Ohne Planungssicherheit wird dort nicht mehr investiert, wo gerade diese Investition die Grundlage für den medizinischen Fortschritt und damit die Behandlung der Patienten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft ist. Voraussetzung für Planungssicherheit ist nach Auffassung des BDPK eine auf klare rechtliche Rahmenbedingungen gestützte wettbewerbliche Organisation des Gesundheitswesens, insbesondere ein Qualitätswettbewerb mit fairen Bedingungen und den notwendigen Handlungsfreiräumen, sowie mehr Transparenz.

Vor diesem Hintergrund hat der BDPK die Ziele des Gesetzgebers grundsätzlich unterstützt und sich im Interesse seiner Mitglieder im Rahmen einer Anhörung am 25.06.2003, mit Stellungnahmen zu den zahlreichen Gesetzentwürfen sowie in Gesprächen auf allen politischen Ebenen insbesondere für die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung eingesetzt. Als einen Schritt in die richtige Richtung hat der BDPK die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen begrüßt. Diese geht allerdings noch nicht weit genug und bleibt zu starren Regelungen unterworfen. Als wesentlichen Schritt zur Beseitigung der starren Sektorengrenzen sieht der BDPK die Verbesserung der Regelungen für die integrierte Versorgung an.

Nachdem deutlich wurde, dass die Regelungen des GMG – anders als ursprünglich vorgesehen – auch den Rehabilitationsbereich massiv betreffen würden, ergriff der BDPK ein Bündel von Maßnahmen, um auf die negativen Konsequenzen hinzuweisen. Der Leitungs- und Fachebene des BMGS wurde ebenso wie den Mitgliedern des Bundestagsausschusses für Gesundheit und soziale Sicherung sowie den Referenten der Bundestagsfraktionen ein gesonderter Reha-Teil der Stellungnahme des BDPK zugeleitet. Im Einzelnen kritisierte der BDPK darin u.a. die drastische Erhöhung der Zuzahlungen im AHB-Bereich, die Anhebung der Belastungsgrenze gerade für chronisch kranke Menschen und die umfassende europäische Öffnung für Reha-



Leistungen in § 13 Abs. 4 und 5 SGB V ohne – wie z.B. in § 18 SGB IX – die Verpflichtung der deutschen Reha-Leistungserbringer zur Qualitätssicherung zu berücksichtigen. Zugleich wies der BDPK eindringlich auf die Notwendigkeit der Entwicklung eines Patientenklassifikationssystems hin, auf dessen Grundlage ein geregeltes Preissystem geschaffen werden müsse.

Aufgrund der Interventionen des BDPK konnte erreicht werden, dass die vorgesehene dramatische Erhöhung der Zuzahlungen im AHB-Bereich nicht Gesetz geworden ist, sondern die im Akutbereich geleisteten Zuzahlungen weiterhin angerechnet werden. Weiterhin wurde im Bereich der integrierten Versorgung erreicht, dass die vorgesehenen Einbehalte von 1% der Budgets der Krankenhäuser und des niedergelassenen Bereichs konkretisiert wurden. Die Mittel können nur dann einbehalten werden, wenn sie zur Umsetzung von nach § 140 b SGB V geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Damit stehen die Mittel nicht zur freien Verfügung der Krankenkassen.

3. Umsetzung Fallpauschalengesetz

Der BDPK hat sich in der Vergangenheit stets dafür eingesetzt, dass die Vergütung im Akutkrankenhausbereich transparenter gestaltet wird und eine Orientierung an Leistung, Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgen muss. Ziel muss eine an der Ergebnisqualität orientierte leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung sein.

Nachdem das neue Fallpauschalensystem im Jahre 2002 eingeführt wurde, stand bereits der vorangegangene Berichtszeitraum im Zeichen der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems. Hier hat sich positiv ausgewirkt, dass sich der BDPK erfolgreich für die fristgemäße Umsetzung des Optionsmodells eingesetzt hatte. Viele Krankenhäuser nahmen die Möglichkeit wahr, zum 01.01.2003 auf freiwilliger Basis auf das neue Vergütungssystem umzusteigen. Im Hinblick auf die zögerliche Umsetzung des Fallpauschalengesetzes durch die Selbstverwaltung hat sich auch positiv ausgewirkt, dass sich der BDPK erfolgreich für die Regelung einer Ersatzvornahme durch das BMGS eingesetzt hatte und die Regelungen der Ersatzvornahmemöglichkeiten durch das am 01.07.2003 in Kraft getretene Fallpauschalenänderungsgesetz verbessert worden sind. Richtigerweise wurde die Rolle des BMGS bei der weiteren Ausgestaltung und Anpassung des Fallpauschalensystems an deutsche Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen gestärkt.

Auch im Berichtszeitraum stand die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems im Vordergrund der Verbandsarbeit im Akutkrankenhausbereich. Der BDPK setzte sich dabei insbesondere für die Verbesserung der aufwandsgerechten Zuordnung der Kosten und mehr Transparenz ein. Vier große Bereiche sind hervorzuheben:

3.1. Krankenhausfallpauschalen Verordnung 2004 (KFPV 2004)

Nachdem die Selbstverwaltung auch in der zweiten Runde keine einvernehmlichen Regelungen zur Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems erreichen konnte, leitete das BMGS das Verfahren der Ersatzvornahme ein.



Der BDPK hat sich mit maßgeblicher Unterstützung durch die Mitglieder der DRG-Expertengruppe dieser schwierigen Aufgabe gestellt und sich mit einer umfangreichen Stellungnahme, im Rahmen einer Anhörung am 17.09.2003 und durch zahlreiche Gespräche mit Vertretern der Politik und des BMGS aktiv und konstruktiv an der Erstellung der KFPV 2004, die dann am 13.10.2003 in Kraft trat, beteiligt und die Interessen der Mitglieder wahrgenommen.

Dabei hat der BDPK eine konsequente und systemgerechte Umsetzung des neuen Entgeltsystems gefordert und unterstützt, und sich für die Einhaltung der vorgesehenen zeitlichen Umsetzung des DRG-Systems ausgesprochen und grundsätzlich den Start der Konvergenzphase zum 01.01.2005 gefordert.

In seiner Stellungnahme hat der BDPK ausdrücklich begrüßt, dass die Verordnung wesentliche Verbesserungen im Hinblick auf die Umsetzung des Fallpauschalensystems beinhaltet. So konnte eine stärkere Anpassung des Fallpauschalenkataloges an deutsche Versorgungsstrukturen und damit eine deutliche Unterscheidung vom australischen Katalog sowie ein weiterer Abbau des Kompressionseffektes erreicht werden.

Der BDPK hat jedoch auch sehr deutlich auf die noch bestehenden Schwachstellen des Systems hingewiesen und Lösungsansätze aufgezeigt. Dringenden Änderungsbedarf sah der BDPK u.a. bei der Regelung der unteren Grenzverweildauer. Nach Auffassung des BDPK führt die weiterhin vorgesehene pauschale Regelung der Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer zu einer Behinderung der notwendigen Entwicklung hin zu einer effektiveren und effizienteren Versorgung der Versicherten. Die untere Grenzverweildauer führt insbesondere im Bereich der Minimal Invasiven Chirurgie zu einer innovationsfeindlichen Situation und schränkt letztlich die Berufsfreiheit ein. Die unter www.g-drg.de publizierten Kalkulationsdaten („G-DRG-Report-Browsers 2003/2004“), zeigen, dass die tangierten DRGs zu einem sehr geringen Prozentsatz, teilweise unter 1 %, Kurzlieger beinhalten. Ein Wegfall der festgelegten unteren Grenzverweildauer für spezielle Leistungsbereiche würde die innovative mikroinvasive Technik fördern und dazu führen, dass die Preisdefinition in einem pauschaliertem Vergütungssystem nicht etwa verweildauer- sondern leistungsabhängig ist. Der BDPK betonte, dass die Regelung der Zusatzentgelte nach § 5 Abs. 2 KFPV 2004 nicht praktikabel ist und die restriktiven Wiederaufnahmeregelungen einer sachgerechten Abbildung der notwendigen Leistungen zur Versorgung chronisch kranker und zumeist auch multimorbider Patienten nicht gerecht wird. In seiner Stellungnahme hat der BDPK darüber hinaus deutlich gemacht, dass die Abbildung der belegärztlichen Leistungen im Fallpauschalensystem nicht sachgerecht sind.

Weiterhin forderte der BDPK eindringlich, dass für Leistungen, soweit diese nicht im DRG-System abgebildet werden können, auf Bundesebene klare Vorgaben für eine sachgerechte Umsetzung der Öffnungsklausel geschaffen werden müssen. Dies betrifft nach Auffassung des BDPK neben z.B. der Geriatrie und der Behandlung Querschnittgelähmter insbesondere die neurologische Frührehabilitation Phase B.



Gerade für den Bereich der neurologischen Frührehabilitation Phase B wies der BDPK auf den bestehenden dringenden Handlungsbedarf hin und führte in der Stellungnahme aus:

Bezüglich der Zuordnung der neurologischen Frührehabilitation Phase B muss dabei zwischen inhaltlichen und leistungsgerechten Aspekten unterschieden werden. Während die leistungsgerechte Abgrenzung von landesindividuellen Regelungen bestimmt wird, ist die Phase B inhaltlich der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen und kann mit den diagnoseorientierten DRG's nach dem Stand Referentenentwurf KFPV 2004 nicht abgebildet werden. Darüber hinaus ist die neurologische Frührehabilitation von der Frühmobilisation zu unterscheiden und nicht mit Leistungen im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V und § 27 SGB IX gleichzusetzen. Mit den Empfehlungen der BAR zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C sowie Stellungnahmen der Fachgesellschaften liegen umfassende inhaltliche Grundlagen für die Bestimmung der Phasen der neurologischen Frührehabilitation vor. Diese Grundlagen sind heranzuziehen und ggf. hinsichtlich anderer Klassifikationssysteme zu aktualisieren.

Der Bereich der neurologischen Frührehabilitation kann nach Auffassung des BDPK zum jetzigen Zeitpunkt im Rahmen der Fallpauschalen nicht sachgerecht erfasst und abgebildet werden. Dies zeigt auch die vorgesehene Abbildung eines Teilbereichs der neurologischen Frührehabilitation in den DRG's B42A-C. Die erstellten DRG's stimmen in ihren Inhalten nicht bzw. nur unzureichend mit den tatsächlichen Behandlungsparametern überein und sind ungenügend differenziert. Bei der Schweregradverteilung wurde das etablierte System, der Phaseinteilung nach den Empfehlungen der BAR nicht berücksichtigt und die Bemessung lediglich nach Komplikationen und Komorbiditäten vorgenommen und nicht, wie aus Sicht des BDPK erforderlich nach Funktions- und Fähigkeitsstörungen. Auffällig ist insbesondere die große Diskrepanzen zwischen der tatsächlichen und der in der KFPV zugrundegelegten Verweildauer. Dies wird auch aus den als Anlage beigefügten Kalkulationen für das InEK ersichtlich. Dass eine Abbildung in den DRG's nach dem Stand Referentenentwurf KFPV 2004 nicht möglich ist, zeigen auch die zu hohen Verlegungsabschläge für die Frührehabilitation da es sich zumeist um Direktverlegungen aus dem Akutbereich handelt.

Da die Leistungen der neurologischen Frührehabilitation im Jahr 2004 im DRG-System somit nicht sachgerecht erfasst (§ 6 Abs.1 Nr. 1) und daher auch im Jahr 2005 nicht sachgerecht vergütet (§6 Abs. 1 Nr. 2) werden können, fordert der BDPK für diese Leistungen eine entsprechende Öffnung im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 1 KFPV.

Der BDPK machte deutlich, dass er für die dritte Kalkulationsrunde der Bewertungsrelationen für 2005 folgende Regelungen für unumgänglich hält:

- Überarbeitung des Kalkulationshandbuchs,
- Einführung einer Stichprobenstruktur für das InEK zur zielgerichteten Auswahl tatsächlich benötigter Leistungsbereiche und Fallgruppen zur Ermittlung der sachgerechten Leistungserfassung,
- Finanzierung des Aufwandes der an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser aus Mitteln des Systemzuschlags.



Weiterhin wies der BDPK, darauf hin, dass die für ein zu aktualisierendes System und die Akzeptanz der Beteiligten notwendige Datentransparenz nach wie vor nicht gegeben ist.

3.2 Änderungsanträge für das DIMDI und InEK

Um das „Lernende DRG-System“ zu unterstützen beteiligte sich der BDPK aktiv und erfolgreich am „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems“. In diesem Verfahren bestand zum einen die Möglichkeit, neue ICD- und OPS-Kodes beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vorzuschlagen und zum anderen dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) Verbesserungs- oder Modifikationsvorschläge zu unterbreiten.

Hervorzuheben ist, dass das InEK der Forderung des BDPK nach mehr Transparenz nachgekommen ist und die Ergebnisse des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2003 mitteilte. Es stellte sich heraus, dass die vom BDPK in diesem Verfahren unterbreiteten Änderungsvorschläge vom InEK zu 65% berücksichtigt worden sind. Der BDPK beteiligte sich auch am Vorschlagsverfahren für das Jahr 2004 und hat dem DIMDI und dem InEK bis zum 31.03.2004 insgesamt 152 Änderungsvorschläge übersandt. Diese werden zur Zeit von den beiden Instituten bearbeitet.

3.3 Teilstationäre Leistungen

Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems setzte sich der BDPK besonders für die dringend benötigte Regelung für die Erbringung Teilstationärer Leistungen ein. Notwendig ist eine Definition dieser Leistungen und der Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung.

Aus diesem Anliegen heraus wurde in den Gremien des BDPK ein Argumentationspapier des BDPK konsentiert, in dem umfänglich die Problematik dargestellt und Lösungsmöglichkeiten vorgeschlagen werden. Ziel muss sein, schnellstmöglich ein einfaches und von der vollstationären DRG-Struktur abgeleitetes Vergütungssystem für teilstationäre Leistungen zu entwickeln. Das Argumentationspapier wurde Vertretern des BMGS überreicht.

3.4 Weiterer Handlungsbedarf

Da das Fallpauschalensystem ein „Lernendes System“ ist, ist eine permanente fachlich kompetente Beteiligung des BDPK an der Weiterentwicklung und Ausgestaltung des Systems im Interesse der Mitglieder auch weiterhin dringend erforderlich. Über die bereits oben aufgeführten Problemfelder hinaus ergab sich im Berichtszeitraum weiterer dringender Handlungsbedarf insbesondere bei folgenden Themen:

a. DRGs mit frührehabilitativem Leistungsanteil

Trotz der eindeutigen und ablehnenden Stellungnahmen der Verbände wurden erstmalig in der KFPV 2004 DRG's eingeführt, die frührehabilitative Leistungsanteile im Rahmen der akutstationären Versorgung berücksichtigen.



Bereits in dem im vergangenen Berichtszeitraum vom BDPK erarbeiteten Rahmenkonzept zur stationären Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen wurde im Zusammenhang mit der Einführung von Fallpauschalen auf die Anreize von Fehlentwicklungen deutlich hingewiesen. Im Ergebnis zeigte sich bereits im Berichtszeitraum, dass diese neuen DRGs die frührehabilitativen Leistungsanteile nicht sachgerecht abbilden. Dieses führt sowohl bei der akutstationären Versorgung als auch bei der rehabilitativen Versorgung zu enormen Problemen und Unsicherheiten.

Vor diesem Hintergrund bildete der BDPK mit Unterstützung der Mitglieder der Fachausschüsse Akutkrankenanstalten und Rehabilitation/Pflege eine gemeinsame und interdisziplinäre Facharbeitsgruppe. Die Mitglieder haben die Aufgabe übernommen, die bestehende Problematik darzustellen, Definitionen zu erarbeiten und gemeinsame Lösungsansätze zu finden. Ziel ist es, die Leistungsspektren der neurologischen Frührehabilitation, der Frührehabilitation in anderen Indikationsbereichen und der Geriatrie so zu ordnen, dass eine qualitative Versorgung der Patienten in der geeigneten Einrichtung zum richtigen Zeitpunkt wirtschaftlich erfolgt. Dabei bieten die gesetzlichen Regelungen trotz unglücklicher Terminologie bei korrekter Anwendung Vorgaben für eine Einordnung des Leistungsgeschehens. Danach ist die Frührehabilitation im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V eine Krankenhausleistung. Danach hat der Patient bereits während der Akutbehandlung Anspruch auf die Versorgung mit rehabilitativen Verfahren und Methoden. Dieses entspricht auch einer Forderung des Sachverständigenrates, wonach rehabilitative Verfahren und Methoden so früh wie möglich einzusetzen sind. Voraussetzung ist jedoch stets, dass der akutmedizinische Interventionsbedarf überwiegen muss. Sobald der akutmedizinisch stationäre Behandlungsbedarf nicht mehr gegeben ist, muss eine Verlegung erfolgen. Der Begriff der Frührehabilitation erfasst hierbei aber nicht die Leistungen der Rehabilitation nach § 40 SGB V.

Im Rahmen einer ersten Sitzung im April 2004 hat die Facharbeitsgruppe Frührehabilitation und Geriatrie für das weitere fachliche und politische Handeln des BDPK folgende erste grundsätzliche Positionen formuliert, die in den Gremien des BDPK beraten werden:

- Die Teilnehmer sehen im Bereich der Frührehabilitation und Geriatrie in mehreren Punkten dringenden Klärungs- und Handlungsbedarf. Die Teilnehmer erkennen das Potential, innerhalb der Facharbeitsgruppe Frührehabilitation/Geriatrie gemeinsame Lösungen zu erarbeiten.
- Zur Sicherung der Rehabilitationskette müssen zum frühestmöglichen Zeitpunkt rehabilitative Leistungen bereits während der Krankenhausbehandlung einsetzen. Im Hinblick auf rehabilitative Leistungen sind an die Leistungserbringer gleich hohe Voraussetzungen bzw. Anforderungen zu stellen. Dies beinhaltet mindestens die Anwendung der BAR-Rahmenempfehlungen. Die Teilnehmer empfehlen, dass bei den Mitgliedseinrichtungen (sowohl Rehabilitations- als auch Akuteinrichtungen) ein einheitliches Rehabilitationsverständnis (gemäß SGB IX) zugrunde gelegt wird.



- Auf dieser Grundlage treffen die Teilnehmer folgende grundsätzliche Feststellungen:

- Die Teilnehmer sprechen sich dafür aus, dass für eine konkrete qualitativ hochwertige Leistung eine entsprechende Vergütung zu zahlen ist.
- Grundsätzlich kommt es nicht darauf an, wer die Leistung erbringt. In einem ersten Schritt sind die Definition der Begriffe und die Festlegung von Qualitätskriterien erforderlich. Dem schließt sich die Forderung nach einem entsprechenden Preissystem an.
- Bei der Definition der Begriffe sind Ziele der Leistungserbringung im Akut- und Rehabilitationsbereich gemäß SGB V und SGB IX zu berücksichtigen. Für den stationären Akutbereich stellen die G-AEP ein mögliches Prüfinstrument für den Krankenhausaufenthalt dar.
- Die Teilnehmer empfehlen, dass die bestehenden Facharbeitsgruppen des BDPK für die Definition der Begriffe genutzt werden, getrennt nach den Bereichen neurologische Frührehabilitation, Geriatrie und Frührehabilitation bei anderen Indikationen.

b. Investitionskostenfinanzierung

Der BDPK hat stets die durch die bestehenden Regelungen der Investitionskostenfinanzierung begründete Wettbewerbsverzerrung kritisiert und wiederholt darauf hingewiesen, dass die duale Krankenhausfinanzierung nicht mit der DRG-Systematik kompatibel ist. Zudem wurde auch im Berichtszeitraum immer deutlicher, dass es für die öffentliche Hand immer schwieriger wird, die notwendigen Ausgaben, insbesondere Investitionen für Innovationen im Gesundheitswesen zu finanzieren. Daher ist es nicht nur erforderlich, die medizinisch notwendigen Leistungen wirtschaftlich zu erbringen, sondern gleichzeitig auf privates Kapital zurückzugreifen.

In dieser Situation wird die Problematik der Finanzierung von Investitionskosten für nicht oder teilgeförderte Krankenhäuser im DRG-System mit dem Start der Konvergenzphase zunehmen. Hierauf hatte der BDPK bereits in seiner Stellungnahme zum Fallpauschalengesetz deutlich hingewiesen.

Im Berichtszeitraum wurde die Problematik der Investitionskostenfinanzierung in den Gremien des BDPK verstärkt beraten, und mit Unterstützung der Mitglieder ist eine Expertengruppe gebildet worden. Mehrheitlich sprachen sich die Gremienmitglieder in der Vergangenheit gegen eine Zuschlagsregelung allein für die nicht oder teilweise geförderten Krankenhäuser aus, da ein solcher Zuschlag die Leistungen dieser Krankenhäuser verteuern und damit wiederum zu Wettbewerbsverzerrungen führen würde.



Die Expertengruppe hat eine Lösung der Problematik im DRG-System empfohlen und folgende Eckpunkte für die fachliche und politische Arbeit des BDPK erarbeitet, die von den Gremien des BDPK genehmigt wurden:

- Forderungen bis 2005:
 - o Kompensationsmöglichkeiten für die Nichtberücksichtigung der Investitionskosten innerhalb der Konvergenzphase 2005/2006
 - o Die Einbeziehung der Investitionskosten in das Kalkulationshandbuch als Grundlage für eine ab 2007 umzusetzenden monistischen Lösung
- Forderungen bis 2007:
 - o Die Erarbeitung von Grundlagen für die Investitionskostenfinanzierung innerhalb des DRG-Systems
- Forderungen ab 2007:
 - o Die Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung, wie sie bereits in dem Gesetzesentwurf zum GMG 2000 in § 109a vorgesehen war.
- Anforderungen an eine ab 2007 angestrebte monistische Krankenhausfinanzierung
 - o Die Investitionsfinanzierung erfolgt für alle Krankenhäuser über pauschalisierte Zuschläge zu den DRG-Entgelten. Eine Fondslösung und ein Antragsverfahren sind abzulehnen.
 - o Die bisherige Subventionsfinanzierung muss gesetzlich in eine Unternehmensfinanzierung geändert werden, d.h. die Investitionsfinanzierung muss die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung berücksichtigen und die unternehmerische Entscheidungs- und Handlungsautonomie respektieren.
 - o Die künftige Investitionsfinanzierung muss wirtschaftlich ausgestaltet sein, d.h. Kostensubstitutionsprozesse müssen vermieden werden, der Verwaltungsaufwand muss gering sein und die Umsetzung muss praktikabel sein.
 - o Die künftige Investitionsfinanzierung muss zu mehr Leistungsgerechtigkeit führen und den Unternehmen zeitliche Disponierbarkeit und ein Mindestmaß an Planungssicherheit gewähren.

c. Defizitfinanzierung

Weiterer Handlungsbedarf für den BDPK besteht im Hinblick auf die Defizitfinanzierung. Der BDPK hat stets kritisiert, dass bei öffentlichen Krankenhäusern gegebenenfalls entstehende Defizite bei den Betriebskosten durch öffentliche Mittel außerhalb des dualen Krankenhausfinanzierungssystems ausgeglichen werden. Gegen diese Praxis hat eine große deutsche Klinikgruppe im Berichtszeitraum ein Verfahren auf europäischer Ebene angestrengt und der BDPK bereitet zur Zeit eine Unterstützung dieses Verfahrens vor.

d. Landesbasisfallwert

Weiterer Handlungsbedarf ergab sich für den BDPK im Berichtszeitraum im Hinblick auf die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte.



Gemäß § 10 KHEntgG, muss sich die Selbstverwaltung bis zum 31.10.2004 erstmalig auf einen landesweit geltenden Basisfallwert für das Jahr 2005 einigen. Gesetzlich festgeschrieben sind zwei mögliche Näherungsverfahren für den landesweiten Basisfallwert. Zum einen die Orientierung an dem voraussichtlichen Ausgabenvolumen für die mit dem Basisfallwert zu vergütenden Leistungen oder an den für das Jahr 2004 vereinbarten, gewichteten Basisfallwerten der Krankenhäuser im Lande.

Im Berichtszeitraum war festzustellen, dass sich die Einigungsverfahren problematisch gestalten und zu erwarten steht, dass erst die Schiedsstelle die Landesbasisfallwerte festsetzt. Darüber hinaus scheinen unterschiedliche Methoden zur Findung des Landesbasisfallwertes zur Anwendung zu kommen. Eine weitere Schwierigkeit sind die unterschiedlichen Datengrundlagen und deren Qualitäten.

Der BDPK und seine Mitglieder haben sich im Berichtszeitraum auf Landes- und Bundesebene in den unterschiedlichen von der DKG eingesetzten Gremien engagiert. Darüber hinaus wird der BDPK in einer eigenen Expertengruppe kurzfristig Lösungsvorschläge entwickeln und in den Entscheidungsprozess einbringen.

4. Umsetzung SGB IX

Die aktive Begleitung der Umsetzung des am 01.07.2001 in Kraft getretenen Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – stellte, wie im vorangegangenen Berichtszeitraum, auch im Berichtszeitraum einen wichtigen Schwerpunkt der Tätigkeit des BDPK dar. Hierbei stand für den BDPK auch weiterhin im Mittelpunkt, dass die Ziele des Gesetzgebers verwirklicht werden: zum einen das Benachteiligungsverbot des Artikel 3 des Grundgesetzes zu konkretisieren und zum anderen eine gemeinsame Plattform zu errichten, auf der durch Koordination, Kooperation und Konvergenz gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation erreicht werden kann.

Für die Umsetzung des SGB IX ist von besonderer Bedeutung, dass dieses auf dem bio-psycho-sozialen Modell der funktionalen Gesundheit basiert und wesentliche Aspekte der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) integriert. Die ICF klassifiziert Aspekte der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus, der Tätigkeiten einer Person und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen. Das SGB IX hat insbesondere die Ziele der medizinischen Rehabilitation unter Ausrichtung auf die ICF konkretisiert (§§ 1, 4 Abs. 1, 26 Abs. 1 SGB IX) und legt dabei ein neues Verständnis der medizinischen Rehabilitation zugrunde, welches weit über den bisherigen rein akutmedizinisch geprägten Ansatz hinausgeht. Eine zentrale Aufgabe der medizinischen Rehabilitation besteht demnach darin, über die Beeinflussung der Beeinträchtigung der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus hinaus die Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten und der Partizipation (Teilhabe) zu bessern oder wiederherzustellen.

Nach wie vor muss jedoch festgestellt werden, dass die Mitwirkung des BDPK als Spitzenverband im Hinblick auf die durch das SGB IX eingeräumten Beteiligungs-



rechte der Leistungserbringer problematisch ist, da der Umfang und die Beteiligungsrechte beschränkt werden. Die Leistungserbringerverbände konnten ihre Positionen lediglich schriftlich einbringen. An den Anhörungen war dann jeweils ein Vertreter der „Konferenz der Leistungserbringerverbände“ beteiligt. Der BDPK beteiligte sich an der Konferenz der Leistungserbringer und brachte die Interessen der Mitglieder in dieser Konferenz ein. Darüber hinaus herrscht für die medizinische Rehabilitation häufig noch ein akutmedizinisch geprägtes Verständnis vor, wobei aber im Berichtszeitraum deutlich wurde, dass ein Umdenken stattfindet. Trotz zahlreicher Interventionen des BDPK wurde das Hauptanliegen des SGB IX – Koordination und Konvergenz der Leistungen und Kooperation der Rehabilitationsträger – nicht zufriedenstellend umgesetzt. Insbesondere wurde das Instrumentarium der Gemeinsamen Empfehlungen nach §§ 12, 13 SGB IX durch die Rehabilitationsträger nicht im erforderlichen Umfang und mit nur unzureichender Umsetzung der Regelungen des SGB IX entwickelt.

Deutschland verfügt über ein weltweit einzigartiges Rehabilitationssystem und hält auch im Hinblick auf die europäische Öffnung ein gutes Angebot vor. Es wurde mittlerweile deutlich, und dafür hat sich der BDPK in den vergangenen Jahren stark eingesetzt, dass sich die medizinische Rehabilitation, neben der kurativen Akutmedizin, zu einer eigenständigen Säule des bundesdeutschen Sozialsystems entwickelt hat. Gleichwohl war auch im Berichtszeitraum festzustellen, dass die medizinische Rehabilitation im Zusammenhang mit neuen Versorgungsformen nicht genügend berücksichtigt wird, jedenfalls nicht die moderne medizinische Rehabilitation im Sinne des SGB IX. Bei der medizinischen Rehabilitation bestand im Berichtszeitraum in fast allen aktuellen Umsetzungsverfahren eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Darüber hinaus hat sich die Belegungssituation der Rehabilitationseinrichtungen im Berichtszeitraum dramatisch verschlechtert. Werden notwendige Rehabilitationsmaßnahmen aus finanziellen Gründen von den Versicherten gar nicht rechtzeitig in Anspruch genommen, entstehen hohe Folgekosten für das gesamte Sozialsystem nicht nur durch die steigenden Gesundheitskosten, sondern auch durch die Zunahme der Arbeitslosenzahlen.

Der BDPK hat im Berichtszeitraum im Rahmen seiner Verbandstätigkeit und in Ausübung seiner Beteiligungsrechte als auf Bundesebene maßgebliche Spitzenorganisation jede Gelegenheit genutzt, um auf die konsequente Anwendung und Ausgestaltung des SGB IX hinzuwirken und auf die bestehenden Diskrepanzen im Bereich der medizinischen Rehabilitation hinzuweisen und Änderungen einzufordern. Folgende Themenbereiche sind hier hervorzuheben:

4.1 Anhörung Bundesbehindertenbeauftragten

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Karl Hermann Haack, nahm mit der Koalitionsgruppe „Menschen mit Behinderungen“ kritische Rückmeldungen zur Umsetzung des SGB IX zum Anlass, eine öffentliche Anhörung am 13. Oktober 2003 im Deutschen Bundestag durchzuführen. Im Rahmen dieser Anhörung hatten Verbände, Selbstvertretungsorganisationen behinderter Menschen und Rehabilitationsträger Gelegenheit, über den Stand der Umsetzung des SGB IX zu berichten.



Der BDPK wurde als maßgeblicher Spitzenverband zu der Anhörung eingeladen und vertrat in diesem Rahmen seine Positionen zum Stand der Umsetzung des SGB IX. Der BDPK kam der Bitte des Bundesbehindertenbeauftragten nach, im Vorfeld der Anhörung eine schriftliche Stellungnahme einzureichen. Diese Stellungnahme in der Fassung vom 25.09.2004 wird im Folgenden wiedergegeben:

Stellungnahme des Bundesverbandes Deutscher Privatkanneanstalten e.V. (BDPK) zum Stand der Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Erster Teil: Vorbemerkungen

Durch die Einführung des SGB IX hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass die medizinische Rehabilitation tatsächlich die dritte Säule des deutschen Sozialwesens ist, nicht mehr bloßer Annex der akutmedizinischen Versorgung ist und einen vollkommen eigenständigen Aufgabenbereich wahrzunehmen hat.

Der Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V. (BDPK) begrüßt ausdrücklich die vom Gesetzgeber mit der Einführung des SGB IX verfolgten Ziele, insbesondere das Recht der Rehabilitation zusammenzufassen, zu harmonisieren und weiterzuentwickeln. Durch die Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts in einem Sozialgesetzbuch erhielt die Rehabilitation nach Auffassung des BDPK den ihr seit langer Zeit zustehenden Stellenwert.

Der BDPK bedauert, dass jedoch das weitere Ziel des Gesetzgebers, die Errichtung einer gemeinsamen Plattform, auf der durch Koordination und Konvergenz der Leistungen und Kooperation der Rehabilitationsträger gemeinsames Recht und eine einheitliche Praxis der Rehabilitation und der Behindertenpolitik erreicht werden soll, noch nicht genügend umgesetzt werden konnte. Gemeinsame Empfehlungen nach §§ 12, 13 SGB IX konnten mit einer Ausnahme bis heute nicht vereinbart werden und in den spezialgesetzlichen Regelungen ist insbesondere mit der Einführung der DMP`s eine Versorgungsform geschaffen worden, in der die medizinische Rehabilitation entgegen der Vorgaben des SGB IX nicht berücksichtigt wird.

Nach Auffassung des BDPK ist gerade für die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker die medizinische Rehabilitation ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungskette. Daher ist es dringend notwendig, die Vorgaben des SGB IX im Hinblick auf Art, Umfang und Ausführung der rehabilitativen Methoden und Verfahren auf der Grundlage der ICF umzusetzen. Der BDPK steht als maßgeblicher Spitzenverband der Leistungserbringer auf Bundesebene gerne für eine Zusammenarbeit mit den Kostenträgern zur Verfügung, um die medizinische Rehabilitation im Sinne des SGB IX weiterzuentwickeln.

Im folgenden wird auf einzelne Probleme bei der Umsetzung des SGB IX eingegangen, wobei aufgrund der dem BDPK nicht in ausreichendem Umfang vorliegenden Informationen zu der Berücksichtigung der Wunsch- und Wahlrechte und der Berücksichtigung der besonderen Belange von behinderten oder von



Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen und von Menschen mit seelischen Behinderungen keine Aussagen gemacht werden können.

Zweiter Teil: Einzelne Probleme bei der Umsetzung des SGB IX Beteiligungs- und Anhörungsrechte

Die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Zeit vorgesehene Art und Weise der Beteiligung der Leistungserbringerverbände entspricht leider nicht den gesetzlich vorgesehenen Regelungen.

Für die Mitwirkung an der Vorbereitung der Empfehlungen kann von einer eigens zusammengerufenen „Konferenz der Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer“ lediglich jeweils ein Vertreter der Leistungserbringer aus den Bereichen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation für die Mitarbeit in den entsprechenden Fachgruppen der BAR benannt werden. Diese Form der „Delegation“ gewährleistet nicht, dass der BDPK die Interessen seiner Mitglieder ordnungsgemäß vertreten kann daher im Hinblick auf die vereinbarten Inhalte der Gemeinsamen Empfehlungen zu erheblichen Akzeptanzproblemen bei den Mitgliedern des BDPK führen. Der BDPK regt zudem an, dass die BAR darlegt und konkret begründet, warum die vom BDPK unterbreiteten Änderungsvorschläge nicht in die Entwürfe der Gemeinsamen Empfehlungen aufgenommen wurden. Ein solches Vorgehen würde zur Effizienz des Verfahrens beitragen.

Einrichtung der Servicestellen

Nach Information des BDPK sind die gemeinsamen Servicestellen flächendeckend eingerichtet worden. Dieses ist nach Auffassung des BDPK jedoch noch nicht genügend in der Öffentlichkeit publiziert worden. Im Hinblick auf die Arbeit der Servicestellen und die Ausgestaltung als jeweils gemeinsame Einrichtung der Kostenträger wären Informationen über die personelle Besetzung der jeweiligen Servicestelle notwendig.

Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger

Nach Auffassung des BDPK müsste die bestehende Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger aber auch die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit den Leistungserbringerverbänden intensiviert werden, um die mit der Einführung des SGB IX verbundenen Ziele besser zu erreichen.

Dieses betrifft insbesondere die Vereinbarung Gemeinsamer Empfehlungen. Die Empfehlungen haben für die Teilhabeleistungen die gleiche Aufgabe und Bedeutung wie Leitlinien für die Struktur- und Kostenentwicklung in der Akutversorgung. Sie sind unerlässlich für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation. Die Konkretisierung der Aufgaben und Ziele der medizinischen Rehabilitation ist unerlässlich für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung aber insbesondere auch im Hinblick auf die Auswirkungen der G-DRG-Einführung. In diesem Zusammenhang spricht sich der BDPK ausdrücklich für die Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems aus. Die Gemeinsamen Empfehlungen bilden darüber hinaus verbindliche Grundlagen für mehr Transparenz des Leistungsgeschehens und die Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung



nach den Grundsätzen der Zielgerichtetheit, Bedarfsgerechtigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.

Im Hinblick auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit müssten die Leistungserbringerverbände bei der Umsetzung des Sicherstellungsauftrages nach § 19 Abs. 1 SGB IX stärker einbezogen werden.

Vorbehaltsklausel nach § 7 SGB IX

Gemäß § 7 SGB IX gelten die Vorschriften des SGB IX für die Teilhabeleistungen, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Im Übrigen richten sich Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Teilhabeleistungen nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

Diese Regelung führt nach wie vor dazu, dass vom SGB IX abweichende Regelungen z.B. im SGB V getroffen werden, die einer Berücksichtigung der medizinischen Rehabilitation und einer Vereinheitlichung im Sinne des SGB IX entgegenstehen. Nach Auffassung des BDPK trifft dieses insbesondere für die Qualitätssicherung und die Ausgestaltung der DMP` zu.

Verträge mit Leistungserbringern

Der BDPK bedauert, dass trotz der mit dem SGB IX vorgenommenen Konkretisierung der Inhalte der Versorgungsverträge noch keine Versorgungsverträge nach § 21 abgeschlossen wurden und eine Konkretisierung der Inhalte der Versorgungsverträge noch nicht erfolgt ist. Nach Auffassung des BDPK müssten auch Rahmenverträge nach § 21 Abs. 2 SGB IX abgeschlossen werden, um die Leistungserbringung zu vereinheitlichen.

4.2 Vorbereitung Bundesbehindertenbericht

Der „Vierte Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation“ wurde im Dezember 1997 auf der Grundlage von Beschlüssen des Deutschen Bundestages vorgelegt. Auf der Grundlage des §66 SGB IX hat die Bundesregierung die gesetzgeberischen Körperschaften des Bundes bis zum 31.12.2004 über die Lage behinderter Frauen und Männer sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe zu unterrichten. Ziel ist es, mit dem 5. Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Präventions-, Rehabilitations- und Teilhabeaufwendungen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit zu geben und unter Berücksichtigung und Bewertung der Regelungen des SGB IX die zu treffenden Maßnahmen vorzuschlagen.

Als maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene wurde der BDPK vom BMGS an der Vorbereitung des 5. Behindertenberichtes beteiligt. Der BDPK hat die Gelegenheit wahrgenommen, zu den umfangreichen Fragen Stellung zu nehmen, wobei für den BDPK die Abschnitte „Grundlagen“ und „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ im Vordergrund standen.



Dabei sah der BDPK die Lage behinderter Frauen und Männer sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe im unmittelbaren Zusammenhang mit der Umsetzung des SGB IX und forderte nochmals ausdrücklich, die hier bestehen Defizite zu beseitigen.

Der BDPK kritisierte in seiner Stellungnahme insbesondere die zum 01.04.2004 in Kraft getretenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V. Das in den Rehabilitations-Richtlinien unter § 6 geregelte zweistufige, bürokratische, zeitaufwendige Verordnungsverfahren steht im Widerspruch zur gewollten Koordination und Kooperation. Die Ursache für dieses, die Rehabilitation verzögernde, wenn nicht gar verhindernde Verfahren, wird auf die Befürchtung der Krankenkassen zurückgeführt, die Verordnungskosten an Stelle anderer, zuständiger Rehabilitationsträger tragen zu müssen. Dieses Problem hätte aus Sicht des BDPK durch eine gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX ausgeräumt werden können.

In Verbindung mit Fragenstellungen in Bezug auf die akutstationäre Behandlung (Frührehabilitation) schlug der BDPK in seiner Stellungnahme die Entwicklung und Einführung eines Klassifikations- und Preissystems für die medizinische Rehabilitation vor. Die Notwendigkeit eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems ergibt sich gerade aus der Einführung des DRG-Systems im Krankenhausbereich und der damit verbundenen Gefahr der Leistungs- und Kostenverlagerung in den Rehabilitationsbereich ohne entsprechenden finanziellen Ausgleich. Einer solchen Entwicklung, die vor allem chronisch kranke und behinderte Menschen trafe, ist mit der Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems entgegenzuwirken.

Ob und welche Wirkung das SGB IX für behinderte und chronisch kranke Menschen entfaltet, sah der BDPK insbesondere eng mit den Fragen verbunden, ob

- der individuelle Rehabilitationsbedarf frühzeitig und umfassend trägerübergreifend festgestellt wird und bedarfsgerechte und wirksame Leistungen unverzüglich ausgeführt werden,
- die Leistungsinhalte bedarfsgerecht und wirksam im Sinne der trägerübergreifenden Rehabilitationsziele sind und insoweit die mit dem SGB IX angestrebte Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungsträger und Leistungsinhalte verwirklicht wird,
- im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern die Leistungen tatsächlich so ausgeprägt und ausgeführt werden, dass sie im Einzelfall bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich sind.

Der BDPK schlug für den Fragenkatalog daher die zusätzliche Aufnahme folgender Abschnitte vor und erörterte die damit im Zusammenhang stehenden Fragestellungen:

- Ermittlung und Feststellung des funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarfs/ Zielorientierung der Leistungen,
- Koordination, Kooperation und Konvergenz bei Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität der Leistungen,



- Versorgungsstrukturentwicklung/Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern

4.3 Gemeinsame Empfehlungen nach §§ 12, 13 SGB IX

Wie bereits im vorangegangenen Berichtszeitraum nahm für den BDPK auch im Berichtszeitraum die Beteiligung an der Umsetzung des SGB IX durch die Vereinbarung Gemeinsamer Empfehlungen nach §§ 12, 13 SGB IX einen breiten Raum ein.

Die Vereinbarung Gemeinsamer Empfehlungen stellt das wirksamste Instrumentarium zur Umsetzung des SGB IX dar. Im vorangegangenen Berichtszeitraum und auch im Berichtszeitraum wurde mit der Erarbeitung Gemeinsamer Empfehlungen begonnen und einige Gemeinsame Empfehlungen konnten im Berichtszeitraum auch in Kraft treten. Nach Auffassung des BDPK besteht jedoch noch dringender Überarbeitungs- und Ergänzungsbedarf, da sowohl die bereits in Kraft getretenen Gemeinsamen Empfehlungen als auch die in Bearbeitung befindlichen Gemeinsamen Empfehlungen die Regelungen des SGB IX noch nicht konkret und konsequent genug umsetzen. So müssen insbesondere die jeweiligen Ziele deutlicher ausformuliert werden und die Gemeinsamen Empfehlungen dürfen nicht auf dem Niveau von Absichtserklärungen stehen bleiben.

Im Berichtszeitraum konnten folgende aus Sicht des BDPK besonders wichtige Gemeinsame Empfehlungen in Kraft treten, wobei sich der BDPK jeweils mit Stellungnahmen an der Erarbeitung beteiligt hat:

- a. Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistungen zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“)**

Mit nachstehenden wesentlichen Ausführungen hat der BDPK die Entwicklung begleitet:

Vorbemerkungen

Der Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V. (BDPK) begrüßt die Entwicklung der Gemeinsamen Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“, da hiermit ein wichtiges Instrument zur Umsetzung einer der Hauptanliegen des SGB IX - Koordination und Konvergenz der Leistungen und Kooperation der Rehabilitationsträger - geschaffen wird.

Der BDPK hat am 31.07.2002 bereits zu dem Entwurf der Gemeinsamen Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ in der Fassung vom 19.06.2002 umfassend Stellung bezogen. In diesem Rahmen hat der BDPK darauf hingewiesen, dass der damalige Entwurf mit einem eher deklaratorischen Charakter ausgestattet wurde und allen übrigen noch zu vereinbarenden Empfehlungen vorangestellt werden könnte. Die nunmehr vorliegende Fassung vom 26.08.2003 stellt in der Präambel klar, dass die Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ den übergreifenden Rahmen für die nach dem SGB IX abzuschließenden anderen gemeinsamen Empfehlungen aufzeigen soll. Nach Ansicht des BDPK sollten die noch ausstehenden gemeinsamen



Empfehlungen, wie z.B. zur frühzeitigen Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und zu einheitlichen Begutachtungsgrundsätzen, schnellstmöglich entwickelt bzw. verabschiedet werden.

Der BDPK stellt im Übrigen fest, dass seine o.g. Stellungnahme vom 31.07.2002 bei der Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ einbezogen wurde und zum Teil Berücksichtigung fand.

Zu einzelnen wesentlichen Regelungen

- In der Präambel muss konkreter auf die rechtlichen Vorgaben verwiesen werden. Ebenso sind die gesetzlichen Ziele nach §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX umfassender darzustellen.
- In der gesamten Empfehlung wird nicht explizit auf die Verpflichtung gemäß § 8 Abs. 1 SGB IX eingegangen, wonach der Rehabilitationsträger bei Beantragung oder Erbringung jedweder Sozialleistung wegen oder unter Berücksichtigung einer vorliegenden oder drohenden Behinderung zu prüfen hat, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind. Aus Sicht des BDPK sollte diese Verpflichtung in § 3 Absatz 1 aufgenommen werden.
- Nach Ansicht des BDPK besteht in § 4 Absatz 1 ein Widerspruch zur gesetzlichen Regelung gemäß § 10 Abs. 1 SGB IX, wonach der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich ist, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Rehabilitationsträger werden somit verpflichtet, gemeinsam und in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten die individuell erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzulegen, zusammenzustellen und anzupassen.
Im vorliegenden Entwurf wird hingegen betont, dass die Benehmensherstellung und Abstimmung erst nach der funktionsbezogenen Feststellung eines Bedarfs für Leistungen zur Teilhabe erfolgen. Der BDPK empfiehlt hier eine diesbezügliche Klarstellung.
- In § 5 Absatz 1 dürfen die Angaben zu den Zielen nicht nur auf § 4 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX beschränkt werden.
- Der BDPK sieht die Beteiligung der Verbände und Organisationen nach § 13 Abs. 6 SGB IX an der Entwicklung von gemeinsamen Rahmenkonzepten, Rahmenempfehlungen und vergleichbaren Regelungen als unbedingt erforderlich an. Dies muss nach Auffassung des BDPK im § 8 Absatz 1 Satz 3 auch zum Ausdruck kommen. Das Wort „ggf.“ ist zu streichen.
- Aus Sicht des BDPK reichen die zur Klärung von Abgrenzungsfragen getroffenen Regelungen in § 9 nicht aus. Zumal kein Verweis auf eine



gemeinsame Empfehlung nach § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX erfolgt, empfiehlt der BDPK eine Konkretisierung sowohl hinsichtlich inhaltlicher Abgrenzungsfragen als auch bezüglich der vorgesehenen Verfahren zur Abstimmung der Rehabilitationsträger.

b. Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX

Über die Beteiligung an der Erarbeitung dieser Gemeinsamen Empfehlung wurde bereits im Geschäftsbericht 2002/2003 berichtet. Hervorzuheben ist aber, dass der BDPK bereits im vorangegangenen Berichtszeitraum in diesem Zusammenhang die im Gesetz nicht zufriedenstellend geregelte Beteiligungsmöglichkeit der maßgeblichen Spitzenverbände der Leistungserbringer kritisiert und die Schaffung eines gemeinsamen Qualitätssicherungssystems gefordert hatte. Zudem hatte der BDPK auf die bestehenden erheblichen Diskrepanzen zwischen der qualifizierten Erbringung geeigneter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und den Vergütungen für diese Leistungen hingewiesen. Der BDPK hatte ausdrücklich gefordert, dass Regelungen geschaffen werden, die die Beteiligung der Leistungserbringer an der Qualitätssicherung im Hinblick auf eine angemessene Vergütung berücksichtigen.

(Hierzu dürfen wir auf den Berichtspunkt 6.1 dieses Geschäftsberichtes verweisen.)

c. Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX

Mit nachstehenden wesentlichen Ausführungen hat der BDPK die Entwicklung begleitet:

Vorbemerkungen

Nach der Präambel zu der gemeinsamen Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure setzt die Zusammenarbeit eine „konkret vorhandene, den Beteiligten problemlos zugängliche Plattform voraus, die Wege und Ansprechpartner aufzeigt und sicherstellt, dass alle Beteiligten – mit Zustimmung des/der Betroffenen – Rückmeldungen über den weiteren Verlauf des Verfahrens erhalten.“ Die Schaffung und Erhaltung dieser Plattform wird als Aufgabe der Rehabilitationsträger benannt. Der BDPK merkt grundsätzlich an, dass der Empfehlungsentwurf überwiegend Absichtserklärungen enthält. Nach Auffassung des BDPK bedürfen daher viele Regelungen der Empfehlung einer weiteren Konkretisierung.

Zu einzelnen wesentlichen Regelungen

- § 2 Absatz 1 enthält lediglich Absichtserklärungen zur Entwicklung verbindlicher Formen der Einbindung von Haus-, Fach-, Betriebs- und WerksärztInnen nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 SGB IX sowie zur Etablierung geeigneter Verfahren und Strukturen zur Sicherstellung eines kontinuierlichen und verlässlichen Informationsaustausches nach § 13 Abs. 2 Nr. 9 SGB IX. Aus Sicht des BDPK sollten zur Umsetzung diese Absichten mit entsprechenden Regelungen in der Empfehlung weiter konkretisiert werden (z. B. Definition, in welchen Fällen und in welcher Weise



die beteiligten Ärzte in die Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe einzubinden sind).

Im Absatz 2 sollten nach Ansicht des BDPK Art und Umfang der Beteiligungsrechte der Betroffenen umfassender dargestellt werden. Die Betroffenen besitzen konkrete Entscheidungs- und Gestaltungsrechte und sind nicht nur in die Verfahren einzubeziehen (z. B. § 9 Abs. 1, 3, 4, § 10 Abs. 1 Satz 1).

Das Gleiche betrifft die besonderen Belange Behinderter und chronisch Kranker, welche aus Sicht des BDPK im Absatz 3 umfassender widergegeben werden sollten (z.B. § 9 Abs. 1 Satz 2, § 10 Abs. 3 SGB IX).

- Zu § 3 2. Punkt der Aufzählung weist der BDPK darauf hin, dass auch für Werks- und BetriebsärztInnen die Verpflichtung gemäß § 61 Abs. 1 SGB IX gilt, auf die Möglichkeit der Beratung durch eine gemeinsame Servicestelle oder eine sonstige Beratungsstelle für Rehabilitation hinzuweisen. Weitergehende Leistungen wie Einleitung und Unterstützung bei der Antragstellung durch Werks- und BetriebsärztInnen sollten nach Auffassung des BDPK in der Empfehlung konkreter ausgeführt werden. Im Übrigen stellt gemäß § 22 SGB IX die Unterstützung bei der Antragstellung auch eine Aufgabe der gemeinsamen Servicestelle dar.
- § 4 Absatz 1 regelt allgemein einen für alle Rehabilitationsträger gültigen Verfahrensablauf, beginnend bei ersten Anhaltspunkten, zur Feststellung des Bedarfs, Einleitung der Maßnahmen, Zusammenarbeit während der Maßnahmen und Information nach Beendigung der Maßnahmen. Der BDPK empfiehlt, entsprechende Regelungen konsequenter an geltendes Recht auszurichten (z. B. funktionsbezogene Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nach § 10 SGB IX statt „entsprechender Prüfung“, Verfahren nach § 8 SGB IX auch ohne Antrag).

Im Berichtszeitraum wurde mit der Erarbeitung folgender aus Sicht des BDPK besonders wichtiger Gemeinsamer Empfehlungen begonnen bzw. wurde die Bearbeitung fortgeführt, wobei sich der BDPK jeweils mit Stellungnahmen an der Entwicklung beteiligt hat:

a. Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“)

Mit nachstehenden wesentlichen Ausführungen hat der BDPK die Entwicklung begleitet:

Vorbemerkungen

- Der Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V. (BDPK) begrüßt die Entwicklung der Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“, da hiermit ein weiteres wichtiges Instrument zur Umsetzung der Haupt-



anliegen des SGB IX - insbesondere die Sicherung des frühestmöglichen Zugangs zu den erforderlichen Teilhabeleistungen sowie die Koordination und Konvergenz der Leistungen und die Kooperation der Rehabilitationsträger - geschaffen wird.

- Anzustreben ist nach den gesetzlichen Vorgaben ein an der ICF orientiertes, weitgehend vereinheitlichtes Sachverständigen- und Gutachtenverfahren, bei dem trägerspezifisch über die von allen Rehabilitationsträgern einheitlich zu treffenden Feststellungen hinaus ergänzende, sich aus der trägerspezifischen Aufgabenstellung ergebende, Feststellungen zusätzlich zu erheben sind.
- Der vorgesehene Anhang der Empfehlung vermittelt zutreffend die Anforderungen aus der Orientierung an der ICF. Nach Auffassung des BDPK wird der Inhalt des Empfehlungsentwurfs diesen Anforderungen jedoch nicht ausreichend gerecht. Der Entwurf befasst sich in wesentlichen Teilen – und aus Sicht des BDPK zudem sehr detailliert und umfassend – mit der Erhebung von Indikatoren von Krankheit (Ziffern 4.1 bis 4.4), obwohl Menschen mit Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit nicht im engeren Sinne krank sein müssen (Vergl. Anhang, Seite 17). Demgegenüber fehlen die für die Entscheidung über die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe unverzichtbaren Indikatoren zur Beurteilung des positiven bzw. negativen Teilhabebildes oder des positiven bzw. negativen Aktivitätsbildes bzw. werden lediglich komprimiert dargestellt (Ziffer 4.5).

Zu einzelnen wesentlichen Regelungen

- Der erste Absatz der Vorbemerkungen des Entwurfs knüpft an § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX an, beschränkt aber den Gutachtauftrag auf „*Gesundheitsprobleme*“ und verweist in der Fußnote 2 auf die ICF als gemeinsame Sprachregelung.
Das Sachverständigengutachten dient jedoch nach §§ 10 Abs. 1 Satz 1, 22 Abs. 1 Nr. 2 und 4 SGB IX der Klärung des Rehabilitationsbedarfs und der funktionsbezogenen Feststellung der nach dem individuellen Rehabilitationsbedarf erforderlichen Leistungen. Gegenstand der Begutachtung dürfen nach diesen gesetzlichen Vorgaben nicht nur die „*Gesundheitsprobleme*“ von behinderten Menschen, sondern muss die Feststellung von Art und Ausprägung der durch die Gesundheitsprobleme verursachten Beeinträchtigungen der Teilhabe sein.
Die an dieser Stelle vorgenommene Reduktion der Aufgaben des Gutachtens spiegelt sich später im Handlungsteil (ab Ziffer 3) mit einer starken Krankheits- und Medizinerorientierung, jedoch mit einer weniger starken Teilhabeorientierung wider.
- Die Aufgabenbeschreibung in Ziffer 1 mit der Reduktion auf einen „*entscheidungsrelevanten sozialmedizinischen Sachverhalt*“ ist aus Sicht des BDPK nicht ausreichend.



Eine wesentliche Aufgabe des Sachverständigengutachtens im Teilhabeverfahren ist insbesondere die Erstellung des positiven bzw. negativen Teilhabebildes und/oder des positiven bzw. negativen Aktivitätsbildes.

Grundlage für die Entscheidung über die Leistungen zur Teilhabe ist die Klärung des Rehabilitationsbedarfs und – daraus abgeleitet – des funktionsbezogenen erforderlichen Bedarfs an Teilhabeleistungen. Dabei geht es nicht allein um Art und Ausmaß einer Krankheit oder um „Gesundheitsprobleme“, sondern um deren Folgen, d.h. Art und Ausmaß der durch sie verursachten Beeinträchtigung der Teilhabe der betroffenen Menschen. Diese Klärung erfordert in der Regel interdisziplinären Sachverstand, der von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen zu stellen ist, so dass der Gesetzgeber in § 14 SGB IX ausdrücklich nicht vom „medizinischen Gutachter“, sondern vom „Sachverständigen“ spricht. Die Formulierung des Entwurfs trägt somit dem umfassenden gesetzlichen Klärungsauftrag und der Interdisziplinarität des erforderlichen Sachverständigen nicht ausreichend Rechnung.

- Leistungen zur Teilhabe dürfen nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX nur bewilligt werden, wenn mit diesen Leistungen voraussichtlich die Ziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX erreicht werden können. Die Rehabilitationsprognose muss sich danach zwingend auf die Erreichbarkeit der in §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX beschriebenen Ziele und nicht lediglich – wie in Ziffer 3.1 geregelt – auf ein „Teilhabepotenzial“ beziehen. Wenn darunter verstanden werden soll, dass ausgehend von Art und Ausmaß der durch Gesundheitsprobleme verursachten Teilhabebeeinträchtigungen ein funktionsbezogener Rehabilitationsbedarf besteht, aus dem Rehabilitationsziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX abgeleitet werden, die voraussichtlich durch Teilhabeleistungen auch erreichbar sind, dann sollte nach Ansicht des BDPK dies so konkret dargestellt werden.
- Die Formulierung des letzten Satzes der Ziffer 3.2 ist aus Sicht des BDPK missverständlich. Auch Behinderungen, für die keine ICD-Schlüssel existieren, können Leistungen zur Teilhabe begründen.
- Nach Auffassung des BDPK werden mit der in Ziffer 3.4 enthaltenen Beschreibung der durch das Sachverständigengutachten zu prüfenden Kriterien nicht alle Indikatoren, die zur Prüfung der Rehabilitationsziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX erforderlich sind, erfasst. Es fehlen insbesondere Indikatoren für die Prüfung der Ziele nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX, aber auch die für das Ziel der Vermeidung anderer Sozialleistungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX erforderlichen Merkmale.
- Mit den einleitenden Formulierungen in Ziffer 4 wird nicht sichergestellt, dass der beim Betroffenen individuell vorhandene funktionsbezogene Rehabilitationsbedarf umfassend und vollständig, insbesondere unabhängig von einer vermuteten Zuständigkeit oder tatsächlich festgestellten Trägerschaft durch den Sachverständigen erhoben wird.



- Im Rahmen der in Ziffer 4.5 geregelten sozialmedizinischen Beurteilung muss der Sachverständige plausibel und nachvollziehbar den Weg von der anamnestischen Angabe über das Symptom/die Funktionsstörung und die Funktionsdiagnose zur Teilhabebeeinträchtigung beschreiben. Des Weiteren sind anamnestisch eruierte und sich aus den Funktionsstörungen ergebende Teilhabebeeinträchtigungen gegeneinander zu gewichten. Dabei ist in besonderer Weise zu würdigen, dass es immer wieder glaubhaft dargestellte Teilhabebeeinträchtigungen geben kann, die nicht ausreichend zugeordnet werden können.

b. Gemeinsame Empfehlung gem. § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX zur frühzeitigen Erkennung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“)

Mit nachstehenden wesentlichen Ausführungen hat der BDPK die Entwicklung begleitet:

Vorbemerkungen

- Nach Ansicht des BDPK fordert § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX eine Vereinbarung darüber, welche Zielgruppen („in welchen Fällen“) von Berechtigten auf der Grundlage der Ziele der §§ 1 , 4 Abs. 1 SGB IX in der Regel für die Gewährung von Teilhabeleistungen in Frage kommen, und welche Teilhabeleistungen („in welcher Weise ... Leistungen ... angeboten werden“) für diese Zielgruppen nach Gegenstand, Umfang und Ausführung (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX) in der Regel von allen Rehabilitationsträgern gemeinsam für geeignet gehalten werden, diese Ziele zu erreichen (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX) und deshalb nach einheitlichen Maßstäben angeboten werden sollen. Darauf geht jedoch der derzeitige Entwurf noch nicht weiter ein.
- Der Gesetzgeber hat des Weiteren ausdrücklich betont, dass die Empfehlung in besonderer Weise der Zielsetzung, eine durch eine Chronifizierung von Erkrankungen bedingte Behinderung zu verhindern, Rechnung tragen soll. Dabei ist sowohl bei der Definition von bedarfsorientierten Zielgruppen für die Gewährung von Teilhabeleistungen als auch bei der Charakterisierung der für diese Zielgruppen geeigneten Leistungen und Leistungsinhalte der Vermeidung von Chronifizierungen in besonderer Weise Rechnung zu tragen.
- Aus Sicht des BDPK sollte der Entwurf schließlich eine weitere Konkretisierung der gesetzlichen Regelungen im Sinne von Vorgehensweisen erhalten, d.h. wie bzw. in welcher Weise Bedarfe wahrgenommen werden und die Beteiligten diese Wahrnehmung in ein systematisiertes Handeln im Sinne der Einleitung eines Teilhabeverfahrens umsetzen können.



Zu einzelnen wesentlichen Regelungen

- Die Präambel benennt im ersten Satz den mit § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX im Kern übereinstimmenden Inhalt der gemeinsamen Empfehlung. Es folgt im zweiten Satz eine Zielbeschreibung (frühestmöglich einen Teilhabebedarf zu erkennen und Leistungen zur Teilhabe einzuleiten), womit aus Sicht des BDPK dem Auftrag aus der Bezugsvorschrift nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX noch nicht ausreichend entsprochen wird.
- Ziel der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ ist die Wahrnehmung einer (drohenden) Behinderung/chronischen Erkrankung und des evtl. damit verbundenen Bedarfs an Teilhabeleistungen. Zu diesem Zeitpunkt sind Tatbestände, die bei der späteren Entscheidung über Teilhabeleistungen als Leistungsvoraussetzungen relevant sein können, noch nicht von Bedeutung. Der BDPK weist darauf hin, dass durch die Aufnahme solcher Tatbestände in die Grundsätze (§ 1 Abs. 2) der Eindruck erweckt wird, als sollten nur solche (drohenden) Behinderungen/ chronischen Erkrankungen wahrgenommen und aufgegriffen werden, bei denen auch die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.
Im Übrigen ist die Gewährung von Teilhabeleistungen nach § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB XI nur zulässig, wenn damit voraussichtlich die Ziele im Sinne der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX erreicht werden können (Rehabilitationsprognose). Daher ist nach Ansicht des BDPK bei der Verwendung des Begriffs Rehabilitationsprognose der Bezug zu § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX herzustellen.
- Ob ein Bedarf an Teilhabeleistungen besteht, ist nach § 10 SGB IX festzustellen. Der BDPK weist darauf hin, dass die Verpflichtung, die voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach dem individuellen Bedarf funktionsbezogen festzustellen, den Bezug zur ICF als Maßstab für die Beurteilung der „Teilhabeleistungs-Bedürftigkeit“ herstellt. Dabei kommt es nicht mehr darauf an, dass die Teilhabebeeinträchtigung kausal auf „gesundheitlichen Gründen“ basiert.
Im Übrigen wird in § 4 Abs. 1 ausdrücklich festgestellt, dass die Teilhabeleistungen „unabhängig von der Ursache der Behinderung“ gewährt werden. Insofern muss § 1 Absatz 3 korrigiert werden.
- In § 4 Absätze 2 bis 4 werden lediglich die gesetzlichen Pflichten nach §§ 60, 61, 84 SGB IX referiert. Der BDPK empfiehlt, dass die Regelungen über die Wiedergabe des Gesetzestextes hinaus noch um konkrete Handlungsmöglichkeiten weiter ergänzt werden.

Werden notwendige Rehabilitationsmaßnahmen u.a. aus finanziellen Gründen von den Versicherten nicht rechtzeitig beantragt oder von den Kostenträgern bewilligt, entstehen hohe Folgekosten für das Sozialsystem und das nicht nur durch die steigenden Gesundheitskosten, sondern auch durch die zunehmende Zahl an Arbeitslosen.



5. Tarifpolitik

Stand im vorangegangenen Berichtszeitraum noch der Abschluss eines Bundesmanteltarifvertrages Nr. 11 im Vordergrund der Verbandsarbeit, so nahmen im Berichtszeitraum die Auswirkungen der EuGH-Rechtsprechung sowie die Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes einen breiten Raum der verbandlichen Tätigkeit ein.

Der BDPK betrachtet mit großer Sorge die Kostenschere, die sich auftut zwischen bescheidenen Anhebungen der Budgets für Akutkrankenhäuser bzw. der Vergütungen im Rehabilitationsbereich einerseits und den Personalkostenentwicklungen und gewerkschaftlichen Forderungen einschließlich der Auswirkungen der EuGH-Rechtsprechung und des deutschen Arbeitszeitgesetzes andererseits.

Sowohl mit Gewerkschaften als auch mit Spitzenpolitikern, die in diesem Bereich tätig sind, wurden Gespräche geführt mit dem Ziel, eine gemeinsame Initiative und Offensive zu starten. Ziel des BDPK ist es nach wie vor, einen neuen Bundesmanteltarifvertrag Nr. 11 abzuschließen und durch diesen mehr Flexibilität zu erreichen. Für den BDPK ist es aufgrund der bestehenden enormen Probleme, die sich sowohl für die Arbeitgeber als auch für die Arbeitnehmerschaft negativ auswirken, unverständlich, dass die Verhandlungen zum Abschluss eines Bundesmanteltarifvertrages Nr. 11 nicht vorankamen, weil die vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) bereits nicht akzeptable Forderungen bezüglich des Rubrums des Tarifvertrages aufstellte.

5.1 Arbeitszeitgesetz

Am 01.01.2004 trat das neue Arbeitszeitgesetz (ArbZG) in Kraft, das im Zuge des Gesetzes zu Reformen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003 novelliert worden. Damit hat der deutsche Gesetzgeber die EuGH-Rechtsprechung zur Arbeitszeit (SIMAP und Jaeger) und die Richtlinie 93/104/EG in das deutsche Recht übertragen. Nachdem zunächst die Urteile des EuGH nicht unmittelbar auf Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft anwendbar waren, gilt das neue Arbeitszeitrecht nunmehr für alle Einrichtungen. Dabei hat der deutsche Gesetzgeber allerdings die Regelungen der Richtlinie im deutschen Arbeitszeitgesetz noch mehr eingeschränkt, indem er die Regelung der täglichen Höchstarbeitszeit unverändert gelassen hat.

Bereits bei den Anhörungen zum SIMAP-Urteil im damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hatte der BDPK darauf hingewiesen, dass nicht nur die Akutkrankenhäuser betroffen sind, sondern in noch stärkerem Maße die Rehabilitationseinrichtungen. Der BDPK hat im Berichtszeitraum die Novellierung des Gesetzes zu Reformen am Arbeitsplatz begleitet und es konnte erreicht werden, dass im neuen Arbeitszeitgesetz eine längere Übergangsregelung vorgesehen wurde, die den Einrichtungen eine Anpassung der Bereitschaftsdienste ermöglichen soll. Im Hinblick auf Art. 9 Grundgesetz ist jedoch zu kritisieren, dass diese Übergangsregelung auf tarifgebundene Einrichtungen beschränkt worden ist. Zudem kamen im Berichtszeitraum keine entsprechenden Tarifverhandlungen zustande. Abgesehen davon, dass nicht klar ist, wie der Bedarf an zusätzlichem Personal abgedeckt werden soll, vertrat der BDPK die Auffassung, dass die Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes nicht kostenneutral möglich ist. Daher begrüßte der BDPK, dass im GMG zumindest für den



Akutkrankenhausbereich finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt worden sind, auch wenn zweifelhaft ist, ob diese Mittel ausreichen. Mit großer Besorgnis nahm der BDPK jedoch zur Kenntnis, dass trotz entsprechender Interventionen des BDPK seitens des BMGS kein Handlungsbedarf im Hinblick auf die Refinanzierung der Mehrkosten für zusätzliches Personal in den Rehabilitationskliniken gesehen wurde. Dieses ist in Anbetracht der Entwicklung der medizinischen Rehabilitation, den Stellenplanvorgaben, den Anforderungen an die Qualität und der zu erwartenden Auswirkungen der DRG's nicht nachvollziehbar.

Folgende Konsequenzen des neuen deutschen Arbeitszeitgesetzes wurden in den Gremien des BDPK beraten:

- Die Kliniken werden zu einer intensiveren Nutzung der ohnehin schon knappen Arbeitszeitressourcen gezwungen. Bereitschaftsdienste der niedrigen Stufen werden zumindest als lange Dienste uninteressant, da der arbeitsschutzrechtliche Arbeitszeit-Verbrauch in keinem Verhältnis zum Nutzen steht.
- Die Änderungen im ArbZG haben allein arbeitsschutzrechtliche, nicht aber vergütungsrechtliche Bedeutung. In diesem Zusammenhang sei v.a. auf das Urteil vom BAG vom 28.01.2004. Darin hat das BAG entschieden, dass der Bereitschaftsdienst wegen der geringeren Inanspruchnahme des Arbeitnehmers sogar niedriger als sog. Vollarbeit vergütet werden. (Az.: 5 AZR 530/02)
Allerdings führt die Einordnung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit dazu, dass Bereitschaftszeiten zwischen 23 und 7 Uhr als Nachtarbeit anzusehen sind (§ 2 Abs. 5 ArbZG). Dies hat entsprechende arbeitszeitrechtliche Konsequenzen, insbesondere die Gewährung angemessener Zusatzfreizeiten oder Nachtzuschläge (§ 6 Abs. 5 ArbZG).
- Für Rehabilitationseinrichtungen wird es dringend erforderlich, nochmals die Situation deutlich zu machen. Die bisherigen Aktivitäten des BDPK haben zwar dazu beigetragen, dass die Übergangsregelung eingeführt wurde, die finanziellen Konsequenzen müssen der Politik, dem BMGS sowie dem BMWA noch deutlicher gemacht werden.
- Für die Rufbereitschaftsdienste bleibt es bei der bisher gültigen Regelung, dass nur der Zeitraum der tatsächlichen Inanspruchnahme, inkl. Der Wegezeit als Arbeitszeit gewertet wird. Für Inanspruchnahmen im Rahmen der Rufbereitschaft kann eine Überschreitung der täglichen Höchstarbeitszeit durch Tarifvertrag zugelassen werden (§ 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG).

Da die Urteile des EuGH in vielen EU-Staaten zu Problemen führen, hat die Kommission der Europäischen Union im Berichtszeitraum ein Verfahren eingeleitet mit dem Ziel, den Weg zur Änderung der EU-Arbeitszeitrichtlinie frei zu machen. Die Europäische Kommission rief alle interessierten Parteien auf, einen Beitrag zur geplanten Konsultation zum Thema Arbeitszeit am 31.03.2004 zu leisten.



Diesem Aufruf ist der BDPK als Unternehmerverband und Vertreter der Interessen der Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft nachgekommen und hat fristgemäß zum 31.03.2004 eine Stellungnahme in deutscher und englischer Fassung bei der Europäischen Kommission eingereicht. Im Rahmen dieser Stellungnahme hat sich der BDPK ausdrücklich der Positionierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft angeschlossen und darüber hinaus sehr deutlich klargestellt, dass wesentliche mit der Arbeitszeitrichtlinie verbundene Fragen und Probleme auch auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation zutreffen. Hierzu wurden folgende wesentlichen Ausführungen gemacht:

- Die (nach verschiedenen Schätzungen zwischen 0,7 und 1,7 Mrd. Euro jährlich) stellen für die Krankenhäuser bzw. das deutsche Gesundheitssystem eine schwere Belastung dar. Bei diesen Zahlenangaben ist der Bedarf der Rehabilitationseinrichtungen nicht berücksichtigt.
- Besonders die Rehabilitationseinrichtungen sind hier betroffen, da diese nicht in die vorgesehenen Mittelzuteilungen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen einbezogen sind. In Deutschland gibt es ca. 1.388 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit ca. 120.000 Beschäftigten. Die Zahlen sprechen für sich, dass hier ein Leistungsbereich des Gesundheitswesens bei der Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie in Deutschland einfach ausgegrenzt worden ist.
- Die Umstellung des Bereitschaftsdienstes ist im Krankenhaus aus vielerlei Gründen problematisch; eine Kompensation durch neue Arbeitszeitmodelle ist nur eingeschränkt möglich. Die Umstellung des Bereitschaftsdienstes in der Rehabilitation bedeutet für diesen Leistungsbereich ein noch größeres Problem, da hier überwiegend Bereitschaftsdienste der Gruppe A und B geleistet werden, also Dienste mit einer Auslastung unter 30%. Somit liegen personell und wirtschaftlich nicht die Ressourcen vor, diese zu kompensieren.
- Aus ökonomischer Sicht ist ein überproportionaler Kostenanstieg, eine geringere Behandlungsqualität, eine geringere Servicequalität und eine geringere Ausbildungsqualität zu erwarten.
- Von den Ärzten im Krankenhaus wird der Bereitschaftsdienst befürwortet. So lehnt die Mehrheit der Ärzte – auch die Assistenzärzte ohne Weiterbildung – die Abschaffung des Bereitschaftsdienstes ab.

5.2 Berufsausbildungssicherungsgesetz

Eine weitere Aufgabe nahm der BDPK im Interesse seiner Mitglieder mit der Begleitung des Gesetzgebungsverfahrens zum Berufsausbildungssicherungsgesetz wahr. Dabei konnte durch eine erfolgreiche Intervention des BDPK erreicht werden, dass neben den Akutkrankenhäusern sowohl die Einrichtungen, die Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX erbringen, als auch Pflegeeinrichtungen von der Ausbildungsplatzsicherungsabgabe befreit sind.



Der BDPK hat im Vorfeld intensive Informationsarbeit über die schwierige Situation, insbesondere der Rehabilitationseinrichtungen geleistet. Letztmalig wurde mit nachstehendem Schreiben vom 28.04.2004 an maßgebliche Vertreter der politischen Parteien die potenziellen Belastungen durch die drohende Ausbildungsplatzsicherungsabgabe dargestellt:

„Sehr geehrt.....,

mit großer Besorgnis nimmt der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) die aktuelle Diskussion über die geplante Ausbildungsplatzabgabe zur Kenntnis.

Nachdem der BDPK als maßgeblicher Spitzen- und Arbeitgeberverband auf Bundesebene nicht an der Anhörung zum Berufsausbildungssicherungsgesetz am 23.04.2004 beteiligt worden ist, möchten wir uns mit der Bitte um Unterstützung an Sie wenden.

Für den Akutkrankenhausbereich schließt sich der BDPK der Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) an. Diese hatte darauf hingewiesen, dass der Krankenhausbereich der größte Dienstleistungsbereich in Deutschland ist und die Ausbildung in den typischen Krankenhausberufen in einem völlig eigenständigen System erfolgt. In diesem Ausbildungssystem, welches nicht der staatlichen Bildungsförderung unterliegt, sind die Arbeitgeber nicht nur über die anteiligen Sozialabgaben an der Finanzierung der Ausbildung beteiligt, sondern stellen auch die für die Theorie zuständigen Ausbildungsstätten zur Verfügung. Daher hatte die DKG aus unserer Sicht zurecht gefordert, die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen aus dem Anwendungsbereich des BerASichG vollständig herauszunehmen.

Völlig außer Betracht scheint jedoch die Situation der Rehabilitationseinrichtungen zu bleiben.

Zum einen dürfen Rehabilitationseinrichtungen aufgrund der Berufsausbildungsvorschriften nicht ausbilden, z.B. in den Pflegeberufen. Zum anderen werden Therapeutinnen und Therapeuten an privaten und staatlichen Schulen ausgebildet und absolvieren ihre praktische Ausbildung in den Einrichtungen in Form von Praktika. Dies bedeutet, dass die Rehabilitationskliniken in ihren Kernbereichen junge Menschen nicht ausbilden können und nach der aktuellen Fassung des BerASichG quasi zwangsläufig die Berufsausbildungssicherungsabgabe zahlen müssten. Dieses trifft auch auf die ambulanten Pflegedienste zu.

Beispielsweise müsste ein Unternehmen mit mehr als 3.800 sozialversicherungspflichtigen Mitarbeitern in mehreren Standorten ca. 200 Ausbildungsplätze schaffen bzw. eine Ausbildungsplatzabgabe in Höhe von 2,1 Mio. Euro zahlen. Dieses ist in der gegenwärtigen Situation der Rehabilitationseinrichtungen betriebswirtschaftlich nicht zu schaffen.

Mit einem Anteil von über 67% stellen die privat betriebenen Rehabilitationseinrichtungen mit einem hohen Personalbedarf maßgeblich die qualitativ



hochwertige rehabilitative Versorgung der Bevölkerung sicher, so dass die Ausbildungsplatzabgabe überwiegend die privaten Betreiber treffen würde. Dabei geht die Schere zwischen den Anforderungen, die an die Leistungserbringung gestellt werden und die Vergütungen bereits jetzt immer mehr auseinander.

Seit Jahren gibt es bei einem permanenten Anstieg der Personal, Energie- und Sachkosten keine Pflegesatzerhöhungen mehr und es sind zwischenzeitlich dramatische Belegungseinbrüche zu verzeichnen.

Wir möchten daher an Sie appellieren und Sie bitten, sich dafür einzusetzen, dass die Rehabilitationseinrichtungen von der Ausbildungsplatzabgabe freigestellt werden.

Mit freundlichen Grüßen

**BUNDESVERBAND DEUTSCHER
PRIVATKRANKENANSTALTEN e.V.“**

5.3 KlinikRente BDPK

Im vorangehenden Berichtszeitraum gründete der BDPK in Zusammenarbeit mit dem Fachverband für betriebliche Versorgungswerke e.V. das Versorgungswerk „KlinikRente BDPK. Träger der KlinikRente sind Allianz, Victoria und Swiss Life.

Im Berichtszeitraum konnte dieses Versorgungswerk weiter aus- und aufgebaut werden. Dabei machte die Diskussion um die schwierige Situation selbst großer Versicherer deutlich, dass die Entscheidung für ein Konsortium richtig war. Zudem wurde das Versorgungswerk für alle Kranken- Reha- und Pflegeeinrichtungen geöffnet und damit eine Branchenlösung für die betriebliche Altersversorgung geschaffen.

Mit der geplanten Einführung des Alterseinkünftegesetzes zum 01.01.2005 ergeben sich für die betriebliche Altersversorgung zusätzlich neue Anforderungen. Der Gesetzgeber will die Portabilität (Übertragbarkeit bei Wechsel des Arbeitgebers) regeln. Arbeitgeber und Anbieter werden dann zur Organisation der Übertragung der Anwartschaften der Entgeltumwandlung verpflichtet. Eine neue zusätzliche Aufgabe für alle Personalabteilungen. Dieser Zusatzaufwand kann nach Auffassung des BDPK mittel- und langfristig nur durch einen Branchenstandard minimiert werden. Deshalb haben sich die Landesverbände des BDPK gemeinsam mit dem Bundesvorstand für die Öffnung von KlinikRente als Branchenversorgungswerk für alle Kranken-, Reha- und Pflegeeinrichtungen entschieden. Eine Entscheidung, die trägerübergreifend weit in die Zukunft weist. Mit dem Einbeziehen privater, kirchlicher und öffentlicher Träger ist das Ziel eines bundesweit verbreiteten und akzeptierten Branchenstandards für die Entgeltumwandlung erreicht.

Bis heute beteiligten sich bereits 250 Einrichtungen an KlinikRente. Der auf Anregung des Bundesvorstandes des BDPK entwickelte Leistungskatalog hat sich bewährt. In einigen Einrichtungen haben sich bis zu 70 % der Mitarbeiter an KlinikRente BDPK beteiligt. Die Einrichtungen erreichen damit kurz- und langfristige Kosteneinsparungen. Kurzfristig schlagen niedrigere Lohnkosten zu Buche; langfristig können



nur Arbeitnehmer mit ausreichender Altersversorgung ihren Austritt aus dem Arbeitsleben frei gestalten.

Das Gesundheitswesen wird auch in Zukunft von der Qualität der Mitarbeiter getragen. Mit KlinikRente werden aktiv gestaltend Maßstäbe gesetzt, die jetzt schon den Grundstein für nachhaltiges und erfolgreiches Personalmanagement legen.

5.4 Weiterer Handlungsbedarf

Weiterer dringender Handlungsbedarf besteht im Hinblick auf den Abschluss eines Bundesmanteltarifvertrages, der zu mehr Flexibilität und finanzierbaren tariflichen Regelungen führt. Dies gilt insbesondere für die Regelung des Bereitschaftsdienstes und das Jahres- und Langzeitarbeitskonto. Ziel des BDPK und seiner Mitglieder muss dabei sein, eine Abkoppelung privater Einrichtungen von den nicht mehr zu finanzierenden Vergütungssystemen des öffentlichen Dienstes zu erreichen. Dabei muss insbesondere verstärkt auf die Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgestellt werden. Auch hier muss das Geld der Leistung folgen.

6. Qualitätssicherung

Der BDPK hat sich stets für die Verbesserung der Qualität der Leistungen eingesetzt und sprach sich für eine wettbewerbliche Organisation des Gesundheitswesens aus, insbesondere für einen Qualitätswettbewerb, bei dem die Ergebnisqualität im Vordergrund steht.

Daher gehörte die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements auch im Berichtszeitraum mit folgenden Schwerpunkten zu den wesentlichen verbandlichen Aktivitäten:

6.1 Vereinbarung § 137 d Abs. 1 SGB V

Im Berichtszeitraum konnte die Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137 d Abs. 1 und 1a SGB V zum Abschluss gebracht werden.

Mit nachstehender Publikation informierte der BDPK:

Nach eingehenden Verhandlungen der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen konnte im Berichtszeitraum die „Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137 d Abs. 1 und 1a SGB V“ konsentiert werden. Mit der Vereinbarung, welche am 01.04.2004 in Kraft trat, wird die Verpflichtung der Vorsorge- und Rehabilitationskliniken zur Qualitätssicherung und zur Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements mit Leben erfüllt und ein gesetzlicher Auftrag umgesetzt.

Nach Auffassung des BDPK, der im Interesse seiner Mitglieder gradlinig und konstruktiv verhandelt hat, ist es gelungen, im echten Geist einer Selbstverwaltung zu vertretbaren Kompromissen zu kommen. Allerdings ist der BDPK



nicht mit den finanziellen Auswirkungen zufrieden. In den Gremien des BDPK wurde intensiv beraten, ob der Forderung der Spitzenverbände der Krankenkassen nach einer Kostenbeteiligung der Leistungserbringer für die Durchführung der externen Qualitätssicherung in Höhe von zur Zeit 12.300,00 € für drei Jahre aufgrund der finanziellen Situation der Rehabilitationskliniken und der schon bestehenden Belastungen nachgegeben werden kann. Die Vertreter des BDPK wiesen in den Verhandlungen wiederholt darauf hin und machten deutlich, dass die Kosten für die externe Qualitätssicherung von den Krankenkassen zu tragen seien. Erst als deutlich wurde, dass die Verhandlungen zu scheitern drohten und als auch die Kassenseite zu Zugeständnissen bereit war, erfolgte eine Zustimmung zu der Vereinbarung. Davon unberührt bestehen jedoch weiterhin erhebliche Bedenken gegen die Übernahme der Aufwendungen der externen Qualitätssicherung gemäß § 8 Abs. 2 der Vereinbarung durch die Einrichtungen. Letztendlich beruht die Zustimmung des BDPK zu der Vereinbarung auf dem Interesse an einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Vereinbarungspartnern und der nunmehr möglichen gemeinsamen Weiterentwicklung des externen Qualitätssicherungsverfahrens im Rahmen eines Gemeinsamen Ausschusses auf einer anerkannten Grundlage.

Die Vereinbarung ist die Grundlage für einheitliche Anforderungen an die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement im stationären Vorsorge- und Rehabilitationsbereich, denn sie gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände sowie für die nach §§ 111, 111a SGB V zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 1 Abs. 1). Sie verdeutlicht das gemeinsame Verständnis von Inhalten und Zusammenwirken externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement. Dabei haben die Vertreter des BDPK erfolgreich darauf hingewirkt, dass im Sinne des SGB IX die Rehabilitationsleistungen nicht nur ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, sondern auch zielgerichtet erbracht werden und dem allgemein anerkannten Stand der rehabilitationsmedizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 1 Abs. 2).

Die Vereinbarung regelt im Interesse der Leistungserbringer, dass sowohl beim einrichtungsinternen Qualitätsmanagement als auch bei der externen Qualitätssicherung die Ergebnisqualität im Mittelpunkt steht (§ 4 Abs. 1, § 5 Abs. 4). Es wurden klare Qualitätsmanagementstrukturen festgelegt, die alle zwei Jahre extern überprüft und bewertet werden (§ 4 Abs. 3), wobei die Auswahl, Einführung und Umsetzung interner Qualitätsmanagementsysteme ausdrücklich in der Eigenverantwortung der Einrichtungen liegt (§ 8 Abs. 3). Das bedeutet und liegt im Übrigen auch der Konzeption des Qualitätsmanagementverfahrens des BDPK - IQMP-Reha - zugrunde, dass jede Einrichtung selbst bestimmt, welches Qualitätsmanagementverfahren sie anwenden will. Voraussetzung ist allein, dass das Verfahren - wie z.B. das IQMP-Reha - die Vorgaben des § 4 der Vereinbarung erfüllt.

Mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung ist geregelt und in § 6 Abs. 4 der Vereinbarung festgelegt, dass eine Einrichtung, die aufgrund ihres Belegungsschwerpunktes am Qualitätssicherungsverfahren der Rentenversicherung teilnimmt, nicht verpflichtet werden kann, sich am externen Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen (QS-Reha) zu beteiligen. Damit wurde das sog. Federführungsprinzip in die Vereinbarung



aufgenommen und grundsätzlich sichergestellt, dass sich die Einrichtung nur an einem externen Qualitätssicherungsverfahren beteiligen muss.

Ein Novum ist in den §§ 5 Abs. 1 und 10 der Vereinbarung geregelt. Danach liegt die externe Qualitätssicherung in der gemeinsamen Verantwortung der Vereinbarungspartner, und diese stimmen künftig die grundlegende Ausgestaltung und Weiterentwicklung des externen Qualitätssicherungsverfahrens der gesetzlichen Krankenversicherung miteinander ab. Damit ist die Qualitätssicherung keine einseitige Angelegenheit der Krankenversicherung mehr. Zuständig ist ein Gemeinsamer Ausschuss, der sich aus den Partnern der Vereinbarung zusammensetzt. Dieser Gemeinsame Ausschuss berät und entscheidet über die Weiterentwicklung der bestehenden Instrumente und Verfahren der externen Qualitätssicherung und tritt auf Verlangen eines Vereinbarungspartners zusammen. Darüber hinaus berät und entscheidet der Gemeinsame Ausschuss über die einheitliche Bewertung der im Rahmen der externen Qualitätssicherung erhobenen Daten sowie über ihre jeweiligen Verwendungszwecke, die weitere Ausgestaltung des Federführungsprinzips, die Kosten des externen Qualitätssicherungsverfahrens und die Veröffentlichung der relevanten Qualitätsergebnisse.

Eine weitere wesentliche Neuerung regelt § 11 Abs. 3 der Vereinbarung. Erstmals ist in dieser Deutlichkeit festgelegt, dass die Qualitätsergebnisse aus dem einheitlichen externen Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der gesetzlichen Regelungen nicht lediglich eine, sondern **die wesentliche** Grundlage für die Belegungssteuerung und für die leistungsbezogenen Vergütungsverhandlungen auf Landes- und Ortbene bilden. Ob und wie diese neue Regelung von den Krankenkassen umgesetzt wird, bleibt abzuwarten. Fest steht jedoch, dass alle Krankenkassen an diese Vereinbarung gebunden sind und es sich nicht lediglich um eine Absichtserklärung, sondern um eine klare Verpflichtung handelt.

Zusammenfassend ist festzustellen: Die Vereinbarung ist ein Zeichen für die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung und ein Meilenstein für die Umsetzung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Die Leistungserbringer müssen sich zwar an den Kosten der Durchführung der externen Qualitätssicherung beteiligen, aber die Krankenkassen tragen die Kosten der Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung. Es erfolgte eine Einigung auf ein bundeseinheitliches externes Qualitätssicherungsverfahren, und die Qualitätsmanagementstrukturen wurden konkretisiert. Auf der Grundlage der Vereinbarung ist eine flexible Weiterentwicklung möglich, an der die Leistungserbringer gleichberechtigt beteiligt sind. Zukünftig sind die Qualitätsergebnisse die wesentliche Grundlage für die Belegungssteuerung und für die leistungsbezogenen Vergütungsverhandlungen auf Landes- und Ortbene.

Nach Auffassung des BDPK müssten im Rahmen einer ersten Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses u.a. Kriterien für eine vergleichende Qualitätsanalyse und die Höhe der Kostenbeteiligung der Leistungserbringer an der Durchführung der externen Qualitätssicherung beraten werden. Der BDPK wird im Interesse der Mitglieder verstärkt darauf achten, dass die Vereinba-



rung umgesetzt wird, und er wird sich mit Unterstützung durch seine Mitglieder konstruktiv im Rahmen des Gemeinsamen Ausschusses an der Weiterentwicklung beteiligen.

6.2 Integriertes Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha)

Im Berichtszeitraum und insgesamt innerhalb einer Zeit von nur 2 Jahren ist es in enger Zusammenarbeit mit der Humboldt-Universität Berlin gelungen, die Entwicklung des IQMP-Reha erfolgreich abzuschließen. Im Rahmen einer Auftaktveranstaltung wurde das IQMP-Reha am 02.03.2004 einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Dabei empfahlen maßgebliche Vertreter des BDPK die Anwendung des Verfahrens und betonten: „Der Start des IQMP-Reha ist ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte des BDPK. Wir versprechen nicht zuviel, wenn wir sagen, wir haben das beste Qualitätsmanagementsystem, das wir uns vorstellen können.“

Mit nachstehender Publikation informierte der BDPK:

Das Integrierte Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) ist ein speziell für die Einführung bzw. Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements in Rehabilitationseinrichtungen konzipiertes Verfahren, welches von der 100-prozentigen Tochter des BDPK, der IQMG Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH, in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung der Charité – Universitätsmedizin Berlin entwickelt wurde. Das IQMP-Reha wurde am 02.03.2004 in einer bundesweiten Auftaktveranstaltung einem breiten Fachpublikum erfolgreich vorgestellt. Aufgrund der großen Nachfrage nach weiteren Informationen zur Einführung und Anwendung dieses Programms in Rehabilitationseinrichtungen wurden im Berichtszeitraum des Weiteren drei regionale Praxisveranstaltungen (Workshops zum IQMP-Reha) in Vlotho, Kipfenberg und Leipzig durchgeführt. Ein weiterer Workshop in Wiesbaden befindet sich in der Vorbereitung.

Das IQMP-Reha ist ein integriertes Verfahren für das Qualitätsmanagement (QM), welches die Vorteile national wie international anerkannter QM-Modelle mit den hohen inhaltlichen Qualitätsanforderungen der medizinischen Rehabilitation verbindet. Eine Besonderheit stellt die Integration der Qualitätsanforderungen aus den im deutschen Rehabilitationssystem hoch entwickelten externen Qualitätssicherungs-Programmen in das IQMP-Reha dar.

Das IQMP-Reha ermöglicht den Anwendern in den Rehabilitationskliniken

- den Aufbau eines umfassenden rehaspezifischen QM-Systems und
- eine rehaspezifische Bewertung und Weiterentwicklung eines bestehenden QM-Systems.

Ausgangspunkt für die Entwicklung des IQMP-Reha war das EFQM-Modell für Excellence und dessen Version für den öffentlichen Dienst und soziale Einrichtungen aus dem Jahr 2000. Die inhaltliche Ausgestaltung des IQMP-Reha



erfolgte durch die Übernahme rehabilitationsrelevanter Anforderungen aus drei unterschiedlichen Quellen.

- QM-Verfahren mit EFQM- bzw. DIN EN ISO-Fundierung, die bereits seit mehreren Jahren in Rehabilitationskliniken angewendet werden. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um rehabilitationsspezifische Anforderungskataloge, welche die Grundlage der implementierten QM-Systeme in den Rehabilitationseinrichtungen bilden. Sie stellen ein wesentliches Element der Praxisorientierung des IQMP-Reha dar.
- Ein wichtiges Anliegen des IQMP-Reha ist die Integration der externen Qualitätssicherung mit dem Ziel der Verzahnung mit dem internen QM. Für die Erreichung eines effektiven und effizienten QM wurden die veröffentlichten konzeptuellen Anforderungen der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherungen in Form von QS-Programmen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation in die Ausgestaltung des IQMP-Reha einbezogen. Bei der Entwicklung des IQMP-Reha wurden die gesetzlichen Regelungen der §§ 135a, 137d SGB V und § 20 SGB IX, insbesondere die am 01.04.2004 in Kraft getretene „Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V“ berücksichtigt.
- Das IQMP-Reha beinhaltet die hohen Anforderungen an die Qualität stationärer Versorgungsformen, die sowohl für die Krankenhäuser wie auch für die Rehabilitationseinrichtungen gelten. Deshalb enthält das IQMP-Reha nicht ausschließlich rehaspezifische Qualitätsmerkmale. QM-Verfahren, die im gesamten Bereich der stationären medizinischen Versorgung angewendet werden und in veröffentlichter Form vorliegen, wurden in das IQMP-Reha einbezogen.

Die Struktur des IQMP-Reha ist konkret am EFQM-Modell orientiert. Die neun EFQM-Kriterien, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abbilden, werden durch Teilkriterien konkretisiert, deren Formulierung inhaltlich wie auch textlich speziell auf die Einrichtungen des Gesundheitswesens ausgerichtet sind. Die inhaltliche Ausgestaltung der Teilkriterien erfolgt, anders als im EFQM-Modell, nicht durch zahlreiche Anhaltspunkte sondern durch eine deutlich reduzierte Anzahl von Indikatorbereichen. Dadurch können ein konkreter Konzeptbezug zur medizinischen Rehabilitation und eine stärkere Praxisorientierung gewährleistet werden. Die Indikatorbereiche setzen sich aus Indikatoren zusammen, die rehabilitationsrelevante Anforderungen enthalten. Die Indikatoren verstehen sich als wichtige Hinweise, die für Gesundheitseinrichtungen handlungsrelevant sein können. Eine flexible Erweiterung bzw. Reduzierung ist je nach Anforderungsprofil der Klinik möglich. Die Indikatoren bilden die Schnittstelle für ergänzende indikationsspezifische Differenzierungen. Diese werden in gesonderten Indikationsspezifischen Katalogen veröffentlicht (Kardiologie, MSK, Onkologie, Neurologie, Psychosomatik). Es ist geplant, die Konsentierung der Indikationsspezifischen Kataloge in den entsprechenden Facharbeitsgruppen des BDPK Mitte 2004 abzuschließen.



Das IQMP-Reha geht von einem gestuften, modularen Verfahren aus, welches für die Einrichtungen eine flexible Anwendung zulässt, und somit auch an den Entwicklungsstand des QM in der einzelnen Einrichtung angepasst werden kann. Es beinhaltet ein definiertes, intern und extern identifizierbares Qualitätsniveau als Grundvoraussetzung mit den Kernelementen: QM-System und -Handbuch sowie strukturierter Qualitätsbericht. Dieser Kernteil kann darüber hinaus durch eine Zertifizierung eine zusätzliche externe Bestätigung (durch das Zertifikat „EQR - Exzellente Qualität in der Rehabilitation“) verbunden mit einer Motivationssteigerung für die Mitarbeiter, erfahren.

Die Umsetzung des IQMP-Reha ist grundsätzlich über verschiedene Methoden möglich. Unter Berücksichtigung der bereits in der Praxis genutzten und anerkannten QM-Systeme zeichnet sich das IQMP-Reha durch Methodenkompatibilität und zugleich Methodenunabhängigkeit aus. Daraus ergibt sich, dass die Rehabilitationskliniken sich der Methode ihrer Wahl bedienen können.

Aus der Wahlfreiheit der QM-Modelle sowie den verpflichtenden Anforderungen der externen Qualitätssicherung eröffnet das IQMP-Reha folgende Möglichkeiten der Anwendung:

- Implementation eines rehaspezifischen QM – umfassend oder modular
- Inventar für eine strukturierte Selbstbewertung – Voraussetzung für das „Immer-besser-Modell“
- Rehaspezifische Grundlage für die Zertifizierung nach anderen Modellen, wie DIN EN ISO 9001:2000 oder KTQ – Nutzung von vorhandenen Crosswalks
- Instrumentarium für ein rehaspezifisches Qualitätszertifikat – externe Begutachtung als unterstützende und motivierende Maßnahme für Einrichtungen und ihre Mitarbeiter
- Grundlage für einen rehaspezifischen strukturierten Qualitätsbericht

Die Umsetzung des IQMP-Reha in einer Rehabilitationsklinik eröffnet der Einrichtung somit die Möglichkeit, das interne QM mit einem anerkannten, spezifischen, praxisorientierten und zugleich umfassenden Verfahren einen entscheidenden Schritt voranzubringen.

Des Weiteren können Mitgliedseinrichtungen beim Aufbau/Weiterentwicklung ihres QM-Systems Beratungs- und Unterstützungsleistungen von Beratungsunternehmen in Anspruch nehmen, welche einen eigens für die Auswahl von IQMG-Partnern entwickelten Kriterienkatalog („Kriterien für die Zulassung und Empfehlung von IQMG-Partnern“) erfüllen und einer ständigen Überprüfung unterliegen. Auf der Basis dieses Kriterienkataloges wurden des Weiteren Zertifizierungsunternehmen ausgewählt, welche die Zertifizierung von QM-Systemen und insbesondere die Vergabe von EQR für die erfolgreiche Umsetzung des IQMP-Reha übernehmen.



Mit folgenden Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen konnten Rahmenverträge abgeschlossen werden:

Beratungsunternehmen:

- DEKG Deutsche Krankenhaus Zertifizierungsgesellschaft mbH, Witzhausen
- QM-BASE Dr. Dr. Nebel GmbH & Co. KG, Vlotho
- Reha-Consult Laufer, Vorländer & Co. GmbH, Weyarn
- Rödl & Partner Consulting GmbH, Nürnberg
- SAMA Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e.V., Stuttgart
- SSB CONSULT, Kaiserslautern

Zertifizierungsunternehmen:

- LGA InterCert GmbH, Nürnberg
- NIS Zertifizierungs- und Umweltgutachter GmbH, Hanau

Zukünftig wird es darauf ankommen, das IQMP-Reha mit Leben zu erfüllen und insbesondere in Fachgesellschaften Partner zu finden, mit denen zusammen eine Weiterentwicklung erfolgen kann. Zudem wird der BDPK beraten und entscheiden, ob das IQMP-Reha mit entsprechenden Modifikationen auch im Krankenhaus- sowie im Pflegebereich Anwendung finden kann und soll.

6.3 Qualitätsbericht

Seit in Kraft treten des von der Selbstverwaltung konsentierten Qualitätsberichtes gemäß § 137 SGB V sind die Krankenhäuser in der Pflicht, spätestens bis zum 31.08.2005 einen Qualitätsbericht abzugeben, der den Vorgaben der Vereinbarung über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichtes nach § 137 SGB V gerecht wird.

Im Berichtszeitraum wurde damit begonnen, die Ausgestaltung des Qualitätsberichtes nach § 137 SGB V zu überarbeiten. Experten aus dem Mitgliederkreis setzten sich u.a. mit den Fragen auseinander, was mit dem Qualitätsbericht auf die Krankenhäuser zukommt und welche Ziele mit dem Bericht verfolgt werden. Darüber hinaus stellten die Experten fest, dass die Träger von privaten Krankenhäusern mit der Ausgestaltung des zur Zeit vorliegenden Qualitätsberichtes nicht zufrieden sein können.

Nach Auffassung des BDPK weisen einzelne Paragraphen der Vereinbarung über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichtes gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V Schwachstellen auf, die deutlich machen, dass der vorliegende Qualitätsbericht im Abgleich zu den darin enthaltenen Vorgaben einer weiteren Überarbeitung bedarf. Dieses trifft nach Auffassung des BDPK insbesondere auf folgende Regelungen zu:

- In § 1 „Ziele des Qualitätsberichtes“ wird ausdrücklich formuliert, dass dieser Bericht eine Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung darstellen soll. Im festgelegten Ba-



sisteil des Qualitätsberichtes ist jedoch keine Sprachebene gewählt worden, die es einem potentiellen Patienten möglich machen würde, sich zu informieren oder zu orientieren.

- Ebenfalls im § 1 ist das Ziel formuliert worden, dass sich einweisende und weiter betreuende Ärzte informieren sollten. Für diese Art von Information fehlen wichtige Schlüsselthemen, wie beispielsweise die Ausweisung von Schnittstellen zur sektorübergreifenden Behandlung, die Thematik der Vorbefunde oder des Entlassbriefmonitorings.
- In § 2 „Zweck der Vereinbarung“, ist analog zum Gesetzestext gemäß § 137 Abs.1 Satz 3 Nr. 2 SGB V auf Struktur- und Ergebniskriterien abgestellt worden. Im Basisteil des Qualitätsberichtes liegt der Schwerpunkt jedoch auf Strukturdaten.
- § 3 „Inhalt, Umfang und Fortschreibung des Qualitätsberichtes“ weist aus, dass es eine regelmäßige Überprüfung und bei Bedarf eine Fortschreibung des Qualitätsberichtes geben wird. In der gesamten Vereinbarung ist jedoch kein Verfahren benannt, welches Zeiträume und Art und Weise dieser Überprüfung und Fortschreibung festlegt oder beschreibt.

Der BDPK hat es sich zur Aufgabe gemacht, mit Unterstützung der Expertengruppe die Inhalte und den Umfang des Qualitätsberichtes zu konkretisieren und auf eine generelle Überarbeitung des Qualitätsberichtes im Basis- und Systemteil hinzuwirken. Der erste Schritt auf dem Weg zu mehr Transparenz und Qualitätssicherung ist mit dem jetzt gültigen Qualitätsbericht nach § 137 SGB V gemacht worden. Jetzt liegt es im Rahmen der Anwender, diesen Schritt weiter zu gehen und die Ausgestaltung zu optimieren. Hierbei leistet der BDPK aktive Unterstützung. Erste Konzepte zur weiteren Ausgestaltung des Qualitätsberichtes werden in Kürze den Gremien des BDPK vorgestellt werden. Ein inhaltlicher Schwerpunkt liegt in der Abbildung von praxisorientierten Ergebniskriterien.

7. Zusammenarbeit mit den Kostenträgern

Die gute Zusammenarbeit mit den Kostenträgern konnte auch im Berichtszeitraum fortgeführt werden. In zahlreichen Spitzengesprächen und in gemeinsamen Arbeitsgruppensitzungen konnten alle für die Kostenträger und Leistungserbringer wichtigen Themenfelder angesprochen und die Vorstellungen des BDPK eingebracht werden. Hierbei spielten insbesondere die Fragen der Vergütungsstruktur, der Qualitätssicherung und der Belegungssicherung eine Rolle.

Trotz der bewährten und von gegenseitiger Anerkennung geprägten Zusammenarbeit waren die Erfolge aus Sicht des BDPK vor dem Hintergrund der aktuellen finanziellen Situation im Gesundheitswesen allerdings bescheiden.

Hervorzuheben ist, dass die für 2005 geplante Organisation der deutschen Rentenversicherung möglicherweise Änderungen mit sich bringt, auf die es sich rechtzeitig einzustellen gilt.



8. Zusammenarbeit mit der Politik

In verschiedenen Spitzengesprächen mit maßgeblichen Politikern aus dem Gesundheitswesen wurden alle aktuellen Themen wiederholt angesprochen, ebenso mit Vertretern der zuständigen Ministerien. Auch in Anschreiben konnten die Probleme der Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft deutlich gemacht werden.

Die Politik zeigte Verständnis für die Probleme des deutschen Gesundheitswesens, setzte allerdings auf Lösungen innerhalb der Selbstverwaltung. Nachdem solche Lösungen vielfach blockiert worden sind oder die Beteiligungsrechte der Spitzenverbände beschränkt wurden, wird es eine zunehmende Aufgabe des BDPK sein, eigene Lösungswege vorzuschlagen und damit Ersatzvornahmen durch Ministerien entweder zu vermeiden oder diese inhaltlich mit auszugestalten.

Der grundsätzliche Weg der Politik zu mehr Transparenz, Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen entspricht Positionen, die der BDPK seit langem erhebt und an deren Umsetzung weiter zu arbeiten ist.

9. Weitere Aufgaben des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten

Dem BDPK sind vom Gesetzgeber zahlreiche Aufgaben als maßgebliche Spitzenorganisation der Leistungserbringer auf Bundesebene in Form von Beteiligungs-, Mitwirkungs- und Anhörungsrechten übertragen worden. Die Mitglieder des BDPK erwarten zu Recht, dass der BDPK ihre Interessen bündelt und kompetent inhaltlich und politisch vertritt.

Bei der Zusammenstellung der vom BDPK wahrgenommenen und wahrzunehmenden Aufgaben wird immer deutlicher, dass die wesentlichen Themenfelder wie z.B. Vergütung, Qualität und neue Versorgungsstrukturen für beide Leistungsbereiche identisch sind. In beiden Bereichen bestehen vergleichbare Probleme, die es im Interesse der Mitglieder anzugehen und zu lösen gilt. Bei den zukünftigen Themenbereichen gibt es eine immer größer werdende Schnittmenge zwischen den beiden Versorgungsbereichen und eine sachgerechte Lösung ist sowohl aus wirtschaftlichen Aspekten, als auch im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten nur unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen gemeinsam möglich. Der BDPK wird sich zukünftig daran messen lassen müssen, ob es ihm auch weiterhin gelingt, die Interessen seiner Mitglieder ausgleichend und ausgewogen zu vertreten. Der BDPK und seine Mitglieder sind gut aufgestellt und sollten die Chance nutzen.

Nach dem Motto: „Tue Gutes und rede darüber“ muss die Öffentlichkeitsarbeit des BDPK im kommenden Berichtszeitraum noch mehr verbessert werden. Der BDPK hat nichts zu verschweigen.

Neben den bereits oben dargestellten Aufgaben und Aktivitäten müssen folgende Themenfelder weiter besetzt werden:



9.1 Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren

Die sektorale Leistungserbringung behindert die medizinischen Behandlungsabläufe und eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Sie wird zudem auch den Patientenbedürfnissen nicht gerecht. Die starren sektoralen Grenzen müssen überwunden und die Leistungsbereiche vernetzt werden. Durch das Zusammenwirken aller Leistungserbringer aufgrund eines effizienten Schnittstellenmanagements muss ermöglicht werden, dass der Patient zum richtigen Zeitpunkt die medizinisch notwendige Behandlung in der dafür am besten geeigneten Einrichtung erhält.

Es müssen dringend tatsächliche Strukturveränderungen erfolgen, denn sonst führen begrenzte Budgets quasi zwangsläufig zu höheren Zuzahlungen oder zur Herausnahme von Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der BDPK hat ausdrücklich die Einführung medizinischer Versorgungszentren und die damit geschaffene Möglichkeit zum Aufbau innovativer Versorgungsformen begrüßt. Dabei betonte der BDPK, dass sichergestellt sein muss, dass die Zulassung der medizinischen Versorgungszentren nicht von einzelnen Leistungsbereichen blockiert werden kann. Diese Voraussetzung ist nach Auffassung des BDPK mit den neuen Regelungen jedoch noch nicht gegeben. Die Gleichstellung der medizinischen Versorgungszentren mit den Vertragsärzten und die damit geltenden Zulassungsregelungen (§ 72 Abs. 1 SGB V), die bedarfsabhängige Zulassung, die umfangreichen Beschränkungen und Genehmigungspflichten, das Vertragsarztsitzprinzip sowie die Regelung der Mitgliedschaft der in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte in der jeweils zuständigen KV (§ 77 Abs. 3 und § 95 Abs. 3 SGB V) werden die Gründung und Arbeit der medizinischen Versorgungszentren erheblich erschweren. Insgesamt sind diese neuen Regelungen ein erster wichtiger Schritt hin zu mehr Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Wie weit die Chancen genutzt werden, hängt entscheidend davon ab, dass die vorgesehenen Regelungen konkretisiert werden und ob und wie diese strukturellen Veränderungen von den Beteiligten umgesetzt werden.

Nach Auffassung des BDPK bietet die durch das GMG neu geregelte Integrierte Versorgung als wirklich innovative neue Versorgungsform die Chance, Strukturveränderungen herbeizuführen. Daher hat der BDPK diese neuen Regelungen begrüßt, auch wenn gegen die konkrete Ausgestaltung noch Bedenken bestehen. Voraussetzung ist jedoch, dass durch Kooperation statt Konfrontation für alle Beteiligten eine „Win-Win-Situation“ geschaffen wird. Zudem ist nach Auffassung des BDPK eine Kooperation der Leistungserbringer auch mit einem deutlich geringeren wirtschaftlichen Risiko behaftet.

Ziel muss es sein, mit entsprechenden Konzepten anerkannte und möglichst verbindliche Strukturen und Vorgaben für die Leistungserbringung zu schaffen, damit die jeweils notwendige Leistung bedarfsgerecht, zielgerichtet und wirtschaftlich erbracht werden kann. Die Herausforderung besteht darin, akzeptable und praktikable Vergütungsvereinbarungen zu treffen, die den Leistungen der niedergelassenen Ärzteschaft, dem Krankenhaus und der Rehabilitationsklinik angemessen sind. Die Verträge müssen regeln, wer wann welche Leistungen erbringt. Der Patient muss zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort qualitativ und wirtschaftlich behandelt werden.



Dies erfordert eine Definition der Leistungen und der Qualität sowie eine Zuordnung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Notwendig sind z.B. Verlegungskriterien und Behandlungsstandards. Nicht zu vergessen ist auch, dass die neue Versorgungsform den Patienten Nutzen bringen muss, denn sonst werden sich diese nicht beteiligen.

Der BDPK wird sich mit Unterstützung seiner Mitglieder aktiv an der konkreten Ausgestaltung der Integrierten Versorgung beteiligen, denn die Risiken können durch eine gute Vorbereitung erheblich gemindert werden.

9.2 Reha-Klassifikationssystem

Der BDPK hat wiederholt die Einführung eines Reha-Klassifikationssystems gefordert. Im Rahmen der Stellungnahme zum GMG hat der BDPK hierzu folgendes vorgetragen:

Die medizinische Rehabilitation als eigenständige Säule des bundesdeutschen Sozialwesens ist der wesentliche Leistungsbereich ohne ein eigenes gesetzlich geregeltes Instrumentarium zur Preisfindung.

Nach Auffassung des BDPK ergibt sich die Notwendigkeit eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation insbesondere aus der Einführung des G-DRG-Systems im Krankenhausbereich, denn dieses birgt die Gefahr der Leistungs- und Kostenverlagerung in den Rehabilitationsbereich ohne eine entsprechende Vergütung in sich. Eine solche Entwicklung träfe vor allem die chronisch Kranken, da für deren Behandlung bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen noch weniger Mittel eingesetzt werden könnten. Es ist sicherzustellen, dass innerhalb der Behandlungskette an jeder Stelle die notwendige Leistung bedarfsgerecht erbracht wird.

Die mit der Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems verbundene Definition der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung verhindert nicht nur die Verlagerung von Kosten für akutmedizinische Leistungen in andere Leistungsbereiche, sondern ermöglicht auch, die Kosten in der Gesamtbehandlungskette leistungsgerecht zuzuordnen und fördert somit eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten.

Um dieses zu erreichen, fordert der BDPK die Entwicklung und die Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems, das nicht an Diagnosen, sondern an den Richtlinien der WHO zu Impairments (Schädigungen), Disabilities (Fähigkeitsstörungen) und Handicaps (Beeinträchtigungen) orientiert ist.

Da die Entwicklung eines solchen Preissystems Zeit in Anspruch nimmt, fordert der BDPK für die Übergangszeit, dass in § 21 SGB IX eine verbindliche Regelung aufgenommen wird, die sicherstellt, dass eine angemessene Vergütung den bedarfsgerecht, geeigneten und qualifiziert erbrachten Leistungen folgt und dass diese Leistungen tatsächlich nur in geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Die Umsetzung dieser Regelung muss in einem Bundes-



rahmenvertrag nach § 21 Abs. 2 SGB IX erfolgen, der mit den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren ist.

(Die Änderungsvorschläge des BDPK sind in der ausführlichen Stellungnahme wiedergegeben)

Auch wenn in zahlreichen Einzelgesprächen die maßgeblichen Beteiligten auf Seiten der Politik von der Notwendigkeit eines Reha-Klassifikationssystems überzeugt werden konnten, wurde die große Chance verpasst, bereits im GMG die entsprechenden gesetzlichen Regelungen zu schaffen. Der BDPK hat im Berichtszeitraum verstärkt den Kontakt zu führenden deutschen Wissenschaftlern aufgenommen, um die Einführung eines Reha-Klassifikationssystems vorzubereiten.

9.3 Disease-Management-Programme

Der BDPK hat sich in der Vergangenheit und auch im Berichtszeitraum mit Stellungnahmen und durch zahlreiche Gespräche mit der Politik, den Kostenträgern und dem Bundesversicherungsamt aktiv an der Ausgestaltung der Disease-Management-Programme beteiligt.

Im Rahmen der Einführung des GMG hat der BDPK u.a. folgende Änderung des § 137 f SGB V gefordert:

Nach den bisherigen Erfahrungen bei der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme ist festzustellen, dass die medizinische Rehabilitation entgegen der Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion nicht in ausreichender Weise in die strukturierten Behandlungsprogramme einbezogen wird.

Nach Auffassung des BDPK wird sich die Versorgung chronisch Kranker nicht verbessern, solange die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und der ICF nicht fester Bestandteil der Programme ist. Dabei liegt die Kompetenz und die best verfügbare Evidenz für die Behandlung chronisch Kranker in erster Linie bei den Rehabilitationseinrichtungen.

Nach Ansicht des BDPK muss daher in § 137 f SGB V klargestellt werden, dass die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und der ICF zwingender Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme ist, um die Versorgung chronisch Kranker auch hinsichtlich der spezifischen Ziele der Rehabilitation nach den §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX über die engere Krankenversorgung hinaus entscheidend zu verbessern.

Im Berichtszeitraum wurden mit der Siebten und Neunten Verordnung zur Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung auf der Grundlage der Empfehlungen des ehemaligen Koordinierungsausschusses durch das BMGS Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für koronare Herzkrankheit (7. RSA-ÄndV zum 01.05.2003) und für Diabetes mellitus Typ 1 (9. RSA-ÄndV zum 01.03.2004) verabschiedet. Mit einem Referentenentwurf mit den Anforderungen an Disease-Management-Programme für chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD) ist demnächst zu rechnen.



Der BDPK hat im Berichtszeitraum wiederum jede Gelegenheit genutzt, darauf hinzuweisen, dass die medizinische Rehabilitation trotz der Weiterentwicklung und entgegen den Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion in den Disease-Management-Programmen nicht berücksichtigt wird. Der BDPK hat sehr deutlich gemacht, dass die Programme daher die vom Gesetzgeber verfolgten Ziele nicht erreichen können. Die Versorgung chronisch Kranker wird sich nicht verbessern, solange die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und der ICF nicht fester Bestandteil der Programme ist. Gerade für die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker ist die medizinische Rehabilitation ein wesentlicher Baustein der Versorgungskette. Dabei liegt die Kompetenz und die bestverfügbare Evidenz für die Behandlung chronisch Kranker in erster Linie bei den Rehabilitationseinrichtungen.

Allerdings waren auch erste bescheidene Erfolge der permanenten Interventionen des BDPK, insbesondere ein beginnendes Umdenken der Beteiligten, erkennbar. So hat die medizinische Rehabilitation in der 7. RDA-ÄndV für koronare Herzkrankheiten einen höheren Stellenwert erhalten. Nach Ansicht des Bundesversicherungsamtes soll die medizinische Rehabilitation bei den KHK-Programmen wohl zukünftig von Anfang an einbezogen werden. Auch neuere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass allein die medikamentöse Einstellung der Patienten nicht genügt, um Folgeerkrankungen zu reduzieren, sondern verstärkt auf das Verhalten der Patienten eingewirkt werden muss. Auf letzteres hatte der BDPK in seinen Stellungnahmen immer wieder hingewiesen und deutlich gemacht, dass gerade dieses eine zentrale Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist.

Da der damalige Koordinierungsausschuss die Änderungs- und Ergänzungsvorschläge des BDPK zuvor ohne Begründung abgelehnt hatte, richtete der BDPK am 22.09.2003 im Zusammenhang mit seiner Stellungnahme zu den Empfehlungen für die Ausgestaltung von DMP für Diabetes mellitus Typ 1 ein Schreiben mit folgenden Fragen an den Ausschuss:

- Aus welchen Gründen wurde die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und den Aussagen des Sachverständigenrates bei der bisherigen Ausgestaltung der DMP nicht berücksichtigt?
- Aus welchen Gründen wurden die Änderungsvorschläge des BDPK nicht bei der Ausgestaltung der DMP berücksichtigt?
- Von welchem nachgewiesenen Grad der Evidenzbasierung geht der Koordinierungsausschuss aus?
- Bis wann beabsichtigt der Koordinierungsausschuss die bestehenden DMP im Hinblick auf die gesetzlichen Vorgaben zu überarbeiten und entsprechend auszugestalten?

Dem BDPK liegt hierzu ein Antwortschreiben von der Geschäftsführung des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, in dem insbesondere zur zentralen Frage der zu geringen Berücksichtigung der medizinischen Rehabilitation in den DMP Stellung bezogen wurde. Dabei wurde Wert auf die Feststellung gelegt, dass die Rehabilitati-



on zunehmend bei der Ausgestaltung der DMP Berücksichtigung finden würde. Die unzureichende Einbindung der Rehabilitation wäre nicht Ausdruck einer generellen „rehabilitationskritischen“ Haltung, sondern das Ergebnis ausführlicher Beratungsprozesse in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Der BDPK wird das gleichzeitig von der Geschäftsführung des Gemeinsamen Bundesausschusses unterbreitete Gesprächsangebot annehmen, um die damit verbundenen Fragen näher zu erörtern.

9.4 Rehabilitationsrichtlinien

Im Berichtszeitraum hat sich der BDPK weiterhin an der Erarbeitung der Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V beteiligt. Durch die Neufassung, die im Berichtszeitraum in Kraft trat, wurde die bisherige Richtlinie vom 17.12.1975 aufgehoben.

Der BDPK nahm die Gelegenheit wahr, eine Stellungnahme zum Entwurf der Rehabilitations-Richtlinien abzugeben. Darin begrüßte der BDPK, dass die bisherigen Rehabilitations-Richtlinien in der Fassung vom 17.12.1975 nunmehr durch eine Neufassung ersetzt werden sollten, die den aktuellen gesetzlichen Grundlagen entspricht und neue rehabilitationswissenschaftliche Erkenntnisse umsetzt. Der BDPK führte jedoch auch aus, dass die entsprechenden Regelungen des Entwurfs der neuen Rehabilitations-Richtlinien sich zwar auf die Inhalte der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) stützten, jedoch nicht ausreichend die Vorgaben des SGB IX beachtetten. Dies betraf unter anderem die Berücksichtigung der sozial- und leistungsrechtlich konkretisierenden Anforderungen der §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX.

Einer der zentralen Kritikpunkte war das aufwendige mehrstufige Verordnungsverfahren, welches nach Ansicht des BDPK die Ziele des SGB IX zur Entbürokratisierung und Beschleunigung der Rehabilitationsverfahren unterläuft. In der Stellungnahme unterstrich der BDPK ebenfalls die mit den neuen Rehabilitations-Richtlinien verbundene Qualifikationsoffensive im vertragsärztlichen Bereich. In diesem Rahmen wies der BDPK darauf hin, dass jedoch dafür Sorge zu tragen ist, dass die geforderten Zusatzqualifikationen innerhalb der vorgegebenen Frist zur Gewährleistung der Versorgung erworben werden.

Die Geschäftsführung des damaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen hatte dem BDPK Ende des Jahres die überarbeiteten Rehabilitations-Richtlinien in der Fassung vom 31.10.2003 zur Kenntnis gegeben, über welche der neue Gemeinsame Bundesausschuss im Nachgang einen Beschluss fasste. Einzelne Regelungen dieser Fassung stießen beim BDPK jedoch weiterhin auf rechtliche Bedenken. Dies betraf insbesondere die Regelungen des § 6 (Verfahren) der Rehabilitations-Richtlinien. Danach wurde an dem, mit Veränderungen versehenen, mehrstufigen Verordnungsverfahren weiter festgehalten. Die Krankenkasse sollte nach Eingang des der Verordnung vorgeschalteten Vordrucks „Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten“ neben ihrer Zuständigkeit nunmehr auch prüfen, „ob Gründe einer Rehabilitationsleistung entgegen stehen.“ Nach Auffassung des BDPK verstößt diese Regelung insbesondere gegen das Amtsermittlungsprinzip nach § 20 SGB X.



Nach § 94 Abs. 1 SGB V sind die vom Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien dem BMGS vorzulegen. Der BDPK übersandte daher am 15.12.2003 dem BMGS eine neue Stellungnahme mit Bezug auf die Rehabilitations-Richtlinien in der Fassung vom 31.10.2003 und bat, diese bei der Prüfung nach § 94 SGB V zu berücksichtigen.

Gleichzeitig wandte sich der BDPK an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen mit der Bitte um Unterstützung. Der Bundesbehindertenbeauftragte stellte ebenfalls fest, dass einzelne Regelungen der Rehabilitations-Richtlinien nicht mit dem geltenden Gesetz zu vereinbaren sind.

Dennoch wurden die Rehabilitations-Richtlinien in der Fassung vom 16.03.2004, wobei die vom BDPK kritisierten Regelungen unberührt blieben, zum 01.04.2004 in Kraft gesetzt. Der BDPK wird die Umsetzung der Rehabilitations-Richtlinien kritisch beobachten und weiterhin auf eine entsprechende Änderung hinwirken, denn es kann nicht hingenommen werden, dass mit dem SGB IX nicht zu vereinbarende Sonderregelungen in Spezialgesetzen Bestand haben. Dies verhindert nicht nur notwendige Rehabilitationsmaßnahmen, sondern steht im eklatanten Widerspruch zu den vom Gesetzgeber mit der Einführung des SGB IX verfolgten Ziele.

9.5 Überarbeitung der Dienstleistungsrichtlinie

Im Hinblick auf die europäische Entwicklung beschäftigten den BDPK im Berichtszeitraum neben den Auswirkungen der EuGH-Rechtsprechung zur Arbeitszeit und der Änderung des deutschen Arbeitszeitrechts zum einen die im GMG umgesetzte europäische Öffnung für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, zum anderen der Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt.

Der BDPK hat in seiner Stellungnahme zum GMG und in einer Anhörung im BMGS zur Überarbeitung der Dienstleistungsrichtlinie auf die nach seiner Auffassung für die medizinische Rehabilitation in Deutschland entstehenden Probleme hingewiesen. Diese gestalten sich wie folgt:

a. § 13 Abs. 4 und 5 SGB V

Mit den neuen Regelungen hat der Gesetzgeber die entsprechenden Urteile des EuGH (z.B. Kohl/Decker) vollzogen und einen Anspruch der Versicherten auf Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages eingeführt, ohne für die stationären Rehabilitationsleistungen, anders als bei den Krankenhausleistungen einen Genehmigungsvorbehalt zu regeln.

Nach Auffassung des BDPK ist jedoch für die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf die Qualitätssicherung eine den Anspruch des Versicherten konkretisierende Regelung zwingend notwendig, da ansonsten das in Deutschland einzigartige Rehabilitationssystem und damit im Sinne der Rechtsprechung des EuGH auch die finanzielle Stabilität des deutschen Krankenversicherungssystems gefährdet ist. Zudem würde ohne eine entsprechende Konkretisierung das SGB IX unterlaufen. § 18 SGB IX schreibt für eine Leistungserbringung im Ausland vor, dass stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Ausland in



Anspruch genommen werden können, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können. Eine solche Einschränkung sieht § 13 SGB V, der nunmehr in einem Spezialgesetz die Inanspruchnahme von Leistungen in EU-Mitgliedsstaaten regelt, nicht vor. Da § 13 SGB V neben § 18 SGB V tritt, der die Inanspruchnahme von Leistungen im übrigen Ausland regelt, wurde folglich nach dem in Kraft treten des SGB IX eine von dessen Regelungen abweichende Spezialregelung geschaffen.

Grundsätzlich sind stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor Beginn der Maßnahme von den Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen zu bewilligen, wobei die Krankenkasse auch die Rehabilitationseinrichtung bestimmt. Damit ist zwar bereits eine Zustimmung impliziert, diese läuft jedoch aufgrund der Neuregelung ins Leere.

Da ausländische Leistungserbringer nicht zur externen und internen Qualitätssicherung und zur Teilnahme an entsprechenden Verfahren verpflichtet sind, droht ein enormer Qualitätsverlust mit entsprechenden Folgekosten für das deutsche Sozialversicherungssystem. Solange die Qualität der Leistungserbringung im europäischen Ausland nicht gesichert ist, könnte eine im Interesse der Versicherten notwendige Verbesserung der Versorgung und eine das deutsche Sozialwesen schützende Regelung mit der nachstehenden Änderung erreicht werden:

Änderungsvorschlag:

Nach § 13 Abs. 5 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur in Anspruch genommen werden, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können.“

Der BDPK hält eine solche Ergänzung nach wie vor für notwendig und zwischenzeitlich kommen auch Vertreter des VDR zu dem Ergebnis, dass eine solche Ergänzung sinnvoll ist.

b. Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über Dienstleistungen im Binnenmarkt

Deutlicher wurde diese Problematik noch bei den beabsichtigten Änderungen der Dienstleistungsrichtlinie.

Hier soll das sogenannte Herkunftslandprinzip eingeführt werden. Danach unterliegt der Dienstleistungserbringer einzig den Rechtsvorschriften des Landes, in dem er niedergelassen ist, und wonach die Mitgliedsstaaten die Erbringung von Dienstleistungen durch in einem anderen Mitgliedsstaat niedergelassene Dienstleistungserbringer nicht beschränken dürfen.

Daher muss nach Auffassung des BDPK entweder wie für Krankenhausleistungen bereits vorgesehen auch für stationäre Rehabilitationsleistungen ein Genehmigungsvorbehalt in Art. 17 der Richtlinie aufgenommen werden oder es werden entsprechende Qualitätskriterien vereinbart und die EU-Bürger über die Leistungen umfassend informiert.



Grundsätzlich haben die deutschen Rehabilitationseinrichtungen gute Marktchancen, es müssen aber auch entsprechende Marktbedingungen geschaffen werden. Der BDPK steht für Wettbewerb. Wenn aber gesetzlich unterschiedlich geregelte Bedingungen zu Lasten deutscher Anbieter bestehen, könnten sehr schnell die Marktrisiken überwiegen.

9.6 Besondere Einrichtungen

Nachdem die Selbstverwaltung auch in diesem Bereich das Scheitern erklärte, hat das BMGS eine Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 erlassen, die am 19.12.2003 in Kraft trat.

Ziel der Verordnung ist es Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden können, zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem herauszunehmen.

Der BDPK hat sich mit einer Stellungnahme an dem Verfahren beteiligt und im Rahmen einer Anhörung seine Positionen vorgetragen. Der BDPK forderte im Wesentlichen, dass auch organisatorisch abgrenzbare Teile eines Krankenhauses als Besondere Einrichtung gelten können. Weiterhin brachte der BDPK Vorschläge zur Regelung der Ausnahmekriterien vor.

9.7 Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen nach § 116 b Abs. 3 und 4 SGB V

Der BDPK beteiligte sich über eine Mitwirkung in den Gremien der Deutschen Krankenhausgesellschaft an der Erstellung eines Leistungskataloges für ambulante Leistungen nach § 116 b Abs. 3 und 4 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Vorschläge des BDPK für diesen Leistungskatalog wurden durch eine Mitgliederbefragung auf der Basis einer vorgegebenen Matrix ermittelt. Seitens des BDPK wurden 23 hochspezialisierte Leistungen, 3 seltene Erkrankungen und 9 Erkrankungen mit besonderem Verlauf zur Vorbereitung der Verhandlungen im Bundesausschuss zu § 116 b Abs. 3 und 4 SGB V vorgeschlagen.

9.8 Prävention und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Der Bereich der Prävention und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche war für den BDPK auch in diesem Berichtszeitraum von besonderer Bedeutung. Insbesondere beteiligte sich der BDPK an einem öffentlichen Expertengespräch der Kinderkommission des Deutschen Bundestages.

Die Kinderkommission wollte mit dem Expertengespräch unter dem Thema „Rehabilitation und Prävention für Kinder und Jugendliche“ diesen Bereich stärker in das Be-



wusstsein der Öffentlichkeit rücken. Insbesondere sollten die spezifischen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in der Rehabilitation und Prävention in der Gesundheitsdebatte nicht vergessen werden. Zur Vorbereitung des Expertengesprächs formulierte die Kinderkommission Fragen mit dem Ziel der Bestandsaufnahme der aktuellen Situation in diesem Bereich. Diese Fragen bezogen sich insbesondere auf die Besonderheiten, Trends, Qualitätsstandards, Leitlinien, Genehmigungspraxis der Krankenkassen, Nachhaltigkeit der Maßnahmen und Kooperation der Beteiligten im Bereich der Rehabilitation und Prävention für Kinder und Jugendliche. Der BDPK nahm die Gelegenheit wahr, durch eine Stellungnahme seine Positionen deutlich zu machen.

Der BDPK führte im Wesentlichen aus:

- Die Rehabilitation von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen ist nicht nur eine gesundheitspolitische, sondern darüber hinaus eine familienpolitische und gesellschaftspolitische Aufgabe ersten Ranges.
- Die Erfolge der hochspezialisierten Einrichtungen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation zeigen, dass bei rechtzeitiger Behandlung chronische Krankheiten im Kindesalter heilbar sind oder ihre Folgen für Berufsausbildung und Lebensqualität deutlich gemindert werden können.
- Der BDPK fordert daher, der in der deutschen Sozialgesetzgebung verankerten Prävention und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen weiterhin einen hohen Stellenwert einzuräumen, nicht nur hinsichtlich ihrer Ausgestaltung, sondern insbesondere auch hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten speziell für sozial schwächere Familien und ihrer Finanzierung durch die Kranken- und Rentenversicherung.
- Der BDPK fordert daher eine umfassende Statistik der Leistungsstruktur im Bereich der Kinder- und Jugendlichenprävention und -rehabilitation mit Aussagen zur Entwicklung.
- Der BDPK begrüßt die Qualitätsinitiative im Bereich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation und fordert eine rasche Umsetzung einheitlicher Qualitätsstandards bei der Renten- und Krankenversicherung sowie eine klare Unterscheidung zwischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.
- Der BDPK fordert neben medizinischen Leitlinien die Erarbeitung von Klassifikationskonzepten für die Rehabilitation auf der Basis der ICF zur Beschreibung des Leistungsgeschehens und als Basis für angemessene Vergütungen.
- Der BDPK fordert bundesweit einheitlich Regelungen zur Finanzierung der pädagogischen Betreuung und Beschulung rehabilitationsbedürftiger Kinder.



- Die Leistungserbringer beobachten mit Sorge, dass viele Krankenkassen im Hinblick auf ihre finanziellen Engpässe und die gleichrangige Zuständigkeit dieser Leistungen notwendige Verfahren im Bereich der Kinderprävention oder -rehabilitation nicht bewilligen oder auf die Rentenversicherung verweisen. Der BDPK fordert daher klare Anspruchsvoraussetzungen und Finanzierungsregeln oder –budgets für die Leistungen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation im Krankenkassenbereich und volle Transparenz und Veröffentlichungspflicht hinsichtlich der Antrags-, Bewilligungs- und Leistungspraxis.
- Der BDPK fordert, dass die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche als Teil einer gezielten Vernetzung aller Ressourcen im Sinne einer multidisziplinären Allianz gesehen und derartige Netze auch angemessen finanziert werden.

9.9 Anforderungsprofile § 111 a SGB V

Zum 01. August 2003 wurden durch die Spitzenverbände der Krankenkassen Anforderungsprofile für Mütter/Väter- bzw. Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen nach § 111 a SGB V verabschiedet. Der BDPK war neben dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und dem Müttergenesungswerk maßgeblich an der Abstimmung der Anforderungsprofile beteiligt.

Die Entwicklung der Anforderungsprofile, getrennt nach Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter/Väter und ihre Kinder, war im Zusammenhang mit dem seit 01. August 2002 geltenden Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (Elftes SGB V – Änderungsgesetz) erforderlich. Demnach dürfen die Krankenkassen diese Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nur noch in Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V besteht. Die Anforderungsprofile sollen die Grundlage für die zu schließenden Versorgungsverträge bilden und dienen der Sicherung eines einheitlichen Leistungsgeschehens. Die Profile beschreiben u.a. die konzeptionellen, personellen, räumlichen und apparativen Anforderungen, die an die betreffenden Einrichtungen gestellt werden.

Der BDPK hat in den Abstimmungsgesprächen, der Bedeutung der Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen Rechnung tragend, von Anfang an großen Wert auf hohe Standards in diesem Bereich gelegt. Für den BDPK sind die Anforderungsprofile letztendlich ein Kompromiss, da er in einzelnen Punkten, z. B. in der Personalausstattung, höhere Standards befürwortet. Mit seiner Zustimmung zu den Profilen erkennt der BDPK an, dass die Unterlagen in einer relativ kurzen Zeit erarbeitet wurden und unterschiedliche Ausgangsbedingungen im Mutter/Vater-Kind-Bereich berücksichtigt werden mussten.

Der BDPK beobachtet jedoch mit Sorge eine uneinheitliche Umsetzung der Anforderungsprofile durch die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen für den Bestandsschutz. Dies betrifft sowohl die erforderliche Konkretisierung einzelner Kriterien der Anforderungsprofile als auch die angewandten Verfahrensweisen bei der Prüfung der Erfüllung der Anforderungen.



Als Folge befürchtet der BDPK, dass die Ziele des Elften SGB V - Änderungsgesetzes ins Leere laufen, da die dazu erforderlichen Anpassungen bzw. Weiterentwicklungen der Angebotsstrukturen in diesem Bereich bisher nicht konsequent umgesetzt wurden. Insbesondere sieht der BDPK die Zielstellungen der Anforderungsprofile zur Sicherung eines einheitlichen Leistungsgeschehens sowie zur adäquaten Versorgung des betreffenden Personenkreises unter Vermeidung der Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes unter den oben genannten Bedingungen als nicht erfüllbar. Zudem werden mit der bundesweit uneinheitlichen Umsetzung der Anforderungsprofile Transparenz im Preis-Leistungs-Verhältnis sowie faire Wettbewerbsbedingungen nicht gewährleistet. Der BDPK wird mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu dieser Problematik weitere Gespräche führen.

9.10 Präventionsgesetz

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen plädierte bereits in seinem Gutachten 2000/2001 (Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation) nachdrücklich für mehr Prävention und Gesundheitsförderung „als lohnende und notwendige Zukunftsinvestition.“ Der Prävention kommt nicht nur zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung eine hohe und zunehmende Bedeutung zu, von der Prävention werden auch Einsparungen im Gesundheitswesen erwartet.

Dabei stellt Prävention eine politische Querschnittsaufgabe dar, die über die Ansätze und Institutionen der Gesundheitssicherung sowie über das System der Krankenversicherung und -versorgung hinausweist. Dem liegt zugrunde, dass die rein kurative Medizin für die Gesundheit nur eine begrenzte Bedeutung besitzt und wesentliche Ansatzebenen der Krankheitsverhütung außerhalb der Gesundheitspolitik liegen.

Schließlich wurde im Rahmen der Konsensverhandlungen zum GKV-Modernisierungsgesetzes – GMG – der Entschließungsantrag eingebracht, die Bundesregierung aufzufordern, innerhalb eines Jahres den Entwurf eines Präventionsgesetzes vorzulegen. Mit dem vorgesehenen Präventionsgesetz sollen die normativen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen werden.

Trotz des großen parteienübergreifenden Konsens, dass ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen sei und Prävention den Stellenwert als 4. Säule neben (Akut)Behandlung, Rehabilitation und Pflege erhalten soll, lagen dem BDPK im Berichtszeitraum keine vom BMGS autorisierten Eckpunkte für einen Gesetzentwurf vor. Vorstellungen zu den Zielen und Inhalten an das Präventionsgesetz wurden jedoch von den unterschiedlichsten Akteuren geäußert. Unumstritten ist die Wahrnehmung von Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Vor diesem Hintergrund befasste sich der BDPK im Berichtszeitraum mit diesem Thema und es konnten folgende Positionen konsentiert werden:

Der BDPK begrüßt die Absicht zur Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung durch ein Präventionsgesetz. Aus Sicht



des BDPK werden hinsichtlich der Ziele und Inhalte folgende Erwartungen an das Präventionsgesetz gestellt:

- Ziel des Präventionsgesetzes sollte die Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung und die Steigerung ihrer Effektivität und Effizienz sein.
- Prävention und Gesundheitsförderung sind dabei weder auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung noch auf das gesamte Sozialversicherungssystem zu beschränken. Prävention und Gesundheitsförderung stellt eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe dar. Sie bindet u.a. die Politikbereiche Wirtschaft, Arbeit, Bildung, Umwelt, Verkehr, Städtebau sowie die Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden ein.
- Diese gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe muss sich im Präventionsgesetz widerspiegeln. Dazu ist es zunächst erforderlich, dass das Präventionsgesetz die Handlungsbereiche und die verantwortlichen Akteure des Sozialversicherungssystems und der Gesellschaft konkret benennt.
- Für die Beteiligten sind konkret die Zuständigkeiten, Aufgaben und Finanzierungsanteile festzulegen. Gleichzeitig muss eine Koordinierung der Maßnahmen sowie eine Kooperation der Akteure unter dem Primat konsentierter Gesundheitsziele erfolgen.
- Hinsichtlich der Finanzierungsverantwortung ist aufgrund begrenzter Mittel ein Verschiebeparkplatz zu bzw. zwischen den beteiligten Sozialversicherungsbereichen auszuschließen. Die Erschließung zusätzlicher Finanzierungsquellen außerhalb der Sozialversicherung wird für den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung für erforderlich gehalten.
- Für einen einheitlichen Sprachgebrauch auf allen Handlungsebenen ist eine Begriffsbestimmung zur Prävention (einschließlich Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) und Gesundheitsförderung erforderlich. Dabei sind Schnittstellen zu Leistungen im Bereich des Gesundheits- und Rehabilitationswesens klar zu definieren. Hier sollte der konzeptionelle und begriffliche Bezugsrahmen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrundegelegt werden.
- Funktionierende und bewährte Strukturen und Prozesse von Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. im Rahmen der GKV) sollten erhalten bzw. weiterentwickelt werden. Des Weiteren sollten vorhandene Kapazitäten der für diesen Bereich kompetenten Leistungserbringer (z.B. stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) vorrangig für entsprechende Leistungen in Anspruch genommen werden. Dabei nehmen die Rehabilitationseinrichtungen insbesondere Aufgaben der Tertiärprävention wahr.
- Prävention und Gesundheitsförderung sollten von Anfang an strengen Kriterien der Qualitätssicherung unterliegen.



9.11 Teleradiologie

Im Berichtszeitraum setzte sich der BDPK mit einer Stellungnahme für die Verbesserung der Anwendungsmöglichkeiten der Teleradiologie ein.

Die geltende Röntgenverordnung sieht in § 3 Abs. 4 lediglich die grundsätzliche Möglichkeit zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Teleradiologie im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst vor. Von diesem Grundsatz abweichend kann dann eine Genehmigung, über den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst hinaus teleradiologische Anwendungen zu betreiben, erteilt werden, wenn neben den allgemeinen Voraussetzungen ein Bedürfnis im Hinblick auf die Patientenversorgung besteht.

Dies ist nach Ansicht des BDPK eine viel zu enge bürokratische und im Hinblick auf die Entwicklungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und die Verbesserung der Versorgung der Versicherten unbefriedigende Regelung, die zudem auch sachlich nicht überzeugend ist. Zudem bleibt es den Gewerbeaufsichtsämtern als zuständige Behörden überlassen, den unbestimmten Rechtsbegriff „Bedürfnis“ zu überprüfen und die Behörde hat selbst bei Bestehen eines solchen Bedürfnisses durch die „Kann-Regelung“ der Genehmigungserteilung noch einen Ermessensspielraum. Daher forderte der BDPK eine Novellierung der Röntgenverordnung dahin gehend, dass das Betreiben von teleradiologischen Einrichtungen zeitlich unbefristet ermöglicht wird.

10. Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Das im Jahr 2001 als 100%ige Tochter des BDPK in der Form einer GmbH gegründete Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) konnte im Berichtszeitraum seine erfolgreiche Tätigkeit fortsetzen und die gestellten Aufgaben erledigen. Mit Wirkung zum 09.09.2003 wurde Herr Martin Kramer zum Geschäftsführer der Gesellschaft bestellt.

Ein besonderer Dank gilt dem wissenschaftlichen Leiter des Instituts, Herrn Professor Dr. Werner Müller-Farnow und den Mitgliedern des Verwaltungsrates: Herrn Peter Clausing (Vorsitzender des Verwaltungsrates), Herrn K. Heinrich Rehfeld, Herrn Friedel Mägdefrau, Frau Dr. Katharina Nebel, Herrn Franz Scheijäg, Herrn Gerhard Becker, Herrn Dr. Ralf Bürgy, Herrn Dr. Axel Paeger und Herrn Jörg Rieger. In fünf Sitzungen des Verwaltungsrates und zahlreichen weiteren Aktivitäten haben der wissenschaftliche Leiter und die Mitglieder des Verwaltungsrates ihre Kompetenz in die Erfüllung der Aufgaben eingebracht. Ohne dieses große Engagement wären die Erfolge nicht möglich gewesen. Zu danken ist auch den QM-Experten der Landesverbände, die in zahlreichen Sitzungen insbesondere die Bewertung des IQMP-Manuals aus Praxissicht übernahmen.

Die Schwerpunkte der Tätigkeit der Schwerpunkte der IQMG GmbH im Berichtszeitraum waren:

- Entwicklung und Fertigstellung des IQMP-Reha einschließlich der indikationsspezifischen Manuale in Zusammenarbeit mit dem BDPK und der Humboldt-Universität Berlin.



- Durchführung und Abschluss von zwei öffentlichen Ausschreibungen „Beratungsfirmen als Kooperationspartner des Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ und „Zertifizierungsfirmen als Kooperationspartner des Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ sowie Abschluss von Rahmenverträgen mit Beratungs- und Zertifizierungsfirmen.

(Zu diesen beiden Punkten wird auf Ziffer 6.2 des Berichtes verwiesen.)

- Beginn der Erarbeitung eines rehabilitationsspezifischen Manuals für den Suchtbereich.
- Organisation und Durchführung einer Auftaktveranstaltung in Zusammenarbeit mit dem BDPK.
- Organisation und Durchführung von praxisorientierten Workshops in Zusammenarbeit mit dem DBPK und den Landesverbänden der Privatkrankenanstalten.

Darüber hinaus wurden zahlreiche Gespräche mit Vertretern von Fachgesellschaften geführt. Ziel ist es, Kooperationspartner zu finden. Weiterhin wurde mit der Konzeption von Schulungen begonnen, die im kommenden Berichtszeitraum zusammen mit den Beratungs- und Zertifizierungsfirmen bundesweit durchgeführt werden sollen.

Vorbehaltlich einer endgültigen Abstimmung in den Gremien des BDPK und der IQMG GmbH könnte diese zukünftig folgende Aufgaben übernehmen:

- Vermarktung und Begleitung des IQMP-Reha
- Begleitung indikationsspezifischer Arbeitsgruppen
- Begleitung eines Arbeitskreises der Anwender des IQMP-Reha
- Durchführung von Schulungen
- Förderung und Begleitung der Integrierten Versorgung
- Weiterentwicklung des IQMP-Reha für den Mutter-Kind-Bereich

11. Veranstaltungen

Im Berichtszeitraum führte der BDPK folgende Veranstaltungen durch:

11.1 Bundeskongress 2003 „Transparenz, Wettbewerb und Leistungsveränderungen im Zentrum der Gesundheitsreform“

Den Festvortrag im Rahmen des Bundeskongresses 2003 in Potsdam hielt der parlamentarische Staatssekretär bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Herr Dr. Klaus Theo Schröder. Herr Dr. Schröder führte insbesondere aus, dass ein Wettbewerb um die Qualität notwendig ist. Dazu müsse man weg von den Einheitsverträgen und den Einheitspreisen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es gehe nicht an, dass vor allem diejenigen profitieren, die möglichst wenig investieren. Der Präsident des BDPK, Herr K. Heinrich Rehfeld, wies eindringlich auf folgendes hin: „Transparenz, Wettbewerb und Leistungsveränderung sind Ziele, für die sich der BDPK und die privaten Leistungserbringer schon lange eingesetzt haben. Es muss klar und nachvollziehbar sein, welche Leistungen wer und womöglich



mit welchem Erfolg erbracht hat. Die Leistung muss angemessen vergütet werden, egal wo, von wem und in welchem Sektor sie gerade erbracht wird.“ Die Teilnehmer des Bundeskongresses hatten Gelegenheit, mit Herrn Staatssekretär Dr. Schröder, mit den Repräsentanten der im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien, Frau Annette Widmann-Mauz (CDU), Herrn Horst Schmidbauer (SPD) und Herrn Dr. Dieter Thomae (FDP) sowie Herrn Karl-Heinz Schönbach (BKK-Bundesverband) u.a. die Fragen: Ist die Gesundheitspolitik der Regierung zukunftsweisend? Zukunft der Integrierten Versorgung? Welche Rolle wird zukünftig die medizinische Rehabilitation spielen? Zu diskutieren. Das Seminar für Akutkrankenanstalten wurde vom Mitglied des Vorstandes des BDPK, Herrn Wolfram L. Boschke, moderiert und stand unter dem Thema: „Das DRG-System im Mittelpunkt eines leistungsorientierten Wettbewerbs“. Das Seminar für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wurde vom 1. Vizepräsidenten des BDPK, Herrn Friedel Mägdefrau, moderiert und stand unter dem Thema: „Vergütungen für Reha-Leistungen müssen Qualität berücksichtigen“. Als Rahmenprogramm rundete ein gemeinsamer Abend unter dem Motto „Italienische Impressionen“ und der Besuch des Kabarett Obelisk „Die Durchhalterevue 2003“ den Bundeskongress ab.

11.2 Veranstaltung BfA/BDPK

„Die Zukunft der Rehabilitation“ war das Thema einer ganztägigen gemeinsamen Veranstaltung des BDPK und der BfA, zu der sich über 170 Fachleute, meist Vertreter von Rehabilitationskliniken aus ganz Deutschland, am 24.09.2003 in Berlin zusammenfanden.

BfA und BDPK wiesen darauf hin, dass die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern erfordert. Dies gilt im Besonderen für die medizinische Rehabilitation, die sich nahtlos in die Versorgungskette einfügen muss. Der BDPK und die BfA betrachten die medizinische Rehabilitation als tragende Säule des Sozialwesens. Gemeinsam fühlen sie sich in enger Partnerschaft der Aufgabe verpflichtet, die Rehabilitation zukunftsorientiert weiter zu entwickeln. Der Präsident der BfA, Herr Dr. Herbert Rische, begrüßte die Teilnehmer und nach einem einleitenden Vortrag des Präsidenten des BDPK, Herrn K. Heinrich Reheld, hatten die Teilnehmer der vom 1. Vizepräsidenten des BDPK, Herrn Friedel Mägdefrau, moderierten Veranstaltung die Gelegenheit, mit Herrn Uwe Egnér (BfA), Herrn Harry Fuchs (Sozialexperte, Quality GmbH), Herrn Professor Dr. Klaus Held (DRPR), Herrn Dr. Here Klosterhuis (BfA), Frau Dr. Christiane Korsukéwitz (BfA), Herrn Berthold Müller (MediClin GmbH) und Herrn Professor Dr. Werner Müller-Fahrnow (Humboldt-Universität) Konfliktfelder und Lösungsansätze, insbesondere Auswirkungen der Gesundheitsreform, Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation, Disease-Management-Programme, Qualitätssicherung, Leitlinien und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu diskutieren.

(Eine Dokumentation der Veranstaltung kann noch in der Geschäftsstelle des BDPK angefordert werden, wobei nur noch wenige Exemplare zur Verfügung stehen)



11.3 Veranstaltungen Integrierte Versorgung

Über die Bedeutung, die der BDPK der Integrierten Versorgung beimisst, wurde bereits unter Ziffer 9.1 dieses Geschäftsberichtes berichtet.

Dieser Bedeutung entsprechend, führte der BDPK zusammen mit dem Arbeitskreis Gesundheit e.V. am 10.12.2003 in Frankfurt am Main eine erste Veranstaltung durch. „Integrierte Versorgung – medizinische Versorgungszentren/Zukunftschancen für Akut- und Rehabilitationseinrichtungen – Marketingansätze“ waren Themen dieses Strategieseminars, zu dem über 120 Vertreter von Mitgliedseinrichtungen des Arbeitskreises Gesundheit e.V. und der Landesverbände der Privatkrankenanstalten aus dem Akut- und Rehabilitationsbereich zusammenkamen. Im Rahmen der vom Vorstandsmitglied des BDPK, Herrn Wolfram L. Boschke, moderierten Veranstaltung hatten die Teilnehmer die Gelegenheit, mit Herrn Dr. Dieter Thomae (Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP), Herrn Friedel Mägdefrau (1. Vizepräsident des BDPK) und Herrn Harry Fuchs (Sozialexperte und Klinikberater) die Chancen der neu geregelten Integrierten Versorgung zu diskutieren und sich über die neuen Regelungen zu informieren.

Aufgrund der hohen Nachfrage wurde die Veranstaltung am 02.02.2004 wiederholt.

Nachdem im Rahmen der ersten beiden erfolgreichen die rechtlichen Grundlagen der integrierten Versorgung und ihre Zukunftschancen beleuchtet wurden, ging es im Rahmen einer Fortsetzungsveranstaltung am 17.06.2004 in Frankfurt am Main darum, Visionen zu entwickeln, diese in Verhandlungen mit den Partnern umzusetzen und konkrete Details zu erläutern, um die neue Versorgungsform gemeinsam mit Leben zu erfüllen und gemeinsam erfolgreiche Wege zu finden.

Nachdem der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten und der Arbeitskreis Gesundheit Ende letzten Jahres und Anfang dieses Jahres im Rahmen zweier Seminare die rechtlichen Grundlagen der integrierten Versorgung und ihre Zukunftschancen beleuchtet haben, denken wir, dass es jetzt an der Zeit ist Visionen zu entwickeln und diese in Verhandlungen mit den Partnern umzusetzen und konkrete Details zu erläutern.

11.4 Auftaktveranstaltung IQMP-Reha

Wie bereits berichtet, konnte im Berichtszeitraum das neue Integrierte Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) des BDPK fertig gestellt werden und an den Start gehen.

Im Rahmen einer Auftaktveranstaltung am 02.03.2004, die unter dem Thema „Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation“ stand, wurde das IQMP-Reha vorgestellt. Über 230 Vertreter aus der Rehabilitationspraxis, der Renten- und Krankenversicherung, den Verbänden und der Rehabilitationswissenschaft nahmen die Gelegenheit wahr, sich im Rahmen der vom 1. Vizepräsidenten des BDPK, Herrn Friedel Mägdefrau, moderierten Veranstaltung über das neue Verfahren zu informieren.



In seiner Begrüßungsrede unterstrich der parlamentarische Staatssekretär bei der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Herr Dr. Klaus Theo Schröder, die besondere Bedeutung von Qualitätssicherung und Rehabilitation für die Gesundheitspolitik. Er betonte, dass das Bundesgesundheitsministerium praktische Qualitätssicherung, wie sie das IQMP-Reha verkörpere, unterstütze. In einem ersten Veranstaltungsteil referierten Herr Uwe Egener (BfA), Herr Dr. Werner Gerdemann (VdAK) und Herr Hans Günter Verhees (AOK Sachsen) die Auffassungen der Kostenträger, insbesondere gingen sie auf die zukünftige Bedeutung der Qualitätssicherung für die Vergütung und Belegung ein. Nachdem der Präsident des BDPK, Herr K. Heinrich Rehfeld, das Qualitätsmanagement als Aufgabe des BDPK hervorgehoben hatte, berichteten Herr Peter Clausing (Vorsitzender des Verwaltungsrates der IQMG GmbH) und Herr Professor Dr. Werner Müller-Fahrnow (Humboldt-Universität) über Entstehung, Inhalt und Nutzen des IQMP-Reha. In einem zweiten Veranstaltungsteil referierten Herr Dr. Axel Paeger (Vorsitzender des Vorstandes und Verwaltungsrates der AMEOS Holding GmbH), Herr Professor Dr. Ralf Wahl (Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor des Zentrums für Verhaltensmedizin der Luisenlinik in Bad Dürrenheim) und Herr Dr. Ralf Bürgy (Abteilungsleiter Qualitätssicherung/Personalentwicklung der MediClin GmbH) über praktische Anwendungsmöglichkeiten des IQMP-Reha.

Im Nachgang zu dieser erfolgreichen Auftaktveranstaltung erreichten die Bundesgeschäftsstelle zahlreiche Anfragen nach dem IQMP-Reha Manual.

(Das Manual und ein ausführlicher Bericht über die Veranstaltung können gerne bei der Geschäftsstelle des BDPK angefordert werden)

11.5. Workshop DRG

Über die Abgabe der Stellungnahme zur Krankenhausfallpauschalenverordnung für 2004 hinaus, hat sich der BDPK intensiv in seinen Gremien mit der Thematik der praktischen Umsetzung der KFPV 2004 und der weiteren Ausgestaltung der KFPV 2005 beschäftigt.

Herr Ministerialrat Tuschen folgte einer Einladung des BDPK und die Mitglieder des Fachausschusses Akutkrankenanstalten und der FAG DRG Experten hatten am 05.02.2004 die Gelegenheit, mit Herrn Ministerialrat Tuschen die zentralen Fragen und Probleme der KFPV 2004 und deren weitere Ausgestaltung für 2005 zu diskutieren.

Die Fragen und Diskussionsergebnisse sind in den Gremien des BDPK kommuniziert und beraten worden und fließen in die weitere Arbeit des BDPK ein.

11.6 Workshops IQMP-Reha

Im Nachgang zu der Auftaktveranstaltung zum Integrierten Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) am 02.03.2004 in Frankfurt am Main signalisierten die Mitgliedseinrichtungen ein großes Interesse an dem vorgestellten Qualitätsmanagementverfahren. Es wurde insbesondere die Bitte an den BDPK herangetragen, weite-



re praxisbezogene Informationen zur Einführung und Anwendung des IQMP-Reha zur Verfügung zu stellen.

Aufgrund der positiven Resonanz und im Interesse einer schnellen Einführung des IQMP-Reha entschlossen sich der BDPK und die IQMG GmbH, gemeinsam mit den Landesverbänden der Privatkrankenanstalten und in Kooperation mit den IQMG-Partnern (Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen) bundesweit regionale Praxisveranstaltungen zum IQMP-Reha durchzuführen.

Mit folgenden Themen der praxisbezogenen Workshops wurden insbesondere Führungskräfte, QM-Beauftragte sowie interessierte ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtungen angesprochen:

- **Managementbewertung und Managemententwicklung**
Gesetze / Reha-Träger / Wettbewerb
- **IQMP-Reha im Vergleich mit anderen Managementmodellen**
EFQM / KTQ / DIN EN ISO - Systematik / Kriterien / Nutzen
- **Praktische Übungen zum IQMP-Reha**
Zuordnungsbeispiele
- **Zentrale Elemente der Organisationsentwicklung**
IST-Analyse und Strategieentwicklung
Projekt- und Prozessmanagement mit praktischen Beispielen
Selbst- und Fremdbewertung nach IQMP-Reha und DIN EN ISO / Vorgehen und Ablauf
- **Kostenrahmen und Nutzen**

Im Berichtszeitraum fanden folgende praxisbezogene Workshops zum IQMP-Reha statt:

- 24.05.2004 in Vlotho
- 09.06.2004 in Kipfenberg
- 14.06.2004 in Leipzig

Ein weiterer Workshop zum IQMP-Reha wird am 09.07.2004 in Wiesbaden durchgeführt.

12. Mitgliedschaften

Der BDPK ist in den nachfolgenden **Gremien der DKG** für die Amtsperiode vom 01.01.2004 bis 31.12.2006 vertreten:

Im **Vorstand** sowie im **Präsidium**



Des weiteren im:

- Fachausschuss für Personalwesen und Krankenhausorganisation
- Fachausschuss Krankenhausfinanzierung
- Fachausschuss für Daten-Information und Kommunikation
- Fachausschuss „Recht und Verträge“
- Reform(-satzungs) kommission
- “Ständige Verhandlungskommission“
- „Europa und internationales Krankenhauswesen
- Kommission „Krankenhaus-Psychiatrie“
- Kommission „Leistungsentgelte“
- Kommission „Hygienesdienst im Krankenhaus“
- Kommission „Qualitätssicherung“
- Kommission Krankenhausvergleich/LKA
- Begleitgremium § 112 SGB V
- Selbständige Fachkommission (SFK)
- Kommission „Medizin“
- Bundeskuratorium Qualitätssicherung
- Stationärer Bewertungsausschuss
- Erweitertes Bundesschiedsamt

Weitere Mitgliedschaften:

GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 50496 Köln, Postfach 130245)

DGIV (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.)

DGRW (Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.)

HOPE Ständiger Ausschuss der Krankenhäuser der Europäischen Union

Kuratorium zur Förderung deutscher Medizin im Ausland

ESIP (European Social Insurance Partners Association, Rue d` Arlon 50, B – 1000 Bruxeles)



13. Organe

Vorstand

Präsident:	K. Heinrich Rehfeld
1. Vizepräsident:	Friedel Mägdefrau
2. Vizepräsident:	Dr. Katharina Nebel
Beisitzer:	Wolfram L. Boschke
	Bernd Hirtreiter
	Hartmut Lielje
	Peter Rothemund
	Dr. Dagmar Schmieder
	Dr. Christoph Smolenski

Mitgliederrat

Vorsitzender:	Dietgrim Reene, LV Nordrhein-Westfalen
Mitglieder:	Uwe Bauer, LV Sachsen-Anhalt
	Dr. Judith Bein, LV Thüringen
	Frank Bode, LV Sachsen
	Hartmut Hain
	Michael Herrmann, LV Hessen
	Sabine Lessing, LV Hamburg
	Dr. med. Philipp Lubinus
	Christian Rettberg, LV Mecklenburg-Vorpommern
	Dipl.-Betriebswirt Hans Jürgen Schaar
	Wihelm Scheidt
	Franz Schreijäg
	Dr. Michael Sonnek
	Hans-Joachim Schick

B. Rechnungsprüfer

Wilhelm Henneking, Bad Oeynhausen
Rainer M. Scheer, Bad Krozingen

C. Fachausschüsse:

Mitglieder des FA Akutkrankenanstalten sind:

Vorsitzender	Wolfram L. Boschke, Bonn
Mitglieder:	Andrea Aulkemeyer, Leipzig
	Harald Barlage, Lippspringe
	Uwe Bauer, Weißenfels
	Dietmar Beyer, Dresden
	Thomas Böer, Bad Mergentheim
	Joachim Bovelet, Osnabrück
	Ingo Breitmeier, Leipzig
	Bruno Crone, Allensbach
	Veronika Diepolder, Hopfen am See
	Dr. Fernec Fornardi, Leun-Biskirchen



Arno Fritzen, Freiburg
RA Jens Wernick, München
Roger Gierczak, Braunfels
Dietrich Goertz, Bergen (Rügen)
Alois Greil, Holzkirchen
Stefan Härtel, Howald
Andreas Heilmann, Plauen
Bernd Hirtreiter, Gauting
Adolf Hünerfeld, Limburg
Horst A. Jeschke, Ulm
Claudia Kern, Coswig
Rolf Kliche, Kassel
Geschäftsführer Mario Krabbe, Berlin
Dipl. Ök. Arno Kuge, Nettersheim
Joachim Langhard, Düsseldorf
Dr. Thomas Leucht, Berlin
Joachim Manz, Bad Berka
Herbert. M. Pichler, München
Irmgard Raschka-Halberstadt, Offenburg
Jörn Remscheid, München
Dr. Christian Rotering, Großhansdorf
Dr. Rainer Schneider, Schneeberg
Dr. Christoph Smolenski, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Bernhard Wehde, Göppingen

Mitglieder des FA Öffentlichkeitsarbeit sind:

Vorsitzender: Dr. Christoph Smolenski, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Mitglieder: Dr. Heike Fritsche-Huth, Graal-Müritz
Susanne Heintzmann, München
Claudia Koller, Bad Endbach
Dipl. Volksw. Bernd Krämer, Kiel
Friedel Mägdefrau, Wiesbaden
Günther Pallasch, Tessin
Frank Porten, Höchenschwand
Peter Rothmund, Bad Wiessee
Dr. Ralf-Michael Schmitz, Suhl
Dr. Schneider-Janessen, Davos
Silvia Werner, Osnabrück

Mitglieder des FA Rehabilitationskliniken und Pflege sind:

Vorsitzender: Friedel Mägdefrau, Wiesbaden
Mitglieder: Harald Barlage, Bad Lippspringe
Helmut Bauer, Leipzig
Dr. Clemens Bold, Sindelfingen
Peter Clausing, Osnabrück
Thomas Fettweiß, Schönberg
Werner O. Gesche, Berlin
Rainer Grimm, Bad Doberan



Hartmut Hain, Bad Neustadt
Roland Harlaux, Bad Kösen
Michael Herrmann, Bad Orb
Dieter Holk, Bad Soden-Salmünster
Johannes Jäcker, Glowe/Rügen
Jens Wernick, München
Wolfgang Kammerer, Bad Bertrich
Dipl.-Ök. Arno Kuge, Nettersheim-Marmagen
Olaf Kügelchen, Bad Kreuznach
Dr. Markus-Michael Küthmann, Wünnenberg
Gerhard R. Lang, Ostseebad Zingst
Berthold Müller, Offenburg
Ingrid Münch, Bad Colberg
Dr. Katharina Nebel, Vlotho
Dietgrim Reene, Berlin
Sigurd Roch, Ahrenshoop
Sabine Roth, Wiesbaden
Peter Rothemund, Bad Wiessee
Bernd Rullang, Weiskirchen
Rudi Schäfer, Daun
Rainer M. Scheer, Bad Krozingen
Hanz-Joachim Schick, Bad Nenndorf
Dr. Dagmar Schmieder, Allensbach
Franz Schreijäg, Bad Dürnheim
Wilfried Schröder, Lippstadt - Bad Waldfließborn
Anne-Marie Schulze, Parchim
Hartmut Stern, Kreischa
Dr. Franz Theisen, Seeshaupt

Mitglieder des FA Europa sind:

Vorsitzender: Peter Rothemund, München
Mitglieder: Harald Barlage, Bad Lippspringe
Ingo Breitmeier, Leipzig
RA Ingo Dörr, Leipzig
Dipl.-Ing. Matthias Fischer, Plau am See
Werner O. Gesche, Berlin
Dr. Markus-Michael Küthmann, Bad Wünnenberg
Hartmut Lielje, Löhne
Joachim Manz, Bad Berka
Berthold Müller, Offenburg
Friedrich Parisel, Leun-Biskirchen
Andreas Rossmann, Nürnberg
Peter Rothemund, Bad Wiessee
RA Jens Wernick, München
Raimund Wilhelmi, Überlingen



Mitglieder des FA Tarif- und Personalfragen sind:

Vorsitzender: Hartmut Lielje, Löhne
Mitglieder: Dietmar Beyer, Dresden
Kirsten Birwe, Bad Bertrich
Thomas Böer, Bad Mergentheim
Otto Böttcher, Tabarz
Werner O. Gesche, Berlin
Gerhard Götsche, Bad Oeynhausen
Adolf Hünerfeld, Limburg
Günther Pallasch, Tessin
Thorn Plöger, Bad Lippspringe
Dipl.-Betriebswirt Hans Jürgen Schaar, Bad Sobernheim
Günther Tillmann, Osnabrück
RA Jens Wernick, München

Mitglieder der FA Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendlichen, Mütter/Vater und Kind sind:

Vorsitzender: K. Heinrich Rehfeld, Berlin
Dr. med. Matthias Bollinger, Königstein Falkenstein
Dipl. Kfm. Thomas Bruns, Jever
Elke Diehen, Bad Bertrich
Dr. Heike Fritsche-Huth, Graal-Müritz
Detlef Hambücker, Aachen
Johannes Jäcker, Glowe/Rügen
Gerhard R. Lang, Ostseebad Zingst
Robert Lentes, Feldberg
Dipl.-Betriebswirt Hans Jürgen Schaar, Bad Sobernheim
Norbert Schäfer, Bad Kösen
Frank Schmidt, Beelitz-Heilstätten
Marion Schmutz, Kreischa
Franz Schreijäg, Lahr

D. Facharbeitsgruppen:

Mitglieder der FAG Allergologie/Pneumologie/Atemwegserkrankungen sind:

J. Bickhardt, Coswig
Dr. Rainer Bonnet, Bad Berka
Dr. med. Detlef Briese, Bad Salzuflen
Dr. Ralf Dehler, St. Peter-Ording
Dr. Stefan Dewey, St. Peter-Ording
Dr. med. Rolf Heitmann, Königsfeld
Prof. Dr. Klaus Dieter Kolenda, Schönberg
PD. Dr. Günter Menz, Davos-Wolfgang
Dr. Rainer Oelze, Wiesbaden
Dr. med. Reimar Rudolf, Norderney
Dr. Konrad Schultz, Pfronten-Ried
Olaf Werner, Bad Rappenau



Mitglieder der FAG Belegärztliche Versorgung sind:

Ingo Adamzik, Aschaffenburg
Wolfram L. Boschke, Bonn
Dr. Burgard, Kaiserslautern
Johannes Düvel, Osnabrück
Rolf Kliche, Kassel
Dipl. Volksw. Bernd Krämer, Kiel
Ralf Kuna, Magdeburg
Dr. Thomas Leucht, Berlin
Herbert M. Pichler, München
Jörn Remscheid, München
Dr. Bernd Rudloff, Köln
Dirk Schaffrath, Köln
Claudine Schild, Düsseldorf
Dr. Christiane Schilling, Suhl
Karlheinz Schneiderchen, Bonn
Thomas Tiemann, Osnabrück
Ute Wolfgart, Münster
Heiko Zombeck, Bad Liebenstein

Mitglieder der FAG Diabetes mellitus sind:

Dipl. Ökonom Thomas Böer, Bad Mergentheim
Dr. Ralf Dehler, St. Peter-Ording
Dr. Arnold Gawlik, Bad Ems
Priv. Doz. Dr. med. U. Häntzschel, Bad Schandau-Ostrau
Dr. Joachim Hilbig, Bad-Soden
Dr. med. Stephan Jacob, Königsfeld
Dr. Jaurisch-Hancke, Wiesbaden
Dr. med. Uwe Kanzler, Bad Rappenau
Dr. Hardo Lingad, Bad Endbach
Dr. med. Lundershausen, Saalfeld
Dr. Karsten Milek, Hohenmölsen
Konrad Steffen, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Dr. Heidi Weiss, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Dr. med. Hasemann, Barby
Daniela Wolarz, Birkenwerder

Mitglieder der FAG DRG Experten sind:

Gerd Bär, Gauting
Wolfram L. Boschke, Bonn
Roland Dankwardt, Lich
Dr. med. Burkhard Domurath, Bad Wildungen
Helmut Eder, Berlin
Axel Freimuth, Allensbach
Dr. Thomas Leucht, Berlin
Geschäftsführer Mario Krabbe, Berlin
Dr. M. Rauschenberg, Berlin



Dr. Christian Rotering, Großhansdorf
Helmut Sammer, Prien am Chiemsee
Dr. Ingeborg Schwenger-Holst, Berlin
Heiner Stumpf, Bad Wildungen

Mitglieder der FAG Frührehabilitation sind:

Wolfram L. Boschke, Bonn
Harry Fuchs, Düsseldorf
Werner O. Gesche, Berlin
Dr. Markus-Michael Küthmann, Bad Wünnenberg
K. Heinrich Rehfeld, Berlin

Mitglieder der FAG Geriatrie/Frührehabilitation sind:

Dr. H.-H. Aldag, Jesteburg
Harald Barlage, Bad Lippspringe
Bruno Crone, Allensbach
Roland Dankwardt, Lich
Veronika Diepolder, Hopfen am See
Axel Freimuth, Allensbach
Berthold Müller, Offenburg
Dr. Katharina Nebel, Vlotho
Peter Rothemund, Bad Wiessee
Bernd Rullang, Weiskirchen

Mitglieder der FAG Herz-Kreislauf Erkrankungen sind:

Dr. Christoph Altmann, Bad Gottleuba
Michael Böckelmann, Bad Rothenfelde
Dr. med. Detlef Briese, Bad Salzuflen
Dr. med. Thorsten Höhne, Weißenfels
Dr. Jürgen Krülls-Münch, Cottbus
Prof. Dr. Dr. Heinrich Lambertz, Wiesbaden
Dr. Reinhard Friedrich Lang, Königsfeld
Dr. med. Bernward Lauer, Bad Berka
Dr. med. Axel Lauten, Tabarz
Dr. med. Henner Montanus, Barby
Dr. Stephan Sahm, Wiesbaden
Dr. med. Herbert Schmidt, Bad Berka
Dr. med. Joachim Schreiber, Bad Colberg
Priv. -Doz. Dr. med. Klaus Schröder, Bad Neustadt/Saale
Dr. med. Rainer Schubmann, Mönnesee-Körbecke
Dr. med. Franz Theisen, Seeshaupt
Dr. Günter Weiße, Kreischa
Dr. R. Wolf, Bevensen
J. Stanslowski, Dresden



Mitglieder der FAG Internet sind:

Dr. Judith Bein, Weimar
RA Ingo Dörr, Leipzig
Friedel Mägdefrau, Wiesbaden

Mitglieder der FAG Kapitalkosten im Pflegesatz sind:

Dr. Markus-Michael Küthmann, Bad Wünnenberg
Friedel Mägdefrau, Wiesbaden
Dr. Heiner Meyer zu Lösebeck, Melle/Neunkirchen
Dietgrim Reene, Berlin
K. Heinrich Rehfeld, Berlin

Mitglieder der FAG Neurologie sind:

Dr. med. Alfred Baumgarten, Bad Neustadt/Saale
Dr. Bernsdorff, Kreischa
Dr. med. Rainhard Both, Bad Berka
Rudolf Brodhun, Seesen
Dr. med. Ulrich Dockweiler, Bad Salzuflen
Ulrich Gnauck, Seesen
Christoph Herrmann, Seesen
Dr. med. Germar Kroczeck, Bad Rodach
Dr. Markus-Michael Küthmann, Bad Wünnenberg
Prof. Dietmar Lutz, Bad Orb
Thorsten Mägdefrau, Bad Camberg
Herr Platz, Bad Beversen
RA Karin Prokein, Bad Nauheim
Dr. Joachim Schmidt, Allensbach
Rer. Pol. Dr. Dagmar Schmieder, Allensbach
Oliver Stockinger, Göppingen
Prof. Dr. med. Wolfgang Tackmann, Bad Wünnenberg

Mitglieder der FAG Onkologie sind:

Dr. med. Gerhard Adam, Triberg
Dr. med. Irene Biester, Bad Salzuflen
Dr. med. Barbara Ehret-Wagener, Bad Salzuflen
Dr. med. Rainer Fähnrich, Lohmen
Dr. Dipl. Psych. Ulrike Fischer, Bad Bergzabern
Dr. Ulrich Gärtner, Bad Gandersheim
Dr. Sabine von Gierke, Bad Münster
Dipl. Psych. Erika Haese, Bad Bergzabern
Dr. med. Peter Hagen, Beelitz-Heilstätten
Dr. med. Christa Hagen-Aukamp, Korschenbroich
Dr. med. E. Dieter Hager, Bad Bergzabern
Veronika Hartmann, Stade
Frau Helling-Müller, Badeweiler
Dr. Constanze Junghans, Bad Elster
Dipl. Psych. Martin Kowalski, Bad Rippoldsau



Prof. Andreas Lübbe, Bad Lippspringe
Dr. Bernd-Hans Orth, Kreischa
Dipl. Kfm. Peter Schmitz, Bad König
Dr. Thomas Schulte, Bad Oeynhausen
Dr. med. Jürgen Schwamborn, Bad Suderode
Dr. Ulf Seifart, Bad Soden-Salmünster
Dr. Dietmar Söhngen, Reichshof-Eckenhagen
Dr. med. Werner Stenzinger, Bad König
Dr. med. Eva-Susanne Strobel, Höchenschwand
Elke Walther, Bad Bergzabern
Olaf Werner, Bad Rappenau
Dr. Wolfgang Wöppel, Bad Mergentheim
Dipl. med. Olaf Kellner, Weißenfels

Mitglieder der FAG Orthopädie/Rheumatologie sind:

Dipl. Tanja Bachmann, Bad Soden-Salmünster
Dr. med. Norbert Beil, Preußisch-Oldendorf
Herrn Bischoff, Bad Urach
Dr. Wolfgang Brückle, Bad Nenndorf
Dr. med. G. Clauss, Korschenbroich
Dr. med. Hugo Cullmann, Bad Nenndorf
Dr. Döring, Barby
Dr. med. Ludger Dwertmann-Soth, Bad Seebruch
Manfred Gebhardt, Bad-Säckingen
Heinz Heck, Bad Schussenried
Dr. Désirée Herbold, Bad Gandersheim
Dr. med. Rudolf Herklotz, Bad Nenndorf
Dr. Hanjakob Hilgers, Bad Nauheim
Dr. Hogrefe, Bad Rippoldsau
Dr. Hartmut Ilse, Wiesbaden
Jörn Kekow, Vogelsang/Gommern
Wolfgang Kley, Bad Gandersheim
Dr. med. Jörg W. Knorn, Soltau
Dr. med. Martina Krüger, Bad Soden-Salmünster
Martin Maller, Bad Iburg
Dr. med. Wilhelm Meier, Bad Oeynhausen
Dr. Michael Meier-Giró, Belzig
Dr. med. H.-W. Ostemann, Bad Oeynhausen
Jörn Remscheid, München
Dr. med. Heinz Riechers, Bad Salzdetfurth
Dr. med. W. Roth, Bad Soden-Salmünster
Dr. Andreas Ruch, Bad Driburg
Dr. Schleicher, Kreischa
Dr. Hans-Joachim Scholten, Bad Laasphe
Dr. med. Stabel, Bad Iburg
Dr. Michael Struck, Bad Driburg
Dr. med. Philipp Traut, Bad Oeynhausen
Dr. W. Weber-Klukkert, Bad Pyrmont
Karl-Heinz Weiß, Bad Orb



Dr. Siegfried Wentz, Bad Peterstal
Olaf Werner, Bad Rappenau
Dipl. Sozialarbeiter Alfred Wick, Gelsenkirchen
Uwe Willmann, Bad Elster
Rüdiger Wörnle, Freiburg
Maik Ebert, Bad Berka
Dipl. Kfm. Kinast, Bad Bentheim

Mitglieder der FAG Psychiatrie und Psychosomatik sind:

Dr. med. Michael Almeling, Bad Arolsen
Jürgen Berend, Zell am Harmersbach
Dieter von Bomhard, Gleisweiler
Dr. Ingrid Chalup-Biesenbaum, Löhne
Dr. med. Frank Damhorst, Bad Salzuflen
Gabriele Fritsch, Hofheim am Taunus
Claus J. Hartmann, Egenhausen
Dr. med. A. Hassels, Bad Mergentheim
Bernd Haves, Donaueschingen
Dr. Rolf Jeschonnek, Bad Kösen
Dr. med. Rudolf Knickenberg, Bad Neustadt/Saale
Dr. Markus Poersch, Ahrweiler
Dr. Dieter Pütz, Bad Münden
Dr. H. B. Römer, Calw-Hirsau/Schwarzwald
H. Rüdchel, Bad Kreuznach
Dr. Herbert Schindler, Lohmen
Heinz Schönfelder, Wildenfels
Dr. Heike Schulze, Bad Lippspringe
Dr. med. Susanne Smolenski, Ahrweiler
Dr. med. Peter Subkowski, Bad Essen
Dr. Ralf Tauber, Kreischa
Ralf Thiede, Grebenhain
Prof. Volk, Hofheim am Taunus
Bernhard Wehde, Göppingen
Olaf Werner, Bad Rappenau

Mitglieder der FAG Qualitätsbericht sind:

Dr. Lutz Blase, Steinhude
Alexandra, Budde, Lich
Dr. med. Burkhard Domurath, Bad Wildungen
Dr. Thomas Leucht, Berlin
Dr. M. Rauschenberg, Berlin
Dr. Ingeborg Schwenger-Holst, Berlin
Mandy Wolf, Birkenwerder

Mitglieder der FAG Versorgungsstruktur sind:

Jochen Duss, Wendel
Lutz Gornik, St. Peter-Ording



Ulrich Hegermann, Norderney
Peter Middel, Bad Pyrmont
Matthias H. Schindler, Überlingen
Alexander Schunicht, Bad Wünnenberg

Mitglieder der FAG Wirtschaftlichkeit sind:

Roland Gutt, Inzell
Wolfgang Kley, Bad Gandersheim
Frank-Günther Knopf, Barby
Olaf Kügelchen, Bad Kreuznach
Peter Lingg, Vlotho
Dr. Winfried Ludwig, Beelitz-Heilstätten

14. Landesgeschäftsstellen

Verband der Krankenanstalten in privater Trägerschaft in Baden-Württemberg e.V.

Geschäftsführer: Rechtsanwalt Dr. Clemens Bold
Vorsitzende: Dr. Dagmar Schmieder

Wegenerstraße 5
71063 Sindelfingen

Telefon: 0 70 31 - 95 05 40
Telefax: 0 70 31 - 95 05 49
E-Mail: info@vpka-bw.de

Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e.V.

Geschäftsführer: RA Jens Wernick
Vorsitzender: Peter Rothemund

Kreiller Straße 24
81673 München

Telefon: 0 89 - 57 30 99
Telefax: 0 89 – 57 34 88
E-Mail: info@vpka-bayern.de

Verband der Privatkrankenanstalten Berlin-Brandenburg e.V.

Geschäftsführer: Dipl. Volksw. Hartmut Klemann
Vorsitzender: Dr. Michael Sonnek



Einemstraße 20
10785 Berlin

Telefon: 0 30 - 2 13 70 73
Telefax: 0 30 – 2 11 36 69
E-Mail: VPKBB@aol.com

Verband Deutscher Privatkanneanstalten e.V. - Landesverband Hamburg -

Vorsitzende: Frau Dr. Manuela Guth
Stv. Vorsitzende: Frau Lessing

c/o Heide Welzel – Verwaltungsleiterin
Praxisklinik Mümmelmannsberg
Oskar-Schlemmer-Straße 9-17
22115 Hamburg

Telefon: 0 40 - 71 59 12 16
Telefax: 0 40 - 71 59 12 62
E-Mail: welzel@drguth.de
E-Mail: lessing@drguth.de
E-Mail: praxisklinik@drguth.de

Verband der Privatkanneanstalten in Hessen und Rheinland-Pfalz e.V.

Geschäftsführer: Friedel Mägdefrau
Vorsitzender Hessen: Michael Herrmann
Vorsitzender Rheinland-Pfalz: Dr. Christoph Smolenski

Leibnizstraße 25
65191 Wiesbaden

Telefon: 06 11 - 57 18 51
Telefax: 06 11 - 57 11 48
E-Mail: rka-wi@t-online.de

Verband der Privatkanneanstalten in Niedersachsen e.V.

Geschäftsführer: Martin Menger
Vorsitzender: Hartmut Lielje

Franz-Lenz-Straße 14 b
49084 Osnabrück

Telefon: 05 41 - 3 35 66 33
Telefax: 05 41 - 3 35 66 34
E-Mail: VdPKN@aol.com



Verband der Privatkliniken in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Vorsitzender: Christian Rettberg

Ernst-Scheel-Straße 28
23968 Wismar

Telefon: 0 38 41 - 64 65 01
Telefax: 0 38 41 - 64 65 55
E-Mail: rehaklinik.wismar@Median-Kliniken.de

Verband der Privatkliniken in Nordrhein-Westfalen e.V.

Geschäftsführer: Günther Knauer
Vorsitzender: Dietgrim Reene

Fleher Straße 3a
40223 Düsseldorf

Telefon: 02 11 - 5 57 93 99
Telefax: 02 11 - 5 57 96 22
E-Mail: PrivatklinikenNRW@bonn-online.com

Verband der Privatkliniken im Saarland e.V.

Geschäftsführer: Wilhelm Scheidt
Vorsitzender: Wilhelm Scheidt

Psychosomatische Fachklinik Münchwies
Turmstraße 50-58
66540 Neunkirchen

Telefon: 0 68 58 - 69 12 42
Telefax: 0 68 58 - 69 13 21
E-Mail: FKMuenchwies@ahg.de

Verband der Privatkliniken in Sachsen-Anhalt und Sachsen e.V.

Geschäftsführer: RA Ingo Dörr
Vorsitzender (Sachsen): Frank Bode
Vorsitzender (Sachsen-Anhalt): Hartmut Lielje

Gustav-Mahler-Straße 2
04109 Leipzig



Telefon: 03 41 - 9 80 08 61
Telefax: 03 41 - 9 80 08 60
E-Mail: info@pks-leipzig.de

Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.

Geschäftsführer: Bernd Krämer
Vorsitzender: Dr. med. Philipp Lubinus

Feldstraße 75
24105 Kiel

Telefon: 04 31 - 8 40 35
Telefax: 04 31 - 8 40 55
E-Mail: gf@vpksh.de

Verband der Privatkrankenanstalten in Thüringen e.V.

Geschäftsführerin: Dr. Judith Bein
Vorsitzender: Joachim Manz

Heinrich-Jäde-Straße 35
99425 Weimar

Telefon: 0 36 23 - 35 04 50
Telefax: 0 36 23 - 35 06 30
E-Mail: gf@krankenhaus-waltershausen-friedrichroda.de

15. Bundesgeschäftsstelle

Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V.
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin

Telefon: 0 30 - 2 40 08 99 - 0
Telefax: 0 30 - 2 40 08 99 - 30
E-Mail: info@bdpk.de
Internet: www.bdpk.de

Geschäftsführer: Martin Kramer (seit 01.04.1999 beschäftigt,
seit 01.01.2002 GF
seit 10.09.2003 kommissarischer Haupt-
geschäftsführer)
Reha-Referentin: Uta Krupke (seit 01.05.2002)
Akut-Referentin: Ilona Michels (seit 01.09.2003)



Büroleitung:	Andrea Hillar	(seit 01.12.2001)
Sachbearbeitung:	Klaus Mehring	(befristet bis 30.06.2004)
Sekretärin:	Karin Müller	(seit 01.03.2003)
Bürokraft:	Petra Voß	(seit 01.03.2002)

16. Stellungnahmen des BDPK

- Stellungnahme zum GMG
- Stellungnahme zur Krankenhausfallpauschalen-Verordnung (KFPV 2004)
- Argumentationspapier zu Teilstationären Leistungen
- Stellungnahme zum Stand der Umsetzung des SGB IX
- Stellungnahme zur Vorbereitung des Bundesbehindertenberichts
- Stellungnahme zur gemeinsamen Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ nach § 12 Abs. 1 Nr. 1-3 i.V. m. § 13 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX
- Stellungnahme zur gemeinsamen Empfehlung „Verbesserung der Information und Kooperation zwischen den Akteuren“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 u. 9. SGB IX
- Stellungnahme zur Gemeinsamen Empfehlung „Begutachtung“ nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
- Stellungnahme zur Gemeinsamen Empfehlung „frühzeitige Bedarfserkennung“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX
- Information zum Arbeitszeitgesetz
- Stellungnahme zur Mitteilung der Kommission der Europäischen Gemeinschaft hinsichtlich der Überprüfung der Richtlinie 93/104 EG (Arbeitszeit)
- Stellungnahme zum Referentenentwurf einer Siebenten Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (7. RSA-ÄndV)
- Stellungnahme zu den Empfehlungen des Koordinierungsausschusses zu Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP zu Diabetes mellitus Typ 1
- Stellungnahme zu den Empfehlungen des Koordinierungsausschusses zu Anforderungen an die Ausgestaltung von DPM für Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen
- Stellungnahme zu den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V
- Stellungnahme zur Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2004 (FPVBE 2004)



- Stellungnahme zu den Fragen für das öffentliche Expertengespräch Rehabilitation und Prävention für Kinder und Jugendliche
- Stellungnahme zum Anforderungsprofil für stationäre Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen nach § 111a SGB V
- Stellungnahme zu den Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation
- Positionspapier zum beabsichtigten neuen Präventionsgesetz



Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e. V.

Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin

Telefon: (0 30) 2 40 08 99 - 0
Telefax: (0 30) 2 40 08 99 - 30

E-Mail: info@bdpk.de
Internet: www.bdpk.de