



GESCHÄFTSBERICHT

2004/2005



GESCHÄFTSBERICHT 2004/2005



Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Vorwort.....	7
1.1 Gesundheitspolitischer Ausblick.....	7
1.2 Zunehmende Bedeutung der Privatisierung.....	7
1.3 Finanzierung von Leistungen in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.....	8
1.4 Innerverbandliche Strukturveränderungen.....	9
1.5 Neuer Hauptgeschäftsführer.....	9
1.6 Dank für engagierte Mitarbeit im BDPK.....	9
2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.....	10
2.1 Reha-Klassifikationssystem.....	10
2.2 Bundesbehindertenbericht.....	11
2.2.1 Eigenständigkeit der medizinischen Rehabilitation in Frage gestellt?.....	11
2.2.2 Rehabilitation als unverzichtbarer Bestandteil der integrierten Versorgung.....	12
2.2.3 Zugang zur Rehabilitation auch für sozial schwache Menschen.....	12
2.2.4 Anbindung der ambulanten Rehabilitation an stationäre Rehabilitationseinrichtungen.....	12
2.3 Umsetzung des SGB IX.....	13
2.3.1 Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“.....	14
2.3.2 Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“.....	14
2.4 Einbindung der Rehabilitation in Disease-Management-Programme.....	15
2.4.1 Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen.....	15
2.4.2 Rahmenvereinbarung zwischen VdAK/AEV und BDPK.....	16
2.5 Rehabilitations-Richtlinien: Nachbesserungen erreicht.....	17
2.6 Präventionsgesetz.....	18
2.6.1 Definitionen zur gesundheitlichen Prävention.....	19
2.6.2 Finanzierung von gesundheitlicher Prävention.....	20
2.6.3 Beteiligung der Leistungserbringer.....	20
2.7 Anforderungsprofile für Mutter-Kind-Einrichtungen.....	20
2.8 Nachhaltigkeit der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation.....	21
2.9 Rahmenkonzept zur stationären Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen.....	22
2.10 Positionspapier zu den aktuellen Problemen in der medizinisch Rehabilitation.....	22
2.10.1 Fehlende Konsequenz bei der Honorierung von Qualitätsergebnissen.....	23
2.10.2 Existenzgefährdende Preisentwicklung.....	23



2.10.3	Stellung der Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen integrierter Versorgungsformen	23
2.10.4	Auswirkungen des DRG-Systems auf den Rehabilitationsbereich	23
2.10.5	Trägereigene Einrichtungen	23
2.11	Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement	23
2.11.1	Umsetzung der Vereinbarung nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V	23
2.11.2	Rehabilitationsbewertungssystem der BfA	25
3	Krankenhäuser	26
3.1	Fallpauschalenänderungsgesetz	26
3.2	Fallpauschalen-Katalog 2005	28
3.3	Teilstationäre Leistungen	28
3.4	Verhandlungen der Landesbasisfallwerte	29
3.5	Investitionskostenfinanzierung unter DRG-Bedingungen	29
3.6	Qualitätsbericht im Krankenhaus	29
3.7	BDPK: Konstruktiver Umgang mit der Qualität	30
3.7.1	BDPK-Positionen gemeinsam mit den Spitzenverbänden vereinbart	30
3.7.2	Software-Lösung zur Erstellung des Qualitätsberichts	31
3.8	Belegärztliche Leistungen	31
3.8.1	Gefährdung Nr. 1: EBM plus 2000 plus	31
3.8.2	Gefährdung Nr. 2: Fallpauschalenkatalog 2005	32
3.8.3	Neutralität des Einheitlichen Bewertungsausschusses?	32
3.8.4	Erreichte Verbesserungen	33
3.8.5	Nicht erreichte Verbesserungen	34
3.8.6	Weiteres Vorgehen	34
3.9	Fallpauschalenverordnung für besondere Einrichtungen	34
4	Neue Versorgungsformen	35
5	Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	35
5.1	Integriertes Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha)	35
5.2	Kooperationspartner des Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	37
6	Europa	37
6.1	Defizitfinanzierung	38
6.2	Dienstleistungsrichtlinie	38
6.3	Leistungserbringung im Ausland	39
7	Tarifpolitik	39
7.1	Vorbereitung eines Bundesmanteltarifvertrages Nr. 11	40



7.2	Arbeitszeitrichtlinie	40
8	KlinikRente	40
9	Öffentlichkeitsarbeit	41
9.1	Gestaltung von f&w	41
9.2	Meldungen und Meinungen	41
9.3	BDPK-Info	41
9.4	BDPK-Homepage	41
10	Veranstaltungen	42
10.1	Bundeskongress 2004 in Freiburg	42
10.2	Workshop: Zukunft des Belegarztwesens	42
10.3	Mitgliederversammlungen der Landesverbände der Privatkrankenanstalten	42
10.4	Qualitätsbericht im Krankenhaus	42
10.5	Gemeinsame Veranstaltungen mit der Gesellschaft für Versicherungswesen und Gestaltung (GVG)	42
10.6	Erster Deutscher Reha-Tag	43
11	Zusammenarbeit mit den Kostenträgern	43
12	Zusammenarbeit mit der Politik	43
13	Organe	44
13.1	Vorstand	44
13.2	Mitgliederrat	44
13.3	Rechnungsprüfer	44
13.4	Fachausschüsse	44
13.4.1	Mitglieder des FA Akutkrankenanstalten	44
13.4.2	Mitglieder des FA Öffentlichkeitsarbeit	45
13.4.3	Mitglieder des FA Rehabilitation und Pflege	46
13.4.4	Mitglieder des FA Europa	47
13.4.5	Mitglieder des FA Tarif- und Personalfragen	47
13.4.6	Mitglieder des FA Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Mutter/Vater und Kind	47
13.5	Facharbeitsgruppen	48
13.5.1	Mitglieder der FAG Adaption der ICF	48
13.5.2	FAG Allergologie/Pneumologie/Atemwegserkrankungen	48
13.5.3	Mitglieder der FAG Belegärztliche Versorgung	49
13.5.4	FAG Diabetes mellitus	49
13.5.5	Mitglieder der FAG DRG Experten	50
13.5.6	Mitglieder der FAG Frührehabilitation Geriatrie	50



13.5.7	FAG Herz Kreislauf Erkrankungen	50
13.5.8	Mitglieder der FAG Integrationsverträge	51
13.5.9	Mitglieder der FAG Internet.....	51
13.5.10	Mitglieder der FAG Kapitalkosten im Pflegesatz.....	51
13.5.11	Mitglieder der FAG Landesbasisfallwert	51
13.5.12	Mitglieder der FAG Neurologie	52
13.5.13	Mitglieder der FAG Onkologie	52
13.5.14	Mitglieder der FAG Orthopädie Rheumatologie	53
13.5.15	Mitglieder der FAG Psychiatrie und Psychosomatik	54
13.5.16	Mitglieder der FAG Qualitätsbericht.....	54
13.5.17	Mitglieder der FAG Versorgungsstruktur	55
13.5.18	Mitglieder der FAG Wirtschaftlichkeit.....	55
14	Geschäftsstellen der Landesverbände der Privatkrankenanstalten.....	55
15	Bundesgeschäftsstelle.....	59



1 Vorwort

1.1 *Gesundheitspolitischer Ausblick*

Die gesundheitspolitischen Entscheidungen in der Bundesrepublik Deutschland ordnen sich zunehmend wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Zwängen unter. Ein seit vielen Jahren nur noch geringes Wirtschaftswachstums und die stetig steigende Zahl der arbeitslosen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland fokussieren den Gestaltungsspielraum der Gesundheitspolitik auf die Senkung der Lohnnebenkosten insbesondere durch die geplante Senkung der Beiträge zu den Sozialversicherungssystemen. Damit soll die Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen auf den nationalen und internationalen Märkten stabilisiert werden, um damit der steigenden Arbeitslosigkeit zu begegnen.

So nachvollziehbar die wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Zwänge sind, wird dabei ausgeblendet, dass die bundesdeutsche Bevölkerung auf Grund des medizinischen Fortschritts immer älter wird. Der Anteil der über 65 jährigen an der Gesamtbevölkerung wird sich vom Jahr 2000 von 20,1% auf im Jahr 2040 40,3% erhöhen. Dem gegenüber nimmt der Anteil der unter 65 jährigen erheblich ab. Die Balance für solidarisch finanzierte Sozialversicherungssysteme gerät damit mehr und mehr in Schiefelage und gefährdet so deren nachhaltige Finanzierbarkeit. Eine weitere erhebliche Herausforderung für die Finanzierung des Gesundheitssystems stellt sicher auch die Tatsache des sich verändernden Krankheitsspektrums von akuten hin zu chronischen, lebenslang zu versorgenden Erkrankungen dar.

Mit dieser Problematik und den möglichen Lösungsansätzen haben sich namhaft besetzte wissenschaftliche Kommissionen um Prof. Dr. Rürup und Bundespräsident a. D. Dr. Herzog befasst. Während die Analyse der Kommissionen in der Problemanalyse übereinstimmen, differieren die vorgeschlagenen Lösungen erheblich, wie die vorgestellten Wege aus der Problematik mit den Modellen Bürgerversicherung, Gesundheitsprämie und Privatisierung der Versicherungssysteme belegen. Die nächste große und grundlegende Reform der Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung ist sicher nach der Bundestagswahl 2006 zu erwarten. Sie wird sich insbesondere auf grundlegende Finanzierungsfragen konzentrieren. Dafür ist es wichtig, auf der politischen Ebene weiterhin mit einem schlagkräftigen Bundesverband für die Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken sowie die Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft präsent zu sein. Das sozialpolitische Gesetzgebungskarussell wird sich absehbar in Zukunft noch schneller als bisher drehen. Es wird deshalb in Zukunft um so wichtiger, die Interessen der Kliniken in privater Trägerschaft in den gesundheitspolitischen Dialog einzubringen und die anstehenden Weichenstellungen zu beeinflussen.

1.2 *Zunehmende Bedeutung der Privatisierung*

Die Privatisierung der Leistungserbringerstrukturen gewinnt sowohl im Vorsorge- und Rehabilitationsbereich als auch im Krankenhausbereich ständig an Bedeutung, wie die Auswertungen des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2004 eindrucksvoll belegen (siehe Fachserie 12 / Reihe 6.1).

Der größte Teil der Vorsorge-, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen befindet sich auch heute schon in privater Trägerschaft. Im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation



gab es Ende des Jahres 2002 insgesamt 1.343 Einrichtungen, davon 757 in privater Trägerschaft, 348 in frei-gemeinnütziger Trägerschaft und 238 in öffentlicher Trägerschaft (trägereigene Einrichtungen). Die Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist aufgrund der schwierigen Situation im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation rückläufig. Während im Jahr 1996 noch 1.404 stationäre Versorgung- und Rehabilitationseinrichtungen existierten, ist die Zahl im Jahr 2002 auf 1.343 Einrichtungen zurückgegangen. Beachtenswert dabei ist, dass sich die Zahl der öffentlichen bzw. trägereigenen Einrichtung weiter erhöht hat. Befanden sich im Jahr 1998 noch 201 Einrichtungen in öffentlicher/trägereigener Trägerschaft, stieg die Zahl bis Ende des Jahres 2002 auf bereits 238 öffentliche/trägereigene Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Die Krankenhauslandschaft befindet sich in einer grundlegenden Umstrukturierungsphase. Die finanziellen Engpässe in den öffentlichen Haushalten von Ländern und Kommunen führen zu einer ständigen Zunahme des Marktanteils von Krankenhäusern in privater Trägerschaft. Ende des Jahres 2002 existierten insgesamt 2.221 Krankenhäuser. Davon befanden sich 527 Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Dies entspricht einem aktuellen Marktanteil von rund 24% bezogen auf die Krankenhäuser. Von den 547.284 aufgestellten Krankenhausbetten befinden sich 48.615 in privater Trägerschaft. Bezogen auf die Gesamtzahl der aufgestellten Betten beträgt der Anteil der Krankenhausbetten in privater Trägerschaft rund 9%. Der derzeitige Marktanteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft hingegen dürfte im Zuge der aktuellen Privatisierungswelle erheblich höher sein.

Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young prognostiziert, dass bis zum Jahr 2020 vermutlich jedes vierte Krankenhaus, vorwiegend in öffentlicher Trägerschaft, schließen wird. Hingegen wird die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft auf 675 ansteigen. Dies entspricht laut Ernst & Young einem Anstieg der privaten Krankenhäuser auf einen Marktanteil von 44%. Begründet wird diese Entwicklung mit der Tatsache, dass sich die öffentlichen Haushalte von Ländern und Kommunen den Betrieb defizitärer Krankenhäuser nicht mehr länger leisten können. Für die notwendigen Umstrukturierungsprozesse innerhalb der Krankenhäuser sind die privaten Träger sowohl hinsichtlich des Managements als auch hinsichtlich ihrer Investitionsmöglichkeiten besser gewappnet.

Kritisch beobachtet werden muss, wie sich insbesondere das Bundeskartellamt zukünftig zu den notwendigen und anstehenden Privatisierungen von Krankenhäusern stellen wird. Zu fordern ist hier, dass zwischen Verbänden von Krankenhäusern in öffentlicher und privater Trägerschaft nicht mit unterschiedlichen Maß gemessen werden darf.

1.3 Finanzierung von Leistungen in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Nach dem „DRG-Optionsjahr“ 2003 war das Jahr 2004 von der verpflichtenden Abrechnung aller Krankenhausleistungen nach dem G-DRG System geprägt. Besondere Bedeutung kam hierbei der für das Jahr 2004 vom BMGS erlassenen Krankenhausfallpauschalenverordnung und der Fallpauschalenverordnung für besondere Einrichtungen zu. Für das Jahr 2005 haben sich die Selbstverwaltungspartner unter maßgeblicher Beteiligung des BDPK auf den Fallpauschalenkatalog 2005 geeinigt, und damit im Sinne des „lernenden DRG-Systems“ eine erheblich verbesserte Abbildung der Krankenhausleistungen in ihrer gesamten Bandbreite realisiert. Die notwendigen Weiterentwicklungen des Fallpauschalenkataloges 2006 laufen derzeit auf Hochtouren.



Die gesetzlich definierte „Scharfschaltung“ des Fallpauschalensystems zum 01.01.2005 war von intensiver Diskussion um das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz geprägt. Dabei galt es aus der Sicht des BDPK die Kernelemente des DRG-Systems gegen den Widerstand weiter Teile der gesamten Krankenhauslandschaft zu verteidigen. Auch wenn einige diskussionswürdige Zugeständnisse im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens aus Sicht des BDPK gemacht werden mussten (z. B. Kappungsgrenze und Verlängerung des Konvergenzzeitraums um zwei Jahre) konnten die Grundzüge des DRG-Systems mit einem einheitlichen Landesbasisfallwert und dem Grundbekenntnis, möglichst alle Krankenhausleistungen unabhängig von der Versorgungsstufe auch zukünftig über das DRG-System abzubilden und abzurechnen, erhalten werden. Konsequenterweise kam dabei der Diskussion um die Festlegung einheitlicher Landesbasisfallwerte eine zentrale Bedeutung zu.

Im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation ist nach wie vor eine äußerst problematische Preissituation festzustellen. Bereits seit 1997 sind weit überwiegend die Preise noch nicht einmal an die allgemeine Kostenentwicklung angepasst worden. Entweder sind die Preise gleich geblieben oder wurden erheblich abgesenkt. Die insgesamt geringe Auslastung der Einrichtungen ist nicht mit einer seit dieser Zeit verbesserten gesundheitlichen Situation der Bevölkerung erklärbar. Eher das Gegenteil ist der Fall, was Rückschlüsse auf die zuvor beschriebenen Sparzwänge zulässt. Diese Entwicklung ist für die Gesundheit der bundesdeutschen Bevölkerung höchst problematisch. Rehabilitation ist ein elementares Instrument, um erwerbstätige Menschen zur politisch gewollten Stabilisierung der Rentenkassen länger als bisher im Arbeitsprozess halten zu können. Gleiches gilt auch für die Probleme in der Pflegeversicherung.

Um die gefährliche Abwärtsspirale von Preis und Qualität zu bremsen, hat der BDPK im Dezember 2004 die Entwicklung eines Reha-Klassifikationssystems ausgeschrieben, das die Grundlage für die patientenbedarfsgerechte und aufwandshomogene Bewertung von Rehabilitationsleistungen bilden soll.

1.4 Innerverbandliche Strukturveränderungen

Um die Schlagkraft des BDPK zu erhöhen wurden intensive Diskussionen über die Mitgliedschaftsstrukturen des BDPK geführt. Dabei ging es im Kern um die Frage, ob Kliniken, die in einem Landesverband organisiert sind, auch die Möglichkeit einer Zusatzmitgliedschaft im Bundesverband eingeräumt werden kann. Im Rahmen der anstehenden Mitgliederversammlung am 30.06.2005 wird das Ergebnis der innerverbandlichen Diskussionen zur Abstimmung gestellt.

1.5 Neuer Hauptgeschäftsführer

Die Position des Hauptgeschäftsführers des BDPK konnte am 01.07.2004 mit Herrn Thomas Bublitz besetzt werden. Damit sind die Voraussetzungen für eine qualifizierte und kontinuierliche, sowohl nach innen als auch nach außen wahrnehmbare Verbandsarbeit geschaffen.

1.6 Dank für engagierte Mitarbeit im BDPK

Hervor zu heben ist, dass die kompetente Wahrnehmung der Aufgaben des BDPK ohne das hervorragende ehrenamtliche Engagement aus den Mitgliedseinrichtungen der Landesverbände nicht möglich gewesen wäre. Allen ehrenamtlichen Mitgliedern der Gremien und Facharbeitsgruppen, die ihre Kompetenz in die Verbandsarbeit eingebracht haben, gilt an dieser Stelle ein besonderer Dank. Dank zu sagen gilt es an dieser Stelle



auch dem gesamten Team der Bundesgeschäftsstelle, das sich in den schwieriger werdenden Zeiten mit außerordentlicher Leistungsbereitschaft ergebnisorientiert den Anforderungen der Gegenwart gestellt hat.

Nur dadurch ist es möglich, dass sich der BDPK als Spitzenverband der Leistungserbringer und als privater Unternehmerverband im Berichtszeitraum weiter gegenüber der Politik und den Partnern bei der Renten- und der Krankenversicherung kompetent profilieren konnte. Auch weiterhin wird der BDPK mit Kontinuität die gesundheitspolitischen Veränderungsprozesse konstruktiv begleiten.

2 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

2.1 Reha-Klassifikationssystem

Der BDPK betrachtet die Entwicklung und Einführung eines Klassifikations- und Vergütungssystems für die medizinische Rehabilitation für dringend erforderlich, um die seit vielen Jahren existierende Abwärtsspirale in der Vergütung und mögliche negative Auswirkungen auf die Qualität zu durchbrechen.

Vor diesem Hintergrund hat der BDPK am 23.12.2004 die Entwicklung eines Reha-Klassifikationssystems ausgeschrieben.

Mit der Ausschreibung wird insbesondere das Ziel verfolgt, ein eigenständiges, bedarfs- und leistungsorientiertes Klassifikationssystem für Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu entwickeln, mit dem nicht zuletzt Fragen der Vergütung beantwortet werden können. Dabei stützt sich der BDPK auf die einschlägigen Aussagen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2003, in dem er sich für ein eigenständiges Vergütungssystem in der Rehabilitation ausspricht. Da das bisherige Vergütungssystem für Rehabilitationsleistungen die unterschiedliche Ausprägung des Rehabilitationsbedarfs der Patienten nicht berücksichtigt, sieht der Sachverständigenrat in diesem Bereich Reformbedarf, der mit Hilfe wissenschaftlicher Untersuchungen aufgearbeitet werden sollte. Daher ist insbesondere die Bündelung von wissenschaftlichen Ansätzen zur möglichst umfassenden und systematischen Erfassung des Bedarfs erforderlich.

Der BDPK geht von einer bedarfs- und leistungsorientierten Vergütung aus, wenn der Ressourcenverbrauch vergütet wird, der im Rahmen der ausgeführten Leistungen entsprechend dem individuellen Reha-Bedarf erforderlich ist. Mit dem Reha-Klassifikationssystem soll sich der tatsächliche Ressourcenbedarf ableiten lassen. Dabei ist für eine bedarfs- und leistungsorientierte Vergütung von Rehabilitationsleistungen eine Bewertung und Gewichtung der – entsprechend dem Bedarf – erbrachten Leistungsmodule erforderlich.

Die Ausschreibung zur Entwicklung eines Reha-Klassifikationssystems stieß bei Rehabilitationswissenschaftlern und Instituten auf große Resonanz. Bis Ende März 2005 trafen in der Bundesgeschäftsstelle insgesamt 7 Angebote ein.

Zur Auswertung der Angebote und weiteren Begleitung des Vorhabens wurde ein Projektbeirat eingerichtet, dem folgende Personen angehören:

- Frau Dr. Nebel
- Herr Dr. Christoph Altmann
- Herr PD Dr. Christian Dettmers



- Herr Dr. Hans-Thomas Hildebrand
- Herr Harry Fuchs
- Herr Detlef Bätz

Der Projektbeirat tagte am 02.05.2005 und traf eine Vorauswahl von 5 wissenschaftlichen Instituten, die zu einer Präsentation ihrer Angebote am 06.06.2005 eingeladen wurden. Die Mitgliederversammlung wird am 30.06.2005 über den aktuellen Sachstand informiert. Die Realisierung eines solchen Projektes stellt für den BDPK eine enorme Herausforderung dar, die der Akzeptanz von Rehabilitationsträgern und Politik bedarf.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BDPK unter www.bdpk.de.

2.2 Bundesbehindertenbericht

Gemäß § 66 SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – unterrichtet die Bundesregierung die gesetzgeberischen Körperschaften des Bundes über die Lage behinderter Frauen und Männer sowie die Entwicklung ihrer Teilhabe, gibt damit eine zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Aufwendungen zur Prävention, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit und schlägt die zu treffenden Maßnahmen vor.

Der BDPK hatte im März und November 2004 zum Fragenkatalog und zum 1. Arbeitsentwurf des Bundesministeriums Gesundheit und Soziale Sicherung für den Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe umfassend Stellung bezogen. Dabei stellte der BDPK heraus, dass die Situation behinderter Menschen sowie ihre Teilhabechancen zwingend mit der Umsetzung des SGB IX einhergehen. Die Prüfung des 1. Arbeitsentwurfs ergab jedoch, dass insbesondere zum Abschnitt 3 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – die Frage der Umsetzung des SGB IX unzureichend Berücksichtigung fand.

2.2.1 Eigenständigkeit der medizinischen Rehabilitation in Frage gestellt?

Die Fassung des 1. Arbeitsentwurfs ließ Zweifel aufkommen, ob auch zukünftig eine eigenständige Rehabilitation gewollt ist. So wurde u.a. ausgeführt, dass Vorsorge, Akutbehandlung und medizinische Rehabilitation sowohl in ihren Zielsetzungen als auch in den konkreten Maßnahmen ineinander übergingen; daher seien die meisten Leistungen zur Rehabilitation weitgehend deckungsgleich mit denen der Krankenbehandlung. Hiergegen intervenierte der BDPK und wies deutlich darauf hin, dass sich mit der Einführung des SGB IX die medizinische Rehabilitation neben der Akutbehandlung und Pflege zur dritten Säule des deutschen Sozialwesens entwickelt hat. Rehabilitation ist nicht bloßer Annex der akutmedizinischen Versorgung, sondern stellt einen vollkommen eigenständigen Versorgungsauftrag, insbesondere im Hinblick auf chronisch kranke Menschen, sicher. Hiermit ist ein Paradigmenwechsel von der Krankheitsorientierung zur Teilhabe- bzw. Krankheitsfolgenorientierung vollzogen und besteht ein neues Verständnis zur medizinischen Rehabilitation, welches weit über den bisher rein akutmedizinisch geprägten Ansatz hinausgeht.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben das übergeordnete Ziel, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern (§ 1 SGB IX). Dieses geht über die Aufgabenstellung der Krankenbehandlung (Herstellung der bestmöglichen Gesundheit) wesentlich hinaus und beseitigt oder mindert die durch Krankheit verursachten negativen Folgen in der Teilhabe der Patienten.



Daraus folgt, dass Rehabilitation für die Versorgung von behinderten und chronisch kranken Menschen ein eigenständiger Versorgungsbereich bleiben muss, der sich auf die Zielsetzung der Wiedereingliederung in Gesellschaft, Arbeit, Beruf und Familie spezialisiert hat. Nur mit Rehabilitation kann der gesetzlich definierte Anspruch auf umfassende Teilhabe, auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten, realisiert werden.

2.2.2 Rehabilitation als unverzichtbarer Bestandteil der integrierten Versorgung

Der BDPK unterstützt uneingeschränkt die im Bericht enthaltenen Aussagen zur integrierten Versorgung. Danach müssen sich die Versorgungsstrukturen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten anpassen und nicht umgekehrt diese den Versorgungsstrukturen. Der BDPK betont in der Stellungnahme, dass die medizinische Rehabilitation unverzichtbarer Bestandteil integrierter Versorgungsformen sein muss. Dabei muss verhindert werden, dass Qualitätsanforderungen an Rehabilitation im Rahmen der integrierten Versorgung nicht aus ökonomischen Gründen abgesenkt werden. Im Vordergrund muss die Verbesserung der Versorgung der Patienten stehen.

2.2.3 Zugang zur Rehabilitation auch für sozial schwache Menschen

Hinsichtlich der Zuzahlungsregelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes weist der BDPK auf die Auswirkungen insbesondere der Anhebung der Höhe (sowie bei Anschlussrehabilitation auch der Dauer) der Zuzahlungen nach § 40 Abs. 5, 6 und § 41 Abs. 3 SGB V sowie der Neuregelungen zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V hin. Damit ist eine geringere Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verbunden. Der BDPK befürchtet daher, dass gerade Versicherte mit geringem Einkommen aufgrund der nicht tragbaren Zuzahlungen auf notwendige Rehabilitationsmaßnahmen verzichten oder diese zeitlich hinauszögern. Dies führt zu Verschlimmerung der Erkrankungen und der Teilhabestörungen sowie zu zusätzlichen Folgekosten für das Gesundheitswesen.

Es muss gewährleistet werden, dass alle gesellschaftlichen Schichten unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem sozialen Status notwendige Gesundheitsleistungen, insbesondere Leistungen zur Rehabilitation, erhalten können. Gerade die Rehabilitation geht in besonderer Weise auf den Zusammenhang von Gesundheit und Lebenswelt ein. Armut und Krankheit dürfen nicht wegen hoher Zuzahlungen Hand in Hand gehen.

2.2.4 Anbindung der ambulanten Rehabilitation an stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Trotz eines ständig zunehmenden Rehabilitationsbedarfs sind die vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen nur mit ca. 77 % ausgelastet. Daher fordert der BDPK, den Ausbau der ambulanten Rehabilitationsstrukturen mit Augenmaß zu betreiben.

Aus Sicht des BDPK wäre kontraproduktiv, neben den vorhandenen stationären Rehabilitationskapazitäten flächendeckende ambulante Rehabilitationsstrukturen zu schaffen, nur weil dort die Übernachtung wegfällt. Zu fordern ist eine sinnvolle Kompetenzbündelung der ambulanten Rehabilitation an stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Der Bereich der ambulanten Rehabilitation hat seine Berechtigung. Konkrete Überlegungen zur Definition der spezifischen Zielgruppen für ambulante Rehabilitationsleistungen stehen jedoch noch aus.



Der BDPK kritisiert, dass weitere Fragestellungen, die im Kontext der Aufgabenstellung des Behindertenberichtes zu berücksichtigen sind, im Arbeitsentwurf unbeachtet blieben. Hier handelt es sich um die Themen der Versorgungsstrukturen und des Sicherstellungsauftrags nach 19 SGB IX, der Versorgungsverträge und Rahmenvereinbarungen nach § 21 SGB IX und der Leistungsbegrenzung durch Budgetierung im Rehabilitationsbereich.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hatte Nachbesserungen des Berichtes über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe herbeigeführt. Die Bundesregierung verabschiedete Mitte Dezember den endgültigen Bericht und unterrichtete den Deutschen Bundestag.

Die Stellungnahme des BDPK vom November 2004 und der Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe können auf der Homepage des BDPK heruntergeladen werden.

2.3 Umsetzung des SGB IX

Der BDPK hatte sich auch im Berichtszeitraum für die konsequente Umsetzung des SGB IX und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) mit vielfältigen Aktivitäten eingesetzt. Ein besonderer Schwerpunkt lag dabei in der Beteiligung an der Ausgestaltung der gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger nach dem SGB IX.

Der Gesetzgeber verfolgte mit dem SGB IX als eines der Hauptanliegen die Koordination und Konvergenz der Leistungen zur Teilhabe sowie die Kooperation der Rehabilitationsträger. Ein wesentliches Instrumentarium zur Umsetzung dieses Ziels stellen die gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger nach §§ 12, 13 SGB IX dar. Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung ihrer Zusammenarbeit zu vereinbaren. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenverbände sind an der Vorbereitung der gemeinsamen Empfehlungen zu beteiligen.

Auf der Ebene der BAR wurden bisher folgende gemeinsame Empfehlungen verabschiedet, an deren Ausgestaltung der BDPK mitgewirkt hat:

- Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27.03.2003
- Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation vom 22.03.2004
- Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung vom 22.03.2004
- Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ vom 16.12.2004
- Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ vom 16.12.2004
- Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“ vom 16.12.2004
- gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ vom 16.12.2004.

Im Berichtszeitraum hatte der BDPK insbesondere zu den Entwürfen der gemeinsamen Empfehlungen „Frühzeitige Bedarfserkennung“ und „Prävention nach § 3 SGB IX“ ausführlich Stellung bezogen.



2.3.1 Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“

Dem Entwurf der gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ wurde § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX zugrundegelegt. Danach werden die Rehabilitationsträger zu einer gemeinsamen Klärung und Beschreibung der sich aus den §§ 1, 4 SGB IX ergebenden Zielgruppen der Rehabilitation sowie zu einer weitgehenden, definierten Konvergenz hinsichtlich Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen verpflichtet.

Zur Verdeutlichung der o.g. Zielsetzung des Gesetzgebers weist der BDPK in seiner Stellungnahme im Zusammenhang mit der Einführung der integrierten Versorgung auf die Notwendigkeit hin, die Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger an der Schnittstelle zwischen Akutversorgung und medizinischer Rehabilitation zu regeln. Eine gemeinsame Empfehlung kann z.B. regeln, in „welchen Fällen“ (z.B. Art des Rehabilitationsbedarfs bzw. der Rehabilitationsziele im Zusammenhang mit integrierter Versorgung) und „in welcher Weise“ (z.B. ohne aufwendige Verwaltungsverfahren auf der Grundlage definierter Assessments, Indikatorenlisten und Rehabilitationsleitlinien) die Rehabilitationsträger in diesem Rahmen medizinische Leistungen zur Rehabilitation erbringen. Hiermit wird zugleich verdeutlicht, dass nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX nicht nur eine, sondern - kontextbezogen - mehrere gemeinsame Empfehlungen erforderlich sein können.

Der vorgelegte Entwurf der gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ befasste sich hingegen nicht vorrangig mit der Konvergenz der Leistungen sowie der Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger, sondern mit dem Zugang zur Rehabilitation, insbesondere mit der frühzeitigen Einleitung von Leistungsverfahren und den dazu erforderlichen Rahmenbedingungen. Damit der Entwurf tatsächlich als wirksames Instrument zur frühzeitigen Erkennung des Rehabilitationsbedarfs dienen kann, ist nach Ansicht des BDPK hinsichtlich der Rahmenbedingungen zum Einleitungsverfahren eine konkretere Ausgestaltung erforderlich.

2.3.2 Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“

Nach § 3 SGB IX wirken die Rehabilitationsträger darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird. Diese Vorschrift knüpft an die in § 1 genannten Ziele (Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Vermeidung von Benachteiligungen bzw. Entgegenwirken) an. Diese Aufgabenstellung umfasst unterschiedliche Strategien zur Vermeidung von Krankheiten, Unfällen, Gesundheitsrisiken, Teilhabebeeinträchtigungen und ähnlichen unerwünschten Zuständen.

Mit der Gemeinsamen Empfehlung nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX sollen die Rehabilitationsträger regeln, wie und in welcher Weise sie die in den für sie geltenden Leistungsgesetzen enthaltenen Präventionsregelungen und -leistungen tatsächlich so rechtzeitig und wirksam – und vor allen Dingen auch koordiniert – einsetzen, dass sie ihre präventive Wirkung voll entfalten. Ansatzpunkte sind dafür nicht nur medizinische Maßnahmen, sondern z.B. auch eine entsprechende Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen. Neben dem koordinierten und zielgerichteten wirksamen Einsatz von Präventionsleistungen betrachtet der BDPK ein umfassendes Informationsnetz (gemeinsame Servicestellen) sowie eine enge Zusammenarbeit mit allen Beteiligten (Ärzten, Arbeitgebern, gesellschaftlichen Institutionen usw.) als geeignete Mittel zur Aufgabenerfüllung im Sinne des § 3 SGB IX.



Der BDPK kritisiert, dass der vorgelegte Entwurf der gemeinsamen Empfehlung sich nicht zur koordinierten Nutzung vorhandener präventiver Leistungen äußerte, so dass nach Ansicht des BDPK ein wesentliches Anliegen des Gesetzgebers nicht aufgegriffen wurde. Der Entwurf bezog sich im wesentlichen auf Fragen der Information und Zusammenarbeit, wobei der BDPK weiteren Konkretisierungsbedarf sah.

Der Entwurf beschränkte sich des Weiteren auf Erwerbspersonen und ihre gesundheitlichen Risiken, die insbesondere im betrieblichen Kontext zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe führen können. Im Hinblick auf die verschiedenen Zielgruppen und Lebensbedingungen, für die Prävention in einer gemeinsamen Empfehlung zu definieren ist, betrachtet es der BDPK für sinnvoll, in einer grundsätzlichen Empfehlung die zielgruppenübergreifenden und allgemein gültigen Rahmenregelungen zu vereinbaren und diese Rahmenempfehlung durch zielgruppenspezifische, ergänzende Empfehlungen zu den Zielgruppen weiter zu konkretisieren.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Chancen und Gestaltungsspielräume, die sich aus dem SGB IX ergeben, von den in der BAR vertretenen Rehabilitationsträgern nicht annähernd genutzt werden. Die gemeinsamen Empfehlungen bieten dem gegliederten Rehabilitationssystem die Möglichkeit, Schnittstellenprobleme i.S. der Patienten sinnvoll zu lösen. Die trägerübergreifende Bereitschaft scheint jedoch eher gering zu sein.

2.4 Einbindung der Rehabilitation in Disease-Management-Programme

2.4.1 Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen

Der BDPK unterstützt ausdrücklich die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) und die damit verbundenen Zielstellungen der Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen.

Bereits der Sachverständigenrat führt in seinem Gutachten (2000/2001, Band III, Nr. 92) aus, wie die Versorgung chronisch kranker Menschen in sinnvoller Weise organisiert sein sollte:

„Die angemessene Rehabilitation chronisch Kranker wird als selbstverständliche und ggf. wiederholte, den Lebenszyklen angepasste Kernaufgabe betrachtet und organisiert.“

Dies macht der BDPK zum Maßstab seiner Bewertung der Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt dem BMGS die Anforderungen zur Ausgestaltung der Disease-Management-Programme (DMP's) für die festgelegten chronischen Krankheiten. Das BMGS verabschiedet die Anforderungen im Rahmen der Verordnungen zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung. Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme bestehen bereits für folgende chronische Krankheiten: Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit und chronische obstruktive Atemwegserkrankungen. In den Anhörungsverfahren zu den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und den entsprechenden Referentenentwürfen des BMGS hatte der BDPK insbesondere die fehlende bzw. unzureichende Berücksichtigung der medizinischen Rehabilitation in den DMPs wiederholt kritisiert. Eine wesentliche Forderung des BDPK besteht daher darin, dass die Einbindung der Rehabilitation im Sinne des SGB IX beachtet wird. Nach Auffassung des



BDPK können ansonsten die Zielstellungen des Gesetzgebers im Zusammenhang mit einer sektorenübergreifenden Versorgung chronisch Kranker nicht ausreichend erfüllt werden.

In den letzten Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und im letzten Referentenentwurf des BMGS konnte der BDPK jedoch diesbezüglich Erfolge verzeichnen. Im Berichtszeitraum hatte sich der BDPK an den Anhörungsverfahren zu den Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Überarbeitung der Anforderungen an die Ausgestaltung von DMPs für Diabetes mellitus Typ 2 und für Brustkrebs und zum Referentenentwurf der Elften Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (insbesondere zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von DMPs für chronische obstruktive Atemwegserkrankungen) mit ausführlichen Stellungnahmen beteiligt.

In den Stellungnahmen begrüßt der BDPK, dass im Gegensatz zu den bisherigen Anforderungen an die Ausgestaltung von DMPs die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die Vermeidung oder Entgegenwirkung von Benachteiligungen als übergeordnete Ziele des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (gemäß § 1 SGB IX) in den Entwürfen ihren Niederschlag gefunden haben. Der BDPK wertet ebenfalls positiv, dass, wenn auch lediglich im Begründungsteil, u.a. auf die Vorgaben des SGB IX und auf das Beratungsangebot der gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX hingewiesen wird.

Der BDPK stellt jedoch weiterhin fest, dass die Anforderungen an die Ausgestaltung von DMPs im wesentlichen auf Ziele und Inhalte der Krankenbehandlung ausgerichtet sind. Die Stellungnahmen des BDPK enthalten daher schwerpunktmäßig Änderungs- und Ergänzungsvorschläge zur medizinischen Rehabilitation.

Disease-Management-Programme sind vor dem Hintergrund der zum 01.04.2004 in Kraft getretenen Rehabilitations-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V zu sehen. Diese Richtlinien sollen insbesondere das frühzeitige Erkennen der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation fördern und dazu führen, dass diese rechtzeitig eingeleitet werden. Der BDPK fordert daher in seinen Stellungnahmen, dass für strukturierte Behandlungsprogramme über die Rehabilitations-Richtlinien hinaus Indikatoren für den Übergang aus der Akutversorgung in die Rehabilitation konkret beschrieben werden.

2.4.2 Rahmenvereinbarung zwischen VdAK/AEV und BDPK

Ein weiterer Fortschritt bei der Einbeziehung der medizinischen Rehabilitation in DMPs stellt die für Mitgliedseinrichtungen der Landesverbände der Privatkrankenanstellen exklusive Rahmenvereinbarung zur Einbindung der Rehabilitation in strukturierte Behandlungsprogramme dar, die im Februar 2005 zwischen den Ersatzkassenverbänden VdAK/AEV und dem BDPK geschlossen wurde. Hiermit brachten die Vereinbarungspartner ihre gemeinsame Überzeugung zum Ausdruck, dass ohne medizinische Rehabilitation die Versorgung chronisch kranker Menschen nicht geregelt werden kann. Ziel der Rahmenvereinbarung ist daher die Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen in eine sektorenübergreifende, indikationsgesteuerte und systematische Behandlung von chronisch kranken Versicherten, die an DMPs teilnehmen. Damit leistet der BDPK einerseits einen aktiven Beitrag zur Aufwertung der DMPs. Andererseits wird den Ersatzkassenversicherten, die an Diabetes mellitus, Brustkrebs, einer koronaren Herzkrankheit, Asthma oder einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung leiden und sich in ein DMP eingeschrieben haben, eine breite



Auswahl an qualifizierten Rehabilitationseinrichtungen, die Mitglied in einem Landesverband der Privatkrankenanstalten sind, geboten. Damit schaffen diese Rehabilitationseinrichtungen die Grundlagen für die exklusive Belegung durch alle Ersatzkassen.

Die Rahmenvereinbarung regelt unter anderem Voraussetzungen und Verfahren des Beitritts der Rehabilitationskliniken sowie die Aufgaben der Einrichtungen und der Ersatzkassen. Hiermit wird insbesondere gewährleistet, dass die Patienten eine auf ihr Krankheitsbild abgestimmte, qualitätsgesicherte und sektorenübergreifende Behandlung erhalten. Da die Rehabilitationseinrichtung alle therapielevanten Befundunterlagen der Patienten erhält, ist sie in der Lage, die existierenden, nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelten Leitlinien und die Empfehlungen zur Medikation bei der Rehabilitation umzusetzen. Im Gegenzug werden den behandelnden DMP-Ärzten innerhalb einer Woche nach Ende der Rehabilitation alle relevanten Informationen zur Weiterbehandlung übermittelt.

Die Mitgliedseinrichtungen können die Rahmenvereinbarung direkt von ihren Landesverbänden der Privatkrankenanstalten abfordern.

2.5 Rehabilitations-Richtlinien: Nachbesserungen erreicht

Zum 01.04.2004 wurden für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V verabschiedet. Im Vorfeld hatte der BDPK wiederholt zum einen das darin vorgesehene mehrstufige Ordnungsverfahren kritisiert. Zum anderen hatte der BDPK wiederholt gegenüber den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingefordert, dass der in den Richtlinien enthaltene und an eine Zusatzqualifikation geknüpfte Verordnungsvorbehalt nicht zu Engpässen und Zugangsbarrieren für notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation führen darf.

Die Verordnungsberechtigung für Vertragsärzte ist nach § 11 Abs. 2 und 3 der Rehabilitations-Richtlinien an eine besondere Genehmigung gebunden, die von der Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wird, wenn der Vertragsarzt

- die Gebietsbezeichnung "Physikalische und Rehabilitative Medizin" besitzt oder
- über die Zusatzbezeichnungen "Sozialmedizin" oder "Rehabilitationswesen" oder über die fakultative Weiterbildung "Klinische Geriatrie" verfügt oder
- eine mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nachweist oder
- im Jahr vor Erteilung der Genehmigung mind. 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger (insbesondere Rentenversicherung) erstellt hat oder
- an einer Fortbildung von 16 Stunden mit Erfolg teilgenommen hat, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannt ist. Gegenstand dieser Fortbildung sind die Handhabung dieser Richtlinien, insbesondere Grundlagen der ICF und Inhalte der verordnungsfähigen Leistungen der Rehabilitation. Die Inhalte der Fortbildung sind in einem Curriculum vorzugeben, auf das sich die Partner dieser Richtlinien verständigen.



In den Rehabilitations-Richtlinien in der ursprünglichen Fassung vom 16.03.2004 wurde eine Übergangsfrist vorgesehen, wonach Vertragsärzte, die über die o.g. besondere Qualifikation nicht verfügen, nur noch bis zum 31.03.2005 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen dürfen. Es musste jedoch angezweifelt werden, ob innerhalb dieses Zeitraumes genügend Fortbildungskapazitäten vorhanden sind und von Vertragsärzten durchlaufen werden können. Dies nahm der BDPK zum Anlass, den Gemeinsamen Bundesausschuss auf diese Situation hinzuweisen und stieß die Verlängerung der Übergangsfrist für die Verordnungsberechtigung aller Vertragsärzte für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an. Schließlich fasste der Gemeinsame Bundesausschuss den Beschluss, die o.g. Übergangsfrist bis zum 31.03.2006 zu verlängern.

Für die Umsetzung der Rehabilitations-Richtlinien, insbesondere für den Umgang der für die Einleitung von Rehabilitationsleistungen problematischen Regelungen, hat der BDPK im Dezember 2004 ein Strategiepapier verabschiedet. Das Strategiepapier empfiehlt ein abgestimmtes Maßnahmenbündel auf den Ebenen von BDPK, Landesverbänden der Privatkrankenanstalten, Mitgliedseinrichtungen und vom Arbeitskreis Gesundheit. Zusätzlich wurde durch den BDPK ein Schreiben erstellt, welches über wesentliche Aspekte der Rehabilitations-Richtlinien informiert und von den Mitgliedseinrichtungen im Rahmen der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten den Arztbriefen beigelegt werden kann.

Nachdem die Übergangsfrist für die Verordnungsberechtigung aller Vertragsärzte verlängert wurde, richtet sich das Hauptaugenmerk des BDPK auf die Schaffung von Rahmenbedingungen für die Erteilung der Verordnungsgenehmigung an möglichst viele Vertragsärzte. Dazu zählt die ausreichende Vorhaltung von Angeboten zu der für die Verordnungsgenehmigung erforderlichen 16-stündigen Fortbildung der Vertragsärzte. Anforderungen an die Qualifikation des Kursleiters und der Referenten sowie Inhalte und Umfang (Curriculum) dieser Fortbildung wurden im Rahmen der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geregelt. Diese Vereinbarung trat zum 01.03.2005 in Kraft. Viele qualifizierte Rehabilitationseinrichtungen bieten sich als entsprechende Fortbildungseinrichtung an. Die Gremien des BDPK haben den Mitgliedseinrichtungen empfohlen, den Vertragsärzten in Absprache mit den Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Schulungen anzubieten.

2.6 Präventionsgesetz

Das Bundeskabinett hat am 02.02.2005 den Entwurf für das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention beschlossen. Am 09.03.2005 fand im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestags die öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf statt. In diesem Rahmen bemängelten viele Verbände und Organisationen, so wie auch der BDPK, vor allem die lediglich aus Sozialversicherungsbeiträgen vorgesehene Finanzierung von gesundheitlicher Prävention, da diese eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt. Obwohl auch der Bundesrat am 18.03.2005 eine grundlegende Überarbeitung forderte, wurde das Präventionsgesetz am 22.04.2005 in zweiter und dritter Lesung vom Deutschen Bundestag beschlossen. Der Gesetzbeschluss bedarf jedoch der Zustimmung des Bundesrates.



Der BDPK hat sich in die Debatte um das Präventionsgesetz eingebracht und seine Stellungnahme vom Februar 2005 im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung platziert. Zentraler Kritikpunkt des BDPK ist die weitere Kürzung des Rehabilitationsbudgets um den im Präventionsgesetz vorgesehenen Anteil der Rentenversicherung in Höhe von 40 Mio. €. Dies entspricht jährlich ca. 13.000 Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, die dann nicht mehr gewährleistet werden können.

Grundsätzlich sind die mit dem Präventionsgesetz vom Gesetzgeber verfolgten Ziele zu begrüßen. Der BDPK unterstützt ausdrücklich, dass die gesundheitliche Prävention gestärkt wird, denn durch eine effektive und effiziente Prävention und Gesundheitsförderung können Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Menschen nachhaltig verbessert und ein großer Teil der sonst erforderlichen Krankheits- und Krankheitsfolgekosten verringert oder vermieden werden. Der BDPK verbindet mit dem Präventionsgesetz auch die Erwartung, dass die bereits bestehenden, jedoch in den vergangenen Jahren vernachlässigten Präventionsbereiche gestärkt werden.

Der BDPK kritisiert in seiner Stellungnahme, dass mit dem vorgelegten Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention nicht nur die angestrebten Ziele nicht erreicht werden. Insbesondere wird der Bereich der medizinischen Rehabilitation, der ebenfalls präventiv wirkt, durch die neuen Definitionen und die vorgesehene Finanzierung der gesundheitlichen Prävention gefährdet. Des Weiteren wurden im Gesetzentwurf keinerlei Beteiligungsrechte der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Präventionseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vorgesehen.

2.6.1 Definitionen zur gesundheitlichen Prävention

Ausweislich der Begründung zum Entwurf des Präventionsgesetzes ist beabsichtigt, gleiche Begriffe für gleiche Leistungen zu verwenden: „Auf der Grundlage dieser Definitionen werden die anderen Teile des Sozialgesetzbuchs vereinheitlicht, so dass künftig gleiche Begriffe für gleiche Leistungen verwendet werden können und ein gemeinsames Verständnis von gesundheitlicher Prävention entsteht.“

Dieses Ziel wird zumindest für den Bereich der in den §§ 1, 2 und 3 Präventionsgesetz beschriebenen tertiären Prävention nicht annähernd erreicht. Tertiäre Prävention wird in der Regel als Verhütung der Verschlimmerung von bestehenden Erkrankungen definiert. Jedes ärztliche Handeln ist daher auch immer tertiäre Prävention. Sollte dieser Begriff im Präventionsgesetz weiter bestehen bleiben, müssen alle Sozialgesetzbücher, in denen es um medizinische Behandlung und Rehabilitation geht, geändert werden.

Des Weiteren entsteht eine Begriffskollision mit den Regelungen der gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111b SGB V vom 12.05.1999. Inhalte der medizinischen Vorsorge, die einen primär- und sekundärpräventiven Ansatz im Sinne der o.g. gemeinsamen Rahmenempfehlung verfolgt, sind diagnostische Maßnahmen sowie therapeutische Verfahren und Methoden, die geeignet sind, das angestrebte Vorsorgeziel zu erreichen. Auf diesen Begriffsbestimmungen beruhen die Konzeptionen und Versorgungsverträge entsprechender Einrichtungen in Abgrenzung zur medizinischen Rehabilitation. Die Definitionen nach dem Präventionsgesetz und die Folgeänderungen zum SGB V sind mit den bisherigen Begriffsbestimmungen im Bereich des SGB V nicht kompatibel und unterlaufen die Leistungsabgrenzung zur medizinischen Rehabilitation.



Der BDPK schlägt in der Stellungnahme daher vor, dass die in §§ 1, 2 und 3 Präventionsgesetz vorgesehene Zweckbestimmung und Definition der tertiären Prävention einschließlich der unvollständigen Folgeregelungen in den Spezialgesetzen gestrichen werden.

2.6.2 Finanzierung von gesundheitlicher Prävention

Prävention und Gesundheitsförderung stellen eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe dar, die eine dieser Bedeutung entsprechende Finanzierungsgrundlage erhalten muss. Nach Ansicht des BDPK greift daher die Finanzierung allein mit Mitteln der gesetzlichen und solidarischen Sozialversicherung zu kurz. Erschwerend kommt jedoch hinzu, dass für die gesetzliche Rentenversicherung Leistungen eingeführt werden, die ausschließlich aus dem nach § 220 SGB VI für die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zur Verfügung stehenden Budget finanziert und dementsprechend zu Lasten insbesondere der medizinischen Rehabilitation eingespart werden müssen. Diesen Verschiebepflicht zu Lasten der medizinischen Rehabilitation lehnt der BDPK insbesondere im Hinblick auf den Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und deren Wirksamkeit ausdrücklich ab. Die Problematik wird dadurch verstärkt, dass die eventuell nicht abgerufenen Mittel im Bereich der Rentenversicherung aufgrund der Regelung in § 24 Präventionsgesetz dauerhaft dem Rehabilitationsbudget entzogen werden. Die vorgesehene Übertragung der in der gesundheitlichen Prävention nicht genutzten Mittel zum Nachteil der Rehabilitation ist nicht hinnehmbar.

Der BDPK schlägt daher vor, dass in § 220 SGB VI für die Leistungen zur gesundheitlichen Prävention (§ 8 a Satz 1 SGB VI neu) im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ein eigenes Budget eingeführt wird.

2.6.3 Beteiligung der Leistungserbringer

Im Gesetzentwurf sind keine Beteiligungsrechte der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Präventionseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vorgesehen. Das gleiche betrifft die Vertretung dieser Spitzenorganisationen in den Gremien der zu errichtenden Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung.

Der BDPK fordert daher auch eine angemessene Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Präventionseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen. Der BDPK schlägt des Weiteren vor, dass diese Spitzenorganisationen auch in der Besetzung von Organen der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. Kuratorium) Berücksichtigung finden.

Die Stellungnahme des BDPK zum Entwurf für das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention kann auf der Homepage des BDPK heruntergeladen werden.

2.7 Anforderungsprofile für Mutter-Kind-Einrichtungen

Im Zusammenhang mit dem zum 01.08.2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter ergab sich die Notwendigkeit der Definition von Anforderungen, die an die Leistungserbringer gestellt werden. Daher haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des



MDS, des BDPK und des MGW Anforderungsprofile für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 a SGB V verabschiedet.

Die landesspezifische Umsetzung der Anforderungsprofile erfolgte jedoch uneinheitlich, festgelegte Qualitätsanforderungen wurden nicht immer von den Einrichtungen eingefordert und so mit unterschiedlichem Maß gemessen. Als Folge befürchtet der BDPK, dass die vom Gesetzgeber beabsichtigten Ziele der Sicherung von hoher Qualität und Effizienz in diesem Leistungsbereich nicht erreicht werden. Vielmehr sind die vom BDPK vertretenen hochqualifizierten Mutter-Kind-Einrichtungen in ihrer Existenz gefährdet, da sie qualitativ hochwertige Vorsorge und Rehabilitation anbieten, die sich dementsprechend im höheren Preissegment befinden müssen. Der BDPK forderte daher, dass die Anforderungsprofile gemeinsam und einheitlich konkretisiert und von den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen konsequent umgesetzt werden. Als Ergebnis der Abstimmungen haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen, der BDPK und das MGW im Juli 2004 gemeinsam auf Auslegungsgrundsätze zu den Anforderungsprofilen verständigt. Es wurde vereinbart, dass der Prozess der Umsetzung der Anforderungsprofile von den Verhandlungspartnern auf Spitzenverbandsebene weiter begleitet wird und ggf. zusätzliche Klarstellungen erfolgen.

Darüber hinaus wird der Dialog mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Bezug auf weitere Probleme, insbesondere im Zusammenhang mit dem Antrags- und Bewilligungsverfahren, fortgesetzt. Ziel ist die Abstimmung eines Papiers mit gemeinsamen Positionen zu den einzelnen Problem- und Fragestellungen (z.B. zur Auslegung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, Weiterleitung von Anträgen an die Rentenversicherungsträger, Ausgestaltung des Wunsch- und Wahlrechtes in diesem Leistungsbereich).

Die Anforderungsprofile für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 a SGB V sowie die Auslegungsgrundsätze können auf der Homepage des BDPK heruntergeladen werden.

2.8 Nachhaltigkeit der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Der BDPK und der Arbeitskreis Gesundheit wollen sich gemeinsam dem Thema der Nachhaltigkeit in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation widmen, da diese noch nicht ausreichend dokumentiert und wissenschaftlich untersucht wurde. Mit Unterstützung durch die Schirmherrin des Arbeitskreises Gesundheit Frau Dr. Margrit Spielmann, MdB, wollen der BDPK und der Arbeitskreis Gesundheit mit ihrer Initiative einen Beitrag zur Erhaltung und Stärkung der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation leisten.

Zur Abstimmung und Vorbereitung erforderlicher Schritte wurde eine Arbeitsgruppe mit Frau Dr. Spielmann, Vertretern des BDPK und des Arbeitskreises Gesundheit sowie Vertretern aus Kinder- und Jugendlichenrehabilitationseinrichtungen gegründet. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe stellten insbesondere fest, dass für die Nachhaltigkeit der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ein Netzwerk aller an der Versorgung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen Beteiligten (z.B. Rehabilitationseinrichtung, Familie, Vertragsarzt, Psychotherapeut, Schule, Kindergarten, Jugendamt, öffentlicher Gesundheitsdienst) erforderlich ist. Die Arbeitsgruppe hat bereits mit namhaften Rehabilitationswissenschaftlern Kontakt aufgenommen und erste Vorstellungen zum Studiendesign erörtert.



Für das weitere Vorgehen wurde abgestimmt, dass eine Broschüre zum Thema Nachhaltigkeit der Rehabilitation bei chronisch kranken Kindern erstellt werden soll, welche sich insbesondere an Familien, Politik, Kostenträger, niedergelassene Kinderärzte, Schulen, Kindergärten, Jugendämter und öffentlichen Gesundheitsdienst richtet.

2.9 Rahmenkonzept zur stationären Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen

Auf der Ebene der BAR haben die Rehabilitationsträger für mehrere Indikationsbereiche Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation verabschiedet. Nach wie vor ist jedoch festzustellen, dass für die stationäre Rehabilitation kostenträgerübergreifende indikationsspezifische Rahmenkonzepte bzw. -empfehlungen, insbesondere solche, welche sich an der ICF orientieren, noch nicht vorliegen.

Daher betrachtet es der BDPK als erforderlich, dass auf der Grundlage des SGB IX und der ICF Konzepte für stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entwickelt und in die Diskussion mit der Politik und den Leistungsträgern eingebracht werden. Diese Konzepte, die für die Mitgliedseinrichtungen der Landesverbände der Privatkrankenanstalten empfehlenden Charakter besitzen, konkretisieren das Rehabilitationsverständnis in den jeweiligen Indikationsbereichen und sollen neuen Entwicklungstendenzen Rechnung tragen.

Der BDPK hatte daher bereits Anfang 2003 in einem ersten Schritt das „Rahmenkonzept zur stationären Rehabilitation bei muskuloskeletalen Erkrankungen“ verabschiedet. In Fortsetzung dessen wurde in der Facharbeitsgruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen des BDPK das „Rahmenkonzept zur stationären Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen“ entwickelt. Dem ging ein intensiver Dialog zwischen den Mitgliedern, insbesondere den Rehabilitationsmedizinern, dieser Facharbeitsgruppe voraus. Bei der Erarbeitung des Rahmenkonzeptes fanden sämtliche, für diesen Indikationsbereich maßgebliche, Empfehlungen, Kriterien und Leitlinien (z.B. die „Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit“ der BfA) Berücksichtigung. Einen Fortschreibungsbedarf sehen die beteiligten Mitglieder insbesondere im Zusammenhang mit der Adaptation der ICF.

Im Fortgang wird beabsichtigt, in der Facharbeitsgruppe Herz-Kreislauf-Erkrankungen Kriterien für die Erkennung des Rehabilitationsbedarfs im Rahmen von Disease-Management-Programmen für koronare Herzkrankheit zu entwickeln.

Das „Rahmenkonzept zur stationären Rehabilitation bei kardiologischen Erkrankungen“ kann auf der Homepage des BDPK heruntergeladen werden.

2.10 Positionspapier zu den aktuellen Problemen in der medizinischen Rehabilitation

Trotz des Inkrafttretens des SGB IX und der damit verbundenen bzw. vom Gesetzgeber gewollten Stärkung des Bereiches der medizinischen Rehabilitation befinden sich viele Rehabilitationseinrichtungen in einer existenziellen Krise. Nach fast vier Jahren des Inkrafttretens des SGB IX ist das Fazit zu ziehen, dass der mit den Zielstellungen des Gesetzgebers verfolgte Anspruch und die tatsächlich im Rehabilitationsbereich erlebte Wirklichkeit erheblich auseinander klaffen. Aus Sicht des BDPK besteht daher in den nachfolgend aufgeführten Bereichen dringender Handlungsbedarf. Um auf die existenzbedrohliche Situation hinzuweisen, wurde in den Gremien des BDPK ein



Problempapier abgestimmt. Dieses Positionspapier soll die Grundlage für die aufzunehmenden politischen Gespräche auf den unterschiedlichen Ebenen bilden.

2.10.1 Fehlende Konsequenz bei der Honorierung von Qualitätsergebnissen

Der BDPK spricht sich nachhaltig für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Rehabilitationsleistungen aus und fordert einen Qualitätswettbewerb, bei dem die Ergebnisqualität im Vordergrund steht. Hohe Qualität muss sich für den Leistungserbringer in der Belegung und im Preis lohnen. Dafür bedarf es transparenter Genehmigungs- und Entscheidungsverfahren, die die Versorgungsqualität in den Vordergrund stellen. Geltende Vereinbarungen auf Bundesebene (nach § 137 d Abs. 1 und 1a SGB V) sehen dies bereits vor, müssen jedoch konsequent umgesetzt werden.

2.10.2 Existenzgefährdende Preisentwicklung

Der BDPK fordert, dass der qualitäts- und existenzgefährdenden Abwärtsentwicklung bei der Vergütung von Leistungen zur Rehabilitation ein Ende gesetzt wird. Der BDPK hält insbesondere die Entwicklung und Einführung eines Vergütungssystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems für dringend erforderlich.

2.10.3 Stellung der Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen integrierter Versorgungsformen

Der BDPK fordert im Rahmen integrierter Versorgungsformen die Einbindung von medizinischer Rehabilitation im Sinne des SGB IX und die Stellung aller beteiligten Leistungserbringer als gleichberechtigte Partner der Verträge nach § 140 b SGB V.

2.10.4 Auswirkungen des DRG-Systems auf den Rehabilitationsbereich

Der BDPK fordert, dass für die frührehabilitativen Leistungsbereiche im Krankenhaus die im Rehabilitationsbereich geltenden hohen Qualitätsstandards erfüllt werden. Denn: „Wo Rehabilitation drauf steht, muss auch Rehabilitation drin sein!“ Der BDPK fordert weiterhin einen fairen Wettbewerb im Rehabilitationsbereich, bei dem gleiche Bedingungen in Bezug auf Qualitätsstandards, Kostenbelastung, Preise und Patientenzuweisung bestehen.

2.10.5 Trägereigene Einrichtungen

Der BDPK hält eine gesonderte statistische Erfassung der Belegung trägereigener und privat getragener Rehabilitationseinrichtungen für erforderlich. Ausschließlicher Maßstab für die Belegung müssen Qualität und Preis sein. Der BDPK fordert klare gesetzliche Regelungen, die eine bevorzugte Belegung der Eigeneinrichtungen der Rehabilitationsträger ohne Berücksichtigung von Preis und Qualität nicht mehr zulassen.

2.11 Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement

2.11.1 Umsetzung der Vereinbarung nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V

Zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen wurde zum 01.04.2004 die Vereinbarung zu Qualitätssicherung



und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V (Qualitätsvereinbarung) geschlossen. Gemäß § 10 Abs. 1 dieser Vereinbarung wird ein Gemeinsamer Ausschuss eingerichtet, der sich paritätisch aus allen Partnern dieser Vereinbarung zusammensetzt.

Im Berichtszeitraum nahm der Gemeinsame Ausschuss „Qualitätssicherung“ seine Arbeit auf; die konstituierende Sitzung fand im September 2004 statt. Der BDPK ist als Partner der Qualitätsvereinbarung Mitglied des Gemeinsamen Ausschusses und vertritt in diesem Rahmen insbesondere die konsequente Umsetzung der in der Qualitätsvereinbarung getroffenen Regelung, dass die Qualitätsergebnisse die wesentliche Grundlage für die Belegungssteuerung und für die leistungsbezogenen Vergütungsverhandlungen bilden.

Der Gemeinsame Ausschuss berät und entscheidet über die Weiterentwicklung der bestehenden Instrumente und Verfahren der externen Qualitätssicherung. Eine weitere Aufgabe des Gemeinsamen Ausschusses stellt die Beratung und Entscheidung über die einheitliche Bewertung der im Rahmen der externen Qualitätssicherung erhobenen Daten sowie über ihre jeweiligen Verwendungszwecke dar.

Der Gemeinsame Ausschuss plant die Verabschiedung einer Verlautbarung, die die einheitliche und konsequente Anwendung der Instrumente und Verfahren im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens und des internen Qualitätsmanagements unterstützen soll. Der Gemeinsame Ausschuss wird in der Verlautbarung nachdrücklich alle Rehabilitationseinrichtungen auffordern, am QS-Reha®-Verfahren teilzunehmen. Dabei fordert der BDPK die ausdrückliche Herausstellung, dass für Einrichtungen, die am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung teilnehmen, diese Verpflichtung entfällt. Die Vereinbarungspartner werden in der Verlautbarung deutlich hervorheben, dass Rehabilitationseinrichtungen, die sich nicht zumindest mit einer Fachabteilung am QS-Reha®-Verfahren oder am QS-Programm der GRV beteiligen, nach Ablauf einer Übergangsfrist (30.06.2006) zukünftig verstärkt mit Konsequenzen bei der Belegung und den Vergütungsverhandlungen zu rechnen haben. Im Gegenzug fordert der BDPK, dass die Qualitätsergebnisse des QS-Reha®-Verfahrens die wesentliche Größe für die Belegung und Vergütung darstellen. Hierfür ist eine entsprechende Bewertung und Gewichtung der Qualitätsergebnisse erforderlich.

Zur Aufbereitung der verschiedenen Schwerpunktthemen des Gemeinsamen Ausschusses (z.B. Kosten der Teilnahme am QS-Reha®-Verfahren, Bewertung und Darstellung der Qualitätsergebnisse, Anforderungen an das interne Qualitätsmanagementverfahren, Entwicklung des QS-Reha®-Verfahrens für Mutter-Kind-Einrichtungen sowie für Vorsorgeeinrichtungen) wurden folgende Arbeitsgruppen gebildet:

- Arbeitsgruppe „Kosten“
- Arbeitsgruppe „Teilnahme und Bewertung der Einrichtung“
- Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement“
- Arbeitsgruppe „QS-Mutter-Kind“
- Arbeitsgruppe „Vorsorge“

Diese Arbeitsgruppen setzen sich jeweils aus 3 Vertretern von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer zusammen. Der BDPK vertritt in allen Arbeitsgruppen die Interessen seiner Mitglieder bzw. angeschlossenen Mitgliedseinrichtungen; in der Arbeitsgruppe „Kosten“ hat der BDPK



insbesondere die Funktion des federführenden Verbandes übernommen. Diese Arbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, für alle (sowohl für kleine als auch große) Einrichtungen tragbare Rahmenbedingungen für die Beteiligung am QS-Reha®-Verfahren zu schaffen, vor allem die Senkung der von den Einrichtungen zu tragenden Aufwendungen für die Teilnahme am Verfahren.

2.11.2 Rehabilitationsbewertungssystem der BfA

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte lud im April 2005 die Spitzenorganisationen der Rehabilitationseinrichtungen zu einem Workshop zum Thema Entwicklung eines Rehabilitationsbewertungssystems ein. Zielsetzung aus Sicht der BfA soll sein, künftig die Steuerung und Vergütung von Rehabilitationsleistungen stärker an Qualitätsaspekten zu orientieren. Aus Sicht der BfA ist die Einweisungssteuerung bislang nicht an die Ergebnisse des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung, die Qualitätssicherungsaspekte der BfA und die Arbeitsergebnisse der Einrichtungsbetreuung der BfA gekoppelt.

Zur Entwicklung des Rehabilitationsbewertungssystems hatte die BfA ein erstes Informationsschreiben erstellt. Hierzu hat der BDPK eine Stellungnahme abgegeben.

Der BDPK begrüßt alle Aktivitäten der Rehabilitationsträger, die eine stärkere Konsequenz von guter Qualität im Hinblick auf Belegungssteuerung und Vergütung nach sich ziehen. Damit stellen sich die Mitglieder des BDPK einem konsequenten Qualitätswettbewerb auf dem derzeit äußerst schwierigen „Rehabilitationsmarkt“.

Qualität muss sich für den Leistungserbringer lohnen; entsprechende Verfahren müssen jedoch wissenschaftlich vertretbar sein. Der BDPK setzt insbesondere voraus, dass das Rehabilitationsbewertungssystem aufgrund der Verbindung von Qualität und wirtschaftlicher Steuerung den Anforderungen an ein standardisiertes Projekt auf höchstem fachlichen Niveau standhalten muss. Eine perspektivische Entwicklung und Weiterentwicklung gemeinsam mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer erscheint dringend notwendig.

2.11.2.1 Transparenzerfordernis

Wesentlich für die Akzeptanz des Reha-Bewertungssystems wird aus Sicht des BDPK sein, inwieweit die vorgenommenen Bewertungen auch für die Rehabilitationskliniken transparent und nachvollziehbar sind. Insofern müssen Regelungen gefunden werden, die dem Transparenzerfordernis (einschließlich Transparenz bezüglich der unterschiedlichen Gewichtung der Qualitätskriterien und der Umsetzung der Ergebnisse in die wirtschaftliche Steuerung) gerecht werden. Hierzu gehört auch, dass die erhobenen Daten über alle beteiligten Kliniken transparent gemacht werden. Dies gilt ebenfalls für die BfA-eigenen Kliniken, deren Daten durch Dritte ausgewertet werden sollten. Die Daten müssen aus Sicht des BDPK auch dem Patienten zur Information zur Verfügung stehen.

2.11.2.2 Entwicklung/Weiterentwicklungsoptionen

Die Entwicklung/Weiterentwicklung eines solchen Verfahrens bedarf im Sinne der Vertrauensbildung der Praxiserfahrung der beteiligten Kliniken, um die nötige Akzeptanz bei den Leistungserbringern zu genießen. Deshalb betrachtet der BDPK die Beteiligung der Leistungserbringerverbände an der Entwicklung/Weiterentwicklung dieses Verfahrens für notwendig. Realisierbar ist dies durch einen paritätisch besetzten Ausschuss für die Entwicklung/Weiterentwicklung des Reha-Bewertungssystems. Hier sollte die mit den



Spitzenverbänden der Krankenkassen begonnene Partnerschaft im Gemeinsamen Ausschuss „Qualitätssicherung“ im Rahmen der Umsetzung der Vereinbarung nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V beispielgebend sein.

2.11.2.3 Statistische Belastbarkeit der Einteilung

Die Einteilungssystematik des Reha-Bewertungssystems in 3 Gruppen wirkt aus Sicht des BDPK recht problematisch, weil sie noch keine ausreichende Trennschärfe für die Klinikunterscheidung erkennen lassen. Die vorgelegten Unterlagen lassen nicht erkennen, ob und inwieweit eine zentrale Anforderung an Klinikvergleiche, die Confounder-Bereinigung, Berücksichtigung gefunden hat. Hier besteht nach Auffassung des BDPK Nachbesserungsbedarf, um faire und belastbare Klinikvergleiche zu ermöglichen.

3 Krankenhäuser

3.1 Fallpauschalenänderungsgesetz

Der BDPK hat sich stets dafür eingesetzt, dass die Vergütung der Leistungen im Akutkrankenhausbereich transparenter gestaltet wird und sich an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung orientieren muss. Deshalb hält der BDPK die Umsetzung des DRG-Systems für unverzichtbar. Um die vorgenannten politischen Zielsetzungen zu erreichen, ist es zwingend notwendig, das DRG-System tatsächlich umzusetzen. Nur so können die notwendigen Strukturveränderungen in Krankenhäusern eingeleitet und realisiert werden. Bereits vor der eigentlichen „Scharfschaltung“ des DRG-Systems durch den Beginn der Konvergenzphase am 01.01.2005 wurden die bekannten gesetzlichen Regelungen zur stufenweisen Einführung der DRG aufgeweicht. Damit hat sich die Politik dem aufgebauten Druck der vergleichsweise eher teuren Krankenhäuser gegen die Einführung der Fallpauschalen gebeugt. Diese hatten mit dem Zusammenbruch der Krankenhausversorgung gedroht, wenn die bereits seit 2000 bekannten Rahmenbedingungen der DRG-Einführung umgesetzt würden.

Nach Auffassung des BDPK habe die Politik vor dem Druck der Krankenhäuser kapitulieren müssen, die die Zeit von der Einführung des DRG-Systems im Jahre 2002 bis zum Start der stufenweisen Angleichung der Preise für Krankenhausleistungen am 01.01.2005 nicht genutzt hätten. Gerade diese Krankenhäuser hätten sich nicht durch konsequentes betriebswirtschaftliches Handeln auf die Erfordernisse der bereits seit dem Jahr 2002 bekannten Einführungsbedingungen der DRGs eingestellt. Das leistungsbezogene und transparente Vergütungssystem hätte die Krankenhäuser zu mehr Wirtschaftlichkeit zwingen sollen. Die Konsequenz ist, dass mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz nun das Tempo der DRG-Einführung erheblich gedrosselt wird. Erst mit Beginn des Jahres 2010, statt 2008 wird die Einführung des DRG-Systems vollständig erfolgt sein. Die zeitliche Streckung der DRG-Einführung führt letztlich zu geringeren Angleichungsschritten an einheitliche Fallpauschalen. Geplant war die Anpassung ihrer jetzigen Vergütung in 3 Schritten zu je 33 % an einheitliche Fallpauschalen. Nun erfolgt sie in 5 Schritten beginnend mit 15 %. Ein zusätzliches „Ruhekissen“ für die teuren Krankenhäuser ist die sogenannte „Kappungsgrenze“, die mögliche Budgetverluste einzelner Krankenhäuser auf zunächst maximal 1% im Jahr 2005 und danach um jeweils 0,5 % steigende Maximalbeträge bis zum Jahr 2009 begrenzt. Die Motivation für die Krankenhäuser, wirtschaftlichere Organisationsstrukturen zu schaffen, wird damit auf nahe Null gesenkt. Nicht zuletzt fühlen sich gerade die



Krankenhäuser im Stich gelassen, die sich zielstrebig auf den Beginn der Konvergenzphase vorbereitet haben. Gerade die Krankenhäuser in privater Trägerschaft hätten erheblich in die Verbesserung der Abläufe, die technische und räumliche Ausstattung des Medizinbetriebes und in die Transparenz der Kostenstrukturen investiert. Diese Investitionen auf der Basis einer geltenden Gesetzeslage wirkten nun für die wirtschaftlicheren Krankenhäuser vergebens.

Wichtig ist nach Auffassung des BDPK, zukünftig verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung zu schaffen. Eine duale Krankenhausfinanzierung, bei der die Betriebskosten des Krankenhauses über Fallpauschalen und die Investitionskosten durch Zuschüsse der Bundesländer getragen werden, passen nicht zusammen. In absehbarer Zeit müssen gesetzliche Regelungen für eine Krankenhausfinanzierung „aus einer Hand“, die sogenannte monistische Finanzierung, geschaffen werden.

Des weiteren lehnt der BDPK staatliche Subventionen der Verluste öffentlicher Krankenhäuser als wettbewerbsschädlich ab. Rationalisierungspotentiale hingegen sieht der BDPK in der Nutzung der Möglichkeiten der teilstationären Versorgung. Viele ansonsten nur vollstationär zu erbringende Leistungen lassen sich damit wesentlich preisgünstiger und mit hoher Akzeptanz durch die Patienten erbringen. Nach den Berechnungen des Instituts für Gesundheitsökonomik in München, ließen sich durch konsequente Ausschöpfung der teilstationären Versorgung zwischen 15 % und 30 % der Krankenhausaufgaben einsparen.

Der Entwicklungsprozess des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes stellte sich wie folgt dar:

- 28.05.2004: 1. Referentenentwurf
- 29.06.2004: Anhörung BMGS
- 29.06.2004: Anträge der Bundestagsfraktionen
- 16.07.2004: Kabinettsentwurf
- 03.09.2004: 2. Referentenentwurf
- 24.09.2004: Bundesrat
- 29.09.2004: Anhörung vor dem Bundestagsausschuss Gesundheit und Soziale Sicherung
- 24.11.2004: Vermittlungsausschuss
- 26.11.2004: Beschlussfassung im Bundestag

Die Einflussnahme des BDPK auf dieses Gesetzgebungsverfahren stand im Mittelpunkt der Verbandsaktivitäten im Berichtszeitraum. Damit verbunden war auch eine Vielzahl von Gesprächen im BMGS, mit Bundestagsabgeordneten und den Mitgliedern der Arbeitsgruppen der Bundestagsfraktionen der Parteien.

Letztlich mussten sicherlich einige diskussionswürdige Zugeständnisse im Rahmen des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes gemacht werden. Dazu zählt sicherlich die Verlängerung der Konvergenzphase um 2 Jahre und die Einführung einer progressiven Kappungsgrenze, die die Budgetverluste der teureren Krankenhäuser eingrenzen soll. Der dadurch gesetzte Systemanreiz kommt gerade den Krankenhäusern entgegen, die sich auf die zu erwartende Situation nicht durch die Realisierung von Wirtschaftlichkeitspotentialen eingestellt haben. Durch die Kappung der Verluste bezogen auf das Erlösbudget auf einen progressiven Prozentsatz wird kein Anreiz gesetzt, sich mit



den Ursachen von möglicherweise bestehenden Unwirtschaftlichkeiten auseinander zu setzen. Mit dieser Position befindet sich der BDPK im Einvernehmen mit den im Gesetzgebungsverfahren hinzugezogenen Sachverständigen, Herrn Prof. Dr. Dr. Lauterbach und Prof. Dr. Neubauer.

Dennoch ist es gelungen, auch gegen den Widerstand weiter Teile der Krankenhausszene die Grundzüge des DRG-Systems mit einem einheitlichen Landesbasisfallwert, dem Beginn der Konvergenzphase zum 01.01.2005 und der Verhinderung weiterer Ausnahmeregelungen vom DRG-System zu erhalten.

3.2 Fallpauschalen-Katalog 2005

Wesentliches Instrument für das DRG-System ist der Fallpauschalenkatalog mit seinen Leistungsdefinitionen und Bewertungsrelationen. Zur Vorbereitung des Fallpauschalenkataloges 2005 hat der BDPK insgesamt 160 von 183 abgegebenen Ausgestaltungsvorschlägen eingebracht. Während die Selbstverwaltungspartner rund ein Drittel aller Vorschläge umgesetzt haben, wurden 40 % der Vorschläge des BDPK in den Fallpauschalenkatalog 2005 aufgenommen.

Damit hat der BDPK entscheidend dazu beigetragen, die Abbildung von Krankenhausleistungen realistischer und aufwandsbezogener darzustellen.

Zum 31.03.2005 hat der BDPK weitere 69 Verbesserungs- und Veränderungsvorschläge für den Fallpauschalenkatalog 2006 in das DIMDI- und InEK-Vorschlagsverfahren eingebracht. Im Hinblick auf die bislang gemachten Erfahrungen ist zu erwarten, dass auch ein großer Teil dieser Vorschläge in der Ausgestaltung des Fallpauschalenkataloges 2006 Berücksichtigung finden.

3.3 Teilstationäre Leistungen

Durch massive Intervention ist es dem BDPK gelungen, in den Referentenentwurf des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes gesetzliche Regelungen für teilstationäre Leistungen in Krankenhäusern aufzunehmen. Im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens wurden diese Regelungen insbesondere von den Spitzenverbänden der Krankenkassen massiv bekämpft. Letztlich hat sich der Gesetzgeber wegen der grundsätzlichen Problemstellungen zur Einführung des DRG-Systems und des weiteren Konkretisierungsbedarfs der teilstationären Leistungen entschlossen, diese Regelungen aus dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz herauszunehmen.

Teilstationäre Leistungen in Krankenhäusern müssen nach Auffassung des BDPK weiter gefördert und in die Versorgungspraxis übertragen werden. Teilstationäre Leistungen sind definitorisch Leistungen, die grundsätzlich nicht ambulant erbracht werden können. Sie bedürfen hinsichtlich ihrer medizinischen Hauptleistung aufgrund ihrer Komplexität, der Risiken und der individuellen sozialen Belange der Hintergrundesicherheit und der Infrastruktur des Krankenhauses, erfordern aber andererseits keine vollstationäre Aufnahme.

Zwischenzeitlich ist es gelungen, die Notwendigkeit der Einführung teilstationärer Leistungen auch innerhalb der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu platzieren. Auch die DKG wird nun die Einführung teilstationärer Leistungen offensiv unterstützen.

Die vom Landesverband der Privatkrankenanstalten in Thüringen zusammen mit dem BDPK in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Gutachten von Prof. Dr. Dr. Lauterbach



und Prof. Dr. Neubauer gehen von einem möglichen Einsparvolumen zwischen 15 und 30% der gesamten Krankenhausausgaben aus.

3.4 Verhandlungen der Landesbasisfallwerte

Grundsätzliche Bedeutung für die Arbeit in den Landesverbänden und dem Bundesverband haben die erstmals im Jahr 2005 zu vereinbarenden Landesbasisfallwerte als Grundlage für die ökonomische Bewertung der DRGs eingenommen. Auf der Bundesebene hat sich der BDPK zusammen mit den Landeskrankengesellschaften an der Entwicklung eines einheitlichen Berechnungsschemas für die Landesbasisfallwerte beteiligt. Die Landesverbände der Privatkrankenanstalten haben ihrerseits Vertreter in die Verhandlungskommissionen für die Landesbasisfallwerte entsandt. Insgesamt ist festzustellen, dass einvernehmliche Vereinbarungen von Landesbasisfallwerten mit den Krankenkassen wegen diametraler Interessenslagen weit überwiegend nicht erfolgreich waren. Aus diesem Grunde hat das BMGS mit Datum vom 31.03.2005 einen Referentenentwurf zur Verordnung zur Bestimmung vorläufiger Landesbasisfallwerte im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenverordnung 2005) vorgelegt.

Neben der Tatsache, dass ausschließlich Budgetdaten von 2 Krankenkassen Verwendung für die Errechnung der technischen Landesbasisfallwerte zugrunde gelegt wurden, ist kritisch anzumerken, dass viele Krankenhäuser derzeit noch immer nicht Budgetvereinbarungen mit den Krankenkassen schließen konnten. Die Budgetdaten dieser Krankenhäuser sind in den Datengrundlagen der Fallpauschalenverordnung 2005 unberücksichtigt geblieben, was zu niedrigeren technischen Landesbasisfallwerten führte.

Der BDPK hat hierzu mit Datum vom 12.04.2005 eine Stellungnahme gegenüber dem BMGS abgegeben. Dabei wurde insbesondere auf die Regelungslücke hingewiesen, die sich für das außer Kraft setzen des technischen Landesbasisfallwertes bis zur Genehmigung durch die zuständige Genehmigungsbehörde auf Landesebene bezieht.

In der Anhörung am 19.04.2005 konnte insbesondere das Begehren der Krankenkassen abgewehrt werden, dass Investitionskostenanteile für nicht oder nur teilweise geförderte Krankenhäuser aus der Bundespflegesatzverordnung aus den Datengrundlagen herausgerechnet werden. Dies hätte zu einem Absinken des Landesbasisfallwertes für alle Krankenhäuser geführt. Letztlich wäre damit der Investitionskostenpielraum für die nicht oder nur teilweise geförderten Krankenhäuser geringer geworden.

3.5 Investitionskostenfinanzierung unter DRG-Bedingungen

Im Hinblick auf das 2010 anstehende Ende der Konvergenzphase ist frühzeitig eine Lösung für die Abbildung von Investitionskosten im DRG-System zu erarbeiten.

Eine Facharbeitsgruppe hat zu dieser Problematik verschiedene Lösungsansätze entwickelt, die derzeit in den Gremien des BDPK diskutiert und abgestimmt werden. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Investitionskosten generell im DRG-System abzubilden. Notwendig ist hierfür eine einheitliche, trägerunabhängige Berechnungs- und Zuteilungssystematik, die in allen Bundesländern anzuwenden ist.

3.6 Qualitätsbericht im Krankenhaus

Gemäß § 137 Abs. 6 SGB V sind die Krankenhäuser erstmals zum 31.08.2005 verpflichtet einen Qualitätsbericht für das Jahr 2004 zur Weiterleitung an die



Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen sowie den Verband der privaten Krankenversicherung zu ermitteln. Der Zeitpunkt zur Erstellung und Abgabe des Qualitätsberichtes rückt immer näher. Der Vorbereitungsstand zum Qualitätsbericht ist in den einzelnen Kliniken sehr unterschiedlich. Dies ist insbesondere mit der Sorge der Krankenhäuser verbunden, wie denn die Landesverbände der Krankenkassen mit den Qualitätsdaten umgehen. Weder Krankenkassen noch Krankenhäuser verfügen über Erfahrungen, wie mit den Qualitätsberichten, z. B. in Bezug auf Leistungssteuerung umgegangen wird.

Auch die am 03.12.2003 von den Selbstverwaltungspartnern verabschiedeten Grundsätze für Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichtes lässt diese Frage weitgehend offen. Vertrauensbildend hat an dieser Stelle auch nicht die einseitige, und ohne rechtzeitige Beteiligung der Leistungserbringerverbände verhandelte Datensatzbeschreibung zur Umsetzung des strukturierten Qualitätsberichts für das Jahr 2005 (Version 1.0) gewirkt. Diese wurde von den Leistungserbringerverbänden (Deutsche Krankenhausgesellschaft und BDPK) eindeutig abgelehnt. Dort war beispielsweise vorgesehen, dass das einzelne Krankenhaus das eigene Ranking im Verhältnis zu anderen Krankenhäusern des Landes auf der Basis der externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) vornimmt. Damit wäre die bisherige Anonymität des gesamten Verfahrens außer Kraft gesetzt.

3.7 BDPK: Konstruktiver Umgang mit der Qualität

Der BDPK hat sich in seinen Gremien für einen konstruktiven Umgang mit den Anforderungen und Inhalten an den strukturierten Qualitätsbericht auseinandergesetzt. Die Facharbeitsgruppe Qualitätsbericht des BDPK hat sozusagen als „Gegenpol“ zur Datensatzbeschreibung der Spitzenverbände eine eigene Empfehlung zur inhaltlichen Ausgestaltung des Systemteils erarbeitet. Diese ist getragen von der von den privaten Krankenhausbetreibern eigenen Qualitätsphilosophie, die gute Qualität abbildbar macht, mit einem überschaubaren Aufwand unter Nutzung von Routinedaten und den Patienten und Ärzten als Einweiser gute Orientierungsmöglichkeiten über die Qualität von Krankenhäusern bietet.

3.7.1 BDPK-Positionen gemeinsam mit den Spitzenverbänden vereinbart

Die Empfehlungen des BDPK beziehen sich auf die Abbildung der Kriterien der Ergebnisqualität. Hierzu wurden zum einen die Ergebniskriterien aus den BQS-Datensätzen gewählt sowie die Indikatoren der „Agency for health-care research and quality“ („AHRQ“) abgestellt. Diese AHRQ-Kriterien können Hinweise auf Probleme der Patientensicherheit geben. Insgesamt werden von der AHRQ 23 Indikatoren zu dieser Thematik empfohlen. Ausgewählt worden sind für den ersten Qualitätsbericht 3 fachabteilungsunabhängige Indikatoren. Diese Indikatoren sind nun in der Datensatzbeschreibung zur Umsetzung des strukturierten Qualitätsberichtes für das Jahr 2005 (Version 1.1) vom 31.01.2005 eingeflossen. Kritische Kriterien wurden aus dieser Datensatzbeschreibung herausgenommen. Außerdem beinhaltet die Empfehlung der Spitzenverbände und des BDPK vom 31.01.2005 Umsetzungshilfen und Erläuterungen für zwingend auszuweisende und für obligatorisch zu liefernde Qualitätsdaten. Damit konnte der BDPK einen entscheidenden Beitrag zur Konsentierung der Anforderungen an den strukturierten Qualitätsbericht zumindest für die Anbieter privater Krankenhäuser liefern.



Die Qualität der Leistungserbringung ist sowohl für die Spitzenverbände der Krankenkassen als auch für die Krankenhäuser in privater Trägerschaft ein zentrales Thema. Sowohl für die Patienten als auch für die einweisenden Ärzte ist die Transparenz der Ergebnisqualität von zunehmender Bedeutung. Einig sind sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und der BDPK in der Frage, dass eine transparente und gute Leistungsqualität besser vergütet werden muss. Nur damit können Anreizpunkte für einen echten Qualitätswettbewerb gesetzt werden. Einig sind sich Spitzenverbände der Krankenkassen und der BDPK, dass der Qualitätsbericht als Instrument für transparente Leistungsabbildung zukünftig in den Budgetverhandlungen Berücksichtigung finden muss.

3.7.2 Software-Lösung zur Erstellung des Qualitätsberichts

Neben der entscheidende Frage von Inhalten und deren Verwendung ist natürlich für Krankenhäuser der organisatorische Aufwand zur Erstellung des Qualitätsberichtes entscheidend. Der BDPK hat verschiedene EDV-Programme zur Erstellung des Qualitätsberichts in Augenschein genommen. Überzeugt hat hier das Produkt „3M-QS-Bericht 2005“, das eine Unterstützung bei der Erstellung des strukturiertes Qualitätsberichts bietet. Dieses Produkt basiert auf den gemeinsamen von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und vom BDPK getragenen Datensatzbeschreibungen. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit, über den gesetzlich verpflichteten Rahmen hinaus, krankenhausindividuelle Informationen aufzubereiten. Die Krankenhäuser, die Mitglied in einem der Landesverbände der privaten Krankenanstalten sind, erhalten im Falle des Einsatzes des „3M-QS-Berichts 2005“ Sonderkonditionen in Höhe von 20%.

Gemeinsam mit den Landesverbänden der Privatkrankenanstalten und der Firma 3M hat der BDPK im 2. Quartal 2005 vier ganztägige Informationsveranstaltungen zur Thematik des Qualitätsberichts durchgeführt. Themenschwerpunkte sind

- die gesetzlichen Grundlagen und Auswirkungen auf die betriebliche Praxis
- empfohlene Inhalte zur Ausgestaltung des Systemteils
- Chancen für das Marketing
- Sichtweise der Krankenkassen zum Qualitätsbericht
- Vorstellung des Softwareprogramms von 3M zur Erstellung eines Qualitätsberichtes

Nähere Informationen erhalten Sie über Ihre Landesverbände oder auf der Homepage des BDPK unter www.bdpk.de.

3.8 Belegärztliche Leistungen

Die bewährten belegärztlichen Versorgungsstrukturen kommen durch verschiedene Faktoren in eine existenzgefährdende Situation. Die wirtschaftliche Grundlage droht weg zu brechen.

3.8.1 Gefährdung Nr. 1: EBM 2000 plus

Die Sorge begründet sich einerseits auf die besorgniserregenden Entwicklungen beim derzeitigen EBM 2000 plus. Dort ist eine degressive Abwertung der belegärztlichen Operationen in Höhe von 50 bis 30% je nach Komplexitätsstufe im Verhältnis zum ambulant operierenden Vertragsarzt festgeschrieben. Noch immer sind die Kalkulationen



in keiner Weise transparent. Die Folge ist eine in der Sache nicht begründbare Ungleichbehandlung der in Krankenhäusern tätigen Belegärzte im Verhältnis zu ambulant operierenden Vertragsärzten. Sie erhalten nach dem EBM 2000 plus nur 50% der Vergütung ihrer ambulant tätigen Kollegen. Keine Veränderung wurde erreicht bei den weiteren Kritikpunkten:

- die in den Hauptleistungen zu gering bewerteten Assistenzzeiten bei notwendigen Operations-Assistenzen,
- die pauschalen Abschläge für postoperative Behandlungskomplexe durch Belegärzte in Höhe von 65%,
- sowie einer sachgerechten Kalkulation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Ein weiteres Beispiel für die erheblichen Verwerfungen für die Zukunft der belegärztlichen Versorgung durch den EBM 2000 plus lässt sich auch am Beispiel des Kapitels 1.2 „Leistungen im Notfall und im organisierten ärztlichen Notfalldienst „des Kapitels 2 arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen“ darstellen. Während der Ordinationskomplex im organisierten Notfalldienst (Position 01210) bei Vertragsärzten mit 500 Punkten vergütet wird, wird die gleiche Notfallbehandlung von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Institutionen und Krankenhäusern (Position 01218) mit vergleichbaren Leistungsinhalten mit lediglich 200 Punkten vergütet. Dies halten wir für eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung der Leistungserbringer.

3.8.2 Gefährdung Nr. 2: Fallpauschalenkatalog 2005

Eine weitere Bedrohung erfährt die belegärztliche Versorgung durch die äußerst problematische analytische Herleitung der belegärztlichen DRGs. Von den insgesamt 34.436 eingereichten Datensätzen für die Kalkulation belegärztlicher Leistungen wurden 3.633 Datensätze zur Kalkulation von 15 DRGs verwendet. Diese machen rund 20% aller plausiblen Belegfälle gemäß der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz aus. Die Bewertungsrelationen für die kalkulierten Belegarzt-DRGs liegen teilweise bis zu 40 % unter den DRGs der entsprechenden Hauptabteilungen. Alle weiteren Belegarzt-DRGs wurden im Verfahren der „analytischen Ableitung“ rechnerisch ermittelt. Dabei wurden die durchschnittlichen tagesbezogenen Kosten im Verhältnis zur Hauptabteilung (Pflegedienste und Infrastruktur auf Normalstationen) vom InEK durch unterstellte Verweildauer-Korrekturen gesenkt, ohne dass sich dies auf die im Fallpauschalenkatalog 2005 ausgewiesene obere und untere Grenzverweildauer ausgewirkt hätte.

Die Abweichungen der Bewertungsrelationen zwischen den vergleichbaren Leistungen in Hauptabteilungen und in Belegabteilungen sind im Fallpauschalenkatalog 2005 wesentlich größer geworden, als im Fallpauschalenkatalog 2004. In jedem Falle ist diese Differenz größer als der alleinige Abzug der ärztlichen Kosten, die nach altem oder nach dem neuen EBM 2000 plus zu begründen sind.

3.8.3 Neutralität des Einheitlichen Bewertungsausschusses?

Der BDPK beklagt in diesem Zusammenhang die besonders problematische Tatsache, dass sich die Akteure im Einheitlichen Bewertungsausschuss bei einer über den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich hinausgehenden Ausgabenstellung, die auch in andere Leistungsbereiche, wie die stationäre belegärztliche Krankenhausversorgung, hineinreicht, völlig abschotten. Dies entspricht keineswegs den Erwartungen an eine neutrale Geschäftsführung des einheitlichen



Bewertungsausschusses. Es muss nachdenklich stimmen, wenn beispielsweise der BDPK als einer der maßgeblichen Verbände für die Interessen der belegärztlichen Krankenhäuser zu keinem Zeitpunkt in die Diskussionen zur Ausgestaltung des EBM 2000 plus für die belegärztlichen Operationen eingebunden wurde, obwohl die Schnittstelle zwischen den Vergütungssystemen im ambulanten und stationären Bereich offensichtlich ist. Mit dieser Vorgehensweise kann sich der einheitliche Bewertungsausschuss nicht dem Vorwurf entziehen, relevante Leistungsbereiche außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu schwächen, um die Marktposition ambulant tätiger Vertragsärzte gezielt zu stärken, auch wenn dies nicht den Versorgungsrealitäten entspricht.

Zur Erhaltung der belegärztlichen Versorgungsstruktur insbesondere in Flächenregionen hat der BDPK vor Inkrafttreten des EBM 2000 plus folgende Schritte gefordert:

1. der vorliegende Entwurf des EBM 2000 plus muss im Kapitel „ambulante und belegärztliche Operationen“ dringend nachgebessert werden. Ohne entsprechende Nachbesserungen darf der EBM 2000 plus vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht genehmigt werden (§ 87 Abs. 6 SGB V). Selbst eine geringfügige Verschiebung des Starts des EBM 2000 plus um ein oder zwei Monate wiegt unter Berücksichtigung seiner langen Entstehungsgeschichte nicht so schwer, wie die zu erwartenden Schäden an der belegärztlichen Versorgungsstruktur.
2. Für das anstehende „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006“ haben wir den Vorschlag eingereicht, kein eigenes Kalkulationsverfahren für belegärztliche Leistungen durchzuführen. Vielmehr sollen die sich aus den Hauptabteilungs-DRGs ergebenden ärztlichen Kosten aus den Gesamtkosten der Hauptabteilungs-DRGs herausgerechnet werden, um so die Belegabteilungs-DRG abzubilden. So ließe sich kurzfristig eine sachgerechte Vergütung belegärztlicher Leistungen im Fallpauschalenkatalog 2006 erreichen.
3. Perspektivisch muss diskutiert werden, die belegärztlichen Leistungen genau wie die Leistungen der Hauptabteilungen in Krankenhäusern in Gänze über das DRG-System zu finanzieren. Nur so kann dem Prinzip „Geld folgt der Leistung“ umfänglich entsprochen werden. Letztlich darf es für die sachgerechte Vergütung von Leistungen nicht entscheidend sein, ob die ärztliche Kompetenz von Vertrags- oder Krankenhausärzten in die Gesamtleistung eingebracht wird.

Die geschilderte existenzielle Problemlage für die belegärztliche Versorgung muss weiterhin fachlich diskutiert werden. Deshalb hat der BDPK die Problematik zum Gegenstand eines Workshops „Die Zukunft des Belegarztwesens“ am 20.05.2005 im Rahmen des DRG-Forums gemacht. Es wurde mit Vertretern der KBV, des VdAK, des Berufsverbandes der Belegärzte sowie einem Geschäftsführer einer Belegärztlichen Klinik diskutiert.

3.8.4 Erreichte Verbesserungen

Die vielfältigen Interventionen des BDPK haben maßgeblich dazu beigetragen, dass die pauschalen und nicht nachvollziehbaren Abschläge von 50 % auf alle belegärztlichen Operationen noch kurz vor dem Inkrafttreten des EBM 2000 plus am 01.04.2005 geringfügig nachgebessert wurden.



Die Präambel 31.2.1 des Abschnittes 31.2, Ambulante und belegärztliche Operationen sah bisher einen 50 % Abschlag auf alle operativen von Belegärzten erbrachten Leistungen vor. Durch die Interventionen des BDPK ist es gelungen, den pauschalen und nicht transparenten Abschlag von 50 % in ein degressives Abschlagssystem umzuwandeln. Zunächst bis zum 31.12.2005 sind folgende Abschläge festgeschrieben:

- 50 % bei Eingriffen der Kategorie 1-3 sowie für die Zuschläge bei Simultaneingriffen zu dieser Kategorie
- 40 % bei Eingriffen der Kategorie 4-6 sowie für die Zuschläge bei Simultaneingriffen zu dieser Kategorie
- 30 % bei Eingriffen der Kategorie 7 sowie für die Zuschläge bei Simultaneingriffen zu dieser Kategorie

3.8.5 Nicht erreichte Verbesserungen

Diese Nachregelung behebt nicht die grundsätzliche Problematik, der nicht transparent kalkulierten Abschlagspositionen, der fehlenden Nachberechnung von Assistenzzeiten sowie die dringende Überarbeitungsnotwendigkeit der Bereitschaftsdienstpauschale.

3.8.6 Weiteres Vorgehen

Der BDPK hat erreicht, im Einheitlichen Bewertungsausschuss an der Überarbeitung dieses Leistungsbereiches bis zum 31.12.2005 beteiligt zu werden.

3.9 Fallpauschalenverordnung für besondere Einrichtungen

Mit Datum vom 11.03.2005 hat das BMGS den Referentenentwurf der Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 veröffentlicht. Zielsetzung dieser Verordnung ist, derzeit noch nicht hinreichend abbildbare besondere Leistungen in Krankenhäusern vom DRG-System zeitlich befristet auszunehmen.

Ausnahmeregelungen werden für Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern geschaffen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen wegen einer Häufung von schwerkranken Patientinnen oder Patienten mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden können. Dies gilt unter der Maßgabe, dass

- mehr als $\frac{3}{4}$ der im Jahr 2004 entlassenen Patienten des Krankenhauses eine Verweildauer hatten, die oberhalb der mittleren Grenzverweildauer der jeweiligen Fallpauschale liegt oder
- mehr als die Hälfte aller Fälle eine Verweildauer hatten, die oberhalb der oberen Grenzverweildauer der jeweiligen Fallpauschale liegt.

Ausnahmeregelungen gelten auch für Krankenhäuser oder Fachabteilungen der

- Palliativmedizin
- Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder
- Behandlung von Tropenerkrankungen

Auch Patienten mit Multiple Sklerose und Morbus Parkinson können ausgenommen werden, wenn mindestens 40% der Fälle dieser Einrichtung auf die vorgenannten DRGs entfallen.



Die Stellungnahme des BDPK finden Sie auf der Homepage des BDPK unter www.bdpk.de - Themen und Standpunkte.

4 Neue Versorgungsformen

Disease-Management-Programme (hierzu siehe Ausführungen unter Ziffer 2.10) sowie die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz neu eingeführten bzw. überarbeiteten neuen Versorgungsformen, insbesondere die Integrierte Versorgung, sollten nach Ansicht des BDPK unbedingt von den Leistungserbringern genutzt werden. Mit Unterstützung einer Facharbeitsgruppe bietet der BDPK seinen Mitgliedern Hilfe und Unterstützung bei der Umsetzung dieser aus Sicht des BDPK innovativen Versorgungsform. Dieses erfolgt insbesondere durch Hilfestellung juristischer Art, zum Beispiel in Form einer juristischen Bewertung der 1 % Anschubfinanzierung. Nach ausführlicher Beratung in den Gremien des BDPK besteht Einigkeit dahingehend, dass der BDPK keine eigenen Rahmenverträge anstreben soll. Von solchen Verträgen auf Verbandsebene können jeweils nur einzelne Mitgliedseinrichtungen profitieren, regionale Besonderheiten können nicht genügend berücksichtigt werden und viele Mitglieder der Landesverbände sind auch bereits aktiv. Im Interesse seiner Mitglieder setzt sich der BDPK aber dafür ein, dass Rehabilitationseinrichtungen als gleichberechtigte Partner an Verträgen zur Integrierten Versorgung beteiligt werden.

5 Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Nach Auffassung des BDPK wird die Qualität der Leistungen in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zukünftig massiv Einfluss auf den Wettbewerb innerhalb der jeweiligen Versorgungsstrukturen nehmen. Qualitativ hochwertige Leistungen werden zukünftig mehr denn je für den Patienten das Auswahlkriterium für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sein. Der besondere Stellenwert der Qualität der Leistungen drückt sich nicht zuletzt innerhalb des BDPK durch die Gründung eines eigenen Institutes aus. Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG GmbH) bildet für den BDPK die Plattform zur Entwicklung von Qualitätsmanagementinstrumenten; zunächst für den Rehabilitationsbereich, perspektivisch auch für den Krankenhausbereich.

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

Das unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow, Leiter des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung der Charité – Universitätsmedizin Berlin, im Rahmen des Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen entwickelte Integrierte Qualitätsmanagement-Programm-Reha (IQMP-Reha) steht seit März 2004 für die Anwendung in den Rehabilitationskliniken bereit.

Nachdem dieses BDPK-Qualitätsmanagementverfahren im März 2004 in einer Auftaktveranstaltung der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, folgten vier regionale Workshops. In diesen Workshops standen praktische Fragen der Einführung und Anwendung des IQMP-Reha im Vordergrund. Weitere Aktivitäten zur Implementierung des IQMP-Reha bildeten den Schwerpunkt in der Berichtsperiode. Der Berichtszeitraum war insbesondere durch Zertifizierungen der ersten Rehabilitationseinrichtungen für die erfolgreiche Umsetzung des IQMP-Reha mit dem Qualitätssiegel „Exzellente Qualität in der Rehabilitation – EQR“ geprägt. Patienten und Kostenträger können damit sicher sein, dass in diesen Kliniken Rehabilitationsleistungen mit exzellenter Qualität erbracht werden.



Folgenden Rehabilitationseinrichtungen wurde das Qualitätssiegel „Exzellente Qualität in der Rehabilitation – EQR“ verliehen:

Weserland-Klinik Bad Seebruch Fachklinik für orthopädische und rheumatologische Rehabilitation Vlotho	19.07.2004
Weserland-Klinik Bad Hopfenberg Fachklinik für orthopädische und rheumatologische Rehabilitation Petershagen	20.07.2004
Vogtland-Klinik Bad Elster Fachklinik für medizinische Rehabilitation Orthopädie - Traumatologie - Rheumatologie - Kardiologie - Nephrologie - Urologie - Gynäkologie Bad Elster	25.08.2004
Paracelsus-Klinik am See Onkologische Rehabilitationsklinik Bad Gandersheim	29.10.2004
Paracelsus Roswitha-Klinik Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Verhaltensmedizin Bad Gandersheim	03.01.2005
NRW Neurologisches Reha- Zentrum Wiesbaden GmbH Wiesbaden	21.01.2005
Reha-Klinik Aukammtal Fachklinik für konservative Orthopädie und Physikalische Therapie Wiesbaden	21.01.2005
Klinik am Bingert Fachklinik für konservative Orthopädie und Rheumatologie Wiesbaden	21.01.2005
RMK Rhein-Main Kliniken GmbH Wiesbaden	21.01.2005
Paracelsus-Berghofklinik Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen Bad Essen	16.03.2005
Paracelsus-Wittekindklinik Fachklinik für Psychosomatische Erkrankungen Bad Essen	16.03.2005
Paracelsus-Wiehengebirgsklinik	16.03.2005



Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen Bad Essen	
Paracelsus-Klinik am Schillergarten Fachklinik für Orthopädie, Onkologie, Gynäkologie Bad Ester	30.03.2005
Fachklinik Heiligenfeld Fachklinik für Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie Bad Kissingen	05.04.2005

5.2 Kooperationspartner des Instituts für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

Die IQMG GmbH schließt mit Fachverbänden und Fachgesellschaften Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements und der Entwicklung der indikationsspezifischen Ausrichtung der Zertifizierung auf der Grundlage des IQMP-Reha. Im Berichtszeitraum wurde eine entsprechende Kooperation mit dem Fachverband Sucht e.V. und mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (DGPR) vereinbart.

Des Weiteren wurde mit der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH (KTQ-GmbH) eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. In dieser Vereinbarung wird geregelt, dass die von den Partnern jeweils entwickelten Zertifizierungsverfahren für Rehabilitationseinrichtungen gegenseitig anerkannt werden. Somit soll den Rehabilitationskliniken ermöglicht werden, entsprechende Urkunden beider Gesellschaften unter Vermeidung von Doppelaufwand zu erhalten.

Eine weitere Vereinbarung wurde durch die IQMG GmbH mit der Holl Software-Entwicklung und EDV-Service GmbH zur Einbindung des IQMP-Reha in die AssessmentGuide-Software abgeschlossen. Der AssessmentGuide der Holl GmbH unterstützt das IQMP-Reha-Verfahren und den Selbstbewertungsprozess in den Rehabilitationseinrichtungen.

Im Berichtszeitraum wurden auch Kooperationsgespräche mit der proCum Cert Zertifizierungsgesellschaft GmbH aufgenommen.

6 Europa

Bereits in der Vergangenheit war immer mehr zu spüren, dass die Gesetzgebung und die Rechtsprechung auf europäischer Ebene für die deutschen Leistungserbringer im Gesundheitswesen von immer größerer Bedeutung werden würden. Diese Entwicklung setzte sich im Berichtszeitraum deutlich fort. Stichworte wie „Defizitfinanzierung“, „Dienstleistungsrichtlinie“ und „Leistungserbringung im Ausland“ beschreiben keine fernen Themen aus Brüssel mehr, sondern verdeutlichen, dass der europäische Binnenmarkt einen breiten Schatten vorauswirft. Einen entsprechend großen Raum nimmt die Begleitung dieser Themen in der Verbandsarbeit ein.



Der BDPK und seine Mitglieder sehen die europäische Öffnung und damit eine grenzüberschreitend mögliche Leistungserbringung als große Chance an. Allerdings gilt es, die wesentlichen Rahmenbedingungen für diese Leistungserbringung nach einheitlichen Standards zu gestalten und transparent zu machen. Der BDPK und seine Mitglieder müssen dringend darauf hinwirken, dass auch auf europäischer Ebene ein fairer Wettbewerb entsteht, bei dem für die Gesundheitsdienstleistungen der Wettbewerb um die beste Qualität im Vordergrund stehen muss.

6.1 Defizitfinanzierung

Bereits im vorangegangenen Berichtszeitraum entstand dringender Handlungsbedarf für den BDPK im Hinblick auf die in Deutschland bestehende Defizitfinanzierung. Aus Sicht des BDPK wirkt gerade unter Berücksichtigung einheitlicher Fallpauschalen wettbewerbsverzerrend, dass bei öffentlichen Krankenhäusern gegebenenfalls entstehende Defizite bei den Betriebskosten durch öffentliche Mittel außerhalb des dualen Krankenhausfinanzierungssystems ausgeglichen werden. Gegen diese Praxis hat die Asklepios-Kliniken GmbH ein Verfahren auf europäischer Ebene angestrengt. Diese Initiative hat der BDPK offensiv unterstützt und sich in diesem Zusammenhang im Berichtszeitraum mit einer Stellungnahme gegen den Vorschlag der EU-Kommission zum „Gemeinschaftsrahmen“ gewandt und die Subventionspraxis zu Gunsten vieler öffentlicher Krankenhäuser in Deutschland als Verstoß gegen EU-Beihilferecht kritisiert. Der BDPK fordert nachdrücklich von den für die weitere Entwicklung verantwortlichen Kommissionsmitgliedern, die offensichtlich den Grundsätzen des gemeinsamen Marktes widersprechenden Verwerfungen bei der Finanzierung deutscher Krankenhausdienstleistungen zu beseitigen. Es muss verhindert werden, dass durch staatliche Einzelzuwendungen zunehmend unwirtschaftlich arbeitende öffentliche Krankenhäuser subventioniert werden. Ansonsten wird die wirtschaftliche Existenz diverser Krankenhäuser mit privaten Kapitalgebern, die von der Subventionspraxis der öffentlichen Gewährträger nicht partizipieren und auch keine eigene Subventionspraxis beanspruchen, in Frage gestellt. In keinem Fall dürfen öffentliche Krankenhäuser grundsätzlich von der Pflicht freigestellt werden, Beihilfezahlungen bei der EU-Kommission anzumelden.

Erfreulich ist, dass sich zwischenzeitlich auch die Abgeordneten der Europäischen Parlaments mit dieser Thematik beschäftigen. Allerdings soll nach deren Meinung die Pflicht, staatliche Ausgleichszahlungen (Beihilfen) im Krankensektor bei der EU-Kommission anzumelden, nur für Unternehmen mit einem Jahresumsatz von über 50 Millionen Euro und jährlichen Ausgleichszahlungen von mehr als 15 Millionen Euro gelten. Dieses lehnt der BDPK als undifferenzierte Annahme und Festlegung von Schwellenwerten ohne konkrete Grundlagen ab. Andernfalls würde eine Vielzahl öffentlicher Krankenhäuser weiterhin in den Genuss wettbewerbswidriger Beihilfen kommen. Die Stellungnahme finden Sie auf der Homepage des BDPK unter www.bdpk.de.

6.2 Dienstleistungsrichtlinie

Ein weiteres wichtiges Thema für die Verbandsarbeit ist die Begleitung der Diskussion um die Überarbeitung der Dienstleistungsrichtlinie. Die Europäische Kommission hatte bereits Anfang 2004 den Entwurf für eine Dienstleistungsrichtlinie vorgelegt. Die Umsetzung dieser Richtlinie soll dazu beitragen, bestehende Hemmnisse bei der Niederlassungsfreiheit für Dienstleister abzubauen und den freien Dienstleistungsverkehr



zu fördern. Der BDPK hat diese Zielsetzung ausdrücklich begrüßt, jedoch in Gesprächen mit Vertretern der Politik und der Ministerien insbesondere das im Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie vorgesehene Herkunftslandprinzip als Gefahr für die Qualität der Leistungserbringung kritisiert. Das Herkunftslandprinzip sieht, vereinfacht dargestellt, vor, dass ein Dienstleister im Ausland jeweils die Regeln des Heimatlandes beachten muss. Damit wäre z.B. nicht mehr gewährleistet, dass alle Anbieter von Rehabilitationsleistungen in Deutschland die Pflicht zur Qualitätssicherung einhalten müssten.

Diese Kritik sahen auch die Abgeordneten des Europäischen Parlaments als berechtigt an und vollzogen eine Abkehr vom Herkunftslandprinzip hin zum Prinzip der gegenseitigen Anerkennung verbunden mit einer weitgehenden Harmonisierung. Zudem steht nach derzeitigen Erkenntnissen zu erwarten, alle Gesundheits- und Sozialberufe aus dem Anwendungsbereich der Richtlinie ausgenommen werden alle Dienstleistungen nicht betroffen sind, die von allgemeinem Interesse sind.

Den Entwurf der Dienstleistungsrichtlinie finden Sie auf der Homepage des BDPK unter www.bdpk.de.

6.3 Leistungserbringung im Ausland

Die Leistungserbringung im Ausland erhielt ihre Rechtsgrundlage durch die im vorangegangenen Berichtszeitraum mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz in das SGB V eingeführte europäische Öffnung für Gesundheitsleistungen und steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Diskussion um die Überarbeitung der Dienstleistungsrichtlinie. Dabei steht für den BDPK stets fest, dass Wettbewerb auch auf europäischer Ebene grundsätzlich notwendig und zu begrüßen ist. Im Interesse der deutschen Leistungserbringer muss aber dringend gefordert werden, dass hierbei Waffengleichheit besteht. In diesem Zusammenhang wurde vom BDPK erfolgreich kritisiert, dass zu Lasten deutscher Anbieter von einer deutschen Krankenkasse „Kuren“ im europäischen Ausland erbracht werden sollten, ohne dass die dortigen Leistungsanbieter vergleichbar wie die deutschen Leistungsanbieter zur Qualitätssicherung verpflichtet sind bzw. die dortige Qualität nicht transparent ist. Hierzu wurden sowohl mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen als auch mit Krankenkassen, die sich in dieser Thematik besonders hervorgetan haben, Gespräche geführt. Zudem hat der BDPK dieses Thema in die Diskussion im Gemeinsamen Ausschuss nach § 137 d SGB V eingebracht. Ein fairer Wettbewerb kann sich nur entwickeln, wenn entweder vergleichbare und verpflichtende Qualitätsstandards geschaffen werden oder entsprechend gute Qualität – wie zum Beispiel in Deutschland – entsprechend vergütet und auf europäischer Ebene für die Bürger der Europäischen Union leicht zugänglich transparent ist.

7 Tarifpolitik

Im Bereich der Tarifpolitik geben die aktuellen Regelungen der europäischen Arbeitszeitrichtlinie und des deutschen Arbeitszeitgesetzes maßgeblich den Handlungsbedarf für den BDPK vor. Als Antwort auf die drängenden tariflichen Fragen, insbesondere im Hinblick auf notwendige Flexibilisierungen und gerade auch wegen der bestehenden Unterschiede im tariflichen Organisationsgrad der Mitglieder und der Geltung und Ausgestaltung der Tarifverträge auf Landesebene wurde eine einheitliche Mantelregelung auf Bundesebene für dringend notwendig erachtet. Erfreulich ist, dass sich das Versorgungswerk des BDPK, die KlinikRente, sehr erfolgreich weiterentwickelt



hat und von immer mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen genutzt wurde.

7.1 Vorbereitung eines Bundesmanteltarifvertrages Nr. 11

Als Grundlage für Verhandlungen mit der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und gegebenenfalls weiterer Gewerkschaften wurde in mehreren Sitzungen des Fachausschusses Tarif- und Personalfragen der Entwurf eines Bundesmanteltarifvertrages Nr. 11 erarbeitet. Dabei steht eindeutig der Wunsch der Mitglieder des Fachausschusses im Vordergrund, dass der BDPK als Unternehmerverband wieder einen eigenen Manteltarifvertrag verhandeln soll. Ziel dieses Bundesmanteltarifvertrages ist es, mehr Flexibilität, insbesondere bei den Arbeitszeiten einschließlich des Bereitschaftsdienstes und finanzierbare tarifliche Regelungen zu schaffen. Erste Sondierungsgespräche mit Gewerkschaftsvertretern wurden im Berichtszeitraum geführt.

7.2 Arbeitszeitrichtlinie

Gegenstand zahlreicher Gespräche mit Vertretern der Politik und der Ministerien, aber auch eines regen Gedankenaustausches mit Vertretern der Kostenträger, war wiederum die Arbeitszeitrichtlinie und vor allem der Vorschlag der EU-Kommission zur Änderung der Arbeitszeitrichtlinie. Der BDPK begrüßte insbesondere die vorgesehene Einführung der Kategorie „Bereitschaftsdienst“ mit der Differenzierung von aktiven und inaktiven Zeiten als notwendige und sachgerechte Flexibilisierung und wies darauf hin, dass auch das deutsche Arbeitszeitgesetz in diesem Sinne wieder geändert werden müsse.

Am 11.05.2005 hat das Europäische Parlament den Änderungsvorschlag der EU-Kommission in 1. Lesung beraten und weitgehend abgelehnt. Das Europäische Parlament forderte mehrheitlich, dass die individuelle Opt-out-Klausel (Möglichkeit zu individuellen Ausnahmen von der wöchentlichen Höchstarbeitszeit) abgeschafft und dass Bereitschaftsdienst grundsätzlich als Arbeitszeit angesehen wird. Nunmehr wird sich der Ministerrat mit dem EU-Vorschlag beschäftigen, ggf. nochmals die EU-Kommission. Danach wird es zu einer 2. Lesung im Europäischen Parlament kommen.

8 KlinikRente

Das im Jahr 2002 auf Initiative des BDPK gegründete Branchenversorgungswerk KlinikRente hat im Berichtszeitraum die erfolgreiche Entwicklung fortgesetzt. Vor dem Hintergrund der finanziellen Probleme der gesetzlichen Rentenversicherung gewinnt die betriebliche Altersversorgung weiter an Bedeutung. Das am 01.01.2005 in Kraft getretene Alterseinkünftegesetz stellt an die Arbeitgeber zusätzliche Anforderungen. Der Gesetzgeber hat für Neuzusagen ab 01.01.2005 einen Rechtsanspruch auf Portabilität (Übertragbarkeit bei Wechsel des Arbeitgebers) gesetzlich festgelegt. Die Arbeitgeber haben hierdurch zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Dieser lässt sich nur durch die Bildung von Branchenstandards in branchenspezifischen Versorgungswerken gering halten. In Erwartung dieser Entwicklung haben sich die Landesverbände des BDPK gemeinsam mit dem Bundesvorstand bereits im Jahr 2003 für die Öffnung von KlinikRente entschieden und die Basis für einen Branchenstandard für Kranken-, Reha- und Pflegeeinrichtungen gelegt.

Die richtige Entscheidung zur richtigen Zeit. Immer mehr Einrichtungen bieten ihren Mitarbeitern die Möglichkeit, den Branchenstandard zu nutzen. So schreibt das



Versicherungsjournal im Januar 2005: „Die KlinikRente ist mit über 350 Einrichtungen im Krankenhausbereich der unangefochtene Marktführer bei der sogenannten Entgeltumwandlung der Arbeitnehmer zur betrieblichen Altersvorsorge. Allein im Geschäftsjahr 2004 schlossen sich rund 150 Unternehmen der KlinikRente an,...“.

9 Öffentlichkeitsarbeit

Dem Bedürfnis nach einer verbesserten Öffentlichkeitsarbeit des BDPK wurde im Berichtszeitraum Rechnung getragen.

9.1 Gestaltung von f&w

Die „Gelben Seiten“ innerhalb des offiziellen Verbandsorgans führen und wirtschaften im Krankenhaus wurde im Berichtszeitraum stärker verbandspolitisch akzentuiert. Insbesondere die Themen Qualität der Leistungserbringung durch Einrichtungen in privater Trägerschaft, die Vorteile der Privatisierung im Krankenhausbereich, die Verwerfungen der Marktchancen zwischen Krankenhäusern in öffentlicher und privater Trägerschaft im Hinblick auf die Defizitfinanzierung sowie die Problematik der Vergütung belegärztlicher Leistungen im Fallpauschalenkatalog 2005 und durch den EBM 2000 plus standen hierbei im Vordergrund.

9.2 Meldungen und Meinungen

Der Erscheinungszyklus von Meldungen und Meinungen wurde im Berichtszeitraum deutlich erhöht. Dabei wurden die bereits in f&w schwerpunktmäßig angesprochenen Themen insbesondere für die Zielgruppen Politik und Kostenträger ausgerichtet.

9.3 BDPK-Info

Die innerverbandlichen Informationen werden seit Anfang des Jahres 2005 in Form eines fortlaufend durchnummerierten Rundschreibendienstes an die verbandsinternen Adressaten gerichtet. Verbandsintern wird derzeit diskutiert, ob der Informationsdienst BDPK-Info zukünftig in einen geschützten Mitgliederbereich auf der BDPK-Homepage eingestellt werden kann.

9.4 BDPK-Homepage

Die bisherige Homepage des BDPK hat sich als wenig nutzerorientiert erwiesen. In den Gremien des BDPK wurde deshalb eine komplette Neustrukturierung der Homepage abgestimmt. Die BDPK-Homepage im neuen Design ist seit Ende April 2005 unter der bekannten Internetadresse www.bdpk.de erreichbar. Den Bedürfnissen der Mitglieder nach themenzentrierter Information wird damit umfassend Rechnung getragen. Neu ist auch die Integration eines gemeinsamen Terminkalenders des BDPK und seiner Landesverbände. Damit ist an einer zentralen Stelle der Überblick über alle relevanten Informationsveranstaltungen für die Mitglieder der Landesverbände der Privatkrankenanstalten geschaffen. Eventuelle Synergien auch für die Homepages der Landesverbände werden derzeit überprüft.

Alle in diesem Geschäftsbericht genannten Dokumente finden Sie unter den jeweiligen Rubriken auf der Homepage des BDPK.



10 Veranstaltungen

10.1 Bundeskongress 2004 in Freiburg

Rund 200 Gäste waren der Einladung des BDPK zum Bundeskongress 2004 nach Freiburg gefolgt. Das Thema des Bundeskongresses lautete "Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Subventionierung". Kritisiert wurden sehr deutlich die Wettbewerbsverzerrungen, die insbesondere durch die Subventionierung erwirtschafteter Defizite von öffentlichen Krankenhäusern gegenüber Krankenhäusern in privater Trägerschaft entstehen. Auch die Wettbewerbsverzerrungen, die durch die duale Krankenhausfinanzierung sowie die fehlende Konsequenz der im Qualitätssicherungsverfahren unter Beweis gestellten Qualität der Leistungserbringung hinsichtlich Vergütung und Belegung entstehen, waren die zentralen Botschaften des Bundeskongresses 2004.

10.2 Workshop: Zukunft des Belegarztwesens

Im Rahmen des 4. Nationalen DRG-Forums veranstaltet der BDPK einen Workshop zur „Zukunft des Belegarztwesens“, mit hochkarätigen Referenten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Bundesverbandes Deutscher Belegärzte und Betreibern von belegärztlichen Krankenhäusern. Dort wurde die Möglichkeit geboten, die unter Ziffer 3.8 genannten Problemstellungen und Lösungsansätze zu diskutieren.

10.3 Mitgliederversammlungen der Landesverbände der Privatkrankenanstalten

Im Rahmen der guten Zusammenarbeit zwischen den Landesverbänden der Privatkrankenanstalten und dem BDPK wurde die Möglichkeit genutzt, an zahlreichen Mitgliederversammlungen der Landesverbände der Privatkrankenanstalten teilzunehmen und über die Aktivitäten des BDPK zu berichten und mit den Teilnehmern zu diskutieren.

10.4 Qualitätsbericht im Krankenhaus

Mit einer Reihe von 4 dezentralen Informationsveranstaltungen hat der BDPK das starke Informationsbedürfnis der Krankenhäuser zum erstmals 2005 abzugebenden Qualitätsbericht entsprochen. Zentrale Punkte sind die

- gesetzlichen Grundlagen
- die empfohlenen Inhalte zur Ausgestaltung des Systemteils
- die Chancen für das Marketing des Krankenhauses,
- die Sichtweise der Krankenkassen und
- die möglichen Instrumente zur vereinfachten Erstellung des Qualitätsberichts.

10.5 Gemeinsame Veranstaltungen mit der Gesellschaft für Versicherungswesen und Gestaltung (GVG)

In 2 gemeinsamen Veranstaltungen haben BDPK und GVG einer breiten Fachöffentlichkeit die Themen Leistungserbringung im EU-Ausland und Umsetzung und Auswirkungen der Früh-Reha-DRGs auf die Versorgung der Patienten näher gebracht.



10.6 Erster Deutscher Reha-Tag

Rund 60.000 Besucher haben am 25.09.2004 die Möglichkeit genutzt, sich anlässlich des bundesweit einheitlichen 1. Deutschen Reha-Tages über die Behandlungsmöglichkeiten moderner Rehabilitationsmedizin zu informieren. Initiatoren des 1. Deutschen Reha-Tages sind der Arbeitskreis Gesundheit, der BDPK, die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, die Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

Am 23.09.2004 fand ein Parlamentarischer Abend statt, an dem die Bedeutung der Rehabilitation für das Deutsche Gesundheitswesen diskutiert wurde.

Der 2. Deutsche Reha-Tag findet am 22.09.2005 mit einem Parlamentarischen Abend am 23.09.2005 mit einer zentralen Auftaktveranstaltung für die überregionale Presse und am 24. und 25.09.2005 mit zentralen Aktionstagen in den deutschen Reha-Kliniken statt.

11 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.

12 Zusammenarbeit mit der Politik

Im Zuge der vielfältigen Aktivitäten des BDPK in den zuvor beschriebenen Themenfeldern haben eine Vielzahl von Gesprächen mit führenden Gesundheitspolitikern stattgefunden. Zu nennen sind sicherlich die intensiven Gespräche zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz mit den Gesundheitspolitikern der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, führenden Gesundheitspolitikern von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Anfang des Jahres 2005 fand in der Bundesgeschäftsstelle der erste Neujahrsempfang der Landesverbände der Privatkrankeanstalten und des BDPK mit Politikern und Kostenträgern statt. Hierzu wird auf die „Gelben Seiten“ in f&w Nr. 2/2005 hingewiesen.

Intensive Gespräche wurden ebenfalls mit der Staatssekretäresebene im BMGS und den zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachabteilungen im BMGS geführt.



13 Organe

13.1 Vorstand:

Präsident: Dipl.Vw. K. Heinrich Rehfeld, TRIA Immobilien GmbH, Berlin
1. Vizepräsident: Friedel Mägdefrau, LV Hessen und Rheinland-Pfalz e.V., Wiesbaden
2. Vizepräsident: Dr. Katharina Nebel, Weserland-Klinik, Vlotho
Wolfram L. Boschke, Rhön-Klinikum AG, Bonn
Bernd Hirtreiter, Asklepios Fachkliniken, Gautingen
Hartmut Lielje, Unternehmensgruppe Lielje, Löhne
Dr. Christoph Smolenski, Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Peter Rothmund, MEDICAL PARK AG, Bad Wiessee
Rer. pol. Dr. Dagmar Schmieder, Kliniken Schmieder, Allensbach

13.2 Mitgliederrat:

Vorsitzender: Dietgrim Reene, Median Kliniken GmbH & Co. KG, Berlin
Uwe Bauer, Asklepios Kreiskrankenhäuser, Weißenfels
Detlef Bätz, LV in Thüringen e.V., Bad Klosterlausnitz
Frank Bode, EKH Erzgebirgische Krankenhaus- und Hospitalgesellschaft mbH, Schwarzenberg
Hartmut Hain, MEDICAL PARK AG, Bad Wiessee
Michael P. Herrmann, Reha-Kliniken Küppelsmühle, Bad Orb
Sabine Lessing, Praxisklinik Mümmelmansberg, Hamburg
Dr. med. Phillipp Lubinus, Lubinus Clinicum, Kiel
Christian Rettberg, LV in Mecklenburg-Vorpommern e.V., Wismar
Dipl.-Betriebswirt Hans Jürgen Schaar, Asklepios Katharina-Schroth-Klinik, Bad Sobernheim
Wilhelm Scheidt, LV in Saarland e. V., Neunkirchen
Hans-Joachim Schick, Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf
Franz Schreijäg, Vorsorge- und Rehabilitationsfachklinik Hänslhof, Bad Dürkheim
Dr. Michael Sonnek, Parksanatorium Dahlem, Berlin

13.3 Rechnungsprüfer:

Wilhelm Henneking, Gollwitzer-Meier-Klinik, Bad Oeynhausen
Rainer M. Scheer, Münstertal

13.4 Fachausschüsse:

13.4.1 Mitglieder des FA Akutkrankenanstalten sind:

Vorsitzender: Wolfram L. Boschke, Rhön-Klinikum AG, Bonn
Andrea Aulkemeyer, Rhön-Klinikum AG, Leipzig
Harald Barlage Medizinisches Zentrum für Gesundheit GmbH, Bad



Lippspringe
Uwe Bauer, Asklepios Kreiskrankenhäuser GmbH, Weißenfels
Dietmar Beyer, HUMAINE Vogtland-Klinikum Plauen GmbH, Plauen
Dipl.-Öko. Thomas Böer, Diabetes Klinik, Bad Mergentheim
Joachim Bovelet, Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, Osnabrück
Bruno Crone, Kliniken Dr. Schmieder, Allensbach
Veronika Diepolder, Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See
Dr. Ferenc Fornadi, Gertrudis Klinik Biskirchen, Leun
Arno Fritzen Klinik für Tumorbilogie GmbH & Co. KG, Freiburg
Roger Gierczak, Orthopädische Klinik Braunfels GmbH und Co. KG,
Braunfels
Dietrich Goertz, Sana-Krankenhaus Rügen GmbH, Bergen
Alois Greil, AGP A. Greil & Partner GmbH, Holzkirchen
Hartmut Hain, MEDICAL PARK AG, Bad Wiessee
Stefan Härtel, Asklepios Klinik, Howal
Andreas Heilmann, Vogtland – Klinikum Plauen GmbH, Plauen
Bernd Hirtreiter, Asklepios Fachkliniken München-Gauting, Gauting
Dr. Claas Hohmann, Privatklinik Dr. Wolfart GmbH & Co. KG, Gräfelfing
Adolf Hünerfeld, Limburg
Horst A. Jeschke, Rehabilitationskrankenhaus Ulm, Ulm
Claudia Kern, Herzzentrum Coswig, Coswig
Rolf Kliche, Klinik Dr. Koch GmbH & Co. KG, Kassel
Mario Krabbe, Park-Klinik Weißensee, Berlin
Dipl.-Ök. Arno Kuge, Eifelhöhen-Klinik AG, Nettersheim-Marmagen
Joachim Langhard, Paracelsus-Klinik Golzheim, Düsseldorf
Dr. Thomas Leucht, Havelklinik BSB Sanatoriumsgesellschaft mbH,
Berlin
Joachim Manz, Rhön-Klinikum AG, Berlin
Herbert M. Pichler, FuturaMed AG, München
Thorn Plöger, Med. Zentrum für Gesundheit HmbH, Bad Lippspringe
Irmgard Raschka-Halberstadt, MediClin GmbH, Offenburg
Jörn Remscheid, Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München
Dr. Christian Rotering, Park-Klinik, Großhansdorf
Dr. Rainer Schneider, Bergarbeiter-Krankenhaus Schneeberg gGmbH,
Schneeberg
Dr. Christoph Smolenski, Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Bad Neuenahr-
Ahrweiler
Bernhard Wehde, Christophbad GmbH & Co. KG, Göppingen
RA Jens Wernick, LV Bayern e.V., München

13.4.2 Mitglieder des FA Öffentlichkeitsarbeit sind:

Vorsitzender: Dr. Christoph Smolenski, Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Bad Neuenahr-
Ahrweiler
Prof. Siegfried Borelli, Deutsche Klinik für Dermatologie und Allergie, Davos
Dr. med. Heike Fritsche-Huth, Krebs – Rehaklinik Ostseeheilbad, Graal-
Müritz
Susanne Heintzmann, Sana Kliniken-Gesellschaft GmbH, München
Claudia Koller, Hessische Berglandklinik, Bad Endbach
Silvia Kerst, Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, Osnabrück



Dipl.Volksw. Bernd Krämer, LV in Schleswig-Holstein e.V., Kiel
Friedel Mägdefrau, LV in Hessen und Rheinland-Pfalz e.V., Wiesbaden
Günther Pallasch, Fachklinik für Geriatrische Rehabilitation, Tessin
Frank Porten, St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationskliniken,
Höhenschwand
Peter Rothemund, MEDICAL PARK AG, Bad Wiessee
Dr. Ralf-Michael Schmitz, Zentralklinikum Suhl gGmbH, Suhl

13.4.3 Mitglieder des FA Rehabilitation und Pflege sind:

Vorsitzender: Friedel Mägdefrau, LV in Hessen und Rheinland-Pfalz e.V., Wiesbaden
Harald Barlage, Medizinisches Zentrum für Gesundheit GmbH, Bad
Lippspringe
Detlef Bätz, LV in Thüringen e.V., Bad Klosterlausnitz
Helmut Bauer, Soteria-Klinik, Leipzig
Rita Bernhardt, Paracelsus Klinik, Bad Elster
RA Dr. Clemens Bold, LV in Baden-Württemberg e.V., Sindelfingen
Peter Clausing, Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH, Osnabrück
Thomas Fettweiß, Ostseeklinik Schönberg-Holm, Schönberg
Werner O. Gesche, Klinik Beratungs KG KBG Verwaltungs-GmbH &
Co., Berlin
Rainer Grimm, Dr. Ebel Fachkliniken GmbH & Co. KG Moorbad, Bad
Doberan
Roland Harlaux, Lielje Gruppe in der Saale Reha-Klinikum II, Bad Kösen
Michael Herrmann, Reha-Kliniken Küppelsmühle, Bad Orb
Dieter Holk, Salztal Fachklinik, Bad Soden-Salmünster
Johannes Jäcker, Ostseeklinik Königshörn Jäcker GmbH & Co. KG,
Glowe/Rügen
Günter Janz, Fachklinik Wolletzsee, Angermünde
Wolfgang Kammerer, Reha Zentrum Mittelmosel, Bad Bertrich
Dipl.-Ök. Arno Kuge, Eifelhöhen-Klinik AG, Nettersheim-Marmagen
Olaf Kügelchen, Augusta Klinik, Bad Kreuznach
Dr. Markus-Michael Küthmann, Aatalklinik Wünnenberg GmbH, Bad
Wünnenberg
Gerhard R. Lang, Ahrenshooper Hörn Betriebsgesellschaft mbH,
Ostseebad Zingst
Berthold Müller, MediClin GmbH, Offenburg
Dr. Katharina Nebel, Weserland Klinik, Vlotho
Dietgrim Reene, Median Kliniken GmbH & Co KG, Berlin
Sigurd Roch, Reha Klinik Ahrenshoop, Ahrenshoop
Sabine Roth, Reha Klinik Aukammtal, Wiesbaden
Peter Rothemund, MEDICAL PARK AG, Bad Wiessee
Bernd Rullang, Hochwald-Kliniken, Weiskirchen
Rudi Schäfer, AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG, Daun
Rainer M. Scheer, Münstertal
Hans-Joachim Schick, Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf
Rer. pol. Dr. Dagmar Schmieder, Kliniken Schmieder, Allensbach
Franz Schreijäg, Vorsorge- und Rehabilitationsfachklinik, Bad Dürkheim
Wilfried Schröder, Reha-Klinik Panorama GmbH, Lippstadt
Dr. Franz Theisen, Lauterbacher Mühle Klinik GmbH & Co. KG,



Seeshaupt
Anne-Marie Schulze, Kinderkurheim Markower Mühle, Parchim
Hartmut Stern, Klinik Bavaria, Kreischa
RA Jens Wernick, LV in Bayern e.V., München

13.4.4 Mitglieder des FA Europa sind:

Vorsitzender: Peter Rothmund, Medical Park AG, Bad Wiessee
Harald Barlage, Medizinisches Zentrum für Gesundheit GmbH, Bad
Lippspringe
RA Ingo Dörr, LV in Sachsen-Anhalt und Sachsen e.V., Leipzig
Werner O. Gesche, Klinik Beratungs KG, Berlin
Wolfgang Jitschin, Medizinisches Zentrum für Gesundheit GmbH, Bad
Lippspringe
Dr. Markus-Michael Küthmann, Aatalinik GmbH, Bad Wünnenberg
Hartmut Lielje, Unternehmensgruppe Lielje, Löhne
Joachim Manz, Rhön-Klinikum AG, Berlin
Berthold Müller, MediClin GmbH, Offenburg
Ottmar Steßl, Gesundheitswelt Chiemgau AG, Bad Endorf
RA Rolf Treutler, Freiburg
RA Jens Wernick, LV in Bayern e.V., München
Raimund C. Wilhelmi, Klinik Buchinger am Bodensee, Überlingen

13.4.5 Mitglieder des FA Tarif- und Personalfragen sind:

Vorsitzender: Hartmut Lielje, Unternehmensgruppe Lielje, Löhne
Dietmar Beyer, HUMAINE Vogtland-Klinikum GmbH, Plauen
Kerstin Birwe, Reha Zentrum Mittelmosel, Bad Bertrich
Thomas Böer, Diabetes Klinik, Bad Mergentheim
Otto Böttcher, Klinik GmbH & Co. am Rennsteig KG, Tabarz
Werner O. Gesche, Klinik Beratungs KG KBG Verwaltungs-GmbH &
Co., Berlin
Gerhard Götsche, Unternehmensberatung, Bad Oeynhausen
Bernd Kümmerle, m&i Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See
Adolf Hünerfeld, Limburg
Günther Pallasch, Fachklinik für Geriatrie Rehabilitation, Tessin
Thorn Plöger, Medizinisches Zentrum für Gesundheit GmbH, Bad
Lippspringe
RA Rolf Treutler, Freiburg
Günther Tillmann, Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH, Osnabrück
RA Jens Wernick, LV in Bayern e.V., München

13.4.6 Mitglieder des FA Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Mutter/Vater und Kind sind:

Vorsitzender: Dipl. Vw. K. Heinrich Rehfeld, TRIA Immobilien GmbH, Berlin
Dipl. Kfm. Thomas Bruns, Friesenhörn-Nordsee-Kliniken GmbH, Jever
Elke Diehen, Reha-Zentrum Mittelmosel Elfenmaar Klinik, Bad Bertrich
Dr. med. Heike Fritsche-Huth, Ostseeheilbad, Graal-Müritz



Detlef Hambücker, Reha-Klinik Schwertbad, Aachen
Johannes Jäcker, Ostseeklinik Königshörn Jäcker GmbH & Co. KG,
Glowe
Gerhard R. Lang, Ahrenshooper Hörn Betriebsgesellschaft mbH
Ostseebad, Zingst
Robert Lentens, ITZ Caritas-Haus Feldberg GmbH, Feldberg
Dipl.-Betriebswirt Hans Jürgen Schaar Asklepios, Bad Sobernheim
Norbert Schäfer, Kinder-Reha-Klinik Bad Kösen GmbH & Co. KG, Bad
Kösen
Frank Schmidt, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Beelitz
Marion Schmutz, Neurologisches Klinik BAVARIA, Kreischa
Franz Schreijäg, Vorsorge- und Rehabilitationsfachklinik Hänslhof, Bad
Dürrheim

13.5 Facharbeitsgruppen:

13.5.1 Mitglieder der FAG Adaption der ICF sind:

Dr. med. Clemens Baumeister, Gesundheitspark, Bad Gottleuba
Dr. med. Irene Biester, Klinik am Kurpark, Bad Salzuflen
Dr. Ralf Bürgy, MediClin GmbH, Offenburg
Dr. med. Hugo Cullmann, Rheuma Klinik, Bad Nenndorf
Dr. Gottfried Ebenhöf, Reha-Zentrum, Bad Orb
Gabriele Fritsch, Fachklinik Hofheim GmbH, Hofheim am Taunus
Prof Dr. med. Ulrich Gärtner, Paracelsus-Klinik am See, Bad
Gandersheim
Dr. med. Jörg W. Knorn, Reha-Zentrum, Soltau
Dr. Dr. Jürgen Knörzer, Klinik BAVARIA, Kreischa
Dr. med. Germar KroczeK, Medical Park, Bad Rodach
Dr. med. Wilhelm Meier, Median Klinikum, Bad Oeynhausen
Dr. med. Katharina Nebel, Weserland-Klinik, Vlotho
Dr. Andreas Ruch, Marcus Klinik, Bad Driburg
Dr. Ruth Rusche, Neurologische Klinik, Bad Neustadt
Priv. -Doz. Dr. med. Klaus Schröder, Frankenklinik, Bad Neustadt
Dr. med. Jürgen Schwamborn, Paracelsus Harz-Klinik, Bad Suderode
Klaus Starrost, Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See
Dr. med. Michael Struck, Marcus Klinik, Bad Driburg
Prof. Dr. Stephan Volk, Fachklinik Hofheim GmbH, Hofheim am Taunus
Karl-Heinz Weiß, Sanatorium Regena, Bad Orb

13.5.2 Mitglieder der FAG Allergologie/Pneumologie/ Atemwegserkrankungen sind:

J. Bickhardt, Fachkrankenhaus, Coswig
Dr. Rainer Bonnet, Zentralklinik, Bad Berka
Dr. med. Detlef Briese, Median Klinikum für Rehabilitation, Bad Salzuflen
Dr. Ralf Dehler, Nordsee Reha-Klinikum I, St. Peter-Ording
Dr. Stefan Dewey, Nordsee Reha-Klinikum I, St. Peter-Ording,
Dr. med. Rolf Heitmann, Albert Schweitzer Klinik, Königsfeld



Prof. Dr. Klaus Dieter Kolenda, Ostseeklinik, Schönberg
PD. Dr. Günter Menz, Deutsche Hochgebirgsklinik Davos, Davos-Wolfgang
Dr. Rainer Oelze, Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden
Dr. med. Reimar Rudolf, Nordseeklinik, Norderney
Dr. Konrad Schultz, Klinik Haus Allgäu, Pfronten
Olaf Werner, Schwärzberg Klinik GmbH, Bad Rappenau

13.5.3 Mitglieder der FAG Belegärztliche Versorgung sind:

Ingo Adamzik, ABK Aschaffener Belegkliniken GmbH & Co.
Hofgartenklinik KG, Aschaffenburg
Wolfram L. Boschke, Rhön-Klinikum AG, Bonn
Eva Back, Fachklinik für Neurologie, Heilbronn
Dr. Burgard, Lutrina Klinik, Kaiserslautern
Jan Diekjacobs, Paracelsus-Klinken, Osnabrück
Johannes Düvel, Paracelsus-Klinken, Osnabrück
Andreas Heilmann, Vogtland – Klinikum, Plauen
Dr. Claas Hohmann, Privatklinik Dr. Wolfart, Gräfelfing
Dr. Krzysztof Kazmierczak, Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München
Rolf Kliche, Klinik Dr. Koch, Kassel
Dipl.Volksw. Bernd Krämer, LV in Schleswig-Holstein e.V., Kiel
Ralf Kuna, Klinik des Westens, Magdeburg
Dr. Thomas Leucht, Havelklinik, Berlin
Dipl.-Kfm. Christian Macke, Paracelsus Kliniken, München
Silvia Markl, Klinik HYGIEA, Berlin
Dr. Winfried Mertens, Paracelsus-Klinik, Osnabrück
Herbert M. Pichler, FuturaMed AG, München
Jörn Remscheid, Sana Kliniken, München
Dr. Christian Rotering, Park-Klinik, Großhansdorf
Dr. Bernd Rudloff, PAN – Praxisklinik, Köln
Dirk Schaffrath, H + P Klinik am Ring, Köln
Claudine Schild, Luisenkrankenhaus, Düsseldorf
Dr. Christiane Schilling, Zentralklinikum, Suhl
Karlheinz Schneiderchen, Robert-Jancker-Klinik, Bonn
Dr. Michael Sonnek, Parksanatorium, Berlin
Heiko Zombek, m&i Medizin und Immobilie, Bad Liebenstein

13.5.4 Mitglieder der FAG Diabetes mellitus sind:

Dipl. Ökonom Thomas Böer, Diabetes Klinik, Bad Mergentheim
Dr. Ralf Dehler, Nordsee Reha-Klinikum I, St. Peter-Ording
Dr. Arnold Gawlik, Malbergklinik, Bad Ems
Priv. Doz. Dr. med. U. Häntzschel, Falkenstein-Klinik, Bad Schandau
Dr. med. Hasemann, Elbe Saale Klinik, Barby
Dr. med. Stephan Jacob, Albert Schweitzer Klinik, Königsfeld
Dr. Jaurisch-Hancke, Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH, Wiesbaden
Dr. med. Uwe Kanzler, Salinen Klinik AG, Bad Rappenau
Dr. Hardo Lingad, Hessische Berglandklinik, Bad Endbach
Dr. med. Lundershausen, Klinik Bergfried, Saalfeld



Dr. Karsten Milek, Asklepios Kreiskrankenhaus, Hohenmölsen
Konrad Steffen, Klinik Hochstaden, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Dr. Heidi Weiss, Klinik Hochstaden, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Daniela Wolarz, Asklepios Klinik, Birkenwerder

13.5.5 Mitglieder der FAG DRG Experten sind:

Gerd Bär, Asklepios Fachklinik, Gauting
Wolfram L. Boschke, Rhön-Klinikum AG, Bonn
Roland Dankwardt, Asklepios Klinik, Lich
Dr. med. Burkhard Domurath, Werner Wicker Klinik, Bad Wildungen
Helmut Eder, Schloßpark-Klinik, Berlin
Freimuth, Axel, Kliniken Schmieder, Allensbach
Dr. Thomas Leucht, Havelklinik, Berlin
Mario Krabbe, Park-Klinik Weißensee, Berlin
Dr. M. Rauschenberg, Park Klinik Weißensee, Berlin
Dr. Christian Rotering, Park-Klinik, Großhansdorf
Helmut Sammer, Schön Klinik, Prien am Chiemsee
Dr. Ingeborg Schwenger-Holst, Klinik für MIC, Berlin
Heiner Stumpf, Werner Wicker Klinik, Bad Wildungen
Markl, Sylvia, Klinik HYGIEA, Berlin
Dr. Krzysztof Kazmierczak, Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA, München

13.5.6 Mitglieder der FAG Frührehabilitation Geriatrie sind:

Dr. H.-H. Aldag, Waldklinik, Jesteburg
Harald Barlage, Medizinisches Zentrum für Gesundheit, Bad Lippspringe
Bruno Crone, Kliniken Dr. Schmieder, Allensbach
Roland Dankwardt, Asklepios Kliniken, Lich
Veronika Diepolder, Klinikgruppe Enzensberg, Hopfen am See
Axel Freimuth, Kliniken Schmieder, Allensbach
Berthold Müller, MediClin, Offenburg
Dr. med. Katharina Nebel, Weserland-Klinik, Vlotho
Peter Rothemund, Medical Park, Bad Wiessee
Bernd Rullang, Hochwald-Kliniken, Weiskirchen

13.5.7 Mitglieder der FAG Herz Kreislauf Erkrankungen sind:

Dr. Christoph Altmann, Klinik, Bad Gottleuba
Michael Böckelmann, Schüchtermann Klinik, Bad Rothenfelde
Dr. med. Detlef Briese, Median Klinikum für Rehabilitation, Bad Salzuflen
Dr. med. Thorsten Höhne, Asklepios-Kreiskrankenhäuser, Weißenfels
Dr. Jürgen Krülls-Münch, Carl-Thiem-Klinikum, Cottbus
Günter Janz, Fachklinik Wolletzsee, Angermünde
Prof. Dr. Dr. Heinrich Lambertz, Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden
Dr. Reinhard Friedrich Lang, Albert Schweitzer Klinik, Königsfeld
Dr. med. Bernward Lauer, Zentralklinik, Bad Berka
Dr. med. Axel Lauten, Klinik am Rennsteig, Tabarz
Dr. med. Henner Montanus, Elbe Saale Klinik, Barby



Dr. Frank Oehmichen, Klinik BAVARIA, Kreischa
Dr. Stephan Sahm, Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden
Dr. med. Herbert Schmidt, MEDIAN Klinik II, Bad Berka
Dr. med. Joachim Schreiber, Bad Colberg Kliniken GmbH, Bad Colberg
Priv. -Doz. Dr. med. Klaus Schröder, Frankenklinik, Bad Neustadt
Dr. med. Rainer Schubmann, Klinik Möhnensee, Möhnensee
J. Stanslawski, Herzzentrum, Dresden
Dr. med. Franz Theisen, Lauterbacher Mühle Klinik GmbH & Co. KG,
Seeshaupt
Dr. Günter Weiße, Klinik BAVARIA, Kreischa
Dr. R. Wolf, Herz-Kreislauf-Klinik, Bevensen

13.5.8 Mitglieder der FAG Integrationsverträge sind:

RA Dr. Clemens Bold, LV in Baden-Württemberg e.V., Sindelfingen
RA Ingo Dörr, LV in Sachsen-Anhalt und Sachsen e.V., Leipzig
Thomas Fettweiß, Ostseeklinik Schönberg-Holm, Schönberg
Werner O. Gesche, Klinik Beratungs KG, Berlin
Wilhelm Henneking, Gollwitzer-Meier-Klinik, Bad Oeynhausen
Michael P. Herrmann, Reha-Kliniken Küppelsmühle, Bad Orb
Dr. med. W. Roth, Salztal Klinik, Bad Soden-Salmünster
Herrn Dr. med. Jörg Sagasser, Asklepios Kliniken, Fürstenfeldbruck
Hans-Joachim Schick, Klinik Niedersachsen, Bad Nenndorf
RA Jens Wernick, LV in Bayern e.V., München

13.5.9 Mitglieder der FAG Internet sind:

Dr. Judith Bein, Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt Oder
RA Ingo Dörr, LV in Sachsen-Anhalt und Sachsen e.V., Leipzig
Friedel Mägdefrau, LV in Hessen und Rheinland-Pfalz e.V., Wiesbaden

13.5.10 Mitglieder der FAG Kapitalkosten im Pflegesatz sind:

Dr. Markus-Michael Küthmann, Aatalklinik, Wünnenberg
Friedel Mägdefrau, LV in Hessen und Rheinland-Pfalz e.V., Wiesbaden
Dr. Heiner Meyer zu Lösebeck, Melle/Neunkirchen
Dietgrim Reene, Median Kliniken, Berlin
Dipl.Vw. K. Heinrich Rehfeld, TRIA Immobilien, Berlin

13.5.11 Mitglieder der FAG Landesbasisfallwert sind:

Andrea Aulkemeyer, Rhön-Klinikum, Leipzig
Gerd Bär, Asklepios Fachklinik München, Gauting
Uwe Bauer, Asklepios Kreiskrankenhäuser, Weißenfels
Dr. Judith Bein, Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Frankfurt Oder
Dr. Alice Börgel, Sana Kliniken, München
Wolfram L. Boschke, Rhön-Klinikum, Bonn
Roland Dankwardt, Asklepios Kliniken, Lich
Dr. med. Burkhard Domurath, Werner Wicker Klinik, Bad Wildungen



Ulrich Gnauck, Asklepios Klinik, Seesen
Dietrich Goertz, Sana-Krankenhaus, Rügen
Hartmut Hain, Rhön-Klinikum, Bad Neustadt
Volker Hippler, Krankenhaus St. Barbara, Attendorn
Bernd Hirtreiter, ASKLEPIOS Kliniken, Gauting
Mario Krabbe, Park-Klinik Weißensee, Berlin
Dipl. Kff. Sabine Lessing, Praxisklinik Mümmelmansberg, Hamburg
Joachim Manz, Rhön-Klinikum, Berlin
Dr. Michael Philippi, Sana Kliniken, München
Dr. Christian Roterling Park-Klinik, Großhansdorf
RA Jens Wernick, LV in Bayern e.V., München
Bernd Zimmermann, Klinik für Herzchirurgie, Karlsruhe

13.5.12 Mitglieder der FAG Neurologie sind:

Dr. med. Alfred Baumgarten, Neurologische Klinik, Bad Neustadt
Dr. Bernsdorff, Klinik BAVARIA, Kreischa
Dr. med. Rainhard Both, Zentralklinik, Bad Berka
Rudolf Brodhun, Asklepios Kliniken Schildautal, Seesen
Dr. med. Ulrich Dockweiler, Median Klinikum für Rehabilitation, Bad Salzuflen
Ulrich Gnauck, Asklepios Klinik Schildautal, Seesen
Christoph Herrmann, Asklepios Klinik Schildautal, Seesen
Günter Janz , Fachklinik Wolletzsee, Angermünde
Dr. med. Gernar Kroczek, Medical Park, Bad Rodach
Dr. Markus-Michael Küthmann, Aatakllinik, Wünnenberg
Prof. Dietmar Lutz, Reha-Zentrum, Bad Orb
Thorsten Mägdefrau, RMK Rhein-Main Kliniken, Wiesbaden
Dipl. Betriebswirtin Ilse Platz, DIANA-Klinik und Reha-Zentrum, Bad Beversen
RA Karin Prokein, Parkinson Klinik, Bad Nauheim
Dr. Joachim Schmidt, Kliniken Schmieder, Allensbach
Rer. Pol. Dr. Dagmar Schmieder, Kliniken Schmieder, Allensbach
Oliver Stockinger, Christophsbad, Göppingen
Prof. Dr. med. Wolfgang Tackmann, Aatakllinik, Wünnenberg

13.5.13 Mitglieder der FAG Onkologie sind:

Dr. med. Gerhard Adam, Asklepios Klinik, Triberg
Dr. med. Irene Biester, Klinik am Kurpark, Bad Salzuflen
Dr. med. Barbara Ehret-Wagener, Median Klinikum für Rehabilitation, Bad Salzuflen
Dr. med. Rainer Fähnrich, Reha-Klinik "Garder See", Lohmen
Dr. Dipl. Psych. Ulrike Fischer, BioMed-Klinik GmbH, Bad Bergzabern
Dr. Ulrich Gärtner, Paracelsus-Klinik Am See, Bad Gandersheim
Dr. Sabine von Gierke, Deister Weser Klinik, Bad Münster
Dipl. Psych. Erika Haese, BioMed-Klinik GmbH, Bad Bergzabern
Dr. med. Peter Hagen, Kliniken Beelitz GmbH, Beelitz
Dr. med. Christa Hagen-Aukamp, Niederrhein-Klinik, Korschenbroich



Dr. med. E. Dieter Hager, BioMed-Klinik GmbH, Bad Bergzabern
Veronika Hartmann, Klinik Dr. Hancken Stade
Christa Helling-Müller, Rehabilitationsklinik Park-Therme, Badeweiler
Dr. Constanze Junghans, Paracelsus Klinik, Bad Elster
Dipl.-Med. Olaf Kellner, Asklepios-Kreiskrankenhäuser, Weißenfels
Dipl. Psych. Martin Kowalski, Klinik Bad Rippoldsau, Bad Rippoldsau
Prof. Andreas Lübbe, Cecilienklinik, Bad Lippspringe
Dr. Bernd-Hans Orth, Klinik BAVARIA, Kreischa
Dipl. Kfm. Peter Schmitz, Odenwaldklinik, Bad König
Dr. Thomas Schulte, Klinik Bad Oexen, Bad Oeynhaus
Dr. med. Jürgen Schwamborn, Paracelsus Harz-Klinik, Bad Suderode
Dr. Ulf Seifart, Rehabilitationsklinik Bellevue, Bad Soden
Dr. Dietmar Söhngen, Reha-Zentrum Reichshof, Reichshof-Eckenhagen
Dr. med. Werner Stenzinger, Odenwaldklinik, Bad König
Dr. med. Eva-Susanne Strobel, St. Georg Vorsorge- und
Rehabilitationskliniken, Höchenschwand
Elke Walther, BioMed-Klinik, Bad Bergzabern
Olaf Werner, Schwärzberg Klinik, Bad Rapp nau
Dr. Wolfgang Wöppel, Hufeland Klinik, Bad Mergentheim

13.5.14 Mitglieder der FAG Orthopädie Rheumatologie sind:

Dr. med. Norbert Beil, Wiehengebirgsklinik Holsing, Preußisch Oldendorf
Dr. med. Rudi Bischoff, Gesundheits- und Rehazentrum, Bad Urach
Dr. Wolfgang Brückle, Rheuma Klinik, Bad Nenndorf
Dr. med. G. Clauss, Niederrhein-Klinik, Korschenbroich
Dr. med. Hugo Cullmann, Rheuma Klinik, Bad Nenndorf
Dr. Döring, Elbe Saale Klinik, Barby
Dr. med. Ludger Dwertmann-Soth, Weserland Klinik Vlotho, Bad Seebruch
Maik Ebert, Zentralklinik, Bad Berka
Heinz Heck, Kurpark-Klinik, Bad Schussenried
Dr. Désirée Herbold, Paracelsus-Klinken, Bad Gandersheim
Dr. med. Rudolf Herklotz, Rheuma Kurklinik Schaumburg, Bad Nenndorf
Dr. Hanjakob Hilgers, Kurpark Klinik, Bad Nauheim
Dr. med. Hartmut Ilse, Klinik am Binger, Wiesbaden
Jörn Kekow, Fachkrankenhaus für Rheumatologie und Orthopädie,
Gommern
Dipl. Kfm. Klaus Kinast, Fachklinik, Bad Bentheim
Wolfgang Kley, Paracelsus-Kliniken, Bad Gandersheim
Dr. med. Jörg W. Knorn, Reha-Zentrum, Soltau
Dr. med. Martina Krüger, Salztal-Rhönblick Kliniken, Bad Soden
Martin Maller, Reha-Klinik Sonnenhof, Bad Iburg
Dr. med. Wilhelm Meier, Median Klinikum, Bad Oeynhaus
Dr. Michael Meier-Giró, Reha-Klinikum Hoher Fläming, Belzig
Dr. med. H.-W. Ostermann, Klinik Porta Westfalica, Bad Oeynhaus
Jörn Remscheid, Sana Kliniken, München
Dr. med. Heinz Riechers, Klinikum, Bad Salzdetfurth
Dr. med. W. Roth, Salztal Klinik Fachklinik, Bad Soden-Salmünster
Dr. Andreas Ruch, Marcus Klinik, Bad Driburg
Dr. Schleicher, Klinik BAVARIA, Kreischa



Dr. med. Hans-Joachim Scholten, Emmaburg - Klinik am Park, Bad Laasphe
Dr. med. Stabel, Dörenberg-Klinik, Bad Iburg
Dr. med. Michael Struck, Marcus Klinik, Bad Driburg
Dr. med. Philipp Traut, Klinik am Rosengarten, Bad Oeynhausen
Udo Wankelmuth, Rheumaklinik Bad Säckingen GmbH, Bad Säckingen
Dr. W. Weber-Klukkert, m & i Fachklinik, Bad Pyrmont
Karl-Heinz Weiß, Sanatorium Regena, Bad Orb
Dr. Siegfried Wentz, Schlüsselbad Klinik, Bad Peterstal-Griesbach
Olaf Werner, Schwärzberg Klinik, Bad Rappenau
Dipl. Sozialarbeiter Alfred Wick, Karl Wessel, Gelsenkirchen
Uwe Willmann, Paracelsus Klinik, Bad Elster
Rüdiger Wörnle, Moswaldklinik, Freiburg

13.5.15 Mitglieder der FAG Psychiatrie und Psychosomatik sind:

Dr. med. Michael Almeling, Tinnitusklinik, Bad Arolsen
Dr. med. Clemens Baumeister, Gesundheitspark, Bad Gottleuba
Jürgen Berend, Klinik Ortenau, Zell am Harmersbach
Dieter von Bomhard, Privatklinik, Bad Gleisweiler
Dr. Ingrid Chalup-Biesenbaum, Berolina Klinik, Löhne
Dr. med. Frank Damhorst, Median Klinikum, Bad Salzufen
Gabriele Fritsch, Fachklinik, Hofheim am Taunus
Claus J. Hartmann, DE'IGNIS Fachklinik gGmbH, Altensteig
Dr. med. A. Hassels, Klinik Sonnenhalde, Bad Mergentheim
Bernd Haves, Baar Klinik, Donaueschingen
Dr. Rolf Jeschonnek, Saale Reha-Klinikum II, Bad Kösen
Dr. med. Rudolf Knickenberg, Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt/Saale
Dr. Markus Poersch, Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler
Dr. Dieter Pütz, Deister Weser Klinik, Bad Münder
Dr. H. B. Römer, Klinik Dr. Römer, Calw-Hirsau
H. Rüdgel, Caritas Trägergesellschaft Trier, Bad Kreuznach
Dr. Herbert Schindler, Reha-Klinik "Garder See", Lohmen
Heinz Schönfelder, Asklepios Fachklinikum Wiesen, Wildenfels
Dr. Heike Schulze, Teutoburger-Wald-Klinik, Bad Lippspringe
Dr. med. Susanne Smolenski, Dr. von Ehrenwall'sche Klinik, Ahrweiler
Dr. med. Peter Subkowski, Paracelsus Wittekindklinik, Bad Essen
Dr. Ralf F. Tauber, Klinik BAVARIA, Kreischa
Ralf Thiede, Vogelsberg-Klinik, Grebenhain
Prof. Dr. Stephan Volk, Fachklinik GmbH, Hofheim
Bernhard Wehde, Christophbad GmbH & Co. KG, Göppingen
Olaf Werner, Schwärzberg Klinik, Bad Rappenau

13.5.16 Mitglieder der FAG Qualitätsbericht sind:

Dipl. Päd Brigitte Bergmann, Schlosspark Klinik, Berlin
Dr. Lutz Blase, Asklepios Kliniken, Steinhude
Dr. med. Burkhard Domurath, Werner Wicker Klinik, Bad Wildungen
Günther Knauer, LV in Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorf



Prof. Dr. med. Martin L. Hansis, Rhön-Klinikum AG, Neustadt/Saale
Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken GmbH und Co. KGaA, München
Dr. Thomas Leucht, Havelklinik, Berlin
Dipl.-GesÖk Sabine Mai, Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH, Osnabrück
Dr. M. Rauschenberg, Park Klinik Weissensee, Berlin
Dr. Ingeborg Schwenger-Holst, Klinik für MIC, Berlin
Mandy Wolf, Asklepios Kliniken, Birkenwerder

13.5.17 Mitglieder der FAG Versorgungsstruktur sind:

Jochen Duss, Bosenberg Kliniken, St. Wendel
Lutz Gornik, Nordsee Reha-Klinikum II, St. Peter-Ording
Ulrich Hegemann, Nordseeklinik, Norderney
Peter Middel, KVG Klinik in Bad Pyrmont Verwaltungsgesellschaft GmbH, Bad Pyrmont
Matthias H. Schindler, Klinik Buchinger, Überlingen
Alexander Schunicht, Aatalinik, Bad Wünnenberg

13.5.18 Mitglieder der FAG Wirtschaftlichkeit sind:

Roland Gutt, Sanitas Alpenklinik, Inzell
Wolfgang Kley, Paracelsus-Kliniken, Bad Gandersheim
Frank-Günther Knopf, Elbe Saale, Barby
Olaf Kügelchen, Augusta Klinik, Bad Kreuznach
Peter Lingg, Private Krankenanstalten Bad Seebruch, Vlotho
Dr. Winfried Ludwig, Recura Kliniken, Beelitz

14 Geschäftsstellen der Landesverbände der Privatkrankenanstalten

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

Wegenerstraße 5
71063 Sindelfingen

Telefon: 07031 - 9505-40
Telefax: 07031 - 9505-49

Internet: www.vpka-bw.de
e - mail: info@vpka-bw.de

Vorsitzender: Prof. Dr. Rolf Wahl
Geschäftsführer: Rechtsanwalt Dr. Clemens M. Bold



Verband der Privatkrankeanstalten in Bayern e.V.

Kreiller Straße 24
81673 München

Telefon: 089 - 57 30 99

Telefax: 089 - 57 34 88

Internet: www.vpka-bayern.de

e-mail: info@vpka-bayern.de

Vorsitzender: Peter Rothemund

Geschäftsführer: Rechtsanwalt Jens Wernick

Verband der Privatkrankeanstalten Berlin-Brandenburg e.V.

Einemstraße 20
10785 Berlin

Telefon: 030 - 2 13 70 73 / 74

Telefax: 030 - 2 11 36 69

Internet: www.vpkbb.de

e-mail: VPKBB@aol.com

Vorsitzender: Dr. Michael Sonnek

Geschäftsführer: Dipl.Volksw. Hartmut Klemann

Verband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V. - LV Hamburg -

Praxisklinik

c/o Heide Welzel

- Verwaltungsleiterin -

Oskar-Schlemmer-Straße 9-17

Mümmelmannsberg

22115 Hamburg

Telefon: 040 - 7 15 91-216

Telefax: 040 - 7 15 91-262

Internet: www.vpkhh.de

e-mail: welzel@dr Guth.de

Vorsitzende: Dr. Manuela Guth

**Landesverbände der Privatkrankeanstalten
in Hessen und Rheinland-Pfalz e.V.**

Leibnizstraße 25

65191 Wiesbaden

Telefon 0611 - 57 18 51

Telefax: 0611 - 57 11 48



Internet: www.vdpk.de
e-mail: rka@rmkliniken.de

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

Verband der Privatkrankenanstalten in Niedersachsen e.V.

Franz-Lenz-Str. 14b
49084 Osnabrück

Telefon: 0541 - 33 56 633
Telefax: 0541 - 33 56 634

Internet: www.vdpkn.de
e-mail: VdPKN@aol.com

Vorsitzender: Hartmut Lielje
Geschäftsführer: Martin Menger

Verband der Privatkrankenanstalten in Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Ernst-Scheel-Str. 28
23968 Wismar

Telefon: 03841 - 646-501
Telefax: 03841 - 646-555

Internet: www.pka-mv.de
e-mail: reha-wismar@uumail.de

Vorsitzender: Christian Rettberg

Verband der Privatkrankenanstalten in Nordrhein-Westfalen e.V.

Fleherstraße3A
40223 Düsseldorf

Telefon: 0211 - 55 79 399
Telefax: 0211 - 55 79 622

Internet: www.vdpk-nrw.de
e-mail: PrivatkrankenanstaltenNRW@bonn-online.com

Vorsitzender: Dietgrim Reene
Geschäftsführer: Günther Knauer

Verband der Privatkrankenanstalten im Saarland e.V.

Psychosomatische Fachklinik Münchwies
Turmstraße 50-58
66540 Neunkirchen



Telefon: 06858 - 69 12 42

Telefax: 06858 - 69 13 21

e-mail: FKMuenchwies@ahg.de

Vorsitzender: Wilhelm Scheidt

Geschäftsführer: Wilhelm Scheidt

**Landesverbände der Privatkrankenanstalten
in Sachsen-Anhalt und Sachsen e.V.**

Gustav-Mahler-Straße 2

04109 Leipzig

Telefon: 0341 - 9 80 08 61

Telefax: 0341 - 9 80 08 60

Internet: www.pks-leipzig.de

e-mail: info@pks-leipzig.de

Vorsitzender (Sachsen-Anhalt): Hartmut Lielje

Vorsitzender (Sachsen): Frank Bode

Geschäftsführer: Rechtsanwalt Ingo Dörr

Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V.

Feldstraße 75

24105 Kiel

Telefon: 0431 - 8 40 35

Telefax: 0431 - 8 40 55

e-mail: gf@vpksh.de

Vorsitzender: Dr. med. Philipp Lubinus

Geschäftsführer: Bernd Krämer

Verband der Privatkrankenanstalten in Thüringen e.V.

Moritz-Klinik

Hermann-Sachse-Straße 46

07639 Bad Klosterlausnitz

Telefon: 03 66 01 - 4 94 41

Telefax: 03 66 01 - 4 94 49

e-mail: detlef.baetz@moritz-klinik.de

Vorsitzender: Joachim Manz

Geschäftsführerin: Detlef Bätz



15 Bundesgeschäftsstelle

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

Hauptgeschäftsführer: Thomas Bublitz
Geschäftsführer: Martin Kramer
Reha-Referentin: Uta Krupke
Akut-Referentin: Ilona Michels
Büroleitung: Andrea Achner
Sekretärin: Karin Müller
Bürokraft: Petra Voß

Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V.
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin
Telefon: (030) 2 40 08 99-0
Telefax: (030) 2 40 08 99-30
E-Mail: info@bdpk.de
Internet: www.bdpk.de
