

**per Fax 030 / 227 362 44**

An den Vorsitzenden  
des Ausschusses für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Herrn Klaus Kirschner, MdB  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1

Telefon: (0 69) 15 22 - 0  
Durchwahl: -285  
Telefax: -320  
Markus Oberscheven

11011 Berlin

Unser Zeichen (bitte angeben)  
40-46-10-00 (3.1.1)

Ihr Schreiben vom

Ihr Zeichen

Datum

18. September 2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(10)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) – Stand: 8. September 2003**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung  
(Stand: 8. September 2003) beziehen wir wie folgt Stellung:

**1. zu Artikel 1**

**Nr. 31. Änderung des § 40 Abs. 5 SGB V:**

Es ist vorgesehen, den sich aus § 40 Abs. 5 SGB V ergebenden Zuzahlungsbetrag für ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenversicherung von 9 auf 10 € je Kalendertag zu erhöhen. Wegen der Verweisung in § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB VI auf § 40 Abs. 5 SGB V würde die Erhöhung der kalendertäglich zu

leistenden Zuzahlung auch für die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung gelten.

Wir weisen diesbezüglich darauf hin, dass sich Erhöhungen der Zuzahlungsbeträge in der Vergangenheit in der Regel negativ auf die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgewirkt haben. Angesichts der allgemein anerkannten und zukünftig wachsenden Bedeutung dieses Versorgungsbereichs im Gesundheitssystem sollten Regelungen zur Zuzahlung, die den Zugang zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ohnehin erschweren, nicht weiter verschärft werden.

## **2. zu Artikel 1**

### **Nr. 70 und 109**

#### **Änderung der §§ 91 SGB V und 137 f SGB V:**

Nach § 137 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V-E empfiehlt der in § 91 SGB V-E vorgesehene Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme bzw. Disease-Management-Programme (DMP) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Versorgung chronisch Kranker verbessern. Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt weiterhin einvernehmlich Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP. Er nimmt damit in Zukunft die im Zusammenhang mit DMP entstehenden Aufgaben des bisherigen Koordinierungsausschusses wahr.

§ 137 Abs. 2 Satz 5 SGB V sieht unverändert vor, dass den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist, soweit ihre Belange berührt sind. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses mit einzubeziehen. Eine Verpflichtung zur Anhörung der Rehabilitationsträger zu den zu formulierenden Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP ist dagegen auch in dem vorliegenden Entwurf nicht geregelt.

Aus unserer Sicht sollte jedoch auch den Rehabilitationsträgern Gelegenheit zur Stellungnahme im Hinblick auf die Ausgestaltung von DMP gegeben werden, damit diese ihre vorhandene Kompetenz im Bereich der Versorgung chronisch Kranker in die Bemühungen um eine Optimierung der Kooperation der Versorgungssektoren sowie um eine bessere Vernetzung von Akutmedizin und medizinischer Rehabilitation einbringen können.

Disease-Management-Programme haben den Anspruch, eine sektorübergreifende Regelversorgung unter Einbindung auch der medizinischen Rehabilitation aufzubauen um die Qualität im Versorgungsprozess chronisch Kranker zu erhöhen. Um das von den DMP bezweckte verbesserte Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Versorgungssektoren zu erreichen, ist es aus unserer Sicht erforderlich, die medizinische Rehabilitation und die ihr zu Grunde liegenden Behandlungskonzepte als wesentliches Glied in der Versorgungskette chronisch Kranker stärker als bisher in den Prozess der Erarbeitung und Ausgestaltung von DMP einzubeziehen, denn gerade die medizinische Rehabilitation ermöglicht durch ihren ganzheitlichen Ansatz eine umfassende und systematische Versorgung chronisch Kranker.

Wir schlagen deshalb vor, den Kreis der anhörungsberechtigten Verbände und Organisationen in § 137 Abs. 2 Satz 5 SGB V um diejenigen Rehabilitationsträger, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen sowie um ihre Spitzenverbände zu erweitern.

Mit freundlichen Grüßen

Der Geschäftsführer

Im Auftrag

Dr. Schliehe