



politikerscreen.de AG
Informationsdienst für Politik

Sachstandsbericht

**zur Bewertung von Kur und Rehabilitation
unter Berücksichtigung der politischen Situation**

**Im Auftrag des
Europäischen Gesundheitszentrum für Naturheilverfahren
Sebastian Kneipp Institut GmbH
Kneippstraße 2**

86825 Bad Wörishofen

Tel. 08247/96295-0

Fax: 08247/96295-18

E-Mail: info@kneipp-institut.de

München, im Oktober 2002

Inhaltsverzeichnis	2
VORWORT	3
ZUSAMMENFASSUNG	4
I. EINLEITUNG	9
II. GRUNDLAGEN: DEFINITIONEN VON KUR UND REHABILITATION	11
III. RÜCKBLICK: DIE KURKRISE ENDE DER NEUNZIGER JAHRE	17
IV. POLITISCHE ENTWICKLUNGEN IM KUR- UND REHA-WESEN	22
1. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000.....	22
2. Die Reform des 9. Sozialgesetzbuches: Rehabilitation und Teilhabe..... behinderter Menschen	27
V. ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN IM KURWESEN	33
1. Wohnortnah versus wohnortfern / ambulant versus stationär.....	33
2. Stärkung der Prävention	39
3. Qualitätssicherung.....	44
4. Inanspruchnahme von Leistungen im europäischen Ausland	47
5. Einführung von diagnosen-bezogenen Kostengruppen (DRG).....	50
6. Zukunft spezieller Kuren: Mutter-Kind-Kur, Badekur und Kompaktkur	54
7. Bedeutung von Naturheilkunde und Naturheilverfahren	59
8. Wellness in Heilbädern und Kurorten	62
VI. SCHLUSSBEMERKUNGEN	65
VII. POLITIKERBEFRAGUNG.....	66
1. Fragen und Durchführung.....	66
2. Inhaltliche Zusammenfassung	68
3. Antworten.....	70
- Sozialministerium Baden-Württemberg	70
- Drei-Stufen-Modell	71
- Gemeinsame Antwort des bayerischen Sozialministeriums und des bayerischen Gesundheitsministeriums	76
- Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommerns	79
- CDU/CSU-Bundestagsfraktion	81
- FDP-Bundestagsfraktion	84
- Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen.....	87
VIII QUELLENVERZEICHNIS	95

Vorwort

Dieser Sachstandsbericht wurde im Auftrag des Europäischen Gesundheitszentrums für Naturheilverfahren, Sebastian Kneipp Institut GmbH erstellt. Die inhaltlichen Aussagen sowie sämtliche Angaben beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf Stand Juni 2002.

Für den Fall, dass in dem Bericht unzutreffende Informationen veröffentlicht oder in Inhalten Fehler enthalten sein sollten, kommt eine Haftung der politikerscreen.de AG nur bei grober Fahrlässigkeit der politikerscreen.de AG oder ihrer Mitarbeiter in Betracht.

Bei einer Veröffentlichung oder Verwertung des Berichts in Publikationen des Instituts oder sonstiger Institutionen wird um eine angemessene namentliche Nennung der politikerscreen.de AG gebeten.

München, im Oktober 2002

Dipl.-Kfm. Alexander Bilgeri
Vorstand (Vors.)

Sebastian Sigler
Redaktionsleitung

Zusammenfassung

Die **zunehmende Lebenserwartung** der Bevölkerung sowie der damit regelhaft verbundene zusätzliche medizinische Behandlungsbedarf wird das deutsche Gesundheitssystem vor große Herausforderungen stellen. Gerade die Bereiche der Vorsorge (Prävention) und Rehabilitation werden dabei vermehrt gefordert sein: Zum einen, um Krankheiten zu verhüten oder abzuwenden (**Primärprävention**), und zum anderen, um die Patienten nach überstandener Krankheit – wenn sie schon krankheitsbezogen nicht wieder vollständig kuriert (**Kuration**: Heilung im Sinne einer restitutio ad integrum) werden können - zumindest wieder zur hinreichenden Aktivität im Alltag zu befähigen (**Rehabilitation**). Dabei sind – **als Kernkompetenz von Heilbädern und Kurorten** – u.a. gesundheitsbewusste Richtlinien zu vermitteln und einzuüben, die einer erneuten akuten Erkrankung vorbeugen oder eine medizinisch nicht aufzuhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes zumindest verlangsamen (**Sekundär- bzw. Tertiärprävention**).

Angesichts der ständig steigenden Gesundheitsausgaben ist der Gesetzgeber gezwungen, nach **Sparpotenzialen** zu suchen. **Medizinische Vorsorgemaßnahmen sowie die Rehabilitation galten und gelten dabei gern als Verfügungsmasse**. Insbesondere die in den deutschen Heilbädern und Kurorten etablierten differenzierten Verfahren zur Vorsorge und Rehabilitation sind dadurch betroffen. So wurden die Kurorte und Heilbäder in den Jahren 1996 und 1997 abrupt in eine schwere Krise hineinmanövriert, nachdem die damalige CDU-CSU-FDP-Bundesregierung durch eine Reihe von gesetzlichen Maßnahmen die Ausgaben für Rehabilitationsmaßnahmen von einem Jahr zum anderen um knapp ein Drittel gekürzt hatte. SPD und Bündnis90/Grüne lösten zwar nach ihrem Wahlsieg 1998 ihr Versprechen ein, einige der Kürzungen abzumildern. Gleichzeitig wurden aber durch neue Gesetze bzw. Gesetzentwürfe den Heilbädern und Kurorten an anderer Stelle Probleme aufgebürdet. Hilfsweise wurde auf die Chancen einer verstärkten Anwerbung von touristischen Gästen verwiesen, die sich als Selbstzahler mit hinreichenden Eigenmitteln Präventions- und/oder Reha-Maßnahmen in Heilbädern und Kurorten leisten können.

Zudem ist in den neuen Gesetzestexten der **Begriff „Kur“** nur noch indirekt enthalten. Hiergegen wendet sich insbesondere der Bayerische Heilbäderverband. Politische Unterstützung gibt es dabei insbesondere von Gesundheitsministerien aus den Bundesländern, in denen - außer den touristischen Aufenthalten von Kurgästen - gerade auch die Medizinischen Kuren eine wichtige wirtschaftliche Bedeutung haben wie etwa in Bayern, Baden-Württemberg oder Hessen.

Hierbei ist zunächst deutlich abzugrenzen zwischen

- **Medizinischen (ambulanten oder stationären) Kuren für Patienten**, für die von Kostenträgern Zuschüsse zu den tatsächlichen geleistet werden,
- und
- **selbstzahlenden Gesundheitstouristen (Kurgäste)**, die die Angebote in den prädikatisierten Heilbädern und Kurorten nutzen.

Primär für den letztgenannten Personenkreis sind verschiedene Formen von **Wellness-Einrichtungen** entwickelt worden, um mit Fitness und Well-Being-Angeboten, zu gesundheitsförderlichen Verhaltensumstellungen zu motivieren. Dass sekundär auch Kurpatienten im Verlaufe ihres Aufenthaltes die Attraktivität solcher Angebote

auf eigene Kosten nutzen, ist ebenso zulässig wie der gelegentliche **selbst bezahlte** Besuch des Kurtheaters oder einer Tanztee-Veranstaltung. Die Nutzung von Wellness-Angeboten darf aber nicht durch den Slogan „morgens Fango, abends Tango“ als vermeintliches Regelverhalten von Kurpatienten missinterpretiert werden.

Bei den Überlegungen von Sparmaßnahmen im Kur- und Rehabilitationswesen kommt auch immer wieder die Frage des **Wohnortprinzips** in die Diskussion. Nicht erst seit dem Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung - verkürzt oft als „Gesundheitsreformgesetz“ bezeichnet - und durch die Verabschiedung des Neunten Sozialgesetzbuches gilt, dass Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen vorrangig ambulant und wohnortnah durchgeführt werden sollen. Neben der Bundesregierung plädiert auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen - hauptsächlich aus Kostengründen - für die ambulante und wohnortnahe Form.

Dies wird in der **Verwaltungspraxis der Gesetzlichen Krankenkassen** (bzw. von deren Medizinischen Diensten) derzeit oft so interpretiert, dass *nur* noch wohnortnahe Präventions- und Rehabilitations-Maßnahmen durchgeführt werden sollten. Für die Kurorte und Heilbäder bedeutet eine solche Fehlinterpretation einen drastischen Verlust an Patienten.

Gegen diese Auffassung kämpfen die Verbände aus den deutschen Heilbädern und Kurorten an und verweisen auf diverse **Untersuchungen**, in denen sich die wohnortferne stationäre wie auch ambulante Kurtherapie als effizient erwiesen hatte. Ebenfalls bereits vorhandene Studien zu wohnortnahen ambulanten Therapieformen hatten dagegen keinesfalls die hohen Vorerwartungen erfüllt, die der wohnortnahen Behandlung zugeschrieben werden. Neben mangelnder Entlastungssituation der Patienten erwiesen sich auch Hoffnungen auf Kosteneinsparungen als unrealistisch: wegen längerer Dauer der Interventionen, Fahrtkosten bei jedem Behandlungstermin, hoher Abrechnungssätze für die Leistungserbringer u.a.m.

Außer den vormals

- stationären Kuren (jetzt: „stationären Rehabilitations-Maßnahmen“ in anerkannten Heilbädern und Kurorten)

gelten auch

- die Mutter-Kind-Kuren,
- die ambulanten Badekuren (jetzt: „medizinische Vorsorgeleistungen“)

sowie

- die Kompakt-Kuren

als „Sorgenkinder“ des Kurwesens.

Während die **Kompakt-Kur** als Sonderform der ambulanten Vorsorge und Rehabilitation, auf Grund der geringen Inanspruchnahme und einer nachfolgenden Insolvenz der privatrechtlichen Kompaktkurzenträger höchst gefährdet scheint, haben die **Mutter-Kind-Kuren**, die - anders als bei den anderen Kurformen - als explizite Erholungskuren *keiner* vorherigen hausärztlichen Befürwortung bedürfen, bei der Bundesregierung überzeugte Fürsprecher. Dies äußert sich auch in einer gerade vom Gesetzgeber beschlossenen erhöhten Zuzahlung.

Die für den Kostenträger besonders kostengünstige **ambulante Badekur** mit Selbstbeteiligungsanteilen von über 75 % an den Kurkosten setzt eine besondere Motivation zur eigenverantwortlichen Gesundheitsförderung voraus. Inzwischen wird von der

Bundesregierung empfohlen, diese Kurform wieder höher zu bezuschussen wodurch sich die Nachfrage nach ambulanten Badekuren wieder erhöhen könnte.

Ein weiteres Problem wird wohl vor allem auf diejenigen Heilbäder und Kurorte zu kommen, in denen der Anteil an Patienten mit **Anschluss-Heilbehandlungen** (AHB) eine wichtige Rolle spielt. Durch das **Fallpauschalengesetz** (FPG) und die Einführung der diagnosen-bezogenen Fallgruppen (DRG's) gibt es die absehbare Versuchung, dass die Akutkliniken ihre Patienten früher als bisher entlassen, um innerhalb der vorgegebenen Kostenpauschalen wirtschaftlich überleben zu können. Auf die Rehabilitationskliniken kommen dadurch noch höhere diagnostische, therapeutisch und pflegerische Aufwendungen als bisher zu. Dies bedeutet eine Kostenverschiebung von den Akutkliniken zu den überwiegend an Kurorten und Heilbädern angesiedelten Rehabilitationskliniken, die dadurch zunehmend in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten: weil die Tagessätze nicht entsprechend angehoben werden, sind - ohne eigentlichen Auftrag - die Rehabilitationskliniken gezwungen, Aufgaben auch im kurativen Bereich zu übernehmen, für die sie gar nicht konzipiert wurden. Deshalb haben neben den Vertretern der Kurorte und Heilbäder an den Gesetzentwürfen auch die Vertreter der Ärzte- und Krankenhausverbände deutliche Kritik geübt.

Urteile des **Europäischen Gerichtshofes** (EuGH) über die Berechtigung, gesundheitliche Dienstleistungen auch im EU-Ausland in Anspruch nehmen zu können und von den deutschen Kostenträgern erstatten bekommen zu müssen, haben besonders die Heilbäder und Kurorte in grenznahen Gebieten beunruhigt. Sie fürchten, dass selbstzahlende Kurpatienten auf Grund der geringeren Kosten Medizinische Kuren beispielsweise in Ungarn vorziehen. Noch haben zwar Studien gezeigt, dass von dieser Möglichkeit kein reger Gebrauch gemacht wird. Insofern sieht die Bundesregierung hierin vorerst keine Gefahr.

Durch ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen sollen und können langfristig medizinische Ausgaben vermieden oder reduziert werden. Aus einer starken politischen Unterstützung von **Präventionsmaßnahmen**, die als tragende Säule des Gesundheitswesens ausgebaut und durch diverse Programme forciert werden sollen, könnten sich für die Kurorte und Heilbäder zukünftig auch wieder **Chancen** ergeben, gerade hierin liegt ja eine „**Kernkompetenz**“ der Kurorte.

Bei den besonderen kurortmedizinischen Therapiemethoden kommt auch den **Naturheilverfahren** eine wichtige Rolle zu. Wenngleich eine Kostenübernahme von verschiedenen traditionellen europäischen Heilmethoden in den Regelkatalog der Gesetzlichen Krankenkassen bereits verankert ist, steht man Erweiterungen eher zurückhaltend gegenüber. Wie auch bei anderen präventiven Methoden wird die Debatte darüber geführt, ob hierfür die Allgemeinheit aufzukommen hat oder die Versicherten individuell. Letzteres trifft innereuropäische (Traditionelle Europäische Medizin TEM) wie vor allem auch außereuropäische Naturheilverfahren, wie etwa die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM).

Es erscheint plausibel, die Kostenübernahme (oder zumindest eine Kostenbeteiligung) an medizinischen Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen, damit auch an den verschiedenen Kurformen in Heilbädern und Kurorten, einfach durch **Kosten-Nutzen-Rechnungen** zu begründen. Solche Untersuchungen, die für Arbeitnehmer auch ökonomische langfristige Vorteile derartiger Maßnahmen belegen, liegen bereits vor.

Diese Ergebnisse müssen allerdings entsprechend der sich verschiebenden Bevölkerungsstruktur differenziert betrachtet werden. Für Berufstätige können die Kosten für die kurörtlichen Reha- oder Vorsorgemaßnahmen noch relativ einfach den Einsparungen gegenübergestellt werden, die durch Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten oder durch das Hinausschieben von Frühverrentungen bewirkt werden, wodurch der Auftrag der Rentenversicherungen „**Reha vor Rente**“ zu belegen ist.

Der Aufwand hinsichtlich einer entfallenen oder hinausgeschobenen Pflegebedürftigkeit („**Reha vor Pflege**“) ist allerdings dann kaum zu beziffern, wenn ohnehin noch die Hauptlast der Versorgung pflegebedürftiger Familienmitglieder im Privatbereich, d.h. in der Regel bei der Hausfrau, liegt.

Derzeit wird dem gesamten Kur- und Reha-Bereich unterstellt, dass zu wenig verlässliches **Datenmaterial zur Beurteilung der Ergebnis-Qualität** verfügbar sei. Dabei wird vereinfachend angenommen, dass die aus der Arzneimittel-Therapie bekannten Untersuchungsansätze, in denen nach den Kriterien der vielfach als höchste Bewertungskategorie angesehenen Evidence-Based-Medicine-Kategorie I vorgegangen werden kann, auch auf andere medizinische Fachgebiete übertragbar seien. Wenn man aber fälschlicherweise randomisierte Patientenzuteilung zu Vergleichsgruppen postuliert, in denen - möglichst noch im Mehrfach-Blind-Versuch - das Wirkprinzip zu evaluieren sei, werden schon a priori Fachrichtungen wie Kurortmedizin oder Rehabilitationsforschung ausgeschlossen.

Eine Forderung an Reha-Medizin und Kurortmedizin hinsichtlich der **Qualitätssicherung** betrifft eine verbesserte Standardisierung der Verfahrensabläufe zur **Struktur- und Prozess-Qualität**. Das in Deutschland ständig praktizierte behördliche Überwachungssystem beschränkt sich bewusst nur auf die Überprüfung hygienischer und lebensmittelrechtlicher Vorgaben und reicht insofern nicht aus, um die darüber hinausgehende besondere Qualität kurörtlicher Therapiebesonderheiten zu dokumentieren und regelmäßig zu überwachen. Die deutschen Kurorte und Heilbäder haben - gerade auch im Hinblick auf die Inanspruchnahme kurmedizinischer Leistungen im Ausland - in diesem Bereich schon große Anstrengungen vorgenommen, indem - wenn auch noch nicht flächendeckend - **Qualitätssicherungsprogramme** in Kurmittelhäusern wie auch in den Kurbeherbergungsbetrieben eingeführt wurden.

Das letzte Kapitel dieses Berichtes befasst sich mit dem Trend, auch im Urlaub oder für ein verlängertes Wochenende **auf eigene Kosten etwas für die Gesundheit zu tun**. Um für diesen meist jüngeren und zahlungskräftigen Personenkreis, d.h. die anzuwerbenden späteren Stammgäste eines Heilbades oder Kurorts, attraktiv zu werden, verbessern viele Kurorte bereits ihre Vermarktungsofferten und investieren in **Wellness und „Events“** aus Kultur, Sport und Unterhaltung, auch wenn dies zuweilen bereits den eher traditionellen Erwartungen der derzeitigen Stammkurgäste und Kurpatienten widerspricht.

Hieran sind ebenfalls **Gefahren einer kontraproduktiven Gesundheitspolitik** aufzuzeigen: Ohne dieses ergänzende, auf rein touristische Kurgäste ausgerichtete zusätzliche Standbein wird es für eine Reihe von Heilbädern und Kurorten schwer werden, den international immer noch als führend angesehenen deutschen Standard bei Medizinischen Kuren beizubehalten. Nachdem in den rund 350 Heilbädern und Kurorten mehr als 70 % aller deutschen Reha-Einrichtungen errichtet wurden und be-

trieben werden, trifft es diesen Bereich besonders hart, wenn das Kur- und Reha-Wesen weiterhin als gesundheitspolitische Verhandlungsmasse angesehen wird.

Eine wirksame politische Gegensteuerung wird daher von den meisten Experten als dringend notwendig angesehen.

I. Einleitung

„Noch nie lebten die Menschen in Deutschland länger und noch nie wurde mehr Geld für die Erhaltung der Gesundheit ausgegeben als heute ... Das deutsche Gesundheitssystem galt lange Zeit als vorbildlich. Das solidarische Finanzierungsprinzip in der GKV, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit und ausreichende Kapazitäten für eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung ... gehören zu den herausragenden Leistungsmerkmalen des deutschen Gesundheitswesens“.¹ Im deutschen Gesundheitswesen sind Medizinische Kuren und Rehabilitations-Maßnahmen verankert. Anders als in der Akutmedizin müssen die regelmäßig chronischen Patienten dabei hinreichend körperlich belastbar sein für die vorgesehenen Therapieformen (Gesundungsarbeit). Akute Infekte oder andere Erkrankungen sind dementsprechend Kontraindikationen für kurmedizinische und rehabilitative Therapiemaßnahmen. Insofern erscheinen die Kurtherapie allgemein und die Präventions- oder Rehabilitations-Maßnahmen im Speziellen als weniger dringlich oder wichtig. Gleichwohl liegt der zahlenmäßige Anteil der jährlich betroffenen Kur- bzw. Rehabilitationspatienten in der Bevölkerung aber um ein Mehrfaches über dem Anteil an Akut-Patienten. Eine eingehendere Beschäftigung mit diesem Teilgebiet der medizinischen Versorgung ist also sicher gerechtfertigt.

Wer einen drei- bis vierwöchigen Kuraufenthalt in einem der rund 350 Heilbäder und höherqualifizierten Kurorten² in Deutschland antritt, muss bei etwa bei einem Drittel³ seinen Bekannten mit einer geringen Wertschätzung rechnen. Von „Kurlaub“ ist die Rede, Spötter verkürzen die Kur teilweise auf den Slogan „morgens Fango - abends Tango“. Dass es sich demgegenüber bei Medizinischen Kuren und Rehabilitations-Maßnahmen vor allem um eine effiziente Vorsorge im Sinne von Sekundär- und Tertiär-Prävention handelt, wissen diejenigen am besten, die Derartiges bereits persönlich erfahren haben.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird auf Grund der demografischen Entwicklung, d.h. der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung und - damit verbunden - des medizinisch-technischen Fortschritts, weiter ansteigen. Das Statistische Bundesamt sagt in seiner 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung voraus, dass im Jahr 2050 Männer eine Lebenserwartung von 81,6 Jahren, Frauen sogar von 86,7 Jahren haben werden. Das wäre ein Gewinn von mehreren Jahren im Vergleich zu heute. Diese deutlich verlängerte Lebenszeit führt aber auch dazu, dass das Risiko der Behinderung und der Pflegebedürftigkeit weiter zunimmt, der Rehabilitationsbedarf wird wachsen.

¹ Schlußbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Deutscher Bundestag, Drucksache 12/8800 vom 28.3.2002, S. 182.

² Bei den etwa 350 Heilbädern und *hochprädiatisierten* Kurorten Deutschlands wird unterschieden zwischen Mineral- und Moorheilbädern, heilklimatischen Kurorten, Felke-, Schroth- und Kneipp-Heilbädern und –Kurorten sowie Seebäder und Seeheilbädern. Darüber hinaus gibt es über 6.000 Luftkurorte oder Erholungsorte, in denen - in der Regel – *keine* Medizinischen Kuren durchgeführt und bezuschußt werden.

³ Immerhin ist bei 2/3 der Bevölkerung der Begriff „Kur“ mit positiven Assoziationen verbunden (EMNID-Umfragen 1992 und 2002 im Auftrag der REPPEL und Partner GmbH, Karlsruhe).

Wie in allen westlichen Industriestaaten ist in den nächsten Jahrzehnten zudem mit einer Zunahme der chronischen, verhaltensbedingten Erkrankungen zu rechnen. Auch ohne Verlängerung der Lebensarbeitszeit bedeutet dies einen steigenden Bedarf an Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung bzw. zum Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit, denn die Versicherten sollen gesundheitlich in der Lage sein, das Renten- bzw. Pensionsalter nicht nur zu erreichen, sondern auch danach ihren Lebensabend mit einer hinreichenden Lebensqualität genießen zu können. Der Bedarf an Kur- bzw. Reha-Leistungen und dementsprechend auch an Finanzmitteln für Leistungen in der medizinischen Rehabilitation wird vor allem durch die Zahl der Versicherten in den reha-relevanten Jahrgängen bestimmt, das heisst in der Altersgruppe ab 45 Jahren. Allein die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) hat im Jahr 2000 453.673 Rehabilitationen bewilligt, mehr als die Hälfte davon (233.509) in der Altersgruppe der 45 bis 59-Jährigen.⁴

Kuren bzw. Reha-Maßnahmen kosten Geld. Durch Prävention und Rehabilitation lassen sich jedoch auch Kosten einsparen (Stichworte „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“). Die dominante Säule des Medizinsystems ist aber weiterhin die *Akutmedizin*. Auf ihre Weiterentwicklung und die Finanzierbarkeit konzentriert sich im Wesentlichen die Diskussion in Wissenschaft, Industrie und Politik.

Im Jahr 2001 wurden von Gesetzlichen Krankenkassen inkl. Lohnfortzahlungen etc. für den gesamten Gesundheitsbereich rund **270 Milliarden** Euro ausgegeben. Auf *Prävention* (inklusive des Drucks und der Verbreitung von Aufklärungsbroschüren) und auf (wohntnahe sowie auf wohntferne) *Rehabilitation zusammen* entfielen davon nur **4 %** der Gesundheitsausgaben.

Bezieht man sich lediglich auf die (wohntferne) ambulante, teil-stationäre und stationäre Prävention und Rehabilitation in Heilbädern und Kurorten, so gaben im Jahre 2000 die Gesetzlichen Krankenversicherungen 2,66 Milliarden Euro aus, das entspricht ca. **1 %** ihrer Gesamtausgaben.

Wie sich die politischen Entscheidungsträger dieser gesellschaftlichen und ökonomischen Herausforderung im Bereich Kur bzw. Rehabilitation stellen, ist Gegenstand dieser Studie. Es werden aktuelle und zukünftige Entwicklungen im Reha-Bereich allgemein und im Kur-Bereich im Speziellen analysiert. Dazu gehören die Fragen, ob Rehabilitation ambulant oder stationär bzw. wohnortnah oder wohnortfern durchgeführt werden sollte, welchen Stellenwert die Prävention einnehmen soll, mit welchen Maßnahmen und Methoden die Qualität gesichert werden soll und welche Auswirkungen sich auf deutsche Heilbäder und Kurorte ergeben, wenn Medizinische Kuren künftig auch im europäischen Ausland in Anspruch genommen werden können. Ebenfalls findet die Einführung von Fallpauschalen mit ihren Auswirkungen auf Kur bzw. Reha Berücksichtigung. Abschließend werden noch einige kurörtliche Sonderprobleme – Behandlung mit Naturheilverfahren, Mutter-Kind-Kur, Kompaktkur sowie Wellness-Angebote am Kurort – betrachtet.

⁴ Vgl. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Jahresbericht Rehabilitation 2000, S. 1, abrufbar unter http://www.bfa.de/ger/ger_zahlenfakten.8/ger_rehabilitation.83/ger_jahresbericht.831/bfa_rehabilitation_2000.pdf.

II. Grundlagen: Definitionen von Kur und Rehabilitation

Zum Thema „Kur“ wie auch zur „Rehabilitation“ gibt es allein aus den letzten zwei Jahrzehnten eine Fülle von Darstellungen, von denen hier nur Beispiele aufgelistet werden sollen:

H. Jordan (1980):

Kurorttherapie
VEB Fischer Verlag Jena

I. Füsgen, Th. Kleinschmidt (1980):

Die integrierte Kur
Schindele Verlag Rheinstetten

R. Haizmann (Hrsg) (1982):

Rehabilitation am Kurort: Mode oder Notwendigkeit?
Dt. Akademie für medizinische Fortbildung Kassel/Bad Nauheim

G. Vescovi (Hrsg) (1984):

Impulse für die Kur von morgen
Atrio-Verlag B. Geue Bad Mergentheim

H. Jungmann, M. Meyer, H. Wilhelm (1984):

Kurorttherapie – eine Bestandsaufnahme
Nordd. Instituts für Fremdenverkehrs-
und Heilbäderforschung Braunschweig
Verlag „Niedersachsen“ Hannover

H. Wilhelm, M. Meyer (Hrsg) (1984):

Differenzierende Untersuchungen zum gegenwärtigen Stand der Effizienz bei
Kurmaßnahmen
Nordd. Instituts für Fremdenverkehrs-
und Heilbäderforschung Braunschweig
Verlag „Niedersachsen“ Hannover

R. Haizmann (Hrsg) (1985):

Rehabilitation am Kurort – Lethargie oder Aufwind?
Passavia-Verlag Passau

Der Bundesminister für Forschung und Technologie (Hrsg) (1988):

Wohnortnahe Versorgung von Rheumakranken
Verlag Thierbach Mühlheim a.d. Ruhr

J. Siegrist (Hrsg) (1990):

Wohnortnahe Betreuung Rheumakranker
Schattauer Verlag Stuttgart

Nordrhein-westfälischer Bäderverband (Hrsg.) (1993):

25 Jahre Rehaforschung in Nordrhein-Westfalen
L.R. Grote-Institut, Bad Berleburg

W. Heipertz (Hrsg) (1996):
Rehabilitation am Kurort
Braun Verlag Karlsruhe

G. Dörr, A. Gassner (1997):
Gesundheitsurlaub und Kur
Deutscher Taschenbuch Verlag München

R. Fricke (Hrsg) (1999):
Zukunft der Rehabilitation in Deutschland
ISMH Verlag Geretsried

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen
(Hrsg) (2001):
Sozial-Fibel für den Bürger
Offset GmbH München

Hieraus und vor allem auf Quellen, die derzeit im Internet abrufbar sind, basieren die nachfolgenden Darstellungen.

In der medizinischen Versorgung unterscheidet man einmal hinsichtlich der *Behandlungsziele* zwischen

- Kuration: Heilung von akuten Erkrankungen, Verletzungen und Beschwerden
- (Primär-)Prävention: Vorsorgliche Maßnahmen zur Vermeidung kurationsbedürftiger Erkrankungen
- Rehabilitation: Postkurative Maßnahmen zur Wiedererlangung verloren gegangener Funktionsfähigkeiten
- Sekundär- und Tertiär-Prävention: Vermeidung von Rückfällen und Verlangsamung progredienter infauster Krankheitsverläufe

Zum anderen baut das deutsche Gesundheitssystem hierzu auf mehreren *Versorgungsbereichen* oder – teils nebeneinander stehenden, teils aufeinander aufbauenden - *Säulen* auf. Hierzu gehören:

- die **ständige** Betreuung durch den niedergelassenen Arzt,
 - die **fallweise** Versorgung im Akut-Krankenhaus
- und
- die **phasenweise** Therapie
 - *wohntfern* in einer Medizinischen Kuroder
 - *wohntnah* in einer andersartigen Therapieeinrichtung.

Hinsichtlich der Definition der Medizinischen Kur, die nach *Kleinschmidt*⁵ innerhalb der deutschen Kurortmediziner zur Abgrenzung vom ungeschützten und deshalb zuweilen missbräuchlich benutzten Begriff „Kur“ eingeführt wurde, kann man darstellen:

Eine Medizinische Kur ist

- ein mehrwöchiger Zeitraum
- für eine intensive Therapie-Phase
- in einem staatlich anerkannten Heilbad oder in einem anerkannten höher qualifizierten Kurort oder in einem Ort mit anerkanntem Kurbetrieb
- zur Rehabilitation

und/oder

- zur Prävention
- chronischer Krankheiten.

Rehabilitation (als Begriff eingeführt von *Ritter von Buss* zu Ende des 19. Jahrhunderts) ist dabei im allgemeinen Sinne ein prospektives Behandlungsziel, nämlich das Wiederbefähigen zu verloren gegangenen Funktionsausübungen. Rehabilitation im engeren Sinne wird dann auch auf ad hoc praktizierte Therapiemethoden verkürzt, mit denen das Behandlungsziel Rehabilitation zu erreichen ist.

Nach der Rechnungslegung der Gesetzlichen Krankenkassen (KV 45 BMG) wird seit 2000 – etwas gewaltsam und von daher auch umstritten – nur noch zwischen

- medizinischen Vorsorgeleistungen (früher „ambulante Kur“) und
- medizinischen Rehabilitations-Maßnahmen⁶ (früher „stationäre Kur“), unterschieden.

Medizinische Vorsorgeleistungen

Medizinische Vorsorgeleistungen dienen der Vorsorge und Prävention und werden meist unter Einsatz ortsspezifischer Methoden und Heilmittel durchgeführt. Medizinische Vorsorgeleistungen, insbesondere auch die frühere ambulante Kur, sollen gemäß dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eine absehbare Schwächung der Gesundheit beseitigen, Krankheiten verhüten oder deren Verschlimmerung vermeiden bzw. eine drohende Pflegebedürftigkeit abwenden. Eine Vorsorgeleistung hat eine Regeldauer von drei Wochen, eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich. Ein derartiger Kuraufenthalt kann von den Gesetzlichen Krankenkassen nach Bundestagsbeschluss vom Juli 2002 in der Regel alle drei Jahre gewährt werden, bei Vorliegender medizinischer Gründe auch früher (§ 23 SGB V).

⁵ siehe http://www.lrz-muenchen.de/~Prof_Kleinschmidt/def-kur.html.

⁶ oft nicht unterschieden von Anschluß-Heilbehandlungen.

Wohnortnahe und wohnortferne medizinische Vorsorgeleistungen

Im Rahmen der medizinischen Vorsorgeleistungen sind zunächst ambulante und teilstationäre Maßnahmen **am Wohnort** vorgesehen. Wenn sich diese als nicht oder nur unzureichend wirksam erweisen, kann der zuständige Leistungsträger

- eine ambulante
- oder – abhängig von Schweregrad der Erkrankung –
- eine stationäre Behandlung

mit Unterkunft und Verpflegung in einer **wohnortfernen** Rehabilitationsklinik, Kurklinik, in einem Sanatorium oder in einer sonstigen Rehabilitationseinrichtung bewilligen (§ 40 SGB V).

Kompaktkuren sind eine Mischform

- mit Unterkunftsverhältnissen wie in einer ambulanten
- und
- mit einem Therapieprogramm wie in einer stationären Kur.

Für stationäre Kuren müssen Versicherte Zuzahlungen von 9 Euro täglich leisten.

Darüber hinaus gibt es Mutter-Kind-Kuren, die in speziellen Einrichtungen durchgeführt werden (§ 24 SGB V).

Medizinische Rehabilitations-Maßnahmen

Medizinische Rehabilitations-Maßnahmen umfassen alle Leistungen bei bereits behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen. Sie sollen chronische Krankheiten bzw. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen oder eine Verschlimmerung verhüten (§ 26 SGB IX).

In der Durchführung ist auch hier zwischen wohnortnahen und wohnortfernen Maßnahmen zu unterscheiden.

Die Leistungen werden u.a. von der Gesetzlichen Krankenkasse (etwa bei Rentnern), der Rentenversicherung (bei Berufstätigen) oder der Sozialhilfe (bei Arbeitslosen) erbracht (§ 6 SGB IX).

* Für erwerbstätige Personen gilt als Ziel, die durch Krankheit verloren gegangene Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen (Grundsatz: Reha vor Rente, früher: Kur vor Rente).

* Das Reha-Ziel für Rentner ist die Vermeidung oder das Hinauszögern sich anbahnender Pflegebedürftigkeit (Grundsatz: Reha vor Pflege).

Bezüglich Regeldauer, Kurintervall und Zuzahlung gelten dieselben Regelungen wie bei den medizinischen Vorsorgeleistungen.

Auch bei medizinischen Rehabilitations-Maßnahmen wird differenziert. So unterscheidet man zwischen ambulanten, teil-stationären und stationären Behandlungen (§ 40 SGB V). Ein Sonderfall der stationären Behandlung ist die Anschlussheilbehandlung⁷ (AHB), die bestimmungsgemäß innerhalb von 14 Tagen nach schweren Erkrankungen oder Operationen in Spezialabteilungen von Reha-Kliniken durchgeführt wird.

Medizinische Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen sind Regelleistungen der Gesetzlichen Krankenkassen. Trotz einer zuweilen in der Öffentlichkeit als „Kurlaub = bezuschusster Urlaub“ diskreditierten Reputation derartiger Maßnahmen gibt es gewichtige medizinische und finanzielle **Gründe für Kur und Rehabilitation**. Kuren bzw. Reha-Maßnahmen steigern erwiesenermaßen nicht nur die Lebensqualität der zumeist chronisch Kranken, sondern vermindern auch die Arbeitsunfähigkeitszeiten nach einer medizinischen Rehabilitation. Die PROTOS-Studie von 1996/1997 hat beispielsweise ergeben, dass sich die Zahl der Krankheitstage nach einer Reha-Maßnahme in Heilbädern von 42 auf 30 Tage verringerte.⁸ Der Arbeitnehmer ist nach einem Kuraufenthalt i.d.R. wieder leistungs- und arbeitsfähig. Damit bleibt dem Unternehmen wichtiges Know-how erhalten, gleichzeitig werden gesellschaftliche Folgekosten vermieden und Investitionen in die schulische Ausbildung oder die berufliche Weiterbildung gesichert. Medizinische Kuren bzw. Reha-Maßnahmen haben damit auch einen kostendämpfenden Effekt. So fallen nachgewiesenermaßen in den ersten beiden Jahren nach einer stationären Kur keine oder jedenfalls geringere gesundheitliche Ausgaben als in den Vorjahren an. Während der Zeit, in denen die Reha-Maßnahmen durchgeführt werden, fallen ohnehin keine Kosten für die akutmedizinische Versorgung an. Diese Einsparungen werden auf jährlich 260 000 000 Euro geschätzt.⁹

Kuren bzw. Rehabilitations-Maßnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen insgesamt die Zielsetzung: „Reha vor Rente“. Sie tragen bestimmungsgemäß zur Verhinderung von Frühverrentung bei und entlasten damit die Rentenkassen. Stellt man beispielsweise den Aufwand und den Nutzen einer Rehabilitations-Maßnahme einander gegenüber, dann kostet eine stationäre medizinische Rehabilitation die Rentenversicherung durchschnittlich etwa 3700 Euro. Jeder Monat, um den eine Berentung wegen Erwerbsminderung durch diese Maßnahme hinausgeschoben werden kann, ergibt für die Versichertengemeinschaft durch weitere Beiträge und eine später zu zahlende Rente durchschnittlich eine Ausgabenminderung von 1100 Euro. So hat sich bereits nach vier Monaten eine Reha-Maßnahme für die Rentenversicherung bezahlt gemacht.¹⁰

Andere Untersuchungen belegen ebenfalls die kostensparenden Wirkungen. So hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) einen Jahrgang von Reha-Patienten über einen Zeitraum von fünf Jahren beobachtet. Von den betrachteten

⁷ Hierfür werden über 50 % der Ausgaben aufgewendet, die gemeinhin „den Kuren“ zugeschrieben werden.

⁸ Untersucht in den Bereichen Kardiologie, Orthopädie und Psychosomatik. Vgl. Nikolaus Gerdes, Hermann Weidemann, Wilfried Jäckel: Die PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz, Darmstadt 2000.

⁹ Vgl. Arbeitskreis Gesundheit e.V. Reha rechnet sich, Informationsschrift 2001, abrufbar unter: <http://www.rehaklinik.com>.

¹⁰ Vgl. Gesundheit: Wieder ins Gleichgewicht v. 13.9.2001, in: gesichertes leben (Versichertenzeitschrift der Landesversicherungsanstalten und der Bahnversicherungsanstalt), abrufbar unter: <http://www.gesichertesleben.de/archiv/gesund/860558379688919040.html>.

Personen waren 45 % im gesamten Zeitraum voll erwerbstätig, 16 % überwiegend beschäftigt und zahlten noch vier Jahre ihre Beiträge. 39 % schieden aus dem Arbeitsleben aus, davon 16 % mit einer Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente, 21 % mit Altersrente. Zwei Prozent der Teilnehmer starben.

Nach Rehabilitation verblieben knapp 60 % der Kurpatienten im Erwerbsleben, obwohl diesen Versicherten vor der Durchführung der Kur eine erheblich gefährdete oder bereits verminderte Erwerbsfähigkeit attestiert wurde. Finanziell ergab sich so für die BfA eine jährliche Einsparung von 1,2 Milliarden Euro.¹¹

Zu einem noch höheren Einsparpotenzial kommt der Arbeitskreis „Gesundheit“, der ebenfalls Aufwand und Kosten bei Frühverrentung gegenüberstellt. In seiner Rechnung verhalten sich Aufwand und Ertrag wie 1:2,6. Bei jährlich 500 000 Erstrehabilitanden ergäbe sich danach durch verlängerte Beitragszahlung und spätere Berentung ein Einsparpotenzial von fast 9 Milliarden Euro.¹²

¹¹ Vgl. Ärzte Zeitung v. 12./13.1.2001.

¹² Vgl. Arbeitskreis Gesundheit: Reha rechnet sich, Informationsschrift 2001.

III. Rückblick: Die Kurkrise Ende der neunziger Jahre

Trotz guter Argumente für die medizinische Rehabilitation, die überwiegend in den deutschen Heilbädern und Kurorten praktiziert wird wie

- gesteigerte Leistungs- und Erwerbsfähigkeit,
- berufliche Wiedereingliederung,
- zukünftige Kostenvermeidung,

rutschte das deutsche Kurwesen 1997 in eine tiefe Krise, was viele Heilbäder und Kurorte in existenzielle Bedrängnis brachte. Auslöser waren das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) von 1996, das Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG) zur Senkung der Lohnnebenkosten und das arbeitsrechtliche Beschäftigungsförderungsgesetz von 1997.

Mit den Gesetzen wurde eine Reihe von Sparmaßnahmen eingeleitet. So wurde die Zuzahlung für stationäre Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen erhöht. Mit der Begründung, dass sich die Kurmethoden und -mittel und damit deren Effizienz erheblich verbessert hätten, reduzierte der Gesetzgeber zudem die Dauer der Reha-Maßnahmen von vier auf drei Wochen und erweiterte das Intervall zwischen zwei Kuren von drei auf vier Jahre. Außerdem wurde die Anrechnung von zwei Tagen des gesetzlichen Urlaubsanspruchs pro Kur-Woche eingeführt. Ältere Arbeitnehmer wurden von den Rehabilitationsleistungen ausgeschlossen.

Durch diese Maßnahmen wurden die Ausgaben für medizinische Rehabilitation um insgesamt 3,7 Milliarden DM¹³ gekürzt. Ziel dieser Kürzung des Budgets um ein Drittel war es, die Ausgaben für Rehabilitation im Bereich der Rentenversicherung auf das Ausgabenniveau von 1993 zurückzuführen. Als Ursachen des Anstiegs wurden expansive Ausgaben angeführt, bedingt durch eine verstärkte Nachfrage nach Reha-Maßnahmen. So hatten sich die jährlichen Leistungsausgaben für Kur- und Rehabilitations-Maßnahmen in den Jahren 1991 bis 1996 in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 3 Milliarden auf 5,2 Milliarden DM (Steigerung des Ausgabevolumens um über 73 %) erhöht, während der für die Einnahmen der Krankenkassen entscheidende Grundlohn nur um 8,2 % gestiegen war. Die Ausgaben in der Gesetzlichen Rentenversicherung stiegen von 6,5 Milliarden auf 9,8 Milliarden DM (+ 50 %). Die durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erhöhten sich von rund 850 000 auf mehr als eine Million im Jahr. Diese „medizinisch nicht erklärbar“¹⁴ Steigerungsraten ließen, im Bereich der budgetierten Reha-Maßnahmen an Heilbädern und Kurorten (ohne die ambulanten Kuren und die Mütterkuren) die Ausgaben von 2,2 Milliarden DM im Jahr 1992 auf rund 3,3 Milliarden DM im Jahr 1995 ansteigen, allerdings unter Einbeziehung von AHB-Maßnahmen. Je Mitglied der Krankenkassen entspricht dies einem Plus von 40 %. Die beitragspflichtigen Einnahmen erhöhten sich dagegen nur um 12 %.¹⁵

¹³ Da sich dieser Sachstandsbericht auch auf die Jahre vor der EURO-Einführung bezieht, sind zum Teil die angeführten Kapitalsummen noch in DM angegeben.

¹⁴ Michael Erbe: Gegenstand und Ziele der Rehabilitation – Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 124, S. 644, abrufbar unter: <http://www.thieme.de/dmw/inhalt/recht/akbsb21.htm>.

¹⁵ Vgl. Harald Clade: Bonner Sparpaket/Rehabilitation vor drastischen Einschnitten, in: Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 39 (27.9.1996), A-2453, abrufbar unter <http://www.aerzteblatt.de>.

Tabelle 1: Entwicklung der abgerechneten Badearztscheine in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1990-1998 (westliche Bundesländer)¹⁶

Jahr	Stationäre Vorsorge- Maßnah- men	Stationäre Reha- Maßnah- men	Stationäre Vorsorge- Maßnah- men	Stationäre Reha- Maßnah- men
	Anzahl	Anzahl	TDM	TDM
1990	32.537	275.287	125.378	1.701.093
1991	44.089	308.926	161.367	2.075.151
1992	46.582	221.111	187.103	1.525.229
1993	40.391	217.640	169.904	1.445.218
1994	41.577	224.856	176.435	1.600.903
1995	47.644	249.804	218.419	1.812.917
1996	43.087	254.083	204.759	1.636.108
1997	25.558	155.820	107.590	1.009.091
1998	22.440	180.775	95.800	1.185.700

Tabelle 2: Entwicklung der Kurzahlen in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1990-1998 (westliche Bundesländer), Aufwand pro Fall: ca. 1000 DM¹⁷

Jahr	Ambulante Vorsorge	Ambulante Rehabilitation
1990	200.485	285.622
1991	215.784	328.421
1992	199.980	310.190
1993	182.505	280.638
1994	177.639	291.191
1995	185.839	299.954
1996	184.906	268.398
1997	82.136	130.392
1998	83.811	150.279

Tabelle 3: Einnahmen und Reha-Ausgaben der Rentenversicherungen¹⁸

Jahr	Beitrags-Einnahmen in Mio. DM	Reha-Ausgaben in Mio. DM	Anteil in %
1991	208.926	6.252	~ 3,0
1992	225.863	7.065	~ 3,1
1993	232.407	8.067	~ 3,5
1994	256.662	8.928	~ 3,5
1995	270.294	9.580	~ 3,5
1996	282.616	10.190	~ 3,6
1997	297.402	7.770	~ 2,6
1998	297.827	7.954	~ 2,7
1999	311.289	8.016	~ 2,6

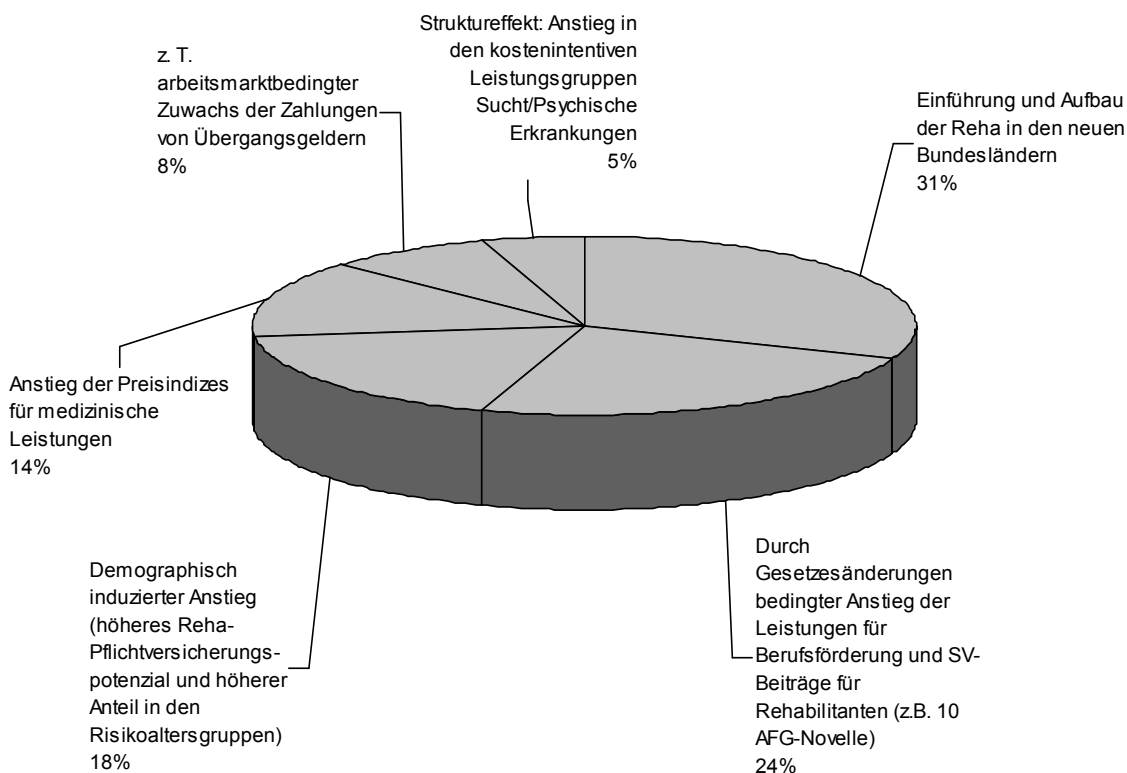
¹⁶ Burkhard Stoyke: Polarisierung von AHB gegen Reha gegen ambulante Kuren beschleunigt sich, in: Heilbad und Kurort, Heft 10, 52. Jahrgang 2000, S. 240.

¹⁷ Ebd.

¹⁸ Ebd., S. 243.

Eine Aufschlüsselung der Ursachen nach *Hackhausen* weist noch weitere Gründe für die gestiegenen Kosten aus. So führt der **Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger (VDR)** die Ursachen des Ausgabenanstiegs zu knapp einem Drittel auf die Einführung und den Aufbau des Rehabilitationswesens in den Neuen Bundesländern zurück. Darüber hinaus hätten verschiedene kostensteigernde Gesetzesänderungen und der Anstieg der Leistungen für Berufsförderung zu den Mehrausgaben geführt. Auch demografische Gründe hätten mit immerhin 18 % Anteil an den gestiegenen Kosten.¹⁹

Abbildung 1: Ursachen des Reha-Anstiegs 1990-1995²⁰



¹⁹ Vgl. Winfried Hackhausen: Legitimationskrise und Zukunftsperspektiven der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Heilbad und Kurort, Heft 2, 51. Jahrgang 1999, S. 44-48.

²⁰ Entnommen aus ebd. Die Zahlenangaben sind absolute Zuwächse gegenüber 1990 in Mio. DM. VDR, Stand: September 1996.

Die gesetzlichen Sparmaßnahmen trafen die Heilbäder und Kurorte hart und unerwartet. Sie führten zu dramatischen Einbrüchen, zum Teil um mehr als 50 % der vorjährigen Gäste- und Übernachtungszahlen. Als besonders fatal erwies sich, dass dem Kurwesen nur unzureichend Zeit gelassen worden war, auf die neue gesetzliche Situation zu reagieren. Mitte 1997 arbeiteten mehr als die Hälfte aller Kur- bzw. Reha-Kliniken unterhalb der Rentabilitätsgrenze. Auf Grund der Deckelungspolitik wurde nicht mehr indikations- oder schweregradbezogen über Anträge entschieden, vielmehr erfolgte eine strikte Rationierung ohne Rücksicht auf medizinische oder sozialmedizinische Kriterien. Die Reha-Anträge bei der Rentenversicherung gingen um mehr als 40 % zurück. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) gab für Reha-Maßnahmen nur noch knapp 2,9 Milliarden DM aus, 1997 kündigte sie 800 Vertragsbetten.²¹

Die Versicherten, Ärzte und Sozialleistungs-Träger waren durch die Sparbeschlüsse derart verunsichert, dass trotz weiterhin bestehender Härtefallregelungen, vor allem Bezieher niedriger Einkommen, nicht nur aus Furcht um ihren Arbeitsplatz darauf verzichteten, Reha-Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dies wiederum führte zeitverzögert zu höheren Rentenausgaben und niedrigeren Beitragseinnahmen, die angestrebte Stabilisierung der Beitragssätze wurde gerade **nicht** erreicht. Stattdessen wurden kurzfristig mindestens 40.000 Beschäftigte im Kurwesen arbeitslos, über 120 Kliniken mussten schon 1999 schließen²², inzwischen ging das „Kliniksterben“ weiter. Viele Kurorte bangten um ihre wirtschaftliche Basis.

Kritik an den Spargesetzen von 1996/97 kam von der damaligen Opposition.

Die SPD-Bundestagsfraktion warf der Regierung vor, um vordergründiger Einsparungen willen gesundheitliche Strukturen aufs Spiel zu setzen, deren Fehlen in den nächsten Jahren zu weit höheren Kosten für die Solidargemeinschaft durch vorzeitige Verrentungen und stärkere Inanspruchnahme der Akutmedizin führen werde.²³ Außerdem forderte sie, die Erhöhung der Zuzahlungen zurückzunehmen sowie Dauer und Wiederholung von Rehabilitations-Maßnahmen indikationsspezifisch zu bestimmen statt „mechanischen“ Kürzungen zu unterwerfen. Als Reaktion auf den Niedergang und die wachsende Arbeitslosigkeit im Kur- und Bäderwesen forderten auch die CSU- bzw. CDU-regierten Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg in einer Bundesratsinitiative vom Frühjahr 1997, Kürzungen bei der medizinischen Rehabilitation im Bereich der Rentenversicherung zurückzunehmen: Die zeitliche Begrenzung von Rehabilitations-Maßnahmen auf drei Wochen sowie die Regelung, dass diese Maßnahmen nur alle vier²⁴ Jahre in Anspruch genommen werden können, müssten wieder entfallen.²⁵

²¹ Vgl. Rosemarie Stein: Roßkur für die Rehabilitation, in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 28-29 (13.7.1998), A-1771, abrufbar unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=12288>.

²² Vgl. Heilbäder und Kurorte in Zahlen 1999, abrufbar unter:

http://www.deutscher-heilbaederverband.de/body_kurinformationen5.html.

²³ Vgl. SPD-Bundestagsfraktion: Bundesregierung ignoriert Krise im Kur- und Rehabilitationswesen, Pressemitteilung v. 29.4.1997.

²⁴ Diese Forderung wurde in einem Bundestagsbeschluss am 5. Juli 2002 von allen Parteien - mit Ausnahme der FDP - erfüllt: die Regeldauer zwischen 2 Kuren beträgt wieder 3 Jahre, der Tageszuschuß zu den Aufenthaltskosten bei nicht-klinischen Kurformen wurde von 8 auf 13 Euro angehoben.

²⁵ Zusammen mit Baden-Württemberg reichte Bayern ein Gesetzesantrag zur Stärkung der Kur und Rehabilitation (GSKR) ein. Vgl. Bundesratsdrucksache 846/98: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Kur und Rehabilitation (GSKR), abrufbar unter <http://dip.bundestag.de>. Darin wird u.a. eine Stärkung der privat mitfinanzierten ambulanten Kur gefordert. Zudem sollen die Rentenversicherer mehr Geld für die stationäre medizinische Rehabilitation ausgeben dürfen.

Der **Deutsche Ärztetag** sprach von einer in beträchtlichem Ausmaß bürokratisch reglementierten und beschnittenen Rehabilitationsleistung. Er schloss sich den Forderungen von Bayern und Baden-Württemberg an und verlangte, dass die Beurteilung zur Notwendigkeit medizinischer Rehabilitations-Maßnahmen nicht mehr vom Gesetzgeber vorgegeben werden, sondern wieder allein dem Arzt obliegen sollte.²⁶

Nachträglich üben auch Unionspolitiker an den damaligen Sparbeschlüssen Kritik. So sieht **Klaus Brähmig**, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Tourismus der Unionsfraktion, ein, dass die Einsparungen „in ihrem Umfang und in den Auswirkungen natürlich eine viel zu abrupte Bremsung waren“ und noch dazu weit über das beabsichtigte Maß hinausgingen, da in der breiten Öffentlichkeit eine große Unsicherheit entstanden war.²⁷ Auch der Gesundheitsexperte der FDP, Dr. **Dieter Thomae**, bedauert, die Sparmaßnahmen in einem Schlag umgesetzt zu haben.²⁸

Gegen eine Erhöhung des Budgets hatte sich aber vor allem das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ausgesprochen.

²⁶ Vgl. Dokumentation 102. Deutscher Ärztetag, in: Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 24 (18.6.1999), A-1655f, abrufbar unter <http://www.aerzteblatt.de>.

²⁷ Vgl. Klaus Brähmig: Der Begriff Kur muß wieder deutlicher herausgestellt werden, Rede gehalten auf dem 96. Deutschen Bädertag in Stuttgart, 21.-23. Oktober 2000, abrufbar unter: http://www.deutscher-heilbaederverband.de/body_baedertag7.html.

²⁸ Vgl. FDP-Bundestagsfraktion: Thomae in der gesundheitspolitischen Debatte des Deutschen Bundestages: Knappe Mittel zielgerichtet einsetzen, Pressemitteilung v. 18.6.1998.

IV. Politische Entwicklungen im Kur- und Reha-Wesen seit 1998 bis Juni 2002

1. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

Vor dem Hintergrund einer sich demografisch wandelnden Gesellschaft mit einem erhöhtem Behandlungsbedarf für chronisch Kranke, versprach das Regierungsbündnis bereits in der Koalitionsvereinbarung vom Oktober 1998, der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation einen hohen Rang einzuräumen. Als oberstes Ziel ihrer Gesundheitspolitik nannte die neue Bundesregierung ein leistungsfähiges und bezahlbares Gesundheitssystem für alle, das die Beitragssätze stabil hält, die medizinische Versorgung sichert und damit zu einer spürbaren Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beiträgt. Die Prävention sollte Vorrang vor der Rehabilitation erhalten, der Grundsatz Rehabilitation vor Rente und Pflege gelten. Zudem wurde die Zusammenfassung und Weiterentwicklung des Rechts der Rehabilitation für Behinderte im Sozialgesetzbuch IX angekündigt.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2000 trat ein umfangreiches Gesetz mit dem Ziel der Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem in Kraft: Das „Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung 2000“. Dazu wurden Regelungen des 1996/97 verabschiedeten Beitragsentlastungsgesetzes sowie des Wachstums- und Beschäftigungsgesetzes zurückgenommen bzw. geändert.

Die Kritik der **Union** an dieser Gesundheitsreform betraf vor allem

- die Senkung der Zuzahlungen und
- die Ausweitung des Leistungskatalogs, welche nicht solide gegenfinanziert sei.

Dies hätte eine Verschlechterung der Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung und weitere Beitragssatzerhöhungen zur Folge. Zudem müsse

- die Streichung des Begriffs „Kur“

dringend wieder rückgängig gemacht werden, da er sich bewährt habe und als Markenzeichen unverzichtbar sei.²⁹

²⁹ Vgl. Gesundheitspolitik der CDU: Politik für Patienten und Versicherte, abrufbar unter: <http://www.cdu.de/politik-a-z/gesundheit/kap1.htm> sowie Wolfgang Lohmann: Die rot/grüne Gesundheitsreform 2000. Kritik und Alternative, abrufbar unter: <http://www.bundestag.de/mdbhome/lohmano/politik.htm>.

Die wichtigsten Änderungen (Stand 2000) im Überblick:³⁰

- Primäre Prävention und Gesundheitsförderung werden wieder als Maßnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt (§ 20 SGB V).³¹
- Die Zuzahlung für Rehabilitationsmaßnahmen wird auf täglich 17 DM (bisher 25) im Westen und 14 DM (bisher 20) gesenkt (§ 40 Abs. 5 SGB V).³²
- Zu den medizinischen Vorsorgeleistungen gehören nun neben solchen, die der Verhütung von Krankheiten, auch Leistungen, die der Vermeidung der Verschlimmerung von Krankheiten dienen, d.h. sämtliche chronischen Erkrankungen des klassischen Kurklientel (§ 23 Abs. 1 SGB V).
- Abgrenzung des Rehabilitationsbegriffs von Krankenbehandlung in Akuthäusern und Vorsorge (§§ 11, 23, 24 SGB V): Streichung des Begriffs „Rehabilitationskur“, es wird nur noch zwischen Vorsorge-, Kurations- und Rehabilitationsleistung unterschieden.
- Flexibilisierung der dreiwöchigen Regeldauer für stationäre Vorsorge und Rehabilitation gemäß den Leitlinien der medizinischen Indikation (§ 23 Abs. 5, § 24 Abs. 2, § 40 Abs. 3, § 41 Abs. 2 SGB V). Dies gilt auch für Mütterkuren und Müttergenesungskuren. Für Kinder unter 14 Jahre wird die Regeldauer der Maßnahmen auf vier bis sechs Wochen verlängert (§ 23 Abs. 7 SGB V).
- Bei Vorsorge- und Reha-Maßnahmen gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“.
- Qualifizierung von Ärzten im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung zur besseren Bestimmung und Nutzung von Rehabilitations-Maßnahmen.
- Die Einführung integrierter Versorgungsformen ermöglicht sektorübergreifende Leistungserbringung: Verbände von Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken können ohne Vetorecht der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge mit Krankenkassen abschließen. Die integrierte Versorgung soll eine bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer sowie sonstigen Leistungserbringern garantieren und Schnittstellenprobleme verhindern.

Der **Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)** vertritt die Meinung, wer bei der Rehabilitation spare, spare am falschen Ende. Es sei unverständlich gewesen, dass die alte Bundesregierung durch die Spargesetzgebung bei der Rehabilitation ein derart reduziertes Budget festgelegt hatte. Dagegen lasse die Gesundheitsreform 2000, so der stellvertretende Geschäftsführer des Verbandes **Axel Reimann**, den politischen Willen erkennen, „dass der Stellenwert der Rehabilitation gestärkt werden soll.“³³ Durch zielgerechte und zeitnahe Rehabilitation und Prävention

³⁰ Siehe zu den weiteren Beschlüssen im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 <http://www.g-k-v.com/joumggesund2000.html>.

Auf Grund der ablehnenden Haltung des Bundesrats konnte die Bundesregierung weitere Maßnahmen, etwa die Einführung eines Globalbudgets, nicht verwirklichen. Daher gilt im Sinne eines sektoralen Budgets, dass sich die jährlichen Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen je Mitglied nur im gesetzlich zugelassenen Rahmen verändern dürfen.

³¹ Für Angebote der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung stehen den Krankenkassen pro Versicherten und Kalenderjahr 5 DM zur Verfügung.

³² Damit sind die Zuzahlungen bei Rehabilitationsmaßnahmen gleich hoch wie die Zuzahlungen für die Krankenhausbehandlung, so wie es der Deutsche Heilbäderverband gefordert hatte. Damit wird deutlich, dass die Rehabilitation nicht weniger notwendig ist als die Krankenhausbehandlung.

³³ Vgl. Rehabilitation ist sinnvoller als Rente, Pressemeldung des Verbands Deutscher Renten-

könnten den Kranken- und Rentenkassen unnötige Ausgaben erspart bleiben, die aus vermeidbarer Chronifizierung und frühzeitiger Arbeitsunfähigkeit entstehen.

Die **Bundesärztekammer (BÄK)** hatte auf dem 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach auf die in ihren Augen „dramatischen Gefahren für die weitere Entwicklung der medizinischen Rehabilitation“³⁴ durch die Gesetzgebung hingewiesen. Sie forderte die in Politik und Selbstverwaltung Verantwortlichen auf, den aus ärztlicher Sicht notwendigen Anforderungen an eine effektive medizinische Rehabilitation Kranker und Behinderter Rechnung zu tragen. Auf dem 102. Ärztetag in Cottbus, auf dem die damalige Gesundheitsministerin **Andrea Fischer** die Pläne für die Gesundheitsreform 2000 vorgestellt hatte, begrüßte der damalige BÄK-Präsident Prof. **Karsten Vilmar** das Vorhaben der Regierung, die zeitliche Begrenzung auf drei Wochen zurückzunehmen sowie den Anspruch, nur alle 4 Jahre eine Kur durchzuführen, entfallen zu lassen.

Im Zuge einer flexibleren Ausrichtung der Rehabilitation fand auch der Grundsatz „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ Zustimmung. Der Auf- und Ausbau ambulanter und vor allem wohnortnaher Versorgungsstrukturen müsse zukünftig hohe Bedeutung haben, um Versorgungsstrukturen an die Fortschritte der Medizin anzupassen und eine Integration von kurativer und rehabilitativer Medizin zu gewährleisten.³⁵ Die Forderungen des Deutschen Ärztetages, neben den Spitzenverbänden der Krankenkassen auch ärztlichen Sachverstand bei der Festlegung der Leitlinien zu indikationsspezifischen Regeldauern mit einzubeziehen, blieben jedoch ungehört.

Der Präsident des Deutschen Heilbäderverbandes e. V., Prof. **Manfred Steinbach**, begrüßte zur Gesundheitsstrukturreform 2000 immerhin, dass die Bundesregierung eine nachdrückliche Förderung der Prävention und Rehabilitation als Ziel gesetzt habe. Es sei zudem ein positives Signal an die Leistungserbringer, dass die bestehenden Strukturen auch weiterhin gebraucht würden.³⁶

Auch die **Gesetzlichen Krankenkassen** begrüßten die Stärkung von Rehabilitation und Vorsorge und die Tatsache, dass es ihnen wieder möglich wurde, Präventionsangebote anzubieten. 2001 haben sie für Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen bundesweit³⁷ allerdings nur 0,8 % mehr aufgewandt.

Die wirtschaftliche Krise im medizinischen Kernsektor der Kurorte und Heilbäder besteht weiterhin. Hinsichtlich der Gesamtbilanz der Kurorte wurde sie im Zuge einer „nachfragegerechten Umorientierung“³⁸ auf privatzahlende Übernachtungsgäste le-

versicherungsträger v. 2.11.1999, abrufbar unter:

<http://www.rehaklinik.com/Kliniken/Presseanzeige.asp?rsID=24>.

³⁴ Weiterentwicklung der Rehabilitation - Initiativen der Ärzteschaft, abrufbar unter:

<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Rehabilitation/25rehaweit.html>.

³⁵ Vgl. Dokumentation 102. Deutscher Ärztetag, in: Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 24 (18.6.1999), A-1655ff, abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de>.

³⁶ Vgl. Stellungnahme des Deutschen Heilbäderverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, in: Heilbad und Kurort, Heft 6, 51. Jahrgang 1999, S. 171-172, vgl. auch: Manfred Steinbach: Positive Aspekte der Gesundheitsreform für die Kurnutzen, in: Heilbad und Kurort, Heft 5, 52. Jahrgang 2000, S. 100-107.

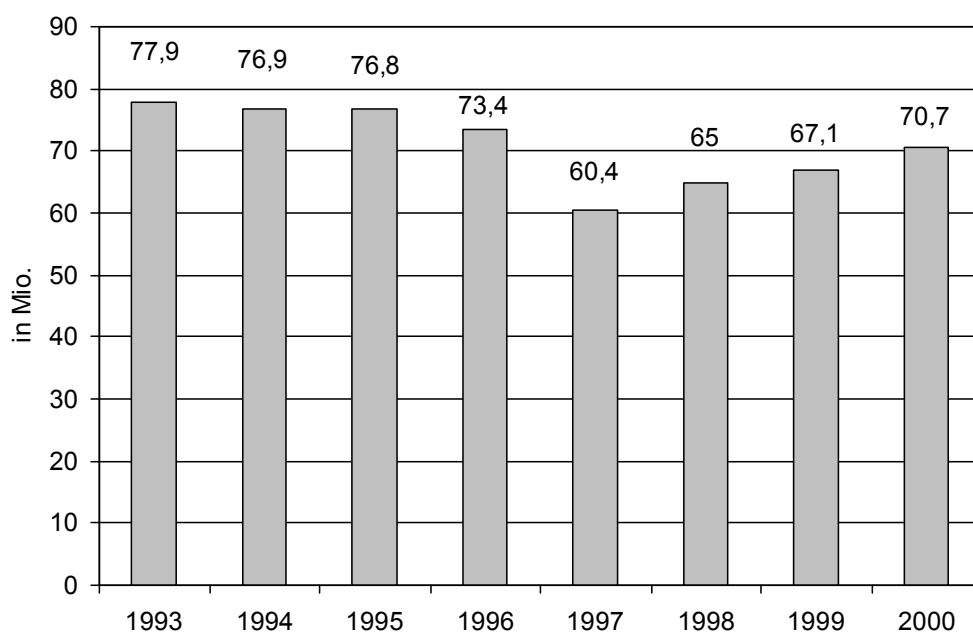
³⁷ Statements des SPD-Abgeordneten Eike Hovermann auf dem Deutschen Bädertag in Bad Salzelmen am 15.4.2002

³⁸ Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Verkehr und Technologie (Hrsg): Tourismus in Bayern, München 2001, S. 9.

diglich abgemildert. Auf dem 97. Deutschen Bädertag im April 2001 betonte **Steinbach**, dass es den Kurorten insofern wieder besser gehe, als viele Heilbäder und Kurorte steigende Gästezahlen und Übernachtungen verzeichneten, wenn auch vor allem aus dem Pool selbstzahlender Urlauber. Der Einbruch durch die gesundheitspolitischen Reformen Mitte der 90er Jahre sei dadurch zum Teil aufgefangen.

Nach Angaben des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger (**VDR**) nahmen 1999 die Anträge für medizinische Rehabilitations-Maßnahmen um 11 % gegenüber 1998 wieder zu, die Bewilligungen sogar um 14 %. Im Jahr 2001 wurden bis November knapp 1,15 Millionen Anträge eingereicht, das ist ein Plus von 4,6 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum.³⁹ Die BfA rechnete für das Jahr 2001 mit rund 650 000 Anträgen auf Reha-Leistungen, für 2004 prognostiziert sie wegen der Zunahme reha-intensiver Jahrgänge rund 682.000 Anträge.⁴⁰

Abbildung 2: Entwicklung der Übernachtungen in Heilbädern und Kurorten⁴¹



Im Jahr 2000 wurden insgesamt in den Mineral- und Moorheilbädern 6,1 Millionen Gäste (+ 7,1 %) mit 41,5 Millionen Übernachtungen (+ 5,8 %) registriert. Auch die Übernachtungszahlen in den heilklimatischen Kurorten stiegen um 2,4 % auf 18,3 Millionen und in den Kneipp-Kurorten um 4 % auf 10,8 Millionen. Ebenso die Zahl der Gästeankünfte: In den heilklimatischen Kurorten stiegen die Ankünfte um 5 % auf 3,5 Millionen, in den Kneipp-Kurorten um 5,5 % auf 2 Millionen.

Die Seeheil- und Seebäder können bei den Gästezahlen und Übernachtungen ebenfalls deutliche Zuwachsraten verzeichnen. Dies hängt vor allem mit der positiven touristischen Entwicklung der Seebäder in Mecklenburg-Vorpommern zusammen. Wie in den Jahren zuvor, verläuft die Entwicklung in den Seebädern damit tendenziell günstiger als in den Binnenkurorten. Im Jahr 2000 zählten die deutschen Heilbäder

³⁹ Siehe <http://www.vdr.de>.

⁴⁰ Vgl. Christoph Skipka. Die Zukunft der Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung, Vortrag auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen.

⁴¹ Quelle: Statistisches Bundesamt, Referat Tourismus, Wiesbaden 2001.

und Kurorte insgesamt 16,7 Millionen Gäste, das waren rund 6 % mehr als im Vorjahr.⁴²

Allerdings gilt es auch festzuhalten, dass sich die durchschnittlichen Aufenthaltszeiten in den Kurorten in Richtung der touristisch ausgerichteten Erholungsorte, Luftkurorte und Seebäder seit Jahren verkürzen. Dies ist

- zum einen durch die gesetzliche Begrenzung von Medizinischen Kuren auf drei Wochen bedingt,
- zum anderen ist bei Privatzählern die klare Tendenz festzustellen, rein touristische Wellness-Angebote verstärkt nur für eine relativ kurze Zeit in Anspruch zu nehmen, etwa für ein verlängertes Wochenende.

Zumindest die auf Medizinische Kuren spezialisierten Kurortgemeinden befinden sich damit trotz der nominal positiven Entwicklungszahlen weiterhin in einer ökonomisch fragilen Situation.

Tabelle 4: Ankünfte und Übernachtungen in allen westdeutschen Heilbädern und Kurorten⁴³

	Ankünfte in Millionen	Veränderungen zum Vorjahr in %	Übernachtungen in Millionen	Veränderungen zum Vorjahr in %
1996*	9,9	-1,4	73,4	-5,0
1997*	9,5	-3,8	60,4	-18
1998	10,4	+4,0	65,0	+1,7
1999	10,9	+4,3	67,1	+3,3
2000	11,6	+6,2	70,7	+4,6

Tabelle 5: Gästeankünfte und Übernachtungen allein in westdeutschen Seebädern und Seeheilbädern

	Ankünfte in Millionen	Veränderungen zum Vorjahr in %	Übernachtungen in Millionen	Veränderungen zum Vorjahr in %
1996*	2,8	-0,7	23,1	-1,5
1997*	3,0	+5,5	22,6	-2,1
1998	4,4	+3,8	29,9	+3,3
1999	4,8	+9,0	31,3	+4,9
2000	5,1	+5,7	33,1	+5,7

Tabelle 6: Mittlere Aufenthaltsdauer 1998 bis 2000 in Tagen⁴⁴

	Mineral- und Moorheilbäder	Heilklimati- sche Kuror- te	Seebäder und Seeheil- bäder	Kneipp-Heil- Bäder und Kneipp-Kurorte	Gesamt
1998	6,96	5,40	6,80	5,67	6,41
1999	6,88	5,29	6,54	5,63	6,30
2000	6,81	5,18	6,54	5,50	6,23

⁴² Statistisches Bundesamt, Referat Tourismus, Wiesbaden 2001.

⁴³ Quelle: Deutscher Heilbäderverband, Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Mineral- und Moorbäder, heilklimatische Kurorte und Kneippkurorte.

⁴⁴ Quelle: Deutscher Heilbäderverband.

2. Die Reform des 9. Sozialgesetzbuches: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

In Deutschland leben 6,6 Millionen Menschen als anerkannte Schwerbehinderte mit 50 bis zu 100 %-Behinderungen (8,1 % der Gesamtbevölkerung).⁴⁵

Bereits in der Koalitionsvereinbarung hatten SPD und Bündnis90/Grüne das Ziel formuliert, das Recht der Rehabilitation behinderter Menschen weiterzuentwickeln und zu reformieren. Das schließlich am 1. Juli 2001 in Kraft getretene IX. Sozialgesetzbuch soll die Divergenz und Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechts beenden, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen fördern und damit dem Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG für behinderte Menschen Geltung verschaffen.⁴⁶

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Behinderten, **Karl Hermann Haack**, fasst die Leitgedanken des Gesetzes wie folgt zusammen:⁴⁷

- Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung behinderter Menschen statt Fürsorge
- Transparenz in einem System unterschiedlicher Zuständigkeiten der Träger: Die Dienstleistung folgt dem Bürger, nicht der Bürger der Dienstleistung
- Schaffung gemeinsamen Rechts und einheitlicher Praxis bei der Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe⁴⁸

Das neue Rehabilitationsrecht stärkt vor allem die Position von Behinderten und Anspruchsberechtigten und zwingt die Kostenträger zu raschen Finanzierungsentscheidungen. Das neue Zuständigkeitsverfahren führt zu einer zeitgerechten und zügigen Erbringung von Leistungen zur Teilhabe. Behinderte werden nicht mehr mit der Suche nach dem für sie zuständigen Leistungsträger belastet, da die Anfragen von Antragstellern bei Nichtzuständigkeit von den Leistungsträgern selbst weitergeleitet werden muss. Aus Sicht der **Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)** liegt in der schnellen Klärung von Zuständigkeitsfragen auch die größte Stärke des SGB IX.⁴⁹

⁴⁵ Vgl. zur Begriffsdefinition „Behinderung“ § 2 des SGB IX.

⁴⁶ Vgl.: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Rehabilitation behinderter Menschen, Berlin 2001, S. 1. Mit In-Kraft-Treten des SGB IX wurde das Schwerbehindertengesetz und das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation aufgehoben.

⁴⁷ Vgl. Neue Behindertenpolitik gewinnt Gestalt, in: BAR-Information Nr. 4/2001 v. 18.7.2001, S. 11.

⁴⁸ Leistungen zur Teilhabe, das heißt Leistungen, für die die Rehabilitationsträger zuständig sind, sind für Personen gedacht, deren Partizipation bedroht bzw. bereits eingeschränkt oder aufgehoben ist (§ 2 SGB IX). Es ist weltweit einmalig, dass nach deutschem Sozialrecht Personen, denen eine Behinderung droht, rechtlich denen gleichgestellt sind, die behindert sind.

⁴⁹ Vgl. Christoph Skipka. Die Zukunft der Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung, Vortrag auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen.

Die Kernpunkte des neuen Rechts.⁵⁰

- Ein neues Zuständigkeitsverfahren: Werden Leistungen beantragt, so stellt der Sozialträger binnen einer Woche seine Zuständigkeit fest. Ist er nicht zuständig, so hat er den Antrag sofort weiterzuleiten. Gutachten müssen binnen zwei Wochen vorgelegt werden und es wird ein Gutachten für alle Träger erstellt. Kann nicht fristgerecht entschieden werden, dann muss der Rehabilitationsträger dies dem Leistungsberechtigten unter Angabe der Gründe mitteilen. Wird dies versäumt, dann kann der Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine Frist setzen, nach deren Ablauf er sich die Leistung selbst beschafft. Seine Kosten muss dann der Rehabilitationsträger erstatten (§§14, 15 SGB IX).
- Zum Kreis der Rehabilitationsträger gehören nun auch die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe- und die Jugendhilfe (§ 6 SGB IX). Auf eine Bedürftigkeitsprüfung in der Sozialhilfe wird in Zukunft verzichtet.
- Die Rehabilitationsträger werden verpflichtet, auf Kreisebene gemeinsame Servicestellen einzurichten, die den Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen als Anlaufstelle dienen und Reha-Anträge zur Entscheidung vorbereiten (§§ 22, 23 SGB IX).
- Die Rehabilitationsträger müssen sich im Sinne einer Qualitätssicherung abstimmen (§ 20 SGB IX).
- Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsempfänger werden zu einer verstärkten Zusammenarbeit verpflichtet (§ 10 SGB IX).
- Sachleistungen können auch, soweit wirtschaftlich, im Ausland erbracht werden (§ 18 SGB IX).

Im SGB IX findet sich der Grundsatz „ambulant vor stationär“ aus den verschiedenen Gesundheits-Reform-Gesetzen wieder. Die ambulante Form der Leistungserbringung soll gestärkt werden, in dem geregelt wird, dass die Rehabilitationsträger die Leistungen primär wohnortnah ambulant oder teilstationär zu erbringen haben, wenn die persönlichen Umstände des Betroffenen es erlauben. Dies komme, so eine Informationsbroschüre der SPD-Bundestagsfraktion, vor allem den behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen zugute, die stationäre Leistungen nur schwer oder gar nicht in Anspruch nehmen können. Dies gilt auch für Teilzeitbeschäftigte, Allein-Erziehende oder Selbstständige.⁵¹

Ein Anspruch auf Übergangsgeld zur Deckung des Lebensunterhalts und auf Entgeltfortzahlung besteht künftig auch bei ambulanter Leistungserbringung. Darüber hinaus wird eine verbesserte Möglichkeit zur Durchführung ambulanter Maßnahmen durch einen Rechtsanspruch auf Arbeitsassistenz wie Gebärdendolmetscher für Gehörlose und ein persönliches Budget (§ 17 SGB IX) erreicht. Dies soll zudem die Selbstbestimmtheit und die Teilhabe stärken sowie die Eingliederung in den Arbeitsmarkt erleichtern.

⁵⁰ Vgl. zum gesamtem SGB IX inkl. einer Kommentierung zum Beispiel

http://www.bkk.de/gesundheit/rehabilitation/download/rundschreiben_sgb_9_pdf.

⁵¹ Vgl. Zur Sache. Das neue Behindertenrecht. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, hg. von der SPD-Bundestagsfraktion, September 2001.

Befürchtungen, dass die Stärkung ambulanter, wohnortnaher Reha-Angebote zu Lasten stationärer Einrichtungen geht, scheinen zumindest nicht abwegig zu sein. So weist die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, **Ulrike Mascher**, daraufhin, dass mit einer „Flexibilisierung“ bei der Inanspruchnahme stationärer Leistungen zur medizinischer Rehabilitation gerechnet werden müsse. Dies führe jedoch nicht zu einer „Verminderung“.⁵² Der ehemalige Bundestagsabgeordnete und jetzige Bürgermeister von Bad Wörishofen **Klaus Holetschek**⁵³ mahnt diesbezüglich an, nicht ungeprüft den vielfach bewährten Weg der wohnortfernen Therapie unter den compliancefördernden Kurbedingungen zu verlassen, sondern sich an die Ergebnisse aus verschiedenen Forschungsprojekten⁵⁴ zu erinnern, in denen sich die Therapieerfolge mit wohnortnahen Reha- und sonstigen Therapiekonzepten als ganz und gar nicht erfolgreich erwiesen hatten. Diese Wertung wird auch von den meisten Rentenversicherungen geteilt.

Die **Bundesärztekammer** (BÄK) begrüßte das Gesetz, da es den Forderungen des 102. Ärztetages von 1999 nach einer einheitlichen Kodifizierung des Rehabilitationsrechtes entspreche. Kritik wurde allerdings im Vorfeld an dem Bestreben, die Leistungsausweitungen in erster Linie durch Vereinfachungen und Kosteneinsparungen im bestehenden System zu verwirklichen, geäußert.⁵⁵ Ebenso wurde moniert, dass lediglich die Rehabilitationsträger ein Qualitätssicherungssystem zur Teilhabe vereinbart hätten. Dies reiche nicht aus, da⁵⁶ die zunehmend vielfältigeren und differenzierten Angebotsstrukturen die Einbeziehung der BÄK und ihrer Arbeitsgruppen notwendig machten.

Der **Deutsche Heilbäder-Verband** begrüßte, dass die schon 1988 im SGB I eingeleiteten Zugangserleichterungen zu den gesetzlich garantierten Ansprüchen auf Sozialleistungen mit dem SGB IX deutlich verbessert und konkretisiert wurden. Vor allem die Einbeziehung der chronisch Kranken in den Definitionsbereich der „behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen“⁵⁷ wurde als großer sozialpolitischer Fortschritt gewertet.

Der **Sozialverband VdK** sprach von einer deutlichen Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Rehabilitation in Deutschland. Das Gesetz habe für die Teilhabe und Teilnahme behinderter Menschen einen „riesigen Schritt nach vorne“ gemacht.

⁵² Vgl. Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Ulrike Mascher, auf eine Frage des Abgeordneten Klaus Holetschek in der Frauengruppe des Deutschen Bundestages im Januar 2001.

⁵³ Podiumsdiskussion anlässlich des Deutschen Bädertags am 15.4.02 in Bad Salzelmen.

⁵⁴ J. Tolk et al: Wohnortnahe Versorgung von Rheumakranken – Symposiumsbericht München 1988.

J. Siegrist: Wohnortnahe Betreuung Rheumakranker – Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Evaluation eines Modellversuchs. Schattauer 1990.

St. Wefelscheid: Langfristige Effektivität des Münchener-Rücken-Intensiv-Programms bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Med. Diss. LMU München 2001.

⁵⁵ Vgl. Bundestagsdrucksache 14/5074: Entwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, S. 2, abrufbar unter: <http://www.dip.bundestag.de>.

⁵⁶ Vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum „Referentenentwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX: Rehabilitation und Teilnahme behinderter Menschen), S. 4, abrufbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Rehabilitation/45rehastel.html>.

⁵⁷ Stoyke, Burkhard: Polarisierung von AHB gegen Reha gegen ambulante Kuren beschleunigt sich, in: Heilbad und Kurort, Heft 10, 52. Jahrgang 2000, S. 240-243.

VdK-Präsident **Walter Hirrlinger** bezeichnete es als „Wendepunkt in der Behindertenpolitik“⁵⁸, mahnte jedoch als nächsten Schritt ein Gleichstellungsgesetz für Menschen mit Behinderungen an.

Auch die **Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)** lobte das Gesetzvorhaben. Der Vorrang ambulanter Maßnahmen dürfe aber nicht dazu führen, dass Menschen mit seltenen Behinderungen nicht mehr adäquat behandelt würden. Solche Angebotsstrukturen seien für Menschen mit schweren mehrfachen Behinderungen nicht geeignet.⁵⁹ Vielmehr sollten stationäre, teilstationäre und ambulante Rehabilitations-Maßnahmen als alternative Formen der Leistungserbringung weiter bestehen bleiben und von Fall zu Fall über die geeignete Therapieform entschieden werden.

Auch die **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** befürwortete das neue Sozialgesetzbuch, da es die Divergenz und Unübersichtlichkeit des gegliederten Systems überwinde und bestehende Defizite in der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation und Integration behinderter Menschen nachhaltig abbaue. Nachdrücklich setzte sie sich dafür ein, den Zugang zu Reha-Leistungen, wie es der Gesetzgeber über die Servicestellen plant, für Behinderte zu erleichtern.⁶⁰ Selbst die Opposition räumte in der Bundestagsdebatte am 6. April 2001 ein, dass der Gesetzentwurf ein Schritt in die richtige Richtung sei, der aber größer sein könne.⁶¹

Die **Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED)** begrüßte im Vorfeld den Gesetzentwurf ebenfalls und würdigte die Leistung, dass es nach mehr als zehn Jahren gelungen sei, das SGB IX auf den Weg zu bringen. Mängel seien aber nicht zu übersehen wie zum Beispiel die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für die verschiedenen Leistungsträger. Auch fehle es an einer für alle Träger durchgängigen, inhaltlichen Differenzierung zwischen Prävention, Vorsorge, Akutbehandlung und Rehabilitation. Vor allem äußerte die DEGEMED Kritik an der Situation, die den ambulanten und stationären Einrichtungen der Rehabilitation im SGB IX zugewiesen wird, da die Interessen der privaten Rehabilitationseinrichtungen nicht beachtet würden. Sie seien weder an der Bedarfsplanung noch an der Qualitätssicherung beteiligt. Eine derartige „Diskriminierung“ der privaten Träger könne nicht hingenommen werden.⁶²

Mit der Verabschiedung des SGB IX hat sich die Politik für den Fortbestand eines gegliederten Rehabilitationssystems entschieden. Die Nachteile eines solchen Systems wie lange Wartezeiten auf Rehabilitations-Maßnahmen oder Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Leistungsträgern, sollen neben dem neuen Zuständig-

⁵⁸ Vgl. VdK begrüßt Verabschiedung des SGB IX, Pressemitteilung des VdK v. 6.4.2001, abrufbar unter: <http://www.vdk.de/cgi-bin/vdkred.pl?ID=de729>.

⁵⁹ Vgl.: Stellungnahme zu den Eckpunkten zum SGB IX der DVfR, abrufbar unter: <http://www.dvfr.de/aktuelles/sgb.shtml>.

⁶⁰ Vgl. Erklärung der Behindertenverbände zu den Eckpunkten für ein SGB IX, BAR-Information Nr. 1/2000 v. 21.2.2000.

⁶¹ Rede des CSU-Bundestagsabgeordneten Matthäus Strebl in der 2./3. Lesung „SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ im Deutschen Bundestag am 6. April 2001, abrufbar unter: http://www.politikerscreen.de/static/prisma/debatten/debatte_36.htm.

⁶² Vgl. zum Regierungs- und Koalitionsentwurf eines Sozialgesetzbuches IX, Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. v. 18.1.2001, abrufbar unter: http://www.rudow-gkv.de/1_0020a1.htm.

keitsverfahren auch durch so genannte **Servicestellen** ausgeglichen werden. Die bis Ende 2002 einzurichtenden Stellen ermöglichen ein trägerübergreifendes Vorgehen im Sinne der Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. Die Antragsteller sollen dort ortsnah, umfassend und verlässlich beraten werden. Allerdings haben die Servicestellen keine eigene Entscheidungskompetenz, diese liegt nach wie vor bei den Leistungsträgern.⁶³

Aufgaben der Servicestellen:

- Information über Leistungsvoraussetzungen, den Leistungskatalog, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über Verwaltungsabläufe
- Hilfe bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten
- Klärung, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinwirken und Weiterleitung an den zuständigen Rehabilitationsträger
- Information des zuständigen Rehabilitationsträgers im Falle eines Rehabilitationsbedarfs, welcher ein Gutachten erfordert
- Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich entscheiden kann
- Unterstützende Begleitung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers
- Hinwirkung auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen bei den Rehabilitationsträgern
- Koordinierung und Vermittlung zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung

Kritik, die am SBG IX geübt wird, bezieht sich zumeist auf diese Servicestellen. Diese sollen bis zum 31. Dezember 2002 in jeder kreisfreien Stadt und jedem Landkreis eingerichtet werden und müssen von den Krankenkassen und Rentenversicherungen finanziert werden.⁶⁴ Dies sei jedoch unnötige Bürokratie und verursache Kosten von bis zu 400 Millionen DM, rechnete **Barbara Hüllen** vom **BKK-Bundesverband** vor. Stattdessen sollten sich die Reha-Kräfte der Krankenkassen zu einer besseren Zusammenarbeit bereiterklären.⁶⁵ Ähnlich argumentierten der FDP-Bundestagsabgeordnete **Heinrich Kolb** und der CSU-Abgeordnete **Matthäus Strebl**. Eine zwangsweise Schaffung der örtlichen Servicestellen werde nur Kosten verursachen, aber keinen zusätzlichen Nutzen bringen. Das Geld solle besser an die Betroffenen und ihre Verbände fließen.⁶⁶

⁶³ Vgl. SPD-Bundestagsfraktion (Hrsg.): Zur Sache. Das neue Behindertenrecht. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 21 Antworten, September 2001, S. 20.

⁶⁴ Vgl. Durchführungshinweise zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation v. 14.5.2001, abrufbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/aktuell/pdf/durchfuehrungshinweise.pdf>.

⁶⁵ Vgl. Ärzte mahnen beim Sozialgesetzbuch Korrekturen an, in: Ärzte Zeitung v. 22.2.2001, abrufbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/02/22/034a0605.asp>.

⁶⁶ Vgl. Meldung der FDP-Bundestagsfraktion v. 19.1.2001: Kolb: Keine Verbesserung durch neuntes Sozialgesetzbuch, abrufbar unter: <http://www.politikerscreen.de/partei/artikle/fdp/13290/index.html> sowie Pressemeldung der CSU-Landesgruppe im Bundestag v. 19.1.2001: Strebl: Beteiligungschancen behinderter Menschen verbessern, abrufbar unter: <http://www.politikerscreen.de/partei/artikel/csu/13257/index.html>.

Die **Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen** gab unterdessen im März 2001 bekannt, dass die Träger der Unfallversicherung, der Rentenversicherung, der Kriegsopferversorgung, die BfA und die GKV trägerübergreifende, vernetzte Beratungsstrukturen für Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen einrichten werden. Ziel sei die Verbesserung der Auskunft und Beratung in Rehabilitationsfragen. Das so geschaffene Netzwerk sei nach ihrer Auffassung wesentlich effizienter, flexibler und kostengünstiger als die Schaffung von Servicestellen auf Kreisebene, wie es das SGB IX intendiert. Die Bundesregierung solle ihr Kooperationsmodell der vernetzten Servicestellen in das SGB IX übernehmen, anstatt zusätzliche Strukturen aufzubauen, deren Einrichtung mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden sei. Das Servicenetzwerk sei wohnortnäher und die bestehenden Stellen in der Bevölkerung bekannt. Die ansonsten anfallenden Kosten in Millionenhöhe stünden schließlich in keinem Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen.⁶⁷

⁶⁷ Vgl. Rehabilitationsträger vernetzen Beratungsstellen. Effizienter, flexibler und kostengünstiger als Aufbau neuer Einrichtungen, Pressemeldung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen v. 2.3.2001, abrufbar unter: <http://www.g-k-v.com/newsaktidisk02032001.html>.

V. Zukünftige Entwicklungen im Kurwesen

Das Kur- und Reha-Wesen wird immer wieder als ein Bereich des Gesundheitswesens mit Verfügungsmasse angesehen, das periodisch von Kürzungen oder Leistungseinschränkungen betroffen wird. Dies liegt zum einen an der **verstreuten Zuständigkeit der Leistungsträger**. Zum anderen wird aber auch immer wieder an der **wissenschaftlichen Fundierung und Evaluation** der speziellen Therapieansätze und Versorgungskonzepte gezweifelt. Im Folgenden werden die derzeit wichtigsten Punkte in der Diskussion zur Zukunft von Kur und Rehabilitation innerhalb der Fachverbände, aber auch zwischen Bundesregierung und Opposition nachgezeichnet sowie mögliche Entwicklungswege aufgezeigt.

1. Wohnortnah versus wohnortfern / ambulant versus stationär

Schon während der Kurkrise 1997 stellte die SPD-Bundestagsfraktion einen Antrag, vermehrt ambulante und wohnortnahe Versorgungsformen anzubieten, um damit kurzfristige Einsparziele zu erreichen und gleichzeitig langfristig der Strukturgefährdung von Kur- und Heilbädern zu begegnen.⁶⁸ Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde die Leistungsgrundlage für die ambulante Rehabilitation geschaffen. Nach § 40 Abs. 1 des fünften Sozialgesetzbuches können ambulante Rehabilitationsmaßnahmen entweder in Rehabilitationseinrichtungen oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich ist, in speziellen Einrichtungen wohnortnah erbracht werden.⁶⁹ Damit verpflichtet der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger zwar *nicht*, Maßnahmen vorrangig ambulant zu realisieren. In der Verwaltungspraxis wird dies aber dahingehend verstanden: Die verwaltungsinternen Vorschriften von gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen betonen ausdrücklich die Möglichkeit, im Einzelfall selbst über die Zuordnung zu ambulanten oder stationären Maßnahmen zu entscheiden.

Bisher dominierten in Deutschland die stationären und in der Regel wohnortfernen Rehabilitationsmaßnahmen. Die Einrichtungen an Kurorten, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V besteht, werden vorrangig beim Ausbau ambulanter Rehabilitationsstrukturen berücksichtigt.

Spätestens seit der Betonung ambulanter Maßnahmen durch die Gesundheitsreform 2000 ist ein regelrechter Glaubenskrieg zwischen Befürwortern und Gegnern wohnortnaher bzw. wohnortferner und ambulanter bzw. stationärer Maßnahmen ausgebrochen. Grob gesprochen kämpfen die typischerweise in ländlichen Regionen etablierten Heilbäder und Kurorte für die Beibehaltung der stationären, **wohnortfernen** Angebote, nicht nur, um ein erneutes Gefährden ihrer wirtschaftlichen Zukunft abzuwenden. Die Kostenträger, also Krankenkassen und Rentenversicherung, sprechen sich dagegen hauptsächlich aus finanziellen Gründen für die ambulante, wohnortnahe Behandlung aus.

⁶⁸ Vgl. Bundestagsdrucksache 13/7174: Antrag der SPD-Fraktion. Rehabilitation, Prävention, Kuren – für eine vernünftige und moderne Gesundheitspolitik, abrufbar unter: <http://dip.bundestag.de>.

⁶⁹ Vgl. Gemeinsame Rahmenempfehlung zur ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation, in: BAR-Information Nr. 4/1999 v. 20.10.1999, S. 9.

Von einer stärkeren Konzentration auf wohnortnahe Maßnahmen verspricht man sich:

- Reha-Maßnahmen werden für verschiedene Bevölkerungsgruppen leichter zugänglich, etwa für Berufstätige, allein erziehende Mütter und Väter, Selbstständige, Frauen oder Rentner. Gerade bei Frauen wurde die Erfahrung gemacht, dass sie auf Grund der schwierigen Vereinbarkeit von Arbeit, Haushalt und Kindererziehung deutlich seltener als Männer wohnortferne Reha-Programme in Anspruch nahmen.⁷⁰
- Das Selbsthilfepotenzial des Rehabilitanden wird aktiviert, weil seine konkrete „Lebenswirklichkeit“ (Familie, Arbeitswelt, Alltagsbelastung) in die Reha-Maßnahmen integriert wird.
- Die Rehabilitations-Maßnahmen können besser mit der Akutversorgung vernetzt und durchgängiger gestaltet werden. Die Gefahr von Versorgungslücken sei geringer und die Kooperation in der Nachsorge (Rehabilitationssport, Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen) wurde erleichtert.
- Gerade für chronisch kranke Patienten bieten sich Vorteile, da sie Reha-Einrichtungen ständig aufsuchen müssen und wohnortnahe Einrichtungen ihnen Erleichterungen bringen.

Die Befürworter der wohnortfernen Rehabilitation argumentieren:

- Ein wohnortferner Kuraufenthalt gibt dem Patienten die notwendige Zeit zur Verarbeitung und Bewältigung der Ursachen und Auswirkungen seiner Krankheit und trägt damit dazu bei, dass eine nachhaltige Veränderung des Gesundheitsverhaltens stattfindet.
- Durch die Herausnahme aus dem gewohnten Milieu wird dem Patienten, besonders bei chronischen Erkrankungen, ermöglicht, seine Behandlung aktiv auf mehreren Ebenen (körperlich, geistig, seelisch) mitzugestalten und damit seine Erkrankung im angestrebten Umfang zu beeinflussen.⁷¹
- Die Wirkung von natürlichen Heilmitteln, etwa von Heilwasser, ebenso die Auswirkung des kurörtlichen Klimas auf den Heilerfolg sowie die besondere Kompetenz der Kurorte mit ihren indikationsspezifischen Therapiekonzepten sind nicht zu ersetzen bzw. in die Ballungszentren zu verlegen.
- Die Belastungen und der Zeitaufwand zum täglichen Aufsuchen der Reha-Einrichtungen entfällt. Es bleibt mehr Zeit zur physischen und psychischen Erholung.

Neben der Wohnort-Frage gibt es auch eine Debatte darüber, ob ambulante oder stationäre Maßnahmen vorzuziehen sind. Seit dem ersten Buch 1989, so auch in der Neufassung des Sozialgesetzbuches IX ist zunächst das Ausreichen der ambulanten Therapie zu prüfen. Stationäre Maßnahmen werden damit jedoch nicht ausgeschlossen! Dabei kann eine Reha-Maßnahme zwar auch wohnortnah ambulant bzw. stationär absolviert werden. Eine wohnortnahe ambulante Behandlung ist dagegen ganz

⁷⁰ Siehe zur Entwicklung wohnortnaher Rehabilitationsmaßnahmen speziell für Frauen: Mathilde Niehaus/Sylvia Kurth-Laatsch: Modellprojekt: Wohnortnahe berufliche Rehabilitation von Frauen. Synopse der Evaluationsergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2001, abrufbar unter: http://www.bar-frankfurt.de/pdf/reha_frauen.pdf.

⁷¹ Vgl. Karl-Ludwig Resch: Einsparpotentiale im Gesundheitswesen, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 24./25.11.2000 in Bad Sassendorf, S. 4, abrufbar unter: <http://www.eike-hovermann.de/arbeitsbereiche/baederkonferenz/rede-resch.htm>.

und gar *keine* Medizinische Kur: hier fehlt nicht nur der unverzichtbare Klima- sowie Milieuwechsel und damit ein Herauslösen aus krankheits(mit-)verursachenden sozialpsychologischen Bindungen, Gewohnheiten und Verpflichtungen.

Von ambulanten Maßnahmen wird erwartet:

- Sie sollten für die Kostenträger günstiger sein, da der Patient ganz oder weitgehend selbst den Aufwand für Unterkunft und Versorgung trägt. Der hohe Selbst-Kostenanteil bei ambulanten Kuren gilt dabei als deutliches Kennzeichen für das erwünschte Eigenengagement bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen.
- Durch Wegfall von An- und Abreisetagen verkürzen oder reduzieren sie die Zeit der Arbeitsunfähigkeit und erleichtern die frühzeitige berufliche Wiedereingliederung.
- Wohnortnahe ambulante Maßnahmen tragen zur besseren Vereinbarkeit von Alltag, Beruf und Therapie bei. Der Eingriff in das persönliche Leben ist deutlich geringer.
- Der Patient bleibt in seinem gewohnten Umfeld und praktiziert veränderte Verhaltensweisen unter realen Bedingungen.

Für stationäre Heilverfahren wird folgendermaßen argumentiert:

- Die erforderliche Leistungen werden unter einem Dach angeboten. In den Rehabilitationskliniken ist eine umfassende medizinische Versorgung durch ärztliche und therapeutische Mitarbeiter möglich und ständig ein Arzt präsent.
- Die Klinik ist auch Schonraum, zum Beispiel bei Suchtproblemen, eine alternativ zu Hause verbrachte Zeit reicht häufig nicht aus.
- Eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, ein schwacher allgemeiner Gesundheitszustand, die Gefahr eines Rückfalls oder ständige ärztliche Überwachung erlauben nur eine stationäre Unterbringung.
- Lange und tägliche Anfahrtswege entfallen.

Die **Bundesregierung** versteht ihren Grundsatz „ambulant vor stationär“ als Perspektivenwechsel von einer einrichtungs-bezogenen zu einer betroffenen-bezogenen Rehabilitation. Für das Kurwesen bedeutet vor allem eine Favorisierung der Wohnortnähe eine Gefahr, da dies wiederum eine wirtschaftliche Schwächung der Kurorte zur Folge hätte. Neue, wohnortnahe Einrichtungen werden vor allem in den bevölkerungsreichen Ballungszentren entstehen, während die traditionellen Kurorte in der Regel in den ländlichen Regionen zu finden sind.

Derzeit liegen ca. 70 % der Reha-Kliniken in Kurorten. Der stellvertretende gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, **Eike Hovermann**, sieht die Gefahr, dass nun „konkurrierende Doppelstrukturen“ entstehen könnten, die unter dem Zwang der Auslastung eine Sogwirkung entfalten und damit für die Kurorte wichtige Marktanteile abschöpfen könnten.⁷² Er äußert zwar Verständnis für die Befürchtungen der Kurorte, warnte jedoch zugleich vor zu großer Schwarzmalerei. Auch wenn die ambulante Form gestärkt werden soll, bedeute das nicht einen unbedingten Vorrang von ambulant vor stationär. Stattdessen gehe es um eine **sinnvolle Ergänzung**. Zudem werde die Entscheidung über Wohnortferne unter Einbeziehung der

⁷² Eike Hovermann: Der Kurort der Zukunft im Wettbewerb. Neue Chancen und Herausforderungen, in: Die Ersatzkasse 8/2001, S. 327.

persönlichen Bedürfnisse des Rehabilitanden getroffen. Dies bedeute umgekehrt jedoch auch, dass die Patienten, die eine ambulante oder wohnortnahe Behandlung wünschten, diese auch erhalten müssten. Dazu bedürfe es eines ausreichenden ambulanten und wohnortnahen Angebots. Gleichzeitig gesteht Hovermann jedoch auch zu, dass dieser Ausbau wohl nicht ohne Verluste auf Seiten der stationären, wohnortfernen Einrichtungen ablaufen werde. Über das Ausmaß könnten jedoch keine konkreten Angaben gemacht werden.

Der ehemalige Bundestagsabgeordnete **Klaus Holetschek**⁷³ zitiert hierzu Untersuchungen von Prof. **Edward Senn**, dem ehemaligen Ordinarius des größten bundesdeutschen Lehrstuhls für Physikalische Medizin, Balneologie und Klimatologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Senn hatte mit maximal möglichem Engagement ein fünf Jahre dauerndes Forschungsprojekt des Bundesministers für Forschung und Technologie zur ambulanten Rehabilitation von Patienten mit chronischer Polyarthritiden in Oberbayern geleitet wie auch persönlich praktiziert und kommt in seiner abschließenden Wertung u.a. zum Ergebnis: „Am Ende der Erprobungsphase sind lediglich Teilelemente der Stabilisierung erfüllt, wobei eine ungleichzeitige Entwicklung auf den verschiedenen Ebenen deutlich wird. Diese Ungleichzeitigkeit des Erfolgs bei der Programmumsetzung im Rosenheimer Modell muss sowohl mit den regionalen Bedingungen als auch mit den generellen Barrieren eines derartigen Implementierungsansatzes in Verbindung gebracht werden.“⁷⁴ Die „Stabilität“ bezieht sich dabei auf die dauerhafte Verankerung der Innovationen des Modells. Genau hierauf zielt Klaus Holetschek ab, wenn er anmahnt, nicht ungeprüft den vielfach bewährten und wissenschaftlich dokumentierten Weg der wohnortfernen Therapie unter den compliancefördernden Kurbedingungen zu verlassen.

Das Bundesministerium für Gesundheit relativiert und betont, dass nach derzeitiger **Rechtslage sowohl der wohnortnahen als auch der wohnortfernen Rehabilitation eine wichtige Bedeutung im Rahmen des Rehabilitationsgeschehens der GKV zukommt**. Welche Reha-Form besser geeignet sei, müsse jeweils im Einzelfall von den Beteiligten entschieden werden.⁷⁵ Bei gleicher Ergebnisprognose soll jedoch der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation der Vorzug gegeben werden.⁷⁶ Der individuelle Rehabilitationsbedarf und die Wünsche des Rehabilitanden seien immer zwingend zu beachten. Daher gelte, dass „insbesondere dann, wenn klimatische Besonderheiten Gegenstand eines Rehabilitationskonzeptes sind oder aber ein Herauslösen des Leistungsempfängers aus seinem Alltag zur Sicherung des Therapieziels erforderlich erscheint, wohnortferne stationäre Aufenthalte angezeigt sind.“⁷⁷

⁷³ Podiumsdiskussion anlässlich des Deutschen Bädertags am 15.4.02 in Bad Salzelmen.

⁷⁴ E. Senn, M. Ambs-Schulz, R. Karhausen: Modell zur wohnortnahen, kooperativen und kontinuierlichen Versorgung von Patienten mit chronischer Polyarthritiden in der Region Bad Aibling/Posenheim. Endbericht 1984 – 1988. BMFT Bonn, Projekt 07068 05, S. 97.

⁷⁵ Vgl. Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit Gudrun Schaich-Walch auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann-Pohl betr. Politik der Bundesregierung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (Drs. 14/6080), Antwort v. 31. Mai 2001, Drucksache 14/6236, abrufbar unter <http://dip.bundestag.de>, S. 9.

⁷⁶ Im Vergleich zum Vorjahr sind im Jahr 2000 die ambulanten Vorsorgeleistungen sogar um knapp 9 % zurückgegangen.

⁷⁷ Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Ulf Fink, Horst Seehofer, Wolfgang Lohmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU (Drs. 14/3887): Zukunft des Gesundheitswesens, v. 28.3.2001, Drs. 14/5700, S. 35, abrufbar unter: <http://dip.bundestag.de>.

Der **Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** hat in seinem jüngsten Gutachten aus dem Jahr 2000/2001 eindringlich dafür plädiert, für die wohnortnahe Rehabilitation „zügig“ Konzepte zur Umsetzung vorzulegen. Obwohl seit Jahren bekannt, beständen in Deutschland immer noch Defizite bei Behandlungsangeboten für wohnortnahe ambulante oder teil-stationäre Reha. Die rechtlichen Gestaltungsspielräume für die ambulante Versorgung würden nicht ausreichend genutzt. Erforderlich seien daher einheitliche gesetzliche Vorgaben für alle Reha-Träger, um adäquate Organisationsformen und Anreizsysteme zu schaffen und abgestufte, flexible Reha-Leistungen sicherzustellen. Dies dürfe allerdings nicht zu Lasten der Qualität gehen.⁷⁸

Der **Deutsche Heilbäder-Verband** verweist auf die lange Erfahrung, die in Heilbädern und Kurorten mit ihren natürlichen örtlichen Heilmitteln nicht nur in Therapiekonzepten zur wohnortferner Rehabilitation für Kurpatienten, sondern auch bei wohnortnaher Rehabilitation für ortsansässige im regionalen Einzugsbereich vorliegen. Dabei sei zu resümieren, dass die Krankenkassen zwar Therapie-Konzepte wie im klinischen Bereich erwarten, dann aber ihre Einspar-Erwartungen dadurch realisieren wollen, dass sie den Leistungserbringern unzureichende Leistungsentgelte offerieren.

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** verlangt ebenso, ambulante Strukturen zu schaffen, die interdisziplinäre therapeutische Angebote wohnortnah anbieten und damit ermöglichen, die Behandlung den Erfordernissen des Einzelfalls flexibel anzupassen. Dadurch könnten auch Personengruppen in die Maßnahmen einbezogen werden, die aus verschiedenen persönlichen Gründen eine stationäre Rehabilitation nicht in Anspruch nehmen können.⁷⁹ **Allerdings gelte es auch zu bedenken, dass ambulante Maßnahmen nicht immer die kostengünstigste Alternative darstellen.**

Die **Bundesversicherungsanstalt für Angestellte** schätzt, dass bis zu 20 % der medizinischen Rehabilitations-Maßnahmen ambulant oder teil-stationär durchgeführt werden könnten. Der Rentenversicherungsträger plädiert auch für die wohnortnahe, ambulante Rehabilitation, denn diese ermögliche einen starken Einbezug des privaten und beruflichen Umfelds in den Heilungsprozess und die direkte Vernetzung mit dem akutmedizinischen Versorgungssektor. Zudem könne die Rehabilitation verschiedener Patientengruppen flexibler gestaltet werden, und es könnten solche Personen Reha-Leistungen in Anspruch nehmen, die aus verschiedenen Gründen nicht stationär behandelt werden könnten. Dennoch gilt weiterhin, dass die Versicherten überwiegend wohnortfern stationär behandelt werden wollen, was auf Informations- und Erfahrungsmängel, falsche Erwartungen und ökonomische Benachteiligungen ambulanter Rehabilitation in der Vergangenheit zurückzuführen sei.⁸⁰ Das SGB IX habe hier allerdings eine Verbesserung gebracht, da es nun Entgeltfortzahlungen auch bei ambulanten und teil-stationären Maßnahmen gebe. Jetzt fehle es noch, so die BfA, an einer verstärkten Entwicklung indikationsspezifischer positiver Zuweisungskriterien für ambulante Rehabilitations-Leistungen.

⁷⁸ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, abrufbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/> (ausführliche Zusammenfassung).

⁷⁹ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation v. 20.10.2000, S. 4.

⁸⁰ Vgl. Christoph Skipka. Die Zukunft der Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung, S. 3ff.

Auch die **Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR)** betont die Bedeutung eingliederungsfördernder Ressourcen eines wohnortnahen ambulanten sozialen Netzes (Sozialstationen, Hilfsmittelversorgung, Berufsintegrationsdienste) und die Unterstützung durch Angehörige.⁸¹

Der **Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)** verlangt im Zuge der Vernetzung der bestehenden Angebote von Rehabilitation und Prävention die Überkapazitäten im stationären Bereich abzubauen und den ambulanten Bereich zu stärken. Nur für einige Krankheitsbilder gebe es spezielle klimatische Bedingungen und persönliche Konstellationen, die das Herauslösen aus dem sozialen Milieu für die Erreichung des Therapieziels erforderlich machten. Auch die gesetzlich gewünschte stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess stehe im Widerspruch zur ortsfernen Reha.

Auch der **BKK Bundesverband** spricht von bisher zu wenig wohnortnahen ambulanten Angeboten bzw. Kapazitäten und einer „lang eingespielten Tradition“⁸² zu Gunsten von Kurorten bzw. deren stationären Einrichtungen. Nach übereinstimmender Auffassung der Krankenkassen seien nur bei einigen Erkrankungen klimatische Eigenschaften der Kurorte oder die Herauslösung aus dem Umfeld eine relevante Bedingung für den Heilerfolg. Aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung stehe die Frage nach den Kosten im Vordergrund. Und hier verspreche man sich einiges von der wohnortnahen ambulanten Reha.

Die **Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)** als größter deutscher Rehabilitationsträger habe den teilstationären und ambulanten Sektor bei der Vergabe bisher zu wenig berücksichtigt. So wurden 1999 durch die Rentenversicherung 717.000 medizinische Rehabilitationsverfahren durchgeführt, davon aber nur 10.100 teilstationär und 8.250 ambulante.

Wie auch der **Deutsche Ärztetag**, der sich für einen Ausbau ambulanter, wohnortnaher Rehabilitationen einsetzt, versprechen sich die **Betriebs-Kranken-Kassen** von der Stärkung der ambulanten und wohnortnahen Rehabilitation eine Erleichterung der beruflichen Eingliederung und eine bessere Einbeziehung der Bezugspersonen und der Verzahnung mit den Stellen, die für die Nachsorge zuständig sind wie dem Hausarzt oder dem Rehabilitationssport.

Aus Sicht des **AOK Bundesverbandes** ist es für bestimmte Patientengruppen sinnvoll, ambulante Angebote zur Verfügung zu stellen. So spreche für wohnortnahe Rehabilitations-Maßnahmen ihre schnelle Erreichbarkeit, die Möglichkeiten zur Einbeziehung des Lebensumfeldes und die Verbindung mit der Akutversorgung sowie mit den Nachsorgeangeboten. Gerade für ältere Menschen sei dies von besonderer Bedeutung. Möglicherweise ließen sich auch die Kosten senken. Allerdings befände sich die ambulante Rehabilitation in Deutschland erst im Aufbau. Doch die Entschei-

⁸¹ Vgl. Vorschläge der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. zur Etablierung einer qualifizierten ambulanten wohnortnahen Rehabilitation, S. 2ff., abrufbar unter: <http://www.dvfr.de/aktuelles/ambu-reha.shtml>.

⁸² Vgl. Robert Paquet: Entscheidungsfindung zwischen wohnortferner und wohnortnaher Prävention/Rehabilitation und ihre regionalpolitische Bedeutung, Rede gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD 4./5.5.2001 in Bad Kösen.

dung, ambulant oder stationär - wohnortnah oder wohnortfern, sei immer anhand medizinischer Kriterien und dem Bedarf des Patienten zu treffen.⁸³

Eine andere Sichtweise vertritt der **Deutsche Heilbäderverband**. Er argumentiert, dass der langfristige Erfolg einer Rehabilitation stark mit der Änderung eines eingefahrenen Lebensstils zusammenhängt. Neue Verhaltensweisen ließen sich oft nur durch einen Neuanfang im gesundheitlich gestalteten Milieu der Wohnortferne und der Gruppendynamik erlernen.⁸⁴ Die Vernetzung von Ambulanz und Klinik sei auch am Kurort selbst möglich, zum Beispiel in Form der Kompaktkur. Die Pläne der Bundesregierung und ihr Grundsatz „ambulant vor stationär“ dürften sich – wenn fälschlich ambulant mit wohnortnahe und stationär mit wohnortfern gleichgesetzt werden würde - für viele traditionelle Kurorte in eher strukturschwachen Regionen negativ auswirken. Der Trend, die Wohnortnähe als Heilmittel der Zukunft zu preisen, sei zudem sehr aus dem Ökonomischen geboren: Die These, wohnortnahe Behandlung sei billiger und wirksamer, sei noch kaum hinterfragt bzw. gemäß den wenigen durchgeführten Studien sogar bereits widerlegt. Zudem müsse mit Qualitätsverlusten gerechnet werden. Würden die derzeitigen großen und spezialisierten Reha-Einrichtungen in den Heilbädern und Kurorten gegen wohnortnahe Einrichtungen mit geringerer Kapazität eingetauscht, werde Qualität eingebüßt.⁸⁵

Mit Bezug auf das Argument der niedrigeren Kosten erinnert der **Bayerische Heilbäderverband e. V.** daran, dass die Kosten für die Kassen bei wohnortnahen Reha-Maßnahmen erheblich höher seien als bei wohnortfernen ambulanten Maßnahmen. Bei der wohnortnahen ambulanten Reha fehle die Eigenleistung des Patienten, die Anwendungen würden zu 100 % übernommen. Große Einsparpotenziale seien daher nicht mehr gegeben, zumal die meisten Rehabilitanden bereits im Ruhestand seien und keine Lohnnebenkosten anfielen. Neben der ökonomischen Effizienz haben wissenschaftliche Studien außerdem ergeben, so der Verband, dass durch den Abstand vom häuslichen Umfeld und von den dadurch entstehenden physischen und psychischen Entlastungen die wohnortferne Kurform die gesundheitlich bessere Alternative darstelle.⁸⁶

2. Stärkung der Prävention

Der **Begriff der Prävention** ist umgangssprachlich eine zusammenfassende Bezeichnung für Maßnahmen zur Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten. Zu diesen Maßnahmen gehören zum Beispiel die Förderung einer gesunden Lebensweise, Unfallverhütungsmaßnahmen, mehrere Vorsorgeuntersuchungen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr (U1 bis U10), Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung, die Gesundheitsuntersuchung für Männer und Frauen ab 35 Jahre, Aufklärungskampagnen zu Krankheiten wie Diabetes melli-

⁸³ Vgl. Hans Jürgen Ahrens: Potentiale und Rahmenbedingungen von Prävention und Reha aus Sicht der GKV, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 24./25.11.2000 in Bad Sassendorf, S. 7ff., abrufbar unter: <http://www.eike-hovermann.de/arbeitsbereiche/baederkonferenz/rede-ahrens.htm>.

⁸⁴ Vgl. Der Kurort der Zukunft. 15-Punkte-Programm, abrufbar unter: http://www.deutscher-heilbaederverband.de/body_kurinformationen4.html.

⁸⁵ Vgl. Manfred Steinbach: Wir haben auch Trümpfe in der Hand!, in: Heilbad und Kurort, Heft 10, 52. Jahrgang 2000, S. 236-237.

⁸⁶ Vgl. Presseerklärung des Bayerischen Heilbäderverbandes anlässlich der 53. Mitgliederversammlung in Bad Rodach v. 26.10.1999.

tus und Bluthochdruck sowie zu Übergewicht und Arteriosklerose und Maßnahmen zur Ausschaltung schädlicher Faktoren, z.B. Umweltbelastungen durch Schadstoffe oder Lärm. Die Grenzen der Prävention zu den konkreten vorbeugenden Maßnahmen der Prophylaxe (z.B. Impfungen) sind fließend. Politisch umfaßt der Begriff der Prävention alle Maßnahmen und Aktivitäten auf individueller und gesellschaftlicher Ebene, die den Erhalt von Gesundheit und die Verhütung von Krankheiten und Unfällen zum Ziel haben.

In der Medizin wird noch unterschieden zwischen **primärer Prävention**, die als gesundheitsgefährdend geltende Faktoren noch *vor* einem Wirksamwerden ausschalten soll. Von **sekundärer Prävention** spricht man, wenn - möglichst frühzeitig – bereits Gesundheitsstörungen zu erkennen sind und deren Verschlimmerungen durch Einleitung von Interventionen verhütet werden sollen. Bei der **tertiären Prävention** werden Maßnahmen eingesetzt, die an den Langzeitfolgen von bereits eingetretenen Erkrankungen und psychischen Störungen oder sogar deren Chronifizierung ansetzen und diese Entwicklung durch entsprechende Rehabilitationsprogramme verhindern sollen.

Im allgemeinen Sinne werden also jeweils Patienten behandelt mit dem Ziel, die Verschlimmerung ihres Gesundheitszustandes zu verhüten oder zu verzögern. Vorsorge umfaßt somit sowohl spezifische Maßnahmen, die auf die Vermeidung bestimmter Krankheiten gerichtet sind, als auch unspezifische Maßnahmen, die bei erkannten Gesundheitsgefahren zu einer möglichst wirksamen individuellen und gruppenbezogenen Gesundheitserhaltung beitragen.

Die Krankenkassen bieten ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen an, um Schwächung der Gesundheit zu vermeiden. Eine Vorsorgemaßnahme ist beispielsweise die Mutter-Kind-Kur, die den Gesundheitsgefährdungen von chronisch kranken oder behinderten Müttern und Kindern entgegenwirken soll.

Für die Prävention und den Gesundheitsschutz wurden 1998 15,6 Milliarden DM ausgegeben. Das waren 4,5 % der gesamten **Ausgaben** für das deutsche Gesundheitswesen, so das Statistische Bundesamt in seinem aktuellsten Gesundheitsbericht für Deutschland.⁸⁷ Diese schließen allerdings auch Ausgaben für den öffentlichen und betrieblichen Gesundheitsschutz, Lebensmittel- und Trinkwasserkontrolle, Hygieneüberwachung, Umweltmonitoring gesundheitsschädigender Stoffe, Lärmbekämpfung, Mütterberatung, präventive soziale Dienste und Schulgesundheitspflege mit ein. Präventive Leistungen der Krankenkassen in Form von Vorsorgemaßnahmen nehmen nur einen sehr geringen Anteil an allen präventiven Leistungen ein. Durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 und die **Neufassung von § 20 SGB V** wurde zwar der Anspruch auf Leistungen der Gesundheitsförderung wieder eingeführt. Gleichzeitig wurde den Krankenkassen jedoch ein restriktiver Umfang für Präventionsleistungen vorgeschrieben. Pro Versicherten und Kalenderjahr dürfen nur 5 DM für die Prävention ausgegeben werden. Dies entspricht bei 70 Millionen Versicherten Gesamtaufwendungen der GKV von 350 Millionen DM. In Relation zu den Gesamtausgaben der GKV von rund 250 Milliarden DM ist dies ein Anteil von 0,14 %

⁸⁷ Vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Zahlen und Daten abrufbar unter: <http://www.gbe-bund.de>.

und damit „ein Tropfen auf den heißen Stein“, so **Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes.**⁸⁸

Unter der großen Zahl von staatlichen Institutionen, öffentlich-rechtlichen Körperschaften und freien Trägern, die sich mit dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen, besteht jedoch weitgehend Einigkeit darüber, dass die Prävention nützlich ist und ausgebaut werden muss. Gleichzeitig gestaltet es sich als schwierig, den Nachweis zu führen, dass v.a. die Primärprävention zur **Einsparung von Kosten** führt. Solche Kostenwirkungen ergeben sich i.d.R. erst nach sehr langer Zeit oder sind in ihrer Ursache-Wirkung kaum zurückführbar. So kann eine Gewichtsreduktion zu einem niedrigeren Blutdruck und damit einem geringeren Risiko eines Schlaganfalls führen, allerdings sind gesundheitliche Entwicklungen nur schwer prognostizierbar.

Signifikante Nachweise lassen sich bei den Einsparpotenzialen der Sekundär- und Tertiärprävention führen. So zeigen Untersuchungen der Allgemeinen Ortskrankenkassen, dass bei Patienten mit Herz/Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Rückenkrankungen, Präventionsangebote zu signifikanten Verbesserungen geführt haben, wodurch sich die Ausgaben für Krankengeld, Krankenhaus und Arzneimittel reduzieren.⁸⁹ Schätzungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gehen immerhin von einem Einsparpotenzial von 25 bis 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben durch langfristige Prävention aus.⁹⁰

Auf Grund der schwierigen Nachweisbarkeit der positiven Vorsorge-Effekte ergibt sich für die Krankenkassen das Problem der Effektivität und Seriosität unterschiedlicher Präventionsangebote. An die Gesundheitsförderung müssen die gleichen Qualitätsmaßstäbe angelegt werden, die für die medizinische Behandlung und Rehabilitation gelten. Das Bundesgesundheitsministerium hat darauf hingewiesen, dass nur Methoden, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist, von den Kassen bezahlt werden dürfen. Aus diesem Grund wurde in die Neufassung des § 20 SGB V eine Verpflichtung der Krankenkassen zur regelmäßigen Erfolgskontrolle und **Qualitätssicherung** aufgenommen. Unter Federführung der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (BzgA) gab es in den vergangenen Jahren Anstrengungen, ein Qualitätsmanagement auch in den Bereichen der Gesundheitsförderung und der primären Prävention voranzubringen. Erfahrungen zur Umsetzung von Methoden und Instrumenten eines umfassenden Qualitätsmanagements liegen bislang jedoch nur vereinzelt vor.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben daher am 21. Juni 2000 einen „**Leitfaden Prävention**“ erarbeitet, in dem prioritäre Handlungsfelder und Kriterien hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten, Methodik und Qualitätsvorsetzungen festgelegt wurden.⁹¹ Die Maßnahmen zur primären Prävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand von Risikogruppen verbessern und Krankheiten verhindern. So ermöglicht der Leitfaden z.B. Bewegungsschulungen für Versi-

⁸⁸ Hans Jürgen Ahrens: Potentiale und Rahmenbedingungen von Prävention und Reha aus Sicht der GKV. Redemanuskript für eine Rede auf der Bäderkonferenz der SPD in Bad Sassen-dorf am 24./25.11.2000, abrufbar unter:
<http://www.eike-hovermann.de/arbeitsbereiche/reden/rede-ahrens.htm>.

⁸⁹ Ebd.

⁹⁰ Vgl. Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Bundestagsdrucksache 14/5660 v. 21.3.2001.

⁹¹ Der Leitfaden findet sich unter: <http://www.g-k-v.com/download/leitfaden2106.doc>.

cherte, die unter Haltungsschäden leiden und Ernährungsprogramme für Übergewichtige sowie Angebote zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung. Ferner können Stress- und Entspannungskurse sowie Maßnahmen gegen Genuss- und Suchtmittelmissbrauch finanziert werden. Die Krankenkassen sollen laut Sozialgesetzbuch mit den Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor allem auch einen Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Die Krankenkassen wollen daher den Schwerpunkt der Maßnahmen auf Zielgruppen konzentrieren, die höhere Gesundheitsrisiken als der Bevölkerungsdurchschnitt aufweisen. So soll es besondere Präventionsprogramme für sozial Benachteiligte geben. Gemessen an Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung tragen Menschen im unteren Fünftel der Gesellschaft ein doppelt so hohes Risiko zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Menschen im oberen Fünftel. Auch Kinder spielen in der Gesundheitsförderung eine herausragende Rolle. Denn bei ihnen lassen sich unterschiedliche Gesundheitschancen von Anfang an reduzieren. So sind für rund ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen die Entwicklungsmöglichkeiten auf Grund von Armut verringert. Das kann beispielsweise durch einen schlechteren Zugang zu gesundheitlichen Informationen und Angeboten bedingt sein, aber auch durch ein geringes Wissen über eine gesunde Lebensweise in den Familien, Umweltbelastungen in der Umgebung oder eine wenig kindergerechte Wohngegend.

Die **Prävention** hat neben ihrer gesetzlichen Verankerung im SGB einen hohen politischen Stellenwert. So hat das Bundesministerium für Gesundheit im Mai 2001 einen „**Runden Tisch**“ zur Zukunft des Gesundheitswesens eingerichtet, in dem es auch einen Arbeitskreis „Prävention“ gibt, an dem 38 Verbände, Institutionen und Körperschaften beteiligt sind.⁹²

Die 38 Beteiligten⁹³ stellten wie auch der Sachverständigenrat Defizite in der Prävention fest, vor allem, was die Qualitätssicherung, die Forschung, die Aus- und Weiterbildung und die Zielgruppenerreichung angeht. Verbunden wurde diese Kritik mit der Forderung nach einer Deutschen Stiftung Prävention, welche die Aufgaben bündelt. Beim Treffen am 17. September 2001 ist der Runde Tisch beauftragt worden, konkrete Vorschläge zur Errichtung dieser Stiftung zu machen. Gleichzeitig wurde angekündigt, dass eine neu zu schaffende Kommunikationsplattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren im Präventionsbereich den Ausbau der Prävention fördern soll.

Weitere Synergie- und Vernetzungseffekte sollen sich aus nationalen Schwerpunktaktionen und durch die **Orientierung an internationalen Gesundheitszielen und –programmen ergeben**.⁹⁴ Hierzu gehört auch die Aufgabenstellung des vom Bayerischen Landtag, dem Landkreis Unterallgäu, der Stadt Bad Wörishofen und den Kneipp-Werken Würzburg/Bad Wörishofen geförderten Europäischen Gesundheitszentrum für Naturheilverfahren – Sebastian-Kneipp-Institut GmbH in Bad Wörishofen⁹⁵.

⁹² Weitere Themen des Runden Tisches sind die Modernisierung der Arznei- und Heilmittelversorgung, die Positivliste und die Überarbeitung der Arzneimittelpreisverordnung.
<http://www.bmgesundheit.de/themen/bericht/rundertisch.htm>.

⁹³ Dass dabei der Deutsche Heilbäderverband als Interessenvertretung der Heilbäder und Kurorte **nicht** eingeladen wurde, ist bemerkenswert.

⁹⁴ Vgl. Pressemitteilung des BMG v. 18.9.2001: Gemeinsame Erklärung des Runden Tisches zur Gesundheitspolitik, abrufbar unter:
<http://www.bmgesundheit.de>.

⁹⁵ <http://www.kneipp-institut.de>.

Ebenso sollen die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführten Möglichkeiten zur Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ausgebaut werden. Beim dritten und bislang letzten Treffen am 28. Januar 2002 hat Bundesgesundheitsministerin **Ulla Schmidt** ein nationales Vorsorgeprogramm angekündigt.⁹⁶ Bei einer älter werdenden Gesellschaft gehe es darum, Krankheiten „nach hinten“ zu verschieben, damit Kosten gespart würden und die Menschen sich besser fühlten. Auch in ihrer Einjahresbilanz am 22. Januar 2002 betonte Schmidt den Stellenwert der Prävention. Sie wolle die Vorsorge zu einer vierten Säule neben der therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen ausbauen. Die Förderung der Gesundheit solle zu einem Leitbild der Gesundheitspolitik werden. Dazu könne ein Fonds geschaffen werden, der nicht nur Leistungsträger auf Prävention orientiert, sondern die Gesellschaft über Möglichkeiten zur Prävention informiert. Langfristig müsste, ähnlich dem SGB IX, ein Präventionsgesetz geschaffen werden, das die unterschiedlichen Gesetze und Verordnungen zusammenfasse.

Ulla Schmidt übernimmt dabei Forderungen der Kommission „Humane Dienste – Gesundheit, Pflege und Rehabilitation“, die von der CDU eingesetzt wurde und Vorstellungen der Union zur Rehabilitation und Prävention erarbeiten sollte. Als Grundlage hatte die Kommission ein Gutachten zur „Prävention im deutschen Gesundheitswesen“ bei **Ulla Walter** und **Friedrich Schwartz** von der Medizinischen Hochschule Hannover in Auftrag gegeben.⁹⁷ Darin wird festgehalten, dass der Aspekt der Prävention einen weitaus höheren Stellenwert erhalten und die Bevölkerung über Anreize dazu gebracht werden solle, stärker auf Vorbeugung zu achten. Das Gutachten fordert darüber hinaus ein ressortübergreifendes „Aktionsprogramm Prävention“, welches diese Thematik als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – und nicht nur als Aufgabe der Krankenversicherung – begreift und eine rechtliche Gleichstellung von Prävention und Rehabilitation mit der Kuration anstrebt. Dazu seien Strategien im Sinne einer Bündelung von Ressourcen gemeinsam mit allen Beteiligten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu entwickeln. Mit Hilfe eines Präventionsgesetzes könne darüber hinaus sichergestellt werden, dass die weit verstreuten Ansätze zur Prävention auf Bundesebene gebündelt und neu kodifiziert werden.⁹⁸ Schließlich sollte nach Schweizer Vorbild ein **Gesundheitsfonds** eingerichtet werden, in den Krankenkassen und Pflegeversicherung jeweils 2 % ihrer Einnahmen für präventive Maßnahmen einzahlen. Über diese Einrichtung könnten dann abgestimmt präventive Maßnahmen institutionenübergreifend konzipiert und angeboten werden. Zudem könnte dieser Fonds gewährleisten, dass die geforderten Priorisierungskriterien für präventive Maßnahmen sowie die Qualitätssicherung und Evaluation eingehalten werden. Die Schweiz hat der Stiftung für Gesundheitsförderung 1996 den Auftrag übertragen, nationale und regionale Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten anzuregen, zu evaluieren und zu koordinieren. Seit 1998 werden 2,40 Franken je Versicherten hierfür eingezogen, der Stiftung stehen jährlich somit 17 Millionen Franken zur Verfügung. Sie entwickelt zu ver-

⁹⁶ Vgl. 3. Sitzung des Runden Tisches legt Empfehlungen vor, Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums v. 28.1.2002, abrufbar unter: <http://www.bmggesundheits.de/presse/2002/2002/14.htm>

sowie Interview der Ministerin am gleichen Tag im ARD-Morgenmagazin.
⁹⁷ Das Gutachten „Prävention im deutschen Gesundheitswesen“ von Ulla Walter und Friedrich Wilhelm Schwartz ist abrufbar unter: <http://www.cdu.de/gutachten.pdf>.

⁹⁸ Vgl. Beschluss der Kommission Humane Dienste der Kommission Sozialstaat 21 der CDU: Für ein patientenorientiertes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen mit leistungsfähigen Strukturen, abrufbar unter: http://www.cdu.de/politik-a-z/parteitag/beschluss_human.pdf.

schiedenen Themenbereichen Konzepte und Aktionspläne, realisiert Medienauftritte und fördert jährlich rund 150 Projekte.

Gesundheitsministerin Schmidt wird wegen ihrer Konzentration auf Präventionsmaßnahmen jedoch auch kritisiert. Der gesundheitspolitische Sprecher der **FDP-Bundestagsfraktion, Dieter Thomae**, warf ihr Ablenkungsmanöver vor. Ein Ausbau der Prävention spiegele vor, dass etwas geschehe. Allerdings seien mit Kursangeboten für Raucher oder Fettsüchtige die Zukunftsfragen im Gesundheitswesen nicht gelöst. Konsens zwischen den Beteiligten des Runden Tisches sei zwar schön. Wenn er sich jedoch nur auf ein zunächst ausgabenträchtiges Thema beziehe, sei er verfehlt.⁹⁹

Auch die von Schmidt geplante Stiftung ist nicht unumstritten. So befürchten die Orts- und Ersatzkrankenkassen neue Finanzlasten und fordern konkretere Angaben.¹⁰⁰ Zur Finanzierung der Präventionsmaßnahmen fordert der Gesundheitsexperte der SPD-Bundestagsfraktion, **Eike Hovermann**, eine finanzielle Aufstockung der Ausgaben für Präventionsmaßnahmen. Solche Mehrausgaben seien im Rahmen eines flexibel handhabbaren Budgets sinnvoll, weil ansonsten die Akutbehandlung ihr sektorales Budget ausschöpft und Verlagerungen in Prävention und Reha nicht ohne Steigerung der Beiträge zu haben seien.¹⁰¹

3. Qualitätssicherung

Die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland hat im internationalen Vergleich ein hohes Niveau. Seit der Gesundheitsreform 2000 ist die Qualitätssicherung in der Rehabilitation im fünften Sozialgesetzbuch verankert. In Paragraph 137 d ist festgelegt, dass die Leistungserbringer durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen haben, dass die Anforderungen an die **Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitlichen Grundsätzen genügen**.

Ziele einer Qualitätssicherung sind, Transparenz, Effektivität und Effizienzsteigerung der Maßnahmen zu schaffen, um Leistungen vergleichbar zu machen und ein bedarfsgerechtes Rehabilitations-Angebot zu erhalten. Zudem sollen Fehl-, Über- und Unterinanspruchnahme der Reha-Leistungen vermieden werden sowie unterschiedliche Angebote vernetzt werden. Bei der Qualitätssicherung kann grundlegend unterschieden werden zwischen

- Strukturqualität (Sind die räumlichen und fachlichen Voraussetzungen gegeben?),
- Prozessqualität (Wie sind die Abläufe organisiert?) und
- Ergebnisqualität (Ist das Ergebnis der Behandlung optimal?).

Hinsichtlich der **Ergebnisqualität bei ambulanten und klinischen Kuren** verweist Prof. Jürgen **Kleinschmidt** vom größten universitären Forschungsinstitut für Medizinische Balneologie und Klimatologie in Deutschland immer wieder darauf, dass es

⁹⁹ Vgl. Thomae: Mit Prävention allein ist das Gesundheitssystem nicht zu retten, Pressemeldung der FDP-Bundestagsfraktion v. 29.1.2002, abrufbar unter: <http://www.fdp.de>.

¹⁰⁰ Vgl. Kritik am Runden Tisch wird lauter, in: Süddeutsche Zeitung v. 28.1.2002.

¹⁰¹ Vgl. Reha gestern, heute, morgen. Standortbestimmung und zukünftige Aufgaben im Bereich Rehabilitation, abrufbar unter: <http://www.eike-hovermann.de/>.

über 1000 wissenschaftliche Arbeiten zur Dokumentation des Kurerfolgs gibt.¹⁰² Wenn diese dennoch als „nicht überzeugend genug“ eingeschätzt würden, obwohl sich darunter Hunderte von Dissertationsarbeiten, also durch weitere habilitierte Fachvertreter „peer-geprüfte“ wissenschaftliche Arbeiten befänden, so läge dies an einem falsch verstandenen Wissenschaftlichkeitsverständnis. Gerade die „evidence based medicine (EBM)“ würde zu Unrecht - gleichwohl verbreitet - als das Maß aller Dinge in der Medizin angesehen.

Maßnahmen zur Verbesserung der **Struktur- und Prozess-Qualität** sind u.a. mehr Transparenz, Prüfung von Qualitätsmerkmalen und Zertifizierung medizinischer Einrichtungen sowie Leitlinien als Empfehlungen für Ärzte bezüglich der medizinischen Behandlung ihrer Patienten.

Mit dem Ziel der Verbesserung der **Ergebnisqualität** müssen alle Rehabilitationseinrichtungen an einem vereinbarten Qualitätssicherungsprogramm teilnehmen. Im neuen Paragraphen 20 SGB V werden die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam vorrangige Handlungsfelder und Kriterien zu ihrer Umsetzung zu entwickeln und dabei auch eine wirksame Qualitätssicherung zu berücksichtigen.

Ein entsprechendes Pilotprojekt der **Spitzenverbände der Krankenkassen** läuft seit Juni 2000.¹⁰³ Im Rahmen des so genannten QS-GKV-Projektes (Qualitätssicherung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation) sollen zunächst Instrumente und Verfahren zur externen Prüfung der Qualität in stationären Reha-Einrichtungen entwickelt werden. Anschließend sollen in mindestens 20 ausgewählten Reha-Einrichtungen die Verfahren getestet werden, zunächst für die Indikationsbereiche Orthopädie/Rheumatologie und Kardiologie. **Das Qualitätssicherungsverfahren soll die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität prüfen.** So wird die personelle und apparative Ausstattung untersucht, aber auch die Patientenzufriedenheit wird ein entscheidendes Kriterium zur Qualitätsbeurteilung sein. Auf Basis der Ergebnisse soll ein gemeinsames Qualitätssicherungsprogramm vereinbart und routinemäßig eingesetzt werden. Dies soll noch im Laufe des Jahres 2002 geschehen. Der Belegungsrückgang in vielen Rehaeinrichtungen durch die Sparmaßnahmen der Krankenkassen und damit verbundene ökonomische Probleme erschweren jedoch die Realisierung des Qualitätssicherungsprogramms.

Die **Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)** betreibt derzeit den Aufbau eines klinikbezogenen Berichts- und Informationssystems, welches den Vergleich mit anderen Rehabilitationseinrichtungen ermöglichen soll. Die Kernpunkte sind dabei die **Strukturqualität** und das **Konzept** der Reha-Einrichtung, die Qualität des Rehabilitationsprozesses, das Patientenurteil über den Rehabilitationsprozess sowie den von ihnen subjektiv wahrgenommenen Behandlungserfolg.¹⁰⁴

Der **Bayerische Heilbäderverband e. V.** hat in Zusammenarbeit mit dem bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Frauen ein **Zertifizierungs-Instrument „Vorbildliche Gesundheitsförderung am Kurort“** entwi-

¹⁰² z.B. KLEINSCHMIDT, J. : Zum Stellenwert der Kurortmedizin in Deutschland und in Europa. In: W. HEIPERTZ (Hrsg.): Rehabilitation im Kurort. Symposium der Deutschen Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin Bad Elster e.V. G., Braun Fachverlage, Karlsruhe (1996), S. 246-259.

¹⁰³ Vgl. hierzu <http://www.g-k-v.com/rehabilitation.html>.

¹⁰⁴ An ähnlichen Qualitätssicherungsprogrammen arbeiten auch Renten- und Unfallversicherung. Vgl. Christoph Skipka: Die Zukunft der Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung, Vortrag auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen, S. 7.

ckelt, das für besondere Qualitätsangebote in den Heilbädern und Kurbetrieben steht.¹⁰⁵ Auch in Baden-Württemberg gibt es ein Gütesiegel „Servicequalität“, das von der Tourismus-Marketing GmbH, dem Heilbäderverband, der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband (DEHOGA) sowie der Industrie- und Handelskammer Baden-Württemberg entwickelt wurde und das die ersten 100 Betriebe erhalten haben. Sie müssen jedes Jahr dokumentieren, dass das Qualitätsmanagement in den Hotels und Kurkliniken zum Einsatz kommt. Ziel ist ein Total Quality Management System nach Schweizer Vorbild.¹⁰⁶

Eine weitere Methode der Qualitätssicherung - neben derjenigen der European Foundation for Quality Management (EFQM) oder dem Modell der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED) - ist die Einführung eines **Qualitätsmanagement-Systems nach DIN-EN ISO 9000 bzw. 9001**. Als erstes deutsches Staatsbad wurde Bad Pyrmont nach den Bedingungen der ISO 9001 zertifiziert, insgesamt dürften es inzwischen rund 16 % sein, weitere 25 % planen die Einführung.¹⁰⁷

Es werden europaweit auch **RAL-Gütezeichen für Kurbeherbergungsbetriebe** nach den entsprechenden Prüfungen vergeben¹⁰⁸, wobei hier die Prozessqualität bei der Abgabe spezieller Kurmittel und das Wissen um kurgemäße Verhaltensprozesse (sog. Lotsen-Funktion der geprüften Kurbeherbergungsbetriebe) im Vordergrund steht.

Unter den einzelnen Heilbäderverbänden der Länder sind diese Formen der Qualitätssicherung jedoch umstritten. Während Präsident **Franz Gnan** vom Bayerischen Heilbäderverband der ISO-Norm eine große Bedeutung vor allem bei der Harmonisierung der verschiedenen europäischen Systeme beimisst, lehnt sein Kollege **Matthias Löttge** aus Mecklenburg-Vorpommern dieses Verfahren grundsätzlich ab. Eine Zertifizierung nach ISO werde weder von der BfA noch von der Landesversicherungsanstalt (LVA) gefordert oder honoriert. Sie bringe damit keine Vorteile und mache unter Kosten-Nutzen-Verhältnissen keinen Sinn. Auch für die Gäste habe sie keinen Zusatznutzen, da diese sich erfahrungsgemäß weniger für Zertifikate als für eine gute Rundumversorgung interessierten. Stattdessen sollte abgewartet werden, bis sich die Kassen und Rentenversicherungsträger auf einheitliche und vergleichbare Kriterien einigen.

Bundesgesundheitsministerin Schmidt hat in ihrer Einjahresbilanz im Januar 2002 als erstes Ziel für die weitere Arbeit eine verbindliche Festschreibung von Leitlinien und Standards in der medizinischen Versorgung gefordert. An diesen Leitlinien solle sich auch die Vergütung orientieren. Ein zu schaffendes „**Zentrum für Qualität in der Medizin**“ solle entsprechende Prüfungs- und Entscheidungskompetenzen bekommen und auf dem bisherigen Koordinierungsausschuss aufbauen.¹⁰⁹ Dieser Ausschuss hat sich im September 2001 gemäß § 137 e SGB V konstituiert und wird

¹⁰⁵ Vgl. Gütesiegel für Kuren in Bayern, in: Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 48, 3.12.1999, A-3119.

¹⁰⁶ Vgl. Qualen mit der Qualität, in: Heilbad und Kurort, Heft 12, 53. Jahrgang 2001, S. 291.

¹⁰⁷ Vgl. Meinungen zur Qualitätssicherung und Zertifizierung von Kurorten, in: Heilbad und Kurort, Heft 9, 52. Jahrgang 2000, S. 198-201 sowie Hans Eckert: Qualitätsmanagement in Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland – Eine stratifizierte repräsentative Studie zum Stand der Umsetzung, in: Rehabilitation 2001, Heft 40, S. 337-345.

¹⁰⁸ <http://www.ral.de/RALg72.htm#Anchor-363>.

¹⁰⁹ Vgl. Bilanz nach einem Jahr: Optimale Versorgung auf der Basis des Solidarsystems, Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit v. 22.1.2002, abrufbar unter: <http://www.bmggesundheit.de/presse/2002/2002/8.htm>.

vom ehemaligen Staatssekretär im Arbeitsministerium, dem Juristen **Karl Jung**, geleitet. Er fungiert als neues Steuerungsinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung und wird von den Krankenkassen als wichtiges Instrument zur Erhöhung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung betrachtet. Seine 21 Mitglieder aus den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen sollen sicherstellen, dass die Qualität der ambulanten und der stationären Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet ist. Erste Ergebnisse stehen noch aus.¹¹⁰

4. Inanspruchnahme von Leistungen im europäischen Ausland

Die Vollendung des EU-Binnenmarktes, d.h. der freie Personen-, Waren-, Dienstleistungs- und Kapitalverkehr in der Europäischen Union, birgt auch tendenziell eine faktische Entgrenzung der Sozial- und Gesundheitssysteme in sich. Ob der Europäische Gerichtshof (EuGH) zukünftig eine territoriale Begrenzung der Sachleistungsansprüche deutscher Versicherter grundsätzlich verbietet, bleibt abzuwarten. Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen könnten dann zum Beispiel Kuren auch im Ausland in Anspruch nehmen. Durch drei Urteile aus dem Jahre 1998 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) bereits klargestellt, dass Beschränkungen der Warenverkehrs- bzw. Dienstleistungsfreiheit im Bereich der sozialen Sicherheit nur unter bestimmten Voraussetzungen gerechtfertigt werden können.¹¹¹ Diese Urteile eröffnen Möglichkeiten und Zwang zu marktwirtschaftlich und wettbewerblich geprägten Versorgungs- und Vergütungsstrukturen über Grenzen hinweg.

Die Thematik der stationären Versorgung in Form der medizinischen Rehabilitation und der Krankenhausbehandlung stand beim EuGH bisher noch nicht zur Entscheidung an. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch in diesen Fällen dem freien Dienstleistungsverkehr Vorrang vor nationalen Rechtsvorschriften eingeräumt werden dürfte, solange das finanzielle Gleichgewicht der Sozialversicherung sowie der Umfang und das Versorgungsniveau des nationalen Systems nicht erheblich gefährdet sind.

Im neunten Sozialgesetzbuch ist dem bereits Rechnung getragen. In § 18 heißt es: „Sachleistungen können auch im Ausland erbracht werden, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können. Leistungen für Teilhabe am Arbeitsleben können auch im grenznahen Ausland ausgeführt werden, wenn sie für die Aufnahme oder Ausübung einer Beschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit notwendig sind.“

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen fordert dagegen infolge des Kohl/Decker-Urteils, die Steuerungsfähigkeit zu erhalten.

¹¹⁰ Vgl. ausführlich: Manfred Zipperer/Bettina am Orde: Der Koordinierungsausschuss. Genese, Anspruch und Perspektive. Publikation der IKK v. Juni 2001, abrufbar unter: http://www.ikk.de/ikk/generator/IKK/Downloads/Die_20IKK/Politik_20und_20Positionen/Zipperer__amOrde__Koordinierungsausschuss.pdf.

¹¹¹ Decker ./.. Caisse de maladie des employés privés, Urteil des EuGH v. 28.4.1998, RS C-120/95 sowie KOHL ./..Union des caisses de maladie, Urteil des EuGH v. 28.4.1998, RS C-158/96 sowie Molenaar ./.. AOK Baden-Württemberg, Urteil des EuGH v. 5.3.1998, RS C-160/96, abrufbar unter: <http://www.curia.eu.int/de/jurisp/index.htm>.

Würden die Steuerungsinstrumente wie Budgets, Zulassungsbegrenzungen sowie die Vorschriften zur Qualitätssicherung in Frage gestellt, könnte es zu einer unkontrollierten Leistungserbringung im Ausland kommen und neue Möglichkeiten geschaffen werden, die nationalen Steuerungsinstrumente zu umgehen. Die Arbeitsgemeinschaft gesteht zwar zu, dass die Chancen für die Versicherten genutzt werden müssten, gleichzeitig solle aber nur eine kontrollierte grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines national definierten Leistungskataloges ermöglicht werden.¹¹²

Nach der Rechtsprechung des EuGH sind medizinische Reha-Maßnahmen beispielsweise auch in Süd- und Osteuropa bei gleicher Qualität möglich, was auf Grund der dortigen geringeren Kostenstruktur zu Lasten der deutschen Heilbäder vor allem im grenznahen Raum gehen könnte. Die **Bundesregierung** sieht, auch wenn sich der Wettbewerb nach der EU-Osterweiterung verschärfen würde, derzeit allerdings „angesichts der hohen Qualität der deutschen Rehabilitationsträger keine Gefahr, dass die deutschen Sozialversicherungsträger Rehabilitations-Maßnahmen in nennenswertem Umfang im EU-Ausland finanzieren müssen.“¹¹³ Im Gegenteil: Gerade auch bei ausländischen Gästen werden die deutschen Kurorte immer beliebter. Mit fast 209.000 Übernachtungen ausländischer Gäste verzeichneten die Kliniken im Vorjahr ein Plus von mehr als 45 % im Vergleich zu 1999. Bei einer Marktanalyse der Deutschen Zentrale für Tourismus e.V. (DTZ) in den Auslandsmärkten hoben die Veranstalter die geringe Entfernung zu den europäischen Quellmärkten, die gute Infrastruktur und das gute Leistungsspektrum der deutschen Angebote hervor.¹¹⁴ „Klagen“ über Wettbewerbsnachteile sind der Bundesregierung daher nicht bekannt. Allerdings sei die Festlegung einheitlicher Merkmale unerlässlich, um beurteilen zu können, was unter „gleicher Qualität“ zu verstehen ist. Grundsätzlich stehe man Überlegungen, Kompetenzen für Krankenkassen und ihre Verbände zu schaffen sowie mit ausländischen Leistungserbringern Verträge über die Leistungserbringung für deutsche Versicherte im EU-Ausland abzuschließen, aber aufgeschlossen gegenüber.¹¹⁵

Die **BfA** begrüßt es, dass grenzüberschreitende Rehabilitations-Leistungen erbracht werden können. Allerdings gibt sie zu bedenken, dass zu einer erfolgreichen Rehabilitation auch die Einbeziehung des sozialen und beruflichen Kontextes und damit die Vernetzung mit anderen wohnortnahen Leistungsangeboten gehört. „Die Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung ist daher kein beliebig europaweit handelbares Produkt,“¹¹⁶ so der Fachbereichsleiter Rehabilitation der BfA, **Christoph Skipka**.

¹¹² Vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Strategischer Umgang der GKV mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen. Herausforderung Europa annehmen und gestalten, Positionspapier v. August 2000, abrufbar unter: http://www.vdak.de/download/positionspapier_1110.pdf.

¹¹³ Vgl. Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit Gudrun Schaich-Walch auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann-Pohl betr. Politik der Bundesregierung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (Drs. 14/6080), Antwort v. 31.5.2001, Drs. 14/6236, abrufbar unter: <http://dip.bundestag.de>, S. 2.

¹¹⁴ Vgl. DZT analysiert den Markt für Heilbäder und Kurorte, abrufbar unter: http://www.deutschland-tourismus.de/d/3161_9474.html.

¹¹⁵ Vgl. Bundestagsdrucksache 14/5700: Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage des Abgeordneten Ulf Fink, Horst Seehofer, Wolfgang Lohmann u.a. Drucksache 14/3887, S. 49, abrufbar unter: <http://www.dip.bundestag.de>.

¹¹⁶ Vgl. Christoph Skipka: Die Zukunft der Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung, Vortrag auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen, S. 6.

Franz Terwey, Direktor der **Europavertretung der deutschen Sozialversicherung** in Brüssel, weist darauf hin, dass im europäischen Ausland generell vollständig andere Rehabilitationsstrukturen bestünden als in Deutschland. So werde der medizinischen Reha nicht der gleiche Stellenwert zugemessen – und zwar sowohl von Systemseite als auch von Seiten der Bevölkerung und der Politik. Zudem unterschieden sich Inhalt, Umfang und Qualität. Darüber hinaus würden Reha-Leistungen überwiegend ambulant erbracht oder durch spezielle Abteilungen von Akutkrankenhäusern. Diese befinden sich vorwiegend in Ballungszentren und Großstädten.¹¹⁷

Gleichzeitig warnte **Bernard Braun**, Gesundheitsforscher am **Zentrum für Sozialpolitik** der Universität Bremen, davor, die europäische Angleichung zu überschätzen. So hätten beispielsweise nur wenige AOK-Versicherte in der Euregio Rhein/Waal 1999 die Möglichkeit genutzt, in der niederländischen Uniklinik Nijmegen Leistungen in Anspruch zu nehmen. Vor allem die Sprachhürde und wenige dorthin überweisende Ärzte seien die Ursachen hierfür. Ein ähnliches Bild ergebe sich aus einer Umfrage unter Mitgliedern der Techniker Krankenkasse. So habe der Anteil der medizinischen Leistungen im Ausland im Jahr 1999 nur 50 Millionen DM betragen – 0,38 % der Gesamtausgaben. Der Trend deute weiterhin nach unten.¹¹⁸

Anders ist die Situation für Privat-Zahler mit Blick auf Polen. Dort werden immer häufiger Kuren in Anspruch genommen: der Eigenanteil, den Patienten in Deutschland für eine klinische Kur aufbringen müssen, übersteigt gewöhnlich den Betrag, den sie etwa in Polen für einen kompletten Kuraufenthalt bezahlen müssen. Reiseveranstalter, die sich auf Kuraufenthalte spezialisiert haben, sprechen von einer Verdoppelung der Buchungszahlen für Polen im Jahr 2000 im Vergleich zu 1999. Für Selbstzahler kosten drei Wochen Medizinische Kur in Deutschland ab 2500 DM, in Tschechien müssen sie dafür 945 DM, in Polen 750 DM aufbringen.¹¹⁹ Die Liberalisierung des europäischen Gesundheitsmarktes könnte sich somit nachteilig auf die deutschen Heilbäder auswirken. Eine Wettbewerbsverzerrung, gerade in Hinblick auf geringfügige Beschäftigungsverhältnisse oder Trinkgeldbesteuerung, findet nach Angaben der Bundesregierung jedoch nicht statt.¹²⁰ **Hans Stein**, Referatsleiter für Europäische Gesundheitspolitik im Bundesgesundheitsministerium, ist der Meinung, dass weder das Sachleistungsprinzip noch die Selbstverwaltung durch den europäischen Einigungsprozess in Frage gestellt würden. Die Rechtsprechung des EuGH werde allenfalls auf die Grenzregionen Einfluss haben.

¹¹⁷ Vgl. Franz Terwey: Europaweiter Wettbewerb im Gesundheitssektor: Was heißt das eigentlich für Prävention und Reha?, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 24./25.11.2000 in Bad Sassendorf.

¹¹⁸ Vgl. Jörg Hons: Der Euro kommt und die Patienten werden bleiben, in: Ärzte Zeitung v. 27.11.2001, vgl. ausführlich zur Studie der TTK: Medizinische Leistungen im Ausland, Bericht der Deutschen Krankenhausgesellschaft, abrufbar unter: http://www.dkgev.de/1_pol/pol_139.htm.

¹¹⁹ Vgl. Gesundheitstourismus: Alles top hier, in: Der Spiegel 28/2001, S. 42ff.

¹²⁰ Vgl. Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit Gudrun Schaich-Walch auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann-Pohl betr. Politik der Bundesregierung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (Drs. 14/6080), Antwort v. 31.5.2001, Drs. 14/6236, abrufbar unter <http://dip.bundestag.de>, S. 4ff.

5. Einführung von diagnosen-bezogenen Kostengruppen (DRG) im Krankenhausbereich und die Folgen für die Rehabilitation

Primär für den Versorgungsbereich in Akut-Kliniken entwickelt, dann über Anschluss-Heilbehandlungen und schließlich über Aufenthalte in Rehabilitationskliniken (in und außerhalb von Heilbädern und Kurorten) auch im Reha-Bereich bedeutsam, soll mit dem von der Bundesregierung eingeführten Fallpauschalengesetz (FPG) die Krankenhausfinanzierung in Deutschland eine grundsätzlich neue Basis erhalten. Am 1. März 2002 stimmte der Bundesrat dem Gesetz zu.¹²¹

Die Umstrukturierung soll zu einem Paradigmawechsel führen. Bei dem bisherigen Abrechnungssystem erhielten die Krankenhäuser bei der überwiegenden Zahl ihrer Leistungen einen festgelegten Tagespflegesatz. Die Vergütung war also vorwiegend abhängig von der Liegedauer der Patienten. Nun soll jede konkrete Leistung des Krankenhauses von den Kassen mit einem festen Preis vergütet werden. Dazu sollen die individuellen Diagnosen zu verwandten Fallgruppen (so genannte „diagnosis related groups“ – DRG) zusammengefasst werden, für die Festpreise vorgeschrieben werden.

Aus bisher rund 55.000 Diagnosen und Prozeduren soll nach Vorstellung des Gesundheitsministeriums ein „überschaubarer Katalog von 600 bis maximal 800 Fallgruppen“ gebildet werden, bei denen die Krankenhäuser einen vergleichbaren ökonomischen Aufwand leisten müssen. Im Einzelfall sollen zusätzlich auch Alter, Geschlecht und Entlassungsstatus bei der Kategorisierung als Merkmale herangezogen werden. Bereits im bisher verwendeten Abrechnungssystem im Krankenhaus gibt es für rund 20 % der behandelten Erkrankungen Fallpauschalen. Vorbild für Deutschland ist das australische AR-DRG, von dem die Bundesregierung die Grundstruktur und Daten des DRG-Systems erwarb.¹²² Dieses pauschale Entgeltsystem nach § 17b Krankenhausgesetz (KHG) kann ab dem 1. Januar 2003 auf freiwilliger Basis eingeführt werden, ein Jahr später wird es für alle Krankenhäuser verpflichtend. Die Höhe der Fallpauschalen soll von den einzelnen Bundesländern festgesetzt werden, ab 2007 werden bundesweit einheitliche Fallpauschalen angestrebt, mindestens bis 2004 soll die Umstellung der Krankenhausfinanzierung budgetneutral durchgeführt werden.¹²³

Das **Bundesgesundheitsministerium** erwartet von dem Fallpauschalengesetz eine leistungsgerechtere Vergütung, kürzere Krankenhausaufenthalte der Patienten und eine bessere Nutzung vorhandener Leistungsreserven, durch die die Kosten im Krankenhausbereich – und damit auch die Beitragssätze der Versicherten – stabilisiert werden können. Kritiker sprechen dagegen von einer erlös- und nicht bedarfsorientierten Vorgehensweise nach dem Motto „Quicker but sicker“, bei der Zuwendung, Betreuung und Pflege in den Hintergrund treten.¹²⁴ Die Mehrzahl der Kranken-

¹²¹ Vgl. Drucksache 14/7824, abrufbar unter <http://dip.bundestag.de>.

¹²² Vgl. Rainer Vollmer: „Fallpauschalen führen in eine ungewisse Zukunft“, in: Ärzte-Zeitung v. 20.9.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/09/20/168a0601.asp>.

¹²³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Leistungsgerechte Vergütung durch diagnoseorientierte Fallpauschalen verbesserte Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung v. 29.8.2001, S. 6.

¹²⁴ Vgl. hierzu zum Beispiel Walter Gallmeier: Die Krankenhausmedizin wird schlechter, in: Süddeutsche Zeitung v. 13.12.2001, S. 11.

häuser begrüßt die Pläne der Regierung, die Krankenkassen lehnen das Modell dagegen aus Angst vor Mehrausgaben von bis zu fünf Milliarden DM ab.

Das Bundesministerium für Gesundheit rechnet mit einer deutlichen Effizienzsteigerung bei der akuten Versorgung der Krankenhauspatienten, dem bisher größten Ausgabenblock der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das DRG-System soll vor allem die Verweildauer in den Krankenhäusern verringern. Diese ist in Deutschland zwar bereits rückläufig, aber mit 9,9 Tagen (1999) im internationalen Vergleich noch überdurchschnittlich hoch. Das Ministerium rechnet mit Belegungsrückgängen von 20 bis 30 % in allen Abteilungen und auch krankenhausübergreifend mit einem „bedarfsgerechteren und effizienteren Ressourceneinsatz.“¹²⁵ Die Überlegung des Ministeriums: Bisher kam ein Patient auf Grund seiner Erkrankung in eine Fachabteilung. Diese belegte mit dem Patienten ein Bett und hatte bei der derzeitigen Vergütungssystematik wenig Interesse, den Patienten in eine andere Abteilung zu verlegen. Mit dem neuen DRG-System soll ein Patient als Patient der gesamten Klinik betrachtet werden, der möglichst bald wieder gesund entlassen werden solle.¹²⁶ Über die Fallpauschalen soll die integrierte Versorgung über einzelne Fachabteilungen der Krankenhäuser hinweg gestärkt werden und eine bessere Zusammenarbeit mit nachgelagerten medizinischen Versorgungsbereichen erreicht werden. Erfahrungen aus anderen Ländern, den USA, Australien und Frankreich, bestätigen dies. Untersuchungen haben gezeigt, dass dabei die Einsparungen im stationären Bereich größer waren als die daraus folgenden Mehrausgaben im ambulanten Bereich.¹²⁷ Allerdings stieg auch die Anzahl der Patienten, die zu früh entlassen wurden, von 10 auf 15 %. Dies hat bereits zu einer Verschiebung der Ausgabenrelationen geführt, die nicht wieder der Rehabilitation zugeschrieben werden dürfen¹²⁸.

Daher äußerte auch der Präsident des Bundesärzteskongresses Prof. **Jörg-Dietrich Hoppe** auf dem 97. Deutschen Bädertag die Befürchtung, dass es infolge der Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen zu verfrühten Einweisungen der Patienten in die kurörtlichen AHB oder die Rehabilitationskliniken kommt.¹²⁹ Prof. **Karl W. Lauterbach** vom Institut für Gesundheitsökonomie der Universität Köln warnte davor, dass Krankenhäuser angesichts des neuen Systems vor allem „Entscheidungen zu Lasten Dritter treffen“¹³⁰ könnten. Das Modell verlagere nach ihrer Meinung nur den Kostendruck und das medizinische Risiko auf die Rehabilitationseinrichtungen, die zudem verstärkt vom stationären Krankenhaussektor abhängig würden. **Die Rehabilitation müsse sich auf ein erheblich geändertes Patientenspektrum einstellen, das andere Qualifikationen erfordere und das Berufsbild durchgreifend verändern werde.**¹³¹ Auch die **BfA** geht bei der Einführung des DRG-Systems von einer Um-

¹²⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Leistungsgerechte Vergütung durch diagnoseorientierte Fallpauschalen verbesserte Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung, S. 3.

¹²⁶ Ausschuss-Arbeitsgruppe der SPD-Fraktion: Das neue Fallpauschalengesetz (FPG), Dezember 2001.

¹²⁷ Vgl. Karl W. Lauterbach: Diagnosis Related Groups (DRG) und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation, Vortrag gehalten auf der Bädertagkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen, S. 4.

¹²⁸ Stoyke, Burkhard: Polarisierung von AHB gegen Reha gegen ambulante Kuren beschleunigt sich, in: Heilbad und Kurort, Heft 10, 52. Jahrgang 2000, S. 240-243

¹²⁹ Vgl. Hoppe will Aufwertung von Prävention und Reha, in: Ärzte Zeitung v. 3.5.2001, abrufbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/05/03/081a0602.asp>.

¹³⁰ Vgl. Lauterbach: Diagnosis Related Groups (DRG) und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation, S. 10.

¹³¹ Vgl. ebd., S. 6ff.

wandlung von Krankenhaus-Kapazitäten in Reha-Kapazitäten und einem starken Anstieg der Fallzahlen im Bereich der Anschlussheilbehandlungen (AHB) aus.¹³² Man werde darauf achten, nicht die Kostenträgerschaft für Fälle zugeschoben zu bekommen, die nicht in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallen.¹³³ Heftige Kritik kam einige Tage vor der Abstimmung über das Gesetz im Bundesrat am 1. Februar 2002 von der **Deutschen Krankenhausgesellschaft**. Der vorliegende Gesetzentwurf stimme nicht mit der politischen Absichtserklärung der Bundesregierung über eine leistungsgerechte Vergütung im Krankenhausbereich überein. Den Bundesländern könne daher nur geraten werden, das Gesetz abzulehnen.¹³⁴ Der Bundesrat verweigerte dem Fallpauschalen-Gesetz am 1. Februar 2002 seine Zustimmung. Das Bundesland **Bayern** hatte bereits im Vorfeld verkündet, dem Gesetz im Bundesrat nicht zustimmen zu wollen, da ein Vergütungssystem eingeführt werden solle, ohne sich Gedanken über die Auswirkungen auf die vor- und nachstationäre Versorgungsstruktur gemacht zu haben. Das Fall-Pauschalen-Gesetz berge die Gefahr, dass Patienten zu früh entlassen würden, aber weiterhin medizinische Betreuung benötigen.¹³⁵ Auch Brandenburg und Bremen haben dem Gesetz nicht zugestimmt. Der **Marburger Bund** begrüßte die Entscheidung des Bundesrates. Die Ablehnung sei die Quittung für ein Gesetz, das mit „heißer Nadel“ im Gesundheitsministerium gestrickt worden sei. Schon lange habe man kritisiert, dass es „dilettantisch vorbereitet und mit ungenügendem Sachverstand durch das Gesetzgebungsverfahren gepeitscht werden sollte“, so der Vorsitzende Dr. **Frank Montgomery**.¹³⁶

Das **Bundesministerium für Gesundheit** bezeichnet die „Quicker-but-sicker“-Kritik dagegen als „unverantwortliche Panikmache.“¹³⁷ Das Ministerium rechnet nicht mit einer Verlagerung der Kosten in den Rehabilitationsbereich: Der medizinische Standard werde „nicht ausgehebelt“, medizinisch verfrühte Entlassungen könnten „grundsätzlich vermieden werden“, da der Gesetzentwurf wirksame Instrumente gegen eine solche Leistungsverchiebung beinhalte. Dazu zählt die Einführung von Qualitätssicherungsverpflichtungen und eine verbesserte Transparenz der Krankenhausleistungen. Das Ministerium und viele Fachleute erwarten dagegen eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser. Medizinische Kompetenzzentren, die sich auf die umfassende Behandlung bestimmter Krankheiten konzentrieren, würden sich herausbilden, so die Hoffnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Doch auch hier regt sich Widerstand. Gegen die aus der Industrie abgeleitete Vermutung, Kosten könnten durch wiederholte Herstellung des gleichen Produkts gesenkt werden, spreche, „dass Spezialisierung die Absprache mit den Krankenkassen über Mehrmengen erfordert. Inwieweit dies ohne Preisabschläge durchzusetzen sind, ist noch offen, so **Karl Lauterbach** vom Institut für Gesundheitsökonomie.¹³⁸

¹³² Auch im Jahr 2000 sind die AHB nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erneut gestiegen, und zwar um 7 %.

¹³³ Vgl. Christoph Skipka: Die Zukunft der Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung, Vortrag auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen, S. 2.
¹³⁴ Vgl. DKG-Kritik an Fallpauschalengesetz im Vorfeld der Bundesratssitzung, Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft v. 29.1.2002, abrufbar unter: http://www.dkgev.de/1_news/news_2002-01-29.htm.

¹³⁵ Vgl. Sozialministerin Stewens: Bayern wird dem Fallpauschalengesetz im Bundesrat seine Zustimmung verweigern, Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen v. 29.1.2002.

¹³⁶ Krankenhaus-Fallpauschalen auf Eis gelegt, in: Deutsches Ärzteblatt Online v. 01.02.2002.

¹³⁷ Bundesministerium für Gesundheit: Leistungsgerechte Vergütung, S. 4.

¹³⁸ Lauterbach, Diagnosis Related Groups (DRG) und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation, S. 4.

Die **CDU/CSU-Fraktion** unterstützt das Fallpauschalen-Konzept der Regierung nur, solange es sich dabei um individuelle, vertragliche Lösungen handelt, da diese den Wettbewerb erhöhen. Aus flexiblen Angeboten lassen sich Vergütungssysteme entwickeln, die den Leistungserbringern kalkulierbare Einnahmen gewährleisten und damit auch Anreize für Qualität, Wirtschaftlichkeit und Innovation darstellen.¹³⁹ Die CDU/CSU-Fraktion favorisierte bei der Debatte um Verabschiedung des Gesetzes im Bundestag am 13. Dezember 2001 eine schrittweise Erweiterung der Fallpauschalen, nicht aber die komplette Umstrukturierung des neuen Entgeldsystems in einem zu knappen Zeitraum.¹⁴⁰

Krankenkassen und Verbände befürchten zudem, dass durch die Festbeträge des DRG-Systems innovative Behandlungsmethoden und -techniken erstickt werden könnten. Außerdem erwarten die Krankenkassen „eine Art Schädigungswettbewerb“¹⁴¹, wenn die einzelnen Bundesländer bei der Preisfestsetzung auf Kosten der Beitragszahler und der Nachbarländer überhöhte Zuschläge festlegen.

Das **Bundesministerium** will dagegen für innovative Untersuchungsformen eine explizite Ausnahmeregelung im Gesetzentwurf verankern. Diese Leistungen dürften in einem begrenzten Zeitraum bis zur abschließenden wissenschaftlichen Bewertung von den Krankenkassen finanziert werden. Auch die Kritik der „Diskriminierung“ für behandlungsaufwändige Patienten weist die Behörde zurück. Das Gesetz enthalte für die Erkrankungen, die „aufgrund heterogener Kostenentwicklung oder niedriger Fallzahl nicht in das DRG-System eingepasst werden könnten, eine Öffnungsklausel.“

Parallel zu den Fallpauschalen könnten ähnliche Fallpauschal-Systeme für die medizinische Rehabilitation („Reha-DRG“) entstehen. Der **Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e. V.** rechnet mit einer derartigen Entwicklung, da die Politik „mit Sicherheit“ vermeiden wolle, dass Kostenverlagerungen vom Akut- in den Reha-Bereich stattfinden.¹⁴² Die **GKV** erachtet solche Systeme auf DRG-Basis auf Grund ihrer Systematik und Ausgestaltung als ungeeignet für die medizinische Rehabilitation. International existiert noch kein funktionierendes System für den Rehabereich. Der **Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (VdAK/AEV)** äußert in diesem Zusammenhang jedoch die Ansicht, dass eine grundsätzliche Anbindung der Rehabilitation an das Krankenhaus, die mit der Gesundheitsreform 2000 intendierte klare Abgrenzung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation erschwert.

Der **Deutsche Heilbäder-Verband** sieht die Qualität der Rehabilitationsmedizin gefährdet, weil die Fallzahlen in Krankenhäusern – besonders in ländlichen Räumen – zu gering sein dürften, um damit das dortige ärztliche und therapeutische Personal mit dem notwendigen speziellen Know-how halten zu können,

¹³⁹ Vgl. Eckpunkte für eine sozial-gerechtere Gesundheitsreform, gegen die Mehr-Klassen—Medizin der rot-grünen Koalition, Eckpunkte der CSU-Landesgruppe v. März 2000, abrufbar unter: <http://195.254.74.213/docs/politik/familie-soziales/gesundheit.htm>.

¹⁴⁰ Vgl. Plenarprotokoll 14.12.2001, Drucksache 14/209, abrufbar unter <http://dip.bundestag.de>.

¹⁴¹ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Spitzenverbände der Krankenkassen fordern Sofortmaßnahmen zu Stabilisierung der GKV, 11.12.2001 abrufbar unter: <http://www.vdak-aev.de/pe/spik/presseallg124.htm>.

¹⁴² Wolfram L. Boschke: Perspektiven der Rehabilitation unter veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen, S. 4.

Nach einer Anrufung des Vermittlungsausschusses kam es am 1. März 2002 doch noch zu einer Zustimmung des Bundesrates zum Fallpauschalengesetz. Im Zuge des Vermittlungsverfahrens wurden Änderungen beschlossen, die verhindern sollen, dass Krankenhäuser in ländlichen Regionen schließen müssen. Insbesondere wurden Regeln gelockert, wonach Kliniken eine Mindestzahl an Operationen vorweisen müssen, damit diese vergütet werden.

6. Zukunft spezieller Kuren: Mutter-Kind-Kur, Badekur und Kompaktkur

6.1 Mutter-Kind-Kur

Im fünften Sozialgesetzbuch sind spezielle Rechtsansprüche auf bedarfsgerechte Vorsorgekuren durch die Krankenkassen geregelt. In Bezug auf die Mutter-Kind-Kuren gibt es zum einen die medizinische Vorsorge nach § 24 sowie die medizinische Rehabilitation nach § 41. Beide Kurformen können in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Bezüglich Kurintervall, Regeldauer und Zuzahlung gelten weitgehend dieselben Regelungen wie bei sonstigen medizinischen Vorsorge- und Reha-Maßnahmen; es ist allerdings keine vorgängige hausärztliche Kurempfehlung nötig.

Im Jahr 2000 haben rund 57.000 Frauen mit 66.000 Kindern an einer Mutter-Kind-Kur des Müttergenesungswerkes teilgenommen, davon waren 30 % allein erziehend, die meisten Frauen waren zwischen 30 und 39 Jahre alt.

Müttergenesungskuren sind eine Regelleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es bleibt den Kassen jedoch selbst überlassen, ob sie diese Kuren voll oder nur zum Teil finanzieren. Gegenwärtig übernehmen 80 % der Kassen die vollen und 20 % anteilig die Kosten. Vor allem die Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die meisten Ersatzkassen verlangen inzwischen hohe Eigenbeteiligungen, so das **Deutsche Müttergenesungswerk**. In Zeiten knapper finanzieller Ressourcen rechneten die Krankenkassen offenbar hier mit dem geringsten Widerstand gegen die Kürzung von Leistungen, die nicht zu ihren Pflichtaufgaben gehören. Forderungen nach einer Vollfinanzierung will die Bundesregierung allerdings nicht nachkommen. Die Kosten für die Mutter-Kind-Kuren seien in den letzten Jahren stark angestiegen. Allein in den alten Bundesländern hätten sich die Ausgaben von 1991 bis 1998 mehr als vervierfacht, im Jahr 2000 lagen sie im gesamten Bundesgebiet bei rund 800 Millionen DM. Dieser Nachfrageschub sei „nicht mehr allein medizinisch begründbar“, so das **Bundesministerium für Gesundheit**. Außerdem sei eine Vollfinanzierung systemwidrig, da vergleichbare Leistungen, wie etwa die ambulanten Reha-Maßnahmen, auch nicht voll finanziert würden.¹⁴³ An der Beibehaltung als Regelleistung will Gesundheitsministerin **Ulla Schmidt (SPD)** jedoch festhalten. Würde die Mutter-Kind-Kur herausgenommen, müssten sich Mütter zusätzlich versichern, was sich gerade allein Erziehende oder sozial schwache Mütter nicht leisten könnten, die eine solche Kur aber als Erholung oder Prävention tatsächlich brauchten.¹⁴⁴ Am 16. Mai brachte die Regierungskoalition deshalb einen Gesetzentwurf ein, der die Vor-

¹⁴³ Vgl. die Frage der Abgeordneten Marlene Rupprecht an das Bundesgesundheitsministerium und die Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Christa Nickels v. 26.5.2000, Drs. 14/3577, abrufbar unter <http://dip.bundestag.de>

¹⁴⁴ Vgl. Krankheit ist nicht zu kalkulieren. Interview mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in der Berliner Morgenpost v. 3.6.2001.

sorge und Rehabilitation für Mütter verbessern sollte. Auf eine Kleine Anfrage der PDS hin versicherte die Bundesregierung, dass Krankenkassen künftig Mutter-Kind-Kuren als gesetzliche Regelleistung voll finanzieren sollen.¹⁴⁵

Die Haltung der **Union** bei diesem Thema ist hingegen geteilt. Nach Plänen der CDU/CSU-Bundestagsfraktion vom Mai 2001 sollen die Mutter-Kind-Kuren nicht mehr als Regelleistung von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Grund sei deren schlechte Finanzlage. Um die Kernleistungen sicherzustellen, müssten sie auf ein Minimum begrenzt werden. Der „Wohlfühlfaktor“, so der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion **Wolfgang Lohmann**, dürfe kein Grund mehr sein, die Solidargemeinschaft in Anspruch zu nehmen. Stattdessen müsse es eine größere finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten geben.¹⁴⁶

Sein CSU-Kollege **Horst Seehofer** will die Mutter-Kind-Kur dagegen als Regelleistung der Krankenkassen behalten. Eine Streichung würde allen Bemühungen, die Familien zu stärken und deren Nachteile auszugleichen, zuwiderlaufen. Außerdem machten die Mutter-Kind-Kuren nur einen Anteil von 0,2 % der Ausgaben aus. So wie die medizinische Rehabilitation für berufstätige Männer zu Recht nicht zur Debatte stehe, dürften auch medizinische Leistungen speziell für Mütter und Kinder nicht aus Kostengründen aufgegeben werden.¹⁴⁷ In die gleiche Richtung argumentiert **Petra Heistermann**, Gesundheitsreferentin bei der **Arbeiterwohlfahrt**. Im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation bei berufstätigen Männern, für die eine volle Kostenübernahme vorgeschrieben sei, könnten die Krankenkasse die Kostenregelung für die Mutter-Kind-Kuren fast beliebig frei gestalten. Dementsprechend würden die Kassen den gesetzlichen Spielraum auch nutzen, um ihre Kosten für frauenspezifische Leistungen zu senken. So lehnen die Krankenkassen nach Angaben des Deutschen Roten Kreuzes inzwischen jeden zweiten bis dritten Antrag ab.¹⁴⁸

Mitte 2002 musste der Bundestag über die Frage, ob Mutter-Kind-Kuren Regelleistungen bleiben sollen, entscheiden. Einstimmig wurde am 28. Juni 2002 beschlossen, dass die **gesetzlichen Krankenkassen Mutter-Kind-Kuren voll finanzieren** müssen.¹⁴⁹ Damit gehört die Praxis, nach der Krankenkassen die Höhe ihrer Zahlung in Form einer Anteilszahlung selbst bestimmen konnten, der Vergangenheit an. Bei Antragstellungen ab dem 1. August 2002 müssen alle gesetzlichen Krankenkassen die Mutter-Kind-Kur voll finanzieren. Der gesetzliche Eigenanteil für Mutter-Kind-Kuren beträgt - auch nach der Gesetzesänderung - 9 € pro Tag. Befreiungen von dieser Pauschale sind möglich. Urlaubstage dürfen den Kurteilnehmern nicht abgezogen werden.¹⁵⁰ Mit diesem Gesetz ist auch die Vater-Kind-Kur gesetzlich verankert.

¹⁴⁵ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Uwe Hixsch, Dr. Ruth Fuchs, Gerhard Jüttemann, Karsten Naumann und der Fraktion der PDS, in: Bundestags-Drucksache 14/9165, 27.05.2002, abrufbar unter: <http://dip.bundestag.de/btd/14/091/1409165.pdf>.

¹⁴⁶ Zitiert nach Christian Lipicki: Union will Zusatzversicherung für Mutter-Kind-Kuren einführen, in: Berliner Zeitung v. 21.5.2001.

¹⁴⁷ Vgl. Meldung der CSU-Landesleitung v. 30.5.2001: Seehofer: Mutter-Kind-Kuren müssen Leistung der Krankenversicherung bleiben, abrufbar unter: <http://www.politikerscreen.de/partei/artikel/csu/19481/index.html>.

¹⁴⁸ Vgl. DRK beklagt Haltung der Kassen bei Mutter-Kind-Kuren, abrufbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/09/10/160a0805.asp>.

¹⁴⁹ Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (11. SGB V-Änderungsantragsgesetz), in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil 1 Nr. 53, abrufbar unter: <http://217.160.60.235/BGBl/bgbl1f/bgbl102s2874.pdf>.

¹⁵⁰ Bundesurlaubsgesetz § 10, Absatz 1.3.

Verbände begrüßten das neue Gesetz. **Anne Hoffmann-Krupatz**, Fachreferentin für Mutter-Kind-Kuren im **Arbeiterwohlfahrt-Bundesverband**, freute sich: „Endlich wieder Sicherheit für Mutter-Kind-Kuren.“¹⁵¹ Der **Paritätische Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg** rief Mütter dazu auf, ab dem 1. August 2002 von der Möglichkeit einer Mutter-Kind-Kur Gebrauch zu machen.¹⁵²

Studien belegen, dass es kaum eine medizinische Vorsorge gibt, die eine so deutliche Verbesserung der Lebensqualität bringt wie Rehabilitations-Maßnahmen für Mütter. Laut **Jürgen Collatz** von der **Medizinischen Hochschule Hannover**, Leiter des Forschungsverbundes Prävention und Rehabilitation, leiden 10 bis 20 % der Mütter an schweren Erschöpfungszuständen. Die meisten Frauen nannten als Hauptbelastung den ständigen Einsatz für die Familie.¹⁵³ **Nach einer Kur nehmen die körperlichen Beschwerden ab, Arztbesuche und Medikamentenkonsum sind rückläufig und gleichzeitig steigt die Lebenszufriedenheit und Belastbarkeit der Frauen.** Während vor der Kur noch gut ein Drittel der Mütter ausgeprägte Beschwerdemuster zeigten, waren es ein halbes Jahr danach nur noch 19 %.¹⁵⁴ Den Kostenträgern aber fehle die „volkswirtschaftliche Weitsicht“, so die Kritik des Forschungsverbundes. Die Ausgaben der Kassen könnten jedoch bereits nach eineinhalb Jahren ausgeglichen werden.¹⁵⁵

Auch in der Wohnortfrage ließen sich klare Aussagen treffen. Bei ambulanten Anbietern kann teilweise sogar eine Verstärkung der Gesundheitsgefährdung beobachtet werden. Dies sei entweder durch die Somatisierung von Störungen bedingt, die einen sozialen oder psychischen Hintergrund haben oder die dadurch verbundene Behandlung mit Medikamenten.¹⁵⁶ **Demzufolge eigneten sich für Mutter-Kind-Kuren besonders gut wohnortferne Angebote**, bei psychosozialen Konfliktsituationen in der Familie oder der belastenden Pflege eines Angehörigen ist die Herausnahme aus dem Milieu eine wichtige Voraussetzung für den Heilungserfolg.

Auch ein Monitoring in rund 40 Mutter-Kind-Einrichtungen, durchgeführt vom **Müttergenesungswerk**, hat eine „hohe Effektivität“ der Reha-Maßnahmen nachgewiesen. 60 % der zunächst sehr kranken Mütter seien durch die Kur gesund geworden und es mittel- bis langfristig geblieben.¹⁵⁷ Eine weitere Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen hat 2216 Frauen befragt, die zusammen mit ihren gesundheitlich ebenfalls angeschlagenen Kindern von 1995 bis 1999 zum Kur-aufenthalt geschickt wurden. Nach vier Wochen Kur hätten insgesamt 36 % ihren Gesundheitszustand als „deutlich gebessert“ beurteilt. Immerhin 37 % gaben ein Jahr nach der Kur noch an, dass ihr gestärkter Gesundheitszustand angehalten habe.¹⁵⁸

6.2 Ambulante offene Badekur

¹⁵¹ http://www.awo.org/pub/awomag/2002-04/0402_16.html.

¹⁵² Vgl. <http://kur.org/presse/download/herbst.doc>.

¹⁵³ Vgl. hierzu zum Beispiel auch Jürgen Collatz: Mütterspezifische Belastungen – Gesundheitsstörungen – Krankheit. Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mutter- und Mutter-Kind-Kuren. Berlin 1998.

¹⁵⁴ Vgl. Birgit Will: Wenn Frauen am Ende sind, in: Süddeutsche Zeitung v. 17.4.2001, S. V2/18.

¹⁵⁵ Vgl. Qualität bei Mutter-Kind-Kur zahlt sich aus, in: Ärzte Zeitung v. 15.11.2001.

¹⁵⁶ Vgl. Nicht alle Mütter wissen um ihr Recht auf Rehabilitationsmaßnahmen, abrufbar unter: <http://www.mutter-kind.de/public/presse.cfm>.

¹⁵⁷ Vgl. Kuren für Mütter – oft nur gegen hohe Zuzahlung in: Ärzte Zeitung v. 7.12.2000.

¹⁵⁸ Vgl. Drei oder vier Wochen zur Kur? Mütter mit Kindern fühlen sich nach längerem Kuraufenthalt fitter, in: Ärzte Zeitung v. 23.4.2001.

Die ambulante offene Badekur wird auch „freie Badekur“ genannt und fällt in die Kategorie „ambulante Vorsorgeleistung an anerkannten Kurorten“ (§ 23, 2 SGB V). Sie gehört zu den Pflichtleistungen der Krankenkassen. Diese übernehmen die vollen Kosten für die ärztliche Behandlung und 85 % der Kurmittelkosten. Zu den übrigen Kosten wie Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe kann die Krankenkasse für Erwachsene einen pauschalen Zuschuss in Höhe von höchstens 13 € pro Kurtag gewähren. Diese Erhöhung von zuvor 8 € wurde am 5. Juli 2002 von allen Parteien im Bundestag - mit Ausnahme der FDP - beschlossen.¹⁵⁹ Am 1. August 2002 trat das entsprechende Gesetz in Kraft.¹⁶⁰ Auch die Regeldauer zwischen 2 Kuren beträgt wieder 3 statt zuvor 4 Jahre.

Waren 1999 im Vergleich zum Vorjahr die Ausgaben für offene Badekuren noch um 27 Millionen DM (12 %) gestiegen, so hatte es im Jahr 2000 im Vergleich zu 1999 einen Rückgang um 22 Millionen DM (8,7 %) gegeben. **Insgesamt handelt es sich dabei mit der offenen Badekur um die kostengünstigste Form des Kurbereichs: Sie machte mit etwa 200 Millionen DM nur 0,01 % der Gesamtkosten im Gesundheitswesen aus! Erwähnenswert ist die Tatsache, daß gerade bei dieser Kurform – aufgrund der hohen finanziellen Eigenleistungen und der eingebrachten Zeit – eine deutlich höhere Motivation festzustellen ist.**

Die Kurorte beklagen, dass die Vorteile der ambulanten Badekuren von den Kassen und Gesundheitspolitikern verkannt würden. Anschlussheilbehandlungen kosteten 8.000 DM, ein stationärer Aufenthalt schlage noch mit 6.500 DM zu Buche, eine ambulante Badekur koste die Kassen dagegen im Schnitt nur 900 DM.

Der **Bayerische Heilbäderverband e. V.** hat die Bundesregierung aufgefordert, sich für diese Kurform stärker einzusetzen, anstatt ihren prozentualen Rückgang hinzunehmen. Das Gesundheitsministerium lehnte dies jedoch ab. In diesem Leistungssegment seien derzeit Änderungen weder erforderlich noch beabsichtigt. Begründet wird dies von Staatssekretärin **Schaich-Walch** damit, dass im Jahr 2000 für alle anderen Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen¹⁶¹ mehr als 88 Millionen DM aufgewendet wurden.¹⁶² Zudem sei mit den bisherigen Maßnahmen der Bundesregierung im Bereich Rehabilitation eine Verbesserung der Situation in den Kurorten erreicht worden, wie die steigenden Gäste- und Übernachtungszahlen zeigten. Im Sommer 2001 regte Bundesgesundheitsministerin **Schmidt** nun allerdings öffentlich an, dass die Krankenkassen durch Zuschüsse zu den ambulanten Badekuren Anreize geben sollten, um die Menschen zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen zu motivieren. Dies ist inzwischen vom Gesetzgeber umgesetzt worden. Zur selben Zeit konnte in einer Sondervereinbarung zwischen den GKV, dem bayerischen Sozialministerium und dem Bayerischen Heilbäderverband erreicht werden, dass kurortspezi-

¹⁵⁹ Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen, in: Bundestags-Drucksache 14/9357, 11.06.2002, abrufbar unter: <http://dip.bundestag.de/btd/14/093/1409357.pdf>.

¹⁶⁰ Gesetz zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen, in: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 53, abrufbar unter: <http://217.160.60.235/BGBL/bgbl1f/bgbl102s2873.pdf>.

¹⁶¹ nur zum Teil für Kurpatienten

¹⁶² Vgl. Politik der Bundesregierung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage (Ds. 14/6080) der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann-Pohl, Klaus Holetschek, Wolfgang Lohmann, weiterer Abgeordneter und Fraktion der CDU/CSU, Drs. 14/6236, S. 7, abrufbar unter: <http://dip.bundestag.de>.

fische Leistungen im Rahmen der ambulanten Krankenbehandlung von den Krankenkassen bezahlt werden.

6.3 Kompaktkur

Die Kompaktkur bleibt ein Sorgenkind des Kur- und Reha-Wesens. Diese besondere Form der ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten und Heilbädern mit einer täglichen Therapiedichte wie in einer Kurklinik, darunter – und darum anders als in der vorher genannten klassischen ambulanten Kur – mit bewusst vielen Gruppentherapie-Formen, wurde erstmals verbindlich in die am 1. Juli 1995 in Kraft getretenen Kurarztverträge aufgenommen. Die Krankenkassen zahlen auch hier 100 % der Arztleistung, 85 % der Kurmittel- wie der Einzeltherapiekosten und in der Regel bis zu 13 € Zuschuss pro Tag für Unterkunft und Verpflegung. Die Behandlungen erfolgen im Vergleich zur herkömmlichen Kur mit einer höheren Therapiedichte, die derjenigen klinischer Heilverfahren nahe kommt.

Zur Zeit gibt es ca. 900 anerkannte Kompaktkur-Angebote für über 30 unterschiedliche Krankheitsbilder, organisiert in etwa 50 der deutschen Heilbäder und Kurorte. Ziel der Maßnahmen ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen die erlernten Verfahren Zuhause weiter anzuwenden. Dazu werden sieben bis maximal 15 Patienten mit vergleichbaren Krankheitsbildern zu einer festen Gruppe zusammengefasst. Neben den rein balneologischen und klimatologischen Anwendungen treibt man gemeinsam Sport, diskutiert Verhaltensmodifikationen ebenso wie Fragen gesunder Ernährung. Wie bei allen Kurformen beträgt die Dauer der Kur grundsätzlich 21 Tage, die Kurwochen werden teilweise auf den Urlaub angerechnet.

Laut einer Umfrage in Bad Füssing bezeichneten 85 % der Befragten ihre körperliche Beweglichkeit nach einer Kompaktkur als zufriedenstellend bis sehr gut, vor Behandlungsbeginn hatten erst 25 % der Patienten ihre Situation als zufriedenstellend eingeschätzt und nur 9 % mit gut bis sehr gut.¹⁶³

Im Jahr 2000 bewilligten die Krankenkassen rund 5.000 Kompaktkuren, das waren immerhin 20 % mehr als im Vorjahr.¹⁶⁴ Damit liegt die Kurform allerdings immer noch weit hinter den Erwartungen der Kassen so wie der Anbieter zurück. Insgesamt finden bisher nur unter 5 % der ambulanten Kuren als Kompaktkuren statt. Fanden sich an manchen Kurort dennoch Interessenten, standen oft nicht schnell und flexibel genug Termine zur Verfügung.¹⁶⁵

Auch hier hat die **Bundesregierung** nach eigenem Bekunden keine Pläne, finanzielle Anreize zu schaffen, um diese Kurform für Patienten kostengünstiger zu gestalten.¹⁶⁶ Dabei könnte nach Vorstellungen der **CDU/CSU-Bundestagsfraktion** die

¹⁶³ Vgl. Informationen der Kompaktkurzentrale zur Kompaktkur, abrufbar unter: <http://www.rehakliniken.de/seiten/kompakt.html>.

¹⁶⁴ Vgl. Kompakt-Kuren sind stärker gefragt v. 27.3.2001, abrufbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/03/27/057a0903.asp>.

¹⁶⁵ Vgl. Kompaktkur: Flaggsschiff in der Flaute, in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 14, 3.4.1998, A-838.

¹⁶⁶ Vgl. Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit Gudrun Schaich-Walch auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann Pohl betr. Politik der Bundesregierung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (Drs. 14/6080), Antwort v. 31.5.2001, Drs. 14/6236, abrufbar unter <http://dip.bundestag.de>, S. 8.

Kompaktkur als – für die Kostenträger - kostengünstige Alternative zu stationären Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen aufgebaut werden, wenn sie für die Patienten billiger würde.

Der **Deutsche Heilbäderverband** nennt als Grund für den geringen Erfolg der Kompaktkur das zu unübersichtliche Leistungsspektrum. Es sei eine betriebswirtschaftliche und auch medizinische Konzentration nötig.¹⁶⁷ Außerdem wüssten Ärzte, Kassengeschäftsstellen und Medizinischer Dienst zu wenig über die verschiedenen Angebote an Kompaktkuren. Die logistische und personelle Intensität der Kompaktkur überfordere vor allem kleine Anbieter. Auch von Patienten werde diese „ganzheitliche“ Einspannung mit wenig Freizeit teilweise eher als Belastung denn als Bereicherung empfunden. Die im Vergleich zu klinischen Kuren erheblich höhere Zuzahlung werde zudem als inadäquat empfunden.

Im Sommer 2001 wurde das Insolvenzverfahren gegen die privatrechtliche Deutsche Kompaktkur-Zentrale (DKKZ) eröffnet. Die Spitzenverbände der Krankenkassen zeigen sich zwar weiter an der Kompaktkur interessiert, ihre Zukunft wird entscheidend davon abhängen, ob ein neues Informations- und Vermittlungs-System eingerichtet werden kann. Der Deutsche Heilbäder-Verband (DHV) arbeitet zur Zeit an der Entwicklung eines solchen Systems, das per Internet die Suche nach geeigneten Kompaktkur-Angeboten für den Arzt und die Anmeldemöglichkeiten für den Kurpatienten verbessert. Außerdem bemüht sich der DHV darum, dass den Kompakt-Kuren in § 23 SGB V ein eigener Status eingeräumt wird, der es den Krankenkassen ermöglicht, diese intensive Kurform finanziell attraktiver auszugestalten.

7. Bedeutung von Naturheilkunde und Naturheilverfahren

Naturheilkunde, Naturheilverfahren und naturgemäße Behandlungsweisen erfreuen sich bei Patienten und Ärzten einer wachsenden Beliebtheit, da sie mit einer sanften, nebenwirkungsarmen Behandlung gleichgesetzt werden.

In der Naturheilkunde wird weniger auf die Entstehung von Krankheiten als auf die Fähigkeit zur Krankheitsüberwindung und Gesundung (Salutogenese) geachtet. Die Selbstheilungskräfte des Organismus sollen gestärkt oder in Gang gesetzt werden. Diese Fähigkeiten des menschlichen Organismus basieren auf einer phylogenetisch bewährten Selbstregulation komplexer physiologischer Prozesse. Sie dienen der physischen wie psychischen Erhaltung der Gesundheit unter den vielfältigen Formen der Belastungen und Bedrohungen des individuellen Lebens. Die Naturheilkunde bedient sich dieser selbstregulativen heilenden Kräfte. Sie setzt dabei „Mittel“ ein, die möglichst unverändert aus der natürlichen Umwelt des Menschen stammen, z.B. Heilpflanzen, Nahrungsmittel oder natürliche Heilquellen. Als „Mittel“ verwenden sie aber auch natürliche Belastungsformen des Lebens wie körperliche Aktivität oder Wärme- und Kältereize. Es kommt aber nicht nur darauf an, dass die naturheilkundlichen Mittel und Verfahren der natürlichen Umwelt entstammen, sie müssen vielmehr auch auf eine „naturgemäße Weise“ angewendet werden. Durch angemessene physiologische Belastung soll der Körper widerstandsfähig gemacht und gekräftigt werden. Dies ist der vorbeugende, präventive Effekt der Naturheilkunde. Liegt eine A-

¹⁶⁷ Vgl. Alois Gassner: Kompaktkur contra Wellness, abrufbar unter: <http://www2.tagesspiegel.de/archiv/2001/10/12/ak-so-re-5526155.html>.

kuterkrankung vor, so gilt es, den Organismus zu entlasten, z.B. durch körperliche Ruhe, ausgeglichene thermische Verhältnisse oder Schonkost.

Bei leichteren Beschwerden oder bei chronischen Erkrankungen werden neben entlastenden Verfahren gleichzeitig gut verträgliche, individuell angepasste natürliche Reize angewandt. Werden naturgegebene Verfahren wie Licht, Luft, Wasser und Erde (z.B. Peloide), Wärme und Kälte, Bewegung und Ruhe, Ernährung und Nahrungsenthaltung, Heilpflanzen und gesundheitsfördernde seelische Impulse eingesetzt, so spricht man von den klassischen Naturheilverfahren, zu denen noch die bewährten Methoden der physikalischen Medizin gerechnet werden.

Klassische Naturheilverfahren der traditionellen europäischen Medizin (TEM) sind Teil der Gesamtmedizin, also keine Alternative zur sog. Schulmedizin, sie ergänzen vielmehr deren Möglichkeiten insbesondere in der Prävention und Rehabilitation, bei der Behandlung chronischer Erkrankungen, in der Geriatrie und als therapeutische Basis in der Allgemeinmedizin. Sie beeinhaltet einen Schatz von Wissen, der bei allem Wandel in der Medizin seinen Wert und seine Gültigkeit bewahrt hat, durch die allen Therapien übergeordnete patientenorientierte Ethik und Moral. Naturheilverfahren tragen auch mehr als dies üblicherweise in der Medizin geschieht, der individuellen Konstitution des Patienten Rechnung und berücksichtigen chronobiologische Einflüsse.

Die klassischen Naturheilverfahren haben auf Grund ihrer wissenschaftlich erwiesenen Wirksamkeit längst Eingang in die medizinische Ausbildung an den Universitäten genommen. Da auch in der Kurortmedizin natürliche Heilmittel eingesetzt werden und ihr Ziel ebenso die Förderung der Selbstheilungskräfte ist, bestehen enge Beziehungen zu der Naturheilkunde und den Naturheilverfahren. Beide fördern im besonderen Maße die Gesundheitsvorsorge und die eigenverantwortliche Gesundheitsförderung.

Für die Naturheilkunde gibt es keine allgemein gültige Definition. So werden darunter neben den klassischen Naturheilverfahren auch eigenständige Therapieeinrichtungen wie die Homöopathie, androposophische Medizin, die traditionell chinesische Medizin (TCM) u.a.m. verstanden. Diese und andere alternative oder auch paramedizinische Verfahren sind in ihrer Wirksamkeit naturwissenschaftlich meist ungenügend belegt und beruhen auf Empirie. Krankenkassen und Gutachtern – aber v.a. Patienten – haben bei der Vielfalt der Angebote in den Naturheilverfahren die schwierige Aufgabe, zwischen einer sinnvollen kostengünstigen Behandlung und unseriösen, überpreuerten Verfahren zu unterscheiden. Dennoch übernehmen immer mehr Krankenkassen die Kosten für natürliche Heilmethoden. Sie zahlen dann, wenn die Verfahren und Mittel als wirksam gelten. Neben den klassischen Naturheilverfahren sind die Homöopathie, die androposophische Medizin und die Phytotherapie als „besondere Therapieeinrichtungen“ zugelassen.

Eine Richtlinie für die Kostenübernahme von natürlichen Heil-Methoden, an der sich die Kassen orientieren, gibt der **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen**¹⁶⁸ heraus. Der Ausschuss nimmt Heilmethoden in seinen Leistungskatalog auf, wenn drei Kriterien erfüllt sind:

¹⁶⁸ In diesem Gremium, das aus 21 Mitgliedern besteht (neun Vertreter der Ärzte, neun Vertreter der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und drei unparteiische Mitglieder), werden die abrechnungsfähigen Leistungen des GKV-Kataloges, die der Arzt erbringen darf, defi-

- Zunächst muss der medizinische Nutzen erfüllt sein, also die Wirksamkeit erwiesen sein.
 - Zweitens muss eine medizinische Notwendigkeit gegeben sein
- und
- drittens muss die Wirtschaftlichkeit erfüllt sein, d.h. wenn ein Therapieziel mit zwei gleichen Methoden erreicht werden kann, wird die kostengünstigere Methode gewählt.

Für nicht anerkannte Therapie-Methoden gibt es nach Urteilen des Bundessozialgerichts dann eine Zahlungspflicht der Kassen, wenn es keine andere Behandlungsmöglichkeit gibt, die herkömmlichen Methoden lange ohne Erfolg angewandt wurden, die natürliche Therapie-Methode als erfolgreich gilt und die Ursache der Krankheit unbekannt ist. **Allgemein gilt jedoch, dass die Kassen nur zahlen, wenn ein Arzt mit Zusatzausbildung für Naturheilverfahren behandelt.**

Für den **Deutschen Heilbäderverband** hängt die Anerkennung und Akzeptanz der natürlichen Heilverfahren davon ab, „ob sie die zeitgemäßen Belege über die Wirksamkeit, Nutzen und Wirtschaftlichkeit erbracht haben oder erbringen können.“¹⁶⁹ Als wichtigste natürliche Kurmittel gelten dabei natürliche Heilwasser sowie die Klima-, Thalasso-, Peloid- und die Kneipp-Therapie. Harsche Kritik übte der Verband an der Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, wegen mangelnder wissenschaftlicher Nachweise der medizinischen Wirksamkeit der ambulanten Sole-Photo-Therapie, diese aus dem Leistungskatalog zu streichen.

Für natürliche Heilverfahren gilt in gleichem Maße wie für konventionelle Maßnahmen, dass **Methoden zur Qualitätssicherung** angewandt werden müssen. So forderte der Ministerialdirigent im baden-württembergischen Sozialministerium, **Bernhard Bauer**, dass die Methoden der Qualitätssicherung auch bei Naturheilverfahren angewandt werden müssten, damit der Nutzen dieser Verfahren für Patienten belegt und überprüfbar sei.¹⁷⁰ Der bayerische Gesundheitsminister **Eberhard Sinner** sprach sich bereits dafür aus, dass Naturheilverfahren zukünftig einen höheren Stellenwert erhalten, sollen gerade auch im Bereich der Prävention, da sie zu einer ökonomischen Entlastung der Gesundheitssysteme führten. Eine weitere Ausgrenzung von bewährten Naturheilverfahren aus der vertragsärztlichen Versorgung dürfe es nicht geben.¹⁷¹

Der ehemalige Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, **Erwin Jordan**, kündigte im Juni 1999 bei einer Tagung des Zentrums zur Dokumentation für Naturheilverfahren an, dass sich die Bundesregierung dafür einsetzen wolle, dass Naturheilkunde verstärkt Eingang in die akademische Forschung finde. Die Regierung stehe der Naturheilkunde positiv, aber keineswegs unkritisch gegenüber. Umso wichtiger seien wissenschaftlich begleitete Erprobungen dieser Methoden, die allerdings

nicht. So beschließt der Bundesausschuss über die ärztliche Behandlung, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die Krankenhausbehandlung und die häusliche Krankenpflege. Die in Richtlinien herausgegebenen Empfehlungen werden verpflichtend, wenn der Bundesgesundheitsminister nicht innerhalb von zwei Monaten widerspricht.

¹⁶⁹ Vgl. Der Kurort der Zukunft. 15-Punkte-Programm, abrufbar unter:

http://www.deutscher-heilbaederverband.de/body_kurinformationen4.html.

¹⁷⁰ Vgl. Qualitätssicherung auch bei den Naturheilverfahren, Ärzte Zeitung v. 5.11.2001, abrufbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/11/05/198a0804.asp>.

¹⁷¹ Vgl. Bayern fördert Naturheilzentrum mit 2,8 Millionen, Ärzte Zeitung v. 2.11.2001, abrufbar unter: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/11/02/197a0806.asp>.

den Besonderheiten des Nachweises von Wirkung und Nebenwirkung Rechnung tragen müssen. Der Anspruch, sanfter oder preiswerter zu sein, rechtfertigt sich dann nicht, wenn sich die Wirksamkeit unter einem vertretbaren Maß befinde. Gerade unter dem Aspekt des Patientenschutzes müssten für die Naturheilkunde vergleichbare Qualitätsmaßstäbe gesetzt werden, wie sie bei der übrigen Schulmedizin gelten. Die Bundesregierung werde unter dem Dach des bis 2004 laufenden Forschungsprogramms „Gesundheitsforschung 2000“ vergleichende Therapiestudien bei Krankheitsgruppen fördern, bei denen besonders häufig unkonventionelle Therapieverfahren eingesetzt werden, wie zum Beispiel bei Krebs oder bei rheumatischen Erkrankungen, kündigte Jordan an.¹⁷²

8. Wellness in Heilbädern und Kurorten

Von politischer Seite wird den Heilbädern und Kurorten empfohlen, sich neue Kundenkreise außerhalb der Sozialversicherung zu erschließen. So hat die bayerische Sozialministerin **Christa Stewens** die Kurorte gewarnt, sich allein auf Krankenkassen und Rentenversicherungen als Finanzierungsquelle zu verlassen. Die einzelne Kur- oder Reha-Einrichtung sei umso anfälliger, je mehr sie auf nur einen Auftraggeber angewiesen sei. Zur Sicherung der Leistungsfähigkeit sollten neue Potenziale wie das wachsende Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung genutzt werden. So hätten beispielsweise die über 50-Jährigen über 48 % des frei verfügbaren monatlichen Einkommens und könnten verstärkt angesprochen werden.¹⁷³

Seit Mitte der neunziger Jahre gewinnt dabei der Begriff **Wellness** zunehmend an Bedeutung für das Kur- und Reha-Wesen. Wellness kennzeichnet ein neues Gesundheitsverständnis und zielt auf eine neue Gäste-Klientel in Heilbädern und Kurorten ab. Wellness, gebildet aus den beiden englischen Wörtern *well-being* und *fitness*, steht für:

- individuelles Wohlbefinden
- persönliches Glücksgefühl
- gesunde Ernährung
- körperliche Fitness
- körperliche und seelische Entspannung
- innere und äußere Schönheit
- geistige Aktivität
- Umweltsensibilität

u.a.m.

Anders als bei der rein physischen Fitness versteht man darunter eine ganzheitliche Lebensführung, die körperliche, geistige und seelische Bedürfnisse in Einklang bringt.

Ziel dieses Lebenskonzepts ist es, Energie und Leistungskraft zu erhalten bzw. zu stärken. Diese Ziele sind identisch mit den Erwartungen und Wirkungen von Medizinischen Kuren. In die Zielgruppe gehört zwar auch, aber nicht primär der behandlungsbedürftige Kurpatient, und vor allem die lediglich erholungsbedürftigen Kurgäs-

¹⁷² Vgl. Erwin Jordan: Die Zukunft der Naturheilkunde und alternativer Therapien in einer neu gestalteten Gesundheitspolitik, abrufbar unter: <http://www.zdn.de/tagungsband/jordan.htm>.

¹⁷³ Sozialministerin Christa Stewens: Kurorte sollten sich neue Kundenkreise außerhalb der Sozialversicherung erschließen, Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen v. 30.4.2001.

te. In Abgrenzung zum traditionellen Erholungsurlaub, z.B. in Erholungsorten, Luftkurorten oder Seebädern, besitzt die **Gesundheitsförderung** in Form von Wellness-Erlebnissen Priorität.¹⁷⁴

Die Anstrengung der Kurorte und Heilbäder, ihr Angebotsspektrum in Richtung Wellness zu erweitern und damit eine gesundheitsorientierte Privatkundschaft anzusprechen, haben sich gelohnt. 80 % der Heilbäder gaben bereits 1999 an, dass in ihrem Ort mehr als zwei Gesundheitsangebote für Selbstzahler vorhanden sind. Bis 2005 sehen sie positiv in die Zukunft. Der Gesundheitsurlaub entwickelt sich so zu einem erfolgreichen zusätzlichen Standbein.

Dies spiegelt sich auch in der wachsenden Zahl an Gesundheits- bzw. Wellnessurlaube wider: Im Jahr 2000 wurden 4 Millionen gesundheitsorientierte Urlaube unternommen, so der Deutsche Tourismusverband e.V., Besonders die mittelständischen Hotels und Gasthöfe konnten mit teilweise zweistelligen Zuwachsraten von den privaten Gesundheitsgästen profitieren. Das heißt, die Bereitschaft der Bevölkerung allgemeine Angebote der Gesundheitsstärkung selbst zu finanzieren, ist zunehmend vorhanden. Die Zielgruppe für Wellness ist vorwiegend jünger, etwa ab 30 Jahre und zeichnet sich sowohl durch einen hohen Frauenanteil aus als auch durch höheres Bildungs- und Einkommensniveau. Überwiegend gesunde Menschen fühlen sich von diesen Inhalten angesprochen und können durch erste positive Wellness-Erfahrungen auch langfristig und für den „Ernstfall“, also bei Auftreten chronischer Erkrankungen, an einen Kurort gebunden werden.¹⁷⁵

Insgesamt sind im Vorjahr in Deutschland Wellness-Produkte und -Dienstleistungen im Wert von 70 Milliarden DM umgesetzt worden, schätzt das Frankfurter Marktforschungsinstitut Wefa. Andere Forscher sprechen von 122 Milliarden DM Wellness-Umsatz, der bis 2003 auf 145 Milliarden DM wachsen soll. Den Löwenanteil von bis zu 40 % daran haben Fitness und Sport, gefolgt von Kuren und Gesundheitsurlaube mit einem Viertel der Ausgaben.¹⁷⁶ Der Rest verteilt sich auf Massagen, Lebensmittel, Kosmetika oder Literatur. Bis 2004 dürfte die Zahl der im Wellnessbereich Beschäftigten laut Wefa von heute 580.000 auf 750.000 steigen. Für den gesamten Bereich Wellness sagt Wefa eine höhere Wachstumskurve voraus als für den gesamten privaten Konsum. Zwischen 1994 und 2001 stieg der Anteil der Bevölkerung, die einen Gesundheitsurlaub gebucht hat, von 5,9 auf 15,8 %.¹⁷⁷ Studien zufolge möchten zwei Drittel der Deutschen im Urlaub etwas für ihre Gesundheit tun.¹⁷⁸ Allein diese Zahlen zeigen das Potenzial, das die schwammig als „Wellness“ bezeichnete Branche in sich trägt.

Für das Kurwesen bestehen in diesem im Wachstum begriffenen Bereich Chancen und Risiken:

- Chancen: Die wirtschaftliche Basis von Wellness-Zentren dürfte sich noch weiter verbessern

¹⁷⁴ Vgl. Wolfgang Nahrstedt: Wellness, Fitness, Beauty, Soul: Angebotsanalyse von deutschen Kur- und Urlaubsorten, in: Heilbad und Kurort Heft 12, 51. Jahrgang 1999, S. 367-374.

¹⁷⁵ Klaus Reppel/Hans Berg: Gesundheitsurlaub und Wellness. Heilbäder und Kurorte haben beste Marktchancen, in: Heilbad und Kurort, Heft 4-5, 53. Jahrgang 2001, S. 78.

¹⁷⁶ Vgl. Kneipps Erben lassen sich gerne verwöhnen, in: Tagesspiegel v. 25.3.2001.

¹⁷⁷ Ebd.

¹⁷⁸ Vgl. Ulrike Pilz-Kusch: Chance Wellness in Heilbädern und Kurorten – aus Konsumentensicht: Qualität ist gefragt!, in: Heilbad und Kurort, Heft 9, 53. Jahrgang 2001, S. 211-215.

- Risiken: Wellness-Angebote gibt es auch außerhalb der aufwändig etablierten und geprüften Kompetenz-Zentren für kurortmedizinische Prävention und Rehabilitation, also außerhalb höherqualifizierter Kurorte und Heilbäder.

So wehren sich viele Kurkliniken gegen eine Aufweichung kurativer Methoden und warnen vor einem voreiligen Aufspringen auf den oberflächlichen Gesundheitstrend. Für den Präsidenten des **Deutschen Heilbäderverbandes**, Prof. Manfred Steinbach, bedeutet Wellness keine Neuerung: „Im Kurort ging es schon immer auch um Wellness, und das soll auch so bleiben.“¹⁷⁹ Die Kurorte können dabei gegenüber herkömmlichen Schönheitsfarmen aus mehreren Gründen punkten. So verfügen sie über geprüfte, besonders gesundheitsförderliche Luft- und Wasserqualität, über natürliche Heilmittel in Boden, Wasser oder im Klima sowie über anerkannte Natur-Heilverfahren wie etwa die Kneipp-Therapie. Kurorte können also durch die „geballte Ausstattung, Kompetenz und Erfahrung für Gesundheit und die durch die Prädikatisierung attestierte besondere Eignung für Gesundheitsförderung“¹⁸⁰ durchaus von der Wellness-Welle profitieren.

Durch eine Herausstellung von gemeinsamen Zielsetzungen von Kur und Wellness erhofft sich der Deutsche Heilbäderverband eine Imageverbesserung und Profitsteigerung. So können das komplexe diagnostische und therapeutische Medizin-Versorgungsangebot, aber auch die exzellenten Kurmittelhäuser und Kurkliniken Pfunde sein, mit denen gewuchert werden kann.

¹⁷⁹ Manfred Steinbach: Gesundheitsurlaub im Kurort – Wellness im Kurort, in: Heilbad und Kurort, Heft 4-5, 53. Jahrgang 2001, S. 73-75.

¹⁸⁰ Ebd.

VI. Schlussbemerkungen

Die gesetzlichen Maßnahmen der CDU/CSU/FDP-Regierung Mitte der neunziger Jahre brachte die Heilbäder und Kurorte in ihre bislang schwerste Krise. Mit dem Regierungswechsel 1998 schien sich die Lage zum Positiven zu wenden. Elemente der vorgängigen Gesundheitsreformen wurden zurückgenommen und zugunsten des Kur- und Reha-Wesens geändert. Gleichzeitig wurden jedoch andere Maßnahmen und Regelungen ergriffen, die für die Kurorte große Veränderungen bedeuten und zu Problemen führten und führen. Die vorliegenden Ausführungen haben einige dieser Maßnahmen näher beleuchtet, die Probleme skizziert sowie mögliche Entwicklungen aufgezeigt.

Für die Heilbäder und Kurorte bleiben mindestens bis zum Herbst 2002 unsichere Planungsgrundlagen bestehen. Ob und bis zu welchem Datum eine Gesundheitsreform nach der Wahl angepackt wird, lässt sich nicht vorhersehen. Dies gilt ebenfalls für die grundlegende Frage, ob die Kur als Regelleistung der Gesetzlichen Krankenkassen erhalten bleibt. So haben sich beispielsweise Union und FDP klarer als die SPD für eine Unterteilung in Wahl- und Regelleistungen ausgesprochen.

Als Handicap erweist sich für die über Deutschland verstreuten Kurorte mit ihren länderrechtlich unterschiedlichen Vorgaben, dass sie nicht über eine ähnlich starke Lobby verfügen wie andere Beteiligte im Gesundheitswesen. Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass der Deutsche Heilbäderverband als Interessenvertretung der Kur- und Rehabilitationseinrichtungen zum Gesprächsforum im Gesundheitswesen, dem Runden Tisch, *nicht* geladen wurde, dem Bundesgesundheitsministerin Schmidt einen wichtigen Stellenwert bei der Formulierung anstehender Lösungskonzepte zugemessen hat. Dies ist umso unverständlicher, als es zahlreiche Wahlkreise der Bundestagsabgeordneten gibt, in dem Heilbäder oder Kurorte um ihr wirtschaftliches Überleben kämpfen.

Es wird empfohlen, sich noch aktiver als bisher zu Wort zu melden und die bundesdeutsche Vertretung von rund 350 deutschen Heilbädern und höherprädikatisierten Kurorten, den Deutschen Heilbäderverband, als relevanten und ernst zu nehmenden Gesprächspartner in richtungsweisenden Gremien unverzichtbar zu machen.

VII. Politikerbefragung

Vorbemerkung:

Die Umfrage wurde im Frühjahr 2002 gestartet, also zu einem Zeitpunkt, als wichtige Veränderungen aus dem Bundestagsbeschluss vom Juli 2002 noch nicht abzusehen waren: die Regeldauer zwischen 2 Kuren beträgt wieder 3 Jahre, der Tageszuschuß zu den Aufenthaltskosten bei nicht-klinischen Kurformen wurde von 8 auf 13 Euro angehoben.

1. Fragen und Durchführung

Ergänzend zum Sachstandsbericht hat das Team von politikscreen.de über einen Zeitraum von mehreren Monaten das Bundesministerium für Gesundheit, die gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen sowie die für dies Thema zuständigen Ministerien der Flächenländer befragt. Eingesetzt wurde dabei ein im Auftrag des Sebastian-Kneipp-Instituts entwickelter „Fragebogen zur Gesundheitspolitik“. Nicht befragt wurden die Ministerien oder Senatoren in Berlin, Bremen, Hamburg und Saarland: in den Stadtstaaten gibt es keine Heilbäder oder Kurorte, und das Saarland regelt die Kurortegesetzgebung zusammen mit und unter Federführung von Rheinland-Pfalz.

Fragen zur Gesundheitspolitik

I) Prävention

Jede Partei fordert die Prävention, aber die gesetzlichen Krankenkassen zahlen sie nicht oder dürfen sie nicht zahlen.

Welche Maßnahmen zur Umsetzung sollten konkret ergriffen werden, um diese ggf. zur Pflichtleistung der Krankenkassen zu machen?

Welche Präventionsstrategien verfolgen Sie in Ihrer Partei?

II) Naturheilverfahren

Naturheilverfahren haben in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz. Problematisch ist die Abgrenzung zu medizinisch nicht gesicherten Verfahren. Im Bereich der klassischen Naturheilverfahren gibt es bewährte Konzepte, die für die Primär- und Sekundärprävention geeignet und kostengünstig sind.

Worin sehen Sie die Unterschiede zwischen klassischen Naturheilverfahren und Trendanwendungen mit mehr oder weniger natürlichen Grundlagen?

Welche Möglichkeiten sehen Sie, durch gesetzgeberische Maßnahmen, z.B. durch Einbeziehung in den Pflichtleistungskatalog der GKV, die klassischen Naturheilverfahren für die Prävention zu nutzen?

III) Kur und Rehabilitation

Unterstützen Sie Bestrebungen, in den nächsten Gesetzesnovellierungen den Begriff „Kur“ wieder aufzuführen?

Beabsichtigen Sie bei der nächsten Gesetzesreform Kur und Reha als Pflichtleistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen?

Welche Maßnahmen unterstützen Sie zur Stärkung der ambulanten Badekur?

IV) Abwanderung von Kurpatienten ins Ausland

Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (Kohl/Decker) läßt eine schleichende „Harmonisierung“ auf europäischer Ebene auch im Gesundheitswesen erwarten.

Wie sehen Sie die Chance zur Einführung von Qualitätsstandards, die vor allem im Bereich der Kur bzw. Kurortmedizin Vergleiche mit anderen EU-Ländern zulassen?

Rückläufe in der Befragungsaktion:

Das **Bundesgesundheitsministerium** wollte mit Hinweis auf die nahende Bundestagswahl *nicht* antworten. Von den **Bundestagsfraktionen** haben Grüne, FDP und Union geantwortet. Die Antwort der Grünen fiel dabei sowohl durch die größte Ausführlichkeit auf als auch durch eine gewisse Freiheit im Umgang mit den vorformulierten Fragen.

Die PDS verwies auf Arbeitsüberlastung, die SPD wollte analog zur Haltung des Bundesgesundheitsministeriums nicht antworten.

Von den **Länderministerien** haben Bayern, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern geantwortet. Die weiteren Landesministerien gaben aus unterschiedlichen Gründen keine Stellungnahmen ab. Es kann aber abgeschätzt werden, dass bei vielen Länderministerien keine durchgängigen Pläne und Strategien bezüglich der Naturheilverfahren vorhanden sind.

Abschließend ist zu bemerken, dass die Resonanz auf den „Fragebogen zur Gesundheitspolitik“ nicht so gut ausgefallen ist wie erhofft. Der Zeitraum der wiederholten Nachfragen lag indes auch schon im Bundestagswahlkampf, was das Zögern bei der SPD und bei von ihr kontrollierten Landesministerien erklären mag. Trotzdem ist mit den erhaltenen sechs Antworten aus unterschiedlichen Bereichen ein informatives Bild entstanden.

Nochmals sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß sich gegenüber dem Zeitpunkt der Befragungsaktion zwischenzeitlich gesetzliche Regelungen zu Gunsten der Versicherten geändert haben. Damit haben sich die in manchen Antworten dargestellten Vorhaben und Wünsche erfreulicherweise bereits erfüllt.

2. Inhaltliche Zusammenfassung

Die folgende Zusammenfassung beschreibt in Kürze die wichtigsten Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede, die in den Antworten auf die „offenen Fragen“ (ohne Antwortvorgaben) des Fragebogens zum Ausdruck kamen. Die ungekürzten Antworten sind in der Anlage enthalten.

Von den unter VII.1 aufgeführten Ministerien und Bundestagsfraktionen haben nur vier direkt auf die Fragen geantwortet: Bayern (Ministerin Stewens und Minister Sinner, CSU), Mecklenburg-Vorpommern (Sozialministerin Dr. Bunge, PDS), Dr. Thomae (Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP), W. Lohmann (Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion). Vom Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg (Pressestelle) und der Bundestagsfraktion von Bündnis90/Grüne (Katrin Göring-Eckardt) kamen eher allgemeine Stellungnahmen zur Gesundheitspolitik und keine direkten Antworten auf die gestellten Fragen. Es wurde dennoch versucht, diese allgemeinen Aussagen in den Vergleich einzubeziehen.

Thema: Prävention als Pflichtleistung der GKV und Präventionsstrategien der Parteien ?

Hier gab es weitgehende Übereinstimmung, wonach Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei, mit der die Krankenkassen allein überfordert sind. Stewens und Bunge weisen speziell darauf hin, daß Prävention bereits eine Pflichtleistung der GKV sei, daß zusätzliche Finanzierungen durch Stiftungen anzustreben seien und nationale Prioritäten gesetzt werden müßten. Von Bunge und der Pressestelle des Sozialministeriums Baden-Württemberg wird auch die Finanzierung über besondere Steuern genannt. Allerdings denkt Bunge hier eher an Abgaben der Industrie (z.B. der Zigarettenindustrie), während Baden-Württemberg eher den Konsum besteuern würde (z.B. Alkoholsteuer).

Deutliche Unterschiede zwischen Bunge (PDS) und den übrigen Stellungnahmen gibt es hinsichtlich der Betonung von Eigenverantwortlichkeit bzw. eines Bonus-Systems für gesundheitsbewußtes Verhalten. Sowohl das Sozialministerium Baden-Württemberg als auch Lohmann und Thomae befürworten die gesetzliche Verankerung eines Bonus-Systems. Von Göring-Eckardt existiert hierzu keine Stellungnahme.

Thema: Naturheilverfahren und Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung

Sowohl Stewens, Bunge, Lohmann als auch Thomae sind der Meinung, daß die GKV den Einsatz von klassischen Naturheilverfahren nicht ausschließt, daß aufgrund von Erfahrungen die Wirksamkeit der klassischen Naturheilverfahren in vielen Fällen belegt ist, daß aber zusätzliche Wirkungsnachweise nötig seien.

Mit Ausnahme von Bunge, die sich dazu nicht speziell äußert, setzen sich die vorher genannten für mehr qualitätsorientierten Wettbewerb und Chancengleichheit der Heilverfahren ein, bei denen die Wirksamkeit nachgewiesen ist. Außerdem sollen die Versicherten selbst entscheiden, für welche Zusatzleistungen sie sich versichern möchten (Optionsmodell). Das Optionsmodell wird besonders von Lohmann als Teil des Wahlprogramms der CDU/CSU herausgestellt.

Auch die FDP (Thomae) betont, dass sie sich schon immer für Naturheilverfahren stark gemacht habe und dies auch in ihrem Wahlprogramm deutlich würde.

Zum Thema Naturheilverfahren, Kur und Rehabilitation ließen sich aus den allgemeinen Stellungnahmen der Pressestelle Baden-Württembergs und Göhring-Eckhart keine Vergleiche zu ziehen.

Thema: Soll der Begriff Kur wieder eingesetzt werden ?

Dies wird einmütig abgelehnt. Die Begriffe Prävention und Rehabilitation seien aussagekräftiger und akzeptiert. Bunge merkt zusätzlich an, daß die Abgrenzung zu „Trendanwendungen“ durch den Begriff Kur erschwert wird.

Thema: Kur und Reha als Pflichtleistung der GKV streichen ?

Dies lehnen ebenfalls alle ab. Thomae ist allerdings für eine Begrenzung des Leistungskatalogs.

Hinsichtlich der ambulanten Badekur befürworten Stewens, Bunge und Lohmann allgemein die Stärkung der ambulanten Vorsorge (ambulant vor stationär). Sie sind auch für die Erhöhung des täglichen Zuschusses und die Abschaffung der starren Zeiträume (Stewens). Nach Bunge muß die ambulante Kur nicht wohnortnah sein, sondern sollte auch wohnortfern unterstützt werden. Von Thomae wird dies zwar nicht direkt geäußert, aber auch er meint, daß die Kurorte mit qualifizierten Angeboten gestärkt werden müssen.

Thema: Einführung von Qualitätsstandards als Schutz vor Abwanderung von Kurpatienten ins Ausland?

Stewens, Lohmann und Thomae sind der Meinung, dies wäre gut für Deutschland und eine große Chance für die Kurorte und Heilbäder. Lohmann bezweifelt allerdings, daß die Einführung von Qualitätsstandards bei der EU durchsetzbar sei. Alle drei fordern eine bessere Vermarktung qualifizierter Angebote.

Bunge weist darauf hin, daß Mecklenburg-Vorpommern die Bemühungen um Qualitätsstandards bereits unterstützt (Beispiel: Internationaler Kongress zu Qualitätskriterien in der Thalasso-Therapie im Januar 2002 in Rostock).

Schlußbemerkung

Die fehlende Beantwortung der Fragen durch die SPD und das recht allgemeine Papier der Bundestagsfraktion Bündnis90/Grüne und der Pressestelle von Baden-Württemberg verhindert natürlich einen eingehenderen Parteienvergleich.

Generell wird bei den hier Beteiligten eine sehr positive Grundeinstellung gegenüber klassischen Naturheilverfahren, Prävention und Rehabilitation und deren Verbleib im Pflichtleistungskatalog der GKV deutlich. Die größten Unterschiede existieren bei der Frage nach dem Ausmaß der Eigenverantwortlichkeit, etwa durch ein Bonussystem für präventives Gesundheitsverhalten und die Nicht-Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

3. Antworten im einzelnen

=====

Antwort des Sozialministeriums Baden-Württemberg

I) Prävention

Welche Maßnahmen zur Umsetzung sollten konkret ergriffen werden, um diese ggf. zur Pflichtleistung der Krankenkassen zu machen?

Statt des vom Ansatz her falschen Weges der Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung über Budgetierungen müssen die Elemente der Selbststeuerung auf breiter Ebene gestärkt werden. Nötig sind auf der Seite der Leistungserbringer und der Seite der Kostenträger gleichstarke Verhandlungs- und Vertragspartner. Dazu muss das derzeit nahezu ausschließlich körperschaftlich organisierte System schrittweise flexibilisiert werden, um z.B. arztgruppenspezifische und kassenindividuelle Vertragsabschlüsse zuzulassen. Der Selbstverwaltung bleibt es dabei eigenverantwortlich überlassen, in welchen Organisationsformen sich Leistungserbringer bzw. Krankenkassen für die Vertragsverhandlungen zusammenschließen.

Darüber hinaus können die Steuerungselemente verbessert werden durch Stärkung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe durch gezielte Förderung nachgewiesener, sinnvoller Präventionsmaßnahmen, die insbesondere durch Zusatzabgaben auf Risikoprodukte und aus dem Aufkommen der Alkohol- und Tabaksteuer zu finanzieren sind.

Welche Präventionsstrategien verfolgt Baden-Württemberg in seinem Gesundheitsreformprojekt?

Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt einer zukunftsorientierten und humanen Gesundheitspolitik. Gesundheitsdienstleistungen müssen patientenorientiert ausgerichtet werden. Alle Patientinnen und Patienten müssen das medizinisch Notwendige erhalten. Voraussetzung für mündige Patientinnen und Patienten sind Aufklärung und zielgerichtete Orientierungshinweise. So müssen z.B. Informationen über Angebote, Qualität und Preis von Gesundheitsleistungen, über integrierte Versorgungsketten sowie über die durchschnittliche Liegedauer in stationären Einrichtungen bei bestimmten Behandlungen allgemein zugänglich sein. Auskünfte über die Leistungsangebote der Krankenkassen (z.B. Satzungsleistungen, Modellversuche, evidenzbasierte Behandlungsprogramme), über Präventionsprogramme, Aufklärungskurse für Verhaltensweisen bei bestimmten Erkrankungen sowie über die unterschiedlichen Beitragssätze müssen jederzeit abrufbar sein. Ebenso muss ein Preisvergleich wirkungsgleicher Medikamente mühelos möglich sein. In fast allen Lebensbereichen gibt es vielfältige Wahlmöglichkeiten, nur im Gesundheitswesen nicht. Daher sind die Weichen in Richtung auf größere Eigenverantwortung und mehr Entscheidungsfreiheit zu stellen.

II) Naturheilverfahren

Worin sehen Sie die Unterschiede zwischen klassischen Naturheilverfahren und Trendanwendungen mit mehr oder weniger natürlichen Grundlagen?

- keine Angaben -

Welche Möglichkeiten sehen Sie, durch gesetzgeberische Maßnahmen, z. B. durch Einbeziehung in den Pflichtleistungskatalog der GKV, die klassischen Naturheilverfahren für die Prävention zu nutzen?

Gegen eine Aufspaltung des Leistungskatalogs der GKV in Grund- und Wahlleistungen sprechen sowohl fachliche wie ordnungspolitische Erwägungen. Es ist bislang nicht gelungen, einen medizinisch überzeugenden und auf alle GKV-Versicherten gleichermaßen anwendbaren Aufteilungsvorschlag zu erarbeiten. Eine Trennung in Grund- und Wahlleistungen setzt sich daher immer dem Vorwurf aus, sie sei willkürlich und verfolge nur (verkappte) Einsparziele auf dem Rücken der Versicherten. Der Begründungszwang, den die Herauslösung einer GKV-Leistung auslöst, steht im Übrigen in keinem Verhältnis zu dem damit erhofften – und in den Kalkulationen oft weit überschätzten – Einspareffekt.

Ein praktikables Modell zur Erweiterung der Wahlmöglichkeiten für GKV-Versicherte ist folgendes Drei-Stufen-Modell, das bereits in Grundzügen vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 1997 angedacht worden ist:

Drei-Stufen-Modell

gesamte GKV

freiwillige („optionale“) Selbstbeteiligung
(kann variabel nach Art der Inanspruchnahme, Art und Schwere der Erkrankung und der individuellen Leistungsfähigkeit gestaltet werden)
→ Bonus

kassenindividuell

satzungsgemäße Mehrleistungen
werden zu 100 % vom Arbeitnehmer finanziert

versichertenindividuell

Abwahl einzelner oder aller satzungsgemäßen Mehrleistungen
→ Bonus

Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von Kassenleistungen

Stufe 1 - gesamte GKV

Der im SGB V festgelegte Katalog der GKV-Leistungen bleibt ebenso wie ihre paritätische Finanzierung ungeschmälert erhalten. Der Versicherte kann sich freiwillig für eine Selbstbeteiligung entscheiden („optionale Selbstbeteiligung“). Diese kann in Form eines prozentualen Eigenanteils bzw. in Form eines absoluten Selbstbehalts gestaltet werden (vgl. Frankreich bei den Zuzahlungen; Schweiz beim generellen Selbstbehalt). Zur flexibleren Gestaltung der Eigenbeteiligung können unter Umständen weitere Variablen eingeführt werden:

- a) Art der Inanspruchnahme (z.B. ambulant, stationär, Rehabilitation, Prävention)
- b) Art und Schwere der Erkrankung (z.B. leichte Befindlichkeitsstörung, Unfall, Krebstherapie)
- c) Dauer der Erkrankung (z.B. einmalige Erkrankung wie Meniskus-Operation oder chronische Erkrankung)
- d) Individuelle Leistungsfähigkeit (in Abhängigkeit vom Einkommen).

Wählt der Versicherte die Selbstbeteiligung, steht ihm ein Bonus zu. Dieser ist denkbar als prozentuale Beitragsgutschrift oder als Leistung eines festen Geldbetrages.

Stufe 2 - kassenindividuelle Mehrleistungen

Bereits nach geltendem Recht haben die Krankenkassen das Recht, in vom Gesetz definierten Ausnahmefällen satzungsgemäße Mehrleistungen zu erbringen (z.B. Zuschuss bei medizinischen Vorsorgeleistungen, Zuschüsse bei Mütter-Kind-Kuren, erweiterte häusliche Krankenpflege, erweiterte Haushaltshilfe, medizinische Rehabilitation für Mütter, Mehrleistungen im Rahmen von Modelleleistungen, Versichertenbonus bei freiwilligem Verzicht auf direkten Facharztkontakt).

Diese punktuellen Möglichkeiten zur Erbringung satzungsgemäßer Mehrleistungen könnten auf alle Leistungen ausgedehnt werden. Vorbild hierfür wäre z.B. der frühere § 56 SGB V, wie er in der Zeit vom 01.07.1997 bis zum 31.12.1998 gegolten hat.

Stufe 3 - versichertenindividuelle Entscheidungen

Auf der 3. Stufe hat der Versicherte das Recht, einzelne bzw. alle satzungsgemäßen Mehrleistungen der Kasse abzuwählen. In diesem Falle erhält er von der Kasse einen Bonus. Dieser ist denkbar als prozentuale Beitragsgutschrift oder als Leistung eines festen Geldbetrages.

Bei Nichtinanspruchnahme von Kassenleistungen gewährt die Kasse den Versicherten eine Beitragsrückerstattung. Vorgesehen werden könnte auch, dass eine Krankenkasse eine Beitragsrückerstattung anbieten kann, wenn ein Mitglied (und seine bei ihm mitversicherten Familienangehörigen) in einem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen haben und das Mitglied eine gewisse Mindestzeit (z.B. drei Monate) bei der Kasse versichert gewesen ist. Die Höhe der Beitragsrückerstattung sollte in das Ermessen der Kasse gestellt werden, die dieses in ihrer Satzung zu regeln hat.

Leitlinien für eine Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung

Auf der Ergebnisseite zielen wirksame Verbesserungen der Qualität der Gesundheitsversorgung auf die Zunahme der Lebensqualität und die Verlängerung der Lebensdauer. Auf der Kostenseite werden einige Verbesserungen über eine Effizienz-

steigerung kostenneutral oder sogar mit Einsparpotential verbunden sein. Viele Maßnahmen sind aber zwangsläufig mit erhöhten Kosten verbunden, so dass bei – wie auch immer – begrenzten Mitteln eine Priorisierung unerlässlich ist.

Künftig müssen daher die medizinischen Leistungen bedarfsgerechter und effizienter erbracht werden. Außerdem muss die Behandlung nach dem aktuellen Stand der Medizin sichergestellt werden. Im Einzelnen heißt das:

- Qualitätssicherung und Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
- Leitlinien für die ärztliche Behandlung, die nicht nur Qualitätsstandards schaffen, sondern gleichermaßen eine rechtliche Absicherung für den behandelnden Arzt (Minimierung des Haftungsrisikos) darstellen. Diese Leitlinien müssen selbstverständlich ausreichenden Raum für die Therapiefreiheit des Arztes lassen.
- Feststellung, ob bei der ärztlichen Behandlung der medizinische Standard eingehalten oder medizinisch Unnötiges veranlasst worden ist, muss möglich sein.
- Fortbildungspflicht mit Zertifizierung für Ärzte.
- Controlling der Ärzte durch Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen.
- Weiterentwicklung von Modellvorhaben und Strukturverträgen.
- Gewinnung von Synergieeffekten durch eine intelligente Chipkarte (Qualitätsverbesserung, sichere Medikation, Vermeidung unnötiger Behandlungen, Notfalldaten etc.).

Die Grundsätze der freien Arztwahl, der freien Krankenhauswahl, der freien Apothekenwahl, der freien Krankenkassenwahl und der Grundsatz der leitlinienunterstützten Therapiefreiheit dürfen aber vom Gesetzgeber nicht eingeengt werden. Künftig muss der Versicherte wieder mehr auswählen können, was er absichern will und was nicht.

(Ob und inwiefern Naturheilverfahren durch den Gesetzgeber stärker in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen werden sollen, äußert das Sozialministerium nicht.)

III) Kur und Rehabilitation

Unterstützen Sie Bestrebungen, in den nächsten Gesetzesnovellierungen den Begriff „Kur“ wieder aufzuführen?

- keine Angaben -

Beabsichtigen Sie, bei der nächsten Gesetzesreform Kur und Reha als Pflichtleistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen?

Das gut ausgebaute Gesundheitssystem in Deutschland ist an finanzielle Grenzen gestoßen. Die derzeitige fast ausschließlich an das Arbeitseinkommen gebundene Form der GKV-Finanzierung ist den künftigen Herausforderungen auf Dauer nicht mehr gewachsen. Die Ansprüche an das Gesundheitssystem werden weiter zunehmen:

Der medizinisch-technische Fortschritt bringt ständig neue Medikamente und zusätzliche verbesserte Behandlungsmöglichkeiten hervor. Die Menschen wollen mit steigendem Wohlstand mehr für ihre Gesundheit tun und bis ins hohe Alter fit bleiben. Die gesetzliche Krankenversicherung muss dringend finanziell entlastet werden durch die Herausnahme von versicherungsfremden Leistungen, die sich nicht unmittelbar auf Krankheiten und ihre Folgen beziehen.

Planungsverantwortung im stationären Bereich

Verbunden mit einer Flexibilisierung des Vertragsrechts wird vor allem die Einführung des neuen, umfassenden Fallpauschalen-Systems im Krankenhaus zu Veränderungen in der Angebotsstruktur im stationären Bereich (Akutkrankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Bereich) führen.

Dies hat Auswirkungen auf die staatliche Planungsverantwortung. Die Krankenhausplanung der Länder ist Ausdruck der politischen Verantwortung für diesen Bereich der Gesundheitsinfrastruktur. Sie muss sich auf Rahmenplanung – in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen – über Standorte, Fächerstruktur und Bettenzahl der Plankrankenhäuser konzentrieren. Dabei müssen Plankrankenhäuser weiterhin einem Kontrahierungszwang unterliegen. Krankenhausplanung muss wirtschaftliche Krankenhausstrukturen, Abbau nicht mehr bedarfsgerechter Kapazitäten und Anpassung an sich wandelnden Versorgungsbedarf und medizinischen Fortschritt gewährleisten. Die staatliche Letztverantwortung ist sicherzustellen.

Planungsverantwortung im ambulanten Bereich

Die Selbstverwaltung ist gefordert, wettbewerbliche Strukturen im ambulanten Bereich zu fördern. Die gesetzlichen Vorgaben müssen die entsprechende Wahrnehmung der Planungsverantwortung ermöglichen. Bestandsgarantien ohne Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung kann es für einzelne Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt nicht mehr geben.

Zusammenarbeit ermöglichen

Das patientenorientierte Zusammenwirken zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen muss intensiviert werden. Zwischen fachärztlicher Versorgung und Krankenhausplanung ist eine bessere Abstimmung erforderlich. Individuelle Kooperationsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern sind in erweitertem Umfang zu ermöglichen (z.B. Ausbau des Belegarztwesens, gemeinsame Großgerätenutzung, Telematik).

Welche Maßnahmen unterstützen Sie zur Stärkung der ambulanten Badekur?

- keine Angaben -

IV) Abwanderung von Kurpatienten ins Ausland

Wie sehen Sie die Chance zur Einführung von Qualitätsstandards, die vor allem im Bereich der Kur bzw. Kurortmedizin Vergleiche mit anderen EU-Ländern zulassen?

Die Europatauglichkeit des Deutschen Gesundheitssystems muss gewährleistet sein. Das Deutsche Gesundheitswesen sollte vorbildhaft für europäische Standards stehen, damit in Deutschland und aus Deutschland vermehrt Gesundheitsleistungen

auch für Einwohner der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und des europäischen Wirtschaftsraums erbracht werden können. Gleichzeitig müssen die Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung, sofern nicht ein Systemwechsel zu einer letztlich privaten Pflichtversicherung vollzogen werden soll, „europafest“ ausgestaltet werden, damit sie auch im Hinblick auf die Europäischen Verträge und die Rechtsprechung des EuGH (Personenfreizügigkeit, freier Dienstleistungsverkehr, freier Warenverkehr, europäisches Kartellrecht) bestehen können. Die Unterschiede einer gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der privaten Krankenversicherung müssen so beachtlich bleiben, dass sie die Beschränkung der europäischen Grundfreiheiten und des europäischen Kartellrechts durch unser öffentlich-rechtliches System auch künftig rechtfertigen.

Gemeinsame Antwort des bayerischen Sozialministeriums und des bayerischen Gesundheitsministeriums

I) Prävention

Welche Maßnahmen zur Umsetzung sollten konkret ergriffen werden, um diese ggf. zur Pflichtleistung der Krankenkassen zu machen?

Diese Frage ist in ihrer apodiktischen Form nicht richtig. § 20 SGB V führt die Primärprävention als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen auf und erweitert zugleich die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Es macht allerdings keinen Sinn, Leistungen der Prävention zur Pflichtleistung zu machen. Zum einen, weil gerade im Bereich der Prävention größtmögliche Flexibilität benötigt wird. Die Krankenkassen als Selbstverwaltungskörperschaften sollten daher auch künftig die Möglichkeit haben zu entscheiden, wo sie Schwerpunkte setzen wollen. Zum anderen, weil Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu begreifen sind, die nicht allein der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgebürdet werden können. Nur durch ein konzertiertes Vorgehen aller Akteure im Gesundheitswesen kann die Aufgabe, die Krankheitslast chronischer Erkrankungen in der Bevölkerung zu senken und eine Verbesserung der Lebensqualität herbeizuführen, gemeistert werden. Insbesondere im Bereich der Reduktion des Krankheitsrisikos durch Beeinflussung der Risikofaktoren Bluthochdruck, Übergewicht, erhöhte Blutfettwerte, Nikotin- und Alkoholkonsum hin zu einem gesunden Lebensstil, liegt eine wichtige staatliche Aufgabe im Sinne einer Impulsgeberfunktion.

Die Bayerische Staatsregierung fordert deshalb einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik, weg von einer reinen „Reparaturmedizin“ hin zu einer ganzheitlichen Ausrichtung auf Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung. Um die notwendige Verbindlichkeit hierfür zu erreichen und die erforderliche ökonomische Grundlage zu schaffen, müssen Gesundheitsförderung und Prävention - ähnlich dem positiven Beispiel einer Bundesstiftung in der Schweiz - institutionalisiert, finanziell abgesichert und gesetzlich verankert werden. In einem nationalen Aktionsprogramm müssen professionelle Strategien entwickelt, konzertierte Aktionen ermöglicht, Gesundheitswettbewerbe auf Gemeinde- und Landesebene initiiert und die Ressourcen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gebündelt werden.

Welche Präventionsstrategien verfolgt die Bayerische Staatsregierung?

Wir brauchen ein Gesundheitsbewusstsein auf breiter Front. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz startet im Juni bayernweit die Gesundheitsinitiative „Bayern aktiv“, eine Aufklärungs- und Motivationskampagne für einen gesundheitsbewussten Lebensstil. In einer Vielzahl von Projekten will die Initiative allen Bürgerinnen und Bürgern vermitteln, dass jeder Einzelne seine Gesundheit eigenverantwortlich in die Hand nehmen kann und bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aktiv mitentscheidet.

II) Naturheilverfahren

Worin sehen Sie die Unterschiede zwischen klassischen Naturheilverfahren und Trendanwendungen mit mehr oder weniger natürlichen Grundlagen?

Die Gesetzliche Krankenversicherung schließt Naturheilverfahren nicht aus, im Gegenteil: In § 2 SGB V trägt das Krankenversicherungsrecht der besonderen Wirkungsweise der Mittel und Methoden der Naturheilkunde und der Vielfalt der therapeutischen Ansätze Rechnung.

Allerdings müssen auch für Naturheilverfahren die Voraussetzung des § 135 SGB V, also der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nachgewiesen werden. Hier werden wir noch viele Wirksamkeitsstudien brauchen.

Welche Möglichkeiten sehen Sie, durch gesetzgeberische Maßnahmen, z. B. durch Einbeziehung in den Pflichtleistungskatalog der GKV, die klassischen Naturheilverfahren für die Prävention zu nutzen?

Wissenschaftlich gut beleuchtet sind bislang die „klassischen“ Naturheilverfahren: Hydro- und Balneotherapie, Bewegungstherapie, Ernährungstherapie, Phyto- und Ordnungstherapie, die vornehmlich durch das Wirken Pfarrer Kneipps im 19. Jahrhundert wiederentdeckt wurden. Die Bayerische Staatsregierung hat im Rahmen der High-Tech-Offensive des Freistaates Bayern die Errichtung der „Sebastian Kneipp Institut GmbH“ in Bad Wörishofen gefördert. In dieser Einrichtung werden neben Information, Kommunikation, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Naturheilverfahren auch wissenschaftliche Untersuchungen über die Effizienz von Naturheilverfahren durchgeführt.

III) Kur- und Rehabilitation

Unterstützen Sie Bestrebungen, in den nächsten Gesetzesnovellierungen den Begriff „Kur“ wieder aufzuführen?

Beabsichtigen Sie, bei der nächsten Gesetzesreform Kur und Reha als Pflichtleistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen?

Welche Maßnahmen unterstützen Sie zur Stärkung der ambulanten Badekur?

Es macht wenig Sinn, die Bedeutung einer Leistung an Begrifflichkeiten festzumachen. Für die Bayerische Staatsregierung haben medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach wie vor einen hohen Stellenwert. Von daher kann keine Rede davon sein, diese Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen. In der Gesetzlichen Rentenversicherung ist der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ ohnehin fester Bestandteil des Leistungsrechts.

Ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen müssen im Sinne der Richtschnur „ambulant vor stationär“ wieder stärkeres Gewicht erhalten. Es ist vorstellbar, dass den Krankenkassen zukünftig ermöglicht wird, den Zuschuss zu den übrigen Kosten (also Unterbringung und Verpflegung, Kurtaxe usw.) einer Kur, die eine qualitativ hochwertige Behandlung leistet, durch Satzungsbestimmung zu erhöhen. Denn gerade derjenige, der heute solche Leistungen in Anspruch nimmt, stellt seine Ei-

genverantwortung für seine Gesundheit in besonderem Maße unter Beweis. Ein solches Gesundheitsbewusstsein sollte gefördert und nicht durch minimale Zuwendungen zunichte gemacht werden.

Schließlich sollten aber auch die Abschaffung der Regelkurdauer und des Wiederholungsintervalls in die Überlegungen mit einbezogen werden. Entscheidend hierfür muss allein der Gesundheitszustand des Patienten sein. Starre Zeiträume werden den gesundheitlichen Bedürfnissen nicht gerecht und wirken in der Regel kontraproduktiv.

IV) Abwanderung von Kurpatienten ins Ausland

Wie sehen Sie die Chance zur Einführung von Qualitätsstandards, die vor allem im Bereich der Kur bzw. Kurortmedizin Vergleiche mit anderen EU-Ländern zulassen?

Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Ausland können nach dem geltenden Recht von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht genehmigt werden. Die Durchführung einer solchen Leistung kann jedoch dann in Frage kommen, wenn eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung im Inland nicht möglich ist. Dabei ist allerdings zu beachten, dass das Leistungsrecht des anderen EU-Staates eine vergleichbare Leistung überhaupt vorsieht.

Angesichts eines Trends zu stärkerer Nutzung medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ist es wichtig, sich auf multilateraler Ebene über Qualitätsstandards in diesem Bereich zu unterhalten, zumal sich auch im Inland die Frage nach der Qualität einer Leistung generell verstärkt stellen wird.

Gerade darin liegt aber auch eine Chance für die deutschen Kurorte: Medizinische Qualität Hand in Hand mit landschaftlicher Attraktivität, reichhaltigen kulturellen Angeboten, eine intakte Landschaft mit günstigen Verkehrsanbindungen, können unschlagbare Wettbewerbsfaktoren eines Gesundheitsstandortes darstellen. Gefragt sind professionelle Marketingstrukturen für das In- und Ausland, um Patienten aus dem Einzugsbereich zu halten und neue Patienten aus anderen Regionen dazu zu gewinnen.

Antwort des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommerns

I) Prävention

Welche Maßnahmen zur Umsetzung sollten konkret ergriffen werden, um diese ggf. zur Pflichtleistung der Krankenkassen zu machen?

Prävention ist bereits Pflichtleistung (§ 20 SGB V). Es hat sich aber nicht bewährt, primär präventive, gesundheitsfördernde Aktivitäten, die zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen, den Kassen zu überlassen, weil durch den Wettbewerb gemeinschaftliches Vorgehen erschwert wird. Daher der Vorschlag der AG „Prävention Runder Tisch“: Primärprävention für bestimmte Zielgruppen über eine Stiftung finanzieren. Diese Stiftung sollte dann auch durch die Mittel der Kassen aus § 20 SGB V finanziert werden.

Prävention sollte ebenso durch gesonderte Steuerabgaben, z. B. von Unternehmen, die mit ihren Produkten eine Vielzahl von Krankheiten verursachen, wie Zigaretten- und Alkoholindustrie, bezahlt werden.

Welche Präventionsstrategien verfolgen Sie in der Schweriner Landesregierung?

Es ist eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik erforderlich. Die Vorgehensweise sollte dabei sinnvollerweise zielgruppenspezifisch sein. Den einzelnen Einrichtungen muss es ermöglicht werden, über Gemeinschaftsfinanzierungen eine gesteigerte Effizienz zu erzielen. Mit den anderen Ländern und der Bundesregierung muss eine nationale Abstimmung über die gewünschten Prioritäten erreicht werden, zudem muss der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gestärkt werden.

II) Naturheilverfahren

Worin sehen Sie die Unterschiede zwischen klassischen Naturheilverfahren und Trendanwendungen mit mehr oder weniger natürlichen Grundlagen?

Hier ist keine klare Abgrenzung möglich. Grundsätzlich gilt aber: Bei klassischen Naturheilverfahren ist die Wirksamkeit durch Erfahrungen erwiesen, bei Trendanwendungen nicht.

Welche Möglichkeiten sehen Sie, durch gesetzgeberische Maßnahmen, z.B. durch Einbeziehung in den Pflichtleistungskatalog der GKV, die klassischen Naturheilverfahren für die Prävention zu nutzen?

Die Möglichkeiten dafür sind im SGB V gegeben. Nach § 2 des SGB V sind außerdem Behandlungsmethoden der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen.

III) Kur und Rehabilitation

Unterstützen Sie Bestrebungen, in den nächsten Gesetzesnovellierungen den Begriff „Kur“ wieder aufzuführen?

Aus fachlicher Sicht ist der Begriff Vorsorge- und Reha-Maßnahme vollkommen akzeptiert und sollte nicht wieder ersetzt werden. Gerade um durch Trendanwendungen nicht zu neuen Unschärfen zu kommen, sollte der Begriff Kur nicht im Gesetz verwendet werden.

Beabsichtigen Sie, bei der nächsten Gesetzesreform Kur und Reha als Pflichtleistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen?

Vorsorge- und Reha-Maßnahmen sollte nicht aus der GKV-Leistungspflicht genommen werden. Ein ganzheitlicher Gesundheitsansatz ist erforderlich.

Welche Maßnahmen unterstützen Sie zur Stärkung der ambulanten Badekur?

Ambulante medizinische Versorgungsleistungen können nach § 23 SGB V auch wohnortfern in anerkannten Kurorten durchgeführt werden. Diese Möglichkeit soll weiterhin erhalten bleiben. Die finanziellen Rahmenbedingungen sind so auszugestalten, dass Versicherte diese Leistungen bezahlen können.

Die Erhöhung des täglichen Zuschusses wäre wünschenswert, da sich die tatsächliche Kostenentwicklung in den letzten Jahren nicht in der Anpassung des Zuschusses widerspiegelt.

IV) Abwanderung von Kurpatienten ins Ausland

Wie sehen Sie die Chance zur Einführung von Qualitätsstandards, die vor allem im Bereich der Kur bzw. Kurortmedizin Vergleiche mit anderen EU-Ländern zulassen?

Erste Ansätze sind hierfür vorhanden. Mecklenburg-Vorpommern unterstützt das Anliegen, international vergleichbare Standards zu schaffen, ausdrücklich. Im Januar 2002 fand in Rostock Warnemünde ein internationaler Kongress zur Thalasso-Therapie statt, auf dem einheitliche Qualitätskriterien für diese Therapie verabredet wurden.

Antwort der CDU/CSU-Bundestagsfraktion durch Wolfgang Lohmann MdB, gesundheitspolitischer Sprecher

I) Prävention

Welche Maßnahmen zur Umsetzung sollten konkret ergriffen werden, um diese ggf. zur Pflichtleistung der Krankenkassen zu machen?

Prävention umfasst alle Sektoren des gesellschaftlichen Lebens. Aus diesem Grunde ist Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu definieren und als solche auch zu vermitteln. Diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe kann nicht allein von der gesetzlichen Krankenversicherung geschultert werden. Allerdings muss die gesetzliche Krankenversicherung in ihrem Leistungskatalog vermehrt auf Prävention und Früherkennung ausgerichtet werden. Deshalb sollte hierzu ein Bonussystem gesetzlich verankert werden.

Welche Präventionsstrategien verfolgen Sie in Ihrer Partei?

Wenn die Prävention gesamtgesellschaftlich neu verankert werden soll, dann sind drei wesentliche Maßnahmen einzuleiten. An erster Stelle steht die Vorbereitung und Durchführung eines umfassenden, ressortübergreifenden „Aktionsprogramms Prävention“ und die Entwicklung von Strategien im Sinne einer Bündelung von Ressourcen gemeinsam mit den zuständigen Stellen und Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Als zweites ist eine Harmonisierung der unterschiedlichen Präventionsbegriffe in den Gesetzen erforderlich. Über die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung hinaus lassen sich nämlich auch Vorschriften zur Prävention im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung am Arbeitsplatz, im Behindertenrecht, in öffentlichen Einrichtungen, in Schulen und Kindergärten finden. Auch die Rentenversicherung und das Bundessozialhilfegesetz enthalten Regelungen, die präventive Inhalte und Leistungen tangieren.

Schließlich ist die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit eine zugleich gesellschaftliche wie individuelle Aufgabe. Kein Gesundheitswesen der Welt kann darauf verzichten, dass sich jeder Versicherte auch selbst um seine Gesundheit kümmert. Großes Gewicht kommt daher der Verhaltensprävention zu. Neben dem Zugewinn an Gesundheit, müssen daher finanzielle Anreize gesetzt werden, die gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten fördern und belohnen, zum Beispiel die Ermäßigung von Zuzahlungen in bestimmten Leistungsbereichen, die Ermäßigung des Beitragssatzes oder die Beitragsrückgewähr.

II) Naturheilverfahren

Worin sehen Sie die Unterschiede zwischen klassischen Naturheilverfahren und Trendanwendungen mit mehr oder weniger natürlichen Grundlagen?

Diese Frage wird man nur über Qualitätskriterien und -standards beantworten können.

Welche Möglichkeiten sehen Sie, durch gesetzgeberische Maßnahmen, z. B. durch Einbeziehung in den Pflichtleistungskatalog der GKV, die klassischen Naturheilverfahren für die Prävention zu nutzen?

CDU und CSU haben sich in ihrem gemeinsamen Wahlprogramm für ein Optionsmodell ausgesprochen. Wir möchten, dass die Versicherten in Zukunft über den Versicherungsumfang eigenverantwortlich bestimmen. Sie sollen selbst entscheiden, ob es bei dem bisherigen Leistungsumfang mit dem bisherigen Beitragssatz bleibt oder sie darüber hinausgehend Leistungen zu einem höheren Beitragssatz haben oder gegen einen niedrigeren Beitragssatz auf Leistungen verzichten oder stattdessen einen Selbstbehalt vereinbaren wollen. Die Tatsache, dass gegenüber dem bisherigen Leistungskatalog auch die Zuwahl von Leistungen möglich sein soll, ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Versicherten vielfach kritisieren, dass Naturheilverfahren nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abgesichert sind. Diese Kritik hat die Union mit ihrem Optionsmodell aufgegriffen.

III) Kur und Rehabilitation

Unterstützen Sie Bestrebungen, in den nächsten Gesetzesnovellierungen den Begriff „Kur“ wieder aufzuführen?

Der Begriff Kur ist vielfach missverständlich verwendet worden. Deshalb sollte man bei dem Begriff „medizinische Vorsorgeleistungen“ bleiben.

Beabsichtigen Sie, bei der nächsten Gesetzesreform Kur und Reha als Pflichtleistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen?

Diese Überlegungen schließe ich aufgrund unseres Wahlprogramms aus.

Welche Maßnahmen unterstützen Sie zur Stärkung der ambulanten Badekur?

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion hat gemeinsam mit der Koalition zu dem Gesetzentwurf zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen Änderungsanträge eingebracht, die zu einer deutlichen Verbesserung der Situation bei den ambulanten Vorsorgekuren führen werden. Damit werden Prävention und Eigenverantwortung der Versicherten deutlich gestärkt. Bei den Änderungen ging es einmal darum, auch neben der Erhöhung des Zuschusses bei Erwachsenen den Zuschuss für Kuren bei Kindern von gegenwärtig 16 auf 21 Euro zu erhöhen und die Befristung der Regelkurdauer auf max. 3 Wochen zu beenden sowie das Wiederholungsintervall für die Beantragung einer ambulanten Kur von 4 auf 3 Jahre zu verkürzen. Es freut uns, dass die Koalition sich damit auf die Position der Union zu bewegt hat und der Gesetzentwurf noch vor der Sommerpause vom Deutschen Bundestag verabschiedet werden kann.

IV) Abwanderungen von Kurpatienten ins Ausland

Wie sehen Sie die Chance zur Einführung von Qualitätsstandards, die vor allem im Bereich der Kur bzw. Kurortmedizin Vergleiche mit anderen EU-Ländern zulassen?

Da ein dem deutschen Kurwesen vergleichbares Kurwesen in den übrigen europäischen Mitgliedsstaaten nicht existiert, halte ich es eher für unwahrscheinlich, dass über EU-Richtlinien Qualitätsstandards gesetzt werden. Es ist jedoch immer sinnvoll, wenn die Qualitätsstandards von der Kurortmedizin selbst gesetzt und von ihr im Wettbewerb mit anderen Kureinrichtungen offensiv nach vorne getragen werden.

Antwort der FDP-Bundestagsfraktion durch Dr. Dieter Thomae MdB, gesundheitspolitischer Sprecher

I) Prävention

Welche Maßnahmen zur Umsetzung sollten konkret ergriffen werden, um diese ggf. zur Pflichtleistung der Krankenkassen zu machen?

Welche Präventionsstrategien verfolgen Sie in Ihrer Partei?

Prävention kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Menschen mitziehen. Sie müssen ihre Verhaltensweisen ändern. Gesunde Ernährung, nicht rauchen, nicht übermäßig trinken, viel Bewegung, Teilnahme an Impfungen und an Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen, um nur ein paar Punkte zu nennen. Das bedeutet, dass die Menschen Informationen darüber brauchen, wie sie sich möglichst gesundheitsbewusst verhalten und sie benötigen Anregungen, ihr Verhalten entsprechend zu ändern. Die Schaffung eines Bewusstseins für den eigenen Körper und die Freude an der eigenen Leistungsstärke sind Grundvoraussetzungen dafür, dass Menschen Prävention nicht nur als lästige Pflicht, sondern als wohltuend empfinden. Es lohnt sich in jedem Alter die Potenziale auszuschöpfen. Der betrieblichen Gesundheitsförderung kommt eine große Bedeutung zu. Das haben mittlerweile auch viele Arbeitgeber erkannt. Besonders kommt es aber darauf an, bereits in Kindergärten und Schulen damit anzufangen, durch entsprechende Ernährungsangebote, durch Bewegungsstunden, durch Methoden zur Stressbewältigung und so fort. Finanzielle Anreize wie Boni, Beitragsrückgewähr, Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen können helfen, die Bereitschaft zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu wecken und zu erhalten.

Auf der anderen Seite möchte ich klarstellen, dass mit der Prävention allein die Mehrbelastungen durch Demografie und medizinischen Fortschritt, die auf das Gesundheitswesen und die Pflegeversicherung zukommen, nicht in den Griff zu bekommen sind. Epidemiologische Studien zeigen vielmehr, dass die Verhinderung spezifischer Erkrankungen durch Prävention nur bei vergleichsweise wenigen Menschen dazu führt, dass sie bis ins hohe Alter gesund bleiben. Die meisten erkranken stattdessen - allerdings zeitlich gesehen durchschnittlich später - an einer anderen Krankheit. Daher ist Prävention kein Zaubermittel gegen steigende Gesundheitskosten, sondern in aller erster Linie ein Mittel, um die Lebensqualität der Menschen zu fördern und zu steigern.

II) Naturheilverfahren

Worin sehen Sie die Unterschiede zwischen klassischen Naturheilverfahren und Trendanwendungen mit mehr oder weniger natürlichen Grundlagen?

Welche Möglichkeiten sehen Sie, durch gesetzgeberische Maßnahmen, z.B. durch Einbeziehung in den Pflichtleistungskatalog der GKV, die klassischen Naturheilverfahren für die Prävention zu nutzen?

Die FDP hat sich schon immer für Naturheilverfahren stark gemacht. Umfragen zeigen, dass ein großer Teil der Bevölkerung Naturheilverfahren zumindest als Ergänzung zur Schulmedizin nicht missen will. Gerade auch im Bereich der eigenverant-

wortlichen Prävention, die die gesamte Lebensführung des Menschen einschließt, hat die Naturheilkunde mit ihrem ganzheitlichen Ansatz eine entscheidende Aufgabe und daher einen festen Stellenwert in unserem Gesundheitswesen.

Genau wie in der Schulmedizin, dürfen in der GKV aber nur solche Naturheilverfahren erstattet werden, deren therapeutischer Nutzen belegt werden kann. Ich begrüße deshalb sehr, wenn auf dem Gebiet der Qualitätssicherung gearbeitet wird. Lehrstühle für die Naturheilkunde gehören hierzu ebenso wie Wirksamkeitsstudien und die Weiterbildung der Behandler.

Die FDP hat bei der Verabschiedung ihres Wahlprogramms noch einmal ganz deutlich gemacht, wie wichtig ihr die Naturheilkunde ist. Wir fordern, dass es einen qualitätsorientierten Wettbewerb schulmedizinischer und alternativer Heil- und Behandlungsmethoden geben und dass in diesem Zusammenhang Chancengleichheit herrschen muss. Wir begrüßen die Pilotprojekte verschiedener Krankenkassen, alternative Heilmethoden anzubieten und fordern, den Krankenkassen hier größere Spielräume einzuräumen.

Ferner wendet sich die FDP entschieden gegen die Positivliste, die spätestens 2003 kommen soll. Für die Therapie ist es von großer Bedeutung, den Arzneischatz und das gerade in Deutschland sehr gut ausgeprägte Erfahrungswissen im Bereich der naturheilkundlichen Arzneimittel zu erhalten und zu fördern. Eine Positivliste gefährdet die Therapiefreiheit in diesem Bereich und wird deshalb von der FDP konsequent abgelehnt.

Für die FDP ist der Pluralismus in der Medizin von großer Wichtigkeit. Arzt und Patient müssen gemeinsam über die Therapie zum Wohle des Patienten entscheiden können. Daher lehnen wir es entschieden ab, ganze Therapieformen auf administrativen Wege von der Erstattung auszuschließen.

III) Kur und Rehabilitation

Unterstützen Sie Bestrebungen, in den nächsten Gesetzesnovellierungen den Begriff „Kur“ wieder einzuführen?

Der Begriff allein bewirkt wenig. Mir ist wichtig, dass präventive und rehabilitative Maßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert im Sozialgesetzbuch erhalten.

Beabsichtigen Sie bei der nächsten Gesetzesreform Kur und Reha als Pflichtleistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen?

Nein, das beabsichtigen wir nicht. Zwar hält die FDP aufgrund der Herausforderungen des demografischen Wandels und des medizinisch-(technischen) Fortschritts eine Begrenzung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung auf das medizinisch unbedingt Notwendige für sinnvoll. Das gilt aber nicht für die aus medizinischen Gründen erforderliche Kur und Rehabilitation.

Welche Maßnahmen unterstützen Sie zur Stärkung der ambulanten Badekur?

Deutschland nimmt im Kur- und Heilbäderwesen weltweit eine Spitzenfunktion ein. Ziel muss es sein, die Kurorte mit ihren Angeboten zu festigen. Dazu gehören hochqualifizierte Rehabilitationsangebote genauso wie ein breitgefächertes Fitness- und Wellness-Angebot im privaten Bereich. Die Kurorte besitzen dafür die besten Vor-

aussetzungen. Zum einen verfügen sie über eine gute Infrastruktur (Lage, geringe Umweltbelastung, schöne Gebäude und ein herausragendes Ambiente). Zum anderen sind immer mehr Bürger bereit, sich „ihre Gesundheit etwas kosten zu lassen“. Daher sind die Heilbäder und Kurorte prädestiniert Angebote in den Bereichen der Prävention und Rehabilitation bis hin in den Bereich Wellness zu erbringen.

IV) Abwanderung von Kurpatienten ins Ausland

Wie sehen Sie die Chance zur Einführung von Qualitätsstandards, die vor allem im Bereich der Kur bzw. Kurortmedizin Vergleiche mit anderen EU-Ländern zulassen?

Die deutschen Kurorte brauchen eine Harmonisierung im europäischen Raum nicht zu fürchten. Wir verfügen in der Bundesrepublik über ein einzigartiges Rehabilitationssystem, insbesondere auch in der stationären Versorgung. Die europäische Konkurrenz aus Italien, Spanien, Portugal usw. ist, insbesondere was die Qualitätssicherung anbelangt, lange noch nicht soweit. Ich sehe deshalb große Chancen für die deutschen Kurorte und Heilbäder im europäischen Prozess.

Wichtig wird aber sein, die Kurorte und Heilbäder mit einer erlebnisorientierten und flexiblen Angebotsinfrastruktur zu bereichern und die deutschen Kurorte und Heilbäder sowohl im inländischen als auch im ausländischen Markt besser zu vermarkten und dafür zu sorgen, dass das Ansehen der deutschen Kurorte und Heilbäder weiter verbessert wird.

Antwort der Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen durch K. Göring-Eckardt MdB, gesundheitspolitische Sprecherin

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als eines der Besten der Welt. Für alle Versicherten steht ein im internationalen Vergleich modernes, finanziell gut ausgestattetes und vor allem flächendeckendes Versorgungsnetz bereit. Niemand muss in Deutschland Angst haben, eine schwere Krankheit nicht behandeln lassen zu können oder dadurch arm zu werden.

Das Solidarprinzip der GKV prägt unsere Gesellschaft und ist ein elementarer Bestandteil der sozialen Marktwirtschaft und damit ein wesentlicher Standortfaktor. Egal wie alt oder jung jemand ist, egal ob reich oder arm, ob Frau oder Mann, egal ob chronisch krank oder „fit“ - unser Gesundheitssystem muss allen gleichermaßen zur Verfügung stehen, heute und in Zukunft. Um dieses hohe Gut auch für die Zukunft zu sichern, muss unser System ständig an gewandelte Ansprüche der Versicherten, an den medizinischen Fortschritt und an die gesellschaftlichen Veränderungen angepasst werden. Eine vollständige Abkehr vom bisherigen System wäre jedoch ein Rückschritt. Ein Systemwechsel stellt zudem keine realistische Perspektive dar.

Das heißt aber nicht, dass nicht große – und durchaus unbequeme - Schritte unternommen werden müssen. Denn manche Probleme unseres Gesundheitssystems sind nicht von der Hand zu weisen. Die Anforderungen an die Gesetzliche Krankenversicherung steigen seit Jahren überproportional, während zugleich die Finanzierungsbasis weiter abnimmt. Mit dem zur Verfügung stehenden Geld wird oftmals nicht sorgsam umgegangen und in einigen Bereichen weist die Qualität der Versorgung deutliche Mängel auf. Sowohl die Finanzierung der GKV, wie auch die offenkundigen Defizite bei der Zielgenauigkeit der Versorgung, verlangen beherrzte Reformen.

Ursachen für den erhöhten Reformbedarf - Gesellschaftliche Veränderungen wirken auf die Finanzierungsbasis

In Deutschland wurden 1996 insgesamt 525,6 Mrd. DM für Gesundheit ausgegeben. Von diesen 525,6 Mrd. DM trug die GKV ca. 46,5 %. Den restlichen Anteil teilten sich Arbeitgeber, öffentliche Haushalte, private Haushalte, Rentenversicherung, Private Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Unfallversicherung. Dies macht deutlich, dass die GKV schon lange nicht mehr allein für die Erhaltung der Gesundheit aufkommt.

Die absoluten Beitragseinnahmen der GKV sind von 180,2 Mrd. DM im Jahr 1991 auf 269 Mrd. DM im Jahr 1997 gestiegen. Diese Erhöhung kommt durch das veränderte Lohnniveau zustande. Die Neuen Bundesländer haben daran einen besonders hohen Anteil, da die dortigen Einkommen in diesem Zeitraum überproportional angewachsen sind.

Was zunächst wie eine beträchtliche Steigerung der zur Verfügung stehenden Mittel aussieht, wird allerdings bei der Betrachtung des Verhältnisses der GKV-Einnahmen

zum Bruttonationaleinkommen deutlich relativiert. Denn bezogen auf die jeweiligen Preise stiegen die Ausgaben von 1991 bis 1997 von 6,5 auf 6,7 % des Bruttonationaleinkommen. Der Anteil am Bruttonationaleinkommen, der für Gesundheit ausgegeben wird, hat sich von 1991 bis 1997 also kaum verändert.

Obwohl die Einnahmen der GKV in bezug auf das Bruttonationaleinkommen kaum gestiegen sind, haben sich die durchschnittlichen Beitragsätze von 8,2 % im Jahr 1970 auf 13,6 % im Jahr 1998 erhöht. Ein Grund hierfür ist, dass sich die Quellen der Einkommen der Bevölkerung von abhängigen Beschäftigungsverhältnissen verstärkt hin zu anderen Einkommensarten entwickelt haben. Anzuführen wären beispielsweise Einkommen aus Vermietung, Verpachtung und Kapitaleinkünften.

Der demografische Wandel beeinträchtigt Finanzierung und Leistungen. Nach Angaben der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ wird die Lebenserwartung bis zum Jahr 2050 bei Männern und Frauen um 4 Jahre höher liegen als heute. Bei gleichbleibend niedrigem Geburtenniveau führt dies allerdings dazu, dass es immer weniger junge und immer mehr ältere Menschen geben wird. Heute sind 21,3 % der Bevölkerung Deutschlands jünger als 20 Jahre. In einem halben Jahrhundert wird diese Quote nur noch 16,3 % betragen. Andererseits werden bereits im Jahr 2040 40 % der deutschen Bevölkerung 60 Jahre und älter sein.

Das Gesundheitssystem ist durch diese Entwicklung zunehmenden finanziellen Belastungen ausgesetzt. Zum einen sinken aufgrund des geringeren Einkommensniveaus der Rentner die Beitragseinnahmen der GKV, zum anderen steigen auch die durchschnittlichen Ausgaben für die medizinische Versorgung. Von den etwa 71,3 Millionen Versicherte in der GKV zahlten ein Drittel keine eigenen Beiträge. Das Solidarprinzip ist außerdem durch die Alterung der Bevölkerung neuen Belastungen ausgesetzt.

Dies wird über die damit verbundenen Finanzierungsfragen hinaus auch Veränderungen bei der Leistungsfähigkeit des Systems verlangen. Denn eine steigende Zahl älterer Menschen wird den Bedarf an Behandlung chronischer Krankheiten drastisch erhöhen, und gerade hier liegen bekannte Qualitätsdefizite im deutschen Gesundheitswesen. Darüber hinaus wird der Bedarf an qualifizierter Pflege im ambulanten ebenso wie im stationären Bereich steigen. Ein Gesundheitswesen, das die Pflege in der Vergangenheit sträflich gering schätzte, ist darauf nicht in angemessener Weise vorbereitet.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung ist ein erster wesentlicher Schritt zur Entlastung sozialer Systeme erreicht worden. Weitere Grundsteine wurden bereits mit der Gesundheitsreform 2000 gelegt. Die eingeführte Integrierte Versorgung, Case Management sowie Evidenz basierte Behandlungsleitlinien müssen kontinuierlich zur regelmäßigen Versorgung ausgebaut werden.

Die angesprochenen Probleme zeigen, dass wir uns offensiv mit der Zukunft des deutschen Gesundheitswesens auseinandersetzen müssen. Wir müssen überlegen, welche Möglichkeiten es gibt, die Finanzierungsbasis zu verbreitern, die GKV von versicherungsfremden Leistungen zu entlasten und zugleich eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle zu gewährleisten. Bereits begonnene Reformschritte, wie die Stärkung der Patientinnen und Patienten, die Einführung betriebswirtschaftlicher In-

strumente aber auch die Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Behandlungsmethoden müssen evaluiert und fortgeführt werden.

Bevor jedoch eine solche Gesundheitsreform von politischer Seite durchgeführt werden kann, muss die seit 1999 verstärkt geführte gesellschaftliche Diskussion darüber, wie viel wir für die Erhaltung unserer Gesundheit auszugeben bereit sind und welche Veränderungen in der GKV vorgenommen werden müssen, abgeschlossen werden. Bei der Umsetzung eines solchen gesellschaftlichen Konsenses darf zum einen die Politik in Bund und Ländern nicht zurückschrecken vor den Einzelinteressen der verschiedensten Interessengruppen und müssen Bund und Länder zum anderen ihre jeweiligen Interessen dem Gemeinwohl unterordnen.

Lösungen

1. Finanzierungsbasis der GKV zeitgemäß gestalten

Bei der weiteren Reformierung der GKV ist zunächst eine grundsätzliche Entscheidung darüber zu treffen, ob die jetzige Beitragspflicht auch auf andere Einkommensarten ausgedehnt werden soll. Wir halten ein Festhalten an der alleinigen Einbeziehung von erwerbsabhängigen Einkommen für nicht mehr zeitgemäß. Auch das Bundesverfassungsgericht hat in einem Urteil aus dem Jahre 2000 die Einbeziehung anderer Einkommensarten für nicht verfassungswidrig erklärt. Hierzu ist jedoch gesellschaftlicher Konsens notwendig.

Bei einem solch tiefgreifenden Reformschritt geht es nicht darum, lediglich mehr Geld für das System zu erwirtschaften. Vielmehr muss die GKV an die gesellschaftlichen Veränderungen angepasst und zeitgemäß strukturiert werden. Unser Gesundheitssystem beruht seit jeher auf der Idee von Solidarität. Es darf nicht angehen, dass den finanziell schwächeren Mitglieder der Gesellschaft keine gesundheitliche Versorgung bereitgestellt werden kann, nur weil die Finanzierung der GKV auf veralteten Einkommensmustern basiert.

Ein solcher Reformschritt bedeutet eine gerechtere Finanzierung des Systems – es dürfen keine Vor- oder Nachteile nur aufgrund einer bestimmten Einkommenszusammensetzung entstehen. Vor allem kann so der durchschnittliche Beitragssatz aller gesenkt werden. Dadurch würden auch die Lohnnebenkosten gesenkt und damit die Wettbewerbsfähigkeit des Standortes Deutschland gestärkt. Deshalb ist eine solche Reform nicht nur ein Gebot der Fairness, sondern vor allem auch positiv für den Arbeitsmarkt.

2. Wirtschaftlichkeit steigern

Unabhängig von einer Reform der Finanzierungsbasis wird sich an der Tatsache, dass die Mittel in der GKV begrenzt sind, nichts ändern. Somit gilt für die Krankenkassen ebenso wie für die Leistungserbringer, mit den gegebenen Mitteln möglichst viele und vor allem wirksame Gesundheitsleistungen zu erbringen. Hierzu ist es notwendig, auch im Gesundheitswesen betriebswirtschaftliche Betrachtungsweisen und Grundsätze einzuführen und auszubauen.

Strukturen der Leistungserbringer hinterfragen

Noch vor wenigen Jahren konnte eine Vielzahl von Krankenhäusern die entstehenden Kosten weder bestimmten Patienten noch einzelnen Leistungen zuordnen. Mit der Einführung der „Disease Related Groups“ (DRG) sind die Krankenhäuser nun gezwungen, ihre Kosten und Leistungen zu kontrollieren. Es verwundert nicht, dass einige Häuser feststellen mussten, wie gering der Anteil der Gesamtkosten ist, der unmittelbar für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Dafür wurde deutlich, wie viel Geld für die Bereitstellung und Aufrechterhaltung der Infrastruktur benötigt wird.

Auf Basis dieser Erkenntnisse beginnen viele Krankenhäuser nun, ihre Organisation zu ändern. Starre Strukturen, wie die strikte Abteilungsgliederung, werden aufgebrochen. Tageskliniken erbringen Leistungen, die immer mehr ambulanten Charakter haben. Zentral bleibt bei der Änderung der Organisationsstrukturen die Entlastung der Pflegekräfte und die Einbeziehung von deren Kompetenz bei Neuordnungen jeder Art.

Auch im ambulanten Bereich ist der Einsatz von betriebswirtschaftlichen Instrumenten notwendig. Dabei geht es genau wie im Krankenhaus darum, den Patientinnen und Patienten mit den gegebenen Mitteln eine optimale Versorgung zu bieten. Ergebnisse einfacher Messungen zeigen beispielsweise, daß krasse Missverhältnis zwischen der Zeit für persönliche Zuwendung eines Arztes und dem Zeitbedarf für Abrechnungs- und sonstige Aufgaben. Falsche finanzielle Anreize innerhalb der herrschenden Abrechnungssysteme lassen Gespräche zwischen Arzt und Patient zum Luxus werden.

Hier muss eine Gesundheitsreform dringend Vereinfachungen und Umgewichtungen bringen. Außerdem führt das undurchschaubare Gestrüpp von Abrechnungsregeln automatisch zu Reibungsverlusten, vermutlich in Milliardenhöhe, die sinnvoll für die Patientinnen und Patienten eingesetzt werden müssen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen dazu angehalten werden, ihre Verteilungsschlüssel an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen, nötigenfalls durch eine gesetzliche Regelung.

Natürlich können betriebswirtschaftliche Kennziffern nicht über die medizinische Eignung bestimmter Methoden entscheiden. Sie dienen vielmehr dazu, Schwachstellen in der Organisation und die daraus resultierenden Wirtschaftlichkeitsreserven zu lokalisieren und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Strukturen der Krankenkassen neu gestalten

Auch bei den Krankenkassen herrscht in keiner Weise Kostentransparenz. Der heute geführte Wettbewerb um so genannte „günstige Risiken“ entzieht der GKV beträchtliche Kapazitäten. Allein der Wechsel der Versicherten zu Krankenkassen mit einem niedrigeren Beitrag entzieht dem Gesamtsystem Geld, welches durch allgemeine Beitragserhöhungen zeitversetzt von allen Versicherten wieder getragen werden muss. Davon abgesehen kostet die Umwerbung der Zielgruppen Millionen. Eine künftige Reform muss es den Krankenkassen ermöglichen, einen umfassenden Ü-

berblick über ihre Kostenstruktur zu erhalten. Dabei darf der Persönlichkeitsschutz der Patientinnen und Patienten nicht gefährdet werden.

Es muss sichergestellt sein, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein qualitätsorientierter ist. Für die Patientinnen und Patienten müssen Qualitätsmerkmale die zentralen Kriterien für die Krankenkassenwahl werden. Dazu gehören neben bestimmten Präventionsprogrammen vor allem Beratungsleistungen und persönliche Betreuung, aber auch die Bereitstellung von integrierten Versorgungssystemen. Das bedeutet konkret, dass sich nach unseren Vorstellungen der Leistungskatalog der Krankenkassen in Zukunft unterscheiden wird. Bereits bestehende gesetzliche Möglichkeiten sind diesbezüglich so weiter zu entwickeln, dass sie nicht an den Interessen einzelner Akteure scheitern.

Außerdem muss den Krankenkassen ermöglicht werden, mit einzelnen Ärzten und Krankenhäusern Verträge abzuschließen. Das gilt vor allem dort, wo Ärzte und Krankenhäuser verbindlich zusammenarbeiten. Die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung ist dabei stets zu berücksichtigen. Die seit der Gesundheitsreform 2000 bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen durch die Selbstverwaltung zügig umgesetzt werden. In einem weiteren Reformschritt soll das Instrument der Selbstverwaltung gestärkt und die Möglichkeiten der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen ausgebaut werden.

3. Leistungen differenzieren

Eine Gesundheitsreform muss nicht nur an der Finanzierungs- und Kostenseite ansetzen, sondern auch an der Seite der Leistungen.

Der medizinisch-technische Fortschritt wirkt innerhalb des Gesundheitsmarktes auf unterschiedlichste Art und Weise. Neue Behandlungsmethoden versprechen nicht nur kürzere Genesungszeiten, sie machen bestimmte Krankheiten überhaupt erst behandelbar. Aber nicht alle diese Methoden sind medizinisch sinnvoll und bringen ein Mehr an therapeutischem Nutzen - und um den geht es ja. Häufig bleiben zudem neben neuen wirksamen Behandlungsmethoden alte, erwiesenermaßen weniger wirksame oder unwirksame, Bestandteil des Leistungskataloges.

In manchen Bereichen haben wir ein höheres Angebot an Leistungen, als es sinnvoll wäre. Der Sachverständigenrat spricht hier von einer Überversorgung. Zugleich herrscht aber eine Unterversorgung hinsichtlich der medizinisch notwendigen Leistungen - wie zum Beispiel bei der Dialysebehandlung. Diesem Missverhältnis muss entgegengesteuert werden. Durch einen Abbau von Überkapazitäten müssen die notwendigen Mittel für die unterversorgten Bereiche bereitgestellt werden. Das Gutachten des Sachverständigenrats gilt dabei als Messlatte für die Politik und alle Beteiligten.

Neben der GKV wird der Markt für sogenannte Wellness- und ähnliche Leistungen künftig weiter ausgebaut werden. Dies ist ein Wirtschaftszweig, den es schon seit Jahrhunderten gibt und der durch den medizinisch-technischen Fortschritt und die spezialisierte Werbung, sowie das Bewusstsein in der Bevölkerung in den letzten Jahren revolutioniert wurde. Er ist gerade für die Leistungsanbieter ein wichtiges wirtschaftliches Standbein – auch in Bezug auf länderübergreifenden Wettbewerb – und soll sich in Zukunft deutlicher von der GKV abgrenzen können.

Auf der anderen Seite müssen den Patienten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung mehr Wahlmöglichkeiten bezüglich der Art und Weise ihrer Behandlung zugestanden werden. Das betrifft z.B. die Möglichkeit, sich für eine naturheilkundliche Behandlung zu entscheiden. Solche Behandlungsmethoden sind oftmals nicht nur effektiv und nachhaltig, sondern auch kostengünstig.

In Bezug auf die Leistungen wird die Aufgabe einer Gesundheitsreform also sein:

1. eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung, die alle medizinisch notwendigen Leistungen abdeckt, für alle zu gewährleisten;
2. flexibler hinsichtlich anerkannter Behandlungsmethoden, z.B. im Bereich der Naturmedizin, zu sein; und
3. gleichzeitig andere Leistungen außerhalb der GKV zu etablieren.

4. Rolle der Patientinnen und Patienten stärken

Der Gesundheitsmarkt ist kein Markt im herkömmlichen Sinne. Die Dreieckskonstellation zwischen Patient/Patientin, Leistungserbringer und Krankenkasse ist nicht mit regulären Marktverhältnissen vergleichbar. Die Stellung der Patientinnen und Patienten ermöglicht ihnen kaum, aus den Angeboten die für sie Geeigneten auszuwählen. Eine unabhängige Beratung können Ärzte und Krankenkassen nicht in jedem Fall leisten.

Um dennoch immer die für sie geeignete Leistung in Anspruch nehmen zu können und sich bewusst aktiv an der Behandlung zu beteiligen, bedarf es aufgeklärter Patientinnen und Patienten. Bei einer Fortentwicklung der GKV muss daher die unabhängige Patientenberatung flächendeckend gestärkt werden. Dabei geht es vor allem darum, dass die Patientinnen und Patienten Kenntnisse über Ihre Krankheit und anhand allgemeinverständlicher Behandlungsleitlinien auch über deren Behandlung erlangen. Das ist notwendig, damit die Patientinnen und Patienten unabhängig von medizinischen Maßnahmen ihre Behandlung aktiv unterstützen können. Insbesondere gilt dies für den Bereich individueller Präventionsmaßnahmen, aber auch für die gesundheitliche Aufklärung von Kindern und Jugendlichen.

Für die Patientinnen und Patienten ist der Hausarzt der wichtigste Ansprechpartner. Dieser muss als Vertrauensperson auch weiterhin frei gewählt werden können. Die Rolle der Patientinnen und Patienten kann auch hier gestärkt werden, indem die Möglichkeit geschaffen wird, sich individuell dafür zu entscheiden, dass ihr Hausarzt die erste Ansprechperson ist und sie sich durch ihn durch das Gesundheitssystem führen lassen. Ein gesonderter Hausarzttarif kann durch einen entsprechend niedrigeren Beitragssatz dafür Anreize schaffen. Ein derartiger „Lotse durch das System“ dämpft die Kosten und führt zu einer besseren Koordination in der Versorgung. So kann für die Patientinnen und Patienten mehr Sicherheit geschaffen werden, denn in seiner Funktion als zentraler Ansprechpartner muss der Hausarzt den Überblick darüber haben, was mit seinen Patienten geschieht.

Auch eine größere Akzeptanz und Honorierung der sogenannten „sprechenden Medizin“ berücksichtigt stärker die Bedürfnisse der Patienten und hilft gleichzeitig, Kosten zu sparen. Viele Krankheiten unserer modernen Zivilisationsgesellschaft sind psychisch bedingt. Organische Leiden können durch Aufklärung aber auch durch Zuwendung zu Patienten verhindert oder gelindert werden. Es bedarf häufig weder

einer Gerätemedizin noch der Verabreichung von Medikamenten. Ein ausführliches Gespräch mit dem Arzt des Vertrauens ist hier der beste Weg. Eine entsprechende Honorierung dieser Behandlungsmethoden muss den Bedürfnissen der Patienten angepasst werden.

5. Für eine ganzheitliche Gesundheitspolitik

Die Zukunftssicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nicht isoliert betrachtet werden. Grüne Politik ist immer auch ganzheitliche Politik. Und im Sinne eines ganzheitlichen Politikverständnisses müssen auch in anderen Bereichen, wie Familien-, Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Umwelt- oder Europafragen, Grundlagen gelegt werden, um die solidarisch finanzierte Krankenversicherung zukunftsfähig zu machen.

Ein zentraler Aspekt grüner Politik ist insbesondere die Förderung von Familien mit Kindern, um eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu ermöglichen. Nur so kann dem demografischen Wandel entgegengesteuert und die Beitragseinnahmen unserer Sozialsysteme und somit der GKV auch langfristig gesichert werden.

Der Bildungssektor muss seiner Verantwortung auch im Gesundheitsbereich gerecht werden. Dazu gehört bereits ab dem Vorschulalter eine gezielte Gesundheitserziehung. Je früher Kinder für eine gesunde Lebensführung sensibilisiert werden, desto geringer sind später die finanziellen Belastungen der GKV.

Unabhängig davon bleiben natürlich die Eltern der wichtigste Faktor für die Entwicklung ihrer Kinder. Unabhängige Beratungsstellen sollen ihnen helfen, wenn sie bei einem Problem nicht mehr weiter wissen. Vor allem kommt es aber in Kindergarten und Schule darauf an, Gesundheitserziehung ganz praktisch zu gewährleisten, im Unterricht durch Wissensvermittlung und in der Pause zum Beispiel durch ein gesundes Mittagessen, das flächendeckend bereit gestellt werden muss.

Die Arbeitsmarktsituation hat weitreichende Auswirkungen auf die GKV. Langzeitarbeitslosigkeit und Überlastung durch Überstunden führen zu schwerwiegenden und damit teuren Erkrankungen. Aus der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung wissen wir, dass Menschen, die ärmer sind auch kränker sind. Das trifft besonders diejenigen, die von Sozialhilfe leben müssen und dabei wieder besonders Kinder. Eine gerechtere Verteilung der Arbeit, zum Beispiel durch verstärkte Förderung von Teilzeitarbeit, sorgt für sozialen Frieden und verhindert psychosomatische Erkrankungen.

Die Umweltpolitik trägt die größte Verantwortung dafür, in welcher Umgebung wir aufwachsen und leben. Die gesundheitsschädlichen Faktoren in unserer Umwelt führen verstärkt zu gesundheitlichen Problemen, denen wir mit einer entschlossenen Umweltpolitik begegnen müssen. Saubere Luft, sauberes Wasser, gesunde Lebensmittel und ausreichend Grünflächen sind die wichtigsten präventiven Voraussetzungen für eine gesunde Bevölkerung. Mit der neuen Umweltpolitik und der Agrarwende wurden hier entscheidende Weichen gestellt.

Und nicht zuletzt hat auch die Europa-Politik Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem. Die zunehmende Mobilität auch über Grenzen hinweg macht langfristig einen vollständigen europäischen Versicherungsschutz unabdingbar. Schon jetzt ent-

wickeln sich zunehmend länderübergreifende Leistungsangebote. Dies stellt auch eine wirtschaftliche Chance für die Leistungsanbieter dar.

Die Gesundheitspolitik der Zukunft muss sich an den Menschen orientieren, an den Interessen der Patientinnen und Patienten, an den Interessen der Versicherten. Vorbeugung und Mitarbeit sind Stichworte für aktive Patientinnen und Patienten, die zu einem neuen Vertrauensverhältnis zwischen Versicherten und Kassen wie zwischen Ärztinnen und Ärzten, medizinischem Personal und Patientinnen oder Patienten führen.

VIII Quellenverzeichnis

- Ärzte und Kassen in heftigem Streit, in: Süddeutsche Zeitung v. 15.10.2001
- Ärzte mahnen beim Sozialgesetzbuch Korrekturen an, in: Ärzte Zeitung v. 22.2.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/02/22/034a0605.asp>
- Ahrens, Hans Jürgen Ahrens: Potentiale und Rahmenbedingungen von Prävention und Reha aus Sicht der GKV, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 24./25.11.2000 in Bad Sassendorf, abrufbar unter <http://www.eike-hovermann.de/arbeitsbereiche/baederkonferenz/rede-ahrens.htm>
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Rehabilitationsträger vernetzen Beratungsstellen. Effizienter, flexibler und kostengünstiger als Aufbau neuer Einrichtungen, Pressemeldung v. 2.3.2001, abrufbar unter <http://www.g-k-v.com/newsaktdisk02032001.html>
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Spitzenverbände der Krankenkassen fordern Sofortmaßnahmen zu Stabilisierung der GKV, Pressemeldung v. 11.12.2001 abrufbar unter <http://www.vdak-aev.de/pe/spik/presseallg124.htm>
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen: Strategischer Umgang der GKV mit den aktuellen europarechtlichen Entwicklungen. Herausforderung Europa annehmen und gestalten, Positionspapier v. August 2000, abrufbar unter http://www.vdak.de/download/positionspapier_1110.pdf
- Arbeitskreis Gesundheit e.V.: Reha rechnet sich, Informationsschrift 2001, abrufbar unter <http://www.rehaklinik.com>
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Sozialministerin Stewens: Bayern wird dem Fallpauschalengesetz im Bundesrat seine Zustimmung verweigern, Pressemitteilung v. 29.1.2002
- Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Verkehr und Technologie (Hrsg): Tourismus in Bayern, München 2001
- Bayern fördert Naturheilzentrum mit 2,8 Millionen, in: Ärzte Zeitung v. 2.11.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/11/02/197a0806.asp>
- Boschke, Wolfram L.: Perspektiven der Rehabilitation unter veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen (Sachsen-Anhalt)
- Brähmig, Klaus: Der Begriff Kur muß wieder deutlicher herausgestellt werden, Rede gehalten auf dem 96. Deutschen Bädertag in Stuttgart, 21.-23.10.2000, abrufbar unter: http://www.deutscher-heilbaederverband.de/body_baedertag7.html

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Gemeinsame Rahmenempfehlung zur ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation, in: BAR-Information Nr. 4/1999 v. 20.10.1999

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Vgl. Erklärung der Behindertenverbände zu den Eckpunkten für ein SGB IX, BAR-Information Nr. 1/2000 v. 21.2.2000

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation v. 20.10.2000

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Durchführungshinweise zu der Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation v. 14.5.2001, abrufbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/aktuell/pdf/durchfuehrungshinweise.pdf>

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Neue Behindertenpolitik gewinnt Gestalt, in: BAR-Information Nr. 4/2001 v. 18.7.2001

Bundesärztekammer: Weiterentwicklung der Rehabilitation – Initiativen der Ärzteschaft, abrufbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Rehabilitation/25rehaweit.html>

Bundesärztekammer: Stellungnahme der Bundesärztekammer zum „Referentenentwurf eines Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch – (SGB IX: Rehabilitation und Teilnahme behinderter Menschen), abrufbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Rehabilitation/45rehasstel.html>

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Rehabilitation behinderter Menschen, Berlin 2001

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Fragen und Antworten zur gesundheitspolitischen Diskussion v. 24.7.2001

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Leistungsgerechte Vergütung durch diagnose-orientierte Fallpauschalen verbesserter Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung v. 29.8.2001

Bundesministerium für Gesundheit: Gemeinsame Erklärung des Runden Tisches zur Gesundheitspolitik, Pressemitteilung v. 18.9.2001:, abrufbar unter <http://www.bmgesundheit.de>

Bundesministerium für Gesundheit: Bilanz nach einem Jahr: Optimale Versorgung auf der Basis des Solidarsystems, Pressemitteilung v. 22.1.2002, abrufbar unter <http://www.bmgesundheit.de/presse/2002/2002/8.htm>

Bundesministerium für Gesundheit: 3. Sitzung des Runden Tisches legt Empfehlungen vor, Pressemitteilung v. 28.1.2002, abrufbar unter <http://www.bmgesundheit.de/presse/2002/2002/14.htm>

- Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.): Bericht der Bundesregierung zur Lage der Kurorte und Heilbäder v. 27.6.2000
- Bundesratsdrucksache 846/98: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Kur und Rehabilitation (GSKR)
- Bundestagsdrucksache 13/7174: Antrag der SPD-Fraktion. Rehabilitation, Prävention, Kuren – für eine vernünftige und moderne Gesundheitspolitik
- Bundestagsdrucksache 14/209: Plenarprotokoll v. 14.12.2001
- Bundestagsdrucksache 14/3577: Frage der Abgeordneten Marlene Rupprecht an das Bundesgesundheitsministerium und die Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Christa Nickels v. 26.5.2000
- Bundestagsdrucksache 14/5074: Entwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch - (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- Bundestagsdrucksache 14/5700: Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Ulf Fink, Horst Seehofer, Wolfgang Lohmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU (Drs. 14/3887): Zukunft des Gesundheitswesens, v. 28.3.2001
- Bundestagsdrucksache 14/6236: Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit Gudrun Schaich-Walch auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann Pohl betr. Politik der Bundesregierung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (Drs. 14/6080), Antwort v. 31.5.2001
- Bundestagsdrucksache 14/6392: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Statistik über die Beherbergung im Reiseverkehr v. 21.6.2001
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte: Jahresbericht Rehabilitation 2000, abrufbar unter http://www.bfa.de/ger/ger_zahlenfakten.8/ger_rehabilitation.83/ger_jahresbericht.831/bfa_rehabilitation_2000.pdf
- Clade, Harald: Bonner Sparpaket/Rehabilitation vor drastischen Einschnitten, in: Deutsches Ärzteblatt 93, Heft 39 (27.9.1996), A-2453-2455, abrufbar unter <http://www.aerzteblatt.de>
- Collatz, Jürgen: Müterspezifische Belastungen – Gesundheitsstörungen – Krankheit. Das Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Mütter- und Mutter-Kind-Kuren. Berlin 1998
- CSU-Landesgruppe: Eckpunkte für eine sozial-gerechtere Gesundheitsreform, gegen die Mehr-Klassen-Medizin der rot-grünen Koalition, Eckpunkte v. März 2000, abrufbar unter <http://195.254.74.213/docs/politik/familie-soziales/gesundheit.htm>

- CDU: Gesundheitspolitik der CDU: Politik für Patienten und Versicherte, abrufbar unter: <http://www.cdu.de/politik-a-z/gesundheit/kap1.htm>
- CDU: Beschluss der Kommission Humane Dienste der Kommission Sozialstaat 21: Für ein patientenorientiertes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen mit leistungsfähigen Strukturen, abrufbar unter: http://www.cdu.de/politik-a-z/parteitag/beschluss_human.pdf
- CSU-Landesgruppe: Anhörung zur Zukunft der Kurorte und Heilbäder in Bonn, Pressemitteilung v. 27.4.1999, abrufbar unter <http://www.csu-landesgruppe.de>
- CSU-Landesgruppe: Strebl: Beteiligungschancen behinderter Menschen verbessern, Pressemitteilung v. 19.1.2001, abrufbar unter: <http://www.politikerscreen.de/partei/artikel/csu/13257/index.html>
- CSU-Landesgruppe: Seehofer: Mutter-Kind-Kuren müssen Leistung der Krankenversicherung bleiben, Pressemeldung v. 30.5.2001, abrufbar unter <http://www.politikerscreen.de/partei/artikel/csu/19481/index.html>
- Deutscher Heilbäderverband: Stellungnahme des Deutschen Heilbäderverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000, in: Heilbad und Kurort, Heft 6, 51. Jahrgang 1999, S. 171-172
- Deutsche Krankenhausgesellschaft: DKG-Kritik an Fallpauschalengesetz im Vorfeld der Bundesratssitzung, Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft v. 29.1.2002, abrufbar unter http://www.dkgev.de/1_news/news_2002-01-29.htm
- Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR): DRGs und Rehabilitation. Memorandum der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, in: Die Rehabilitation 6/2001, S. 361-369
- Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR): Vorschläge der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. zur Etablierung einer qualifizierten ambulanten, wohnortnahen Rehabilitation, abrufbar unter <http://www.dvfr.de/aktuelles/ambu-reha.shtml>
- Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter: Stellungnahme zu den Eckpunkten zum SGB IX der DVfR, abrufbar unter <http://www.dvfr.de/aktuelles/sgb.shtml>
- Dokumentation 102. Deutscher Ärztetag, in: Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 24 (18.6.1999), A-1622-1664, abrufbar unter <http://www.aerzteblatt.de>
- Drei oder vier Wochen zur Kur? Mütter mit Kindern fühlen sich nach längerem Kur-aufenthalt fitter, in: Ärzte Zeitung v. 23.4.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/04/23/074a0203.asp>

- DRK beklagt Haltung der Kassen bei Mutter-Kind-Kuren, in: Ärzte Zeitung v. 10.9.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/09/10/160a0805.asp>
- Eckert, Hans: Qualitätsmanagement in Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland – Eine stratifizierte repräsentative Studie zum Stand der Umsetzung, in: Rehabilitation 2001, Heft 40, S. 337-345
- Erbe, Michael: Gegenstand und Ziele der Rehabilitation – Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 124, S. 643-644, abrufbar unter <http://www.thieme.de/dmw/inhalt/recht/akbsb21.htm>
- FDP-Bundestagsfraktion: Thomae in der gesundheitspolitischen Debatte des Deutschen Bundestages: Knappe Mittel zielgerichtet einsetzen, Pressemitteilung v. 18.6.1998
- FDP-Bundestagsfraktion: Kolb: Keine Verbesserung durch neuntes Sozialgesetzbuch, Pressemitteilung v. 19.1.2001, abrufbar unter <http://www.politikerscreen.de/partei/artikle/fdp/13290/index.html>
- Gallmeier, Walter: Die Krankenhausmedizin wird schlechter, in: Süddeutsche Zeitung v. 13.12.2001
- Gassner, Alois: Kompaktkur contra Wellness, in: Tagesspiegel v. 13.10.2001, abrufbar unter <http://www2.tagesspiegel.de/archiv/2001/10/12/ak-so-re-5526155.html>
- Gerdes, Nikolaus/Weidemann, Hermann/Jäckel, Wilfried: Die PROTOS-Studie. Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz, Darmstadt 2000
- Gesundheit: Wieder ins Gleichgewicht, in: gesichertes leben (Versichertenzeitschrift der Landesversicherungsanstalten und der Bahnversicherungsanstalt), v. 13.9.2001, abrufbar unter: <http://www.gesichertesleben.de/archiv/gesund/860558379688919040.html>
- Gesundheitstourismus: Alles top hier, in: Der Spiegel 28/2001, S. 42-45
- Gütesiegel für Kuren in Bayern,
in: Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 48, 3.12.1999, A-3119
- Hackhausen, Winfried: Legitimationskrise und Zukunftsperspektiven der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Heilbad und Kurort, Heft 2, 51. Jahrgang 1999, S. 44-48
- Heilbäder und Kurorte in Zahlen 1999, abrufbar unter http://www.deutscherheilbaederverband.de/body_kurinformationen5.html
- Hinsken: Gesetzesvorhaben Beherbergungsstatistik völlig unverständlich, in: Heilbad und Kurort, Heft 6, 53. Jahrgang 2001, S. 107

- Hons, Jörg: Der Euro kommt und die Patienten werden bleiben, in: Ärzte Zeitung v. 27.11.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/11/27/214a1101.asp>
- Hoppe will Aufwertung von Prävention und Reha, in: Ärzte Zeitung v. 3.5.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/05/03/081a0602.asp>
- Hovermann, Eike: Der Kurort der Zukunft im Wettbewerb. Neue Chancen und Herausforderungen, in: Die Ersatzkasse 8/2001, S. 327-330
- Hovermann, Eike: Reha gestern, heute, morgen. Standortbestimmung und zukünftige Aufgaben im Bereich Rehabilitation, abrufbar unter <http://www.eike-hovermann.de>
- Jordan, Erwin: Die Zukunft der Naturheilkunde und alternativer Therapien in einer neu gestalteten Gesundheitspolitik, abrufbar unter: <http://www.zdn.de/tagungsband/jordan.htm>
- Kleinschmidt, J. : Zum Stellenwert der Kurortmedizin in Deutschland und in Europa. In: W. HEIPERTZ (Hrsg.): Rehabilitation im Kurort. Symposium der Deutschen Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin Bad Elster e.V. G., Braun Fachverlage, Karlsruhe (1996), S. 246-259.
- Kleinschmidt, Jürgen: Aktuelle Consensus-Beiträge, abrufbar http://www.lrz-muenchen.de/~Prof_Kleinschmidt/def-kur.html
- Kompaktkuren sind stärker gefragt, in: Ärzte Zeitung v. 27.3.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/03/27/057a0903.asp>
- Kompaktkur: Flaggschiff in der Flaute, in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 14, 3.4.1998, A-838
- Krankenhaus-Fallpauschalen auf Eis gelegt, in: Deutsches Ärzteblatt Online v. 01.02.2002
- Krankheit ist nicht zu kalkulieren. Interview mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in der Berliner Morgenpost v. 3.6.2001
- Kritik am Runden Tisch wird lauter, in: Süddeutsche Zeitung v. 28.1.2002
- Kuren für Mütter – oft nur gegen hohe Zuzahlung, in: Ärzte Zeitung v. 7.12.2000, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2000/12/07/221a0701.asp>
- Lauterbach, Karl W.: Diagnosis Related Groups (DRG) und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen
- Lipicki, Christian: Union will Zusatzversicherung für Mutter-Kind-Kuren einführen, in: Berliner Zeitung v. 21.5.2001

- Lohmann, Wolfgang: Die rot/grüne Gesundheitsreform 2000. Kritik und Alternative, abrufbar unter: <http://www.bundestag.de/mdbhome/lohmano0/politik.htm>
- Meinungen zur Qualitätssicherung und Zertifizierung von Kurorten, in: Heilbad und Kurort, Heft 9, 52. Jahrgang 2000, S. 198-201
- Meister, Michael: Vgl. Rot-Grün plant Frontalangriff auf Beherbergungsstatistikgesetz, Pressemitteilung v. Michael Meister (CDU) v. 14.11.2001, abrufbar unter www.bergstrasse.de/politik/0111/pl14b.html
- Mutter-Kind-Kuren werden nicht zuzahlungsfrei, in: Ärzte Zeitung v. 4.7.2000, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2000/07/04/121a0802.asp>
- Nahrstedt, Wolfgang: Wellness, Fitness, Beauty, Soul: Angebotsanalyse von deutschen Kur- und Urlaubsorten, in: Heilbad und Kurort Heft 12, 51. Jahrgang 1999, S. 367-374
- Nicht alle Mütter wissen um ihr Recht auf Rehabilitationsmaßnahmen, abrufbar unter <http://www.mutter-kind.de/public/presse.cfm>
- Niehaus, Mathilde/Kurth-Laatsch, Sylvia: Modellprojekt: Wohnortnahe berufliche Rehabilitation von Frauen. Synopse der Evaluationsergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2001, abrufbar unter http://www.bar-frankfurt.de/pdf/reha_frauen.pdf
- Paquet, Robert. Entscheidungsfindung zwischen wohnortferner und wohnortnaher Prävention/Rehabilitation und ihre regionalpolitische Bedeutung, Risikostrukturausgleich und Wettbewerb zwischen den Kassen – Auswirkungen auf Prävention und Rehabilitation, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen (Sachsen-Anhalt)
- Pilz-Kusch, Ulrike: Chance Wellness in Heilbädern und Kurorten – aus Konsumentensicht: Qualität ist gefragt!, in: Heilbad und Kurort, Heft 9, 53. Jahrgang 2001, S. 211-215
- Qualen mit der Qualität, in: Heilbad und Kurort, Heft 12, 53. Jahrgang 2001, S. 291
- Qualität bei Mutter-Kind-Kur zahlt sich aus, in: Ärzte Zeitung v. 15.11.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/11/15/206a0603.asp>
- Qualitätssicherung auch bei den Naturheilverfahren, in: Ärzte Zeitung v. 5.11.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/11/05/198a0804.asp>
- Reppel, Klaus/Berg, Hans: Gesundheitsurlaub und Wellness. Heilbäder und Kurorte haben beste Marktchancen, in: Heilbad und Kurort, Heft 4-5, 53. Jahrgang 2001, S. 78
- Rebscher, Herbert: Die Bewertung ortsnaher und ortsferner Reha aus Sicht der Krankenversicherung, in: Heilbad und Kurort, Heft 5, 52. Jahrgang 2000, S. 108-110

Rehabilitation für ältere Menschen darf keine Frage der Finanzen sein, in: Ärzte Zeitung v. 25.5.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/05/25/096a0902.asp>

Resch, Karl-Ludwig: Einsparpotentiale im Gesundheitswesen, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 24./25.11.2000 in Bad Sassendorf, S. 4, abrufbar unter <http://www.eike-hovermann.de/arbeitsbereiche/baederkonferenz/rede-resch.htm>

Richtlinie 95/57/EG des Rates v. 23.11.1995 über die Erhebung statistischer Daten im Bereich des Tourismus, Amtsblatt Nr. L 291 v. 6.12.1995 S. 32-39

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, abrufbar unter <http://www.svr-gesundheit.de/> (ausführliche Zusammenfassung)

Schießt das Tourismusland Deutschland ein Eigentor? In: Heilbad und Kurort, Heft 4-5, 53. Jahrgang 2001, S. 71

Strebl, Matthäus: Rede des CSU-Bundestagsabgeordneten Matthäus Strebl in der 2./3. Lesung „SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ im Deutschen Bundestag am 6.4.2001, abrufbar unter http://www.politikerscreen.de/static/prisma/debatten/debatte_36.htm

Skipka, Christoph: Die Zukunft der Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 4./5.5.2001 in Bad Kösen (Sachsen-Anhalt)

SPD-Bundestagsfraktion: Bundesregierung ignoriert Krise im Kur- und Rehabilitationswesen, Pressemitteilung v. 29.4.1997

SPD-Bundestagsfraktion (Hrsg.): Zur Sache. Das neue Behindertenrecht. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 21 Antworten, Berlin, September 2001

SPD-Bundestagsfraktion: Das neue Fallpauschalengesetz (FPG), Dezember 2001

Stein, Rosemarie: Roßkur für die Rehabilitation, in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 28-29 (13.7.1998), A-1771, abrufbar unter <http://www.aerzteblatt.de>

Steinbach, Manfred: Positive Aspekte der Gesundheitsreform für die Kur nutzen, in: Heilbad und Kurort, Heft 5, 52. Jahrgang 2000, S. 100-107

Steinbach, Manfred: Wir haben auch Trümpfe in der Hand!, in: Heilbad und Kurort, Heft 10, 52. Jahrgang 2000, S. 236-237

Steinbach, Manfred: Gesundheitsurlaub im Kurort – Wellness im Kurort, in: Heilbad und Kurort, Heft 4-5, 53. Jahrgang 2001, S. 73-75

Stoyke, Burkhard: Polarisierung von AHB gegen Reha gegen ambulante Kuren beschleunigt sich, in: Heilbad und Kurort, Heft 10, 52. Jahrgang 2000, S. 240-243

Terwey, Franz: Europaweiter Wettbewerb im Gesundheitssektor: Was heißt das eigentlich für Prävention und Reha?, Vortrag gehalten auf der Bäderkonferenz der SPD-Bundestagsfraktion am 24./25.11.2000 in Bad Sassendorf

Thomae, Dieter: Mit Prävention allein ist das Gesundheitssystem nicht zu retten, Pressemeldung der FDP-Bundestagsfraktion v. 29.1.2002, abrufbar unter <http://www.fdp.de>

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1998): Rehabilitation: Effektiv und kostensparend! (= Fakten und Argumente Nr. 7)

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Rehabilitation ist sinnvoller als Rente, Pressemeldung v. 2.11.1999, abrufbar unter: <http://www.rehaklinik.com/Kliniken/Presseanzeige.asp?rsID=24>

VdK begrüßt Verabschiedung des SGB IX, Pressemitteilung des VdK v. 6.4.2001, abrufbar unter <http://www.vdk.de/cgi-bin/vdkred.pl?ID=de729>

Vollmer, Rainer: Fallpauschalen führen in eine ungewisse Zukunft, in: Ärzte Zeitung v. 20.9.2001, abrufbar unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/09/20/168a0601.asp>

Walter, Ulla/Schwartz, Friedrich Wilhelm: Gutachten „Prävention im deutschen Gesundheitswesen“, abrufbar unter <http://www.cdu.de/gutachten.pdf>

Will, Birgit: Wenn Frauen am Ende sind, in: Süddeutsche Zeitung v. 17.4.2001

Zipperer, Manfred/am Orde, Bettina: Der Koordinierungsausschuss. Genese, Anspruch und Perspektive. Publikation der IKK v. Juni 2001, abrufbar unter http://www.ikk.de/ikk/generator/IKK/Downloads/Die_20IKK/Politik_20und_20Positionen/Zipperer__amOrde__Koordinierungsausschuss.pdf