

Deutscher Heilbäderverband e.V.

Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD
„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“

Anhörung Block III - Versicherungsrecht, Leistungsrecht
am Montag, 6.11.2006, 10:00 - 14:00 Uhr

**Stellungnahme des Deutschen Heilbäderverbandes e.V., vertreten durch den
Sachverständigen Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Steinbach, Präsident**

Der Deutsche Heilbäderverband e.V. legt die im 4-Punkte-Katalog und 8-Punkte-Katalog festgelegten Positionen für das Kur- und Bäderwesen noch einmal vor. Insbesondere fordert er:

- Überführung der Maßnahmen nach §23,2 und §40 SGB V von der Kann- in die Pflichtleistung

und weiterhin:

- Gesetzliche Sicherstellung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen für den Bereich der ambulanten Vorsorge im anerkannten Kurort (Ausführungen zu §137d, Absatz 3)

Heilbäder und Kurorte in der zukünftigen Gesundheitspolitik Erwartungen und Forderungen des Deutschen Heilbäderverbandes e. V.

Vier aktualisierte Forderungen
nach der Verabschiedung der Eckpunkte der Bundesregierung
aus dem
Acht-Punkte-Katalog, August 2005¹

Kurortleistungen im ambulanten und stationären Bereich

I. Forderung (Punkt 2 des Acht-Punkte-Katalogs)

Die Leistungen nach § 23 Abs. 2 und Abs. 4 SGB V sind von einer Kann-Leistung in eine Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen umzuwandeln.

Die Sorge des DHV, dass bei Änderungen des Leistungskataloges der GKV u. a. die Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V gem. den Vorschlägen einiger Kritiker wegfallen, hat sich bisher als nicht begründet erwiesen.

In Auswertung der Eckpunkte gilt es, einer anderen Gefahr für diese Leistungen und damit für Heilbäder und Kurorte zu begegnen.

Die zu erwartende Steigerung der Kosten für die Krankenkassen durch neue Pflichtleistungen – gegen die kein Einwand erhoben werden kann – wird Mittel binden, die dem 23er Bereich verloren gehen. Dazu kommt, dass im Gefolge der Fondkonstruktionen – unverändert oder ähnlich bleibend - die Krankenkassen bei freiwilligen Leistungen, sogenannten Kann-Leistungen, noch zurückhaltender als bisher agieren werden, um letztendlich Beitragserhöhungen zu vermeiden.

Dazu kann man in § 23 Abs. 2 SGB V lesen, dass es um eine „Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde“ und um „Krankheiten, die zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden ist“, geht. Wir haben es also bei § 23 SGB V mit einer in jeder Hinsicht kritischen Situation der Gesundheit zu tun, mit einer Spitzenposition präventiver Eingriffsmöglichkeiten, wenn gemäß der Bewilligungskriterien eine wohnortferne Behandlung angezeigt ist – dann nämlich nur im Kurort.

Es ist nicht zu verstehen, warum die Lage dieser Hochbetroffenen Gefahr laufen soll in einer „Abseitsfalle“ zu landen, zumal mit den nun anlaufenden Qualitätsverträgen mit den Krankenkassen neue Belastungen auf die Anbieter der 23er Maßnahmen zukommen.

Ambulante Vorsorgeleistungen im Kurort (§ 23,2 SGB V)

II. Forderung (Punkt 3 des Acht-Punkte-Katalogs)

Es ist zwingend notwendig, den § 23 Abs. 2 SGB V finanziell besser auszustatten. Hierbei geht es um Zustände kurz vor Krankheitsausbruch und um krisenhafte Situationen bei bestehender Krankheit – also eine Schwerpunktindikation der Vorsorge. Da gleichwohl „ambulant vor stationär“ gültig ist, darf der Antragsteller nicht zu stationären Anträgen verführt werden.

Die Belegungsrückgänge dieses Segments der Kurortangebote sind dramatisch. Von ehemals über 800.000 Fällen im Jahr 1988 ist die Zahl im letzten Jahr auf knapp 120.000 gesunken, trotz einer durch eine breite parlamentarische Mehrheit beschlossenen erhöhten Zuschussgewährung für den Betroffenen, die leider nur eine Kann-Leistung ist. Mit Recht wird zunächst einmal die generelle Zaghaftigkeit bei der Antragstellung für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen ins Feld geführt, die durch wirtschaftliche Bedingungen und Faktoren des Arbeitsmarktes mitbestimmt wird. Aber eine sehr entscheidende Rolle bei diesem Abwärtstrend spielt schon bei der Antragstellung die finanzielle Ausstattung dieser ambulanten Maßnahmen im Vergleich zu stationären Maßnahmen. Patient und Arzt wissen, dass es für den Patienten finanziell günstiger ist, auf stationäre Maßnahmen zu setzen. Während bei der ambulanten Form lediglich ein Zuschuss für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe von maximal 13 € pro Tag gewährt wird (gewährt werden kann), werden bei der stationären Variante die vollen Kosten (z. T. inkl. Fahrtkosten) bei einem Eigenanteil von 10 € pro Tag übernommen. Eine stationäre Unterbringung wird zudem als arbeitsunfähige Zeit angerechnet, bei der ambulanten Kur dagegen muss in aller Regel der Jahresurlaub eingesetzt werden, ein Umstand, der auch aus familienpolitischer Sicht nicht nachvollziehbar ist.

Eine kassenseitige oder MDK-seitige (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) Umwidmung solcher stationären Anträge in Maßnahmen nach § 23 Abs. 2 SGB V, würde dem Prinzip „ambulant vor stationär“ mehr gerecht. Eine bessere Ausstattung des § 23,2 SGB V ist im Hinblick auf die maßgebliche Bedeutung dieser Präventionsmaßnahme gerechtfertigt, die kurz vor Krankheitsbeginn greift und die Verschlimmerung einer chronischen Krankheit verhindern soll.

Bei Ablehnung des ambulanten Kur-Antrags wird seitens des MDK oder der zuständigen Kasse häufig argumentiert, dass die hausärztlichen Maßnahmen noch nicht ausgeschöpft seien, was bei gegebener Indikation zur Wohnortferne und zum Ortswechsel oft geradezu paradox ist. Und wieder unter Missachtung des Gebots von „ambulant vor stationär“ wird die Indikation zum Ortswechsel mit der zu einer stationären Einweisung gleichgesetzt. Das Gebot, dass die ambulanten Maßnahmen nach § 23,2 vor den stationären ausgelotet sein müssen, wird durch die merkwürdige Handhabung der Anträge umgangen. Das Drängen des Patienten nach finanzieller Optimierung schlägt hier durch und die Anträge werden kaum auf Maßnahmen nach § 23,2 im Sinne der Rehabilitationsrichtlinien verwiesen, sondern eher abgelehnt.

Heilmittel

III. Forderung (Punkt 5 des Acht-Punkte-Katalogs)

Es müssen auf der Basis nachweisbarer Qualität Lösungen gesucht und gefunden werden, die geeignet sind, dem Patienten/Gast die anspruchsvolle und qualitativ hochwertige Therapie des Kurorts zu gewähren. Dem Leistungserbringer dieser hochwertigen Maßnahmen ist im Gegenzug eine Kostendeckung zu ermöglichen. Hier ist eine flexible Kostenerstattung notwendig (z.B. Festbetragsregelung oder Kurpauschale). Wieder stehen Arbeitsplätze auf dem Spiel.

Die Kurbetriebe kommen auf Grund ihrer Aufgabe, komplexe Therapien auf der Basis ortsgebundener Heilmittel und in hoher, kurorttypischer Qualität in zu vielen Fällen nicht zu kostendeckenden Ergebnissen der Preisverhandlungen mit den Krankenkassen. Sie arbeiten defizitär, solange sie Angebote für Kassenpatienten vorhalten.

Es mussten in den zurückliegenden Jahren schon zwei schwerwiegende Einschränkungen hingenommen werden: Zum einen dürfen ortsgebundene/ortstypische Heilmittel nur noch im Zusammenhang mit Vorsorgemaßnahmen nach § 23,2 verschrieben werden. Zum anderen ist eine Verordnung durch den Kur-/Badearzt nur noch im Rahmen der Heilmittelrichtlinien, worunter die ortsgebundenen/ortstypischen Heilmittel nicht fallen, möglich. Nun kommt eine große Schwierigkeit dazu, die geeignet ist, therapeutische Einrichtungen des Kurorts vollends in die Insolvenz zu führen und auch auf diese Weise Arbeitsplätze zu vernichten. Die auf Landesebene stattfindenden Preisverhandlungen sind auf dem Wege, keine Kostendeckung der kurörtlichen Leistungen, die hohen und kostenintensiven Personal- und Qualitätsanforderungen unterliegen, mehr zu gewähren. Das führt dazu, dass der Privatzahler die Kassen bzw. -Patienten subventioniert - das kann doch nicht sein! Das EU-Parlament betont noch mit einer Entschließung vom Mai 2005, „dass die Behandlungsbedingungen nicht die Patienten mit geringen Einkommen diskriminieren dürfen“. Dies kann nur durch kostendeckende Preise gewährleistet werden.

Inzwischen haben Gespräche mit der Regierung und der Krankenkassen ergeben, dass man aus vielerlei Gründen die vorgeschlagene Festbetragsregelung für die verschiedenen Anwendungen nicht unterstützen könne.

Stattdessen setzen wir auf einen pauschalen Zuschuss zur Therapie nach § 23 Abs. 2 SGB V.

Ergänzend zu Forderung III:

Es wird die pauschale Bezuschussung der ambulanten Vorsorgeleistungen (Therapie) nach § 23 Abs. 2 SGB V, eine sogenannte Kurpauschale gefordert.

Da der Antragssteller einer Maßnahme nach § 23, 2 im Falle einer Bewilligung freie Wahl des Heilbads und Kurorts hat, wird hier zugleich ein Wettbewerb gestartet zwischen Orten mit hohem Preisniveau und solchen, die im Bereich des Zuschusses bleiben. Die sozialen

Bedenken (neben systemischen) gegenüber der zunächst favorisierten Festbetragsregelung können mit der pauschalen Zuschussregelung ausgeräumt werden.

Gesundheitsförderung und Prävention

IV. Forderung (Punkt 8 des Acht-Punkte-Katalogs)

Bei dringend erforderlicher Wiederaufnahme der Arbeit an einem Präventionsgesetz sollen die gesundheitlichen Belange der vor allem älteren Urlauber im Kurort, die eine selbstfinanzierte Kur im engeren Sinne des Begriffs (strukturierter Gesundheitsurlaub) durchführen, eigens benannt und begünstigt werden.

In den Eckpunkten wird die Notwendigkeit ausgesprochen, ein Präventionsgesetz zu schaffen.

Allerdings wird die Befassung damit nicht zeitgleich mit der Umsetzung der übrigen Eckpunkte erfolgen können. Gleichwohl soll hier für den Fall einer vorzeitigen oder gleichzeitigen Beschäftigung mit diesem Gesetzesvorhaben eine wichtige Position des DHV angesprochen werden.

Im Zusammenhang mit § 20 des SGB V und Bonusangeboten der Krankenkassen, werden verstärkt kurze oder längere Urlaubstage der Bürger auch finanziell gefördert. Wir haben diese Gesundheitsurlaube im Kurort als „Setting besonderer Art“ verstanden, das sich allerdings auch aus den Bereichen betrieblicher und individueller Gesundheitsförderung rekrutiert.

Von den 17 Mio. Gäste des Kurorts verbringen ca. 10 Mio. hier ihren Urlaub, der vom Anspruch und Angebotserwartung vordringlich auf Gesundheit zielt – Gesundheitsurlaub!

Allein das Durchschnittsalter der Gäste (zweite Lebenshälfte) spricht dafür, dass hier vor dem Hintergrund der urlaubstypischen Erholung präventive und auch rehabilitative Absichten eine zentrale Rolle spielen. Unter diesen Urlaubern finden sich viele, die trotz Rehabilitationsbedarf eine kassenfinanzierte Behandlung nicht, noch nicht oder nicht schon wieder in Anspruch nehmen können.

PRESSEMITTEILUNG

Bonn, 13.10.2006

Plant die große Koalition den Untergang der Kur? *Qualitätssicherung bei ambulanter Kur nicht mehr im Gesetzesentwurf vorgesehen*

Auf Unverständnis und Entsetzen stößt in deutschen Heilbäder und Kurorten die Absicht der Regierung, in letzter Minute beim Referentenentwurf des GKV-WSG (Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV) die entscheidende Qualitätsanforderung - die Qualitätssicherung - für Vorsorgemaßnahmen im Kurort zu streichen. Es steht die ambulante Kur als Kassenleistung im Gesetz, aber allein hier will man Geld der Krankenversicherung ausgeben ohne Qualitätsanspruch - wird hier bewusst der Untergang der ambulanten Kur eingeleitet? Argumentiert wird mit der schwierigen Handhabung der Qualitätsansprüche beim in der Tat recht heterogenen Kurgeschehen. Es ist sehr wohl möglich, Qualitätssicherung für diese Kuren zu installieren, wenn man nur will. Der wirtschaftliche Schaden für Heilbäder und Kurorte ist unermesslich, wenn man in der vorgesehenen Form verfährt - und zusätzlich die Erhebung zur Pflichtleistung verwehrt. Die Qualitätsanforderungen an deutsche Kuren sind im internationalen Vergleich am höchsten - das Markenzeichen der Kur in Deutschland. Professor Steinbach, Präsident des Deutschen Heilbäderverbandes e. V. erklärt dazu: „Mit der gesetzlich vorgegebenen Qualität haben wir einen Trumpf in der Hand, mit dem wir im internationalen Wettbewerb, vor allem in der EU, bestehen können, was uns bei den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Preisniveau dagegen nicht möglich ist. Man macht es uns nicht nur im eigenen Land schwer, man erleichtert dem ausländischen Anbieter von Leistungen sogar das Mitspielen auf niedrigerem Niveau.“

Der Deutsche Heilbäderverband wehrt sich energisch gegen dieses Vorhaben in einer Stellungnahme an die Regierung.

Infos für die Redaktion, Abruf der Stellungnahme unter
www.deutscher-heilbaederverband.de

Ansprechpartner:

Gabriele Gabrielli, Tel.: 0228 - 20120-30, email: gabrielli@dhv-bonn.de

Deutscher Heilbäderverband e.V.
Bodo K. Scholz
Hauptgeschäftsführer
Schumannstr. 111
53113 Bonn
Tel.: 0228/20120-0
Fax: 0228/20120-41
e-mail: info@dhv-bonn.de

Ergänzende Stellungnahme des Deutschen Heilbäderverbandes e.V. und des Verbandes der Kurbetriebbetriebe Deutschlands e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV

Von den vorgesehenen Änderungen, die die deutschen Heilbäder und Kurorte betreffen, hat der Deutsche Heilbäderverband e.V. bereits Stellung bezogen (Pressemitteilung vom 11.10.2006). Der Schwerpunkt, auf den der Deutsche Heilbäderverband e.V. sorgenvoll hingewiesen hat, lag bei dem sich kritisch auswirkenden Verbleib der ambulanten Vorsorgemaßnahmen nach § 23 Abs. 2 SGB V und den Heilverfahren nach § 40 Abs. 2 SGB.

Nach Durchsicht des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (Wettbewerbstärkungsgesetz – GKV-WSG) sehen der Deutsche Heilbäderverband e.V. und der Verband der Kurbetriebbetriebe Deutschlands e.V. den qualitativen Wettbewerb im Bereich des Paragraphen 23 Abs. 2 SGB V „Medizinische Vorsorgeleistungen“, hier ambulante Vorsorgemaßnahmen im anerkannten Kurort, massiv gefährdet.

Nach derzeitigem Stand wird es keine Änderungen am bestehenden Wortlaut bzw. Leistungsbereich geben. Eine nicht zu unterschätzende Gefahr bilden jedoch die Ausführungen im vorgesehenen Paragraphen 137d Absatz 3. Im Gesetzesentwurf soll dieser wie folgt geregelt werden:

(3) Für Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 erbringen, vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den maßgeblichen Bundesverbänden der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen durchführen, die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2 Nr. 2.

Diese Änderung stellt zum bisherigen geltenden Recht eine Gefahr der qualitativen Inhalte dar. Im bisherigen Recht wurde für den Bereich der ambulanten Vorsorge im anerkannten Kurort Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 gefordert.

Gemäß § 135a SGB V haben sich der Deutsche Heilbäderverband e.V., als Vertreter der Leistungserbringer ambulanter Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V, und der Verband der Kurbetriebbetriebe Deutschlands e.V. zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen bekannt. Der Deutsche Heilbäderverband e.V. und der Verband der Kurbetriebbetriebe Deutschlands e.V. haben sich verpflichtet, an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Gemäß § 137d Abs. 3 SGB V haben die Vertragspartner durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitliche Grundsätze genügen, und die Erfordernisse einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung angemessen berücksichtigt sind.

Die externe Qualitätssicherung des Deutschen Heilbäderverbandes e.V. für die ambulante Vorsorge verfolgt das gesetzlich vorgegebene Ziel, mittels geeigneter Verfahren **die Qualität der Leistungserbringung transparent zu machen, sie objektiv zu bewerten und zu vergleichen**. Dies dient neben einer kontinuierlichen Überprüfbarkeit der abgegebenen Leistung dem qualitativen Wettbewerb der Kurorte untereinander – ein Deutschland und Europa.

Daher akzeptieren der Deutsche Heilbäderverband e.V. und der Verband der Kurbeherbergungsbetriebe Deutschlands e.V. nicht die Argumentation, dass aufgrund der besonderen kurortspezifischen Leistung in der ambulanten Vorsorge auf die Verpflichtung einer Vereinbarung einrichtungsübergreifender Qualitätsmaßnahmen verzichtet wird.

Aus durchsichtigen Gründen ist dieser Qualitätsaspekt bei Paragraph 23 Abs. 2 SGB V – und nur hier – nicht mehr nötig. Es ist in den Begründungen richtig, dass der Kursektor seiner Art nach nicht uniform ist wie andere Gebiete dieser gesetzlichen Aufgaben, aber der Deutsche Heilbäderverband e.V. sieht sich in der Lage, auch hier auf die Besonderheiten des Kurwesens eingehende Qualitätskriterien vorzulegen, und selbst externe Vergleiche sind darstellbar.

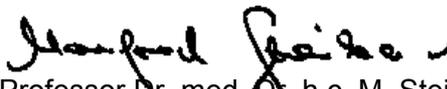
Die Bundesebene wurde beauftragt, die grundsätzlichen Anforderungen, Aufgaben, Verfahren und Inhalte der Maßnahmen der Qualitätssicherung zu vereinbaren. Die Vorarbeiten zur Erstellung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sind abgeschlossen und entsprechende Gespräche zur Verabschiedung einer Vereinbarung werden seit diesem Jahr - nach 7 jähriger Wartezeit der Aufnahmebereitschaft von Seiten der Krankenkassen - zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Heilbäderverband e.V. sowie dem Verband der Kurbeherbergungsbetriebe Deutschlands e.V. geführt. Für ambulante Vorsorgemaßnahmen im anerkannten Kurort gilt derzeit noch die schon erwähnte Rahmenempfehlung nach § 111b SGB V. Diese 111b-Rahmenempfehlung liegt in ihren verbindlichen Anforderungen weit über jenem Level, das nach § 20 SGB V für Prävention genannt wird. Es wäre sehr bedauerlich, wenn die Kriterien nach § 111b SGB V nicht – wie längst nach vielen Jahren fällig – angepasst werden, sondern unter den Tisch fallen.

Die anspruchsvollen qualitativen Inhalte ganzheitlicher ambulanter Vorsorgeleistungen im Kurort sehen der Deutsche Heilbäderverband e.V. und der Verband der Kurbeherbergungsbetriebe Deutschlands e.V. gefährdet. Wird durch den Gesetzesgeber lediglich ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gefordert, wird faktisch der umfassende Begriff Qualität zugunsten prozessorientierter Aspekte minimiert. Dies wird tatsächlich zu einer (vermeintlichen) finanziellen Entlastung der GKV` en durch noch leichtere Verlagerung von ambulanten Vorsorgemaßnahmen ins touristisch und finanziell interessantere europäische Ausland führen.

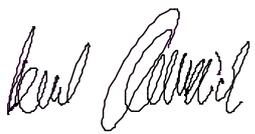
Wir müssen diese beabsichtigten Regelungen anders beurteilen als nur pragmatisch motivierten Verzicht auf qualitativen Aufwand, zumal wenn wir sie im Zusammenhang mit der verbleibenden Postierung des Paragraphen 23 Abs. 2 SGB V im Kann-Bereich sehen und den Abfall der Kurbewilligungen in den letzten Jahren dazu rechnen. Letzteres hat bei den Mutter-Vater-Kuren zu einer Absicherung als Pflichtleistung geführt. Die Aufstufung von geriatrischer Reha und Mutter/Vater-Kind- Kuren zu „Pflichtleistungen“ der GKV wird angesichts der auch künftig begrenzten finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen zu einem weiteren Rückgang der „Fallzahlen“ führen.

Der Deutsche Heilbäderverband e.V. und der Verband der Kurbeherbergungsbetriebe Deutschlands e.V. zählen auf Ihre Unterstützung der „Kur“ in den anstehenden Reformen, um die hochwertige medizinische Versorgung, die „Qualität made in Germany“ und vor allem, inländische Arbeitsplätze zu erhalten.

Mit freundlichen Grüßen
Deutscher Heilbäderverband e.V.


Professor Dr. med. D. h. c. M. Steinbach
Präsident


Bodo K. Scholz
Hauptgeschäftsführer


Bernd Schmeink
Vorsitzender des Vorstandes
Verband der Kurbeherbergungsbetriebe Deutschlands e.V.