

Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e.V., Alpenblick 18, 86 825 Bad Wörishofen
- Bernd Schmeink, Vorsitzender des Vorstandes -

Gesundheitstourismus

Anhörung des Ausschusses für Tourismus des Deutschen Bundestages am 01.12.2010

Thesen:

Innerhalb der wachsenden „Gesundheitswirtschaft“ spielt der „Gesundheitstourismus“ eine immer größer werdende Rolle. In manchen Regionen – z.B. im bayerischen Schwaben – entsteht schon jetzt jeder sechste neue Arbeitsplatz im Gesundheitsbereich (1).

Prädikatisierte Heilbäder und Kurorte bilden die traditionell gewachsenen primären Standorte des deutschen „Gesundheitstourismus“. Die ursprünglich zum Boom der Kurorte führende Sozialpolitik der Bonner Republik differenzierte in Folge der Gesetzgebung Mitte der 90 er Jahre auch diesen „ersten Gesundheitsmarkt“. Forciert wurde die seitdem absolut dominierenden *standortunabhängigen* Behandlungskomplexe der AHB bzw. Rehabilitation. In diesen stationären Verfahren wird oft auf den Einsatz der die Heilbäder und Kurorte prägenden spezifischen örtlichen Kurmittel verzichtet. Ferner steht das in den entsprechenden Einrichtungen tätige medizinisch-therapeutische Personal nur zur Versorgung der stationären Patienten zur Verfügung.

Die mit der Anwendung örtlicher Heilmittel – somit der für die kurörtliche Basis bzw. das kurörtliche Selbstverständnis essentiellen Leistung – verbundene gesundheitstouristische Spektrum wird somit faktisch nur noch durch die wohnortfernen Maßnahmen der ambulanten Vorsorge im Kurort gemäß § 23 Abs. 2 SGB V gestützt. Angesichts der bei diesen – von den Krankenkassen nur bezuschussten – Maßnahmen nach § 23 Abs. 2 SGB V massiv zurückgehenden tatsächlichen Zahlen ist der künftige Bestand weiterer Einrichtungen und damit der medizinisch – therapeutischen Kompetenz in vielen Orten –evt. gar des gesamten Standortes – massiv bedroht.

Sozial- und Gesundheitspolitik haben die Chance durch Anreizsysteme bei der Primärprävention aber auch rechtzeitiger, ganzheitlicher, verhaltensmodulierender Tertiärprävention (z.B. vor Pflege) künftige weitere Leistungen einzusparen bzw. zu reduzieren. Gleichzeitig würde die Zukunftsfähigkeit der kurörtlichen Basics, der medizinischen und therapeutischen Berufe wie aber auch qualifizierter existenter Strukturen untermauert.

Die Branche öffnete sich schon in der Vergangenheit gezielt dem „zweiten“ – also privat finanzierten – Gesundheitsmarkt. Verbraucherschutz könnte daher gemeinsam mit dem Patientenbeauftragten (sh. geplantes Patienten-Rechte-Gesetz) und aufbauend auf die existenten Qualitätskriterien des ersten Gesundheitsmarktes sowie in Verbindung mit zwischenzeitlich ebenfalls vorhandenen Definitionen im zweiten Markt („Branchenstandard Medical Wellness“ des Deutschen Arbeitskreises Medical Wellness) im Interesse der Nachfrager wie aber auch der bei evt. Schlechtleistung neuerlich geforderten solidarischen Versicherungen wesentliche Weichen neu justieren. Dies würde – sofern eine solche

Aktivität parallel weiter flankiert wird – zu einer nachhaltigen qualitativen Untermauerung von Gesundheitstourismus in Deutschland beitragen können,

So liegt nach jüngsten Veröffentlichungen die durchschnittliche „Sparquote“ der Deutschen in 2010 im Schnitt bei 11,5% des Einkommens. Mit einer bundeseinheitlichen Kampagne (in einer adäquaten Dimension) für wirklich „qualifizierten Gesundheitsurlaub“ in Deutschland könnte man durchaus viele Verbraucher dazu motivieren, Geld in die eigene Gesundheit zu investieren (und damit gleichzeitig Steuern zu generieren) !

23.11.2010 Bernd Schmeink

(1) aus: „Bayerisch-Schwäbische Wirtschaft“, Magazin der IHK, No. 11/2010, Seite 30