

Positionspapier Prävention

Prävention in Heilbädern und Kurorten fördert die Selbstverantwortung

Beschluss der
Mitgliederversammlung des
Deutschen Heilbäderverbandes
8. November 2014, Ostseeheilbad Zingst



Heilbäder und Kurorte als eigenes Setting

Die Heilbäder und Kurorte verfügen über jahrhundertelange Erfahrung und haben sich mit ihren ortsgebundenen Heilmitteln und den Naturheilverfahren nach Kneipp, Schroth und Felke zu modernen Gesundheitskompetenzzentren entwickelt. Die Kurortmedizin ist ein hoch komplexes Therapiekonzept mit langer Tradition. Ein Vorzug von Präventionsmaßnahmen in anerkannten Heilbädern und Kurorten besteht in der langen Entwicklung mit zahlreichen Optimierungen und ein weiterer in der großen Erfahrung in der Anwendung. Kuren führen nachweislich zu Verbesserungen der Regulation zahlreicher Körperfunktionen (funktionelle Adaptation) und zielen darüber hinaus darauf ab, längerfristige Verhaltensänderungen (z. B. Bewegungsverhalten, aktive Krankheitsbewältigung) zu erzielen. Gerade in einem Präventionsgesetz sollte man auf diese bewährten Strukturen zurückgreifen und damit die Eigenverantwortung der Gäste mit Anreizsystemen ergänzen. Heilbäder und Kurorte sind als eigenes Setting in das Präventionsgesetz mit aufzunehmen.

Stärkung der Prävention

In 2012 wurden etwa 3,6 Prozent der Gesundheitsausgaben für den Bereich Prävention und Gesundheitsschutz ausgegeben. Pro Jahr geben die Krankenkassen 3.000 Euro pro Versichertem für Behandlung von Krankheiten aus, während davon lediglich 4,83 Euro in die Prävention investiert werden. Würde hingegen gezielt in Prävention investiert, könnten 25 bis 30 Prozent der Gesundheitsausgaben laut Sachverständigenrat eingespart werden. Im Bereich der Verhältnisprävention, die darauf ausgerichtet ist, gesundheitsgefährdende Gewohnheiten zu verändern und gesundheitsgerechte Verhaltensweisen zu fördern, sind die Heilbäder und Kurorte ein verlässlicher Partner.

Kuren und Vorsorgeleistungen nach §23 II SGB V müssen Pflichtleistungen der GKV werden

Es ist unbestritten, dass die seit Jahrhunderten in der Bevölkerung allgemeine Bezeichnung „Kur“ nach wie vor eine hochwirksame Leistung auf Basis der ortsgebundenen natürlichen Heilmittel, der Heilverfahren und der medizinisch-therapeutischen Kompetenz der Heilbäder und Kurorte im Bereich der Prävention darstellt. Umso unverständlicher ist es, dass die Kostenträger weiterhin so restriktiv mit den Kuranträgen umgehen. Die ambulante Badekur im Sinne des § 23 Absatz 2 SGB V ist über die Jahre vehement zurückgegangen, von ca. 800.000 bundesweiten Fallzahlen in den 80er Jahren auf jetzt rund 60.000 in Deutschland abgerechnete ambulante Vorsorgeleistungen. Dabei ist die ambulante Vorsorgeleistung im anerkannten Kurort ein Paradebeispiel dafür, wie Prävention in jedem Alter mit Unterstützung der Kostenträger und einem hohen Anteil an Eigenbeteiligung der Versicherten funktionieren kann. Die ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 und Abs. 4 SGB V sind deshalb von einer Kann-Leistung in eine Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen umzuwandeln.

Vereinfachung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens in der GKV

Die verordneten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sind seit Jahren rückläufig. Das komplizierte Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist mit ein Grund dafür. Um das Antrags- und Genehmigungsverfahren zu vereinfachen, sollten alle Haus- und Fachärzte grundsätzlich qualifiziert sein, die Anträge zu stellen. Nur sie kennen ihre Patienten. Nicht nur die Verordnung der Maßnahme an sich, sondern auch die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen stellt eine große Hürde dar. Jeder behandelnde Arzt sollte daher unmittelbar mit dem Antrag des Versicherten einen Befundbericht einreichen können, auf dessen Grundlage die Kur bewilligt wird.

Antrags- und Genehmigungsverhalten der Krankenkassen transparent gestalten

Es müssen verlässliche Statistiken über das Antrags- und Genehmigungsverhalten geführt werden. So besteht eine große Differenz zwischen den zentral für Deutschland bei der kurärztlichen Verwaltungsstelle, die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe angesiedelt ist, abgerechneten sogenannten „Kurarztscheinen“ und der von den Krankenkassen dem Bundesgesundheitsministerium gemeldeten Zahl der tatsächlich von den Kassen nach § 23 Absatz 2 SGB V teilfinanzierten Kuren. Für das Jahr 2013 weist die Statistik eine Differenz von 48.840 Maßnahmen auf, die zwar bewilligt, aber nicht in Deutschland abgerechnet wurden.

Stärkung der Kur- und Badeärzte

In den nächsten fünf Jahren werden aufgrund der Altersstruktur ca. 502 - von 905 im Jahr 2013 – Kur- und Badeärzte ihre kurärztliche Tätigkeit beenden - mit essentiellen Auswirkungen auf das Heilbad bzw. den Kurort. Um den ärztlichen Nachwuchs zu fördern, müsste die Weiterbildung zum Kur- oder Badearzt aufgewertet werden und entsprechende Anreize gesetzt werden. Im Zusammenhang mit der Attraktivitätssteigerung des auf dem Land tätigen Allgemeinmediziners sollten die Kur- und Badeärzte in eine gemeinsame Strategie mit aufgenommen werden. Denn klassischerweise liegen die Heilbäder und Kurorte im ländlichen Raum.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Dass Menschen länger fit und gesund bleiben, um ihren Beruf auch bis zur Rente ausüben zu können, ist eine der größten Herausforderungen des demografischen Wandels. Vor allem Volkskrankheiten wie Rückenleiden, Diabetes, Herzinfarkte, Schlaganfälle oder psychosomatische Erkrankungen und Burnout könnten mit der richtigen Vorsorge oftmals vermieden werden, oder es könnte den Betroffenen geholfen werden, damit weiter zu arbeiten. Mit Blick auf den Fachkräftemangel und immer älter werdende Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen Unternehmen mehr in die Prävention investieren. Damit sich die Unternehmen mehr um die Gesundheit ihrer Beschäftigten kümmern, sollten jene Unternehmen eine Abgabe zahlen, die zu wenig in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter investieren. Indikator könnten die Zugänge von Beschäftigten eines Betriebs in die Erwerbsminderungsrente sein. Diese beziehen Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr voll erwerbsfähig sind.

Prävention und Rehabilitation vor Pflege

Da die Pflegeversicherung kein Rehabilitationsträger ist, ergeben sich für die GKV verminderte Anreize, Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu finanzieren. Die Krankenkasse müsste Mehrausgaben für eine Rehabilitationsmaßnahme zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit also aus dem eigenen Budget tragen, wohingegen Pflegeausgaben über alle Kassen ausgeglichen werden. Da Pflegebedürftigkeit meist gekoppelt mit chronischen Erkrankungen bzw. Multimorbidität auftritt, bedarf es daher mindestens eines Ausgleichsmechanismus, wenn nicht gar der Integration von Pflege- und Krankenversicherung, um den Stellenwert des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ zu verbessern. Oberstes Ziel sollte jedoch sein, Pflegebedürftigkeit gänzlich zu vermeiden bzw. diese möglichst lange hinauszuzögern, so dass noch vor der Reha verstärkt auf die Prävention zu setzen ist.