

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann-Pohl,
Klaus Holetschek, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), weiterer Abgeordneter
und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 14/6080 –**

Politik der Bundesregierung zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation

Vorsorge und insbesondere Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Bereiche mit wachsender Bedeutung. Schon heute nimmt eine große Zahl insbesondere chronisch Kranker, Rekonvaleszenten und Behinderter die Möglichkeiten der ambulanten und stationären Versorgung und Rehabilitation wahr. Dieser Bedarf wird sich in Zukunft weiter erhöhen, denn mit dem steigenden Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung werden auch degenerative und chronische Erkrankungen überproportional zunehmen. Dies führt zu neuen Anforderungen an das System der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Ausmaß und Bedeutung noch nicht in vollem Umfang abgeschätzt werden kann.

1. Sieht die Bundesregierung nach Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs und in Anbetracht demnächst zu erwartender Entscheidungen die Gefahr, dass die deutschen Sozialversicherungsträger Rehabilitationsmaßnahmen zumindest im EU-Ausland zukünftig finanzieren müssen, und wenn ja, wie beabsichtigt die Bundesregierung, auf eine derartige Entwicklung zu reagieren?

Die gesetzlichen Krankenkassen können bereits nach bisherigem Recht medizinische Behandlungen im Ausland finanzieren, wenn eine „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist“. Dies schließt auch Rehabilitationsmaßnahmen ein.

Vergleichbares gilt für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung; erforderlich ist aber stets eine vorherige Genehmigung durch den zuständigen Rentenversicherungsträger.

Nach den vorliegenden Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs besteht keine Gefahr, dass die deutschen Sozialversicherungsträger Rehabilitationsmaßnahmen zumindest im EU-Ausland finanzieren müssen. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass der Europäische Gerichtshof zukünftig in Berücksichtigung der Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs eine territoriale Begrenzung der Sachleistungsansprüche deutscher Versicherungsnehmer grundsätzlich verbietet. Wie diese Entscheidungen im Einzelnen ausfallen werden, ist noch nicht prognostizierbar. Deshalb können etwaige Reaktionen auf neue Entwicklungen der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs erst initiiert werden, wenn die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs gefällt sind. Im Übrigen sieht die Bundesregierung auch für die Zukunft angesichts der hohen Qualität der deutschen Rehabilitationseinrichtungen keine Gefahr, dass die deutschen Sozialversicherungsträger Rehabilitationsmaßnahmen in nennenswertem Umfang im EU-Ausland finanzieren müssen.

2. Sieht die Bundesregierung auf deutscher oder europäischer Ebene Bestrebungen einer Liberalisierung des europäischen Rehabilitationsmarktes, und wenn ja, wie will sie die hohe Qualität der deutschen Heilbäder und Kurorte auch aus Gründen des Wettbewerbs und des Verbraucherschutzes gewährleisten?

Die deutschen Heilbäder und Kurorte haben gute Chancen im internationalen Wettbewerb. Seit 1998 hat sich die wirtschaftliche Lage in diesem Bereich insbesondere durch das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Gesetze in anderen Bereichen sowie durch die Gesundheitsreform 2000 wieder verbessert. Im Jahr 2000 zählten die Heilbäder und Kurorte 16,7 Millionen Gäste. Das waren 6 % mehr als im Vorjahr und nahezu soviel wie vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Zahl der Übernachtungen stieg im Jahr 2000 auf 103,8 Millionen. Das sind fast ein Drittel aller Übernachtungen in der Bundesrepublik Deutschland und rd. 5 % mehr als im Vorjahr. Dieses Plus in der Statistik hat nicht zuletzt auch die Neuorientierung der Heilbäder auf privat zahlende Gäste und neue Gesundheitsangebote bewirkt.

Ankünfte/Übernachtungen in deutschen Heilbädern ¹⁾

Jahr	Ankünfte in Millionen	Veränd. zum Vorjahr in %	Übernachtungen in Millionen	Veränd. zum Vorjahr in %
1996^{a)}				
insgesamt:	9,9	./ 1,4	73,4	./ 5,0
dar. ausl. Gäste:	1,0	+ 0,8	2,9	./ 2,6
1997^{a)}				
insgesamt:	9,5	./ 3,8	60,4	./ 18,0
dar. ausl. Gäste:	1,0	+ 2,9	3,0	+ 0,9
1998				
insgesamt:	10,4	+ 4,0	65,0	+ 1,7
dar. ausl. Gäste:	1,1	+ 6,7	3,2	+ 5,0
1999				
insgesamt:	10,9	+ 4,3	67,1	+ 3,3
dar. ausl. Gäste:	1,2	+ 4,1	3,3	+ 2,0
2000				
insgesamt:	11,6	+ 6,2	70,7	+ 4,6
dar. ausl. Gäste:	1,3	+ 12,5	3,6	+ 9,9

Ankünfte/Übernachtungen in deutschen Seebädern

Jahr	Ankünfte in Millionen	Veränd. zum Vorjahr in %	Übernachtungen in Millionen	Veränd. zum Vorjahr in %
1996^{*)} insgesamt: dar. ausl. Gäste:	2,8 0,04	./ 0,7 + 7,7	23,1 0,2	./ 1,5 + 8,5
1997^{*)} insgesamt: dar. ausl. Gäste:	3,0 0,05	+ 5,5 + 7,9	22,6 0,2	./ 2,1 + 0,8
1998 insgesamt: dar. ausl. Gäste:	4,4 0,07	+ 3,8 + 16,1	29,9 0,3	+ 3,3 + 9,6
1999 insgesamt: dar. ausl. Gäste:	4,8 0,08	+ 9,0 + 9,3	31,3 0,3	+ 4,9 + 8,7
2000 insgesamt: dar. ausl. Gäste:	5,1 0,08	+ 5,7 + 7,6	33,1 0,3	+ 5,7 + 8,8

Ankünfte/Übernachtungen in Vorsorge- und Reha- Kliniken²⁾

Jahr	Ankünfte in Millionen	Veränd. zum Vorjahr in %	Übernachtungen in Millionen	Veränd. zum Vorjahr in %
1996 insgesamt: dar. ausl. Gäste:	1,9 0,009	+ 0,3 ./ 18,1	52,0 0,1	./ 1,6 ./ 31,4
1997 insgesamt: dar. ausl. Gäste:	1,6 0,01	./ 16,6 + 14,7	38,4 0,1	./ 26,2 + 10,6
1998 insgesamt: dar. ausl. Gäste:	1,8 0,01	+ 13,5 + 16,0	41,0 0,2	+ 6,8 + 10,2
1999 insgesamt: dar. ausl. Gäste:	2,0 0,01	+ 12,2 + 8,6	45,0 0,2	+ 9,8 ./ 0,5
2000 insgesamt: dar. ausl. Gäste:	2,2 0,01	+ 9,2 + 247,3	48,9 0,2	+ 7,2 + 45,2

^{*)} ohne neue BL.

¹⁾ Mineral- und Moorbäder, Heilklimatische Kurorte, Kneippkurorte.

²⁾ Diese Betriebsart wurde bis 09/00 unter der Bezeichnung „Sanatorien, Kurkrankenhäuser“ nachgewiesen.

Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden

Besonders hervorzuheben ist der überdurchschnittliche Zuwachs an Gästen aus dem Ausland, der in den Binnenkurorten sogar bei 12,5 % lag. Das spricht für die hohe Qualität der deutschen Heilbäder und Kurorte und für Deutschland als Standort für ausgezeichnete Gesundheitsvorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

3. Was unternimmt die Bundesregierung, um die bereits heute vorliegende Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der deutschen Heilbäder im Vergleich zu den Heilbädern, insbesondere aus dem Süden und Osten Europas, im Hinblick auf geringfügige Beschäftigungsverhältnisse, Trinkgeldbesteuerung und Mehrwertsteuerproblematik abzumildern?

Die Bundesregierung kann auch angesichts der in der Antwort zur Frage 2 genannten Daten keine Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der deutschen Heilbäder feststellen. Insofern ist gegenwärtig auch kein unmittelbarer Handlungsbedarf zur Abmilderung von „Verzerrungen“ erkennbar.

Die Neuregelung der geringfügigen Beschäftigung war geboten, weil immer mehr Arbeitgeber sozialversicherungspflichtige Vollzeit- oder Teilzeitarbeitsplätze in geringfügige Beschäftigungsverhältnisse umgewandelt haben. Allein in den fünf Jahren von 1992 bis 1997 hatte die Zahl der geringfügigen Beschäftigten um ca. 1,1 Millionen zugenommen, bei gleichzeitiger Abnahme der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse um ca. 2 Millionen.

Die Neuregelung hatte zum Ziel, die fortschreitende Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und damit verbunden der Finanzgrundlagen der Sozialversicherung zu stoppen und gleichzeitig die sozialversicherungsrechtliche Absicherung der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu stärken. Diese Ziele sind erreicht worden.

Rund 4 Millionen ausschließlich geringfügig Beschäftigte wurden im Jahr 2000 erfasst. Insgesamt wurden bei den Trägern der Rentenversicherung für diese Personen Beiträge in Höhe von 2,96 Mrd. DM entrichtet, die entsprechenden Beitragseinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung beliefen sich im gleichen Jahr auf 2,28 Mrd. DM. Eine Erfassung der geringfügig Neben-tätigen ist nicht möglich, da die betroffenen Arbeitnehmer entsprechend ihrem versicherungspflichtigen Haupterwerb als voll sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zählen.

Die bestehenden Regelungen tragen den Flexibilitätserfordernissen der Unternehmen in ausreichendem Maße Rechnung. Die Zahl der gemeldeten geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse belegt, dass die Neuregelung kein Hindernis für die Aufnahme einer solchen Beschäftigung darstellt. Durch eine sachgerechte Auslegung der Vorschriften über die geringfügig entlohnte Beschäftigung oder eine Anwendung der nicht geänderten Regelung über die kurzfristige Beschäftigung verbleiben für Arbeitgeber und Arbeitnehmer genügend Gestaltungsspielräume. Die Bundesregierung beabsichtigt daher keine Ausnahmeregelung für deutsche Heilbäder.

Nach derzeitiger Gesetzesregelung sind freiwillig gezahlte Trinkgelder bis zu einer Höhe von 2 400 DM im Kalenderjahr steuerfrei. In dieser begrenzten Steuerbefreiung der Trinkgeldeinnahmen vermag die Bundesregierung keine Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der deutschen Heilbäder zu erkennen.

Freiwillig gegebene Trinkgelder werden seit jeher als zusätzliches Entgelt für die erbrachten Dienstleistungen angesehen und werden oftmals bei der Bemessung des vertraglich vereinbarten Lohns berücksichtigt. Insbesondere bei kleinen und mittleren Arbeitseinkommen dürften die freiwillig gegebenen Trinkgelder einen zumindest nicht unerheblichen Anreiz für die Tätigkeitsausübung darstellen. Die Berücksichtigung des Trinkgelds als Arbeitslohn ist im Übrigen keine Besonderheit des Steuerrechts. Als Entgelt werden diese Zahlungen auch in anderen Zusammenhängen verstanden. Nach dem Sozialversicherungsrecht gehören steuerpflichtige Trinkgelder zum beitragspflichtigen Arbeitsentgelt. Aber auch bei der Bemessung des Verdienstausfalls im Schadensrecht oder des Unterhalts im Unterhaltsrecht werden Trinkgelder berücksichtigt.

Klagen über Wettbewerbsnachteile deutscher Heilbäder im Vergleich zu Heilbädern aus dem Süden und Osten Europas wegen der Besteuerung von Umsätzen von Einrichtungen in deutschen Heilbädern sind der Bundesregierung nicht bekannt. Nachteile allein wegen der Umsatzsteuer erscheinen schon deshalb nicht nachvollziehbar, weil die Umsatzsteuer nur ein Preisbestandteil ist. Außerdem hat der Gesetzgeber bereits seit Einführung der Mehrwertsteuer zum 1. Januar 1968 im Rahmen einer Gesamtkonzeption eine Reihe von Umsätzen im Gesundheits- und Sozialbereich umsatzsteuerlich begünstigt:

So sind beispielsweise unter bestimmten Voraussetzungen die mit dem Betrieb von Krankenhäusern, Diagnosekliniken und anderen Einrichtungen ärztlicher Heilbehandlung, Diagnostik oder Befunderhebung verbundenen Umsätze steuerfrei (§ 4 Nr. 16 Buchstabe a UStG). Weiterhin befreit sind Umsätze aus einer heilberuflichen Tätigkeit oder aus einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit, unabhängig von der Rechtsform des Unternehmers (§ 4 Nr. 14 UStG). Hierunter können auch Leistungen z. B. von Kurkrankenhäusern fallen.

Begünstigt ist auch die Verabreichung von Heilbädern sowie die Bereitstellung von Kureinrichtungen, soweit als Entgelt eine Kurtaxe zu entrichten ist. Diese Umsätze unterliegen dem ermäßigten Umsatzsteuersatz (§ 12 Abs. 2 Nr. 9 UStG).

4. Inwieweit kann die Bundesregierung ihre positive Einschätzung, dass sich die wirtschaftliche Lage in den Kurstandorten zunehmend verbessert und stabilisiert habe (Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 57 der Abgeordneten Dr. Sabine Bergmann-Pohl zur Situation im Kurwesen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bundestagsdrucksache 14/5365), auch für die ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten auf Grund der abgerechneten Leistungen für das Jahr 2000 belegen?

Die ambulanten Vorsorgemaßnahmen sind Bestandteil der Gesamtheit aller von den Krankenkassen angebotenen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Isoliert betrachtet ist für das Jahr 2000 tatsächlich ein Rückgang von ambulanten Vorsorgeleistungen gegenüber 1999 in Höhe von knapp 2 Mio. DM (–8,7 v. H.) festzustellen, nachdem die Ausgaben im Jahr 1999 um rd. 27 Mio. DM (+12 v. H.) gestiegen waren. Im Jahr 2000 stehen dem zusätzliche Aufwendungen für alle anderen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zusammen in Höhe von mehr als 88 Mio. DM gegenüber, so dass insgesamt ein Saldo von gut 66 Mio. DM (+1,3 v. H.) Mehraufwendungen bleibt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die GKV-Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr 1999 insgesamt um rd. 395 Mio. DM (+8,3 v. H.) gestiegen sind.

5. Inwieweit teilt die Bundesregierung die Sorge, dass es zu einer Verschlechterung der Versorgung chronisch kranker Menschen dadurch kommt, dass dem Leistungsbedarf dieses Personenkreises bei der Leistungsgewährung nach § 23 Abs. 2 SGB V mit Vorsorgemaßnahmen nicht adäquat entsprochen wird?

Die Bundesregierung hat keine Anhaltspunkte dafür, dass dem Leistungsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Leistungsgewährung nach § 23 Abs. 2 SGB V nicht adäquat entsprochen wird. Wenn dies in Einzelfällen dennoch der Fall sein sollte, kann die Angelegenheit durch die zuständige Aufsichtsbehörde überprüft und ggf. korrigiert werden.

6. Inwieweit erkennt die Bundesregierung an, dass die in Form von Kompaktkuren angebotenen kurörtlichen Therapieverfahren gegenüber den normalen Vorsorgemaßnahmen gemäß § 23 Abs. 2 SGB V eine besondere, indikationsspezifische Intensität besitzen und besteht die Bereitschaft, die Maßnahmen – nicht zuletzt als teilweise kostengünstige Alternative zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen – für die Patienten finanziell günstiger auszugestalten

Bei den so genannten Kompaktkuren handelt es sich nicht um eine gesetzlich ausdrücklich definierte Leistung im Sinne des Krankenversicherungsrechts. Eine finanzielle Anreizwirkung für die Patienten zur Inanspruchnahme dieser gesetzlich nicht gesondert geregelten Leistung ist deshalb nach geltendem Recht nicht möglich. Sie zu schaffen, ist derzeit auch nicht vor gesehen. Es ist den Krankenkassen allerdings unbenommen, im Rahmen des ihnen eingeräumten Ermessens die Möglichkeiten dieser besonderen Therapieform zu nutzen.

7. Beabsichtigt die Bundesregierung, das Konzept von Kompaktkuren auch in das Beihilferecht für Beamte und Richter aufzunehmen?

Der Bund und die Länder erkennen in ihrem Beihilferecht als besondere Heilbehandlungen jeweils die (ambulante) Heilkur und die (stationäre) Sanatoriumsbehandlung an. Eine Aufnahme von Kompaktkuren in das Beihilferecht als weitere, besondere Therapieform ist derzeit nicht beabsichtigt, weil deren Konzept hinsichtlich der Zielgruppe (Krankheitsformen) und Leistungen nicht hinreichend deutlich ist, ebenso wenig, welche Lücke sie im Beihilferecht von Bund und Ländern schließen sollte.

8. Welche Bedeutung misst die Bundesregierung – vor dem Hintergrund, dass sich die Gesundheitspolitik in jüngerer Zeit verstärkt bemüht, die Angebote für ambulante und teilstationäre Rehabilitation in der Umgebung der Wohnorte der Patienten auszuweiten – der vom sozialen und Wohnumfeld räumlich distanzierten (wohntfernen) Behandlung zu, insbesondere für Patienten aus schwierigen persönlichen und sozialen Verhältnissen sowie für Frauen mit ihren familiären Verpflichtungen

Nach geltendem Recht sind ambulante Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 1 SGB V in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in Wohnortnähe durchzuführen. Gerade in der Wohnortnähe kann ein entscheidender Vorteil (z. B. stufenweise Wiedereingliederung, Einbeziehung des Umfeldes) dieser Leistungsform liegen. Ambulante Rehabilitation findet dementsprechend nicht nur – wie bei der früheren Rehabilitationskur bzw. den heutigen ambulanten Versorgungsleistungen in anerkannten Kurorten – in wohntfernen, sondern auch in wohntnahen Einrichtungen statt. Hieraus folgt, dass nach der derzeitigen Rechtslage sowohl der wohntnahen als auch der wohntfernen Rehabilitation eine wichtige Bedeutung im Rahmen des Rehabilitationsgeschehens der gesetzlichen Krankenversicherung zukommt. Welche Rehabilitationsform unter Beachtung der jeweiligen Situation der Rehabilitantin bzw. des Rehabilitanten besser zur Erreichung der in § 11 Abs. 2 SGB V genannten Rehabilitationsziele geeignet ist, muss im jeweiligen Einzelfall von den Beteiligten entschieden werden.

Um zu gewährleisten, dass Frauen mit familiären Verpflichtungen tatsächlich Zugang zu den Angeboten der Rehabilitation erhalten, ist allein die Gewährung von Haushaltshilfen oder Kinderbetreuungskosten bzw. alternativ die Übernahme von Fahrt- und Unterbringungskosten für die Kinder meist nicht ausrei-

chend. Frauen verzichten häufig auf die Inanspruchnahme der Angebote zur Rehabilitation, weil die mit der stationären Unterbringung verbundenen Belastungen von deren Familien, insbesondere den Ehepartnern, nicht mitgetragen werden. Daher ist die Ausweitung der ambulanten und teilstationären Angebote grundsätzlich zu begrüßen. In Fällen, in denen unter Berücksichtigung von Gründen, die im sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten liegen, eine vergleichbare Zielsetzung mit einer ambulanten oder teilstationären Maßnahme nicht erreicht werden kann, wird nach wie vor einer vollstationären Leistungserbringung der Vözug gegeben.

9. Entspricht es der mit der Gesundheitsreform 2000 verfolgten Zielsetzung der Bundesregierung, dass sich die Verfahren der ambulanten Rehabilitation von den kurörtlichen Kompetenzzentren weg auf dezentrale, wohnortnahe Leistungserbringer zerstreuen, und welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, einheitliche Qualitätsanforderungen bei den Einzelanbietern sicherzustellen?

Zunächst wird auf die Antwort zu Frage 8 verwiesen.

Die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 neu gefassten Vorschriften zur Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation haben auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, dass einheitliche Qualitätsanforderungen an die Leistungsanbieter gestellt werden können. So wurde bestimmt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Leistungserbringer im ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationsbereich die für die Leistungserbringer verpflichtenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren haben. Außerdem stellt § 137d Abs. 3 SGB V klar, dass die V ertragspartner durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen haben, dass die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die ambulante und stationäre Vorsorge und Rehabilitation einheitlichen Grundsätzen zu genügen hat.

Die Selbstverwaltungspartner haben vor kurzem neue Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation getroffen, aus denen sich die Anforderungen an die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nach § 40 Abs. 1 SGB V ergeben. Die Rahmenempfehlungen werden bundesweit von den beteiligten Rehabilitationsträgern bei dem Abschluss von V erträgen mit Anbietern zugrunde gelegt und stellen ebenfalls eine wichtige Basis für einheitliche Qualitätssicherungsmaßnahmen dar.

10. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, darauf hinzuwirken, dass Bürger, die im Urlaub in Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung für ihre Gesundheit an einem Kurort Kurmittel in Anspruch nehmen, diese vom Kurarzt verordnet bekommen können, ohne dass diese Verordnungen das Heilmittelbudget des Arztes belasten?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat das Gesetzgebungsverfahren zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets durch die Vorlage eines entsprechenden Kabinettsentwurfs eingeleitet. Ein Arznei- und Heilmittelbudget für einen Arzt sieht weder das geltende noch das zukünftige Recht vor. Für den einzelnen Arzt gelten auch in Zukunft auf der Ebene der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (Kassenärztliche Vereinigung und Verbände der Krankenkassen auf Landesebene) vereinbarte Richtgrößen, deren Überschreitung eine Wirtschaftlichkeitsprüfung auslösen kann. Die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen sehen flexible Möglichkeiten einer Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten vor, die auch für V ertragsärzte in anerkannten Kurorten zum

Tragen kommen können. Es ist Aufgabe der V ertragsparteien praxisgerechte Lösungen herbeizuführen.

11. Wie beurteilt die Bundesregierung unter dem Aspekt der Qualitätssicherung im stationären Bereich die Einführung eines pauschalierten Entgelt-systems (DRG-Systems) und die Bestrebungen des SGB IX, verstärkt und ohne Bedarfsvorbehalt Abteilungen von Akutkrankenhäusern für eine wohnortnahe Rehabilitation umzuwidmen?

Grundsätzlich positiv. Das DRG-Fallpauschalensystem schafft mehr T ransparenz über die erbrachten Leistungen und gibt damit bessere Anknüpfungspunkte für gezielte Qualitätssicherungsmaßnahmen als das herkömmliche Entgeltssystem. Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung bietet die Stärkung einer wohnortnahen und mit der akutstationären V ersorgung verzahnten Rehabilitation durchaus positive Perspektiven.

12. Inwieweit hält es die Bundesregierung für möglich, natürliche ortsspezifische Heilmittel und kurortmedizinische Behandlungsformen, deren Unbedenklichkeit und W irksamkeit in einer z. T. sehr langen T radition dokumentiert sind, einer Beurteilung nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu unterziehen?

Damit natürliche ortsspezifische Heilmittel und kurortmedizinische Behandlungen den Versicherten zur Verfügung gestellt werden können, müssen diese Leistungen ebenso wie alle anderen GKV -Leistungen zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Darüber hinaus haben Qualität und W irksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§§ 2, 12 und 70 SGB V). Bei dieser Bewertung der GKV -Leistungen wird der evidenzbasierten Medizin – die im Einklang mit den gesetzlichen Forderungen steht – zunehmend eine wichtigere Bedeutung zukommen.

13. Inwieweit können die Heilbäder und Kurorte bei ihren Zukunftsplanungen davon ausgehen, dass die Bundesregierung bei der beabsichtigten weiteren Gesundheitsreform die V orsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen am anerkannten Kurort als Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten wird?

Es ist nicht beabsichtigt, V orsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen in anerkannten Kurorten aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass – wie auch in der Vergangenheit – der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung der permanenten Überprüfung, Änderung und Ergänzung bedarf.