

## **Antwort**

**der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Angelika Graf (Rosenheim),  
Bärbel Bas, Bernhard Brinkmann (Hildesheim), weiterer Abgeordneter und  
der Fraktion der SPD  
– Drucksache 17/1450 –**

### **Politik der Bundesregierung für Heilbäder und Kurorte**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Die deutschen Heilbäder und Kurorte sind mit rund 350 000 direkt und indirekt Beschäftigten und einem jährlichen Umsatz von über 26 Mrd. Euro ein bedeutender Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor innerhalb der Gesundheitswirtschaft. Die deutschen Heilbäder und Kurorte übernehmen wichtige Aufgaben sowohl im Bereich von Prävention, Rehabilitation als auch für den Tourismus. Sie schaffen Arbeitsplätze vor Ort und tragen zugleich zum Imagegewinn der Kommunen bei. Die Zahl der ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten hat sich jedoch insgesamt von 217 000 Fällen in 2001 auf 173 000 Fälle in 2008 reduziert. Offenbar gibt es also einen negativen Trend, den es zu stoppen gilt. Die finanzielle Situation der Heilbäder und Kurorte droht sich jedoch auch durch das „Wachstumsbeschleunigungsgesetz“ der Bundesregierung deutlich zu verschlechtern. So erwartet die Bundesregierung allein für 2011 Einnahmeausfälle in Höhe von rund 1,5 Mrd. Euro für die Gemeinden in Deutschland als Folge des „Wachstumsbeschleunigungsgesetzes“, mit dem unter anderem Erben entlastet werden.

Das Kur- und Bäderwesen ist mit weit über 30 Prozent der Übernachtungen ein wesentlicher Faktor des Deutschlandtourismus. Der Trend zum Gesundheitstourismus nimmt deutlich zu. Auch längerfristig sind die Perspektiven positiv: Einer Studie des Instituts für Freizeitwirtschaft zufolge wachsen die Ausgaben der privaten Haushalte für Gesundheitstourismus von 2007 bis 2020 deutlich überproportional (+79 Prozent gegenüber einem Anstieg der Gesamtausgaben um +26 Prozent). Das Kur- und Bäderwesen braucht entsprechende Rahmenbedingungen, um die Potenziale des Gesundheitstourismus zu erschließen und an der Entwicklung teilhaben zu können.

Die Kleine Anfrage dient dazu, konkrete Informationen über die Ankündigung der Bundesregierung, die Rahmenbedingungen für Kurorte und Heilbäder verbessern zu wollen, einzuholen.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Der so genannte zweite Gesundheitsmarkt, zu dem auch der Gesundheitstourismus gehört, ist das Segment der Gesundheitswirtschaft mit dem größten Entwicklungspotenzial. Die wichtigsten Wachstumstreiber neben dem demografischen Wandel sind dabei das wachsende Gesundheitsbewusstsein und wirtschaftliches Wachstum. Diesem Trend wirken auch zeitweilige Rückgänge nicht dauerhaft entgegen.

Es trifft zu, dass im Vergleich der Jahre 2001 und 2008 ein deutlicher Rückgang der ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt wurden, erfolgte. Dieser Abbau fand aber bereits in den Jahren 2001 bis 2004 statt, denn in diesem Zeitraum reduzierten sich die Fälle ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten von 217 000 auf 147 000. Bis 2008 erhöhte sich die entsprechende Zahl wieder auf 173 000. Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass diese Leistungen der GKV nur einen kleineren Teil der insgesamt in den Kurorten und Heilbädern erbrachten Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen widerspiegeln.

Die finanzielle Situation der Heilbäder und Kurorte mit den Steuermindereinnahmen aufgrund des Wachstumsbeschleunigungsgesetzes zu begründen, ist nicht sachgerecht. Gerade Übernachtungsbetriebe in Heilbädern und Kurorten können von der Mehrwertsteuersenkung auf Beherbergungsleistungen im europäischen Wettbewerb profitieren. Das Wachstumsbeschleunigungsgesetz hat die Stärkung der Wachstumskräfte zum Ziel, um die historische Finanz- und Wirtschaftskrise zu überwinden. Vom daraus resultierenden selbsttragenden Wirtschaftswachstum werden auch die Heilbäder und Kurorte in Zukunft profitieren.

1. Mit welchen konkreten Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung die Rahmenbedingungen für Heilbäder und Kurorte in Deutschland zu verbessern, und wann starten diese?

2011 ist das Jahr des Gesundheitstourismus in Deutschland. Die Deutsche Zentrale für Tourismus (DZT), die im Auftrag der Bundesregierung das Reiseland Deutschland im Ausland vermarktet, hat in diesem Zusammenhang einen Kooperationsvertrag mit dem Deutschen Heilbäderverband (DHV) abgeschlossen, um die Vermarktung dieses Tourismussegments gezielt zu intensivieren. Außerdem hat das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Tourismusverband (DTV) ein Projekt zur Entwicklung innovativer Angebote im Gesundheitstourismus gestartet.

2. In welcher Höhe müssen die Heilbäder und Kurorte als Kommunen Einnahmeausfälle als Folge des „Wachstumsbeschleunigungsgesetzes“ hinnehmen (bitte pro Bundesland für 2010, 2011, 2012, 2013 und 2014)?

Die Bundesregierung berechnet Mindereinnahmen, die durch ein Bundesgesetz entstehen können, für die Gesamtheit der Kommunen. Es erfolgt keine Differenzierung innerhalb der kommunalen Ebene. Insofern liegen keine Informationen über Heilbäder und Kurorte vor.

3. Werden die Heilbäder und Kurorte als Kommunen Einnahmeausfälle bei der Einkommensteuer hinnehmen müssen, wenn die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP angekündigte weitere Senkung der Einkommensteuer umgesetzt wird?

Wenn ja, in welcher Höhe insgesamt sowie pro Bundesland?

Bei Steuerrechtsänderungen kommt es zu finanziellen Auswirkungen auf allen an den betroffenen Steuerarten beteiligten Gebietskörperschaftsebenen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

4. Wird die Bundesregierung die Heilbäder und Kurorte im Rahmen eines Präventionsgesetzes fördern?

Wenn ja, wann ist damit zu rechnen, und wie soll dies ausgestaltet werden?

Wenn nein, warum nicht?

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, ein Präventionsgesetz vorzulegen. Die Koalitionsfraktionen der CDU/CSU und FDP haben vielmehr beschlossen, eine Präventionsstrategie zu erarbeiten. Diese soll bewährte Ansätze und Strukturen einbeziehen und weiter ausbauen. In die Präventionsstrategie, die derzeit entwickelt wird, können sich alle Präventionsakteure einbringen.

5. Beabsichtigt die Bundesregierung die Heilbäder und Kurorte im Rahmen einer zu schaffenden Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung zu fördern?

Wenn ja, wann ist mit einer dementsprechenden Initiative zu rechnen, und wie soll dies dann ausgestaltet werden?

Wenn nein, warum sieht die Bundesregierung von einem solchen Vorhaben ab?

Nein, dies ist nicht beabsichtigt. Es wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

6. In welcher Höhe – insgesamt sowie pro Bundesland – erwartet die Bundesregierung einen Anstieg der ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten (§ 23 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) aufgrund der demografischen Entwicklung bis 2050?

Die Bundesregierung erwartet angesichts der demografischen Entwicklung grundsätzlich eine steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Detaillierte Annahmen zur Entwicklung einzelner Leistungsbereiche der GKV bis zum Jahr 2050 liegen ihr jedoch nicht vor; sie wären auch hoch spekulativ.

7. Inwiefern sieht die Bundesregierung aufgrund der demografischen Entwicklung einen veränderten konzeptionellen Bedarf bei Heilbädern und Kurorten, und wie will die Bundesregierung insbesondere auf den zunehmenden Anteil alter und hochaltriger Menschen in diesem Bereich reagieren?

Die demografische Alterung der Gesellschaft wirkt sich auf alle Bereiche der Wirtschaft aus. Die Bundesregierung hat mit einer Vielzahl von Programmen auf die sich abzeichnenden Änderungen reagiert. Zu erwähnen ist hier insbesondere das Programm „Wirtschaftsfaktor Alter“. Die Bundesregierung möchte mit der Initiative „Wirtschaftsfaktor Alter“ auf wirtschaftliche Potenziale aufmerksam machen und Impulse geben für die Entwicklung innovativer Produkte und Dienstleistungen. Dies gilt auch für die Gesundheits- und Tourismus-

branche. Zentrales Element der Initiative sind die Informationsplattform [www.wirtschaftsfaktor-alter.de](http://www.wirtschaftsfaktor-alter.de) sowie Fachveranstaltungen und -veröffentlichungen. Aber auch die vom BMWi 2003 und 2008 in Auftrag gegebenen Studien über barrierefreien Tourismus für alle dienen diesem Ziel.

Im Rahmen der Initiative „Wirtschaftsfaktor Alter“ unterstützt die Bundesregierung die Verbreitung des Konzeptes „Design für alle“. Danach sind Lebensräume, Produkte und Dienstleistungen so zu gestalten, dass sie für möglichst viele Menschen zugänglich und nutzbar sind, ungeachtet der individuellen Fähigkeiten, des Alters oder des Geschlechts. 2009 wurde im BMWi ein Gutachten über die ökonomischen Impulse des Konzeptes „Design für Alle“ vorgestellt, das auch Tourismusunternehmen einbezog. Die Ergebnisse dieses Gutachtens werden derzeit vom RKW Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft in einer Reihe von Konferenzen Unternehmen der mittelständischen Wirtschaft präsentiert. Darüber hinaus hat das BMWi 2009 eine Studie zu den Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Tourismus herausgegeben.

8. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die sozioökonomische Situation der Versicherten, die Kuren und Rehabilitationen in Anspruch nehmen, und wie will die Bundesregierung erreichen, dass die Teilhabe einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen sichergestellt ist und gegebenenfalls verbessert wird?

Die Bundesregierung hat keine entsprechenden Erkenntnisse.

9. Inwiefern plant die Bundesregierung, den Versicherten mehr so genannte Gestaltungsmöglichkeiten für ihren Versicherungsschutz in den Bereichen Rehabilitation und Prävention zu bieten?

Die Erweiterung individueller Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Versicherten wird derzeit geprüft.

10. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen des § 53 SGB V Wahltarife auf die Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten?

Die Bundesregierung hat keine Erkenntnisse über Auswirkungen von Wahltarifen auf die Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten.

- a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, welche Krankenkassen die Abwahl von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten bonifizieren?
- b) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie viele Versicherte welcher Krankenkassen sich die Abwahl von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten bonifizieren lassen?
- c) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, welchen Anteil die Abwahl von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten mit Hilfe von Wahltarifen nach § 53 SGB V ausmacht?

Wie hat sich der Anteil in den letzten Jahren entwickelt?

Einige wenige Krankenkassen bieten einen Wahltarif an, bei dem ein Selbstbehalt für bestimmte Leistungen wie ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 2 SGB V gewählt werden kann. Nach § 53 Absatz 1 SGB V kann eine

Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

Für einen Überblick, welche Krankenkassen derzeit entsprechende Wahltarife anbieten, wie viele Versicherte welcher Krankenkassen solche Tarife gewählt haben und Näheres zum Anteil dieser Wahltarife wäre eine Rückfrage bei den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder erforderlich gewesen, die in der Kürze der für die Beantwortung der Kleinen Anfrage zur Verfügung stehenden Zeit nicht durchführbar war.

- d) Wie bewertet die Bundesregierung die bestehende Möglichkeit eines freiwilligen Verzichtes der Versicherten auf den Zuschuss für ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten im Rahmen von Bonus-Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Versicherten im Hinblick auf die Situation der Heilbäder und Kurorte?

Die Bundesregierung hat keine Erkenntnisse über eine bestehende Möglichkeit eines freiwilligen Verzichtes der Versicherten auf den Zuschuss für ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten im Rahmen von Bonusvereinbarungen zwischen Kassen und Versicherten.

- e) Plant die Bundesregierung eine Untersuchung über eventuelle Auswirkungen des § 53 SGB V Wahltarife auf die Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten?

Falls ja, wann ist mit Ergebnissen zu rechnen?

Falls nein, warum nicht?

Für eine Untersuchung über eventuelle Auswirkungen von Wahltarifen auf die Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten besteht aus Sicht der Bundesregierung schon im Hinblick darauf kein Anlass, dass derzeit nur wenige Krankenkassen entsprechende Wahltarife anbieten.

11. Wie beabsichtigt die Bundesregierung die Qualitätsstandards der Leistungen der Heilbäder und Kurorte zu verbessern?

Grundsätzlich ist es Aufgabe der Leistungserbringer in Heilbädern und Kurorten, sich kontinuierlich um die Sicherung und Verbesserung der Qualität ihrer Leistungen zu bemühen. Sie haben auch sicherzustellen, dass die erbrachten Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Bundesregierung begrüßt alle Aktivitäten der Leistungserbringer in Heilbädern und Kurorten, die diesen Zwecken dienen.

- a) Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die Qualitätssicherung nach § 137d Absatz 3 SGB V eingehalten wird?

Nach der Regelung in § 137d Absatz 3 SGB V vereinbart der GKV-Spitzenverband mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den maßgeblichen Bundesverbänden der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen erbringen, die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für diesen Leistungsbereich. Die maßgeblichen Interessenverbände verhandeln dabei für ihre Mitglieder. Es ist Aufgabe aller Beteiligten, für die Einhaltung der Vereinbarungen Sorge zu tragen. Als Nachweis zur Einführung eines den Anforderungen der Vereinbarung entsprechenden Qualitätsmanagementverfahrens ist nach der dem Bundesministerium für Gesundheit

(BMG) vorliegenden Entwurfsfassung der Vereinbarung alle drei Jahre eine Selbstbewertung des Leistungserbringers, die schriftlich zu dokumentieren ist, vorgesehen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben die Möglichkeit, diese Selbstbewertungen zu überprüfen. Eine regelhafte Kontrolle ist jedoch nicht vorgesehen und wäre aus Sicht der Bundesregierung im Hinblick auf den bürokratischen Aufwand, den diese zwangsläufig verursachen müsste, und bezogen auf die Art und Vielfalt der im Bereich der ambulanten Vorsorge erbrachten Leistungen auch nicht sachgerecht.

- b) Unterstützt die Bundesregierung eine einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (bitte mit Begründung)?

Eine einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung ist nach § 137d Absatz 1 und 2 SGB V für Leistungen der ambulanten und stationären Rehabilitation sowie für stationäre Vorsorgeleistungen gesetzlich vorgesehen. Die Bundesregierung unterstützt in diesen Versorgungsbereichen die Durchführung der externen Qualitätssicherung nachdrücklich. In Bezug auf die Leistungen der ambulanten Vorsorge dagegen hat sich der Gesetzgeber mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz dafür entschieden, die Verpflichtung zur Vereinbarung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung aufzuheben. Dies erfolgte vor dem Hintergrund, dass sich die Art und Vielfalt der ambulanten Vorsorgeleistungen und die besondere Leistungserbringerstruktur mit einheitlichen Anforderungen der externen Qualitätssicherung nur schwer sachgerecht abbilden und auswerten lässt. Auch die Bundesregierung hält es für sinnvoller und aufwandsgerechter, in der ambulanten Vorsorge statt einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, die für viele kleine Einrichtungen dieses Versorgungsbereichs u. a. mit einer regelhaften Dokumentation, Auswertung und Rückmeldung verbunden wäre, die Qualität primär über ein systematisches Qualitätsmanagement zu sichern.

- c) Wann rechnet die Bundesregierung mit einer Qualitätsvereinbarung als Folge von § 137d Absatz 3 SGB V?

Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes liegt bereits seit einiger Zeit ein mit den Beteiligten in nahezu allen Punkten konsentierter Entwurf der Vereinbarung zur ambulanten Vorsorge vor. Lediglich mit den Verbänden der Heilmittelerbringer, die erst später in die Verhandlungen einbezogen wurden, sind noch einzelne Aspekte zu klären. Die Bundesregierung rechnet deshalb damit, dass die Vereinbarung in Kürze unterzeichnet werden kann.

- d) Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass eine Qualitätsvereinbarung auch Normen enthält bzw. es eine abschließende und bundesweit einheitliche Definition der Leistungen gibt?

Eine Beschreibung bzw. Definition der Leistungen zur ambulanten Vorsorge in der Qualitätsvereinbarung ist in § 137d Absatz 3 SGB V gesetzlich nicht vorgesehen. Eine verbindliche Leistungsbeschreibung könnte im Rahmen einer solchen Vereinbarung aus Sicht der Bundesregierung auch gar nicht getroffen werden, da entsprechende Festlegungen für Leistungen der GKV eine nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin vorgenommene wissenschaftliche Prüfung des medizinischen Nutzens dieser Leistungen voraussetzen würden. Diese könnte allenfalls durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durchgeführt werden. Unter Berücksichtigung des breiten Spektrums der Vorsorgeleistungen und der vielfach begrenzten hochwertigen Evidenz gerade für Leistungen, bei denen finanzielle Anreize zur Durchführung von wissenschaftlichen Studien weitgehend fehlen, erscheint die verbindliche Prüfung und Festlegung von Leistungen und deren Inhalten allerdings problematisch und derzeit wenig praktikabel.

12. Inwiefern sieht die Bundesregierung Bedarf für eine bundesweit einheitliche und abschließende Definition zu Art und Umfang zu Vorsorgeleistungen gemäß § 23 Absatz 2 SGB V (bitte mit Begründung)?

Soweit medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 1 SGB V nicht ausreichen, kann die Krankenkasse nach § 23 Absatz 2 Satz 1 SGB V aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Näheres zu den Leistungsinhalten wird z. B. in der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) und in den von den Krankenkassen mit Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossenen Kurarztverträgen festgelegt. Ein darüber hinausgehender Definitionsbedarf der Leistungsinhalte wird nicht gesehen.

13. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Förderung von Heilbädern und Kurorten durch die Bundesländer (bitte nach Ländern), und beabsichtigt die Bundesregierung, sich mit den Ländern in Fragen der Förderung abzustimmen?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnisse über die Förderung von Heilbädern und Kurorten durch die Bundesländer. Heilbäder und Kurorte sind Kommunen und damit Bestandteil der Länder. Für eine angemessene Finanzausstattung der Kommunen sind allein die Länder zuständig. Sie haben mit dem Instrument des kommunalen Finanzausgleichs das adäquate Mittel. Darüber hinaus können Investitionszuschüsse auch außerhalb des kommunalen Finanzausgleichs gewährt werden.

14. In welchen Bundesländern gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs einen Sonderlastenausgleich für Kurorte und Heilbäder, und wie beurteilt die Bundesregierung die jeweilige Situation in den Ländern?

Auf die Antwort zu Frage 13 wird verwiesen. Da die angemessene Finanzausstattung in der Zuständigkeit der Länder liegt, ist es nicht Aufgabe der Bundesregierung, die Situation in den Ländern zu beurteilen.

15. Welche Erfahrungen hat die Bundesregierung mit der Statistikpflicht gemäß § 23 Absatz 4 SGB V gemacht?
  - a) Welche Erkenntnisse konnte die Bundesregierung aus der Statistikpflicht gewinnen?

Mit dem zum 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden § 23 Absatz 4 und § 40 Absatz 2 SGB V dahingehend erweitert, dass von den Krankenkassen erstmals für das Jahr 2008 Daten zur Antrags- und Bewilligungspraxis von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu erheben sind. Der Vordruck zur Statistik von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der GKV wurde entsprechend erweitert, so dass die Ergebnisse im Rahmen der Statistik KG5 vorzulegen sind und über den GKV-Spitzenverband dem BMG gemeldet werden (§ 79 SGB IV). Die Daten sollen zur Transparenz der Antrags- und Bewilligungspraxis beitragen.

Seit Inkrafttreten des GKV-WSG hatten die Krankenkassen eine Vorlaufzeit von mehr als zwei Jahren, um sich auf die Berichtspflicht einzustellen und ihr nachzukommen. Mit der Statistik KG 5 hätten die Meldungen für das Jahr 2008 erstmals im Sommer 2009 erfolgen müssen. Eine Prüfung der bislang eingegangenen Meldungen hat jedoch ergeben, dass aufgrund unvollständiger Datenliefe-

rungen, die zudem Unplausibilitäten enthalten, eine belastbare Analyse dieser Daten zurzeit ausgeschlossen ist.

- b) Wie will die Bundesregierung die tatsächliche Durchsetzung der Statistikpflicht durch die Krankenkassen verbessern, bzw. wie stellt die Bundesregierung sicher, dass im Rahmen der Statistikpflicht von den Krankenkassen zeitnah wirklich prüfbare Zahlen vorgelegt werden?

Das BMG hatte in einem ersten Schritt über den GKV-Spitzenverband die Krankenkassen zur Nachbesserung der Datenlieferung aufgefordert. Trotz zwischenzeitlich erfolgter Korrekturen und Nachlieferungen einzelner Krankenkassen konnten die o. a. Unplausibilitäten nicht so ausgeräumt werden, dass zuverlässige Aussagen zu Anträgen und Bewilligungen des Jahres 2008 aus der Statistik abzuleiten sind.

Daher wurden in einem zweiten Schritt die Aufsichtsbehörden ausgewählter Krankenkassen mit Schreiben vom 1. März 2010 gebeten, darauf hinzuwirken, dass die unter ihrer Aufsicht stehenden Krankenkassen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen, bezüglich der statistischen Erfassung der Antragstellung und Bewilligungspraxis von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen vollständige und plausible Datenmeldungen auch für das Jahr 2009 abzugeben.

Die statistische Erfassung der Antragsstellung und Bewilligungspraxis von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen war u. a. auch Gegenstand von Beratungen auf der 76. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder, die vom 14. bis 15. April 2010 in Hamburg stattfand, mit dem Ziel, sicherzustellen, dass die Antrags- und Bewilligungsstatistik, insbesondere in die Zukunft gerichtet, plausible Ergebnisse bringt. Für die Krankenkassen soll damit deutlich werden, dass sie die Einhaltung ihrer Lieferpflichten nicht unterlaufen können. Zwar sind die Daten der amtlichen Antrags- und Bewilligungsstatistik für das Jahr 2009 von den Krankenkassen erst im Sommer 2010 über den GKV-Spitzenverband an das BMG zu liefern. Eine Lieferung zu diesem Termin setzt jedoch im Vorfeld die adäquate Infrastruktur der diesbezüglichen Datenerfassung voraus.

- c) Wann werden die auch von der Bundesregierung festgestellten qualitativen Defizite bezüglich der Vollständigkeit und der Plausibilität der Daten beseitigt?

Die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger des Bundes und der Länder haben die ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenkassen, deren Datenmeldungen qualitative Defizite aufweisen, aufgrund des BMG-Schreibens vom 1. März 2010 schon vor der Aufsichtsbehördentagung zu kurzfristigen Nachbesserungen ihrer Meldungen aufgefordert. Ergebnisse liegen jedoch bisher noch nicht vor.

Dementsprechend wurde auf der o. g. 76. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger auch beschlossen, dass die Aufsichtsbehörden – soweit erforderlich – darauf hinwirken, dass die unter ihrer Aufsicht stehenden Krankenkassen ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen.

- d) Wie lange wird die Bundesregierung prüfen, ob die Aufsichtsbehörden sich mit dieser Thematik befassen sollen, und welchen Inhalt hat die Prüfung?  
Warum schaltet die Bundesregierung nicht umgehend die Aufsichtsbehörden ein?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 15b und 15c verwiesen.



16. Plant die Bundesregierung, ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten von einer Kann-Leistung in eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen umzuwandeln (bitte mit Begründung)?

Die Umwandlung ambulanter Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten von einer Kann- in eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen ist derzeit nicht geplant. Über ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten haben die Krankenkassen gemäß § 23 Absatz 2 Satz 1 SGB V nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Zu berücksichtigen ist, dass sich das Ermessen bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen im Regelfall nur auf die Ausgestaltung der Leistungen und nicht darauf bezieht, ob Vorsorgemaßnahmen überhaupt geleistet werden.

- a) Wie viele Anträge auf ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten wurden in den letzten 10 Jahren (pro Jahr) gestellt, und wie viele davon abgelehnt (bitte mit Ablehnungsquote)?

Sollte die Bundesregierung über die Daten keine Erkenntnisse haben, wann wird sich die Bundesregierung diese Daten aneignen?

Wie in der Antwort zu Frage 15 dargestellt, werden Daten zu Anträgen und deren Erledigung nach der gesetzlichen Verpflichtung erstmals für das Jahr 2008 erhoben. Erkenntnisse über in den letzten zehn Jahren gestellte Anträge auf ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten liegen deshalb nicht vor.

- b) Welche Kosten würden nach Einschätzung der Bundesregierung durch eine Umwandlung der ambulante Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten in eine Pflichtleistung jährlich entstehen?

Vor dem eingangs in der Antwort zu Frage 16 genannten Hintergrund ist eine valide Schätzung über die Kosten einer hypothetischen Umwandlung dieser Maßnahmen von Kann- in Pflichtleistungen nicht möglich.

17. Wie hat sich hinsichtlich der Fallzahlen und der Ausgaben die Umwandlung der Medizinischen Rehabilitation von einer Kann- zu einer Pflichtleistung ausgewirkt?
18. Wie hat sich hinsichtlich der Fallzahlen und der Ausgaben die Umwandlung der Mutter-/Vater-Kind-Kuren von einer Kann- zu einer Pflichtleistung ausgewirkt?

Die Fragen 17 und 18 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Zahl der Fälle sowie die Höhe der entsprechenden Aufwendungen sind den nachstehenden Tabellen zu entnehmen.

Jahr	Fälle von Rehabilitationsmaßnahmen				Mütter-Väter-Kind-Kuren	
	Insgesamt	Anschluss-Reha	Maßnahmen ohne Anschluss-Reha			
			Fälle	% zum VJ	Fälle	% zum VJ
2005	667 848	543 540	124 017	–7,52	118 792	–9,10
2006	691 343	566 243	126 144	1,72	119 289	0,42
2007	710 093	567 604	141 097	11,85	131 009	9,82
2008	697 747	564 155	133 929	–5,08	144 215	10,08

Jahr	Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen (stationär und ambulant)				Mütter-Väter-Kind-Kuren	
	Insgesamt in EURO	Anschluss-Reha in EURO	Maßnahmen ohne Anschluss-Reha			
			EURO	% zum VJ	EURO	% zum VJ
2005	2 054 304 068	1 652 630 501	401 673 567	1,10	260 395 096	–9,29
2006	2 024 253 360	1 649 162 947	375 090 413	–6,62	258 453 155	–0,75
2007	2 105 647 440	1 719 336 700	386 310 740	2,99	301 973 587	16,84
2008	2 113 565 267	1 731 853 375	381 711 892	–1,19	335 434 565	11,08
2009(p)	keine Vergleichbarkeit, da keine Trennung nach Vorsorge- und Reha-Maßnahmen				318 655 535	–5,11

(p) = Vorläufiges Rechnungsergebnis nach der Statistik KV45

19. Mit welchen neuen Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung Prävention, Rehabilitation und Pflege besser aufeinander abzustimmen und Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern zu beheben?

Wann werden konkrete Maßnahmen in Angriff genommen?

20. Welche neuen Maßnahmen plant die Bundesregierung als Konsequenz aus ihrer Forderung, dass Prävention vor Rehabilitation und Rehabilitation vor Pflege Vorrang haben muss, und wann starten diese?

Die Fragen 19 und 20 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Gesetzgeber hat in der 16. Wahlperiode mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz Regelungen getroffen, mit denen durch finanzielle Anreize Anstrengungen von Pflegeeinrichtungen gefördert werden, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten und – soweit möglich – Verbesserungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu erzielen bzw. Verschlechterungen zu vermeiden. Pflegeheime, denen es nach verstärkten aktivierenden und rehabilitativen Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag von einheitlich 1 536 Euro (§ 87a Absatz 4 SGB XI).

Ferner zielt die im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes erfolgte Neufassung der §§ 18 und 31 SGB XI in Verbindung mit der Änderung des § 40 SGB V darauf ab, den Zugang des betroffenen Personenkreises zu Rehabilitationsleistungen des zuständigen Trägers (zumeist gesetzliche Krankenversicherung) leichter und schneller zu gestalten.

Die Krankenkassen müssen an die Pflegekassen einen finanziellen Ausgleich leisten, wenn sie pflegebedürftigen Versicherten innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erbracht haben (§ 40 Absatz 3 Satz 6 SGB V).

Zunächst muss die Wirkung dieser neuen Maßnahmen evaluiert werden, bevor weitere Schritte eingeleitet werden können.

21. Mit welchen neuen Maßnahmen will die Bundesregierung die Transparenz und Orientierung hinsichtlich des Leistungsangebots der verschiedenen Träger erhöhen, die Beratung der Versicherten durch die Rehabilitations-träger verbessern und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten stärken?

Zu welchem Zeitpunkt werden hierzu Maßnahmen ergriffen?

Nach § 65b SGB V fördert der GKV-Spitzenverband als Modellvorhaben Einrichtungen zur unabhängigen Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP ist vereinbart worden, die unabhängige Patientenberatung auszubauen, um die Versicherten in die Lage zu versetzen, möglichst selbständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen. Gleichzeitig sollen Patientinnen und Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützt werden. Diese Vereinbarung wird noch im Jahr 2010 umgesetzt.

22. Welche konkreten Aufgaben, Kompetenzen und Strukturen sollen die im Koalitionsvertrag angekündigten Schiedsstellen bei Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen gegebenenfalls erhalten?

Über die nähere Ausgestaltung der nach dem Koalitionsvertrag bei Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen vorgesehenen Schiedsstellenregelung ist noch nicht entschieden.

23. Inwiefern soll in die Arbeit der Schiedsstellen für den Versorgungsbereich der Medizinischen Reha auch die Medizinische Vorsorge nach § 23 SGB V einbezogen werden?

Wenn sie nicht einbezogen werden soll, warum nicht?

Da für Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und medizinischen Vorsorgeeinrichtungen dieselben gesetzlichen Rahmenvorgaben wie für Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und medizinischen Rehabilitationseinrichtungen gelten, wäre eine Differenzierung zwischen beiden Bereichen bei der vorgesehenen Schiedsstellenregelung nicht sachgerecht.

24. Welche Erkenntnisse hinsichtlich Umfang und Intensität hat die Bundesregierung über den Einsatz von Fallmanagern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Akutkrankenhäusern, die für den Patienten bestmögliche Leistungserbringung nach Krankenhausaufenthalt koordinieren (bitte nach Bundesländern)?

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist zum 1. April 2007 der Anspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche eingeführt worden (§ 11 Absatz 4 SGB V). Das Nähere ist im Rahmen von Verträgen zu regeln. Soweit in Integrationsverträgen nach § 140a ff. SGB V nicht bereits entsprechende Regelungen vereinbart sind, sind die Einzelheiten eines Entlassungsmanagements aus dem Krankenhaus im Rahmen von zwei- oder dreiseitigen Verträgen (§§ 112 bzw. 115 SGB V) oder in vertraglichen Vereinbarungen mit sonstigen Leistungserbringern der GKV und mit Leistungserbringern nach dem SGB XI sowie mit den Pflegekassen zu regeln. Über die Inhalte derartiger Verträge ist der Bundesregierung nichts bekannt. Sie hat deshalb auch keine Erkenntnis über die Umsetzung des Versorgungsmanagements und den Einsatz von Fallmanagern vor Ort.

25. Welche Auswirkungen auf die Heilbäder und Kurorte in Deutschland erwartet die Bundesregierung, wenn die EU-Richtlinie zur Patientenmobilität doch noch umgesetzt werden sollte?

Wie bewertet die Bundesregierung die Richtlinie?

Sofern es zur geplanten Richtlinie der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung kommen sollte, geht die Bundesregierung davon aus, dass es im Hinblick auf die Auslandsbehandlung von deutschen Versicherten zu keinen nennenswerten Ausweitungen kommen wird. Die in der Richtlinie vorgesehenen Ansprüche auf Kostenübernahme von grenzüberschreitenden Behandlungen sind in Deutschland bereits seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz in § 13 Absatz 4 und 5 SGB V verankert und werden seitdem angewendet. Die mögliche Umsetzung der Richtlinie könnte vielmehr dazu führen, dass Einrichtungen in Deutschland vermehrt in Anspruch genommen werden, da ab dem Zeitpunkt der Umsetzung alle anderen Mitgliedstaaten der EU ihren Versicherten einen Anspruch auf grenzüberschreitende Versorgung einräumen müssen.

- a) Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Finanzierung und Inanspruchnahme von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im europäischen Ausland (bitte nach Ländern)?

Die Finanzierung von ambulanten Vorsorgeleistungen im europäischen Ausland richtet sich nach § 13 Absatz 4 SGB V. Danach haben Versicherte das Recht, ambulante Leistungen im europäischen Ausland in Anspruch zu nehmen. Die Kostenerstattung begrenzt sich auf die Vergütung, die bei einer Sachleistung im Inland angefallen wäre, vgl. § 13 Absatz 4 Satz 3 SGB V. Insoweit ist die Finanzierung von ambulanten Vorsorgeleistungen im europäischen Ausland nicht teurer als die Inanspruchnahme dieser Leistungen im Inland, zumal die Krankenkassen ausreichend Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzunehmen haben (vgl. insoweit § 13 Absatz 4 Satz 5 SGB V). Der Bundesregierung liegen keine Kenntnisse darüber vor, inwieweit und insbesondere in welchen EU-Mitgliedstaaten die Versicherten von der bereits vorhandenen Möglichkeit Gebrauch machen.

- b) Befürchtet die Bundesregierung, dass bei einer Umsetzung der Richtlinie Versicherte aus Deutschland verstärkt im europäischen Ausland Kuren antreten könnten, während weitaus weniger Gäste aus dem europäischen Ausland in deutsche Heilbäder und Kurorte kommen würden, weil die Finanzierung von Kuren dort geringer ausgeprägt ist?

Worauf basiert diese Einschätzung?

Da die Inanspruchnahme von Kuren im EU-Ausland schon heute möglich ist, erwartet die Bundesregierung nach Umsetzung der Richtlinie nicht, dass deutsche Versicherte häufiger als bisher ins europäische Ausland gehen. Es könnte sogar ein positiver Effekt für die deutschen Heilbäder und Kurorte eintreten, weil spätestens ab diesem Zeitpunkt alle Mitgliedstaaten ihren Versicherten einen Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen einräumen müssen.

- c) Wie will die Bundesregierung deutsche Qualitätsstandards bzw. die Versorgungssicherheit deutscher Patienten unter Qualitätsgesichtspunkten im Bereich der ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten in der EU sichern?

In den bisherigen Verhandlungen zur Richtlinie herrscht unter den Mitgliedstaaten Einigkeit darüber, dass jeder Mitgliedstaat dafür verantwortlich ist, dass Leistungen auf seinem Hoheitsgebiet nach festgelegten Qualitäts- und Sicherheitsstandards erbracht werden. Die Festlegung dieser Standards obliegt jedem Mitgliedstaat eigenverantwortlich, weil es sich hier um einen nicht harmonisierten Bereich handelt. Insofern ist davon auszugehen, dass die ambulanten Vorsorgeleistungen in anderen Mitgliedstaaten ebenfalls – wie in Deutschland auch – einem Qualitäts- und Sicherheitsregime unterworfen sind. Darüber hinaus erfolgt die Qualitätssicherung auch durch die hohen Anforderungen der Berufszulassung für eine Vielzahl von Gesundheitsberufen, die nach der Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Richtlinie 2005/36/EG vom 7. September 2005) EU-weit harmonisiert sind.

26. Wie bewertet die Bundesregierung wohnortferne Familienprävention, und welche neuen Maßnahmen plant sie, um diese zu stärken?

Maßnahmen gemäß § 20 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit dem Präventionsleitfaden des GKV-Spitzenverbandes sollen im Regelfall am Wohnort stattfinden, damit Verhaltensänderungen in der gewohnten Umgebung eingeübt werden können.

Um jedoch auch Personengruppen zu erreichen, denen die regelmäßige Teilnahme aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht möglich ist, können die Krankenkassen auch Block- oder Kompaktangebote z. B. am Kurort erstatten. Eine Änderung ist nicht beabsichtigt.

27. Welche Informationen hat die Bundesregierung über die konkreten Auswirkungen des ermäßigten Mehrwertsteuersatzes für Schwimm- und Heilbäder sowie für die Bereitstellung von Kureinrichtungen?

Inwiefern plant die Bundesregierung bei den Steuersätzen für Schwimm- und Heilbäder sowie für die Bereitstellung von Kureinrichtungen Veränderungen?

Dem Bundesministerium der Finanzen liegen keine Daten über die konkreten Auswirkungen des ermäßigten Umsatzsteuersatzes für Schwimm- und Heilbäder sowie für die Bereitstellung von Kureinrichtungen vor. Eine Quantifizierung der fiskalischen Auswirkungen ist nicht möglich.

Gegenwärtig plant die Bundesregierung keine Änderungen bei den Steuersätzen für Schwimm- und Heilbäder sowie für die Bereitstellung von Kureinrichtungen. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vom 26. Oktober 2009 ist jedoch die Einsetzung einer Kommission vorgesehen, die die Systematik und den Katalog der ermäßigten Umsatzsteuersätze überprüfen soll. Die Ergebnisse der Kommission bleiben abzuwarten.

28. Wie sorgt die Bundesregierung dafür, dass Angebote aus dem Bereich „Medical Wellness“ den Anforderungen des Verbraucherschutzes entsprechen und die Verbraucher medizinisch vorteilhafte Angebote von unvorteilhaften bzw. solchen mit minderer Qualität unterscheiden können?
30. Wie unterstützt die Bundesregierung einen „Branchenstandard Medical Wellness“?
31. Unterstützt die Bundesregierung den „Letter of Intent“ zu Medical Wellness, auf den sich u. a. der Deutsche Medical Wellness Verband e. V., das Europäische Gesundheitszentrum für Naturheilverfahren, Sebastian Kneipp Institut GmbH und der Deutsche Heilbäderverband e. V. geeinigt haben?

Falls ja, welche gesetzgeberischen Folgen plant die Bundesregierung als Konsequenz?

Falls nein, warum nicht?

Wegen des Sachzusammenhangs werden die Fragen 28, 30 und 31 gemeinsam beantwortet.

Unter dem Begriff Wellness werden die verschiedensten Dienstleistungen angeboten. Es ist Aufgabe der Anbieter, die Art und den Umfang der Dienstleistung so zu beschreiben, dass Verbraucher sachgerechte und ihren Bedürfnissen entsprechende Entscheidungen treffen können.

Qualitätssiegel oder Zertifizierungen sind Marketinginstrumente, die zur Verbesserung der Markttransparenz beitragen können. Um die Vielfalt an Zertifizierungen und Gütezeichen für Verbraucherinnen und Verbraucher überschaubar zu halten, sind inhaltlich qualifizierte, unabhängige und in der Branche breit verankerte Gütezeichen besonders zu begrüßen.

Die Bundesregierung bewertet im Grundsatz alle Maßnahmen positiv, die dazu beitragen, dass Verbraucherinnen und Verbraucher Qualitätsunterschiede besser erkennen können und einen besseren Überblick über die gebotenen Leistungen erhalten. Die besagte gemeinsame Erklärung (Letter of Intent) benennt Kernanforderungen aus Sicht der Unterzeichner. Freiwillige Selbstverpflichtungen oder Leitlinien können ein erster Schritt hin zu Branchenstandards sein.

29. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über Folgekosten für das Gesundheitswesen durch mangelhafte Angebote aus dem Bereich „Medical Wellness“?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, dass mangelhafte „Medical Wellness“-Angebote zu Folgen für das Gesundheitswesen führen.

32. Inwiefern wird die Bundesregierung die Deutsche Zentrale für Tourismus e. V. (DZT) vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung des Gesundheitsurlaubs in ihrem Themenjahr 2011 „Gesundheitsurlaub und Wellness in Deutschland“ noch stärker unterstützen, und welche Maßnahmen plant bzw. unterstützt die Bundesregierung konkret für das Themenjahr?

Das BMWi fördert die DZT institutionell und unterstützt sie bei ihrer Aufgabenerfüllung. Das Themenjahr „Gesundheitsreisen und Wellness“ hat für das Auslandsmarketing die folgenden drei Schwerpunkte: Medizintourismus, insbesondere im Hinblick auf High-Level-Medizin; Heilmittel- und Heilverfahren deutscher Kurorte und Heilbäder im Segment Gesundheitsreisen und Wellness und Beauty. Im Bereich Medizintourismus beispielsweise werden für die Marktschwerpunkte Russland und Osteuropa inklusive Skandinavien, USA und Westeuropa sowie des arabischen Raums drei quellmarktspezifische Publikationen/Kampagnen entwickelt und durchgeführt.

33. Wird die Bundesregierung die Zuwendungen für die Deutsche Zentrale für Tourismus (DZT) spürbar anheben und auf das Niveau des nationalen Tourismusmarketings z. B. von Österreich oder der Schweiz aufstocken?

Wenn nein, wie wird sie die institutionelle Tourismusförderung unterstützen, und wie beurteilt sie die Arbeit der DZT?

Das BMWi fördert die DZT mit jährlich rund 27 Mio. Euro und beabsichtigt, das Zuwendungsniveau stabil zu halten. Das BMWi unterstützt damit die DZT dabei, ihre Aufgabe zur Vermarktung des Reiselandes Deutschland im Ausland zu erfüllen.

34. Wie wird die Bundesregierung den Gesundheitstourismus bei der angekündigten Fortentwicklung der Tourismuspolitischen Leitlinien der Bundesregierung einbeziehen und das Ziel der Barrierefreiheit stärker in allen Bereichen verankern, und wann starten welche Maßnahmen?

Der Gesundheitstourismus ist wichtiger Bestandteil des Tourismusstandortes Deutschland und bietet erhebliche Wachstumschancen. Die Bundesregierung wird dieses Tourismussegment deshalb auch bei ihrer konzeptionellen tourismuspolitischen Arbeit berücksichtigen. Das Ziel der Barrierefreiheit ist in den Tourismuspolitischen Leitlinien der Bundesregierung bereits stark verankert und wird kontinuierlich fortentwickelt. Einzelne Maßnahmen sind in den Antworten zu den Fragen 1 und 7 dargestellt.

35. Inwiefern wird der Gesundheitstourismus in die von der Bundesregierung angekündigte Tourismuskonzeption für den ländlichen Raum einbezogen, und wann wird diese Konzeption vorgelegt?

Der Gesundheitstourismus und insbesondere die Kurorte und Heilbäder spielen eine wichtige Rolle für den Tourismus im ländlichen Raum. Die Bundesregierung prüft gegenwärtig die möglichen Inhalte einer Tourismuskonzeption für den ländlichen Raum. Dazu gehört auch die mögliche Einbindung des Gesundheitstourismus.

36. Wie wird die Bundesregierung die Heilbäder, Kurorte und Kneippvereine sowie die Verbände wie z. B. den Deutschen Heilbäderverband e. V., den Kneipp-Bund e. V., die Deutsche Zentrale für Tourismus e. V., den Deutschen Medical Wellness Verband e. V. sowie den Verband Deutscher Kurörtlicher Betriebe e. V. in eine Stärkung des Gesundheitstourismus einbeziehen?

Die Bundesregierung steht im regelmäßigen Informations- und Meinungsaustausch mit den relevanten Verbänden im Gesundheitstourismus. Im Rahmen des in der Antwort zu Frage 1 bereits erwähnten Projektes „Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland“, das vom BMWi im Zeitraum 2009 bis 2011 finanziell gefördert wird, erfolgt eine breite Mitwirkung der Verbände in einem Fachbeirat. Außerdem soll die anlässlich der Internationalen Tourismusbörse 2010 in Berlin freigeschaltete Internetplattform [www.innovativer-gesundheitstourismus.de](http://www.innovativer-gesundheitstourismus.de) einen umfangreichen Informationsaustausch und Meinungsbildungsprozess ermöglichen.

37. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Beschäftigten in den Heilbädern und Kurorten?
- a) Wie verteilen sich die direkt Beschäftigten in den Heilbädern und Kurorten nach Berufsgruppen?
  - b) Wie verteilen sich die indirekt Beschäftigten in den Heilbädern und Kurorten nach Berufsgruppen?
  - c) Wie ist jeweils die Entwicklung in den letzten fünf Jahren?

Eine Beantwortung der Frage ist mit Daten der amtlichen Statistiken nicht möglich. Die Berufe, die in einem Heilbad- oder Kurbetrieb ausgeübt werden, sind zahlreich und können im gleichen Ort auch unabhängig vom Bäderbetrieb zu finden sein. Auch eine Annäherung über die Branche ist nicht möglich, weil in der Klassifikation der Wirtschaftszweige keine Abgrenzung existiert, die eine Identifikation von Kur- und Bäderbetrieben erlaubt.

38. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über das Lohnniveau der direkt sowie der indirekt Beschäftigten in den Heilbädern und Kurorten (bitte ausführlich)?

Grundlage für die Beschreibung des Verdienstes von Arbeitnehmern aus der amtlichen Statistik sind die Verdienststrukturerhebung und die vierteljährliche Verdiensterhebung. Mit ihnen wird durch das Statistische Bundesamt eine umfangreiche Erhebung individueller Verdienste nach Wirtschaftszweigen durchgeführt. Die Klassifikation der Wirtschaftszweige sieht dabei eine statistische Zuordnung der wirtschaftlichen Tätigkeiten nach dem hergestellten Produkt oder der erbrachten Dienstleistung vor. Eine Unterscheidung nach dem Unternehmensstandort, wie etwa in einem Heilbad oder Kurort, ist damit nicht möglich.



39. Welche Auswirkungen hätte ein gesetzlicher Mindestlohn in Höhe von 8,50 Euro auf die direkt und indirekt Beschäftigten in den Heilbädern und Kurorten?

Auf welchen Zahlen bzw. welchen wissenschaftlichen Grundlagen basiert diese Einschätzung?

Konkrete Berechnungen zu den Auswirkungen einer fiktiven Lohnuntergrenze von 8,50 Euro pro Stunde auf die Beschäftigten in den Heilbädern und Kurorten liegen der Bundesregierung nicht vor.

40. Sieht die Bundesregierung vor dem Hintergrund der Entwicklung des Gesundheitstourismus Handlungsbedarf hinsichtlich der Aus- und Weiterbildung?

Wenn ja, welchen?

Wenn nein, warum nicht?

Der Nachwuchsgewinnung und -qualifizierung zur Sicherung des Bedarfs an qualifizierten Fachkräften kommt angesichts des demografischen Wandels und rückläufiger Schulabgängerzahlen eine große Bedeutung zu. Dies gilt gleichermaßen für den Gesundheitstourismus.

Die Tourismuswirtschaft stellt vielfältige und zahlreiche Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten bereit. Es gibt allerdings keine Ausbildungsgänge, die ausschließlich dem Bereich des „Gesundheitstourismus“ zuzurechnen sind. Vielmehr ergeben sich Beschäftigungsmöglichkeiten sowohl im klassischen touristischen Aufgabenbereich (z. B. Hotel- und Gastgewerbe) als auch in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Im Hotel- und Gastgewerbe zeichnet sich in einigen Regionen bereits eine schwindende Bewerbernachfrage ab.

Mit der Schaffung des Ausbildungsberufs „Kaufmann/-frau für Tourismus und Freizeit“ wurde 2005 den von den Experten formulierten Qualifizierungsbedürfnissen auch in Kurorten und Heilbädern Rechnung getragen. In diesem Zusammenhang wurde die bisherige Fachrichtung „Kuren und Fremdenverkehr“ aus dem Ausbildungsberuf „Reiseverkehrskaufmann/-frau“ herausgelöst und in den neuen Beruf mit aktuellen Inhalten integriert.

Mit seinen Inhalten deckt der Ausbildungsberuf „Kaufmann/-frau für Tourismus und Freizeit“ – in Ergänzung zu dem des „outgoing-orientierten“ Reiseverkehrskaufmannes, der aktuell erneut modernisiert wird – touristische Tätigkeiten innerhalb Deutschlands ab. Das heißt, dass sich Kaufleute für Tourismus und Freizeit in erster Linie um die organisatorische Betreuung von Gästen und Touristen vor Ort kümmern und zugleich das Ziel haben, ihre Region touristisch attraktiv zu vermarkten.

Ob bei der darauf aufbauenden einschlägigen Fortbildung für gehobene Sach- und Führungsaufgaben zum „Tourismusfachwirt“ auch diesbezügliche Inhalte zu regeln sein werden, wird bei dem in Kürze beginnenden Neuordnungsverfahren mit den Experten zu erörtern sein.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) stellt umfangreiche Hilfen für junge Menschen im Berufswahlprozess zur Verfügung. Dazu gehören die Berufsorientierung, die Erstellung berufskundlicher Medien sowie Berufsberatung und Ausbildungsvermittlung. Bei der Vermittlung in Ausbildung oder Arbeit berücksichtigt die Berufsberatung sowohl die Eignung der jungen Menschen als auch die Anforderungen der Arbeitgeber bezüglich der angebotenen Stellen. Selbstverständlich spielen die Beschäftigungsmöglichkeiten im Tourismus- bzw. Gesundheitsbereich hier eine Rolle.

Die BA und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende übernehmen im Einzelfall die Förderung der beruflichen Weiterbildung, wenn hierdurch die Integration in den Arbeitsmarkt erreicht werden kann. Auch beschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können unter bestimmten Umständen so gefördert werden, wenn damit die individuelle Beschäftigungsfähigkeit in Gastgewerbe und Gesundheitsbranche gesichert werden kann.

41. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Breitbandversorgung in den Heilbädern und Kurorten in Deutschland?

Mit welchen neuen Maßnahmen will die Bundesregierung die Breitbandversorgung der Heilbäder und Kurorte in Deutschland gegebenenfalls verbessern?

Angaben zur Lage der Breitbandversorgung in Deutschland liefert der Breitbandatlas des BMWi. Eine spezielle Auswertung bezüglich der Versorgungslage der Heilbäder und Kurorte existiert nicht. Der Atlas, der über das Breitbandportal des BMWi ([www.zukunft-breitband.de](http://www.zukunft-breitband.de)) zugänglich ist, bietet die Möglichkeit, unter Angabe des Ortsnamens oder der Postleitzahl die lokale Breitbandversorgungslage zu ermitteln.

Die Bundesregierung hat zur Verbesserung der Breitbandversorgung eine Breitbandstrategie entwickelt, die ein ganzes Bündel an Maßnahmen enthält. Sie arbeitet dabei in enger Abstimmung mit der Wirtschaft, den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden. Die Schließung von Breitbandlücken wird insbesondere unterstützt durch informationspolitische Maßnahmen ([www.zukunft-breitband.de](http://www.zukunft-breitband.de), BMWi-Breitbandatlas, die Veröffentlichung von Best-Practice-Beispielen, die Durchführung von Regionalveranstaltungen etc.), die Bereitstellung zusätzlicher Frequenzen („Digitale Dividende“), konkrete Fördermaßnahmen im Rahmen der Gemeinschaftsaufgaben Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes (GAK) und Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur (GRW), des nationalen Konjunkturprogramms II und des europäischen Konjunkturprogramms, die Nutzung von Synergien im Infrastrukturbereich (Infrastrukturatlas der Bundesnetzagentur etc.) sowie durch eine stärker wachstumsorientierte Regulierungspolitik.

Die Bundesregierung wird bis zur diesjährigen Sommerpause ein Monitoring zur Umsetzung der Breitbandstrategie einleiten. Im Lichte der Erkenntnisse dieses Monitorings wird die Bundesregierung prüfen, ob Änderungen an der Breitbandstrategie bzw. neue Maßnahmen erforderlich sind.



