

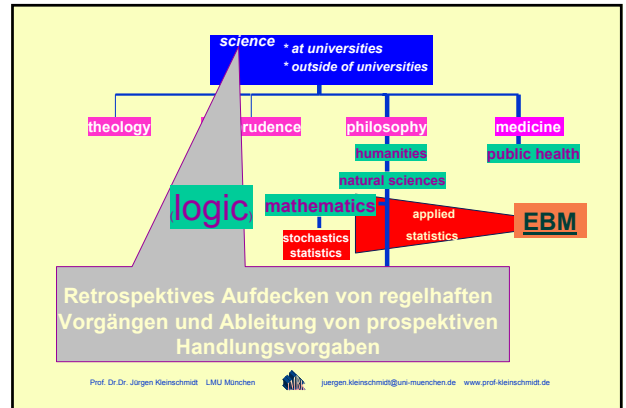
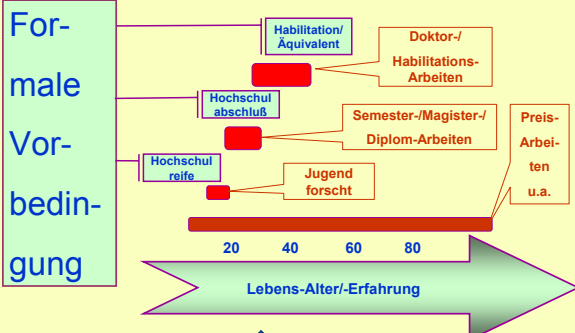
Jürgen Kleinschmidt

1950: Balneologisches Institut an der Ludwig-Maximilians-**Universität** München
1967: Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie der LMU
2005: Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften der LMU
 Email: info@Prof-Kleinschmidt.de
<http://www.Freunde-IMBK.de>

Wissenschaftsförderung durch HB & KO

Wer forscht wo?

Forschungsarbeiten



Wer forscht wo in den KURORTWISSENSCHAFTEN?

* ca. 120 wissenschaftliche Hochschulen/Universitäten in BRD
wenige balneologische und/oder klimatologische Universitäts-Institute

- * in der Humanmedizin: (4)
- LMU München
- MH Hannover
- Universität Freiburg

e.V.-Forschung:
 BEYER (Füssing e.V.)
 FALKENBACH (Bad Gastein e.V.)
 FRICKE (Bad Elster e.V.)
 GUTENBRUNNER (Wildungen e.V.)
 KLEINSCHMIDT (Freunde IMBK e.V.)
 ...

Nebenamtliche Hochschullehrer:
 RESCH (FBK Bad Elster KG)
 VOLGER (SKI Bad Wörishofen GmbH)
 ...

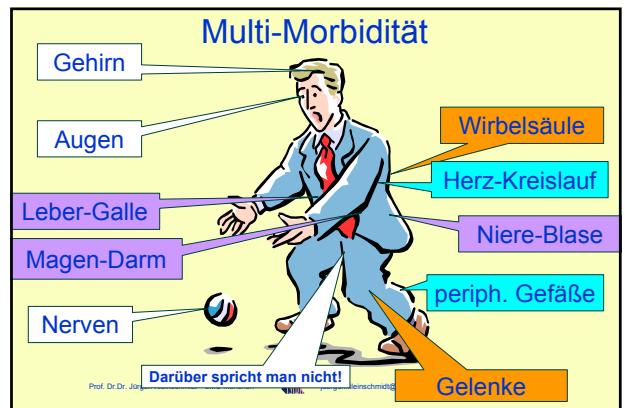
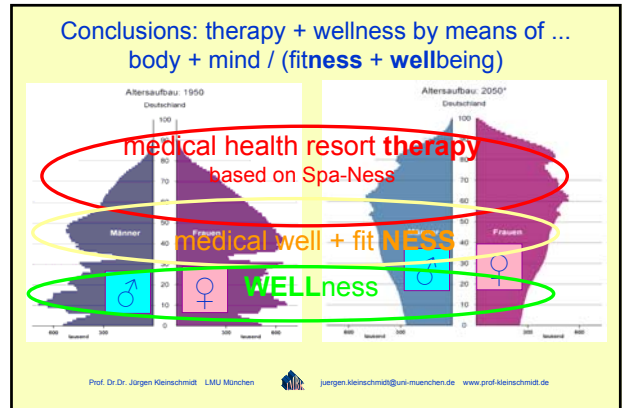
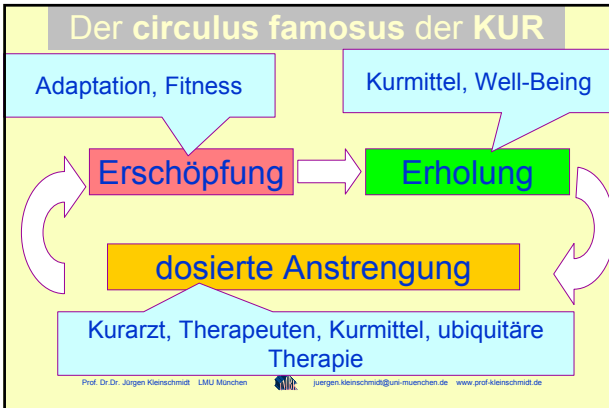
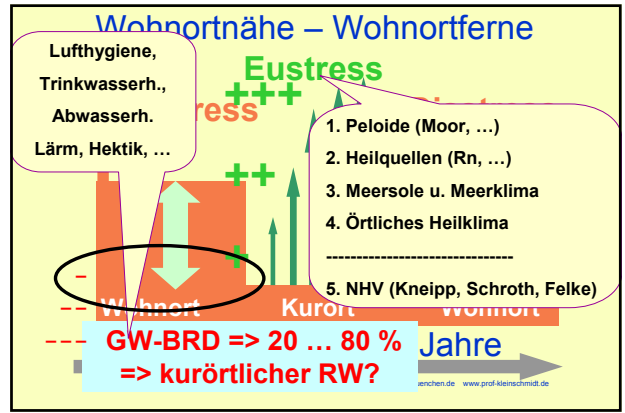
(via einzelne B...):
 handelsrechtliche G... (ca. 5)
 - privatrechtlicher e.V. (ca. 20)
 - öffentlich-rechtliche HS (4 + 3)

- + weitere KUR-Institutionen :
- * an FH, BA: universities of app... Universitäts-Institute (4)
 Fachhochschulen, BA (3)
- * am Sozial-Ministerium: FBK B...

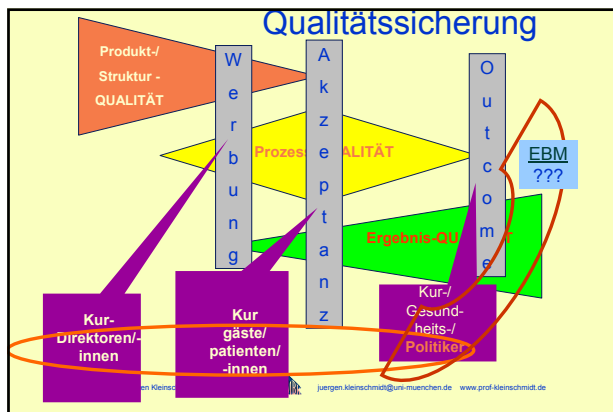
Belastungsfähigkeit

Gesundheitszustand	Sekundär-Prävention		Primär-Prävention	
	Kompensation, Bedürftigkeit (Patho-Genese)	Regulations-training (Saluto-Genese)	Wer	Wo Wann
„kerngesund“	0	+++		
erschöpft	0 (+)	++	Hausarzt	Kur
chronisch krank	+	+		
akut erkrankt	++	0 (+)		
Notfall	+++	0	Klinik	

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmitt LMU München juergen.kleinschmitt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmitt.de



Was wurde (und wird) in den KURORTWISSENSCHAFTEN beforscht?



Gebiete der Kurforschung

- **Produkt- / Struktur-Qualität [Potenzial-Qualität]**
 - Begriffsbestimmungen
 - RAL
 - ISO-Norm
 - ...
- **Prozess-Qualität [Real-Qualität]**
 - Leistungsbeschreibungen
 - ISO-Norm
 - (RAL)
 - ...
- **Ergebnis-Qualität [Final-Qualität]**
 - Kur(arzt)bericht
 - Entlassungsbericht Kurklinik
 - IRES
 - MOMBURG-Rosette
 - ...
 - **Kurerfolgsdokumentation (mit und ohne EBM)-Klasse I)**

Wo spielt in der kurortwissenschaftlichen Forschung das Schlagwort „EBM“ eine Rolle?

Patientenbezogene wissenschaftliche
Erfolgsdokumentation für ambulante Kurpatienten in
bayerischen Heilbädern: **EBM III**
Vor-/Parallel-Untersuchungen

- **Dettenkofer et al (Continua Bericht [1997])** **EBM III**
 - Bad Füssing
 - 3016 Kurmittelhaus-Besucher (Kassenpatienten, auch Tagesgäste)
- **Pelka, Leuchtgens, Albus (Phys. Rehab Kur Med 9 [1999] 6 - 13)** **EBM II**
 - Bad Wörishofen
 - 248 ambulante Kurpatienten (§ 23 SGB)
 - 115 stationäre Kurpatienten (§ 111 SGB)
- **Biefang, Törne (HuK 51 [1999] Wiss. Beilage in Heft 12)** **EBM III**
 - mehrere Heilbäder und Kurorte
 - 165 Kompaktkurpatienten aus 11 (haupt-)indikations-bezogenen Formen
- **Raspe et al (2001/2)** **EBM III**
 - mehrere Heilbad- und Kurort-Kategorien
 - ambulante Kurpatienten
 - Kurgäste

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmidt LMU München  juergen.kleinschmidt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmidt.de

PELKA-RB, LEUCHTGENS-H, ALBUS-T (D)
**Zur Äquivalenz von stationärer und ambulanter
KNEIPP-Kur sowie deren Effizienz**
Phys Rehab Kur Med 9 (1999) 6 - 13

Kurerfolgs-Kenngrößen I

- * Infektinzidenz
- * AU pro Quartal
- * Medikamentenverbrauch
- * Laborbefunde

Kurerfolgs-Kenngrößen II


- * summarischer Arztbefund (Over-all-Index)
- * Fragebögen (Allgemeinzustand, Vitalität, Schmerzen, Beschwerden, objektive und subjektive Einschränkungen, Zufriedenheit, allgemeine Befindlichkeit)

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmidt LMU München  juergen.kleinschmidt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmidt.de

PELKA-RB, LEUCHTGENS-H, ALBUS-T (E)
**Zur Äquivalenz von stationärer und ambulanter
KNEIPP-Kur sowie deren Effizienz**
Phys Rehab Kur Med 9 (1999) 6 - 13

Auswertung (analytische Statistik):
retrospektive Suche nach matched pairs; Bericht über 200 Seiten
→ Auswahl


- Arbeits-Unfähigkeit:
- Medikamenten-Verbrauch:
- Infekt-Inzidenz:

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmidt LMU München  juergen.kleinschmidt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmidt.de

BRUSIS I


Ohlstadt; LVA Unterfranken Alter: Modus 31 – 40; n=4.000 24,5 % Vegetative Störungen	5,0 %
Hillersbach; LVA Hessen Alter: Modus 31 – 40; n=1.000 16,9 % Vegetative Störungen	9,3 %
Eschenlohe; Siemens Nürnberg Alter: Modus 51 – 60; n=1.000 29,0 % Erschöpfungszustand	2,6 %

Ko-Morbidität
Anteil der „Fehl-Einweisungen“:
Beweg-App.
Akute Entzdg
Op-Folgen
Rheuma
Lähmungen

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmidt LMU München  juergen.kleinschmidt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmidt.de

BRUSIS II

AU in 2 Jahren vor Kur	Ohlstadt: LVA –U.Franken 4–6 Wochen klinische Kur * AltersSchwPkt. 31–40 * Diagn.-Schwerpunkt Vegetative Störungen * Therapie-Schwerpunkte: - Terrainkuren - Wasser/Schnee/Moor-Treten - Verhaltenstraining	AU in 2 Jahren nach Kur
Keine: 10,0 % (n=260)		Keine: 76,2 % (n=742)


Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmidt LMU München  juergen.kleinschmidt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmidt.de

Patientenbezogene wissenschaftliche
Erfolgsdokumentation für ambulante
Kurpatienten in bayerischen Heilbädern

- Institut für Medizinische Balneo
 - Fa. RehabNet AG, Zürich
- Bayerischer Heilbäder Verband
 - Kurverwaltung
- Bad Kissingen
 - Bayerisches Staatsbad GmbH
- Bad Wörishofen
 - Kurverwaltung
 - SEBASTIAN-KNEIPP-INSTITUT

– Multimorbidität (Comorb)
– 1 * spez. **ICF-Outcome**
– allgem. Gesundheit SF36
– Zufriedenheit
– Soziodemogr.

– jeweils nur 1 High-Light (3 - 5 HB)
– 3 Zeitpunkte (KA, KE, 3 Mon.)
– Sofort-Feed-Back-Bogen
– später: publications

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmidt LMU München  juergen.kleinschmidt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmidt.de

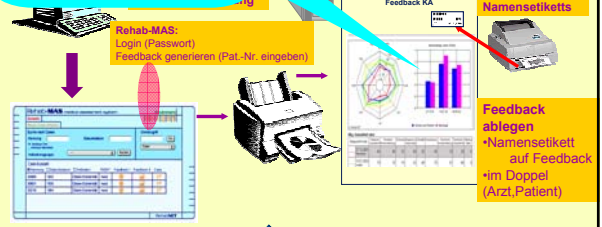
Verlosungen Bad Füssing 10.2./Wörishofen 14.2.05



Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmitt LMU München juergen.kleinschmitt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmitt.de

Rückseite: Daten in Kurverwaltung

Erläuterungstext – 15; KA VI b)
(mit Briefkopf Kurverwaltung)



Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmitt LMU München juergen.kleinschmitt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmitt.de

Kurbeginn Kurende Effektsstärke

Mittelwert STD Mittelwert STD

	Mittelwert	STD	Mittelwert	STD	Effektsstärke
SF-36 (Alle)	65,25	23,72	70,11	22,95	0,21
PHG (N=333)	49,77	42,85	67,07	41,57	0,40
PHR (N= 286)	46,06	21,55	57,46	22,39	0,53
SCH (N=334)	53,31	16,22	58,65	15,64	0,33
VIT (N=324)	52,76	18,56	59,96	18,33	0,39
SOZ (N=336)	79,84	21,59	85,79	17,33	0,28
PSR (N=286)	77,74	38,26	85,20	32,72	0,19
PSG (N=323)	67,96	18,11	76,21	15,93	0,46

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmitt LMU München juergen.kleinschmitt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmitt.de

Klinische Kuren in Zuzach; n = 128 Arthrosepatienten (M. Weigl – Med. Diss. LMU München 2002)

Kurbeginn Kurende Effektsstärke

Mittelwert STD Mittelwert STD

	Mittelwert	STD	Mittelwert	STD	Effektsstärke
Unterer Rücken (NASS-LWS)					
Schmerz/Funktion (N=103)	2,82	0,82	2,54	0,96	0,34
Neurol. Symptome (N=94)	2,60	1,05	2,38	1,08	0,23
Oberer Rücken (NASS-HWS)					
Schmerz/Funktion (N=90)	2,48	0,70	2,20	0,75	0,40
Neurol. Symptome (N=89)	2,49	0,95	2,21	0,96	0,29
Untere Extremitäten (WOMAC)	4,49		3,27		0,56
Schmerz (N=71)	4,66	3,45	3,45	0,49	
Funktion (N=75)	4,30	3,34	3,58	0,44	0,39
Steißigkeit (N=70)	4,55	3,56	3,90	0,38	0,47
Global (N=68)	3,36	4,71	3,61	0,49	0,44
Obere Extremität					
DASH (n=44)	35,37	19,58	30,71	20,19	0,24
Ganzer Körper					
HAQ (n=15)	0,87	0,58	0,72	0,54	0,26

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmitt LMU München juergen.kleinschmitt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmitt.de

Was ist in der kurortwissenschaftlichen Forschung derzeit erforschungsbedürftig?

- Gesundheitsökonomie -> Außenmarketing!
- Innerbetriebliche Optimierung -> Innenmarketing

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmitt LMU München juergen.kleinschmitt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmitt.de

German social health insurance sold 134 150 000 000 € in 2002

- internal organization 7 840 million € (≈ 5%)
- MDK – special evaluation 300 „
-
- Post emergency rehab 1 610 „ (> 1%)
-
- SPA support - ambulant 90 „ < 0,1%
- SPA support - clinical 590 „
- Mother – child – SPA 390 „ } < 1%

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmitt LMU München juergen.kleinschmitt@uni-muenchen.de www.prof.kleinschmitt.de

Zur Bedeutung der Kompaktkuren beim gesundheitsökonomischen Vergleich der wohnortfernen und wohnortnahen Rehabilitation*

Dipl.-Ges. Ök. (Univ.) Thomas Eberl, Bad Tölz, und

Univ.-Professor Dr. Dr. Jürgen Kleinschmidt, München – Bad Wörishofen – Kötzing

In der Diskussion um Kostenreduzierungen für die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in Deutschland betragen deren Zuschüsse zu Medizinischen Kuren mit insgesamt 1,07¹ Milliarden Euro nach wie vor seit Jahren deutlich unter 1 % ihrer jährlichen Gesamtausgaben von 134 Milliarden Euro (Tab. 1). Dennoch werden periodisch immer wieder auch in diesem Posten noch Möglichkeiten gesucht, weitere Ausgabenreduzierungen politisch schmackhaft machen zu wollen. Ein (wieder einmal) aktueller Ansatz wird schlagwortartig in der simplifizierenden Gegenüberstellung „wohnortnahe“ versus „wohnortfern“ zusammengefasst. Warum diese Kurzformen und die damit beabsichtigten Assoziationen „geringe Kosten“ vs „hohe Kosten“ irreführend sind, wird nachfolgend dargestellt. Den Kompaktkuren kommt dabei besondere Bedeutung zu.

* Gewidmet Diplom-Volkswirt Burkhard Stoyke (gest. 28. Januar 2005).

Nicht von ungefähr wurde im deutschen Kurwesen ein differenziertes System aufgebaut, das mehr Komponenten aufweist als die ambulanten Kuren. Nur auf diese Kurform beschränken sich zwar weltweit die meisten derjenigen über 120 Länder, die sich in der Fédération Mondiale du Thermalisme et du Climatisme (<http://www.femteconline.com>) mit den vielen Facetten aus kurörtlich wichtigen universitären Fachgebieten beschränken (Tab. 2). In Deutschland können und müssen wir aber außer den gelegentlich als „Erholungskuren“ diffamierten Mutter-/Vater-Kind-Kuren noch die klinischen Kuren und die in Tab. 1 in den ambulanten Kuren mit enthaltenen Kompaktkuren unterscheiden. Hierbei ist die „Wohnortferne“ die äußerliche gemeinsame Klammer von Medizinischen Kuren. Die Grundbedingung eines adaptationsphysiologisch gut begründeten längerfristigen Ortswechsels gilt beispielsweise auch für Kurdirektoren, die z. B. nach gelegentlichen Sportunfällen zur

Autoren



**Dipl.-Ges. Ök. (Univ.)
Thomas Eberl**

Geb. 15.04.1978 in Bad Tölz; Studium der Betriebswirtschaft und Gesundheitsökonomie an Universitäten in München, Delaware (USA)

und Bayreuth, dort Diplomprüfung 2004. Danach hauptberufliche Bearbeitung von Kostensenkungsinitiativen für den Träger einer Kette privater Krankenhäuser. Jetzt kaufmännische Leitung des elterlichen Kursanatoriums „Kurhotel Eberl“ in Bad Tölz und Fertigstellung einer gesundheitsökonomischen Dissertationsarbeit (Auswirkungen erfolgsorientierter Vergütungsmodelle für Chefarzte).



**Professor Dr. Dr. med.
habil. Dipl.-Phys. Jürgen
Kleinschmidt**

Geb. 1944; Akademischer Direktor an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Leiter der Forschungsaußenstellen

des Instituts für Medizinische Balneologie und Klimatologie. Diplom in Physik (LMU München 1969), Promotion zum Dr. rer. physiol. (Universität Marburg 1977), Lehrbefähigung (Dr. med. habil. an LMU München 1984). Kneipp-Preis Bad Wörishofen 1989 (Wechselwarme Güsse), Preis der Stadt Bad Kissingen 1990 (Moorviskosität), Boxberger Preis Bad Kissingen 1995 (Wärmehaltung bei Peloiden), Andrea-Bacci-Preis der Universität Parma 1996. Mitglied in diversen Gremien zu Kur (DHV Bonn), zur Standardisierung von Messverfahren (DIN Berlin), zur Hochschulpolitik (Hochschulverband Bonn).

Ausgabenanteile 1. - 4. Quartal 2002 Bund (alte und neue Länder)

Ausgewählte Ausgabenbereiche der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2002 und Veränderungen zu 2001

vorläufige Rechnungs- ergebnisse 2002	Gesetzliche Krankenversicherung					
	West (Mrd. €)	Änderung (in %)	Ost (Mrd. €)	Änderung (in %)	Bund gesamt (Mrd. €)	Änderung (in %)
Einnahmen insgesamt	118,11	+3,26	21,56	+1,19	139,66	+3,05
Ausgaben für Leistungen darunter u.a.	111,61	+2,73	22,54	+3,79	154,15	+2,99
Heilmittel	3,12	+14,52	0,52	+20,09	3,64	+15,34
Ambulante Kuren	0,09	-11,10	0,008	-11,10	0,09	-7,22
Stationäre Kuren (Reha)	0,51	-16,47	0,08	-23,81	0,59	-20,18
Anschlussrehabilitation (AHB)	1,34	+17,70	0,27	+12,50	1,61	+10,65
Mutterkuren	0,35	-2,88	0,04	-10,01	0,39	-2,99
Kuren insgesamt	2,28	-0,44	0,38	-4,28	2,67	-0,26
Medizinischer Dienst/Gutachter	0,25	+0,44	0,05	+6,38	0,3	+7,91
Netto Verwaltungskosten	6,56	+5,15	1,91	+3,89	7,84	+4,94

Quelle: Deutscher Heilbäderverband e.V. Bonn Nach BMGS-Statistiken KV45 2001 und 2002. Sy

Tab. 1: Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen für Kuren (Zusammenstellung von B. Stoyke). Diese machen insgesamt weniger als 1 % der Gesamtausgaben aus. AHB-Verfahren sind als vom Wohnort verlagerte Akut-Nachbehandlungen keine kurtypischen Verfahren und dürfen deshalb nicht den Gesamt-Kurkosten zugerechnet werden. Andernfalls droht die Gefahr, dass durch die AHB nicht etwa der Kostenersparnisfaktor bei den Akut-Behandlungskosten positiv herausgestellt wird, sondern eine falschinterpretierte Kostensteigerung für Kurmaßnahmen zum Anlass wird, Kostendämpfungsmaßnahmen zu begründen: In den 90-er Jahren des letzten Jahrhunderts haben publicity-trächtig herausgestellte Relativsteigerungen von über 100 % im Zeitverlauf (bezogen auf – budgetbezogen – unter 1 % vor Einführung der AHB auf über 2 % der Gesamt-GKV-Ausgaben nach Etablierung der AHB) zur Vernichtung von mehreren 100 000 Arbeitsplätzen in Heilbädern und Kurorten geführt. Bei ca. 200 000 ambulanten Kuren (§ 23 SGB V) errechnen sich aus 90 Millionen € je Kur 450 €, 590 Millionen € verteilt auf 150 000 stationäre GKV-Kuren (§ 111) ergeben ca. 4 000 € pro Kur.

- Metodologia di ricerca sperimentale e clinica in medicina termale e talassoterapia (Prova di efficacia. Epidemiologia).
- Terapia termale e talassoterapica.
- Medicina dello sport
- Medicina del benessere
- Climatologia e bioclimatologia
- Medicina complementare ed integrata
- Tecnologie biomediche e medicina naturale
- Utilizzo delle risorse naturali
- Etnofarmacologia
- Struttura ed organizzazione dei centri termali e talassoterapici
- Cosmetologia termale
- Economia, gestione e legislazione

Tab. 2: Fachbereiche wie Medizin, Public Health, Tourismus, Balneotechnik, Umweltschutz, Internationales Recht oder Wirtschaft sind auch auf internationaler Ebene (hier aus italienischer Sicht) wichtige Themen, wie beispielsweise die 12 Sitzungsthemen eines FEMTEC-Kongresses in Cuba 2001 ausweisen. Insbesondere kommen in der Kurortmedizin nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch Gesichtspunkte aus vielen anderen universitären Wissenschaftsdisziplinen, insbesondere der Gesundheitsökonomie, zum Tragen.

Medizinischen Kur nicht etwa wohnortnahe in ihr eigenes Heilbad „verschickt“ werden, sondern – je wohnortferner, desto besser – zu ihren Kollegen/-innen in einen anderen höherqualifizierten Kurort. Oberflächlich betrachtet könnten sie stattdessen doch auch in ihren eigenen Heilbädern und Kurorten die staatlich geprüften aufwändigen gesundheitsfördernden Aufenthalts- und Therapiebedingungen nutzen. Zur Optimierung der Behandlungserfolge durch eine typische Medizinische Kur, sprich ein Intensivseminar in Sachen Gesundheit, ist eben u. a. die mentale Herauslösung aus den Alltagsbedingungen (Schonbedingungen) und die sensibel unterschwellige Daueranforderung² von physiologischen Regelleistungen durch andere klimatische Reize, also die „Wohnortferne“ unerlässlich!

Der vorgenannte Ausdruck „verschickt“ engt dabei wieder nur die erste der drei Kurformen

- stationäre Heilverfahren nach § 40 SGB V und § 111 (klinische Kur, ohne AHB)
- ambulante Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nach § 23 SGB V (ambulante Kur)
- ambulante Kompakt-Kur, ebenfalls nach § 23 SGB V

¹ Von den in der Tab. 1 angegebenen 2,68 Milliarden Euro Gesamtkurkosten müssen die kurorttypischen AHB-Verfahren (1,61 Milliarden Euro) abgezogen werden, die zumindest in den ersten 10 Behandlungstagen in der Zielsetzung den schonenden Akutnachbehandlungen zuzuordnen und regelhaft erst in der zweiten Kurhälfte in eine dosierte kurorttypische Belastungstherapie-Phase (Reha) übergehen.

² oder gezielt vermieden bei Kurorten im Schonklima bei bestimmten Rekonvaleszenzindikationen.

³ Patienten erhalten bei privaten Behandlungen Teilkosten-erstattungen von ihren Privat-Krankenkassen, von Beihilfestellen und von anderen Institutionen, die nicht zu den GKV zählen.

⁴ Als Weiter- oder Neubehandlung, was hier nicht weiter erläutert werden kann.

⁵ Die wohnörtlichen teilstationären Reha-Maßnahmen/ Tageskliniken sind noch kostenintensiver.

Betreuungsaufgaben von Ärzten im Kurort

- 100%-ige Selbstzahler ohne Zuschüsse = „Kurgäste“ [Tourismus]
- mit Zuschüssen [„Kur-Patienten“ im engeren Sinn]
 - ambulante Kur-Patienten (Kurarztschein für ambulante Badekur)
 - ambulante Kur-Patienten (Kompaktkuren)
 - ambulante Patienten (Chipkarte)
 - als vom Wohnort verlagerte Hausarzt-Weiterbehandlung
 - als ärztliche Neubehandlung im Heilbad
 - stationäre (Kur-) Patienten
 - Heilverfahren (Reha)
 - (AHB)

Prof. Dr. Dr. Jürgen Kleinschmidt
LMU München
juergen.kleinschmidt@uni-muenchen.de
www.prof-kleinschmidt.de

Tab. 3: Badeärzte sind nicht nur für Kurpatienten, sondern als kurörtliche Kassenärzte auch für die Betreuung von anderen Patientengruppen zuständig. Hierbei spielen GKV-Beteiligungen (keineswegs als Voll-Kasko-Erwartung) oft eine, aber sehr häufig auch keine Rolle. Eine Selbstbeteiligung an den Therapie-Kosten (Teil-Kasko-Prinzip), die die 10 € Praxisgebühr oder die Rezept-Eigenanteile bei weitem überschreitet, ist bei Kurpatienten ohnehin schon seit jeher üblich. Nicht nur die hohen regelmäßigen Selbstbeteiligungen begründen u. a. auch das Recht, Medizinische Kuren als Wellness Plus erleben zu dürfen, ohne als Sozial-Schmarotzer diffamiert zu werden.

ein. Für den Arzt am Kurort mit der Zusatzbezeichnung „Kurarzt“ oder „Badearzt“ stellt sich seine Klientel sogar noch differenzierter dar (Tab. 3). Aus vielen³ seiner Patientenbetreuungen folgen dabei mehr oder weniger große Beteiligungskosten der Gesetzlichen Krankenkassen, darunter auch für die vom Wohnort der Patienten an den Kurort verlagerte Krankenbehandlung⁴ touristischer Kurgäste („Chip-Karten-Patienten“). Die Gegenüberstellung „wohnortfern“ gegenüber „wohnortnahe“ ist auch unter diesem Gesichtspunkt zu trivial, zumal auch die medizinische Therapie am Wohnort zumindest in Großstätten in der Regel noch differenzierter zu sehen ist. Es gibt dort

- Gesundheitsfördernde Angebote für Selbstzahler (z. B. durch Volkshochschulen)
- Dauerbehandlung chronischer Erkrankungen (durch den Hausarzt /durch physiotherapeutische Betriebe)
- Kurähnliche intensivierete ambulante Behandlung (in Reha-Zentren/Tageskliniken)
- Kurähnliche stationäre Behandlung (in Reha-Abteilungen städtischer Kliniken)
- Behandlung akuter Erkrankungen (durch Hausarzt, Notarzt, Akutklinik)
- Behandlung in Spezialeinrichtungen (Palliativ-Behandlungen von Ca-Patienten, Pflegefall-Behandlung) u. a. m.

Wenn also mit der schon anfangs als zu simpel etikettierten Gegenüberstellung „wohnortnahe“ vs „wohnortfern“ ein „kostengünstig“ vs „kosten-trächtig“ suggeriert werden soll, so kann, darf und muss man dieser Unterstellung nachgehen. Hierzu sind in Tab. 4 gesundheitsökonomische Daten zu den durchschnittlichen Kosten von Behandlungsarten am Wohnort – beschränkt nur auf die den Medizinischen Kuren vergleichbaren Verfahren – und in der wohnortfernen Kur gegenüber gestellt. Nur beim üblichen verzerrenden (!) Vergleich einer ambulanten Reha-Intensiv-Phase am Wohnort mit einer (noch intensiveren) klinischen Reha-Maßnahme im Kurort resultieren aus letzterer – wie kaum anders möglich – höhere Kosten. Man darf unter Kostengesichtspunkten aber nur vergleichen

- die kurörtlichen Kompaktkuren mit deren Kopie in die Wohnorte, den ambulanten Reha-Zentren⁵, oder
- die weniger therapiedichten ambulanten Kuren mit hausärztlich verordneten Therapiephasen in wohnörtlichen Physiotherapiepraxen, oder
- nur klinische Aufenthalte am Wohnort mit denen am Kurort.

Bei einer differenzierten Gegenüberstellung vergleichbarer Therapie-Intensität und bei ver-

Versorgungsintensität	1 - 5 Behandlungen p. d.		3 - 6 Behandlungen p. d.		4 - 8 Behandlungen p. d.	
	wohntfern (Kurort)	wohntnahe	wohntfern (Kurort)	wohntnahe	wohntfern (Kurort)	wohntnahe
Versorgungszeitraum	Mo - So	Mo - Fr	Mo - So	Mo - Fr	Mo - So	Mo - So
Fachterminus	ambulante Kur	kurative Behandlung	Kompaktkur	ambulantestes Reha-Zentrum	Kurklinik	Fachklinik
Ärztliche Betreuung/Verschreibung	Kurarzt	Kassenarzt	Kurarzt	Kassenarzt	Klinikarzt	Klinikarzt
Arzthonorar	35 €	1 €	50 €	50 €		
Summe aus Einzelbehandlungen	150 €	150 €	300 €			
Summe aus Tagessatz-Pauschalen		50 €		1.200 €	3.000 €	4.000 €
Zuschüsse zu Fahrtkosten				50 €	100 €	50 €
Zuschüsse zu hoteleleistungen	260 €		260 €			
Gesamtkosten gemäß prospektiver Hochrechnung	445 €	201 €	610 €	1.300 €	3.100 €	4.050 €

Tab. 4: Beteiligungskosten von GKV/RVO-Trägern für wohnortnahe und wohnortferne Reha-Maßnahmen. Es ist schwierig, aus zusammengefassten Daten (siehe Tab. 1) deduktiv auf die Kosten von Einzelmaßnahmen zurückzurechnen. Darum werden hier umgekehrt induktiv die von GKV/RVO-Trägern aufgetragenen Beteiligungskosten während einer jeweils dreiwöchigen Therapiephase mit drei unterschiedlich intensiven täglichen Therapiedichten hochgerechnet. Letztere sind indikationsbezogen selbstverständlich unterschiedlich aufwändig und reichen im Kurbereich von – für die GKV – kostenfreien Nutzungen der Therapieangebote z. B. auf kurörtlichen KNEIPP-Therapie-Pfaden über kostengünstige krankengymnastische Gruppenbehandlungen bis hin zum Moorvollbad (GKV-Kosten ca. 30 €), dem teuersten, gleichwohl mit ca. 40 € nur bei Selbstzahlern gerade kostendeckend in Rechnung zu stellenden natürlichen Kurmittel. Als Schätzwert wurden hier 10 € für eine physiotherapeutische Einzelmaßnahme (Chip-Karten-Patienten) angesetzt. Bei ambulanten Kuren wurde – wie bei Verschreibung durch den heimischen Kassenarzt, der diese innerhalb seiner pauschalen Quartalsvergütung verrechnet – nur eine kostenpflichtige physiotherapeutische Therapieform pro Tag, bei Kompaktkuren wurden zwei Maßnahmen angenommen. Bei ambulanter Reha (drei Wochen á fünf Tage) wurden 80 € als Tagespauschale angesetzt, bei kurklinischer Reha für 20 Tage je 150 €, bei großstädtischer klinischer Reha 200 € p. d. Insgesamt ergeben sich daraus Schätzbeträge, die mit Angaben aus anderen Quellen zufriedenstellend zusammenpassen. Es zeigt sich jedenfalls, dass in der Gegenüberstellung „wohntfern“ versus „wohntnahe“ zumeist fälschlicherweise nur die Größenordnungen der hier berechneten GKV-Kosten, 3 100 € für klinische Kuren mit 1 300 € für ambulante Reha, verglichen werden und damit einen gar nicht vorhandenen Kostenvorteil vorspiegeln.

gleichbarer ganz oder überwiegend selbstbezahlter Aufenthaltsform (Hotelleistungen) erkennt man dann, dass sich Medizinische Kuren, die ausschließlich wohnortfern durchgeführt werden und werden müssen, in den verschiedenen Vergleichsebenen auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten rechnen.

An anderer Stelle ist schon mehrfach auf die zahlreichen signifikanten Befund- und Befindensverbesserungen wegen dem Circulus famosus aus kurärztlich gesteuerten Wechseln von anspannenden therapeutischen Interventionsphasen und entspannenden Erholungsphasen, also von Medizinischen Kuren, verwiesen worden. Nicht zuletzt auch in HEILBAD UND KURORT wurde und wird laufend über einzelne der über

Hunderte von Dissertationsarbeiten zu Kurfolgen (siehe z. B. www.prof-kleinschmidt.de/literatur) berichtet, oft über Beobachtungsstudien, aber auch über randomisierte kontrollierte Studien, aus denen signifikant größere therapeutische Erfolge von Medizinischen Kuren gegenüber einer zeitgleichen Wohnortbehandlung von Kontrollgruppen resultierten (wenn auch aus ethisch/juristischen Gründen nur auf ausländische wissenschaftliche Untersuchungen beschränkt).

Wenn nunmehr diesem Faktum von Kurkritikern jetzt bereits vorsorglich – als Label zusammengefasst zu „wohntfern“ vs „wohntnahe“ – entgegengehalten wird, dass dieser unbestreitbare gesundheitliche Mehrwert gleichsam nur

durch einen finanziellen Mehraufwand zu erkaufen sei, der durch Etablierung von Intensiv-Behandlungszentren am Wohnort (Reha-Zentren, Tageskliniken) weitgehend kopiert werden könne und dabei kostengünstiger sei, muss man diese Unterstellung korrigieren. Bei einer vergleichbaren begrenzten Behandlungsdauer von in der Regel drei Wochen sind wohnortferne Medizinische Kuren gesundheitlich effektiver und dabei auch noch ökonomisch günstiger als wohnortnahe vergleichbare Behandlungsmodelle.

Fazit:

Die Kur schafft's, auch unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten!

Literatur-Nachweis

Literatur bei den Autoren

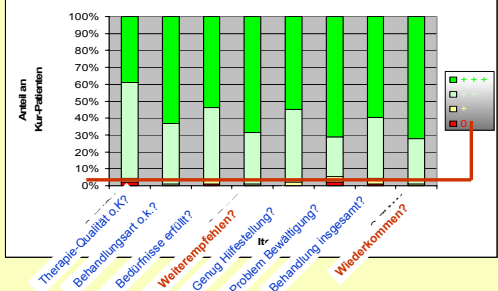
Anschrift der Autoren

Dipl.-Ges. Ök. Thomas Eberl
 Buchener Straße 17
 83646 Bad Tölz
 E-mail: Thomas.Eberl@Kurhotel-Eberl.de

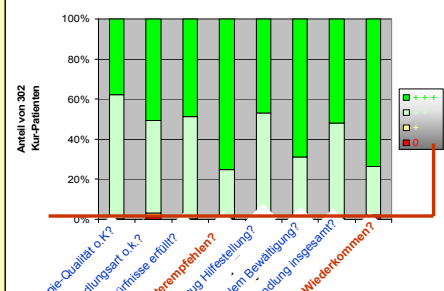
Professor Dr. Dr. Jürgen Kleinschmidt
 Institut für Medizinische Balneologie und
 Klimatologie der Ludwig-Maximilians-Universität
 Marchioninistraße 17
 81377 München
 E-Mail: juergen.kleinschmidt@uni-muenchen.de

**Hier fehlt noch Texte
 für einen Füller!
 Habe keine Füller mehr!**

Zufriedenheit am Kurende/Bad Wörishofen 2004



Zufriedenheit am Kurende/Bad Füssing 2004



Ich hoffe, Sie sind geholfen!

Matthäus 11, 6: Selig sind die, die kein Ärgernis nehmen an mir!

Das war's!

Ich habe fertig!

Vielen Dank!