

13.09.2012

## Antwort

der Landesregierung

auf die Kleine Anfrage 333 vom 7. August 2012  
der Abgeordneten Ursula Doppmeier CDU  
Drucksache 16/619

### **Vorsorge und Rehabilitation von Müttern, Vätern und Kindern in Nordrhein-Westfalen**

**Die Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter** hat die Kleine Anfrage 333 mit Schreiben vom 13. September 2012 namens der Landesregierung im Einvernehmen mit der Ministerin für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport beantwortet.

#### ***Vorbemerkung der Kleinen Anfrage***

Die Gesundheit von Müttern und Vätern gehört zu den wichtigsten Grundlagen für eine gesunde Entwicklung von Familien, insbesondere für Familien in schwierigen Lebenslagen. Stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter, Väter und Kinder sind zielgruppenspezifische Gesundheitsangebote in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen. Durch die hohe Nachhaltigkeit leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Stärkung und Gesunderhaltung der Familien.

Aufgrund eines Berichtes des Bundesrechnungshofes, der deutliche Missstände aufgezeigt hatte und einer Aufforderung durch den Bundestag wurden durch den GKV Spitzenverband am 06.02.2012 überarbeitete Begutachtungs-Richtlinien zur Vorsorge und Rehabilitation für Mütter, Väter und Kinder in Kraft gesetzt. Ziel ist eine Verbesserung in der Antragsprüfung und Bewilligung der Mütter-/Mutter-Kind- und Vater-Kind-Maßnahmen.

#### **Vorbemerkung der Landesregierung**

Die Landesregierung teilt die Einschätzung, dass stationäre Vorsorge und Rehabilitationsleistungen für Mütter, Väter und Kinder wichtige Angebote zur Stärkung und Gesunderhaltung darstellen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden gemäß §§ 24, 41

Datum des Originals: 13.09.2012/Ausgegeben: 18.09.2012

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)

SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen als Pflichtleistung erbracht. In die Bewilligung und Durchführung ist die Landesregierung nicht eingebunden.

**1. Welche Erkenntnisse hat die Landesregierung zur Entwicklung im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation in den letzten Jahren für Nordrhein-Westfalen?**

Wie schon in der Vorbemerkung erwähnt, ist die Landesregierung in die Bewilligung und Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht eingebunden. In einem Bericht der Bundesregierung vom 28. März 2012 über die Maßnahmen zur Verbesserung der Bewilligungspraxis der Krankenkassen bei Mutter-/Vater-Kind-Leistungen nach §§ 24,41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) werden die in diesem Zusammenhang getroffenen Maßnahmen der Selbstverwaltung zur Erhöhung der Transparenz der Verfahren dargestellt. Als Fazit wird festgehalten, dass die eingeleiteten Maßnahmen wichtige Schritte zur Verbesserung der Bewilligungspraxis darstellen. Der Bericht ist als Anlage beigefügt.

**2. Wie viele Maßnahmen wurden beantragt, bewilligt und abgelehnt?**

Bei den der Aufsicht des Landes unterstehenden Krankenkassen ergibt sich hinsichtlich der Antragslage der Jahre ab 2007 folgendes Bild:

AOK NordWest

Kalenderjahr	Anträge	Bewilligungen	Ablehnungen
2007	6.098	4.733	1.365
2008	5.742	4.392	1.350
2009	6.008	4.754	1.254
2010	5.507	4.248	1.259
2011	4.961	3.829	1.132

AOK Rheinland/Hamburg

Kalenderjahr	Anträge	Bewilligungen	Ablehnungen
2007	Es liegen keine Zahlen vor.		
2008	Es liegen keine Zahlen vor.		
2009	5.903	4.519	1.384
2010	5.529	4.337	1.192
2011	5.891	4.626	703

**3. Gab es in der Vergangenheit Beschwerden oder aufsichtsrechtliche Beanstandungen?**

Eine signifikante Anzahl von Eingaben oder Beschwerden gab es im fraglichen Zeitraum nicht. Anlässe zu aufsichtsrechtlichem Einschreiten bestanden dabei nicht.

**4. Inwieweit plant die Landesregierung auf der Informationsebene Maßnahmen, damit Mütter und Väter besser über Angebote, Beratungsstellen, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie Zugangsvoraussetzungen informiert sind?**

Das MFKJKS hat unmittelbar nach Bekanntwerden des Berichtes des Bundesrechnungshofes auf der Internetseite [www.vaeter.nrw.de](http://www.vaeter.nrw.de) einen Beitrag eingestellt, der über die Möglichkeiten einer Vater-Kind-Kur informiert. Der Beitrag stieß seitdem auf so großes Interesse, dass er aktuell noch einmal erweitert wird.

**5. Sieht die Landesregierung weiteren Handlungsbedarf?**

Angesichts der bestehenden Zuständigkeiten wird für die Landesregierung kein Handlungsbedarf gesehen. Es bleibt aber abzuwarten, ob die Annahme der Bundesregierung, dass die Anwendung der überarbeiteten Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation unter Zuhilfenahme der Umsetzungsempfehlungen zum gewünschten Erfolg führen, zutreffend ist. Sollte dies nicht der Fall sein, sind weitere Maßnahmen erforderlich.



**Bericht der Bundesregierung über die Maßnahmen zur Verbesserung der Bewilligungspraxis der Krankenkassen bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach §§ 24, 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)**

- Stand: 28. März 2012 -

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen für Mütter und Väter Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen; die Leistungen können auch in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden (§§ 24, 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)).

In den vergangenen Jahren ist die Bewilligungspraxis der Krankenkassen u. a. von Abgeordneten des Deutschen Bundestages, dem Müttergenesungswerk (MGW) und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) kritisch thematisiert worden.

Mit dem vorliegenden Bericht unterrichtet die Bundesregierung den Ausschuss für Gesundheit, den Haushaltsausschuss sowie den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages über die Maßnahmen zur Verbesserung der Bewilligungspraxis bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach §§ 24, 41 SGB V.

**I. Grundlage der Berichtspflicht:**

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat in seiner Sitzung am 6. Juli 2011 eine Entschließung zur Entwicklung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach den §§ 24, 41 SGB V gefasst. Der Ausschuss weist auf den besonderen Wert der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen für eine erfolgreiche Prävention und Rehabilitation hin. In der Entschließung werden deutliche Hinweise gesehen, dass in der Bewilligungspraxis der Krankenkassen erhebliche Defizite bestehen, über die auch der Bundesrechnungshof dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages berichtet hat. Um das Bewilligungsverfahren transparenter und die Entscheidungen der Krankenkassen nachvollziehbarer und belastbarer zu gestalten, hat der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages den GKV-Spitzenverband und den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) aufgefordert, verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Bewilligungspraxis der Krankenkassen zu treffen und hierzu dem Ausschuss über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 31. März 2012 einen schriftlichen Bericht zu übermitteln.

Der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages hat mit einer Entschließung vom 6. Juli 2011 die Bundesregierung gebeten, über getroffene Maßnahmen zur Verbesserung der Bewilligungspraxis der Krankenkassen bis zum 31. März 2012 schriftlich zu berichten. Zudem hat sich

der Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages mit dem Thema befasst.

## **II. Prüfbericht des Bundesrechnungshofes vom 7. Juni 2011**

Der Bundesrechnungshof hat im Auftrag des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages die Umsetzung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach § 24 SGB V bei einzelnen Krankenkassen geprüft. In seinem dem Haushaltsausschuss vorgelegten Prüfbericht vom 7. Juni 2011 werden insbesondere eine fehlende Transparenz bei der Entscheidung über Anträge auf Mutter-/Vater-Kind-Leistungen, zu große Spielräume für die Bewertung der medizinischen Voraussetzungen der Maßnahmen sowie nicht hinreichende Begründungen der Ergebnisse der Begutachtungen kritisiert.

## **III. Maßnahmen der Bundesregierung**

Am 2. Mai 2011 hat der damalige Parlamentarische Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, mit den am Versorgungsgeschehen Beteiligten wie einzelnen Krankenkassen, dem GKV-Spitzenverband, dem MDS, dem MGW sowie dem BDPK ein Gespräch zu Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen geführt. Es bestand Einigkeit, dass transparente Verfahren sowie nachvollziehbare und belastbare Entscheidungen der Krankenkassen von besonderer Bedeutung seien. Dies wurde auch in einem Fachgespräch des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages am 10. Mai 2011 bestätigt.

Mit Schreiben vom 1. Juli 2011 hat der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, den GKV-Spitzenverband und den MDS gebeten, die angekündigte Überarbeitung der "Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation", die Prüfung einer weiteren Vereinheitlichung der Antragsvordrucke sowie die Unterstützung der Begutachtungs- und Leistungspraxis durch Umsetzungsempfehlungen bis zum Ende des Jahres 2011 durchzuführen, um die Bewilligungspraxis der Krankenkassen zu verbessern. In dem Schreiben wird betont, dass das MGW und der BDPK als Fachverbände sowie geeignete Forschungsverbände in die Beratungen mit einbezogen werden sollen. Das Schreiben vom Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, ist auch den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder übersandt worden.

Das Bundesversicherungsamt hat als Aufsichtsbehörde in einem Schreiben an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 17. August 2011 auf das Ministerschreiben vom 1. Juli 2011 Bezug genommen und insbesondere darauf hingewiesen, dass die Entscheidung der Krankenkasse transparent und einzelfallbezogen zu erfolgen hätten. Ablehnungen seien individuell mit aussagekräftigen und nachvollziehbaren Begründungen und einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

Die Beratungen des GKV-Spitzenverbandes und des MDS unter Einbeziehung des MGW und des BDPK wurden vom BMG unterstützend begleitet. So hat die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Ulrike Flach, den aktuellen Sachstand der Arbeiten in einem Gespräch am 11. November 2011 mit den vorgenannten Beteiligten und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erörtert, um den konstruktiv verlaufenden Beratungsprozess zu unterstützen. Das BMG hat zudem auf Arbeitsebene an einzelnen Fachgesprächen teilgenommen.

Um die Bewilligungspraxis transparenter darzustellen, hat das BMG die amtliche Statistik KG 5 durch einen am 14. Oktober 2011 versandten Erlass geändert. In diesem Erlass wird der vom Bundesrechnungshof festgestellte Änderungsbedarf berücksichtigt. Die Änderungen umfassen insbesondere eine differenziertere und einheitliche Zählung der Anträge. Der im Bundesanzeiger veröffentlichte Erlass hat Wirkung für die Erfassung des Antrags- und Bewilligungsgeschehens ab dem Jahr 2012.

In diesem Zusammenhang fügt die Bundesregierung diesem Bericht als Anlage die aktuellen Ergebnisse der Antrags- und Bewilligungsstatistik zu Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen für das Jahr 2010 – nach Leistungs- und Krankenkassenarten differenziert – sowie ergänzend die Ergebnisse der Statistik KG 5 zu den Ausgaben und Fallzahlen der durchgeführten Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen bei. Bezüglich der Ergebnisse für die Jahre 2008 und 2009 wird auf den Bericht an den Ausschuss für Gesundheit vom 27. Oktober 2010 verwiesen.

#### **IV. Maßnahmen der Selbstverwaltung – Bericht des GKV-Spitzenverbandes vom 20. März 2012 über die getroffenen Maßnahmen zur Vereinheitlichung und Erhöhung der Transparenz der Verfahren der Krankenkassen und Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (Bericht Mutter-/Vater-Kind-Leistungen)**

Mit Schreiben vom 12. Juli 2011 hat der GKV-Spitzenverband sehr deutlich zum Ausdruck gebracht, dass er die Einschätzungen in dem Brief des Bundesministers für Gesundheit, Daniel Bahr, vom 1. Juli 2011 uneingeschränkt teilt. Angekündigt wurde, dass das MGW und der BDPK in die fachlichen Beratungen eingebunden würden und die Expertise geeigneter Forschungseinrichtungen eingeholt werde. Der MDS hat dem Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, am 11. Juli 2011 in ähnlicher Weise geantwortet. Der GKV-Spitzenverband hat alle Krankenkassen auf das Ministerschreiben vom 1. Juli 2011 mit Rundschreiben vom 5. Juli 2011 hingewiesen.

Die in dem beigefügten Bericht des GKV-Spitzenverbandes vom 20. März 2012 im Einzelnen dargestellten Beratungen konnten zu den Änderungen in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie zu den Umsetzungsempfehlungen für die Medizinischen Dienste und Krankenkassen schließlich im Januar 2012 mit einvernehmlichen Lösungen beendet werden.

In der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation wird nunmehr klargestellt, dass medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24, 41 SGB V als komplexe Leistungen nur stationär erbracht werden können und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ explizit nicht gilt. Die Ausführungen zur Bedeutung umwelt- und personbezogener bzw. mütter-/vaterspezifischer Kontextfaktoren für die sozialmedizinische Begutachtung und die Leistungsentscheidungen der Krankenkassen werden ergänzt und konkretisiert. Danach ist der Gutachter aufgefordert, in einer Gesamtbetrachtung einzelfallbezogen zu beurteilen, ob die im Antragsverfahren erkennbaren Kontextfaktoren (allgemeine und mütter-/vaterspezifische) im Zusammenhang mit der Erziehungsverantwortung zu einer mütter-/vaterspezifischen Problemkonstellation führen, die das Gesundheitsproblem bedingt, unterhält oder verstärkt und eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung in einer Mütter-/Väter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Einrichtung erfordert.

Außerdem wird die Anspruchsvoraussetzung des Vorliegens einer aktuellen Erziehungsverantwortung ergänzt und konkretisiert. Insbesondere wurde klargestellt, dass von einer aktuellen Erziehungsverantwortung grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes ausgegangen werden kann. In zu begründenden Einzelfällen (insbesondere bei Leistungsbezug nach dem SGB VIII) kann auch darüber hinaus eine Erziehungsverantwortung vorliegen. Für im Haushalt lebende, behinderte Kinder kann die Erziehungsverantwortung auch über das 18. Lebensjahr hinaus gegeben sein.

Zur ergänzenden Unterstützung einer einheitlichen Umsetzung der geänderten Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation haben der GKV-Spitzenverband, die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDS Umsetzungsempfehlungen erstellt. Die Umsetzungsempfehlungen wurden mit dem MGW und dem BDPK konsentiert und zeitgleich mit der geänderten Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation zur Verfügung gestellt. Insbesondere wird auf die Notwendigkeit einer transparenten Darstellung und verständlichen Begründung von sozialmedizinischen Empfehlungen, auf Anforderungen, die sich aus der Amtsermittlungspflicht der Krankenkassen ergeben und auf Anforderungen an die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsentscheidungen der Krankenkasse hingewiesen.

Der GKV-Spitzenverband, das MGW und der BDPK haben am 7. Februar 2012 eine Gemeinsame Pressemitteilung zu der neuen Begutachtungs-Richtlinie und zu den Umsetzungsempfehlungen veröffentlicht. Darin wurde zum Ausdruck gebracht, dass die Gespräche nach Auffassung aller Beteiligten zu einem guten Ergebnis geführt haben, mit dem eine bedarfsgerechte



Antragsbearbeitung und Versorgung von gesundheitlich beeinträchtigten Familien erreicht werden soll.

Am selben Tag hat der GKV-Spitzenverband die Krankenkassen mit einem Rundschreiben über den Abschluss der Beratungen und die erfolgten Änderungen informiert. Die Krankenkassen wurden aufgefordert, bei einschlägigen Leistungsanträgen ab sofort entsprechend der geänderten Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie den Umsetzungsempfehlungen zu verfahren. Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband um Rückmeldung gebeten, sofern in der praktischen Umsetzung weitere klärungsbedürftige Aspekte erkannt werden. Auch der MDS hat für seinen Bereich die Geschäftsführer und die Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste über die geänderte Begutachtungs-Richtlinie sowie die Veröffentlichung der Umsetzungsempfehlungen unterrichtet und beide Dokumente auf seiner Homepage veröffentlicht. Zudem wurden Gutachterinnen und Gutachter aus allen Medizinischen Diensten in der Anwendung der neuen Begutachtungsvorgaben geschult. Des Weiteren wurde von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der MDK-Gemeinschaft am 14. Februar 2012 eine verbesserte Dokumentation der Begutachtung von Anträgen auf Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen beschlossen.

Die Beratungen zu den einheitlichen Vordrucken für die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen sowie über Inhalte einer Selbstauskunft, die im Einzelfall ggf. bei der Antragstellerin oder dem Antragsteller einzuholen ist, sind hingegen noch nicht abgeschlossen.

Im Hinblick auf die genannten Entschlüsse haben der GKV-Spitzenverband und der MDS dem BMG am 21. März 2012 den beigefügten ausführlichen Bericht über die getroffenen Maßnahmen zur Vereinheitlichung und Erhöhung der Transparenz der Verfahren der Krankenkassen und Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (Bericht Mutter-/Vater-Kind-Leistungen) übersandt. Dieser wird den zuständigen Ausschüssen im Deutschen Bundestag hiermit zur Kenntnis gegeben.

#### **V. Stellungnahme der Bundesregierung**

Die Bundesregierung hat wiederholt auf die Bedeutung der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen als wichtige Bausteine der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter hingewiesen und den Deutschen Bundestag, insbesondere den Ausschuss für Gesundheit, fortlaufend schriftlich und mündlich über das Leistungsgeschehen im Bereich der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen unterrichtet.

Zudem hat die Bundesregierung auch früh deutlich gemacht, dass sie Anzeichen für Defizite in der Bewilligungspraxis sieht. Entsprechend ist die Bundesregierung wie dargelegt tätig geworden.

Die Bundesregierung dankt den Akteuren für die in den vergangenen Monaten auf den Weg gebrachten Maßnahmen.

Die Bundesregierung wird die Umsetzung der dargestellten Maßnahmen und die damit verbundenen Ergebnisse aufmerksam beobachten. Sie begrüßt vor diesem Hintergrund ausdrücklich, dass der GKV-Spitzenverband und der MDS in dem Bericht ausdrücklich ihre Absicht unterstreichen, die praktische Umsetzung der Begutachtungs- und Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V weiterhin zu begleiten und bei Hinweisen auf ungeklärte Umsetzungs-, Rechtsauslegungs- oder Verfahrensfragen zu deren Klärung beizutragen.

Wichtig ist aus Sicht der Bundesregierung zudem, dass der konstruktive Dialog zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem MGW und dem BDPK fortgesetzt wird. Daher begrüßt sie die Ankündigung des GKV-Spitzenverbandes, das MGW und den BDPK zu einem Austausch über die Erfahrungen mit den in diesem Bericht dargestellten Maßnahmen im 3. Quartal 2012 einzuladen. Die Bundesregierung wird sich von den Ergebnissen dieses Gesprächs berichten lassen.

Die Bundesregierung weist in diesem Zusammenhang auch darauf hin, dass die Arbeit noch nicht abgeschlossen ist. Die Vereinheitlichung der Vordrucke steht noch aus. Die Bundesregierung geht davon aus, dass sie über das Ergebnis dieser Beratungen zeitnah informiert wird. Sobald dies der Fall ist, wird sie den Deutschen Bundestag entsprechend unterrichten.

#### **VI. Fazit:**

Aus Sicht der Bundesregierung stellen die eingeleiteten Maßnahmen wichtige Schritte zur Verbesserung der Bewilligungspraxis dar. Die Bundesregierung erwartet, dass die Anwendung der überarbeiteten Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation unter Zuhilfenahme der Umsetzungsempfehlungen die Entscheidungen der Krankenkassen über Anträge auf Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen künftig besser unterstützen und die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen der Krankenkassen spürbar erhöhen werden.

Anlage zum Bericht der Bundesregierung vom 23. März 2012:

**Entwicklung des Leistungsgeschehens im Bereich Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen/Antrags- und Bewilligungsstatistik**

In der folgenden Tabelle 1 werden die Ergebnisse der Antrags- und Bewilligungsstatistik zu Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen für das Jahr 2010 nach Leistungs- und Krankenkassenarten differenziert dargestellt. Bezüglich der Ergebnisse für die Jahre 2008 und 2009 wird auf den Bericht an den Gesundheitsausschuss vom 27. Oktober 2010 verwiesen.

Bei der Interpretation der Daten sind folgende methodischen Anmerkungen zu beachten: Werden unzureichende, fehlerhafte oder unvollständige Anträge gestellt, führt dies zu einer Ablehnung. Werden im Widerspruchsverfahren dann ergänzende Atteste oder Belege vorgelegt, kann dies zu einer Bewilligung führen. Die Bewilligung einer Maßnahme ist jedoch nicht gleichbedeutend mit ihrer Durchführung, denn es gibt auch Fälle, in denen die Versicherten anschließend eine Maßnahme nicht antreten. Fälle, in denen den Versicherten eine andere als die beantragte Maßnahme genehmigt worden ist, werden statistisch als Ablehnung und Neuantrag erfasst.

Beim Vergleich der Zahl der Anträge und der Zahl der durchgeführten Maßnahmen ist zudem zu berücksichtigen, dass der Antrag unter Umständen einem anderen Zeitraum zugeordnet wird als die Durchführung. Dies ist mit Blick auf die Statistik z.B. dann von Bedeutung, wenn ein Antrag im 4. Quartal eines Jahres gestellt wird, die Durchführung aber erst im 1. Quartal des Folgejahres erfolgt. Die Gesamtzahl der in einem Jahr gestellten Anträge entspricht daher nicht der Summe aus der Zahl der im selben Jahr durchgeführten Maßnahmen und der Zahl der abgelehnten Anträge.

Für die Jahre 2012ff. wurde die Methodik der statistischen Erfassung der Anträge und Bewilligungen deutlich geändert, um Mängel in der Erfassung zu beseitigen. Ab dem Jahr 2012 wird daher die Zahl der "genehmigten" Fälle in Fälle "Leistung nach Antrag" und Fälle "genehmigt mit anderer Leistung" erfasst. Damit wird die Beratung zu einer anderen Maßnahme nicht mehr als Ablehnung bewertet. Im Fall der Ablehnung werden die Fälle entweder als "aus medizinischen Gründen" oder als "aus sonstigen Gründen" abgelehnt gezählt. Bei Ablehnungen aus "sonstigen Gründen" handelt es sich z.B. um Fälle, bei denen der Antragsteller wiederholt nicht zu einer Begutachtung angetreten ist. Unter "Sonstige Erledigung" werden Fälle gezählt, die sich auf sonstige Weise, also nicht durch Bewilligung oder Ablehnung erledigen. Hier werden auch die nach § 14 SGB IX außerhalb der GKV weitergeleiteten Rehabilitationsanträge erfasst.

Tabelle 1:

Ergebnisse der Antrags- und Bewilligungsstatistik bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen 2010

	2010	BUND	AOK	BKK	IKK	LKK	BKN	EAN
Vater-Mutter-Kindmaßnahmen insgesamt	Anträge insgesamt	156.062	35.139	41.067	12.205	845	4.709	62.097
	Anträge abgelehnt	43.091	12.341	9.746	2.659	127	215	18.003
	Anträge genehmigt	102.104	22.427	27.977	7.807	649	3.676	39.568
	Anteil abgelehnter Anträge	29,68%	35,50%	25,84%	25,41%	16,37%	5,63%	31,27%
	Anträge neu	148.575	34.281	39.049	11.209	794	4.475	58.767
	Anträge aus Vorjahren	7.487	868	2.018	996	61	234	3.330
	Klagen insgesamt	160	55	25	7			73
	Klagen rechtskräftig abgelehnt	84	35	2	4			43
	Klagen stattgegeben	76	20	23	3			30
	Widersprüche insgesamt	13.475	3.146	3.849	1.329	54	224	4.873
	Widersprüche abgewiesen	5.888	1.482	1.538	295	8	34	2.531
	Widersprüche stattgegeben	7.587	1.664	2.311	1.034	46	190	2.342
	Anteil stattgebener Widersprüche	56,3%	52,9%	60,0%	77,8%	85,2%	84,8%	48,1%
	durchgeführte Fälle	125.574	23.002	44.217	12.067	602	4.045	41.641
	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	Anträge insgesamt	141.356	32.269	38.207	11.828	747	3.196
Anträge abgelehnt		39.286	11.678	8.932	2.515	114	160	15.987
Anträge genehmigt		92.525	20.386	28.276	7.623	571	2.442	35.227
Anteil abgelehnter Anträge		29,80%	36,22%	25,37%	24,81%	16,64%	6,15%	31,22%
Anträge neu		134.861	31.479	36.420	10.886	703	3.004	52.369
Anträge aus Vorjahren		6.495	790	1.787	942	44	192	2.740
Klagen insgesamt		130	35	23	5			67
Klagen rechtskräftig angelehnt		60	18	2	2	0	0	38
Klagen stattgegeben		70	17	21	3	0	0	29
Widersprüche insgesamt		12.024	2.771	3.522	1.302	48	123	4.258
Widersprüche abgewiesen		5.282	1.299	1.394	284	8	19	2.278
Widersprüche stattgegeben		6.742	1.472	2.128	1.018	40	104	1.980
Anteil stattgebener Widersprüche		56,1%	53,1%	60,4%	78,2%	83,3%	84,6%	46,6%
durchgeführte Fälle		112.120	21.236	40.850	11.724	526	2.614	35.170
Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter		Anträge insgesamt	14.706	2.870	2.860	377	98	1.513
	Anträge abgelehnt	3.805	763	814	144	13	55	2.016
	Anträge genehmigt	9.579	2.041	1.701	184	78	1.234	4.341
	Anteil abgelehnter Anträge	28,43%	27,21%	32,37%	43,90%	14,29%	4,27%	31,71%
	Anträge neu	13.714	2.802	2.629	323	91	1.471	6.398
	Anträge aus Vorjahren	992	68	231	54	7	42	590
	Klagen insgesamt	30	20	2	2			6
	Klagen rechtskräftig angelehnt	24	17	0	2	0	0	5
	Klagen stattgegeben	6	3	2	0	0	0	1
	Widersprüche insgesamt	1.451	375	327	27	6	101	615
	Widersprüche abgewiesen	606	183	144	11	0	15	253
	Widersprüche stattgegeben	845	192	183	16	6	86	362
	Anteil stattgebener Widersprüche	58,2%	51,2%	56,0%	59,3%	100,0%	85,1%	58,9%
	durchgeführte Fälle	13.454	1.766	3.367	343	76	1.431	6.471

Quelle: KG 5

Die Anzahl der Anträge für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen und die Bewilligungspraxis durch die Krankenkassen fallen kassendifferenziert betrachtet sehr heterogen aus. Die für diese Unterschiede ursächlichen Faktoren lassen sich mit der vorliegenden Antrags- und Bewilligungsstatistik nicht erfassen. Als Grund dafür kommt jedoch z.B. die unterschiedliche Versichertenstruktur der Krankenkassen in Betracht, die sich z.B. in unterschiedlichen "Familienlastquoten" oder einem unterschiedlichen Anspruchsverhalten der Versicherten äußern kann. Auch ist zu

berücksichtigen, dass einzelne Krankenkassen durch eine qualifizierte Beratung im Vorfeld einer Antragstellung vermeiden, dass unbegründete oder unvollständige Anträge gestellt werden, oder darauf hinwirken, dass gleich die "richtige" Maßnahme angestrebt wird. Im Jahr 2010 haben die Gesetzlichen Krankenkassen zusammen 30 % der gestellten Anträge von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen abgelehnt. Die geringsten Ablehnungen gab es mit 5,5 % von der Knappschaft-Bahn-See, die Betriebs- und Innungskrankenkassen haben im Durchschnitt ein Viertel der Anträge abgelehnt, die großen Versorgerkassen erteilten im AOK-System mit 35,5 % und in den Ersatzkassen mit 31,3 % die meisten Ablehnungen.

Tabelle 2 berichtet ergänzend die Ergebnisse der Statistik KG5 zu den Ausgaben und Fallzahlen der durchgeführten Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. Deutlich wird, dass in den Jahren 2007 und 2008 sowohl die Zahl der durchgeführten Maßnahmen als auch die entsprechenden Ausgaben der GKV zunächst spürbar angestiegen sind. Ab dem Jahr 2009 waren hingegen sowohl Fallzahlen als auch Ausgaben rückläufig (Fallzahlen: Rückgang von 143.340 im Jahr 2008 auf 125.574 im Jahr 2010, also um rd. 12,4 %; Ausgaben: Rückgang von 337 Mio. Euro auf 287 Mio. Euro, also um rd. 14,7 %).

**Tabelle 2:**

**Ausgaben, Fallzahlen und Ausgaben je Fall bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen der GKV**

Jahr	GKV-Ausgaben-Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (in Mio. Euro)	Veränderung zum Vorjahr in %	Zahl der durchgeführten Maßnahmen	Veränderung zum Vorjahr in %	Ausgaben je durchgeführter Maßnahme (in Euro)	Veränderung zum Vorjahr in %
2006	260,26		119.289		2.182	
2007	303,66	16,67	131.009	9,82	2.318	6,24
2008	336,91	10,95	143.340	9,41	2.350	1,40
2009	316,65	-6,01	132.754	-7,39	2.385	1,48
2010	287,46	-9,22	125.574	-5,41	2.289	-4,02

Quelle: KG 5, KJ 1



## Bericht vom 20. März 2012

über die getroffenen Maßnahmen zur Vereinheitlichung und Erhöhung der  
Transparenz der Verfahren der Krankenkassen und Medizinischen Dienste  
der Krankenversicherung im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen  
der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter  
(Bericht Mutter-/Vater-Kind-Leistungen)

## Hintergrund

Versicherte haben Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung, wenn diese erforderlich sind, u.a. um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen. Die Leistung kann in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden (vgl. § 24 in Verbindung mit § 23 Abs. 1 SGB V). Versicherte haben darüber hinaus bei Vorliegen einer Rehabilitationsindikation (Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit; realistischer und alltagsrelevanter Rehabilitationsziele sowie einer positiven Rehabilitationsprognose) Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung. Die Leistung kann in Form einer Mutter- bzw. Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden (vgl. § 41 in Verbindung mit § 27 Abs. 1 SGB V). Die medizinischen Indikationskriterien für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sind in der „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“, die der GKV-Spitzenverband<sup>1</sup> zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (nachfolgend: Medizinische Dienste) beschließt, konkretisiert.

Im Auftrag des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages hat der Bundesrechnungshof die Verwaltungs- und Begutachtungspraxis der Krankenkassen und Medizinischen Dienste im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 SGB V geprüft und dem Haushaltsausschuss am 7. Juni 2011 seinen Prüfbericht vorgelegt (s. Anlage 1). In seiner Mitteilung an das Bundesministerium für Gesundheit und den GKV-Spitzenverband über die Prüfung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach §§ 23, 24 SGB V vom 23. März 2011 (Basis des Prüfberichtes) hatte der Bundesrechnungshof ausgeführt, dass örtli-

---

<sup>1</sup> Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bünd der Krankenkassen nach § 217a SGB V



che Erhebungen von September bis November 2010 beim Bundesministerium für Gesundheit, beim Bundesversicherungsamt, beim GKV-Spitzenverband, bei einem Medizinischen Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie bei fünf Krankenkassen Grundlage seiner Feststellungen waren. Von vier weiteren Krankenkassen seien Unterlagen erbeten worden, deren Auswertung in die Prüfung einbezogen wurde. Mit Schreiben vom 14. Juni 2011 an das Bundesministerium für Gesundheit hat der Bundesrechnungshof zur Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ergänzend klargestellt, dass seine Feststellungen auf der Durchsicht „der Verfahrensakten bundesunmittelbarer und landesunmittelbarer Krankenkassen zu Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen für Versicherte aus allen Ländern“ beruhen. Lediglich zur Abrundung seiner Erkenntnisse aus den örtlichen Erhebungen bei den Krankenkassen sei mit einem Medizinischen Dienst ein Informationsgespräch geführt worden. Auch dieser Medizinische Dienst sei nicht geprüft worden (s. Anlage 2).

Auf der Grundlage seiner Erhebungen bemängelt der Bundesrechnungshof in seinem Prüfbericht insbesondere

- die fehlende Transparenz der Verwaltungspraxis der Krankenkassen bei der Bewilligung und Ablehnung der Anträge von Mutter-/Vater-Kind-Leistungen sowie die fehlende Beachtung der Grundsätze der Gleichbehandlung und Amtsermittlung,
- die Praxis von Krankenkassen, entsprechende Leistungen mit Verweis auf ambulante Leistungen abzulehnen und einige Verwaltungsrechtsgrundsätze in Widerspruchsverfahren nicht zu befolgen,
- zu große Spielräume für die Bewertung von medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie nicht hinreichende Begründungen der Ergebnisse der Begutachtungen.

Der GKV-Spitzenverband hat mit Schreiben vom 9. Mai 2011 auf der Grundlage der o.g. Mitteilung des Bundesrechnungshofes vom 23. März 2011 gegenüber dem Bundesrechnungshof Stellung ge-

nommen (s. Anlage 3). Ergänzend wurde gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 18. Mai 2011 über die beabsichtigten Maßnahmen zur Vereinheitlichung und Erhöhung der Transparenz bei der Antragsbearbeitung informiert (s. Anlage 4).

Mit Schreiben vom 1. Juli 2011 hat der Bundesminister für Gesundheit u.a. gegenüber dem GKV-Spitzenverband und dem MDS die Notwendigkeit einer Überprüfung der Antrags- und Bewilligungsverfahren im Zusammenhang mit Anträgen auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter unterstrichen und insbesondere zum Ausdruck gebracht, dass

- er die von Seiten des GKV-Spitzenverbandes und des MDS in Aussicht gestellte Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation, die Prüfung einer weiteren Vereinheitlichung der Antragsvordrucke sowie die Unterstützung der Begutachtungs- und Leistungspraxis durch ergänzende Arbeitshilfen für richtige und wichtige Schritte hält, um die Bewilligungspraxis der Krankenkassen konstruktiv zu verbessern,
- er es für wichtig hält, dass bei diesen Beratungen die Fachverbände wie das Müttergenesungswerk und der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. sowie geeignete Forschungsverbände laufend einbezogen werden,
- es ihm zwingend erscheint, dass die Krankenkassen konkrete Arbeitshilfen erhalten, wie der Grundsatz anzuwenden ist, dass eine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme nicht voraussetzt, dass ambulante Maßnahmen ausgeschöpft wurden,
- er es für erforderlich hält, dass die Entscheidungen der Krankenkassen transparent, mit aussagekräftigen und nachvollziehbaren Begründungen getroffen werden,
- die Erkenntnisse Anlass für einen Hinweis geben, dass Bescheide der Krankenkassen mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen

sind und Krankenkassen nicht den Eindruck vermitteln dürfen, dass ein Widerspruchsverfahren ohne Widerspruchsbegründung oder Äußerung des Versicherten nicht fortgeführt oder eingestellt würde (s. Anlage 5).

Mit Rundschreiben vom 5. Juli 2011 (s. Anlage 6) hat der GKV-Spitzenverband die Krankenkassen über das Schreiben des Bundesministers für Gesundheit informiert und auf die Notwendigkeit der Einhaltung der Verfahrensgrundsätze in Widerspruchsverfahren hingewiesen. Ebenfalls am 5. Juli 2011 hat der MDS die Geschäftsführer und die Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste über das Schreiben des Bundesministers informiert (s. Anlage 7).

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat den GKV-Spitzenverband und den MDS mit Entschließung vom 6. Juli 2011 (s. Entschließungsantrag, Anlage 8) aufgefordert,

1. zeitnah, spätestens bis Ende 2011, die Entscheidungsgrundlagen für die gesetzlichen Krankenkassen im Hinblick auf ein transparentes Bewilligungsverfahren bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen im Sinne nachvollziehbarer und belastbarer Entscheidungen grundlegend zu verbessern und dabei insbesondere
2. die "Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation" zu überarbeiten, die Antragsvordrucke zu verbessern und zu vereinheitlichen sowie die Begutachtungs- und Leistungspraxis durch ergänzende Arbeitshilfen zu unterstützen,
3. bei den Beratungen und Arbeiten hierzu die Fachverbände wie das Müttergenesungswerk und den Bundesverband Deutscher Privatkliniken sowie geeignete Forschungsverbände laufend und eng mit einzubeziehen,
4. verständliche Arbeitshilfen zum Grundsatz zu erstellen, dass eine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme nicht voraussetzt, dass zuvor ambulante Maßnahmen ausgeschöpft wurden,

5. dafür Sorge zu tragen, dass die Entscheidungen der Krankenkassen transparent, mit aussagekräftigen und nachvollziehbaren Begründungen getroffen werden. Soweit Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung angefertigt werden, sollen sie diesen Anforderungen entsprechen. Die Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinie, einheitliche Antragsvordrucke sowie ergänzende Arbeitshilfen sollen hierzu Unterstützung leisten. Der Untersuchungsgrundsatz verpflichtet die Krankenkassen zu einer individuellen nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit jedem Einzelfall,
6. dass die Krankenkassen sicherstellen, dass Bescheide mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen werden. Außerdem dürfen Krankenkassen nicht den Eindruck vermitteln, dass ein Widerspruchsverfahren ohne Widerspruchsbegründung oder Äußerung der Versicherten nicht fortgeführt oder eingestellt würde,
7. dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2012 einen schriftlichen Bericht über die getroffenen Maßnahmen zu übermitteln.

Vor diesem Hintergrund berichten der GKV-Spitzenverband und der MDS über die entsprechenden Maßnahmen.

## Inhaltsverzeichnis

A. Beratungsgang .....	8
1. Arbeitsgruppe des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, des MDS und der Sozialmedizinischen Expertengruppe Leistungsbeurteilung/Teilhabe (SEG 1) .....	8
2. Einbeziehung des Müttergenesungswerkes und des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. ....	8
3. Einbeziehung des Forschungsverbundes Familiengesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover .....	10
B. Änderungen in den Entscheidungsgrundlagen .....	11
1. Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation .....	11
2. Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des MDS .....	13
3. Vordrucke im Zusammenhang mit der Verordnung bzw. Beantragung von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24, 41 SGB V .....	14
C. Umsetzung in die Praxis .....	16
1. Umsetzung bei den Krankenkassen .....	16
2. Umsetzung bei den Medizinischen Diensten .....	16
D. Ausblick .....	17
E. Anlagen .....	18

## A. Beratungsgang

1. Arbeitsgruppe des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, des MDS und der Sozialmedizinischen Expertengruppe Leistungsbeurteilung/Teilhabe (SEG 1)

Vor dem Hintergrund der dem GKV-Spitzenverband zur Stellungnahme zugeleiteten Prüfmittelung des Bundesrechnungshofes vom 23. März 2011 (s. Hintergrund) wurde in der Besprechung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes zum Bereich Rehabilitation am 13. April 2011 eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und Vertretern des MDS/der SEG 1 eingerichtet. Diese Arbeitsgruppe hat – jeweils in Rückkoppelung mit den Krankenkassen und Medizinischen Diensten – Vorschläge für notwendige Konkretisierungen in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie Eckpunkte für ergänzende Arbeitshilfen erstellt. Unter Federführung des GKV-Spitzenverbandes war die Arbeitsgruppe an dem gesamten Beratungs- und Abstimmungsprozess mit dem Müttergenesungswerk und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. beteiligt.

2. Einbeziehung des Müttergenesungswerkes und des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.

Der GKV-Spitzenverband hat mit dem Müttergenesungswerk bereits am 20. Juni 2011, – anknüpfend an ein gemeinsames Gespräch mit Herrn Gesundheitsminister Bahr am 2. Mai 2011 – einen ersten Austausch über die jeweiligen Vorstellungen zu notwendigen Änderungen der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation geführt. Mit Schreiben vom 4. Juli 2011 hat der GKV-Spitzenverband sowohl das Müttergenesungswerk als auch den Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. über die Absicht informiert, notwendige Klarstellungen

und Änderungen in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vorzunehmen, ergänzende Arbeitshilfen zu erstellen sowie die Vereinheitlichung von Antragsvordrucken zu prüfen. Beide Organisationen wurden gebeten, konkrete Änderungsvorschläge insbesondere zu der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation einzubringen. Darüber hinaus wurde beiden Organisationen in Aussicht gestellt, über Fachgespräche an der Entwicklung der notwendigen Papiere beteiligt zu werden, sobald die internen Beratungen auf Seiten der GKV und der MDK-Gemeinschaft einen ausreichend konkreten Beratungsstand erreicht haben.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. hat dem GKV-Spitzenverband am 12. September 2011 seinen entsprechenden Änderungsbedarf übermittelt. Von Seiten des Müttergenesungswerkes wurden am 20. Oktober 2011 entsprechende Vorschläge eingebracht. Daraufhin wurden in dem Zeitraum vom 4. November 2011 bis zum 17. Januar 2012 in insgesamt fünf Fachgesprächen zwischen dem Müttergenesungswerk, dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, dem MDS, der SEG 1 und dem GKV-Spitzenverband notwendige Klarstellungen und Konkretisierungen in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie Inhalte von Umsetzungsempfehlungen für die Medizinischen Dienste und Krankenkassen beraten. An zwei Fachgesprächen war das Bundesministerium für Gesundheit beteiligt. Zudem wurde dem Bundesministerium für Gesundheit – auf Einladung der Parlamentarischen Staatssekretärin Ulrike Flach – in einem Gespräch am 11. November 2011 von Seiten des Müttergenesungswerkes, des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V., des MDS und des GKV-Spitzenverbandes über den Stand der Beratungen berichtet.

Aufgrund der vorrangigen Zielsetzung, möglichst in allen Punkten Einvernehmen unter allen Beteiligten zu erzielen, wurde die erbetene Fertigstellung der Papiere bis zum 31. Dezember 2011 nicht vollständig erreicht. Allerdings konnten auf dieser Basis die Beratungen zu den Änderungen in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie zu Umsetzungsempfehlungen für die Medizinischen

Dienste und Krankenkassen im Januar 2012 mit einvernehmlichen Lösungen beendet werden.

Die Beratungen über einheitliche Vordrucke für die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach § 24 SGB V sowie über Inhalte einer Selbstauskunft, die im Einzelfall ggf. bei dem/der Antragsteller/in einzuholen ist, wurden parallel geführt. Sie sind jedoch aufgrund der bis zum Ende der Fachgespräche offenen Detailfragen, die sich auf die Formulare auswirken, noch nicht abgeschlossen (s. Abschnitt B., Ziffer 3.). Auch insoweit erfolgt weiterhin die Einbindung des Müttergenesungswerkes und des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V., die dem GKV-Spitzenverband mit Schreiben vom 8. Februar 2012 bzw. E-Mail-Nachricht vom 23. Februar 2012 ihre diesbezüglichen Vorschläge unterbreitet haben.

### 3. Einbeziehung des Forschungsverbundes Familiengesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover

Am 7. Dezember 2011 fand ein Fachgespräch zwischen MDS / SEG 1 und dem Forschungsverbund Familiengesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover statt, um bei den vorgesehenen Richtlinienänderungen im Bereich der Kontextfaktoren den aktuellen Stand der Forschung berücksichtigen zu können. Der Forschungsverbund Familiengesundheit der MHH ist die in Deutschland führende Forschungseinrichtung auf dem Gebiet der Mutter-/Vater-Kind-Leistungen und war auch bereits zuvor bei der Ausgestaltung der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation beratend eingebunden.

Die Bewertung allgemeiner und mütter-/väterspezifischer Kontextfaktoren spielt bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen eine bedeutende Rolle. Ziel des Gespräches war es daher, die vorliegenden Änderungsentwürfe mit den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu diesem Bereich abzugleichen.



Die unter Ziffer 3.5 der überarbeiteten Begutachtungs-Richtlinie aufgeführten Kriterien und Kontextfaktoren, wie die Festlegung einer grundsätzlichen Altersgrenze für eine aktuelle Erziehungsverantwortung, die beispielhafte Liste von gehäuft bei Eltern auftretenden Gesundheitsstörungen, die beispielhafte Liste von negativ wirkenden Kontextfaktoren, sowie der neue Begutachtungsalgorithmus für Mütter-/Vater-Kind-Leistungen konnten dabei aus wissenschaftlicher Sicht bestätigt werden.

Nach Berechnung des Forschungsverbundes kann davon ausgegangen werden, dass 93,5 Prozent der aktuell in den Einrichtungen versorgten Mütter und Väter explizit mit diesen Kriterien abgebildet sind. Da es sich bei den genannten Kriterien nur um eine beispielhafte Aufzählung handelt, kann in der Realität letztendlich von einer vollständigen Erfassung des maßgeblichen Personenkreises in der Begutachtung ausgegangen werden.

Die Ergebnisse des Fachgesprächs wurden in einer abgestimmten Protokollnotiz vom 19. Dezember 2011 zusammengefasst (s. Anlage 9).

## **B. Änderungen in den Entscheidungsgrundlagen**

### **1. Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation**

Der GKV-Spitzenverband erlässt nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V u.a. Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung durch die Medizinischen Dienste. Diese Richtlinien sind sowohl für die Medizinischen Dienste als auch die Krankenkassen verbindlich. Für den Bereich der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen – einschließlich der Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter – definiert die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation die medizinischen Indikationskriterien. Zum Zeitpunkt der Erhebungen des Bundesrechnungshofes galt die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation, die das seiner-

zeitige Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 28. Oktober 2005 beschlossen hatte.

Nach den unter Abschnitt A. Ziffer 2. dargestellten Beratungen mit dem Müttergenesungswerk und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. sowie der unter Abschnitt A. Ziffer 3. dargestellten Abstimmung mit dem Forschungsverbund Familiengesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover hat der GKV-Spitzenverband die konsentierten Änderungen der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation am 6. Februar 2012 beschlossen (s. Anlage 10). Die Änderungen betreffen insbesondere die Abschnitte 1.3, 1.4.3, 3.5, 3.5.1 sowie 4.5 der Begutachtungs-Richtlinie und beinhalten folgende Aspekte:

- Klarstellung, dass medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24, 41 SGB V als komplexe Leistungen nur stationär erbracht werden können. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt explizit nicht.
- Ergänzung und Konkretisierung der Ausführungen zur Bedeutung umwelt- und personbezogener bzw. mütter-/väterspezifischer Kontextfaktoren für die sozialmedizinische Begutachtung und die Leistungsentscheidungen der Krankenkassen. Danach ist der Gutachter aufgefordert, in einer Gesamtbetrachtung einzelfallbezogen zu beurteilen, ob die im Antragsverfahren erkennbaren Kontextfaktoren (allgemeine und mütter-/väterspezifische) im Zusammenhang mit der Erziehungsverantwortung zu einer mütter-/väterspezifischen Problemkonstellation führen, die das Gesundheitsproblem bedingt, unterhält oder verstärkt und eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung in einer Mütter-/Väter-, bzw. Mutter-/Vater-Kind-Einrichtung erfordert.
- Veranschaulichung der Begutachtungsabläufe durch Darstellung von Algorithmen.
- Konkretisierung und Erweiterung der Anspruchsvoraussetzung des Vorliegens einer aktuellen Erziehungsverantwortung. In diesem Kontext wurde insbesondere ergänzt, dass auch die Erziehung und Betreuung von Kindern in „Patchworkfamilien“ einzube-

ziehen ist. Des Weiteren wurde klargestellt, dass von einer aktuellen Erziehungsverantwortung grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes ausgegangen werden kann. In zu begründenden Einzelfällen (insbesondere bei Leistungsbezug nach dem SGB VIII) kann auch darüber hinaus eine Erziehungsverantwortung vorliegen. Für im Haushalt lebende, behinderte Kinder kann die Erziehungsverantwortung auch über das 18. Lebensjahr hinaus gegeben sein.

- Klarstellung, dass die Rentenversicherungsträger keine Mutter-/Vater-Kind-Leistungen erbringen.

## 2: Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des MDS

Zur ergänzenden Unterstützung einer einheitlichen Rechtsauslegung und einheitlichen Umsetzung der geänderten Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie mit dem Ziel, die Transparenz über die Begutachtungs-, Entscheidungs- und Verwaltungsverfahren auf Seiten der Medizinischen Dienste und der Krankenkassen zu erhöhen, haben der GKV-Spitzenverband, die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDS Umsetzungsempfehlungen im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V erstellt (s. Anlage 11). Diese Umsetzungsempfehlungen wurden mit dem Müttergenesungswerk und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. konsentiert und zeitgleich mit der geänderten Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation zur Verfügung gestellt. Neben allgemeinen Ausführungen zum Antragsverfahren und Verfahren der Anspruchsprüfung sowie ergänzenden Hinweisen zu den erfolgten Änderungen in der Begutachtungs-Richtlinie, die in Gänze nochmals dargestellt werden, enthalten die Umsetzungsempfehlungen insbesondere zu folgenden Aspekten grundlegende Ausführungen:

- Beschreibung der Charakteristik medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V als Hintergrund der Beurteilung, ob ein solch spezifischer Bedarf gegeben ist.
- Notwendigkeit einer transparenten Darstellung und verständlichen Begründung von sozialmedizinischen Empfehlungen.
- Anforderungen, die sich aus der Amtsermittlungspflicht der Krankenkassen ergeben.
- Beachtung des Gleichbehandlungsgrundsatzes.
- Bedeutung der Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten.
- Anforderungen an die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsentscheidungen der Krankenkasse.
- Zu beachtende Grundsätze im Widerspruchsverfahren.
- Recht auf Akteneinsicht.
- Voraussetzungen für die Weiterleitung von Anträgen an den zuständigen Träger.

Da die Beratungen über einheitliche Vordrucke noch nicht abgeschlossen sind (s. Ausführungen im nachfolgenden Abschnitt), wurden diesbezügliche Hinweise in den Umsetzungsempfehlungen als vorläufig gekennzeichnet.

### 3. Vordrucke im Zusammenhang mit der Verordnung bzw. Beantragung von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24, 41 SGB V

Wie bereits in Abschnitt A. Ziffer 2 dargestellt, konnten die Beratungen über einheitliche Vordrucke für die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach § 24 SGB V sowie über Inhalte einer Selbstauskunft, die im Einzelfall ggf. bei dem/der Antragsteller/in einzuholen ist, noch nicht abgeschlossen werden. Hierzu ergibt sich der nachfolgend skizzierte aktuelle Sachstand.

Für die Verordnung von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach § 41 SGB V gelten die durch die Rehabilitati-

ons-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Regelungen und die zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge vereinbarten Verordnungsvordrucke. Für die Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter nach § 24 SGB V sind bisher bundesweit einheitliche Vordrucke nicht vereinbart. Die Verordnungen erfolgen überwiegend auf krankenkassenspezifischen Antrags-/Verordnungsvordrucken. Der GKV-Spitzenverband beabsichtigt, mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch für medizinische Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V einheitliche Verordnungsvordrucke zu vereinbaren (Verordnung sowie Attest Kind, das bei Behandlungsbedürftigkeit eines mitaufzunehmenden Kindes ausgefüllt werden soll). Ein erstes diesbezügliches Beratungsgespräch mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fand am 5. März 2012 statt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat angekündigt, nach nunmehr zunächst erforderlichen internen Beratungen einen Vorschlag vorzulegen, der die Beratungen über Vordrucke zur Verordnung von medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V mit dem Anliegen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verknüpft, im Verfahren der Verordnung medizinischer Rehabilitationsleistungen – über die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Müttern und Vätern nach § 41 SGB V hinaus – Änderungen vorzunehmen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat angekündigt, ihre Vorschläge bis zur Fortsetzung der Beratungen Anfang Mai 2012 vorzulegen.

Die fachlichen Beratungen über Inhalte einer Selbstauskunft, die im Einzelfall ggf. bei dem/der Antragsteller/in einzuholen ist, sind weitgehend abgeschlossen. Im weiteren Verfahren ist eine datenschutzrechtliche Prüfung geplant, die unter Einbindung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erfolgen soll. Die Notwendigkeit, über eine Selbstauskunft in Einzelfällen ggf. Informationen bei dem/der Antragsteller/in einzuholen, wird in der praktischen Umsetzung von den Inhalten der ärztlichen Verordnung mitbestimmt. Von daher soll die datenschutzrechtliche Prüfung der Selbstauskunft und deren Einsatz zurückgestellt werden, bis die Inhalte der Verordnungs-

vordrucke abschließend festgelegt und auch diese einer datenschutzrechtlichen Prüfung unterzogen sind.

## C. Umsetzung in die Praxis

Die geänderte Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie die Umsetzungsempfehlungen wurden am 7. Februar 2012 mit einer gemeinsamen Presseerklärung des GKV-Spitzenverbandes, des Müttergenesungswerkes und des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. veröffentlicht (s. **Anlage 12**). Beide Papiere sind auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes abrufbar.

### 1. Umsetzung bei den Krankenkassen

Der GKV-Spitzenverband hat die Krankenkassen mit Rundschreiben vom 7. Februar 2012 über den Abschluss der Beratungen und die erfolgten Änderungen informiert und aufgefordert, bei einschlägigen Leistungsanträgen ab sofort entsprechend der geänderten Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie den Umsetzungsempfehlungen zu verfahren. Darüber hinaus hat er um Rückmeldung gebeten, sofern in der praktischen Umsetzung weitere klärungsbedürftige Aspekte erkannt werden (s. **Anlage 13**).

Die Berücksichtigung der Richtlinienänderungen und Umsetzungsempfehlungen in den Verfahrensanweisungen und Verwaltungsabläufen der Krankenkassen obliegt den Krankenkassen.

### 2. Umsetzung bei den Medizinischen Diensten

Der MDS hat die Geschäftsführer und die Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste über das In Kraft treten der geänderten Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie die

Veröffentlichung der Umsetzungsempfehlungen am 7. Februar 2012 informiert und beide Papiere auf seiner Homepage eingestellt.

Im Rahmen einer ganztägigen Multiplikatorenschulung wurden am 28. Februar 2012 Gutachterinnen und Gutachter aus allen Medizinischen Diensten in der Anwendung der neuen Begutachtungsvorgaben geschult. Die Gutachterinnen und Gutachter wurden aufgefordert, sich mit der SEG 1 in Verbindung zu setzen, wenn sich Probleme in der praktischen Umsetzung der neuen Vorgaben zeigen sollten.

Darüber hinaus wurde von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der MDK-Gemeinschaft am 14. Februar 2012 eine verbesserte Dokumentation der Begutachtung von Anträgen auf Mutter-/Vater-Kind-Leistungen beschlossen.

#### **D. Ausblick**

Der GKV-Spitzenverband und der MDS werden die praktische Umsetzung der Begutachtungs- und Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V weiterhin begleiten und bei Hinweisen auf ungeklärte Umsetzungs-, Rechtsauslegungs- oder Verfahrensfragen zu deren Klärung beitragen. Dazu soll der konstruktive Dialog mit dem Müttergenesungswerk und dem Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. fortgesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband wird das Müttergenesungswerk und den Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. zu einem Austausch über die Erfahrungen mit den in diesem Bericht dargestellten Maßnahmen im 3. Quartal 2012 einladen.

## E. Anlagen

- Anlage 1: Bericht des Bundesrechnungshofes über die „Durchführung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach den §§ 23, 24 SGB V durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 7. Juni 2011
- Anlage 2: Schreiben des Bundesrechnungshofes vom 14. Juni 2011
- Anlage 3: Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 9. Mai 2011
- Anlage 4: Schreiben des GKV-Spitzenverbandes und des MDS an den Bundesminister für Gesundheit vom 19. Mai 2011
- Anlage 5: Schreiben des Bundesministers für Gesundheit vom 1. Juli 2011
- Anlage 6: Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 5. Juli 2011 (ohne weitere Anlagen)
- Anlage 7: Schreiben des MDS vom 5. Juli 2011
- Anlage 8: Entschließungsantrag des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages vom 6. Juli 2011
- Anlage 9: Protokollnotiz über das Fachgespräch des MDS mit dem Forschungsverbund Familiengesundheit der Medizinischen Hochschule Hannover am 7. Dezember 2011
- Anlage 10: Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation, Stand Februar 2012
- Anlage 11: Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des MDS im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V, Stand Februar 2012



- Anlage 12: Gemeinsame Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes, des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. und des Deutschen Müttergenesungswerkes vom 7. Februar 2012
- Anlage 13: Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes vom 7. Februar 2012 (ohne weitere Anlagen)