



# Bericht

an den Haushaltsausschuss des  
Deutschen Bundestages

nach

## § 88 Abs. 2 BHO

über die Durchführung von Mutter-/  
Vater-Kind-Maßnahmen nach den  
§§ 23, 24 SGB V durch die Kranken-  
kassen der Gesetzlichen Kranken-  
versicherung

| <b>Inhaltsverzeichnis</b>                                       | <b>Seite</b> |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>0 Zusammenfassung</b>                                        | <b>3</b>     |
| <b>1 Prüfungsanlass</b>                                         | <b>5</b>     |
| <b>2 Überblick der Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen</b>    | <b>5</b>     |
| 2.1 Grundlagen                                                  | 5            |
| 2.2 Rechtsgrundlagen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren               | 6            |
| <b>3 Entscheidung der Krankenkassen</b>                         | <b>8</b>     |
| 3.1 Verfahren zur medizinischen Beurteilung                     | 8            |
| 3.2 Inhalt der medizinischen Beurteilung                        | 9            |
| 3.3 Entscheidungen der Krankenkassen                            | 10           |
| 3.4 Fallbeispiele                                               | 11           |
| 3.5 Würdigung                                                   | 13           |
| 3.5.1 Gleichbehandlungsgrundsatz                                | 13           |
| 3.5.2 Amtsermittlungspflicht                                    | 14           |
| 3.5.3 Begründung von Bescheiden                                 | 15           |
| 3.5.4 Vorrang der stationären Behandlung                        | 15           |
| 3.6 Empfehlungen                                                | 16           |
| <b>4 Widerspruchsverfahren</b>                                  | <b>16</b>    |
| 4.1 Grundlagen                                                  | 16           |
| 4.2 Feststellungen                                              | 17           |
| 4.3 Würdigung und Empfehlung                                    | 17           |
| <b>5 Weiterleitung der Anträge an Rentenversicherungsträger</b> | <b>18</b>    |
| 5.1 Zuständigkeit                                               | 18           |
| 5.2 Feststellungen                                              | 19           |
| 5.3 Würdigung                                                   | 19           |
| <b>6 Stellungnahmen der geprüften Stellen</b>                   | <b>20</b>    |
| <b>7 Abschließende Würdigung</b>                                | <b>21</b>    |

## 0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat die Umsetzung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (Mutter-/Vater-Kind-Kuren) nach den §§ 23, 24 SGB V bei den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) geprüft. Er hat im Wesentlichen Folgendes festgestellt:

- 0.1 Die Ausgaben der Krankenkassen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren sind in den zurückliegenden Jahren angestiegen und erreichten im Jahr 2008 mit 297 Mio. Euro einen Höchststand. In 2009 sind die Ausgaben mit 286 Mio. Euro leicht rückläufig. Aktuelle Zahlen des Jahres 2010 liegen noch nicht vor. (Tz. 2.1)
- 0.2 Nach der Antrags- und Bewilligungsstatistik lehnten die Krankenkassen 25 % aller gestellten Anträge ab, nach dem Widerspruchsverfahren waren noch 20 % negativ beschieden. Die Statistik bildet das Antrags- Leistungs- und Bewilligungsgeschehen bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren nicht zutreffend ab und ist deshalb wenig aussagekräftig. Statistische Meldungen von Krankenkassen wichen bis zu 40 % von ihrer tatsächlichen Antrags-, Leistungs- und Bewilligungspraxis ab. (Tz. 2.1)
- 0.3 Die Verwaltungspraxis der Krankenkassen bei der Bewilligung und Ablehnung der Anträge von Mutter-/Vater-Kind-Kuren ist nicht transparent. Eine Gleichbehandlung der Versicherten ist nicht gewährleistet. Krankenkassen beachteten ihre Pflicht, den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln, nicht hinreichend. Dies kann bei Versicherten den Eindruck der Willkür von Entscheidungen hervorrufen. (Tz. 3.1. bis 3.5.)
- 0.4 Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beurteilte die ihm vorgelegten Fälle ganz überwiegend nach Aktenlage ohne persönliche Vorstellung der Antragstellerin oder des Antragstellers. Die verbindliche Begutachtungs-Richtlinie lässt dem Gutachter zu große Spielräume für die Bewertung von medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren. Die Ergebnisse der Begutachtungen werden nicht hinreichend begründet. (Tz. 3.1, 3.2, 3.5.1)
- 0.5 Ambulante Maßnahmen müssen vor einer Mutter-/Vater-Kind-Kur nicht ausgeschöpft sein. Dennoch lehnen Krankenkassen Mutter-/Vater-Kind-Kuren unter Hinweis auf das geltende Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V ab und verweisen auf ambulante Angebote. Das gesetzgeberische Ziel, den Verweis auf

ambulante Angebote auszuschließen und stationäre Maßnahmen zu stärken, wird damit in der Praxis nicht erreicht. (Tz. 3.3, 3.5.4)

- 0.6 Das Widerspruchsverfahren der Krankenkassen bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren beeinträchtigte teilweise die Versicherten in ihrer Rechtsausübung. So versahen Krankenkassen ihre Bescheide nicht mit Rechtsbehelfsbelehrungen, verlangten Widerspruchsbegründungen oder drängten Versicherte zur Rücknahme des eingelegten Widerspruchs. (Tz. 4)
- 0.7 Krankenkassen verwiesen ihre Versicherten gelegentlich auf Rehabilitationsmaßnahmen von Rentenversicherungsträgern anstelle einer Mutter-/Vater-Kind-Kur. Wirtschaftliche Vorteile entstehen den Krankenkassen hierdurch nicht, sofern die Rentenversicherungsträger prüften, ob eine Mutter-/Vater-Kind-Kur der Krankenkasse angezeigt wurde. (Tz. 5)

## 1 Prüfungsanlass

Der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages hat den Bundesrechnungshof in seiner 35. Sitzung gebeten, die Umsetzung der Mutter-/Vater-Kind-Kuren bei den Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) zu prüfen. Der Bundesrechnungshof hat dieser Bitte entsprochen und die Ergebnisse seiner Prüfung in dem nachfolgenden Bericht zusammengefasst. Er hat im Wesentlichen Folgendes festgestellt.

## 2 Überblick der Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen

### 2.1 Grundlagen

Die 1989 als Ermessensleistung der Krankenkassen eingeführten Mutter-/Vater-Kind-Kuren sind seit dem Jahr 2007 Pflichtleistungen der Krankenkassen.<sup>1</sup> Nunmehr haben Mütter und Väter nach § 24 Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf eine aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistung. Ebenfalls mögliche ambulante Behandlungen vor Bewilligung einer Mutter-/Vater-Kind-Kur müssen nicht ausgeschöpft werden.<sup>2</sup> Zudem sind die Krankenkassen verpflichtet, über ihr Antrags- und Bewilligungsgeschehen eine Statistik (sog. Statistik KG 5) zu führen.<sup>3</sup>

Die Anzahl der Mutter-/Vater-Kind-Kuren sowie Ausgaben der Krankenkassen dafür entwickelten sich nach den vorliegenden Statistiken ab dem Jahr 2005 wie folgt:

|                                    | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Fälle in Tausend <sup>4</sup>      | 88   | 94   | 109  | 124  | 115  |
| Ausgaben in Mio. Euro <sup>5</sup> | 200  | 220  | 262  | 297  | 286  |

Nach der Statistik KG 5 des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesministerium) lehnten die Krankenkassen im Jahr 2009 ungefähr 25 % der Anträge zunächst ab. Bezieht man die mit Erfolg eingelegten Widersprüche ein, wurden im Ergebnis 20 % aller Anträge abgelehnt. Für das Jahr 2010 liegen zurzeit (Stand 7.

<sup>1</sup> Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG vom 26. März 2007, BGBl. I, 378.

<sup>2</sup> § 24 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

<sup>3</sup> § 24 Abs. 1 Satz 4 Halbsatz 2 SGB V.

<sup>4</sup> Quelle: Statistik KG 5 des Bundesministeriums.

<sup>5</sup> Quelle: Statistik KJ 1 des Bundesministeriums.

Juni 2011) noch keine abschließenden Zahlen vor.

Der Bundesrechnungshof hat im Zuge seiner Prüfung von Mutter-/Vater-Kind-Kuren auch die Plausibilität der Statistik KG 5 geprüft. Er hat dabei festgestellt, dass die Statistik KG 5 das Antrags-, Leistungs- und Bewilligungsgeschehen bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren nicht zutreffend abbildet und deshalb wenig aussagekräftig ist. Meldungen von Krankenkassen wichen bis zu 40 % vom tatsächlichen Antrags- Leistungs- und Bewilligungsgeschehen ab.

Neben Mutter-/Vater-Kind-Kuren als Vorsorgemaßnahmen gibt es auch Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen nach § 41 SGB V. Sie haben jedoch eine andere Zielsetzung. Bei der Rehabilitation besteht bereits eine Erkrankung. Durch die Maßnahme soll eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, gemildert, beseitigt oder zumindest ihre Verschlimmerung verhütet werden.<sup>6</sup>

Rehabilitationsmaßnahmen nach § 41 SGB V dürfen Krankenkassen nur erbringen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.<sup>7</sup> Von der Rehabilitation der Krankenversicherung sind insbesondere die Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger abzugrenzen, die bei einer Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit in Betracht kommen.<sup>8</sup> Sie zielen darauf ab, diese zu verhindern oder zu überwinden. Mutter-/Vater-Kind-Kuren gehören nicht zum Leistungskatalog der Rentenversicherungsträger.

## 2.2 Rechtsgrundlagen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren

Die Mutter-/Vater-Kind-Kuren nach § 24 SGB V zielen darauf ab, gesundheitliche Belastungen der Eltern zu mindern, die im Wesentlichen aus der Stellung als Mutter oder Vater (Elternteil) eines oder mehrerer Kinder entstehen. Der Elternteil muss Kinder tatsächlich erziehen und betreuen. Insbesondere psychosoziale Faktoren haben dabei eine große Bedeutung.

Eine Mutter-/Vater-Kind-Kur muss notwendig sein, um

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,

<sup>6</sup> § 41 Abs. 1 i. V. m. § 27 Abs. 1 SGB V, § 11 Abs. 2 SGB V.

<sup>7</sup> § 41 Abs. 2 i. V. m. § 40 Abs. 4 SGB V. Die in § 40 Abs. 4 SGB V genannte Ausnahme des § 31 SGB VI hat für Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen keine praktische Bedeutung.

<sup>8</sup> §§ 9 ff. SGB VI.

- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.<sup>9</sup>

Die Gesundheitsstörungen oder -risiken müssen auf die Rolle als Elternteil zurückzuführen sein. Welche Indikatoren im Einzelnen vorliegen müssen, richtet sich nach der „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“ (Begutachtungs-RL)<sup>10</sup>, die für die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und die Krankenkassen verbindlich ist. Bei Eltern bestehende Gesundheitsstörungen sind beispielsweise das Burn-Out-Syndrom, depressive Verstimmungen, Schlafstörungen sowie Über-/Unter-/Fehlernährung. Zur medizinischen Indikation kommen personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren hinzu, die mitverantwortlich für die Gesundheitsstörungen sind, wie die Stellung als alleinerziehend, Kinderreichtum, Partnerprobleme, Arbeitslosigkeit und soziale Isolation. Ferner sind klassische Risikofaktoren wie übermäßiger Suchtmittelkonsum und Adipositas<sup>11</sup> zu berücksichtigen.<sup>12</sup>

Eine Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kur liegt vor, wenn eines oder mehrere Kinder den vorsorgebedürftigen Elternteil begleiten. Das Kind kann selbst behandlungsbedürftig sein (sog. Therapiekind), muss es aber nicht (sog. Begleitkind). Die Kuren werden stets stationär erbracht. Nach einer Mutter-/Vater-Kind-Kur muss ein Elternteil im Regelfall vier Jahre warten, bevor er die nächste Kur beantragen kann.

Die Krankenkassen lassen vom MDK in Stichproben prüfen, ob die Kuren notwendig sind.<sup>13</sup> Die Stichprobe umfasst jeden vierten bei der Krankenkasse eingegangenen Antrag.<sup>14</sup> Die Krankenkassen müssen darüber hinaus eine Stellungnahme des MDK einholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer, Häufigkeit oder Verlauf der Krankheit erforderlich ist.<sup>15</sup> Die Krankenkasse entscheidet allein verantwortlich, ob sie eine Mutter-/Vater-Kind-Kur bewilligt oder ablehnt. Die Begutachtung durch den MDK hat lediglich empfehlenden Charakter.

---

<sup>9</sup> §§ 24 Abs. 1, 23 Abs. 1 SGB V.

<sup>10</sup> Stand: 28. Oktober 2005.

<sup>11</sup> Starkes Übergewicht.

<sup>12</sup> Nrn. 1.3.3. ff., 3.5. Begutachtungs-RL.

<sup>13</sup> § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. Die Überprüfung von Stichproben anstatt aller Fälle wurde durch das GKV-WSG eingeführt und soll zur Entlastung des MDK sowie zum Bürokratieabbau beitragen, BT-Drucksache 16/3100, 171.

<sup>14</sup> § 2 Abs. 2 Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung.

<sup>15</sup> §§ 275 Abs. 1 SGB V, 1 Abs. 3 Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung.

### 3 Entscheidung der Krankenkassen

#### 3.1 Verfahren zur medizinischen Beurteilung

Die meisten Krankenkassen legten deutlich mehr als nur die geforderte Stichprobe von einem Viertel ihrer Anträge auf Mutter-/Vater-Kind-Kuren dem MDK vor.<sup>16</sup> Einige Krankenkassen ließen die meisten oder sogar alle Anträge vom MDK begutachten. Andere legten nur Zweifelsfälle oder Anträge vor, die sie ablehnen wollten. Wenn der MDK nicht eingeschaltet wurde, entschieden meist die Sachbearbeiter der Krankenkassen über die Anträge, selten eigene angestellte Ärzte. Die Sachbearbeiter hatten keine medizinische Ausbildung. Die Krankenkassen konnten keine Kriterien nennen, in welchen Fällen Sachbearbeiter ohne Unterstützung des MDK über Anträge entscheiden durften. Gelegentlich wichen Sachbearbeiter in „Einzelfallentscheidungen“ vom Votum des MDK ab, einen Antrag abzulehnen, und bewilligten die Mutter-/Vater-Kind-Kur. Nach welchen Maßstäben sie dabei vorgingen, konnten die Krankenkassen nicht angeben.

Im Widerspruchs- und Klageverfahren schalteten die Krankenkassen stets den MDK ein.

Der MDK beurteilte die Fälle ganz überwiegend in der Form der sog. sozialmedizinischen Fallberatung<sup>17</sup>, das heißt nach Aktenlage ohne persönliche Vorstellung der Antragstellerin oder des Antragstellers.

Häufig besprach der MDK die Fälle in „Inhouse-Beratungen“ mit den Sachbearbeitern der Krankenkassen. Als Entscheidungsunterlagen dienten die Selbstauskunft des Elternteils, ein Attest des behandelnden Arztes und Dokumentationen der Krankenkasse zu vorangegangenen Behandlungen. Gelegentlich bat der MDK den behandelnden Arzt um ergänzende Auskünfte. Die Selbstauskunft und das Attest wurden auf Formularen abgegeben, die meist von der Krankenkasse, dem Müttergenesungswerk oder einem Kurvermittler stammten. Im Vordruck des Müttergenesungswerks wurde die Selbstauskunft des Elternteils sowie das ärztliche Attest auf insgesamt neun Seiten mit differenzierten und gewichteten Angaben zu Gesundheitsstörungen, Krankheiten, Kontextfaktoren usw. erfasst. Die Vordrucke

---

<sup>16</sup> Vgl. Tz. 2.2; Eine Information des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) an das Bundesministerium bestätigt dies. Sie weist vom Jahr 2007 bis zum Jahr 2009 einen bundesweiten Rückgang der Begutachtungen von Anträgen nach § 24 SGB V durch den MDK von lediglich 10,2 % aus.

<sup>17</sup> Die verschiedenen Formen von Begutachtungs- und Beratungsleistungen hat die MDK-Gemeinschaft bundesweit einheitlich im Katalog der MDK-Produkte geregelt.

der Krankenkassen waren meist weniger umfangreich. Eine Krankenkasse verwendete beispielsweise eigene, einseitige Vordrucke; Kontextfaktoren mussten darin nicht angegeben werden.

Das Ergebnis der Begutachtung wurde in einem je nach Land und Krankenkasse unterschiedlichen Vordruck festgehalten. Die Vordrucke galten oft nicht speziell für Mutter-/Vater-Kind-Kuren. Meistens waren auf ein bis zwei DIN-A4-Seiten standardisierte Felder anzukreuzen und ein Erläuterungstext auszufüllen, wie z. B.: „medizinische Voraussetzungen erfüllt“, „Voraussetzung nicht erfüllt, da:“. Erläuterungen, warum eine Mutter-/Vater-Kind-Kur bewilligt wurde, sahen die Formulare selten vor.

Im Widerspruchsverfahren fertigte der MDK überwiegend Gutachten. Auch bei Gutachten werden in der Regel die Antragstellerin oder der Antragstellers dem MDK-Gutachter nicht vorgestellt. Lediglich die medizinische Begründung des Gutachters ist ausführlicher.

### **3.2 Inhalt der medizinischen Beurteilung**

Nach den Feststellungen des Bundesrechnungshofes enthielten die Begutachtungsvordrucke nur eine kurze stichpunktartige Darstellung der Gutachterentscheidung wie z. B. „keine mütterspezifische Belastung“. Was im Einzelnen darunter zu verstehen ist, führten die Gutachter nicht aus. Stattdessen nannten sie oft stichwortartig Faktoren, um das Fehlen dieser spezifischen Belastung zu belegen, z. B. „verheiratet, 2 Kinder, nicht berufstätig“. Beurteilungen des MDK, die sich eingehend mit den individuellen Gesundheitsstörungen und Kontextfaktoren auseinander setzten, fand der Bundesrechnungshof kaum vor.

Gutachter gingen unterschiedlich mit häufig genannten Indikationen und Kontextfaktoren um:

- In Adipositas des Elternteils sahen viele Gutachter einen Risikofaktor und befürworteten eine Mutter-/Vater-Kind-Kur. Andere lehnten sie ab, da eine Umstellung des Ernährungsverhaltens in der dreiwöchigen Kur nicht erreicht werden könne. Der Elternteil sollte Ernährungsberatungen sowie Verhaltens- und Bewegungstherapien am Wohnort in Anspruch nehmen.
- Partnerprobleme erkannten Gutachter häufig als belastenden Kontextfaktor an. Andere lehnten eine Mutter-/Vater-Kind-Kur ab und verwiesen auf Ehe- bzw. Partnerberatungen am Wohnort, da die Probleme nach Rückkehr

aus der stationären Maßnahme nicht beseitigt seien.

- Erschöpfungssyndrome bis hin zum Burn-Out-Syndrom waren für Gutachter Anlass, eine Mutter-/Vater-Kind-Kur zu befürworten. Andere lehnten die Kur ab und verwiesen auf ambulante Psychotherapien oder darauf, am Wohnort Entspannungstechniken zu erlernen.
- Schichtdienst des Ehepartners galt zumeist als belastender Kontextfaktor, da der Hauptteil der Erziehungsarbeit dem anderen Elternteil zufalle. Andererseits wurde die Auffassung vertreten, der Schicht arbeitende Ehepartner habe mehr Freizeit und könne daher den Partner erst recht unterstützen.

Sofern Sachbearbeiter der Krankenkassen ohne ärztliche Unterstützung entschieden, ließen sich ihre Entscheidungsgründe den Akten nicht entnehmen.

Die Krankenkassen teilten mit, dass sie die Bewertungen des MDK fachlich teilweise nicht nachvollziehen könnten, weil die Entscheidungskriterien nicht erkennbar seien. Bei nach äußerem Anschein vergleichbaren medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren könne es zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. In diesen Fällen könnten ablehnende Entscheidungen gegenüber der Antragstellerin oder dem Antragsteller nur schwer begründet werden. Nachfragen von Krankenkassen bei Unklarheiten waren in den Verfahrensakten jedoch nur selten belegt.

### **3.3 Entscheidungen der Krankenkassen**

Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheide der Krankenkassen enthielten i. d. R. nur eine knappe Standardbegründung. Die Bescheide setzten sich kaum mit den individuellen medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren auseinander. In Ablehnungsbescheiden empfahlen die Krankenkassen oft ambulante Therapien (z. B. Heilmittel, Psychotherapie) und Präventionsangebote (z. B. Ernährungskurse, Entspannungskurse), verwiesen gelegentlich auf die Möglichkeit eines Familienurlaubs oder baten Versicherte, mit dem behandelnden Arzt die weiteren Behandlungsmöglichkeiten zu besprechen.

Sie verwiesen in diesen Fällen darauf, die ambulante Maßnahme sei zweckmäßiger und wirtschaftlicher. Die nachfolgende Standardbegründung fand sich häufig in den Ablehnungsschreiben:

*„Wir haben Ihren Antrag geprüft. Nach Aktenvorlage beim Medizinischen Dienst*

*der Krankenversicherung (MDK) kommen wir zu dem Ergebnis, dass eine Mutter-Kind-Kur medizinisch nicht notwendig ist. Deshalb ist eine Kostenübernahme nicht möglich. Empfohlen werden eine psychologische Mitbetreuung sowie das Erlernen von Entspannungstechniken. Bitte besprechen Sie Ihre weitere Behandlung mit Ihrer Ärztin. Haben Sie Fragen? Wir helfen Ihnen gern.“*

Die Krankenkassen können Anträge mit der Begründung ablehnen, verfügbare ambulante Angebote seien wirtschaftlicher und zweckmäßiger.<sup>18</sup> Zwar müssen ambulante Maßnahmen vor einer Mutter-/Vater-Kind-Kur nicht ausgeschöpft sein.<sup>19</sup> Das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V gilt jedoch auch bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren. Folgerichtig dürfen sie nur dann bewilligt werden, wenn das angestrebte Vorsorgeziel „nicht mit anderen, gegebenenfalls wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden“ kann.<sup>20</sup>

Widerspruchsbescheide der Krankenkassen setzten sich ausführlicher mit den vorgetragenen Beschwerden auseinander. Auch sie wiederholten jedoch überwiegend die gesetzlichen Regelungen. Inhaltlich gaben die Widerspruchsbescheide die Aussagen des MDK wieder. Wenn Krankenkassen im Widerspruchsverfahren eine Mutter-/Vater-Kind-Kur bewilligten, begründeten sie diese Entscheidung oft mit einer geänderten Sachlage und führten nachgereichte Unterlagen an. Welche Änderungen für die neue Entscheidung ausschlaggebend waren, war dem Widerspruchsbescheid und der Verfahrensakte häufig nicht zu entnehmen.

### 3.4 Fallbeispiele

Folgende Beispiele belegen die Feststellungen:<sup>21</sup>

- Eine Versicherte litt an Adipositas, Infektanfälligkeit und anderen Erkrankungen. Eines ihrer Kinder litt an einer Hörschwäche. Ihr Adoptivkind befand sich aufgrund frühkindlicher Traumatisierung in psychotherapeutischer Betreuung. Der MDK kam zu folgendem Ergebnis: „44j. Vers., verheiratet, nicht berufstätig, 2 gesunde Kinder (8 Jahre und 22 Monate), keine bes. negativen mütterspezif. Kontextfaktoren. KG<sup>22</sup>, Rückenschule, Ernährungsberatung, Ausgleichssport“. Im Widerspruchsverfahren blieb der MDK bei seiner

<sup>18</sup> Fälle siehe unter Tz. 3.2..

<sup>19</sup> § 24 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

<sup>20</sup> Begründung zum GKV-WSG in BT-Drucksache 16/3100 S. 10.

<sup>21</sup> Die Angaben zum Beschwerdebild und den Kontextfaktoren entstammen den Selbstauskünften und ärztlichen Attesten.

<sup>24</sup> Krankengymnastik

Einschätzung, die Kinder seien nicht wesentlich erkrankt. Abstand vom Alltag könne in Eigenregie im Rahmen eines Familienurlaubs gewonnen werden. Die Krankenkasse bewilligte die Vorsorgemaßnahme dennoch als „Einzelfallentscheidung“.

- Einer alleinerziehenden Mutter von drei Kindern bescheinigte der behandelnde Arzt u. a. Übergewicht und ein Überforderungssyndrom. Er empfahl „unbedingt“ eine Maßnahme außerhalb des gewohnten Umfelds. Der Gutachter des MDK äußerte: „Die nicht berufstätige Mutter von 3 Kindern (tägl. abwesend von 8-17 Uhr) kann etwas für ihr Gewicht tun → Ziel auf 90 kg abnehmen z. B. mit Hilfe der Weight-Watchers. Dann könnte einer Mu-Ki-Kur zugestimmt werden. ... Gewichtsreduktion am Wohnort unter Alltagsbedingungen ist viel nachhaltiger als Gewichtsabnahme in einer Reha (Gefahr Yo-Yo-Effekt)“.
- Eine alleinerziehende Mutter von drei Kindern machte u. a. seelische und körperliche Erschöpfung, Schlaf- und Essstörungen sowie eine Reihe von Kontextfaktoren wie z. B. Vereinsamung aufgrund Umzugs geltend. Eines der Kinder litt an Minderwuchs. Das Verhältnis der Kinder zum Vater war gestört. Sie rauchte 10 Zigaretten am Tag. Der MDK empfahl die Ablehnung der Vorsorgemaßnahme: „Aufgrund des Nikotinabusus ist die Reha-Prognose ... negativ. Nach einjähriger Nikotinkarenz (ggf. finanzielle Unterstützung für Nikotinpflaster) wäre Rehafähigkeit gegeben. Die drei Kinder sind nicht rehabedürftig. Außerdem ist man in Flensburg schnell am Wasser und kann die Kinder spielen lassen.“
- Eine Versicherte machte Ende des Jahres 2008 Überlastung durch ihre Rolle als Mutter, Berufstätige und Hausfrau geltend. Außerdem sei sie ab Januar 2009 arbeitslos. Die Gutachterin des MDK stellte hierzu fest, eine außergewöhnliche objektivierbare psychosoziale Belastung als Ehefrau und Mutter bestehe nicht. Außerdem: „Es kommt hinzu, dass die Doppelbelastung durch ihre eigene Berufstätigkeit ab Jan. 2009 entfällt. Natürlich treten an die Stelle der Doppelbelastung dann Existenzängste, wenn nur noch ein Einkommen den Unterhalt der Familie sicher stellen muss – was allerdings ebenfalls eher die Regelsituation darstellt.“ Die Krankenkasse folgte dieser Argumentation des MDK.
- Ein Gutachter des MDK empfahl einer Krankenkasse mehrmals, Versicherten

im Alter von 55 bis 77 Jahren mit längst volljährigen Kindern eine Mutter-/Vater-Kind-Kur zu genehmigen. Die Versicherten wurden teilweise bereits von ihren Kindern gepflegt. Die Krankenkasse bewilligte die Kuren mit der Begründung, immerhin handele es sich bei den Kurenden um Mütter. Die Notwendigkeit aktueller Erziehungs- und Betreuungsverantwortung für Kinder als Voraussetzung von § 24 SGB V war ihr nicht bekannt.

### 3.5 Würdigung

Die Ausgaben der Krankenkassen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren sind seit 2005 gestiegen und erreichten im Jahr 2008 die höchsten Ausgaben mit 297 Mio. Euro. Die Ausgaben des Jahres 2009 sind mit 286 Mio. Euro um rund 3 % zurückgegangen. Um beurteilen zu können, ob sich der Trend rückläufiger Ausgaben weiter fortsetzt, müssen die Zahlen des Jahres 2010 abgewartet werden.

Die Feststellungen des Bundesrechnungshofes zu der Antrags- und Bewilligungsstatistik KG 5 zeigen, dass die Statistik auch vier Jahre nach ihrer Einführung keine verlässliche Grundlage bietet, die Antrags- und Bewilligungspraxis zutreffend wiederzugeben. Eine Fehlerquote von bis zu 40 % der von Krankenkassen gemachten Angaben lässt es nicht zu, von einer tragfähigen Grundlage zu sprechen. Eine belastbare Aussage zur tatsächlichen Antrags- und Bewilligungspraxis lässt sich deshalb nicht treffen.

Die Verwaltungspraxis der Krankenkassen bei der Bearbeitung der Anträge von Mutter-/Vater-Kind-Kuren ist intransparent und genügt nicht den sozialverfahrensrechtlichen Anforderungen. Krankenkassen verletzen teilweise den Gleichbehandlungs- und Amtsermittlungsgrundsatz. Die Begründungen ablehnender Bescheide sind überwiegend unzureichend. Die Krankenkassen gefährden so die Akzeptanz ihrer Entscheidungen.

#### 3.5.1 Gleichbehandlungsgrundsatz

Der Gleichbehandlungsgrundsatz verpflichtet die Krankenkassen, bei vergleichbaren Sachverhalten mit dem gleichen Ergebnis zu entscheiden (Selbstbindung der Verwaltung). Die Entscheidungspraxis der Krankenkassen kann jedoch im Vergleich der Einzelfälle bei den Versicherten den Anschein der Willkür und Beliebigkeit erwecken.

Eine Ursache sieht der Bundesrechnungshof in den Begutachtungen des MDK, die den Krankenkassen nicht die erforderlichen medizinischen Begründungen für

ablehnende Entscheidung liefern. Dabei können die Begutachtungen im Ergebnis durchaus richtig sein. Ohne nachvollziehbare Begründung, die auf die individuellen medizinischen Indikatoren und Kontextfaktoren eingeht, können die Entscheidungen allerdings nicht überzeugen. Ein Indiz für die unzureichende Aussagekraft ist, dass der MDK die Vordrucke meist unvollständig ausfüllt und die getroffene Entscheidung selten ausführlich begründet. Gutachter lassen nur in Einzelfällen erkennen, wie sie einzelne individuelle Umstände bewertet und gewichtet haben. Stattdessen verwenden sie häufig Standardbegründungen wie „keine mütterspezifische Belastungssituation“. Wodurch eine mütterspezifische Belastungssituation gekennzeichnet ist, wird nicht erläutert.

Ferner sind die Beurteilungen häufig subjektiv vom Gutachter geprägt. Die Begutachtungs-RL begünstigt diese Praxis. Die dort genannten Kriterien sind zu unbestimmt und lassen zu große Spielräume für Gutachter zu, medizinische Indikationen und Kontextfaktoren nach eigenen Maßstäben zu bewerten.

Wegen dieser Mängel sind auch die Entscheidungen der Krankenkassen nicht transparent, wenig aussagekräftig und kaum nachvollziehbar. Bei den Versicherten und damit in der Öffentlichkeit entsteht der Eindruck, die Krankenkassen lehnten Mutter-/Vater-Kind-Kuren rechtswidrig ab.

### 3.5.2 Amtsermittlungspflicht

Die Krankenkassen berücksichtigen nach dem Untersuchungsgrundsatz nicht alle für ihre Entscheidung maßgeblichen Umstände des Einzelfalles und nutzen auch nicht alle zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten.<sup>23</sup> Sofern etwa die Empfehlungen des MDK die Indikationen und Kontextfaktoren nicht nachvollziehbar bewerten, müssten die Krankenkassen sie hinterfragen und Nachbesserung verlangen. Beispielsweise:

- Wenn in einem Gutachten die Kur abgelehnt wird, weil die Versicherte raucht<sup>24</sup>, hätte aufgeklärt werden müssen, weshalb in diesem Fall Nikotinkonsum nicht im Sinne der Begutachtungs-RL als Risikofaktor zugunsten einer Vorsorgemaßnahme gilt.
- In den Fällen, in denen nach eingelegtem Widerspruch das Gutachten zu einem positiven Ergebnis kommt, ohne dass erkennbar ein neuer Sachver-

---

<sup>23</sup> § 20 SGB X.

<sup>24</sup> siehe unter Tz. 3.4.

halt zugrunde lag, hätten die Krankenkassen die Gründe für die jetzt geänderte Beurteilung ermitteln müssen.

- Sofern Gutachten einen Familienurlaub anstelle einer Kur empfohlen, hätten die Krankenkassen dies prüfen müssen, weil eine Mutter-/Vater-Kind-Kur aufgrund ihrer medizinischen Ausrichtung mit einem Familienurlaub nicht vergleichbar ist.

Solche naheliegenden, weitergehenden Ermittlungen stellten die Krankenkassen jedoch nur selten an.

### 3.5.3 Begründung von Bescheiden

Die Ablehnungsbescheide der Krankenkassen sind nicht hinreichend begründet. Die Bescheide müssen das die Entscheidung tragende Für und Wider im Wesentlichen aufzeigen und sich mit dem konkreten Vorbringen des Elternteils auseinandersetzen. Stattdessen enthalten die Bescheide überwiegend Textbausteine und pauschale Aussagen, etwa den Verweis auf ambulante Psychotherapien, Partner- und Ernährungsberatungen sowie Präventionsangebote. Die Krankenkassen geben dabei hauptsächlich die oft nicht ausreichend begründeten<sup>25</sup> Empfehlungen des MDK oder eigener Ärzte wieder. Wenn die Krankenkassen die Akzeptanz ihrer Entscheidungen erhöhen wollen, müssen sie ihre Entscheidungen umfassend und überzeugend begründen.

### 3.5.4 Vorrang der stationären Behandlung

Mutter-/Vater-Kind-Kuren können unter Hinweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot weiterhin mit der Begründung abgelehnt werden, ein ambulantes Angebot müsse vorrangig angenommen werden.<sup>26</sup>

Sofern der Gesetzgeber beabsichtigte, dass Anträge auf Mutter-/Vater-Kind-Kuren nicht unter Hinweis auf vorrangig wahrzunehmende ambulante Angebote abgelehnt werden dürfen, wurde dieses Ziel nicht erreicht. Das „Vorrangigkeitsargument“ wird durch das Wirtschaftlichkeitsargument ersetzt. Damit hat sich die Entscheidungspraxis der Krankenkassen im Vergleich zur früheren Rechtslage nicht wesentlich geändert. Konnten sie zuvor Anträge wegen nicht ausgeschöpfter ambulanter Maßnahmen ablehnen, können sie dies nun unter Hinweis auf deren Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit. Ob dies im Einzelfall

<sup>25</sup> Siehe Tz. 3.5.1.

<sup>26</sup> Fälle siehe unter Tz. 3.2., 3.34.

richtig ist, lässt sich kaum feststellen. Die Wirksamkeit von Mutter-/Vater-Kind-Kuren im Vergleich zu ambulanten Maßnahmen wird bislang nicht evaluiert.

### **3.6 Empfehlungen**

Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes muss die Begutachtungspraxis für Mutter-/Vater-Kind-Kuren vereinheitlicht werden. Dazu müssen die Bewilligungsvoraussetzungen in den Begutachtungs-RL konkreter gefasst werden. Vordrucke für Selbstauskünfte der Versicherten, ärztliche Atteste und sozialmedizinische Beurteilungen sollten vereinheitlicht und an den Voraussetzungen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren ausgerichtet werden.<sup>27</sup> Eine Beurteilung von Anträgen allein durch nichtmedizinisches Personal von Krankenkassen muss ausgeschlossen werden.

Die Krankenkassen müssen den Sachverhalt von Amts wegen vollständig ermitteln. Außerdem müssen sie sich in ihren ablehnenden Ausgangsbescheiden und Widerspruchsbescheiden mit dem individuellen Sachverhalt auseinandersetzen und die tragenden Erwägungen ihrer Entscheidungen ausführlich begründen. Andernfalls erfüllen Krankenkassen nicht die sozialrechtlichen Anforderungen an ihre Entscheidungen und können bei den Versicherten den Eindruck der Willkürlichkeit und Beliebigkeit erwecken.

Obwohl ambulante Maßnahmen vor einer Mutter-/Vater-Kind-Kur nicht ausgeschöpft sein müssen, können Krankenkassen unter Hinweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot auf ambulante Maßnahmen verweisen. Damit entsteht ein Zielkonflikt zu der vom Gesetzgeber beabsichtigten Stärkung der Mutter-/Vater-Kind-Kuren, der nur durch eine gesetzliche Klarstellung beseitigt werden kann.

## **4 Widerspruchsverfahren**

### **4.1 Grundlagen**

Soweit eine Krankenkasse den Antrag auf eine Mutter-/Vater-Kind-Kur ablehnt, kann der Elternteil gegen diese Entscheidung Widerspruch erheben. Die Krankenkasse prüft erneut die Sach- und Rechtslage und kann dem Widerspruch stattgeben (sog. Abhilfe). Falls sie den Widerspruch zurückweisen will, muss sie den Fall ihrer Widerspruchsstelle vorlegen, die über den Widerspruch entscheidet und

---

<sup>27</sup> Für die Verordnung medizinischer Rehabilitation müssen Vertragsärzte bereits jetzt den Vordruck „Muster 61“ verwenden, siehe Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.

den Widerspruchsbescheid erlässt.<sup>28</sup>

## 4.2 Feststellungen

Eine geprüfte Krankenkasse versah ihre Ablehnungsbescheide nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung. Sie teilte dazu mit, die Zahl von Widersprüchen und der Verwaltungsaufwand sollten verringert werden. Der Vorstand der Krankenkasse habe dies so angeordnet.

Einige Krankenkassen verlangten von den Betroffenen eine Widerspruchsbegründung. Sie erweckten dabei den Eindruck, eine solche Begründung sei notwendig, damit der Widerspruch weiter bearbeitet werden könne.

Einige Krankenkassen wiederholten in einem Schreiben an den Elternteil ihre ablehnende Entscheidung. Sie baten darin um Mitteilung, ob der Widerspruch aufrecht erhalten werde. Häufig erweckten sie damit den Eindruck, dass das Widerspruchsverfahren ohne diese Rückäußerung beendet sei. Eine Krankenkasse schrieb ihren Versicherten in solchen Fällen: „Somit bleibt es bei unserer Entscheidung vom ... Sollten wir bis ... keine weitere Mitteilung von Ihnen erhalten, sehen wir den Widerspruch als erledigt an.“ Falls der Elternteil sich nicht ausdrücklich dagegen wandte, beendete die Krankenkasse das Verfahren ohne Widerspruchsbescheid. Ihr war bewusst, dass diese Vorgehensweise nicht den rechtlichen Vorgaben entspricht.

## 4.3 Würdigung und Empfehlung

Der Verzicht auf die Rechtsbehelfsbelehrung in Ablehnungsbescheiden entspricht nicht einem ordnungsgemäßen Verwaltungshandeln. Der durch die ablehnende Entscheidung Beschwerte ist über den Rechtsbehelf zu belehren.<sup>29</sup> Die Krankenkasse kann nicht darüber entscheiden, ob sie eine Rechtsbehelfsbelehrung erteilt. Den Versicherten wird die Ausübung ihrer Rechte erschwert, wenn sie nicht auf den Rechtsbehelf hingewiesen werden.

Krankenkassen dürfen ihren Versicherten auch nicht den Eindruck vermitteln, ein Widerspruchsverfahren werde ohne Widerspruchsbegründung nicht fortgeführt oder eingestellt. Erst recht gilt das, wenn Krankenkassen das Verfahren tatsächlich beenden, falls sich der Widerspruchsführer nicht äußert. Das Widerspruchsverfahren ist von Amts wegen durchzuführen und wird mit dem Widerspruchsbe-

---

<sup>28</sup> § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG.

<sup>29</sup> § 36 SGB X.

scheid abgeschlossen, sofern dem Widerspruch nicht abgeholfen wird.<sup>30</sup> Neben der Erhebung des Widerspruchs bedarf es keiner weiteren Handlungen des Widerspruchsführers.

Es muss dafür gesorgt werden, dass Krankenkassen die Vorschriften des SGB X und des SGG zum Widerspruchsverfahren einhalten.

## 5 Weiterleitung der Anträge an Rentenversicherungsträger

### 5.1 Zuständigkeit

Krankenkassen sind für Rehabilitationsmaßnahmen gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern nur nachrangig zuständig. Praktisch bedeutsam wird dies im Zusammenhang mit Mutter-/Vater-Kind-Kuren bei der vorrangigen Zuständigkeit eines Rentenversicherungsträgers.<sup>31</sup>

Über die Zuständigkeit wird in solchen Fällen wie folgt entschieden: Geht ein Antrag auf eine Mutter-/Vater-Kind-Kur bei einer Krankenkasse ein, hat sie ihre Zuständigkeit innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu prüfen.<sup>32</sup> Stellt sie die Zuständigkeit eines Rentenversicherungsträgers fest, muss sie den Antrag unverzüglich an ihn weiterleiten. Läuft die Frist ab, ohne dass die Krankenkasse eine Entscheidung getroffen hat, bleibt sie zuständig. Ein Grund, warum keine Entscheidung innerhalb der Frist getroffen wurde, liegt darin, dass der MDK die medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren beurteilen muss. Bis die Stellungnahme des MDK vorliegt, ist die Zwei-Wochen-Frist verstrichen. Die Einholung der Stellungnahme hemmt die zweiwöchige Frist nicht.

Wird der Antrag innerhalb der Zwei-Wochen-Frist an den Rentenversicherungsträger weitergeleitet, wird dieser zuständig und zwar auch dann, wenn er meint, es liege eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 41 SGB V vor, für die die Krankenkasse zuständig ist. Der Rentenversicherungsträger muss über den Antrag entscheiden. Gibt er ihm statt, muss er die Kur durchführen. Er erhält aber seine Aufwendungen von der Krankenkasse zurück.<sup>33</sup>

Krankenkassen wird zum Teil vorgeworfen, sie würden Versicherte wegen Mutter-/Vater-Kind-Kuren rechtswidrig an Rentenversicherungsträger verweisen, um Ausgaben auf die Rentenversicherungsträger abzuwälzen. Eine solche Verwei-

---

<sup>30</sup> § 85 Abs. 1, Abs. 2 SGG.

<sup>31</sup> Siehe Tz. 2.1.

<sup>32</sup> § 14 Abs. 1 SGB IX.

<sup>33</sup> § 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX.

sung ist – unabhängig von der Frage der Rechtmäßigkeit - auf folgende Weise denkbar:

- Bevor der Elternteil den Antrag stellt, berät ihn die Krankenkasse. Sie verweist ihn darauf, den Antrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen, da ein Antrag bei der Krankenkasse keine Erfolgsaussicht habe.
- Die Krankenkasse lehnt den Antrag ab. Sie verweist den Elternteil darauf, selbst einen Antrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen.
- Die Krankenkasse leitet einen Antrag an den Rentenversicherungsträger weiter, da sie diesen für zuständig hält.

## 5.2 Feststellungen

Dazu hat der Bundesrechnungshof Folgendes festgestellt:

Gelegentlich sahen Krankenkassen anstelle einer beantragten Mutter-/Vater-Kind-Kur nach § 24 SGB V einen Rehabilitationsbedarf. Sie deuteten dann oft den Antrag einer Mutter-/Vater-Kind-Kur nach § 24 SGB V in einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter nach § 41 SGB V um. Dies ging i. d. R. auf eine Empfehlung des MDK zurück, weil die Erwerbsfähigkeit der Antragstellerin gefährdet sei. Sie leiteten aber nur sehr selten die Anträge an den Rentenversicherungsträger weiter. Meist riet die Krankenkasse dem Elternteil, einen Rehabilitationsantrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen. Gelegentlich stellte sie gleich den Vordruck zur Verfügung. Den Antrag des Elternteils auf eine Mutter-/Vater-Kind-Kur nach § 24 SGB V lehnte sie in diesen Fällen ab.

Häufig beraten die Krankenkassen ihre Versicherten auf deren Nachfrage bereits im Vorfeld der Antragstellung für eine Mutter-/Vater-Kind-Kur zu den Voraussetzungen und Erfolgsaussichten. Dem Bundesrechnungshof liegen zu solchen Beratungen keine Erkenntnisse vor, da nur eine mündliche Beratung stattfindet.

## 5.3 Würdigung

Einer Krankenkasse entsteht kein wirtschaftlicher Vorteil, wenn sie den Kurantrag unzutreffend an den Rentenversicherungsträger abgibt und dieser den Sachverhalt ordnungsgemäß ermittelt:

- Sofern die Krankenkasse den Antrag fehlerhaft nach § 14 Abs. 1 SGB IX an den Rentenversicherungsträger weiterleitet, hat dieser nach eigener Durchführung der Maßnahme einen Aufwendungsersatzan-

spruch gegen die Krankenkasse.

- Sofern der Versicherte selbst einen Rehabilitationsantrag beim Rentenversicherungsträger stellt, obwohl die Krankenkasse für eine Mutter-/Vater-Kind-Kur zuständig gewesen wäre, muss der Rentenversicherungsträger den Antrag nach § 14 SGB IX an die Krankenkasse weiterleiten. Diese wird für die Kur zuständig und muss die Ausgaben tragen.

Wirtschaftliche Vorteile könnten einer Krankenkasse allenfalls entstehen, wenn der Rentenversicherungsträger die Beschwerden des Elternteils nicht umfassend ermittelt. Ihm könnte beispielsweise entgehen, dass eine Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation der Krankenkasse angezeigt wäre. Stellt ein Elternteil einen Antrag auf medizinische Rehabilitation unmittelbar beim Rentenversicherungsträger, hat dieser nicht von Amts wegen Kenntnis davon, dass der Elternteil ursprünglich eine Mutter-/Vater-Kind-Kur der Krankenkasse in Anspruch nehmen wollte. Formulare der Rentenversicherung fragen dies nicht ab. Den Rentenversicherungsträgern sollte deshalb empfohlen werden, abzufragen, ob zuvor ein Antrag bei der Krankenkasse gestellt wurde.

## **6 Stellungnahmen der geprüften Stellen**

Das Bundesministerium hat die Feststellungen des Bundesrechnungshofes nicht in Abrede gestellt. Es gehe unter Berücksichtigung der Antrags- und Bewilligungsstatistik für die Jahre 2008/2009 davon aus, dass eine vermehrte Ablehnung von Anträgen nicht zu erkennen sei, es aber große Unterschiede bei den Ablehnungsquoten der verschiedenen Krankenkassen gebe.

Es hat mitgeteilt, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Klarstellungen in der Begutachtungs-RL, ergänzende Begutachtungshilfen (z. B. in Form eines verbindlichen Begutachtungsleitfadens), eine Verbesserung und Vereinheitlichung der Vordrucke sowie eine nachvollziehbare Informationsübermittlung vom MDK an die Krankenkassen prüfen werde. Die Begutachtungshilfen sollten auch Hinweise enthalten, unter welchen Voraussetzungen ambulante Maßnahmen wirtschaftlicher und zweckmäßiger als stationäre Mutter-/Vater-Kind-Kur sind. Dabei solle der aktuelle Forschungsstand berücksichtigt werden. Das Bundesministerium prüfe außerdem, ob die Krankenkassen in Rundschreiben auf die Einhaltung sozialverfahrensrechtlicher Vorschriften

hingewiesen werden sollten. Der GKV-Spitzenverband äußerte sich in ähnlicher Weise. Er hat darauf hingewiesen, dass eine im Jahr 2008 erstellte Handlungshilfe für die Krankenkassen bereits Hinweise gebe, in welchen Zweifelsfällen der MDK einzuschalten sei. Sofern Krankenkassen keine Kriterien für die Einschaltung des MDK hätten benennen können, handele es sich daher nicht um ein grundsätzliches Problem.

## **7 Abschließende Würdigung**

Der Bundesrechnungshof weist darauf hin, dass die vom Bundesministerium angeführte Antrags- und Bewilligungsstatistik keine verlässliche Grundlage für die Beurteilung der tatsächlichen Bewilligungspraxis von Mutter-/Vater-Kind-Kuren bildet. Rückschlüsse auf die Bewilligungspraxis können deshalb nur aus der Ausgabeentwicklung gezogen werden. Da Ergebnisse für das Jahr 2010 bisher noch nicht vorliegen, muss offen bleiben, ob die zurückgehende Ausgabenentwicklung des Jahres 2009 und damit die rückläufige Antragsbewilligung anhält.

Insgesamt sind die ablehnenden Entscheidungen der Krankenkassen mit den festgestellten Verfahrens- und Begutachtungsmängeln geeignet, in der Öffentlichkeit den Eindruck hervorzurufen, Mutter-/Vater-Kind-Kuren würden willkürlich abgelehnt. Um dem abzuhelpen ist vor allem notwendig,

- die Entscheidungskriterien für Mutter-/Vater-Kind-Kuren zu vereinheitlichen und zu präzisieren,
- eine hohe Qualität in der medizinischen Beurteilung der Anträge mit aussagekräftigen Ergebnissen zu gewährleisten und
- die rechtlichen Vorschriften bei den Entscheidungen über Anträge einzuhalten.

Diese Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität von Entscheidungen über Mutter-/Vater-Kind-Kuren sollten unverzüglich eingeleitet werden.

In diesem Zusammenhang könnte auch geprüft werden, ob zukünftig nicht mehr nur die Krankenkassen über Mutter-/Vater-Kind-Kuren entscheiden, sondern auch für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen besonders qualifizierte Ärzte die Kuren verbindlich verordnen können. Meinungsunterschiede über die Notwendigkeit einer Kur würden dann nicht mehr zwischen Krankenkassen und Antragstellerin oder Antragsstellern, sondern auf der Ebene des verordnenden Arztes und

des MDK-Gutachters ausgetragen.

Es könnte auch geprüft werden, ob nicht im Anschluss an Mutter-/Vater-Kind-Kuren zwingend weitere Vorsorgemaßnahmen vorgesehen werden sollten. Bisher bilden Mutter-/Vater-Kind-Kuren eine isolierte Einzelmaßnahme, deren Wirkung nach Rückkehr in den Familienalltag rasch aufgebraucht sein kann. Zur Kur ergänzende Anschlussmaßnahmen könnten dabei helfen, die Wirkung der Kuren zu verbessern. Voraussetzung für eine Folgekur könnte die Teilnahme an solchen Anschlussmaßnahmen sein.

Rienhardt

Rosauer