

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Uwe Hixsch, Dr. Ruth Fuchs,  
Gerhard Jüttemann, Kersten Naumann und der Fraktion der PDS  
– Drucksache 14/8969 –**

### **Mutter-Kind-Kuren**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Mutter-Kind-Kurhäuser in Trägerschaft freier, gemeinnütziger Wohlfahrtsverbände (AWO, DRK, Volkssolidarität) haben seit Beginn des Jahres 2002 eine außerordentlich niedrige Zahl an Kurpatienten. Der Auslastungsgrad entsprechender Häuser beläuft sich auf ca. 30 % bis 45 %. Damit wird sowohl das gesetzlich geregelte Leistungsangebot der Mutter-Kind-Kuren (§§ 24 und 41 SGB V) für die Patientinnen in Frage gestellt; gleichzeitig stellt die Reduzierung der Kurbewilligungen eine erhebliche Gefährdung der Kureinrichtungen und der sie tragenden Wohlfahrtsverbände dar. Als Ursache für den Einbruch bei Mutter-Kind-Kuren wird von den Einrichtungsträgern die seit Januar 2002 weitaus restriktivere Handhabung der Bewilligungspraxis bei den Krankenkassen benannt.

1. Worin liegen nach Auffassung der Bundesregierung die Ursachen für die im Vergleich zu den Vorjahren deutlich reduzierte Zahl an Kurbewilligungen?

Der Bundesregierung liegen keine Zahlen über bewilligte oder abgelehnte Anträge auf Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen vor. Es kann daher keine Aussage dazu gemacht werden, worauf eine möglicherweise reduzierte Anzahl an Bewilligungen entsprechender Anträge beruhen könnte.

2. Welche Initiativen plant die Bundesregierung, um auch in Zukunft eine Vollfinanzierung von Kuren nach §§ 24 und 41 SGB V abzusichern?

Die Koalitionsfraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben am 16. Mai 2002 einen Gesetzentwurf eingebracht, mit dem durch eine Änderung der §§ 24 und 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Leistungen der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation für Mütter in Einrichtun-

gen des Deutschen Müttergenesungswerks und gleichartigen Einrichtungen dadurch verbessert werden, dass die Krankenkassen diese gesetzlichen Regelleistungen voll finanzieren müssen. Die bisherige Möglichkeit, durch Satzungsbestimmungen nur eine teilweise Finanzierung anzubieten, soll entfallen. Die Bundesministerin für Gesundheit unterstützt diese Gesetzesinitiative.

3. Unterstützt die Bundesregierung Forderungen, die Mutter-Kind-Kuren als Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen anzuerkennen?

Medizinische Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation für Mütter in Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerks und gleichartigen Einrichtungen sind Regelleistungen, die die Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen zu erbringen haben. Dieses gilt für sämtliche Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

4. Aus welchen Gründen ist es zurzeit gängige Praxis, dass Kuren nicht auf der Grundlage des ärztlichen Attestes des behandelnden Arztes, sondern oft erst nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen oder nach Widerspruch der Betroffenen gegen einen Ablehnungsbescheid ihrer Krankenkassen bewilligt werden?

Gemäß § 275 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V haben die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst die Notwendigkeit medizinischer Vorsorge und Rehabilitationsleistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V prüfen zu lassen. Die Krankenkassen dürfen auf die Einschaltung des Medizinischen Dienstes in diesen Fällen nicht verzichten.

5. Welche Hilfestellung bietet die Bundesregierung den betroffenen Kureinrichtungen zum Erhalt ihrer Häuser und damit auch zum Erhalt ihrer Arbeitsplätze an?

Das Deutsche Müttergenesungswerk wird aus dem Bundeshaushalt seit 1955 gefördert. Für 2002 sind Ausgaben in Höhe von 4,09 Mio. Euro vorgesehen. Die Mittel werden im Jahr 2002 in 19 Mutter-Kind-Kur-Einrichtungen und 2 Mütter-Kur-Einrichtungen der insgesamt bestehenden 121 Einrichtungen des Deutschen Müttergenesungswerkes für Modernisierung, Aus- und Umbauten eingesetzt. Damit werden die baulichen Voraussetzungen zur Durchführung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder geschaffen. Vor jeder Baumaßnahme werden die Häuser nach Maßgabe der Qualitätsanforderungen und der Standards des Deutschen Müttergenesungswerkes geprüft.

6. Welche Einflussmöglichkeiten sieht die Bundesregierung im Hinblick auf die Begleitkinderregelung der Krankenkassen?

Leistungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter nach den §§ 24 und 41 SGB V können in Form von Mutter-Kind-Maßnahmen erbracht werden. Die Entscheidung, ob eine Maßnahme als Mutter-Kind-Maßnahme erbracht wird, ist durch die Krankenkasse und den Medizinischen Dienst auf Grund des spezifischen Einzelfalles nach pflichtgemäßem Ermessen zu prüfen und zu entscheiden. Die Entscheidungen der Krankenkassen können durch die zuständigen Aufsichtsbehörden überprüft werden.