

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Dr. Heinrich L. Kolb, Sibylle Laurischk, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
– Drucksache 15/5886 –**

### **Bewilligungspraxis bei Mutter-Kind-Kuren**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Die medizinische Vorsorge und die Rehabilitation von Müttern und Vätern, die einer besonderen Belastung ausgesetzt sind, erfordert in vielen Fällen eine spezielle Form der Versorgung. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sieht deshalb vor, dass für diesen Personenkreis bei Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit die erforderlichen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung erbracht werden können – auch in Form einer Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Maßnahme. Mit dem Elften SGB V-Änderungsgesetz sind für die Zeit ab August 2002 die Bedingungen für die Inanspruchnahme dieser Maßnahmen dahingehend verbessert worden, dass bei Anerkennung des Anspruchs auf eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nicht mehr nur ein Zuschuss, sondern der volle Betrag abzüglich einer Eigenbeteiligung von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Hierfür wurden Mehrkosten in Höhe von jährlich 5 Mio. Euro prognostiziert. Nach Angaben des Müttergenesungswerkes in seinem Jahresbericht 2004 hat sich stattdessen jedoch eine Einsparung in Höhe von 65 Mio. Euro ergeben.

1. Trifft es zu, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen seit August 2002 zurückgegangen sind, statt, wie es zu erwarten war, zu steigen?

Bei den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter ist seit dem Jahr 2000 ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass von Anfang bis Ende der 90er Jahre jährlich extrem hohe Steigerungsraten zu verzeichnen waren. So stiegen die Ausgaben der GKV von rd. 147 Mio. Euro im Jahr 1993 auf 421 Mio. Euro im Jahr 1999 an und sind seitdem kontinuierlich zurückgegangen. Aufgrund der Finanzergebnisse für das Jahr 2004 ergibt sich ein Ausgabenvolumen von 289 Mio. Euro, das in etwa dem Niveau des Jahres 1995 entspricht.

2. Worauf führt die Bundesregierung diese Entwicklung zurück?

Ob und in welchem Umfang der Ausgabenrückgang auf einen Rückgang der Antragszahlen oder eine Erhöhung der Ablehnungsquoten zurückzuführen ist, kann die Bundesregierung nicht feststellen, da Antrags- bzw. Bewilligungsstatistiken für Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter gesetzlich nicht vorgesehen sind und auch weder den Spitzenverbänden der Krankenkassen noch den Krankenkassen selbst vorliegen. Solche Statistiken werden auch im übrigen Bereich der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitation im Hinblick auf den damit verbundenen erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand nicht geführt.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Rückgänge von Fallzahlen und Ausgaben auch im Bereich sonstiger stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der GKV zu verzeichnen sind.

Die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) sieht entsprechende Leistungen für Mütter und Väter zwar nicht vor. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation kommen dort aber auch Müttern und Vätern zugute, wenn deren Erwerbstätigkeit gefährdet ist. Daneben sieht das Recht der Rentenversicherung als Leistungen zur Teilhabe nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) stationäre Heilbehandlungen für Kinder vor. Mütter und Väter können unter bestimmten engen Voraussetzungen als Begleitperson an diesen GRV-Maßnahmen teilnehmen oder – bei entsprechendem eigenem Reha-Bedarf – auch parallel eigene Rehaleistungen erhalten. Die Leistungsausgaben der GRV für diese Maßnahmen sind in den letzten Jahren stark angestiegen.

Letztlich sind Ursachen auch in der Bewilligungspraxis der Krankenkassen zu sehen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihren Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass sie keine Änderungen hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen für die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter vorgegeben haben. Von Seiten der Leistungserbringer, insbesondere des Müttergenesungswerkes, wird aber eine restriktive, uneinheitliche und nicht immer nachvollziehbare Bewilligungspraxis der Krankenkassen kritisiert und dargestellt, dass bei Widersprüchen gegen eine ursprüngliche Ablehnung dann eine höhere Bewilligungsquote erreicht wird.

3. Wie steht die Bundesregierung der hierdurch verursachten Entwicklung gegenüber, dass allein im Jahr 2004 16 Einrichtungen des Müttergenesungswerkes schließen mussten?

Zur Unterstützung der Einrichtungen wurden durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mehrere Veranstaltungen zur Bewältigung der derzeit wirtschaftlich schwierigen Lage der Einrichtungen durchgeführt.

So wurden mehrere Workshops angeboten, die die Stärkung der Einrichtungen unter wirtschaftlichen, sozialen und Marketing Aspekten zum Inhalt hatten, um trotz Krisenparameter auf Erfolgskurs zu kommen. Mit einer Förderung in Höhe von 4 090 000 Euro für bauliche Maßnahmen durch das BMFSFJ trägt die Bundesregierung zum Erhalt der Einrichtungen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter bei. Durch die Bereitstellung dieser Mittel können die Einrichtungen den baulichen Anforderungen der Krankenkassen zum Abschluss der Versorgungsverträge nach § 111a SGB V gerecht werden.

Daten für ein Bestehen der Einrichtungen unter veränderten gesellschaftlichen Anforderungen werden von einer geplanten Bedarfs- und Bestandsanalyse für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen bis Mitte des Jahres 2006 erwartet.

4. Gibt es erkennbare Unterschiede in der Bewilligungspraxis zwischen den einzelnen Kassenarten und/oder zwischen den einzelnen Krankenkassen, und wie sind diese ggf. zu erklären?

Wie bereits in der Antwort zu Frage 2 ausgeführt, existieren für den Bereich der Vorsorge und Rehabilitation der GKV keine amtlichen Antrags-, Bewilligungs- oder Ablehnungsstatistiken. Dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) liegt jedoch eine Statistik des Müttergenesungswerkes über Ablehnungen und Widersprüchen im Jahr 2004 vor. Danach unterscheiden sich die Ablehnungsquoten einzelner Krankenkassen und Kassenarten zum Teil erheblich. Aufgrund der vorhandenen Datenlage ist jedoch nicht erkennbar, aus welchen Gründen diese vom Müttergenesungswerk festgestellten Unterschiede entstehen. Ob sich diese Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Versichertenstrukturen der einzelnen Krankenkassen, unterschiedlicher Bewilligungspraxis oder sonstiger Faktoren erklären lassen, kann nicht abschließend beantwortet werden.

5. Gibt es regionale Unterschiede bei der Bewilligungspraxis?
6. Wenn ja, wie erklärt sich die Bundesregierung diese Differenzen?

Auf die Antwort zu Frage 4 wird verwiesen. Die Statistik des Müttergenesungswerkes sieht auch bei der regionalen Betrachtung Unterschiede in der Ablehnung von entsprechenden Maßnahmen. Der Unterschied zwischen geringster und höchster Ablehnungsquote bezogen auf die einzelnen Bundesländer fällt jedoch geringer aus als der Unterschied im Vergleich einzelner Krankenkassen bzw. Kassenarten.

7. Sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf bezüglich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter, und wenn ja, in welcher Hinsicht?

Aus leistungsrechtlicher Sicht besteht derzeit kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Die Bundesregierung hat die von unterschiedlicher Seite vorgetragene Kritik am Bewilligungs- bzw. Ablehnungsverhalten der einzelnen Krankenkasse bereits vor geraumer Zeit zum Anlass genommen, in Gespräche mit den Beteiligten einzutreten, um Lösungsansätze zu entwickeln. Die weitere Entwicklung bleibt zunächst abzuwarten, insbesondere im Hinblick darauf, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum Jahresende 2005 über das BMGS dem Deutschen Bundestag einen Bericht über die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsänderungen vorzulegen haben. Die Bundesregierung geht derzeit davon aus, dass der durch die verschiedenen Gespräche mit den Beteiligten angestoßene Diskussionsprozess zu einer höheren Transparenz und Einheitlichkeit der Bewilligungspraxis der Krankenkassen beitragen wird.

8. Hält die Bundesregierung die Differenzierung zwischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen bei den speziellen Maßnahmen für Mütter und Väter im Hinblick auf die besonderen psychosozialen Belastungsfaktoren für sachgerecht?

Der Begriff der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen ist durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz zum 1. Januar 2000 in seiner Bedeutung gestärkt worden. Zugleich ist eine klarere Abgrenzung zwischen Vorsorge und Rehabilitation vorgenommen worden. Die gesetzlichen Krankenkassen unterscheiden

zwischen Vorsorgeleistungen, die eine Schwächung der Gesundheit beheben, eine Krankheit verhüten oder deren Verschlimmerung vermeiden sollen und Rehabilitationsleistungen, die eine bereits bestehende Krankheit oder Behinderung beseitigen oder wenigstens mindern sollen. Diese Abgrenzung hat sich bewährt. Die Bundesregierung geht davon aus, dass diese Differenzierung auch den besonderen psychosozialen Belastungsfaktoren von Müttern und Vätern gerecht wird. Die spezifischen Belastungssituationen der Mütter oder Väter spielen bei der Frage der Vorsorge- oder Rehabilitationsbedürftigkeit in Form der Kontextfaktoren eine entscheidende Rolle. Mit der Trennung zwischen Vorsorge und Rehabilitation wird in jedem Einzelfall sichergestellt, dass Mütter und Väter eine ihrem Bedarf entsprechende medizinisch ausreichende Leistung zur Verfügung gestellt bekommen. Ohne eine solche Differenzierung der Leistungsform wäre eine auf die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestellte Leistungserbringung der Krankenkassen erschwert.

9. Hält die Bundesregierung die Lösung nach wie vor für sachgerecht, dass die Krankenkassen entscheiden, ob Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter bei vorliegenden Voraussetzungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes erbracht werden können?

Die Krankenkasse hat jeweils im Einzelfall zu entscheiden, ob die Voraussetzungen für die Erbringung einer Leistung erfüllt sind. Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sind Regelleistungen, die die Krankenkassen vorzusehen haben. Die Krankenkasse entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen über das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen. Wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für die Erbringung einer solchen Maßnahme erfüllt sind, hat die Krankenkasse diese zu erbringen. Es ist sachgerecht, wenn derjenige Leistungsträger über das Vorliegen der erforderlichen Voraussetzungen zu entscheiden hat, der auch die Kosten der Leistungen trägt. In diesem Zusammenhang ist auch das in der GKV geltende Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

10. Ist der Bundesregierung bekannt, dass es zwischen Renten- und Krankenkassen Zuständigkeitsdifferenzen gibt, die zu einer Verzögerung oder zu einer Verhinderung der Antragsbewilligung führen, und wie will sie dem ggf. begegnen?

Die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger sind im Gesetz klar geregelt.

Es ist daher nicht klar, welche „Zuständigkeitsdifferenzen“ gemeint sein sollen. Verzögerungen oder Verhinderungen sind durch die klaren gesetzlichen Vorgaben auf ein Minimum reduziert.

Soweit Anträge auf Leistungen, für die die Rentenversicherung zuständig ist, gegenüber der Krankenkasse gestellt werden, ist die Weiterleitung dieser Anträge an den zuständigen Rentenversicherungsträger sachgerecht und gesetzeskonform, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen zu Lasten der Rentenversicherung vorliegen oder angenommen werden können. Eine Weiterleitung von Anträgen an die Rentenversicherungsträger in Fällen, in denen die Erwerbsfähigkeit offensichtlich nicht gefährdet ist, darf es nicht geben. Die Spitzenverbände haben gegenüber dem BMGS zugesagt, ihre Mitglieder hierauf hinzuweisen.