



Bundesrechnungshof - Außenstelle Potsdam • Postfach 60 02 65 • 14402 Potsdam

Außenstelle Potsdam

Bundesministerium für Gesundheit  
Referat IR  
11055 Berlin

Postadresse  
Postfach 60 02 65  
14402 Potsdam  
Hausadresse  
Steinstraße 104 - 106  
14480 Potsdam  
Telefon 030 18 721-0  
Telefax 030 18 721-29 91  
E-Mail  
poststelle@brh.bund.de

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen, unsere Nachricht vom  
IX 6 - 2010 - 1002

Durchwahl  
1973

Potsdam, den  
23. März 2011

**Prüfung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach den §§ 23, 24 SGB V**

hier: Prüfungsmittellung

Anlg.: 1

Der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages hat den Bundesrechnungshof gebeten, Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach den §§ 23, 24 SGB V zu prüfen.

Der Bundesrechnungshof hat dieser Prüfbitte entsprochen.

Die Ergebnisse der Prüfung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen haben wir in der anliegenden Prüfungsmittellung dargestellt.

Wir beabsichtigen, auf Grundlage unserer Feststellungen in der Prüfungsmittellung und Ihrer Stellungnahme umgehend dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur Genehmigungspraxis der Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung bei Maßnahmen nach den §§ 23, 24 SGB V zu berichten. Wir bitten daher um Stellungnahme bis zum 30. April 2011. Den dann von uns zu fertigenden Entwurf eines Berichts nach § 88 Absatz 2 BHO werden wir Ihnen ebenfalls noch einmal zur Stellungnahme zuleiten.

Rienhardt



Beglaubigt

*I. Poprawa*  
Angestellte

Rosauer

Sitz des Bundesrechnungshofes  
Adenauerallee 81  
53113 Bonn

Postadresse  
Postfach 12 06 03  
53048 Bonn

Telefon 0228 99/721-0  
Telefax 0228 99/721-2990

Internet  
www.bundesrechnungshof.de  
E-Mail poststelle@brh.bund.de



# Mitteilung

an das  
Bundesministerium für Gesundheit  
und den GKV-Spitzenverband

## über die Prüfung

von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen  
nach den §§ 23, 24 SGB V

Gz.: IX 6 - 2010 - 1002

Potsdam, 23. März 2011

Die Mitteilung des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt. Eine Veröffentlichung ist nicht zulässig. Eine Weitergabe an Dritte ist nur bei dienstlicher Notwendigkeit gestattet. Da die geprüfte Stelle noch keine Gelegenheit zur Stellungnahme hatte, betrachtet der Bundesrechnungshof das dargestellte Prüfungsergebnis als vorläufig.

<b>Inhaltsverzeichnis</b>		<b>Seite</b>
<b>0</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Vorbemerkungen</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen</b>	<b>6</b>
2.1	Rechtsgrundlagen	6
2.2	Ausgaben und durchgeführte Maßnahmen	9
<b>3</b>	<b>Entscheidung der Krankenkassen</b>	<b>10</b>
3.1	Verfahren zur medizinischen Beurteilung	10
3.2	Inhalt der medizinischen Beurteilung	12
3.3	Umsetzung in Bescheiden der Krankenkassen	14
3.4	Fallbeispiele	15
3.5	Würdigung	16
3.5.1	Selbstbindung der Verwaltung	17
3.5.2	Untersuchungsgrundsatz	19
3.5.3	Begründung von Bescheiden	20
3.5.4	Ambulante vor stationärer Behandlung	21
3.6	Empfehlungen	22
<b>4</b>	<b>Widerspruchsverfahren</b>	<b>23</b>
4.1	Grundlagen	23
4.2	Erhebungsergebnisse	23
4.3	Würdigung und Empfehlung	24
<b>5</b>	<b>Weiterleitung der Anträge an Rentenversicherungsträger</b>	<b>25</b>
5.1	Rechtsgrundlagen	25
5.2	Erhebungsergebnisse	26
5.3	Würdigung	27
<b>6</b>	<b>Zusammenfassende Stellungnahme</b>	<b>28</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 sowie die von ihnen bewilligten Anträge sind seit 2005 gestiegen und liegen 2009 mit 286 Mio. Euro auf vergleichbarem Niveau der Vorjahre. Die Bewilligungspraxis der Krankenkassen ist mit Schwankungen in den einzelnen Jahren im Wesentlichen konstant geblieben. (Tz. 2.2)
- 0.2 Im ersten Verwaltungszug lehnen die Krankenkassen 25 % aller gestellten Anträge ab, nach dem Widerspruchsverfahren sind es noch 20 %. (Tz. 2.2)
- 0.3 Die Verwaltungspraxis der Krankenkassen bei der Bewilligung und Ablehnung der Anträge von Mutter-/Vater-Kind-Kuren ist nicht transparent. Sie wird den sozialverfahrensrechtlichen Anforderungen nicht gerecht. Der Grundsatz der Selbstbindung der Verwaltung und der Amtsermittlungsgrundsatz werden von den Krankenkassen nicht hinreichend beachtet. Trotz gleicher rechtlicher und tatsächlicher Voraussetzungen unterscheiden sich die Entscheidungen der einzelnen Krankenkassen zum Teil deutlich voneinander. Die Krankenkassen sollten darauf hingewiesen werden, die sozialverfahrensrechtlichen Anforderungen zu beachten. (Tz. 3.1 bis 3.5)
- 0.4 Die für den Medizinischen Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Krankenkassen als dessen Träger verbindliche Begutachtungs-Richtlinie ist teilweise zu unbestimmt. Sie lässt dem Gutachter zu große Spielräume für die Bewertung von medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren. Die Bewilligungsvoraussetzungen in der Begutachtungs-Richtlinie sollten konkreter gefasst werden. (Tz. 3.1, 3.2, 3.5.1)
- 0.5 Obwohl ambulante Maßnahmen vor einer Mutter-/Vater-Kind-Kur nicht ausgeschöpft sein müssen, lehnen Krankenkassen Mutter-/Vater-Kind-Kuren unter Hinweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot ab und verweisen auf ambulante Angebote. (Tz. 3.3, 3.5.4)

- 0.6 Das Widerspruchsverfahren der Krankenkassen bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren wird teilweise rechtlich bedenklich durchgeführt und ist geeignet, die Versicherten in ihrer Rechtsausübung zu beeinträchtigen. Die Krankenkassen sollten darauf hingewiesen werden, die Vorschriften zum Widerspruchsverfahren zu beachten. (Tz. 4)
- 0.7 In seltenen Fällen bewerten Krankenkassen bei ihnen gestellte Anträge auf Mutter-/Vater-Kind-Kuren als Rehabilitationsmaßnahmen und leiten sie an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Häufiger verweisen sie Versicherte darauf, selbst einen Antrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen. Durch die Weiterleitung der Versicherten an den Rentenversicherungsträger entsteht den Krankenkassen kein wirtschaftlicher Vorteil, da sie dem Rentenversicherungsträger dessen Aufwendungen für eine Mutter-/Vater-Kind-Kur erstatten müssen. (Tz. 5)

## 1 Vorbemerkungen

Der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages hat den Bundesrechnungshof gebeten, die Umsetzung der Mutter-/Vater-Kind-Kuren nach § 24 SGB V bei den Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) zu prüfen. Der Bundesrechnungshof hat dieser Bitte entsprochen und die Mutter-/Vater-Kind-Kuren geprüft. Hierzu hat er von September bis November 2010 beim Bundesministerium für Gesundheit (Bundesministerium), beim Bundesversicherungsamt, beim GKV-Spitzenverband, bei einem Medizinischen Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie bei fünf Krankenkassen örtlich erhoben. Von vier weiteren Krankenkassen hat er Unterlagen erbeten, deren Auswertung in das Prüfergebnis einbezogen wurde.

Der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 i. V. m. § 23 SGB V (im Folgenden Mutter-/Vater-Kind-Kuren<sup>1</sup>) wird besondere sozialpolitische Bedeutung beigemessen.<sup>2</sup>

Einen ähnlichen Stellenwert wie diese Vorsorgemaßnahmen hat die medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter.<sup>3</sup> Die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ähneln denen der Vorsorge für Mütter und Väter, haben jedoch eine andere Zielsetzung. Die Vorsorge für Mütter und Väter wirkt präventiv, während die Rehabilitation nach § 41 SGB V die Teilhabe verbessern soll, d. h. sie soll eine Behinderung abwenden, mildern, beseitigen oder zumindest ihre Verschlimmerung verhüten. Von dieser medizinischen Rehabilitation sind wiederum die Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger abzugrenzen, die bei einer Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit nach den §§ 9 ff. SGB VI in Betracht kommen und darauf abzielen, diese zu verhindern oder zu überwinden. Mutter-/Vater-Kind-Kuren gehören nicht zum Leistungskatalog der Rentenversicherungsträger.

<sup>1</sup> Den Begriff „Kur“ hat das Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) vom 22.12.1999 (BGBl. I 1999, 2626) gestrichen. Er ist jedoch im allgemeinen Sprachgebrauch nach wie vor gebräuchlich und wird daher im Folgenden verwendet.

<sup>2</sup> Becker in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 24 Rn. 2 mit Verweis auf BT-Drucksache 13/4615 S. 9; Kaltenborn in: BeckOK, SGB V, § 24 Rn. 2.

<sup>3</sup> § 41 SGB V.

Die Mutter-/Vater-Kind-Kuren nach § 24 SGB V wurden im Jahr 1989 durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG)<sup>4</sup> eingeführt, ihre Voraussetzungen in der Folgezeit mehrfach geändert. Bis zum Jahr 2002 konnten die Krankenkassen in ihren Satzungen vorsehen, die Ausgaben für Mutter-/Vater-Kind-Kuren vollständig zu übernehmen oder einen Zuschuss zu leisten. Seit dem Jahr 2002 müssen sie Mutter-/Vater-Kind-Kuren vollständig finanzieren, ein Zuschuss ist nicht mehr möglich.<sup>5</sup> Zuletzt hat das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)<sup>6</sup> § 24 SGB V zum 1. April 2007 geändert, um die Bedeutung der Vorsorge für Mütter und Väter erneut zu unterstreichen. Die bis dahin als Ermessensleistung ausgestaltete Leistung änderte der Gesetzgeber in eine Pflichtleistung der Krankenkassen um. Nach § 24 Abs. 1 SGB V haben nun Mütter und Väter unter den in § 23 Abs. 1 SGB V genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen. Außerdem hat das GKV-WSG klargestellt, dass das Stufenverhältnis von ambulanten und stationären Vorsorgemaßnahmen für Leistungen nach § 24 SGB V nicht gilt.<sup>7</sup> Zudem hat es eine Berichtspflicht der Krankenkassen über das Antrags- und Bewilligungsgeschehen eingeführt.<sup>8</sup>

## 2 Grundlagen

### 2.1 Rechtsgrundlagen

Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden stets stationär erbracht. Sie müssen 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>4</sup> Vom 20.12.1988, BGBl. I 1988, 2477.

<sup>5</sup> Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (11. SGB V-Änderungsgesetz) vom 26. Juli 2002, BGBl. I 2002, 2874.

<sup>6</sup> Vom 26. März 2007, BGBl. I 2007, 378.

<sup>7</sup> § 24 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

<sup>8</sup> § 24 Abs. 1 Satz 4 Halbsatz 2 SGB V.

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

Die Mutter-/Vater-Kind-Kuren nach § 24 SGB V zielen ausschließlich darauf ab, Mütter und Väter zu fördern. Sie unterscheiden sich damit vom allgemein gehaltenen Leistungszweck der „Medizinischen Vorsorgemaßnahmen“ nach § 23 SGB V. Ziel der Mutter-/Vater-Kind-Kuren ist es, gesundheitliche Belastungen zu mindern, die im Wesentlichen aus der Stellung als Mutter oder Vater<sup>10</sup> eines oder mehrerer Kinder resultieren.<sup>11</sup> Der Elternteil muss Kinder tatsächlich erziehen und betreuen.<sup>12</sup> Insbesondere psychosoziale Faktoren haben dabei eine große Bedeutung. Wegen dieser Zielsetzung handelt es sich zwingend um interdisziplinäre Komplexleistungen unter ärztlicher Leitung.<sup>13</sup>

Eine Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kur liegt vor, wenn eines oder mehrere Kinder den vorsorgebedürftigen Elternteil begleiten. Dies kann geschehen, wenn

- das Kind selbst vorsorge- oder behandlungsbedürftig ist,
- eine maßnahmebedingte Trennung vom Elternteil psychische Störungen des Kindes befürchten lässt,
- eine belastete Mutter- bzw. Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll,
- wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des Kindes vom Elternteil unzumutbar ist oder
- das Kind nicht anderweitig versorgt oder betreut werden kann.<sup>14</sup>

Das Höchstalter des begleitenden Kindes beträgt 12 Jahre, in Ausnahmefällen 14 Jahre. Wenn eine Mutter-/Vater-Kind-Kur bewilligt wurde, kann im Regelfall erst nach Ablauf von drei Jahren ein erneuter Antrag gestellt werden. Die Krankenkassen müssen vor der Bewilligung einer Mutter-/Vater-Kind-Kur vom Medizinischen Dienst der Gesetzlichen Krankenversicherung (MDK) in Stichproben prü-

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

<sup>10</sup> Im Folgenden: Elternteil.

<sup>11</sup> Schütze in jurisPK, SGB V, § 24 Rn. 20; Becker in Kasseler Kommentar, SGB V, § 24 Rn. 5.

<sup>12</sup> Kaltenborn in: BeckOK, SGB V, § 24 Rn. 5.

<sup>13</sup> S. Nr. 3.1 „Anforderungsprofil für stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach § 111a SGB V, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V erbringen“ der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Müttergenesungswerks sowie des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten e. V. (Anforderungsprofil nach § 111a).

<sup>14</sup> Nr. 3.5.1 Begutachtungs-RL; Nr. 2.1 Anforderungsprofil nach § 111a.

fen lassen, ob diese notwendig ist (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V).<sup>15</sup> Die Stichprobe umfasst jeden vierten Antrag in der Reihenfolge des Eingangs (§ 2 Abs. 2 Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung). Die Krankenkassen müssen unabhängig davon, ob der Fall in die Stichprobe fällt, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer, Häufigkeit oder Verlauf der Krankheit erforderlich ist (§§ 275 Abs. 1 SGB V, 1 Abs. 3 Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung).

Der MDK entscheidet im Einzelfall, welche Form der Begutachtung er wählt.<sup>16</sup> Eine Form der Begutachtung ist die sozialmedizinische Fallberatung. Sie soll der Krankenkasse eine Leistungsentscheidung erleichtern. Für den Bereich Vorsorge/Rehabilitation muss sie die Fragen der Krankenkasse beantworten. Eine sozialmedizinische Beurteilung und Begründung der Vorsorgebedürftigkeit und -fähigkeit sowie eine Aussage zu den Zielen und Prognosen einer Mutter-/Vater-Kind-Kur ist nicht notwendig. Anders ist dies beim Gutachten, indem diese Fragestellungen ausführlich behandelt werden müssen.<sup>17</sup>

Was zu begutachten ist, richtet sich nach der Begutachtungs-RL, die für die MDK-Gutachter und die Krankenkassen verbindlich ist. Mutter-/Vater-Kind-Kuren müssen danach medizinisch indiziert sein. Es müssen Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsrisiken bestehen, die auf die Rolle als Elternteil zurückzuführen sind. Der Elternteil muss vorsorgebedürftig und vorsorgefähig sein. Außerdem muss eine positive Vorsorgeprognose für die Vorsorgeziele bestehen. Das gilt auch dann, wenn der MDK keine Aussagen zu diesen einzelnen Voraussetzungen trifft. Zur medizinischen Indikation kommen personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren hinzu, die mitverantwortlich für die Gesundheitsstörungen sind.<sup>18</sup> Bei Eltern häufig bestehende Gesundheitsstörungen sind beispielsweise das Schwere Erschöpfungssyndrom/Burn-Out-Syndrom, depressive Verstimmungen, Unruhe- und Angstgefühle, Schlafstörungen, Kopfschmerzen sowie Über-/Unter-/Fehlernährung. Als Kontextfaktoren nennt die Begutachtungs-RL u. a. die Stellung als alleinerziehend, Kinderreichtum, Partner- bzw. Eheprobleme,

<sup>15</sup> 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, S. 171.

<sup>16</sup> Die verschiedenen Formen von Begutachtungs- und Beratungsleistungen bezeichnet der MDK als Produkte. Die verfügbaren Produkte und ihren Inhalt hat die MDK-Gemeinschaft bundesweit einheitlich im Katalog der MDK-Produkte geregelt.

<sup>17</sup> Anlage zum Katalog der MDK-Produkte S. 9 (Stand: März 2009).

<sup>18</sup> Nrn. 1.3.3. ff., 3.5. Begutachtungs-RL.

Erziehungsschwierigkeiten, ständigen Zeitdruck, finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und beengte Wohnverhältnisse. Hinzu kommen klassische Risikofaktoren wie übermäßiger Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenkonsum, Bewegungsmangel sowie Adipositas.<sup>19</sup>

Anhand dieser medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren entscheidet die Krankenkasse allein verantwortlich, ob sie eine Mutter-/Vater-Kind-Kur bewilligt oder ablehnt. Die Begutachtung durch den MDK hat lediglich empfehlenden Charakter.

## 2.2 Ausgaben und durchgeführte Maßnahmen

In der Öffentlichkeit und im politischen Raum wird Kritik an der Entscheidungspraxis der Krankenkassen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren geäußert.<sup>20</sup> Es wird die Auffassung vertreten, die Krankenkassen würden flächendeckend rechtswidrig Mutter-/Vater-Kind-Kuren ablehnen, um hierdurch Ausgaben zu vermeiden.

Die Anzahl der Mutter-/Vater-Kind-Kuren sowie Ausgaben der Krankenkassen dafür entwickelten sich ab dem Jahr 2005 wie folgt:<sup>21</sup>

	2005	2006	2007	2008	2009
Fälle in Tausend	88	94	109	124	115
Ausgaben in Mio. Euro	200	220	262	297	286

Nach der Statistik KG 5 des Bundesministeriums für Gesundheit lehnten die Krankenkassen im Jahr 2009 ungefähr 25 % der Anträge im Antragsverfahren<sup>22</sup> ab. Der hiergegen eingelegte Widerspruch hatte teilweise Erfolg, sodass im Ergebnis 20 % aller Anträge abgelehnt wurden.<sup>23</sup> Für das Jahr 2010 liegen noch keine Zahlen vor.

<sup>19</sup> Nr. 3.5. Begutachtungs-RL.

<sup>20</sup> Vgl. z.B. Pressemitteilungen des Müttergenesungswerks unter [www.muettergenesungswerk.de](http://www.muettergenesungswerk.de); Pressemitteilung Nr. 260/2010 der SPD-Landtagsfraktion Schleswig-Holstein.

<sup>21</sup> Quelle: Statistik KG 5 des Bundesministeriums für Gesundheit.

<sup>22</sup> Im Folgenden für das Verfahren im ersten Verwaltungszug.

<sup>23</sup> Die Zahlen weisen bei den einzelnen Krankenkassen zum Teil große Unterschiede aus. Die Aussagekraft der Statistik wird der Bundesrechnungshof gesondert prüfen.

### 3 Entscheidung der Krankenkassen

#### 3.1 Verfahren zur medizinischen Beurteilung

Die Praxis der Krankenkassen, Mutter-/Vater-Kind-Kuren durch den MDK begutachten zu lassen, fällt unterschiedlich aus.

Die Krankenkasse A ließ ausnahmslos jeden Antrag vom MDK begutachten. Entweder gab der MDK zu dem Fall eine schriftliche Stellungnahme ab oder im Rahmen von sogenannten „Inhouse-Begutachtungen“ als sozialmedizinische Fallberatung wurde der Fall im Gespräch mit der Krankenkasse erörtert. Nur in wenigen Einzelfällen wich die Krankenkasse A in den von ihr so bezeichneten „Einzelfallentscheidungen“ von dem Votum des MDK ab, den Antrag abzulehnen. Kriterien, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallentscheidungen zugunsten Versicherter getroffen werden, konnte die Krankenkasse nicht nennen.

Bei der Krankenkasse B befassten sich zunächst bei der Krankenkasse angestellte Ärzte mit den Anträgen. Wenn diese die Mutter-/Vater-Kind-Kur befürworteten, bewilligte sie die Krankenkasse. Bei einer Ablehnung der Ärzte beauftragte die Krankenkasse im Regelfall den MDK.

Die Krankenkasse C legte die meisten Anträge dem MDK vor. Eigene Mediziner der Krankenkasse befassten sich nicht mit Mutter-/Vater-Kind-Kuren. Ohne Beteiligung des MDK entschied die Sachbearbeiterin dieser Krankenkasse, die keine medizinische Ausbildung hatte, eigenständig über entsprechende Anträge auf Mutter-/Vater-Kind-Kuren. Die Krankenkasse konnte keine Kriterien benennen, in welchen Fällen die Sachbearbeiterin über die Anträge selbst entscheiden konnte oder in welchen Fällen zunächst der MDK eingeschaltet werden musste. Wurde der MDK von dieser Krankenkasse beteiligt, wich sie in einigen Fällen vom Votum des MDK ab. Die Gründe für die Abweichung waren im Regelfall nicht dokumentiert und konnten von der Krankenkasse auch nicht genannt werden.

Die Krankenkasse D bearbeitete alle Anträge zentral in einer Abteilung. Den MDK beteiligte sie nur in Zweifelsfällen. Ansonsten traf die Krankenkasse D ihre Entscheidung selbst ohne medizinische Beratung. Kriterien, wann ein Antrag als Zweifelsfall anzusehen ist, konnte die Krankenkasse D nicht nennen. Sie gab an, ihre Sachbearbeiter regelmäßig, v. a. durch Ärzte des MDK, schulen zu lassen. Außerdem legte sie zur Qualitätssicherung dem MDK regelmäßig eine Stichprobe der von ihr entschiedenen Fälle vor, um vom MDK die Entscheidungen beurteilen

zu lassen.

Die Krankenkasse E bewilligte nahezu jeden Antrag. Die Entscheidungen traf allein die Sachbearbeiterin, sofern nicht der MDK beteiligt war. Die Krankenkasse hielt sich bei der Vorlage strikt an die Stichprobenregelung.

Der MDK beurteilte die Fälle i. d. R. nach Aktenlage und nur in wenigen Ausnahmefällen nach persönlicher Vorstellung des Elternteils. Als Unterlagen dienten ihm die Selbstauskunft des Elternteils, ein Attest des behandelnden Arztes und Dokumentationen der Krankenkasse zu Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie durchgeführten Behandlungen. Gelegentlich bat der MDK den behandelnden Arzt um ergänzende Auskünfte. Die Selbstauskunft sowie das ärztliche Attest wurden auf Formularen abgegeben, die im Regelfall von der Krankenkasse, dem Müttergenesungswerk<sup>24</sup> oder einem Kurvermittler stammten. Die in diesen Vordrucken abgefragten Angaben unterschieden sich deutlich. In dem Vordruck des Müttergenesungswerks wurde die Selbstauskunft des Elternteils auf sechs Seiten mit differenzierten und gewichteten Angaben zu Gesundheitsstörungen, Krankheiten, Kontextfaktoren, Vorsorgezielen usw. erfasst. Der Vordruck für das ärztliche Attest umfasste weitere drei Seiten. Die Vordrucke der geprüften Krankenkassen waren meist weniger umfangreich. Eine der geprüften Krankenkassen verwendete beispielsweise eigene, einseitige Vordrucke; Kontextfaktoren mussten in diesem Vordruck nicht angegeben werden.

Der MDK begutachtete die Anträge zunächst in der Form der sozialmedizinischen Fallberatung, seltener wählte er bereits in diesem Stadium des Verfahrens die Form eines Gutachtens. Die Bearbeiter in den Krankenkassen und die Gutachter des MDK müssen nach Auskunft des geprüften MDK bei einer sozialmedizinischen Fallberatung eng zusammenarbeiten und im Informationsaustausch stehen, damit der MDK wegen der geringeren inhaltlichen Anforderungen<sup>25</sup> sein Votum erläutern kann. Nach seinen Angaben würden Informationen bei den regelmäßigen Besuchen der Gutachter bei den Krankenkassen ausgetauscht und vertieft. Falls Unklarheiten beständen, würden die Krankenkassen häufig nachfragen. Solche Nachfragen waren in den Verfahrensakten der geprüften Krankenkassen jedoch nur selten belegt.

<sup>24</sup> Die Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk ist ein Zusammenschluss von fünf Wohlfahrtsverbänden bzw. ihrer Arbeitsgemeinschaften und hat als Ziel die Gesundheit und Gesunderhaltung von Müttern, [www.muettergenesungswerk.de](http://www.muettergenesungswerk.de).

<sup>25</sup> Zu den Unterschieden der MDK-Produkte vgl. S. 8.

Der MDK verwendete unterschiedliche Vordrucke für seine Begutachtungen, die von Land zu Land und zum Teil abhängig von der Krankenkasse variierten. Diese galten oft nicht nur für Mutter-/Vater-Kind-Kuren, sondern für alle Arten von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Meistens waren auf ein bis zwei DIN-A4-Seiten standardisierte Felder, beispielsweise für die Diagnosen und die Empfehlung des Gutachters, anzukreuzen und ein Erläuterungstext auszufüllen, wie z. B.: „medizinische Voraussetzungen erfüllt“, „Voraussetzungen teilweise erfüllt, da:“, „Voraussetzung nicht erfüllt, da:“. Erläuterungen, warum eine Mutter-/Vater-Kind-Kur bewilligt wurde, waren in den Formularen selten vorhanden. Teilweise waren Anmerkungen zu Alternativvorschlägen möglich. Nach Auskunft des geprüften MDK könne er wegen fehlender Vorschriften nicht darauf bestehen, dass einheitliche Vordrucke verwendet oder Mindestangaben in den Vordrucken gemacht werden.

### 3.2 Inhalt der medizinischen Beurteilung

Nach den Feststellungen des Bundesrechnungshofes füllten die Gutachter die Begutachtungsvordrucke im Regelfall nicht vollständig aus. Sie begnügten sich mit kurzer stichpunktartiger Darstellung ihrer Entscheidung, wie z. B. „keine psychosoziale Indikation“, „keine mütterspezifische Belastung“, ohne sich erkennbar mit den individuellen Angaben der Versicherten auseinanderzusetzen. Auch gingen die Gutachter kaum auf die Beschwerden ein, die der Elternteil und der attestierende Arzt aufgeführt hatten. Beurteilungen des MDK, die sich eingehend mit den bestehenden Gesundheitsstörungen und Kontextfaktoren auseinandersetzten, fand der Bundesrechnungshof nur in Ausnahmefällen vor.

Die Krankenkassen teilten dazu mit, dass sie die Gutachten des MDK fachlich teilweise nicht nachvollziehen könnten, weil die Entscheidungskriterien nicht erkennbar seien. Bei ähnlich gelagerten Sachverhalten, also nach äußerem Anschein vergleichbaren medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren, komme der MDK teilweise zu unterschiedlichen Ergebnissen und Voten. In diesen Fällen könnten ablehnende Entscheidungen nur schwer begründet werden.

Teilweise begründete der MDK seinen Ablehnungsvorschlag damit, es liege keine mütter- bzw. väterspezifische Belastungssituation vor. Was im Einzelnen darunter zu verstehen ist, wurde nicht ausgeführt. Stattdessen wurden oft stichwortartig Faktoren genannt, um das Fehlen dieser spezifischen Belastung zu belegen, z. B. „verheiratet, 2 Kinder, nicht berufstätig“. Gutachter gingen auch unterschiedlich

mit häufig genannten Indikationen und Kontextfaktoren um:

- In Adipositas<sup>26</sup> des Elternteils sahen viele Gutachter einen Risikofaktor und befürworteten eine Mutter-/Vater-Kind-Kur. Andere verwiesen darauf, dass eine Umstellung des Ernährungsverhaltens in der dreiwöchigen Mutter-/Vater-Kind-Kur nicht erreicht werden könne und lehnten sie daher ab. 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, sondern noch vorhanden seien.
- Erschöpfungssyndrome bis hin zum Burn-Out-Syndrom waren für Gutachter Anlass, eine Mutter-/Vater-Kind-Kur zu befürworten. Andere verwiesen auf ambulante Psychotherapien oder darauf, am Wohnort Entspannungstechniken zu erlernen. Diese Gutachter lehnten eine Mutter-/Vater-Kind-Kur ab.
- Schichtdienst des Ehepartners galt zumeist als belastender Kontextfaktor, da der Hauptteil der Erziehungsarbeit dem anderen Elternteil zufalle. Andererseits vertrat ein Gutachter die Auffassung, der Schicht arbeitende Ehepartner habe mehr Freizeit und könne daher den Partner erst recht unterstützen.

Die Begutachtungen ließen überwiegend nicht erkennen, ob und wie eine Gesamtbetrachtung mit weiteren medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren zu der Beurteilung führte.

Die Ergebnisse von Begutachtungen durch eigene Angestellte der Krankenkasse waren vergleichbar. Angestellte Ärzte begründeten ihre Beurteilungen insgesamt ausführlicher. Insgesamt ließen aber auch sie die Bewertung und Gewichtung einzelner Indikationen und Kontextfaktoren in der Gesamtbetrachtung oft nicht erkennen.

---

<sup>26</sup> Starkes Übergewicht.

### 3.3 Umsetzung in Bescheiden der Krankenkassen

Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheide der Krankenkassen enthielten i. d. R. nur eine knappe Standardbegründung. Die einzelnen Begründungen setzten sich kaum mit den individuellen vom Versicherten vorgetragenen medizinischen Indikationen, Risiko- und Kontextfaktoren auseinander und bewerteten sie. 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 Mitteilung einer Krankenkasse an ihre Versicherte ist exemplarisch:

„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.“

Widerspruchsbescheide der Krankenkassen enthielten eine ausführlichere Begründung, sofern dem Widerspruch nicht stattgegeben wurde. Sie setzten sich mit den vorgetragenen Begründungen und Beschwerden auseinander. Gleichwohl bestanden auch sie überwiegend aus Textbausteinen, die die Regelungen des § 24 SGB V sowie der Begutachtungs-RL wiederholten. Inhaltlich gaben sie die Aussagen des im Widerspruchsverfahren nunmehr vom MDK vorgelegten Gutachtens wieder. Wenn dem Widerspruch abgeholfen und eine Mutter-/Vater-Kind-Kur bewilligt wurde, wurde die geänderte Entscheidung damit begründet, es

habe sich die Sachlage aufgrund nachgereichter Unterlagen geändert. Welche Änderungen für die neue Entscheidung ausschlaggebend waren, war dem Widerspruchsbescheid häufig nicht zu entnehmen. Der Bundesrechnungshof hat in solchen Fällen meist auch in den Verfahrensakten keine entsprechenden Begründungen gefunden.

### 3.4 Fallbeispiele

Folgende Beispiele belegen die geschilderten Feststellungen:<sup>27</sup>

- Eine Versicherte litt an Adipositas, Infektanfälligkeit und anderen Erkrankungen und führte folgende Kontextfaktoren an: 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 mütter-spezif. Kontextfaktoren. KG, Rückenschule, Ernährungsberatung, Ausgleichssport“. Im Widerspruchsverfahren blieb der MDK bei seiner Einschätzung, wesentliche Erkrankungen der Kinder lägen nicht vor. Abstand vom Alltag könne in Eigenregie im Rahmen eines Familienurlaubs gewonnen werden. Die Krankenkasse setzte sich über beide MDK-Beurteilungen hinweg und bewilligte die Vorsorgemaßnahme als „Einzelfallentscheidung“.
- Einer alleinerziehenden Mutter von drei Kindern bescheinigte der behandelnde Arzt neben Übergewicht und Schmerzen 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)“.

<sup>27</sup> Die Angaben zum Beschwerdebild und den Kontextfaktoren entstammen den Selbstauskünften und ärztlichen Attesten.

- Eine weitere 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 gab an, 10 Zigaretten am Tag zu rauchen. 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 in der Widerspruchsentscheidung 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 eine Mutter-/Vater-Kind-Kur 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 sowie die von ihnen bewilligten Anträge sind seit 2005 gestiegen und liegen im Jahr 2009 mit 286 Mio. Euro Ausgaben und 115 000 Anträgen auf vergleichbarem Niveau der Vorjahre. Die Bewilligungspraxis der Krankenkassen ist mit Schwankungen in einzelnen Jahren im Wesentlichen konstant geblieben. Der Anstieg der Anträge

nach der Gesetzesänderung im Jahr 2007, die die Ermessensleistung in eine Pflichtleistung umwandelte, ist mit der Neuregelung erklärbar.

Die Verwaltungspraxis der Krankenkassen bei der Bearbeitung der Anträge von Mutter-/Vater-Kind-Kuren ist nicht transparent. Sie wird den sozialverfahrensrechtlichen Anforderungen nicht gerecht. Der Grundsatz der Selbstbindung der Verwaltung an bereits getroffene Entscheidungen wird nicht immer eingehalten. Auch beachten die Krankenkassen ihre Pflicht zur Amtsermittlung nicht ausreichend. Die Begründungen der Bescheide entsprechen teilweise nicht den gesetzlichen Erfordernissen. Trotz gleicher rechtlicher und tatsächlicher Voraussetzungen unterscheiden sich die Entscheidungen der einzelnen Krankenkassen voneinander. Die Krankenkassen gefährden so die Akzeptanz ihrer Entscheidungen über Anträge von Mutter-/Vater-Kind-Kuren.

### 3.5.1 Selbstbindung der Verwaltung

Krankenkassen müssen bei der Entscheidung über Mutter-/Vater-Kind-Kuren die bestehenden medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren berücksichtigen, sich mit ihnen auseinandersetzen und würdigen. Hierbei sind sie an die Begutachtungs-RL gebunden. Sofern eine oder mehrere Indikationen und Kontextfaktoren bei dem Elternteil bestehen, begründet dies für sich allein noch nicht die Notwendigkeit einer Mutter-/Vater-Kind-Kur. Es kommt stets auf eine Gesamtbetrachtung aller Umstände an. Der Gleichbehandlungsgrundsatz verpflichtet die Krankenkassen jedoch, bei vergleichbaren Sachverhalten mit dem gleichen Ergebnis zu entscheiden (Selbstbindung der Verwaltung). Unterschiedliche Entscheidungen dürfen nur getroffen werden, wenn unterschiedliche Sachverhalte vorliegen.

Diesen Erfordernissen werden die Entscheidungen der Krankenkassen in vielen Fällen nicht gerecht. Die einzelnen Entscheidungen wirken im Vergleich der Einzelfälle sachlich nicht begründet und erwecken den Anschein der Willkürlichkeit und Beliebigkeit.

Eine Ursache sieht der Bundesrechnungshof in den Begutachtungen des MDK, die den Krankenkassen nicht die erforderliche medizinische Begründung für deren Entscheidung liefern. Dabei mögen die Begutachtungen in der Sache durchaus richtig und medizinisch zutreffend sein. Wenn sich die Begutachtungen aber nur unzureichend mit der individuellen Situation des Elternteils auseinandersetzen,

die vorgetragenen Kontextfaktoren nicht verantwortungsvoll gewürdigt werden und keine schlüssigen, nachvollziehbaren Begründungen für eine Ablehnung geliefert werden, können die Entscheidungen nicht überzeugen.

Ein Indiz für unzureichende Begründungen ist, dass der MDK bereits die Vordrucke meist nur unvollständig ausfüllt und in den seltensten Fällen ausführliche Begründungen für die getroffene Entscheidung gibt. Erwägungen, die die Gutachter bei der Beurteilung der medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren gemacht haben, lassen sich so meist nicht oder nur unvollständig nachvollziehen. Es wird auch nicht deutlich, wie die Gutachter einzelne medizinische Faktoren und Kontextfaktoren, wie beispielsweise Übergewicht, Erschöpfungszustände, der Stellung als alleinerziehend, Kinderreichtum, finanzielle Schwierigkeiten und eigene Berufstätigkeit, bewertet und gewichtet haben. Die unter Tz. 3.4 aufgeführten Fallbeispiele zeigen, dass die Bedeutung dieser Faktoren häufig von der individuellen Einschätzung des jeweiligen Gutachters abhängt, damit subjektiv geprägt und für eine gleichbehandelnde Entscheidungspraxis nicht tauglich ist. Auch verwenden die Gutachter häufig Worthülsen, wie z. B. die Standardbegründung: „keine müttertspezifische Belastungssituation“. Dieser Befund lässt nicht erkennen, wodurch eine müttertspezifische Belastungssituation gekennzeichnet sein könnte. Damit können Krankenkassen nicht nachvollziehen, weshalb Gutachter in einem Fall eine Bewilligung und in einem anderen eine Ablehnung empfehlen, selbst wenn beide Fälle in den Lebensumständen deutliche Parallelen aufweisen. Der MDK sollte in seinen Beurteilungen jedoch die Unterschiede und Gleichartigkeiten in Sachverhalten aufzeigen und nachvollziehbar darlegen, nach welchen Kriterien er bewertet hat. Gleiches gilt für sozialmedizinische Begutachtungen durch eigene Mitarbeiter von Krankenkassen.

Eine Ursache für diese kaum nachvollziehbaren Begutachtungen sieht der Bundesrechnungshof darin, dass die Kriterien der Begutachtungs-RL zu unbestimmt sind. Sie lassen zu große Spielräume für Gutachter zu, um medizinische Indikationen und Kontextfaktoren nach individuellen Maßstäben zu bewerten. Eine Gleichbehandlung der Versicherten wird damit nicht gewährleistet.

Wegen der Mängel bei den Begründungen erweisen sich auch die Entscheidungen der Krankenkassen, die sich auf diese Begutachtungen stützen, als nicht transparent, wenig aussagekräftig und kaum nachvollziehbar. Dieser Eindruck wird an die Versicherten und von den Versicherten an die Öffentlichkeit oder mit Mut-

ter-/Vater-Kind-Kuren befassten Institutionen weitergegeben. In der Öffentlichkeit entsteht aufgrund dieser Informationen der Eindruck, die Krankenkassen würden Mutter-/Vater-Kind-Kuren rechtswidrig ablehnen, weil gleichgelagerte Fälle bekannt sind, in denen eine Mutter-/Vater-Kind-Kur bewilligt wurde.

Die Vielzahl bestehender Vordrucke ohne bindenden Mindestinhalt trägt nicht dazu bei, eine einheitliche transparente Begutachtung und Bewilligungspraxis zu unterstützen. Sie führt zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in der Begutachtung. Vor allem aber hängt diese davon ab, welche Einrichtung den Vordruck entwickelt hat und über welche persönlichen Ansichten und subjektiven Einschätzungen der Gutachter verfügt. Eine zutreffende, auf Fakten gestützte und nachvollziehbare medizinische Beurteilung von Anträgen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren ist auf diese Weise nicht möglich.

Die Stichprobenprüfung nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V setzen die Krankenkassen bei Anträgen nach § 24 SGB V sehr unterschiedlich um. In der Praxis bildet die lediglich stichprobenhafte Beurteilung von einem Viertel der eingehenden Anträge<sup>28</sup> durch den MDK die Ausnahme.<sup>29</sup> Die Vorlage von deutlich mehr Fällen ist für die oft schwer zu bewertenden Anträge nach § 24 SGB V von § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 1 Abs. 3 der Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung gedeckt. Sie führt allerdings nicht zu der vom Gesetzgeber beabsichtigten deutlichen Entlastung des MDK. Sofern Krankenkassen den MDK nicht einschalten, müssen sie wegen der komplexen Fragestellungen eine anderweitige fachkundige medizinische Beurteilung gewährleisten. Die Entscheidung über Anträge allein durch nichtmedizinisches Personal von Krankenkassen ist dafür nicht ausreichend.

### 3.5.2 Untersuchungsgrundsatz

Ihrer Amtsermittlungspflicht nach § 20 Abs. 1 SGB X kommen die Krankenkassen nicht ausreichend nach. Wegen der unzureichenden Begutachtungen müssten sie vor Erlass eines Ablehnungsbescheides bestehende Unklarheiten im Sachverhalt ausräumen. Sie bestimmen dabei Art und Umfang der Ermittlungen und sind an das Vorbringen der Beteiligten nicht gebunden. Sie haben alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen und müssen alle Er-

<sup>28</sup> S. Nr. 2.1

<sup>29</sup> 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 nur einen bundesweiten Rückgang der Begutachtungen von Anträgen nach § 24 SGB V durch den MDK von 10,2 % aus.

mittlungsmöglichkeiten nutzen, die ihnen vernünftigerweise zur Verfügung stehen. Um dem nachzukommen, müssten die Krankenkassen die medizinischen Indikationen und die Kontextfaktoren vollständig ermitteln und bewerten. Sofern die medizinischen Empfehlungen dies nicht zulassen, müssten die Krankenkassen sie hinterfragen und Nachbesserung verlangen. Beispielsweise:

- In einem der beschriebenen Fälle<sup>30</sup> schlug das Gutachten eine Ablehnung des Vorsorgeantrags vor, weil die Versicherte raucht. Die Krankenkasse hätte aufklären müssen, weshalb in diesem Fall Nikotinkonsum nicht im Sinne der Begutachtungs-RL als Risikofaktor zugunsten einer Vorsorgemaßnahme gilt.
- In den Fällen, in denen dem Widerspruch stattgegeben wurde, ohne dass erkennbar ein neuer Sachverhalt zugrunde lag, hätten die Krankenkassen die Gründe für die abweichende Beurteilung ermitteln und darlegen müssen.
- Sofern Gutachten einen Familienurlaub anstelle einer Kur empfahlen, hätten die Krankenkassen dies hinterfragen müssen. Eine Mutter-/Vater-Kind-Kur ist aufgrund ihrer medizinischen Ausrichtung mit einem Familienurlaub nicht zu vergleichen.

Weitere Ermittlungen sind jedoch, wie die Beispiele zeigen, selten. Nicht aufgekärten Fragestellungen wird nicht nachgegangen. Die flächendeckende Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes führt dazu, dass sich die unzureichenden Begutachtungen in der Verwaltungspraxis auswirken.

### 3.5.3 Begründung von Bescheiden

Die Bescheide der Krankenkassen vor allem im Antragsverfahren sind nicht hinreichend begründet. Sie enthalten überwiegend Textbausteine und pauschalisierte Aussagen, etwa den Verweis auf ambulante Psychotherapien, Partner- und Ernährungsberatungen sowie Präventionsangebote. Die Krankenkassen geben dabei hauptsächlich die Empfehlung des MDK oder eigener Ärzte wieder. Die Unzulänglichkeiten dieser medizinischen Beurteilungen führen als Folgewirkung auch zu Lücken in der Begründung und damit zu einer unzureichenden Überzeugungs Wirkung der getroffenen Entscheidung. Die Bescheide müssten erkennen lassen, weshalb die vorgetragenen medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren die

<sup>30</sup> S. unter 3.4.

Voraussetzungen für die Mutter-/Vater-Kind-Kur im Einzelfall nicht erfüllen. Ablehnende Bescheide sind gemäß § 35 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1 SGB X mit einer Begründung zu versehen. Widerspruchsbescheide sind nach § 85 Abs. 3 SGG stets zu begründen.<sup>31</sup> Die wesentlichen rechtlichen und tatsächlichen Gründe für die Entscheidung sind den Versicherten mitzuteilen. Die Begründung muss das die Entscheidung tragende Für und Wider im Wesentlichen aufzeigen und sie muss sich mit dem Vorbringen auseinandersetzen.<sup>32</sup>

Die Lücken bei den Begründungen können dazu beitragen, dass bei den Versicherten der Eindruck entsteht, die Entscheidungen der Krankenkassen seien willkürlich. Dabei kann gerade eine überzeugende Begründung die Akzeptanz einer ablehnenden Entscheidung steigern. Die Krankenkassen könnten diesem Eindruck entgegentreten, wenn sie ihre Entscheidungen umfassend begründeten.

#### 3.5.4 Ambulante vor stationärer Behandlung

Anträge können mit der Begründung abgelehnt werden, verfügbare ambulante Angebote seien wirtschaftlicher und zweckmäßiger.<sup>33</sup> Nach der Neufassung des § 24 Abs. 1 Satz 4 SGB V müssen ambulante Maßnahmen vor einer Mutter-/Vater-Kind-Kur nicht ausgeschöpft sein. Die Vorschrift wurde durch das GKV-WSG eingeführt und sollte die bereits bestehende Rechtslage klarstellen. Dies war nach Auffassung des Gesetzgebers notwendig, da zuvor Anträge vielfach mit dem Hinweis auf nicht ausgeschöpfte ambulante Behandlungsmöglichkeiten abgelehnt wurden. Auch nach der neuen Rechtslage kommen Maßnahmen nach § 24 SGB V allerdings nur dann in Betracht, wenn das angestrebte Versorgungsziel „nicht mit anderen, gegebenenfalls wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden“ kann.<sup>34</sup> Das in allen Leistungsbereichen geltende Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V wird damit auch durch § 24 Abs. 1 Satz 4 SGB V nicht eingeschränkt und gilt deshalb auch bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren.

Sofern mit der Neuregelung beabsichtigt war, Anträge nach § 24 SGB V nicht unter Hinweis auf vorrangig wahrzunehmende ambulante Angebote abzulehnen, wurde dieses Ziel nicht erreicht. Die Erhebungen ergaben, dass sich die Entschei-

<sup>31</sup> Auch wenn dem Widerspruch stattgegeben wird, s. Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 85 Rn. 7c.

<sup>32</sup> Krasney in: Kasseler Kommentar, SGB X, § 25 Rn. 4.

<sup>33</sup> Fälle siehe unter 3.2, 3.3.

<sup>34</sup> Begründung zum GKV-WSG in BT-Drucksache 16/3100 S. 10.

dungspraxis der Krankenkassen im Vergleich zur früheren Rechtslage nicht wesentlich geändert hat. Konnten sie zuvor Anträge wegen nicht ausgeschöpfter ambulanter Maßnahmen ablehnen, können sie dies nun unter Hinweis auf die größere Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit wohnortnaher Angebote. Krankenkassen bestätigten bei den Erhebungen diesen Befund. Ob im Einzelfall die ambulante Maßnahme tatsächlich wirtschaftlicher und zweckmäßiger ist als die stationäre, lässt sich nicht generell sagen. Teilweise sind länger andauernde Therapien am Wohnort teurer als einmalige Mutter-/Vater-Kind-Kuren. 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. Zurzeit entscheiden Krankenkassen teilweise über Anträge bei gleichen Befunden mit unterschiedlichem Ergebnis. Daher sollten die Bewilligungsvoraussetzungen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren 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>35</sup> Eine Beurteilung von Anträgen allein durch nicht-medizinisches Personal von Krankenkassen muss ausgeschlossen werden.

Die Krankenkassen sollten nachdrücklich darauf hingewiesen werden, dass sie die Entscheidung über Mutter-/Vater-Kind-Kuren alleinverantwortlich treffen. Sie haben den Untersuchungsgrundsatz zu beachten und den Sachverhalt von Amts wegen vollständig zu ermitteln. Sie müssen unvollständige, unklare und fehlerhafte medizinische Begutachtungen nachbessern lassen.

Die Krankenkassen sollten auch darauf hingewiesen werden, dass ablehnende Bescheide im Antragsverfahren und Widerspruchsbescheide eine individuelle Auseinandersetzung mit dem Sachverhalt aufweisen und die tragenden Erwägungen für die Entscheidungen enthalten. Nur so erfüllen sie die sozialverfahrensrechtlichen Anforderungen und erhöhen die Akzeptanz ihrer Entscheidungen bei den Betroffenen. Dadurch kann auch verhindert werden, dass der Eindruck der Willkürlichkeit von Entscheidungen aufkommen kann.

<sup>35</sup> Für die Verordnung medizinischer Rehabilitation müssen Vertragsärzte bereits jetzt den Vordruck „Muster 61“ verwenden, s. Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte.

Mit dem auch bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren bestehenden Wirtschaftlichkeitsgebot entsteht ein Zielkonflikt mit der vom Gesetzgeber beabsichtigten Stärkung stationärer Maßnahmen. Trotz des Grundsatzes, dass ambulante Maßnahmen vorher nicht ausgeschöpft sein müssen, können Kuren unter Hinweis auf das Wirtschaftlichkeitsgebot abgelehnt und auf ambulante Maßnahmen verwiesen werden.

Der Bundesrechnungshof bittet um Stellungnahme.

## 4 Widerspruchsverfahren

### 4.1 Grundlagen

Soweit eine Krankenkasse den Antrag auf eine Mutter-/Vater-Kind-Kur ablehnt, kann der Elternteil binnen eines Monats Widerspruch erheben. Die Krankenkasse prüft die Sach- und Rechtslage erneut und kann dem Widerspruch abhelfen. Falls sie den Widerspruch zurückweisen will, muss sie den Fall ihrer Widerspruchsstelle vorlegen, die über den Widerspruch entscheidet und den Widerspruchsbescheid erlässt (§ 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG). Widerspruchsstellen sind i. d. R. Ausschüsse, die paritätisch mit Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten besetzt sind. Das Nähere regeln die Satzungen der einzelnen Krankenkassen (§ 36a SGB IV).

### 4.2 Erhebungsergebnisse

Im Widerspruchs- und Klageverfahren schalteten die Krankenkassen stets den MDK zur Beurteilung der strittigen Fälle ein. Er fertigte überwiegend Gutachten.

Eine geprüfte Krankenkasse versah keinen ihrer Ablehnungsbescheide im Antragsverfahren mit einer Rechtsbehelfsbelehrung. Zur Begründung führt die Krankenkasse an, die Zahl von Widersprüchen und der Verwaltungsaufwand sollten so verringert werden. Der Vorstand der Krankenkasse habe dies so angeordnet.

Einige geprüfte Krankenkassen verlangten von den Betroffenen eine Widerspruchsbegründung, wenn der Widerspruch selbst nicht begründet worden war. Sie erweckten dabei den Eindruck, eine solche Begründung sei notwendig, damit der Widerspruch weiter bearbeitet werden könne. So führte eine Krankenkasse aus: „Sie haben Widerspruch ... eingelegt. Für eine erneute Prüfung fehlt eine medizinische Widerspruchsbegründung.“

Einige Krankenkassen wiederholten in einem Schreiben an den Widerspruchsführer ihre ablehnende Entscheidung. Sie baten in dem Schreiben um Mitteilung, ob er den Widerspruch – jetzt in Kenntnis der wiederholten Ablehnung durch die Krankenkasse – aufrecht erhalten wolle. Häufig erweckten sie dabei den Eindruck, dass das Widerspruchsverfahren ohne diese Rückäußerung beendet sei. Eine Krankenkasse schrieb ihren Versicherten in jedem Fall der Nichtabhilfe wie folgt an: „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 Widerspruchsführer sich nicht ausdrücklich dagegen wandte, betrieb die Krankenkasse das Verfahren nicht weiter, indem sie z. B. einen Widerspruchsbescheid erließ. 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 einen Bescheid Beschwerte ist über den Rechtsbehelf zu belehren (§ 36 SGB X). Die Krankenkasse kann nicht frei darüber entscheiden, ob sie eine Rechtsbehelfsbelehrung erteilt. Folge einer fehlenden Rechtsbehelfsbelehrung ist zwar nicht die Rechtswidrigkeit des Bescheids, sondern nur, dass sich die Widerspruchsfrist von einem Monat auf ein Jahr verlängert (§ 66 SGG). Die Belehrung soll jedoch den Betroffenen in die Lage versetzen, ohne weitere Hilfsmittel Rechtsbehelf einlegen zu können.<sup>36</sup> Dieses Ziel wird nicht erreicht, wenn Krankenkassen in Ablehnungsbescheiden auf die Rechtsbehelfsbelehrung verzichten.

Die Forderung von Krankenkassen, den Widerspruch zu begründen oder ihn zurückzunehmen, ist rechtlich bedenklich, sofern Versicherten damit suggeriert wird, das Verfahren werde andernfalls nicht weiter fortgeführt. Erst recht gilt das, wenn Krankenkassen das Verfahren tatsächlich beenden, falls sich der Widerspruchsführer nicht äußert. Das Widerspruchsverfahren beginnt mit Erhebung des Widerspruchs. Es ist von Amts wegen durchzuführen und wird mit dem Widerspruchsbescheid abgeschlossen, sofern dem Widerspruch nicht abgeholfen wird (§ 85 Abs. 1, Abs. 2 SGG). Neben der Erhebung des Widerspruchs bedarf es keiner weiteren Handlungen des Widerspruchsführers. Insbesondere muss er den Widerspruch nicht begründen. Auch ist er nicht zur Rückäußerung verpflichtet, ob

<sup>36</sup> Krasney in: Kasseler Kommentar, SGB X, § 36 Rn. 2.

er den Widerspruch weiter betreiben will, wenn die Behörde nicht abhilft. Entsprechende Verlangen von Krankenkassen sind geeignet, die Versicherten in ihrer Rechtsausübung zu beeinträchtigen. Die Versicherten könnten den Eindruck gewinnen, ohne Begründung werde der Widerspruch nicht bearbeitet oder habe schon allein deshalb keine Erfolgsaussichten.

Die Krankenkassen sollten deshalb darauf hingewiesen werden, die Vorschriften des SGB X und des SGG zum Widerspruchsverfahren einzuhalten.

Der Bundesrechnungshof bittet um Stellungnahme.

## 5 Weiterleitung der Anträge an Rentenversicherungsträger

### 5.1 Rechtsgrundlagen

Mutter-/Vater-Kind-Kuren können von den Krankenkassen auch als Rehabilitationsleistungen erbracht werden (§ 41 SGB V). Während Mutter-/Vater-Kind-Kuren als Vorsorgemaßnahmen einen präventiven Ansatz verfolgen, muss der Elternteil für eine Rehabilitationsmaßnahme bereits erkrankt sein (§ 41 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 27 Abs. 1 SGB V). Außerdem muss die Rehabilitationsleistung notwendig sein, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (§ 11 Abs. 2 SGB V).

Leistungen nach § 41 SGB V sind gegenüber Leistungen anderer Rehabilitationsträger wie der Rentenversicherung mit Ausnahme von Leistungen nach § 31 SGB VI nachrangig (§ 41 Abs. 2 i. V. m. § 40 Abs. 4 SGB V). Dies bedeutet, dass die Rehabilitationsleistungen von den Krankenkassen nur erbracht werden, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.<sup>37</sup> Insbesondere kann ein Rentenversicherungsträger zuständig sein, wenn bei dem rehabilitationsbedürftigen Elternteil eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit besteht oder

<sup>37</sup> § 31 SGB VI beinhaltet insbesondere Leistungen zur Vor- und Nachbereitung von Rehabilitationen, Leistungen bei gesundheitsgefährdender Beschäftigung, Nach- und Festigungskuren bei Geschwulsterkrankungen sowie Kinderheilbehandlungen (s. Kater in: Kasseler Kommentar, SGB VI, § 31 Rn. 2 ff.). Eine konkurrierende Zuständigkeit mit Leistungen nach § 41 SGB V besteht in der Praxis nicht. Leistungen nach § 41 SGB V richten sich mit einem speziellen interdisziplinären Ansatz an Versicherte, deren Rehabilitationsbedarf aus ihrer Elternrolle resultiert. Auch erkrankte Kinder sind stets nur Begleitkinder zum rehabilitationsbedürftigen Elternteil. Leistungen nach § 31 SGB VI haben diesen elternspezifischen Ansatz nicht.

droht.<sup>38</sup>

Es muss deshalb entschieden werden, ob in diesen Fällen die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger zuständig ist. Geht ein Antrag bei einer Krankenkasse ein, hat die Krankenkasse ihre Zuständigkeit nach § 14 Abs. 1 SGB IX innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang zu prüfen. Stellt sie die Zuständigkeit eines Rentenversicherungsträgers fest, weil eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht, muss sie den Antrag unverzüglich an ihn weiterleiten. Nach Ablauf der Frist bleibt die Krankenkasse zuständig. Wird der Antrag innerhalb der Zwei-Wochen-Frist an den Rentenversicherungsträger weitergeleitet, wird dieser zuständig und zwar unabhängig davon, ob der Rentenversicherungsträger meint, es liege eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 41 SGB V vor, für die die Krankenkasse zuständig ist. Der Rentenversicherungsträger darf den Antrag nicht an die Krankenkasse zurückreichen, sondern muss die Maßnahme bewilligen. Er erhält aber seine Aufwendungen von der Krankenkasse zurück (§ 14 Abs. 4 Satz 1 SGB IX). § 14 SGB IX dient der Beschleunigung des Verfahrens und soll verhindern, dass etwaige Meinungsverschiedenheiten der verschiedenen Träger die Maßnahme zulasten der Versicherten verzögern.<sup>39</sup>

## 5.2 Erhebungsergebnisse

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

Eine solche Verweisung auf Rentenversicherungsträger ist - unabhängig von der Frage der Rechtmäßigkeit - auf folgende Weise denkbar:

- Die Krankenkasse leitet einen Kurantrag nach § 14 Abs. 1 SGB IX an den Rentenversicherungsträger weiter, da sie diesen für zuständig hält.
- Die Krankenkasse lehnt den Kurantrag ab. Sie verweist den Elternteil darauf, selbst einen Antrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen.
- Bevor der Elternteil den Kurantrag stellt, berät ihn die Krankenkasse. Sie verweist ihn darauf, den Antrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen, da ein Antrag bei der Krankenkasse keine Erfolgsaussicht habe.

<sup>38</sup> § 10 Abs. 1 SGB VI.

<sup>39</sup> S. Götz in: Kossens/von der Heide/Maaß, SGB IX, Rn. 1 ff.

Die Erhebungen haben folgende Ergebnisse gebracht:

Gelegentlich deuteten Krankenkassen Anträge auf Mutter-/Vater-Kind-Kuren in Anträge nach § 41 SGB V um, wenn sie einen Rehabilitationsbedarf feststellten. Solche Umdeutungen gingen i. d. R. auf eine Empfehlung des MDK zurück. Bei einem Rehabilitationsbedarf sahen sie häufig eine Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers, da die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund stehe. Sie leiteten aber nur in sehr wenigen Fällen die Anträge an den Rentenversicherungsträger weiter. Meist riet die Krankenkasse dem Elternteil, einen Rehabilitationsantrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen. Gelegentlich stellte sie den Vordruck gleich zur Verfügung. Den Antrag des Elternteils auf eine Mutter-/Vater-Kind-Kur lehnte sie in diesen Fällen ab.

Häufig beraten die Krankenkassen ihre Versicherten, die eine Mutter-/Vater-Kind-Kur planen, auf deren Wunsch bereits im Vorfeld der Antragstellung zu den Voraussetzungen und Erfolgsaussichten eines Antrags. Da in diesen Fällen kein Antrag gestellt wird und solche Gespräche nicht aktenkundig gemacht werden, liegen dem Bundesrechnungshof zu solchen Beratungen keine Erkenntnisse vor.

### 5.3 Würdigung

Warum die Krankenkassen - entgegen einer Vorstellung in der Öffentlichkeit - nur in sehr wenigen Fällen Anträge an die Rentenversicherungsträger weiterleiten, liegt in der kurzen Weiterleitungsfrist von zwei Wochen begründet. Innerhalb dieser Frist können die Krankenkassen in der Praxis kaum Anträge an Rentenversicherungsträger weiterleiten. Die Krankenkassen haben nach der Antragstellung ihre eigene Zuständigkeit für Rehabilitationsleistungen zu prüfen. Wenn sie zu dem Ergebnis kommen, ein anderer Sozialversicherungsträger sei zuständig, müssen sie die medizinischen Indikationen und Kontextfaktoren in einer Gesamtbeurteilung sozialmedizinisch vom MDK beurteilen lassen. Nur so können sie feststellen, ob eine mütter- bzw. väterspezifische Belastung besteht, der durch eine Maßnahme nach § 41 SGB V begegnet werden muss. Bis eine solche sozialmedizinische Stellungnahme vom MDK vorliegt, ist die Zwei-Wochen-Frist bereits verstrichen. Die Einholung der Stellungnahme des MDK hemmt die zweiwöchige

Frist nicht. Denn eine Hemmung für den Fall, dass zur Klärung der Zuständigkeiten ein Gutachten eingeholt werden muss, sieht § 14 SGB IX nicht vor.<sup>40</sup>

Ohnehin könnte eine Krankenkasse ihre Pflicht, die Ausgaben für Mutter-/Vater-Kind-Kuren zu übernehmen, nicht auf den Rentenversicherungsträger abwälzen. Ihr entsteht kein wirtschaftlicher Vorteil, auch wenn sie den Kurantrag unzutreffend an den Rentenversicherungsträger abgibt:

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

Der Bundesrechnungshof bittet um Stellungnahme.

## 6 Zusammenfassende Stellungnahme

Die Entscheidungen der Krankenkassen zu Mutter-/Vater-Kind-Kuren haben sich zum überwiegenden Teil als nicht transparent und nicht nachvollziehbar erwiesen. Es bestehen auch Zweifel, ob innerhalb von Krankenkassen und Krankenkassen übergreifend die Versicherten gleichbehandelt werden. Da es sich bei den Mutter-/Vater-Kind-Kuren um bundesweit einheitlich geregelte gesetzliche Pflichtleistungen handelt, ist eine Gleichbehandlung dringend geboten. Die vom Bundesrechnungshof festgestellte Entscheidungspraxis bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren könnte bei den Versicherten den Eindruck der Willkür von Entscheidungen vermitteln.

Ein Grund für die aufgezeigten Mängel sind unzureichende sozialmedizinische Beurteilungen durch den MDK, die die Krankenkassen in ihren Entscheidungen zu oft unkritisch übernehmen. Die zwar verbindlichen, aber in ihren Voraus-

<sup>40</sup> Kern, Rechtliche und praktische Probleme mit § 14 Abs. 1 SGB IX, ZFSH SGB 2010, 397, 399.

setzungen zu unbestimmten Begutachtungs-RL begünstigen dies. Sie führen zudem dazu, dass die Krankenkassen und die Gutachter von Fall zu Fall unterschiedliche Vordrucke für ärztliche Atteste, Selbstauskünfte der Versicherten und Darstellung von Begutachtungsergebnissen verwenden, die eine Vereinheitlichung der Entscheidungspraxis weiter erschweren. Die Begutachtungs-RL sollten daher konkreter gefasst werden. Auch sollten Krankenkassen und MDK verpflichtet werden, einheitliche Vordrucke, die an die Begutachtungs-RL angepasst sind, zu verwenden.

Im Widerspruchsverfahren beachten die Krankenkassen nicht immer die verfahrensrechtlichen Vorschriften. Teilweise versuchen sie ihren Verwaltungsaufwand zu vermindern, indem sie ihre Ablehnungsbescheide nicht mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen, Versicherte zur Rücknahme des Widerspruchs drängen oder eine Widerspruchsbegründung verlangen, bevor sie das Verfahren weiter fortsetzen. Krankenkassen sollten auf die verpflichtende Einhaltung der gesetzlichen Regelungen hingewiesen werden.

Krankenkassen erlangen keine wirtschaftlichen Vorteile, wenn sie Versicherte zu Unrecht auf die Zuständigkeit von Rentenversicherungsträgern verweisen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob sie Anträge zu Unrecht nach § 14 SGB IX an Rentenversicherungsträger weiterleiten oder Versicherte dazu bringen, den Antrag selbst beim Rentenversicherungsträger zu stellen. Sie haben in jedem Fall die Kosten zu tragen, sofern materiell die Voraussetzungen für eine Mutter-/Vater-Kind-Kur vorliegen.

Rienhardt

Rosauer



Beglaubigt

I. Popiawa  
Angestellte