



Berlin, den 15.05.2006

**Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkrankeanstalten e.V.
zur
Entwicklung der Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge- und
Rehabilitationsleistungen nach §§ 24, 41 SGB V**

Der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V. (BDPK) vertritt bundesweit insgesamt 1200 Kliniken der Akut-, Vorsorge- und der Rehabilitationsmedizin in privater Trägerschaft. Im Leistungsbereich der Vorsorge und Rehabilitation für Eltern mit ihren Kindern agieren neben knapp 90 Einrichtungen des Müttergenesungswerks rund 70 Kliniken in privater Trägerschaft, bei denen medizinische Behandlungskonzepte für Erkrankungen von Müttern und Vätern mit ihren Kindern im Vordergrund stehen. Damit geht gerade in diesen Einrichtungen eine entsprechende medizinisch therapeutische Infrastruktur (qualifiziertes ärztliches und therapeutisches Personal und diagnostisch/therapeutische Ausstattung) einher.

Daher hat der BDPK als anhörungsberechtigte Organisation am Anhörungsverfahren für das Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (Elftes SGB V-Änderungsgesetz) vom 26. Juli 2002 mitgewirkt und die damit verbundenen Zielstellungen – Verbesserung der Versorgung durch Vollfinanzierung der Leistung durch die Krankenkassen und Sicherung der Qualität und Effizienz der Leistungen – begrüßt.

Stationäre Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen für Eltern und Kind sind effektiv und sinnvoll, wenn sie unter Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Besonderheiten auf einem hohen therapeutischen Standard erbracht werden. Durch die gesundheitliche



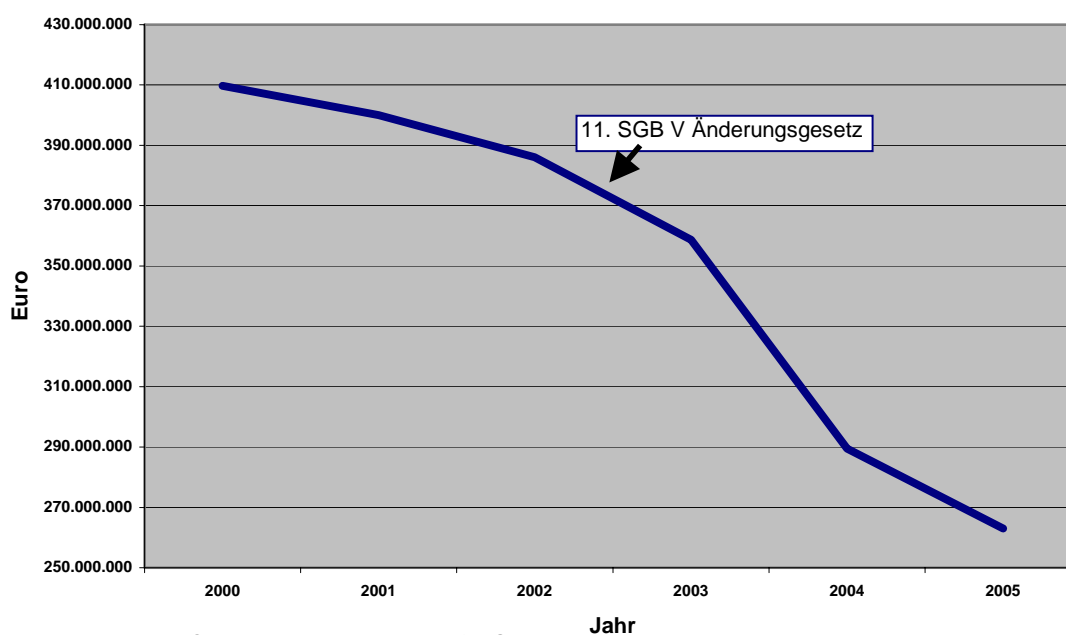
Stabilisierung der Mutter bzw. des Vaters wird die Basis für eine gezielte Gesundheitsentwicklung der gesamten Familie geschaffen. Die Kinder von heute sind Eckpfeiler unserer Gesellschaft von Morgen. Die Förderung der Familie steht daher im Fokus der heutigen Zeit. Ohne Gesundheit ist keine stabile Zukunft zu erwarten.

Vier Jahren nach Inkrafttreten des Elften SGB V-Änderungsgesetzes muss festgestellt werden, dass die Ziele nicht erreicht wurden:

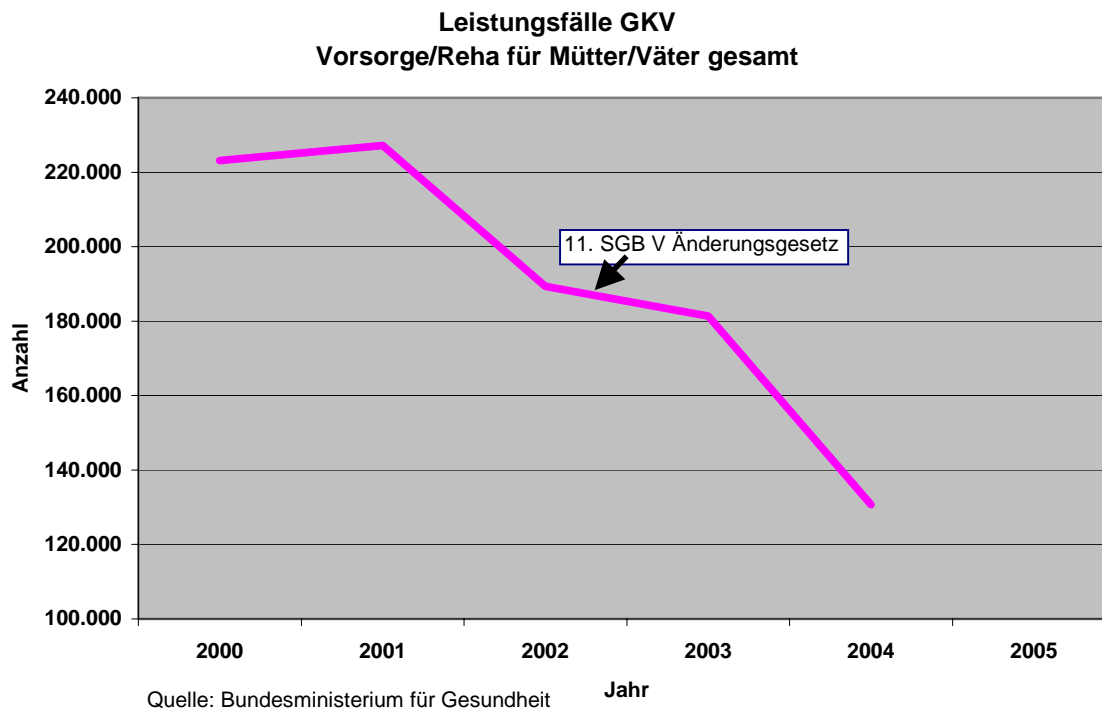
1. Massiver Rückgang der durchgeführten Leistungen

Eine Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für diesen Personenkreis ist entgegen der Intension des Gesetzgebers nicht eingetreten. Mit Einführung des Elften SGB V-Änderungsgesetzes im Juli 2002 wurden Mehrkosten für den Leistungsbereich in Höhe von jährlich 5 Mio. Euro prognostiziert. Tatsächlich sind seit dem Inkrafttreten des Gesetzes über 120 Mio. Euro weniger pro Jahr als noch im Jahr 2002 ausgegeben worden. Die Ausgaben von 2002 bis 2005 haben sich somit um ca. 30% reduziert. Die Fallzahlen sind ebenfalls um etwa 30% und etwa 60.000 Fälle gesunken.

**Leistungsausgaben GKV
Vorsorge/Reha für Mütter/Väter gesamt**



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit



Dieser Rückgang kann mit großer Sicherheit nicht mit einem abnehmenden Leistungsbedarf erklärt werden. Vielmehr ist der Rückgang von Fallzahlen und Ausgaben für das Leistungssegment Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in erster Linie auf die äußerst restriktive Prüfung und Bewilligung von Mutter-/Vater-Kind-Anträgen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und die Krankenkassen zurückzuführen. Erhebliche Ausgabenrückgänge werden durch das Haushaltsbegleitgesetzes erwartet, das die Zuschüsse an die Krankenkassen aus den Tabaksteuern ab dem 01.01.2007 von 4,2 Mrd. Euro zunächst auf 1,5 Mrd. Euro absenkt und ab dem 01.01.2008 völlig streicht.



Statistiken von Leistungserbringern belegen, dass im Widerspruchsverfahren fast 75% der Maßnahmen genehmigt werden. Notwendig erscheint, die Krankenkassen im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation zur Führung einer amtlichen Antrags- und Bewilligungsstatistik zu verpflichten.

Die Krankenkassen begründen diese hohe Zahl der erfolgreichen Widersprüche damit, dass in vielen Fällen die eingereichten Antragsunterlagen nicht aussagefähig genug seien, um den Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedarf adäquat prüfen zu können. Deshalb würden Anträge zunächst abgelehnt. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf die Bedenken des Bundesbeauftragten für den Datenschutz, der die Abfrage von familiären und sozialen Risikofaktoren (Kontextfaktoren) unterbindet, die für die Leistungsentscheidung durch die Krankenkassen notwendig sind. Durch das von uns unter 3. a) vorgeschlagene uneingeschränkte Ordnungsrecht des Vertragsarztes ließe sich diese Problematik lösen.

Zu erheblichen Verunsicherungen beim Antragsverfahren sorgt auch die unklare Zuständigkeit zwischen Kranken- und Rentenversicherung bei Müttern und Vätern, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 11 SGB VI erfüllen. In diesen Fällen verweist die Krankenversicherung an den zuständigen Rentenversicherungsträger. Dieser hingegen lehnt die Leistung ab, weil er für Rehabilitationsleistungen von Müttern/Vätern und Kindern im Sinne des § 41 SGB V nicht zuständig ist. Eine routinemäßige Rückführung des vom Rentenversicherungsträger abgelehnten Rehabilitationsantrages an die Krankenkasse erfolgt nicht. Die Antragsprozedur beginnt - sofern die Mutter bzw. der Vater hierzu noch die Kraft hat - von Neuem. Die politische Entscheidung ist zu treffen, ob ein adäquater Leistungsanspruch für Mutter-/Vater-Kind-Leistungen im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) geschaffen werden, oder ob die ausschließliche Zuständigkeit für diese Leistungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbleiben soll. Für letzteren Fall ist die Verweisung an den Rentenversicherungsträger wegen Erfolglosigkeit des Antrages gesetzlich zu verhindern.



2. Qualität und Effizienz der Leistung auf hohem Niveau

Ein weiteres Ziel des „Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter“ war die Gewährleistung der Qualität und Effizienz von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter/Väter und ihre Kinder auf einem hohen Niveau. Auch dieses Ziel ist ins Gegenteil verkehrt worden.

Die Strukturqualität der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter/Väter und Kinder wurden im Jahr 2003 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer vereinbart. Die heutige Genehmigungspraxis führt dazu, dass die Krankenkassen auch bei eindeutigen Indikationen für Rehabilitationsleistungen aus Kostengründen Leistungen der Vorsorge genehmigen. Damit wird dem Versorgungsbedarf der Patienten wegen niedrigerer Vergütungssätze in der Vorsorge nicht entsprochen.

Weiterhin wird der im Einzelfall bei Kindern vorhandene Behandlungsbedarf in der Leistungsentscheidung negiert. Die Folge ist, dass die Krankenkassen bei Kindern lediglich die Kosten für die Aufnahme von Begleitkindern zu wesentlich geringeren Vergütungssätzen übernehmen wollen, obwohl bereits in den Anforderungsprofilen zum § 111a SGB V eindeutig festgelegt wurde, dass es bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen keine Begleitpersonen im herkömmlichen Sinne gibt. Eine therapeutisch hochwertige Leistung ist damit wirtschaftlich nicht zu erbringen.

Die Effizienz von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter/Väter und Kinder ist nur gegeben, wenn die Leistungen auch zielgruppenorientiert von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Lösungsansätze zu 3. a).

Erschwerend kommt hinzu, dass Einrichtungen des Müttergenesungswerkes Subventionen vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erhalten. Die Einrichtungen in privater Trägerschaft hingegen erhalten diese Subventionen nicht. Die hierdurch entstehende Schieflage im Wettbewerb dieser Einrichtungen zueinander muss beendet werden.



3. Lösungsansätze/Forderungen

Damit Leistungen im erforderlichen Umfang erbracht werden, wird auf die Gesetzesinitiative des BDPK „durch Rehabilitation Pflege vermeiden“ verwiesen.

Durch die Umsetzung der folgenden gesetzgeberischen Aktivitäten ist die vom Gesetzgeber gewollte Intention einer umfassenden Versorgung von Müttern/Vätern und Kindern mit zielgruppenspezifischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen erreichbar:

a) Uneingeschränktes Ordnungsrecht des Arztes

➤ Begrenzung der Prüfverpflichtung durch den MDK auf Verlängerungsanträge

Die Prüfverpflichtung der Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen nach § 275 SGB V ist auf Verlängerungsanträge zu begrenzen. Nach § 73 SGB V ist die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Leistungen Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung. Es dürfen nach der Rehabilitations-Richtlinie nur qualifizierte Ärzte Rehabilitationsleistungen verordnen. Bedarf für eine darüber hinausgehende, patientenferne Begutachtung von Erstanträgen durch Ärzte des MDK und eine darauf beruhende zusätzliche Genehmigung besteht nicht und hat dazu geführt, dass die Leistungen nicht im erforderlichen Umfang genehmigt werden.

Für die Herausnahme des MDK aus dem Antragsverfahren spricht auch die Tatsache, dass sich sehr oft die Mütter bei einer persönlichen Vorstellung bei den MDK Gutachter/innen, durch die Art der Fragen in ihrem Mutterdasein gedemütigt und in ihrer Persönlichkeit gekränkt fühlen. Bewusst oder unbewusst verstoßen die Ärzte/innen gegen ihre eigenen Begutachtungsrichtlinien, sie halten sich nicht an die vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) vorgegebenen Zugangsindikationen für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen, sie entscheiden willkürlich und nach Kassenlage der Kostenträger.



Der BDPK fordert:

§ 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wird gestrichen.

§ 275 Abs. 2 Nr. 1 erster Halbsatz SGB V wird wie folgt geändert:

die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

„1. die Notwendigkeit der Verlängerung von Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans; die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam...“

➤ **Begrenzung der Kompetenzen der Krankenkassen bei der Leistungsentscheidung**

Das Recht der Krankenkassen aus § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V, den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls entsprechend Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen, führt regelhaft zu Kollisionen mit der ärztlichen Verordnung sowie den Wunsch- und Wahlrechten der Versicherten nach § 9 Abs. 1 SGB IX. Die Vorschrift ist daher zu ändern. Die Krankenkasse soll den Versicherten und den verordnenden Vertragsarzt nur bei der Auswahl der geeigneten Rehabilitationseinrichtung beraten. Der behandelnde Arzt soll gemeinsam mit dem Patienten über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der medizinischen Rehabilitation entscheiden.

Der BDPK fordert:

§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkasse berät den Versicherten unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Verordnung und der Regelungen des § 9 SGB IX über geeignete Rehabilitationseinrichtungen. Die Krankenkasse vereinbart nach der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung mit dieser die notwendigen Regelungen zur Aufnahme des



Patienten. Abweichungen von der vertragsärztlichen Verordnung erfolgen nur in Abstimmung mit dem Versicherten und dem verordnenden Vertragsarzt.“

Die bisherigen Sätze 2 bis 4 des § 40 Abs. 3 bleiben unverändert und werden in ihrer Nummerierung angepasst.

➤ **Wegfall der jährlichen Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Rehabilitationsleistungen**

Die jährliche Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen für stationäre Rehabilitation muss entfallen.

Der BDPK fordert:

§ 40 Abs. 3 Satz 5 SGB V wird gestrichen.

➤ **Einbeziehung aller Leistungen zur medizinische Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich**

Es ist erforderlich alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Risikostrukturausgleich einzubeziehen.

Der BDPK fordert:

§ 266 Abs. 4 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„Aufwendungen für *Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 40)*...“

In diesem Zusammenhang ist die korrespondierende Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSA-V) anzupassen.



b) Klärung der Leistungszuständigkeit GRV/GKV

Der BDPK fordert:

Verhinderung einer Weiterleitung von Anträgen auf Mutter-/Vater-Kind-Leistungen an die Rentenversicherung oder Aufnahme der medizinische Rehabilitation von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in den Leistungskatalog der Rentenversicherung.

c) Keine Investitionsförderung einzelner Einrichtungen

Die Investitionsförderung einzelner Einrichtungen kann einen fairen Wettbewerb nicht gewährleisten.

Der BDPK fordert:

Entweder werden alle, also in privater und gemeinnütziger Trägerschaft gleichermaßen gefördert, oder die Förderung ist generell einzustellen bzw. zu beenden.



Ihr Ansprechpartner:

Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer des
BUNDESVERBANDES DEUTSCHER
PRIVATKRANKENANSTALTEN e.V.
Robert-Koch-Platz 4
10115 Berlin
Tel.: 0 30 - 2 40 08 99 -0
Fax: 0 30 - 2 40 08 99 -30
[mailto: info@bdpk.de](mailto:info@bdpk.de)
<http://www.bdpk.de>

Der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V., BDPK, vertritt die Interessen von mehr als 1.200 Kliniken der Akut-, Vorsorge- und der Rehabilitationsmedizin in privater Trägerschaft. Er ist damit maßgeblicher Spitzenverband der vorgenannten privatwirtschaftlich tätigen Leistungserbringer. Der BDPK hält für seine Mitglieder die politischen Kontakte zur Bundespolitik und den relevanten Organisationen auf Bundesebene.

Der BDPK vertritt bundesweit auch Einrichtungen in privater Trägerschaft, die qualitativ hochwertige Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter/Väter und ihre Kinder nach §§ 24, 41 SGB V als gleichartige Einrichtungen nach § 111a SGB V erbringen.