

Umsetzungsempfehlungen

**des GKV-Spitzenverbandes,
der Verbände der Krankenkassen
auf Bundesebene
und
des MDS**

im Zusammenhang mit

**Anträgen auf Leistungen zur medizinischen
Vorsorge und Rehabilitation
für Mütter und Väter nach
§§ 24, 41 SGB V**

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	3
2	Aufklärung, Auskunft und Beratung	4
3	Antragsverfahren	4
	3.1 Verordnung.....	4
	3.2 Entscheidung über die Einschaltung des Medizinischen Dienstes	4
	3.3 Selbstauskunft	5
4	Grundsätze der Anspruchsprüfung	6
	4.1 Aktuelle Erziehungsverantwortung.....	6
	4.2 Gutachterliche Empfehlungen.....	7
	4.3 Charakteristik medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24 und 41 SGB V.....	7
	4.4 Indikationskriterien für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24 und 41 SGB V.....	8
	4.5 Kontextfaktoren	10
	4.6 Kein Grundsatz „ambulant vor stationär“.....	13
	4.7 Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen	14
	4.8 Begründung der MDK-Empfehlung	14
5	Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse	15
	5.1 Amtsermittlungspflicht.....	15
	5.2 Gleichbehandlungsgrundsatz.....	15
	5.3 Wunsch- und Wahlrecht.....	15
	5.4 Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsentscheidung	16
	5.5 Rechtsbehelfsbelehrung/Widerspruchsverfahren.....	16
	5.6 Akteneinsicht	17
	5.7 Weiterleitung des Antrags an den zuständigen Träger.....	17
6	Ausblick	17

1 Hintergrund

Versicherte haben unter den gesetzlich genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung. Sie haben darüber hinaus bei medizinischer Indikation Anspruch auf entsprechende Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Die Voraussetzungen und Ziele sowie die Inhalte und Indikationen von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sind in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation konkretisiert.

Aus der Praxis liegen Hinweise darauf vor, dass einzelne Regelungen dieser Begutachtungsgrundlagen einer Ergänzung bzw. Konkretisierung bedürfen und auch Klarstellungen zu einigen leistungsrechtlichen Regelungen sowie den maßgeblichen Verwaltungsgrundsätzen erfolgen sollten, um eine einheitliche Rechtsauslegung sicherzustellen und die Transparenz über die sozialmedizinischen Empfehlungen und Leistungsentscheidungen zu erhöhen. Diese Umsetzungsempfehlungen sollen dazu beitragen, dass vorsorge- oder rehabilitationsbedürftige Versicherte ihren Anspruch auf eine medizinisch erforderliche Maßnahme verwirklichen können. Mit diesen Zielsetzungen wurden flankierend zu entsprechenden Anpassungen in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation diese Umsetzungsempfehlungen erstellt.

Diese Umsetzungsempfehlungen gelten im Hinblick auf die noch nicht abgeschlossenen Beratungen über einheitliche Vordrucke (s. Ziffer 3.1 und 3.3) als vorläufige Umsetzungsempfehlungen.

2 Aufklärung, Auskunft und Beratung

Die Krankenkassen sind nach §§ 13, 14 und 15 SGB I verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch aufzuklären sowie die Versicherten über ihre Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch zu beraten und über alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung sie im Stande sind, Auskunft zu erteilen.

3 Antragsverfahren

3.1 Verordnung

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene empfehlen, für die Verordnung einer stationären Vorsorgeleistung für Mütter und Väter gemäß § 24 SGB V den in der Anlage¹ beiliegenden Vordruck zu verwenden bzw. bei der Verwendung kassenartspezifischer Layouts die Inhalte dieses Vordrucks in entsprechender Reihenfolge zu übernehmen. Hierdurch wird erreicht, dass

- *die Leistungsentscheidung der Krankenkasse/Begutachtungsempfehlung des Medizinischen Dienstes transparent auf einheitlichen Informationsgrundlagen erfolgt und insoweit einheitlich organisiert werden kann sowie*
- *bei den Anwendern der Verordnungsvordrucke Mehraufwand und ggf. Fehlinterpretationen allein durch die unterschiedliche Aufbereitung und Formulierungen vermieden werden.*

Verordnungen von medizinischen Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41 SGB V) erfolgen auf dem verbindlichen Muster 61.

3.2 Entscheidung über die Einschaltung des Medizinischen Dienstes

Nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V haben die Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst die Notwendigkeit u.a. der Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung prüfen zu lassen. Nach der in diesem Zusammenhang beschlossenen „Richtlinie MDK-Stichprobenregelung“ des GKV-Spitzenverbandes vom 02.07.2008 sind die Krankenkassen unabhängig von der Prü-

¹ Die Beratungen über einheitliche Verordnungsvordrucke sind noch nicht abgeschlossen. Es wird empfohlen, bis auf Weiteres die aktuell eingesetzten Vordrucke zu verwenden und Anträge auf Vordrucken des MGW zu akzeptieren

fung in Stichproben verpflichtet, in Zweifels- oder Problemfällen eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Dies gilt insbesondere bei

- Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung aufgrund unvollständiger oder nicht plausibler Angaben in den Antragsunterlagen zu Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -zielen sowie
- Leistungen vor Ablauf von vier Jahren, wenn sich die aus medizinischen Gründen erforderliche Dringlichkeit nicht zweifelsfrei aus den Antragsunterlagen ergibt.

Diese Regelungen verdeutlichen, dass die Krankenkassen nach der Intention des Gesetzgebers Leistungsentscheidungen auch ohne die Einschaltung des MDK treffen können. Dies wird insbesondere bei positiven Leistungsentscheidungen möglich sein, da es sich in Fällen einer beabsichtigten Ablehnung der beantragten und verordneten Leistungen regelhaft um Zweifels- oder Problemfälle im o.g. Sinne handeln dürfte.

3.3 Selbstauskunft

Sofern ergänzend zu den vorliegenden Antragsunterlagen weitere Informationen der/des Versicherten, insbesondere zu den maßgeblichen Kontextfaktoren, erforderlich sind, sollten diese über eine Selbstauskunft bei der/dem Versicherten eingeholt werden.

Bei der Verwendung von Selbstauskunftsbögen ist generell zu beachten, dass diese nur gezielt eingesetzt werden dürfen, wenn die abgefragten Informationen für eine Beurteilung des MDK als Grundlage der Leistungsentscheidung der Krankenkasse erforderlich sind. Insbesondere wenn besonders sensible Daten abgefragt werden und ein Zusammenhang mit einer Leistungsentscheidung für die Versicherten nicht offenkundig ist, sollte eine qualifizierte Belehrung über den Zweck der Erforderlichkeit der Datenerhebung erfolgen.

Die Klärung der Frage, ob ergänzend zu den vorliegenden Antragsunterlagen eine Selbstauskunft erforderlich ist, erfolgt einzelfallbezogen. Wird die Einholung einer Selbstauskunft als erforderlich angesehen, ist diese zur ausschließlichen Einsichtnahme durch den MDK von Seiten der Krankenkasse bei der/dem Versicherten anzufordern. Die/Der Versicherte sollte aufgefordert werden, den ausgefüllten Selbstauskunftsbogen in einem verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift: „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) – ärztliche Unterlagen, nur vom MDK zu öffnen“ an die Krankenkasse zu senden. Es wird empfohlen, dem Anforderungsschreiben einen entsprechend vorbereiteten Briefumschlag beizufügen. Die Selbst-

auskünfte dürfen aus datenschutzrechtlichen Gründen von Seiten der Krankenkasse weder eingesehen noch dokumentiert werden. Zum Amtsermittlungsgrundsatz siehe Abschnitt 5.1

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene empfehlen, für die Einholung von Selbstauskünften den in der Anlage² beigefügten Vordruck einzusetzen. Dieser erfüllt nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene bei einem gezielten individuellen Einsatz die vorgenannten grundlegenden Anforderungen.

4 Grundsätze der Anspruchsprüfung

Vor dem Hintergrund der eingangs skizzierten Ausgangslage wurden unter Berücksichtigung von Hinweisen und Anregungen von Seiten der Leistungserbringerverbände Änderungen und Klarstellungen in der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation vorgenommen, die insbesondere folgende Aspekte betreffen:

- Klarstellung, dass komplexe Leistungen nach §§ 24, 41 SGB V nur stationär erbracht werden können,
- Ergänzung und Konkretisierung der Ausführungen zur Bedeutung umwelt- und personbezogener sowie mütter-/vaterspezifischer Kontextfaktoren,
- Veranschaulichung des Begutachtungsablaufs durch Darstellung eines Algorithmus,
- Klarstellung, dass Rentenversicherungsträger keine Mutter-/Vater-Kind-Leistungen erbringen (s. Ausführungen unter 5.7).

Basierend auf den damit konkretisierten Begutachtungsgrundlagen werden nachfolgend die wesentlichen Aspekte der sozialmedizinischen Begutachtung im Zusammenhang mit Anträgen auf medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V skizziert.

4.1 Aktuelle Erziehungsverantwortung

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24, 41 SGB V können von Versicherten nachgefragt werden, die

- leibliche Kinder,
- Adoptivkinder,
- Stiefkinder,

² Die Beratungen über den Vordruck Selbstauskunft sind noch nicht abgeschlossen.

- Pflegekinder,
- Enkelkinder (bei überwiegender Erziehungsverantwortung der Großeltern) oder
- Kinder in Patchworkfamilien

aktuell erziehen und betreuen. Von einer aktuellen Erziehungsverantwortung kann grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes ausgegangen werden. In zu begründenden Einzelfällen (insbesondere bei Leistungsbezug nach dem SGB VIII) kann auch darüber hinaus eine Erziehungsverantwortung vorliegen.

Für im Haushalt lebende, behinderte Kinder kann die Erziehungsverantwortung auch über das 18. Lebensjahr hinaus gegeben sein³.

4.2 Gutachterliche Empfehlungen

Die sozialmedizinischen Gutachter des MDK geben ihre Empfehlungen auf der Grundlage der einschlägigen Gesetze sowie der geltenden Begutachtungs-Richtlinien nach § 282 SGB V, die den gesetzlichen Rahmen detaillierter ausführen. Im konkreten Einzelfall muss der Gutachter unter Einsatz seiner ärztlichen und sozialmedizinischen Kompetenz entscheiden, ob die jeweiligen Gegebenheiten des Einzelfalls diesen Vorgaben entsprechen, beispielsweise die Indikationskriterien für eine Leistung nach §§ 24, 41 SGB V erfüllt sind.

Neben sozialmedizinischem Wissen erfordert diese Entscheidung aber auch eine hohe Professionalität. Allein die Berücksichtigung sozialmedizinischer Kriterien ermöglicht es, dass vergleichbare Sachverhalte auch vergleichbar beurteilt und nachvollziehbar begründet werden. Persönliche Einstellungen und Werturteile dürfen dabei nicht in die Entscheidungsfindung einfließen. Diese Grundsätze gelten gleichermaßen für die Leistungsentscheidungen durch die Krankenkassen, die ohne Einschaltung des MDK getroffen werden.

4.3 Charakteristik medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24 und 41 SGB V

Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen nach den §§ 24 bzw. 41 SGB V stellen eine **zielgruppenspezifische** Form der stationären medizinischen Vorsorge- bzw. medizinischen Rehabilitationsleistung dar.

³ Diese Definitionen einer aktuellen Erziehungsverantwortung sind unabhängig von der Regelung in Ziffer 3.5.1 der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation zu sehen, wonach die Möglichkeit zur Mitaufnahme von Kindern in der Regel für Kinder bis 12 Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahren und für behinderte Kinder ohne Altersgrenze besteht.

Sowohl medizinische Vorsorge- als auch Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sind **Komplexleistungen**, die durch ein interdisziplinäres Team sowie einen mehrdimensionalen Behandlungsansatz im Sinne einer ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Herangehensweise gekennzeichnet sind:

- Interdisziplinarität bedeutet, dass mehrere Berufsgruppen an der Therapie beteiligt sind und sich miteinander absprechen.
- Von einem mehrdimensionalen Behandlungsansatz spricht man, wenn die einzelnen Behandlungsangebote inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sein müssen. Das einfache Nebeneinander unterschiedlicher Therapieformen reicht dafür nicht aus.

Das Charakteristikum medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter ist, dass neben den allgemeinen die **mütter- bzw. väterspezifischen Lebenszusammenhänge (Kontextfaktoren)** von besonderer Bedeutung sind. Dieser Gewichtung des Lebenshintergrundes in Verbindung mit dem Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken von Müttern und Vätern unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken, tragen Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V in besonderem Maße Rechnung. Seit 2001 sind diese Einrichtungen verpflichtet, **medizinische Anforderungsprofile** zu erfüllen.

Die Kriterien der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsindikation (Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -prognose und -ziele) sind identisch mit denen, die für Leistungen nach §§ 23 bzw. 40 SGB V gelten.

4.4 Indikationskriterien für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24 und 41 SGB V

Grundvoraussetzung für die Gewährung einer Leistung nach §§ 24 und 41 SGB V ist das Vorliegen eines Gesundheitsproblems. Unter dem Begriff Gesundheitsproblem werden nicht nur Krankheiten und Verletzungen, sondern auch Gesundheitsstörungen subsumiert.

Gesundheitsstörungen können in Verbindung mit negativen Einflüssen aus dem Lebenshintergrund einer Mutter/eines Vaters (Kontextfaktoren) ohne die Einleitung gesundheitsfördernder Maßnahmen nicht selten zu einer Krankheit führen. Beispielsweise finden sich bei Müttern/Vätern gehäuft nachfolgend genannte Gesundheitsstörungen:

- Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom)

- unspezifische muskuloskeletale Beschwerden,
- Anpassungsstörung,
- Unruhe- und Angstgefühle,
- depressive Verstimmung,
- Schlafstörungen,
- Kopfschmerzen,
- Unter-/Über-/Fehlernährung,
- funktionelle Magen-Darm-Probleme,
- funktionelle Sexualstörungen.

Im Antragsverfahren auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsleistung für Mütter und Väter müssen die Kriterien:

- Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit
 - Vorsorge-/Rehabilitationsfähigkeit
 - realistische und alltagsrelevante Vorsorge-/Rehabilitationsziele und
 - eine positive Prognose
- vorliegen.

Vorsorgebedürftigkeit besteht dann, wenn

- beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden

oder

- krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindert bzw. dem Krankheitsprozess entgegengewirkt werden soll

und

- hierfür die Behandlung des Gesundheitsproblems im ambulanten/vertragsärztlichen Bereich insbesondere vor dem Hintergrund mütter-/väterspezifischer Problemkonstellationen nicht ausreicht **und** ein komplexer Behandlungsansatz erforderlich ist.

Analog hierzu kann **Rehabilitationsbedürftigkeit** nachvollzogen werden, wenn insbesondere in Verbindung mit negativen Einflüssen aus dem Lebenshintergrund einer Mutter/eines Vaters krankheitsbedingt

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen

oder

- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen

und

- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Im Prozess der gutachterlichen Entscheidungsfindung ist es erforderlich, eine der vorgenannten Problemkonstellationen aus den antragsbegründenden Unterlagen transparent aufzuzeigen, damit nachvollziehbar ist, warum nur ein interdisziplinärer komplexer Behandlungsansatz im Rahmen einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung für Mütter und Väter erfolgversprechend ist. Dabei ist es unerheblich, ob Maßnahmen der kurativen Versorgung bereits in einem bestimmten Maße in Anspruch genommen wurden, wenn diese offensichtlich nicht ausreichen, das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen.

Bezüglich der **Vorsorge-/Rehabilitationsfähigkeit** muss eine ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit für die Maßnahme bestehen. Sofern keine gegenteiligen Informationen vorliegen, ist dies bei Anträgen auf medizinische Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter anzunehmen. Insbesondere bei Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V kann von einer hohen Motivation für die Leistung ausgegangen werden.

Vorsorge-/Rehabilitationsziele müssen sich auf das antragsbegründende Gesundheitsproblem beziehen und sollten vor dem Hintergrund der jeweiligen Kontextfaktoren realistische sein, um eine positive Prognose anzunehmen. So können zwar beispielsweise im Rahmen einer 3-wöchigen Maßnahme keine Nikotinabstinenz oder relevante Gewichtsreduktion erzielt werden, hingegen lassen sich Impulse für eine Lebensstiländerung setzen.

4.5 Kontextfaktoren

Umwelt- und personbezogene Faktoren sind im Zusammenhang mit mütter-/väter-spezifischen Problemkonstellationen von entscheidender Bedeutung. Ihr Einfluss wird bei der gutachterlichen Klärung, ob die beantragte Leistung die geeignete Maßnahme für das zugrundeliegende Gesundheitsproblem darstellt, bewertet. Dabei werden allgemeine von mütter-/väter-spezifischen Kontextfaktoren unterschieden.

Allgemeine Kontextfaktoren können ganz generell die Notwendigkeit einer komplexen Leistung untermauern. Nachfolgend seien beispielhaft Kontextfaktoren im Zusammenhang mit Leistungen nach §§ 23, 24 und 40, 41 SGB V genannt:

- Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner
- Tod des Partners bzw. naher Angehöriger
- chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen
- Verantwortung für die Pflege von Familienangehörigen
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung, insbesondere von Alltagsproblemen
- ständiger Zeitdruck

- finanzielle Sorgen
- Arbeitslosigkeit/berufliches Anforderungsprofil (Überforderung)
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse

Jeder einzelne dieser beispielhaft genannten Kontextfaktoren kann im Sinne der Wechselwirkungen des bio-psycho-sozialen Modells mitverantwortlich für das Auftreten oder die Verschlimmerung der Gesundheitsstörung sein. Aufgrund des Familienkontextes können diese eine besondere mütter-/väterspezifische Belastung entfalten und damit in eine mütter-/väterspezifische Problemkonstellation münden.

Daneben können die nachfolgenden beispielhaft genannten negativ wirkenden mütter-/väterspezifischen Kontextfaktoren relevant sein:

- Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie oder Pflege von Angehörigen im Kontext von Erziehungsverantwortung bei mangelnden Fähigkeiten/Möglichkeiten der Kompensation
- mangelnde Grundkompetenzen (Sozial-, Selbst- und Handlungskompetenzen) im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters
- Erziehungsschwierigkeiten, mangelnde Erziehungskompetenz
- Teenagerschwangerschaft
- erhöhte Belastung, beispielsweise durch häufige, über das alterstypische Maß hinausgehende, Infekte der Kinder oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburt
- beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
- allein erziehend, weil nicht in Lebensgemeinschaft lebend
- mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung
- fehlende Anerkennung der Mutter-/Vater-Rolle
- nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/des Mannes in der Familie

Die klassischen Risikofaktoren wie übermäßiger Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenkonsum, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung sowie Adipositas fördern die Problematik und sind deshalb ebenfalls zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund ist in einer Gesamtbetrachtung einzelfallbezogen zu beurteilen, ob die im Antragsverfahren erkennbaren Kontextfaktoren (allgemeine und mütter-/väterspezifische) im Zusammenhang mit der Erziehungsverantwortung zu einer mütter-/väterspezifischen Problemkonstellation führen, die das Gesundheitsproblem bedingt, unterhält oder verstärkt und eine Vorsorgeleistung in einer Mütter-/Väter- bzw. Mütter-/Väter-Kind-Einrichtung erfordert.

4.7 Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V können als Mutter- bzw. Mutter-Kind-Maßnahme oder als Vater- bzw. Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden. Sollen sie als Mutter-/Vater-Kind-Leistungen durchgeführt werden, ist für deren Empfehlung die Indikation für die Mutter/den Vater maßgebend. Sofern das Kind eine eigene Behandlungsbedürftigkeit aufweist, ist im Antragsverfahren der Mutter/des Vaters zu klären, ob das Kind entsprechend seiner Indikation in der Einrichtung behandelt und dann mit aufgenommen werden kann. Ebenfalls kann die Mitaufnahme des Kindes medizinisch begründet sein, wenn beispielsweise eine gestörte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung im Rahmen der Maßnahme verbessert werden soll.

Ebenso verhält es sich, wenn eine drohende psychische Störung beim Kind durch die maßnahmebedingte Trennung von der Mutter/dem Vater vermieden werden soll oder eine besondere familiäre Situation eine Trennung des Kindes von der Mutter/dem Vater unzumutbar erscheinen lässt. Hierbei ist zu prüfen, ob das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter/des Vaters anderweitig betreut und versorgt werden kann und falls nicht, die Durchführung der beantragten Leistung daran scheitern würde.

Generell gilt für alle Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V, dass die Mitaufnahme des Kindes den Erfolg der Maßnahme nicht gefährden darf. Der spezifische Behandlungs- und Betreuungsbedarf des Kindes ist bei der Auswahl der Einrichtung zu beachten.

4.8 Begründung der MDK-Empfehlung

Die sozialmedizinische Empfehlung muss transparent dargestellt und verständlich begründet werden. Dabei ist zu beachten, dass den Anforderungen des Datenschutzes Rechnung getragen wird. So ist es nicht zulässig, über die Begründung mitgeteilte Kontextfaktoren, die sensible Bereiche tangieren, zu offenbaren.

Auch in den sozialmedizinischen Empfehlungen im Rahmen von Widerspruchsfällen sind die Gründe, die ggf. zu veränderten Empfehlungen führen, nachvollziehbar darzulegen.

Lassen sich gutachterlich die medizinischen Voraussetzungen für die beantragte Leistung nicht nachvollziehen, sind ggf. realistische Behandlungsalternativen aufzuzeigen.

5 Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse

5.1 Amtsermittlungspflicht

Die Krankenkasse hat nach Antragsstellung im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 SGB X den Sachverhalt vollständig zu ermitteln und dabei alle zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten zu nutzen. Dabei ist insbesondere Folgendes zu beachten:

- Alle für eine Leistungsentscheidung erforderlichen Informationen müssen beschafft werden, d.h. es ist nicht zulässig, einen Leistungsantrag ohne eigene Ermittlungen mit der Begründung abzulehnen, die für eine positive Leistungsentscheidung erforderlichen Angaben lägen nicht vor.
- Sofern der MDK eingeschaltet wurde, ist die gutachterliche Stellungnahme bei der Leistungsentscheidung zu berücksichtigen.
- Ist die Mitteilung des MDK für die Krankenkasse nicht verständlich oder nicht plausibel, so soll sie sich das Begutachtungsergebnis vom MDK erläutern lassen, damit für die Versicherte/den Versicherten ein nachvollziehbarer Bescheid formuliert werden kann. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn die Krankenkasse den Eindruck hat, dass vergleichbare Sachverhalte vom MDK im Ergebnis unterschiedlich beurteilt wurden.
- Die Krankenkasse ist verantwortlich für eine sachgerechte und plausible Leistungsentscheidung.

5.2 Gleichbehandlungsgrundsatz

Nach dem Grundsatz der Selbstbindung der Verwaltung sind die Krankenkassen verpflichtet, bei gleichen Sachverhalten mit dem gleichen Ergebnis zu entscheiden. Insbesondere die Einhaltung dieses Grundsatzes erfordert, die Begutachtungs- und Entscheidungsgrundlagen weitestgehend interpretationsfrei zu gestalten und für eine umfassende und einheitliche Dokumentation der entscheidungserheblichen Aspekte Sorge zu tragen. Diesen Zielsetzungen folgen die in diesen Umsetzungsempfehlungen insgesamt dargestellten Aktivitäten.

5.3 Wunsch- und Wahlrecht

Die Entscheidung der Krankenkasse hängt bei Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen von den medizinischen Erfordernissen ab; den berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten soll die Krankenkasse unter dieser Prämisse bei Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V) entsprechen. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, der Preis stellt demnach nicht das alleinige Entscheidungskriterium dar. Die Leistungen dürfen

das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Bei der Entscheidung über die Leistungen und Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht und die Familie Rücksicht genommen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen ist Rechnung zu tragen (§ 2 Abs. 3 SGB V). Gleiches gilt für die besonderen Belange behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie die besonderen Belange behinderter Kinder (§§ 2a SGB V, 9 Abs. 1 SGB IX). Im Leistungsbescheid zur Verordnung von Rehabilitationsleistungen ist die Krankenkasse verpflichtet, den Leistungsberechtigten schriftlich zu begründen, wenn sie deren Wünschen bei der Leistungsentscheidung nicht entsprochen hat.

5.4 Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsentscheidung

Die Anforderung, dass Leistungsentscheidungen nachvollziehbar und individuell zu begründen sind, gilt generell für alle Leistungsbescheide. Sie ist umso wichtiger bei ablehnenden Leistungsentscheidungen und in Fallgestaltungen, in denen im laufenden Verwaltungsverfahren vorherige Entscheidungen revidiert oder trotz Heranziehung neuer entscheidungsrelevanter Unterlagen – etwa im Widerspruchsverfahren – beibehalten werden.

Sofern der Medizinische Dienst im Zusammenhang mit einer ablehnenden Leistungsempfehlung Alternativen zur beantragten Leistung aufzeigt, sollte hierauf im Leistungsbescheid eingegangen und der/dem Versicherten empfohlen werden, das weitere Vorgehen mit dem behandelnden Arzt zu besprechen. Sofern die vorgeschlagene Alternative in einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Krankenkasse besteht, ist das Vorliegen der Voraussetzungen für diese Leistung ohne erneuten Antrag des Versicherten und ohne Vorlage einer Verordnung nach dem Muster 61 von Amts wegen durch die Krankenkasse zu prüfen.

5.5 Rechtsbehelfsbelehrung/Widerspruchsverfahren

Nach § 36 SGB X ist eine Behörde, die einen schriftlichen Verwaltungsakt erlässt oder schriftlich bestätigt, verpflichtet, durch ihn beschwerte Beteiligte über den Rechtsbehelf und die Behörde oder das Gericht, bei denen der Rechtsbehelf anzubringen ist, deren Sitz, die einzuhaltende Frist und die Form schriftlich zu belehren.

Entsprechende Bescheide sind demnach mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

Sofern Widerspruch eingelegt wird, gelten für das Widerspruchsverfahren die Regelungen der §§ 77 ff. SGG. Danach ist nicht erforderlich, dass ein Widerspruch gesondert begründet wird. Vor diesem Hintergrund ist das Verfahren der Bearbeitung des Widerspruchs so auszugestalten, dass auf Seiten des Antragsstellers nicht der Eindruck entsteht, ohne Widerspruchsbegründung oder Äußerung des Antragstellers würde das Verfahren nicht fortgeführt bzw. eingestellt.

5.6 Akteneinsicht

Die Krankenkasse hat den Versicherten nach näherer Bestimmung des § 25 SGB X Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten zu gestatten, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist.

5.7 Weiterleitung des Antrags an den zuständigen Träger

Mutter-/Vater-Kindleistungen nach §§ 24, 41 SGB V werden ausschließlich durch die Krankenkassen erbracht. Von daher ist ein Verweis der Antragsteller auf andere Träger grundsätzlich nicht zulässig.

Sofern bei der sozialmedizinischen Prüfung eines Antrags festgestellt wird, dass eine Indikation für eine Rehabilitationsleistung gesehen oder bestätigt wird, ist zu prüfen, ob die Mütter-/Väterspezifika die Zielsetzung der erforderlichen Leistung bestimmt. Ist dies nicht der Fall und liegen die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen nach §§ 10, 11 SGB VI vor, ist der Leistungsantrag an den vorrangig zuständigen Rentenversicherungsträger weiterzuleiten.

6 Ausblick

Mit diesen Umsetzungsempfehlungen wird den aktuell vorliegenden Hinweisen auf Ergänzungs- und Klarstellungsbedarf in Bezug auf das Antrags-, Begutachtungs- und Leistungsentscheidungsverfahren im Zusammenhang mit medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter Rechnung getragen. Sofern bei deren Umsetzung weitere klärungsbedürftige Aspekte erkannt werden, werden der GKV-Spitzenverband, die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der MDS diesen Hinweisen nachgehen.