

Mitteilung des Senats vom 20. Dezember 2005

Eltern-Kind-Kuren

Die Fraktionen der SPD und der CDU haben unter Drucksache 16/765 eine Große Anfrage zu obigem Thema an den Senat gerichtet.

Der Senat beantwortet die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung:

Die Große Anfrage bezieht sich zu einem erheblichen Teil auf Daten über Eltern-Kind-Kuren im Bundesgebiet wie auch im Lande Bremen, die dem Senat nicht vorliegen.

- Die amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenkassen über Leistungen erfassen lediglich die tatsächlich durchgeführten Maßnahmen, nicht jedoch gestellte und/oder abgelehnte Anträge; diese Daten werden von ihnen üblicherweise auch nicht in anderer Form erfasst.
- Die amtlichen Statistiken beziehen sich jeweils auf die Gesamtkasse; eine Aufteilung nach einzelnen Ländern ist nicht vorgesehen. Daher weisen die dem Senat vorliegenden Daten der drei landesunmittelbaren bremischen Krankenkassen auch die Zahlen ihrer nicht-bremischen Versicherten aus. Daten der bundesunmittelbaren und der auswärtigen landesunmittelbaren Krankenkassen über deren in Bremen wohnende Versicherte liegen dem Senat nicht vor.
- Für Bremen genannte Zahlen beziehen sich nicht auf das Land Bremen, sondern auf alle Versicherten der landesunmittelbaren, im Land Bremen ansässigen Krankenkassen. Sie wurden entweder den vorliegenden Statistiken entnommen oder von den bremischen Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zur Verfügung gestellt, die sie so gewissenhaft wie möglich im Rahmen von Schätzungen ermittelten.
- Den Beratungsstellen liegen zwar Daten zu Ablehnungs- und Widerspruchsquoten vor. Diese Daten beziehen sich jedoch systembedingt lediglich auf diejenigen Versicherten, die im Zusammenhang mit der Beantragung einer Eltern-Kind-Kur Kontakt zu einer Beratungsstelle haben, sei es, dass sie den Antrag direkt über eine Beratungsstelle stellen, sei es, dass sie sich erst nach einer Ablehnung des Antrags dort beraten lassen. Der Anteil dieser Personen an der Gesamtzahl der Versicherten, die eine Eltern-Kind-Kur beantragen, und daraus folgend die Repräsentativität der Zahlen sind dem Senat nicht bekannt.
- Die landesunmittelbaren bremischen Krankenkassen unterscheiden sich hinsichtlich Versichertenstruktur und Größe deutlich von einander, was sich naturgemäß auch in der Inanspruchnahme von Leistungen widerspiegelt. Andererseits haben sie – fasst man ihre Daten zusammen – noch nicht die signifikante Größe, die einen Vergleich mit den bundesweiten Daten aller Krankenkassen erlaubt.

Im Rahmen der genannten Einschränkungen beantwortet der Senat die vorgenannte Große Anfrage wie folgt:

1. Wie beurteilt der Senat die gesundheitspolitische, die gesundheitsfördernde sowie die frauen- und familienpolitische Bedeutung von Eltern-Kind-Kuren? Der Senat stimmt der Position der Bundesregierung zu, dass Mütterkuren und Mutter-Kind-Kuren langfristig die gesundheitliche und psychosoziale Situation

der Kurteilnehmerinnen sowie die Fähigkeit zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen unterstützen und ein verbessertes Gesundheitsverhalten bewirken können.

Der Senat sieht in dem Vorsorge- und Rehabilitationsangebot im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung einen wichtigen Bestandteil, auch Frauen mit kleinen Kindern ganzheitlich orientierte gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen. Dies kommt sowohl Frauen in der Familienarbeit als auch erwerbstätigen Frauen mit Kindern zu Gute.

Auch für viele alleinerziehende und sozial benachteiligte Mütter sind Mutter-Kind-Kuren geeignet, weil sie ein indikationsspezifisches Behandlungskonzept mit einem lebensweltorientierten Angebot verbinden. Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit werden ebenso berücksichtigt wie psychosoziale Problemsituationen. Ziel ist neben der Therapie von Krankheiten die dauerhafte Stärkung und Förderung des Selbsthilfepotenzials und der Eigenverantwortung. Insofern gehen Eltern-Kind-Kuren zu Recht weit über eine ausschließlich somatische Behandlung hinaus (siehe Antwort zu Frage 5).

2. Unter welchen Voraussetzungen werden Eltern-Kind-Kuren heute genehmigt, und wie lange dauert in der Regel ein solches Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren?

Die bremischen Krankenkassen bewilligen einen Antrag, wenn

- eine behandlungsbedürftige Erkrankung eines Elternteils und gegebenenfalls des Kindes vorliegt,
- eine Eltern-Kind-Kur vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen entsprechend empfohlen wird,
- die gewählte Kureinrichtung für die Durchführung einer Eltern-Kind-Kur geeignet ist,
- die behandlungsbedürftige Erkrankung nicht auf andere, weniger aufwändige Weise (ambulant, wohnortnah) therapiert werden kann und
- nicht bereits in den letzten vier Jahren (von medizinischen Ausnahmen abgesehen) in einer Eltern-Kind-Kureinrichtung oder einer anderen stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eine Eltern-Kind-Kur zu Lasten der zuständigen Krankenkasse in Anspruch genommen wurde.

Die Bearbeitung zwischen Antragsingang und Bescheid an den Antragsteller dauert bei den bremischen Krankenkassen nach deren Auskunft ein bis zwei Wochen.

3. Wie viele Anträge auf Eltern-Kind-Kuren wurden seit 1998 insgesamt bundesweit gestellt, wie viele davon bewilligt und wie viele abgelehnt? Wie bewertet der Senat diese Ergebnisse?

Eine Beschränkung auf den Zeitraum seit 1998 gibt nach Auffassung des Senats eine verfälschte Darstellung der Entwicklung der Eltern-Kind-Kuren. Deshalb erfasst die nachfolgende Tabelle den Zeitraum seit 1992. Danach entwickelte sich die Zahl der in Anspruch genommenen Eltern-Kind-Kuren im Bundesgebiet wie folgt:

Jahr	Zuschuss	Volle Kostenübernahme	Summe
1992	13.177	53.858	67.035
1993	15.561	79.654	95.215
1994	10.297	113.044	123.341
1995	5.663	149.437	155.100
1996	4.933	179.350	184.283
1997	4.935	208.775	213.710
1998	5.962	233.890	239.852
1999	5.347	259.284	264.631

Jahr	Zuschuss	Volle Kostenübernahme	Summe
2000	6.165	247.246	253.411
2001	8.221	244.996	253.217
2002	21.763	186.449	208.212
2003	1.704	199.908	201.612
2004	0	130.689	130.689

Es wird deutlich, dass die Zahl der von den Krankenkassen bezuschussten Eltern-Kind-Kuren nach dem dritten Jahr des dargestellten Zeitraums zwar deutlich zurückgegangen, danach jedoch vergleichsweise konstant geblieben ist. Demgegenüber sind die Fälle mit voller Kostenübernahme von 1992 bis 1999 kontinuierlich angestiegen und seitdem in zwei Stufen (2001/2002 sowie 2003/2004) zurückgegangen. Ein Zusammenhang zwischen den beiden Formen der Kostentragung dergestalt, dass ein Anstieg der bezuschussten Maßnahmen ursächlich zu einem Rückgang der voll getragenen Maßnahmen führte, lässt sich nach Auffassung des Senats aus den Zahlen nicht ableiten. Der Rückgang der in vollem Umfang von den Krankenkassen bezahlten Eltern-Kind-Kuren muss daher andere Gründe haben.

Das Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter vom 26. Juli 2002, das zum 1. August 2002 in Kraft trat und – im Gegensatz zu dem zuvor geltenden Recht der Krankenkassen, in ihrer Satzung sowohl einen Zuschuss als auch die volle Kostenübernahme vorzusehen – nur noch eine volle Kostenübernahme durch die Krankenkassen vorschreibt, hat somit den Rückgang der durchgeführten Eltern-Kind-Kuren nicht – wie es beabsichtigt war – aufhalten können.

Nach Auffassung des Senats lässt sich der Rückgang der in Anspruch genommenen Eltern-Kind-Kuren zu einem wesentlichen Teil darauf zurückführen, dass Versicherte vermehrt auf Anträge auf Bewilligung von Kurmaßnahmen verzichten, sei es aus Angst um den Arbeitsplatz, sei es aus finanziellen Gründen. Darauf deuten auch die Ergebnisse einer Sondererhebung der AOK Bremen/Bremerhaven hin, nach der in den Jahren 2000 bis 2004 zwischen 27 % (2000) und 8 % (2004) der bewilligten Eltern-Kind-Kuren überhaupt nicht angetreten wurden. Die übrigen bremischen Krankenkassen sind ebenfalls mit diesem Sachverhalt konfrontiert, ohne jedoch Zahlen benennen zu können.

Zum 1. Januar 2004 brachte das Gesundheits-Modernisierungsgesetz eine Änderung bei der Kostentragung insoweit, als die gesetzlichen Vorschriften geändert wurden, nach denen Versicherte von den Zuzahlungen im Zusammenhang mit Kurmaßnahmen entlastet werden. So war bis einschließlich 2003 eine vollständige Befreiung von der Zuzahlung möglich, sofern Versicherte unzumutbar belastet waren. Seit 2004 haben Versicherte in jedem Fall eine Zuzahlung zu leisten, die lediglich auf einen jährlichen Höchstbetrag begrenzt ist. Diese gesetzliche Änderung wird ebenfalls zu dem Rückgang der Eltern-Kind-Kuren beigetragen haben.

Der Senat schließt auch nicht aus, dass der Rückgang der durchgeführten Maßnahmen teilweise einer veränderten Genehmigungspraxis der Krankenkassen geschuldet ist. Aussagen über beantragte und abgelehnte Kuren, also über die Ablehnungsquote, kann der Senat jedoch nicht treffen, weil die Krankenkassen darüber weder amtliche Statistiken noch sonstige Erhebungen führen. In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass die Ablehnung einer Eltern-Kind-Kur darin begründet sein kann, dass ein anderer Leistungsträger, wie z. B. ein Rentenversicherungsträger, vorrangig leistungspflichtig sein kann.

Beratungsstellen und Leistungserbringer veröffentlichen Ablehnungsquoten und kritisieren eine restriktive, uneinheitliche und nicht immer nachvollziehbare Bewilligungspraxis der Krankenkassen. Diese Zahlen haben jedoch – wie im vorletzten Gliederungspunkt der Vorbemerkung bereits dargelegt – den Nachteil, dass sie sich lediglich auf diejenigen Versicherten beziehen, die im Rahmen der Beantragung einer Eltern-Kind-Kur Kontakt zu einer Beratungs-

stelle aufgenommen haben, und dass sich aus ihnen kein Bezug zur Gesamtzahl der beantragten Kuren herstellen lässt.

Dem Senat liegen somit derzeit keine Ergebnisse vor, die geeignet sind, zur Grundlage einer Bewertung der Genehmigungspraxis der Krankenkassen gemacht zu werden.

Nach § 24 Abs. 4 und § 40 Abs. 7 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Ende 2005 dem Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht vorzulegen, in dem die Erfahrungen mit den durch das 11. SGB V-Änderungsgesetz bewirkten Rechtsveränderungen wiedergegeben werden. Der Senat erhofft sich hiervon neue Erkenntnisse über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen und Müttern im Rahmen der gesetzlichen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Letztendlich sieht der Senat in Eltern-Kind-Kuren auch ein Instrument zur Förderung einer familienfreundlichen Gesellschaft, wie er sie auch im Rahmen seines Engagement für das Audit Familie und Beruf verfolgt.

4. Inwiefern geht der Senat davon aus, dass der bundesweite Trend des Rückgangs von Bewilligungen von Eltern-Kind-Kuren auch auf Bremen zu übertragen ist?

Die dem Senat vorliegenden Zahlen über bewilligte Eltern-Kind-Kuren bremischer Krankenkassen zeigen ein uneinheitliches Bild. Während bei einer Krankenkasse die Zahl der bewilligten Kuren bereits seit 1998 kontinuierlich um fast zwei Drittel zurückging, stieg sie bei einer anderen Krankenkasse bis zum Jahr 2000 an, sank danach gleichmäßig, lag aber im Jahr 2004 noch knapp über dem Stand von 1998. Bei einer dritten Krankenkasse schwankten die Zahlen von Jahr zu Jahr so deutlich, dass sich kein Trend abzeichnete.

Alles in allem geht der Senat jedoch davon aus, dass der bundesweite Trend auf das Land Bremen übertragbar ist.

5. Welche wesentlichen medizinischen und psychosozialen Indikationen führen in der Bundesrepublik überwiegend zur Beantragung und Bewilligung von Eltern-Kind-Kuren?

Nach Auskunft der bremischen Krankenkassen führen im Wesentlichen die folgenden medizinischen und psychosozialen Indikationen zur Beantragung und Bewilligung von Eltern-Kind-Kuren:

- a) Medizinische Indikationen
 - Erschöpfungssyndrom
 - Erkrankungen des Bewegungsapparates
 - Erkrankungen der Atmungsorgane
 - Dermatologische Erkrankungen
 - Schlafstörungen
 - Kopfschmerzen
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Übergewicht
 - Infekterkrankungen
- b) Psychosoziale Indikationen
 - Familiäre Belastungen
 - Finanzielle Sorgen
 - Bestimmbare oder unbestimmbare Ängste
 - Soziale Isolation
 - Krankheit eines Kindes
 - Partnerschaftskonflikte

Der Senat geht davon aus, dass sich die bei den bremischen Krankenkassen herausgebildeten Indikationen nicht oder nur unwesentlich von den in der Bundesrepublik festzustellenden Indikationen für Eltern-Kind-Kuren unterscheiden.

6. Wie haben sich die Kosten von Eltern-Kind-Kuren
- bei den gesetzlichen Krankenkassen insgesamt,
 - im Durchschnitt pro Kur und Teilnehmer/-in sowie
 - für sozial benachteiligte Frauen entwickelt (Eigenbeitrag)

in den letzten Jahren auf Bundesebene entwickelt?

Nach den vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten endgültigen Rechnungsergebnissen der Gesetzlichen Krankenversicherung haben sich die Gesamtkosten der gesetzlichen Krankenkassen für Eltern-Kind-Kuren wie folgt entwickelt:

2001	400.040 T€,
2002	386.050 T€,
2003	358.684 T€,
2004	289.428 T€.

Bis Mitte des Jahres 2002 konnten die Krankenkassen für Eltern-Kind-Kuren – in Abhängigkeit von den jeweiligen Satzungsregelungen – sowohl die vollen Kosten übernehmen als auch lediglich einen Zuschuss gewähren. Da dem Senat die Angaben zu den Leistungsaufwendungen lediglich als Gesamtbetrag über beide Leistungsarten hinweg bekannt sind, wäre eine Ermittlung der durchschnittlichen Kosten pro Kur und Teilnehmer/-in, die sich auf eine Division der Gesamtkosten durch die Zahl der durchgeführten Kuren (siehe Antwort zu Frage 3) beschränken müsste, in keiner Weise aussagekräftig, da sie in erheblichem Maße vom Verhältnis der Zahl der beiden Leistungsarten zueinander abhängen. Der Senat verzichtet daher auf diese Darstellung. Nach Angaben der bremischen Krankenkassen liegen die aktuellen durchschnittlichen Kosten pro Kur und Teilnehmer bei 65 € täglich.

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen nach geltendem Recht für die Eltern-Kind-Kur die gesetzlich vorgesehene Zuzahlung von aktuell 10 € je Kalendertag des Aufenthalts in der Kureinrichtung. Bei der Zuzahlung wird auf Antrag bei der Prüfung berücksichtigt, ob der bzw. die Versicherte mit allen Zuzahlungen innerhalb eines Jahres die gesetzliche Belastungsgrenze von 2 %, bei chronisch kranken Personen von 1 %, der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt überschritten hat. Eine generelle Befreiung von der Zuzahlung, wie sie für bestimmte Personengruppen bis zum 31. Dezember 2003 vorgesehen war, ist seit dem 1. Januar 2004 nicht mehr möglich.

7. Welche Erkenntnisse hat der Senat, insbesondere von Seiten der Krankenkassen oder der unabhängigen Beratungsstellen, über die Entwicklung der Fallzahlen und der Kosten der Kurmaßnahmen seit 1998 in Bremen und Bremerhaven?
- Wie viele dieser Frauen sind allein erziehend?
 - Wie viele Frauen wurden von der Zuzahlung befreit?
 - Wie hoch ist der Anteil der selbst- bzw. familienversicherten Frauen?

Nach Kenntnis des Senats geht die Zahl der durchgeführten Eltern-Kind-Kuren auch bei den bremischen Krankenkassen zumindest seit dem Jahr 2000 zurück. Ein vergleichbarer Rückgang der Kosten ist hingegen nicht zu verzeichnen, da die Krankenkassen nach aktuellem Recht für Eltern-Kind-Kuren die vollen Kosten – gegebenenfalls abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung – übernehmen, während bis einschließlich Juli 2002 die Satzungen der Krankenkassen sowohl die volle Kostenübernahme als auch die Gewährung eines Zuschusses vorsehen konnten.

Das Kriterium „allein erziehende Frauen“ ist kein Bestandteil einer amtlichen Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung und wird nach Auskunft der bremischen Krankenkassen von diesen auch nicht als freiwilliges Unterscheidungsmerkmal in ihren Datenbeständen erfasst. Die bremischen Krankenkassen haben nach ihrer Auskunft ebenfalls keine Daten zum Anteil der Frauen, die im Zusammenhang mit Kuren von der Zuzahlung befreit wurden.

Der Anteil der selbst- bzw. familienversicherten Personen an den Versicherten, die eine Eltern-Kind-Kur in Anspruch nahmen, schwankt deutlich zwischen den einzelnen Krankenkassen. Maßgeblich hierfür sind die Unterschiede in ihrer Versichertenstruktur. Da bei der Versichertengruppe der pflichtversicherten Rentenbezieher in den Statistiken keine Unterscheidung zwischen Mitgliedern und familienversicherten Angehörigen vorgenommen wird, werden in der folgenden Übersicht die Anteile der Mitglieder und Angehörigen in der allgemeinen Krankenversicherung bei bremischen landesunmittelbaren Krankenkassen dargestellt:

Kasse	Mitglieder	Angehörige	AKV zusammen
AOK 1998 bis 2003	666 (41,0 %)	960 (59,0 %)	1.626
HKK 1998 bis 2004	1.760 (67,6 %)	845 (32,4 %)	2.605
ATLAS BKK 1999 bis 2004	36 (30,5 %)	82 (69,5 %)	118

8. Wie beurteilt der Senat die Angaben des Müttergenesungswerkes, dass die Anträge auf Eltern-Kind-Kuren bundesweit zurückgegangen sind,
- in Bremen Eltern-Kind-Kuren mit einer Quote von 43 % im Jahre 2004 abgelehnt wurden (im Vergleich zu 37 % Ablehnungen in Niedersachsen),
 - im Jahre 2004 in Bremen bei 69 % der abgelehnten Anträge Widerspruch eingelegt wurde und davon 54 % erfolgreich waren?

Dem Senat liegen Aussagen der bremischen Krankenkassen über die Ablehnungsquote bei den Anträgen auf Eltern-Kind-Kuren nur in einem Umfang vor, der weder eine Verallgemeinerung noch die aussagekräftige Feststellung eines Durchschnittswertes erlaubt.

Der Anteil der abgelehnten Fälle, die erst nach einem Widerspruch bewilligt wurden, liegt bei den bremischen Krankenkassen – soweit sie derartige Aussagen machen konnten – zwischen 30 und 57 %. Die bremischen Krankenkassen legen jedoch Wert auf die Feststellung, dass ein erheblicher Anteil der nachträglich bewilligten Anträge darauf zurückzuführen ist, dass die ursprünglichen Antragsunterlagen lückenhaft oder oberflächlich ausgefüllt und zusammengestellt waren und/oder nicht aktuelle Befunde enthielten. Die Qualität der Antragsunterlagen konnte zwischenzeitlich – insbesondere auf Initiative des Runden Tisches Mutter-Kind-Kuren – verbessert werden. Dadurch stieg der Anteil der erfolgreich gestellten Anträge, so dass zwangsläufig der Anteil derjenigen Anträge sank, die erst im Widerspruchsverfahren erfolgreich waren.

Der Runde Tisch Mutter-Kind-Kuren ist eine Initiative der Landesfrauenbeauftragten, an der Vertreter/-innen von Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, der Krankenkassen(-verbände), des MDK und der Ärzte- und Arbeitnehmerkammer beteiligt sind und die es sich zum Ziel gesetzt hat, Probleme im Antrags- und Bewilligungsverfahren aufzuspüren und Reibungsverluste zu vermeiden.

Die Krankenkassen weisen zudem darauf hin, dass Ablehnungen von Eltern-Kind-Kuren gelegentlich auch deshalb erfolgen, weil aus medizinischer Sicht eher die Notwendigkeit einer regulären stationären Rehabilitationsmaßnahme gegeben ist und der Antrag auf die Eltern-Kind-Kur nur gestellt wird, um die Unterbringung der Kinder sicherzustellen. Soweit in diesen Fällen die anspruchrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, werden die Antragsteller an den zuständigen Rentenversicherungsträger verwiesen, dem über die Gestellung von Haushaltshilfe oder die Mitaufnahme in der Rehabilitationsklinik Möglichkeiten der Kinderbetreuung gegeben sind.

In diesem Sinne hat die Bundesregierung in ihrer Antwort vom 15. Juli 2005 auf eine Kleine Anfrage der Fraktion der FDP (BT-Drs. 15/5920) darauf hingewiesen, dass Rückgänge von Fallzahlen und Ausgaben auch im Bereich sonstiger stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verzeichnen sind. Sie wies zudem darauf hin, dass die Gesetzliche Rentenversicherung zwar keine Eltern-Kind-Kuren vorsieht, dass aber auch dort Müttern und Vätern medizinische Leistungen zur Rehabilitation zugute

kommen, wenn deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist. Daneben sieht das Recht der Rentenversicherung als Leistungen zur Teilhabe stationäre Heilbehandlung für Kinder vor, an denen Mütter und Väter unter bestimmten engen Voraussetzungen als Begleitpersonen teilnehmen oder zu denen Mütter und Väter bei entsprechendem eigenem Reha-Bedarf parallel eigene Rehabilitationsleistungen erhalten können. Die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Rentenversicherung für diese Maßnahmen sind in den letzten Jahren stark angestiegen.

9. Welche Beratungsangebote gibt es in Bremen und Bremerhaven für an Eltern-Kind-Kuren Interessierte?
- a) Wer sind die Träger der Einrichtungen?
- b) Wie werden sie finanziert?

Im Lande Bremen gibt es – neben den in der Region vertretenen Krankenkassen – für an Eltern-Kind-Kuren Interessierte die folgenden unabhängigen Beratungsangebote von Wohlfahrtsverbänden:

- Caritasverband Bremen,
- Caritas Bremen-Nord,
- AWO Bremen,
- Deutscher Arbeitskreis für Familienhilfe,
- Caritasverband Bremerhaven,
- Ev.-Luth. Kirchenkreis Bremerhaven.

Die Arbeit dieser unabhängigen Beratungsstellen wird von den Wohlfahrtsverbänden oder Vereinen im Rahmen ihrer sozialen Tätigkeit angeboten. In den letzten Jahren ist das Angebot in Bremen und Bremerhaven kontinuierlich zurückgegangen.

Zur Finanzierung der Beratungsangebote dieser unabhängigen Beratungsstellen liegen dem Senat keine Informationen vor. Da die Beratungsstellen jedoch überwiegend von freien Wohlfahrtsverbänden getragen werden, ist davon auszugehen, dass die Finanzierung der Beratungsstellen sich an der Finanzierung der Wohlfahrtsverbände, mithin durch Eigenmittel, öffentliche und private Zuwendungen und Leistungsentgelte, orientiert.

10. Wie entwickelte sich die Arbeit des Medizinischen Dienstes in den vergangenen Jahren?
- a) Liegen dem Senat Erkenntnisse vor, inwieweit sich die Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und die Bewilligungspraxis der Krankenkassen in den vergangenen Jahren verändert haben?
- b) Auf welchen Grundlagen entscheidet der Medizinische Dienst der Krankenkassen, ob er eine zu prüfende Maßnahme empfiehlt oder ablehnt?
- c) Liegen dem Senat Erkenntnisse über die Ablehnungsquote des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vor?

Die sozialmedizinische Begutachtung zur Vorsorge und Rehabilitation von Eltern und Kindern erfolgt nach Auskunft des Medizinischen Dienstes auf der Basis der jeweils geltenden Richtlinien. Eine Änderung der Begutachtungspraxis habe sich nach Erlass der Begutachtungsrichtlinien vom 12. März 2001 nicht ergeben. Durch die Einführung des offiziellen Verordnungsvordrucks im Rahmen der seit dem 1. April 2004 geltenden Rehabilitationsrichtlinien habe sich aber die Transparenz der Verordnung der medizinischen Rehabilitation erhöht. Die Kommunikation der Beteiligten habe sich verbessert, die Begutachtungskriterien wurden konkretisiert. Zur Optimierung der Transparenz des Verfahrens nehmen Gutachterinnen des Medizinischen Dienstes regelmäßig an dem von der Landesfrauenbeauftragten initiierten „Runden Tisch“ teil.

Grundlage für die Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes sind die Antrags- oder Ordnungsformulare des behandelnden Vertragsarztes und – soweit beigefügt – die vorhandenen Befunde und Berichte zu den antragsrelevanten Erkrankungen und deren Behandlung innerhalb des letzten Jahres. Bei

Verdacht auf das Vorliegen einer psychosozialen Belastungssituation erbittet der Medizinische Dienst eine Selbstauskunft der Versicherten. Lässt sich daraus ein Zusammenhang zwischen der Biographie und/oder einer besonders schwierigen sozioökonomischen Lebenssituation und gesundheitlichen Problemen ableiten, dann ist ein Aufenthalt im beschützenden Milieu in einer Eltern-Kind-Kureinrichtung im Sinne einer stationären Vorsorge eine erforderliche und erfolgsversprechende Maßnahme.

Reichen Unterlagen und gegebenenfalls direkte Kontaktaufnahme für eine gutachterliche Stellungnahme nicht aus, erfolgt eine sozialmedizinische Begutachtung mit persönlicher Befunderhebung.

Aussagekräftige Daten über die Ablehnungsquote des Medizinischen Dienstes liegen nicht vor.

11. Welche Maßnahmen gedenkt der Senat zu ergreifen, um für die betroffenen Mütter/Väter, die uneinheitlichen Beurteilungskriterien und die ineffizienten und nicht transparenten Entscheidungswege zu verbessern?

Der Senat hat keine Erkenntnisse darüber, dass – wie es die Frage impliziert – im Zusammenhang mit Antragstellung und Genehmigungsverfahren für Eltern-Kind-Kuren uneinheitliche Beurteilungskriterien angewendet werden oder ineffiziente und nicht transparente Entscheidungswege bestehen. Wie bereits in der Antwort auf Frage 10 hingewiesen wurde, orientiert sich der Medizinische Dienst bei seinen Stellungnahmen an bundeseinheitlich geltenden Richtlinien unter Einbeziehung der medizinischen und psychosozialen Situation der Antragsteller. Die Krankenkassen wenden die für sie geltenden Rechtsvorschriften an.

Dass eine Verbesserung des Verhältnisses von beantragten zu bewilligten Leistungen zu erzielen ist, zeigen die Ergebnisse der Absprachen des Runden Tisches im Hinblick auf eine Verbesserung der Qualität der Antragsunterlagen, auf die in der Antwort zu Frage 8 bereits hingewiesen wurde. Die befragten bremischen Krankenkassen weisen jedoch deutlich die in der Frage unterschwellig enthaltene Unterstellung zurück, die „Effizienz“ und „Transparenz“ der Entscheidungswege lasse sich allein an einer möglichst hohen Anzahl von bewilligten Kuranträgen festmachen.

12. Wie beurteilt der Senat die Erhebung und Sammlung von Sozialdaten der Antragsteller über die Selbstauskunftsbögen von Krankenkassen und Medizinischem Dienst? Inwieweit werden diese Datenerhebungen einer regelmäßigen datenschutzrechtlichen Überprüfung unterzogen, und was geschieht mit diesen Daten?

Die Datenerhebung unterliegt nach Angaben der Krankenkassen einer regelmäßigen datenschutzrechtlichen Überprüfung. So hat der Landesbeauftragte für den Datenschutz zu dem ihm vorgelegten aktuellen Selbstauskunftsbogen, der vom Runden Tisch Mutter-Kind-Kuren entwickelt wurde und zwischenzeitlich von allen bremischen Krankenkassen angewendet wird, keine inhaltlichen Bedenken geäußert. Er hat allerdings angeregt, den Versicherten neben dem Selbstauskunftsbogen einen speziellen Umschlag auszuhändigen. In dem verschlossenen Umschlag könne der Versicherte die Selbstauskunft – zusammen mit den übrigen Antragsunterlagen – über die Krankenkasse dem Medizinischen Dienst zuleiten, der die Selbstauskunft zu seinen Unterlagen nimmt. Dieses Verfahren wird von allen angesprochenen Krankenkassen praktiziert.

Gleichzeitig weisen die Krankenkassen darauf hin, dass der/die Antragsteller/-in selbstverständlich ein uneingeschränktes Auskunftsverweigerungsrecht hat; die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ergeht dann auf der Basis der ihm bekannten bzw. der von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Daten.