

S. Grotkamp

Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter – was beim Zugang und der Begutachtung dieser Leistungen zu Lasten der GKV zu beachten ist

Elly Heuss-Knapp und die Müttergenesungskuren

Das Müttergenesungswerk (MGW) wurde 1950 von der *Elly Heuss-Knapp*-Stiftung mit dem Ziel gegründet, die Gesundheit von Müttern in der Nachkriegszeit zu stärken. Nach einer anfänglichen Finanzierung dieser Maßnahmen aus dem Haushalt der Kommunen ging diese 1974 erst anteilig im Rahmen von Satzungsleistungen und seit 2002 vollumfänglich auf der Grundlage der §§ 24 und 41 SGB V in die Verantwortung der Krankenkassen über. Bis in die 70er Jahre konnten allerdings ausschließlich Mütter diese sogenannten „Müttergenesungskuren“ in Anspruch nehmen. Erst gesellschaftliche Veränderungen und die Belastung vieler Mütter, nicht zuletzt durch ihre Contergan geschädigten Kinder, ermöglichten von 1983 an die Durchführung auch als „Mutter-Kind-Kur“. Seit 1989 erbringt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und mittlerweile auch Väter regelhaft auch als Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Leistung.

Durch die vollumfängliche Übernahme der Kosten durch die GKV

besteht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die gesetzliche Verpflichtung, Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen und damit am QS-Reha®-Verfahren der GKV teilzunehmen. In diesem Zusammenhang haben viele Einrichtungen ihre Qualitätsstandards angehoben, so dass der Terminus „Mutter-Kind-Kur“ oder „Vater-Kind-Kur“ nicht mehr verwendet werden sollte. Nach wie vor weckt diese Begrifflichkeit in weiten Teilen der Bevölkerung die Assoziation mit einer Erholungskur für erschöpfte Mütter und wird damit den mittlerweile hohen Qualitätsansprüchen an diese Maßnahmen nicht gerecht.

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§24 und 41 SGB V wird ausschließlich von der GKV für Mütter und Väter in aktueller Erziehungsverantwortung und nur in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach §111a SGB V erbracht [1]. In diesen Verträgen wird dem besonderen Versorgungsbedarf berufstätiger und nicht berufstätiger Mütter und Väter mit einem für diese Zielgruppe speziellen Leistungsangebot Rechnung getragen. Dieses beinhaltet neben der ausschließlich stationären Durchführung in Einrichtungen des MGW oder gleichartigen Einrichtungen die Fokussierung auf mütter-/vaterspezifische Gesundheitsstörungen und Zusammenhänge zwischen der Mutter-, Vater-Kind-Gesundheit einschließlich der Verbesserung einer ggf. gestörten Mutter-/Vater-Kind-

Zusammenfassung

Seit 2002 erbringen die gesetzlichen Krankenkassen vollumfänglich stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter gemäß §§ 24 und 41 SGB V, sofern die kurative Versorgung des auslösenden Gesundheitsproblems nicht ausreicht und deshalb ein komplexer, also interdisziplinärer und mehrdimensionaler Behandlungsansatz erforderlich ist. Ein auf die Zielgruppe der in aktueller Erziehungsverantwortung stehenden Personen ausgerichtetes Behandlungsangebot wird ausschließlich in Einrichtung des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtung vorgehalten. Die gesetzliche Vorschrift „ambulanz vor stationär“ greift für diese Leistungen nicht. Die besonderen Zusammenhänge zwischen der Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Gesundheit einschließlich der Verbesserung einer evtl. gestörten Mutter-/Vater-Kind-Beziehung erfordern ein spezialisiertes Angebot, wie es nur in diesem stationären Setting vorgehalten wird. Die Therapien werden entsprechend der mütter-/vaterspezifischen Problemkonstellationen und Kontextfaktoren individuell und bedarfsgerecht zusammengestellt. Sofern der Erfolg der Maßnahme für die Mutter oder den Vater durch die Mitaufnahme des Kindes verbessert oder überhaupt erst hergestellt werden kann, sollte es nach Möglichkeit zusammen mit dem antragstellenden Elternteil aufgenommen und in seine Therapien integriert werden, auch wenn es aufgrund einer eigenen Erkrankung behandlungsbedürftig ist. Bei der Allokationsempfehlung ist dann allerdings darauf zu achten, dass die Maßnahme für die Mutter oder den Vater in einer Einrichtung durchgeführt wird, die auch die Behandlung des Kindes ermöglicht.

Streng zu trennen von der Behandlungsbedürftigkeit des Kindes ist eine ggf. bestehende eigene Vorsorge- oder Rehabilitationsindikation des Kindes. Sind die Kriterien für eine Vorsorge oder Rehabilitation beim Kind erfüllt, können die Leistungen sowohl gemäß §§ 23 oder 40 SGB V zu Lasten der Krankenkasse oder gleichrangig für die Rehabilitation nach § 31 SGB VI zu Lasten des Rentenversicherungsträger durchgeführt werden. Bei der Verordnung von Rehabilitation zu Lasten der Krankenkasse auf Muster 61, Teil D, ist eine dementsprechende eindeutige Allokationsempfehlung abzugeben.

Schlüsselwörter Mutter-/Vater-Kind-Kur – Mütter-/vaterspezifische Problemlagen – Rehabilitation für Kinder und Jugendliche – Allokation – Begutachtung

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. *Sabine Grotkamp* MHM
Leiterin der SEG 1 „Leistungsbeurteilung/Teilhabe“
MDK Niedersachsen,
Geschäftsbereichs SEG 1
Hildesheimer Straße 202
30519 Hannover

Beziehung, Berücksichtigung von mütter-/vaterspezifischen Kontextfaktoren sowie geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit.

Wie schon die Überschrift des §§ 24 und 41 SGB V besagt, sind nach dieser Vorschrift ausschließlich Mütter und Väter anspruchsberechtigt, nicht aber ihre Kinder, auch wenn diese ganz überwiegend den jeweiligen Elternteil begleiten. Leiblichen Eltern gleichzusetzen sind Adoptiveltern, Stiefeltern, Großeltern und in Patchwork-Familien der jeweils neue Elternteil. Ausschlaggebend ist, dass die Antragstellerin/der Antragsteller neben der medizinischen Indikation für eine komplexe Leistung in aktueller Erziehungsverantwortung steht.

Kinder können und sollten unter bestimmten Voraussetzungen zusammen mit der Mutter oder dem Vater in der Einrichtung aufgenommen werden, insbesondere dann, wenn das Kind zum Erreichen des Rehabilitationszieles in die Interventionen einzubeziehen ist, z.B. bei einer beeinträchtigten Beziehung zwischen Mutter-Kind bzw. Vater-Kind oder bei Erziehungsproblemen. Bei der Auswahl der Einrichtung ist darauf zu achten, dass evtl. behandlungsbedürftige Kinder während der Maßnahme der Mutter oder des Vaters auch entsprechend ihrer Erkrankung behandelt werden können. So wie die Mitaufnahme des Kindes den Erfolg der Maßnahme für die Mutter oder den Vater positiv beeinflussen soll, so darf sie andererseits den Erfolg der Leistung auch nicht gefährden. Weitere Gründe für die Mitaufnahme von Kindern zusammen mit der Mutter/dem Vater sind gerade bei kleineren Kindern der Umstand, dass eine Trennung von der Mutter/dem Vater zu psychischen Störungen beim Kind führen kann, wegen einer besonderen familiären Situation unzumutbar ist oder das Kind nicht anderweitig betreut und versorgt werden kann. Die Möglichkeit zur Mitaufnahme besteht in der Regel für Kinder bis 12, im Einzelfall bis 14 Jahren. Für die Mitaufnahme von Kindern mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen gelten keine Altersgrenzen.

Laut MGW waren von den rund 72.000 Kindern, die 2014 zusammen mit

ihren Müttern/Vätern an einer der rund 50.000 Maßnahmen im MGW teilgenommen haben, zwei Drittel selbst behandlungsbedürftig. Dabei waren insbesondere Atemwegserkrankungen (26 %) und psychische Störungen (23 %), beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Störungen oder ADHS, behandlungsauslösend. [2]

Wer hat wann einen Anspruch?

Voraussetzung für die Verordnung von medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter zu Lasten der GKV ist das Vorliegen einer medizinischen Indikation bei der Mutter oder dem Vater. Hierzu sind vom Vertragsarzt die Indikationskriterien für eine komplexe, d.h. interdisziplinär zu erbringende Leistung mit einem mehrdimensionalen Ansatz in einem festen Setting zu prüfen.

Besteht eine Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit auf dem Boden von Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit mütter-/vaterspezifischen Problemkonstellationen und reicht die kurative Versorgung nicht aus, diese zu beheben oder zu verringern, so kann der Vertragsarzt bei bestehender Vorsorge-/Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Prognose für die alltagsrelevanten Ziele eine Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung für die Mutter oder den Vater verordnen.

Seit dem 1. April 2016 ist im Zusammenhang mit der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss [3] für die Verordnung von Rehabilitation nach §41 SGB V auf Muster 61 eine explizite Allokationsempfehlung aufgenommen (Abb. 1).

Entsprechend des Algorithmus:

⇒ Bedürftigkeit,

⇒ Fähigkeit,

⇒ Prognose und

⇒ realistische, alltagsrelevante Ziele prüfen nicht nur die Krankenkassen ihre Leistungspflicht, sondern begutachten auch die Gutachter des MDK. Um den Prüfalgorithmus auch auf den Bereich der Vorsorge anwenden zu können, hat das GKV-System die wesentlichen Kriterien für die Antragsbearbeitung auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen analog dem Vorgehen in der Rehabilitations-Richtlinie in der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS und GKV-Spitzenverbandes festgeschrieben. [4]

Ebenso finden sich hierin Ausführungen zu relevanten Gesundheitsstörungen von Müttern und Vätern sowie der Unterteilung in „Allgemeine und mütter-/vaterspezifische Kontextfaktoren“ (Tab.1). Während allgemeine Kontextfaktoren nur in Kombination mit einer gleichzeitigen Erziehungsverantwortung eine mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation und damit das Gesundheitsproblem auslösen, unterhalten oder verstärken können, stehen mütter-/vaterspezifische Kontextfaktoren immer im Zusammenhang mit einer Erziehungsverantwortung.

Nach einer Auswertung des MGW zur Verteilung der einzelnen Erkrankungen und der Relevanz im Jahr 2014 zu 2003 findet sich ein deutlicher Anstieg auch bei dieser Zielgruppe im Bereich der psychischen Störungen (z.B. Erschöpfungszustände, Angstzustände, Schlafstörungen, akute Belastungsreaktionen) von 49 auf 84 % sowie ein leichter Anstieg für Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems sowie für Stoffwechselerkrankungen. Erkrankungen der Atemwege und der Haut (z.B. Asthma, Neurodermitis, Allergien) führen prozentual gesehen eher seltener zu einer Vorsorge oder Rehabilitation für Mütter und Väter.

VI. Zuweisungsempfehlungen			
A. Empfohlene Rehabilitationsform			
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> ambulant-mobil	<input checked="" type="checkbox"/> stationär	
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung	<input type="checkbox"/> Väter-Leistung	<input checked="" type="checkbox"/> als Mutter-Kind-Leistung	<input type="checkbox"/> als Vater-Kind-Leistung
B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)			
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja, welche?	Rehabilitation für Mütter nach § 41 SGB V	

Abb. 1: Auszug aus der Verordnung von medizinischer Rehabilitation, Muster 61, Teil D

Allgemeine Kontextfaktoren	Mütter-/Väterspezifische Kontextfaktoren
Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner	Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie oder Pflege von Angehörigen im Kontext von Erziehungsverantwortung bei mangelnden Fähigkeiten/ Möglichkeiten der Kompensation
Tod des Partners bzw. naher Angehöriger	mangelnde Grundkompetenzen (Sozial-, Selbst- und Handlungskompetenzen) im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters
Chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen	Erziehungsschwierigkeiten, mangelnde Erziehungskompetenz
Verantwortung für die Pflege von Familienangehörigen	Teenagerschwangerschaft
Schwierigkeiten bei der Problembewältigung, insbesondere von Alltagsproblemen	erhöhte Belastung, beispielsweise durch häufige, über das alterstypische Maß hinausgehende Infekte der Kinder oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten
ständiger Zeitdruck	beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung
finanzielle Sorgen	allein erziehend, weil nicht in Lebensgemeinschaft lebend
Arbeitslosigkeit/berufliches Anforderungsprofil (Überforderung)	fehlende Anerkennung der Mutter-/Vater-Rolle
soziale Isolation	mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung
beengte Wohnverhältnisse	nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/ des Mannes in der Familie.

Tab. 1: Kontextfaktoren

Was ist bei der Verordnung und Begutachtung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter zu beachten?

Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V verfolgen das Ziel, unter Berücksichtigung der allgemeinen und mütter-/väter-spezifischen Kontextfaktoren sowohl spezifischen Gesundheitsrisiken als auch bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern im Rahmen einer stationären, interdisziplinären und mehrdimensionalen Leistung durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei finden auch psychosoziale Problemsituationen von Familien (z. B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) Berücksichtigung. Da dieser ganzheitliche Ansatz im Zusammenhang mit einer aktuellen Erziehungsverantwortung

im ambulanten Setting ganz überwiegend nicht zu realisieren ist, weicht der Gesetzgeber für diese Zielgruppe vom Grundsatz „ambulant vor stationär“ ab und sieht die ausschließlich stationäre Erbringung der Leistung vor.

Sofern für den Erfolg der Maßnahme die Mitaufnahme eines oder mehrerer Kinder erforderlich ist oder andere Gründe für die Mitaufnahme vorliegen, ist vom verordnenden Arzt anzugeben, ob diese gesund sind oder eine Behandlung eingeleitet bzw. eine bereits laufende Behandlung fortgeführt werden muss. Trifft letzteres zu, ist eine Einrichtung zu wählen, die durch entsprechende personelle, räumliche und apparative Ausstattung die Umsetzung eines erforderlichen Therapiekonzeptes auch für das Kind gewährleisten kann. Zur personellen Ausstattung von Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen gehören insbesondere ein Pädiater (ggf. auf Honorarbasis) und eine Kinderkrankenschwester.

Grundsätzlich gilt auch für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, dass sie nur bei medizinischer Indikation vor Ablauf von vier Jahren, also vorzeitig, wiederholt werden können. Da das Gesundheitsproblem aber im Zusammenhang mit einer Erziehungsverantwortung zu sehen ist und gerade die Entwicklung von Kindern schnellere Anpassungen an das Alltagsleben mit neuen Herausforderungen aber auch möglichen Problemen erfordert, ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Ursache für die beklagten Beschwerden in einem veränderten Kontext liegt und Vorzeitigkeit bejaht werden muss.

Behandlungsbedürftigkeit oder eigene Vorsorge- bzw. Rehabilitationsindikation beim Kind?

Streng zu trennen von der Behandlungsbedürftigkeit des mitreisenden Kindes ist eine ggf. eigenständige Vorsorge- oder Rehabilitationsindikation. Diese ist für das jeweilige Kind nach §§ 23 und 40 SGB V zu stellen. Die Durchführung stationärer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche orientiert sich an den auf Ebene der BAR konsentierten Grundsätzen im Gemeinsamen Rahmenkonzept der gesetzlichen Krankenkassen und der gesetzlichen Rentenversicherung. [5] Aus diesem Grund müssen Einrichtungen, die auch medizinische Vorsorge bzw. Rehabilitation für Kinder und Jugendliche erbringen wollen, die Anforderungen aus einem Versorgungsvertrag nach §111 SGB V erfüllen.

Vorsorge und Rehabilitationsleistungen nach §§ 24 und 41 SGB V für Mütter und Väter, auch als Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme, fokussieren zudem auf eine Verbesserung der Mutter-/Vater-Kind-Entität, nicht aber auf eine eigene Vorsorge- oder Rehabilitationsindikation des Kindes (§§ 23 und 40 SGB V). Die Kinder werden in das Rehabilitationskonzept der Mutter oder des Vaters integriert, um damit den Erfolg der Maßnahme für die Mutter bzw. den Vater zu erhöhen. Um dieses auch in den Fällen umsetzen zu können, in denen sich das Kind eigentlich während der Maßnahme selbst in kurativer Behandlung befindet, können behandlungsbedürftige Kinder

VI. Zuweisungsempfehlungen	
A. Empfohlene Rehabilitationsform	
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> ambulant-mobil
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung	<input type="checkbox"/> Väter-Leistung
<input checked="" type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> als Mutter-Kind-Leistung
	<input type="checkbox"/> als Vater-Kind-Leistung
B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)	
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja, welche? Kinderrehabilitation, Mutter als Begleitperson erforderlich

Abb. 2: Auszug aus der Verordnung von medizinischer Rehabilitation, Muster 61, Teil D

zusammen mit der Mutter oder dem Vater aufgenommen werden, vorausgesetzt die Einrichtung kann sie entsprechend ihrer Indikation im Rahmen der Maßnahme der Mutter/des Vaters nach §§ 24 und 41 SGB V mitbehandeln. Sofern Einrichtungen des MGW oder gleichartige Einrichtungen zusätzlich zu ihrem bestehenden Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V auch medizinische Vorsorge oder Rehabilitation für Kinder anbieten wollen, benötigen sie einen Vertrag nach § 111 SGB V und müssen die damit geforderten Qualitätskriterien nachweisen.

Ist hingegen im Rahmen einer Rehabilitation für Kinder und Jugendliche die Mutter als Begleitperson erforderlich, um die Maßnahme überhaupt mit Erfolg

durchführen zu können, so ist dies vom Vertragsarzt eindeutig im Muster 61 zu kennzeichnen (Abb. 2).

Wie auch im Beitrag von *Ueberschär* in diesem Heft ausgeführt, muss der Vertragsarzt bei der Verordnung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen die Allokationsempfehlung für *die* Person aussprechen, für die diese Leistung bestimmt ist und bei der die Indikationskriterien erfüllt sind.

Literatur

1 Anforderungsprofil für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111a SGB V: <https://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/mvk.html>

- 2 MGW Jahrespressekonferenz – 23.06.2015: <https://www.muettergenesungswerk.de/docs/attachments/865431b9-8b92-420c-ab46-e6c0d920723f/Pressemappe-Jahrespressekonferenz-2015.pdf>
- 3 Rehabilitations-Richtlinie des G-BA: Vereinfachung Verordnungsverfahren/Qualifikationsanforderungen, Beschlussdatum: 15.10.2015, Inkrafttreten: 01.04.2016: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2361/>
- 4 Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des MDS und GKV-Spitzenverband in der Fassung vom Juli 2016: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/richtlinien_und_vereinbarungen.jsp
- 5 BAR: Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Frankfurt, Februar 2008: <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/rahmenempfehlungen/>