

## Normen

§ 24 SGB V

§ 41 SGB V

Gemeinsames Rundschreiben vom 21.12.1999

Gemeinsames Rundschreiben vom 26.11.2003

Gemeinsames Rundschreiben vom 09.03.2007

Rehabilitations-Richtlinie vom 16.03.2004, zuletzt geändert am 19.12.2019, BAnz AT 17.03.2020 B3, in Kraft getreten am 18.03.2020

Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation durch den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V aktuelle Fassung vom 02.07.2018

## Kurzinfo

Die Krankenkassen haben Vorsorge- und Rehabilitationskuren als **Regelleistung** zu erbringen, wenn sie in Einrichtungen erbracht werden, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Die Leistungen können sowohl für Mütter als auch für Väter erbracht werden.

Die Einrichtungen des Müttergenesungswerkes, in denen solche Maßnahmen durchgeführt werden, sind in einem Verzeichnis zusammengefasst, das vom deutschen Müttergenesungswerk (MGW) jährlich in einem "MGW-Jahrbuch" neu aufgelegt wird. Träger dieser Einrichtungen sind im Allgemeinen Organisationen der freien Wohlfahrtspflege. Außerdem können die Vorsorgekuren für Mütter in vergleichbaren Einrichtungen erbracht werden. Hierunter sind solche zu verstehen, die ebenfalls schwerpunktmäßig medizinische Vorsorgekuren für Mütter bzw. für Mütter mit Kindern durchführen.

### Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter

Die Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter sind Pflichtleistungen. Die Ausgaben für Leistungen sind risikostruktureausgleichsfähig. Ist eine Vorsorgemaßnahme für Mütter und Väter medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Vorsorgeziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden (§ 12 SGB V), hat sie die Krankenkasse zu erbringen.

Zur besseren Transparenz haben die Krankenkassen statistische Erhebungen über die Antragstellung und Bewilligung von Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter durchzuführen. Sofern eine amtliche Statistikverordnung nicht herausgegeben wird, stimmen die Spitzenverbände der Krankenkassen noch einheitliche Mindestvorgaben für die Antrags- und Bewilligungsstatistik ab.

Mit dem Hinweis auf die nicht geltende Regelung des § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V wird klargestellt, dass bei Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sein müssen, wenn das angestrebte Vorsorgeziel nicht mit diesen Maßnahmen zu erreichen ist.

### Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation

Am 02.07.2018 wurde die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation durch den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V aktualisiert und beschlossen. Sie ist für die Medizinischen Dienste und Krankenkassen verbindlich.

Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V sind nur stationär in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zu erbringen. Die ambulante Erbringung einer komplexen Vorsorgeleistung nach § 24 SGB V ist im Gesetz nicht vorgesehen. Das erforderliche Leistungsangebot wird nur in stationären Mutter-/Vater- und Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen vorgehalten.

Insofern kommt bei der Notwendigkeit einer Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld nur eine stationäre Vorsorge in Betracht. Entsprechende Leistungen können als Mutter- bzw. Mutter-Kind-Maßnahme oder als

Vater- bzw. Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden.

Im Rahmen der primär- und sekundärpräventiven Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 24 SGB V unter Berücksichtigung der allgemeinen und mütter-/väterspezifischen Kontextfaktoren das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken und ggf. bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern im Rahmen stationärer Vorsorgeleistungen durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z.B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) berücksichtigt werden.

In Umsetzungsempfehlungen werden die maßgeblichen Begutachtungs- und Leistungsentscheidungsgrundlagen sowie Verwaltungsgrundsätze nochmals detailliert dargestellt, um eine einheitliche Rechtsauslegung sicherzustellen und die Transparenz über die sozialmedizinischen Empfehlungen und Leistungsentscheidungen zu erhöhen.

## Information

## Inhaltsübersicht

1. Ziele bzw. Voraussetzungen
2. Wiederholte Leistungen
3. Leistungsdauer
4. Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer
5. Neue Vordrucke seit dem 01.10.2018

### 1. Ziele bzw. Voraussetzungen

Vater-Kind-Leistungen können in Betracht kommen, wenn das Kind behandlungsbedürftig ist und seiner Indikation entsprechend behandelt werden kann, oder zu befürchten ist, dass eine Maßnahme bedingte Trennung vom Vater zu psychischen Störungen des Kindes führen kann (z.B. aufgrund des Alters), oder bei Vätern, insbesondere bei allein erziehenden oder berufstätigen Vätern, eine belastete Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll, oder wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des Kindes/der Kinder vom Vater unzumutbar ist, oder das Kind während der Leistungsanspruchnahme des Vaters nicht anderweitig betreut und versorgt werden und die Durchführung der Leistung für den Vater daran scheitern kann, und die Mitaufnahme des Kindes/der Kinder den Erfolg der Vorsorgemaßnahme des Vaters nicht gefährdet. Die Möglichkeit zur Mitaufnahme besteht i.d.R. für Kinder bis 12 Jahren, in besonderen Fällen bis 14 Jahren. Für behinderte Kinder gelten keine Altersgrenzen.

Vorsorgeleistungen für Väter bzw. Vater-Kind-Maßnahmen werden mit der Zielsetzung erbracht, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen. Der Allgemeinzustand muss also so labil sein, dass künftig bei gleichbleibender beruflicher und sonstiger Belastung der Ausbruch einer Krankheit nicht auszuschließen ist. Mit der Gesundheit ist sowohl die körperliche als auch die seelische Gesundheit gemeint. Liegen diese Voraussetzungen vor und reichen ambulante Leistungen nicht aus, um die Schwächung der Gesundheit zu beheben, so kann die Krankenkasse i.R.d. § 24 SGB V eine Vorsorgekur erbringen.

Die Regelungen für Vorsorgeleistungen ( § 23 SGB V ) hinsichtlich Dauer, Verlängerung, Leitlinien zur indikationsspezifischen Leistungsdauer und Wiederholungsintervallen gelten ebenfalls für Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen.

### 2. Wiederholte Leistungen

Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

### 3. Leistungsdauer

Die Dauer richtet sich im Einzelfall grundsätzlich nach der individuellen medizinischen Notwendigkeit.

Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen werden i.d.R. für die Dauer von drei Wochen und Leistungen hierfür nicht öfter als alle vier Jahre erbracht ( § 23 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 24 Abs. 2 SGB V ).

Die Zuzahlung pro Tag der Maßnahme beträgt bundeseinheitlich 10,00 EUR. An- und Abreisetag gelten dabei als ein Kalendertag.

### 4. Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer

Anstelle der gesetzlich vorgeschriebenen Regeldauer von drei Wochen können die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich in Leitlinien indikationsspezifische Regeldauern festlegen. Von dieser Regeldauer kann die Krankenkasse bei der Bewilligung von Vorsorgeleistungen nur abweichen, wenn dies aus medizinischen Gründen im Einzelfall dringend erforderlich ist.

Vor Verabschiedung der Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen, die die Interessen der ambulanten und stationären Vorsorgeeinrichtungen wahrnehmen, anzuhören.

Für die Übergangszeit gelten die Aussagen zur gesetzlichen Regeldauer.

Das Müttergenesungswerk bietet Vorsorge- und Rehabilitationskuren an, die auf die Gesundheitsprobleme und Lebenslagen von Müttern/Vätern ausgerichtet sind und ein umfassendes Angebot zur seelischen und körperlichen Regeneration beinhalten. Bestandteile der Kuren sind sowohl medizinische Behandlungen als auch sozialtherapeutische Unterstützung bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen, gesundheitsfördernde und kreative Angebote. Bei Mutter-Kind-Kuren/Vater-Kind-Kuren werden tagsüber die Kinder in Gruppen betreut; zusätzlich gibt es Angebote, die Mutter/Vater und Kind gemeinsam nutzen können.

Müttergenesungskuren stehen Frauen aller Altersgruppen offen, die gesundheitlich belastet oder gefährdet sind. Persönliche finanzielle Verhältnisse sind für die Kurbewilligung nicht ausschlaggebend.

Informationen zu Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen geben die zuständigen Krankenkassen oder die örtlichen Beratungs- und Vermittlungsstellen bei einem der Wohlfahrtsverbände, und zwar

- der Arbeiterwohlfahrt,
- des Paritätischen Wohlfahrtsverbands,
- des Deutschen Roten Kreuzes,
- des Caritasverbands,
- des Diakonischen Werks bzw.
- der Frauenverbände der evangelischen und katholischen Kirchen.

Die Krankenkassen sowie die Beratungs- und Vermittlungsstellen geben Atteste aus, die vom Arzt auszufüllen sind und in dem dieser die Kurbedürftigkeit bescheinigt. Zur Vermeidung von etwaigen Problemen bei der Entgeltfortzahlung haben sich die Krankenkassen mit den Arbeitgeberverbänden darauf geeinigt, dass in Fällen der Bewilligung einer Mutter-Kind-Kur/Vater-Kind-Kur der Arbeitgeber ausdrücklich über das Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit informiert werden sollte (z.B. in der Bewilligungsmitteilung). Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen werden von den Krankenkassen vollständig finanziert.

### 5. Neue Vordrucke seit dem 01.10.2018

Zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter gem. § 24 SGB V wurde seit dem 01.10.2018 erstmalig ein bundeseinheitlicher Vordruck eingeführt, das Muster 64. Zusätzlich gibt es ein Muster 65, das Ärztliche Attest Kind.

Das Muster 64 orientiert sich hinsichtlich der Struktur am Muster 61, soweit dies für den Vorsorgebereich Relevanz hat. Bei der Auflistung der Kontextfaktoren unter II. C., die u.a. zur Abbildung der Vorsorgebedürftigkeit erforderlich sind und sowohl die externen (Umweltfaktoren) als auch internen Einflussfaktoren (personbezogene Faktoren) umfassen, wurden die mütter- /väter-spezifischen Problemkonstellationen besonders berücksichtigt. Bei Müttern und Vätern können die Kontextfaktoren aufgrund der Erziehungsverantwortung eine besondere mütter-/väter-spezifische Belastung entfalten und damit in eine mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation münden. Im Abschnitt V. Zuweisungsempfehlungen ist unter dem Punkt B. die Mitaufnahme von Kindern anzugeben. Wenn beim Kind eine Behandlungsnotwendigkeit vorliegt, ist das Ärztliche Attest (Muster 65) auszufüllen, um eine Behandlungsbedürftigkeit, chronische Erkrankung, Behinderung oder psychische Auffälligkeit des Kindes anzuzeigen.

Bei Mitaufnahme des Kindes aus sozialer Indikation ist das Muster 65 nicht erforderlich. Das Muster 65 soll in Ergänzung zur Verordnung einer Mutter-/Vater-Kind-Vorsorgeleistung nach § 24 SGB V oder einer medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V (diese erfolgt auf dem Muster 61) zum Einsatz kommen (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2018/278 vom 01.06.2018).