



Bundesversicherungsamt · Friedrich-Ebert-Allee 38 · 53113 Bonn

An alle
bundesunmittelbaren Krankenkassen

nachrichtlich:
Spitzenverbände der Krankenkassen
BMG

HAUSANSCHRIFT Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 (0) 228 619 - 1536

FAX +49 (0) 228 619 - 1866

E-MAIL AbteilungII@bva.de

INTERNET www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Frau Vogel

DATUM 05. Februar 2008

AZ II 1 - 0338/07

(bei Antwort bitte angeben)

Gesetzliche Krankenversicherung; Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen unserer aufsichtsrechtlichen Tätigkeit begegnet uns immer wieder die Problematik der Genehmigung von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. Wir weisen in diesem Zusammenhang auf Folgendes hin:

1. MDK-Gutachten

In der Vergangenheit sind uns Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bekannt geworden, die lediglich einen Hinweis darauf enthielten, dass die Erwerbsfähigkeit der Antragstellerin bzw. des Antragstellers erheblich gefährdet bzw. gemindert sei und eine Leistungspflicht der GKV deshalb nicht bestehe. Nähere Ausführungen, wie diese Beurteilung zustande kommt, enthalten die Gutachten oftmals nicht.

Teilweise wird in Gutachten auch darauf verwiesen, dass ambulante Maßnahmen ausreichend seien und eine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme daher nicht in Betracht komme. Das Stufenverhältnis - ambulant vor stationär - ist nach der eindeutigen gesetzgeberischen Intention im Rahmen von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen jedoch nicht anzuwenden.

Da die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkassen, ob eine Behandlungsmaßnahme bewilligt oder abgelehnt wird, auf diesen Gutachten beruht, bitten wir, beim MDK darauf hinzuwirken, dass dessen Beurteilungen ausreichend und nachvollziehbar sowie zutreffend begründet werden.

2. Weiterleitung nach § 14 SGB IX

Es sind Fälle an uns herangetragen worden, in denen Antragsteller für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen sogleich an den Rentenversicherungsträger verwiesen wurden bzw. die Träger entgegen der Intention des § 14 SGB IX einen Streit um ihre Zuständigkeit austrugen, und eine Leistung nicht erbracht wurde.

Da Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in den §§ 24 und 41 SGB V geregelt sind, kommt die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen für diese Leistungen in Betracht, so dass ein sofortiger Verweis der Antragsteller auf andere Träger ohne eigenständige Prüfung nicht zulässig ist. Vielmehr haben die Krankenkassen eine sorgfältige Prüfung des Antrages vorzunehmen und ihn ggf. auszulegen.

Liegt ein Antrag nach § 24 SGB V auf Durchführung einer Vorsorgeleistung vor, kommt eine Weiterleitung nach § 14 SGB IX in der Regel nicht in Betracht, da der Anwendungsbereich des SGB IX nicht eröffnet ist. Die Krankenkassen haben daher eine eigene Leistungsentcheidung zu treffen. Eine Weiterleitung des Antrages ist nur dann zulässig, wenn Anhaltspunkte dafür erkennbar sind, dass eigentlich eine Teilhabeleistung begehrt wird. Wenn nach sorgfältiger Prüfung festgestellt wird, dass eine Leistung nach dem SGB V nicht zu gewähren ist, ist der Antrag gemäß § 14 SGB IX fristgerecht an den für zuständig gehaltenen Rehabilitationsträger weiterzuleiten.

Bei Anträgen gemäß § 41 SGB V auf Durchführung einer Rehabilitationsleistung ist der Anwendungsbereich des SGB IX sogleich eröffnet (vgl. § 11 Abs. 2 SGB V). Auch in diesem Zusammenhang ist der Antrag auszulegen und sind ggf. weitere bzw. andere Leistungen nach dem SGB V zu gewähren. Erst wenn sich nach sorgfältiger Überprüfung herausstellen sollte, dass die Krankenkasse - auch unter den speziellen Gesichtspunkten der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme - nicht der zuständige Leistungsträger ist, ist der Antrag gemäß § 14 SGB IX fristgerecht an den als zuständig erachteten Leistungsträger abzugeben.

Der zweitangegangene Rehabilitationsträger hat sodann eine Prüfung unter Berücksichtigung sämtlicher Leistungsgesetze vorzunehmen. Unter Umständen gelangt er zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen des § 41 SGB V vorliegen, mit der Folge, dass er nun die begehrte Leistung zu erbringen hat und ihm ein Erstattungsanspruch gegen den eigentlich zuständigen erstangegangenen Träger zusteht. Eine Rückgabe des Antrages bzw. ein Verweis des Antragstellers an den erstangegangenen Träger ist nicht zulässig.

Soweit die Versicherten von dem Rehabilitationsträger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, einen ablehnenden Bescheid erhalten, ist der Widerspruch zulässig. Da der zweitangegangene Träger eine Prüfung auch nach den für den abgebenden Träger geltenden Leistungsgesetzen vornehmen muss, erstreckt sich das Widerspruchsverfahren ebenfalls auf sämtliche Leistungsgesetze. Doppelte Antragstellungen und Widerspruchsverfahren sollen im Interesse der Versicherten so verhindert werden.

Wir bitten um Beachtung!

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. Rexroth

Beglaubigt:

Verw.-Angest.