

MUTTER/VATER-KIND-KUREN

„Krieg der Textbausteine“

Die Kritik war groß. Willkür hatte der Bundesrechnungshof den Krankenkassen bei der Bewilligung von Mutter/Vater-Kind-Kuren unterstellt. Seit Februar gibt es nun eine neue Regelung. Erstes Fazit: Es ist besser geworden, aber noch nicht gut.

Seit 2007 müssen Krankenkassen Mutter/Vater-Kind-Kuren bezahlen, wenn ein Arzt sie verordnet und die Kasse die medizinische Notwendigkeit anerkannt hat. In der Folge stieg die Zahl der bewilligten Kuren kontinuierlich – und sank danach kontinuierlich. Nach Kritik von Ärzten und Wohlfahrtsverbänden beauftragte der Haushaltsausschuss des Bundestags den Bundesrechnungshof, das Bewilligungsverfahren zu prüfen. Ergebnis: Der Rechtsanspruch auf die Kuren werde von den Kassen seit Jahren „nicht in einem ordnungsgemäßen Verwaltungshandeln“ umgesetzt. Eine Gleichbehandlung der Versicherten sei nicht gewährleistet. Stattdessen gebe es einen „Anschein von Willkür“.

Erfolg nach erster Ablehnung

In der Folge forderten verschiedene Bundestagsausschüsse die Krankenkassen auf, ihre Bewilligungspraxis transparenter und nachvollziehbarer zu gestalten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband überarbeiteten daraufhin die „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“. Das war vor acht Monaten. Hat sich seitdem etwas verändert?

„Nein“, meint Dr. med. Uwe Popert, Allgemeinmediziner in Kassel. „Ich habe keine Veränderung festgestellt.“ Popert, stellvertretender Sektionssprecher Versorgungsaufgaben der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, attestiert regelmäßig Mutter/Vater-Kind-Kuren. Den durch die „aggressive Verweigerungsbürokratie“ entstehenden Aufwand bezeichnet er als „Zeitverschwendung“. „Zuerst muss ich ein Formular ausfüllen, um ein Formu-



Foto: dpa

lar zu beantragen“, erläutert er. Mit seinem Attest geht der Patient dann zur Krankenkasse.

„Die Ablehnungsquote liegt aus meiner Erfahrung bei etwa 50 Prozent“, erzählt der Hausarzt. „Und dann beginnt der Krieg der Textbausteine.“ Nach der ersten Ablehnung lässt er seine Patienten mit der Begründung Widerspruch einlegen, die Ablehnung sei „nach Aktenlage“ erfolgt. Dies sei aber nicht zulässig: Der Patient müsse vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gesehen werden. Danach liege die Bewilligungsquote schon höher, sagt Popert. Und nach dem zweiten Widerspruch habe sie etwa 80 Prozent erreicht. „Mit solchen Prozeduren machen wir uns nur das Leben schwer“, kritisiert er. Dabei seien die Kuren für viele Familien von großer Bedeutung.

Dieser Meinung ist auch das Müttergenesungswerk (MGW). Die Auswirkungen der neuen Begut-

Kuren für Eltern und Kinder sind wichtig. Doch manch berechtigter Antrag ging bei den Kassen unter.

achtungs-Richtlinie beurteilt es jedoch positiver. „Nach unseren Zahlen ist die Ablehnungsquote der Krankenkassen von 35 Prozent im ersten Halbjahr 2011 auf 21 Prozent im ersten Halbjahr dieses Jahres gesunken“, sagt die MGW-Geschäftsführerin, Anne Schilling. 73 Prozent der Mütter hätten nach einem abgelehnten ersten Antrag Widerspruch eingelegt, der in zwei Dritteln aller Fälle erfolgreich war. „Wenn es bei den Krankenkassen in der ersten Entscheidung offensichtlich noch so viele Fehlurteile gibt, dann muss an der Umsetzung der neuen Begutachtungs-Richtlinie noch gearbeitet werden“, kritisiert Schilling.

Einheitliches Formular fehlt

Mit der neuen Richtlinie ist sie aber zufrieden: „In den letzten Jahren haben wir oft gehört, dass die Frauen falsch informiert worden sind. So wurden im letzten Jahr 25 Prozent der Anträge mit der Begründung abgelehnt, im ambulanten Bereich seien noch nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft worden. Doch der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ gilt für Mutter/Vater-Kind-Kuren nicht.“ Darauf werde in der neuen Richtlinie sehr deutlich hingewiesen.

Zudem wurde die Liste der zu berücksichtigenden Kontextfaktoren erweitert. Neu aufgenommen wurden unter anderem „beeinträchtigte Mutter/Vater-Kind-Beziehung“ oder „chronische Krankheiten von Angehörigen“. Um das Verfahren zu vereinfachen, verlangte der Bundestag auch einheitliche Attestformulare. „Die gibt es leider noch nicht“, sagt Schilling. „Wir haben Entwürfe vorgelegt. Aber die Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband laufen noch.“

Falk Osterloh