

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katrin Kunert, Birgit Wöllert, Inge Höger,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/7865 –**

Entwicklung von Mutter-/Vater-Kind-Kuren und die wirtschaftliche Lage der Kureinrichtungen

Vorbemerkung der Fragesteller

In den letzten Jahren stand die Frage der Bewilligungspraxis von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen im Fokus öffentlicher Debatten und Entscheidungen. Nach einem längeren Diskussionsprozess wurden 2012 eine neue Begutachtungsrichtlinie und Umsetzungsempfehlungen verabschiedet. Deren Anwendung hat zu einer Verbesserung der Bewilligungspraxis bei Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen nach den §§ 24 und 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geführt. Es wurde wieder mehr Anträgen stattgegeben, insbesondere für Kuren. Mütter und Väter konnten ihren Rechtsanspruch wahrnehmen.

Weniger im Fokus stand in der aktuellen Debatte die Situation der Mutter-/Vater-Kind-Kureinrichtungen selbst. Ihre wirtschaftliche Lage, die Qualität ihrer Leistungsangebote und deren Personalausstattung wurden nicht problematisiert. Nach Kenntnis der Fragestellerinnen und Fragesteller gab das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zuletzt im Jahr 2005 eine Studie in Auftrag. Gegenstand der Studie war die Analyse sowohl der Inanspruchnahme von Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen als auch der Situation der Einrichtungen. Aktuelle Untersuchungen zur wirtschaftlichen Lage der Kureinrichtungen sind den Fragestellern nicht bekannt.

Eine wirksame und dauerhafte Umsetzung der neuen Empfehlungen ist aber nur möglich, wenn es genügend Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen gibt, die über ein qualitativ hohes Leistungsangebot verfügen.

In den letzten zehn Jahren haben sich hier gravierende Veränderungen ergeben. Die Qualitätsanforderungen an die Erbringung der Leistungsangebote in den Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen sind gestiegen. Die Einführung eines Qualitätsmanagements wurde gesetzlich vorgeschrieben. Eine Verbesserung der Finanzausstattung, die diesen Entwicklungen Rechnung trägt, erfolgte nicht in dem dafür erforderlichen Maße. Ein großes Problem stellen die aus Sicht der Fragesteller viel zu niedrigen Tagessätze dar, die die Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen mit den einzelnen Krankenkassen direkt verhandeln müssen. Die zu niedrigen Tagessätze und die restriktive Bewilligungspraxis von Rehabilitati-

onsmaßnahmen führten Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen in der Vergangenheit in eine existenzbedrohende Lage. In der im Auftrag des BMFSFJ erstellten Studie schätzten fast 70 Prozent ihre wirtschaftliche Lage als problematisch oder sogar existenzbedrohlich ein. Daran dürfte sich bis heute nicht viel geändert haben. Die Forderung nach höheren bzw. angemessenen Tagessätzen wird von den Krankenkassen mit dem Argument der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zurückgewiesen.

In ihren Handlungsempfehlungen verwiesen die Autoren der oben genannten Studie darauf, dass „die vorliegende Untersuchung (...) keine Hinweise auf Defizite im Hinblick auf die wirtschaftliche Führung der MGW-Einrichtungen erkennen lassen (hat). Entsprechende Kritik wurde auch nicht von Seiten der Kostenträger geäußert“. Es wird empfohlen, dass „die Krankenkassen weiterhin aufgerufen (sind), ihre Kostensatzpolitik zu überdenken: Werden qualitativ hochwertige Leistungen gewünscht, dann muss man im wohlverstandenen Interesse aller Beteiligten auch bereit sein, adäquat dafür zu bezahlen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Tatsache, dass – wie es nicht zuletzt in den ‚Anforderungsprofilen‘ festgeschrieben ist – den psychosozialen, edukativen und interaktiven Angeboten im Rahmen der Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen besondere Bedeutung beigemessen wird. Mit der Bereitstellung des dazu erforderlichen Fachpersonals ist im Vergleich zu sonstigen stationären Heilbehandlungen ein erheblicher finanzieller Mehraufwand verbunden. Aus diesen Gründen ist deshalb auf Leistungsentgelte zu dringen, die eine echte Vollfinanzierung der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen auf Dauer sicherstellen. Gefordert ist hier ggf. auch das Bundesministerium für Gesundheit, auf dem Verordnungswege auf angemessene Leistungsentgelte hinzuwirken.“

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen für Mütter und Väter Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen; die Leistungen können auch in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Leistung erbracht werden (§§ 24, 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V).

Um der Kritik an der Bewilligungspraxis der Krankenkassen zu begegnen, sind in der Vergangenheit verschiedene Anstrengungen unternommen worden, um insbesondere transparente Verfahren sowie nachvollziehbare und belastbare Entscheidungen der Krankenkassen zu erreichen. Nach Verhandlungen haben sich der GKV-Spitzenverband, der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS), die Elly Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk (MGW) und der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) – mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) – Anfang des Jahres 2012 auf eine überarbeitete Fassung der „Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation“, die maßgebende Grundlage der Entscheidungspraxis der Krankenkassen ist, und auf Umsetzungsempfehlungen hierzu verständigt. U. a. wurden die Ausführungen zur Bedeutung umwelt- und personenbezogener sowie mütter-/väter-spezifischer Kontextfaktoren für die sozialmedizinische Begutachtung und die Leistungsentscheidungen der Krankenkassen ergänzt und konkretisiert. Zur Unterstützung einer einheitlichen Umsetzung der geänderten Begutachtungs-Richtlinie dienen die außerdem erstellten Umsetzungsempfehlungen. In den Jahren seit 2012 ist eine deutliche Erhöhung der Bewilligungsentscheidungen der Krankenkassen zu verzeichnen.

Die Bundesregierung hat bereits in ihrer Vorbemerkung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. betreffend die „Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in Einrichtungen der Elly Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches

Müttergenesungswerk“ (Bundestagsdrucksache 18/3657) auf folgende Schwerpunkte hingewiesen, auf die nochmals verwiesen wird:

Die Krankenkassen dürfen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter nur in Einrichtungen des MGW oder gleichartigen Einrichtungen oder für Vater-Kind-Maßnahmen geeigneten Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (§ 111a Absatz 1 SGB V). Durch den statusbegründenden Versorgungsvertrag werden die Einrichtungen zur Versorgung GKV-versicherter Mütter, Väter und Kinder zugelassen. Die Beziehung der Krankenkassen zu den genannten Einrichtungen fällt damit ebenso in die Vertragskompetenz der Beteiligten, wie dies nach Maßgabe des § 111 SGB V auch für die Beziehung zu den übrigen Erbringern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen verankert ist.

Durch dieses Vertragssystem sollen die Qualität und die Effizienz der Leistungen nach den §§ 24 und 41 SGB V auf hohem Niveau gesichert werden (Bundestagsdrucksache 14/9035, S. 4). Vor diesem Hintergrund haben die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, des MGW und des Bundesverbandes Deutscher Privatkanneanstalten mit Wirkung zum 1. August 2003 ein einheitliches Anforderungsprofil für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen in Mütter-Einrichtungen vereinbart. Es bildet die Grundlage für die Versorgungsverträge nach § 111a SGB V und dient der Sicherung eines einheitlichen Leistungsgeschehens. Für stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen in Mütter-Einrichtungen haben sich die Vereinbarungspartner auf ein gesondertes Anforderungsprofil mit ähnlichem Inhalt verständigt.

Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben mit dem Ziel, die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der erbrachten Leistungen zu gewährleisten. So sind die Vertragseinrichtungen gesetzlich verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen sowie ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a Absatz 2 SGB V). Auf der Grundlage des § 137d Absatz 1, 2 und 4 SGB V sind die Einzelheiten zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zum internen Qualitätsmanagement zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen festgelegt worden.

Die Vergütungen für erbrachte Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind nicht Bestandteil der Versorgungsverträge. Sie werden zwischen den einzelnen Krankenkassen und den Einrichtungsträgern gesondert und frei vereinbart (§ 111 Absatz 5 i. V. m. § 111a Absatz 1 Satz 2 SGB V). Maßstab ist dabei eine an den Leistungen orientierte Preisgestaltung; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten (Bundestagsdrucksache 17/5178, S. 21). Das Gesetz enthält keine spezifischen Vorgaben für die Inhalte dieser Vergütungsvereinbarungen.

Im Konfliktfall besteht für die Parteien der Vergütungsvereinbarungen die Möglichkeit, in das gesetzlich vorgesehene Schiedsstellenverfahren einzutreten. So kann die Landesschiedsstelle nach § 111b SGB V angerufen werden, wenn eine Vergütungsvereinbarung innerhalb von zwei Monaten nach schriftlicher Aufforderung zur Aufnahme von Verhandlungen durch eine der Vertragsparteien nicht zustande gekommen ist. Die angerufene Schiedsstelle setzt den Inhalt der zu verhandelnden Vergütungsvereinbarung für die Vertragsparteien fest (§ 111 Absatz 5 SGB V). Die Bundesregierung ist der Ansicht, dass dieser Konfliktlösungsmechanismus ein sachgerechtes Instrument zur Durchsetzung einer angemessenen Vergütung für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation darstellt.

Darüber hinaus unterstützt der Bund die vom MGW anerkannten Einrichtungen durch Zuschüsse zu Bau- und Umbaumaßnahmen, die zum Erhalt und Fortbestand der Einrichtungen erforderlich sind (hierzu näher die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 18/1595).

1. Wie hat sich die Antrags- und Bewilligungspraxis von Mutter-/Vater-Kind-Kuren nach der Verabschiedung der neuen Begutachtungsrichtlinie und der Umsetzungsempfehlungen vom März 2012 entwickelt?

Die Antrags- und Bewilligungspraxis von Mutter-/Vater-Kind-Leistungen hat sich sehr dynamisch entwickelt, die Anzahl der genehmigten Anträge liegt bei fast 90 Prozent.

Antragsstatistik Mutter-Väter-Kind Kuren (§§ 24 und 41 SGB V)

	2012	2013	2014
Anträge neu	144.784	143.739	158.966
Anträge unerledigt aus Vorjahren	8.350	8.673	10.772
Aus medizinischen Gründen abgelehnt	18.158	15.526	16.256
Aus sonstigen Gründen abgelehnt	1.586	1.534	2.000
Ablehnungen zusammen	19.744	17.060	18.256
Leistung nach Antrag genehmigt	118.571	121.591	132.325
Mit anderer Leistung genehmigt	2.527	2.230	2.672
Genehmigungen zusammen	121.098	123.821	134.997
Sonstige Erledigung	4.994	2.843	2.787
Anteil genehmigter Leistungen	86,5%	88,1%	88,3%

Quelle: BMG (KG5) Geschäftsstatistiken der GKV

2. In welcher Art und Weise hat die Bundesregierung „die Umsetzung der dargestellten Maßnahmen und die damit verbundenen Ergebnisse aufmerksam“ beobachtet (www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument?Id=MMD16/882&quelle=alle)?

Erkenntnisse über die Entwicklung des Leistungsgeschehens ergeben sich für die Bundesregierung insbesondere aus den amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie aus Verlautbarungen der in diesem Leistungsbereich beteiligten Akteure.

3. Plant die Bundesregierung eine Evaluierung der Umsetzung der neuen Begutachtungsrichtlinie bzw. ist diese geplant?

Wenn ja, wann und in welcher Art und Weise?

Wenn nein, warum nicht?

Nach Auskunft der beteiligten Organisationen wurde die Umsetzung der neuen Begutachtungs-Richtlinie seit ihrer Verabschiedung am 7. Februar 2012 kontinuierlich begleitet. Es fanden regelmäßige Treffen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Kassenarten auf Bundesebene sowie der Medizinischen Dienste und des MDS mit dem MGW und dem BDPK zum Erfahrungsaustausch im Hinblick auf die Umsetzung der neuen Begutachtungs-Richtlinie statt.

Die Antrags- und Bewilligungspraxis von Leistungen für Mütter und Väter nach den §§ 24 und 41 SGB V wird vom BMG sorgfältig beobachtet (vgl. Antworten zu den Fragen 1 sowie 14 bis 16). Darüber hinaus ergibt sich derzeit keine Notwendigkeit, seitens der Bundesregierung eine Evaluation der o. g. Richtlinie zu planen.

4. Haben der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach dem 21. März 2012 erneut über Stand und Probleme der Umsetzung der neuen Begutachtungsrichtlinie berichtet?

Wenn nein, warum nicht und ist dies in nächster Zeit beabsichtigt?

5. Inwieweit haben der GKV-Spitzenverband und der MDS wie angekündigt die praktische Umsetzung der Begutachtungs- und Verwaltungsverfahren seit März 2012 im Zusammenhang mit Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach den §§ 24 und 41 SGB V begleitet und bei Hinweisen auf ungeklärte Umsetzungs-, Rechtsauslegungs- und Verfahrensfragen zu deren Klärung beigetragen (www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument?Id=MMD16/882&quelle=alle)?

Die Fragen 4 und 5 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Seit Verabschiedung der geänderten Begutachtungs-Richtlinie und der ergänzenden Umsetzungsempfehlungen wurde deren Umsetzung kontinuierlich begleitet. Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene sowie des MDS und der MDK regelmäßige Erfahrungsaustausche mit dem MGW und dem BDPK geführt. Diese Treffen erfolgten 2012 und 2013 sehr engmaschig, konnten 2014 und 2015 dann reduziert werden, da keine nennenswerten Umsetzungsprobleme mehr identifiziert wurden. Über die Beratungen wurde das BMG durch den GKV-Spitzenverband informiert.

6. Inwieweit wurde der Beschluss der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK-Gemeinschaft) vom 12. Februar 2012 zur verbesserten Dokumentation der Begutachtung von Anträgen umgesetzt?

Welche Erfahrungen gibt es hier, und inwieweit spiegelt sich das in der Bewilligungspraxis von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen wider?

Zur verbesserten Dokumentation der Begutachtung von Anträgen auf Leistungen nach §§ 24 und 41 SGB V wurden nach Angabe des MDS zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene sowie dem MDS und den MDK Fallberatungsbögen vereinbart, um die Informationsgrundlage bundesweit einheitlich zu gestalten. Diese werden bei der Bearbeitung von Anträgen auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter eingesetzt. Weiterhin wurde einheitlich vorgegeben, dass jede vom Antrag abweichende sozialmedizinische Empfehlung des MDK im Rahmen einer sozialmedizinischen Stellungnahme zu begründen ist. Darüber hinaus wird entsprechend einem neu entwickelten „Konzept für eine strukturierte Qualitätssicherung zum Begutachtungsfeld Leistungen für Mütter und Väter nach §§ 24, 41 SGB V“ die Einhaltung der Vorgaben in diesem Zusammenhang erhoben und die Einheitlichkeit der Umsetzung der neuen Richtlinie und die Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Stellungnahmen überprüft. Seit September 2015 werden entsprechende Qualitätssicherungs-Daten von den Medizinischen Diensten über eine

Stichprobenziehung und Qualitätsprüfungen der Gutachten erhoben. Erste Ergebnisse hierzu werden voraussichtlich im dritten Quartal 2016 vorliegen. Im Hinblick auf die Bewilligungspraxis wird auf die Antworten zu den Fragen 1 sowie 14 bis 16 verwiesen.

7. Wie haben sich die Ausgaben für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen in den Jahren von 2012 bis 2015 insgesamt und nach Leistungsarten (medizinische Vorsorge und medizinische Rehabilitation) entwickelt (bitte nach Krankenkassenarten differenzieren)?
8. Um wie viel stiegen die Aufwendungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Zeitraum von 2012 bis 2015 gegenüber dem Zeitraum von 2008 bis 2011 (bitte nach Kassen und Kassenarten aufschlüsseln)?
9. Wie hoch ist der Anteil von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen gemessen an den Gesamtausgaben der GKV in diesen Zeiträumen?

Die Fragen 7, 8 und 9 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Ausgaben der GKV für Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter sind im Zeitraum 2008 bis 2011 um 16,5 Prozent gesunken und im Zeitraum 2012 bis 2015 insgesamt um knapp 20 Prozent gestiegen. Die Entwicklung der entsprechenden Ausgaben für die einzelnen Kassenarten sowie des Anteils dieser Leistungsausgaben an den Gesamtausgaben der GKV im Zeitraum 2008 bis 2015 können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden. Da die endgültigen Rechnungsergebnisse für das Jahr 2015 erst im Juni 2016 vorgelegt werden, wurden hierfür die vorläufigen Ergebnisse der Statistik KV45 für das erste bis vierte Quartal 2015 zugrunde gelegt.

Ausgaben der GKV für Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter

	2008	2009	VÄ*	2010	VÄ*	2011	VÄ*	2012	VÄ*	2013	VÄ*	2014	VÄ*	1.-4. Qu. 2015	VÄ*
Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (Betrag in Mio. €)															
GKV	297,2	285,6	-3,9%	261,9	-8,3%	261,6	-0,1%	304,5	16,4%	343,1	12,7%	359,5	4,8%	375,1	3,3%
VDEK	110,8	113,1	2,0%	96,9	-14,3%	95,2	-1,7%	122,1	28,2%	131,5	7,7%	133,1	1,2%	132,8	-0,9%
AOK	73,3	72,0	-1,8%	66,3	-7,9%	62,7	-5,4%	88,8	41,6%	104,2	17,3%	112,4	7,9%	120,9	7,2%
BKK	67,4	66,6	-1,2%	69,1	3,7%	74,6	8,0%	62,8	-15,8%	68,7	9,4%	71,5	4,1%	75,0	3,8%
IKK	31,6	29,0	-8,2%	24,6	-15,3%	23,9	-2,7%	25,7	7,5%	33,4	29,9%	35,5	6,5%	40,1	7,9%
KBS	2,7	3,2	19,3%	3,6	12,0%	3,8	6,8%	3,8	-1,2%	4,1	10,2%	5,7	37,5%	5,0	-12,2%
LKK	1,7	1,8	6,3%	1,5	-16,1%	1,4	-7,2%	1,3	-6,9%	1,1	-11,8%	1,2	5,5%	1,2	0,6%
Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (Betrag in Mio. €)															
GKV	39,7	31,0	-21,9%	25,5	-17,7%	19,7	-22,9%	19,8	0,7%	17,8	-10,4%	14,4	-18,9%	14,5	-6,0%
VDEK	16,2	14,3	-11,5%	10,4	-27,3%	7,3	-29,7%	6,9	-5,4%	5,3	-22,8%	5,8	9,5%	5,6	-7,3%
AOK	10,5	6,5	-38,2%	5,6	-13,7%	4,5	-20,2%	6,1	36,3%	4,9	-19,7%	2,4	-51,9%	2,8	-3,0%
BKK	8,3	7,3	-12,6%	6,6	-9,5%	5,3	-19,9%	3,9	-26,1%	3,6	-6,9%	3,7	3,0%	3,9	2,3%
IKK	2,0	1,0	-50,5%	0,8	-21,3%	0,8	0,6%	1,0	31,6%	1,9	84,0%	1,3	-32,4%	1,4	-7,6%
KBS	1,4	1,8	30,3%	2,0	13,2%	1,7	-14,1%	1,7	0,9%	1,9	8,8%	1,1	-41,0%	0,74	-33,3%
LKK	0,2	0,2	-12,1%	0,2	-14,0%	0,1	-23,3%	0,12	0,3%	0,08	-32,1%	0,05	-33,5%	0,05	-1,9%
Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter insgesamt (Betrag in Mio. €)															
GKV	336,9	316,7	-6,0%	287,5	-9,2%	281,3	-2,1%	324,3	15,3%	360,9	11,3%	373,9	3,6%	389,6	2,9%
Anteil der Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter an den Gesamtausgaben der GKV															
	0,19 %	0,19 %		0,16 %		0,16 %		0,18 %		0,19 %		0,18 %		0,18 %	

*Veränderung zum Vorjahr bzw. Vorjahreszeitraum

Quelle: GKV-Statistiken KJ1 und KV45

10. Wie haben sich Bedarf und Angebot bei Mutter-/Vater-Kind-Kuren seit 2012 entwickelt?

Gibt es Wartelisten für Mutter-/Vater-Kind-Kuren?

Zu dieser Frage liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

11. Beabsichtigt das BMFSFJ oder das BMG eine Neuauflage der Studie, um Angebot und Bedarf an Leistungen in Einrichtungen der Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk zu erfassen und zu analysieren, um auf dieser Grundlage Aussagen über Notwendigkeit und Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung machen zu können?

Das BMFSFJ führt jährlich ein Gespräch mit der Geschäftsführung der Elly Heuss-Knapp-Stiftung Müttergenesungswerk (MGW) sowie mit den Vertretungen der Wohlfahrtsverbände bzw. der Fachverbände zu Bedarfen, den fachlichen und fachpolitischen Schwerpunkten und zur Weiterentwicklung durch. Eine Wiederholung der zitierten Studie ist vor diesem Hintergrund nicht vorgesehen.

12. Über welche aktuellen Informationen zu den Belastungen und zur gesundheitlichen Situation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und ihrer Kinder verfügen die Krankenkassen nach Kenntnis der Bundesregierung, und inwieweit lassen sich daraus Handlungsbedarfe für eine qualitätsangemessene Betreuung und deren Finanzierungs-sicherstellung – insbesondere für angemessene Tagessätze – ableiten?
13. Inwieweit verfügen die Krankenkassen über aktuelle Informationen zur Sozialstruktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Mutter-/Vater-Kind-Kuren?

Wie viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Mutter-/Vater-Kind-Kuren hat es in den Jahren von 2008 bis 2015 gegeben (bitte jährlich nach Einrichtungen, Müttern, Vätern und Kindern aufschlüsseln)?

Wie stellt sich die Sozialstruktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dar (Anteil Männer, Frauen, Kinder, Alter, Familienstand, Erwerbstätigkeit, monatliches Nettoeinkommen)?

Die Fragen 12 und 13 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Krankenkassen erheben einzelfallbezogen für die Prüfung der Leistungsanträge die für die Leistungsentscheidungen erforderlichen Informationen. Der Bundesregierung ist nicht bekannt, über welche aktuellen Informationen zu den angesprochenen Fragen Krankenkassen verfügen.

14. Wie viele Anträge zur Gewährung von Mutter-/Vater-Kind-Kuren wurden in den Jahren von 2012 bis 2015 bewilligt?

Im Jahr 2012 wurden 121 098 Mutter-/Vater-Kind-Leistungen bewilligt, im Jahr 2013 123 821 und im Jahr 2014 wurden 134 997 Mutter-/Vater-Kind-Leistungen bewilligt. Die Ergebnisse für 2015 liegen noch nicht vor.

15. Wie viele Anträge zur Gewährung von Mutter-/Vater-Kind-Kuren wurden in den Jahren von 2012 bis 2015 abgelehnt und aus welchen Gründen (bitte aufschlüsseln nach Bundesländern, Krankenkassen)?

Im Jahr 2012 wurden 19 744 Mutter-/Vater-Kind-Leistungen abgelehnt, im Jahr 2013 17 060 und im Jahr 2014 wurden 18 256 Mutter-/Vater-Kind-Leistungen abgelehnt. Die Ergebnisse für 2015 liegen noch nicht vor. In der amtlichen Statistik KG5, in der die Mutter-/Vater-Kind-Leistungen gezählt werden, gibt es keine Aufschlüsselung nach Bundesländern.

Antragsstatistik Mutter-Väter-Kind-Kuren (§§ 24 und 41 SGB V)

		AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	Ersatz- kassen	BUND
2012	Aus medizinischen Gründen abgelehnt	4.901	3.564	2.435	49	79	7.130	18.158
	Aus sonstigen Gründen abgelehnt	159	276	109	3	145	894	1.586
	Ablehnungen 2012 insgesamt	5.060	3.840	2.544	52	224	8.024	19.744
2013	Aus medizinischen Gründen abgelehnt	4.260	2.872	1.969	59	100	6.266	15.526
	Aus sonstigen Gründen abgelehnt	251	298	65		164	756	1.534
	Ablehnungen 2013 insgesamt	4.511	3.170	2.034	59	264	7.022	17.060
2014	Aus medizinischen Gründen abgelehnt	3.980	2.829	1.506	37	98	7.806	16.256
	Aus sonstigen Gründen abgelehnt	251	404	53		150	1.142	2.000
	Ablehnungen 2014 insgesamt	4.231	3.233	1.559	37	248	8.948	18.256

Quelle: BMG (KG5) Geschäftsstatistiken der GKV

16. Bei wie vielen Ablehnungen von Anträgen wurde in dem genannten Zeitraum Widerspruch eingelegt und in wie vielen Fällen war der Widerspruch erfolgreich bzw. wurde als unbegründet zurückgewiesen (bitte aufschlüsseln nach Bundesländern und Krankenkassen)?

Im Jahr 2012 gab es 12 363 Widersprüche gegen abgelehnte Anträge auf Mutter-/Vater-Kind-Leistungen, im Jahr 2013 gab es 8 979 Widersprüche und im Jahr 2014 gab es 10 110 Widersprüche gegen abgelehnte Mutter-/Vater-Kind-Leistungen. Die Ergebnisse für 2015 liegen noch nicht vor. In der amtlichen Statistik KG5, in der die Mutter-/Vater-Kind-Leistungen gezählt werden, gibt es keine Aufschlüsselung nach Bundesländern.

Antragsstatistik Mutter-Väter-Kind-Kuren (§§ 24 und 41 SGB V)

		AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	Ersatz- kassen	BUND
2012	Widerspruch erfolgreich	1.275	1.518	815	21	14	3.901	7.544
	Widerspruch aus medizinischen Gründen abge- wiesen	359	435	243	7	67	1.275	2.386
	Widerspruch aus sonstigen Gründen abgewiesen	35	223	3	0	0	376	637
	Widerspruch mit anderer Leistung bewilligt	43	54	22	0	2	105	226
	Widerspruch aus sonstigen Gründen erledigt	39	124	70	7	5	349	594
	Erfolgreiche Widersprüche insgesamt	1.357	1.696	907	28	21	4.355	8.364
	Abgewiesene Widersprüche insgesamt	394	658	246	7	67	1.651	3.023
	Widersprüche neu	1.713	2.194	921	31	86	5.243	10.188
	Widersprüche unerledigt aus Vorjahren	138	387	275	12	10	1.353	2.175
	Widersprüche insgesamt	1.851	2.581	1.196	43	96	6.596	12.363
2013	Widerspruch erfolgreich	853	896	481	16	28	2.763	5.037
	Widerspruch aus medizinischen Gründen abge- wiesen	392	263	144	9	61	643	1.512
	Widerspruch aus sonstigen Gründen abgewiesen	51	278	10	0	0	258	597
	Widerspruch mit anderer Leistung bewilligt	22	18	4	0	0	45	89
	Widerspruch aus sonstigen Gründen erledigt	90	98	82	5	3	168	446
	Erfolgreiche Widersprüche insgesamt	965	1.012	567	21	31	2.976	5.572
	Abgewiesene Widersprüche insgesamt	443	541	154	9	61	901	2.109
	Widersprüche neu	1.494	1.829	633	37	99	3.768	7.860
	Widersprüche unerledigt aus Vorjahren	147	221	138	8	8	597	1.119
	Widersprüche insgesamt	1.641	2.050	771	45	107	4.365	8.979
2014	Widerspruch erfolgreich	930	1.105	342	18	23	3.039	5.457
	Widerspruch aus medizinischen Gründen abge- wiesen	394	253	134	6	85	618	1.490
	Widerspruch aus sonstigen Gründen abgewiesen	46	59	8	0	0	233	346
	Widerspruch mit anderer Leistung bewilligt	13	22	1	0	1	72	109
	Widerspruch aus sonstigen Gründen erledigt	91	184	50	3	4	214	546
	Erfolgreiche Widersprüche insgesamt	1.034	1.311	393	21	28	3.325	6.112
	Abgewiesene Widersprüche insgesamt	440	312	142	6	85	851	1.836
	Widersprüche neu	1.667	1.861	484	21	124	4.511	8.668
	Widersprüche unerledigt aus Vorjahren	299	502	123	15	15	488	1.442
	Widersprüche insgesamt	1.966	2.363	607	36	139	4.999	10.110

Quelle: BMG (KG5) Geschäftsstatistiken der GKV

17. Inwieweit ist das Wunsch- und Wahlrecht nach § 40 SGB V von Müttern und Vätern in Bezug auf die Wahl der Einrichtung in der Praxis gewährleistet?
18. Welche Kenntnisse gibt es über die Zuweisungspraxis der Krankenkassen von Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen an die dafür vorgesehenen Kliniken?
Welchen Stellenwert nehmen dabei die Höhe der Tagessätze, die Qualität der Leistungsangebote bzw. die Personalausstattung ein?
19. Wie vereinbart sich nach Einschätzung der Bundesregierung die Zuweisung an eine konkrete Kureinrichtung durch die Krankenkassen mit dem in § 40 SGB V durch das Versorgungsstärkungsgesetz gesetzlich festgeschriebenem Wunsch- und Wahlrecht der Eltern, wobei als Begründung häufig ein niedriger Tagessatz dient?
20. In welchem Zusammenhang stehen nach Kenntnis der Bundesregierung Präferenzen der Kostenträger und das Wahl- und Wunschrecht in Bezug auf eine Einrichtung?

Die Fragen 17 bis 20 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach dem Recht der GKV ist vorgesehen, dass die Krankenkasse die Einrichtung, in der Mutter-/Vater-Kind-Leistungen erbracht werden, nach pflichtgemäßen Ermessen bestimmt (§ 24 Absatz 2 in Verbindung mit § 23 Absatz 5 Satz 1 SGB V, § 41 Absatz 2 in Verbindung mit § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V). Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 wurde durch Ergänzungen des § 23 Absatz 5 Satz 1 SGB V und des § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V bestimmt, dass die Entscheidung der Krankenkasse das in § 9 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) geregelte Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten zu berücksichtigen hat. Durch die Verweise in § 24 Absatz 2 und § 41 Absatz 2 SGB V gilt dies auch für Mutter-/Vater-Kind-Leistungen. Damit wird die eigenverantwortliche Gestaltung der Lebensumstände der Versicherten gestärkt. Nach § 9 Absatz 1 SGB IX ist berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse Rücksicht genommen. Die Krankenkassen haben bei Erbringung der Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 2 Absatz 1 Satz 1, § 12 SGB V) zu beachten. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Auswahl der Einrichtungen nach diesen Grundsätzen sachgerecht vorgenommen wird.

21. Inwieweit haben sich seit Verabschiedung der neuen Begutachtungsrichtlinie Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen der Krankenkassen erhöht?
Welche konkreten Veränderungen hat es diesbezüglich in der Praxis gegeben?

Zur Herstellung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit sind die Leistungsentscheidungen der Krankenkassen nachvollziehbar und individuell zu begründen. Dies gilt generell für alle Leistungsbescheide und ist umso wichtiger bei ablehnenden Leistungsentscheidungen und in Fallgestaltungen, in denen im laufenden Verwaltungsverfahren vorherige Entscheidungen revidiert oder trotz Heranziehung neuer entscheidungsrelevanter Unterlagen – etwa im Widerspruchsverfahren – beibehalten werden.

Nach Informationen des GKV-Spitzenverbandes liegen – gerade auch aus den regelmäßigen Erfahrungsaustauschen des GKV-Spitzenverbandes mit dem MGW

und dem BDPK – keinerlei Hinweise darauf vor, dass die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen der Krankenkassen aus Sicht der Versicherten verbesserungsbedürftig wäre.

Nach Auskunft des Bundesversicherungsamtes ist die Anzahl an Eingaben Versicherter zu Mutter-/Vater-Kind-Leistungen seit 2012 deutlich gesunken. Auch dies spricht für eine bessere Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Leistungsentscheidungen der Krankenkassen.

22. Wie viele Kliniken, die Versorgungsverträge nach § 111a SGB V mit Krankenkassen abgeschlossen haben, gibt es bundesweit (bitte aufschlüsseln nach Bundesländern, privatwirtschaftlichen und KK-zugehörigen sowie Trägerschaft)?

Es gibt derzeit bundesweit insgesamt 138 Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht. Angaben über die jeweilige Trägerschaft der Einrichtung liegen der Bundesregierung nicht vor. Die Aufschlüsselung der Einrichtungen nach Bundesländern und die Entwicklung der Zahlen in den letzten zehn Jahren ergibt sich aus folgender Tabelle:

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	
	2006	2016
Baden-Württemberg	22	16
Bayern	20	23
Berlin	0	0
Brandenburg	2	2
Bremen	0	0
Hamburg	0	0
Hessen	3	3
Mecklenburg-Vorpommern	22	22
Niedersachsen	34	33
Nordrhein-Westfalen	9	6
Rheinland-Pfalz	4	2
Saarland	2	2
Sachsen	2	2
Sachsen-Anhalt	1	1
Schleswig-Holstein	35	22
Thüringen	3	4
Insgesamt	159	138

23. Wie hat sich die Anzahl der Einrichtungen in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Wie hat sich die Anzahl der Betten (Mütter/Kinder) insgesamt und pro Einrichtung entwickelt?

Die Entwicklung der Zahl der Einrichtungen in den letzten zehn Jahren – aufgeschlüsselt nach Bundesländern – ergibt sich aus der Tabelle in der Antwort zu Frage 22. Über die Zahl der Betten der einzelnen Einrichtung und deren Entwicklung in den letzten zehn Jahren liegen der Bundesregierung keine Angaben vor.

24. Wie haben sich die Belegungszahlen in diesen Einrichtungen entwickelt, und wie ist deren Auslastung?

Über die Belegungszahlen in den Einrichtungen mit Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V insgesamt, deren Entwicklung und die Auslastung der jeweiligen Einrichtung liegen der Bundesregierung keine Angaben vor.

25. Wie viele insgesamt und welche Mutter-/Vater-Kind-Kliniken sind Einrichtungen der Elly Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk?
Über welchen Marktanteil verfügen diese Einrichtungen?

Ende 2015 gab es insgesamt 76 vom Müttergenesungswerk anerkannte Einrichtungen. Ausgehend von insgesamt 138 Einrichtungen mit Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V (Stand 2016) entfällt auf die vom Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtungen ein Anteil von rd. 55 Prozent. Bei der Bettenzahl ist ein hiervon abweichender Wert möglich.

26. Wie stellt sich die wirtschaftliche Situation der Mutter-/Vater-Kind-Kliniken insgesamt dar?
Welche wirtschaftlichen Probleme haben nach Kenntnis der Bundesregierung Träger – hier insbesondere Kureinrichtungen – im Bereich der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor. Zu Belegungszahlen und Auslastung der Einrichtungen des Müttergenesungswerks liegt lediglich die Information vor, dass die Belegung in den vom Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtungen seit Inkrafttreten der neuen Begutachtungsrichtlinie (am 6. Februar 2012) um rd. 25 Prozent gestiegen ist.

27. Wie viele Einrichtungen arbeiten kostendeckend?
Wie viele Einrichtungen sind auf Zuschüsse von Dritten oder sonstige Zuweisungen angewiesen?
Wie viele Einrichtungen erzielen einen negativen Jahresabschluss?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

28. In welchem Umfang wurden in den letzten zehn Jahren Investitionen in diese Einrichtungen getätigt?

Im Rahmen seiner Bauförderung hat das BMFSFJ Zuwendungen i. H. v. 39 384 580 Euro an Einrichtungen des Müttergenesungswerks erteilt. Inwieweit die Einrichtungen des Müttergenesungswerks eigene Investitionen getätigt haben, wird im BMFSFJ nicht erhoben. Darüber hinausgehende Erkenntnisse liegen der Bundesregierung nicht vor.

29. Wie ist die Ausstattung mit Personal (bitte aufschlüsseln nach Pflegefachkräften, medizinischen oder psychotherapeutischen Fachberufen und Hilfskräften)?

Der Bundesregierung liegen zu der Personalausstattung von Einrichtungen nach § 111a SGB V keine Angaben vor.

30. Wie ist der Anteil von Kinder- und Säuglingskrankenpflegerinnen und -pflegern und anderem pädiatrischem Personal am Gesamtpersonal?
31. Wie hoch ist der Anteil von teilzeitbeschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, und wie hat sich dieser Anteil seit 2005 entwickelt?
32. Wie hoch ist die Anzahl der angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der auf Honorarbasis Beschäftigten in den verschiedenen Bereichen der Einrichtungen?
Hat es hier in den letzten zehn Jahren Veränderungen im Verhältnis von angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Honorarkräften gegeben?
33. Inwieweit erfolgten Gehaltskürzungen und Auslagerungen, z. B. durch Leiharbeit?
34. Wie hat sich die Zahl der in Einrichtungen für Mutter-/Vater-Kind-Kuren beschäftigten Fachkräfte (in Vollzeitäquivalenten) von 2005 bis 2015 entwickelt?

Die Fragen 30 bis 34 werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Angaben vor.

35. Wird in den Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen Mindestlohn gezahlt?
Gab es in diesen Einrichtungen Kontrollen zur Einhaltung des Mindestlohns?

Seit dem 1. Januar 2015 gilt in Deutschland ein allgemeiner gesetzlicher Mindestlohn. Die Einhaltung des Mindestlohns wird durch die Behörden der Zollverwaltung (Finanzkontrolle Schwarzarbeit – FKS) kontrolliert. Die Finanzkontrolle Schwarzarbeit der Zollverwaltung führt differenzierte statistische Erhebungen nur für einige Branchen. Der Bereich „Kur- und Rehabilitationseinrichtungen“ wird nicht gesondert erfasst. Daher liegen keine Informationen über die Anzahl der Kontrollen und festgestellter Verstöße in diesem Bereich vor.

36. Was sollte aus Sicht der Bundesregierung der Verhandlung von Tagessätzen zugrunde liegen, und was wird bei der Verhandlung von Tagessätzen tatsächlich zugrunde gelegt?
Wie bewertet die Bundesregierung die Transparenz der Tagessatzverhandlung?
Inwieweit und für wen sollte das Verfahren transparent sein?

Nach § 111a in Verbindung mit § 111 Absatz 5 SGB V werden die Vergütungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Einrichtungen vereinbart. Es handelt sich insoweit um Vertragspreise, bei deren Verhandlung die vereinbarten Leistungen zugrunde gelegt werden. Eine Offenlegung des Verhandlungsverfahrens über die unmittelbaren Vertragsparteien hinaus ist nicht vorgesehen. Kommt eine Vergütungsvereinbarung innerhalb von zwei Monaten nach Verhandlungsaufforderung nicht oder teilweise nicht zustande, kann von den Vertragsparteien die Festsetzung durch die Landesschiedsstelle nach § 111b SGB V beantragt werden.

37. Inwieweit haben sich die Anforderungsprofile für Rehabilitationsmaßnahmen in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen in den letzten zehn Jahren verändert, und inwieweit wurde dem bezüglich der Berechnung bzw. Höhe der Tagessätze Rechnung getragen?

Die Anforderungen an die Einrichtungen werden im Rahmen der Versorgungsverträge nach § 111a in Verbindung mit § 111 Absatz 2 SGB V und der Vergütungsvereinbarungen nach § 111a in Verbindung mit § 111 Absatz 5 SGB V von den jeweiligen Vertragsparteien definiert. Es liegen keine systematischen Informationen darüber vor, inwieweit dabei in den letzten zehn Jahren Veränderungen durch die Vertragsparteien vorgenommen wurden. Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde der Gestaltungsspielraum der Vertragsparteien erhöht, indem der zuvor bestehende gesetzliche Auftrag zum Abschluss gemeinsamer Rahmenempfehlungen der maßgeblichen Organisationen der Träger von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der GKV auf Bundesebene aufgehoben wurde. Zur Vergütung wird auf die Antwort zu Frage 36 verwiesen.

38. Inwieweit treffen nach Ansicht der Bundesregierung Aussagen zu, dass die Umsetzung der in den Anforderungsprofilen festgelegten Qualitätsstandards weder durch eine sachgerechte Vergütung noch durch bevorzugte Belegung gewürdigt worden sei?

Der Bundesregierung liegen keine Angaben vor, dass der festgelegte Qualitätsstandard weder durch sachgerechte Vergütung noch durch eine bevorzugte Belegung gewürdigt worden sei.

39. Inwieweit steigt für Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen der finanzielle Aufwand für Qualitätssicherungsmaßnahmen, und müsste dies nicht zu höheren Tagessätzen führen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Verpflichtung von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, an Maßnahmen zur Qualitätssicherung teilzunehmen, ergibt sich aus § 135a in Verbindung mit § 137d SGB V. Zur Vereinbarung der Vergütung wird auf die Antwort zu Frage 36 verwiesen.

40. Inwieweit könnte die Einhaltung von Qualitätsstandards bei gleichbleibenden Kostensätzen zu Lasten einer Weiterentwicklung von therapeutischen Angeboten führen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Verpflichtung von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, an Maßnahmen zur Qualitätssicherung teilzunehmen, ergibt sich aus § 135a in Verbindung mit § 137d SGB V. Zur Vereinbarung der Vergütung wird auf die Antwort zu Frage 36 verwiesen.

41. Welche Kenntnisse liegen der Bundesregierung vor, wonach beim Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V weniger die Qualität als vielmehr der Tagessatz die entscheidende Rolle spielt?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor, dass weniger die Qualität als der Tagessatz eine entscheidende Rolle beim Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 111a SGB V spielt.

42. Inwieweit fordern die Krankenkassen eine immer höhere Leistungsqualität, sind jedoch nicht bereit, dies finanziell angemessen zu honorieren?
43. Inwieweit ist das Bundesministerium für Gesundheit der Handlungsempfehlung gefolgt, auf angemessene Leistungsentgelte, ggf. auch auf dem Verordnungswege, zu dringen, die eine echte Vollfinanzierung der Mütter- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen auf Dauer sicherstellen?

Für wann ist dies geplant, und wenn nicht, warum nicht?

Die Fragen 42 und 43 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Vergütungen für erbrachte Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind nicht Bestandteil der Versorgungsverträge nach § 111a Absatz 1 SGB V. Sie werden zwischen den einzelnen Krankenkassen und den Einrichtungsträgern gesondert und frei vereinbart (§ 111 Absatz 5 i. V. m. § 111a Absatz 1 Satz 2 SGB V). Maßstab ist dabei eine an den Leistungen orientierte Preisgestaltung; der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten (Bundestagsdrucksache 17/5178, S. 21). Das Gesetz enthält keine spezifischen Vorgaben für die Inhalte dieser Vergütungsvereinbarungen.

Im Konfliktfall besteht für die Parteien der Vergütungsvereinbarungen die Möglichkeit, in das gesetzlich vorgesehene Schiedsstellenverfahren einzutreten. So kann die Landesschiedsstelle nach § 111b SGB V angerufen werden, wenn eine Vergütungsvereinbarung innerhalb von zwei Monaten nach schriftlicher Aufforderung zur Aufnahme von Verhandlungen durch eine der Vertragsparteien nicht zustande gekommen ist. Die angerufene Schiedsstelle setzt den Inhalt der zu verhandelnden Vergütungsvereinbarung für die Vertragsparteien fest (§ 111 Absatz 5 SGB V). Die Bundesregierung ist der Ansicht, dass dieser Konfliktlösungsmechanismus ein sachgerechtes Instrument zur Durchsetzung einer angemessenen Vergütung für stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation darstellt (vgl. auch Antwort zu Frage 36).