

Wie wird eine Mutter-Kind-Kur am Besten beantragt?

Erläuterungen zu den Attest-Formularen

Mütter (bzw. Väter) in Familienverantwortung sind in ihrem Alltag zahlreichen Belastungen und Anforderungen ausgesetzt. Diese können zu schweren Erschöpfungszuständen, gesundheitlichen Störungen und Schädigungen sowie psychosomatischen und psychischen Erkrankungen führen bzw. diese entscheidend mitbedingen. Seit dem 01.04.2007 sind Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Frauen und Männer in Familienverantwortung Pflichtleistungen der Krankenkassen, wenn sie medizinisch indiziert sind. Zusätzlich hat der Gesetzgeber ausdrücklich klargestellt, dass das Prinzip „ambulant vor stationär“ im Bereich der Mütter-/Mutter-Kind bzw. Vater-Kind-Maßnahmen nicht gilt, weil der Abstand zur Alltagsverantwortung ein ganz wesentlicher Faktor für das Erreichen der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele ist. Diese Maßnahmen werden grundsätzlich von der Krankenversicherung finanziert.

Voraussetzungen / Antragsverfahren

Die Mutter bzw. der Vater stellt den Antrag bei der Krankenkasse. Hierfür ist zunächst zu entscheiden, ob es sich bei der erforderlichen Maßnahme um eine **stationäre Vorsorge** nach § 24 SGB V oder um eine **stationäre Rehabilitation** nach § 41 SGB V handelt. Die Unterscheidung erfolgt auf der Grundlage der ICF nach folgenden Leitkriterien:

Leistungen zur medizinischen Vorsorge sind indiziert,

- wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden (Primärprävention).

Eine Vorsorgebedürftigkeit besteht auch, wenn bei manifester (chronischer) Krankheit

- drohende Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindert werden sollen,
- oder das Auftreten von Rezidiven bzw. Exazerbationen vermieden bzw. deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiben der Krankheit entgegengewirkt werden soll (Sekundärprävention)
- und ein komplexer mehrdimensionaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz erforderlich ist.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind indiziert, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen
- oder diese bereits bestehen,
- und ein komplexer mehrdimensionaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz erforderlich ist.

Bei der Beurteilung sind die umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Formulare

Besteht bei einer Mutter/einem Vater **Vorsorgebedürftigkeit** steht für die Antragstellung das Attest-Formular des Deutschen Müttergenesungswerkes (www.muettergenesungswerk.de/atteste.html) zur Verfügung.

Besteht bei einer Mutter/einem Vater **Rehabilitationsbedürftigkeit** so muss die Antragstellung über das Formular 61 erfolgen, dass sie entweder über die Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) erhalten, oder das Sie bereits integriert in Ihrer Praxissoftware finden. Auf der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder auf der Seite des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (www.mds-ev.de) finden Sie weitere Erläuterungen zur Antragstellung. Für das Ausstellen der Ärztlichen Verordnung im Formular 61 ist die Nummer 01611EBM berechnungsfähig.

Beratung und Unterstützung

Die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände innerhalb des Müttergenesungswerkes beraten Mütter (bzw. Väter) in Fragen der Vorsorge bzw. Rehabilitation sowie in psychosozialen Problemlagen. Sofern eine stationäre Maßnahme verordnet wird, bereiten sie gezielt und umfassend auf diese vor. Dies beinhaltet auch alle organisatorischen, finanziellen sowie Verfahrensfragen. Sollten Sie Fragen zur psychosozialen und Familiensituation oder Auswahl der geeigneten Einrichtung haben, unterstützen die beteiligten Beratungsstellen Sie gerne. Auch nach der stationären Maßnahme erhalten Frauen/Männer ein begleitendes Nachsorgeangebot durch die Wohlfahrtsverbände.