

## **Attest des Hausarztes**

Der erste Weg führt zu Ihrem Hausarzt, dieser stellt ein Attest für Sie und Ihre Kinder aus. Für jedes Kind muss ein eigenes Attest ausgestellt werden, in dem die Notwendigkeit einer Mutter-Kind-Vorsorgemaßnahme nach § 24 SGB V oder einer Rehamaßnahme nach § 41 SGB V festgestellt wird. Das Attest enthält die für Mutter-Kind-Maßnahmen typischen Indikationen in Stichworten. Die Hauptindikationen bilden die unter dem „**Syndrom mütterlicher Erschöpfung**“ zusammengefassten Kontextfaktoren.

### **Kontextfaktoren, die für die Begründung einer Mutter-Kind-Vorsorge/oder Rehamaßnahme maßgeblich sein können:**

- allein erziehend, nicht in Lebensgemeinschaft lebend
- kinderreich
- mangelnde Unterstützung und Anerkennung
- nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/des Mannes in der Familie
- Partner-/Eheprobleme
- Erziehungsschwierigkeiten, mangelnde Erziehungskompetenz
- gesundheitliche Probleme des Kindes, die zu einer Gesundheitsgefährdung der Mutter/des Vaters führen können (Einheit Mutter/Vater-Kind)
- Verantwortung für die Pflege von Familienangehörigen
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung, insbesondere denen des Alltags
- ständiger Zeitdruck
- finanzielle Sorgen
- eigene Arbeitslosigkeit
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse

### **Häufige Indikationen bei Kindern sind:**

- Asthma bronchiale
- Infektanfälligkeit
- Neurodermitis
- diverse Allergien
- Verhaltensauffälligkeiten
- Adipositas

Die klassischen Risikofaktoren wie übermäßiger Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenkonsum, Bewegungsmangel sowie Adipositas fördern die Problematik und sind deshalb ebenfalls zu berücksichtigen.

Mit diesem Attest wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse. Der weitere Ablauf ist von Kasse zu Kasse unterschiedlich. In jedem Fall muss ein Kurantrag ausgefüllt werden.

### **Der Kurantrag**

Den Antrag erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse zusammen mit einem Selbstauskunftsbogen. Einen Kurantrag und einen Selbstauskunftsbogen können Sie auch herunterladen. Den Antrag füllen Sie zusammen mit dem behandelnden Arzt aus. Für jedes behandlungsbedürftige Kind muss ein eigener Antrag ausgefüllt werden.

Die Hauptzielperson für eine Mutter-Kind Maßnahme ist die Mutter. Die Gesundheit der Mutter hat bei einem Antrag auf eine Mutter-Kind Maßnahme oberste Priorität. Im Mittelpunkt steht dabei der Arbeitsplatz „Familie“. Hier liegt die Kostenträgerschaft bei den Krankenkassen. Handelt es sich um den Erhalt oder die Wiederherstellung der gewerblichen Arbeitskraft, ist für die Übernahme der Kosten die Rentenversicherung Bund zuständig. Für Vorsorgemaßnahmen nach § 24 SGB V sind ausschließlich die Krankenversicherungen die Kostenträger. Für Rehamaßnahmen nach § 41 SGB V kann

bei Vorliegen bestimmter, rechtlicher Voraussetzungen und wenn es sich vorwiegend um die Stärkung der gewerblichen Arbeitskraft handelt, als Kostenträger die Rentenversicherung Bund in Frage kommen.

### **Selbstauskunftsbogen (gibt es nicht bei allen Krankenkassen)**

Der Selbstauskunftsbogen ist neben dem eigentlichen Antragsformular, das von Ihrem Arzt auszufüllen ist, das wichtigste Antragsdokument. Er enthält Fragen nach der psychosozialen Belastungssituation Ihres häuslichen und beruflichen Umfeldes. Der Kostenträger und der MDK möchten von Ihnen wissen, ob Sie in Ihrem häuslichen und beruflichen Umfeld durch Mehrfachbelastungen und Risikofaktoren gesundheitlich gefährdet sind. Möglicherweise liegen bei Ihnen bereits Fähigkeitsstörungen, Gesundheitsschäden und Beeinträchtigungen vor. Diese psychosozialen Krankheitsbilder gehören zum Leitsyndrom mütterlicher Erschöpfung. Bei der Begutachtung Ihres Antrages wird daher insbesondere das biopsychosoziale Krankheitsmodell zugrunde gelegt. Nehmen Sie sich bei der Ausfüllung des Selbstauskunfts bogens Zeit und holen Sie sich notfalls den professionellen Beistand eines Arztes oder eines Psychologen. Je besser der Gutachter Ihre Situation einschätzen kann, desto eher wird Ihr Antrag bewilligt. Die Begutachtungsrichtlinien, nach denen die Entscheidungsträger bei den Krankenkassen Ihren Antrag bewerten, finden Sie hier.

### **Persönliche Stellungnahme**

In Ergänzung oder zur Kommentierung des Selbstauskunfts bogens ist zur Begutachtung der Entscheidungsträger dringend eine ganz persönliche Schilderung Ihrer familiären Alltagssituation zu empfehlen. Erst dadurch werden die Ursachen für Ihre außerordentliche Belastungssituation für den Kostenträger transparent und nachvollziehbar. Orientieren Sie sich bei dieser Selbstdarstellung an den oben genannten Kontextfaktoren.

### **Beratungsdienste**

Ihre Krankenkasse ist der erste Ansprechpartner für Mutter-Kind-Maßnahmen. Wenn Sie eine Beratungsstelle der karitativen Träger in Anspruch nehmen wollen und Ihre Maßnahme in der Ostseeklinik durchführen möchten, teilen Sie dies dort bitte gleich mit, da Sie sonst in deren eigene Einrichtungen vermittelt werden. Weiterhin gibt es private Beratungsstellen, die Ihre Dienste für die Antragsteller kostenlos anbieten. Für die Vermittlung verlangen diese aber von den Kliniken teilweise deftige Provisionen. Deshalb arbeiten wir mit diesen Beratungsstellen nicht zusammen.

Umfangreiche und kompetente Beratung zum Kurantrag erhalten Sie auch vom Team der Ostseeklinik.

Tel: 038302-73-303 oder -101.

### **Widerspruchsverfahren**

Im Fall einer Ablehnung Ihres Kurantrages, sollten Sie auf jeden Fall Widerspruch gegen den Bescheid einlegen. Verlangen Sie von Ihrer Krankenkasse eine ausführliche Begründung für die Ablehnung Ihres Antrages.

### **Die häufigsten Gründe für die Ablehnung sind:**

- Nichteinhaltung der 4 Jahresfrist. – Der Gesetzgeber gibt ausdrücklich die Möglichkeit einer vorzeitigen Wiederholung, wenn dringende, medizinische Gründe vorliegen. Dies ist der Fall, wenn eine chronische Erkrankung vorliegt oder die Gefahr besteht, dass eine Krankheit zu einer chronischen Erkrankung wird. Außerdem ist eine vorzeitige Kurwiederholung angeraten, wenn sich seit der

letzten Maßnahme zusätzliche Belastungssyndrome ergeben haben. Letztendlich ist es auch Aufgabe des Arztes die Dringlichkeit einer vorzeitigen Kurwiederholung darzulegen.

- Die ambulanten Maßnahmen vor Ort sind nicht ausreichend ausgeschöpft. - Diese Aussage gilt nicht für Anträge nach §§ 24 oder 41 SGB V auf Mutter-Kind Vorsorge oder Rehabilitation. Dies hat der Gesetzgeber eindeutig festgelegt und wird in einem Rundschreiben an alle Krankenversicherungen vom Bundesversicherungsamt noch einmal ausdrücklich bekräftigt.
- Ihr Antrag wird abgelehnt, da für Ihren Fall die Deutsche Rentenversicherung Bund zuständig ist. Dies ist ein beliebtes Mittel die Kosten auf andere abzuwälzen. Bei Anträgen auf Vorsorgemaßnahmen nach § 24 (Mutter/Vater-Kind Kur) ist grundsätzlich die Krankenkasse zuständig. Bei Anträgen auf Rehabilitation nach § 41 kann in bestimmten Fällen auch der Rentenversicherer als Kostenträger in Frage kommen. Insbesondere dann, wenn die Fähigkeit seinen Beruf auszuüben gefährdet ist oder ausschließlich die Gesundheit der Kinder betroffen ist. Auch zu diesen Fällen nimmt das Bundesversicherungsamt in seinem Rundschreiben eindeutig Stellung.

In mehr als 50% der Fälle werden Widersprüche positiv beschieden. Sobald Sie einen negativen Bescheid erhalten, sollten Sie auf jeden Fall innerhalb der Frist widersprechen. Die Begründung können Sie später folgen lassen.

#### **Zusätzliche Informationen:**

- Mutter-Kind-Maßnahmen sind zuerst für die gesundheitliche Erholung der Mutter gedacht.
- Kinder werden bei Vorliegen einer medizinischen Indikation ebenfalls mitbehandelt.
- Kinder, die keine ausreichende medizinische Indikation haben, dürfen mit einer „sozialen Indikation“ ebenfalls die Mutter in die Maßnahme begleiten. Dabei steht die „soziale Indikation“ gleichwertig neben der „medizinischen Indikation“.
- Die Kinder sind in der Regel 1 bis 12 Jahre alt, Ausnahmen gelten für Kinder bis zum 14. Lebensjahr. Für behinderte Kinder gibt es keine Altersgrenze.