

Müttergenesungskur

Normen

§ 24 SGB V

§ 41 SGB V

Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.12.1988

Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 21.12.1999

Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 26.11.2003

Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 09.03.2007

Rehabilitations-Richtlinie vom 16.03.2004, zuletzt geändert am 16.12.2021, BAnz AT 16.02.2022 B3, in Kraft getreten am 01.07.2022

Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation durch den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V, aktuelle Fassung vom 02.07.2018

Kurzinfo

Ziel des Deutschen Müttergenesungswerks ist es, Mütter in ihrer Gesundheit zu stärken. Unter dem Dach der Stiftung werden frauenspezifische und ganzheitliche Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Mütter mit Kindern angeboten, die medizinische und psychosoziale Therapien sowie Gesundheitsförderung umfassen.

Die Kuren des Müttergenesungswerkes gliedern sich inhaltlich nach den Zielgruppen:

- Maßnahmen für Mütter,
- Mutter-Kind-Maßnahmen,
- Schwerpunktmaßnahmenkuren.

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für Mütter sind vor ihrem Antritt bei der Krankenkasse zu beantragen. Dem Antrag ist ein "Ärztlicher Befundbericht zur Anregung einer Kurmaßnahme" beizufügen. Vor Stellung ihres Antrages sollte Kontakt mit der örtlichen Müttergenesungswerk-Vermittlungsstelle aufgenommen werden. Wurde dies vor Antragstellung bei der Krankenkasse nicht gemacht, sollte die Krankenkasse diese Kontaktaufnahme empfehlen. Dort stehen umfassende Informationen über die konkreten Angebote, Aufnahmebedingungen und Kurtermine der einzelnen Einrichtungen zur Verfügung. Außerdem sind die Vermittlungsstellen bei der organisatorischen Abwicklung behilflich.

Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter

Die Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter sind Pflichtleistungen. Damit sind die Ausgaben für diese Leistungen risikosturkturausgleichsfähig. Ist eine Vorsorgemaßnahme für Mütter und Väter medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Vorsorgeziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden (§ 12 SGB V), hat sie die Krankenkasse zu erbringen.

Anspruchsberechtigte Personen sind Mütter bzw. Väter. Dabei handelt es sich zum einen, aus sich selbst heraus verständlich, um biologische Mütter bzw. Väter mit entsprechender Eltern-Kind-Beziehung, die das Kind im eigenen Haushalt aufgenommen haben und versorgen. Gleichgestellt ist eine Sorgeverpflichtung etwa als Adoptiv- oder Stiefeltern bei tatsächlicher Fürsorge für ein Kind, also die sog. funktionelle Elternschaft. Sonstige pflegende Angehörige gehören nach der BSG-Rechtsprechung jedoch nicht zu dem Kreis der Anspruchsberechtigten gem. § 24 SGB V .

Zur besseren Transparenz haben die Krankenkassen statistische Erhebungen über die Antragstellung und Bewilligung von Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter durchzuführen.

Mit dem Hinweis auf die nicht geltende Regelung des § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V wird klargestellt, dass bei Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sein

müssen, wenn das angestrebte Vorsorgeziel nicht mit diesen Maßnahmen zu erreichen ist. Der Grundsatz "ambulant vor stationär" gilt also nicht.

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Medizinische Rehabilitationsleistungen für Mütter nach § 41 SGB V werden in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung mit der Zielsetzung gewährt,

- eine Krankheit zu heilen,
- ihre Verschlimmerung zu verhüten,
- Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten und
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Mütter und Väter sind in gleicher Weise anspruchsberechtigt.

Eine Rehabilitationsleistung i.S.d. § 41 SGB V kommt nur in Betracht, wenn Mutter oder Vater durch die Anforderungen der Kindesbetreuung/-erziehung und -pflege behandlungsbedürftig erkrankt sind. Die Überprüfung dieser Voraussetzungen erfolgt nach Antragstellung des Versicherten durch den von der zuständigen Krankenkasse beauftragten MDK.

Der Weg zur Mütter- oder Mutter-Kind-Kurmaßnahme nach den §§ 24 , 41 SGB V

1. Kontaktaufnahme für ein Beratungsgespräch mit einer MGW-Beratungsstelle. Unter www.muettergenesungswerk.de sind die Beratungsstellen zu finden.
2. Das notwendige Attestformular für Ihren Kurantrag erhält man in der Beratungsstelle.
3. Arztbesuch, bei dem zu klären ist, ob die medizinischen Voraussetzungen für eine Kurmaßnahme zur Vorsorge oder Rehabilitation gegeben ist.
4. Vorbereitung des Kurantrags für eine Mütter-bzw. Mutter-Kind-Kur in Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle.
5. Die Beratungsstelle sucht die passende Einrichtung und klärt zum Wunsch- und Wahlrecht auf. Die Betroffenen erhalten alle wichtigen Informationen zur Klinik.
6. Antragstellung bei der Krankenkasse.

Information

Inhaltsübersicht

1. Müttergenesungswerk
2. Wie kommt die Mutter zu einer Maßnahme?
3. Antragstellung bei der Krankenkasse
4. Zuzahlungen
5. Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation
6. Muster 64/65

Nach §§ 24 und 41 SGB V ist die Kostenübernahme für Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter/Väter vorgesehen. Väter und Mütter sind in gleicher Weise anspruchsberechtigt.

Unter dem Dach des Müttergenesungswerkes werden nur Maßnahmen für Mütter bzw. für Mütter und Kinder angeboten. Gemischte Maßnahmen für Mütter und Väter sind auch zukünftig nicht geplant. Zwar bieten einzelne Träger des Müttergenesungswerkes Väter- bzw. Väter-/Kind-Maßnahmenkuren an. Dies geschieht jedoch ausdrücklich nicht unter dem Dach des Müttergenesungswerkes. Da Väter- bzw. Väter-/Kind-Maßnahmen noch sehr selten durchgeführt werden, geht es im Weiteren in erster Linie um Maßnahmen für Mütter.

1. Müttergenesungswerk

Im Müttergenesungswerk (MGW) sind folgende Trägergruppen zusammengeschlossen:

- Arbeiterwohlfahrt,
- Paritätischer Wohlfahrtsverband,
- Deutsches Rotes Kreuz,
- Caritasverband,
- Diakonisches Werk.

Ziel ist es, gemeinsam zur Verbesserung der Gesundheitssituation von Müttern beizutragen. Die Einrichtungen des Müttergenesungswerkes sind im "MGW-Jahrbuch" zusammengefasst, das jährlich neu aufgelegt wird.

2. Wie kommt die Mutter zu einer Maßnahme?

In den Beratungs- und Vermittlungsstellen für Mütter- und Mütter-Kind-Maßnahmen erhalten Frauen ein Attestformular des Müttergenesungswerkes, das zur Bescheinigung der medizinischen Notwendigkeit vom Arzt auszufüllen ist. Bei Mütter-Kind-Maßnahmen müssen für die Frau und für jedes Kind ein Attest vorliegen.

In den Beratungs- und Vermittlungsstellen können sie besprechen, welche Maßnahme sinnvoll ist und welches Müttergenesungshaus aufgrund der ärztlichen Diagnose für sie infrage kommt. Die Beratungs- und Vermittlungsstelle bereitet auf die Inhalte der Maßnahme vor und ist auch Ansprechpartnerin für weitere Hilfen. Die praktische Sozialarbeit des Müttergenesungswerkes wird von den örtlichen "MGW-Vermittlungsstellen" geleistet.

Sie beraten insbesondere über alle Fragen im Zusammenhang mit einer Kur und leisten dabei aktive Hilfe, insbesondere auch bei der Lösung von Finanzierungsproblemen und der Versorgung der Familie während der Abwesenheit der Mutter. Darüber hinaus regen die Vermittlungsstellen Kurnacharbeit und Hilfe bei der Vermittlung von sozial- und gesundheitspädagogischen Maßnahmen nach der Kur an. Die Arbeit der Vermittlungsstellen wird von den Trägergruppen des Müttergenesungswerkes geleistet.

3. Antragstellung bei der Krankenkasse

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für Mütter sind vor ihrem Antritt bei der Krankenkasse zu beantragen. Dem Antrag ist ein "Ärztlicher Befundbericht zur Anregung einer Kurmaßnahme" beizufügen.

Hat die Versicherte bis zur Stellung ihres Antrages noch keinen Kontakt zu einer örtlichen MGW-Vermittlungsstelle aufgenommen, sollte die Krankenkasse diese Kontaktaufnahme empfehlen. Dort stehen detaillierte Informationen über die konkreten Angebote, Aufnahmebedingungen und Kurtermine der einzelnen Einrichtungen zur Verfügung. Außerdem sind die Vermittlungsstellen bei der organisatorischen Abwicklung behilflich.

4. Zuzahlungen

Nach § 24 Abs. 3 bzw. § 41 Abs. 3 SGB V sind auch bei Vorsorgeleistungen bzw. bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Zuzahlungen zu leisten. Die Zuzahlung beträgt 10,00 EUR kalendertäglich. Dabei zählen der An- und Abreisetag als je ein Kalendertag.

5. Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation

Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit von Vorsorgekuren und Müttergenesungskuren prüfen zu lassen (vgl. § 275 Abs. 2 SGB V, MDK-Richtlinien vom 27.08.1990, Pkt. 3.2.1 und 3.2.2). Ausnahmen hierzu können in Begutachtungs-Richtlinien vorgesehen werden.

Am 05.07.2018 wurde die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation durch den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V aktualisiert und beschlossen und ist für die Medizinischen Dienste und Krankenkassen verbindlich.

In Umsetzungsempfehlungen werden die maßgeblichen Begutachtungs- und Leistungsentscheidungsgrundlagen sowie Verwaltungsgrundsätze nochmals detailliert dargestellt, um eine einheitliche Rechtsauslegung sicherzustellen und die Transparenz über die sozialmedizinischen Empfehlungen und Leistungsentscheidungen zu erhöhen.

Vorsorgeleistungen nach § 24 SGB V sind nur stationär in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zu erbringen. Die ambulante Erbringung einer komplexen Vorsorgeleistung nach § 24 SGB V ist im Gesetz nicht vorgesehen. Das erforderliche Leistungsangebot wird nur in stationären Mütter-/Väter- und Mütter-/Väter-Kind-Einrichtungen vorgehalten.

Insofern kommt bei der Notwendigkeit einer Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld nur eine stationäre Vorsorge in Betracht. Entsprechende Leistungen können als Mütter- bzw. Mütter-Kind-Maßnahme oder als Väter- bzw. Väter-Kind-Maßnahme erbracht werden.

Im Rahmen der primär- und sekundärpräventiven Ausrichtung verfolgen Leistungen nach § 24 SGB V unter Berücksichtigung der allgemeinen und mütter-/väter-spezifischen Kontextfaktoren das Ziel, den spezifischen Gesundheitsrisiken und ggf. bestehenden Erkrankungen von Müttern und Vätern im Rahmen stationärer Vorsorgeleistungen durch eine ganzheitliche Therapie unter Einbeziehung psychologischer, psychosozialer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenzuwirken. Dabei handelt es sich um Angebote, bei denen insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Familien (z.B. Partnerschafts- und Erziehungsprobleme) berücksichtigt werden.

6. Muster 64/65

Zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter gem. § 24 SGB V wurde zum 01.10.2018 erstmalig ein bundeseinheitlicher Vordruck eingeführt, das Muster 64. Zusätzlich gibt es ein Muster 65, das Ärztliche Attest Kind.

Das Muster 64 orientiert sich hinsichtlich der Struktur am Muster 61, soweit dies für den Vorsorgebereich Relevanz hat. Bei der Auflistung der Kontextfaktoren unter II. C., die u.a. zur Abbildung der Vorsorgebedürftigkeit erforderlich sind und sowohl die externen (Umweltfaktoren) als auch internen Einflussfaktoren (personbezogene Faktoren) umfassen, wurden die mütter- /väter-spezifischen Problemkonstellationen besonders berücksichtigt. Bei Müttern und Vätern können die Kontextfaktoren aufgrund der Erziehungsverantwortung eine besondere mütter-/väter-spezifische Belastung entfalten und damit in eine mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation münden. Im Abschnitt V. Zuweisungsempfehlungen ist unter dem Punkt B. die Mitaufnahme von Kindern anzugeben. Wenn beim Kind eine Behandlungsnotwendigkeit vorliegt, ist das Ärztliche Attest (Muster 65) auszufüllen, um eine Behandlungsbedürftigkeit, chronische Erkrankung, Behinderung oder psychische Auffälligkeit des Kindes anzuzeigen.

Bei Mitaufnahme des Kindes aus sozialer Indikation ist das Muster 65 nicht erforderlich. Das Muster 65 soll in Ergänzung zur Verordnung einer Mutter-/Vater-Kind-Vorsorgeleistung nach § 24 SGB V oder einer medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V (diese erfolgt auf dem Muster 61) zum Einsatz kommen (vgl. Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes 2018/278 vom 01.06.2018).

Siehe auch

Müttergenesungskur - Rehamaßnahme

Müttergenesungskur - Schwerpunktmaßnahme

Müttergenesungskur - Vorsorgemaßnahme

Vater-Mutter-Kind-Kuren

