

## Gründe für Kuranfragen

Eltern interessieren sich aus sehr unterschiedlichen Gründen für eine Mutter-Kind-Kur. Die einen haben akute oder chronische gesundheitliche Probleme, die sie wieder in den Griff bekommen wollen. Andere haben familiäre, soziale oder finanzielle Schwierigkeiten, die sich auf die Gesundheit und den Alltag ungünstig auswirken. Neben den medizinischen Indikationen kann die Kur auch Raum geben, über persönliche Probleme nachzudenken.  
Kurz:

***Jeder einzelne Fall und jede einzelne Familiensituation ist anders gelagert, so dass Ihre eigene Kurbedürftigkeit immer individuelle begründet werden muss. Aber auch wenn andere Gründe im Vordergrund stehen: Die gesundheitliche Situation von Mutter (und Kind) ist immer tangiert.***

Im Großen und Ganzen lassen sich jedoch folgende Schwerpunkte zusammenfassen – mögliche Gründe für Kuranfragen:

### **Gesundheitliche Probleme**

Die meisten Frauen suchen ein Beratungsgespräch oder wollen eine Kur beantragen, weil sie gesundheitlich angeschlagen sind und eine Behandlung vor Ort nicht realisiert werden kann oder nicht ausreicht.

- Sie haben eine schwere oder lang anhaltende Krankheit durchgemacht und wollen sich auskurieren. Dies fällt ihnen zu Hause sehr schwer, da die Kinder ihre ungeteilte Aufmerksamkeit fordern und nur wenige Pausen zulassen.
- Sie fühlen sich ständig überfordert und erschöpft. Zu den Symptomen schwerer Erschöpfungszustände gehören u.a. Unruhe, Nervosität, Angst, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Rückenschmerzen, Verspannungen, Über – und Untergewicht, Magen-Darm oder Herz-Kreislaufstörungen. Evtl. nehmen sie aus den genannten Gründen Medikamente.
- Sie sind chronisch krank und die Krankheit hat sich durch die Rastlosigkeit des Familienalltags noch verstärkt. Zum Beispiel: Neurodermitis, Asthma, Allergien aller Art und Wirbelsäulenschäden.
- Sie haben durch den anstrengenden Alltag mit Familie (und Beruf) ihre Reserven verbraucht und das Immunsystem ist „schachmatt“. Jeder kleine Infekt aus der Schule oder dem Kindergarten haut sie um und sie werden gar nicht mehr richtig gesund.
- In vielen Fällen sind die Kinder häufig krank. Mit den Krankheiten verknüpfen sich Sorgen und vielleicht auch organisatorische Probleme. Die Familienmitglieder stecken sich immer wieder gegenseitig an und die ganze Familie „kommt auf keinen grünen Zweig“.

## **Gestörte Beziehung**

### **...mit dem Partner**

Gesundheitliche Probleme stehen in Zusammenhang mit sozialen und persönlichen Problemen. Eine gestörte Beziehung oder eine anstehende oder bereits vollzogene Trennung belastet in vielen Fällen die Frauen so sehr, dass sie den Alltag nur noch schwer bewältigen können.

Die Probleme werden von den Frauen folgendermaßen geäußert:

- Mein Mann ich haben grundsätzlich andere Vorstellungen von Erziehung und Familienleben. Es überlässt mir die ganze Arbeit, findet es aber gleichzeitig nicht gut, wie ich die Kinder erziehe und den Haushalt führe. Deshalb fühle ich mich völlig überfordert.
- Mein Mann hat sich von mir getrennt. Es ist ausgezogen und nun sitzen wir hier allein und werden mit der Situation nicht fertig. Ich bin mit meiner Kraft am Ende.
- Die Kinder leiden besonders unter der Trennung und entwickeln Symptome, mit denen wir nicht gerechnet haben und die uns vor unlösbare Probleme stellen.

### **...mit den Kindern**

Darüber hinaus gibt es auch Probleme mit den Kindern, die z.B. so formuliert werden:

- Mein Sohn (4) treibt mich regelmäßig auf die Palme. Ich werde ihm gegenüber immer ungerechter. Für das kleinere Kind habe ich gar keine Zeit mehr und mein schlechtes Gewissen wächst täglich, weil ich so große Wut auf meinen Sohn habe.
- Meine Tochter (14) macht was sie will und wenn ich ihr einen Ratschlag geben will, dann gibt es Streit oder sie läuft weg. Ich komme überhaupt nicht mehr an sie heran.
- Mein Sohn (8) hat Probleme in der Schule. Damit werde ich nicht mehr fertig, denn die Hausaufgaben sind ein täglicher Streitfaktor. Ich schäme mich, dass die Lehrerin so oft bei uns anruft, weil er schon wieder geprügelt hat.

In vielen Fällen entstehen Probleme, weil die Kinder die Erwartungen der Eltern oder der Schule nicht erfüllen. Oft fühlen sich die Eltern für die Probleme ihrer Kinder verantwortlich oder gar schuldig. Sie können nicht damit umgehen, was wiederum ihr schlechtes Gewissen nährt – eine schwierige Basis für gelingende Beziehungen! So entsteht ein - seelischer – Teufelskreis, der nicht selten auch die Gesundheit der Beteiligten angreift.

## **Soziales Umfeld**

Gesundheitliche Probleme stehen in engem Zusammenhang mit sozialen Unstimmigkeiten. Dazu zählen insbesondere folgende Faktoren:

- Zu enger Wohnraum
- Arbeitslosigkeit oder drohende Arbeitslosigkeit
- Finanzielle Unstimmigkeiten, Schulden
- Alkoholismus oder anderer Drogenmissbrauch in der Familie
- Fremdsein, auch kulturell, Heimweh oder Heimatlosigkeit
- Mangelnde Sprachkenntnisse

All diese Faktoren wirken sich oft negativ auf die Gesundheit aus. Das heißt: Aus sozialen Unstimmigkeiten können gesundheitliche Probleme entstehen oder verstärkt werden.

## **Spezifische familiäre Belastungen**

Spezifische familiäre Belastungen sind z.B.:

- Beziehungsprobleme, die bereits detailliert erwähnt wurden
- Ungewollte Trennung durch Scheidung oder Tod
- Nichtauseinanderhalten von beruflichen und familiären Unstimmigkeiten in einem Familienbetrieb
- Pflegebedürftige oder kranke Angehörige (manchmal im eigenen Haushalt)
- Psychisch kranke Angehörige
- Behinderte Angehörige
- Gewalt in der Familie
- Erbschaftsstreitigkeiten
- Generationskonflikte

Auch diese Belastungen wirken sich häufig auf die Gesundheit und das Lebensgefühl negativ aus und können zu gesundheitlichen Problemen führen.

## **Psychische Probleme**

Nicht selten sind auch psychische Probleme der Anlass für eine Kur. Dafür gibt es folgende Beispiele, die in der Beratung so oder ähnlich geäußert werden:

- Eine Mutter fühlt sich im Alltag überfordert oder nicht anerkannt und deshalb minderwertig.
- Eine andere wird von Problemen aus der eigenen Kindheit eingeholt und kann sich deshalb nur eingeschränkt emotional auf ihre eigenen Kinder einlassen.
- Eine dritte litt schon vor der Familiengründung an Depression, die vielleicht vorher medikamentös gut im Griff zu halten waren. Durch die hormonellen Umstellungen während der Schwangerschaft und Stillzeit nimmt die Krankheit jedoch einen unvorhergesehenen Verlauf und stört die familiären Beziehungen.
- Eine vierte hat sich nach einer postnatalen Depression nie wieder richtig erholt und wird nach wie vor von depressiven Verstimmungen stark beeinträchtigt.

All diese seelischen Belastungen wirken auf die gesamte Familie und sind häufig Ursache ausgeprägter Erschöpfungssyndrome. In manchen dieser Fälle ist die Zeit von drei Wochen zu kurz, um (ausgeprägte) psychische Probleme nachhaltig zu bearbeiten. Deshalb ist im Einzelfall vielleicht eher eine psychosomatische Kur angezeigt, die in der Regel mindestens sechs Wochen dauert. Solche Kuren werden über die Rentenversicherungsträger angeboten, können aber auch von den Krankenkassen vermittelt werden. Die Beratungsstellen des Müttergenesungswerks führen allerdings keine Beratungen über psychosomatische Kuren durch, sie können allenfalls eine solche Beratung vermitteln.

## Gründe für eine Ablehnung

Häufige Gründe, weshalb die Krankenkassen eine Kur ablehnen:

- 1. Es liegen keine Indikationen vor.**
- 2. Ambulante Maßnahmen am Wohnort sind nicht ausgeschöpft.**
- 3. Der Rentenversicherungsträger ist vorrangig kostenpflichtig, weil die Kur in erster Linie die Arbeitsfähigkeit erhalten oder wiederherstellen soll.**

Wenn Ihre Kur aus einem dieser Gründe abgelehnt wird, sollten Sie auf jeden Fall **innerhalb von 4 Wochen Widerspruch einlegen**. (Wenn Sie diese Frist versäumen, muss der Antrag neu gestellt werden).

Dazu genügt ein formloses Anschreiben, in dem Sie auf die Ablehnung reagieren und möglichst auch aus Ihrer persönlichen Sicht schildern, warum Sie mit der Ablehnung nicht einverstanden sind. Oft ist es hilfreich, wenn auch Ihr Arzt Ihren persönlichen Widerspruch unterschreibt oder noch einmal ein eigenes Gutachten direkt an die Krankenkasse sendet. Bitte beachten Sie folgende Informationen hinsichtlich der Ablehnung:

### **zu 1.) Es liegen keine Indikationen vor**

Leider wird diese Begründung häufig dann durchgeführt, wenn auf dem Attest kaum Indikationen, also medizinische Gründe für die Kur, genannt wurden. In diesem Fall ist es wichtig die tatsächlich existierenden Gründe noch einmal genauer zu benennen. Sie (und Ihr Arzt) sollten die einzelnen Symptome Ihres Erschöpfungszustandes genauer beschreiben. Dazu gehören z.B. ständige Müdigkeit, Nervosität, Rückenschmerzen, Verspannungen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, mangelnde Kondition, Über – und Untergewicht oder auch depressive Verstimmungen (s.a. Gründe für Kuranfragen“, „Gesundheitliche Problem“). Wenn außerdem soziale, finanzielle, familiäre oder Partnerschaftsprobleme hinzukommen, sollten Sie auch dies der Krankenkasse nicht verschweigen.

### **zu 2.) Ambulante Maßnahmen am Wohnort sind nicht ausgeschöpft**

Grundsätzlich ist dieser Ablehnungsgrund der Krankenkasse nicht zulässig – denn zumindest bei Vorsorgekuren – nach „ 24 SGBV ist für Mütter nicht vorgesehen, dass sie die ambulanten Maßnahmen am Wohnort ausgeschöpft haben müssen. In § 23, der die Vorsorge-Kuren für alle Mitglieder regelt, sollen grundsätzlich alle ambulanten Maßnahmen ausgeschöpft sein, bevor die Krankenkasse eine Kur bewilligt. In § 24 geht es jedoch um Kuren für Mütter und hier gelten § 23 Abs. 2 – 4 nicht!

Trotzdem sollten Sie von vornherein überlegen, welche ambulanten Maßnahmen Sie regelmäßig anwenden. Was tun Sie bereits regelmäßig für Ihre Gesundheit? Mit welchen Maßnahmen fördern Sie Ihre Gesundheit? Mit Erziehungsberatung oder psychologischer Beratung, Sport, autogenem Training, Jogging, Entspannungsübungen jeder Art oder (selbst organisierten) Massagen? – Sie sollten Ihr persönliches Gesundheitsprogramm klar benennen.

**Häufig legt eine Kur erst den Grundstein für langfristige ambulante Maßnahmen, denn Sie haben in der Kur die Möglichkeit, viele (neue) Methoden der Entspannung oder der Gesundheitsförderung kennen zu lernen. Erst in der Kur erfahren viele Mütter, welche Maßnahmen ihnen helfen, weil sie sich aus der entspannten Situation heraus wirklich darauf einlassen können. Nach der Kur fühlen sich viele Mütter rundum gestärkt und sind bereit, einen erhöhten organisatorischen Aufwand für ihre Gesundheit in Kauf zu nehmen.**

Um die Bewilligung zu bekommen, sollten Sie zeigen, dass Sie langfristig und nachhaltig bereit sind, sich um Ihre Gesundheit zu kümmern.

**Zu 3.) Der Rentenversicherungsträger ist vorrangig kostenpflichtig , weil die Kur in erster Linie die Arbeitsfähigkeit erhalten oder wiederherstellen soll.**

Hier versucht die Krankenkasse, den Antrag auf den anderen Kostenträger abzuwälzen. Grundsätzlich sind die RVT vorrangig kostenpflichtig und für die Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit im Berufsleben zuständig. Deshalb haben Frauen, die in einem festen Beschäftigungsverhältnis stehen und eine Rehabilitationsmaßnahme brauchen(z.B. nach einem Bandscheibenvorfall), in der Regel keine Chance auf eine Mutter-Kind-Kur, denn durch die Rehabilitationsbedürftigkeit ist immer auch die Arbeitsfähigkeit betroffen. Sie sollten in diesem Fall direkt beim RVT eine Reha- Maßnahme beantragen.

Wenn Sie berufstätig sind und in jedem Fall eine Mutter-Kind-Kur machen wollen, dann gibt es hierfür zwei Möglichkeiten: eine Vorsorgemaßnahme (allein oder mit Kind) oder eine Reha – Maßnahme als Mutter – Kind-Kur, denn diese beide Formen werden von den Rentenversicherungsträgern nicht als Kuren angeboten.

Wahrscheinlich haben Sie gezielt den Antrag auf eine Mutter-Kind-Kur gestellt. Leider machen manche Krankenkassen ihre Entscheidung von der Entscheidung der RVT abhängig. Das heißt, Sie müssen zunächst den Antrag stellen, die Ablehnung abwarten, manchmal sogar noch gegen die Ablehnung in Widerspruch gehen, um dann den Antrag von der Krankenkasse bearbeitet zu bekommen. Wenn im Anschluss an ein abgelehntes Antragsverfahren beim RVT die Krankenkasse Ihren Antrag wieder bearbeitet, haben Sie gute Aussichten auf Erfolg. Die Krankenkasse hatte Ihre Kurbedürftigkeit durch den Verweis an den RVT ja bereits eingestanden.

Manch eine Krankenkasse lehnt eine Kur grundsätzlich ab, wenn ein Anspruch über den RVT gegeben ist. Dann hilft wirklich nur eine Klage, sofern Sie sich dazu imstande fühlen.

## Erläuterungen zum Attest

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 mit bedingen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Frauen (und Männer) in Familienverantwortung gezielt gestärkt. Sie sind seit dem 01.04.2007 Pflichtleistungen der Krankenkassen, wenn sie medizinisch indiziert sind. Der Gesetzgeber hat ausdrücklich klargestellt, dass das gestufte 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 die Erreichung der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsziele ist.

- **Voraussetzungen- Antragsverfahren**

Die Mutter bzw. der Vater stellt den Antrag bei der Krankenkasse. Diesem Antrag ist ein aussagefähiges Attest des behandelnden Arztes beizufügen. Der Arzt muss dabei die Vorsorge- bzw. Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit sowie die -prognose beurteilen. Bedeutsam dabei sind auch die Beschreibung der jeweiligen Ziele für die stationäre Maßnahmen unter Berücksichtigung der Erforderlichkeit des Milieuwechsels, Entlastung von den Alltagsaufgaben und der interdisziplinäre Ansatz.

- **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.

- **Unterscheidung Vorsorge/ Rehabilitation (nach ICF)**

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 beziehungsweise Exazerbationen vermieden beziehungsweise deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiten 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.

- **Weitere Erläuterungen:**

Eine ausführliche Darstellung der für die spätere Antragstellung und Begutachtung relevanten Parameter finden Sie in der „Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation“ vom Oktober 2005, Hrsg. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Internet: [www.mds-ev.org](http://www.mds-ev.org)

## Hinweise zum Ausfüllen der Atteste

- (1) Sie benötigen für jede Person, die an einer Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme teilnimmt, ein eigenes Attest.
  - (2) Sie können die Anträge auf stationäre Mütter- und Mutter-Kind-Maßnahmen unter [www.muettergenesungswerk.de](http://www.muettergenesungswerk.de) downloaden.
  - (3) Drucken Sie die Atteste aus.
  - (4) Lassen Sie die Atteste vom Haus- oder Facharzt ausfüllen.
  - (5) Das Originalattest geht an die Krankenkasse, Kopien erhalten die Ärztin/ der Arzt und die Beratungs- und Vermittlungsstelle. Eine Kopie erhält die Antragstellerin.
  - (6) Bei Fragen helfen Ihnen die Beratungsstellen der Caritas, Diakonie, Arbeiterwohlfahrt, des Deutschen Roten Kreuzes und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes weiter. Diese Einrichtungen sind mit den Antragsverfahren vertraut. Die Adressen der Beratungs- und Vermittlungsstellen in Ihrer Nähe erfahren Sie unter [www.muettergenesungswerk.de](http://www.muettergenesungswerk.de).
- 

## Informationen zu Müttergenesungskuren

### Psychosoziale Probleme von Müttern

Berufstätige und nicht berufstätige Mütter sind vielfältigen und dauerhaften Anforderungen und Belastungen ausgesetzt, z.B. als allein Erziehende, durch Partner- oder Ehekonflikte, materielle Probleme, eigene oder Arbeitslosigkeit in der Familie, Mehrfachbelastungen, Erziehungsschwierigkeiten, pflegebedürftige Angehörige, behinderte oder chronisch kranke Kinder. Ständige Überlastung führt häufig zu psychosomatischen und somatischen Gesundheitsstörungen.

### Müttergenesungskuren

Sind dreiwöchige Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (§ 24 und § 41 SGB V) in vom Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtungen, die auf die Behandlung gesundheitlicher Störungen und psychosozialer Probleme von Müttern spezialisiert sind. Die ganzheitliche Behandlungsweise unter Berücksichtigung medizinischer, psychologischer und sozialer Aspekte ist integrierter Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

### Zielgruppen

Die Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen wenden sich an berufstätige und nichtberufstätige Frauen unterschiedlicher Alterstufen, die Kinder erziehen oder erzogen haben, unabhängig davon, ob es ihre leiblichen sind, durch den Ablauf der Erziehungsphase vor oder in einer Umbruchsituation stehen, pflegebedürftige oder behinderte Kinder bzw. Angehörige versorgen.

## Indikationen

In Müttergenesungskuren sind z.B.

Psychosomatische  
Befindlichkeitsstörungen

Nervliche oder seelische Überlastung, Lustlosigkeit, Erschöpfungszustand nach Schicksalsschlag o.ä. Schlafstörungen, Unruhe oder Angstgefühle, Erholungsbedürftigkeit nach Krankheit, Niedergeschlagenheit, Müdigkeit

Somatische Beschwerden bzw.  
funktionelle Erkrankungen

Wirbelsäulen- und Bandscheibenleiden, Kopfschmerzen, Erkrankungen der Atemwege, Herz- und Kreislauferkrankungen, Allergien, Hautkrankheiten, starkes Über- oder Untergewicht, Schilddrüsenerkrankungen, Magen- und Darmerkrankungen, gynäkologische Erkrankungen

Psychische Belastungen

Probleme in der Partnerschaft, Erziehungsprobleme, mangelnde Anerkennung, berufliche Überlastung, Gewalt in der Ehe, Zeitdruck

Soziale Belastungen

Probleme Kind und Beruf zu vereinbaren; behindertes krankes Kind, fehlende soziale Kontakte, Pflege von Familienangehörigen, Suchtprobleme, beengte Wohnung, kein eigenes Einkommen, Arbeitslosigkeit in der Familie, finanzielle Probleme.

(Quelle: Forschungsverbund Prävention und Rehabilitation für Mütter u. Kinder an der Med. Hochschule Hannover)

---

## Informationen zu Mutter-Kind-Maßnahmen

### Voraussetzungen für eine Mutter-Kind-Maßnahme

Aus medizinischen und psychosozialen Gründen kann eine gemeinsame Maßnahme von Mutter und Kind angezeigt sein.

Voraussetzung ist, dass

- Das Kind ebenfalls kurbedürftig ist und an einer seiner Indikationen entsprechenden Maßnahme mit den erforderlichen medizinischen und psychosozialen Angeboten teilnehmen kann, oder
- Aufgrund des Alters des Kindes zu befürchten ist, dass eine längere Trennung von der Mutter zu psychischen Schäden führt, oder
- Wegen der besonderen Belastung der allein erziehenden, berufstätigen Mutter ein gemeinsamer Aufenthalt für die Stabilisierung der Gesundheit der Mutter und des Kindes erforderlich ist, oder
- Wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des Kindes von der Mutter unzumutbar ist, oder
- Das Kind während der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahme der Mutter nicht versorgt werden kann.

Falls einer der drei letztgenannten Gründe zutrifft, machen Sie bitte entsprechende Angaben in der **Rubrik „Psychosoziale Situation“**.



## **Angebote in Mutter-Kind-Maßnahmen**

In Mutter-Kind-Maßnahmen werden die Kinder- wenn erforderlich- indikationsgemäß behandelt. Fachkräfte gewährleisten die pädagogische Betreuung in Kindergruppen. Zusätzlich gibt es gemeinsame Angebote für Mutter und Kind.

### **Alter der Kinder**

Kinder bis zu 12 Jahren werden aufgenommen. Für behinderte Kinder gilt die Altersgrenze nicht.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



**Elly Heuss-Knapp-Stiftung  
Müttergenesungswerk**

**Verordnung von  
Medizinischer Vorsorge  
für Mütter / Väter\* nach § 24 SGB V**

\* die im Folgenden verwendete weibliche Sprachform bzw. der Begriff Mutter schließt die entsprechende männliche Sprachform bzw. den Begriff Vater automatisch mit ein

**I. Sozialanamnese**

ledig       verheiratet       getrennt       geschieden       verwitwet

in Partnerschaft lebend       alleinerziehend

**Besteht eine Schwangerschaft?**

ja       nein

**Berufliche Situation:**

Berufstätig als ..... mit ..... Std. in der Woche  
 besonders belastende / unregelmäßige Arbeitszeit (Schichtdienst, Nachtdienst usw.)  
 Mutter und Hausfrau       Elternzeit bis .....       arbeitslos seit .....

**II. Klinische Anamnese**

**Beschwerden der Versicherten (seit wann?) und Verlauf**

---

---

---

---

---

---

---

---

**III. Vorsorgerelevante und weitere Diagnosen**

	nach ICD 10
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**IV. Vorsorgebedürftigkeit (med. Befunderhebung) – ggf. aktuelle Befundberichte beifügen**

**A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

**B. Für die Bewältigung des Alltags relevante Schwierigkeiten in folgenden Bereichen**

(z. B. in den Bereichen häusliches Leben, soziale Aktivitäten, interpersonelle Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheitsverhalten, Umgang mit psychischen Anforderungen, Erholung und Freizeit)

---

---

---

---

---

---

---

---

**C. Vorsorgerelevante positiv / negativ wirkende Kontextfaktoren**

(soweit noch nicht aufgeführt – z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen, berufliches Umfeld, Suchtproblematik von Familienangehörigen, Erziehungsschwierigkeiten, Familienmitglieder mit Behinderung, finanzielle Sorgen)

---



---



---



---

**D. Risikofaktoren**

- Nikotin     
  Alkoholmissbrauch     
  Übergewicht     
  Bewegungsmangel  
 Drogenmissbrauch / Medikamentenmissbrauch     
  Sonstiges \_\_\_\_\_

**V. Maßnahmen und Verlauf der Krankenbehandlung**
**A. Bisherige ärztliche Intervention** (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

---



---



---

**B. Arzneimitteltherapie** (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

---



---

**C. Heilmittel** (physiotherapeutische / physikalische Anwendungen, Ergotherapie u. ä.)

---



---

**D. Andere Maßnahmen – auch privat / auf eigene Kosten** (Psychotherapie, Gesundheitsschulungen, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, heilpraktische / homöopathische Behandlung, sportliche Aktivitäten usw.)

---



---

**VI. Vorsorgefähigkeit**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Die Patientin verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> Die Patientin verfügt über eine ausreichende Motivation |
| <input type="checkbox"/> Die Patientin verfügt über die erforderliche Mobilität                              | <input type="checkbox"/> Die Patientin ist motivierbar                           |

**VII. Vorsorgeziele**
**A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf alltagsrelevante Schwierigkeiten (siehe IV B), Gesundheitsstörungen (siehe IV A) und negative Kontextfaktoren (siehe IV C)**


---



---



---



---

**B. Zielvereinbarung mit der Patientin**


---



---



---



---

**VIII. Vorsorgeprognose**

Es besteht eine positive Vorsorgeprognose hinsichtlich der

<input type="checkbox"/> Gesundheitsstörungen	<input type="checkbox"/> Kontextfaktoren
<input type="checkbox"/> Alltagsrelevanten Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Ziele aus Sicht der Patientin

**IX. Sonstige Angaben**

**A. Besondere Anforderungen an die Vorsorgeeinrichtung** (z. B. besondere Therapieangebote, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, besondere Diät- / Ernährungsformen, allergiegerecht, kleine Einrichtung usw.)

\_\_\_\_\_

AWO SANO & Partner Klinik

\_\_\_\_\_

**B. Ist aufgrund gravierender Störungen ein Angebot zur Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion erforderlich?**

ja                       nein

**Begründung / Erläuterung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Im Falle einer Beantragung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren:**

Eine vorzeitige Durchführung ist dringend medizinisch notwendig

**Begründung / Erläuterung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D.         Eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist notwendig**

**Begründung / Erläuterung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E. Die Maßnahme soll durchgeführt werden als**

Mütter-Maßnahme                       Mutter-Kind-Maßnahme

	<p><i>Stempel Arzt / Ärztin</i></p>
--	-------------------------------------

**Hinweis für die Ärztin / den Arzt:** Für die Angaben ist die **01622 EBM** berechnungsfähig.

**Hinweis für die MGW-Beratungsstelle:** Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.

MGW-Beratungsstelle

	<p><i>Stempel Beratungsstelle</i></p>
--	---------------------------------------

**Achtung:** Den ausgefüllten Sozialfragebogen bitte in einem verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift: „Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) – ärztliche Unterlagen, nur vom MDK zu öffnen“, an Ihre Krankenkasse senden.

<b>Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge / Rehabilitation für Mütter / Väter und Kind / Kinder nach §§ 24, 41 SGB V</b>				
<b>Name, Vorname</b>		<i>Gesamtzahl der Kinder</i>		
<b>Geburtsdatum</b>		<i>davon im Haushalt lebend</i>		
<b>Straße</b>		<i>Geburtsdaten der Kinder:</i>		
<b>PLZ Ort</b>				
<i>Krankenversicherungs-Nummer:</i>				
Meine letzte Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme war		<input type="checkbox"/> noch nie		
<input type="checkbox"/> vor ..... Jahren, Art der Maßnahme .....				
<b>1. Lebenssituation:</b>				
<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> verheiratet		<input type="checkbox"/> getrennt
<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend		<input type="checkbox"/> alleinerziehend		<input type="checkbox"/> geschieden
				<input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Schwangerschaft</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
<b>Berufliche Situation:</b>				
<input type="checkbox"/> Berufstätig als ..... mit ..... Std. in der Woche				
<input type="checkbox"/> Mutter und Hausfrau		<input type="checkbox"/> Elternzeit bis .....		<input type="checkbox"/> arbeitslos seit .....
<b>2. Gesundheitliche Situation:</b>				
<b>Gesundheitsstörungen:</b>	seit			Bitte erläutern Sie die Auswirkungen der angekreuzten Gesundheitsstörungen in Ihrem Alltag – (Pflichtangabe)
Ich leide an / unter	Wochen	Monaten	Jahren	
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ständiger Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> starker Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Unruhe und Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstigen Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sonstige **gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen** in den letzten 12 Monaten  
(welche, wie oft, wie stark – unabhängig davon, ob ärztlich behandelt oder nicht)

--

### 3. Welche Probleme ergeben sich im Alltag

(Erläuterungen zu den angekreuzten Problemen bitte auf Beiblatt – Pflichtangabe)

<b>Ich fühle mich in der Lage</b>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
meine alltägliche Probleme zu lösen / Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meinen Tagesablauf zu planen und durchzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit schwierigen Situationen umzugehen und sie zu bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausreichend auf meine Gesundheit zu achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßig für mich / meine Kinder Mahlzeiten zuzubereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Haushalt zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienmitgliedern zu helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ich bin zufrieden mit dem Kontakt zu</b>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Kind(ern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern und Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunden und Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ich fühle mich belastet durch</b>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Probleme am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Angst vor) eigener Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
finanzielle Sorgen / Schulden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Trifft ..... zu</b>	<i>voll und ganz</i>	<i>meistens</i>	<i>teils, teils</i>	<i>selten</i>	<i>gar nicht</i>
Ich habe ausreichend Zeit für mich (Ruhe / Entspannung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ausreichend Zeit für meine Hobbies / Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich in meiner Rolle als Mutter anerkannt und gewürdigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich mit der Erziehung meiner Kinder oft überfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **4. Belastende Kontextfaktoren (person- und umweltbezogen):**

Erläuterungen – (Pflichtangabe)

<input type="checkbox"/> pflegebedürftige Angehörige	
<input type="checkbox"/> Tod eines nahen Angehörigen	
<input type="checkbox"/> chronische Krankheit von Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Suchtproblematik von Familienangehörigen	
<input type="checkbox"/> Erziehungsschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/> entwicklungsverzögerte/s / behinderte/s Kind/er	
<input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse	
<input type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	
<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel und Fehlhaltung	
<input type="checkbox"/> Fehlernährung	
<input type="checkbox"/> Unter- / Übergewicht	
<input type="checkbox"/> RaucherIn	
<input type="checkbox"/> Probleme mit Alkohol- / Medikamentenkonsum	
<input type="checkbox"/> Mangelnde Unterstützung und Anerkennung	
<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung in der Partnerschaft	
<input type="checkbox"/> Partner- / Eheprobleme	
<input type="checkbox"/> akute Trennungsphase	
<input type="checkbox"/> starke Belastung durch gesundheitliche / verhaltensbedingte Probleme der Kinder	

## 5. Bisherige Maßnahmen am Wohnort

Name und Anschrift des Hausarztes

Hausärztliche Behandlung, seit wann und warum

Fachärztliche Behandlung, seit wann und warum

Folgende Facharztberichte / andere Berichte lege ich bei

Ich nehme zur Zeit folgende Medikamente ein (*unabhängig, ob ärztlich verordnet oder nicht – auch naturheilkundliche / homöopathische Präparate*)

### Ärztlich verordnete Maßnahmen

Erläuterungen – (Pflichtangabe)

Krankenhausaufenthalt

Krankengymnastik

Massagen

Rückenschule

Psychotherapie

Sonstiges

### Privat / auf eigene Kosten durchgeführte Maßnahmen

Gymnastik

andere sportliche Betätigung

Sauna / Schwimmen

naturheilkundliche / homöopathische  
Behandlung

Selbsthilfegruppe

Ehe- /Paarberatung

Erziehungsberatung



<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Turnen	
<input type="checkbox"/> Nutzung von Kinderbetreuungsangeboten (KiTa, Hort,...)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Gründe, warum bisher keine weiteren Maßnahmen durchgeführt werden konnten (z. B. bei großer Entfernung zu Hilfsangeboten / Therapiemöglichkeiten, schlechter Verkehrsanbindung, Probleme der Kinderbetreuung usw.)

**6. Vorsorge- / Rehabilitationsziele aus Sicht der Mutter / des Vaters**

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für mich erreichen

- 1.
- 2.
- 3.

Folgendes möchte ich in der stationären Maßnahme für meine Kinder erreichen

- 1.
- 2.
- 3.

**7. Wünsche bezüglich der Einrichtung**

kleine Einrichtung  christlich orientiertes Haus

Aufnahme ausschließlich von Frauen

besondere Therapieangebote .....

Sonstiges ..... AWO SANO & Partner Klinik .....

**Erklärung**

*Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, dass diese Daten der Müttergenesungs-Beratungsstelle, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie der Vorsorge- / Rehabilitationseinrichtung im Rahmen des Antragsverfahrens zugänglich gemacht werden.*

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift AntragstellerIn**

**8. Ergänzende Anmerkungen / Erläuterungen zu Punkt 3.**

**Ärztliches Attest (Kind)**  
zum Antrag für eine stationäre Mutter-Kind-Maßnahme in einer vom Deutschen  
Müttergenesungswerk anerkannten Einrichtung

Vor- und Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

ist seit dem \_\_\_\_\_ in meiner Behandlung. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

familienversichert bei \_\_\_\_\_  rentenversichert

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

ambulante Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft oder nicht Erfolg versprechend/ nicht durchführbar.

Das Kind bedarf einer stationären Mutter-Kind-Maßnahme,

weil infolge der Schwächung der Gesundheit eine Erkrankung einzutreten droht ( § 24 SGB V ),

um seine Erkrankung zu heilen, zu bessern oder deren Verschlimmerung zu verhüten ( § 41 SGB V ),

weil eine Trennung von der Mutter für die Dauer der Maßnahme nicht zu verantworten wäre oder unzumutbar ist  
(eine Begründung unter „**Psychoziale Situation**“ ist unbedingt erforderlich).

Dauer 3 Wochen

Dauer 4 Wochen

Schwerpunktmaßnahme, Dauer 4 Wochen

**Anamnese:**

**Medizinische Diagnose** (bitte fügen Sie aktuelle Spezialbefunde bei und geben Sie ggf. Gegenindikationen an):

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnose:**

Behinderung:  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Anfallsleiden:  nein  ja

**Bisherige Therapie:** (verordnete Medikamente, evtl. Dauermedikation)

**Psychoziale Situation:**

**Spezielle Anforderungen an die Einrichtung:** (z.B. behindertengerechte Ausstattung, Klima, Diät u.a.)

\_\_\_\_\_  
Stempel der Beratungs- und Vermittlungsstelle

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

**Hinweis für die Ärztin/ den Arzt:** Für die Angaben ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.

**Hinweis für die Beratungs- und Vermittlungsstelle:** Vor Weitergabe des Attestes an Dritte ist die schriftliche Einwilligung der Patientin erforderlich.

**Anlage zum Selbstauskunftsbogen von Frau \_\_\_\_\_**

**Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes**

Name und Adresse des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name und Adresse Kinderärztin/Kinderarzt: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

		Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Kindes	
<input type="checkbox"/>	Allergien	
<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (z. B. ADS / ADHS)	
<input type="checkbox"/>	Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/>	Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/>	Nächtliches Einnässen	
<input type="checkbox"/>	Ess-Störungen	
<input type="checkbox"/>	Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Schwierige Mutter- / Vater-Kind-Beziehung	
<input type="checkbox"/>	Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/>	Probleme in der Schule	
<input type="checkbox"/>	Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie	
<input type="checkbox"/>	Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/>	Gruppen- und/oder Kindertagenerfahrung	

Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_