

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 mitbedingen.

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, Aktualisierte Fassung vom Februar 2012, Hrsg. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Internet: www.mds-ev.org.