

Doch noch zur Kur

Mutter-Kind-Kur. Die gesetzlichen Krankenkassen knausern mit Leistungen für Eltern und Kind. Wird eine Kur abgelehnt, bringt ein Widerspruch oft Erfolg.

Das Jahr 2008 war für Familie Timm nicht leicht. Erst hatte Mutter Martina einen Bandscheibenvorfall und kurze Zeit später kam bei Tochter Christine ein Riss im Innenmeniskus dazu. Das zerrte an den Nerven. Die Betriebsärztin empfahl der Businessmanagerin eine Mutter-Kind-Kur.

Die 47-Jährige reichte den Antrag bei ihrer Krankenkasse ein – und bekam prompt eine Ablehnung. „Das war enttäuschend. Die Krankheiten, mein Job und die Erziehung machten mir schwer zu schaffen“, sagt sie.

Timm hat dieselbe Erfahrung gemacht wie viele andere Eltern, die wegen hoher Belastungen im Alltag krank sind oder gefährdet sind zu erkranken und Hilfe suchen. Ein

gutes Drittel der Anträge wird von den Kassen abgelehnt, wie aktuelle Zahlen des Müttergenesungswerks zeigen.

Jedes Jahr gehen mehr als 100 000 Mütter und Väter mit Kindern zur Kur. Doch die Ausgaben der Krankenkassen sind in den vergangenen zwei Jahren gesunken: Laut Bundesgesundheitsministerium gingen sie 2009 um 6 und 2010 um über 9 Prozent zurück – jeweils im Vergleich zum Vorjahr.

Die Kassen sparen. Dabei sind solche Kuren seit 2007 Pflichtleistungen. Es gibt Mutter-Kind-Kuren, Vater-Kind-Kuren, aber auch reine Mütterkuren. Jeder gesetzlich Versicherte, der Kinder erzieht und die medizinischen Voraussetzungen erfüllt, hat

Anspruch auf drei Wochen medizinische Vorsorge oder Rehabilitation in der Klinik.

Timm ließ sich von der Ablehnung nicht beeindrucken und legte Widerspruch bei ihrer Kasse ein. Sie forderte außerdem das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) an.

Der MDK prüft stichprobenartig die Anträge nach Aktenlage. Schnell stellte sich heraus, dass es in seinem Bericht Unklarheiten gab. „Die zuständige Sachbearbeiterin der Kasse war sprachlos, als ich sie direkt darauf ansprach“, sagt Timm. Sofort bekam sie eine mündliche Zusage und konnte ein paar Wochen später mit ihrer Tochter fahren.

Typische Diagnosen

Medizinisch notwendig ist eine Kur, wenn ein Elternteil erkrankt. Meist trifft es Frauen, weil sie besonders viele Anforderungen im Alltag erfüllen müssen. Sie managen die Erziehung der Kinder, den Haushalt, die Partnerschaft und oft noch den Beruf.

Kommen zum Alltag noch Probleme wie etwa finanzielle Schwierigkeiten oder eine Trennung hinzu, wird die Belastung zur Überlastung: Niedergeschlagenheit, Stimmungsschwankungen und Burn-out sind psychische Folgen, die körperlichen sind Schlafprobleme, häufige Infekte, Rückenschmerzen und andere Erkrankungen.

Nach der Ursache forschen

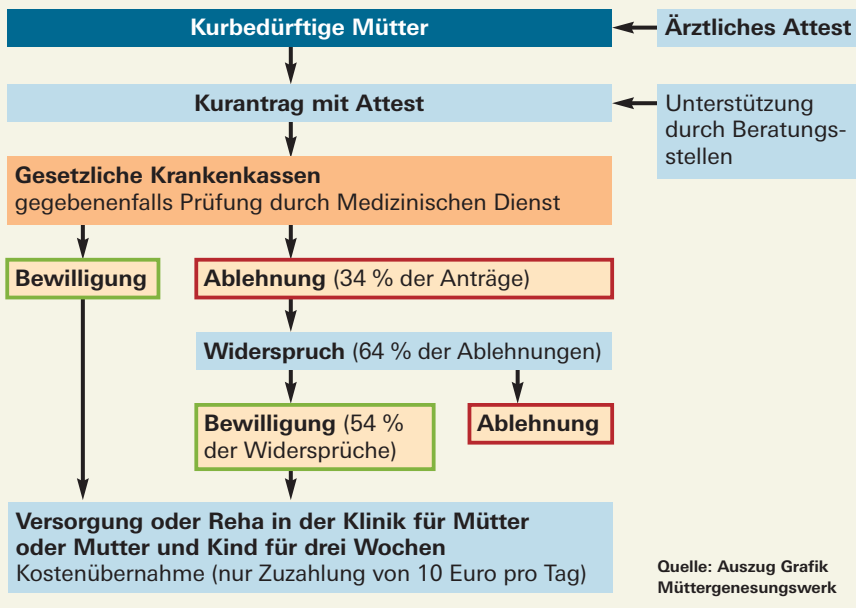
Die Kasse bezahlt eine Mütterkur für Frauen, die ihre Kinder beispielsweise vom Vater versorgt wissen, oder eine Mutter-Kind-Kur, wenn keine Betreuung möglich ist. Je nach Schwere der Krankheit kommen Leistungen zur Vorsorge oder zur Rehabilitation infrage.

Vorgesorgt wird, damit sich die Erkrankung nicht verschlimmert oder chronisch wird. Reha wird verordnet, wenn die Krankheit bereits länger als sechs Monate dauert. Möglich ist eine Kur alle vier Jahre und bis das Kind 14 Jahre alt ist.

Ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Psychologen und Pädagogen kümmert sich um Mutter oder Vater. Die Therapie ist ganzheitlich angelegt, die Beziehung zum Kind spielt eine große Rolle. Denn wenn seine Bezugsperson krank ist, leidet es auch.

Der Weg zur Kur

Die gesetzlichen Krankenkassen lehnten vergangenes Jahr 34 Prozent aller Anträge für Mütterkuren und für Mutter- oder Vater-Kind-Kuren ab. Legten die Abgewiesenen Widerspruch ein, führte das in mehr als der Hälfte der Fälle zum Erfolg.





Der Kureffekt: Der Alltag von Martina Timm (47) und Tochter Christine (14) funktioniert gut. Vor drei Jahren waren sie zusammen zur Kur.

Das Kind besucht die Schule am Kurort oder wird betreut. Ist es selbst krank und leidet zum Beispiel an Asthma oder Übergewicht, bekommt es wie die Mutter eine Therapie – wenn die Krankenkasse das bewilligt.

„Bei den Frauen geht es darum, dass sie erkennen, warum sie Beschwerden haben und wie sie diese etwa durch Sport und Entspannung bessern können“, sagt Dr. Günter Kersting, Chefarzt der CBT Mutter-Kind-Klinik auf Borkum.

Auf dem Plan stehen medizinische Behandlung, Krankengymnastik und Gespräche, in denen die Patientinnen lernen, ihre Situation besser zu verstehen und Lösungen zu entwickeln.

Die Kosten für Therapien, Unterkunft und Verpflegung übernimmt die Kasse. Aus eigener Tasche müssen die Versicherten die Fahrtkosten und 10 Euro am Tag bezahlen. Kinder zahlen nichts.

Versicherte, die mehr als 2 Prozent ihres Jahresbruttoeinkommens für Zuzahlungen ausgeben müssten, können sich von weiteren Ausgaben befreien lassen. Chronisch Kranke müssen nur 1 Prozent selbst tragen.

Abstand von daheim

Die Distanz zum Alltag ist entscheidend für den langfristigen Erfolg der Kur: „Die Mütter sind zuhause so eingebunden, dass sie nicht den Abstand haben, um stressauslösende Faktoren zu erkennen“, sagt Kersting.

Eine aktuelle Studie des Forschungsverbands Familiengesundheit an der Medizinischen Hochschule Hannover zeigt, was die Kuren bringen: 90 Prozent der Mütter sagen ein Jahr nach der Kur, dass sie seitdem entscheidende Veränderungen vorgenommen haben. Nicht nur die Zahl ihrer Arztbesuche geht zurück. Die Mütter werden auch kompetenter in der Erziehung, das Familienleben wird entspannter.

Kur muss medizinisch notwendig sein

Britta Hagemann hatte schon eine vierjährige Tochter, als sie nach einer schwierigen Schwangerschaft ihr Baby verlor. Das Kind kam wegen eines Gendefekts tot zur Welt. Nachdem sie das Krankenhaus verlassen hatte, empfahl ihre Frauenärztin ihr eine Mutter-Kind-Kur, um Stress, Angst und Trauer besser verarbeiten zu können.

Unser Rat

Beratung. Lassen Sie sich beraten, entweder direkt in einer Kurklinik oder beim Müttergenesungswerk. Adressen in Ihrer Nähe erfahren Sie zum Beispiel im Internet unter www.muettergenesungswerk.de

Antrag. Für den Antrag bei der Kasse brauchen Sie ein ärztliches Attest und den ausgefüllten Antrag. Die Formulare für beides gibt es bei der Kasse, der Beratungsstelle und im Internet. Stellen Sie auf einem Extrablatt Ihre Familienbelastung dar und legen Sie es in einem geschlossenen Umschlag mit der Aufschrift „für den MDK“ bei. Der MDK ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der viele Anträge prüft.

Widerspruch. Wird der Antrag abgelehnt, legen Sie binnen eines Monats Widerspruch ein. Fehlt im Schreiben der Hinweis auf diese Möglichkeit, bleibt Ihnen sogar ein Jahr Zeit.

Mutter-Kind-Kliniken

Hilfe für Familien

Bundesweit gibt es 150 Kliniken, die Kuren für Mütter oder Väter und ihre Kinder anbieten. Größter Anbieter ist das Müttergenesungswerk (MGW), das 84 Kliniken betreibt.

Die gemeinnützige Stiftung ist ein Zusammenschluss aus fünf Wohlfahrtsverbänden: Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Evangelischer Fachverband für Frauengesundheit (Diakonisches Werk) und Katholische Arbeitsgemeinschaft für Muttergenesung (Caritas).

In den Beratungsstellen privater Kliniken und des MGW bei den genannten Verbänden bekommen Eltern Hilfe beim Antrag, bei der Klinikwahl und beim Widerspruch.

Interview

Damit die Kur wirkt

Anne Schilling ist Geschäftsführerin des Müttergenesungswerks. Die Stiftung kämpft auch auf politischer Ebene für die Gesundheit von Müttern und ihren Kindern.



Die Meinung, eine Mutter-Kind-Kur sei Urlaub auf Krankenschein, hält sich hartnäckig. Was sagen Sie?

Schilling: Das ist falsch, denn bei den Maßnahmen für Mutter und Kind geht es darum, dass Mütter lernen, mit den vielfältigen Belastungen im Alltag, die krank machen können, umzugehen und ihr Leben gesünder zu führen. Denn wenn es der Mutter nicht gut geht, leidet auch das Kind. Entwicklungsstörungen und schwierige Beziehungen sind oft die Folge.

Worauf wird in den Mutter-Kind-Kliniken besonders geachtet?

Schilling: Die Kur fängt bereits in der Beratung an. Die Frauen werden beim Antragsverfahren unterstützt und darauf vorbereitet, was sie in der Kurklinik erwartet. Sie können sich so schneller eingewöhnen und die Kur besser nutzen. Hinzu kommt die Nachsorge: Über die drei Wochen Kur hinaus wird, wenn gewollt, weiter begleitend beraten und auch Nachtreffen mit Kurfrauen finden statt. So ist immer ein Ansprechpartner bei später auftretenden Problemen da. Nur so kann die Kur auch nachhaltig wirken.

Die Klinikauswahl ist wichtig. Worauf ist zu achten und wie sind die Häuser spezialisiert?

Schilling: In den Beratungsstellen wird gemeinsam mit der Frau gezielt gesucht, welche Klinik geeignet ist. Beispielsweise gibt es Spezialisierungen für Krebs, Trauer und Frauen in Pflegesituationen. Auch Kliniken nur für Mütter oder Angebote für Väter und ihre Kinder gehören dazu. Bei der Auswahl ist wichtig, zu überlegen, wie groß und wie weit vom Wohnort die Einrichtung sein soll, welche Art der Kinderbetreuung es gibt und ob schulischer Unterricht angeboten wird.

Gibt es Hilfen, wenn eine Familie ein sehr niedriges Einkommen hat?

Schilling: In der Beratung stellt sich schnell heraus, wie eine Familie finanziell gestellt ist. Oft ist das Geld knapp, wenn es mehrere Kinder gibt oder jemand arbeitslos ist. Wir unterstützen dann – soweit möglich – bei der Zuzahlung, bei den Fahrtkosten oder mit einem kleinen Taschengeld, damit die Frauen an Freizeitaktivitäten teilnehmen können. Finanziert wird das über Spendengelder.

Den Antrag stellte sie schriftlich bei der Krankenkasse. Ihre Ärztin stellte ihr ein ärztliches Attest aus. Darin stand, warum die Kur medizinisch notwendig war und Aussicht auf Erfolg hatte. Hilfe beim Ausfüllen der weiteren Formulare bekam die heute 41-jährige von der Beratungsstelle der Caritas.

Die richtige Klinik finden

Die Beraterin half Hagemann auch, die richtige Klinik zu finden: „Es sollte eine Klinik sein, die nicht zu groß ist, eine Betreuung für meine vierjährige Tochter und Trauerbegleitung bietet.“ Die Wahl der Klinik ist entscheidend für den Therapieerfolg. Denn fühlen sich Eltern und Kind nicht wohl, dann

stresst das und die Beschwerden verschlimmern sich.

Die Versicherten haben allerdings keinen Rechtsanspruch auf eine Klinik ihrer Wahl und sie können auch nicht den Zeitpunkt bestimmen, zu dem sie zur Kur gehen. Viele Krankenkassen versuchen, ihre Versicherten in Kliniken zu schicken, mit denen sie Einzelverträge geschlossen haben.

Die Kassen entscheiden „nach pflichtgemäßem Ermessen“. Das heißt, dass sie den Wunsch des Versicherten berücksichtigen sollen. Um die Chancen zu verbessern, ist es wichtig, dass im Antrag schon die Wahl der Klinik detailliert begründet wird. Oft gelingt es den Beratern, zu vermitteln.

Kassen wimmeln ab

Ihre erste Kur hat Hagemann bekommen, doch 2009 lehnte die Kasse einen weiteren Antrag ab. Die Laborantin hatte in der Zwischenzeit noch eine Tochter bekommen und ein Jahr nach ihrer Geburt einen Hörsturz erlitten. Sie kam ins Krankenhaus. Trotzdem lehnte die Kasse ihren Antrag für eine Mutter-Kind-Kur ab. Die Begründung: Erst müssten die Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort ausgeschöpft werden.

Damit beging die Kasse einen Rechtsbruch. Denn das Sozialgesetzbuch regelt, dass der sonst geltende Grundsatz „ambulante vor stationären Maßnahmen“ für Mutter- und Vater-Kind-Kuren nicht gilt.

Ablehnungsschreiben der Krankenkassen enthalten oft noch andere Fehler. Sie verweisen an Rentenversicherungsträger, obwohl diese keine Mutter-Kind-Kur anbieten. Oft fehlt auch der Hinweis, dass ein Widerspruch gegen den Bescheid möglich ist.

Das Verhalten der Kassen hat den Bundesrechnungshof und die Politik auf den Plan gerufen. Die Prüfer werfen den Kassen mangelnde Transparenz und Eigenwilligkeiten beim Bearbeiten der Anträge vor. Im Juli forderte der Gesundheitsausschuss des Bundestags die Kassen auf, ihre Bewilligungspraxis bis zum Jahresende zu überarbeiten.

Widerspruch führt oft zum Erfolg

Britta Hagemann legte mithilfe ihrer Beraterin Widerspruch ein. Das Verfahren zog sich über Wochen hin. Als ihr Antrag dann bewilligt wurde, musste es schnell gehen. „Die Zusage bekam ich fünf Tage vor Abfahrt“, sagt sie.

Dass es noch geklappt hat, ist nicht ungewöhnlich. Mehr als die Hälfte aller Widersprüche hat Erfolg.

Nach der Ablehnung ist ein Monat Zeit, Widerspruch einzulegen. Fehlt der Hinweis, dass ein Widerspruch möglich ist, bleibt sogar ein Jahr Frist. Im Widerspruch muss begründet sein, warum die Kur nötig ist.

Oft lassen die Kassen ihre Versicherten dann warten. Dauert es zu lange, kann eine Untätigkeitsklage beim Sozialgericht helfen, dann muss der Widerspruchsbescheid binnen drei Monaten da sein.

Bleibt die Kasse beim Nein, entscheidet der Widerspruchsausschuss. Lehnt auch dieser ab, bleibt nur noch der Weg zum Sozialgericht. Was dabei zu beachten ist, steht im Widerspruchsbescheid. ■