

Informationsblatt

Antragstellung und finanzielle Planung einer Mutter-Kind-Maßnahme

Damit Sie Ihr Budget für eine Mutter-Kind-Kur vernünftig planen können, geben wir Ihnen eine Übersicht über Kosten, die Sie einkalkulieren sollten:

Falls Sie nicht von der Zuzahlung befreit sind, kommt zunächst der gesetzliche Eigenanteil auf Sie zu.

Fahrtkosten und in einigen Fällen auch die Gepäckkosten werden im Anschluss der Kur direkt mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet.

Welche Krankenkasse ist das in meinem Fall ganz konkret?

Wenn Sie selbst versichert sind, muss der Antrag an Ihre Krankenkasse gestellt werden. Sind Sie über Ihren Ehemann versichert, so geht der Antrag an dessen Krankenkasse. Privatversicherte müssen den Antrag an ihre Versicherung und gegebenenfalls die Beihilfestelle richten.

Bei behandlungsbedürftigen Kindern geht bei Vorliegen einer Familienversicherung der Antrag an die Krankenkasse des Hauptversicherten, bei Begleitkindern an die Krankenkasse der Mutter.

Für privat versicherte behandlungsbedürftige Kinder kann ein Antrag bei der Versicherung des Vaters bzw. der Mutter gestellt werden. Geht das Kind als gesundes Begleitkind zu Kur, muss dies aus eigenen Mitteln selbst finanziert werden.

Privatversicherte Mütter mit Anspruch auf Beihilfe müssen mit weiteren Kostenbeteiligungen rechnen.

Grundsätzlich sehen die privaten Krankenversicherungen Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation ebenfalls vor. Ob aber ein individueller Anspruch und in welcher Höhe ein solcher Anspruch auf Leistungen besteht, ist anhand der jeweiligen Satzung und der individuellen Versicherungsunterlagen/Versicherungspolice zu überprüfen. Die Mehrzahl der Kliniken sind als Sanatorium anerkannt und damit zuschussfähig.

In der Regel können Sie bei einer privaten Krankenversicherung nur eine Mutter-Kind-Kur beantragen, wenn Sie dafür eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Dies sollten Sie auf jeden Fall im Vorfeld abklären.

Kostenübernahme Beihilfe:

Vorsorge und Rehabilitation für Mütter (Mütterkuren), Mütter und Kinder (Mutter-Kind-Kuren) sind auch beihilfefähig. In der Regel orientieren sich die Beihilfevorschriften der Länder an den Regelungen des Bundes. Ausführlichere Informationen finden Sie auch unter www.dienstleistungszentrum.de – Beihilfe – Informationen / Merkblätter – Mutter-Kind-Kur.

Auszug aus der Bundesbeihilfeverordnung 2017:

§ 35.1.2. Beihilfefähig sind Aufwendungen für Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,

§ 35.1.3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert,

35.1.2.5. c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt..

Die Beihilfe zahlt den normalen Bemessungssatz für die Mutter, z. B. 70 %. Für die Kinder zahlt sie den Bemessungssatz der Kinder, wenn diese auch kurbedürftig sind (also 80 %), ansonsten den Bemessungssatz der Mutter, wenn die Kinder als Begleitpersonen mitkommen (also nur 70 %).

Von dieser Summe (70 % bzw 80 %), die die Beihilfe zahlen sollte, werden noch 10,- € pro Tag (also 210,- € bei 3 Wochen Kur) abgezogen. Für die Kinder wird nichts abgezogen.

Die private Krankenkasse, bei der man ja für die von der Beihilfe nicht erstatteten Prozente, also zu 30% bzw. 20 % versichert ist, zahlt je nach Vertrag ein Tagegeld (z. B. als BET-Tarif = Beihilfe-Ergänzungs-Tarif) oder auch nichts. Die Zahlung des Tagegeldes hängt auch davon ab, ob man die Maßnahme in einem Kurheim oder in einem Reha-Heim läuft (vorher klären!).

Die private Krankenkasse zahlt für Kinder in der Regel nur, wenn diese selbst kurbedürftig sind und behandelt werden, nicht aber für Begleitpersonen, egal, wie alt sie sind.

Musterrechnung:

Geht man von einem Tagessatz von 75 € und einem dreiwöchigen Kuraufenthalt für eine Mutter mit 2 Kindern aus (Gesamtsumme $3 * 75 € * 21 \text{ Tage} = 4.725,- €$), so rechnet man wie folgt:

a) *die Mutter ist kurbedürftig, die Kinder kommen als Begleitpersonen mit*

Beihilfe:

Mutter: $21 \text{ Tage} * 75 € * 70 \% = 1.102,50 €$ erstattungsfähige Summe der Beihilfe
minus Eigenanteil 210 € = 892,50 € Erstattung der Beihilfe für die Mutter

Kinder: $21 \text{ Tage} * 75 € * 70 \% * 2 = 2.205,- €$ Erstattung der Beihilfe für die Kinder

Krankenkasse:

Mutter: $21 \text{ Tage} * 30,68 \text{ Tagegeld (z. B. DKV)} = 644,28 €$ Erstattung der Kasse

Folge: $-4.725,- € + 3.097,50 € + 644,28 € = 938,22 €$ verbleibender Eigenanteil

b) *Mutter und Kinder sind kurbedürftig*

Beihilfe

Mutter: $21 \text{ Tage} * 75 € * 70 \% = 1.102,50 €$ erstattungsfähige Summe der Beihilfe
minus Eigenanteil 210 € = 892,50 € Erstattung der Beihilfe für die Mutter

Kinder: $21 \text{ Tage} * 75 € * 80 \% * 2 = 2.520,- €$ Erstattung der Beihilfe für die Kinder

insgesamt: $2.520,- € + 892,- € = 3.412,- €$ Erstattung der Beihilfe insgesamt

Krankenkasse

Mutter: $21 \text{ Tage} * 30,68 € \text{ Tagegeld (z. B. DKV)} = 644,28 €$

Kinder: $21 \text{ Tage} * 30,68 € \text{ Tagegeld} * 2 \text{ Kinder} = 1.288,56 €$

insgesamt: $644,28 € + 1.288,56 € = 1.932,84 €$ Erstattung der Kasse

Folge: $-4.725,- € + 3.412,50 + 1.932,84 € = 620,34 €$ „Gewinn“, den man für die Zusatzkosten aufwenden kann.

Anträge:

Anträge der Beihilfestelle aus dem Internet runterladen:

Nr. 2707 ist der Kurantrag

Nr. 2707 a ist das Ergänzungsblatt für das Arztattest

Nr. 2707 d ist das Merkblatt zur Mutter-Kind-Kur

Mit den Anträgen geht man zum Arzt. Die Diagnose sollte zur Indikation des Kurheimes passen, weil der Amtsarzt das auch prüft. Für jede Person ist ein Arztattest auszufüllen (Nr. 2707a also mehrmals ausdrucken). Von Vorteil ist es, wenn die Ärzte gleich die Anschrift des Kurheimes auf das Attest schreiben und nicht nur empfohlene Gegend (z. B. Nordsee oder Allgäu).

Die Kasse will in der Regel vorher nichts haben; trotzdem sollte man sich vorher schriftlich bestätigen lassen, dass sie auch Kosten für die Wunschrichtung übernimmt. Evtl. ist auch im Vertrag nachzulesen, welche Heime es sein dürfen!

Der Antrag wird zur Beihilfe geschickt. Die Beihilfe schickt den Antrag weiter zum Amtsarzt im Gesundheitsamt des Antragstellers. Der Amtsarzt erstellt ein Gutachten. 90 % aller Gutachten werden aufgrund der Aktenlage erstellt, 10 % der Fälle werden zur persönlichen Untersuchung in Gesundheitsamt vorgeladen. Der Amtsarzt schickt dann auch eine beihilfefähige Rechnung für die Erstellung des Gutachtens. Das Gutachten des Amtsarztes geht wieder an die Beihilfestelle und von dort bekommt man dann den Bescheid, daß dem Kurantrag stattgegeben wurde. Nun kann man den Termin mit der Kureinrichtung persönlich aushandeln.

Widerspruch lohnt sich, wenn der Antrag abgelehnt wurde:

- Das Gutachten des Amtsarztes einholen, dann kann man gezielt darauf eingehen
- Wenn der Amtsarzt nur aufgrund der Aktenlage ablehnte, hat man gute Chancen
- Die Kureinrichtung oder Beratungsstellen ansprechen
- Der Hausarzt muss sich für die Maßnahme eindeutig einsetzen

Fahrtkosten werden von der Beihilfe bis 200 € erstattet.

Die Beihilfe zieht immer die 10 € Eigenanteil ab, wenn man stationär untergebracht ist, auch bei einer Rechnung mit Einzelposten, aber nur für eine Person, auch, wenn drei Personen fahren.

Die Kureinrichtung fordert in der Regel eine unterschriebene Kostenanerkennung oder Anerkennung der Abrechnungsmodalitäten. Hiermit haftet man persönlich, wenn die Beihilfe nicht zahlen würde.

Also immer besser im Vorfeld alles klären.