

BERATUNGSSTANDPUNKT

zu medizinischen Vorsorgeleistungen & Rehabilitationsmaßnahmen für Pflegepersonen

Zusammenfassung

In häuslichen Versorgungssituationen treffen Pflegeberaterinnen und Pflegeberater häufig auf überlastete Pflegepersonen. Neben einer Vielzahl von Leistungen für pflegebedürftige Personen, stehen auch ihren Angehörigen Möglichkeiten zur Verfügung, Entlastung vom Pflegealltag zu erfahren. Mit Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenversicherung schützen Pflegepersonen ihre Ressourcen. Der vorliegende Beratungsstandpunkt enthält Informationen zum Verfahren rund um die Beantragung einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für Pflegepersonen. Pflegeberaterinnen und Pflegeberater erfahren Weiteres über die gesetzlichen Grundlagen zu diesem Leistungsanspruch, zu den Voraussetzungen diesen Anspruch geltend zu machen und zu weiterführenden Hilfsangeboten. Auch die gleichzeitige Versorgung von pflegebedürftigen Personen während der Inanspruchnahme einer Maßnahme ist wichtig für den Versorgungsprozess und meist ausschlaggebend dafür, dass Pflegepersonen eine Vorsorge- oder Rehamaßnahme wahrnehmen – diese können stationär oder ambulant umgesetzt werden.

Problemlage

Die Pflege und Betreuung eines Angehörigen sind oft sehr herausfordernd. Häufig führt diese Belastungssituation die Pflegeperson an ihre körperlichen und psychischen Leistungsgrenzen. Die Auswirkungen können vielfältig sein und reichen von andauernden Erschöpfungszuständen über Schlafmangel, Herz-Kreislaufproblemen und orthopädischen Beschwerden bis hin zu depressiven Verstimmungen. Um die Gesundheit und Pflegefähigkeit der Pflegeperson zu erhalten, definiert das Krankenversicherungsgesetz (SGB V) Leistungsansprüche für pflegende Angehörige: medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen. Viele Pflegepersonen wissen allerdings nicht, dass dieser Anspruch besteht. Zudem stellen komplexe Antragsverfahren sowie vielfältige Angebotsituationen Hürden dar, welche die Inanspruchnahme eines solchen entlastenden Angebots erschweren.

Inhalt

- » Gesetzliche Grundlagen
- » Anspruchsvoraussetzungen
- » Ambulante und stationäre Maßnahmen
- » Verfahren und Widerspruch
- » Versorgung der pflegebedürftigen Person während der Maßnahme
- » Kurberatungsstellen



Gesetzliche Grundlagen

Pflegende Angehörige haben einen rechtlichen Anspruch auf eine dreiwöchige stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme. Dieser Anspruch ergibt sich aus § 23 SGB V (medizinische Vorsorgeleistung) und aus § 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation).

In Verbindung mit weiteren Regelungen im SGB IX (§ 8 Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten) und im SGB XI, sowie der Rehabilitationsrichtlinie (Stand 2020) des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sind die Verfahren und Mitbestimmungsrechte und –pflichten festgelegt, die für die Durchführung einer Maßnahme der Vorsorge bzw. Rehabilitation für pflegende Angehörige bindend sind.

Die Unterschiede der medizinischen Vorsorgeleistung (§ 23 SGB V) und der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) liegen in ihrem Ziel begründet. Die Vorsorgeleistung – auch Vorsorgekur genannt, dient zur Vorsorge und zum Erhalt der eigenen Gesundheit. Die Rehabilitationsmaßnahme hingegen verfolgt das Ziel der Wiederherstellung der Gesundheit nach einer Erkrankung. Beide Maßnahmen können sowohl im ambulanten als auch im stationären Kontext in Anspruch genommen werden.

Anspruchsvoraussetzungen

Anspruchsberechtigt ist die Pflegeperson, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllt:

- » gesetzlich krankenversichert
- » die Pflege eines Angehörigen findet statt
- » die zu pflegende Person ist im Sinne des SGB XI pflegebedürftig und hat mindestens Pflegegrad 2
- » der Status als eingetragene Pflegeperson besteht seit mindestens sechs Monaten
- » die Pflegesituation stellt eine starke psychische oder physische Belastung dar

Der Antrag auf eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme wird bei der zuständigen Krankenkasse gestellt. Für die Beantragung notwendig ist zudem die Vorlage einer durch den Hausarzt ausgestellten Verordnung für die entsprechende Maßnahme.



Gut zu wissen

Privat Versicherte:

Personen, die privat versichert sind, müssen durch ihre zuständige Krankenkasse prüfen lassen, ob diese eine Vorsorgeleistung übernimmt. Nicht alle Versicherungsverträge decken eine solche Leistung ab. Private Krankenversicherungen gewähren mitunter eine (anteilige) Übernahme aus Kulanz.

Bei stationärer Versorgung des Pflegebedürftigen:

Wird die pflegebedürftige Person stationär versorgt ist die Umsetzung der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme nicht ausgeschlossen. Liegt dem Antrag eine gute Begründung über die hohe Belastung der sorgenden Person vor (emotionale Belastung, tägliche Besuche in Pflegeeinrichtung, Übernahme von Aufgaben etc.) kann eine Maßnahme trotzdem bewilligt werden. Es handelt sich hierbei jeweils um Einzelfallentscheidungen, die je nach Krankenkasse unterschiedlich ausfallen.

Verfahren und Widerspruch

Gemeinsam mit dem behandelnden Haus- oder Facharzt ist zu entscheiden, ob eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Frage kommt. Möglicherweise liegt eine Erkrankung vor, welche eine solche Maßnahme begründet. Die Zielsetzung und Notwendigkeit einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme wird durch den Arzt bescheinigt. Diese Bescheinigung enthält detaillierte Informationen zu pflegebedingten gesundheitlichen Auswirkungen auf die antragstellende Person und wird mit dem Antrag an die zuständige Krankenkasse übermittelt.



Gut zu wissen

Auch wenn die Pflegeperson noch berufstätig ist, ist die Krankenkasse zuständig und nicht der Renten- oder Unfallsversicherungsträger. Dies ist damit begründet, dass der Erhalt der familialen Pflegefähigkeit im Zentrum der Maßnahme steht und nicht der Erhalt von für den Beruf erforderlichen Ressourcen.

Die Krankenkasse als Kostenträger prüft nach Erhalt der Antragsdokumente die Bedürftigkeit der antragstellenden Person, vorhandene Fähigkeiten und die Ziele, die mit der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme erreicht werden sollen. Wichtig ist hierbei, dass die definierten Ziele im Zeitraum der Maßnahme prognostisch umsetzbar sind. Der Zeitraum für eine entlastende Maßnahme nach §§ 23, 40 SGB V umfasst in der Regel drei Wochen.



Die Wünsche der antragstellenden Person hinsichtlich der Auswahl der Einrichtung sind durch die Krankenkasse zu berücksichtigen (§ 8 SGB IX). Hierbei ist zu beachten, dass nur Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen ausgewählt werden können, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht.

Der leistende Maßnahmenträger muss den Antrag innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden, soweit kein Gutachten für die Prüfung eingeholt werden muss. Ist für die Bedarfsfeststellung ein Gutachten notwendig, entscheidet die Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens. Kann der Kostenträger in einem solchen Fall nicht innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang entscheiden, muss er dies vor Ablauf der Frist inklusive der Nennung von Gründen schriftlich mitteilen. Die Frist von zwei Monaten gilt für das Antragsverfahren bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Medizinische Vorsorgeleistungen müssen ebenfalls innerhalb von drei Wochen entschieden werden. Ist für die Entscheidung ein Gutachten des MDK notwendig, verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Ein Antrag gilt als genehmigt, wenn innerhalb der genannten Fristen weder eine Entscheidung noch eine Mitteilung der Gründe für die Nichteinhaltung der 2-Monats- bzw. 5-Wochen-Frist erfolgt.

Für den Fall, dass eine Bewilligung der Maßnahme durch die Krankenkasse nicht zustande kommt, kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch gegen die Ablehnung des Antrags eingelegt werden. Der Widerspruch hat schriftlich zu erfolgen. Darüber hinaus empfiehlt es sich, eine Einschätzung des behandelnden Hausarztes zuzufügen, welche über die Dringlichkeit der beantragten Maßnahme erneut Stellung bezieht.



Gut zu wissen

Pflegepersonen haben alle vier Jahre einen Anspruch auf eine medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme. In besonderen Fällen kann auch schon vorher ein Antrag auf eine erneute Maßnahme gestellt werden. Die Bewilligung liegt dann im Ermessen der zuständigen Krankenkasse.



Ambulante und stationäre Maßnahmen

Anspruchsberechtigte Personen haben die Möglichkeit, die Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ambulant oder stationär wahrzunehmen. Nachfolgend beschrieben sind die Spezifika der jeweiligen Möglichkeiten:

Medizinische Vorsorgeleistung in Kurorten (ambulant)

Gut geeignet für leichtere gesundheitliche Beeinträchtigungen, wenn anderweitige ambulante Behandlungen am Wohnort (Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln) nicht ausreichen. Diese Leistungen werden ohne Unterkunft und Verpflegung erbracht. Für die eigene Organisation einer Unterkunft und An- und Abreise gewährt die Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 16 Euro pro Tag.

Medizinische Vorsorgeleistung in Kurorten (stationär)

Reichen ambulante Vorsorgeleistungen am Wohnort oder in einem Kurort nicht aus, um eines der Vorsorgeziele zu erreichen, kann die Vorsorgeleistung stationär in einer Vorsorgeeinrichtung erbracht werden. Die Krankenkasse übernimmt in einem solchen Fall die Kosten für die medizinische Behandlung, Unterkunft und Verpflegung. Im Gegensatz zur ambulanten Vorsorgeleistung wird die Kurklinik von der Krankenkasse ausgewählt – ebenso wie die Art der Behandlung, der Umfang, Beginn und die Dauer der Maßnahme. Anspruchsberechtigte Personen können sich bis zu 10 % des Reisekostenbetrags zum Kurort von der Krankenkasse erstatten lassen (mindestens 5, höchstens 10 Euro pro Fahrtstrecke).

Rehabilitationsmaßnahme ambulant

Diese Form der Rehabilitation findet für die Dauer des bewilligten Zeitraums (bis zu 3 Wochen) in einem örtlichen Reha-Zentrum statt. Die spezifischen Maßnahmen finden in der Regel täglich für mehrere Stunden statt – je nach Rehabilitationsplan. Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Ausführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation entstehen, werden durch den Kostenträger übernommen (§ 73 SGB IX).

Rehabilitationsmaßnahme stationär

Neben einer ambulanten Umsetzung kann diese Maßnahme auch in stationären Settings in Anspruch genommen werden. Die Krankenkasse übernimmt in einem solchen Fall die Kosten der Behandlung inklusive der Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Ausführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation entstehen, werden durch den Kostenträger übernommen (§ 73 SGB IX).

Zuzahlung: Versicherte haben bei Durchführung einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme eine Zuzahlung von 10 Euro pro Kalendertag zu entrichten. Die Zuzahlung nach § 40 Abs. 5 SGB V beträgt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, den nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag. Der An- und Abreisetag wird für die Berechnung der Zuzahlung als jeweils ein Kalendertag gerechnet. Die Zuzahlung wird von der Einrichtung, die die Maßnahme



durchführt, eingezogen und an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet. Eine Zuzahlungsbe-freiung ist möglich (§ 62 SGB V).



Gut zu wissen

Stationär auch wenn ambulant genügt:

Die Krankenkasse erbringt für Pflegepersonen Leistungen zur **medizinischen Rehabilitation** in stationärer Form auch dann, wenn Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation ausreichend sind (§ 40 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Dies gilt nicht für Vorsorgemaßnahmen nach §23 SGB V.

Mobile Rehabilitation:

Unter bestimmten Bedingungen können ausgewählte Rehabilitationsmaßnahmen durch mobile Reha-Teams im Wohnumfeld der versicherten Person durchgeführt werden. Mobile Rehabilitationsangebote sind allerdings noch nicht sehr weit verbreitet und können daher nicht überall in Anspruch genommen werden.

Versorgung der pflegebedürftigen Person während der Maßnahme der Pflegeperson

Die Versorgung der pflegebedürftigen Person während der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson kann auf unterschiedliche Weise sichergestellt werden. Einige Versorgungseinrichtungen stellen eigene Angebote der Tagespflege zur Verfügung. Auch ist die Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in der Nähe der Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung möglich. Zur Finanzierung dieser Parallelversorgung der pflegebedürftigen Person kann das Kurzzeitpflegebudget genutzt werden.

Zudem besteht die Möglichkeit, die Versorgung der pflegebedürftigen Person über eine erweiterte häusliche Versorgung sicherzustellen – auch hier finanziert über die Leistungen der Pflegeversicherung. Die Versorgung der pflegebedürftigen Person für die Zeit der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson sollte frühzeitig bedacht und mit der zuständigen Pflegekasse besprochen werden.

Die Reisekosten, die der pflegebedürftigen Person entstehen, um zum Vorsorge- oder Rehabilitationsort der Pflegeperson zu gelangen, sind ab Pflegegrad 3 verordnungsfähig, ab Pflegegrad 4 werden sie von der Pflegekasse übernommen.



Kurberatungsstellen

Zur konkreten Planung einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme können besondere Kurberatungsstellen hinzugezogen werden. Diese Beratungsstellen der freien Wohlfahrtspflege haben im Projektzeitraum bis 2022 pflegende Angehörige unterstützt. Über 2022 hinaus beraten in Nordrhein-Westfalen einige dieser Stellen weiterhin zu dem Thema.

Diese Kurberatungsstellen verfügen über spezifische Kenntnisse zu den Versorgungseinrichtungen, sodass eine passende Versorgung der anspruchsberechtigten Person hergestellt werden kann. Auch im Widerspruchsverfahren bieten Kurberaterinnen und Kurberater Unterstützung.

Kurberatungsstellen, die weiterhin zu Kuren für pflegende Angehörige beraten, finden Sie [hier](#).



Gut zu wissen

Soweit pflegende Angehörige einen Anspruch auf stationäre Rehabilitation haben, haben sie auch Anspruch auf die Versorgung der Pflegebedürftigen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen als in der Einrichtung der pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen (Reha-Richtlinie, 2020).



Nützliches am Ende

NACHSORGE DER PFLEGEPERSON:

Hat die Pflegeperson eine Maßnahme einmal umgesetzt ist es umso wichtiger, die in der Maßnahme erworbenen Ressourcen weiterhin zu bewahren. Die Begleitung der entlastenden Maßnahme für die Pflegeperson und die Anpassung der häuslichen Versorgungssituation während und nach einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sorgt für die Reduktion von Belastungsfaktoren im weiteren Pflegealltag und sollte daher stets in die Planung einbezogen werden.



Das für Sie zuständige Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz NRW finden Sie unter:

<https://alter-pflege-demenz-nrw.de/die-landesinitiative/>

Weitere hilfreiche Links:

[Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses](#)

[Begutachtungsanleitung zur Vorsorge und Rehabilitation des GKV-Spitzenverbandes](#)

[Kurberatungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege](#)

Impressum:

Fach- und Koordinierungsstelle Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz NRW –
Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der
Träger der Pflegeversicherung NRW

Gürzenichstr. 25
50667 Köln

Gefördert von:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESVERBÄNDE
DER PFLEGEKASSEN

