

Stationäre Vorsorge oder Rehabilitation für pflegende Angehörige: **Häufig gestellte Fragen**

1. Wer hat Anspruch auf eine Vorsorge oder Rehabilitation für pflegende Angehörige“?

Personen, deren gesundheitlicher Zustand durch die Pflege eines Angehörigen gefährdet oder stark beeinträchtigt ist, können nach § 23 SGB V eine stationäre Vorsorgemaßnahme oder nach § 40 SGB V eine stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige beantragen. Sowohl die Notwendigkeit einer stationären Vorsorgemaßnahme (Gesundheit ist gefährdet) oder einer stationären Rehabilitation (Gesundheit /Erwerbsfähigkeit ist bereits – erheblich – beeinträchtigt) bedarf der ärztlichen Feststellung (Attest). Die leistungsrechtlichen Voraussetzungen werden je nach beantragter Leistung vom jeweiligen Kostenträger geprüft.

Dabei sollte auch die Pflegebedürftigkeit der oder des zu Pflegenden vom Medizinischen Dienst durch die Festlegung des Pflegegrades bescheinigt worden sein und voraussichtlich für mindestens 6 Monate (Prognose) oder bereits seit mindestens 6 Monaten bestehen. Die pflegende Person sollte im Pflegegutachten eingetragen sein.

2. Wer bezahlt eine Vorsorge oder Rehabilitation für pflegende Angehörige?

Stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen werden nach §§ 23 und 40 SGB V durch die Gesetzliche Krankenkasse der pflegenden Person finanziert. Sofern aber eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (von berufstätigen Pflegenden) vorliegt, ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) im Rahmen ihrer medizinischen Rehabilitation nach §§ 9, 15 SGB VI für die Kostenübernahme vorrangig zuständig.

Der gesetzliche Eigenanteil beläuft sich bei den Krankenkassen auf 10 Euro pro Tag, sofern keine Befreiungstatbestände vorliegen. Die Zuzahlung bei Maßnahmen durch die Deutschen Rentenversicherung ist nach Einkommenssituation gestaffelt (höchstens 10 Euro pro Tag). Eine Befreiung ist nach entsprechendem Antrag ebenfalls möglich.

3. Wo werden die Pflegebedürftigen während der Vorsorge oder Rehabilitation untergebracht?

Eine Option besteht darin, dass die zu pflegende Person als Begleitperson mit in der Klinik aufgenommen wird. Als zweite Möglichkeit kommt eine Unterbringung der pflegebedürftigen Person in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege am Kurort in Betracht. Wenn Sie alleine fahren möchten, um sich ganz auf Ihre Gesundheit zu konzentrieren, kann eine Kurzzeitpflege auch am Wohnort organisiert werden oder die Betreuung wird anderweitig in der Häuslichkeit organisiert (z.B. mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes). Ihre Kurberatungsstelle spricht die Möglichkeiten gerne mit Ihnen durch.

4. Wie wird die Unterbringung von Pflegebedürftigen bezahlt?

Für die Pflegekosten während der stationären Maßnahme einer Pflegeperson stehen das Kurzzeit- und Verhinderungspflegebudget aus der Pflegeversicherung der oder des Pflegebedürftigen zur Verfügung. Darüber hinaus entstehen Kosten für Unterbringung und Verpflegung, für die der Entlastungsbetrag genutzt werden kann. Bei einer Rehabilitationsmaßnahme trägt die Krankenkasse der pflegenden Person auch die Kosten für den Pflegebedürftigen, wenn beide in derselben Einrichtung untergebracht sind. Das gilt ebenso, wenn die Deutsche Rentenversicherung der Kostenträger ist.

5. Was ist, wenn ich die Mittel für Kurzzeit- und Verhinderungspflege in diesem Jahr schon ausgeschöpft habe?

Ihre Kurberatung kann Sie dabei unterstützen, Stiftungsgelder zu beantragen. Diese sind allerdings an eine Bedürftigkeitsprüfung gebunden. Eine andere Möglichkeit für die pflegebedürftige Person könnte ein eigener Antrag auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sein, sofern die Voraussetzungen dafür vorliegen. Sprechen Sie mit Ihrer Kurberatungsstelle und Ihrer/m Hausärztin/Hausarzt, ob diese Option für Sie in Frage kommt.

6. Ich bin privat versichert. Übernimmt meine private Krankenkasse die Kosten?

Informieren Sie sich bei Ihrer privaten Krankenkasse, ob stationäre Vorsorge bzw. Rehabilitationsmaßnahmen von Ihrem Versicherungsvertrag abgedeckt werden. Je nach Vertrag übernehmen private Krankenversicherungen die Kosten vollständig, anteilig oder gar nicht. Für Beamte bezuschusst die Beihilfe die Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme. Diese muss vorher von der Festsetzungsstelle genehmigt werden.

7. Ich bin pflegende/r Angehörige/r und habe selbst einen Pflegegrad. Kann ich eine Vorsorge oder Rehabilitation beantragen?

Ja, ein eigener Pflegegrad steht einer Vorsorge bzw. Rehabilitation für pflegende Angehörige nicht im Wege, wenn Sie als pflegende Person im Pflegegutachten eingetragen sind.

8. Seit der Antragstellung habe ich nichts mehr von meiner Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung gehört. Wann bekomme ich eine Rückmeldung?

Bei einem vollständigen Antrag auf stationäre Vorsorge müssen Kostenträger grundsätzlich innerhalb von drei Wochen, bei Einbindung des Medizinischen Dienstes binnen fünf Wochen über eine Genehmigung oder Ablehnung des Antrages entscheiden (§13 Abs. 3a SGB V). Kann die Krankenkasse die Frist nicht ordnungsgemäß einhalten, weil z.B. die Antragsunterlagen nicht vollständig sind, ist die Antragstellerin oder der Antragsteller hierüber rechtzeitig schriftlich zu informieren.

Handelt es sich um die Beantragung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, muss der erstangegangene Rehabilitationsträger die Zuständigkeit binnen 14 Tagen prüfen. Sofern ein anderer Rehabilitationsträger zuständig sein sollte (zweitangegangener Rehabilitationsträger) erfolgt eine Weiterleitung. Die 14-tägige Frist beginnt beim 2. Rehabilitationsträger erneut. Die Frist beginnt, wenn alle antragsbegründenden Unterlagen vorliegen. Ist für die Feststellung der beantragten Leistung ein Gutachten erforderlich, setzt die Frist bis zum Eingang des Gutachtens aus. Nach Eingang des Gutachtens hat der Rehabilitationsträger binnen drei Wochen den Antrag zu bescheiden (§14 SGB IX). Haben Sie Fragen zu einem laufenden Antragsverfahren, wenden Sie sich gerne an Ihre Kranken- bzw. Rentenversicherungsträger oder die Kurberatungsstelle Ihres Vertrauens.

9. Was kann ich tun, wenn mein Antrag auf eine Vorsorge oder Rehabilitation für pflegende Angehörige abgelehnt wurde?

Bei einem ablehnenden Bescheid können Sie innerhalb der genannten Frist (1 Monat nach Bekanntgabe des Ablehnungsbescheides) Widerspruch einlegen. Der Widerspruch muss in schriftlicher Form eingereicht werden. Er kann zunächst ohne Begründung fristwährend an den ablehnenden Leistungsträger (Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung) geschickt werden. Die Unterschrift des Widerspruchsführers ist unerlässlich. Bei einem elektronischen Widerspruch per E-Mail ist eine qualifizierte elektronische Signatur zwingend erforderlich. Für eine anschließende Begründung des Widerspruchs ist es sinnvoll, das Gutachten (z.B. des Medizinischen Dienstes) vom Kostenträger anzufordern. Ihre Kurberatungsstelle unterstützt Sie gerne dabei.

10. Was mache ich, wenn mein Antrag von der Krankenkasse an die Deutsche Rentenversicherung weitergeleitet wurde?

Wenn die Weiterleitung bereits von der Krankenkasse veranlasst wurde, ist rechtlich die Deutsche Rentenversicherung für die Antragsprüfung zuständig. Ein Bescheid über eine Weiterleitung ist keine Ablehnung, gegen die Widerspruch eingereicht werden könnte. Die Weiterleitung hat meistens zur Folge, dass sie noch einmal die Antragsunterlagen von der DRV ausfüllen und entsprechende Nachweise einreichen müssen. Verlieren Sie nicht den Mut! Ihre Kurberatungsstelle unterstützt Sie gerne bei der erneuten Antragstellung. Für Ihren Klinikaufenthalt ist es unerheblich, ob die Kosten von der Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung übernommen werden. Sie erhalten die gleichen medizinischen Leistungen. Viele Kliniken werden sowohl von den Krankenkassen als auch den Rentenversicherungsträgern belegt.