

## Welche Kosten entstehen für mich und die pflegebedürftige Person bei einer stationären Vorsorgemaßnahme oder medizinischen Reha?

In der Regel werden die Kosten für stationäre medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen auf Antrag von der gesetzlichen Krankenversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung übernommen. Es entstehen Ihnen als gesetzlich Versichertem nur Kosten für den Eigenanteil. Dieser beträgt 10 € je Tag für maximal 28 Tage im Jahr. Bei längeren Aufenthalten über das Jahr (auch in Akutkliniken) entfällt ab dem 29. Tag der Eigenanteil. Ist die Rentenversicherung der zuständige Kostenträger, wird der Eigenanteil nach Einkommen gestaffelt berechnet. Die Zuzahlung beträgt höchstens 10 € pro Tag für längstens 42 Tage im Kalenderjahr. Bitte wenden Sie sich zur exakten Ermittlung des Eigenanteils an Ihre Rentenversicherung. Privatversicherte müssen prüfen, ob und welche Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen ihr Versicherungstarif umfasst. Je nach Vertrag übernehmen private Krankenversicherungen die Kosten vollständig, anteilig oder gar nicht.

Für die **Kurzzeitpflege** wird der Eigenanteil für Hotelkosten, Verpflegung und Investitionskosten berechnet. Er ist abhängig von der Einrichtung, 40 bis 50 € pro Tag (in „Pflegehotels“ i.d.R. etwas mehr) müssen einkalkuliert werden. Der sogenannte „Entlastungsbetrag“ von zurzeit 125 € monatlich, der sich über das Jahr anspart, lässt sich für den Eigenanteil in der Kurzzeitpflege einsetzen. Bitte erkundigen Sie sich bei der Pflegekasse, ob und in welcher Höhe der Entlastungsbetrag zum entsprechenden Zeitpunkt zur Verfügung steht.

Bei der **Verhinderungspflege** können sogenannte Ersatzpflegepersonen, also auch Verwandte oder Freunde, die Pflege übernehmen. Die Kosten werden aus dem Budget der Pflegekasse für Verhinderungspflege übernommen. Der Stundensatz ist nicht vorgegeben und kann von der pflegebedürftigen Person selbst bestimmt werden. Zusätzlich können Verwandte ihre angefallenen Kosten bei der Pflegekasse geltend machen (zum Beispiel Fahrtkosten, Kinderbetreuung oder Verdienstausschluss). Insgesamt dürfen aktuell 1.612 € pro Jahr jedoch nicht überschritten werden. Die Gelder, die Sie als pflegebedürftiger im laufenden Kalenderjahr aus dem Budget für die Verhinderungspflege nicht genutzt haben, können Sie bei Bedarf für die Kurzzeitpflege einsetzen. Sprechen Sie dazu bitte mit der für Ihre pflegebedürftige Angehörige / Ihren pflegebedürftigen Angehörigen zuständigen Pflegekasse oder einer Pflegeberatungsstelle.

## Wer bezahlt die Fahrtkosten zur Vorsorge- bzw. Rehaklinik?

Die Fahrtkosten zur Klinik und zurück zum Wohnort übernimmt grundsätzlich der zuständige Kostenträger auf Antrag. Sie können mit dem eigenen

Fahrzeug anreisen oder mit Bahn und Bus. Es werden hierbei Bahnkarten der 2. Klasse übernommen sowie die Kosten für den Gepäcktransport.

Bei **Vorsorgemaßnahmen** muss ein Eigenanteil in Höhe von 10% der Kosten pro Fahrstrecke geleistet werden. Es werden mindestens 5 € und höchstens 10 € pro Fahrstrecke bei Anreise mit dem eigenen PKW oder mit der Bahn berechnet. Bei **Rehabilitationsmaßnahmen** entfällt ein Eigenanteil.

Bei Anreise mit dem eigenen Auto leistet Ihr Kostenträger eine Kilometerpauschale, aktuell 0,20 € pro Kilometer, begrenzt auf die fiktiven Kosten öffentlicher Verkehrsmittel bei **Vorsorgemaßnahmen** bzw. begrenzt auf 130 € bei **Rehabilitationsmaßnahmen**. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Kostenträger oder Ihrer Klinik.

Bei An- und Abreisen, die durch die Klinik organisiert werden, entfällt der Eigenanteil. In diesen Fällen können die Kosten für selbstständige An- und Abreise für gewöhnlich nicht übernommen werden.

## Wird das Pflegegeld weitergezahlt?

Am ersten und letzten Tag des Aufenthaltes der pflegenden Person in der Klinik zur Kur oder Reha werden 100% des Pflegegeldes an die pflegebedürftige Person ausgezahlt. Während der anderen Tage erhält die pflegebedürftige Person 50% des Pflegegeldes.

## Wer kann bei der Beantragung der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme und bei der Suche nach einer Kurzzeitpflegeeinrichtung helfen?

Im Internet gibt es hilfreiche Informationen und Beratungsangebote:

Der Pflegewegweiser der Verbraucherzentrale NRW bietet unter „www.pflegewegweiser-nrw.de“ neben vielen wertvollen Hinweisen zum Thema Pflege auch Informationen zu Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige.

Sie finden dort auch eine Übersicht über Beratungsstellen in Ihrer Nähe.

Es steht Ihnen zu allen Themen rund um die Pflege sowie Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für pflegende Angehörige ein telefonischer Ansprechpartner des Pflegewegweisers unter Tel. 0800 4040 044 (Montag, Dienstag, Mittwoch und Freitag von 9:00 bis 12:00 Uhr und Donnerstag von 14:00 bis 17:00 Uhr) beratend zur Seite.

Bei der Suche nach einer Kurzzeitpflegeeinrichtung ist grundsätzlich Ihre Krankenkasse (Krankenkasse der pflegenden Person) behilflich.

Möglicherweise sind Ihnen auch Einrichtungen an Ihrem Wohnort bekannt, bei denen Sie anfragen können. Einrichtungen, die Kurzzeitpflegeplätze in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung stellen, sind tagesaktuell auf der Internetseite [www.heimfinder.nrw.de](http://www.heimfinder.nrw.de) zu finden.

Stand März 2024; Quellenangabe: erstellt von Arne Schlick, Projektleiter „Auszeit in Südwestfalen“

# HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN ZUR BEANTRAGUNG UND DURCHFÜHRUNG STATIONÄRER VORSORGE- ODER REHA-MAßNAHMEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Stand: März 2024

Als pflegende Angehörige oder pflegender Angehöriger sind Sie oft über Jahre stark beansprucht durch die Herausforderungen der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Dies kann zu psychischen und/oder körperlichen Überlastungen oder Erkrankungen führen.

Auch wenn Sie Ihre unterstützenden Tätigkeiten als selbstverständlich ansehen, sollten Sie Ihre Energie richtig einschätzen. Bei gesundheitlichen oder sozialen Beeinträchtigungen können eine stationäre Vorsorge (Kur) oder stationäre Rehabilitation (Reha) zur langfristigen Verbesserung Ihres Pflegealltags beitragen. Die stationäre Vorsorgemaßnahme dient dem Erhalt der Gesundheit, die stationäre Rehabilitation dient der Wiederherstellung der Gesundheit. Grundsätzlich entscheiden Ihre Ärztin oder Ihr Arzt, ob eine stationäre Vorsorge oder Rehabilitation für Sie in Frage kommt.

## Ziele einer stationären Vorsorge- oder Reha-Maßnahme für pflegende Angehörige sind:

- Abstand zu gewinnen von der täglichen Pflegesituation
- zur Ruhe zu kommen
- physische und psychische Stabilität zu erreichen
- Werkzeuge zu erlernen, um Stresssituationen zu erkennen, mit ihnen umzugehen und sie zu bewältigen
- Methoden zu entwickeln, um depressive Phasen zu bewältigen
- mehr Achtsamkeit aufzubringen für die eigene Person
- Möglichkeiten zur eigenen Entlastung zu finden
- Anleitungen zur Selbstpflege zu erhalten
- das Selbstwertgefühl zu steigern und das schlechte Gewissen zu reduzieren

## Wem steht eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige zu?

Jeder eingetragenen Pflegeperson und ggf. auch mehreren eingetragenen Pflegepersonen, die erschöpft oder gesundheitlich beeinträchtigt sind und im privaten Bereich eine nahestehende Person pflegen, stehen stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahmen zu.

Sie haben einen Anspruch auf eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige, wenn diese Kriterien erfüllt sind:

- Der pflegebedürftigen/dem pflegebedürftigen muss seit mindestens 6 Monaten ein Pflegegrad (mindestens Pflegegrad 1) zuerkannt worden sein.
- Sie müssen seit mindestens 6 Monaten als Pflegeperson bei der Pflegekasse gemeldet und im Bescheid über den Pflegegrad eingetragen sein. Der

Anspruch gilt auch, wenn es mehrere eingetragene Pflegepersonen gibt, die im privaten Bereich pflegen.

- Die medizinische Notwendigkeit zur Durchführung einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme muss von der Hausärztin oder dem Hausarzt oder – bei pflegenden Minderjährigen – vom Kinderarzt bescheinigt worden sein. Sollten Sie keine Hausärztin oder Hausarzt haben, gilt dasselbe auch für Fachärzte.

## Haben auch mehrere Pflegepersonen des Angehörigen Anspruch auf eine Kur oder Rehabilitation für pflegende Angehörige?

Ja. Sobald mehrere Personen als Pflegepersonen eingetragen und die oben genannten Kriterien erfüllt sind, können die Personen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige in Anspruch nehmen.

## Besteht der Anspruch auf eine Kur oder Rehabilitation für pflegende Angehörige auch nach dem Tod des pflegebedürftigen Angehörigen?

Sollte die pflegebedürftige Person verstorben sein, kann sich zu der immer noch bestehenden Belastung eine zusätzliche medizinische Belastung ergeben.

Ein gesetzlicher Anspruch auf eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige besteht nach dem Tod der pflegebedürftigen Person nicht mehr. Die Beantragung einer Maßnahme zur Stärkung Ihrer Gesundheit sollte nach Absprache mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt aber dennoch erfolgen.

## Was muss ich tun, um als pflegender Angehöriger an einer stationären Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme teilzunehmen?

Jede stationäre Vorsorge- oder Reha-Maßnahme muss vom Versicherten beim jeweils zuständigen Kostenträger (meist Krankenkasse oder Rentenversicherung) beantragt und von einer Ärztin oder einem Arzt bescheinigt werden. Diese formulieren die Begründung bzw. medizinische Notwendigkeit in der Regel anhand vorgegebener Formulare (siehe unten).

Nach maximal 6 Wochen erfolgt die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse bzw. Rentenversicherung oder eine Ablehnung. Im Falle der Ablehnung lesen Sie bitte weiter unten, wie das weitere Vorgehen sein kann.

### a) Zuständigkeit der Kostenträger

Anträge (für Vorsorge oder Reha) von Personen in der Rentenphase werden an die Krankenkasse gerichtet. Bei berufstätigen Personen ist bei stationären Vorsorgemaßnahmen die Krankenkasse, bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen grundsätzlich die Rentenversicherung zuständig.

### b) Antragsverfahren

Sollte ein Gesundheitsrisiko bei Ihnen vorliegen, das zu einer Erkrankung führen kann, setzen Sie sich mit Ihrem Kostenträger wegen der Beantragung einer stationären **Vorsorge** in Verbindung. Sie erhalten von dort Informationen zum Ablauf des Antragsverfahrens, das sich je nach Kostenträger unterscheidet (siehe Punkt c). Im Fall der Beantragung einer **Rehabilitation** bei einer Erkrankung oder schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung sprechen Sie als erstes mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt und bitten um die Verordnung bzw. Beantragung einer Rehabilitation. Schildern Sie ehrlich und genau Ihre Belastungen und Probleme und deren Auswirkungen auf Ihr tägliches Leben. Diese können sowohl körperlicher als auch seelischer Art sein. Überwinden Sie gegebenenfalls Ihre Scham, Ihre Krankheiten und (eventuell nur zeitweise) Überlastung mit der Pflegesituation offenzulegen. Wenn Sie zum Beispiel gereizt sind oder nachts nicht richtig schlafen können, dann sind das ernsthafte Probleme, die Sie auf Dauer sehr krank machen können.

### c) Bearbeitung des Antragsformulars

*Als Hilfe für Ärztinnen und Ärzte, die nur selten Vorsorge- oder Reha-Anträge bearbeiten, stehen unter [www.pflegewegweiser-nrw.de/downloads](http://www.pflegewegweiser-nrw.de/downloads) musterhaft ausgefüllte Antragsformulare (Muster 61 und Muster 64) zum Download bereit.*

Für die Beantragung einer stationären **Vorsorgemaßnahme** stellen einige Krankenkassen eigene Antragsformulare zur Verfügung. Üblich ist auch, dass das Formular „Muster 64“ für eine Mutter/Vater-Kind-Kur verwendet wird, in dem die Ärztin oder der Arzt im Kopf des Formulars handschriftlich eine „Vorsorgemaßnahme für pflegende Angehörige“ einträgt und „Mütter oder Väter“ durchstreicht. Das entsprechende Formular füllt Ihre Hausärztin oder Ihr Haus-

arzt aus und Sie senden es an die Krankenkasse. Der Antrag für **stationäre Rehabilitation** bei Personen, die eine Mindestversicherungszeit in der Rentenversicherung nicht erreicht haben bzw. bei Rentnern erfolgt über das Formular „Muster 61“ (Verordnung von medizinischer Rehabilitation), das die Hausarztpraxis in der Regel bereithält oder über die Kassenärztliche Vereinigung beziehen kann. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt füllt das Formular aus und kreuzt unbedingt auf Blatt D, Abschnitt VI, Zeile C („weitere Bemerkungen“) „Pflegende/r Angehörige/r“ an. Dann wird der Antrag von Ihnen oder der Arztpraxis an die zuständige Krankenkasse gesendet. Bei erwerbstätigen Personen ist mit hoher Wahrscheinlichkeit die Rentenversicherung zuständig. Sofern die Voraussetzung einer Kostenübernahme durch die Rentenversicherung unklar ist, setzen Sie sich bitte zwecks Klärung direkt mit Ihrer Rentenversicherung in Verbindung. Ist die Zuständigkeit der Rentenversicherung für die Reha geklärt, fordern Sie dort das entsprechende Formularpaket zur Beantragung der Maßnahme an. Sie haben auch die Möglichkeit, den Antrag online zu stellen. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird im Verlauf der Beantragung von der Rentenversicherung um einen Befundbericht gebeten oder ein Gutachten wird erstellt, je nach zuständiger Rentenversicherung.

### Habe ich einen Einfluss auf die Wahl der Klinik?

Sie besitzen ein **Wunsch- und Wahlrecht** für die Klinik und können im Zuge der Beantragung der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme mindestens eine Klinik benennen, in der Sie gerne die Maßnahme durchführen möchten. Wichtig ist die entsprechende fachliche Ausrichtung der Klinik, die sich mittels der dort behandelten Indikationen ergibt. Stimmen Sie dies bitte mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt ab. Die Klinik Ihrer Wahl sollte zudem ein besonderes Konzept für pflegende Angehörige vorweisen.

Eine Übersicht über die Vorsorge- und Rehakliniken in NRW mit speziellen Angeboten für pflegende Angehörige finden Sie hier: [www.pflegewegweiser-nrw.de](http://www.pflegewegweiser-nrw.de) (Verbraucherzentrale NRW).

Einem Vorschlag, den Sie von Ihrer Krankenkasse oder Rentenversicherung erhalten, müssen Sie nicht folgen. Wird der Aufenthalt in der von Ihnen gewählten Klinik erheblich mehr Kosten verursachen als der Aufenthalt in der von dem Kostenträger vorgeschlagenen Klinik, muss allerdings die Hälfte der Differenz zur preiswerteren Klinik von Ihnen getragen werden. Bei Widersprüchen gegen Bescheide der Kostenträger und bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts hilft Ihnen der Arbeitskreis Gesundheit e.V.: [www.arbeitskreis-gesundheit.de](http://www.arbeitskreis-gesundheit.de) oder Tel. 0341–870 595 90.

Bei der Verbraucherzentrale NRW erhalten Sie ebenfalls Unterstützung in Widerspruchsfällen: [www.verbraucherzentrale.nrw](http://www.verbraucherzentrale.nrw), Stichwort Pflege-rechtsberatung.

## Was passiert bei einer Ablehnung des Antrags durch den Kostenträger?

Bei einer Ablehnung sollten Sie sofort zwecks Wahrung der Frist einen Widerspruch gegen die Ablehnung einlegen. Die Frist beträgt 1 Monat ab Zugang des Schreibens. Die Begründung für Ihren Widerspruch kann mit Hilfe Ihrer Ärztin/Ihres Arztes später nachgereicht werden. Eine Ablehnung mit der Begründung, dass die ambulanten Maßnahmen nicht ausgeschöpft seien nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“, ist nicht mehr zulässig bei Anträgen von stationären **Rehabilitationsmaßnahmen** pflegender Angehöriger bei der Krankenkasse.

## Wie lange dauert die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitation und wie oft darf sie wiederholt werden?

Die Vorsorge- oder Reha-Maßnahme dauert in der Regel drei Wochen, es sei denn, medizinische Gründe erfordern einen längeren Aufenthalt. Liegt eine psychosomatische Indikation vor und der Kostenträger ist die Rentenversicherung dauert die Rehabilitation in der Regel fünf Wochen. Sie darf alle vier Jahre wiederholt werden. Diese Frist gilt als Richtwert. Ausnahmen sind möglich, falls vorzeitig eine weitere stationäre Vorsorge oder Rehabilitation aus medizinisch dringend erforderlichen Gründen notwendig ist, zum Beispiel bei neuen Diagnosen oder Verschlimmerungen der Symptomatik. Auch wenn aus gesundheitlichen Gründen mit einer weiteren Minderung der Erwerbs- oder Leistungsfähigkeit bei erwerbstätigen Menschen zu rechnen ist, kann der Kostenträger vor Ablauf der Frist eine weitere Maßnahme bewilligen.

## Wer versorgt in der Zeit meiner Kur oder Reha die pflegebedürftige Person?

Die Vorsorge- und Rehakliniken liegen in der Regel in Kurorten. Es sprechen einige Gründe für eine Anreise allein ohne die pflegebedürftige Person. Es gibt aber auch Situationen, in denen eine gemeinsame Anreise begründet ist. In den meisten Kliniken ist eine Versorgung der pflegebedürftigen Begleitperson im selben Haus nicht möglich. Einige Kliniken organisieren eine kliniknahe Unterbringung. Bei allen Varianten außer der Verhinderungspflege ist Ihre Krankenversicherung gesetzlich zur Koordination verpflichtet. Hierbei ist die Einwilligung der pflegebedürftigen Person nötig. Ein entsprechendes Formular stellt Ihnen Ihre Krankenkasse zur Verfügung.

Für die Betreuung während Ihrer Abwesenheit gibt es folgende Alternativen:

- Die pflegebedürftige Person erhält während Ihrer Vorsorge- oder Reha-Maßnahme **Kurzzeitpflege** in einer Einrichtung Ihrer Wahl. Diese kann im Kurort oder wohnortnah liegen. Ein genereller Anspruch auf Kurzzeitpflege der pflegebedürftigen Person besteht ab Pflegegrad 2.
- Alternativ können im Rahmen der sogenannten

**Verhinderungspflege** Verwandte oder Freunde die Pflege übernehmen.

- Sofern bei der pflegebedürftigen Person durch die Hausärztin/den Hausarzt festgestellt wird, dass durch eine altersgerechte Rehabilitationsmaßnahme der Grad der Selbständigkeit stabilisiert oder verbessert werden kann, fragen Sie in der gewählten Klinik bzw. im Kurort nach, ob es dort eine **geriatrische Fachrehabilitation** gibt. So kann sich die Möglichkeit einer stationären Maßnahme für die pflegebedürftige Person und Sie selbst ergeben. Im besten Fall werden die Maßnahmen für Sie und die pflegebedürftige Person zeitgleich am selben Ort organisiert und durchgeführt. Die Antragstellung einer altersgerechten Rehabilitation für die pflegebedürftige Person verläuft ähnlich wie bei Ihrer eigenen Maßnahme für pflegende Angehörige und erfolgt über den Hausarzt. Seit 2022 ist die Beantragung einer geriatrischen Reha vom Gesetzgeber für Hausärztinnen/Hausärzte vereinfacht worden. Die Kosten der geriatrischen Reha werden in der Regel von der Krankenversicherung der pflegebedürftigen Person übernommen.
- Sollte weder eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege noch eine zeitgleiche Rehabilitation möglich sein, bieten wenige Kliniken eine Mitaufnahme von pflegebedürftigen Angehörigen an.
- Schließlich sind auch „Pflegehotels“ (auch für die Kurzzeitpflege) zu nennen oder Hotels, die – oft in Kooperation mit Pflegediensten – auf die Unterbringung von pflegebedürftigen Gästen ausgerichtet sind.

Bitte beachten Sie, dass die Unterbringung der pflegebedürftigen Person frühzeitig geregelt und mit Ihrer stationären Reha- oder Vorsorgemaßnahme koordiniert werden muss. Weiterführende Adressen und Links zur Kurzzeitpflege finden Sie am Ende dieses Dokuments.

## Welche Unterlagen werden für die pflegebedürftige Person benötigt?

Um die optimale Versorgung Ihres pflegebedürftigen Angehörigen entweder in der Kurzzeitpflege oder der Reha-Klinik zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass Sie die zur Ermittlung des aktuellen Pflegebedarfs relevanten Unterlagen an die ausgewählte Einrichtung weitergeben:

- Arztbriefe,
- Krankenhaus-Entlassungsdokumente,
- Therapieanweisungen,
- Medikamentenplan, aus denen der Versorgungsbedarf des Pflegebedürftigen hervorgeht, sowie ein
- von der Hausärztin/vom Hausarzt ausgefülltes Formular „Pflegeüberleitungsbogen zur Kurzzeitpflege“.

*Ein Muster-Formular „Pflegeüberleitungsbogen“ steht unter [www.pflegewegweiser-nrw.de/downloads](http://www.pflegewegweiser-nrw.de/downloads) zum Download bereit. Es stellt die korrekte Beurteilung der Pflegesituation und die entsprechende Pflege in der Kurzzeitpflege oder Klinik sicher.*