



Information

Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige

im Rahmen der Müttergenesung

Herausgeberin

KAG - Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung e.V.
Bundesgeschäftsstelle im Deutschen Caritasverband e.V.
Karlstraße 40
79104 Freiburg

Tel.: 0761/200-455
Fax: 0761/200-11455
www.kag-muettergenesung.de
Email: kag.muettergenesung@caritas.de

Stand 01.09.2016

Alle Rechte, insbes. das Recht der Vervielfältigung, Verbreitung (auch auszugsweise) und Reproduktion vorbehalten.

Einleitung

Die demographische Entwicklung mit dem erfreulichen Zuwachs an Lebensalter ist nicht zwangsläufig mit einer gesunden und selbstständigen Lebenszeit verbunden. Wo dies ein Mit-Sorgen, praktische Hilfeleistungen bis hin zu einer langjährigen Pflege erfordert, ist aufgrund der demographischen Struktur in hohem Maße die „mittlere Generation“ angefragt. Unverändert sind es weit überwiegend Frauen, die diese Sorgearbeit leisten, bereits zeitgleich in der Phase der aktiven Elternschaft oder in einer späteren Lebensphase als pflegende Angehörige in der Versorgung, Betreuung und Pflege von Eltern, Großeltern, Schwiegereltern, Partner/-in, Verwandten und Freunden.

Gleichermaßen wertvoll und wichtig ist selbstverständlich auch die Sorgearbeit und Pflege, die Männer innerhalb der Familie erbringen.

Für Beide gelten enorm hohe psychische, physische und zeitliche Belastungen. In nicht seltenen Fällen: ein Belastungskreislauf zu Lasten der eigenen Gesundheit. Denn oft sind es Aufgaben, die parallel zur eigenen Berufstätigkeit und der Versorgung der eigenen Familie, des eigenen Haushaltes bewältigt werden müssen.

Auf diesem Hintergrund hat die KAG Müttergenesung als eine der Trägergruppen mit dazu beitragen, dass im Sinne der Stifterin und der gesellschaftlichen Entwicklung im Jahr 2013 durch Satzungsänderung der Fokus Mütter der Elly-Heuss-Knapp Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk auch auf alle anderen Personen erweitert wurde, die in der Familie wertvolle Sorgearbeit leisten.

Für den Fall, dass die gesundheitliche Situation der pflegenden Angehörigen eine eigene medizinische Vorsorge oder Rehabilitation erfordert, hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren verschiedene Verbesserungen umgesetzt. So wurden beispielsweise die Leistungen aus der Pflegeversicherung angehoben, die während einer Abwesenheit der Pflegeperson genutzt werden können um die pflegebedürftige Person zu versorgen. Des Weiteren wurde für pflegende Angehörige die Möglichkeit zur Einrichtungsauswahl bei einer stationären Vorsorge oder Rehabilitation erweitert. So kann nun auch eine Einrichtung der Müttergenesung mit ihrem spezifischen Konzept für die Vorsorge oder Rehabilitation gewählt werden.

Der KAG Müttergenesung ist es ein Anliegen, diese neue Wahlmöglichkeit bekannter zu machen, aber auch insgesamt über die bestehenden Möglichkeiten und Voraussetzungen für eine medizinische Vorsorge und Rehabilitation von pflegenden Angehörigen zu informieren, da diese trotz hoher gesundheitlicher Belastung heute noch wenig genutzt werden. In den vielfältigen Fragen, für sich selbst zu der richtigen Gesundheitsmaßnahme zu finden und gleichzeitig die/ den Angehörige/n gut versorgt zu wissen, kommt einer qualifizierten Beratung große Bedeutung zu.

Mit der nachfolgenden Information wollen wir die Kompetenz der Beraterinnen/ Berater der Müttergenesung für die Personengruppe der pflegenden Angehörigen weiter zu fördern, aber auch im Kreis unserer Mitglieds- und Frauenverbände über die Leistung der Müttergenesung für pflegende Angehörige, ihre Voraussetzungen und auch ihre Grenzen informieren.

Für die Beraterinnen/ Berater ist die Information ergänzend zu der „Arbeitshilfe für Beratungsstellen im Müttergenesungswerk“ zu sehen und hebt verschiedene wichtige Punkte für die Beratung der Zielgruppe „pflegende Angehörige“ hervor.

1. Welche medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsmöglichkeiten können pflegende Angehörige nutzen?

Das Pflege neu ausgerichtetes Gesetz (PNG) von Okt. 2012 hat zu erweiterten gesetzlichen Wahlmöglichkeiten für pflegende Angehörige geführt. Es wurde klargestellt, dass bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige deren besondere Belange zu berücksichtigen sind. Auf diesem Hintergrund wurde der Weg eröffnet, dass Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen von pflegenden Angehörigen auch in Einrichtungen nach § 111 a SGB V, d.h. in Kliniken der Müttergenesung durchgeführt werden können und damit dieser Personenkreis die stationären Angebote der Müttergenesung nutzen kann. Damit wurden die **bisherigen und weiter fortbestehenden Möglichkeiten der Vorsorge und Rehabilitation** für diese Personengruppe **ergänzt**.

1.1. Bisherige und weiter fortbestehende Möglichkeiten¹

- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Abs. 2 SGB V / Gesetzl. Krankenversicherung (nur Kostenzuschuss).
- Stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 SGB V / Gesetzl. Krankenversicherung.
- ambulante Rehabilitationsleistungen in einer wohnortnahen Einrichtung nach § 40 Abs. 1 SGB V / Gesetzl. Krankenversicherung.
- stationäre Rehabilitationsleistung nach § 40 Abs. 2 SGB V / Gesetzl. Krankenversicherung.
- ambulante oder stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI / Gesetzl. Rentenversicherung.

1.2. Speziell für die Gruppe der pflegenden Angehörigen wurde ergänzt

- die stationäre Vorsorgeleistung und Aufenthalt nach § 23 Abs. 4 SGB V / Gesetzl. Krankenversicherung
- und auch die stationäre Rehabilitationsleistung und Aufenthalt nach § 40 Abs. 2 SGB V / Gesetzl. Krankenversicherung
in einer ansonsten „nur“ für die med. Vorsorge oder Rehabilitation von Müttern oder Vätern zugelassenen Einrichtung nach § 111 a SGB V durchzuführen.

Damit wurde die **Auswahlmöglichkeit** einer geeigneten Einrichtung für die Kassen **erweitert** und ebenso auch Vorschlagsmöglichkeiten für die Versicherten selbst erhöht. Mit der Neuregelung hat der Gesetzgeber gewürdigt, dass es aufgrund spezieller Bedarfe der Versicherten und geeigneter Konzepte der Müttergenesungskliniken im Einzelfall zielgerichtet sein kann, diese Einrichtungsform mit ihrem psychosomatisch geprägten-, geschlechtsspezifischen- und auf familiäre Belastungen spezialisierten Profil zu wählen.

Wichtig: Voraussetzung ist aber, dass ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sind oder nicht ausreichen - Stufenprinzip „ambulant vor stationär“.

§ 23 SGB V Medizinische Vorsorgeleistungen (Krankenversicherung)

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.....

§ 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Krankenversicherung)

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.....

¹ Diese Möglichkeiten bestehen auch weiter, wenn die Pflege z.B. durch Tod des Angehörigen beendet ist. Der Begriff „pflegende Angehörige“ im Sinne des Gesetzes hingegen bezieht sich auf eine aktuelle Pflegesituation.

1.3. Möglichkeiten für Mütter/ Väter, die pflegen

Für die Gruppe der „pflegenden Angehörigen die auch noch Mütter/ Väter sind“ hat sich nichts an den Anspruchsgrundlagen und der dementsprechenden Möglichkeit der Antragstellung über die „Müttergenesungs-Paragrafen“ nach §§ 24, 41 SGB V geändert. Dies betrifft Mütter/ Väter mit Kindern mit Behinderung/ Pflegebedarf oder diejenigen, die neben einer Erziehungsverantwortung gleichzeitig durch die Pflege von Angehörigen mit belastet sind.

Der Leistungsanspruch regelt sich unverändert über die § 24 SGB V (Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter) und § 41 SGB V (Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter), egal ob die Maßnahme ohne Kinder oder als Mutter-Kind/ Vater-Kind-Leistung erfolgt. Grundlegend für einen Leistungsanspruch über §§ 24, 41 SGB V ist eine „aktuelle Erziehungsverantwortung“. In Auslegung der Sozialversicherung ist diese i.d.R. bis zum 18. Lebensjahr der Kinder gegeben; in begründeten Ausnahmen beispielsweise bei im Haushalt lebenden Kindern mit Behinderung/ Pflegebedarf auch darüber hinaus.

Das für die pflegenden Angehörigen und grundsätzlich in der Vorsorge und Rehabilitation geltende Stufenprinzip „ambulant vor stationär“ ist für Mütter/ Väter aber ausgesetzt. Im Rahmen der Antragstellung sollte auf jeden Fall die Pflege als belastender Kontextfaktor mit angegeben werden.

Weitere Ausführungen siehe hierzu für die Beratungsstellen in der MGW Arbeitshilfe und in den Begutachtungs-Richtlinien.

2. Pflegende Angehörige - Für wen ist die Neu-Regelung interessant?

Somit kann man zusammenfassen: die Neuregelung ist vor allem interessant für Frauen und Männer,

- die aktuell häusliche Pflege leisten und damit pflegende Angehörige sind,
- die aber nicht - oder nicht mehr - „in aktiver Erziehungsphase“ sind (und dann einen Leistungsanspruch als Mutter/ Vater über §§ 24, 41 SGB V auslösen könnten) bzw. dies nie waren,
- die einen Behandlungsbedarf zu einer stationären med. Vorsorgemaßnahme oder med. Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der Gesetzl. Krankenversicherung haben,
- für die im Sinne des Stufenprinzips „ambulant vor stationär“ ambulante Behandlungsmaßnahmen ausgeschöpft, nicht ausreichend, im Alltag nicht umsetzbar oder nicht zielführend sind
- und die sich von den Kliniken und dem Konzept der Müttergenesung angesprochen fühlen und für deren Behandlungserfordernis und Problemlage dieses geeignet ist.

3. Wovon können pflegende Frauen/ Männer bei uns profitieren? Das Angebot in der KAG Müttergenesung

Unsere Kernkompetenz liegt in der

- Med. Vorsorge und Rehabilitation bei vor allem psychosomatischen Krankheitsbildern im Zusammenhang mit Mehrfachbelastungen in der familiären Rolle.

Hierzu ergänzend werden - in unterschiedlicher Schwerpunktsetzung der Kliniken - auch somatische Erkrankungsbilder mit behandelt.

Vor der Antragstellung auf einen Aufenthalt in einer unserer Mütter-/ Väter-Kliniken ist deshalb zu prüfen, ob bei der gesundheitlichen Problematik der/ des Pflegenden diese Gewichtung so gegeben und damit das Konzept der Müttergenesung passend ist.

Unser generelles Konzept der Kliniken

- ganzheitliche Therapie (medizinische-, psychologische-, psychosoziale-, physiotherapeutische-, sporttherapeutische- gesundheitsfördernde-, seelsorgerische-, kreativtherapeutische Leistungen, Erlernen von Entspannungsverfahren.....),
- die dabei vor allem die psychosoziale Problemsituation in den Familien in den Blick nimmt,
- geschlechtsspezifischer Ansatz,
- gruppentherapeutischer Ansatz.

Für die Gruppe der Pflegenden ist dies bedarfsweise ergänzt um z.B.

- Informations- und Beratungsangebote zu sozialrechtlichen Fragen der Pflege,
- angeleitete Austauschgruppen (z.B. zu pflegespezifischen Themen, Rollenfragen....),
- Angebote mit pflegeunterstützenden Zielen (z.B. Rückenschule....).

Folgende Ziele stehen im Mittelpunkt

Unter dem von den Pflegenden meist selbst formulierten Ziel „körperliche und seelische Erholung“ stehen in den Kliniken im Vordergrund

- körperliche und psychische Stabilisierung,
- eigene Leistungsfähigkeit erhalten,
- sich selbst wieder mit eigener Persönlichkeit und Bedürfnissen wahrnehmen,
- eigene Selbstfürsorge und Selbstachtsamkeit stärken,
- Motivation für die eigene Gesundheitsfürsorge,
- soziale Isolation im Alltag reflektieren,
- Perspektiven und Veränderungen für den Alltag überlegen,
- mit der Pflegesituation einhergehende Veränderungsprozesse, Trauerprozesse reflektieren und unterstützen.

Für die Gruppe der pflegenden Angehörigen kommen folgende Einrichtungen in der KAG Müttergenesung in Frage (ohne Kinder)

- Fachklinik St. Marien, Wertach
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung für Frauen in Familienverantwortung
www.haus-st-marien.de
- Fachklinik Maria am Meer, Norderney
Prävention und Rehabilitation für Mütter und Frauen in Familienverantwortung
www.caritas-gesundheitszentrum.de
- Mutter-Kind Klinik St. Ursula, Winterberg
spezielle Anreisetermine nur für Mütter-/ Frauen-Gruppen
<http://www.st-ursula-winterberg.de>
- Kneipp´sche Stiftungen Familien & KindHaus, Bad Wörishofen
spezielle Anreisetermine nur für Väter-/ Männer-Gruppen
<http://www.kneippianum.de>

4. Persönliche Voraussetzungen der Antragsteller für den Aufenthalt

Die Pflegenden müssen wie alle anderen Patientinnen/ Patienten für den Aufenthalt in der Klinik und für die Teilnahme an den Therapieangeboten

- selbstständig für die eigene Alltagsbewältigung,
- gruppenfähig,
- sowie körperlich
- und geistig in der Lage sein,

an den Angeboten teilzunehmen. Sie müssen eine

- Bereitschaft für aktive Therapien und Veränderung mitbringen.

Eine Altersgrenze gibt es nicht.

Es gilt anhand der Schwerpunktsetzung der Kliniken und den genannten Zielen zu überprüfen, dass diese Maßnahmeform geeignet und zielgerichtet ist. Die Gesundheitsbeschwerden sollen nicht so gelagert sein, dass eine spezialisierte somatische oder ggf. geriatrische Reha erforderlich ist.

5. Versorgung der pflegebedürftigen Angehörigen während der Abwesenheit

Im Konzept der Müttergenesung ist die primäre Empfehlung

- **eine Versorgung der/ des Pflegebedürftigen zu Hause sicherzustellen**
- und dort die Betreuung durch andere Familienangehörige zu prüfen
- oder über die Angebote der wohnortnahen Pflegeeinrichtungen sicherzustellen
- und die rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten der Verhinderungspflege oder Kurzzeitpflege zu nutzen.

In den Kliniken der Müttergenesung ist keine Mitnahme der pflegebedürftigen Angehörigen in die Einrichtung möglich.

An einzelnen Orten besteht die grundsätzliche Möglichkeit, eine gesonderte Kurzzeitpflegeeinrichtung am gleichen Ort/ Nachbarort in Anspruch zu nehmen.

Ob dies aufgrund des Organisationsaufwandes (z.B. Transport), aus Perspektive des zu Pflegenden (z.B. Eingewöhnungsprobleme) und auch aus der Perspektive der/ des pflegenden Angehörigen (Ziele: Abstand vom Alltag; die eigene Gesundheit in den Mittelpunkt stellen...) überhaupt sinnvoll ist, sollte im Vorfeld genau für sich geprüft werden. Bei der Wahl eines solchen Modells besteht in den Kliniken die Erfahrung, dass dies vielfach zu einer inneren „Zerrissenheit“ (des einerseits eigenen Therapieprogramms, aber sich doch um den Angehörigen mit kümmern wollen...) führt und die pflegenden Angehörigen nicht wirklich „ankommen“ lässt.

Die durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz I in 2012 neu geschaffene Möglichkeit, dass eine Rehaklinik „unter dem gleichen Dach“ auch eine Kurzzeitpflege für die Mitnahme von pflegebedürftigen Angehörigen anbietet, ist in den Kliniken der Müttergenesung nicht herzustellen. Die zum Wohl der Pflegebedürftigen und zu deren adäquaten Pflege rund um die Uhr notwendigen Strukturen und personellen Voraussetzungen sind nicht sicherzustellen.

Dieser Entscheidungsprozess im Vorfeld, was für sich selbst gewünscht wird, wie die eigenen Bedingungen und Möglichkeiten sind oder hergestellt werden könnten, dieser Abwägungsprozess zwischen eigenen Bedürfnissen und denen des pflegebedürftigen Angehörigen/ Partners ist ganz wesentlich. Dieser Reflektionsprozess „**was brauche ich**“, kann schon einen ersten Schritt an Veränderung mit sich bringen, egal welche Entscheidung dann letztlich getroffen wird oder auch welche der verschiedenen Angebotsformen der Vorsorge und Rehabilitation gewählt wird.

Hier haben die Beratungsstellen der Müttergenesung eine wichtige Unterstützungs- und Informationsfunktion, auch in Vernetzung mit anderen Beratungsdiensten der Pflege, z.B. zu Fragen anderweitiger Betreuungsmöglichkeiten und Leistungen der Pflegeversicherung.

6. Hinweise zur Antragstellung

Für **Pflegende, die noch gleichzeitig „in aktiver Erziehungsphase“ sind**, und für die diese familiäre Mehrfachbelastung entscheidend für ihren Gesundheitsbedarf ist, ist der Leistungsanspruch gegenüber der Gesetzl. Krankenversicherung über §§ 24 SGB V (med. Vorsorge für Mütter und Väter) oder 41 SGB V (medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter) geregelt.

Die Antragstellung an die Krankenversicherung

- lautet dementsprechend auf eine **Leistung nach § 24 SGBV oder § 41 SGB V**,
- als eine Mütter- oder Väter-Maßnahme oder bei der Mitnahme von Kindern auf eine Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme
- und erfolgt im üblichen Antragsweg und mit den Verordnungsvordrucken zur Müttergenesung bzw. Verordnungsvordruck 61 nach Reha-Richtlinien.

Für **Pflegende Angehörige, für die dies nicht zutrifft**, die aber gleichermaßen für ihre Vorsorge oder Rehabilitation eine Einrichtung der Müttergenesung wählen möchten, ist der Leistungsanspruch gegenüber der Gesetzl. Krankenversicherung über §§ 23 SGB V (Medizinische Vorsorgeleistungen) oder 40 SGB V (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) geregelt.

Die Antragstellung an die Krankenversicherung

- lautet dementsprechend auf eine **Leistung nach § 23 SGBV oder § 40 SGB V**.

Im Antrag sollte über die Attestunterlagen oder eigene Erklärungen der Versicherten deutlich werden,

- dass ambulante Behandlungsmaßnahmen ausgeschöpft, nicht ausreichend, im Alltag nicht umsetzbar, oder nicht zielführend sind und/oder ein komplexer (interdisziplinärer, mehrdimensionaler) Behandlungsansatz erforderlich ist (s. gestuftes Leistungsprinzip „ambulant vor stationär“)
- und dass das Konzept und Angebotsstrukturen für die pflegende Frau/ den pflegenden Mann passend sind und der Aufenthalt in einer Einrichtung der Müttergenesung (Mütter- Klinik oder Väter-Klinik; geschlechtsspezifisches Angebot) ausdrücklich gewünscht wird.

Darüber hinaus muss aus den Antragsunterlagen an die Krankenversicherung immer hervorgehen (entsprechend der Begutachtungs-Richtlinie für Kassen und Med. Dienst)

- Vorliegen eines Gesundheitsproblems; ärztlich attestiert.
- Hinweis auf die Belastung durch die „Verantwortung für die Pflege von Angehörigen“ (negativ wirkender Kontextfaktor, s. Begutachtungs-Richtlinie S. 15).
- Persönliche Voraussetzungen für eine Antragstellung der Rehabilitation bei der Rentenversicherung liegen nicht vor (keine erhebliche Gefährdung/ Minderung der Erwerbsfähigkeit) und/ oder versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung (Versicherungszeiten) sind nicht gegeben (s. §§ 10 und 11 SGB VI).
- Die Betreuung des/der pflegebedürftigen Angehörigen ist für die Abwesenheit sichergestellt.

Beantragung/ Verordnungsvordrucke

Für die Beantragung gibt es keine gesonderten Verordnungsformulare für pflegende Frauen/ Männer. Für Vorsorgemaßnahmen nach § 23 SGB V sind die Formulare der Krankenkassen zu verwenden. Für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB V ist der Verordnungsvordruck 61 (in den Arzt-Praxen vorhanden) zu nutzen.

Besonderheit: evtl. Mehrkosten

Bei Genehmigung übernimmt die Krankenversicherung in der Regel die Gesamtkosten an Unterbringung, Therapie und Verpflegung. Im § 40 SGB V ist jedoch eine Besonderheit geregelt, mit der pflegende Angehörige im Antragsverfahren eventuell konfrontiert werden können: Mehrkostenregelung.

Die Krankenkasse kann beim Versicherten bei speziellem Klinikwunsch eine Übernahme von Mehrkosten verlangen. Dies ist grundsätzlich nur bei Rehabilitationsmaßnahmen, damit auch bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige möglich, aber nur unter besonderen Voraussetzungen zulässig.

§ 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V lautet: „Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen; dies gilt nicht für solche Mehrkosten, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 des Neunten Buches angemessen sind.“

Das bedeutet nicht, dass die Krankenkassen bei allen Wünschen der Versicherten das Recht hätten, eine Zuzahlung zu verlangen. Im Gesetz ist ausdrücklich geregelt, dass die Zuzahlung **nicht** beansprucht werden darf für Mehrkosten, die infolge des **angemessenen** Wahlrechts der Versicherten nach § 9 SGB IX entstehen. Grundsätzlich haben Versicherte das Recht bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung Wünsche zu äußern. Zusätzlich heißt es im Gesetz „die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger“. Die Krankenkasse soll diesen Wünschen von Versicherten im Regelfall folgen, „soweit diese angemessen sind“. Das bedeutet, dass vor einer Forderung nach Mehrkosten seitens der Krankenkasse zu prüfen ist, ob die geäußerten Wünsche angemessen waren. Und ob eine von der Krankenkasse alternativ vorgeschlagene Einrichtung, die die Grundlage der Mehrkostenermittlung sein soll, überhaupt ebenfalls geeignet ist.

Sollte ein pflegender Angehöriger mit einer eventuellen Forderung zur Mehrkosten-Übernahme konfrontiert werden, empfehlen wir einen Widerspruch.

Der Schwerpunkt der Argumentation im Widerspruch muss darin liegen, dass die von der/dem Versicherten gewählte Einrichtung mit ihrem Angebot dem besonderen Bedarf als pflegender Angehöriger entspricht und **nur angemessene Mehrkosten im Sinne des Wunsch- und Wahlrechtes verursacht**.

7. Gesetzliche Zuzahlung

Die für alle med. Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenversicherung bestehenden weiteren Regelungen gelten identisch; z.B.:

- die gesetzlichen Zuzahlungen.

§ 61, Satz 1 und 2 SGB V

„Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 € erhoben“.

Für eine stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme mit der Regeldauer von drei Wochen (22 Berechnungstage) ergibt sich insgesamt ein Eigenanteil von 220 €.

Die Krankenkasse übernimmt die Fahrtkosten, soweit sie einen Zuzahlungsbetrag (i.d.R. 10 € je Fahrt) übersteigen. Dies gilt entspr. § 60 Abs. 2 Ziff. 1 SGB V für Vorsorgemaßnahmen. Für Rehabilitationsmaßnahmen übernimmt die Krankenkasse entsprechend § 53 SGB IX die Fahrtkosten ohne Zuzahlungsleistung.

§ 62 SGB V enthält Regelungen zu einer **Belastungsgrenze**. Diese soll sicherstellen, dass Versicherte durch die Zuzahlungen nicht finanziell überfordert werden. Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent des Bruttojahreseinkommens zum Lebensunterhalt. Bei chronisch kranken Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine Grenze von einem Prozent des Bruttojahreseinkommens zum Lebensunterhalt.

► Über die Höhe der jeweils aktuellen Freibeträge und Belastungsgrenze für die Familie informieren die Gesetzlichen Krankenkassen, bei denen auch der Befreiungsantrag zu stellen ist.

8. Unterstützungsfonds

Falls eine notwendige Maßnahme für pflegende Angehörige an den Kosten (z.B. gesetzliche Zuzahlung, Zusatzkosten, Gepäck, Anschaffungen...) scheitern würde und ein Unterstützungsbedarf gegeben und aufgrund der Einkommens- und Vermögenslage gerechtfertigt ist, können über die Beratungsstellen der Müttergenesung verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten zum Tragen kommen. Eine Bedarfsprüfung und Nachweise nach § 53 Nr. 2 Abgabenordnung sind Voraussetzung.

- **Zuwendung aus Mitteln der Sammlung für das Müttergenesungswerk**
Wenn sich eine Beratungsstelle oder Diözese an der MGW Sammlung beteiligt, stehen diese Mittel vor Ort zur Verwendung zur Verfügung.
Es kann sich hierbei um allgemeine/ im Verwendungszweck nicht näher deklarierte Zuwendungen für das Müttergenesungswerk handeln oder um eine gezielte Zuwendung für den Zweck der „Zustiftung Sorgearbeit“ beim MGW. Die „Zustiftung Sorgearbeit“ ermöglicht, dass neben Müttern auch Andere, die in der Familie wertvolle Sorgearbeit leisten (z. B. Väter und Pflegende), durch die Elly Heuss-Knapp- Stiftung unterstützt werden können. Spenden, die genau mit diesem Verwendungszweck den Beratungsstellen überlassen werden, können zu 100 % für diese Personengruppen verwandt werden. Von den allgemeinen Spenden gilt ein von der Stiftung vorgegebener Anteil.
► Näheres zur Verwendung der Mittel und zur Rechnungslegung regelt sich über die Vergaberichtlinien des Müttergenesungswerkes in der jeweils aktuellen Fassung.
- **Fonds der Dr. med. Heide Paul-Toebelmann-Stiftung beim Müttergenesungswerk**
Der Fonds übernimmt neben den oben genannten Kosten bei einem Aufenthalt in der Müttergenesungs-Klinik im Bedarfsfall auch Aufwendungen, die dem pflegenden Angehörigen für die Organisation der Pflege zu Hause während seiner Abwesenheit entstehen, soweit sie nicht durch die Pflegekasse abgedeckt sind.
Antragstellung an die KAG Bundesgeschäftsstelle; dort Antragsbogen anfordern.
- **Care-Erinnerungs-Stiftung**
Antragstellung an die KAG Bundesgeschäftsstelle; dort Antragsbogen anfordern.
- **KDFB Fonds bei der KAG Müttergenesung**
Antragstellung an die KAG Bundesgeschäftsstelle; dort Antragsbogen anfordern.

9. Weitere Hinweise zu Leistungen für eine Betreuung/ Unterbringung der Pflegebedürftigen während der Abwesenheit der Pflegeperson

Verhinderungspflege/ Ersatzpflege

Kann die/der Pflegebedürftige mit zeitweiser Betreuung und Pflege durch eine andere Person oder Dienst zu Hause verbleiben und ist keine vollstationäre Unterbringung erforderlich, können Unterstützungsleistungen aus der Pflegeversicherung über die **Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI** erfolgen. Diese greift, wenn eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus sonstigen Gründen – also beispielsweise der eigenen stationären Vorsorge oder Rehabilitation - an der Pflege gehindert ist. Voraussetzung ist u.a., dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Im Rahmen der Verhinderungspflege übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen/ Jahr und bis zu einem Höchstbetrag von 1612 € (Stand 2016). Die Leistung kann sich erhöhen, wenn im laufenden Kalenderjahr noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde.

► Die ambulanten Pflegedienste und die Pflegekassen können hierzu gezielt Auskunft geben und beraten.

Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung

Ist während der Abwesenheit der Pflegeperson die Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung am Wohnort erforderlich, oder wird eine Kurzzeitpflegeeinrichtung am Ort/ in der Nähe der der Vorsorge- oder Rehabilitations-Einrichtung gewählt, können die **Regelungen des § 42 SGB XI zur Kurzzeitpflege** unterstützen.

Die Pflegekasse übernimmt in diesem Fall die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung bis zu einem Betrag von 1.612 Euro. Die Kostenerstattung kann verdoppelt werden aus dem Leistungsbetrag der Verhinderungspflege, sofern hier noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden. Der Erstattungsbetrag wäre dann bis zu 3.224 Euro (Stand 2016). Die Kosten des Pflegebedürftigen für Unterkunft und Verpflegung (Hotelkosten) in der Kurzzeitpflege müssen vom Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Seit 2015 ist es möglich, in bestimmten Fällen diese Kosten aus einem Budget an „zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ nach § 45 b SGB XI weiter auszugleichen.

► Die Pflegekasse kann hierzu gezielt Auskunft geben und beraten.

► Jeweils aktuelle Informationen zu den Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung <http://www.bmg.bund.de/online-ratgeber-zur-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung.html>