

Medizinische Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige – Gesundheit und Teilhabe sichern

Von den 4,1 Mio. pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden ca. 80% zu Hause versorgt. 2,33 Mio. Menschen von ihnen werden hauptsächlich durch Angehörige gepflegt. Dazu gehören auch Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Neben den Pflegediensten nehmen Angehörige dabei wichtige Aufgaben wahr. Meistens sind es Frauen, die ihre Angehörigen pflegen. Die Pflege ist häufig mit hohen Belastungen verbunden, die zu ernststen gesundheitlichen Problemen führen können.

Immer wieder werden hier z. B.:

- Erschöpfungszustände,
- Schlafstörungen,
- Rückenschmerzen,
- Herz-Kreislaufprobleme,
- Kopfschmerzen,
- Unruhe und Angstzustände

genannt.

Das beeinträchtigt auch die Teilhabe am sozialen Leben.

Um gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen und Teilhabe zu sichern, gibt es das Recht auf Leistungen der stationären medizinischen Vorsorge bzw. Rehabilitation. Diese Leistungen werden von der Krankenversicherung des pflegenden Angehörigen nach Verordnung übernommen, d. h. die Krankenkasse ist der Leistungsträger.

Was passiert während einer Vorsorge- oder Reha-Leistung für pflegende Angehörige?

Zu Beginn der Leistung, etwa in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks, steht eine sozialmedizinisch ausgerichtete Untersuchung. Dabei geht es neben körperlichen Problemen auch um die Lebenssituation und die Belastungen, die damit verbunden sind. Die Untersuchung führt dazu, dass das Vorsorge- bzw. Reha-Team gemeinsam mit den Patient:innen einen individuellen Therapie- bzw. Rehabilitationsplan erstellt. In ihm sind die verschiedenen Bausteine formuliert, die die Patient:innen während des Aufenthalts in der Klinik in Anspruch nehmen. Ein Therapie- bzw. Rehabilitationsplan umfasst neben der medizinischen Diagnostik z. B.:

- Physiotherapie mit Sport- und Bewegungstherapie,
- Physikalische Therapie,
- Psychosoziale Einzel- und Gruppengespräche,
- Ernährungsberatung,
- Künstlerische Therapie,
- Sozialberatung,
- Beratung zu Fragen der Alltagsgestaltung oder zu Hilfen bei der Pflege.

Gemeinsam werden Lösungen erarbeitet, die helfen, den Lebensalltag wieder besser zu bewältigen und einer Verschlimmerung der gesundheitlichen Probleme vorzubeugen. Schließlich geht es auch darum, dass die Patient:innen Abstand zum Alltag finden, neue Kraft schöpfen und lernen, auch sich selbst gegenüber achtsam zu sein und für sich zu sorgen.

Wer kümmert sich um die pflegebedürftige Person?

Pflegende Angehörige machen sich häufig Sorgen, wer sich um die pflegebedürftige Person kümmert, wenn sie selbst zur stationären Reha oder Vorsorge gehen. In diesem Fall kann der Anspruch auf Kurzzeitpflege geltend gemacht werden. Dies kann dadurch geschehen, dass die pflegebedürftige Person

- im Heimatort (z. B. in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege) versorgt wird oder
- ebenfalls in der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, in der der/die Angehörige ist, untergebracht und gepflegt wird. Das wird aber nur in einem kleinen Teil der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen angeboten.
- in einer Pflegeeinrichtung am Ort der Vorsorge bzw. Reha untergebracht ist, mit der die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung kooperiert.

Im Gespräch mit einer Beratungsstelle der Wohlfahrtsverbände kann eine gute Lösung sowohl für die pflegenden Angehörigen als auch für die pflegebedürftige Person gefunden werden. Niemand wird allein gelassen! Hier ist ein Link zur Beratungsstellensuche des Müttergenesungswerks: [Beratung | Müttergenesungswerk \(muettergenesungswerk.de\)](https://www.muettergenesungswerk.de).

Die Kurzzeitpflegekosten werden in der Regel von der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person bei Pflegegrad 2 und höher übernommen. Zu den Kosten im Einzelfall, auch zu Unterkunft und Verpflegung, ist ein Gespräch in einer Beratungsstelle der Wohlfahrtsverbände sinnvoll.

Wie kommt man zu einer Reha- oder einer Vorsorgeleistung für pflegende Angehörige?

Ein Leistungsanspruch auf Vorsorge und Reha besteht unabhängig davon, ob eine Person eine andere pflegt; aber der Gesetzgeber hat im Sozialgesetzbuch besondere Bestimmungen für pflegende Angehörige formuliert:

- Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die pflegende Angehörige in Anspruch nehmen, gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht, d. h. sie können immer auch in Kliniken vorgenommen werden. Das macht Sinn, um Abstand zum Alltag zu gewinnen.
- Reichen ambulante Vorsorgeleistungen nicht aus – auch wegen besonderer familiärer Umstände, was bei der Pflege durch Angehörige der Fall ist – dann kann die Vorsorge auch stationär erfolgen. Allerdings muss dies von dem Arzt/der Ärztin im Verordnungsformular gut begründet werden.
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Vorsorgeleistungen können auch in Einrichtungen des Müttergenesungswerks vorgenommen werden; auch das macht Sinn, denn in diesen Einrichtungen wird mit geschlechtssensiblen Konzepten gearbeitet.

Die (stationäre) Vorsorge- bzw. Reha-Leistung muss verordnet und durch die Leistungsträger genehmigt werden. Steht die Belastung als pflegender Angehöriger im Vordergrund, ist der Leistungsträger die Krankenkasse. Die Verordnung erfolgt durch den niedergelassenen Arzt bzw. die niedergelassene Ärztin.

Die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände helfen dabei, die richtige Leistung zu finden.