

GKV–Spitzenverband, Berlin

AOK–Bundesverband GbR, Berlin

BKK Dachverband e.V., Berlin

IKK e.V., Berlin

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel
(SVLFG)**

KNAPPSCHAFT, Bochum

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Gemeinsames Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Vorwort

Am 01.01.2019 ist das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11.12.2018 (Bundesgesetzblatt vom 14.12.2018, Seite 2394ff.) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurde auch § 40 SGB V geändert, um dem Personenkreis der pflegenden Angehörigen einen erleichterten Zugang zu stationären Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen. Mit diesen Regelungen wurde für pflegende Angehörige ein Anspruch auf stationäre Rehabilitationsleistungen unabhängig davon eingeführt, ob eine ambulante Rehabilitationsleistung ausreichend wäre. In diesem Kontext wurde der Leistungsanspruch der pflegenden Angehörigen dadurch ausgeweitet, dass sie einen Anspruch auf Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben

Rehabilitationseinrichtung haben. Soll die pflegebedürftige Person in einer anderen Einrichtung als der Rehabilitationseinrichtung der oder des pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person deren Versorgung auf Wunsch der oder des pflegenden Angehörigen und mit Zustimmung der pflegebedürftigen Person. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben mit dem gemeinsamen Rundschreiben vom 08.05.2019 zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V Empfehlungen für eine einheitliche Umsetzung der Regelungen durch die Krankenkassen gegeben.

Durch das Hebammenreformgesetz vom 22. November 2019 wurden in diesem Kontext die Regelungen zur Übernahme von Reisekosten in § 60 Abs. 5 Sätze 2 und 3 SGB V neu geregelt.

Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurden im Bereich der Pflegeversicherung mit der Einführung des § 42a SGB XI ab 01.07.2024 neue Leistungsansprüche für pflegebedürftige Personen, die während der Inanspruchnahme von stationären Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation ihrer Pflegeperson in der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mitaufgenommen werden, geschaffen, die auch Rechtsänderungen im SGB V zur Folge hatten.

Vor diesem Hintergrund wird das gemeinsame Rundschreiben vom 08.05.2019 zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40, 41 SGB V außer Kraft gesetzt und mit Wirkung ab 01.01.2024 durch dieses gemeinsame Rundschreiben ersetzt.

Inhaltsverzeichnis

I. ANSPRÜCHE BEI STATIONÄREN LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN VORSORGE	4
1. GESETZLICHE GRUNDLAGEN	4
2. ALLGEMEINES	5
3. BESONDERE BELANGE VON PFLEGEPERSONEN	5
4. ANTRAGSFIKTION UND ANSPRUCH AUF VERSORGUNG NACH § 42A SGB XI	5
II. ANSPRÜCHE BEI STATIONÄREN LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN VORSORGE FÜR MÜTTER UND VÄTER	7
1. GESETZLICHE GRUNDLAGEN	7
2. ALLGEMEINES	7
III. ANSPRÜCHE BEI STATIONÄREN LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION	8
1. GESETZLICHE GRUNDLAGEN	8
2. ALLGEMEINES	9
3. UNMITTELBARER ANSPRUCH VON PFLEGEPERSONEN AUF STATIONÄRE LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION	10
4. DER BEGRIFF „PFLEGEPERSON“	11
5. ANSPRUCH AUF VERSORGUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON BEI MITAUFNAHME IN DERSELBEN EINRICHTUNG (§ 40 ABS. 3A SATZ 1 SGB V)	11
6. KOORDINATION DER VERSORGUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSONEN IN ANDEREN EINRICHTUNGEN (§ 40 ABS. 3A SATZ 2 SGB V)	13
7. NACHRANGPRINZIP (§ 40 ABS. 4 SGB V)	14
IV. ANSPRÜCHE BEI STATIONÄREN LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION FÜR MÜTTER UND VÄTER	15
1. GESETZLICHE GRUNDLAGEN	15
2. ALLGEMEINES	15
V. ANSPRÜCHE AUF REISEKOSTEN IN FÄLLEN DER MITAUFNAHME VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSONEN WÄHREND STATIONÄREN LEISTUNGEN ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION VON PFLEGEPERSONEN	17
1. GESETZLICHE GRUNDLAGEN	17
2. ALLGEMEINES	17
VI. ANLAGEN	20

I. Ansprüche bei stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge

1. Gesetzliche Grundlagen

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

(1 - 3)...

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Abs. 1 und 2 nicht aus, erbringt die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. ...

(5) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter entsprechender Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Abs. 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches. ...

(5a) Gilt nach § 42a Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach Abs. 4 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42a Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.

(6 - 9)...

2. Allgemeines

Im Rahmen des PUEG wurden im Bereich der Pflegeversicherung mit Wirkung ab 01.07.2024 neue Leistungsansprüche u.a. für pflegebedürftige Personen geschaffen, die während der Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge ihrer Pflegeperson in derselben stationären Vorsorgeeinrichtung mitaufgenommen werden (siehe § 42a SGB XI). Sind die Voraussetzungen nach § 42a SGB XI erfüllt, hat die pflegebedürftige Person einen Anspruch gegenüber ihrer Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt (wenn bei den nachfolgenden Ausführungen dieses gemeinsamen Rundschreibens von der Pflegekasse die Rede ist, soll damit auch die private Pflegeversicherung umfasst sein) nach § 42a Abs. 3 SGB XI auf die Übernahme der durch die Mitaufnahme anfallenden Aufwendungen. Nachfolgend werden die Auswirkungen dieser Ansprüche nach dem SGB XI auf den Antragsprozess und die Auswahl der Einrichtung in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach dem SGB V dargestellt.

3. Besondere Belange von Pflegepersonen

Nach § 23 Abs. 5 Satz 1 2. Halbsatz SGB V hat die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie über die geeignete Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI zu berücksichtigen. Demzufolge ist insbesondere ein Wunsch der Pflegeperson nach Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in dieselbe Einrichtung bei der Leistungsentscheidung und Einrichtungsauswahl zu berücksichtigen, sofern keine medizinische Kontraindikation vorliegt. In Bezug auf die Auswahl der Einrichtung ist zudem zu berücksichtigen, dass der Anspruch für Pflegepersonen nach § 23 Abs. 4 Satz 1 2. Halbsatz SGB V nicht nur in einer Vorsorgeeinrichtung nach § 111 SGB V, sondern auch in einer Vorsorgeeinrichtung verwirklicht werden kann, mit der ein Vertrag nach § 111a SGB V besteht.

4. Antragsfiktion und Anspruch auf Versorgung nach § 42a SGB XI

Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag der pflegebedürftigen Person auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI an die Pflegekasse dar, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt (vgl. § 42a Abs. 4 Satz 1 SGB XI). Sind die Voraussetzungen nach § 42a SGB XI erfüllt, hat die pflegebedürftige Person ab

01.07.2024 einen Anspruch gegenüber ihrer Pflegekasse nach § 42a Abs. 3 SGB XI auf die Übernahme der

- pflegebedingten Aufwendungen (körperbezogene Pflegemaßnahmen), inklusive Ausbildungskosten,
- Aufwendungen der Betreuung,
- Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege,
- Unterkunft und Verpflegung,
- betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen,
- erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung nach § 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI stehen, und
- Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

Eine Leistungspflicht der Krankenkasse der Pflegeperson für die Versorgung der mitaufgenommenen pflegebedürftigen Person besteht nicht.

Vor diesem Hintergrund regelt § 23 Abs. 5a SGB V, dass die Krankenkasse in einschlägigen Fällen verpflichtet ist, den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V an die zuständige Pflegekasse weiterzuleiten. Bezüglich der weiteren Prozessschritte des Antragsverfahrens und der Ansprüche der pflegebedürftigen Person auch in Fallkonstellationen, in denen die Versorgung nicht in der Vorsorgeeinrichtung der Pflegeperson sichergestellt werden kann, wird auf die „Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen über die Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42a Absatz 7 SGB XI vom 03.07.2024“ sowie auf die Verwaltungsvereinbarung verwiesen, die der GKV-Spitzenverband mit der Deutschen Rentenversicherung Bund gemäß § 42a Absatz 7 Satz 4 SGB XI geschlossen hat. Analog zu dem in der Anlage dieser Verwaltungsvereinbarung dargestellten Antragsvordruck der Deutschen Rentenversicherung G 0111 wird die Verwendung der in Anlage 1 beigefügten Mustereinwilligungserklärung empfohlen.

II. Ansprüche bei stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter

1. Gesetzliche Grundlagen

§ 24 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

(1) Versicherte haben unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Vorsorgeleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 23 Abs. 4 Satz 1 gilt nicht; § 23 Abs. 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) § 23 Absatz 5 und 5a gilt entsprechend.

(3)...

2. Allgemeines

Im Rahmen des PUEG wurden im Bereich der Pflegeversicherung mit Wirkung ab 01.07.2024 neue Leistungsansprüche u.a. für pflegebedürftige Personen geschaffen, die während der Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge ihrer Pflegeperson in derselben stationären Vorsorgeeinrichtung mitaufgenommen werden (siehe § 42a SGB XI). Sind die Voraussetzungen nach § 42a SGB XI erfüllt, hat die pflegebedürftige Person einen Anspruch gegenüber ihrer Pflegekasse nach § 42a Abs. 3 SGB XI auf die Übernahme der durch die Mitaufnahme anfallenden Aufwendungen. Nach § 24 Abs. 2 SGB V gelten insoweit die Regelungen des § 23 Abs. 5 und 5a SGB V entsprechend. Vor diesem Hintergrund wird auf die Ausführungen unter „I. Ansprüche bei stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge“ verwiesen.

III. Ansprüche bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

1. Gesetzliche Grundlagen

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1)...

(2) Reicht die Leistung nach Abs. 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Abs. 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Abs. 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Abs. 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.. ...

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches....

(3a) Bei einer stationären Rehabilitation haben Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches 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 Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Gilt nach § 42a Abs. 4 Satz 1 des Elften Buches ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach Abs. 2 Satz 1 zugleich als Antrag eines Pflegebedürftigen auf Leistungen nach § 42a Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches, so leitet die Krankenkasse den

Antrag an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, weiter und benennt gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, unverzüglich geeignete Einrichtungen, sofern die Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 42a des Elften Buches in derselben Einrichtung gewünscht ist.

(4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme der §§ 14, 15a, 17 und 31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können.

(5 – 7)

2. Allgemeines

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)“ vom 11.12.2018 (BGBl. I S. 2394) wurde zur Stärkung der Belange pflegender Angehöriger § 40 Abs. 2 sowie Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB V geändert. Damit wurde für pflegende Angehörige bei einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V der Grundsatz ambulant vor stationär außer Kraft gesetzt. Pflegende Angehörige haben somit einen erleichterten Zugang zu stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Zugleich haben pflegende Angehörige bei einer stationären Rehabilitation auch Anspruch auf Versorgung der pflegebedürftigen Personen, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Soll die pflegebedürftige Person in einer anderen als in der Einrichtung des pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person deren Versorgung auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person. Durch das PUEG wurden diese Regelungen im Grundsatz beibehalten und in § 40 SGB V in einen neuen Abs. 3a überführt. In diesem Kontext wurde der Begriff der pflegenden Angehörigen durch den Begriff der „Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI“ ersetzt.

Im Rahmen des PUEG wurden darüber hinaus im Bereich der Pflegeversicherung mit Wirkung ab 01.07.2024 neue Leistungsansprüche u.a. für pflegebedürftige Personen geschaffen, die während der Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ihrer Pflegeperson in derselben stationären Rehabilitationseinrichtung mitaufgenommen werden (siehe § 42a SGB XI). Sind die

Voraussetzungen nach § 42a SGB XI erfüllt, hat die pflegebedürftige Person einen Anspruch gegenüber ihrer Pflegekasse nach § 42a Abs. 3 SGB XI auf die Übernahme der durch die Mitaufnahme anfallenden Aufwendungen. In diesem Kontext wurde die Leistungsverpflichtung der Rentenversicherungsträger in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation insoweit erweitert, dass sie nunmehr nach § 13 Abs. 1 SGB VI bei ihrer Entscheidung über Rehabilitationsanträge die besonderen Belange von Pflegepersonen zu berücksichtigen haben.

Die erweiterten Leistungsansprüche nach § 42a SGB XI bestehen nach der expliziten Regelung des § 42a Abs. 1 Satz 2 SGB XI jedoch nicht, wenn die Krankenkasse der zuständige Rehabilitationsträger ist. Insoweit bleibt es bei der Systematik, dass die Krankenkasse auch für die Versorgung der mitaufgenommenen pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung zuständig ist.

3. Unmittelbarer Anspruch von Pflegepersonen auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Durch den in § 40 Abs. 2 Satz 2 SGB V geregelten unmittelbaren Anspruch von Pflegepersonen auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird allein der sonst geltende Grundsatz „ambulant vor stationär“ außer Kraft gesetzt. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum PpSG müssen für die Indikation einer medizinischen Rehabilitation auch bei (*jetzt*) Pflegepersonen Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit vorliegen sowie eine positive Rehabilitationsprognose gegeben sein. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen darauf gerichtet sein, eine nicht nur vorübergehende drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden oder eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Auch bei Pflegepersonen müssen die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort nicht ausreichen, um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu begründen. Mit dem Wegfall des Stufenmodells ambulant vor stationär ist demnach keine Verlagerung der ambulanten Krankenbehandlung in die medizinische Rehabilitation, sondern lediglich ein erleichterter Zugang zu stationären Leistungen intendiert. Diese gesetzliche Regelung soll der besonderen Situation der Pflegepersonen Rechnung tragen, die bei einer stationären Rehabilitation von der gleichzeitigen Pflegeanforderung für von ihnen versorgte pflegebedürftige Personen entlastet werden. Somit wurden kein neuer

Anspruch und keine neue Form und Qualität von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Pflegepersonen geschaffen.

4. Der Begriff „Pflegeperson“

Nach § 40 Abs. 3 SGB V in der Fassung des PpSG richteten sich die Ansprüche an „pflegende Angehörige“, sodass es einer Auslegung sowohl in Bezug auf den Umfang der maßgeblichen Pflege als auch in Bezug auf den Angehörigenbegriff bedurfte. Im Rahmen des PUEG wurde im Gesetzeswortlaut der Begriff „pflegender Angehöriger“ durch den Begriff „Pflegeperson“ nach § 19 Satz 1 SGB XI ersetzt, sodass nunmehr klargestellt ist, dass es sich um Personen handelt, die nicht erwerbsmäßig eine pflegebedürftige Person im Sinne des § 14 SGB XI (Pflegegrad 1 bis 5) in deren häuslichen Umgebung pflegen; weitere Anforderungen im Sinne einer Angehörigeneigenschaft werden nicht gestellt.

5. Anspruch auf Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Mitaufnahme in derselben Einrichtung (§ 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V)

Sofern die pflegebedürftige Person in die Rehabilitationseinrichtung, d. h. in dieselbe Einrichtung aufgenommen wird, umfasst der Leistungsanspruch der Pflegeperson gegenüber ihrer Krankenkasse auch die Versorgung der pflegebedürftigen Person. Aufgrund der Zielsetzung der Regelung und der expliziten Differenzierung zwischen Mitaufnahme und Versorgung ist davon auszugehen, dass der Versorgungsanspruch neben der Unterkunft und Verpflegung auch die pflegerische Versorgung (Grund- und Behandlungspflege) der pflegebedürftigen Person umfasst.

Der Leistungsanspruch der Pflegeperson umfasst nur dann die Versorgung der pflegebedürftigen Person, wenn diese in dieselbe Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird, in welcher die Pflegeperson rehabilitiert wird. Ob die Rehabilitationseinrichtung die pflegerische Versorgung in der Einrichtung ausschließlich mit eigenem Personal oder ggf. durch Kooperationspartner sicherstellt, ist unerheblich. Hingegen handelt es sich in Fallkonstellationen, in denen die Unterbringung in einer anderen Einrichtung erfolgt, die durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Rehabilitationseinrichtung pflegebedürftige Personen versorgt, nicht um dieselbe Einrichtung in diesem Sinne.

Dem Anspruch der Pflegeperson auf Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung dürfen keine medizinischen (z. B. verzögerter Beginn einer

Anschlussrehabilitation weil die Aufnahme der pflegebedürftigen Person nicht zeitgleich, sondern erst „später“ sichergestellt werden kann oder die Aufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung ist bezogen auf den Erfolg der Rehabilitation kontraindiziert) oder sonstigen Gründe (z. B. steht keine geeignete Rehabilitationseinrichtung zur Versorgung von pflegebedürftigen Personen mit höheren Pflegegraden zur Verfügung) entgegenstehen. In diesen Fällen ist eine Koordination der Versorgung der pflegebedürftigen Person nach § 40 Abs. 3a Satz 2 SGB V anzubieten.

Die Organisation der Rehabilitationsleistung mit der gleichzeitigen Versorgung einer pflegebedürftigen Person erfordert eine Abstimmung mit der Rehabilitationseinrichtung. Diese benötigt in der Regel Unterlagen, aus denen der pflegerische und medizinische Versorgungsbedarf hervorgeht. Die pflegebedürftige Person sollte ihr vorliegende medizinische Unterlagen (z. B. ein Arztbrief oder das Pflegegutachten) direkt an die Rehabilitationseinrichtung senden, damit diese den Versorgungsbedarf einschätzen kann, um über die Mitaufnahme entscheiden zu können. Liegen der pflegebedürftigen Person keine aktuellen medizinischen Unterlagen und auch das letzte Pflegegutachten nicht vor (vgl. § 18c Abs. 2 SGB XI), kann sie ihre Pflegekasse bitten, ihr eine Ablichtung des letzten Pflegegutachtens zur Verfügung zu stellen. Reichen der Rehabilitationseinrichtung die eingereichten Unterlagen nicht aus, um über eine Mitversorgung der pflegebedürftigen Person zu entscheiden, muss diese ggf. weitere erforderliche medizinische Unterlagen beibringen. Dies kann z. B. ein Überleitungsbogen eines Pflegedienstes sein, der alle für die Versorgung relevanten Informationen enthält.

Zur Wahrung der Fristen der §§ 14 ff. SGB IX wird empfohlen, über den Antrag der Pflegeperson nach § 40 SGB V zunächst dem Grunde nach zu entscheiden und den diesbezüglichen Bescheid zu erlassen. Die im Weiteren erforderlichen Abstimmungen (z. B. die Klärung des Aufnahmezeitpunktes) können nachfolgend erfolgen.

Die Krankenkassen informieren die Pflegekassen über die Dauer der Aufenthalte der pflegebedürftigen Personen in den Rehabilitationseinrichtungen, damit diese prüfen können, ob sich deren Aufenthalte auf deren Pflegeleistungen auswirken (vgl. § 34 Abs. 2 SGB XI). Für die Mitteilung der Krankenkasse an die Pflegekasse über den Aufenthalt der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung ist die Einwilligung nicht erforderlich, da es sich in diesen Fällen um eine zulässige Übermittlung von Daten zur Erfüllung sozialer Aufgaben handelt (§ 69 SGB X).

6. Koordination der Versorgung der pflegebedürftigen Personen in anderen Einrichtungen (§ 40 Abs. 3a Satz 2 SGB V)

Soll die pflegebedürftige Person in einer anderen als in der Einrichtung der Pflegeperson aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person deren Versorgung auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person. In diesen Fällen besteht kein Anspruch auf Versorgung der pflegebedürftigen Person durch Leistungen der Krankenkasse. Soweit es sich bei der anderen Einrichtung um eine nahegelegene stationäre Pflegeeinrichtung handelt, wird bezüglich der weiteren Prozessschritte des Antragsverfahrens und der Ansprüche der pflegebedürftigen Person gegen die zuständige Pflegekasse auf die „Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen über die Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42a Absatz 7 SGB XI vom 03.07.2024“ sowie auf die Verwaltungsvereinbarung verwiesen, die der GKV-Spitzenverband mit der Deutschen Rentenversicherung Bund gemäß § 42a Absatz 7 Satz 4 SGB XI geschlossen hat. Analog zu dem in der Anlage dieser Verwaltungsvereinbarung dargestellten Antragsvordruck der Deutschen Rentenversicherung G 0111 wird die Verwendung der in Anlage 2 beigefügten Mustereinwilligungserklärung empfohlen.

Soweit die pflegebedürftige Person während der Rehabilitationsleistung der Pflegeperson in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung versorgt werden soll und Leistungen nach § 42 SGB XI in Anspruch nehmen will (ein weitergehender Leistungsanspruch nach § 42a SGB XI besteht insoweit nicht), koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person deren Versorgung auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person (§ 40 Abs. 3a Satz 2 SGB V). Da die Koordination der Versorgung die Einwilligung der pflegebedürftigen Person erfordert, wird empfohlen, für die Einwilligung eine Einwilligungserklärung entsprechend der Anlage 3 zu diesem Rundschreiben zu verwenden. Die Krankenkasse sollte zunächst mit der Rehabilitationseinrichtung die Aufnahme für die Pflegeperson klären und der Pflegekasse dann mitteilen, dass die Pflegeperson einen Unterstützungsbedarf bei der Organisation der Kurzzeitpflege der pflegebedürftigen Person für die Dauer der Rehabilitationsleistung hat. Die zuständige Pflegekasse stimmt mit der pflegebedürftigen Person – ggf. unter Einbeziehung der Pflegeperson – ab, in welcher

Kurzzeitpflegeeinrichtung die Versorgung erfolgen soll. Die Pflegekasse informiert die pflegebedürftige Person ferner über ihre Leistungsansprüche für die Versorgung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung und über die von ihr zu tragenden Kostenanteile.

Die Krankenkasse informiert die Pflegeperson, dass sie ihr etwaige Verlegungen der Aufnahmetermine unverzüglich mitteilen soll. Sofern die Pflegeperson in diesen Fällen eine weitere Unterstützung bezüglich der Kurzzeitpflege der pflegebedürftigen Person benötigt, unterrichtet die Krankenkasse die Pflegekasse erneut. Die Pflegekasse unterstützt die pflegebedürftige Person bei der erforderlichen Anpassung. Dies gilt entsprechend, wenn die Rehabilitationsleistungen verlängert werden und die Kurzzeitpflege für die pflegebedürftige Person dadurch zeitlich angepasst werden muss.

7. Nachrangprinzip (§ 40 Abs. 4 SGB V)

Der Grundsatz, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V nur erbracht werden, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften solche Leistungen nicht erbracht werden (§ 40 Abs. 4 SGB V), wird durch die Regelungen zur Berücksichtigung der besonderen Belange für Pflegepersonen nicht berührt. Sofern für die Pflegeperson Ansprüche auf medizinische Rehabilitationsleistungen gegenüber anderen Rehabilitationsträgern bestehen, z. B. der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung, sind diese ungeachtet der trägerspezifisch differenzierten Anspruchsgrundlagen für die pflegebedürftige Person vorrangig. Insbesondere für Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter wird vorrangig eine Leistungszuständigkeit der Rentenversicherung zu prüfen sein. Hierbei ist die Frist von zwei Wochen zur Weiterleitung des Antrages (§ 14 Abs. 1 SGB IX) zu beachten.

IV. Ansprüche bei stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter

1. Gesetzliche Grundlagen

§ 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

(1) Versicherte haben unter den in § 27 Abs. 1 genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung; die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme erbracht werden. Satz 1 gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Rehabilitationsleistungen nach den Sätzen 1 und 2 werden in Einrichtungen erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht. § 40 Abs. 2 Satz 1 und 4 gilt nicht; § 40 Abs. 2 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(2) § 40 Abs. 3, 3a und 4 gilt entsprechend.

(3)

2. Allgemeines

Für Versicherte, die eine Rehabilitationsleistung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung in Anspruch nehmen möchten, galt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ vor dem Inkrafttreten des Pflege-Personalstärkungsgesetzes schon nicht, da nach § 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V die Regelung des § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht gilt. Pflegepersonen, bei denen Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit vorliegen und eine positive Rehabilitationsprognose gegeben ist, können eine stationäre Rehabilitationsleistung auch in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer vergleichbaren Einrichtung in Anspruch nehmen. Sie können nicht darauf verwiesen werden, dass eine ambulante Rehabilitationsleistung ausreichend sei.

Für Rehabilitationsleistungen in Einrichtungen des Müttergenesungswerks bzw. vergleichbarer Einrichtungen gelten nach § 41 Abs. 2 SGB V die Regelungen des § 40 Abs. 3, 3a und 4 SGB V entsprechend. Die Ausführungen in diesem Rundschreiben zu

den Regelungen des § 40 SGB V bezüglich der Mitaufnahme einer pflegebedürftigen Person in die Rehabilitationseinrichtung und zur Koordination der Versorgung einer pflegebedürftigen Person in einer anderen Einrichtung sind deshalb auch bei dieser Versorgungsform zutreffend.

V. Ansprüche auf Reisekosten in Fällen der Mitaufnahme von pflegebedürftigen Personen während stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Pflegepersonen

1. Gesetzliche Grundlagen

§ 60 Fahrkosten

(1 - 4) ...

(5) Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten nach § 73 Abs. 1 und 3 des Neunten Buches übernommen. Zu den Reisekosten nach Satz 1 gehören bei Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches auch die Reisekosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Abs. 3a Satz 1 und 2 entstehen. Die Reisekosten von Pflegebedürftigen, die gemäß § 40 Abs. 3a Satz 2 während einer stationären Rehabilitation ihrer Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches eine Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erhalten, hat die Pflegekasse des Pflegebedürftigen der Krankenkasse der Pflegeperson im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches zu erstatten.

2. Allgemeines

Die Übernahme von Fahr- und Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation richtet sich gemäß § 60 Abs. 5 SGB V nach § 73 Abs. 1 bis 3 SGB IX. § 73 Abs. 1 Satz 2 SGB IX sieht die Übernahme der Reisekosten für eine Begleitperson vor, wenn diese wegen der Behinderung des Rehabilitanden erforderlich ist. Die Mitaufnahme der pflegebedürftigen Person in der Rehabilitationseinrichtung erfolgt aber nicht, weil dies aufgrund der Behinderung des Rehabilitanden erforderlich ist, um die Rehabilitation durchzuführen. Vielmehr wird die pflegebedürftige Person zur eigenen Versorgung und Pflege in die Rehabilitationseinrichtung aufgenommen.

Mit einer Änderung in § 60 Abs. 5 Satz 2 und 3 SGB V durch das Hebammenreformgesetz vom 22. November 2019 und Anpassung durch das PUEG vom 19.06.2023, die in der Gesetzesbegründung als rein redaktionell deklariert wurde, wurde geregelt, dass die Krankenkassen bei einer medizinischen Rehabilitation für Pflegepersonen auch die für die pflegebedürftigen Personen erforderlichen Reisekosten entsprechend § 73 Abs. 1 und 3 SGB IX übernehmen. Durch die Bezugnahme in § 60

Abs. 5 Satz 2 SGB V auf die Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Abs. 3a Satz 1 und 2 SGB V gilt dieser Anspruch sowohl in den Fallgestaltungen, in denen die pflegebedürftigen Personen in derselben Rehabilitationseinrichtung wie die Pflegepersonen versorgt werden als auch bei Versorgung in einer anderen Einrichtung. Für beide Fallkonstellationen umfasst nach dem Gesetzeswortlaut der für die Pflegeperson bestehende Anspruch auf die Übernahme der Reisekosten nach § 73 Abs. 1 und 3 SGB IX auch die entsprechenden Reisekosten für die pflegebedürftige Person.

Ausweislich der Begründung zum Hebammenreformgesetz sollte dies sicherstellen, dass in beiden Konstellationen auch derselbe Leistungsanspruch hinsichtlich dieser Kosten besteht. Seit dem Inkrafttreten des PUEG wirft dies in Bezug auf die Fallkonstellationen der Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer anderen Einrichtung als die Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson die Frage nach der Leistungsabgrenzung zwischen SGB V und SGB XI auf, da ein Anspruch auf Leistungen nach § 42a Abs. 1 SGB XI, der nach § 42a Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB XI auch Ansprüche auf Erstattung von Fahr- und Gepäcktransportkosten umfasst, nur in den Fällen des § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V (Versorgung in derselben Einrichtung) ausgeschlossen ist. Bei Unterbringung der pflegebedürftigen Person in einer anderen Einrichtung bestehen demnach Ansprüche auf Reisekostenerstattung sowohl aus § 60 Abs. 5 Satz 2 SGB V als auch aus § 42a SGB XI ohne gesetzliche Regelungskonkurrenz. Da es sich bei Fahr- bzw. Reisekostenerstattungen um Nebenleistungen zur Hauptleistung handelt, ist die fehlende gesetzliche Regelungskonkurrenz im Rahmen der Rechtsauslegung in der Weise auszufüllen, dass Reisekosten zu Lasten der Krankenkasse in Fällen des § 60 Abs. 5 Satz 2 SGB V geleistet werden, wenn dies im Zusammenhang mit der Versorgung Pflegebedürftiger nach § 40 Abs. 3a Satz 1 SGB V erforderlich ist. In Fällen des § 40 Abs. 3a Satz 2 SGB V, in denen ein Anspruch auf Leistungen nach § 42a SGB XI besteht, sollte hingegen auf den Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten nach § 42a Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB XI verwiesen werden.

Erfolgt die Versorgung der pflegebedürftigen Person im Rahmen der Leistung der Kurzzeitpflege, werden die Reisekosten der pflegebedürftigen Person nach § 60 Abs. 5 Satz 3 SGB V zunächst von der Krankenkasse der Pflegeperson übernommen, diese sind jedoch von der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person zu erstatten. Die gegenüber der Krankenkasse durch die Pflegekasse zu erstattenden Reisekosten werden nicht auf den Leistungshöchstbetrag nach § 42 SGB XI angerechnet. Für den Erstattungsanspruch der zuständigen Krankenkasse ist maßgeblich, dass zu Beginn der Rehabilitation der

Pflegeperson bzw. des Aufenthaltes der pflegebedürftigen Person in der Kurzzeitpflegeeinrichtung ein Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI besteht. Unerheblich ist, ob dieser ggf. im Laufe des Aufenthaltes und damit vor Ablauf der Rehabilitation der Pflegeperson ausgeschöpft ist. Kein Anspruch auf Erstattung der Reisekosten besteht hingegen, wenn die Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI bereits zum Beginn der Rehabilitation der Pflegeperson und der damit verbundenen Unterbringung der pflegebedürftigen Person in der Kurzzeitpflege ausgeschöpft ist und daher kein Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI besteht.

VI. Anlagen

- Anlage 1:** Erklärung der pflegebedürftigen Person zur Versorgung bei Inanspruchnahme einer stationären Vorsorgeleistung durch die Pflegeperson nach § 42a SGB XI
- Anlage 2:** Erklärung der pflegebedürftigen Person zur Versorgung bei Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitationsleistung durch die Pflegeperson nach § 42a SGB XI
- Anlage 3:** Erklärung der pflegebedürftigen Person zur Koordination der Versorgung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung während der Rehabilitation der Pflegeperson

Anlage 1 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Hinweis: Zu verwenden, wenn bei stationärer medizinischer Vorsorgeleistung die Mitaufnahme einer pflegebedürftigen Person gewünscht ist bzw. wenn die Aufnahme einer pflegebedürftigen Person in derselben Vorsorgeeinrichtung nicht möglich ist und die Versorgung in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung gewünscht ist.

Angaben zur Pflegeperson

Name, Vorname:geboren am:
Krankenkasse:

Erklärung der pflegebedürftigen Person zur Versorgung bei Inanspruchnahme einer stationären Vorsorgeleistung durch die Pflegeperson nach § 42a SGB XI

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname:
geboren am:
Postleitzahl/Wohnort:
Straße, Hausnummer:
Krankenversicherungsnummer:
Telefonnummer:
Pflegekasse/privates Versicherungsunternehmen:
Postleitzahl/Ort:
Straße, Hausnummer:

2. Ergänzende Angaben:

Mobilitätseinschränkungen (z.B.: Hilfe beim Treppensteigen; auf Gehhilfen oder Rollstuhl angewiesen)

nein ja, welche:

Kognitive Einschränkungen (z.B.: Demenz; Entwicklungsstörungen bei Kindern)

nein ja, welche:

Einschränkungen bei der Selbstversorgung (z.B. beim: Essen/Trinken; Waschen; An- und Auskleiden)

nein ja, welche:

Anlage 1 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

3. Angaben zur Anreise:

- Ich reise mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder einem PKW an.
- Ich benötige neben der Pflegeperson eine weitere Begleitperson. Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen.
- Ich benötige ein besonderes Beförderungsmittel (zum Beispiel Rollstuhltransport). Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen.

Einwilligung in die Unterstützung bei der Organisation der Aufnahme in der Vorsorgeeinrichtung der Pflegeperson bzw. der Koordination der Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung und Einwilligung in die damit verbundene Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

Ihre Pflegeperson hat einen Antrag auf Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge gestellt und wünscht Ihre Mitaufnahme in die Vorsorgeeinrichtung. Stimmen Sie diesem Wunsch zu, gilt dies als Antrag auf Mitaufnahme in dieser Einrichtung. Ist eine Mitaufnahme in derselben Vorsorgeeinrichtung, in der Ihre Pflegeperson untergebracht ist, nicht möglich, kann die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen auf Wunsch Ihrer Pflegeperson und mit Ihrer Einwilligung die zeitgleiche Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung koordinieren. Als nahegelegenen sind Einrichtungen zu verstehen, die möglichst bis zu 10 km von der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entfernt sind, ohne dass dies als starre Grenze zu verstehen ist.

Ich stimme der Mitaufnahme in dieselbe stationäre Vorsorgeeinrichtung zu, in der meine Pflegeperson untergebracht ist.

- nein ja

Ich willige für den Fall, dass eine Mitaufnahme in derselben Vorsorgeeinrichtung nicht möglich ist, in die Koordination der zeitgleichen Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung durch meine Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ein.

- nein ja

Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der oder des Bevollmächtigten

Anlage 1 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Ich willige ein, dass die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson diese Erklärung mit den darin enthaltenen Daten zu diesem Zweck an meine Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen weiterleitet.

nein

ja

Ich willige ein, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson und meine Pflegeperson darüber informieren, ob bzw. wenn ja zu welchem Zeitpunkt die Mitaufnahme in derselben Vorsorgeeinrichtung oder die Versorgung in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung möglich ist und sich zum Zwecke der Koordination eines gemeinsamen Aufnahmetermins mit meiner Pflegeperson in Verbindung setzt.

nein

ja

Zur Durchführung des Antragsverfahrens, Genehmigungsverfahren und Erstattungsverfahren darf die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen meine dort gespeicherten personenbezogenen Daten (ärztliche Befunde, Angaben zur Pflegebedürftigkeit) sowie die mit dieser Erklärung mitgeteilten Daten an die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson und / oder an die Vorsorgeeinrichtung, in der meine Pflegeperson untergebracht ist, bzw. an eine nahegelegene vollstationäre Pflegeeinrichtung übermitteln.

nein

ja

Falls die von mir auf dieser Erklärung angegebene Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen für die Bearbeitung nicht zuständig sein sollte, bitte ich um Weiterleitung der Erklärung mit den darin enthaltenen Daten an die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen.

nein

ja

Ich bin darüber informiert, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos schriftlich oder elektronisch widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Die fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass meine Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen und die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson die Versorgung in der Vorsorgeeinrichtung, in der meine Pflegeperson

Anlage 1 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

aufgenommen wurde, oder in einer nahegelegenen stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren können.

Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der oder des Bevollmächtigten

Rechtsgrundlagen:

Die von dieser Einwilligungserklärung umfassten Daten sind zur Versorgung in der Vorsorgeeinrichtung, in der meine Pflegeperson aufgenommen wurde, beziehungsweise zur Koordination der Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung durch meine Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen erforderlich.

Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit §§ 42a Absatz 4 und Absatz 9, 94 SGB XI und § 284 Abs. 1 Nr. 4 und Nr. 18 i. V. m. §§ 23 Abs. 5a, 24 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c) DSGVO in Verbindung mit § 42a Absatz 1, 4 und 9 SGB XI, § 60 SGB I, §§ 67a, 67b und 69 SGB X und § 94 SGB XI, beziehungsweise § 42a Absatz 9 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a), Artikel 7, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO.

Anlage 1 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Erklärung der Pflegeperson

Ich willige ein, dass meine o.g. Krankenkasse dieses Formular mit meinen Daten und meinen Bewilligungsbescheid an die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen weiterleitet. Ich willige ein, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Vorsorgeeinrichtung oder in einer nahegelegenen stationären Pflegeeinrichtung mit den Aufnahmedaten und Entlassdaten meiner stationären Vorsorgeleistung koordiniert und zu diesem Zweck mit den Einrichtungen Kontakt aufnehmen und die erforderlichen Daten übermitteln kann. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die gleichzeitige Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Vorsorgeeinrichtung oder in einer nahegelegenen stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren kann.

nein

ja

Datum und Unterschrift der Pflegeperson

Rechtsgrundlagen:

Die von dieser Einwilligungserklärung umfassten Daten sind zur Versorgung der pflegebedürftigen Person beziehungsweise zur Koordination der Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung durch die zuständige Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit §§ 42a Absatz 4 und Absatz 9, 94 SGB XI und § 284 Abs. 1 Nr. 4 und Nr. 18 i. V. m. §§ 23 Abs. 5a, 24 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c) DSGVO in Verbindung mit § 42a Absatz 1, 4 und 9 SGB XI, § 60 SGB I, §§ 67a, 67b und 69 SGB X und § 94 SGB XI, beziehungsweise § 42a Absatz 9 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a), Artikel 7, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO.

Anlage 2 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Hinweis: Zu verwenden, wenn bei stationärer medizinischer Rehabilitationsleistung die Aufnahme einer pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung gewünscht ist.

Angaben zur Pflegeperson

Name, Vorname:geboren am:

Krankenkasse:

Erklärung der pflegebedürftigen Person zur Versorgung bei Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitationsleistung durch die Pflegeperson nach § 42a SGB XI

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname:

geboren am:

Postleitzahl/Wohnort:

Straße, Hausnummer:

Krankenversicherungsnummer:

Telefonnummer:

Pflegekasse/privates Versicherungsunternehmen:

Postleitzahl/Ort:

Straße, Hausnummer:

2. Ergänzende Angaben:

Mobilitätseinschränkungen (z.B.: Hilfe beim Treppensteigen; auf Gehhilfen oder Rollstuhl angewiesen)

nein ja, welche:

Kognitive Einschränkungen (z.B.: Demenz; Entwicklungsstörungen bei Kindern)

nein ja, welche:

Einschränkungen bei der Selbstversorgung (z.B. beim: Essen/Trinken; Waschen; An- und Auskleiden)

nein ja, welche:

Anlage 2 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

3. Angaben zur Anreise:

- Ich reise mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder einem PKW an.
 - Ich benötige neben der Pflegeperson eine weitere Begleitperson. Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen.
 - Ich benötige ein besonderes Beförderungsmittel (zum Beispiel Rollstuhltransport). Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen.
-

Einwilligung in die Unterstützung bei der Koordination der Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung und Einwilligung in die damit verbundene Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

Ihre Pflegeperson hat einen Antrag auf Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation gestellt und wünscht aufgrund fehlender Möglichkeit Ihrer Mitaufnahme in dieselbe Rehabilitationseinrichtung die Koordination Ihrer zeitgleichen Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung. Stimmen Sie diesem Wunsch zu, gilt dies als Antrag auf Leistungen nach § 42a SGB XI. Als nahegelegenen sind Einrichtungen zu verstehen, die möglichst bis zu 10 km von der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entfernt sind, ohne dass dies als starre Grenze zu verstehen ist.

Ich willige in die Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung während der stationären medizinischen Rehabilitation meiner Pflegeperson und in die Koordination meiner Aufnahme durch meine Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ein.

nein

ja

Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der oder des Bevollmächtigten

Anlage 2 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Ich willige ein, dass die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson diese Erklärung mit den darin enthaltenen Daten zu diesem Zweck an meine Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen weiterleitet.

nein ja

Ich willige ein, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson und meine Pflegeperson darüber informieren, ob bzw. wenn ja zu welchem Zeitpunkt die Versorgung in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung möglich ist und sich zum Zwecke der Koordination eines gemeinsamen Aufnahmetermins mit meiner Pflegeperson in Verbindung setzt.

nein ja

Zur Durchführung des Antragsverfahrens, Genehmigungsverfahren und Erstattungsverfahren darf die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen meine dort gespeicherten personenbezogenen Daten (ärztliche Befunde, Angaben zur Pflegebedürftigkeit) sowie die mit dieser Erklärung mitgeteilten Daten an die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson und / oder an eine nahegelegene vollstationäre Pflegeeinrichtung übermitteln.

nein ja

Falls die von mir auf dieser Erklärung angegebene Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen für die Bearbeitung nicht zuständig sein sollte, bitte ich um Weiterleitung der Erklärung mit den darin enthaltenen Daten an die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen.

nein ja

Ich bin darüber informiert, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos schriftlich oder elektronisch widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Die fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass meine Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen und die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson die Versorgung in einer nahegelegenen stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren können.

Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der oder des Bevollmächtigten

Anlage 2 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Rechtsgrundlagen:

Die von dieser Einwilligungserklärung umfassten Daten sind zur Koordination der Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung durch die Krankenkasse meiner Pflegeperson und meine Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit §§ 42a Absatz 4 und Absatz 9, 94 SGB XI und § 284 Abs. 1 Nr. 4 und Nr. 18 i. V. m. §§ 40 Abs. 3a, 41 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c) DSGVO in Verbindung mit § 42a Absatz 1, 4 und 9 SGB XI, § 60 SGB I, §§ 67a, 67b und 69 SGB X und § 94 SGB XI, beziehungsweise § 42a Absatz 9 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a), Artikel 7, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO.

Anlage 2 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Erklärung der Pflegeperson

Ich willige ein, dass meine o.g. Krankenkasse dieses Formular mit meinen Daten und meinen Bewilligungsbescheid an die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen weiterleitet. Ich willige ein, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen stationären Pflegeeinrichtung mit den Aufnahmedaten und Entlassdaten meiner stationären Rehabilitationsleistung koordiniert und zu diesem Zweck mit den Einrichtungen Kontakt aufnehmen und die erforderlichen Daten übermitteln kann. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die gleichzeitige Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen stationären Pflegeeinrichtung nicht organisieren kann.

nein

ja

Datum und Unterschrift der Pflegeperson

Rechtsgrundlagen:

Die von dieser Einwilligungserklärung umfassten Daten sind zur Koordination der Aufnahme der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung durch meine o.g. Krankenkasse und die zuständige Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit §§ 42a Absatz 4 und Absatz 9, 94 SGB XI und § 284 Abs. 1 Nr. 4 und Nr. 18 i. V. m. §§ 40 Abs. 3a, 41 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c) DSGVO in Verbindung mit § 42a Absatz 1, 4 und 9 SGB XI, § 60 SGB I, §§ 67a, 67b und 69 SGB X und § 94 SGB XI, beziehungsweise § 42a Absatz 9 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a), Artikel 7, Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a) DSGVO.

Anlage 3 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Hinweis: Bitte verwenden, wenn während der stationären Rehabilitationsleistung der Pflegeperson die Aufnahme einer pflegebedürftigen Person in einer Kurzzeitpflege und insoweit die Koordination gewünscht ist.

Angaben zur Pflegeperson

Name, Vorname: geboren am:
Krankenkasse:

Erklärung der pflegebedürftigen Person zur Koordination der Versorgung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung während der Rehabilitation der Pflegeperson

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname:
geboren am:
Postleitzahl/Wohnort:
Straße, Hausnummer:
Krankenversichertenummer:
Telefonnummer:
Pflegekasse/privates Versicherungsunternehmen:
Postleitzahl/Ort:
Straße, Hausnummer:

2. Ergänzende Angaben:

Mobilitätseinschränkungen (z.B.: Hilfe beim Treppensteigen; auf Gehhilfen oder Rollstuhl angewiesen)

nein ja, welche:

Kognitive Einschränkungen (z.B.: Demenz; Entwicklungsstörungen bei Kindern)

nein ja, welche:

Einschränkungen bei der Selbstversorgung (z.B. beim: Essen/Trinken; Waschen; An- und Auskleiden)

nein ja, welche:

Anlage 3 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

3. Angaben zur Anreise:

- Ich reise mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder einem PKW an.
 - Ich benötige neben der Pflegeperson eine weitere Begleitperson. Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen.
 - Ich benötige ein besonderes Beförderungsmittel (zum Beispiel Rollstuhltransport). Bitte eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit beifügen.
-

Einwilligung in die Unterstützung bei der Organisation der Kurzzeitpflege und Einwilligung in die damit verbundene Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindung

Ihre Pflegeperson hat einen Antrag auf Leistungen zur stationären medizinischen Rehabilitation gestellt und hat Unterstützungsbedarf bei der Organisation Ihrer Kurzzeitpflege für die Dauer der Rehabilitationsleistungen geltend gemacht. Mit Ihrer Einwilligung kann die o.g. Krankenkasse der Pflegeperson mit der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen die zeitgleiche Aufnahme in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung koordinieren.

Ich willige in die Koordination der zeitgleichen Aufnahme in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung durch die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson und meine Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen ein.

nein

ja

Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der oder des Bevollmächtigten

Anlage 3 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Ich willige ein, dass die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson diese Erklärung mit den darin enthaltenen Daten zu diesem Zweck an meine Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen weiterleitet.

nein ja

Ich willige ein, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson und meine Pflegeperson darüber informieren, ob bzw. wenn ja zu welchem Zeitpunkt die Aufnahme in einer Kurzzeitpflege möglich ist und sich zum Zwecke der Koordination eines gemeinsamen Aufnahmetermins mit meiner Pflegeperson in Verbindung setzt.

nein ja

Zur Durchführung der Koordination und des Erstattungsverfahrens darf die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen meine dort gespeicherten personenbezogenen Daten (ärztliche Befunde, Angaben zur Pflegebedürftigkeit) sowie die mit dieser Erklärung mitgeteilten Daten an die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson und an die Kurzzeitpflegeeinrichtung übermitteln.

nein ja

Falls die von mir auf dieser Erklärung angegebene Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen für die Bearbeitung nicht zuständig sein sollte, bitte ich um Weiterleitung der Erklärung mit den darin enthaltenen Daten an die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen.

nein ja

Ich bin darüber informiert, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos schriftlich oder elektronisch widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten nicht berührt. Die fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass meine Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen und die o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson die Versorgung in der Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht organisieren können.

Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der oder des Bevollmächtigten

Anlage 3 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Rechtsgrundlagen:

Die von dieser Einwilligungserklärung umfassten Daten sind zur Koordination der Aufnahme in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung durch meine Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen unter Beteiligung der o.g. Krankenkasse meiner Pflegeperson erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit § 42 Abs. 1 bis 3, 94 SGB XI und § 284 Abs. 1 Nr. 4 und Nr. 18 i. V. m. §§ 40 Abs. 3a, 41 Abs. 2, 60 Abs. 5 Sätze 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I).

Anlage 3 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 03.07.2024 zur Versorgung Pflegebedürftiger bei Mitaufnahme in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Rahmen von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 23, 24, 40, 41 SGB V für Pflegepersonen

Erklärung der Pflegeperson

Ich willige ein, dass meine o.g. Krankenkasse dieses Formular mit meinen Daten und meinen Bewilligungsbescheid an die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen weiterleitet. Ich willige ein, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung mit den Aufnahmedaten und Entlassdaten meiner stationären Rehabilitationsleistung koordiniert und zu diesem Zweck mit den Einrichtungen Kontakt aufnehmen und die erforderlichen Daten übermitteln kann. Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Eine fehlende Einwilligung kann dazu führen, dass die Pflegekasse beziehungsweise das private Versicherungsunternehmen die gleichzeitige Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht organisieren kann.

nein

ja

Datum und Unterschrift der Pflegeperson

Rechtsgrundlagen:

Die von dieser Einwilligungserklärung umfassten Daten sind zur Koordination der Aufnahme der pflegebedürftigen Person in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung durch meine o.g. Krankenkasse und die zuständige Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e) Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), § 67a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in Verbindung mit § 42 Abs. 1 bis 3, 94 SGB XI und § 284 Abs. 1 Nr. 4 und Nr. 18 i. V. m. §§ 40 Abs. 3a, 41 Abs. 2, 60 Abs. 5 Sätze 2 und 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I).