

**Verwaltungsvereinbarung**  
**zwischen**  
**dem GKV-Spitzenverband<sup>1</sup> und**  
**der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund)**  
**über das Antrags- und Genehmigungsverfahren**  
**nach § 42a SGB XI**

**Präambel**

Der Gesetzgeber hat in § 42a SGB XI<sup>2</sup> ab dem 01.07.2024 als einen eigenen Leistungstatbestand im Recht der Pflegeversicherung die Möglichkeit geschaffen, dass Pflegebedürftige, deren Pflegepersonen eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung nach § 15 Absatz 2 SGB VI oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge<sup>3</sup>- oder Rehabilitationsleistung in einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung in Anspruch nehmen, währenddessen in derselben Rehabilitationseinrichtung oder in einer nahegelegenen<sup>4</sup> zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung aufgenommen und professionell gepflegt werden können. Das Ziel dieser Regelung ist es, Pflegepersonen die ihnen zustehende und für ihre Gesundheit, ihre Erwerbsfähigkeit und letztlich für die weitere Pfl egetätigkeit notwendige Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen und gleichzeitig die Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten.

Zur Verwirklichung des den Versicherten nach § 8 SGB IX zustehenden Wunsch- und Wahlrechts (für Versicherte der Rentenversicherung überdies in § 15 Absatz 6a SGB VI geregelt) sowie zur Vereinfachung des Verfahrens sollen die Pflegepersonen bereits bei der Antragsstellung konkret eine passende Rehabilitationseinrichtung angeben können, in der sie ihre Rehabilitation absolvieren wollen und in der auch die Pflege der pflegebedürftigen Person von der Rehabilitationseinrichtung möglich ist. Hierzu stellt die Rentenversicherung in dem Web-Portal [www.meine-rehabilitation.de](http://www.meine-rehabilitation.de) perspektivisch Informationen zur Verfügung, die versicherte Pflegepersonen nutzen können, um festzustellen, ob bei einer ihren gesundheitlichen Erfordernissen entsprechenden Rehabilitationseinrichtung auch die Möglichkeit der Mitnahme<sup>5</sup> von pflegebedürftigen Personen angeboten wird.

---

<sup>1</sup> Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 SGB XI.

<sup>2</sup> § 42a SGB XI wird ab dem 01.07.2025 in § 42b SGB XI geändert.

<sup>3</sup> Die Deutsche Rentenversicherung erbringt keine den Leistungen nach § 15 Abs. 2 SGB VI vergleichbaren stationären Vorsorgeleistungen.

<sup>4</sup> Siehe Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 42a Absatz 7 Satz 1 SGB XI in der jeweils geltenden Fassung.

<sup>5</sup> Mitnahme bedeutet, die Aufnahme und pflegerische Versorgung in der Rehabilitationseinrichtung (sowohl bei Versorgung durch die Rehabilitationseinrichtung selbst, als auch durch einen externen ambulanten Pflegedienst).

Sowohl die Rentenversicherung als auch die Pflegeversicherung bzw. das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt<sup>6</sup>, entscheiden über die bei ihnen gestellten Anträge jeweils nach Maßgabe der für sie geltenden gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen. Einwendungen gegen ergangene Entscheidungen sind durch die antragstellenden Personen ausschließlich gegenüber dem für sie zuständigen Leistungsträger geltend zu machen.

Die Zusammenarbeit der Rentenversicherungsträger, der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen wird zur gemeinschaftlichen Umsetzung der oben beschriebenen Ziele in dieser Vereinbarung konkret geregelt.

---

<sup>6</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten folgenden Dokument die verkürzte Bezeichnung „privates Versicherungsunternehmen“ gewählt, statt der Bezeichnung „privates Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt“.

## Inhaltsverzeichnis

1.	Antragsverfahren der Pflegeperson bei der Rentenversicherung.....	4
1.1.	Prüfung der Zuständigkeit und der Vollständigkeit des Antrags.....	4
1.2.	Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung .....	5
1.2.1.	Antrag mit gewünschter Rehabilitationseinrichtung .....	5
1.2.2.	Ermittlung anderer geeigneter Rehabilitationseinrichtungen .....	5
1.3.	Bescheiderteilung durch die Rentenversicherung .....	6
2.	Antragsverfahren der pflegebedürftigen Person bei der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen.....	6
2.1.	Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung .....	6
2.2.	Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung .....	7
2.3.	Bescheiderteilung durch die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen.....	7
3.	Antragseingang bei der Kranken- oder Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen.....	7
4.	Reisekosten .....	8

## Anlagen

- Anlage 1 - Antragsformular G0100 (Stand 05/2024)
- Anlage 2 - Antragsformular G0202 (Stand 05/2024)
- Anlage 3 - Antragsformular G0250 (Stand 05/2024)
- Anlage 4 - Antragsformular G0111 (Stand 10/2024)

Die Anlagen sind in der oben genannten Fassung Bestandteil der Verwaltungsvereinbarung und werden im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) mit dem jeweils aktuellen Stand veröffentlicht.

## **1. Antragsverfahren der Pflegeperson bei der Rentenversicherung**

### **1.1. Prüfung der Zuständigkeit und der Vollständigkeit des Antrags**

Der Träger der Rentenversicherung stellt innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages auf stationäre Rehabilitationsleistungen seine sachliche Zuständigkeit fest. Liegt die sachliche Zuständigkeit vor, entscheidet der zuständige Träger der Rentenversicherung über den Anspruch auf eine Rehabilitationsleistung der Pflegeperson. Stellt der Rentenversicherungsträger fest, dass er für die Durchführung der Rehabilitationsleistung der Pflegeperson nicht zuständig ist, leitet er den Antrag der Pflegeperson unverzüglich an den seiner Meinung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter und unterrichtet hierüber die antragstellende Person.

Liegt die sachliche Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers vor und besteht ein Anspruch der Pflegeperson, stellt der Träger der Rentenversicherung zunächst fest, ob die Pflegeperson im Antrag eine Rehabilitationseinrichtung angegeben hat. Ist die Mitnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung gewünscht, ist zu prüfen, ob die für die Mitnahme in derselben Rehabilitationseinrichtung oder der Versorgung in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung notwendigen Angaben zu der pflegebedürftigen Person<sup>7</sup> dem Antrag auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 Absatz 2 SGB VI oder nach § 31 Absatz 1 Nr. 2 SGB VI beigefügt wurden<sup>8</sup>.

Der Wunsch nach Mitnahme in derselben Rehabilitationseinrichtung gilt als Antrag der pflegebedürftigen Person auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI an die Pflegekasse oder an das private Versicherungsunternehmen, sofern die Zustimmung im Antragsformular der Pflegeperson erteilt wurde. Der Antrag muss mindestens die unter 1. im Antragsformular (G0111) genannten Angaben sowie die Unterschrift der pflegebedürftigen Person enthalten. Anderenfalls fordert der Rentenversicherungsträger die Pflegeperson zur Vervollständigung der Angaben auf. Die Pflegeperson willigt gegenüber dem zuständigen Rentenversicherungsträger im Formular G0100 beziehungsweise G0202 oder G0250 ein, dass dieser befugt ist, das Formular G0111 mit ihren Daten an die Pflegeversicherung weiterzuleiten. Sie willigt ferner ein, dass die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen die Versorgung der pflegebedürftigen Person mit den Aufnahme- und Entlassdaten ihrer stationären Rehabilitation koordiniert und zu diesem Zweck mit den Einrichtungen Kontakt

---

<sup>7</sup> Siehe Anlage: Formular G0111

<sup>8</sup> Siehe Anlage: Formular G0100 oder G0202 oder G0250

aufnimmt und die erforderlichen Daten übermittelt. Sollte die Pflegeperson diese Einwilligungserklärung widerrufen, informiert der Rentenversicherungsträger die Pflegeversicherung darüber unverzüglich.

## **1.2. Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung**

### **1.2.1. Antrag mit gewünschter Rehabilitationseinrichtung**

Hat die Pflegeperson im Antrag eine gewünschte Rehabilitationseinrichtung angegeben, prüft der Träger der Rentenversicherung, ob diese zugelassen und in diesem Fall indikationsgerecht ist. Zusätzlich wird geprüft, ob die Rehabilitationseinrichtung für die Eintragung in der Datenbank [www.meine-rehabilitation.de](http://www.meine-rehabilitation.de) angegeben hat, dass eine Mitnahme pflegebedürftiger Personen grundsätzlich möglich ist. Ist dies der Fall, übersendet der Rentenversicherungsträger den Antrag der pflegebedürftigen Person und die Mitteilung über die Bewilligung der Rehabilitationsleistung mit den Daten der ausgewählten Rehabilitationseinrichtung und der voraussichtlichen Rehabilitationsdauer an die im Antrag benannte Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person.

### **1.2.2. Ermittlung anderer geeigneter Rehabilitationseinrichtungen**

Wurde im Antrag kein Einrichtungswunsch angegeben oder erfüllt die Rehabilitationseinrichtung die in 1.2.1. genannten Voraussetzungen nicht, ermittelt der Träger der Rentenversicherung bis zu vier in Frage kommende Rehabilitationseinrichtungen, die das unabdingbare Sondermerkmal „Mitnahme eines zu pflegenden Angehörigen“ erfüllen und erteilt gegenüber der Pflegeperson einen entsprechenden Vorschlagsbescheid. Die Pflegeperson hat anschließend das Recht, sich binnen vierzehn Tagen für eine der vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtungen zu entscheiden. Macht sie hiervon keinen Gebrauch, wird regelmäßig die erste der vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtungen durch den Träger der Rentenversicherung ausgewählt.

### **1.3. Bescheiderteilung durch die Rentenversicherung**

Die Pflegeperson erhält einen Bewilligungsbescheid vom Träger der Rentenversicherung, in welchem sie darüber informiert wird, dass die für die pflegebedürftige Person zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen über den Antrag der pflegebedürftigen Person gesondert entscheiden wird. Darüber hinaus enthält der Bescheid den Zusatz, dass sobald der Pflegeperson das Datum der Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung bekannt ist, sie dieses unverzüglich der zuständigen Pflegekasse bzw. dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen hat.

## **2. Antragsverfahren der pflegebedürftigen Person bei der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen**

### **2.1. Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung**

Die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen prüft ihre bzw. seine Zuständigkeit für die pflegebedürftige Person und leitet den Antrag der pflegebedürftigen Person sowie die Mitteilung über die Bewilligung der Rehabilitationsleistung des Rentenversicherungsträgers bei Unzuständigkeit an die zuständige Pflegekasse oder an das zuständige private Versicherungsunternehmen weiter. Die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen prüft, ob die Voraussetzungen für die Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung erfüllt sind. Anschließend klärt sie mit der benannten Rehabilitationseinrichtung ab, ob diese mit der Aufnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung einverstanden ist und ob die Rehabilitationseinrichtung geeignet ist. Die Rehabilitationseinrichtung ist geeignet, wenn die Rehabilitationseinrichtung den Landesverbänden der Pflegekassen vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger ein auf Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach § 42a Absatz 7 Satz 1 SGB XI erstelltes Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorgelegt hat und in regelmäßigen Abständen dessen Einhaltung nachweist.

## **2.2. Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung**

Ist die pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung nicht möglich, prüft die zuständige Pflegekasse beziehungsweise das zuständige private Versicherungsunternehmen, ob eine pflegerische Versorgung in der näheren Umgebung der Rehabilitationseinrichtung in einer nach § 72 SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung in Frage kommt.

Die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person oder das private Versicherungsunternehmen koordiniert auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person deren Versorgung für die Dauer der Rehabilitationsleistung der Pflegeperson. Die Koordination erfolgt in Abstimmung mit der Pflegeperson.

## **2.3. Bescheiderteilung durch die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen**

Die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen entscheidet anhand des Antrages über die pflegerische Versorgung und erstellt gegenüber der pflegebedürftigen Person einen entsprechenden Bescheid bzw. eine Leistungsmitteilung.

## **3. Antragseingang bei der Kranken- oder Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen**

Geht der Antrag der Pflegeperson auf Rehabilitationsleistungen mit den Daten der pflegebedürftigen Person bei einer gesetzlichen Kranken- oder Pflegekasse bzw. einem privaten Versicherungsunternehmen ein, prüfen diese ihre Zuständigkeit. Liegt die Zuständigkeit nicht vor, sind die Antragsunterlagen unverzüglich an den nach ihrer Auffassung zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten.

#### **4. Reisekosten**

Jeder Träger übernimmt nach den für ihn geltenden gesetzlichen Vorschriften für seine Versicherten die jeweils erforderlichen und tatsächlich entstandenen Fahr- und Gepäcktransportkosten.

#### **Anlagen**

Antragsformular G0100 (Stand 05/2024)

Antragsformular G0202 (Stand 05/2024)

Antragsformular G0250 (Stand 05/2024)

Antragsformular G0111 (Stand 10/2024)

Die Anlagen sind in der oben genannten Fassung Bestandteil der Verwaltungsvereinbarung und werden im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) mit dem jeweils aktuellen Stand veröffentlicht.

Die Vereinbarung tritt rückwirkend zum 1. Juli 2024 in Kraft.