



Gemeinsame Empfehlungen über die Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42a Absatz 7 Satz 1 SGB XI

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

vom 03.07.2024

Der GKV-Spitzenverband¹ hat gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen

auf Grundlage von § 42a Absatz 7 Satz 1 SGB XI²

am 03.07.2024 die nachfolgenden Empfehlungen über das Antrags- und Genehmigungsverfahren, das Verfahren zur Vergütung der Leistungen und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen vereinbart. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Empfehlungen mit Schreiben vom 01.11.2024 genehmigt.

¹ Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 SGB XI und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

² § 42a SGB XI wird ab dem 01.07.2025 in § 42b SGB XI geändert.

Präambel

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) hat der Gesetzgeber mit der Einführung des Anspruchs auf Versorgung Pflegebedürftiger³ bei Aufenthalt der Pflegeperson⁴ in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ab dem 01.07.2024 einen eigenen Leistungstatbestand im Recht der Pflegeversicherung geschaffen, um den Zugang von Pflegepersonen zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern und zu stärken.

Pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf Mitnahme⁵ in eine zugelassene Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, wenn die pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation der Pflegeperson sichergestellt ist. Kann die pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer nahegelegenen⁶ zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

Für die Konkretisierung und Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Empfehlungen zu vereinbaren, in denen insbesondere das Antrags- und Genehmigungsverfahren, das Verfahren zur Vergütung der Leistungen sowie die Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen zu regeln sind. Es soll insbesondere vereinbart werden, wie sichergestellt werden kann, dass die Genehmigungsbescheide von der Krankenkasse bzw. dem Rentenversicherungsträger einerseits und der Pflegekasse bzw. die Leistungsmitteilung von dem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt⁷, andererseits zeitnah zueinander und der Zielsetzung dieser Regelung entsprechend erteilt werden. Darüber hinaus sollen die Empfehlungen den aktuellen Stand des pflegerischen Wissens und der Qualitätsentwicklung in der Pflege berücksichtigen. Die Deutsche

³ Pflegebedürftig sind im Sinne des § 14 SGB XI Personen, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss dauerhaft, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Pflegebedürftige Personen weisen einen der Pflegegrade 1 bis 5 nach § 15 SGB XI auf. Die pflegebedürftige Person kann sowohl in der sozialen wie der privaten Pflegeversicherung versichert sein (vgl. BT-Drs. 12/5262, S. 159 zu Nr. 2 Buchstabe A).

⁴ Der Begriff der Pflegepersonen richtet sich nach § 19 Satz 1 SGB XI. Dies sind Personen, die nicht erwerbsmäßig eine pflegebedürftige Person im Sinne des § 14 SGB XI in ihrer häuslichen Umgebung pflegen.

⁵ Mitnahme bedeutet die Aufnahme und pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (sowohl bei Versorgung durch die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung selbst als auch durch einen externen ambulanten Pflegedienst).

⁶ Als nahegelegene 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. Siehe auch Kapitel 1.2.

⁷ 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“.

Rentenversicherung Bund und der GKV-Spitzenverband regeln das Antrags- und Genehmigungsverfahren durch eine gesonderte Vereinbarung.

Inhaltsverzeichnis

1	Anspruch	5
1.1	Mitnahme in dieselbe Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung	5
1.2	Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung	5
1.3	Ruhen des Anspruches auf andere Leistungen	6
2	Leistungsinhalt	6
3	Antrags- und Genehmigungsverfahren	6
3.1	Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V, zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 SGB V, zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 Absatz 2 Satz 1 SGB VI oder auf vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen	7
3.1.1	Zuständigkeit der Krankenkasse oder des Trägers der Rentenversicherung für den Antrag der Pflegeperson	7
3.1.2	Zuständigkeit der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens für den Antrag der pflegebedürftigen Person	7
3.2	Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V oder nach § 41 SGB V	8
3.2.1	Prüfung der Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung durch die Krankenkasse der Pflegeperson	9
3.2.2	Prüfung der Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung	9
4	Vergütung der Leistungen	10
4.1	Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung	10
4.2	Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung	10
4.3	Übernahme von Fahr- und Gepäcktransportkosten	11
5	Sicherung der Qualität der Versorgung der pflegebedürftigen Person	11

1 Anspruch

Pflegebedürftige Personen haben gemäß § 42a Absatz 1 SGB XI ab dem 01.07.2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn die Pflegeperson dort gleichzeitig stationäre Leistungen

- zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V,
- zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 SGB V,
- zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V,
- zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V,
- zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 Absatz 2 Satz 1 SGB VI
- oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme

einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Anspruch nimmt. Der Leistungsanspruch besteht gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. Besteht jedoch ein Anspruch auf Versorgung der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V gegenüber der Krankenkasse, so ist dieser vorrangig zu behandeln. Der Anspruch auf Leistungen nach § 42a SGB XI der pflegebedürftigen Person ist folglich ausgeschlossen, wenn bei Pflegepersonen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt und die pflegebedürftige Person in derselben stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommen wird (siehe Kapitel 3.2). Auf diese Fallkonstellation finden die Regelungen dieser Empfehlungen, mit Ausnahme der spezifischen Ausführungen zum Antrags- und Genehmigungsverfahren, keine Anwendung.

1.1 Mitnahme in dieselbe Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung

Eine Mitnahme der pflegebedürftigen Person in die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson setzt voraus, dass die Pflege der pflegebedürftigen Person in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder Rehabilitation der Pflegeperson sichergestellt ist. Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entscheidet im Einzelfall, ob diese die Pflegeleistungen selbst erbringen kann oder will.

Die Pflege kann auch sichergestellt werden, indem die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegerische Versorgung durch eine nach § 72 SGB XI zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung erbringen lässt. In diesem Fall hat die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit den nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen zu schließen. Dabei bleibt die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung gegenüber der Pflegekasse oder der privatversicherten pflegebedürftigen Person in der Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung.

1.2 Aufnahme in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung

Sofern die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung auch nicht unter Einbindung einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung sichergestellt werden kann, kann die Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen, nach § 72 SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden. Dadurch soll es der Pflegeperson weiterhin möglich sein, mit der pflegebedürftigen Person im persönlichen Kontakt zu bleiben. Als nahegelegen 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.

1.3 Ruhen des Anspruches auf andere Leistungen

Abweichend von § 34 Absatz 2 SGB XI ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder des anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und die pflegebedürftige Person nach § 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI oder § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V versorgt wird. § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz SGB XI und § 34 Absatz 3 SGB XI bleiben unberührt. Das bedeutet zum einen, dass das Pflegegeld oder anteilige Pflegegeld bei pflegebedürftigen Personen, die ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte im Rahmen des sogenannten Arbeitgebermodells gemäß § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII sicherstellen, weitergezahlt wird. Es bedeutet zum anderen, dass die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 44 SGB XI und die zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a SGB XI nicht ruhen, soweit die Regelungen des § 34 Absatz 3 SGB XI dies vorsehen.

2 Leistungsinhalt

Der Leistungsanspruch auf Versorgung der pflegebedürftigen Person nach § 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI besteht gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen und umfasst:

- die pflegebedingten Aufwendungen (körperbezogene Pflegemaßnahmen), inklusive Ausbildungskosten,
- die Aufwendungen der Betreuung,
- die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege,
- Unterkunft und Verpflegung,
- die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen,
- die Übernahme erforderlicher Fahr- und Gepäcktransportkosten⁸, die im Zusammenhang mit der Versorgung nach § 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI stehen,
- die Kosten für besondere Beförderungsmittel⁹, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

3 Antrags- und Genehmigungsverfahren

Stellt die Pflegeperson an die für sie zuständige Krankenkasse oder das private Versicherungsunternehmen bzw. an den für sie zuständigen Rentenversicherungsträger einen Antrag auf eine der unter Kapitel 1 genannten Leistungen und übermittelt sie den Wunsch auf Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung, gilt dies zugleich als Antrag der pflegebedürftigen Person auf Leistungen nach § 42a Absatz 1 Satz 1 SGB XI an die Pflegekasse oder an das private Versicherungsunternehmen der

⁸ Siehe Kapitel 4.3.

⁹ Siehe Kapitel 4.3.

pflegebedürftigen Person, sofern die pflegebedürftige Person einwilligt¹⁰. Der Antrag ist unter Angabe des Wunsches auf Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung und, falls die Versorgung nicht in derselben Einrichtung möglich sein sollte, der Zustimmung zur Koordination der Versorgung in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung von der Pflegeperson gegenüber ihrer Krankenkasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen bzw. dem für sie zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen.

3.1 Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 SGB V, zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 SGB V, zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 Absatz 2 Satz 1 SGB VI oder auf vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen

3.1.1 Zuständigkeit der Krankenkasse oder des Trägers der Rentenversicherung für den Antrag der Pflegeperson

Der für die Pflegeperson zuständige Leistungsträger (Krankenkasse oder Rentenversicherungsträger) entscheidet über den Antrag der Pflegeperson auf eine der in Kapitel 1 genannten Leistungen.

Die zuständige Krankenkasse oder der zuständige Rentenversicherungsträger sendet den Bescheid an die Pflegeperson und informiert diese darüber, dass die für die pflegebedürftige Person zuständige Pflegekasse oder das 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 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung bekannt ist, sie dieses unverzüglich der zuständigen Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen hat. Die Mitteilung über die Bewilligung der Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung der Pflegeperson sowie der Antrag der pflegebedürftigen Person werden unverzüglich an die im Antrag genannte Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen durch die Krankenkasse oder den Träger der Rentenversicherung der Pflegeperson weitergeleitet.

3.1.2 Zuständigkeit der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens für den Antrag der pflegebedürftigen Person

Nach Eingang des Antrages der pflegebedürftigen Person prüft die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen ihre bzw. seine Zuständigkeit für die pflegebedürftige Person und leitet bei Unzuständigkeit den vorliegenden Antrag sowie die Mitteilung über die Bewilligung der Vorsorgeleistung der Krankenkasse der Pflegeperson oder die Mitteilung über die Bewilligung der Rehabilitationsleistung des Trägers der Rentenversicherung der Pflegeperson an die zuständige Pflegekasse oder an das private Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person weiter.

¹⁰ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Dokument der Begriff „Einwilligung“ bzw. das Verb „einwilligen“ einheitlich verwendet, der synonyme Begriff „Zustimmung“ bzw. das Verb „zustimmen“ ist damit gleichermaßen gemeint.

a) Prüfung der Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Einrichtung

Die zuständige Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen prüft, ob die Voraussetzungen der pflegebedürftigen Person für die Versorgung in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung erfüllt sind. Zudem prüft die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, ob die Einrichtung zur Versorgung pflegebedürftiger Personen grundsätzlich geeignet ist. Die Einrichtung ist geeignet, wenn diese den für den Sitz ihrer Einrichtung im Bundesland zuständigen Landesverbänden bzw. dem federführenden Landesverband der Pflegekassen vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger ein Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorgelegt hat und in regelmäßigen Abständen dessen Einhaltung schriftlich bestätigt (siehe Kapitel 5). Anschließend klärt die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen im jeweiligen Einzelfall, ob die Versorgung der pflegebedürftigen Person in der Einrichtung möglich ist und holt deren Einverständnis ein. Es obliegt maßgeblich der Entscheidung und Einschätzung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, ob die Versorgung der pflegebedürftigen Person im Einzelfall übernommen werden kann.

b) Prüfung der Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung

Ist die Mitnahme der pflegebedürftigen Person in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht möglich, prüft die zuständige Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen, ob eine pflegerische Versorgung in einer nahegelegenen, nach § 72 SGB XI zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung erfolgen kann. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen koordiniert gemäß § 42a Absatz 4 Satz 5 SGB XI mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person deren Versorgung in dieser anderen Einrichtung für die Dauer der Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung der Pflegeperson. Die Einwilligung erfolgt gegenüber der Pflegeperson und wird im Antragsformular schriftlich dokumentiert. Die Koordination erfolgt in Abstimmung mit und auf Wunsch der Pflegeperson.

c) Bescheiderteilung bzw. Leistungsmitteilung an die pflegebedürftige Person

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

Näheres zum Antragsverfahren zur Versorgung pflegebedürftiger Personen bei medizinischer Rehabilitation nach § 15 Absatz 2 Satz 1 SGB VI haben die Deutsche Rentenversicherung Bund und der GKV-Spitzenverband gemäß § 42a Absatz 7 Satz 4 SGB XI in einer Verwaltungsvereinbarung geregelt.

3.2 Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V oder nach § 41 SGB V

Aufgrund der Nachrangregelung des § 42a Absatz 1 Satz 2 SGB XI ist bei Anträgen auf medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V durch die Krankenkasse der Pflegeperson zuerst festzustellen, ob ausschließlich ein Leistungsanspruch nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V besteht. Dies gilt analog auch für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 SGB V in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes bzw. vergleichbarer Einrichtungen (siehe Verweisregelung in § 41 Absatz 2 SGB V).

Der Antrag auf medizinische Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V oder § 41 SGB V ist von der Pflegeperson unter Angabe des Wunsches der Mitnahme der pflegebedürftigen Person in dieselbe

Einrichtung oder der Koordination der Versorgung in einer anderen Einrichtung von der Pflegeperson gegenüber ihrer Krankenkasse zu stellen. Für die Bestimmung des für die Versorgung der pflegebedürftigen Person verantwortlichen Leistungsträgers ist es entscheidend, ob die Versorgung in derselben Rehabilitationseinrichtung oder in einer nahegelegenen, vollstationären Pflegeeinrichtung erfolgen soll. Die Krankenkasse informiert die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen über den Antrag und ihre Entscheidung.

3.2.1 Prüfung der Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung durch die Krankenkasse der Pflegeperson

Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitationseinrichtung erfolgen, ist aufgrund der Nachrangregelung des § 42a Absatz 1 Satz 2 SGB XI die Krankenkasse der Pflegeperson gemäß § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V für die Versorgung der pflegebedürftigen Person und als Leistungsträger zuständig. Dementsprechend koordiniert die Krankenkasse die Versorgung der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person zeitgleich. Dazu prüft sie die Kapazitäten der Rehabilitationseinrichtungen mit passender Indikation für die Pflegeperson, die sich zur Versorgung pflegebedürftiger Personen bereiterklärt haben, und wählt nach pflichtgemäßem Ermessen und unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes gemäß § 8 SGB IX eine entsprechende Einrichtung aus. Die Krankenkasse unterrichtet neben der Pflegeperson auch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person über die Entscheidung. Dies ist erforderlich, da nach § 42a Absatz 6 Satz 1 SGB XI für den Zeitraum der Versorgung in der Rehabilitationseinrichtung der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes ruht.

3.2.2 Prüfung der Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung

Kann die pflegebedürftige Person nicht in derselben Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson aufgenommen werden und soll eine Versorgung in einer nahegelegenen anderen Einrichtung erfolgen, koordiniert die Krankenkasse gemäß § 40 Absatz 3a Satz 2 SGB V mit der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person die Versorgung der pflegebedürftigen Person in dieser anderen Einrichtung. Dies gilt auch für Fälle, in denen im Antrag auf stationäre Rehabilitation der Pflegeperson der Wunsch nach Koordination der Versorgung der pflegebedürftigen Person geäußert wurde. Es wird empfohlen, innerhalb der GKV für die Einholung der Einwilligung der pflegebedürftigen Person ein Muster mit den insoweit notwendigen Erklärungen abzustimmen.

Bei der Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung ist die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen für die Kosten der pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Person zuständig.

4 Vergütung der Leistungen

4.1 Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung

Erfolgt die Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer von den für die unter Kapitel 1 genannten Leistungen zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, hat die für die pflegebedürftige Person zuständige Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die pflegebedingten Aufwendungen, inklusive der Ausbildungskosten, einschließlich der Aufwendungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gemäß § 42a Absatz 3 SGB XI unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung zu zahlen. Dazu übermittelt die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegekasse eine entsprechende Rechnung. Der Rechnungsbetrag wird anschließend direkt von der Pflegekasse an die jeweilige Einrichtung gezahlt. Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung übermittelt privatversicherten Pflegebedürftigen eine entsprechende Rechnung. Aufgrund einer Direktzahlungsvereinbarung zwischen privatem Versicherungsunternehmen und der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer erhält die Einrichtung die Zahlung in tariflicher Höhe.

Die Vergütung dieser Aufwendungen erfolgt im Umfang des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach § 87a Absatz 1 Satz 1 SGB XI aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Bundesland. Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31. Dezember des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die jeweilige Vergütungshöhe wird in geeigneter Weise durch die Landesverbände der Pflegekassen auf deren Internetseiten veröffentlicht.

4.2 Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung

Erfolgt die Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen, zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, erfolgt die Vergütung im Umfang des für die jeweilige vollstationäre Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts für die Kurzzeitpflege nach § 87a Absatz 1 Satz 1 SGB XI. Sofern in einer vollstationären Pflegeeinrichtung keine Pflegesätze für die Kurzzeitpflege vereinbart wurden, erfolgt die Vergütung nach den Pflegesätzen der vollstationären Pflege. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen hat die pflegebedingten Aufwendungen, inklusive der Ausbildungskosten, einschließlich der Aufwendungen für pflegerische Betreuungsmaßnahmen und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu zahlen. Dazu übermittelt die vollstationäre Pflegeeinrichtung der Pflegekasse eine entsprechende Rechnung. Der Rechnungsbetrag wird anschließend direkt von der Pflegekasse an die jeweilige Pflegeeinrichtung gezahlt. Die Pflegeeinrichtung übermittelt privatversicherten Pflegebedürftigen eine entsprechende Rechnung. Aufgrund einer Direktzahlungsvereinbarung zwischen privatem Versicherungsunternehmen und der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer erhält die Einrichtung die Zahlung in tariflicher Höhe.

4.3 Übernahme von Fahr- und Gepäcktransportkosten

Fahr- und Gepäcktransportkosten der pflegebedürftigen Person sind von der zuständigen Pflegekasse bzw. von dem privaten Versicherungsunternehmen zu übernehmen, sofern diese erforderlich sind und im Zusammenhang mit einer Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung bzw. in einer zugelassenen, nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung während einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson stehen.

Werden von der pflegebedürftigen Person für die Fahrten öffentliche Verkehrsmittel benutzt, sind die Fahrkosten der pflegebedürftigen Person in Höhe des Betrages der niedrigsten Beförderungsklasse des in Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit zweckmäßigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu übernehmen.

Werden für die Fahrten sonstige Verkehrsmittel, z. B. der PKW der pflegebedürftigen Person oder der Pflegeperson oder ein anderes Kraftfahrzeug bzw. ein motorbetriebenes Fahrzeug benutzt, sind die Fahrkosten in Höhe der Wegstreckenentschädigung nach § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes zu übernehmen. Reisen die pflegebedürftige Person und die Pflegeperson mit einem gleichen Fahrzeug an, werden bei Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson die Fahrkosten vom zuständigen Träger der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme übernommen. Ein Anspruch der pflegebedürftigen Person auf Übernahme der Fahr- und Gepäcktransportkosten besteht daher nur, soweit diese nicht bereits durch die Wegstreckenentschädigung der für die Pflegeperson zuständigen Träger der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme abgegolten sind.

Wird die pflegebedürftige Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt, übernimmt die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person ausschließlich die Fahrkosten, die für die Entfernung zwischen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und nahegelegener vollstationärer Pflegeeinrichtung entstehen. Für den Fall, dass beide Personen nicht mit dem gleichen Fahrzeug anreisen, übernimmt die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen der pflegebedürftigen Person die Fahrkosten, die für die Entfernung zwischen der Wohnung und der Pflegeeinrichtung für die pflegebedürftige Person entstehen.

Übernahmefähig sind nach vorheriger Antragstellung auch die Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Ist eine weitere Begleitperson für die pflegebedürftige Person pflegerisch oder medizinisch erforderlich, sind deren Fahr- und Gepäcktransportkosten ebenfalls von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen zu übernehmen.

5 Sicherung der Qualität der Versorgung der pflegebedürftigen Person

Der Träger der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist verpflichtet, die Versorgung der pflegebedürftigen Person fachlich kompetent und bedarfsgerecht zu erbringen. Dazu hat die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung den für den Sitz ihrer Einrichtung im Bundesland zuständigen Landesverbänden bzw. dem federführenden Landesverband der Pflegekassen spätestens vor der erstmaligen Versorgung

einer pflegebedürftigen Person in dieser Einrichtung ein Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorzulegen. Dieses Konzept muss folgende Mindestangaben enthalten¹¹:

- **Räumliche Voraussetzungen**

Dem Wunsch der pflegebedürftigen Person nach einem Einzel- oder Doppelzimmer soll, wenn möglich, Rechnung getragen werden. Die Räume, die der pflegebedürftigen Person zur Verfügung stehen, sind so zu gestalten, dass die individuellen Bedürfnisse, die pflegerischen Erfordernisse und soweit möglich die Anforderungen an eine wohnliche Umgebung der pflegebedürftigen Person Berücksichtigung finden.

Es sollen beschilderte, sicher zu erreichende sowie barrierefreie Zugänge zu der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und den Zimmern sowie eine direkte Zufahrt für Fahrzeuge zur Verfügung stehen.

- **Personelle Voraussetzungen**

Für die Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung der pflegebedürftigen Person ist eine Person mit einer der folgenden abgeschlossenen Ausbildungen vorzuhalten:

- a) Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger oder
- b) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
- c) Altenpflegerin bzw. Altenpfleger (Eine vor Inkrafttreten des Gesetzes über die Altenpflege [AltPflG] nach landesrechtlichen Vorschriften erteilte Anerkennung als staatlich anerkannte Altenpflegerin bzw. als staatlich anerkannter Altenpfleger wird als Erlaubnis nach § 1 dieses Gesetzes anerkannt.) oder
- d) Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann.

Körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen können entsprechend der fachlichen Qualifikation unter fachlicher Anleitung auch von Hilfskräften erbracht werden.

- **Weitere Voraussetzungen**

Das Pflegekonzept ist nach Pflegegraden sowie gegebenenfalls nach somatischen/ kognitiven Indikationen zu differenzieren. Darüber hinaus sind der Pflegeprozess und die Pflegedokumentation zu beschreiben. Des Weiteren ist im Pflegekonzept festzulegen, wie die Versorgung in Abstimmung mit der pflegebedürftigen Person, insbesondere mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt sowie Heil- und Hilfsmittelerbringern, sicherzustellen ist.

Soweit Kooperationen zwischen nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bestehen, sind diese im Konzept zu benennen.

Übermittlung und Einhaltung des Konzeptes zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger

1. Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung übermittelt ihr Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger spätestens vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger an die für den

¹¹ Bei einer Versorgung nach § 40 Absatz 3a Satz 1 SGB V zu Lasten der Krankenversicherung gelten diese Mindestanforderungen nicht.

Sitz ihrer Einrichtung im Bundesland zuständigen Landesverbände bzw. dem federführenden Landesverband der Pflegekassen in elektronischer Form im PDF-Format.

2. Die grundsätzlich für die Versorgung pflegebedürftiger Personen geeigneten Einrichtungen, die ein Konzept übermittelt haben, sind durch die für den Sitz der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Bundesland zuständigen Landesverbände bzw. durch die federführenden Landesverbände der Pflegekassen in einer gemeinsamen bundesweiten Liste zusammenzuführen. Die Liste und die Konzepte sind den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen zum Zwecke der Koordination der pflegerischen Versorgung zur Verfügung zu stellen.
3. Die Einhaltung des Konzeptes ist den für den Sitz der Einrichtung im Bundesland zuständigen Landesverbände bzw. dem federführenden Landesverband der Pflegekassen nach 2 Jahren per E-Mail schriftlich zu bestätigen, sofern die Einrichtung weiterhin für eine Versorgung pflegebedürftiger Personen zur Verfügung steht.