Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Aktualisierte Fassung 10/2025

Medizinische Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige – Gesundheit und Teilhabe sichern, pflegebedürftige Menschen gut versorgen –

Von den 4,1 Mio. pflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden ca. 80 Prozent zu Hause versorgt. 2,33 Mio. davon werden hauptsächlich durch An- und Zugehörige gepflegt. Zu den Pflegebedürftigen gehören auch Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Neben den Pflegediensten nehmen Angehörige dabei wichtige Aufgaben wahr. Meistens sind es Frauen, die ihre Angehörigen oder auch Freunde oder Bekannte pflegen. Die Pflege ist häufig mit hohen Belastungen verbunden, die zu ernsten gesundheitlichen Problemen führen können. Immer wieder werden hier z. B. Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, Rückenschmerzen, Herz-Kreislaufprobleme, Kopfschmerzen, Unruhe und Angstzustände genannt. Das beeinträchtigt auch die Teilhabe am sozialen Leben. Diesen gesundheitlichen Folgen gilt es vorzubeugen oder, wenn schon Schädigungen entstanden sind, Chronifizierung zu verhindern.
Häufig nehmen pflegende An- und Zugehörige Abstand von dringend notwendigen Rehabilitations- oder Vorsorgemaßnahmen, weil sie sich sorgen, wer sich während der Maßnahme dann um die pflegebedürftige Person kümmert. Auf dieses Problem sollen die Bestimmungen der §§ 40 Abs. 3a SGB V und 42b SGB XI (vormals eingeführt zunächst als § 42a) antworten, die im Jahr 2024 in Kraft traten.

Welche Leistungen erhalten pflegende Angehörige während einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme?

Zu Beginn der Leistung in der Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik – es kann auch eine Einrichtung des Müttergenesungswerks sein – steht eine sozialmedizinisch ausgerichtete Untersuchung. Dabei werden neben körperlichen Problemen auch die Lebenssituation und die Belastungen der Person beachtet. Die Pflegesituation gilt als wichtiger „Kontextfaktor“.
Die Untersuchung führt dazu, dass das Vorsorge- bzw. Rehabilitations-Team gemeinsam mit den Patient*innen einen individuellen Therapie- bzw. Rehabilitationsplan erstellt. In ihm sind die verschiedenen Bausteine formuliert, die die Patient*innen während des Aufenthalts in der Klinik - abhängig von der Indikation bzw. den Teilhabeeinschränkungen - in Anspruch nehmen.

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

Wer kümmert sich während der Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme um die pflegebedürftige Person?

Pflegende Angehörige – im Sozialgesetzbuch auch Pflegepersonen genannt – können auch Bezugspersonen, Bekannte oder andere Ehrenamtliche sein. Sie machen sich häufig Sorgen, wer sich um die pflegebedürftige Person kümmert, wenn sie selbst zur medizinischen stationären Rehabilitation oder Vorsorge gehen.
Nach Veränderungen der Sozialgesetzbücher XI (Pflegeversicherung) und V (Krankenversicherung) im Jahr 2024[1] haben pflegebedürftige Personen einen Anspruch auf Mitaufnahme in eine zugelassene Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, wenn die pflegerische Versorgung während der Zeit der medizinischen Rehabilitation oder Vorsorge dort sichergestellt ist. Dazu kann sich die Klinik auch eines ambulanten Pflegedienstes bedienen, der in ihre Einrichtung kommt. Wenn die Sicherstellung der Pflege in der Einrichtung selbst nicht geschehen kann, kann die pflegerische Versorgung auch in einer nahegelegenen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung erfolgen.

Wie läuft das Antrags- und Genehmigungsverfahren ab?

Der Anspruch der pflegebedürftigen Person auf Versorgung in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung wie die Pflegeperson oder in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung besteht unabhängig davon, ob die Krankenkasse oder die Rentenversicherung die Leistung für die Pflegeperson genehmigt. Mit Einverständnis der pflegebedürftigen Person ist der Vorsorge- oder Rehabilitationsantrag zugleich ein Antrag auf die Leistungen für die pflegebedürftige Person (nach § 42b SGB XI).

Je nach beantragter Maßnahme unterscheidet sich der weitere Verlauf des Antragsverfahrens. Das ist darin begründet, dass die Leistungen nach § 42b SGB XI und nach § 40 Abs.3a SGB V sich auf unterschiedliche Fallkonstellationen beziehen, wobei § 42b SGB IX gegenüber § 40 Abs. 3a nachrangig ist. Die „Gemeinsamen Empfehlungen“ (vgl. Fn 1) führen dies im Detail aus.

1. Antrag auf Leistungen zur Vorsorge (nach § 23 Abs. 4 Satz 1 SGB V), zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter (nach § 24 SGB V) und zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung (nach § 15 Abs. 2 Satz1 SGB VI):

   Der für die Pflegeperson zuständige Leistungsträger (Krankenkasse oder Rentenversicherung) entscheidet über die Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme. Er sendet den Bescheid an die Pflegeperson und informiert darüber, dass die Pflegekasse über den Antrag auf Versorgung der/des Pflegebedürftigen gesondert entscheiden wird. Ferner wird der Pflegeperson mitgeteilt, dass sie das Datum der Aufnahme in die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, nach Information durch ihren Kostenträger bzw. der Einrichtung, unverzüglich der Pflegekasse mitzuteilen hat. Die Mitteilung über die Bewilligung der Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung sendet die Kranken- oder Rentenversicherung gleichzeitig der Pflegekasse zu.
   Die Pflegekasse prüft, ob die Versorgung der pflegebedürftigen Person in derselben Rehabilitations- und/oder Vorsorgeeinrichtung möglich ist oder ob die

[1] Umsetzungsfragen werden in den „Gemeinsamen Empfehlungen über die Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42a Absatz 7 Satz 1 SGB XI“ beantwortet

Versorgung in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung geschehen kann. Die Pflegekasse koordiniert mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person die Versorgung. Schließlich erhält die pflegebedürftige Person einen Bescheid der Pflegekasse.

2. Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei der Krankenkasse (nach § 40 Absatz 2 Satz 1 SGB V) oder als medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (nach § 41 SGB V):

   Im Unterschied zum unter 1. geschilderten Verfahren ist die Krankenkasse in diesem Fall auch der Leistungsträger für die Versorgung der pflegebedürftigen Person. Die Krankenkasse koordiniert die Leistung für die Pflegeperson und die pflegebedürftige Person zeitgleich. Sie prüft, ob die Versorgung in derselben Rehabilitationseinrichtung möglich ist und koordiniert ggf. mit der Pflegekasse die Versorgung der pflegebedürftigen Person in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung. Im Fall der Versorgung in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung unterrichtet die Krankenkasse die Pflegekasse darüber.

Soziale Sicherung – Verhältnis zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung sowie zur Pflegezeit und Familienpflegezeit

Solange die Pflegeperson sich in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und die pflegebedürftige Person in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wird, ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege. Dies bedeutet, dass abgesehen vom Aufnahme- und Entlasstag der/m Pflegebedürftigen kein Pflegegeld gezahlt wird.
Pflegegeld für pflegebedürftige Beschäftigte im Rahmen des sogenannten Arbeitgebermodells wird jedoch weitergezahlt.
Die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (nach § 44 SGB XI), vor allem Ansprüche gegenüber der Rentenversicherung und die zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit in den ersten vier Wochen (nach § 44a SG B XI) einer stationären Leistung, werden weitergewährt, wenn es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation handelt. Bei einer Vorsorgemaßnahme ist dies jedoch nicht der Fall.

Übernahme der Kosten für Fahrt und Gepäcktransport

Wird die pflegebedürftige Person in derselben Klinik versorgt, in der auch die Pflegeperson eine Leistung der medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Krankenkasse erhält oder in einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung, übernimmt die Krankenkasse die Fahrt- und Gepäcktransportkosten der pflegebedürftigen Person (nach § 60 Abs. 5). In allen anderen Fällen werden die Fahr- und Gepäcktransportkosten von der Pflegekasse übernommen, wenn die pflegebedürftige Person in derselben Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einer nahegelegenen vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wird.
Auf Antrag können u. U. auch die Kosten für besondere Beförderungsmittel erstattet werden, wenn diese aufgrund der Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.
Ist eine weitere Begleitperson für die pflegebedürftige Person pflegerisch

oder medizinisch erforderlich, sind auch deren Fahrt- und Gepäcktransportkosten von der Pflegekasse zu übernehmen.
Details zur Übernahme der Kosten für Fahrt und Gepäck werden in den „Gemeinsamen Empfehlungen“, auf die in Fußnote 1 verwiesen wird, ausgeführt.

Wie kommen pflegende Angehörige zu einer Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung?

Ein Leistungsanspruch auf medizinische Vorsorge oder Rehabilitation besteht unabhängig davon, ob eine Person eine andere pflegt. Entscheidend ist, ob die Gesundheit bzw. die Teilhabe gefährdet oder bereits eingeschränkt sind und durch eine komplexe Leistung der medizinischen Vorsorge bzw. Rehabilitation verbessert werden können.
Zuständiger Leistungsträger für die medizinische Vorsorge ist die Krankenkasse. Zuständiger Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation kann die Krankenkasse oder die Rentenversicherung sein. Droht bei pflegenden Angehörigen eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, ist die Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitationsleistung zuständig. Unter bestimmten Bedingungen kann auch die Unfallversicherung für rehabilitative und andere medizinische Leistungen zuständig sein.

Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber besondere Bestimmungen für pflegende Angehörige bzw. sog. Pflegepersonen formuliert:

- Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die pflegende Angehörige in Anspruch nehmen, gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ für den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung nicht. D.h., sie können immer auch in Kliniken vorgenommen werden. Denn durch die Maßnahme soll der medizinisch notwendige Abstand zum Alltag gewonnen werden. Zudem heißt es in § 40 Abs. 3 SGB V: „die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange von Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 des Elften Buches“.
- Im Falle von Vorsorgeleistungen gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Reichen ambulante Vorsorgeleistungen nicht aus – auch wegen besonderer familiärer Umstände, was bei der Pflege durch Angehörige oftmals der Fall ist – dann kann die Vorsorge auch stationär erfolgen. Allerdings muss dies von dem/r Arzt/Ärztin im Verordnungsformular gut begründet werden.
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Vorsorgeleistungen können auch in Einrichtungen des Müttergenesungswerks vorgenommen werden. Diese Einrichtungen arbeiten mit geschlechtssensiblen Konzepten.

Die ambulante oder stationäre Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistung muss beantragt bzw. durch den/die niedergelassene/n Arzt/Ärztin verordnet und durch den Leistungsträger genehmigt werden. Für eine stationäre Vorsorgeleistung für Mütter und Väter (nach § 24 SGB V) und für Leistungen der medizinischen Rehabilitation (nach den §§ 40 und 41 SGB V) werden entsprechende Antragsformulare durch bzw. mit dem Vertragsarzt ausgefüllt.

Auch bei einem Krankenhausaufenthalt kann eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden. Dabei hilft der Sozialdienst des Krankenhauses. Sofern nicht die Gefährdung der Beschäftigungsfähigkeit im Vordergrund steht, ist die Krankenkasse Leistungsträger, in allen anderen Fällen – von Leistungen der

Unfallversicherung abgesehen – ist die Rentenversicherung zuständig. Für eine Einschätzung des Unterstützungsbedarfs können An- und Zugehörige, den „Selbstauskunftsbogen“ zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation“ des Müttergenesungswerkes ausfüllen. Hierbei ist zu beachten, dass der Bogen als Gesprächsleitfaden bei der Beratung zur Beantragung dient und nicht als Unterlage an die Krankenkasse zu senden ist.

Wo kann man sich informieren und beraten lassen?

Im Gespräch mit einer Beratungsstelle der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege kann eine gute Lösung sowohl für die pflegenden Angehörigen als auch für die pflegebedürftige Person gefunden werden. Niemand soll allein gelassen werden! Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass die neuen Regelungen zur Versorgung der pflegebedürftigen Person bislang kaum umgesetzt werden: den Rechtsansprüchen korrespondiert noch keine Versorgungsrealität und auch in den Beratungsstellen fehlt es noch vielfach an Informationen zu dem neuen Rechtsanspruch. Das liegt auch in der Komplexität der Bestimmungen begründet. Die BAG der Freien Wohlfahrtspflege setzt sich deshalb für eine Novellierung der Bestimmungen ein, um die Regelungen für das Antrags- und Genehmigungsverfahren und die Etablierung von Angeboten zu entbürokratisieren und praxisnah zu gestalten.
Sollen statt der Versorgung in der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder in einer in der Nähe der Klinik gelegenen Pflegeeinrichtung Leistungen der Kurzzeitpflege am Wohnort der bzw. des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden, können im Gespräch mit der Beratungsstelle die Fragen hierzu geklärt werden.[2] In diesem Fall haben Pflegebedürftige Anspruch auf Kurzzeit- oder Verhinderungspflegeleistungen.

Die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände informieren und beraten gerne. Anbei ein Link zur Beratungsstellensuche des Müttergenesungswerks: Beratung | Müttergenesungswerk (muettergenesungswerk.de). Auch die Kranken- und die Rentenversicherung beraten.

Berlin, 14.03.2025

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Evelin Schneyer
Geschäftsführerin

[2] In begründeten Einzelfällen kann die Kurzzeitpflege auch in geeigneten Vorsorge- oder Rehabilitationskliniken stattfinden.