

GKV–Spitzenverband¹, 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 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**

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

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. Pflegende Angehörige haben nunmehr einen Anspruch auf stationäre Rehabilitationsleistungen unabhängig davon, ob eine ambulante Rehabilitationsleistung ausreichend wäre.

Der Leistungsanspruch der pflegenden Angehörigen wird ferner dadurch ausgeweitet, dass sie einen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen² in derselben Rehabilitationseinrichtung haben. Soll der Pflegebedürftige in einer anderen Einrichtung als der Rehabilitationseinrichtung seines pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen dessen Versorgung auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und mit Zustimmung des Pflegebedürftigen.

Mit diesem Gemeinsamen Rundschreiben werden erste Empfehlungen für eine einheitliche Umsetzung der Neuregelungen durch die Krankenkassen gegeben. Offen gebliebene gemeinsame Umsetzungsfragen werden in den routinemäßigen Besprechungen der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes zum Bereich Rehabilitation bei Bedarf einvernehmlichen Lösungen zugeführt.

² Sofern in diesem Text die maskuline Form verwendet wird, sind immer auch alle anderen Geschlechter mit angesprochen.

Inhaltsverzeichnis

1. § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	4
1.1 Allgemeines	5
1.2 Unmittelbarer Anspruch auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	6
1.3 Konkretisierung des Begriffs „pflegender Angehöriger“	6
1.4 Anspruch auf Versorgung der Pflegebedürftigen bei Mitaufnahme in derselben Einrichtung (§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V).....	7
1.5 Koordination der Versorgung der pflegebedürftigen Personen in anderen Einrichtungen (§ 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V).....	9
1.6 Nachrangprinzip (§ 40 Abs. 4 SGB V).....	10
2. § 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	11
2.1 Allgemeines	11
3. Anlage	12

Artikel 7

Änderung des

Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Drittes Kapitel

Leistungen der Krankenversicherung

Fünfter Abschnitt

Leistungen bei Krankheit

1. § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1)

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er

(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 pflegender Angehöriger. Bei einer stationären Rehabilitation haben pflegende Angehörige 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 pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Kran-

krankenkasse mit der Pflegekasse der Pflegebedürftigen deren Versorgung auf Wunsch der pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung der Pflegebedürftigen. Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Satz 4 gilt nicht, soweit der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine Regeldauer zugeordnet hat; von dieser Regeldauer kann nur abgewichen werden, wenn dies aus dringenden medizinischen Gründen im Einzelfall erforderlich ist. Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. § 23 Abs. 7 gilt entsprechend. Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 8 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 8.

(4 - 7)

1.1 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. Danach wird 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, wenn diese in derselben Einrichtung aufgenommen werden. Soll der Pflegebedürftige in einer anderen als in der Einrichtung des pflegenden Angehörigen aufgenommen werden, koordiniert die Krankenkasse mit

der Pflegekasse des Pflegebedürftigen dessen Versorgung auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen.

1.2 Unmittelbarer Anspruch auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Durch den unmittelbaren Anspruch auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird allein der sonst geltende Grundsatz „ambulant vor stationär“ außer Kraft gesetzt. Ausweislich der Gesetzesbegründung muss für die Indikation einer medizinischen Rehabilitation auch bei pflegenden Angehörigen 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 pflegenden Angehörigen 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 Neuerung soll der besonderen Situation pflegender Angehöriger Rechnung tragen, die bei einer stationären Rehabilitation von der gleichzeitigen Pflegeanforderung für ihre Angehörigen entlastet werden. Somit werden kein neuer Anspruch und keine neue Form und Qualität von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige geschaffen.

1.3 Konkretisierung des Begriffs „pflegender Angehöriger“

Der Personenkreis der pflegenden Angehörigen ist am Begriff der Pflegeperson nach § 19 Satz 1 SGB XI zu orientieren. Demnach gelten als pflegende Angehörige Personen, die pflegebedürftige Personen nach § 14 SGB XI nicht erwerbsmäßig in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen pflegen. Als pflegebedürftig sind Personen zu berücksichtigen, die einen der Pflegegrade 1 bis 5 nach § 15 Abs. 3 SGB XI aufweisen. Ist der Pflegebedürftige dauerhaft Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung, ist eine Pflege durch einen Angehörigen in der häuslichen Umgebung nicht gegeben.

Eine unmittelbare Definition des Begriffs „Angehöriger“ erfolgt durch § 40 SGB V nicht. Zur Definition, auf welchen Personenkreis sich § 40 SGB V bezieht, wird hilfsweise § 16 Abs. 5 SGB X herangezogen. Danach sind Angehörige:

- (1) der Verlobte, auch im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes,
- (2) der Ehegatte oder Lebenspartner,
- (3) Verwandte und Verschwägerte in gerader Linie,
- (4) Geschwister,
- (5) Kinder der Geschwister,
- (6) Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
- (7) Geschwister der Eltern,
- (8) Personen, die durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind (Pflegeeltern und Pflegekinder).

Als Angehörige gelten die aufgeführten Personen auch dann, wenn

- (1) in den Fällen der Nummern 2, 3 und 6 die Beziehung begründende Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht,
- (2) in den Fällen der Nummern 3 bis 7 die Verwandtschaft oder Schwägerschaft durch Annahme als Kind erloschen ist,
- (3) im Fall der Nummer 8 die häusliche Gemeinschaft nicht mehr besteht, sofern die Personen weiterhin wie Eltern und Kind miteinander verbunden sind.

1.4 Anspruch auf Versorgung der Pflegebedürftigen bei Mitaufnahme in derselben Einrichtung (§ 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V)

Sofern der Pflegebedürftige in die Rehabilitationseinrichtung, d. h. in dieselbe Einrichtungen aufgenommen wird, umfasst der Leistungsanspruch des pflegenden Angehörigen gegenüber seiner Krankenkasse auch die Versorgung des Pflegebedürftigen. Aufgrund der Zielsetzung der Neuregelung 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 Personen umfasst.

Die Übernahme von Fahr- und Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation richtet sich gemäß § 60 Abs. 5 SGBV 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. Für diese Fallgestaltungen ist eine Übernahme von Reisekosten nicht vorgesehen. Daher gibt es zurzeit keine gesetzliche Grundlage für die Übernahme der Reisekosten für pflegebedürftige Angehörige, die den Rehabilitanden während dessen Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung begleiten.

Um die Versorgung des Pflegebedürftigen zu ermöglichen, muss dieser in dieselbe Einrichtung aufgenommen werden, in welcher der pflegende Angehörige rehabilitiert wird. Einrichtungen, die durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Rehabilitationseinrichtung pflegebedürftige Personen versorgen, gelten nicht als dieselbe Einrichtung.

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

Die Organisation der Rehabilitationsleistung mit der gleichzeitigen Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen 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 vor, 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 Personen zu entscheiden, muss diese ggf. weitere erforderlichen medizinischen Unterlagen beibringen. Dies kann z. B. ein Überleitungsbogen eines Pflegedienstes sein, der alle für die Versorgung relevanten Informationen erhält.

Zur Wahrung der Fristen der §§ 14 f. SGB IX wird empfohlen, über die Anträge der pflegenden Angehörigen nach § 40 SGB V zunächst dem Grunde nach zu entscheiden und diesbezügliche Bescheide 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 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 des Pflegebedürftigen in der Rehabilitationseinrichtung ist dessen Einwilligung nicht erforderlich, da es sich in diesen Fällen um eine zulässige Übermittlung von Daten zur Erfüllung sozialer Aufgaben handelt (§ 69 SGB X).

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

Machen Versicherte bei ihren Krankenkassen geltend, dass sie Unterstützungsbedarf bei der Organisation der Kurzzeitpflege ihrer pflegebedürftigen Angehörigen für die Dauer der Rehabilitationsleistungen haben, koordinieren die Krankenkassen gemeinsam mit den Pflegekassen die erforderliche Versorgung. Dabei macht es keinen Unterschied, ob der pflegebedürftige Angehörige in der sozialen Pflegeversicherung oder in der privaten Pflegeversicherung versichert ist. Die Koordination der Versorgung erfordert die Einwilligungen der Pflegebedürftigen (§ 40 Abs. 3 Satz 3 SGB V). Es wird empfohlen, für die Einwilligungen Einwilligungserklärungen entsprechend der Anlage zu diesem Rundschreiben zu verwenden. Die Krankenkasse sollte zunächst mit der Rehabilitationseinrichtung die Aufnahme für den Rehabilitanden klären und der Pflegekasse dann mitteilen, dass der pflegende Angehörige einen Unterstützungsbedarf bei der Organisation der Kurzzeitpflege des Pflegebedürftigen für die Dauer der Rehabilitationsleistung hat.

Die zuständige Pflegekasse stimmt mit dem Pflegebedürftigen – ggf. unter Einbeziehung seines pflegenden Angehörigen – ab, in welcher Kurzzeitpflegeeinrichtung die Versorgung erfolgen soll.

Die Pflegekassen informieren die Pflegebedürftigen ferner über ihre Leistungsansprüche für die Versorgung in den Kurzzeitpflegeeinrichtungen und über die von ihnen zu tragenden Kostenanteile.

Die Krankenkassen informieren die Rehabilitanden, dass sie ihnen etwaige Verlegungen der Aufnahmetermine unverzüglich mitteilen sollen. Sofern die Rehabilitanden in diesen Fällen eine weitere Unterstützung bezüglich der Kurzzeitpflege des Pflegebedürftigen benötigen, unterrichten die Krankenkassen die Pflegekassen erneut. Die Pflegekasse unterstützt den Pflegebedürftigen bei der erforderlichen Anpassung. Dies gilt entsprechend, wenn Rehabilitationsleistungen verlängert werden und die Kurzzeitpflegen für die Pflegebedürftigen dadurch zeitlich angepasst werden müssen.

1.6 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 Änderungen des § 40 Abs. 3 SGB V nicht berührt. Der Anspruch auf die Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen ist an den Anspruch auf die Rehabilitationsleistung des Rehabilitanden geknüpft. Sofern Ansprüche auf medizinische Rehabilitationsleistungen gegenüber anderen Rehabilitationsträgern bestehen z. B. der Rentenversicherung oder der Unfallversicherung, sind diese vorrangig, auch wenn diese Ansprüche nicht die Versorgung der Pflegebedürftigen in Rehabilitationseinrichtungen einschließen. Insbesondere für pflegende Angehörige 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.

2. § 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 Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt nicht; § 40 Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(2) § 40 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

(3)...

2.1 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 in diesen Fällen nicht gilt. Pflegende Angehörige, 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 SGB V entsprechend. Die Ausführungen in diesem Rundschreiben zu den Neuregelungen des § 40 SGB V bezüglich der Mitaufnahme eines pflegebedürftigen Angehörigen in die Rehabilitationseinrichtung und zur Koordination der Versorgung einer pflegebedürftigen Person in einer anderen Einrichtung sind deshalb auch bei dieser Versorgungsform zutreffend.

3. Anlage

Mustereinwilligungserklärung der pflegebedürftigen Person für die Koordination der Kurzzeitpflege

Anlage zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 08.05.2019 zu den Auswirkungen des PpsG auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
Versorgung einer pflegebedürftigen Person in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung

Erklärung der pflegebedürftigen Person zur Versorgung in einer Kurzzeitpflege während der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

geboren am

Postleitzahl/Wohnort

Straße, Hausnummer

Versicherungsnummer

Pflegekasse

Postleitzahl/Ort

Straße, Hausnummer

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

Ich willige ein, dass die Krankenkasse meines pflegenden Angehörigen meine Pflegekasse darüber informiert, dass dieser eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchführt und dass die Krankenkasse gemeinsam mit meiner Pflegekasse für mich eine Kurzzeitpflege während dieser Zeit organisiert.

Ja

Nein

Ich willige ein, dass meine Pflegekasse die Krankenkasse meines Angehörigen darüber informiert, dass die Organisation der Kurzzeitpflege erfolgt ist.

Ja

Nein

Anlage zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 08.05.2019 zu den Auswirkungen des PpsG auf
die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
Versorgung einer pflegebedürftigen Person in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung

Die Krankenkasse darf die der Pflegekasse
übermittelten Daten nur zum Zwecke der Koordination der Kurzzeitpflege für die Dauer der
Rehabilitation meines pflegenden Angehörigen verarbeiten und nutzen.

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne
Angabe von Gründen formlos mündlich, 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. Eine fehlende Einwilligung kann dazu führen,
dass meine Pflegekasse und die Krankenkasse meines Angehörigen die Versorgung für mich in
einer Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht organisieren können.

Datum und Unterschrift der pflegebedürftigen Person
(des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die von dieser Einwilligungserklärung umfassten Daten sind zur Koordination der Kurzzeitpflege
durch Pflegekasse der pflegebedürftigen Person und die Krankenkasse des pflegenden
Angehörigen notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m.
§ 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Koordinierung der
Kurzzeitpflege erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der
Leistungsgewährung führen.