

## Auch Pflegepersonen können zur Kur gehen!

Viele Pflegebedürftige werden von ihren Lebenspartnern oder ihren Kindern zuhause versorgt. Wenn nun aber die Ehefrau selbst nach einem Krankenhausaufenthalt eine anschließenden Rehabilitationsmaßnahme in einer stationäre Einrichtung benötigt, entsteht eine weitere Versorgungslücke, die dann nicht mehr über die Verhinderungspflege zu schließen ist. Oder wenn die Tochter als Hauptpflegeperson eine Mütterkur antreten möchte/muss, aber der pflegebedürftige eigene Vater dann unversorgt zuhause ist?

Seit 2024 gibt es einen eigenen Rechtsanspruch auf Unterstützungsleistungen bei Inanspruchnahme von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42b SGB XI, die die Regelungen im § 40, Abs. 3a SGB V ergänzt. Wenn eine Pflegeperson eine Vorsorgeleistung nach § 23 Abs. 4 (also die ‚klassische‘ Kur), eine Vorsorgeleistung für Mütter und Väter nach § 24 (beispielsweise über das Müttergenesungswerk durchgeführt), Rehabilitationsleistungen nach § 40 und für Mütter und Väter nach § 41 SGB V sowie Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger oder vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen benötigt, kann der Pflegebedürftige über Leistungen der Pflege- oder Krankenkasse mit komplett versorgt (und finanziert) werden.

Der Pflegebedürftige kann, soweit die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung dies selbst durchführen kann, in diesen Einrichtungen auf Kosten der Pflege- oder Krankenversicherung mit versorgt werden. Alternativ könnte die Vorsorge- oder Rehaeinrichtung die Pflegeleistungen auch durch einen ambulanten Pflegedienst in ihren Räumen durchführen lassen (wobei sie weiterhin die Verantwortung behält und die Leistung direkt dem Pflegedienst erstattet). Oder der Pflegebedürftige kann für die Zeit in

einem naheliegenden stationären Pflegeheim versorgt werden. In allen Fällen übernehmen die Pflege- oder Krankenkassen die kompletten Kosten, also auch die Unterbringungskosten einschließlich notwendiger Fahrt- oder Transportkosten.

Zur Definition und Abgrenzung zwischen den Kostenträgern Kranken- und Pflegeversicherung sowie Rentenversicherung regelt eine „Gemeinsame Empfehlung über die Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42a Abs. 7“ (zu finden beim [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) im Bereich Pflegeversicherung). Hier ist auch grundsätzlich geregelt, dass bei einem Antrag bei der zuständigen Kranken- oder Rentenversicherung mit dem Hinweis auf die Versorgungsnotwendigkeit eines Pflegebedürftigen die Kostenträger untereinander die Zuständigkeiten und Abläufe regeln.

Voraussetzung ist natürlich, dass die ausgewählte(n) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen die Versorgung des Pflegebedürftigen entweder selbst übernehmen können oder diese in ihren Räumlichkeiten organisieren (indem z.B. ein Pflegedienst im Müttergenesungsheim die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen übernimmt) oder es vor Ort Pflegeheime gibt, die den Pflegebedürftigen in dieser Zeit aufnehmen können. Selbst wenn die Vorsorge- oder Rehaeinrichtung die Versorgung übernehmen könnte, kann die gemeinsame Aufnahme bezogen auf den Erfolg der Maßnahme kontraindiziert sein, so dass eine Versorgung des Pflegebedürftigen in einem nahegelegenen Pflegeheim angezeigt ist. Denkbar wären Konstellationen, wenn die Tochter auch durch die ständige Versorgung ihres demenzen Pflegebedürftigen körperlich erschöpft ist und die Rehamaßnahme ihrer Erholung dienen soll. Oder wenn im Rahmen einer Mutter-Kind-Kur diese beiden die Erholungszeit allein benötigen.

Wenn der Pflegebedürftige während der Zeit der Vorsorge- und Rehamaßnahme dort versorgt ist und die Leistungen komplett von der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse übernommen wird, ist es logisch, dass in dieser Zeit die Sachleistungen nach § 36 bzw. das Pflegegeld nach § 37 für die Dauer des Aufenthaltes ruhen. Das gilt jedoch nicht für die Rentenleistungen nach § 44 für die Pflegeperson.

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,  
Ausgabe 02/2026

© **Andreas Heiber**

**System & Praxis Andreas Heiber**

Platzstraße 49a

33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247

Fax: 0521/801 8248

E-Mail: [info.heiber@SysPra.de](mailto:info.heiber@SysPra.de);

[www.SysPra.de](http://www.SysPra.de)

**Tipp:**

Viele Pflegepersonen kümmern sich in erster Linie um den Pflegebedürftigen und weniger bis gar nicht um sich selbst. Was insbesondere bei den Lebenspartnern, also meist den Frauen, auch dazu führt, dass diese bis zur Erschöpfung die für sie selbstverständliche Pflege übernehmen. Dabei wäre für alle, also auch für den Pflegebedürftigen, ein wenig mehr Selbstfürsorge der Pflegepersonen wichtig. Nur dann sind die Pflegepersonen auch in der Lage, ihren Angehörigen möglichst lange zu versorgen. Der erste Schritt sollte und muss in der Beratung insbesondere durch die Pflegedienste erfolgen, die die Versorgung aus nächster Nähe beobachten und/oder begleiten. Es sollte zu jedem Beratungsgespräch dazu gehören, sich nach dem Wohlbefinden der Pflegeperson ganz gezielt zu erkundigen und auch anzusprechen, dass es konkrete Vorsorgeleistungen der Krankenkasse gibt, die auch die Versorgung des Pflegebedürftigen mit einschließen!

Gleiches gilt auch für die Gruppe der Mütter, die neben dem/den Kindern auch noch die Eltern/Pflegebedürftigen mit versorgen. Hier wären die konkreten Hinweise wichtig, wo es denn dazu Beratung gäbe (z.B. bei den Müttergenesungswerken und natürlich auch bei der zuständigen Kranken- oder Pflegekasse) und dass zumindest finanziell es keine Hindernisse zu einem Kuraufenthalt gibt!