

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum Pflege
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name der / des Versicherten

Vorname und Geburtsdatum der / des Versicherten

ausgehändigt/übersandt aufgrund des Antrages vom _____ durch _____
 (Unterschrift der/des Knappschaftsbediensteten, Versichertenältesten etc.)

Teil A Angaben zur Feststellung des Pflegegrades

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig.	
<p>Aufgrund welcher Erkrankung/Behinderung liegt Pflegebedürftigkeit vor? Sofern Sie im Besitz von entsprechenden ärztlichen Unterlagen sind (z. B. Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte), bitten wir diese bei einem Hausbesuch durch unseren Gutachter im Original bzw. als Kopie zur Einsichtnahme bereitzuhalten.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Werden Sie zurzeit stationär in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt oder in einem Hospiz betreut?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit dem _____</p> <p>Name der Einrichtung _____</p> <p>Anschrift _____ Telefonnummer _____</p>
<p>Werden Sie zurzeit ambulant palliativ versorgt? Palliativpflege ist die Pflege und Versorgung sterbenskranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase durch entsprechende Fachkräfte.</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit dem _____ durch _____</p> <p>Name der Institution _____</p> <p>Anschrift _____ Telefonnummer _____</p>
<p>Wurde von Ihrer Pflegeperson/Ihren Pflegepersonen die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt? (Bitte fragen Sie Ihre Pflegeperson/en.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>(Hinweis: Die Inanspruchnahme von verkürzter Arbeitsverhinderung von bis zu 10 Tagen ist hier allerdings nicht anzugeben!)</p>
<p>Bitte geben Sie den Namen, die Anschrift und die Telefonnummer Ihres behandelnden Arztes an.</p>	<p>Name _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>
<p>Ist für Sie ein Betreuer bestellt oder ein gesetzlicher Vertreter bzw. ein schriftlich Bevollmächtigter vorhanden?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.)</p> <p>Name _____</p> <p>Anschrift _____</p> <p>E-Mail _____</p> <p>Telefonnummer _____ Faxnummer _____</p>

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

Angaben zu Ihrer Pflegeperson

Name, Vorname _____

Anschrift _____

**Für Rückfragen erreichen Sie mich/meine Pflegeperson unter der Telefonnummer, Fax, Email
(Bitte immer ausfüllen, sofern kein Betreuer oder Bevollmächtigter benannt ist!):**

Ich bin damit einverstanden, dass die vom Sozialmedizinischen Dienst zur Beurteilung meiner gesundheitlichen Verhältnisse für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z. B. Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen und Befundberichte) hinzugezogen werden. Deshalb entbinde ich die Ärzte, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme zu, diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antrag auf Pflegeleistungen zu verwenden.

In diesem Zusammenhang bitten wir darum, eventuell vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, Pflegetagebücher, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutachten und Bescheide anderer Sozialleistungsträger für den Begutachtungstermin bereitzuhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialmedizinische Dienst zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit alle an meiner Versorgung Beteiligten befragen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z. B. einem anderen Gutachter) oder an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzlichen Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch – SGB X – i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X),
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – SGB I –).

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten

KNAPPSCHAFT
Fachzentrum Pflege
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

Informationen zum Beratungsangebot der KNAPPSCHAFT

Pflegebedürftigkeit ist oft ein erheblicher Einschnitt im Leben der Betroffenen, der Familien, im sozialen Umfeld. In dieser Situation sind kompetente und schnelle Auskünfte zu Fragen über Leistungsansprüche, Hilfsangebote und Unterstützungsmaßnahmen sehr wichtig. Hier bietet die KNAPPSCHAFT gerne Hilfe an.

Die Soziale Pflegeversicherung sieht vor, dass Antragstellern unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Pflegeleistungen ein konkreter Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson anzubieten und die Beratung spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist.

Auf Wunsch wird diese Beratung in der häuslichen Umgebung und selbstverständlich gerne auch nach Ablauf der 2-Wochen-Frist durchgeführt.

Die Beratung kann unter Einbeziehung von Angehörigen und Lebenspartnern oder gegenüber ihnen erfolgen, sofern die anspruchsberechtigte Person dies wünscht. Sie umfasst sämtliche, mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen sowie die spezielle Pflegeberatung durch besonders qualifizierte Pflegeberater/innen auf der Grundlage des sozialmedizinischen Pflegegutachtens.

Wenn Sie dieses kostenlose Angebot nutzen möchten, senden Sie dieses Informationsschreiben **unterschieden** an uns zurück. Weitere Informationen zur Pflegeversicherung erhalten Sie unter www.knappschaft.de in der Rubrik Pflegeberatung.

- Nein, ich bin bereits umfassend informiert und beraten worden.
- Ja, ich möchte eine Beratung nach § 7a SGB XI in Anspruch nehmen.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Um Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu können, teilen Sie uns bitte einen Namen und eine Telefonnummer *) mit unter der Sie oder eine andere Person erreichbar sind.

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____

*) freiwillige Angabe

MERKBLATT

– Preisvergleichslisten –

Die Preisvergleichsliste eröffnet Ihnen die Möglichkeit verschiedene Pflegedienste in Ihrer Umgebung nach Ihren Preisen untereinander zu vergleichen und kann Ihnen somit bei der Wahl eines ambulanten Pflegedienstes helfen.

Die Pflegekassen übernehmen Pflegeeinsätze durch einen Pflegedienst bis zu den – von dem jeweiligen Pflegegrad abhängigen – monatlichen Höchstbeträgen. Erbringt der Pflegedienst Leistungen, die diese Beträge übersteigen, kann dieser den übersteigenden Betrag direkt mit Ihnen abrechnen.

Über die mit Ihnen vereinbarten Leistungen schließt der Pflegedienst mit Ihnen einen Pflegevertrag ab. In diesem Pflegevertrag werden die entstehenden Kosten und die zu erwartenden Eigenbelastungen vor Beginn der Pfl egetätigkeit aufgeführt.

Je günstiger der Preis der Leistung ist, umso mehr Leistungen können zu Lasten der Pflegeversicherung abgerufen werden oder es besteht die Möglichkeit, neben der Pflegesachleistung auch noch anteiliges Pflegegeld zu erhalten (Kombinationsleistung).

Sie sehen also, wie wichtig ein Preisvergleich auch im Bereich der häuslichen Pflegehilfe ist. Die Wahl eines günstigen Pflegedienstes schont auch **Ihre Geldbörse**.

Wollen auch Sie bares Geld sparen, indem Sie die Preise ambulanter Pflegedienste miteinander vergleichen und sich für einen günstigen Pflegedienst in Ihrer Umgebung entscheiden?

Die Preisvergleichslisten können Sie bei dem für Sie zuständigen Fachzentrum Pflege anfordern. Bitte geben Sie hierbei den Ort, bzw. die Postleitzahlen der Bereiche an, die für Sie in Frage kommen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sozialmedizinischer Dienst: Informationen zur Pflegebegutachtung

Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) unterstützt die KNAPPSCHAFT in allen medizinischen und pflegerischen Fragestellungen.

Um über Ihren Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung entscheiden zu können, muss Ihr persönlicher Hilfebedarf festgestellt werden. Daher wird die Pflegekasse nach Eingang Ihrer vollständigen Antragsunterlagen den SMD beauftragen, ein Pflegegutachten zu erstellen. Zu diesem Zweck wird sich der SMD **schriftlich oder telefonisch** mit Ihnen in Verbindung setzen, um möglichst kurzfristig einen Begutachtungstermin zu vereinbaren.

Die Pflegebegutachtungen erfolgen durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte des SMD, die sich durch einen Dienstausweis ausweisen.

Die Begutachtung findet in der Regel in Ihrem Wohnumfeld statt, um einen Eindruck von Ihrer individuellen Lebens- und Pflegesituation zu bekommen.

Was ist bei der Begutachtung von Patienten mit Demenzerkrankung zu beachten?

Die Gutachterin oder der Gutachter spricht in der Regel zunächst die pflegebedürftige Person an. Auch wenn ihre Angaben auf Grund der dementiellen Erkrankung nicht zuverlässig sind, kann hierbei ein Rückschluss auf die kognitiven Fähigkeiten der Person gezogen werden. Diese Angaben werden allerdings nicht ungeprüft übernommen, sondern mit der pflegenden Person besprochen, bevor sie in das Gutachten einfließen.

Was geschieht nach der Begutachtung?

Ein Pflegegutachten wird erstellt. Auf dessen Grundlage entscheidet die Pflegekasse über Ihren Antrag. Hierüber erhalten Sie einen Bescheid. Auf Ihren Wunsch wird Ihnen das Pflegegutachten übersandt.

Tipps für den Hausbesuch:

- Schildern Sie der Gutachterin oder dem Gutachter möglichst genau Ihre gesundheitlichen Einschränkungen.
- **Halten Sie aktuelle Befund- und Entlassungsberichte bereit.**
- Für den Fall, dass bereits ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie der Gutachterin oder dem Gutachter die **Pflegedokumentation** vor. Wenn Sie häusliche Krankenpflege erhalten, sollten die entsprechenden Leistungsnachweise, insbesondere vorliegende Wunddokumentationen, zur Einsichtnahme ebenfalls bereit gehalten werden.
- Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, halten Sie auch diese bereit.
- Bitten Sie die Person/en, die bei Ihnen Pflege durchführt/en, bei der Begutachtung dabei zu sein.

Kontakt:

Kundenzufriedenheit genießt in unserem Hause einen hohen Stellenwert. Sollte es dennoch im Rahmen der Pflegebegutachtung einmal Grund zur Beschwerde geben, wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen SMD oder an den Leiter des Dezernates V.3, Sozialmedizinischer Dienst, Herrn Dr. Volker Strehle, Knappschaftstr. 1,44799 Bochum, smd@kbs.de.

Weitere Informationen zu unserem Haus erhalten Sie unter: www.knappschaft.de

Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

(Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die beiliegenden Erläuterungen)

A Angaben zur pflegebedürftigen Person:	
Name, Vorname	
Krankenversicherungsnummer	
B Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson):	
1. Angaben zur Person	
Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer ¹⁾	Telefonnummer (freiwillige Angabe)
Wenn keine deutsche Versicherungsnummer bekannt ist:	
Geburtsname, ggf. frühere Namen	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> männlich	Geburtsland und Geburtsort
<input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit
2. Angaben zur Pflege	
2.1 Seit wann und in welchem Umfang führen Sie die Pflege durch?	
seit dem _____ Tag/Monat/Jahr	
an insgesamt _____ Stunden wöchentlich an _____ Tagen wöchentlich	
<input type="checkbox"/> im Rhythmus von	<input type="checkbox"/> Wochen / <input type="checkbox"/> Monaten
<input type="checkbox"/> in folgendem Rhythmus: _____	
2.2 Wird die Pflege nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe/Vertretung ausgeübt? ²⁾	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____ (weiter bei Abschnitt D)	
2.3 Sind außer Ihnen noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig? ³⁾	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, _____ Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	
2.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> im Haushalt der pflegebedürftigen Person	
<input type="checkbox"/> in meinem Haushalt	
<input type="checkbox"/> im gemeinsamen Haushalt	
<input type="checkbox"/> sonstiger Pflegeort: _____	
2.5 In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?	
<input type="checkbox"/> Familienangehöriger/Verwandter	
<input type="checkbox"/> sonstige Person	

2.6 Werden Sie von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung erhalten, die das – je nach Pflegegrad – zu zahlende Pflegegeld übersteigt?

- Nein
 Ja

2.7 Üben Sie diese Pflege Tätigkeit im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit aus (selbstständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung)? Oder sind Sie in Ihrer Eigenschaft als Pflegeperson bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt oder als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig? ⁴⁾

- Nein
 Ja, Tätigkeit als _____
Berufsbezeichnung

2.8 Werden von Ihnen noch weitere Personen gepflegt? ⁵⁾

- Nein
 Ja, an insgesamt _____ Stunden wöchentlich an _____ Tagen wöchentlich am
 Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

Wenn ja;

a) Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person:

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Pflegekasse/Versicherungsunternehmen/Versichertennummer

b) An welchen Wochentagen wird die Pflege des unter A angegebenen Pflegebedürftigen erbracht?

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Sonntag

3. Angaben zur Rentenversicherung

3.1 Üben Sie neben der Pflegetätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus? ⁶⁾

- Nein
 Ja, seit _____ an insgesamt _____ Stunden wöchentlich

Sofern Sie sich in Altersteilzeit befinden, bitten wir um Übersendung der Vereinbarung.

3.2 Haben Sie in der Vergangenheit eine Beitragserstattung aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten?

- Nein
 Ja, am _____

3.3 Wurden für Sie – auch nach einer evtl. Beitragserstattung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

- Nein
 Ja

3.4 Sofern Sie die Regelaltersgrenze erreicht haben und bisher Beiträge nicht gezahlt wurden: Haben Sie in der Vergangenheit Kinder erzogen oder eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt, für die Pauschalbeiträge gezahlt worden sind? ⁷⁾

- Nein
 Ja (Bitte fügen Sie den Bescheid des Rentenversicherungsträgers bei.)

3.5 Sind Sie Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung? ⁸⁾

- Nein
 Ja _____
Name des Versorgungswerks, Mitgliedsnummer

3.6 Beziehen Sie eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze? ⁹⁾

- Nein
 Ja, seit _____ aus dem Inland / Ausland

Wenn nein: Haben Sie eine solche Rente beantragt?

- Nein
 Ja

4. Angaben zur Arbeitslosenversicherung

4.1 Unmittelbar (= nicht mehr als ein Monat) vor Beginn der Pfllegetätigkeit war ich

arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt

Arbeitgeber

auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

Name der Agentur für Arbeit

Kundennummer

anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

als

(Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.2 Unmittelbar (= nicht mehr als ein Monat) vor Beginn der Pfllegetätigkeit hatte ich einen Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III. ¹⁰⁾

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.3 Für die Zeit der Pfllegetätigkeit besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung? ¹¹⁾

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

Art des Versicherungsverhältnisses

4.4 Für die Zeit der Pfllegetätigkeit erziehe ich ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Nein

Ja

4.5 Während der Zeit der Pfllegetätigkeit beziehe ich eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III. ¹⁰⁾

Nein

Ja (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.6 Für mich wurde vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung festgestellt.

Nein

Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

4.7 Mir wurde eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbare Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers zuerkannt.

Nein

Ja, seit _____ (Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei.)

C Datenschutzhinweis gemäß § 67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses zu erheben.

D Erklärung

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde Ihnen unverzüglich Mitteilung geben, wenn ich die o. a. Pflege beende, unterbreche oder wenn sonstige Veränderungen in den Verhältnissen eintreten (z. B. zeitliche Dauer der Pflege, Zubilligung einer Vollrente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).

Unterschrift der Pflegeperson

Ort, Datum

Erläuterungen

Allgemeines

Die Pflegeversicherung zahlt für Personen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen, unter bestimmten Voraussetzungen Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung. Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge in der Rentenversicherung nach dem Pflegegrad der pflegebedürftigen Person, der von ihr bezogenen Leistung aus der Pflegeversicherung sowie bei der Pflege durch mehrere Pflegepersonen nach dem – vom Medizinischen Dienst (oder einem anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachter) ermittelten und von der Pflegekasse festgestellten – zeitlichen Umfang der Pflege Tätigkeit. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch mitzuteilen. In der Arbeitslosenversicherung werden für jede Pflege einheitliche Beiträge gezahlt.

Die Versicherungspflicht als Pflegeperson beginnt grundsätzlich mit dem Tag, an dem der Pflegebedürftige Leistungen beantragt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, ab dem alle Voraussetzungen für die Versicherungspflicht vorliegen. In den Fällen, in denen der Pflegebedürftige nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat, dürfen die Pflegekassen die Beiträge zur gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung nur anteilig zahlen. Stellen Sie bitte deshalb einen weiteren Antrag bei der für den Pflegebedürftigen zuständigen Feststellungsstelle für die Beihilfe bzw. dem zuständigen Dienstherrn.

Die nachstehenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens helfen.

Angaben zur Person

1) Rentenversicherungsnummer

Die Rentenversicherungsnummer finden Sie in Ihrem Sozialversicherungsausweis oder einer Mitteilung Ihres Rentenversicherungsträgers (z. B. einer Rentenauskunft oder einem Rentenbescheid). Wurde noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben, wird dies gegebenenfalls anhand Ihrer Angaben aus Ziffer 1 vom Rentenversicherungsträger veranlasst.

Angaben zur Pflege

2) Angaben zur Pflege Tätigkeit

Wird die Pflege Tätigkeit nur deshalb ausgeübt, weil die eigentliche Pflegeperson an der Pflege gehindert ist (z. B. wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder anderen Gründen) oder steht bereits fest, dass die Pflege Tätigkeit nur von vorübergehender Dauer (nicht mehr als zwei Monate oder 60 Tage im Jahr – nicht Kalenderjahr) ist, tritt keine Rentenversicherungspflicht ein.

3) Mehrere Pflegepersonen

Teilen sich zwei oder mehrere Pflegepersonen dauerhaft die Pflege eines Pflegebedürftigen (sogenannte Mehrfachpflege), kann jede Pflegeperson versichert sein, sofern sie – jeweils für sich gesehen – die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt.

Wechseln sich die Pflegepersonen dabei in wöchentlichen/mehrwöchentlichen Intervallen ab, erfolgt eine durchgehende Absicherung in der Rentenversicherung nur dann, wenn der Pflegeaufwand pro Pflegeperson im Wochendurchschnitt mindestens zehn Stunden (verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche) erreicht wird.

Wird der Wochendurchschnitt von zehn Stunden (verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche) nicht erreicht, ist ggf. für die einzelnen Pflegezeiträume (taggenau) eine Versicherungspflicht möglich, sofern zumindest in diesen Zeiten jeweils zehn Stunden (verteilt auf mindestens zwei Tage) in der Woche gepflegt wird.

Die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge richtet sich nach dem Anteil der Pflege jeder Pflegeperson am Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen. Bei nicht übereinstimmenden oder fehlenden Anga-

ben der Pflegepersonen erfolgt die Aufteilung des Pflegeaufwandes zu gleichen Teilen.

Wir bitten, für jede Pflegeperson getrennt einen Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen auszufüllen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne weitere Exemplare zu.

4) Berufspflegekräfte

Üben Sie die hier geltend gemachte Pflege neben einer Berufstätigkeit als Pflegefachkraft aus, so kann auch für die nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflege Rentenversicherungspflicht eintreten.

5) Pflege mehrerer Pflegebedürftiger

Versicherungspflicht kann auch bestehen, wenn die wöchentliche Mindestpflegestundenzahl bzw. die Mindestzahl an Pflegetagen erst durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird.

Angaben zur Rentenversicherung

6) Erwerbstätigkeit

Auch wenn Sie neben Ihrer Pflege Tätigkeit noch andere Erwerbstätigkeiten (abhängige Beschäftigungen oder selbstständige Tätigkeiten) ausüben, können Beiträge durch die Pflegekasse entrichtet werden. Dies gilt allerdings nur, wenn Sie neben der Pflege Tätigkeit regelmäßig insgesamt nicht mehr als 30 Stunden in der Woche beschäftigt oder selbstständig tätig sind.

Bei der Feststellung der wöchentlichen Stundenzahl ist auch die für die Ausübung der Erwerbstätigkeit notwendige Vor- und Nacharbeit zu berücksichtigen. Dies dürfte insbesondere bei Tätigkeiten künstlerischer oder geistiger Art sowie bei Lehrern vorkommen.

7) Kindererziehungszeiten und geringfügige Beschäftigung

Rentenversicherungspflicht kommt nicht in Betracht, wenn Sie bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nicht rentenversichert waren oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze eine Beitragsersatzung aus ihrer Versicherung erhalten haben.

Dagegen können Sie während Ihrer Pflege Tätigkeit rentenversicherungspflichtig werden, wenn Sie Kinder erzogen haben und für Sie aufgrund anrechenbarer Kindererziehungszeiten vom Bund Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt werden. Sofern Kindererziehungszeiten bereits in der Rentenversicherung anerkannt wurden, reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein. Gegebenenfalls ist ein entsprechender Antrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen.

Wurden bisher lediglich Pauschalbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung gezahlt, können Sie ebenfalls während Ihrer Pflege Tätigkeit rentenversicherungspflichtig werden.

8) Berufsständische Versorgungseinrichtung

Falls Sie wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, können Sie beantragen, dass die Beiträge zur sozialen Sicherung für die Dauer der Pflege Tätigkeit an das berufsständische Versorgungswerk gezahlt werden.

Dasselbe gilt für selbstständig Tätige, die als Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen die Voraussetzungen für eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen würden, wenn sie versicherungspflichtig wären. Wenn Sie im Fragebogen die Frage mit „Ja“ beantwortet haben, gehen wir davon aus, dass Sie die Beitragszahlung zur berufsständischen Versorgungseinrichtung beantragen; ansonsten bitten wir, dieser Zahlung zu widersprechen.

9) Renten- oder Versorgungsbezug

Die Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung kann nicht durchgeführt werden, wenn Sie bereits

- eine Vollrente wegen Alters nach Erreichen der Regelaltersgrenze beziehen,
- nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen oder von einer berufsständischen Versorgungseinrichtung eine Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze in dem jeweiligen Alterssicherungssystem beziehen oder
- als Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, Diakonisse oder Angehöriger einer ähnlichen Gemeinschaft die in der Gemeinschaft übliche Versorgung im Alter erhalten.

Die Versicherung kann beim Bezug einer der deutschen Altersvollrente entsprechenden Leistung eines EU/EWR-Mitgliedstaates bzw. der Schweiz jedoch dann durchgeführt werden, wenn nach der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 die Rentenversicherungspflicht beantragt wird.

Das Altersgeld nach dem Altersgeldgesetz und vergleichbaren landesrechtlichen Regelungen sowie Renten aus der Alterssicherung der Landwirte gehören nicht zu den Vollrenten wegen Alters.

Angaben zur Arbeitslosenversicherung

10) Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III

Eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III ist das Arbeitslosen- und Übergangsgeld. Bei anderen Entgeltersatzleistungen (z. B. Kurzarbeitergeld oder Insolvenzgeld) besteht das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis fort. Nicht zu berücksichtigen sind Leistungen nach dem SGB II wie Arbeitslosengeld II.

11) Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung

Neben der Pflgetätigkeit kann bereits aus anderen Gründen Arbeitslosenversicherungspflicht bestehen, z. B. aufgrund einer Beschäftigung, des Bezugs von Kranken-, Verletzten-, Übergangs- oder Mutterschaftsgeld.