

GKV-SPITZENVERBAND

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG E.V.

9. Januar 2013

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Die Spitzenorganisationen der Pflege- und Rentenversicherung haben die sich aus den Regelungen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen ergebenden Auswirkungen zuletzt im gemeinsamen Rundschreiben vom 28. Dezember 2009 zusammengefasst.

Das Rundschreiben war aufgrund der sich aus dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) ab 1. Januar 2013 ergebenden Änderungen zur Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen zu aktualisieren. Hiernach besteht seit 1. Januar 2013 auch dann für eine Pflegeperson Rentenversicherungspflicht, wenn der Mindestumfang der Pflege von 14 Stunden nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird.

Die dem Rundschreiben als Anlage 3 beigefügte Anforderung einer Gesonderten Meldung und als Anhang II beigefügten Grundsätze für die Erstattung und Verrechnung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen vom 28. Dezember 2009 werden ebenfalls in Kürze aktualisiert.

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeines	- 4 -
I 1	Einordnung der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	- 4 -
I 2	Aufklärung und Beratung über die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen.....	- 5 -
I 3	Versicherungspflicht aufgrund der Pflege mehrerer Pflegebedürftiger in Übergangsfällen.....	- 7 -
II	Versicherung	- 9 -
II 1	Versicherungspflicht	- 11 -
II 1.1	Voraussetzungen der Versicherungspflicht.....	- 11 -
II 1.1.1	Pflege eines Pflegebedürftigen	- 12 -
II 1.1.2	Begriff der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson	- 13 -
II 1.1.3	Abgrenzung der nicht erwerbsmäßigen Pflege von der erwerbsmäßigen Pflege.....	- 14 -
II 1.1.4	Dauerhaftigkeit der Pfl egetätigkeit	- 15 -
II 1.1.5	Mindestumfang/Regelmäßigkeit der Pfl egetätigkeit.....	- 16 -
II 1.1.6	Feststellung des Umfangs der Pfl egetätigkeit.....	- 24 -
II 1.1.7	Häusliche Umgebung	- 27 -
II 1.1.8	Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen	- 28 -
II 1.2	Beginn der Versicherungspflicht.....	- 28 -
II 1.3	Ende der Versicherungspflicht.....	- 29 -
II 1.4	Fortbestand der Versicherungspflicht bei Unterbrechung der Pflege	- 30 -
II 1.5	Irrtümliche Annahme von Versicherungspflicht.....	- 33 -
II 1.6	Mehrfachversicherung.....	- 33 -
II 1.7	Ausschluss der Versicherungspflicht.....	- 34 -
II 1.7.1	Allgemeines	- 34 -
II 1.7.2	Beschäftigung im Ausland.....	- 35 -
II 1.7.3	Bezug von Leistungen nach dem SGB II und SGB III sowie von Anpassungsgeld oder Knappschaftsausgleichsleistung	- 35 -
II 1.7.4	Bezug von Entgeltersatzleistungen	- 36 -
II 1.7.5	Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.....	- 37 -
II 1.7.6	Bezug von Elterngeld sowie Inanspruchnahme von Elternzeit.....	- 37 -
II 1.7.7	Jugend- und Bundesfreiwilligendienst sowie freiwilliger Wehrdienst	- 37 -
II 1.7.8	Unbezahlte Beurlaubung.....	- 37 -
II 1.7.9	Beschäftigung im Rahmen der Altersteilzeit oder anderer Formen der Arbeitszeitflexibilisierung	- 38 -
II 1.7.10	Ehegatten landwirtschaftlicher Unternehmer	- 38 -
II 1.8	Auslandsaufenthalt.....	- 39 -
II 2	Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Versicherungspflicht.....	- 40 -
II 2.1	Versicherungsfreiheit.....	- 40 -
II 2.2	Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit der Pfl egetätigkeit.....	- 41 -
II 2.3	Befreiung von der Versicherungspflicht.....	- 43 -
II 3	Verfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht	- 43 -
II 4	Rentenversicherungszuständigkeit	- 44 -
III	Beiträge	- 45 -
III 1	Beitragspflichtige Einnahmen	- 47 -
III 1.1	Allgemeines	- 47 -
III 1.2	Maßgebende Bezugsgröße als Ausgangswert für die Bestimmung der Bemessungsgrundlage.....	- 48 -
III 1.3	Bemessungsgrundlage bei Pflege eines erheblich Pflegebedürftigen	- 49 -
III 1.4	Bemessungsgrundlage bei Pflege eines Schwerpflegebedürftigen	- 49 -
III 1.5	Bemessungsgrundlage bei Pflege eines Schwerstpflegebedürftigen	- 49 -
III 1.6	Bemessungsgrundlage bei Additionspflege	- 50 -
III 1.7	Bemessungsgrundlage bei mehrfacher Pflege eines Pflegebedürftigen (Mehrfachpflege)	- 51 -
III 1.8	Bemessungsgrundlage bei Änderung der Pflegestufe	- 54 -

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

III 1.9	Bemessungsgrundlage bei Änderung des Pflegeumfangs innerhalb einer Pflegestufe	- 54 -
III 1.10	Bemessungsgrundlage bei ungleichmäßigen Pflegerhythmen bzw. Pflegephasen (z. B. bei internatsmäßiger Unterbringung des Pflegebedürftigen)	- 55 -
III 1.11	Bemessungsgrundlage in Besitzstandsfällen (Artikel 45 PflegeVG)	- 57 -
III 2	Beitragssatz	- 58 -
III 3	Beitragstragung	- 58 -
III 4	Beitragszahlung und -abrechnung	- 59 -
III 4.1	Pflegekassen als Beitragszahler	- 60 -
III 4.2	Private Versicherungsunternehmen als Beitragszahler	- 60 -
III 4.3	Festsetzungsstellen für die Beihilfe als Beitragszahler	- 61 -
III 5	Fälligkeit	- 62 -
III 5.1	Allgemeines	- 62 -
III 5.2	Erstmalig zu zahlende Beiträge	- 62 -
III 5.3	Laufend zu zahlende Beiträge	- 65 -
III 6	Verjährung	- 65 -
III 7	Erstattung/Verrechnung von Beiträgen	- 65 -
III 8	Beitragsprüfung	- 66 -
III 9	Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen	- 67 -
IV	Meldungen	- 68 -
IV 1	Meldungen zur Rentenversicherung	- 69 -
IV 1.1	Allgemeines	- 69 -
IV 1.2	Meldepflichtige Tatbestände und Meldefristen	- 70 -
IV 1.3	Form der Meldungen und zulässige Schlüsselzahlen	- 71 -
IV 2	Mitteilungen an Beihilfe-Festsetzungsstellen oder Dienstherrn	- 72 -
IV 2.1	Allgemeines	- 72 -
IV 2.2	Anwendungsbereich	- 72 -
IV 2.3	Meldepflichtiger Tatbestand	- 73 -
IV 2.4	Inhalt und Form der Meldung	- 74 -
IV 2.5	Änderungsmeldungen bei Additionspflege	- 74 -
IV 3	Bescheinigung über den Inhalt der Meldung und Mitteilung	- 75 -
V	Mitteilungsverfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht bei Additionspflege	- 76 -
V 1	Allgemeines	- 77 -
V 2	Mitteilungsverfahren	- 77 -
Anlagen		
Anlage 1	Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen sowie Erläuterungen	
Anlage 2	Mitteilung über den Beginn der Beitragspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflege- person nach § 44 Abs. 5 SGB XI	
Anlage 3	Anforderung einer Gesonderten Meldung nach § 194 Abs. 2 SGB VI	
Anlage 4	Mitteilung zur Prüfung der Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pfl- egepersonen bei Additionspflege	
Anlage 5	Änderungsmitteilung zur Prüfung der Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen bei Additionspflege	
Anhänge		
Anhang I	Verfahrensbeschreibung zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht nicht erwerbs- mäßig tätiger Pflegepersonen vom 09.01.2013	
Anhang II	Gemeinsame Grundsätze für die Erstattung und Verrechnung zu Unrecht gezahlter Bei- träge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen vom 28. Dezember 2009	

I Allgemeines

§ 44 SGB XI

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Näheres regeln die §§ 3, 137, 166 und 170 des Sechsten Buches. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist, und erfragt in den Fällen, in denen die Pflege des Pflegebedürftigen die Dauer von 14 Stunden unterschreitet, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt. Der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in diesem zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36) in Anspruch genommen werden. Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen nach Maßgabe der §§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Pflegepersonen, die nach der Pflege Tätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei beruflicher Weiterbildung nach Maßgabe des Dritten Buches bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen gefördert werden.

(2) bis (6) ...

I 1 Einordnung der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Mit dem Rentenreformgesetz 1992 wurde im Zuge des Ausbaus familienbezogener Elemente erstmalig im Rentenversicherungsrecht für bestimmte Regelungsbereiche auch die häusliche Pflege berücksichtigt. Danach konnten Pflegepersonen Berücksichtigungszeiten wegen Pflege erhalten, freiwillige Beiträge in Pflichtbeiträge umwandeln oder zusätzliche Pflichtbeiträge zahlen. Um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich weiter zu fördern und den hohen Einsatz der Pflegepersonen, die wegen der Pflegetätigkeit oftmals auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten bzw. diese aufgeben müssen, anzuerkennen, ist die soziale Sicherung der Pflegepersonen mit dem Pflege-Versicherungsgesetz ausgebaut worden. Seit dem 01.04.1995 gehören nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen zum versicherungspflichtigen Personenkreis in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die als Folge der Versicherungspflicht zu zahlenden Rentenversicherungsbeiträge tragen die Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen und anteilig auch die Festsetzungsstellen für die Beihilfe. Die seit dem 01.01.1992 geltenden Regelungen sind zum 31.03.1995 außer Kraft getreten.

Darüber hinaus sind nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen während der pflegerischen Tätigkeit in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Nach dem Recht der Arbeitsförderung sind Hilfen bei der Rückkehr ins Erwerbsleben vorgesehen.

Die Regelung des § 44 Abs. 1 SGB XI stellt in Bezug auf die soziale Sicherung der Pflegepersonen eine so genannte Einweisungsvorschrift dar, aus der entnommen werden kann, in welchen Bereichen des Sozialgesetzbuchs Vorschriften zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen vorgesehen sind; Versicherungs- oder Leistungsansprüche können daraus aber konstitutiv nicht abgeleitet werden. Solche richten sich ausschließlich nach dem Recht des Versicherungszweiges, in dem die Ansprüche geltend gemacht werden. Demgemäß gilt für das Verfahren zur Zahlung von Beiträgen zur Rentenversicherung durch die Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen und anteilig auch die Festsetzungsstellen für die Beihilfe nach vorausgehend für gegeben gehaltener oder durch den Rentenversicherungsträger festgestellter Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson das Recht der Rentenversicherung. Daran ändert die Doppelfunktion dieser Beiträge nichts: Zwar sind die Beiträge zum einen eine Leistung aus der Versicherung des Pflegebedürftigen (vgl. § 28 Abs. 1 Nr. 10 in Verb. mit § 44 SGB XI; § 4 Abschnitt 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - Bedingungsteil -); sie sind zum anderen allerdings auch ein Beitrag zu einem anderen Versicherungssystem (vgl. §§ 166 Abs. 2 und 3, 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI), nämlich dem der Rentenversicherung. In solchen Fällen bestimmen sich die Versicherungs- und Beitragspflicht, die Beitragsberechnung und -zahlung nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung.

I 2 Aufklärung und Beratung über die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Pflegekassen haben nach § 7 Abs. 2 SGB XI die Versicherten und ihre Angehörigen sowie gegebenenfalls Dritte über die Leistungen der Pflegekasse in für sie verständlicher Weise zu unterrichten und zu beraten. Zu diesen Aufgaben gehört auch die Unterrichtung/Beratung über die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen, insbesondere über die Beitragszahlung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen. Die Pflegekassen erfüllen diese Verpflichtung unter anderem durch Versendung eines „Fragebogens zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen. Das Muster eines solchen Fragebogens ist diesem Rundschreiben als Anlage 1 beigefügt. Die sich aus § 7 Abs. 2 SGB XI ergebende Verpflichtung schließt die Überwachung des Rücklaufs versandter Fragebögen einschließlich eines Erinnerungsschreibens bei fehlender Rückmeldung mit ein.

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Das Erinnerungsschreiben soll mit dem Hinweis verbunden werden, dass die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen davon ausgeht, dass die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung nicht erfüllt sind und demzufolge keine Beiträge geleistet werden können, wenn die entsprechenden Angaben bis zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht gemacht werden. Ohne Mitwirkung der Pflegeperson kann Versicherungspflicht nicht unterstellt werden (z. B. aufgrund Kenntnis einer Familienversicherung nach § 10 SGB V).

Geht aus den der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen vorliegenden Angaben oder Unterlagen hervor, dass für eine Pflegeperson Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI auf Dauer nicht in Betracht kommen kann (z. B. bei Bezug einer Vollrente wegen Alters), kann auf den Versand eines „Fragebogens zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ verzichtet werden. Soweit es sich um einen vorübergehenden Ausschlussstatbestand (z. B. Beschäftigung von mehr als 30 Stunden wöchentlich) handeln könnte, sind die Pflegepersonen in allgemeiner Form über die Voraussetzungen der Versicherungspflicht aufzuklären.

In den Fällen, in denen die Pflegeperson oder der Pflegebedürftige bzw. ein Pflegebedürftiger bei Pflege mehrerer Pflegebedürftiger während des laufenden Verfahrens verstirbt, muss sichergestellt sein, dass die Ermittlungen zur Klärung der Versicherungspflicht fortgeführt werden, insbesondere beim Tod der Pflegeperson kann die nachträglich festgestellte Versicherungs- und Beitragspflicht unmittelbar Auswirkungen auf die Rentenansprüche der Hinterbliebenen der Pflegeperson mit sich bringen.

Ergeben sich aufgrund einer erneuten Begutachtung (z. B. im Rahmen eines Höherstufungsantrags oder bei einer Wiederholungsbegutachtung) oder bei einer nicht nur unwesentlichen Änderung der Verhältnisse Hinweise darauf, dass für eine Pflegeperson, für die bislang keine Rentenversicherungsbeiträge durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen gezahlt werden, Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI in Betracht kommen kann, obliegt der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen (erneut) eine Unterrichts- und Beratungspflicht, die mit dem Versand des „Fragebogens zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ erfüllt wird. Auch in diesen Fällen ist der Rücklauf versandter Fragebögen zu überwachen (einschließlich einmaliger Erinnerung bei fehlender Rückmeldung).

Im Interesse der Verfahrensbeschleunigung wird empfohlen, in dem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung eine Frage nach der die Pflege durchführenden Person einschließ-

lich deren Anschrift aufzunehmen. Um eine zügige Feststellung der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung zu gewährleisten, ist der „Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ zeitnah bei Eingang des entscheidungserheblichen Gutachtens direkt an die Pflegeperson zu versenden.

I 3 Versicherungspflicht aufgrund der Pflege mehrerer Pflegebedürftiger in Übergangsfällen

Ab 01.01.2013 kommt die Versicherungspflicht kraft Gesetzes als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson auch bei Pflege mehrerer Pflegebedürftiger und einem Pflegeaufwand von jeweils unter 14 Stunden – aber insgesamt mindestens 14 Stunden – in der Woche in Betracht (Additionspflege). Dies gilt auch für laufende Pflegefälle, in denen die jeweiligen Pflegetätigkeiten bereits vor dem 01.01.2013 aufgenommen wurden.

Da Pflegetätigkeiten mit einem Pflegeaufwand von weniger als 14 Stunden in der Woche bis 31.12.2012 für die versicherungs- und beitragsrechtliche Beurteilung von Pflegepersonen unberücksichtigt blieben, wurden entsprechende Pflegetätigkeiten in der Regel nicht gesondert gekennzeichnet. Zur Überprüfung dieser Bestandsfälle gelten die folgenden Festlegungen:

- a) Laufende Pflegefälle, in denen in der Vergangenheit die Versicherungspflicht einer Pflegeperson aufgrund des geringen Pflegeumfangs konkret abgelehnt wurde, sind wieder aufzugreifen, wenn die Möglichkeit besteht, die Fälle mit den vorhandenen technischen Möglichkeiten (z. B. durch die Programmierung von Suchläufen) maschinell zu ermitteln. In diesen Fällen sind die Pflegebedürftigen bis zum 30.06.2013 über die neue Rechtslage zu informieren und zu bitten, die Pflegepersonen mitzuteilen, die aufgrund des geringen Pflegeumfangs bisher nicht rentenversicherungspflichtig sind. Pflegebedürftige, die nicht antworten, sind nicht zwingend zu erinnern.
- b) In den o. a. Fällen, in denen die Pflegebedürftigen nicht antworten, und in den übrigen laufenden Fällen ist bei der nächsten manuellen Bearbeitung des Pflegefalls des Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit leistungsrechtlichen Ansprüchen in der Pflegeversicherung nach § 28 SGB XI (z. B. Bearbeitungsfälle wegen Wiederholungsbegutachtungen, Höherstufungsanträgen oder Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI), zu überprüfen, ob sich Hinweise auf eine Pflege durch Pflegepersonen ergeben, die ihn weniger als 14 Stunden in der Woche pflegen. In diesen Fällen ist der Pflegebedürftige über die neue Rechtslage zu informieren und um Angaben zu der Pflegeperson zu bitten. Ergeben sich aus den Unterlagen konkrete Hinweise auf die Pflegeperson, ist diese

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

direkt anzuschreiben und um Mitteilung weiterer Pfllegetätigkeiten ab 01.01.2013 zu bitten. Die Pflegepersonen, die nicht antworten, sind einmalig zu erinnern. Dies gilt nicht zwingend für den Pflegebedürftigen.

- c) Darüber hinaus werden die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen in allgemeiner Form z. B. im Internet, in Mitgliederinformationen, Mitgliederzeitschriften, Leistungsmittellungen oder Informationsbroschüren über die neue Rechtslage informieren.

II Versicherung

§ 3 SGB VI

Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. ...

1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat; dies gilt auch, wenn die Mindeststundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird,

2. bis 4. ...

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. ...

§ 5 SGB VI

Versicherungsfreiheit

(1) ...

(2) Versicherungsfrei sind Personen, die

1. und 2. ...

3. eine geringfügige nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit

ausüben, in dieser Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit oder Pflegetätigkeit; § 8 Abs. 2 des Vierten Buches ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass eine Zusammenrechnung mit einer nicht geringfügigen Beschäftigung oder nicht geringfügigen selbständigen Tätigkeit nur erfolgt, wenn diese versicherungspflichtig ist. ... Eine nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit ist geringfügig, wenn die Beitragsbemessungsgrundlage für die Pflegetätigkeit (§ 166 Abs. 2) auf den Monat bezogen 400 Euro nicht übersteigt; mehrere nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeiten sind zusammenzurechnen.

(3) und (4) ...

§ 126 SGB VI

Zuständigkeit der Träger der Rentenversicherung

Für die Erfüllung der Aufgaben der Rentenversicherung sind in der allgemeinen Rentenversicherung die Regionalträger, die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zuständig. ...

§ 127 SGB VI

Zuständigkeit für Versicherte und Hinterbliebene

(1) Zuständig für Versicherte ist der Träger der Rentenversicherung, der durch die Datenstelle der Träger der Rentenversicherung bei der Vergabe der Versicherungsnummer festgelegt worden ist. Ist eine Versicherungsnummer noch nicht vergeben, ist bis zur Vergabe der Versicherungsnummer die Deutsche Rentenversicherung Bund zuständig.

(2) bis (3) ...

§ 14 SGB XI

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

- 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,**
- 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,**
- 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.**

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

- 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,**
- 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,**
- 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,**
- 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.**

§ 19 SGB XI

Begriff der Pflegepersonen

Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt.

§ 34 SGB XI

Ruhen der Leistungsansprüche

(1) bis (2) ...

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

II 1 Versicherungspflicht

II 1.1 Voraussetzungen der Versicherungspflicht

Versicherungspflichtig nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI sind Personen in der Zeit, in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder der privaten Pflegepflichtversicherung hat. Dies gilt auch, wenn die Mindestpflegestundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger (nachfolgend „Additionspflege“) erreicht wird. Sofern der Mindestpflegeumfang von 14 Stunden bereits durch die Pflege eines Pflegebedürftigen erreicht wird, tritt für daneben in geringerem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeiten nur dann Versicherungspflicht ein, wenn diese insgesamt ebenfalls mindestens 14 Stunden umfassen.

Die Versicherungspflicht kommt beim Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen kraft Gesetzes zustande. Eines Antrags bedarf es hierzu nicht. Den von den Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen in der Regel verwendeten „Fragebögen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ kommt daher grundsätzlich keine rechtsbegründende Bedeutung zu. Sie dienen in erster Linie dazu, die für die Beurteilung oder Feststellung der Versicherungspflicht und für die Durchführung der Versicherung sowie die Beitragszahlung erforderlichen Angaben und Informationen zu erhal-

ten. Pflegepersonen, für die eine Versicherung durchgeführt werden soll, sind nach § 196 Abs. 1 SGB VI gegenüber dem Rentenversicherungsträger auskunftspflichtig. Eine Auskunfts- bzw. Mitwirkungspflicht gegenüber der Pflegekasse ergibt sich aus § 60 SGB I.

Der Eintritt der Versicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen bedarf grundsätzlich keiner Entscheidung durch den Rentenversicherungsträger (vgl. auch Verfahrensbeschreibung zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen, Anhang I). Die an die Versicherungspflicht geknüpfte Beitragszahlung der Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen wird regelmäßig im Rahmen einfacher Verwaltungstätigkeit von den Pflegekassen bzw. privaten Krankenversicherungsunternehmen durchgeführt.

II 1.1.1 Pflege eines Pflegebedürftigen

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI die Pflege eines Pflegebedürftigen oder mehrerer Pflegebedürftiger im Sinne des § 14 SGB XI. Pflegebedürftig nach dem Recht der Pflegeversicherung sind Personen ab der Pflegestufe I nach § 15 SGB XI, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Die Pflegebedürftigkeit wird unter Beachtung der in § 18 SGB XI normierten Vorgaben in einem - auf der Grundlage des § 17 SGB XI in Richtlinien über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien) und konkretisiert in den Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien) näher beschriebenen - Verfahren von den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen festgestellt. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit hat für die Träger der Rentenversicherung insoweit Tatbestandswirkung, d. h. sie sind an die Entscheidung der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit verfahrensrechtlich gebunden.

II 1.1.2 Begriff der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson

Pflegepersonen sind nach der Definition des § 19 SGB XI, der mit der Vorschrift des § 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI weitgehend übereinstimmt sowie in einem unmittelbaren Zusammenhang mit ihr steht, Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen oder mehrere Pflegebedürftige im Sinne des § 14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegen.

Die Pflege durch Familienangehörige oder Verwandte stellt sich grundsätzlich als nicht erwerbsmäßig dar, weil in der Regel keine eigenständige Vergütung für die Pflege vereinbart ist, sondern das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung für die aufopfernde Hilfe weitergereicht wird. Bei der Ausübung der Pfllegetätigkeit durch sonstige Personen (z. B. Nachbarn oder Bekannte) ist „Nichterwerbsmäßigkeit“ anzunehmen, wenn die finanzielle Anerkennung, die die Pflegeperson für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen erhält, das dem Umfang der Pfllegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 SGB XI nicht übersteigt (Anerkennungs-Grenzbetrag). Dieser Betrag gilt auch in den Fällen als nicht überschritten, in denen der Pflegebedürftige die Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) oder die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) gewählt hat und der Pflegeperson gleichwohl eine finanzielle Anerkennung zukommen lässt, die dem Umfang des Pflegegeldes im Sinne der §§ 37 und 123 SGB XI entspricht. Teilen sich mehrere Pflegepersonen die Pflege eines Pflegebedürftigen, ist bei der Prüfung, ob der maßgebende Anerkennungs-Grenzbetrag überschritten wird, das dem Umfang der Pfllegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 SGB XI anteilig im Verhältnis zum Umfang der Pfllegetätigkeit zu berücksichtigen. Wird der maßgebende Anerkennungs-Grenzbetrag überschritten, ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Pfllegetätigkeit gleichwohl nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird oder aber ein Beschäftigungsverhältnis oder eine selbständige Erwerbstätigkeit vorliegt (vgl. Ausführungen unter Abschnitt II 1.1.3). Eine unschädliche finanzielle Anerkennung beschränkt sich allerdings nicht nur auf das Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 SGB XI, sondern kann auch vergleichbare öffentlich-rechtliche Leistungen für die Pflege umfassen (z. B. nach § 26c Abs. 9 BVG).

Jugendliche im freiwilligen sozialen Jahr und Bundesfreiwilligendienstleistende, die im Rahmen ihrer Dienstleistung eine Pfllegetätigkeit ausüben, sind keine nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen. Gleiches gilt für Ordensangehörige bei Ausübung einer Pfllegetätigkeit innerhalb der Ordensgemeinschaft. Nicht zu den Pflegepersonen gehören ferner Pflegekräfte, die bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI) oder die bei ambulanten Pflegeeinrichtungen angestellt sind oder mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen hat oder die nach § 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI als selbständig Tätige rentenversicherungspflichtig sind, in dieser Pfllegetätigkeit.

II 1.1.3 Abgrenzung der nicht erwerbsmäßigen Pflege von der erwerbsmäßigen Pflege

Der Begriff der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen ist von dem der erwerbsmäßig tätigen Pflegekräfte grundsätzlich nach denselben allgemeinen zu § 7 Abs. 1 SGB IV entwickelten Kriterien abzugrenzen wie eine familienhafte Mitarbeit oder ehrenamtliche Betätigung von einer Erwerbstätigkeit oder Beschäftigung. Von § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI werden nämlich im Prinzip solche Personen nicht erfasst, die Pflege von Pflegebedürftigen nach ihrem objektiven Erscheinungsbild als „Erwerb“ oder „wie ein Erwerb“ betreiben, die also durch die Pfl egetätigkeit als selbständige Erwerbstätigkeit Arbeitseinkommen erzielen oder Pflege als Hauptpflicht in einem entgeltlichen Beschäftigungsverhältnis verrichten.

Die Pflege wird erwerbsmäßig ausgeübt, wenn sie sich als Teil der Berufstätigkeit der Pflegeperson darstellt und dazu dient, ihren Lebensunterhalt ganz oder teilweise zu sichern. Erfasst werden alle Formen der professionellen Pflege.

Die Pflege kann beispielsweise dann erwerbsmäßig ausgeübt werden, wenn die Pflegeperson über eine abgeschlossene Ausbildung in einem pflegerischen Beruf verfügt und pflegerisch gegen Entgelt tätig ist. Hierzu zählen alle zur Pflegefachkraft im Sinne des § 71 Abs. 3 SGB XI qualifizierenden Berufe (Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger/in, Heilerzieher/in, Heilerziehungspfleger/in)^{*}, aber auch etwa die Tätigkeit als Dorfhelferin oder Gemeindeschwester, soweit sie entgeltlich erfolgt. In diesen Fällen kann die Ausübung der Pflege als Tätigkeit angesehen werden, die vom Leitbild des erlernten Berufs mit erfasst wird. Daneben können aber auch Personen erwerbsmäßig pflegen, wenn sie zwar nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Pflegeberuf verfügen, aber dennoch hinreichende Berufserfahrung im Bereich der Pflege erworben haben, etwa als pflegerische Hilfskräfte in Pflegediensten oder stationären Einrichtungen.

Eine erwerbsmäßig ausgeübte Pfl egetätigkeit schließt die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI aufgrund einer daneben ausgeübten nicht erwerbsmäßigen Pfl egetätigkeit jedoch nicht aus.

^{*} Krankenschwestern und Krankenpfleger führen nach § 1 des Krankenpflegegesetzes die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 SGB XI nicht übersteigt (zur Höhe vgl. Ausführungen unter Abschnitt 1.1.2), gelten nach der Fiktion in § 3 Satz 2 SGB VI als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI (als Arbeitnehmer) versicherungspflichtig. Wie die Verwendung des Begriffs „Arbeitsentgelt“ und der ausdrückliche Ausschluss einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI zeigen, erfasst diese Vorschrift Pflegetätigkeiten, die in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis erbracht werden. In diesen eher seltenen Fällen ist die Versicherungspflicht als Arbeitnehmer (in der Rentenversicherung) ausgeschlossen. Stattdessen kommt Versicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson in Betracht, wenn die übrigen Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI erfüllt sind.

II 1.1.4 Dauerhaftigkeit der Pflegetätigkeit

Die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI setzt neben dem Mindestmaß an Pflege, das durch den auf die Woche bezogenen regelmäßigen (Mindest)Umfang der Pflegetätigkeit zum Ausdruck kommt (vgl. Ausführungen unter Abschnitt 1.1.5), auch eine gewisse Dauerhaftigkeit voraus, ohne dass der Gesetzeswortlaut diese Voraussetzung ausdrücklich benennt. Gelegentliche oder nur vorübergehende Hilfeleistungen im Bereich der häuslichen Pflege führen danach nicht zur Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI. Dies gilt insbesondere für die ersatzweise ausgeübte Pflegetätigkeit bei Urlaub oder Krankheit der eigentlichen Pflegepersonen, und zwar ungeachtet der in § 39 Satz 4 SGB XI enthaltenen Vermutungsregelung, wonach die Ersatzpflege für den leistungsrechtlichen Anspruch als nicht erwerbsmäßig ausgeübt gilt, wenn die Pflegeperson mit dem oder den Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt.

Dauerhaft wird eine Pflege ausgeübt, wenn sie auf mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr (nicht Kalenderjahr) angelegt ist. Als gelegentlich oder vorübergehend sind dagegen solche Pflegetätigkeiten anzusehen, die auf einen kürzeren Zeitraum angelegt sind. Die Prüfung der Dauerhaftigkeit der Pflege ist bei Aufnahme der Pflegetätigkeit im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise vorzunehmen. Diese vorausschauende Beurteilung bleibt – wie bei Statusentscheidungen im Versicherungsrecht üblich – für die Vergangenheit maßgebend, selbst wenn die als solche richtige „Schätzung“ rückwirkend betrachtet mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht übereinstimmt bzw. die Entwicklung später anders verläuft als angenommen.

Pflegepersonen, die zwar in einzelnen Pflegezeiträumen jeweils bis zu zwei Monaten zusammenhängender Dauer pflegen, diese Pflegephasen aber immer wiederkehren und somit die Pflege Tätigkeit auf Dauer angelegt ist, können unter den weiteren Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtig sein. Diese Personen sollten für die Prüfung der Dauerhaftigkeit der Pflege bei Aufnahme der Pflege Tätigkeit im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise erklären, dass die Pflege Tätigkeit erwartungsgemäß an mehr als 60 Tagen im Jahr ausgeübt werden wird.

Dauerhaftigkeit der Pflege besteht demnach auch in den Fällen, in denen der Pflegebedürftige bei dauernder internatsmäßiger Unterbringung lediglich in den gesamten Ferienzeiten im Jahr (ausgehend von ca. 12 Wochen) in die häusliche Umgebung zurückkehrt. In diesem Fall ist auch für die außerhalb der Ferienzeiten zu erbringende Pflege die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit gegeben.

Wird die Pflege Tätigkeit gänzlich ungleichmäßig von nicht absehbarer Dauer im häuslichen Bereich ausgeübt, ist mit der Aufnahme der Pflege Tätigkeit ebenfalls im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise für ein Jahr zu schätzen, ob die Pflege dauerhaft erbracht wird.

Für die taggenaue Feststellung der Versicherungspflicht und infolgedessen für die Beitragszahlung durch die Pflegekassen oder die privaten Versicherungsunternehmen sind Erklärungen oder Nachweise über den konkreten Zeitraum der Pflege erforderlich.

Die Anforderungen an die Dauerhaftigkeit der Pflege gelten bei Additionspflege für jede einzelne Pflege Tätigkeit einer Pflegeperson.

II 1.1.5 Mindestumfang/Regelmäßigkeit der Pflege Tätigkeit

Die Versicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen setzt ein gewisses Mindestmaß an Pflege voraus. Der Gesetzgeber verlangt konkret, dass der wöchentliche Pflegeumfang regelmäßig mindestens 14 Stunden beträgt. Dies kann auch durch eine Additionspflege erreicht werden.

Dabei muss die wöchentliche Mindeststundenzahl entweder durch die Pflege Tätigkeit für einen Pflegebedürftigen oder durch Kumulation einzelner Pflegestunden bei verschiedenen Pflegebedürftigen von jeweils unter 14 Stunden wöchentlich erreicht werden.

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Teilen sich zwei oder mehrere Pflegepersonen die Pflege eines Pflegebedürftigen, kann jede Pflegeperson rentenversichert sein, sofern sie entweder - jeweils für sich gesehen - die Pflegetätigkeit an regelmäßig mindestens 14 Stunden wöchentlich ausübt oder bei geringerem Pflegeanteil zusammen mit einer weiteren Pflege eines Pflegebedürftigen von ebenfalls unter 14 Stunden wöchentlich den Mindestpflegeumfang erreicht.

Beispiel 1

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 28 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A an 18 Std./Woche und von Pflegeperson B an 10 Std./Woche ausgeübt.

Der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pflegetätigkeit wird lediglich von Pflegeperson A erfüllt. Pflegeperson B erfüllt diese Voraussetzung nicht.

Beispiel 2

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 28 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A an 18 Std./Woche und von Pflegeperson B an 10 Std./Woche ausgeübt. Die Pflegeperson B pflegt einen weiteren Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) 6 Std./Woche.

Der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pflegetätigkeit wird von beiden Pflegepersonen erfüllt.

Beispiel 3

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 28 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A an 18 Std./Woche und von Pflegeperson B an 10 Std./Woche ausgeübt. Die Pflegeperson A pflegt einen weiteren Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) 6 Std./Woche. Die Pflegeperson B übt keine weitere Pflegetätigkeit aus.

Der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pflegetätigkeit wird von Pflegeperson A in der ersten Pflegetätigkeit (18 Std./Woche) erfüllt. Eine Zusammenrechnung des Pflegeaufwands von mindestens 14 Std./Woche für diese Pflegetätigkeit mit dem Pflegeaufwand von weniger als 14 Stunden für die zweite Pflegetätigkeit findet nicht statt. Die Pflegeperson B übt nur eine Pflegetätigkeit von unter 14 Stunden aus und ist daher nicht versicherungspflichtig.

Wird die Pflegetätigkeit in wöchentlichen oder mehrwöchentlichen Intervallen ausgeübt, muss der Pflegeaufwand einer Pflegeperson für eine durchgehende Versicherungspflicht im Wochendurchschnitt mindestens 14 Stunden ausmachen. Wird ein regelmäßiger Wochendurchschnitt von mindestens 14 Stunden nicht erreicht, kann dennoch Versicherungspflicht

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

in den einzelnen Pflegephasen bestehen. Dies gilt auch, wenn der Mindestpflegeumfang bei einer Additionspflege nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird.

Beispiel 4

Der Pflegebedarf eines erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) liegt bei 14 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A und Pflegeperson B im wöchentlichen Wechsel ausgeübt.

Die Pfl egetätigkeit wird weder von Pflegeperson A noch von Pflegeperson B im Wochendurchschnitt an regelmäßig mindestens 14 Std. ausgeübt. Versicherungspflicht der Pflegepersonen besteht zwar nicht durchgehend, jedoch in den jeweiligen Pflegephasen.

Beispiel 5

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 28 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A und Pflegeperson B im wöchentlichen Wechsel ausgeübt.

Die Pfl egetätigkeit wird sowohl von Pflegeperson A als auch von Pflegeperson B im Wochendurchschnitt an regelmäßig mindestens 14 Std. ausgeübt. Die Versicherungspflicht der Pflegepersonen besteht durchgehend.

Bei der Prüfung des Pflegeaufwands im Wochendurchschnitt ist der Pflegeaufwand mehrerer Pfl egetätigkeiten nur dann zusammenzurechnen, wenn die jeweiligen Pfl egetätigkeiten nicht bereits in den einzelnen Pflegephasen zur Versicherungspflicht führen, da die Versicherungspflicht aufgrund einer einzelnen Pfl egetätigkeit der Versicherungspflicht aufgrund einer Additionspflege vorgeht.

Beispiel 6

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 21 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A und Pflegeperson B im wöchentlichen Wechsel ausgeübt. Die Pflegeperson B pflegt darüber hinaus einen Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) im Umfang von 10 Stunden wöchentlich mit.

Die Pfl egetätigkeit für den Schwerpflegebedürftigen wird weder von Pflegeperson A noch von Pflegeperson B im Wochendurchschnitt an regelmäßig mindestens 14 Std. ausgeübt. Versicherungspflicht der Pflegepersonen besteht zwar nicht durchgehend, jedoch in den jeweiligen Pflegephasen, daher bleibt die zweite Pfl egetätigkeit von Pflegeperson B unberücksichtigt.

Eine internatmäßige Unterbringung des Pflegebedürftigen steht der Regelmäßigkeit der mindestens 14 Stunden wöchentlich umfassenden Pflege dann nicht entgegen, wenn der

Pflegebedürftige immer am Wochenende in den häuslichen Bereich zurückkehrt und in dieser Zeit mindestens 14 Stunden gepflegt wird. An- und Abreisetage sind analog der Regelung im Leistungsrecht (§ 43a Satz 3 SGB XI) als volle Tage anzusetzen. Dies gilt auch, wenn der Mindestpflegeumfang bei einer Additionspflege nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird.

Beispiel 7

Der Pflegebedarf eines Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III), der internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, liegt bei 42 Std./Woche. Die Pflege wird jeweils am Wochenende (Freitag bis Sonntag) von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Std. ausgeübt.

Die Pfl egetätigkeit wird an regelmäßig mindestens 14 Std./Woche ausgeübt, daher besteht durchgehend Versicherungspflicht

Sind die Intervalle zwischen der häuslichen Pflege größer als eine Woche (z. B. bei 14-tägiger Heimkehr), muss der Pflegeaufwand im Wochendurchschnitt mindestens 14 Stunden ausmachen, damit eine durchgehende Versicherungspflicht sichergestellt ist; wegen des hohen Umfangs der erforderlichen Pfl egetätigkeit dürfte die für die Versicherungspflicht geforderte Mindeststundenzahl in diesen Fällen nur dann erreicht werden, wenn der Pflegebedürftige der Pflegestufe III zugeordnet ist oder der Mindestpflegeumfang durch mehrere Pfl egetätigkeiten erreicht wird. Wird ein regelmäßiger Wochendurchschnitt von mindestens 14 Stunden nicht erreicht, kann dennoch Versicherungspflicht in den einzelnen Pflegephasen bestehen.

Beispiel 8

Der Pflegebedarf eines Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III), der internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes zweite Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, liegt bei 42 Std./Woche. Die Pflege wird an diesen jeweiligen Wochenenden (Freitag bis Sonntag) von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Std. ausgeübt. Weitere Pfl egetätigkeiten werden nicht ausgeübt.

Die Pfl egetätigkeit wird im Wochendurchschnitt an 9 Std. ausgeübt. Der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pfl egetätigkeit von 14 Stunden im Wochendurchschnitt wird nicht erreicht. Versicherungspflicht besteht zwar nicht durchgehend, jedoch in der jeweiligen Pflegephase.

Beispiel 9

Der Pflegebedarf eines Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III), der internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes zweite Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, liegt bei 42 Std./Woche. Die Pflege wird an diesen jeweiligen Wochenenden (Freitag bis Sonntag) von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Std. ausgeübt. Daneben pflegt die Pflegeperson einen weiteren erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) regelmäßig 12 Std./Woche.

Die Pfllegetätigkeit für den Schwerstpflegebedürftigen wird im Wochendurchschnitt an 9 Std. ausgeübt. Der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pfllegetätigkeit von 14 Stunden im Wochendurchschnitt wird nicht erreicht. Versicherungspflicht der Pflegepersonen besteht zwar nicht durchgehend, jedoch in den jeweiligen Pflegephasen für den Schwerstpflegebedürftigen, daher bleibt die zweite Pfllegetätigkeit unberücksichtigt. In der zweiten Pfllegetätigkeit wird keine Versicherungspflicht begründet.

Beispiel 10

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II), der internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes zweite Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, liegt bei 21 Std./Woche. Die Pflege wird an diesen jeweiligen Wochenenden (Freitag bis Sonntag) von einer Pflegeperson im Umfang von 9 Std. ausgeübt. Daneben pflegt die Pflegeperson einen weiteren erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) regelmäßig 12 Std./Woche.

Keine der beiden Pfllegetätigkeiten erreicht für sich die 14-Stundengrenze im Wochendurchschnitt oder in der jeweiligen Pflegephase. Die Pfllegetätigkeiten der Pflegeperson sind daher zusammenzurechnen. Die Pfllegetätigkeiten werden insgesamt im Wochendurchschnitt an 16,5 Std. ausgeübt. Der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pfllegetätigkeit von 14 Stunden im Wochendurchschnitt wird erreicht. Aufgrund der Zusammenrechnung der Pfllegetätigkeiten besteht durchgehend Versicherungspflicht.

Beispiel 11

Eine Pflegeperson pflegt jedes zweite Wochenende (Freitag bis Sonntag) im häuslichen Bereich ihre beiden schwerpflegebedürftigen Kinder (Pflegestufe II). Der Pflegebedarf beträgt für das erste Kind 21 Std./Woche und für das zweite Kind 30,5 Std./Woche. Der Gesamtpflegeaufwand der Pflegeperson beträgt jedes zweite Wochenende 22 Stunden (9 und 13 Std.).

Keine der beiden Pfllegetätigkeiten erreicht für sich im Wochendurchschnitt oder in der jeweiligen Pflegephase den erforderlichen Mindestpflegeumfang von 14 Stunden. Auch nach Zusammenrechnung der beiden Pfllegetätigkeiten wird der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pfllegetätigkeit von 14 Stunden im Wochendurchschnitt nicht erreicht. Versicherungspflicht der Pflegeperson besteht daher nicht durchgehend, jedoch in der jeweiligen Pflegephase (Additionspflege).

Beispiel 12

Der Pflegebedarf eines erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) liegt bei 12 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A und Pflegeperson B im wöchentlichen Wechsel ausgeübt. Pflegeperson B pflegt darüber hinaus einen Schwerstpflegebedürftigen durchgehend 5 Stunden.

Keine der drei Pfllegetätigkeiten erreicht für sich im Wochendurchschnitt oder in der jeweiligen Pflegephase den erforderlichen Mindestpflegeumfang von 14 Stunden. Nach Zusammenrechnung der beiden Pfllegetätigkeiten der Pflegeperson B wird der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pfllegetätigkeit von 14 Stunden zwar nicht im Wochendurchschnitt erreicht, jedoch in der jeweiligen Pflegephase (Additionspflege). Versicherungspflicht der Pflegeperson B besteht daher zwar nicht durchgehend, jedoch in der jeweiligen Pflegephase.

Bei einer Änderung der Pflegeverhältnisse führt – entsprechend dem in § 34 Abs. 3 SGB XI zum Ausdruck kommenden Willen – nicht jede Änderung bei der Ausübung der Pfllegetätigkeit zu entsprechenden versicherungsrechtlichen Folgen zu Ungunsten der Pflegeperson. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn für Zeiten bis zu vier Kalendertagen innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten, in denen aufgrund unvorhersehbarer Ereignisse eine geringere als zunächst angenommene Pfllegetätigkeit ausgeübt wird, eine versicherungsrechtliche Änderung unterbleibt.

Beispiel 13

Der Pflegebedarf eines Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) liegt bei 42 Std./Woche. Der Pflegebedürftige ist seit Anfang Februar 2013 in einer Behinderteneinrichtung untergebracht und soll ab 08.02. jedes Wochenende (von Freitag bis Montag) in den häuslichen Bereich zurückkehren. Anfang Mai wird von der Pflegeperson mitgeteilt, dass die Pflege bis auf das Wochenende vom 08.03. – 11.03. wie vorgesehen ausgeübt wurde.

Bei der Feststellung der durchgehenden Versicherungs- und Beitragspflicht bei Aufnahme der Pfllegetätigkeit wurde zunächst aufgrund des angenommenen regelmäßigen wöchentlichen Pflegerhythmus ein durchschnittlicher Pflegeumfang von 24 Std./Woche ($42 \times 4 : 7$) ermittelt. Die Nichtausübung der Pfllegetätigkeit in der Zeit vom 08.03. – 11.03. kann versicherungs- und beitragsrechtlich unberücksichtigt bleiben, da diese Zeiten insgesamt vier Kalendertage innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten (08.02. – 07.05.) nicht übersteigen.

Die durch ausgefallene Pfllegetage veränderte wöchentliche oder auf den Wochendurchschnitt umgerechnete Pflegestundenzahl kann allerdings nicht ohne Auswirkungen bleiben, wenn insgesamt mehr als vier Kalendertage innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten erreicht werden. In diesen Fällen können sich die ausgefallenen Pfllegetage in versicherungsrechtlicher Hinsicht auf die jeweilige „Pflegephase“ entsprechend auswirken. Dabei umfasst die „Pflegephase“ die Dauer eines Pflegerhythmus. Beträgt der durchschnittliche wöchentli-

che Pflegeumfang in einzelnen „Pflegephasen“ aufgrund ausgefallener Pflgetage weniger als 14 Stunden, ist eine durchgehende Versicherungspflicht nicht mehr gegeben. Es kann höchstens während der tatsächlich ausgeübten Pflege unter den weiteren Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI Versicherungspflicht bestehen. Das bedeutet, dass auch der wöchentliche Pflegeumfang regelmäßig 14 Stunden betragen muss. Dieses Erfordernis wird in den ungleichmäßigen Pflegezeiträumen dann erfüllt, wenn innerhalb des jeweils zu beurteilenden (zusammenhängenden) Pflegezeitraums die Pflgetätigkeit mindestens 14 Stunden in der Woche erreicht.

Beispiel 14

Der Pflegebedarf eines Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) liegt bei 56 Std./Woche. Der Pflegebedürftige ist in einer Behinderteneinrichtung untergebracht und soll ab 08.02.2013 gleichmäßig jedes zweite Wochenende (von Freitag bis Montag) in den häuslichen Bereich zurückkehren. Anfang Mai werden von der Pflegeperson die folgenden häuslichen Pflegezeiten angezeigt:

08.02.(Freitag) – 10.02.(Sonntag), 22.02.(Freitag) – 25.02.(Montag), 09.03. (Samstag) – 10.03.(Sonntag), 22.03.(Freitag) – 24.03.(Sonntag), 05.04.(Freitag) – 08.04.(Montag), 20.04.(Samstag) – 21.04.(Sonntag).

Bei der Feststellung der durchgehenden Versicherungs- und Beitragspflicht bei Aufnahme der Pflgetätigkeit wurde zunächst aufgrund des angenommenen gleichmäßigen zweiwöchigen Pflegerhythmus ein durchschnittlicher Pflegeumfang von 16 Std./Woche ermittelt. Die Nichtausübung der Pflgetätigkeit am 11.02., 11.03., 25.03. und 22.04. (jeweils Montag) sowie am 08.03. und 19.04. (jeweils Freitag) kann versicherungs- und beitragsrechtlich nicht unberücksichtigt bleiben, da diese Zeiten insgesamt vier Kalendertage innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten (08.02. – 07.05.) übersteigen.

Aufgrund der ausgefallenen Pflgetage reduziert sich der durchschnittliche wöchentliche Pflegeumfang in den jeweiligen (hier: zweiwöchigen) „Pflegephasen“. Das bedeutet, dass die Nichtausübung der Pflgetätigkeit am 11.02. zu einer Minderung des durchschnittlichen Pflegeumfangs auf 12 Std./Woche in der „Pflegephase“ vom 08.02. – 21.02. führt. Gleiches gilt aufgrund der Nichtausübung der Pflgetätigkeit am 25.03. für die „Pflegephase“ vom 22.03. – 04.04. Die Nichtausübung der Pflgetätigkeit am 08.03. und 11.03. sowie am 19.04. und 22.04. führt zu einer Minderung des durchschnittlichen Pflegeumfangs auf 8 Std./Woche in den „Pflegephasen“ vom 08.03. – 21.03. und vom 19.04. – 02.05. Die zunächst angenommene durchgehende Versicherungs- und Beitragspflicht auf der Grundlage eines durchschnittlichen Pflegeumfangs von 16 Std./Woche wird daher für die jeweilige „Pflegephase“ unterbrochen.

Es ist allerdings zu prüfen, ob während der tatsächlichen Ausübung der Pflgetätigkeit in diesen (zusammenhängenden) Pflegezeiträumen (hier: vom 08.02. – 10.02., vom 09.03. – 10.03., vom 22.03. – 24.03. und vom 20.04. – 21.04.) Versicherungs- und Beitragspflicht besteht. Während der tatsächlichen Ausübung der Pflege besteht hiernach Versicherungs- und Beitragspflicht, da die Pflege in diesen Zeiten mindestens 14 Stunden und somit regelmäßig ausgeübt wird.

In den Fällen, in denen der Pflegebedürftige bei dauernder internatsmäßiger Unterbringung in den gesamten Ferienzeiten im Jahr (ausgehend von ca. 12 Wochen) in die häusliche Um-

gebung zurückkehrt und demnach auch für die außerhalb der Ferienzeiten zu erbringende Pflege die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit gegeben ist, besteht nur während der tatsächlich ausgeübten Pflege unter den weiteren Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI Versicherungspflicht. Das bedeutet, dass auch der wöchentliche Pflegeumfang regelmäßig 14 Stunden betragen muss. Dieses Erfordernis wird in den Pflegezeiträumen außerhalb der Ferien dann erfüllt, wenn innerhalb des jeweils zu beurteilenden (zusammenhängenden) Pflegezeitraums die Pflegetätigkeit mindestens 14 Stunden in der Woche erreicht.

Beispiel 15

Der Pflegebedarf eines erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) liegt bei 16 Std./Woche. Der Pflegebedürftige ist internatsmäßig untergebracht und kehrt stets in den Ferienzeiten in den häuslichen Bereich zurück. Aufgrund unvorhersehbarer Umstände wird der Pflegebedürftige auch in der Zeit vom 12.11. bis zum 16.11. von der Pflegeperson in häuslicher Umgebung gepflegt.

Unter Ansatz des festgestellten wöchentlichen Pflegebedarfs (16 Std.) und des hier maßgebenden Pflegezeitraums (5 Tage) ergibt sich, dass für die Pflegeperson in der Zeit vom 12.11. bis zum 16.11. Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI nicht besteht, weil die durchschnittliche wöchentliche Pflegezeit von 11,4 Std. ($16 \text{ Std.} \times 5 : 7$) den Mindestumfang von 14 Std./Woche nicht erreicht.

Beispiel 16

Der Pflegebedarf eines erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) liegt bei 16 Std./Woche. Der Pflegebedürftige ist internatsmäßig untergebracht und kehrt stets in den Ferienzeiten in den häuslichen Bereich zurück. Aufgrund unvorhersehbarer Umstände wird der Pflegebedürftige auch in der Zeit vom 12.11. bis zum 22.11. von der Pflegeperson in häuslicher Umgebung gepflegt.

Unter Ansatz des festgestellten wöchentlichen Pflegebedarfs (16 Std.) und des hier maßgebenden Pflegezeitraums (11 Tage) ergibt sich, dass für die Pflegeperson in der Zeit vom 12.11. bis zum 22.11. Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht, weil die wöchentliche Pflegezeit (16 Std.) den Mindestumfang von 14 Std./Woche erreicht und angesichts der mindestens einwöchigen Dauer der Pflegetätigkeit eine Durchschnittsberechnung entfällt.

Die genannten Auswirkungen auf die Feststellung der Versicherungspflicht gelten entsprechend, wenn die Pflegetätigkeit gänzlich ungleichmäßig im häuslichen Bereich erbracht und im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise von einer Dauerhaftigkeit der Pflege ausgegangen wird.

II 1.1.6 Feststellung des Umfangs der Pfllegetätigkeit

Bei der Feststellung des erforderlichen Umfangs der Pfllegetätigkeit ist nur der Hilfebedarf zu berücksichtigen, der bezüglich der in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgeführten Verrichtungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich ist. Die Zeit, die für ergänzende Pflege und Betreuung benötigt wird (z. B. Hilfe zur Erfüllung kommunikativer Bedürfnisse, Beförderung bzw. Begleitung eines Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege, zu einer Werkstatt für behinderte Menschen, zur Arbeitsstätte, zu kulturellen Veranstaltungen, Besuchen bei Freunden und Bekannten), ist für die Feststellung der Pflegestundenzahl nicht anzurechnen. Das Erfordernis der wenigstens 14 Wochenstunden umfassenden Pflege sowohl in § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI als auch in § 19 Satz 2 SGB XI kann in diesem engen Sachzusammenhang, in dem die Vorschriften zu sehen sind, nur den Hilfebedarf bei den gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen umfassen, der auch im leistungsrechtlichen Verfahren für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit anrechenbar ist (vgl. auch Urteil des BSG vom 28.09.2011 - B 12 R 9/10 R).

Demgemäß ist es zulässig, dass der im Einzelfall erforderliche Mindestpflegeaufwand von 14 Stunden in der Woche allein mit Hilfeleistungen im Bereich der Grundpflege oder aber nur im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung erbracht wird, wenn nach den Feststellungen des Gutachters insoweit ein tatsächlicher Hilfebedarf besteht. In diesen Fällen wird allerdings ein insgesamt bestehender leistungsauslösender Hilfebedarf (vgl. § 14 Abs. 4, § 15 SGB XI) vorausgesetzt, weil die ausschließlich im Bereich der Hauswirtschaft benötigte Hilfe keine Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung begründet. Nur unter diesen Voraussetzungen kann (bei Ausübung der Pflege durch mehrere Pflegepersonen) die für die Versicherungspflicht geforderte Mindeststundenzahl allein mit Hilfeleistungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung erfüllt werden.

Das Verfahren zur Feststellung des für die Versicherungspflicht maßgebenden Umfangs der Pfllegetätigkeit ist in § 44 Abs. 1 Satz 3 bis 5 SGB XI näher beschrieben. Danach stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein von den Pflegekassen beauftragter anderer unabhängiger Gutachter im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist und erfragt in den Fällen, in denen die Pflege des Pflegebedürftigen die Dauer von 14 Stunden in der Woche unterschreitet, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt. Für die private Pflegepflichtversicherung werden diese Feststellungen durch die MEDICPROOF GmbH getroffen. Der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in diesem grundsätzlich erforderlichen zeitlich konkret benannten Ge-

samtwert auch tatsächlich erbracht werden. Dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) in Anspruch genommen werden. Eine Selbsteinschätzung des Pflegebedürftigen und seiner Pflegeperson über den erforderlichen Pflegeaufwand reicht demgemäß nicht aus (so auch Begründung zur Einfügung der Sätze 3 bis 5 in § 44 Abs. 1 SGB XI durch das 1. SGB XI-ÄndG, vgl. BT-Drs. 13/3696 und 13/4091).

Auf diesen Vorgaben basierend ist in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien), die auch die privaten Versicherungsunternehmen aufgrund des § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI anwenden, in Abschnitt D Punkt 1.4 beschrieben, dass der Gutachter des MDK die vom Antragsteller bzw. der Pflegeperson geltend gemachten Pflegezeiten zu überprüfen hat. Ausgehend vom festgestellten objektiven Hilfebedarf (Punkt 4.1 bis 4.4 des Gutachtens) ist unter Punkt 5.1 des Gutachtens eine eigenständige Bewertung des von der Pflegeperson angegebenen wöchentlichen Pflegeaufwands in Zeitspannen (unter 14 Stunden, 14 bis unter 21 Stunden, 21 bis unter 28 Stunden, mindestens 28 Stunden) vorzunehmen. Der Gutachter des MDK stellt also nicht in jedem Einzelfall fest, in welchem Umfang die Pfllegetätigkeit tatsächlich geleistet wird. Er hat sich auf der Grundlage der von dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson gemachten und unter Punkt 1.4 des Gutachtens dokumentierten Angaben zum Pflegeaufwand davon zu überzeugen, dass der Umfang der Pfllegetätigkeit - bei objektiver Bewertung der Situation und des Hilfebedarfs - auch erforderlich ist, das heißt es wird im Rahmen einer Gesamtbetrachtung ermittelt, ob die erbrachte Hilfeleistung dem individuellen Hilfebedarf entspricht. Dabei ist Maßstab für die Bemessung des Pflegezeitaufwandes die Pflegezeit, die nichtprofessionelle Pflegepersonen im Sinne der Laienpflege benötigen würden (vgl. Abschnitt D Punkt 4 der Begutachtungs-Richtlinien). Eine Überschreitung der für die einzelnen Pflegebedarfe zugrunde zu legenden objektiven maximalen Orientierungswerte ist nur in besonders gelagerten und vom Gutachter zu begründenden Fällen aufgrund pflegeerschwerender Faktoren möglich.

Ergibt sich für die Pflegeperson ein Pflegeaufwand von unter 14 Stunden, hat der Gutachter außerdem den zeitlichen Umfang des geleisteten Pflegeaufwandes der Pflegeperson zu benennen und zu erfragen, ob die Pflegeperson daneben noch weitere Pflegebedürftige pflegt.

Weichen die Angaben des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson zum Umfang des Pflegeaufwandes von dem festgestellten objektiven Pflegebedarf ab (Abgleich der Ergebnisse zu den Ziffern 1.4 und 4.1 bis 4.4 des Gutachtens), ist dies bei der Feststellung des Gesamtpflegebedarfs unter Ziffer 5.1 des Gutachtens zu begründen (vgl. Abschnitt D 5.1 der Begutachtungs-Richtlinien). Eine über den festgestellten objektiven Pflegebedarf hinausgehende

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Pflege kann dabei nicht berücksichtigt werden (§ 29 Abs. 1 SGB XI). Ist der Pflegeaufwand nach den Angaben des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson hingegen geringer als der objektive Pflegebedarf, ist für die Entscheidung über die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung der Pflegebedarf nach den Eigenangaben zu berücksichtigen, wenn nach den Angaben im Gutachten unter Ziffer 5.1 und 5.4 die ausreichende Pflege in diesem Pflegeumfang dennoch sichergestellt ist.

Die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird nach § 53b SGB XI noch in gesonderten Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes geregelt.

Bei einer Kombinationspflege (§ 38 SGB XI) ist vom festgestellten objektiven Pflegebedarf der vom Pflegedienst erbrachte Pflegeumfang abzusetzen.

Sind die Angaben zum Pflegeaufwand im Gutachten unter Berücksichtigung der ggf. erfolgten besonderen Begründung des Gutachters unter Ziffer 5.1 nicht schlüssig oder unplausibel, sind von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen weitere Ermittlungen zu führen. Hierzu können Angaben in einem Pfl egetagebuch bzw. einer Pflegedokumentation herangezogen werden; gegebenenfalls ist der Gutachter um eine weitere Konkretisierung seiner Feststellungen im Gutachten zu bitten.

Ergeben sich aus dem Gutachten für eine Pflegeperson mit einem Pflegeaufwand von unter 14 Stunden wöchentlich keine weiteren Pfl egetätigkeiten (keine Additionspflege), wird die Pflegeperson lediglich darüber informiert, dass Versicherungspflicht bestehen kann, wenn weitere Pfl egetätigkeiten unter 14 Stunden wöchentlich ausgeübt werden und der Gesamtpflegeaufwand 14 Stunden erreicht.

Werden im Gutachten für eine Pflegeperson mit einem Pflegeaufwand von unter 14 Stunden wöchentlich dagegen weitere Pfl egetätigkeiten angeführt, sind die notwendigen Angaben zur Prüfung einer Additionspflege mit dem Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen von der Pflegeperson einzuholen. Ergibt sich daraus ein voraussichtlicher wöchentlicher Gesamtpflegeaufwand von mindestens 14 Stunden und liegen keine sonstigen Ausschlussgründe für die Versicherungspflicht vor, haben sich die beteiligten Pflegekassen bzw. Versicherungsunternehmen gegenseitig den jeweils bei ihnen gutachtlich festgestellten Pflegeaufwand der Pflegeperson zu bestätigen (vgl. zum Mitteilungsverfahren Abschnitt V). Andernfalls ist ein Mitteilungsverfahren nicht durchzuführen.

II 1.1.7 Häusliche Umgebung

Weitere Voraussetzung des § 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI ist, dass die Pflege des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung stattfindet. Dabei ist der Begriff der häuslichen Umgebung nicht auf den eigenen Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt, wengleich die Worte „seiner häuslichen Umgebung“ auf den ersten Blick eine solche Auslegung nahe legen.

Der Begriff der häuslichen Umgebung steht in engem Sachzusammenhang mit dem Begriff der häuslichen Pflege, so wie er als generelle Anspruchsvoraussetzung für die Leistungen bei häuslicher Pflege (§§ 36 bis 40 SGB XI) vorausgesetzt wird. Diesbezüglich stellt § 36 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1 SGB XI (in der durch das 1. SGB XI-Änderungsgesetz seit dem 25.06.1996 geltenden Fassung) ausdrücklich klar, dass Pflegesachleistungen auch dann möglich sind, wenn der Pflegebedürftige nicht im eigenen Haushalt gepflegt wird. Diese Leistungen sind nach Halbsatz 2 der genannten Vorschrift nur dann ausgeschlossen, wenn der Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer der in § 71 Abs. 4 SGB XI aufgeführten stationären Einrichtungen lebt und dort gepflegt wird.

Dementsprechend ist auch bei Prüfung der Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI von einem relativ weit gefassten Begriff der häuslichen Umgebung auszugehen. Häusliche Umgebung ist also auch anzunehmen, wenn die Pflege im Haushalt der Pflegeperson oder einer dritten Person (z. B. einem Verwandten oder Verschwägerten), in einer Altenwohnung oder einem Altenwohnheim, in der ein Mindestmaß an eigenständiger Lebensführung und selbständiger Wahl der Pflegeform möglich ist, erfolgt. Sofern sich der Pflegebedürftige gewöhnlich in einem Wohnheim für behinderte Menschen oder einer Behinderteneinrichtung aufhält und im planmäßigen und regelmäßigen Abstand (z. B. an den Wochenenden und/oder den Ferien) „zu Hause“ gepflegt wird, ist in dieser Zeit eine häusliche Umgebung anzunehmen, selbst wenn die Dauer des Aufenthalts in der Behinderteneinrichtung überwiegt.

Wird der Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer der in § 71 Abs. 4 SGB XI aufgeführten stationären Einrichtungen gepflegt, ist in analoger Anwendung der leistungsrechtlichen Regelung des § 36 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XI häusliche Umgebung auszuschließen.

II 1.1.8 Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen

Die Versicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen erfordert nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI den Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung. Als Leistungen im vorstehenden Sinne kommen in erster Linie das Pflegegeld (§§ 37, 123 SGB XI), die Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) und die Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) in Betracht. Die Versicherungspflicht wird allerdings nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige die Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) wählt. Insbesondere bei Pflegebedürftigen der Stufe II oder III kann - je nach Einzelfall - durchaus noch zusätzlicher Pflegebedarf in Form der nicht erwerbsmäßigen Pflege vorhanden sein. Dies ist vom Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen (vgl. § 44 Abs. 1 Satz 5 SGB XI).

Da nicht die tatsächliche Leistungsgewährung, sondern allein der Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung verlangt wird, ist die Versicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson auch möglich, wenn der Leistungsanspruch ruht. Dies ist insbesondere in den Fällen des § 34 Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 SGB XI aufgrund des Vorrangs der Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach versorgungsrechtlichen Regelungen oder nach dem Recht der Unfallversicherung der Fall (vgl. auch Urteile des BSG vom 29.04.1999 - B 3 P 14/98 R - USK 9952 und vom 27.01.2000 - B 12 P 1/99 R - USK 2000-4).

Die Versicherungspflicht setzt insoweit einen Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen aus einer Pflegeversicherung nach dem SGB XI voraus. Dies ist nicht gegeben bei einem Erstattungsanspruch der Pflegekasse gegenüber einem ausländischen Versicherungsträger (sog. (Sach-) Leistungsaushilfe) oder einem alleinigen Pflegeleistungsanspruch nach den Regelungen des SGB XII (Sozialhilfe).

II 1.2 Beginn der Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht kommt kraft Gesetzes zustande, wenn die Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI erfüllt sind. Einer Umsetzung der Regelung durch Verwaltungsakt bedarf es nicht. Die Versicherungspflicht (ebenso wie die an die Versicherungspflicht geknüpfte Beitragszahlung) erfordert keinen Antrag der Pflegeperson (vgl. auch Ausführungen unter Abschnitt II 1.1).

Die Versicherungspflicht kommt für eine jugendliche Pflegeperson frühestens mit dem Tag nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Betracht.

Wird im Rahmen einer Folgebegutachtung festgestellt, dass sich der Hilfebedarf des Pflegebedürftigen erhöht hat und damit der Pflegeumfang der Pflegeperson für diesen Pflegebedürftigen oder insgesamt für mehrere Pflegebedürftige mindestens 14 Wochenstunden erreicht, setzt die Versicherungspflicht mit dem Tag ein, an dem sich die Verhältnisse (hier: erhöhter Hilfebedarf) verändert haben. Ist dieser Zeitpunkt nicht konkret feststellbar, ist auf den Tag der Begutachtung abzustellen.

II 1.3 Ende der Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht endet grundsätzlich mit dem Tag, an dem mindestens eine der Tatbestandsvoraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI entfällt und andere Gründe dem Wegfall der Versicherungspflicht nicht entgegen stehen (zum Vertrauensschutz vgl. Ziffer 5 der Verfahrensbeschreibung zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen, Anhang I). Dementsprechend endet die Versicherungspflicht regelmäßig mit dem Tag, an dem insbesondere

- die Leistung aus der Pflegeversicherung (z. B. Pflegegeld nach §§ 37, 123 SGB XI oder Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI) infolge Besserung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen wegfällt,
- der Pflegebedürftige in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen wird,
- die Pfllegetätigkeit nicht mehr ausgeübt oder versicherungsschädlich eingeschränkt wird,
- die Pfllegetätigkeit aufgrund von Urlaub oder Krankheit der Pflegeperson oder aus sonstigem Anlass, der in der Pflegeperson begründet ist, unterbrochen wird (vgl. Urteil des BSG vom 22.03.2001 - B 12 P 3/00 R - USK 2001-2), dies gilt seit 01.07.2008 nicht für die Zeit des Urlaubs von bis zu sechs Wochen (42 Tage) im Kalenderjahr (§ 34 Abs. 3 SGB XI, vgl. Abschnitt II 1.4); in Übergangsfällen trat die Versicherungspflicht am 01.07.2008 wieder ein,
- eine weitere Pflegeperson hinzutritt und sich dadurch der Pflegeaufwand für die bislang versicherungspflichtige Pflegeperson derart mindert, dass der erforderliche Mindestzeitaufwand von 14 Stunden wöchentlich nicht mehr erreicht wird oder Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit der Pfllegetätigkeit eintritt,
- das Pflegegeld entzogen wird, weil die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht abgerufen wird (§ 37 Abs. 6 SGB XI); dies gilt nicht, wenn das Pflegegeld lediglich gekürzt wird.

Die Versicherungspflicht endet spätestens mit dem Tod des Pflegebedürftigen, vorausgesetzt, die nicht erwerbsmäßige Pfllegetätigkeit ist bis zum Todestag tatsächlich ausgeübt worden. Die leistungsrechtliche Weiterzahlung des Pflegegeldes bis zum Ende des Kalendermonats, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist, führt nicht zu einem Fortbestand der Versicherungspflicht über den Todestag hinaus. Dem steht der Fortbestand der Arbeitslo-

senversicherungspflicht bis zum Ende der Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz nicht entgegen.

Sofern im Rahmen einer Wiederholungsbegutachtung (§ 18 Abs. 2 SGB XI) oder eines Höherstufungsantrages Änderungen festgestellt werden, die den Umfang der Pflgetätigkeit betreffen (Hilfebedarf sinkt), endet die Versicherungspflicht frühestens mit dem Tag, an dem die Feststellung durch den Gutachter getroffen wird.

Wenn durch einen der vorgenannten Sachverhalte im Rahmen einer Additionspflege der insgesamt berücksichtigungsfähige Pflegeaufwand 14 Stunden in der Woche unterschreitet, endet die Versicherungspflicht ebenfalls.

Die Versicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson endet ferner an dem Tag vor der Aufnahme einer regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich umfassenden Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit im Sinne des § 3 Satz 3 SGB VI sowie mit dem Tag vor Eintritt von Versicherungsfreiheit (z. B. nach § 5 Abs. 4 Nr. 1 SGB VI aufgrund des Bezugs einer Vollrente wegen Alters).

II 1.4 Fortbestand der Versicherungspflicht bei Unterbrechung der Pflege

Nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht für eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson Versicherungspflicht nur in der Zeit, in der sie den Pflegebedürftigen tatsächlich pflegt. Wird die Pflgetätigkeit unterbrochen, weil die Pflegeperson wegen Krankheit oder aus anderen (nicht urlaubsbedingten) Gründen, die in ihrer Person liegen, an der Pflege gehindert ist, endet – ungeachtet der (ggf. anteiligen) Pflegegeldzahlung – auch die Versicherungspflicht (vgl. Ausführungen unter Abschnitt II 1.3). Nimmt der Pflegebedürftige während der Zeit der Unterbrechung die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) in Anspruch, ist für den Aufnahme- und Entlassungstag Versicherungs- (und Beitrags-)pflicht anzunehmen, wenn vor bzw. nach der Kurzzeitpflege die Pflege im häuslichen Bereich erfolgte, zumal die Pflege an diesen Tagen zumindest noch teilweise erbracht wird.

Beispiel

Eine versicherungspflichtige nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson ist wegen einer Krankheit vom 03.07. bis 28.07. an der Pflege gehindert. In dieser Zeit wird Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) in Anspruch genommen.

Die Versicherungspflicht endet mit der Unterbrechung der Pfllegetätigkeit; sie beginnt erneut mit der Aufnahme der Pfllegetätigkeit. Da für die Zeit der Unterbrechung Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wird, ist für den Aufnahme- und Entlassungstag Versicherungspflicht anzunehmen. Demgemäß besteht im Monat Juli an insgesamt 7 Tagen eine Versicherungs- (und Beitrags-)pflicht.

Auf die Erstattung einer Abmeldung kann verzichtet werden, da der Unterbrechungszeitraum keinen vollen Kalendermonat umfasst (vgl. Ausführungen unter Abschnitt IV 1.2).

Die vorstehenden Aussagen für die Kurzzeitpflege gelten gleichermaßen für die Inanspruchnahme der Ersatz- bzw. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI). Für den ersten und letzten Tag der Verhinderung besteht daher ebenfalls Versicherungs- (und Beitrags-)pflicht. Wird die auf längstens vier Wochen im Kalenderjahr begrenzte Ersatzpflege nicht zusammenhängend in Anspruch genommen, sondern auf das Kalenderjahr verteilt, ist - analog der Verfahrensweise zur Zahlung des Pflegegeldes im Leistungsrecht der Pflegeversicherung - ebenfalls für den ersten und letzten Tag des jeweiligen Zeitraums der Ersatzpflege von Versicherungs- (und Beitrags-)pflicht auszugehen.

Die Versicherungspflicht besteht dagegen nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers in § 34 Abs. 3 SGB XI für bestimmte Zeiten fort, in denen die Pflege aus Gründen, die in der Person des Pflegebedürftigen liegen, nicht oder nur eingeschränkt ausgeübt werden kann. Danach bleibt die Versicherungspflicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) sowie jeweils in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung der medizinischen Rehabilitation bestehen. In diesen Fällen wird in der Regel auch das Pflegegeld weiter gezahlt (vgl. § 34 Abs. 2 SGB XI). Dies gilt bei einem nahtlosen Anschluss von vollstationärer Krankenhausbehandlung und stationärer Leistung der medizinischen Rehabilitation nur für die ersten vier Wochen der Pflegeunterbrechung sowie auch dann, wenn der Unterbrechung eine Ersatzpflege vorausgegangen ist. Die Versicherungspflicht besteht aber selbst in den Fällen bis zu längstens vier Wochen fort, in denen die Pfllegetätigkeit wegen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung der medizinischen Rehabilitation des Pflegebedürftigen unterbrochen wird, es aber nicht zu einer Weiterzahlung des Pflegegeldes durch die Pflegekasse kommt, weil der Pflegebedürftige die Pflegesachleistung gewählt hat oder vorrangige Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung erhält. Die vorstehenden Aussagen gelten für die Additionspflege analog; d. h. für Krankenhausaufenthalte der jeweiligen Pflegebedürftigen, da die Unterbrechung der Pfllegetätigkeit in der Person des Pflegebedürftigen begründet ist.

Darüber hinaus besteht die Versicherungspflicht seit 01.07.2008 auch bei einem Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Pflegewochen bzw. 42 Pflegetagen im Kalenderjahr fort. Unter Erholungsurlaub ist hierbei ein Aussetzen der Pflege Tätigkeit zu verstehen, das in der Pflegeperson begründet ist und während der diese die Pflege Tätigkeit zum Zwecke der Erholung vorübergehend nicht ausübt („Urlaub von der Pflege“). Diese Feststellung kann letztlich nur von der Pflegeperson getroffen werden. Der Erholungsurlaub kann auch dann im vollen Umfang von bis zu sechs Wochen bzw. 42 Kalendertagen berücksichtigt werden, wenn die Pflege im Laufe eines Kalenderjahres aufgenommen oder beendet wird, sowie unabhängig vom Pflegerhythmus (z. B. bei ansonsten internatsmäßiger Unterbringung des Pflegebedürftigen). Wird die Pflege am Beginn oder Ende eines Urlaubs noch teilweise ausgeübt, gelten diese Tage nicht als Urlaubstage. Der Erholungsurlaub muss nicht zusammenhängend, sondern kann auch in mehreren Abschnitten in Anspruch genommen werden. Wenn bei parallel ausgeübten Pflege Tätigkeiten lediglich in einer Pflege Tätigkeit der Urlaub in Anspruch genommen wird, mindert dies jedoch nicht den Urlaubsanspruch in der weiteren Pflege Tätigkeit. Dies gilt nicht für die Additionspflege, da es sich hier um ein einheitliches Versicherungsverhältnis handelt und somit der Urlaub für alle Additionspflege Tätigkeiten insgesamt auch nur im Umfang von bis zu sechs Wochen in Anspruch genommen werden kann. Der Urlaub kann sich auch an eine sonstige Pflegeunterbrechung nach § 34 Abs. 3 SGB XI anschließen. Während der übrigen Unterbrechungstatbestände nach § 34 Abs. 3 SGB XI liegt kein entsprechender Erholungsurlaub vor (z. B. bei einem Krankenhausaufenthalt des Pflegebedürftigen). Die Inanspruchnahme des arbeitsrechtlichen Urlaubs in einer Beschäftigung mindert nicht den Umfang des Erholungsurlaubs als Pflegeperson in einer daneben ausgeübten Pflege Tätigkeit.

Die Versicherungspflicht besteht auch bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt des Pflegebedürftigen von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie für die Dauer der darüber hinausgehenden Zahlung von Pflegegeld fort, wenn der Pflegebedürftige von der Pflegeperson während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes tatsächlich gepflegt wird. Bei einer Unterbrechung der Pflege Tätigkeit aus Anlass eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes des Pflegebedürftigen endet dagegen die Versicherungspflicht. Dies gilt für die Additionspflege analog; d. h. für Auslandsaufenthalte der jeweiligen Pflegebedürftigen, da die Unterbrechung der Pflege Tätigkeit in der Person des Pflegebedürftigen begründet ist.

II 1.5 Irrtümliche Annahme von Versicherungspflicht

Die irrtümlich angenommene Versicherungspflicht entfällt grundsätzlich rückwirkend für Zeiten, für die im Nachhinein festgestellt wird, dass ihre Voraussetzungen nicht vorgelegen haben und andere Gründe dem nachträglichen Wegfall der Versicherungspflicht nicht entgegen stehen (zum Vertrauensschutz vgl. Ziffer 6 der Verfahrensbeschreibung zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen, Anhang I).

Anders zu beurteilen sind jedoch Fälle, in denen die Feststellung über das Bestehen einer der Voraussetzungen der Versicherungspflicht im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise vorgenommen wird, d. h. eine Prognose der Verhältnisse unter Einbeziehung der zu erwartenden Veränderungen erfolgt. Diese vorausschauende Beurteilung bleibt – wie bei Statusentscheidungen im Versicherungsrecht üblich – für die Vergangenheit maßgebend, selbst wenn die als solche richtige „Schätzung“ rückwirkend betrachtet mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht übereinstimmt bzw. die Entwicklung später anders verläuft als angenommen. Dieser Grundsatz gilt auch für die im Wege vorausschauender Betrachtungsweise vorzunehmende Prüfung der Dauerhaftigkeit der Pflege als eine der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen. Die Versicherungspflicht endet jedoch dann rückwirkend oder entfällt, wenn bereits zu einem früheren Zeitpunkt absehbar war, dass die erforderliche Mindestdauer der Pflegetätigkeit nicht erfüllt wird oder die Annahme des Versicherungsverhältnisses auf Angaben beruht, die der Betroffene vorsätzlich oder grob fahrlässig in wesentlicher Beziehung unrichtig oder unvollständig gemacht hat.

Ist die Pflegeperson mit der Feststellung der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens, dass keine Versicherungspflicht bestanden hat, nicht einverstanden, ist der streitige Fall zum Zwecke der Entscheidung über das Nichtbestehen von Versicherungspflicht (vgl. Verfahrensbeschreibung zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen, Anhang I) und der Beanstandung der zu Unrecht gezahlten Beiträge an den zuständigen Rentenversicherungsträger abzugeben.

II 1.6 Mehrfachversicherung

Die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI schließt das Entstehen oder den Fortbestand von Rentenversicherungspflicht nach anderen Vorschriften nicht aus, so dass eine Mehrfachversicherung möglich ist.

Auch die Ausübung von Pfllegetätigkeiten für mehrere Pflegebedürftige führt zu einer Mehrfachversicherung in der Rentenversicherung, sofern jede Pfllegetätigkeit für sich betrachtet die Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI erfüllt. Eine Mehrfachversicherung tritt auch ein, wenn neben einer rentenversicherungspflichtigen Pfllegetätigkeit im Umfang von mindestens 14 Stunden weitere Pfllegetätigkeiten im Umfang von jeweils weniger als 14 Stunden ausgeübt werden, die aufgrund der Zusammenrechnung den Mindestpfllegeumfang von 14 Stunden erreichen (Additionspfllege). Die Beiträge werden für jedes Versicherungsverhältnis auf der Grundlage des § 166 Abs. 2 oder Abs. 3 SGB VI bemessen (vgl. Ausführungen unter Abschnitt III 1.3 bis 1.6).

II 1.7 Ausschluss der Versicherungspflicht

II 1.7.1 Allgemeines

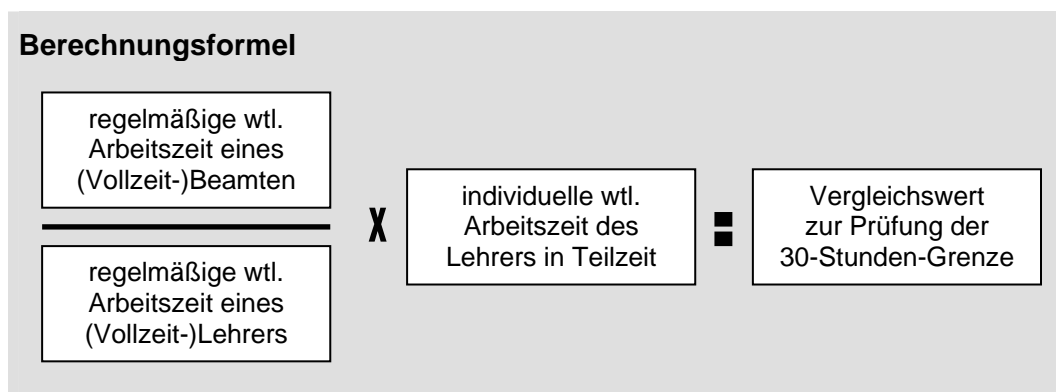
Nach § 3 Satz 3 SGB VI sind nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, nicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtig. Diese Ausschlussregelung unterstellt ihrem Sinn und Zweck sowie dem Gesamtzusammenhang nach in einer verallgemeinernden Betrachtungsweise, dass eine angemessene Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen bei einer mehr als 30 Stunden wöchentlich umfassenden Erwerbstätigkeit nicht unbedingt sichergestellt ist und die Notwendigkeit einer Verbesserung der Alterssicherung (durch die additive Bewertung der Pflegezeiten) für diese Pflegepersonen typischerweise nicht besteht.

Die Rechtsfolge des § 3 Satz 3 SGB VI tritt jedoch nur bei einem regelmäßigen Überschreiten der 30-Wochenstunden-Grenze durch eine auf Dauer ausgeübte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ein. Auf Dauer wird eine Beschäftigung bzw. selbständige Tätigkeit ausgeübt, wenn sie auf mehr als zwei Monate angelegt ist. Die maßgebende Wochenstundenzahl kann sich aus einem Tarif- oder Einzelarbeitsvertrag oder aus der Eigenart der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit ergeben. Schwankt die Stundenzahl von Woche zu Woche, so ist die regelmäßige Wochenstundenzahl im Weg einer Schätzung zu ermitteln. Zu diesem Zweck sind die voraussichtlichen Erwerbsarbeitsstunden von drei Kalendermonaten (= 13 Wochen) zu addieren und durch 13 zu dividieren.

Bei der Feststellung der maßgeblichen wöchentlichen Stundenzahl ist auch die für die Ausübung der Beschäftigung oder Tätigkeit erforderliche Vor- und Nacharbeit zu berücksichtigen. Demgemäß führt eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auch dann zum Ausschluss von der Rentenversicherungspflicht als Pflegeperson, wenn zwar die reine Arbeits-

zeit innerhalb der 30-Stunden-Grenze liegt, aber zusammen mit der für die Ausübung der Tätigkeit erforderlichen Vor- und Nacharbeit die Zeitgrenze von 30 Stunden überschritten wird. Dies dürfte insbesondere bei Tätigkeiten künstlerischer oder geistiger Art sowie bei Lehrern an öffentlichen oder privaten Schulen vorkommen.

Um bei teilzeitbeschäftigten Lehrern die durch Ausübung der Beschäftigung maßgebliche wöchentliche Stundenzahl und damit den Vergleichswert zur Prüfung der 30-Stunden-Grenze zu erhalten, ist zunächst ein Verhältniswert aus der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines vollzeitbeschäftigten Beamten oder Angestellten des jeweiligen Bundeslandes und der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit (Pflichtstundenzahl) eines vollzeitbeschäftigten Lehrers in dem jeweiligen Bundesland (unter Berücksichtigung von Schulart, Fächerkombination etc.) zu bilden. Dieser Verhältniswert ist sodann mit der individuellen wöchentlichen Arbeitszeit des teilzeitbeschäftigten Lehrers zu multiplizieren:



II 1.7.2 Beschäftigung im Ausland

Wird neben der Pflgetätigkeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von mehr als 30 Stunden in der Woche im Ausland ausgeübt, kommt keine Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI zustande. Die in § 3 Satz 3 SGB VI verwendeten Worte „beschäftigt oder selbständig tätig“ sind insoweit gebietsneutral zu verstehen.

II 1.7.3 Bezug von Leistungen nach dem SGB II und SGB III sowie von Anpassungsgeld oder Knappschaftsausgleichsleistung

Der Ausschluss von der Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 3 SGB VI gilt nicht für Pflegepersonen, die neben der Pflgetätigkeit Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II erhalten. Das gilt unabhängig davon, ob diese Leistungen aus einer vorhergehenden Voll- oder

Teilzeitbeschäftigung bezogen werden. Der Ausschluss gilt ferner nicht für Pflegepersonen, die Vorruhestandsgeld oder Kurzarbeitergeld bei Kurzarbeit-„Null“ beziehen.

Der Bezug von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung bei Teilnahme an einer für die Weiterbildungsförderung anerkannten Maßnahme steht der Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen ebenfalls grundsätzlich nicht entgegen. In diesem Zusammenhang ist entscheidend, ob die Maßnahme der beruflichen Weiterbildung im Rahmen einer Beschäftigung (z. B. bei einer Umschulung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses) oder im Rahmen schulischer Berufsausbildung durchgeführt wird. Ein Ausschluss von der Rentenversicherungspflicht im Sinne des § 3 Satz 3 SGB VI kommt nur bei einer mehr als 30 Stunden wöchentlich umfassenden Maßnahme der beruflichen Weiterbildung im Rahmen einer Beschäftigung in Betracht.

Der Ausschluss von der Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 3 SGB VI gilt auch nicht für Pflegepersonen, die neben der Pflege Tätigkeit Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Steinkohlebergbaus vom Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle oder eine Knappschaftsausgleichsleistung erhalten.

II 1.7.4 Bezug von Entgeltersatzleistungen

Pflegepersonen, die Entgeltersatzleistungen (Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld) im Anschluss an eine Beschäftigung von mehr als 30 Stunden wöchentlich erhalten, sind für die Zeit des Leistungsbezugs weiterhin dem Personenkreis zuzuordnen, der nach § 3 Satz 3 SGB VI von der Rentenversicherungspflicht ausgeschlossen ist, da sie nur vorübergehend an der Fortsetzung einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit gehindert sind. Dies gilt auch für Personen, die - bei ansonsten mehr als 30 Stunden wöchentlich umfassender Erwerbstätigkeit - durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden sollen und in dieser Zeit nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Dabei wird nicht zwingend der Bezug einer Entgeltersatzleistung vorausgesetzt. So sind bspw. auch Pflegepersonen von der Rentenversicherungspflicht ausgeschlossen, die als privat krankenversicherte Lehrer bei einer vorübergehenden Deputatsermäßigung aus Anlass der stufenweisen Wiedereingliederung ihre wöchentliche Arbeitszeit auf weniger als 30 Stunden reduzieren.

Mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigte Frauen, die Mutterschaftsgeld nach § 24i SGB V bzw. § 13 MuSchG erhalten, bleiben ebenfalls von der Rentenversicherungspflicht

nach § 3 Satz 3 SGB VI ausgeschlossen. Bei Pflegepersonen, die Entgeltersatzleistungen im Anschluss an eine Beschäftigung von bis zu 30 Stunden erhalten, ist nur dann von einer Unterbrechung der Pfllegetätigkeit auszugehen, wenn die Pflege tatsächlich nicht ausgeübt wird, was jeweils im Einzelfall festgestellt werden muss.

II 1.7.5 Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Der Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit steht der Versicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson nicht entgegen.

II 1.7.6 Bezug von Elterngeld sowie Inanspruchnahme von Elternzeit

Pflegepersonen, die neben der Pfllegetätigkeit Elterngeld beziehen oder Elternzeit in Anspruch nehmen, können nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtig sein.

II 1.7.7 Jugend- und Bundesfreiwilligendienst sowie freiwilliger Wehrdienst

Die Ableistung eines Jugendfreiwilligendienstes oder ab 01.07.2011 des Bundesfreiwilligendienstes sowie des freiwilligen Wehrdienstes steht der Versicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson in einer daneben ausgeübten Pflege entgegen, wenn sie im Umfang von mehr als 30 Stunden wöchentlich geleistet werden.

II 1.7.8 Unbezahlte Beurlaubung

Der Ausschluss von der Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 3 SGB VI gilt grundsätzlich nicht für Pflegepersonen, die für die Pfllegetätigkeit ihre Beschäftigung von mehr als 30 Stunden wöchentlich durch Inanspruchnahme eines unbezahlten Urlaubs unterbrechen; hierbei ist die Fiktion des § 7 Abs. 3 Satz 1 SGB IV über das längstens einen Monat fortbestehende Beschäftigungsverhältnis unbeachtlich. Allerdings führt nicht jede Unterbrechung der Beschäftigung durch unbezahlten Urlaub zum Wegfall des Ausschlussstatbestandes und damit zur Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI. Nur dann, wenn für die Übernahme der Pfllegetätigkeit ein unbezahlter Urlaub von mehr als zwei Monaten in Anspruch genommen wird, kann unterstellt werden, dass die Pfllegetätigkeit nicht nur vorübergehend durchgeführt wird. Die Versicherungspflicht tritt dann von dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme des unbezahlten Urlaubs an ein. Dies gilt ebenso für die vollständige Freistellung von der Arbeitsleistung wegen Inanspruchnahme der Pflegezeit nach § 3 PflegeZG.

II 1.7.9 Beschäftigung im Rahmen der Altersteilzeit oder anderer Formen der Arbeitszeitflexibilisierung

Unter dem Aspekt der angemessenen Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen ist § 3 Satz 3 SGB VI eng am Gesetzeswortlaut auszulegen, das heißt, dass den tatsächlichen Verhältnissen bei der Ausübung einer Beschäftigung insoweit entscheidende Bedeutung zukommt. Bei einer kontinuierlich reduzierten Arbeitszeit auf nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich (z. B. während der Familienpflegezeit oder der Altersteilzeit) kann demgemäß die Rentenversicherungspflicht als Pflegeperson bestehen. Bei einer Flexibilisierung der Arbeitszeit im Rahmen eines Blockmodells ist die Versicherungspflicht als Pflegeperson bei einer bisherigen Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden wöchentlich nur während der Freizeitphase möglich.

In Fällen, in denen aufgrund einer Freistellungsvereinbarung außerhalb einer flexiblen Arbeitszeitregelung nach § 7 Abs. 1a SGB IV die Beschäftigung unter Fortzahlung ggf. gekürzter Bezüge bis zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses (z. B. bis zum Renten- bzw. Pensionsbeginn) nicht mehr ausgeübt wird, können Pflegepersonen unter den sonstigen Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtig werden. Ein mögliches Widerrufsrecht des Arbeitgebers betreffend die Freistellung von der Arbeitsleistung ist hierbei unbeachtlich. Die Wiederaufnahme der Beschäftigung steht der Rentenversicherungspflicht nur dann entgegen, wenn dies auf Dauer erfolgt (vgl. Ausführungen unter Abschnitt II 1.7.1).

II 1.7.10 Ehegatten landwirtschaftlicher Unternehmer

Ehegatten der landwirtschaftlichen Unternehmer, die im Wege einer Fiktion wie ein selbständig tätiger Landwirt in der Alterssicherung der Landwirte versichert werden, sind nicht selbständig tätig im Sinne des § 3 Satz 3 SGB VI, da die Fiktion der Unternehmerstellung nur im Rahmen des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt (§ 1 Abs. 3 Satz 2 ALG). Dagegen kommt für die Ehegatten der landwirtschaftlichen Unternehmer, die grundsätzlich der Versicherungspflicht in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung unterliegen und als Pflegepersonen nicht erwerbsmäßig tätig sind, nur dann Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI in Betracht, wenn die Tätigkeit als landwirtschaftlicher Unternehmer regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden in der Woche in Anspruch nimmt.

II 1.8 Auslandsaufenthalt

Nach § 3 Nr. 2 SGB IV gelten die Vorschriften über die Versicherungspflicht, soweit sie eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit nicht voraussetzen, für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Pflegepersonen sind demnach grundsätzlich nur dann versicherungspflichtig, wenn sie in der Bundesrepublik Deutschland wohnen oder sich dort gewöhnlich aufhalten, da Voraussetzung ihrer Versicherungspflicht nicht eine Beschäftigung, sondern die nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pfl egetätigkeit ist. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt gelten die Ausführungen zu Abschnitt II 1.4 letzter Absatz.

Pflegepersonen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweiz haben und in einem dieser Staaten einen Pflegebedürftigen pflegen, der - so wie es § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI fordert - Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland hat, können nach der Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 08.07.2004 in den verbundenen Rechtssachen C-502/01 und C-31/02 (USK 2004 - 11) ebenfalls versicherungspflichtig werden. Die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für eine versicherungspflichtige Pflegeperson stellt ebenso wie die Leistung an den Pflegebedürftigen eine Leistung bei Krankheit dar, die vom Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 erfasst wird. Die Beitragszahlung ist darüber hinaus als Geldleistung zu qualifizieren, da sie in dem Sinne das eigentliche Pflegegeld ergänzt. Als solche ist die Leistung – wie das Pflegegeld auch – grundsätzlich exportfähig, d. h. sie ist auch für Personen zu zahlen, die im Gebiet eines anderen als des für die Leistung normalerweise zuständigen EU/EWR-Mitgliedstaates oder der Schweiz wohnen. Dies schließt daher auch die Berücksichtigung von Erholungsurlaub von der Pflege von bis zu sechs Pflege-wochen bzw. 42 Pfl egetagen ein (vgl. Abschnitt II 1.4).

Gegen die Annahme einer Versicherungspflicht von Pflegepersonen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im übrigen Ausland haben, spricht neben dem Territorialitätsprinzip § 3 Satz 6 SGB VI. Aufgrund dieser Regelung werden Bezieher von Entgeltersatzleistungen und Bezieher von Vorruhestandsgeld, also Personen, deren Versicherungspflicht nicht an eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit anknüpft, der Rentenversicherungspflicht auch dann unterstellt, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben. Eine solche Ausweitung des räumlichen Geltungsbereiches hat der Gesetzgeber für die nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen nicht vollzogen.

II 2 Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Versicherungspflicht

II 2.1 Versicherungsfreiheit

Die Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 sowie Abs. 3 SGB VI steht einer Versicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen nicht entgegen.

Personen, die eine der Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 4 SGB VI erfüllen, sind auch bei Ausübung einer dem Grunde nach versicherungspflichtigen nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit versicherungsfrei. Von dieser Versicherungsfreiheit werden demnach Personen erfasst, die

- eine deutsche Vollrente wegen Alters beziehen (gilt allerdings nicht für die Renten aus der Alterssicherung der Landwirte),
- nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen oder nach den Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung eine Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze beziehen oder die in der Gemeinschaft übliche Versorgung im Alter nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI erhalten oder
- bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nicht versichert waren oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze eine Beitragserstattung aus ihrer Versicherung erhalten haben.

Nach Art. 5 Buchst. a VO (EG) Nr. 883/2004 ist dem Bezug einer deutschen Vollrente wegen Alters der Bezug einer entsprechenden Leistung nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union (ab 01.05.2010), der Schweiz (ab 01.04.2012) oder des EWR (ab 01.06.2012) gleichgestellt und führt zur Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 4 SGB VI, sofern nicht nach Anhang XI VO (EG) Nr. 883/2004, Deutschland, Nr. 1 die Rentenversicherungspflicht beantragt wird.

Die Regelung über die Versicherungsfreiheit von Personen, die bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nicht versichert waren (§ 5 Abs. 4 Nr. 3 SGB VI), findet jedoch keine Anwendung, wenn der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson Kindererziehungszeiten anerkannt wurden bzw. anzuerkennen sind. Dies gilt auch, wenn für die Pflegeperson Pauschalbeiträge zur Rentenversicherung aufgrund einer geringfügig entlohnten Beschäftigung gezahlt worden sind. Eine Versicherungspflicht aufgrund der nicht erwerbsmäßig ausgeübten Pflegetätigkeit endet allerdings spätestens mit Eintritt der Versicherungsfreiheit durch den Beginn der Vollrente wegen Alters.

Pflegepersonen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, haben der Pflegekasse zum Zwecke der Aufnahme der Beitragszahlung nachzuweisen, dass ihnen Kindererziehungszeiten anerkannt wurden (Bescheid/ Mitteilung des Rentenversicherungsträgers über die Anerkennung von Kindererziehungszeiten). Die sich aus - der Pflegekasse vorliegenden - anderen Unterlagen oder Angaben ergebende Vermutung, dass die Pflegeperson Kinder erzogen haben könnte und dementsprechend gegebenenfalls Kindererziehungszeiten im Sinne des § 3 Satz 1 Nr. 1 in Verb. mit § 56 SGB VI vorliegen könnten, reicht für die Aufnahme der Beitragszahlung durch die Pflegekasse nicht aus.

Leistungen für Kindererziehung an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 bzw. vor 1927 für Mütter in den neuen Bundesländern (§§ 294 ff. SGB VI) stehen den Kindererziehungszeiten nicht gleich. Das heißt, dass nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die Leistungen für Kindererziehung erhalten und bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nicht versichert waren, nach § 5 Abs. 4 Nr. 3 SGB VI versicherungsfrei sind.

Für Pflegepersonen, für die bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze lediglich Pauschalbeiträge zur Rentenversicherung aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung gezahlt worden sind, tritt nach Erreichen der Regelaltersgrenze Versicherungsfreiheit ebenfalls nicht ein. Zur Aufnahme der Beitragszahlung durch die Pflegekasse ist die Pauschalbeitragszahlung nachzuweisen (Versicherungsverlauf der Rentenversicherung).

II 2.2 Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit der Pfllegetätigkeit

Versicherungsfrei sind nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI Pflegepersonen, die eine geringfügige nicht erwerbsmäßige Pfllegetätigkeit ausüben. Diese Versicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit der Pfllegetätigkeit bezieht sich jedoch nur auf diese Pfllegetätigkeit. Als geringfügig ist eine nicht erwerbsmäßige Pfllegetätigkeit nach § 5 Abs. 2 Satz 3 SGB VI anzusehen, wenn die Beitragsbemessungsgrundlage für die Pfllegetätigkeit (§ 166 Abs. 2 SGB VI) auf den Monat bezogen 400 EUR nicht übersteigt. Dies gilt unabhängig von der Anhebung der Entgeltgrenze für geringfügig entlohnte Beschäftigten auf 450 EUR auch über den 31.12.2012 hinaus.

Beispiel 1

Der Pflegebedarf eines erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) liegt bei 30 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A an 14 Std./Woche und von Pflegeperson B in 2013 an 16 Std./Woche in den neuen Bundesländern ausgeübt.

Die Pflege Tätigkeit der Pflegepersonen ist im Jahr 2013 geringfügig, da die mtl. Beitragsbemessungsgrundlage (26,6667 % von 2.275 EUR : 30 x 14 = 283,11 € bzw. 26,6667 % von 2.275 EUR : 30 x 16 = 323,56 €) 400 € nicht übersteigt.

Mehrere nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeiten mit einem Umfang von jeweils mindestens 14 Stunden in der Woche sind zusammenzurechnen, das heißt, die Zusammenrechnung erfolgt unabhängig davon, ob es sich um geringfügige oder um mehr als geringfügige nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeiten handelt. Eine Berücksichtigung von Pflegetätigkeiten, deren wöchentlicher Umfang weniger als 14 Stunden beträgt, erfolgt hingegen nicht, weil in diesen Fällen keine - so wie in § 5 Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 2 SGB VI gefordert - nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit im Sinne des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI vorliegt.

Die Zusammenrechnung einer geringfügigen nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit mit einer geringfügigen Beschäftigung oder geringfügigen selbständigen Tätigkeit kommt nicht in Betracht.

Für Pflegepersonen, die allein aufgrund der Additionspflege nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtig sind, kann keine Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI bestehen, da die Beitragsbemessungsgrundlage nach § 166 Abs. 3 SGB VI immer insgesamt 26,6667 % der Bezugsgröße und damit mehr als 400 EUR beträgt.

Beispiel 2

Eine Pflegeperson pflegt 2013 in den neuen Bundesländern einen Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) an 7 Std./Woche und einen Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) an 10 Std./Woche. Die Pflege wird zwar jeweils weniger als, aber insgesamt mindestens 14 Stunden in der Woche erbracht. Die Pflegeperson ist daher versicherungspflichtig. Die Beitragsbemessungsgrundlagen betragen zwar jeweils weniger, aber insgesamt mehr als 400 EUR.

Bemessungsgrundlage insgesamt = 26,6667 % der Bezugsgröße (Ost) 606,67 €

Bemessungsgrundlage für Pflege des Schwerstpflegebedürftigen

$$\frac{26,6667 \% \times 2.275 \text{ €} \times 7}{17}$$

= 249,81 €

Bemessungsgrundlage für Pflege des Schwerpflegebedürftigen

$$\frac{26,6667 \% \times 2.275 \text{ €} \times 10}{17}$$

= 356,86 €

II 2.3 Befreiung von der Versicherungspflicht

Personen, die nach den §§ 6, 231 Abs. 1 bis 8, 231a SGB VI von der Versicherungspflicht befreit sind, unterliegen - ebenso wie die nach § 5 Abs. 1 bis 3 SGB VI versicherungsfreien Personen - bei Ausübung einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pfllegetätigkeit unter den Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI grundsätzlich der Versicherungspflicht.

Bei einer streng am Gesetzeswortlaut orientierten Auslegung des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI ginge allerdings die aus Anlass einer Pfllegetätigkeit vorgesehene Beitragszahlung der Pflegekassen oder der privaten Versicherungsunternehmen nach § 44 Abs. 2 SGB XI für die Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen ins Leere, da sich die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht nur auf die jeweilige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit beschränkt (§ 6 Abs. 5 Satz 1 SGB VI). Personen, die von der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind, unterliegen in einer daneben ausgeübten Pfllegetätigkeit eigentlich der Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI.

Um dem erkennbaren Willen des Gesetzgebers, die ehrenamtliche Pfllegetätigkeit als sozial- und gesellschaftspolitisch erwünschtes Engagement auch durch Ausbau der berufsständischen Altersversorgung zu stärken, Rechnung zu tragen, ist die Regelung des § 6 Abs. 5 Satz 2 SGB VI, die die zeitlich begrenzte Erstreckung der Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen auch auf „berufsfremde“ Tätigkeiten ermöglicht, daher weit auszulegen. Die nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pfllegetätigkeit ist als ihrer Eigenart nach zeitlich begrenzt anzusehen und führt für die betroffenen Personen, die einen entsprechenden Antrag nach § 44 Abs. 2 SGB XI stellen, zur Befreiung von der Rentenversicherungspflicht. Zur Beitragszahlung an berufsständische Versorgungseinrichtungen vgl. Ausführungen unter Abschnitt III 9.

II 3 Verfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht

Die Entscheidung über die Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson in der Rentenversicherung und über die Höhe der zu entrichtenden Beiträge trifft der Rentenversicherungsträger, bei dem die behauptete Versicherungspflicht bestehen würde (Urteile des BSG vom 22.03.2001 - B 12 P 3/00 R - USK 2001-2 und vom 23.09.2003 - B 12 P 2/02 R - USK 2003-26). Die Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen sind hierzu nicht berechtigt.

Die Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen sind aber - trotz ihrer Unzuständigkeit für die Entscheidung über die Versicherungs- und Beitragspflicht der Pflegepersonen - verpflichtet, ohne vorherige Entscheidung des Rentenversicherungsträgers Beiträge für Pflegepersonen als Leistungen der sozialen Sicherung zu zahlen. Halten sie ihre Leistungspflicht für gegeben, so haben sie diese ebenso zu erfüllen wie Arbeitgeber, die bei unstreitigem Sachverhalt den Gesamtsozialversicherungsbeitrag ohne vorherige Entscheidung der Einzugsstelle zu zahlen haben.

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. haben Näheres über das Verfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht, insbesondere zur Aufnahme oder Ablehnung der Beitragszahlung bei streitigem bzw. unstreitigem Sachverhalt, in einer Verfahrensbeschreibung festgelegt (vgl. Anhang I).

Das Verfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht von Pflegepersonen aufgrund einer Additionspflege ist im Abschnitt V beschrieben (zu den Bestandsfällen vgl. Abschnitt I 3).

II 4 Rentenversicherungszuständigkeit

Die Rentenversicherungszugehörigkeit richtet sich nach § 126 ff. SGB VI. Danach wird die Versicherung in der allgemeinen Rentenversicherung (die Durchführung der Versicherung in der knappschaftlichen Versicherung ist nicht möglich) entweder von dem örtlich zuständigen Regionalträger, der Deutschen Rentenversicherung Bund oder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See durchgeführt.

Zuständig ist der Rentenversicherungsträger der durch die Datenstelle der Rentenversicherungsträger bei der Vergabe der Versicherungsnummer festgelegt worden ist. Versicherte, die vor dem 01.01.2005 eine Versicherungsnummer erhalten haben (Bestandsversicherte), bleiben nach der Übergangsvorschrift des § 274c Abs. 1 SGB VI grundsätzlich dem am 31.12.2004 zuständigen Träger zugeordnet.

III Beiträge

§ 23 SGB IV

Fälligkeit

(1) ... Die erstmalige Fälligkeit der Beiträge für die nach § 3 Satz 1 Nr. 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch versicherten Pflegepersonen ist abhängig von dem Zeitpunkt, zu dem die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder der Dienstherr bei Heilfürsorgeberechtigten die Versicherungspflicht der Pflegeperson festgestellt hat oder ohne Verschulden hätte feststellen können. Wird die Feststellung in der Zeit vom Ersten bis zum Fünfzehnten eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals spätestens am Fünfzehnten des folgenden Monats fällig; wird die Feststellung in der Zeit vom Sechzehnten bis zum Ende eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals am Fünfzehnten des zweiten darauf folgenden Monats fällig; das Nähere vereinbaren die Spitzenverbände der beteiligten Träger der Sozialversicherung, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Festsetzungsstellen für die Beihilfe.

(2) bis (4) ...

§ 166 SGB VI

Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) ...

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

1. **Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)**

- a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
- b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
- c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,

2. **Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)**

- a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
- b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,

3. **erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird.**

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwertes der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pfllegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pfllegetätigkeit insgesamt entspricht. Pfllegetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pfllegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pfllegetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.

§ 170 SGB VI

Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bis 5. ...

6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen

- a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
- b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
- c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) ...

§ 176a SGB VI

Beitragszahlung und Abrechnung bei Pflegepersonen

Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen können die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Vereinbarung regeln.

§ 44 SGB XI

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) ...

(2) Für Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pfllegetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn

sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, werden die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zu entrichtenden Beiträge auf Antrag an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt.

(3) bis (6) ...

III 1 Beitragspflichtige Einnahmen

III 1.1 Allgemeines

Die Beiträge werden gemäß dem Grundsatz des § 157 SGB VI nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) erhoben, die bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt wird.

Die Beitragsbemessungsgrundlage wird nach § 166 Abs. 2 oder 3 SGB VI nach einem bestimmten Vomhundertsatz von der Bezugsgröße ermittelt und ist für die anschließende Beitragsberechnung auf zwei Dezimalstellen zu runden (§ 189 i. V. m. § 123 SGB VI).

Für das Verfahren zur Beitragsberechnung wird eine analoge Anwendung der §§ 1 und 2 der Beitragsverfahrensverordnung (BVV) empfohlen. Danach sind die Beiträge durch Anwendung des halben Beitragssatzes auf die Beitragsbemessungsgrundlage und anschließender Verdopplung des gerundeten Ergebnisses zu berechnen. Alternativ können die Beiträge auch unter Ansatz des vollen Beitragssatzes berechnet werden.

Die für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen zu zahlenden Beiträge werden grundsätzlich für den Kalendertag berechnet und - wegen ihrer Fälligkeit - monatlich gezahlt. Dazu wird der kalendertägliche Beitrag mit der Anzahl der Tage des Monats, für die Versicherungs- und Beitragspflicht besteht, multipliziert. Volle Kalendermonate, in denen durchgehend Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht, sind mit 30 Tagen anzusetzen. Dabei ist unerheblich, ob sich die Beitragsbemessungsgrundlage innerhalb eines Kalendermonats ändert (vgl. Abschnitt III 1.8). Alternativ kann die Beitragsberechnung für volle Kalendermonate auf der Grundlage der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aufsetzen.

Die beitragspflichtigen Einnahmen bei Pflegepersonen, für die eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI begründet wird, werden nach § 166 Abs. 2 Satz 1 SGB VI entsprechend dem pflegerischen Aufwand bestimmt. Dabei wird zunächst auf den Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) abgestellt und innerhalb der Pflegestufen nach dem zeitlichen Aufwand (Zeitspannen) differenziert. Die dadurch ent-

stehende unterschiedliche Bewertung desselben Zeitaufwandes in den verschiedenen Stufen rechtfertigt sich dadurch, dass die (körperliche und seelische) Belastung der Pflegeperson mit zunehmender Pflegebedürftigkeit steigt und dies in der Rentenversicherung entsprechend honoriert werden soll.

Die beitragspflichtigen Einnahmen bei Pflegepersonen, für die eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI im Rahmen einer Additionspflege begründet wird, werden für die jeweilige Pflege Tätigkeit nach § 166 Abs. 3 SGB VI nach dem Umfang dieser Pflege Tätigkeit im Verhältnis zum insgesamt von der Pflegeperson erbrachten Pflegeumfang bestimmt.

Überschreiten die beitragspflichtigen Einnahmen bei einer Mehrfachversicherung (vgl. Ausführungen unter Abschnitt II 1.6) insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze, sind sie nach § 22 Abs. 2 SGB IV anteilmäßig zu berücksichtigen.

III 1.2 Maßgebende Bezugsgröße als Ausgangswert für die Bestimmung der Bemessungsgrundlage

Die konkrete Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen wird in Vomhundertsätzen der Bezugsgröße in der Sozialversicherung (§ 18 Abs. 1 SGB IV) festgelegt. Wird die Pflege Tätigkeit im Beitrittsgebiet ausgeübt, ist nach § 228a Abs. 1 SGB VI die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost], § 18 Abs. 2 SGB IV) maßgebend. Für Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege im Beitrittsgebiet treten bei der Rentenberechnung Entgeltpunkte (Ost) an die Stelle der ermittelten Entgeltpunkte. Der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt der Pflegeperson ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich.

Wird die Pflege Tätigkeit im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz ausgeübt, kann aufgrund des Ortes der ausgeübten Pflege Tätigkeit keine den vorstehenden Grundsätzen entsprechende Rechtskreiszuordnung vorgenommen werden. In diesen Fällen ist die Zuordnung der Bezugsgröße als Ausgangswert für die Bestimmung der Beitragsbemessungsgrundlage am Wohnsitz der Pflegeperson auszurichten. Liegt der Wohnsitz in den alten Bundesländern ist die Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV Anknüpfungspunkt für die Beitragsberechnung; liegt der Wohnsitz in den neuen Bundesländern einschließlich Ost-Berlin ist die Bezugsgröße (Ost) nach § 18 Abs. 2 SGB IV maßgebend. Die in Entsendefällen den Beschäftigungsort fingierende Regelung des § 9 Abs. 6 SGB IV bleibt hier, da keine entgeltliche Beschäftigung vorliegt, unberücksichtigt.

In den Fällen, in denen die Pflgetätigkeit im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz ausgeübt wird und sich auch die Pflegeperson gewöhnlich im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz aufhält und weder über den Ort der Pflege noch über den Wohnort der Pflegeperson eine Rechtskreiszuordnung möglich ist, findet die Bezugsgröße des Rechtskreises Anwendung, in dem die Pflegekasse, die die Beitragszahlung durchführt, ihren Sitz hat. Bei rechtskreisübergreifenden Pflegekassen ist auf die Bezugsgröße des Rechtskreises abzustellen, aus dem die Pflegekasse das Pflegegeld erbringt.

Bei einem nur vorübergehenden Auslandsaufenthalt (des Pflegebedürftigen und der ihn begleitenden Pflegeperson) von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr (vgl. zum Fortbestehen der Versicherungspflicht Ausführungen unter Abschnitt II 1.4) bleibt die Bezugsgröße, die vor dem Auslandsaufenthalt als Ausgangswert für die Beitragsermittlung maßgebend war, in dieser Zeit unverändert.

Wird bei Additionspflege die Pflege für Pflegebedürftige in den alten und in den neuen Bundesländern erbracht, findet die Bezugsgröße (Ost) nur für die Pflege Anwendung, die in den neuen Bundesländern erbracht wird.

III 1.3 Bemessungsgrundlage bei Pflege eines erheblich Pflegebedürftigen

Bemessungsgrundlage für die Beiträge bei Pflege eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige im Sinne des § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI) im Umfang von mindestens 14 Stunden in der Woche ist ein Betrag von 26,6667 v. H. der Bezugsgröße (§ 166 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB VI).

III 1.4 Bemessungsgrundlage bei Pflege eines Schwerpflegebedürftigen

Bemessungsgrundlage für die Beiträge bei Pflege eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige im Sinne des § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI) ist ein Betrag von

- 53,3333 v. H. der Bezugsgröße, wenn der Pflegebedürftige mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird (§ 166 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Buchst. a SGB VI),
- 35,5555 v. H. der Bezugsgröße, wenn der Pflegebedürftige mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird (§ 166 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b SGB VI).

III 1.5 Bemessungsgrundlage bei Pflege eines Schwerstpflegebedürftigen

Bemessungsgrundlage für die Beiträge bei Pflege eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige im Sinne des § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB XI) ist ein Betrag von

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

- 80 v. H. der Bezugsgröße, wenn der Pflegebedürftige mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird (§ 166 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a SGB VI),
- 60 v. H. der Bezugsgröße, wenn der Pflegebedürftige mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird (§ 166 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. b SGB VI) und
- 40 v. H. der Bezugsgröße, wenn der Pflegebedürftige mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird (§ 166 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchst. c SGB VI).

III 1.6 Bemessungsgrundlage bei Additionspflege

Bemessungsgrundlage für die Beiträge aufgrund einer Additionspflege ist unabhängig von der Pflegestufe des jeweiligen Pflegebedürftigen ein Betrag von 26,6667 v. H. der Bezugsgröße (§ 166 Abs. 3 SGB VI). Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich dabei nach dem Umfang der jeweiligen Pfl egetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pfl egetätigkeit der Pflegeperson aus Pfl egetätigkeiten unter 14 Stunden in der Woche insgesamt. Vor der anteiligen Berechnung der beitragspflichtigen Einnahme ist der Monatswert der Bemessungsgrundlage auf zwei Dezimalstellen zu runden.

Beispiel 1

Die Pflegeperson pflegt einen Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) an 7 Std./Woche und einen Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) an 10 Std./Woche. Die Pflege wird zwar jeweils weniger als, aber insgesamt mindestens 14 Stunden in der Woche erbracht. Die Pflegeperson ist daher versicherungspflichtig.

Bemessungsgrundlage insgesamt = 26,6667 % der Bezugsgröße

Bemessungsgrundlage für Pflege des Schwerpflegebedürftigen

$$\frac{26,6667 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 7}{17}$$

Bemessungsgrundlage für Pflege des des Schwerstpflegebedürftigen

$$\frac{26,6667 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 10}{17}$$

Beispiel 2

Die Pflegeperson pflegt einen Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) an 7 Std./Woche und einen Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) an 8 Std./Woche. Die Pflege wird zwar jeweils weniger als, aber insgesamt mindestens 14 Stunden in der Woche erbracht. Die Pflegeperson ist daher versicherungspflichtig.

Daneben pflegt die Pflegeperson noch einen erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) an 14 Std./Woche. Da diese Pflege mindestens 14 Stunden in der Woche erbracht wird, ist die Pflegeperson in dieser Pflege ebenfalls versicherungspflichtig.

Bemessungsgrundlage sind für die Pflege des erheblich Pflegebedürftigen 26,6667 % der Bezugsgröße und für die Pflege der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen zusätzlich noch einmal insgesamt 26,6667 % der Bezugsgröße:

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Bemessungsgrundlage für Pflege des
Schwerpflegebedürftigen

$$\frac{26,6667 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 7}{15}$$

Bemessungsgrundlage für Pflege des
des Schwerstpflegebedürftigen

$$\frac{26,6667 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 8}{15}$$

III 1.7 Bemessungsgrundlage bei mehrfacher Pflege eines Pflegebedürftigen (Mehrfachpflege)

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind nach § 166 Abs. 2 Satz 2 SGB VI beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pfl egetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pfl egetätigkeit insgesamt entspricht. Das heißt, bei der Mehrfachpflege eines Pflegebedürftigen ist die aufgrund des Gesamtpflegeaufwandes anzusetzende Bemessungsgrundlage im Sinne des § 166 Abs. 2 Satz 1 SGB VI entsprechend dem Umfang der jeweiligen Pfl egetätigkeit auf die einzelnen Pflegepersonen aufzuteilen (Quotierung). Vor der anteiligen Berechnung der beitragspflichtigen Einnahme ist der Monatswert der Bemessungsgrundlage auf zwei Dezimalstellen zu runden.

Dabei werden bei der Ermittlung des Gesamtpflegeaufwandes (als Grundlage für die Quotierung) die Pfl egetätigkeiten aller Pflegepersonen berücksichtigt, die dem Grunde nach die Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI erfüllen. Hiervon erfasst sind also auch Pfl egetätigkeiten von Personen, die rentenversicherungsfrei sind oder die wegen der Ausschlussregelung des § 3 Satz 3 SGB VI nicht der Rentenversicherungspflicht als Pflegeperson unterliegen. Dies gilt nach § 166 Abs. 2 Satz 3 SGB VI jedoch nicht für Pfl egetätigkeiten von Pflegepersonen, die im Rahmen der Additionspflege versicherungspflichtig sind.

Beispiel 1

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 28 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A und von Pflegeperson B zu jeweils 14 Std./Woche ausgeübt. Pflegeperson B ist aufgrund des Bezugs einer Vollrente wegen Alters versicherungsfrei.

Bemessungsgrundlage insgesamt = 53,3333 % der Bezugsgröße
(ausgehend von einem Gesamtpflegeaufwand von 28 Std./Woche)

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A

$$\frac{53,3333 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 14}{28}$$

Bemessungsgrundlage Pflegeperson B

entfällt, weil versicherungsfrei

Beispiel 2

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 28 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A und von Pflegeperson B zu jeweils 14 Std./Woche ausgeübt. Pflegeperson B ist nach § 3 Satz 3 SGB VI von der Versicherungspflicht ausgeschlossen.

Bemessungsgrundlage insgesamt = 53,3333 % der Bezugsgröße
(ausgehend von einem Gesamtpflegeaufwand von 28 Std./Woche)

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A

Bemessungsgrundlage Pflegeperson B

$\frac{53,3333 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 14}{28}$

entfällt, weil von der Versicherungspflicht ausgeschlossen

Dagegen bleibt der Pflegeaufwand von Personen, die weniger als 14 Stunden in der Woche einen Pflegebedürftigen pflegen und für die keine Leistungen zur sozialen Sicherung vorgesehen sind, für die Feststellung des Gesamtpflegeaufwandes und daraus folgend für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen unberücksichtigt. Dies gilt auch für die häusliche Pflege, die durch eine (erwerbsmäßige) Pflegefachkraft dauerhaft oder in Zeiten erbracht wird, in denen eine zweite (dem Grunde nach) versicherungspflichtige Pflegeperson die Pflege (z. B. wegen Krankheit oder Urlaub) unterbricht sowie die Pflege, die durch eine Pflegeperson erbracht wird, die allein aufgrund einer Additionspflege versicherungspflichtig ist.

Beispiel 3

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 28 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A an 18 Std./Woche und von Pflegeperson B an 10 Std./Woche ausgeübt. Pflegeperson B ist nicht versicherungspflichtig, da der Umfang der Pfllegetätigkeit nicht mindestens 14 Std./Woche umfasst.

Bemessungsgrundlage insgesamt = 35,5555 % der Bezugsgröße
(ausgehend von einem Gesamtpflegeaufwand von 18 Std./Woche)

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A

Bemessungsgrundlage Pflegeperson B

$\frac{35,5555 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 18}{18}$

entfällt, weil nicht versicherungspflichtig

Beispiel 4

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 28 Std./Woche. Die Pflege wird je zur Hälfte von Pflegeperson A an 14 Std./Woche und von einer erwerbsmäßigen Pflegefachkraft B an 14 Std./Woche ausgeübt. Der durch die Pflegefachkraft B erbrachte Pflegeaufwand bleibt unberücksichtigt.

Bemessungsgrundlage insgesamt = 35,5555 % der Bezugsgröße
(ausgehend von einem Gesamtpflegeaufwand von 14 Std./Woche)

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegefachkraft B
$\frac{35,5555 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 14}{14}$	entfällt

Beispiel 5

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) liegt bei 22 Std./Woche. Die Pflege wird von Pflegeperson A an 14 Std./Woche und von der Pflegeperson B an 8 Std./Woche ausgeübt, die aufgrund einer weiteren Pflege an 10 Std./Woche versicherungspflichtig ist. Der durch die Pflegeperson B erbrachte Pflegeaufwand bleibt bei der Bestimmung der Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson A unabhängig von der Versicherungspflicht der Pflegeperson B unberücksichtigt (§ 166 Abs. 2 Satz 3 SGB VI). Die Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson B richtet sich ausschließlich nach § 166 Abs. 3 SGB VI.

Bemessungsgrundlage für Pflegeperson A insgesamt = 35,5555 % der Bezugsgröße
(ausgehend von einem Gesamtpflegeaufwand von 14 Std./Woche)
Bemessungsgrundlage für Pflegeperson B insgesamt = 26,6667 % der Bezugsgröße
(ausgehend von einem Gesamtpflegeaufwand von 18 Std./Woche)

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegeperson B
$\frac{35,5555 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 14}{14}$	$\frac{26,6667 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 8}{18}$
	Bemessungsgrundlage für weitere Pflege der Pflegeperson B
	$\frac{26,6667 \% \text{ der Bezugsgröße} \times 10}{18}$

Wird die Pflege von mehreren versicherungspflichtigen Pflegepersonen erbracht und der Pflegeanteil einer versicherungspflichtigen Pflegeperson von einer erwerbsmäßigen Pflegekraft übernommen, ist dies beitragsrechtlich bei den übrigen Pflegepersonen zu berücksichtigen.

III 1.8 Bemessungsgrundlage bei Änderung der Pflegestufe

Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung (z. B. bei einer Wiederholungsbegutachtung oder einem Höherstufungsantrag) festgestellt, dass sich die Pflegestufe verändert hat, ist die Bemessungsgrundlage für die Beiträge nach § 166 Abs. 2 SGB VI von dem Zeitpunkt an anzupassen, von dem an die neue Pflegestufenzuordnung leistungsrechtlich wirksam wird.

III 1.9 Bemessungsgrundlage bei Änderung des Pflegeumfangs innerhalb einer Pflegestufe

Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung festgestellt, dass sich der Pflegeumfang (innerhalb einer Pflegestufe) verändert hat und bedingt diese Änderung eine neue Beitragseinstufung, ist die Bemessungsgrundlage von dem Zeitpunkt an anzupassen, von dem sich die Verhältnisse verändert haben. Ist dieser Zeitpunkt nicht konkret feststellbar, ist auf den Tag der Begutachtung abzustellen.

Beispiel 1

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) erhöht sich ab 16.05. von 18 Std./Woche auf 21 Std./Woche. Die Beitragsbemessungsgrundlage berechnet sich wie folgt:

01.05. – 15.05.	$\frac{35,5555\% \text{ der Bezugsgröße} \times 15}{30}$
16.05. – 31.05.	$\frac{53,3333\% \text{ der Bezugsgröße} \times 15}{30}$

Beispiel 2

Der Pflegebedarf eines Schwerpflegebedürftigen (Pflegestufe II) erhöht sich ab 16.02. von 18 Std./Woche auf 21 Std./Woche. Die Beitragsbemessungsgrundlage berechnet sich wie folgt:

01.02. – 15.02.	$\frac{35,5555\% \text{ der Bezugsgröße} \times 15}{30}$
16.02. – 28.02.	$\frac{53,3333\% \text{ der Bezugsgröße} \times 15}{30}$

III 1.10 Bemessungsgrundlage bei ungleichmäßigen Pflegerhythmen bzw. Pflegephasen (z. B. bei internatsmäßiger Unterbringung des Pflegebedürftigen)

Für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der bei ansonsten internatsmäßiger Unterbringung gleichmäßig an den Wochenenden in den häuslichen Bereich zurückkehrt (z. B. wöchentlich oder zweiwöchentlich) und in dieser Zeit mindestens 14 Stunden (also regelmäßig) gepflegt wird (bei nicht wöchentlicher Heimkehr ist auf den Wochendurchschnitt abzustellen), sind die Beiträge für die durchgehende Versicherungspflicht nach dem Vomhundertsatz der monatlichen Bezugsgröße zu bemessen, der sich unter Ansatz der an den Wochenenden (bzw. im Wochendurchschnitt) ausgeübten häuslichen Pflege ergibt. An- und Abreisetage sind analog der Regelung im Leistungsrecht (§ 43a Satz 3 SGB XI) als volle Tage anzusetzen.

Zeiträume, in denen ein erhöhter häuslicher Pflegeaufwand erforderlich ist (z. B. aufgrund zusätzlicher Pflgetage in Ferienzeiten oder in Zeiten einer Erkrankung des Pflegebedürftigen), sind beitragsrechtlich zu berücksichtigen. Das heißt, dass für diese Zeiträume gegebenenfalls eine andere (höhere) Beitragseinstufung vorzunehmen ist.

Beispiel 1

Der Pflegebedarf eines Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III), der internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, liegt bei 42 Std./Woche. Die Pflege wird jeweils am Wochenende von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Std. ausgeübt.

Die Beiträge für die durchgehende Versicherungspflicht sind nach 40 % der Bezugsgröße zu bemessen.

In der Ferienzeit wird die Pflgetätigkeit im häuslichen Bereich entsprechend dem Pflegebedarf ausgeweitet.

Der erhöhte Pflegeaufwand in der Ferienzeit wird beitragsrechtlich berücksichtigt. In dieser Zeit sind die Beiträge nach 80 % der Bezugsgröße zu bemessen.

Die durch ausgefallene Pflgetage veränderte wöchentliche oder auf den Wochendurchschnitt umgerechnete Pflegestundenzahl wirkt sich spätestens dann auf die Versicherungs- und Beitragspflicht aus, wenn insgesamt mehr als vier Kalendertage innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten erreicht werden. In diesen Fällen können sich die ausgefallenen Pflgetage in versicherungs- und/oder beitragsrechtlicher Hinsicht auf die jeweilige „Pflegephase“ entsprechend auswirken. Dabei umfasst die „Pflegephase“ die Dauer eines Pflegerhythmus (vgl. Abschnitt II 1.1.5).

Beispiel 2

Der Pflegebedarf eines Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) liegt bei 56 Std./Woche. Der Pflegebedürftige ist in einer Behinderteneinrichtung untergebracht und soll ab 08.02.2013 gleichmäßig jedes zweite Wochenende (von Freitag bis Montag) in den häuslichen Bereich zurückkehren. Anfang Mai werden von der Pflegeperson die folgenden häuslichen Pflegezeiten angezeigt:

08.02.(Freitag) – 10.02.(Sonntag), 22.02.(Freitag) – 25.02.(Montag), 09.03. (Samstag) – 10.03.(Sonntag), 22.03.(Freitag) – 24.03.(Sonntag), 05.04.(Freitag) – 08.04.(Montag), 20.04.(Samstag) – 21.04.(Sonntag).

Bei der Feststellung der durchgehenden Versicherungs- und Beitragspflicht bei Aufnahme der Pflege Tätigkeit wurde zunächst aufgrund des angenommenen gleichmäßigen zweiwöchigen Pflegerhythmus ein durchschnittlicher Pflegeumfang von 16 Std./Woche ermittelt. Die Nichtausübung der Pflege Tätigkeit am 11.02., 11.03., 25.03. und 22.04. (jeweils Montag) sowie am 08.03. und 19.04. (jeweils Freitag) kann versicherungs- und beitragsrechtlich nicht unberücksichtigt bleiben, da diese Zeiten insgesamt vier Kalendertage innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten (08.02. – 07.05.) übersteigen.

Aufgrund der ausgefallenen Pflege tage reduziert sich der durchschnittliche wöchentliche Pflegeumfang in den jeweiligen (hier: zweiwöchigen) „Pflegephasen“. Das bedeutet, dass die Nichtausübung der Pflege Tätigkeit am 11.02. zu einer Minderung des durchschnittlichen Pflegeumfangs auf 12 Std./Woche in der „Pflegephase“ vom 08.02. – 21.02. führt. Gleiches gilt aufgrund der Nichtausübung der Pflege Tätigkeit am 25.03. für die „Pflegephase“ vom 22.03. – 04.04. Die Nichtausübung der Pflege Tätigkeit am 08.03. und 11.03. sowie am 19.04. und 22.04. führt zu einer Minderung des durchschnittlichen Pflegeumfangs auf 8 Std./Woche in den „Pflegephasen“ vom 08.03. – 21.03. und vom 19.04. – 02.05. Die zunächst angenommene durchgehende Versicherungs- und Beitragspflicht auf der Grundlage eines durchschnittlichen Pflegeumfangs von 16 Std./Woche wird daher für die jeweilige „Pflegephase“ unterbrochen.

Während der tatsächlichen Ausübung der Pflege Tätigkeit in diesen (zusammenhängenden) Pflegezeiträumen (hier: vom 08.02. – 10.02., vom 09.03. – 10.03., vom 22.03. – 24.03. und vom 20.04. – 21.04.) besteht allerdings Versicherungs- und Beitragspflicht, da die Pflege in diesen Zeiten mindestens 14 Stunden und somit regelmäßig ausgeübt wird. Beitragsbemessungsgrundlage ist für die dreitägige Pflege vom 08.02. – 10.02. und 22.03. – 24.03. aufgrund der durchschnittlichen wöchentlichen Pflege von 24 Std. ($2.695 \text{ EUR} \times 60\% \times 3/30 =$) 161,70 EUR und für die übrigen zweitägigen Pflegezeiträume aufgrund der durchschnittlichen wöchentlichen Pflege von 16 Std. ($2.695 \text{ EUR} \times 40\% \times 2/30 =$) 71,87 EUR.

Für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der bei ansonsten internatsmäßiger Unterbringung zwar nicht gleichmäßig an den Wochenenden in den häuslichen Bereich zurückkehrt, der jedoch im Rahmen einer vorausschauenden Betrachtungsweise im häuslichen Bereich mindestens 14 Stunden wöchentlich während der gesamten Ferienzeiten und gegebenenfalls darüber hinaus gepflegt wird, ist die Versicherungspflicht unter den weiteren Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI für die in diesen Zeiten tatsächlich ausgeübte häusliche Pflege möglich. Die Beiträge sind in diesen Fällen nicht durchgehend, sondern nur für den (taggenauen) Zeitraum, für den Versiche-

rungspflicht besteht, zu zahlen. Sie werden auf der Grundlage der in dieser Zeit festgestellten Pflegestundenzahl nach dem entsprechenden Vomhundertsatz der monatlichen Bezugsgröße bemessen.

Beispiel 3

Der Pflegebedarf eines erheblich Pflegebedürftigen (Pflegestufe I) liegt bei 16 Std./Woche. Der Pflegebedürftige ist internatsmäßig untergebracht und kehrt regelmäßig in den Ferienzeiten in den häuslichen Bereich zurück. Aufgrund unvorhersehbarer Umstände wird der Pflegebedürftige auch in der Zeit vom 12.11. bis zum 22.11.2013 von der Pflegeperson in häuslicher Umgebung gepflegt.

Unter Ansatz des festgestellten wöchentlichen Pflegebedarfs (16 Std.) und des hier maßgebenden Pflegezeitraums (11 Tage) ergibt sich, dass für die Pflegeperson in der Zeit vom 12.11. bis zum 22.11.2013 Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI besteht, weil die wöchentliche Pflegezeit (16 Std.) den Mindestumfang von 14 Std./Woche erreicht und angesichts der mindestens einwöchigen Dauer der Pflegetätigkeit eine Durchschnittsberechnung entfällt. Die Bemessungsgrundlage für die Beiträge des Monats November 2013 beträgt 263,51 EUR (2.695 EUR x 26,6667 % x 11 : 30).

Die versicherungs- und beitragsrechtlichen Auswirkungen gelten entsprechend bei gänzlich ungleichmäßigen Pflegerhythmen oder Pflegephasen.

III 1.11 Bemessungsgrundlage in Besitzstandsfällen (Artikel 45 PflegeVG)

Pflegebedürftige Versicherte, die bis zum 31.03.1995 Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 bis 57 SGB V erhalten haben, wurden nach Artikel 45 PflegeVG mit Wirkung vom 01.04.1995 an ohne Antragstellung in die Pflegestufe II eingestuft und erhalten die im Elften Buch Sozialgesetzbuch hierfür vorgesehenen Leistungen. Sie werden auf Antrag der Pflegestufe III mit den entsprechenden leistungsrechtlichen Wirkungen zugeordnet, wenn festgestellt wird, dass Pflegebedürftigkeit im entsprechenden Umfang vorliegt.

Es verbleibt bei der Einstufung in der Pflegestufe II, wenn aufgrund eines Antrags auf Höherstufung festgestellt wird, dass nur die Voraussetzungen für die Pflegestufe I oder keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, sich an den tatsächlichen Voraussetzungen jedoch nichts geändert hat. Für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage im Sinne des § 166 Abs. 2 SGB VI gilt in diesen Fällen Folgendes:

- Wird aufgrund eines Antrags auf Zuordnung zur Pflegestufe III festgestellt, dass der Pflegebedürftige lediglich die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt, aufgrund der Besitzstandsklausel aber weiterhin Leistungen im Umfang der Pflegestufe II erhält, gelten als

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

beitragspflichtige Einnahmen ebenfalls weiterhin die in § 166 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI genannten Vmhundertsätze der Bezugsgröße.

- Wird dagegen festgestellt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt oder der erforderliche Mindestaufwand für die Pflegetätigkeit wöchentlich 14 Stunden nicht erreicht, ist die Beitragszahlung zu dem Zeitpunkt, zu dem die Feststellung getroffen wird, zu beenden.
- Ändert sich der Pflegeumfang, ist dies beitragsrechtlich zu berücksichtigen, da lediglich die Pflegestufenzuordnung unter die Besitzstandsregelung fällt.

III 2 Beitragssatz

Die Beiträge werden nach dem Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung berechnet, der in dem Zeitraum, in dem die Pflegetätigkeit ausgeübt wird, maßgebend ist.

III 3 Beitragstragung

Die Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen werden nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI ausschließlich von den Leistungsträgern bzw. Stellen getragen, die die Leistung bei Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI an den Pflegebedürftigen zur Verfügung stellen bzw. zur Verfügung zu stellen hätten, wenn ein Ruhen der Leistungen nach § 34 SGB XI nicht angeordnet wäre. Demgemäß trägt die Beiträge

- die Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist (§ 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a SGB VI),
- das private Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist (§ 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. b SGB VI),
- die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder der Dienstherr und die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige wegen Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat und in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist (§ 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI).

Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die Pflegeleistungen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung von der Pflegekasse und der Beihilfestelle – unabhängig von dem sonstigen, für den Personenkreis geltenden Beihilfesatz – jeweils zur Hälfte (§ 28 Abs. 2 SGB XI, § 46 Abs. 4 BBhV). Dementsprechend sind die Beiträge in diesen Fällen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI von der Pflegekasse und der Beihilfestelle jeweils zur Hälfte zu tragen.

Ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gilt der Beitragsanteil im Sinne des § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI als gezahlt. Das gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander. Mit dieser Fiktion der Beitragszahlung wird erreicht, dass ein Rentenversicherungsträger in seiner Funktion als Beihilfefestsetzungsstelle keine Beiträge an einen Rentenversicherungsträger als Einzugsstelle zahlen muss.

Erhält der Pflegebedürftige

- von einem Dienstherrn Entschädigungsleistungen aus der Dienstunfallfürsorge nach § 34 Abs. 1 BeamtVG und ruht daher der Anspruch auf Pflegeleistungen nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI oder
- von einem Träger der Sozialhilfe neben den Pflegeleistungen nach dem SGB XI Leistungen zur Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII,

obliegt die Beitragstragung gleichwohl den zuständigen Pflegekassen bzw. den privaten Versicherungsunternehmen und gegebenenfalls den Beihilfefestsetzungsstellen oder Heilfürsorgeträgern. Bei ausschließlichem Pflegeleistungsbezug nach dem SGB XII sind weder von den Pflegekassen bzw. den privaten Versicherungsunternehmen noch vom Sozialhilfeträger Beiträge zu zahlen. Dies gilt auch dann, wenn der Pflegebedürftige zwar pflegeversichert ist, jedoch noch keinen Anspruch auf Pflegeleistungen hat (z. B. wegen fehlender Vorversicherungszeit).

III 4 Beitragszahlung und -abrechnung

Dem Grundsatz des § 173 SGB VI entsprechend, wonach die Beiträge von denjenigen zu zahlen sind, die sie zu tragen haben, obliegt den Pflegekassen, den privaten Versicherungsunternehmen und anteilig den Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder dem Dienstherrn die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung.

Für den Tag der Zahlung ist § 3 Abs. 1 BVV entsprechend anzuwenden. Das bedeutet, dass bei Überweisung oder Einzahlung der Beiträge auf ein Konto des Rentenversicherungsträgers der Tag der Wertstellung zugunsten des Rentenversicherungsträgers als Tag der Zahlung gilt.

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Festsetzungsstellen für die Beihilfe sind nach § 176a SGB VI ermächtigt, mit der Deutschen Rentenversicherung Bund das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen durch Vereinbarung zu regeln.

III 4.1 Pflegekassen als Beitragszahler

Die von der Pflegekasse zu zahlenden Beiträge sind entsprechend des jährlich neu festzulegenden prozentualen Verhältnisses (Verteilungsschlüssel) jeweils zu zahlen an

- den für den Sitz der Pflegekasse zuständigen Regionalträger; sofern es um die Beitragszahlung durch die Pflegekassen geht, die bei Krankenkassen errichtet sind, die nach § 28k SGB IV Gesamtsozialversicherungsbeiträge nicht bzw. nicht ausschließlich an den am Sitz der Kranken-/Pflegekasse zuständigen Regionalträger weiterleiten, gilt das in der Mitteilung der Rentenversicherung nach § 28k Abs. 1 Satz 2 SGB IV festgelegte Aufteilungsverhältnis.

- die Deutsche Rentenversicherung Bund.

Der Verteilungsschlüssel wird jährlich für ein Kalenderjahr im Voraus festgelegt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund teilt dem GKV-Spitzenverband spätestens bis zum 31.10. eines jeden Jahres mit, wie die Aufteilung der Beiträge im folgenden Kalenderjahr erfolgen soll.

Die Zahlung ist in der Monatsabrechnung (§ 6 BVV) im Teil B unter Position 6.4 (Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen) zu dokumentieren.

III 4.2 Private Versicherungsunternehmen als Beitragszahler

Die Beiträge sind von den privaten Versicherungsunternehmen entsprechend des jährlich neu festzulegenden prozentualen Verhältnisses jeweils zu zahlen an

- den für den Sitz des Versicherungsunternehmens zuständigen Regionalträger,

- die Deutsche Rentenversicherung Bund.

Der Verteilungsschlüssel wird jährlich für ein Kalenderjahr im Voraus festgelegt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund teilt dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. spätestens bis zum 31.10. eines jeden Jahres mit, wie die Aufteilung der Beiträge im folgenden Kalenderjahr erfolgen soll.

Den Regionalträgern zustehende Beiträge von privaten Versicherungsunternehmen mit Sitz in den alten Bundesländern für Pflegepersonen, die in den neuen Bundesländern pflegen,

sind an die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland zu zahlen. Dies gilt nicht für Versicherungsunternehmen mit Sitz im Lande Berlin.

Die Zahlung der privaten Versicherungsunternehmen wird dem Rentenversicherungsträger in einem besonderen Beitragsnachweis nachgewiesen. Die Beiträge aus den alten Bundesländern und aus den neuen Bundesländern sind jeweils gesondert nachzuweisen; Beitragsnachweise aus den alten Bundesländern sind mit „West“, Beitragsnachweise aus den neuen Bundesländern mit „Ost“ zu kennzeichnen. Die Beitragsnachweise/Ost von Versicherungsunternehmen mit Sitz in den alten Bundesländern erhält für den Bereich der Regionalträger die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland. Dies gilt nicht für Versicherungsunternehmen mit Sitz in Berlin (vgl. Ziffer 4 der Vereinbarung zur Beitragszahlung und zum Meldeverfahren für Pflegepersonen zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vom 25.01.1995 i. d. F. ab 01.07.2010).

III 4.3 Festsetzungsstellen für die Beihilfe als Beitragszahler

Von den Festsetzungsstellen für die Beihilfe sind die Beiträge ebenfalls nach einem einheitlichen Schlüssel zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und den Regionalträgern, in dessen Bereich die Festsetzungsstelle ihren Sitz hat, zu zahlen.

Zahlende Stellen sind

- im Bereich der Bundesverwaltung die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die von den Bundesministerien für ihren Zuständigkeitsbereich bestimmten Stellen,
- im Bereich der Landesverwaltungen die von den Ländern bestimmten Stellen und
- im Übrigen die jeweiligen Dienstherrn.

Die Beiträge sind unter der von der Bundesagentur für Arbeit vergebenen Betriebsnummer von der zahlenden Stelle zu überweisen. Soweit die zahlende Stelle keine Betriebsnummer besitzt, ist eine solche beim Betriebsnummern-Service der Bundesagentur für Arbeit (BNS) zu beantragen.

Der Beleg zur Überweisung der Beiträge sollte im Feld „Verwendungszweck“ folgende Angaben enthalten:

1. Zeile:

- Betriebsnummer der zahlenden Stelle (8 Stellen)
- Monat (zweistellig) und Jahr (zweistellig), für den die Beiträge gezahlt werden
- Kennzeichen „West“ oder „Ost“

2. Zeile:

➤ „RV-BEITRAG-PFLEGE“

(Vgl. Information der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Durchführung der Rentenversicherung der Pflegepersonen durch die Festsetzungsstellen für die Beihilfe vom 06.12.2004).

III 5 Fälligkeit

III 5.1 Allgemeines

Nach § 23 Abs. 1 Sätze 6 und 7 SGB IV gilt eine besondere Fälligkeitsregelung für die Beiträge der nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtigen Pflegepersonen beim Einsetzen der Beitragszahlung. Mit dieser Regelung wird der Verwaltungspraxis Rechnung getragen, die im Vorfeld der ersten Beitragszahlung eine umfangreiche Feststellung der für die Versicherungs- und Beitragspflicht maßgebenden Voraussetzungen verlangt und somit eine unmittelbar mit der Aufnahme der Pflegetätigkeit verbundene Beitragszahlung regelmäßig nicht ermöglicht.

Die besondere Fälligkeitsregelung gilt auch für die von den privaten Versicherungsunternehmen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. b in Verb. mit den §§ 173 Satz 1 und 176a SGB VI und für die von den Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder vom Dienstherrn bei Heilfürsorgeberechtigten nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c in Verb. mit den §§ 173 Satz 1 und 176a SGB VI zu zahlenden Beiträge.

III 5.2 Erstmalig zu zahlende Beiträge

Die erstmalig zu zahlenden Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt fällig, zu dem die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die Zahlungsverpflichtung festgestellt hat oder ohne Verschulden hätte feststellen können. Mit der Feststellung im Sinne der Vorschriften über die Fälligkeit der Beiträge ist das Tätigwerden der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens gemeint, das nach positiver Prüfung aller für die Versicherungs- und Beitragspflicht erforderlichen Tatbestandsvoraussetzungen in der Regel in einer Mitteilung an die Pflegeperson über die Aufnahme der Beitragszahlung zum Ausdruck kommt.

Die Fälligkeitsregelung knüpft grundsätzlich an den Zeitpunkt an, zu dem die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die Versicherungspflicht festgestellt hat. Das

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

bedeutet aber nicht, dass die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen durch ein Unterlassen der Feststellung das Einsetzen der Beitragszahlung hinausschieben kann. Die in § 23 Abs. 1 Satz 6 SGB IV verwendeten Worte „oder ohne Verschulden hätte feststellen können“ sollen eine am Eintritt der Versicherungspflicht gemessene relativ zeitnahe Aufnahme der Beitragszahlung gewährleisten.

Ein Verschulden der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens bei der Feststellung ist nicht anzunehmen, wenn zwischen dem Zeitpunkt der Entscheidung über die Hauptleistung (in der Regel Pflegegeld nach §§ 37, 123 SGB XI) und dem Zeitpunkt der „Feststellung“ der Versicherungs- und Beitragspflicht der Pflegeperson nicht mehr als drei Monate liegen (vgl. Beispiel 1). Von einem Verschulden der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens ist ebenfalls nicht auszugehen, wenn sich die Prüfung der Voraussetzungen über die Versicherungs- und Beitragspflicht wegen fehlender Mitwirkung der Pflegeperson (vgl. Beispiel 2) bzw. in den Fällen der Prüfung der Additions- und Aufzugsleistungen der beteiligten Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens verzögert. Die vorstehenden Ausführungen gelten in den aufzugreifenden Bestandsfällen ausgehend vom Zeitpunkt der Information an den Pflegebedürftigen (vgl. Abschnitt I 3 Buchstabe a) bzw. des Bearbeitungsfalls (vgl. Abschnitt I 3 Buchstabe b) entsprechend.

Beispiel 1

Bekanntgabe des Bescheides an den Pflegebedürftigen über Zahlung von Pflegegeld ab 01.03.2013 am	08.05.
„Feststellung“ der Versicherungs- und Beitragspflicht (Mitteilung an die Pflegeperson über die Aufnahme der Beitragszahlung) am	08.08.

Die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht ist rechtzeitig erfolgt, weil zwischen dem Zeitpunkt der Entscheidung über die Hauptleistung und dem Zeitpunkt der Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht nicht mehr als drei Monate liegen (der Drei-Monats-Zeitraum läuft vom 09.05 [Tag nach der Bekanntgabe des Bescheides] bis zum 08.08.). Die Beiträge sind demnach erstmalig am 16.09.2013 (Montag) fällig.

Beispiel 2

Bekanntgabe des Bescheides an den Pflegebedürftigen über Zahlung von Pflegegeld ab 01.03.2013 am	08.05.
Versand eines Fragebogens an die Pflegeperson zur Zahlung der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung	10.05.
Erinnerung wegen fehlender Rückmeldung am	20.06.

Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Rückmeldung der Pflegeperson am 04.11.

„Feststellung“ der Versicherungs- und Beitragspflicht (Mitteilung an die Pflegeperson über die Aufnahme der Beitragszahlung) am 07.11.

Die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht ist rechtzeitig erfolgt. Die Ursache für die späte Feststellung lag in der fehlenden Mitwirkung der Pflegeperson. Die Beiträge sind demnach erstmalig am 16.12.2013 (Montag) fällig.

Wird die Feststellung über die Versicherungs- und Beitragspflicht der Pflegeperson in der Zeit vom 1. bis zum 15. eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals am 15. des folgenden Monats fällig. Wird die Feststellung dagegen in der Zeit vom 16. bis zum Ende eines Monats getroffen, werden die Beiträge erstmals am 15. des auf die Feststellung folgenden übernächsten Monats fällig.

Die Regelung des § 23 Abs. 1 Sätze 6 und 7 SGB IV bezieht sich nur auf die erstmalige Fälligkeit der Beiträge. Gemeint sind damit zunächst die Beiträge, die nach erstmaliger Feststellung der Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI und der daran geknüpften Beitragspflicht von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu zahlen sind. Wird die Versicherungspflicht der Pflegeperson nach einer längeren Zeit der Unterbrechung (z. B. wegen längerer stationärer Behandlung der Pflegeperson) erneut festgestellt, gilt für die dann erstmalig nach der Unterbrechung zu zahlenden Beiträge die besondere Fälligkeitsregelung des § 23 Abs. 1 Sätze 6 und 7 SGB IV ebenfalls, soweit nicht der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen sämtliche für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht relevanten Informationen vorliegen.

Bei ungleichmäßigen Pflgetätigkeiten und taggenauer Versicherungspflicht tritt die Fälligkeit der Beiträge für die jeweiligen Zeiträume, für die Versicherungspflicht besteht, nach § 23 Abs. 1 Satz 6 SGB IV erst nach der Feststellung der Versicherungspflicht ein. Da in diesen Fällen die Versicherungspflicht der Pflegeperson in der Regel nur im Nachhinein festgestellt werden kann, ist die Feststellung der Versicherungspflicht mit der Berechnung des anteiligen Pflegegeldes - spätestens innerhalb eines Monats nach der Antragstellung auf die Pflegegeldzahlung - vorzunehmen. Sind in Ausnahmefällen für die Abrechnung des Pflegegeldes größere Zeiträume (bis zu einem Quartal) vereinbart, ist die Feststellung der Versicherungspflicht spätestens innerhalb eines Monats nach der Abrechnung des anteiligen Pflegegeldes vorzunehmen.

III 5.3 Laufend zu zahlende Beiträge

Für die laufend zu zahlenden Beiträge zur Rentenversicherung der nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtigen Pflegepersonen gilt die Regelung des § 23 Abs. 1 Satz 5 SGB IV. Danach werden die nicht erstmalig zu zahlenden Beiträge spätestens am 15. des Monats fällig, der auf den Monat folgt, für den sie zu entrichten sind, das heißt, für den die Versicherungs- und Beitragspflicht besteht.

III 6 Verjährung

Nach § 25 Abs. 1 Satz 1 SGB IV verjähren Ansprüche auf Beiträge, soweit sie nicht vorsätzlich vorenthalten werden, in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind. Diese allgemeine Verjährungsvorschrift für Beitragsansprüche in der Sozialversicherung gilt auch für die Beiträge der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen und der Festsetzungsstellen für die Beihilfe im Sinne der §§ 166 Abs. 2 und 3, 170 Abs. 1 Nr. 6, 173 Satz 1, 176a SGB VI, obgleich das im Sinn und Zweck der Verjährungsvorschrift liegende Schutzbedürfnis des Schuldners in diesen Fällen erheblich weniger ausgeprägt ist.

Hinsichtlich der Wirkungen der Verjährung verweist § 25 Abs. 2 Satz 1 SGB IV auf die Vorschriften des BGB. Nach § 214 Abs. 1 BGB führt die Verjährung von Ansprüchen zu einem Leistungsverweigerungsrecht des Schuldners. Von diesem Recht macht die Pflegekasse bei der Einrede der Verjährung Gebrauch. Die Anwendung der Verjährungsregelung schließt im Übrigen nicht nur die Zahlung der Beiträge für bereits verjährte Zeiten aus, sondern verhindert auch, dass Meldungen für diese Zeiten abgegeben werden.

III 7 Erstattung/Verrechnung von Beiträgen

Nach § 26 Abs. 2 SGB IV sind zu Unrecht gezahlte Rentenversicherungsbeiträge zu erstatten, es sei denn, dass der Rentenversicherungsträger bis zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs aufgrund dieser Beiträge Leistungen erbracht oder zu erbringen hat. Vor der Erstattung ist somit stets zu prüfen, ob die zu Unrecht gezahlten Beiträge im Zusammenhang mit vom Rentenversicherungsträger erbrachten Leistungen stehen. Eine Erstattung ist nicht zulässig, wenn aus den zu Unrecht gezahlten Beiträgen eine Leistung zur Teilhabe oder eine Rentenleistung erbracht worden ist. Dabei kommt es nicht darauf an, ob sich der einzelne Beitrag auf die Höhe der Rente tatsächlich ausgewirkt hat oder ob die Leistung zur Teilhabe auch ohne diese Beiträge unverändert erbracht worden wäre.

Der Erstattungsanspruch steht nach § 26 Abs. 3 SGB IV dem zu, der die Beiträge getragen hat. Er steht somit der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig zu. In den Fällen der Additionspflege kann der Erstattungsanspruch nur einheitlich entstehen.

Für das Erstattungsverfahren ist entweder ein Rentenversicherungsträger oder eine Pflegekasse oder ein privates Versicherungsunternehmen zuständig. Diese Zuständigkeitsabgrenzung gilt auch dann, wenn im Rahmen einer Prüfung nach § 212a SGB VI festgestellt wird, dass Beiträge für die Pflegeperson zu Unrecht gezahlt worden sind. Näheres ist in den "Gemeinsamen Grundsätzen für die Erstattung und Verrechnung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen" (Anhang II) geregelt.

III 8 Beitragsprüfung

Nach § 212a SGB VI überprüfen die Träger der Rentenversicherung die rechtzeitige und vollständige Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen durch die Pflegekassen (§§ 166 Abs. 2 und 3, 170 Abs. 1 Nr. 6, 173 SGB VI). Im Rahmen dieser turnusmäßig stattfindenden Prüfungen sind den Prüfern der Rentenversicherung die Unterlagen vorzulegen, die für die Prüfung der Beitragszahlung erforderlich sind. Zu den prüffähigen Unterlagen gehören:

- Auszüge aus dem Antrag des Pflegebedürftigen, die das Antragsdatum wiedergeben und erkennen lassen, ob eine Beihilfeberechtigung des Pflegebedürftigen vorliegt,
- der Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen,
- Auszüge aus den Fallunterlagen, die den Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit erkennen lassen, Änderungen (die sich auf die Versicherungs- oder Beitragspflicht auswirken) nachweisen, eine Leistungsunterbrechung belegen sowie die Übersendung des Fragebogens an die Pflegeperson(en) und ggf. ein Erinnerungsschreiben dokumentieren,
- Auszüge aus den Fallunterlagen, die Zeitpunkt, Anlass sowie das (ggf. auch negative) Ergebnis der Ermittlungen zur Additionspflege dokumentieren (Ergebnis nach maschinellem Suchlauf, Schriftwechsel mit dem Pflegebedürftigen oder der Pflegepersonen, ggf. Nachweis der Erinnerung),
- Dokumentation der Suchlaufkriterien für die Überprüfung der Bestandsfälle (vgl. Abschnitt I 3 Buchstabe a),
- Mitteilungen nach § 44 Abs. 6 SGB XI.

Die vollständigen Gutachten gehören nicht zu den prüffähigen Unterlagen. In Bezug auf die Überprüfung der maßgeblichen Pflegestundenzahl (als Voraussetzung für die Feststellung der Rentenversicherungspflicht und als Grundlage für die Beitragsbemessung) wird eine Einsichtnahme in die Punkte 1.4, 4.1 bis 4.4, 5.1, 5.2 und 7 des Gutachtens als ausreichend angesehen. Im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung wird eine Einsichtnahme in den Punkt 4.4.1 des Gutachtens der MEDICPROOF für hinreichend erachtet.

III 9 Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen

Nach § 44 Abs. 2 SGB XI werden für Personen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pflgetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, die nach § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI zu bemessenden Beiträge zur Rentenversicherung auf Antrag der Pflegeperson an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt. Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass Personen, die während der Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Rentenversicherungspflicht befreit sind (z. B. angestellte Ärzte oder Apotheker), bei Übernahme einer Pflgetätigkeit ihre berufsständische Alterssicherung ausbauen können. Dasselbe soll für selbständig Tätige gelten, die als Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung erfüllen würden, wenn sie nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären (zur Wirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht, vgl. Ausführungen unter Abschnitt II 2.3).

Näheres über das Verfahren zur Meldung der Pflegepersonen, zur Zahlung und zum Nachweis der Beiträge ist in einer zwischen den ehemaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen - handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen - und der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen abgestimmten „Verfahrensbeschreibung für die Entrichtung von Beiträgen zur Alterssicherung für nicht erwerbsmäßig pflegende Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen“ festgelegt. Für die private Pflegepflichtversicherung gilt die „Vereinbarung zur Beitragszahlung und zum Meldeverfahren für Pflegepersonen zwischen dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e.V.“.

IV Meldungen

§ 194 SGB VI

(1) Arbeitgeber haben auf Verlangen des Rentenantragstellers die beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume frühestens drei Monate vor Rentenbeginn gesondert zu melden. Dies gilt entsprechend bei einem Auskunftersuchen des Familiengerichts im Versorgungsausgleichsverfahren. Erfolgt eine Meldung nach Satz 1, errechnet der Rentenversicherungsträger bei Anträgen auf Altersrente die voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen für den verbleibenden Beschäftigungszeitraum bis zum Rentenbeginn für bis zu drei Monaten nach den in den letzten zwölf Kalendermonaten gemeldeten beitragspflichtigen Einnahmen. Die weitere Meldepflicht nach § 28a des Vierten Buches bleibt unberührt.

(2) Eine gesonderte Meldung nach Absatz 1 Satz 1 haben auch die Leistungsträger über die beitragspflichtigen Einnahmen von Beziehern von Sozialleistungen und die Pflegekassen sowie die privaten Versicherungsunternehmen über die beitragspflichtigen Einnahmen nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen zu erstatten. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Meldepflicht nach § 191 Satz 1 Nr. 2 und nach § 44 Abs. 3 des Elften Buches bleibt unberührt.

(3) Die Beitragsberechnung erfolgt nach der tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahme.

§ 44 SGB XI

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) und (2) ...

(3) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern zu melden. Die Meldung für die Pflegeperson enthält:

1. ihre Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. ihren Familien- und Vornamen,
3. ihr Geburtsdatum,
4. ihre Staatsangehörigkeit,
5. ihre Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pfllegetätigkeit,
7. die Pflegestufe des Pflegebedürftigen und
8. die unter Berücksichtigung des Umfangs der Pfllegetätigkeit nach § 166 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. können mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und mit den Trägern der Unfallversicherung Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

(4) Der Inhalt der Meldung nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6 und 8 ist der Pflegeperson, der Inhalt der Meldung nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 7 dem Pflegebedürftigen schriftlich mitzuteilen.

(5) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe c des Sechsten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen ab dem 1. Juni 2005 die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Weiterleitung der in Satz 2 genannten Angaben an diese Stelle zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht die in Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 8 genannten Angaben sowie der Beginn der Beitragspflicht mitzuteilen. Absatz 4 findet auf Satz 2 entsprechende Anwendung.

(6) ...

IV 1 Meldungen zur Rentenversicherung

IV 1.1 Allgemeines

Nach § 44 Abs. 3 Satz 1 SGB XI haben die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen die zu versichernde Pflegeperson dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu melden. Näheres über das Meldeverfahren können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mit der Deutschen Rentenversicherung Bund vereinbaren (§ 44 Abs. 3 Satz 3 SGB XI).

Auf der Grundlage dieser Ermächtigung sind der GKV-Spitzenverband - handelnd als Spitzenverband Bund der Pflegekassen - mit der Deutschen Rentenversicherung Bund übereingekommen, das für versicherungspflichtige Arbeitnehmer in der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) vorgeschriebene und von den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung in dem gemeinsamen Rundschreiben „Gemeinsames Meldeverfahren zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ vom 15.07.1998 in der jeweils geltenden aktuellen Fassung ausgestaltete Verfahren auch für die Meldungen der Pflegekassen für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen zu verwenden; Einzelheiten, insbesondere die Beschreibung der Datensätze und Datenbausteine, sind dort niedergelegt. Dementsprechend sind in den folgenden Abschnitten nur die Grundzüge des Meldeverfahrens für Pflegepersonen durch die Pflegekassen dargestellt.

Das Verfahren zur Meldung der Pflegepersonen durch die privaten Versicherungsunternehmen ist in der „Vereinbarung zur Beitragszahlung und zum Meldeverfahren für Pflegepersonen zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Verband der Privaten

Krankenversicherung e. V.“ geregelt. Danach gelten für die Meldungen durch die Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung die Ausführungen in den folgenden Abschnitten sinngemäß.

Dies gilt für die aufgrund einer Additionspflege zu versichernden Pflegepersonen für die jeweilige Pflēgetätigkeit analog. In diesen Fällen ist für jede einzelne Pflēgetätigkeit, die aufgrund der Zusammenrechnung mit einer weiteren Pflēgetätigkeit zur Versicherungspflicht der Pflegeperson führt, eine Meldung abzugeben.

IV 1.2 Meldepflichtige Tatbestände und Meldefristen

Die Pflegekassen melden dem zuständigen Rentenversicherungsträger die persönlichen Daten der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson (§ 44 Abs. 3 Satz 2 Nrn. 1 bis 5 SGB XI), den Zeitraum der Versicherungspflicht (§ 44 Abs. 3 Satz 2 Nr. 6 SGB XI) und die unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflēgetätigkeit maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen (§ 44 Abs. 3 Satz 2 Nr. 8 SGB XI). Hiernach kommen als meldepflichtige Tatbestände

- das Ende der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI (Art der Meldung = Abmeldung),
- der Ablauf des Kalenderjahres, wenn sich die Versicherungspflicht über das Ende des Kalenderjahres hinaus erstreckt (Art der Meldung = Jahresmeldung),
- Änderungen des Namens, der Anschrift oder der Staatsangehörigkeit der Pflegeperson (Art der Meldung = Änderungsmeldung) und
- die Anforderung einer Gesonderten Meldung nach § 194 Abs. 2 SGB VI durch den Rentenversicherungsträger (Art der Meldung = Gesonderte Meldung)

in Betracht. Die Jahresmeldung ist bis zum 15.04. des folgenden Jahres zu erstatten. Anmeldungen zu Beginn der Versicherungspflicht oder Unterbrechungsmeldungen sind nicht vorgesehen. Wird die Pflēgetätigkeit für weniger als einen Kalendermonat unterbrochen, kann im Hinblick auf das Monatsprinzip bei den Berechnungsgrundsätzen in der Rentenversicherung (vgl. § 122 Abs. 1 SGB VI) auf die Erstattung der Abmeldung verzichtet werden; bei Wegfall der Versicherungspflicht oder bei Unterbrechungen von mindestens einem vollen Kalendermonat ist eine Abmeldung spätestens sechs Wochen nach Kenntnis dieses Sachverhalts zu erstatten. Meldungen, die nicht zu erstatten waren oder unzutreffende Angaben im Sinne des § 14 Abs. 1 Nr. 1 DEÜV enthalten haben, sind unverzüglich zu stornieren und gegebenenfalls neu zu erstatten.

Bei der Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen eines Anspruchs auf Beihilfe oder Heilfürsorge die Leistungen der Pflegeversicherung nur zur Hälfte erhält, haben die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen - ungeachtet der Regelung über die Beitragstragung in § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI - den gesamten Betrag der beitragspflichtigen Einnahmen anzuzeigen. (Zur Meldepflicht für die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder für den Dienstherrn vgl. Ziffer IV 2).

Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben nach § 194 Abs. 2 in Verb. mit Abs. 1 SGB VI nach Aufforderung durch den Rentenversicherungsträger die beitragspflichtigen Einnahmen nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen für abgelaufene Zeiträume gesondert zu melden. Die Gesonderte Meldung ist frühestens drei Monate vor Rentenbeginn abzugeben. Für die Anforderung der gesonderten Meldung verwenden die Rentenversicherungsträger eine bundeseinheitliche Meldeaufforderung (Anlage 3). Die Abgabe der Gesonderten Meldung hat innerhalb eines Monats zu erfolgen.

IV 1.3 Form der Meldungen und zulässige Schlüsselzahlen

Die Meldungen der Pflegekassen für Pflegepersonen an den Rentenversicherungsträger erfolgen ausschließlich im Wege der Datenübertragung. Für die Übertragung der Daten ist der in der Anlage 9 zum gemeinsamen Rundschreiben „Gemeinsames Meldeverfahren zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ vom 15.07.1998 in der jeweils geltenden aktuellen Fassung beschriebene Datensatz DSME sowie der Datenbaustein DBME zu verwenden.

Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen erhalten bei der Verschlüsselung grundsätzlich den Personengruppenschlüssel „207“. Für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse erhält, ist dagegen der Personengruppenschlüssel „208“ zu verwenden; in diesen Fällen ist im Feld „ENTGELT“ des Datenbausteins DBME der gesamte Betrag der beitragspflichtigen Einnahmen anzugeben, ungeachtet der Beitragstragungsregelung des § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI.

In den Fällen der Additionspflege ist für den Rentenversicherungsträger die Angabe der Anzahl der Pflegebedürftigen erforderlich.

Jede Pflegekasse verwendet für Meldungen, die im Rahmen des § 44 Abs. 3 SGB XI für Pflegepersonen zu erstatten sind, eine besondere Betriebsnummer. Diese besondere Betriebsnummer beginnt in den ersten drei Stellen mit 996.

IV 2 Mitteilungen an Beihilfe-Festsetzungsstellen oder Dienstherrn

IV 2.1 Allgemeines

Mit dem in § 44 Abs. 5 SGB XI geregelten Mitteilungsverfahren wird den Festsetzungsstellen für die Beihilfe und den Dienstherrn ermöglicht, ihre Beitragspflicht zeitnah erfüllen zu können. Wird diesen die Beitragspflicht für eine Pflegeperson bekannt gegeben, haben sie Änderungen in den Verhältnissen, die für die Beitragspflicht erheblich sind, eigenständig festzustellen. Ein ständiges Mitteilungsverfahren zwischen den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen einerseits und den Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder dem Dienstherrn andererseits ist nicht vorgesehen.

Das Mitteilungsverfahren erfordert zunächst auf Seiten der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen bei Beginn ihrer Leistungspflicht die Kenntnis darüber, ob der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und wem, d. h. welcher Stelle, gegenüber dieser Anspruch geltend gemacht werden kann. Diese Angabe ist daher im Zusammenhang mit dem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zu erfragen. Dabei muss der Pflegebedürftige auf die beabsichtigte Weiterleitung von Angaben über eine ggf. rentenversicherungspflichtige Pflegeperson an diese Stelle hingewiesen werden (§ 44 Abs. 5 Satz 1 SGB XI). Den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen obliegt auf dieser Grundlage im Übrigen nur das Abfragen der zusätzlichen Informationen sowie die Weiterleitung bestimmter Daten; sie sind darüber hinaus nicht für die Erfüllung der Mitwirkungspflicht durch den Versicherten sowie die Vollständigkeit und Richtigkeit der von ihm gemachten Angaben verantwortlich.

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. haben nachfolgend Näheres zur Ausgestaltung des Mitteilungsverfahrens nach § 44 Abs. 5 SGB XI festgelegt.

IV 2.2 Anwendungsbereich

Die Mitteilungspflicht der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen erfasst die nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtigen nicht erwerbsmäßig täti-

gen Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für die die Beiträge zur Rentenversicherung nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen und den Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder den Dienstherrn anteilig getragen und an den jeweiligen Rentenversicherungsträger gezahlt werden.

IV 2.3 Meldepflichtiger Tatbestand

Das Mitteilungsverfahren setzt nach § 44 Abs. 5 Satz 2 SGB XI bei Feststellung der Beitragspflicht einer vom Anwendungsbereich der Regelung erfassten nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson ein. Mit der Feststellung der Beitragspflicht in diesem Sinne ist das erstmalige Tätigwerden der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens gemeint, das nach positiver Prüfung aller für die Versicherungs- und Beitragspflicht erforderlichen Tatbestandsvoraussetzungen in der Regel in einer Mitteilung an die Pflegeperson über die Aufnahme der Beitragszahlung zum Ausdruck kommt. Wird die Versicherungs- und Beitragspflicht nach einer längeren Zeit der Unterbrechung (z. B. wegen längerer stationärer Behandlung der Pflegeperson) erneut oder bei einem Wechsel der Pflegeperson festgestellt, besteht die Mitteilungspflicht ebenfalls. Gleiches gilt auch in den Fällen, in denen die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen im Rahmen einer erneuten Begutachtung (z. B. nach einem Höherstufungsantrag) feststellt, dass die Voraussetzungen der Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson erstmalig vorliegen und Beiträge zu zahlen sind.

Die im Rahmen einer erneuten Begutachtung festgestellte Änderung der Pflegestufe oder des berücksichtigungsfähigen Pflegeumfangs löst dagegen keine Mitteilungspflicht aus, wenn dadurch bedingt lediglich die Beitragsbemessungsgrundlage anzupassen ist. Insofern gilt der der Neuregelung des § 44 Abs. 5 SGB XI innewohnende Grundsatz, dass dann, wenn der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn die Beitragspflicht erst einmal bekannt ist, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Höhe der Beitragsbemessung erheblich sind, eigenständig festzustellen sind. Dementsprechend ist das Mitteilungsverfahren zwischen den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen einerseits und den Beihilfefestsetzungsstellen andererseits auf den Beginn der Beitragspflicht beschränkt. Ein ständiges Mitteilungsverfahren über alle für die Beitragspflicht relevanten Angaben (z. B. über das Ende der Versicherungs- und Beitragspflicht bei Unterbrechungen oder Wegfall der Pflegeetätigkeit) ist nicht vorgesehen.

IV 2.4 Inhalt und Form der Meldung

Die Mitteilung der Pflegekasse und des privaten Versicherungsunternehmens hat nach § 44 Abs. 5 Satz 2 in Verb. mit Abs. 3 Satz 2 Nrn. 1 bis 5 und 8 SGB XI folgende Angaben für die Pflegeperson zu enthalten:

- die Rentenversicherungsnummer, soweit bekannt,
- den Familien- und Vornamen,
- das Geburtsdatum,
- die Anschrift,
- die beitragspflichtigen Einnahmen und
- den Beginn der Beitragspflicht.

Darüber hinaus ist als Ordnungskriterium der Familien- und Vorname des Pflegebedürftigen, sein Geburtsdatum und seine Anschrift sowie das Vorliegen einer Additionspflege anzugeben.

In den Fällen der Additionspflege sind darüber hinaus Änderungen in der Beitragspflicht bzw. das Ende der Beitragspflicht anzuzeigen.

Die Mitteilung an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn ist unverzüglich nach Feststellung der Beitragspflicht auf einem Vordruck gemäß dem beiliegenden Muster (vgl. Anlage 2) zu erstatten. Eine Mitteilung durch Datenübermittlung ist zunächst nicht vorgesehen.

IV 2.5 Änderungsmeldungen bei Additionspflege

In den Fällen der Additionspflege erhalten die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherrn nach der Mitteilung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über die erstmalige Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht auch Mitteilungen über Änderungen zur Versicherungs- und Beitragspflicht aufgrund der Additionspflege (vgl. Abschnitt V). Die Berücksichtigung von Änderungen durch die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherrn wäre ohnehin nur in Abstimmung mit der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen möglich. Zur Vermeidung von Verwaltungsaufwand kann auf eine eigenständige Ermittlung entsprechender Änderungen durch die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherrn verzichtet werden.

IV 3 Bescheinigung über den Inhalt der Meldung und Mitteilung

Nach § 44 Abs. 4 SGB XI haben die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen der Pflegeperson den Inhalt der Meldung nach § 44 Abs. 3 SGB XI mitzuteilen. In Anlehnung an § 38 Abs. 5 DEÜV sollte die Bescheinigung bis zum 30.04. eines Jahres über den Inhalt der Meldung des vergangenen Jahres erteilt werden.

Der Inhalt der Mitteilung an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn ist der Pflegeperson nach § 44 Abs. 5 Satz 3 in Verb. mit Abs. 4 SGB XI ebenfalls schriftlich mitzuteilen.

V Mitteilungsverfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht bei Additionspflege

§ 44 SGB XI

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) ... Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist, und erfragt in den Fällen, in denen die Pflege des Pflegebedürftigen die Dauer von 14 Stunden unterschreitet, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt. ...

(2) ...

(3) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern zu melden. Die Meldung für die Pflegeperson enthält:

1. ihre Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. ihren Familien- und Vornamen,
3. ihr Geburtsdatum,
4. ihre Staatsangehörigkeit,
5. ihre Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pfllegetätigkeit,
7. die Pflegestufe des Pflegebedürftigen und
8. die unter Berücksichtigung des Umfangs der Pfllegetätigkeit nach § 166 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. können mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und mit den Trägern der Unfallversicherung Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

(4) und (5) ...

(6) Für die Fälle, in denen die Mindeststundenzahl von 14 Stunden wöchentlicher Pflege für die Rentenversicherungspflicht einer Pflegeperson nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Rentenversicherung Bund das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln. Die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen dürfen die in Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 und, soweit dies für eine sichere Identifikation der Pflegeperson erforderlich ist, die in den Nummern 4 und 5 genannten Daten sowie die Angabe des zeitlichen Umfangs der Pfllegetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten und nutzen.

V 1 Allgemeines

Auch in Fällen der Additionspflege nimmt jede betroffene Pflegekasse bzw. jedes private Versicherungsunternehmen eigenständig die Beitragszahlung auf. Eine zentrale Prüfstelle ist insofern nicht vorgesehen. Dies macht es erforderlich, dass die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen eng kooperieren und die in diesem Zusammenhang erforderlichen Daten anlassbezogen untereinander austauschen.

Nach § 44 Abs. 6 SGB XI haben Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen Mitteilungen über Pfl egetätigkeiten von Pflegepersonen auszutauschen, die aufgrund der Pflege mehrerer Pflegebedürftiger nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI versicherungspflichtig sind. Näheres über das Mitteilungsverfahren können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutschen Rentenversicherung Bund vereinbaren (§ 44 Abs. 6 Satz 1 SGB XI).

Auf der Grundlage dieser Ermächtigung haben der GKV-Spitzenverband – handelnd als Spitzenverband Bund der Pflegekassen – und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutschen Rentenversicherung Bund das folgende Mitteilungsverfahren vereinbart.

V 2 Mitteilungsverfahren

Zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht aufgrund einer Additionspflege ist eine Abstimmung der beteiligten Pflegekassen bzw. Versicherungsunternehmen erforderlich. Für diese Abstimmung ist ein Mitteilungsverfahren einzuleiten, wenn

- eine Pflegeperson einen Pflegebedürftigen im Umfang von weniger als 14 Stunden in der Woche pflegt,
- mindestens eine weitere Pfl egetätigkeit von weniger als 14 Stunden in der Woche für Pflegebedürftige einer anderen Pflegekasse bzw. eines anderen Versicherungsunternehmens ausgeübt wird und
- sich nach den Angaben im Gutachten zu dem zu beurteilenden Pflegefall und den Angaben der Pflegeperson zu mindestens einer weiteren Pfl egetätigkeit ein Gesamtpflegeaufwand von mindestens 14 Stunden in der Woche ergibt.

Das Mitteilungsverfahren ist auch dann einzuleiten, wenn zwar nach den Angaben der Pflegeperson eine andere Pfl egetätigkeit von mindestens 14 Stunden in der Woche ausgeübt

wird, für die jedoch eine Rentenversicherungspflicht nicht bestehen soll. In diesen Fällen ist zu vermuten, dass es sich um eine überhöhte Selbsteinschätzung des Pflegeaufwandes handelt.

Die Mitteilung über die Pflege dieser Pflegeperson enthält Angaben über die Pflegeperson und die pflegebedürftige Person (jeweils Name, Geburtsdatum, ggf. Versicherungsnummern, Anschrift), den Beginn und ggf. das Ende der Pflege, den im Gutachten für die Pflegeperson aufgeführten Pflegeaufwand sowie die Anzahl weiterer Pfllegetätigkeiten von weniger als 14 Stunden.

Die Mitteilung erfordert immer eine Rückmeldung. In der Rückmeldung der Pflegekasse bzw. des Versicherungsunternehmens wird angegeben, ob ein dort versicherter Pflegebedürftiger von der Pflegeperson tatsächlich gepflegt wird. In diesem Fall enthält die Rückmeldung ebenfalls Angaben über den Beginn und ggf. das Ende der Pflege sowie den im Gutachten für die Pflegeperson aufgeführten Pflegeaufwand.

Sofern der Pflegeaufwand in der weiteren Pfllegetätigkeit noch streitig ist, teilt die beteiligte Pflegekasse bzw. das Versicherungsunternehmen dies in der Rückmeldung mit. Eine abschließende Feststellung über die Rentenversicherungspflicht aufgrund einer Additionspflege ist in diesen Fällen erst nach Klärung des streitigen Pflegeaufwandes zu treffen.

Für die Mitteilungen und Rückmeldungen sind Musterschreiben als Anlage 4 beigelegt.

Über Änderungen in der Pfllegetätigkeit dieser Pflegepersonen, die zu einer Beendigung, einem Beginn einer Versicherungspflicht oder zu einer veränderten Verteilung der beitragspflichtigen Einnahmen führen können, werden die beteiligten Pflegekassen bzw. Versicherungsunternehmen innerhalb von sechs Wochen nach Feststellung der Änderung informiert. Erhebt die Pflegeperson gegen die Ankündigung der Feststellung bzw. die getroffene Feststellung der Änderung Einwände (streitiger Fall), unterbleibt entweder die Mitteilung oder – sofern bereits eine Mitteilung abgesetzt worden ist – werden die anderen Pflegekassen bzw. Versicherungsunternehmen unverzüglich darüber in Kenntnis gesetzt. Dies gilt analog in den Fällen der Unterbrechung der Pfllegetätigkeit von weniger als einem Monat, in denen auch ohne Unterbrechung der Meldung des Versicherungsverhältnisses die Beitragszahlung reduziert wird. Die Änderungsmitteilung ist in streitigen Fällen erst nach abschließender Klärung des Sachverhalts abzugeben. Sofern der streitige Fall vom Rentenversicherungsträger zu klären ist (vgl. Ziffer 5 der Verfahrensbeschreibung in Anhang I), erfolgt die abschließende Information an alle Beteiligten durch den Rentenversicherungsträger. Ein Musterschreiben der Änderungsmitteilung der Pflegekassen bzw. Versicherungsunternehmen ist als Anlage 5 beigelegt.