GKV-SPITZENVERBAND

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND

BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT

VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG E.V.

---

1. August 2016

Renten- und Arbeitslosenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Die Spitzenorganisationen der Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung haben die sich aus den bisherigen Regelungen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen ergebenden Auswirkungen zuletzt in den gemeinsamen Rundschreiben vom 09.01.2013 zur Rentenversicherung von Pflegepersonen und vom 01.07.2008 zur Arbeitslosenversicherung von Pflegepersonen zusammengefasst.

Durch das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I S. 2424) werden zum 01.01.2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Hiernach erfolgt zukünftig eine umfangreichere Erfassung aller relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit, unabhängig davon, ob diese auf körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen beruhen. Dies gilt insbesondere für Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten Pflegebedürftiger bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, von außerhäuslichen Aktivitäten sowie der Haushaltsführung. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind auch die Regelungen zur Renten- und Arbeitslosenversicherung von Pflegepersonen geändert worden. Versicherungspflicht kann hiernach bereits eintreten, wenn eine Pflegeperson einen oder mehrere Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

Die sich hieraus ab 01.01.2017 ergebenden Auswirkungen auf das Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen sind in diesem Rundschreiben zusammengefasst. Dabei beziehen sich die Ausführungen auf die Pflege von Pflegebedürftigen, die Leistungen aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung beziehen. Die Arbeitslosenversicherungspflicht von Pflegepersonen, die Pflegebedürftige pflegen, die ausschließlich Leistungen aus der Sozialhilfe beziehen, ist nicht Gegenstand dieses Rundschreibens. Sofern in den folgenden Ausführungen keine Differenzierung zwischen der Renten- und Arbeitslosenversicherung vorgenommen wird, gelten diese für beide Versicherungszweige.

Für Pflegezeiten vor dem 01.01.2017 finden die Ausführungen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für Pflegepersonen in der Renten- und Arbeitslosenversicherung in den o. a. Rundschreiben vom 09.01.2013 und 01.07.2008 weiterhin Anwendung.

Inhaltsverzeichnis

I Allgemeines ..... - 7 -

I 1 Einordnung der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen ..... - 7 -

I 2 Information über die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen ..... - 8 -

II Versicherung ..... - 10 -

II 1 Versicherungspflicht ..... - 14 -

II 1.1 Voraussetzungen der Versicherungspflicht ..... - 14 -

II 1.1.1 Pflege eines Pflegebedürftigen ..... - 16 -

II 1.1.2 Begriff der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson ..... - 18 -

II 1.1.3 Abgrenzung der nicht erwerbsmäßigen Pflege von der erwerbsmäßigen Pflege ..... - 19 -

II 1.1.4 Dauerhaftigkeit der Pflegetätigkeit ..... - 20 -

II 1.1.5 Mindestumfang/Regelmäßigkeit der Pflegetätigkeit ..... - 22 -

II 1.1.5.1 Mindestpflegeumfang und Additionspflege bei wöchentlicher Pflege ..... - 22 -

II 1.1.5.2 Durchschnittlicher Mindestpflegeumfang bei Intervallpflege ..... - 23 -

II 1.1.5.3 Besonderheiten bei internatsmäßiger Unterbringung ..... - 25 -

II 1.1.6 Feststellung des Umfangs der Pflegetätigkeit ..... - 30 -

II 1.1.6.1 Berücksichtigungsfähige Pflegeleistungen ..... - 30 -

II 1.1.6.2 Verfahren zur Ermittlung des Pflegeumfangs ..... - 33 -

II 1.1.6.3 Feststellung des Pflegeumfangs ..... - 34 -

II 1.1.7 Häusliche Umgebung ..... - 36 -

II 1.1.8 Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen ..... - 37 -

II 1.2 Beginn der Versicherungspflicht ..... - 38 -

II 1.3 Ende der Versicherungspflicht ..... - 38 -

II 1.4 Fortbestand der Versicherungspflicht bei Unterbrechung der Pflege ..... - 40 -

II 1.5 Irrtümliche Annahme von Versicherungspflicht ..... - 42 -

II 1.6 Mehrfachversicherung ..... - 43 -

II 1.7 Ausschluss der Versicherungspflicht ..... - 44 -

II 1.7.1 Allgemeines ..... - 44 -

II 1.7.2 Beschäftigung im Ausland ..... - 45 -

II 1.7.3 Bezug von Leistungen nach dem SGB II und SGB III sowie von Anpassungsgeld oder Knappschaftsausgleichsleistung ..... - 45 -

II 1.7.4 Bezug von weiteren Entgeltersatzleistungen ..... - 46 -

II 1.7.5 Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ..... - 47 -

II 1.7.6 Bezug von Elterngeld sowie Inanspruchnahme von Elternzeit ..... - 47 -

II 1.7.7 Jugend- und Bundesfreiwilligendienst sowie freiwilliger Wehrdienst ..... - 47 -
II 1.7.8 Unbezahlte Beurlaubung ..... - 48 -
II 1.7.9 Beschäftigung im Rahmen der Altersteilzeit oder anderer Formen der Arbeitszeitflexibilisierung ..... - 48 -
II 1.7.10 Ehegatten landwirtschaftlicher Unternehmer ..... - 49 -
II 1.8 Auslandsaufenthalt ..... - 49 -
II 2 Versicherungsfreiheit und Befreiung von der Versicherungspflicht ..... - 50 -
II 2.1 Versicherungsfreiheit ..... - 50 -
II 2.2 Befreiung von der Rentenversicherungspflicht ..... - 52 -
II 3 Verfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht ..... - 53 -
II 4 Rentenversicherungszuständigkeit ..... - 54 -
III Beiträge ..... - 55 -
III 1 Beitragspflichtige Einnahmen ..... - 58 -
III 1.1 Allgemeines ..... - 58 -
III 1.2 Maßgebende Bezugsgröße als Ausgangswert für die Bestimmung der Bemessungsgrundlage ..... - 60 -
III 1.3 Bemessungsgrundlagen der Beitragsberechnung ..... - 61 -
III 1.4 Bemessungsgrundlage bei Mehrfachpflege ..... - 62 -
III 1.5 Bemessungsgrundlage bei Additionspflege ..... - 65 -
III 1.6 Bemessungsgrundlage bei Änderung des Pflegegrades oder der Art des Leistungsbezugs aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung ..... - 67 -
III 1.7 Bemessungsgrundlage bei Änderung des Pflegeumfangs innerhalb eines Pflegegrades bei Mehrfachpflege ..... - 67 -
III 1.8 Bemessungsgrundlage bei ungleichmäßigen Pflegerhythmen bzw. Pflegephasen (z. B. bei internatsmäßiger Unterbringung des Pflegebedürftigen) ..... - 69 -
III 2 Beitragssatz ..... - 71 -
III 3 Beitragstragung ..... - 71 -
III 4 Beitragszahlung und -abrechnung ..... - 73 -
III 4.1 Pflegekassen als Beitragszahler ..... - 73 -
III 4.2 Private Versicherungsunternehmen als Beitragszahler ..... - 74 -
III 4.3 Festsetzungsstellen für die Beihilfe als Beitragszahler ..... - 75 -
III 5 Fälligkeit ..... - 76 -
III 5.1 Beiträge zur Rentenversicherung ..... - 76 -
III 5.1.1 Erstmalig zu zahlende Rentenversicherungsbeiträge ..... - 77 -

III 5.1.2 Laufend zu zahlende Rentenversicherungsbeiträge ... - 79 -
III 5.2 Beiträge zur Arbeitslosenversicherung ... - 79 -
III 6 Verjährung ... - 80 -
III 7 Erstattung/Aufrechnung von Versicherungsbeiträgen ... - 81 -
III 8 Beitragsprüfung ... - 82 -
III 8.1 Beitragsprüfung durch die Rentenversicherungsträger ... - 82 -
III 8.2 Beitragsprüfung durch die Bundesagentur für Arbeit ... - 83 -
III 9 Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen ... - 84 -
IV Meldungen und Mitteilungen ... - 85 -
IV 1 Meldungen zur Rentenversicherung ... - 86 -
IV 1.1 Allgemeines ... - 86 -
IV 1.2 Meldepflichtige Tatbestände und Meldefristen ... - 87 -
IV 1.3 Form der Meldungen und zulässige Schlüsselzahlen ... - 88 -
IV 2 Mitteilungen an Beihilfe-Festsetzungsstellen oder Dienstherren ... - 89 -
IV 2.1 Allgemeines ... - 89 -
IV 2.2 Anwendungsbereich ... - 89 -
IV 2.3 Mitteilungsanlässe ... - 90 -
IV 2.4 Inhalt und Form der Mitteilung ... - 91 -
IV 3 Bescheinigung über den Inhalt der Meldung und Mitteilung ... - 91 -
IV 4 Meldung/Bescheinigung zur Arbeitslosenversicherung ... - 92 -
V Mitteilungsverfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht bei Additionspflege ... - 93 -
V 1 Allgemeines ... - 94 -
V 2 Mitteilungsverfahren ... - 94 -
VI Versicherungs- und Beitragspflicht in Bestandsfällen ... - 96 -
VI 1 Leistungsrechtliche Überleitung von Bestandsfällen ... - 98 -
VI 2 Überleitung von Bestandsfällen in der Rentenversicherung ... - 99 -
VI 2.1 Fortbestand der Versicherungs- und Beitragspflicht ... - 99 -
VI 2.1.1 Versicherungs- und Beitragspflicht ... - 99 -
VI 2.1.2 Ende der Bestandsschutzregelungen ... - 103 -
VI 2.1.3 Sonderfälle zum Jahreswechsel 2016/2017 ... - 106 -
VI 2.2 Erstmaliger Eintritt von Versicherungspflicht in Bestandsfällen ... - 107 -

VI 3 Überleitung arbeitslosenversicherungspflichtiger Bestandsfälle ..... - 109 -
VI 3.1 Fortbestand der Versicherungs- und Beitragspflicht ..... - 109 -
VI 3.2 Erstmaliger Eintritt von Versicherungspflicht in Bestandsfällen ..... - 110 -

Anlagen

Anlage 1 Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen
Anlage 2 Mitteilung über den Beginn der Beitragspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson nach § 44 Abs. 5 SGB XI
Anlage 3 Anforderung einer Gesonderten Meldung nach § 194 Abs. 2 SGB VI
Anlage 4 Mitteilung zur Prüfung der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen bei Additionspflege
Anlage 5 Änderungsmitteilung zur Prüfung der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen bei Additionspflege
Anlage 6 Beitragsnachweis zur Arbeitslosenversicherung

Anhänge

Anhang I Verfahrensbeschreibung zur Feststellung der Renten-und Arbeitslosenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen vom 01.08.2016
Anhang II Gemeinsame Grundsätze für die Erstattung und Aufrechnung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen vom 01.08.2016

I Allgemeines

§ 44 SGB XI

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Abs. 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.

(2) bis (2a) …

(2b) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 26 Abs. 2b des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 347 Nr. 10 Buchstabe c des Dritten Buches genannten Stellen entrichten für die Pflegepersonen Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit. Näheres zu den Beiträgen und zum Verfahren regeln die §§ 345, 347 und 349 des Dritten Buches.

(3) bis (6) ...

I 1 Einordnung der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Die Regelung des § 44 Abs. 1 und 2b 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 Renten- und Arbeitslosenversicherung durch die Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen und anteilig auch die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder den Dienstherren nach vorausgehend für gegeben gehaltener Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson das Recht der Renten- und Arbeitslosenversicherung. 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 Abs. 13 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung - Bedingungsteil -); sie sind zum anderen allerdings auch ein Beitrag zu einem anderen Versicherungssystem (vgl. §§ 166 Abs. 2, 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI und §§ 345 Nr. 8, 347 Nr. 10 SGB III), nämlich dem der Renten- und Arbeitslosenversicherung. In solchen Fällen bestimmen sich die Versicherungs- und Beitragspflicht, die Beitragsberechnung und -zahlung nach den Vorschriften der gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung.

I 2 Information über die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

Geht aus den der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen vorliegenden Angaben oder Unterlagen hervor, dass für eine Pflegeperson Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI (z. B. bei Bezug einer Vollrente wegen Alters) bzw. Arbeitslosenversicherungspflicht nach § 26 Abs. 2b SGB III (z. B. wegen Überschreitens der Regelaltersgrenze) auf Dauer nicht in Betracht kommen kann, kann auf den Versand eines „Frage-

bogens zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ verzichtet werden. Soweit es sich um einen vorübergehenden Ausschlusstatbestand handeln könnte (z. B. in der Rentenversicherung aufgrund einer Beschäftigung von mehr als 30 Stunden wöchentlich oder in der Arbeitslosenversicherung aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bzw. eines Arbeitslosengeldbezuges), sind die Pflegepersonen – ggf. 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 Versicherungsbeiträge durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen gezahlt werden, Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI bzw. § 26 Abs. 2b SGB III in Betracht kommen kann, obliegt der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen (erneut) eine Informationspflicht, 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 einschließlich deren Anschrift aufzunehmen. Darüber hinaus sollten die Pflegepersonen zur Anwesenheit bei der Begutachtung aufgefordert werden. Dies gilt insbesondere bei der Pflege eines Pflegebedürftigen durch mehrere Pflegepersonen, um Fragen nach dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit einvernehmlich klären zu können (§ 44 Abs. 1 Sätze 3 bis 5 SGB XI). Um eine zügige Feststellung der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht 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/en zu versenden.

II Versicherung

§ 26 SGB III

Sonstige Versicherungspflichtige

(1) bis (2a) …

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

(3) … Nach Absatz 2a und 2b ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

§ 3 SGB VI

Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. ...

1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,

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 des § 37 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. ...

§ 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 gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 SGB XI

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und

5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,

3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,

4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter

Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Abs. 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 18 SGB XI

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) bis (5) …

(5a) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und

eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;

2. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

(6) bis (7) …

§ 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 zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche 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 und § 26 Abs. 2b SGB III sind Personen in der Zeit, in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI mit mindestens Pflegerad 2 nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage 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 bzw. die Mindestanzahl an Pflegetagen nur durch die Pflege meh-

rerer Pflegebedürftiger (nachfolgend „Additionspflege“) erreicht wird. Sofern der Mindestpflegeumfang von zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche bereits durch die Pflege eines Pflegebedürftigen erreicht wird, erstreckt sich die Versicherungspflicht auch auf daneben in geringerem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeiten, soweit diese die weiteren Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllen.

In der Arbeitslosenversicherung tritt Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2b SGB III zudem nur dann ein, wenn die Pflegeperson unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit, die mindestens zehn Stunden verteilt auf mindestens zwei Tage in der Woche ausgeübt wird, arbeitslosenversicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung hatte. Zu den Vorversicherungszeiten zählen auch Zeiten der Antragspflichtversicherung nach § 28a SGB III. „Unmittelbarkeit“ liegt vor, wenn zwischen dem Ende der Vorversicherung bzw. des Anspruchs auf Entgeltersatzleistungen und dem Beginn der Pflegetätigkeit nicht mehr als ein Monat liegt. Darüber hinaus darf nach § 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III keine Arbeitslosenversicherungspflicht nach anderen Vorschriften oder Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bestehen.

Die Versicherungspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung kommt beim Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen kraft Gesetzes zustande. Sie besteht bei der Erfüllung der Voraussetzungen in jeder einzelnen Pflegetätigkeit (z. B. zwei Pflegetätigkeiten mit jeweils 10 Stunden verteilt auf mindestens zwei Tage), nur in einzelnen Pflegetätigkeiten (z. B. eine Pflegetätigkeit mit 10 Stunden und eine Pflegetätigkeit mit 5 Stunden verteilt auf mindestens zwei Tage) oder nur in der Summe gleichzeitig ausgeübter Pflegetätigkeiten (z. B. zwei Pflegetätigkeiten mit jeweils 5 Stunden verteilt auf mindestens zwei Tage) einheitlich für alle Pflegetätigkeiten. Das heißt, unabhängig davon, mit welcher Anzahl an Pflegetätigkeiten die Voraussetzungen von zehn Stunden Pflege wöchentlich, verteilt auf zwei Tage, erfüllt werden, kann nunmehr auch in der Rentenversicherung, keine Mehrfachversicherung aufgrund nicht erwerbsmäßiger Pflege mehr vorliegen.

Eines Antrags bedarf es für den Eintritt der Versicherungspflicht 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 erhalten. Pflegepersonen, für die eine Versicherung durchgeführt werden soll, haben nach § 60 SGB I eine Auskunfts- bzw. Mitwirkungspflicht gegenüber der Pflegekasse.

Für die Durchführung der Rentenversicherung besteht nach § 196 Abs. 1 SGB VI zudem gegenüber dem Rentenversicherungsträger eine Auskunftspflicht.

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

II 1.1.1 Pflege eines Pflegebedürftigen

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI und § 26 Abs. 2b SGB III die Pflege eines Pflegebedürftigen oder mehrerer Pflegebedürftiger mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI.

Pflegebedürftig sind nach § 14 SGB XI Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen in den Bereichen

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.

Dabei sind im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten auch Beeinträchtigungen z. B. beim Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Verstehen von Aufforderungen oder

Beteiligen an einem Gespräch zu berücksichtigen. Im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sind auch Beeinträchtigungen z. B. bei der Gestaltung des Tagesablaufs, beim Sichbeschäftigen, beim Vornehmen von Planungen, bei der Interaktion mit Personen im direkten Kontakt oder der Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds zu berücksichtigen.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit wird dabei in fünf Pflegegraden differenziert, die sich nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten richtet:

Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigungen
Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigungen
Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigungen
Pflegegrad 4	schwerste Beeinträchtigungen
Pflegegrad 5	schwerste Beeinträchtigungen mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Für die Versicherungspflicht muss die Schwere der Pflegebedürftigkeit mindestens dem Pflegegrad 2 entsprechen.

Die Pflegebedürftigkeit und deren Schweregrad wird unter Beachtung der in § 18 SGB XI normierten Vorgaben - in einem auf der Grundlage des § 17 SGB XI in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) näher beschriebenen Verfahren – unter maßgeblicher Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung des Pflegebedürftigen von den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen festgestellt. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und deren Schweregrad hat für die Agenturen für Arbeit sowie 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 (vgl. Abschnitt II 1.1.6).

II 1.1.2 Begriff der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson

Pflegepersonen sind nach der Definition des § 19 SGB XI, der mit den Vorschriften § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI und des § 26 Abs. 2b SGB III weitgehend übereinstimmt sowie in einem unmittelbaren Zusammenhang mit ihnen steht, Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen oder mehrere Pflegebedürftige im Sinne des § 14 SGB XI in häuslicher 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 Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 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 des § 37 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 Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 SGB XI anteilig im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit zu berücksichtigen. Wird der maßgebende Anerkennungs-Grenzbetrag überschritten, ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Pflegetätigkeit 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 des § 37 SGB XI, sondern kann auch vergleichbare öffentlich-rechtliche Leistungen für die Pflege umfassen (z. B. nach § 44 SGB VII oder § 26c Abs. 9 BVG).

Jugendliche im freiwilligen sozialen Jahr und Bundesfreiwilligendienstleistende, die im Rahmen ihrer Dienstleistung eine Pflegetätigkeit ausüben, sind keine nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen. Gleiches gilt für Ordensangehörige bei Ausübung einer Pflegetätigkeit 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 als Präsenzkraft nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI tätig

sind oder die nach § 2 Satz 1 Nr. 2 SGB VI als selbständig Tätige rentenversicherungspflichtig sind, in dieser Pflegetätigkeit. Dies gilt entsprechend für Pflegekräfte, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen angestellt sind oder mit denen das Versicherungsunternehmen einen Vertrag analog § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen hat.

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 und § 26 Abs. 2b SGB III werden 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 Pflegetätigkeit 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 (Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, 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 Pflegetätigkeit schließt die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI aufgrund einer daneben ausgeübten nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit nicht aus. In der Arbeitslosenversicherung kann jedoch nach § 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III in einer nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit keine Versicherungspflicht eintreten, wenn daneben eine Pflegetätigkeit erwerbsmäßig arbeitslosenversicherungspflichtig ausgeübt wird.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 SGB XI nicht übersteigt (zur Höhe vgl. Ausführungen unter Abschnitt II 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) rentenversicherungspflichtig. 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. Dies gilt nicht in der Arbeitslosenversicherung, da es im SGB III an einer vergleichbaren Regelung fehlt.

II 1.1.4 Dauerhaftigkeit der Pflegetätigkeit

Die Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI und § 26 Abs. 2b SGB III 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 II 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 und § 26 Abs. 2b SGB III. Dies gilt insbesondere für die ersatzweise ausgeübte Pflegetätigkeit bei Urlaub oder Krankheit der eigentlichen Pflegepersonen (Ersatzpflege nach § 39 SGB XI).

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 Pflegetätigkeit auf Dauer angelegt ist, können unter den weiteren Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI und § 26 Abs. 2b SGB III versicherungspflichtig sein. Diese Personen sollten für die Prüfung der Dauerhaftigkeit der Pflege bei Aufnahme der Pflegetätigkeit im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise erklären, dass die Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit gänzlich ungleichmäßig von nicht absehbarer Dauer im häuslichen Bereich ausgeübt, ist mit der Aufnahme der Pflegetätigkeit 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 (vgl. Abschnitte II 1.1 und II 1.1.5.1) für jede einzelne Pflegetätigkeit einer Pflegeperson. Soweit der Mindestpflegeumfang von zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche bereits durch die dauerhafte Pflege eines Pflegebedürftigen erreicht wird, müssen die Anforderungen an die Dauerhaftigkeit auch für die Versicherungs- und Beitragspflicht in der daneben in geringerem Umfang ausgeübten Pflegetätigkeit erfüllt sein.

II 1.1.5 Mindestumfang/Regelmäßigkeit der Pflegetätigkeit

II 1.1.5.1 Mindestpflegeumfang und Additionspflege bei wöchentlicher Pflege

Die Versicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen setzt ein gewisses Mindestmaß an Pflege voraus. Der Gesetzgeber verlangt, dass der wöchentliche Pflegeumfang regelmäßig mindestens zehn Stunden, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage, beträgt (Mindestpflegeumfang). Dies kann auch durch eine Additionspflege erreicht werden, wobei die Pflege auf mindestens zwei verschiedene Wochentage verteilt sein muss.
Dabei muss die wöchentliche Mindeststundenzahl, verteilt auf mindestens zwei Tage, entweder durch die Pflegetätigkeit für einen Pflegebedürftigen oder durch Addition einzelner Pflegestunden bzw. Tage bei verschiedenen Pflegebedürftigen erreicht werden. Eine Additionspflege liegt auch dann vor, wenn der Mindestpflegeumfang bereits aufgrund einer Pflegetätigkeit und in einer weiteren Pflegetätigkeit nur aufgrund der Zusammenrechnung der Pflegetätigkeiten erreicht wird.

Teilen sich zwei oder mehrere Pflegepersonen die Pflege eines Pflegebedürftigen, kann jede Pflegeperson renten- und arbeitslosenversichert sein, sofern sie entweder - jeweils für sich gesehen - die Pflegetätigkeit an regelmäßig mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, ausübt oder bei geringerem Pflegeanteil zusammen mit einer weiteren Pflege eines Pflegebedürftigen den Mindestpflegeumfang erreicht.

Beispiel 1

Die Pflege wird von Pflegeperson A an 20 Std./Woche an 5 Tagen und von Pflegeperson B an 8 Std./Woche an 2 Tagen ausgeübt.

Der erforderliche Mindestpflegeumfang wird lediglich von Pflegeperson A erreicht. Pflegeperson B erfüllt diese Voraussetzung nicht.

Beispiel 2

Die Pflege wird von Pflegeperson A an 20 Std./Woche an 5 Tagen und von Pflegeperson B an 8 Std./Woche an 2 Tagen ausgeübt. Die Pflegeperson B pflegt zudem einen weiteren Pflegebedürftigen an 6 Std./Woche.

Der erforderliche Mindestpflegeumfang wird von beiden Pflegepersonen erreicht.

Beispiel 3

Die Pflege wird von Pflegeperson A an 20 Std./Woche an 5 Tagen und von Pflegeperson B an 8 Std./Woche an 2 Tagen ausgeübt. Die Pflegeperson A pflegt einen weiteren Pflegebedürftigen an 6 Std./Woche. Die Pflegeperson B übt keine weitere Pflegetätigkeit aus.

Der erforderliche Mindestpflegeumfang wird von Pflegeperson A in der ersten Pflegetätigkeit (20 Std./Woche, verteilt auf mindestens 2 Tage) erreicht. Damit ist der Mindestpflegeumfang auch in ihrer zweiten Pflegetätigkeit erreicht. Die Pflegeperson B pflegt weniger als 10 Stunden und erreicht daher nicht den Mindestpflegeumfang.

Wird der Mindestpflegeumfang von zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche bereits durch die Pflege eines Pflegebedürftigen erreicht, erstreckt sich die Versicherungspflicht auch auf daneben in geringerem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeiten, soweit die weiteren Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllt werden (vgl. Abschnitt II 1.1). Dabei ist unerheblich, dass die in geringerem Umfang ausgeübte Pflege an denselben Wochentagen ausgeübt wird, wie die Pflege, mit der bereits der Mindestpflegeumfang von zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche erfüllt wird.

Beispiel 4

Die Pflegeperson pflegt den Pflegebedürftigen A Montag bis Freitag jeweils 2 Stunden sowie am Mittwoch zusätzlich den Pflegebedürftigen B 2 Stunden.

Der erforderliche Mindestpflegeumfang wird bereits in der ersten Pflegetätigkeit (10 Std./Woche, verteilt auf mindestens 2 Tage) erreicht. Damit ist der Mindestpflegeumfang aufgrund der Zusammenrechnung beider Pflegetätigkeiten auch in der zweiten Pflegetätigkeit erreicht. Dabei ist hinsichtlich der Verteilung der Pflege auf mindestens zwei Tage unerheblich, dass die zweite Pflege nicht an einem anderen Wochentag ausgeübt wird, als die erste Pflege.

II 1.1.5.2 Durchschnittlicher Mindestpflegeumfang bei Intervallpflege

Wird die Pflegetätigkeit in wöchentlichen oder mehrwöchentlichen Intervallen ausgeübt, muss für eine durchgehende Versicherungspflicht der Pflegeaufwand einer Pflegeperson für ein durchgehendes Erreichen des Mindestpflegeumfangs im Wochendurchschnitt mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, ausmachen. Wird ein regelmäßiger Wochendurchschnitt von mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, nicht erreicht, kann dennoch Versicherungspflicht in den einzelnen Pflegephasen bestehen, wenn

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

Beispiel 1

Die Pflege wird von Pflegeperson A und Pflegeperson B im wöchentlichen Wechsel 10 Std./Woche an jeweils 2 Tagen ausgeübt.

Die Pflegetätigkeit wird weder von Pflegeperson A noch von Pflegeperson B im Wochendurchschnitt an regelmäßig mindestens 10 Stunden, verteilt auf mindestens 2 Tage, ausgeübt. Die Pflegepersonen erreichen den Mindestpflegeumfang zwar nicht durchgehend im Wochendurchschnitt, jedoch in den jeweiligen Pflegephasen.

Beispiel 2

Die Pflege wird von Pflegeperson A und Pflegeperson B im wöchentlichen Wechsel 20 Std./Woche an jeweils 4 Tagen in der Woche ausgeübt.

Die Pflegetätigkeit wird sowohl von Pflegeperson A als auch von Pflegeperson B im Wochendurchschnitt an regelmäßig mindestens 10 Stunden, verteilt auf mindestens 2 Tage, ausgeübt. Die Pflegepersonen erreichen demnach durchgehend im Wochendurchschnitt den Mindestpflegeumfang.

Beispiel 3

Die Pflege wird von Pflegeperson A und Pflegeperson B im wöchentlichen Wechsel 20 Std./Woche an jeweils 3 Tagen ausgeübt.

Die Pflegetätigkeit wird zwar sowohl von Pflegeperson A als auch von Pflegeperson B im Wochendurchschnitt an regelmäßig mindestens 10 Stunden ausgeübt. Die Pflege wird jedoch im Wochendurchschnitt nicht auf mindestens 2 Tage verteilt ausgeübt. Die Pflegepersonen erreichen den Mindestpflegeumfang demnach nicht durchgehend im Wochendurchschnitt, sondern lediglich in den einzelnen Pflegephasen.

Bei der Prüfung des Pflegeaufwands im Wochendurchschnitt ist der Pflegeaufwand mehrerer Pflegetätigkeiten auch dann zusammenzurechnen, wenn die jeweiligen Pflegetätigkeiten bereits in den einzelnen Pflegephasen den Mindestpflegeumfang erreichen und zur Versicherungspflicht führen, da die Versicherungspflicht aufgrund einer einzelnen Pflegetätigkeit auch die Versicherungspflicht in den übrigen Pflegetätigkeiten begründet.

Beispiel 4

Die Pflege wird von Pflegeperson A und Pflegeperson B im wöchentlichen Wechsel 14 Std./Woche an jeweils 7 Tagen ausgeübt. Die Pflegeperson B pflegt darüber hinaus einen weiteren Pflegebedürftigen im Umfang von 2 Std./Woche an 2 Tagen.

Die gemeinsame Pflegetätigkeit wird weder von Pflegeperson A noch von Pflegeperson B im Wochendurchschnitt an regelmäßig mindestens 10 Stunden ausgeübt. Die Pflegepersonen erreichen den Mindestpflegeumfang zwar nicht durchgehend, jedoch in den jeweiligen Pflegephasen. Dabei erreicht die Pflegeperson B auch in der zweiten Pflegetätigkeit während der Pflegephasen der ersten Pflegetätigkeit den Mindestpflegeumfang.

Beispiel 5

Die Pflege wird von Pflegeperson A und Pflegeperson B im wöchentlichen Wechsel 14 Std./Woche an jeweils 7 Tagen ausgeübt. Die Pflegeperson B pflegt darüber hinaus einen weiteren Pflegebedürftigen im Umfang von 6 Std./Woche an 2 Tagen.

Die gemeinsame Pflegetätigkeit wird weder von Pflegeperson A noch von Pflegeperson B im Wochendurchschnitt an regelmäßig mindestens 10 Stunden ausgeübt. Dies gilt für die Pflegeperson B auch in deren zweiter Pflegetätigkeit. Die Pflegeperson A erreicht den Mindestpflegeumfang zwar nicht durchgehend im Wochendurchschnitt, jedoch in den jeweiligen Pflegephasen. Die Pflegeperson B erreicht aufgrund der wöchentlichen Pflege in der zweiten Pflegetätigkeit in der Addition der beiden Pflegetätigkeiten auch im Wochendurchschnitt den Mindestpflegeumfang.

II 1.1.5.3 Besonderheiten bei internatsmäßiger Unterbringung

Eine internatsmäßige Unterbringung des Pflegebedürftigen steht der Regelmäßigkeit der mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, umfassenden Pflege dann nicht entgegen, wenn der Pflegebedürftige immer am Wochenende in den häuslichen Bereich zurückkehrt und in dieser Zeit mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, 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 1

Der tägliche Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen, der internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, liegt bei 6 Stunden. Die Pflege wird jeweils am Wochenende (Freitag bis Sonntag) von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Stunden ausgeübt.

Die Pflegetätigkeit wird an regelmäßig mindestens 10 Std./Woche, verteilt auf mindestens 2 Tage, ausgeübt, daher ist der Mindestpflegeumfang durchgehend erreicht.

Sind die Intervalle zwischen der häuslichen Pflege größer als eine Woche (z. B. bei 14-tägiger Heimkehr), muss der Pflegeaufwand im Wochendurchschnitt mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, ausmachen, damit der Mindestpflegeumfang durchgehend erreicht wird. Wird ein regelmäßiger Wochendurchschnitt von mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, nicht erreicht, kann der Mindestpflegeumfang dennoch in den einzelnen Pflegephasen erreicht werden.

Beispiel 2

Der tägliche Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen, der internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes zweite Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, liegt bei 6 Stunden. Die Pflege wird an diesen jeweiligen Wochenenden (Freitag bis Sonntag) von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Stunden ausgeübt. Weitere Pflegetätigkeiten werden nicht ausgeübt.

Die Pflegetätigkeit wird im Wochendurchschnitt an 9 Stunden ausgeübt. Der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pflegetätigkeit von 10 Stunden, verteilt auf mindestens 2 Tage, wird im Wochendurchschnitt nicht erreicht. Der Mindestpflegeumfang wird demnach nicht durchgehend, sondern nur in der jeweiligen Pflegephase erreicht.

Beispiel 3

Der tägliche Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen, der internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes zweite Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, liegt bei 6 Stunden. Die Pflege wird an diesen jeweiligen Wochenenden (Freitag bis Sonntag) von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Stunden ausgeübt. Daneben pflegt die Pflegeperson einen weiteren Pflegebedürftigen regelmäßig 8 Std./Woche.

Die Pflegetätigkeit für den internatsmäßig untergebrachten Pflegebedürftigen wird im Wochendurchschnitt an 9 Stunden ausgeübt. Der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pflegetätigkeit von 10 Stunden, verteilt auf mindestens 2 Tage, wird in dieser Pflege im Wochendurchschnitt zwar nicht erreicht. Die Pflegeperson erreicht aber aufgrund der wöchentlichen Pflege in der zweiten Pflegetätigkeit in der Addition der beiden Pflegetätigkeiten im Wochendurchschnitt den Mindestpflegeumfang.

Beispiel 4

Der tägliche Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen, der internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes zweite Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, liegt bei 3 Stunden. Die Pflege wird an diesen jeweiligen Wochenenden (Freitag bis Sonntag) von einer Pflegeperson im Umfang von 9 Stunden ausgeübt. Daneben pflegt die Pflegeperson einen weiteren Pflegebedürftigen regelmäßig 4 Std./Woche.

Keine der beiden Pflegetätigkeiten erreicht für sich die 10-Stundengrenze im Wochendurchschnitt oder in der jeweiligen Pflegephase. Die Pflegeperson erreicht aber aufgrund der Addition der beiden Pflegetätigkeiten in den Pflegephasen der ersten Pflegetätigkeit den Mindestpflegeumfang.

Beispiel 5

Eine Pflegeperson pflegt jedes zweite Wochenende (Freitag bis Sonntag) im häuslichen Bereich ihre beiden pflegebedürftigen Kinder. Der Pflegeaufwand beträgt für jedes Kind täglich 3 Stunden. Der Gesamtpflegeaufwand der Pflegeperson beträgt jedes zweite Wochenende 18 Stunden (2 x 9 Stunden).

Keine der beiden Pflegetätigkeiten erreicht für sich im Wochendurchschnitt oder in der jeweiligen Pflegephase den erforderlichen Mindestpflegeumfang von 10 Stunden, verteilt auf mindestens 2 Tage. Auch nach Zusammenrechnung der beiden Pflegetätigkeiten wird der erforderliche regelmäßige Mindestumfang der Pflegetätigkeit von 10 Stunden im Wochendurchschnitt nicht erreicht. Die Pflegeperson erreicht aber aufgrund der Addition der beiden Pflegetätigkeiten in den Pflegephasen den Mindestpflegeumfang.

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 Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit ausgeübt wird, eine versicherungsrechtliche Änderung unterbleibt.

Beispiel 6

Der Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen liegt bei 21 Std./ Woche. Der Pflegebedürftige ist seit Anfang Februar 2017 in einer Behinderteneinrichtung untergebracht und soll ab 03.02. 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 10.03. – 13.03. wie vorgesehen ausgeübt wurde.

Bei der Feststellung des durchgehenden Erreichens des Mindestpflegeumfangs für eine durchgehende Versicherungs- und Beitragspflicht bei Aufnahme der Pflegetätigkeit wurde zunächst aufgrund des angenommenen regelmäßigen wöchentlichen Pflegerhythmus ein durchschnittlicher Pflegeumfang von 12 Std./Woche (21 x 4/7) ermittelt. Die Nichtausübung der Pflegetätigkeit in der Zeit vom 10.03. – 13.03. kann versicherungs- und beitragsrechtlich unberücksichtigt bleiben, da diese Zeiten insgesamt vier Kalendertage innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten (03.02. – 02.05.) nicht übersteigen.

Die durch ausgefallene Pflegetage 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 Pflegetage in versicherungsrechtlicher Hinsicht auf die jeweilige „Pflegephase“ entsprechend auswirken.

Dabei umfasst die „Pflegephase“ die Dauer eines Pflegerhythmus. Beträgt der durchschnittliche wöchentliche Pflegeumfang in einzelnen „Pflegephasen“ aufgrund ausgefallener Pflegetage weniger als zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, ist ein durchgehendes Erreichen des Mindestpflegeumfangs und somit 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 und § 26 Abs. 2b SGB III Versicherungspflicht bestehen. Das bedeutet, dass auch der wöchentliche Pflegeumfang regelmäßig zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, betragen muss. Dieses Erfordernis wird in den ungleichmäßigen Pflegezeiträumen dann erfüllt, wenn innerhalb des jeweils zu beurteilenden (zusammenhängenden) Pflegezeitraums die Pflegetätigkeit mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, erreicht.

Beispiel 7

Der Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen liegt bei 42 Std./Woche. Der Pflegebedürftige ist in einer Behinderteneinrichtung untergebracht und soll ab 03.02.2017 gleichmäßig jedes zweite Wochenende (von Freitag bis Montag) in den häuslichen Bereich zurückkehren. Anfang Mai werden von der Pflegeperson die folgenden häuslichen Pflegezeiten angezeigt:
03.02.(Freitag) – 05.02.(Sonntag), 17.02.(Freitag) – 20.02.(Montag), 04.03. (Samstag) – 05.03.(Sonntag), 17.03.(Freitag) –19.03.(Sonntag), 31.03.(Freitag) – 03.04.(Montag), 15.04.(Samstag) – 16.04.(Sonntag).

Bei der Feststellung des durchgehenden Erreichens des Mindestpflegeumfangs für eine durchgehende Versicherungs- und Beitragspflicht bei Aufnahme der Pflegetätigkeit wurde zunächst aufgrund des angenommenen gleichmäßigen zweiwöchigen Pflegerhythmus ein durchschnittlicher Pflegeumfang von 12 Std./Woche ermittelt. Die Nichtausübung der Pflegetätigkeit am 06.02., 06.03, 20.03. und 17.04. (jeweils Montag) sowie am 03.03. und 14.04. (jeweils Freitag) kann versicherungs- und beitragsrechtlich nicht unberücksichtigt bleiben, da diese Zeiten insgesamt vier Kalendertage innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten (03.02. – 02.05.) übersteigen.

Aufgrund der ausgefallenen Pflegetage reduziert sich der durchschnittliche wöchentliche Pflegeumfang in den jeweiligen (hier: zweiwöchigen) „Pflegephasen“. Das bedeutet, dass die Nichtausübung der Pflegetätigkeit am 06.02. zu einer Minderung des durchschnittlichen Pflegeumfangs auf 9 Std./Woche in der „Pflegephase“ vom 03.02. – 16.02. führt. Gleiches gilt aufgrund der Nichtausübung der Pflegetätigkeit am 20.03. für die „Pflegephase“ vom 17.03. – 30.03. Die Nichtausübung der Pflegetätigkeit am 03.03. und 06.03. sowie am 14.04. und

17.04. führt zu einer Minderung des durchschnittlichen Pflegeumfangs auf 6 Std./Woche in den „Pflegephasen“ vom 03.03. – 16.03. und vom 14.04. – 27.04. Die zunächst angenommene durchgehende Versicherungs- und Beitragspflicht auf der Grundlage eines durchschnittlichen Pflegeumfangs von 12 Std./Woche wird daher für die jeweilige „Pflegephase“ unterbrochen.

Es ist allerdings zu prüfen, ob während der tatsächlichen Ausübung der Pflegetätigkeit in diesen (zusammenhängenden) Pflegezeiträumen (hier: vom 03.02. – 05.02., vom 04.03. – 05.03., vom 17.03. – 19.03. und vom 15.04. – 16.04.) Versicherungs- und Beitragspflicht besteht. Während der tatsächlichen Ausübung der Pflege besteht hiernach Versicherungs- und Beitragspflicht, da die Pflege in diesen Zeiten mindestens 10 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 Umgebung 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 § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI und des § 26 Abs. 2b SGB III Versicherungspflicht. Das bedeutet, dass auch der wöchentliche Pflegeumfang regelmäßig mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, betragen muss. Dieses Erfordernis wird in den Pflegezeiträumen außerhalb der Ferien dann erfüllt, wenn innerhalb des jeweils zu beurteilenden (zusammenhängenden) Pflegezeitraums die Pflegetätigkeit mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, erreicht.

Beispiel 8

Der Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen liegt bei 12 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.

Aufgrund des wöchentlichen Pflegeaufwand von 12 Stunden und des hier maßgebenden Pflegezeitraums (5 Tage) erreicht die Pflegeperson in der Zeit vom 12.11. bis zum 16.11. mit einer durchschnittlichen wöchentlichen Pflegezeit von 8,6 Std. (12 Std. x 5/7) nicht den Mindestpflegeumfang von 10 Std./Woche, verteilt auf mindestens 2 Tage.

Beispiel 9

Der Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen liegt bei 12 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.

Aufgrund des wöchentlichen Pflegebedarfs von 12 Stunden und des hier maßgebenden Pflegezeitraums (11 Tage) erreicht die Pflegeperson in der Zeit vom 12.11. bis zum 22.11. mit einer wöchentlichen Pflegezeit von 12 Stunden den Mindestpflegeumfang von 10 Std./Woche, verteilt auf mindestens 2 Tage. Angesichts der mindestens einwöchigen Dauer der Pflegetätigkeit entfällt eine Durchschnittsberechnung.

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 Pflegetätigkeit

II 1.1.6.1 Berücksichtigungsfähige Pflegeleistungen

Bei der Feststellung des erforderlichen Umfangs der Pflegetätigkeit sind alle pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Abs. 2 SGB XI genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte einschließlich Hilfen bei der Haushaltsführung (§ 14 Abs. 3 SGB XI) zu berücksichtigen.

Hierzu zählen daher ab 1. Januar 2017 nach § 36 SGB XI nicht mehr nur Verrichtungen im Bereich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung, sondern auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Demnach ist z. B. die Hilfe zur Erfüllung kommunikativer Bedürfnisse, die Beförderung bzw. Begleitung eines Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege, zu kulturellen Veranstaltungen oder die Begleitung bei Besuchen von Freunden und Bekannten, für die Feststellung der Pflegestundenzahl ebenfalls anzurechnen.

II 1.1.6.1.1 Körperbezogene Pflegemaßnahmen

Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche Mobilität und Selbstversorgung und können u. a. in Form von Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, der Beaufsichtigung und Kontrolle oder der vollständigen Übernahme von Handlungen erbracht werden. Sie umfassen:

- das Waschen, Duschen und Baden
- die Mund-/Zahnpflege
- das Kämmen
- das Rasieren
- die Darm- und Blasenentleerung
- das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung
- das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen
- das An- und Auskleiden
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Körperbezogene Pflegemaßnahmen in Bezug auf das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung beziehen sich auf solche Aktivitäten außerhalb der Wohnung, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern (z. B. Organisieren und Planen eines Arztbesuches oder von Behördengängen sowie deren Begleitung).

II 1.1.6.1.2 Pflegerische Betreuungsmaßnahmen

Die pflegerischen Betreuungsmaßnehmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (§ 14 Abs. 2 Nr. 2, 3 und 6 SGB XI). Sie werden in Form von Begleitung, Beschäftigung und Beaufsichtigung in Bezug auf das häusliche Umfeld erbracht.

Die Maßnahmen erfolgen zur Unterstützung bei der Gestaltung des alltäglichen Lebens in Bezug auf den Haushalt und bei Aktivitäten mit engem räumlichen Bezug hierzu. Sie umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder Gefährdungen (Selbst- und Fremdgefährdung), bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, bei der bedürfnisgerechten Beschäftigung im Alltag sowie bei Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen können auch durch die Anwesenheit einer Pflegeperson, die jeweils bei Bedarf situationsgerecht Unterstützung leistet, erbracht werden. Hierbei

handelt es sich um Hilfen bei denen ein aktives Tun nicht im Vordergrund steht, wie beispielweise die Beobachtung zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung oder die bloße Anwesenheit um dem Pflegebedürftigen emotionale Sicherheit zu geben.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen können in Form von Begleitung, Beschäftigung und Beaufsichtigung erbracht werden und umfassen:

- die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur
- Unterstützungsleistungen zur Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus
- die Unterstützung bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung
- die Unterstützung bei Hobby und Spiel, z. B. beim Musik hören, Zeitung lesen, Betrachten von Fotoalben
- Spaziergänge in der näheren Umgebung, Ermöglichung des Besuches von Verwandten und Bekannten, Begleitung zum Friedhof oder zum Gottesdienst.

Nicht zu den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in Bezug auf das häusliche Umfeld gehört z. B. die Unterstützung des Besuchs eines Kindergartens, der Schule, einer Ausbildungs- oder Arbeitsstätte bzw. Werkstatt für behinderte Menschen.

II 1.1.6.1.3 Hilfen bei der Haushaltsführung

Die Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen:

- das Einkaufen der Gegenstände des täglichen Bedarfes
- das Kochen
  einschließlich der Vor- und Zubereitung der Bestandteile der Mahlzeiten
- das Reinigen und Aufräumen der Wohnung
  Hierzu gehören sowohl einfache als auch aufwendige Aufräumarbeiten, wie z. B. Tisch decken/abräumen, spülen, Spülmaschine nutzen, Wäsche falten, Staub wischen, Böden wischen, Staubsaugen, Fenster putzen, Wäsche waschen, Bett beziehen oder Müll entsorgen.
- das Spülen
  einschließlich der Reinigung des Spülbereichs
- das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung
  Dies beinhaltet die Pflege der Wäsche und Kleidung des täglichen Gebrauchs.

- das Beheizen
  Einschließlich der Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials innerhalb des Hauses.
- die Unterstützung bei Nutzung von Dienstleistungen (Organisieren und Steuern pflegerischer oder haushaltsnaher Dienstleistungen, z. B. Haushaltshilfen, Essen auf Rädern, Handwerker, Friseur oder Fußpflege)
- Unterstützung bei der Regelung von finanziellen und behördlichen Angelegenheiten

II 1.1.6.2 Verfahren zur Ermittlung des Pflegeumfangs

Das Verfahren zur Ermittlung und Feststellung des für die Versicherungspflicht maßgebenden Umfangs der Pflegetätigkeit ist in § 44 Abs. 1 Satz 2 bis 6 SGB XI näher beschrieben.

Danach ermittelt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein von den Pflegekassen beauftragter anderer unabhängiger Gutachter im Einzelfall, ob die Pflegeperson einen oder mehrere Pflegebedürftige mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage, pflegt. Er erfragt daher in den Fällen, in denen die Pflege des Pflegebedürftigen die Dauer von zehn Stunden in der Woche unterschreitet bzw. nicht mindestens an zwei Tagen in der Woche erbracht wird, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt.

Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen durch mehrere Pflegepersonen erbracht, ist zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen insgesamt zu leistenden Pflegetätigkeit (Gesamtpflegeaufwand) zu ermitteln. Dabei sind die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde zu legen. Dies gilt jedoch insbesondere bei einer größeren Anzahl an Pflegepersonen nur dann, wenn die Angaben auch plausibel sind. Werden von keiner Pflegeperson oder von den Pflegepersonen keine übereinstimmenden bzw. sich widersprechende Angaben zur Aufteilung der Pflege gemacht, erfolgt nach § 44 Abs. 1 Satz 5 SGB XI eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Werden keine übereinstimmenden bzw. sich widersprechende Angaben von den Pflegepersonen gemacht, soll der Gutachter zunächst im Wege der Vermittlung versuchen, übereinstimmende Angaben zur Aufteilung der Pflege zu erreichen. Ist eine Vermittlung nicht möglich, ist dies im Gutachten zu dokumentieren.

Sind bei der Begutachtung nicht alle Pflegepersonen anwesend, hat die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen im Nachgang die Angaben zu ermitteln und auf Plausibilität zu überprüfen.

Der tatsächliche Pflegeumfang ist auch dann zu ermitteln, wenn die Pflege von einer Pflegeperson im Umfang von weniger als zehn Stunden in der Woche erbracht wird, da in diesen Fällen zu prüfen ist, ob aufgrund einer weiteren Pflegetätigkeit der für die Versicherungspflicht erforderliche Mindestpflegeumfang erreicht wird. Dies gilt auch in den Fällen, in denen die Pflegeperson die Pflege, z. B. bei internatsmäßiger Unterbringung des Pflegebedürftigen, nicht wöchentlich, sondern in Pflegeintervallen erbringt, um den Wochendurchschnitt des Pflegeumfangs ermitteln zu können (vgl. Abschnitt II 1.1.5).

Der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson haben nachvollziehbar darzulegen, dass Pflegeleistungen in dem angegebenen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Dies gilt insbesondere, wenn mehrere Pflegepersonen einen Pflegebedürftigen pflegen oder Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) in Anspruch genommen werden.

Auf diesen Vorgaben basierend ist in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi), die auch die privaten Versicherungsunternehmen aufgrund des § 23 Abs. 6 Nr. 1 SGB XI anwenden, beschrieben, dass der Gutachter den vom Antragsteller bzw. der Pflegeperson geltend gemachten Pflegeaufwand auf Nachvollziehbarkeit zu überprüfen hat. Er hat sich auf der Grundlage der von dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson gemachten und im Gutachten dokumentierten Angaben zum Pflegeaufwand (MDK: Ziffer 1.4, MEDICPROOF: Ziffer 6.2) davon zu überzeugen, dass der angegebene Pflegeaufwand im Hinblick auf die ermittelte Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten nach § 15 SGB XI nachvollziehbar ist. Sind die Angaben nicht nachvollziehbar (z. B. aufgrund der hohen Anzahl von Pflegepersonen oder der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen), ist dies bei der Darstellung des nachvollziehbaren Pflegeaufwandes der Pflegepersonen im Gutachten (MDK: Ziffer 5.2, MEDICPROOF: Ziffer 6.2) zu begründen.

Die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird nach § 53b SGB XI in gesonderten Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes geregelt. Für die private Pflegepflichtversicherung werden die Ermittlungen durch die MEDICPROOF GmbH vorgenommen.

II 1.1.6.3 Feststellung des Pflegeumfangs

Die Feststellung zu den für die Entscheidung über die Versicherungspflicht maßgebenden Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand der Pflegepersonen hat die Pflegekasse (§ 44 Abs. 1 Satz 6 SGB XI) bzw.

das private Versicherungsunternehmen auf der Grundlage der Ermittlungen des Gutachters zu treffen.

Sind die Angaben zum Pflegeaufwand im Gutachten, ggf. unter Berücksichtigung der besonderen Begründung des Gutachters (MDK: Ziffer 5.2, MEDICPROOF: Ziffer 6.2), nicht schlüssig oder unplausibel und können sich hierdurch Auswirkungen auf die Versicherungspflicht bzw. Beitragshöhe ergeben (im Wesentlichen bei Mehrfachpflege), sind von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen weitere Ermittlungen durchzuführen. Hierzu können Angaben in einem Pflegetagebuch bzw. einer Pflegedokumentation herangezogen werden; gegebenenfalls ist der Gutachter um eine weitere Konkretisierung seiner Feststellungen im Gutachten zu bitten.

Sind in den Fällen der Pflege eines Pflegebedürftigen durch mehrere Pflegepersonen (Mehrfachpflege) bei der Begutachtung nicht alle oder keine Pflegepersonen anwesend gewesen, sind für die Angaben zum jeweiligen Pflegeanteil der Pflegepersonen am Gesamtpflegeaufwand von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen die Angaben der nicht anwesenden Pflegepersonen mit dem Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen einzuholen. Dabei sollte darauf hingewiesen werden, dass sich die Höhe der Rentenversicherungsbeiträge nach dem Anteil der Pflege der jeweiligen Pflegeperson am Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen richtet und bei nicht übereinstimmenden oder fehlenden Angaben der Pflegepersonen die Aufteilung des Pflegeaufwandes nach § 44 Abs. 1 Satz 5 SGB XI zu gleichen Teilen erfolgt.

Ergeben sich aus dem Gutachten für eine Pflegeperson mit einem Pflegeaufwand von unter zehn Stunden wöchentlich oder einer Pflegetätigkeit an weniger als zwei Tagen in der Woche keine weiteren Pflegetätigkeiten (keine Additionspflege), wird die Pflegeperson lediglich darüber informiert, dass Versicherungspflicht bestehen kann, wenn weitere Pflegetätigkeiten ausgeübt werden und somit der Gesamtpflegeaufwand mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, in der Woche erreicht.

Werden im Gutachten für eine Pflegeperson mit einem Pflegeaufwand von unter zehn Stunden oder einer Pflegetätigkeit an weniger als zwei Tagen wöchentlich dagegen weitere Pflegetätigkeiten 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 zehn Stunden, verteilt auf min-

destens zwei Tage, in der Woche und liegen keine sonstigen Ausschlussgründe für die Versicherungspflicht vor, haben sich die beteiligten Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen gegenseitig den jeweils bei ihnen festgestellten Pflegeaufwand der Pflegeperson zu bestätigen (vgl. zum Mitteilungsverfahren Abschnitt V). Dies gilt auch dann, wenn zwar aufgrund der aktuell zu beurteilenden Pflegetätigkeit bereits die Voraussetzungen der Versicherungspflicht erfüllt werden, jedoch in einer anderen Pflegetätigkeit bisher noch keine Versicherungspflicht bestanden hat.

II 1.1.7 Häusliche Umgebung

Weitere Voraussetzung des § 3 Satz 1 Nr. 1 a SGB VI und § 26 Abs. 2b SGB III 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, wenngleich 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. 4 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI 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 und § 26 Abs. 2b SGB III 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. 4 Satz 1 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 und § 26 Abs. 2b SGB III den Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung. Als Leistungen im vorstehenden Sinne kommen in erster Linie das Pflegegeld (§ 37 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. Bei Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 kann - je nach Einzelfall - durchaus noch zusätzlicher Pflegebedarf in Form der nicht erwerbsmäßigen Pflege vorhanden sein.

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 Rentenversicherungspflicht 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). Ein alleiniger Pflegeleistungsanspruch nach den Regelungen des SGB XII (Sozialhilfe) schließt die Arbeitslosenversicherungspflicht hingegen nicht aus. Eine Beitragszahlung aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung erfolgt in diesen Fällen jedoch nicht.

II 1.2 Beginn der Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht kommt kraft Gesetzes zustande, wenn die Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI und § 26 Abs. 2b SGB III 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 erneuten Begutachtung oder durch Mitteilung der Pflegeperson festgestellt, dass sich der Pflegeumfang (innerhalb eines Pflegegrades) verändert hat und bedingt diese Änderung den Eintritt der Versicherungspflicht, so beginnt die Versicherungspflicht mit dem Tag, an dem sich die Verhältnisse verändert haben. Ist dieser Zeitpunkt nicht konkret feststellbar, ist auf den Tag der Begutachtung bzw. Mitteilung abzustellen.

II 1.3 Ende der Versicherungspflicht

Die Versicherungspflicht endet grundsätzlich mit dem Tag, an dem mindestens eine der Tatbestandsvoraussetzungen § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI und des § 26 Abs. 2b SGB III entfällt und andere Gründe dem Wegfall der Versicherungspflicht nicht entgegenstehen (zum Vertrauensschutz vgl. Ziffer 5 der Verfahrensbeschreibung zur Feststellung der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht 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 SGB XI oder Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI) infolge Besserung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen wegfällt,
- die Schwere der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten pflegeleistungsrechtlich auf den Pflegegrad 1 absinkt,
- der Pflegebedürftige in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen wird,
- die Pflegetätigkeit nicht mehr ausgeübt oder versicherungsschädlich eingeschränkt wird,
- die Pflegetätigkeit 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 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),

- eine weitere Pflegeperson hinzutritt und sich dadurch der Pflegeaufwand für die bislang versicherungspflichtige Pflegeperson derart mindert, dass der erforderliche Mindestzeitaufwand von zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, nicht mehr erreicht wird,
- 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 Pflegetätigkeit 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.

Sofern im Rahmen einer erneuten Begutachtung (§ 18 Abs. 2 Satz 5 SGB XI) Änderungen festgestellt werden, die den Grad der Pflegebedürftigkeit oder den Umfang der Pflegetätigkeit betreffen (Pflegeaufwand 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 zehn Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, unterschreitet, endet die Versicherungspflicht ebenfalls.

Die Rentenversicherungspflicht 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).

Die Arbeitslosenversicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson endet zudem bereits dann, wenn nach § 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III Arbeitslosenversicherungspflicht nach anderen Vorschriften, z. B. in einer neben der Pflegetätigkeit aufgenommen Beschäftigung, eintritt.

II 1.4 Fortbestand der Versicherungspflicht bei Unterbrechung der Pflege

Nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI und § 26 Abs. 2b SGB III besteht für eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson Versicherungspflicht nur in der Zeit, in der sie den Pflegebedürftigen tatsächlich pflegt. Wird die Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit; sie beginnt erneut mit der Aufnahme der Pflegetätigkeit. 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 sechs 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 Zeiten fort, in denen die Pflege aus bestimmten Gründen, die

in der Person des Pflegebedürftigen liegen, nicht oder nur eingeschränkt ausgeübt werden kann oder die Versicherungspflicht aus anderen Gründen entfallen würde.

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 Pflegetätigkeit 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 bzw. das private Versicherungsunternehmen 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 Pflegetätigkeit in der Person des Pflegebedürftigen begründet ist.

Darüber hinaus besteht die Versicherungspflicht auch bei einem Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Pflegewochen bzw. 42 Pflegetagen im Kalenderjahr fort. Unter Erholungsurlaub ist hierbei ein Aussetzen der Pflegetätigkeit zu verstehen, dass in der Pflegeperson begründet ist und während der diese die Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeiten lediglich in einer Pflegetätigkeit der Urlaub in Anspruch genommen wird, mindert dies jedoch nicht den Urlaubsanspruch in der weiteren Pflegetätigkeit. Dies gilt nicht für die Additionspflege, da es sich hier um ein einheitliches Versicherungsverhältnis handelt und somit der Urlaub für alle Additionspflegetätigkeiten 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 Pflegetätigkeit.

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 Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit in der Person des Pflegebedürftigen begründet ist. Auch wenn sich die Unterbrechung der Versicherungspflicht nicht ausdrücklich aus § 34 Abs. 3 SGB XI ergibt, gilt hier nichts anderes, als in den Fällen, in denen die Pflegeperson die Pflegetätigkeit unterbricht, weil der Pflegebedürftige innerhalb Deutschlands – z. B. aufgrund einer Urlaubsreise – vorübergehend den Aufenthaltsort wechselt.

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 Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht 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 angenom-

men. 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 Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen, Anhang I) und der Beanstandung der zu Unrecht gezahlten Beiträge an den zuständigen Rentenversicherungsträger und die Agentur für Arbeit abzugeben, wenn sowohl die Renten- als auch die Arbeitslosenversicherungspflicht strittig ist. Andernfalls erfolgt die Abgabe nur an den Versicherungsträger, zu dessen Zweig die Versicherungspflicht strittig ist.

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.

In der Arbeitslosenversicherung hingegen schließt nach § 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III die Versicherungspflicht nach anderen Vorschriften die Versicherungspflicht als Pflegeperson aus.

Die versicherungspflichtige Ausübung von Pflegetätigkeiten für mehrere Pflegebedürftige führt nicht zu einer Mehrfachversicherung in der Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Beiträge werden in der Rentenversicherung für jede Pflegetätigkeit auf der Grundlage § 166 Abs. 2 SGB VI und in der Arbeitslosenversicherung für jede Pflegeperson auf der Grundlage des § 345 Nr. 8 SGB III bemessen (vgl. Ausführungen unter Abschnitt III 1.3 bis 1.6).

II 1.7 Ausschluss der Versicherungspflicht

II 1.7.1 Allgemeines

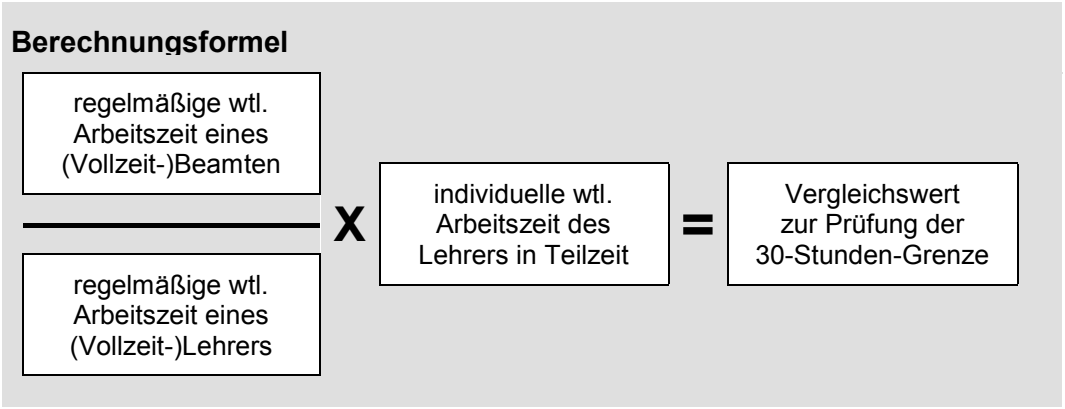
Nach § 3 Satz 3 SGB VI sind nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, nicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI rentenversicherungspflichtig. Diese Ausschlussregelung unterstellt ihrem Sinn und Zweck sowie dem Gesamtzusammenhang 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 Arbeitszeit 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:



In der Arbeitslosenversicherung schließt jede Beschäftigung die Versicherungspflicht als Pflegeperson aus, wenn in dieser Beschäftigung Arbeitslosenversicherungspflicht besteht (§ 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III).

II 1.7.2 Beschäftigung im Ausland

Wird neben der Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit 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 oder der Bezug von Übergangsgeld nach dem SGB III 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 Pflegetätigkeit Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Steinkohlebergbaus vom Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle oder eine Knappschaftsausgleichsleistung erhalten.

In der Arbeitslosenversicherung schließt der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III (Arbeitslosengeld und Übergangsgeld) die Versicherungspflicht als Pflegeperson aus (§ 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III).

II 1.7.4 Bezug von weiteren Entgeltersatzleistungen

Pflegepersonen, die Entgeltersatzleistungen (Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Pflegeunterstützungsgeld) 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 Pflegetätigkeit auszugehen, wenn die Pflege tatsächlich nicht ausgeübt wird, was jeweils im Einzelfall festgestellt werden muss.

In der Arbeitslosenversicherung schließt der arbeitslosenversicherungspflichtige Bezug von Entgeltersatzleistungen die Versicherungspflicht von Pflegepersonen aus (§ 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III).

II 1.7.5 Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Der Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit steht der Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen nicht entgegen. In der Arbeitslosenversicherung besteht hingegen keine Versicherungspflicht, wenn die Pflegeperson aufgrund der Minderung ihrer Leistungsfähigkeit dauernd nicht mehr verfügbar ist (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 SGB III). Eine dauerhafte Minderung der Leistungsfähigkeit liegt erst ab Beginn einer unbefristeten Rente wegen voller Erwerbsminderung vor.

II 1.7.6 Bezug von Elterngeld sowie Inanspruchnahme von Elternzeit

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

In der Arbeitslosenversicherung geht bei dem Zusammentreffen der Versicherungspflicht als Pflegeperson und der Versicherungspflicht aufgrund einer Erziehungszeit, die Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2a SGB III aufgrund der Erziehungszeit vor.

II 1.7.7 Jugend- und Bundesfreiwilligendienst sowie freiwilliger Wehrdienst

In der Rentenversicherung steht die Ableistung eines Jugendfreiwilligendienstes oder des Bundesfreiwilligendienstes sowie des freiwilligen Wehrdienstes der Versicherungspflicht als Pflegeperson in einer daneben ausgeübten Pflege nur entgegen, wenn sie im Umfang von mehr als 30 Stunden wöchentlich geleistet werden.

Die arbeitslosenversicherungspflichtige Ableistung eines Jugendfreiwilligendienstes oder des Bundesfreiwilligendienstes sowie des freiwilligen Wehrdienstes steht der Arbeitslosenversicherung als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson in einer daneben ausgeübten Pflege entgegen (§ 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III).

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 Pflegetätigkeit 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 Ausschlusstatbestandes und damit zur Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI. Nur dann, wenn für die Übernahme der Pflegetätigkeit ein unbezahlter Urlaub von mehr als zwei Monaten in Anspruch genommen wird, kann unterstellt werden, dass die Pflegetätigkeit 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.

Dies gilt in der Arbeitslosenversicherung analog.

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 für die Prüfung der Rentenversicherungspflicht 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).

In der Arbeitslosenversicherung schließt jede Beschäftigung die Versicherungspflicht als Pflegeperson aus, wenn in dieser Beschäftigung Arbeitslosenversicherungspflicht besteht (§ 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III).

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 der Ehegatten als landwirtschaftliche 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 Deutschland wohnen oder sich dort gewöhnlich aufhalten, da Voraussetzung ihrer Versicherungspflicht nicht eine Beschäftigung, sondern die nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflegetätigkeit 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 und § 26 Abs. 2b SGB III fordert - Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung in 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 Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen 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 Pflegewochen bzw. 42 Pflegetagen ein (vgl. Abschnitt II 1.4).

Gegen die Annahme einer Versicherungspflicht von Pflegepersonen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im übrigen Ausland haben, spricht in der Rentenversicherung neben dem Territorialitätsprinzip zudem § 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 Rentenversicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 sowie Abs. 3 SGB VI steht einer Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen nicht entgegen.

Personen, die eine der Voraussetzungen der Rentenversicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 4 SGB VI erfüllen, sind auch bei Ausübung einer dem Grunde nach rentenversicherungspflichtigen nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit rentenversicherungsfrei. 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 in dem jeweiligen Alterssicherungssystem beziehen[1] 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 Rentenversicherungsfreiheit 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 Rentenversicherungsfreiheit 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 Rentenversicherungspflicht aufgrund der nicht erwerbsmäßig ausgeübten Pflegetätigkeit endet allerdings spätestens mit Eintritt der Rentenversicherungsfreiheit durch den Beginn der Vollrente wegen Alters.

Pflegepersonen, die die Regelaltersgrenze erreicht haben, haben der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen zum Zwecke der Aufnahme der Beitragszahlung zur Rentenversicherung nachzuweisen, dass ihnen Kindererziehungszeiten anerkannt wurden (Bescheid/ Mitteilung des Rentenversicherungsträgers über die Anerkennung von Kindererziehungszeiten). Die sich aus - der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunterneh-

[1] Hierzu zählt nicht das Altersgeld nach dem Altersgeldgesetz und vergleichbaren landesrechtlichen Regelungen.

men 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 bzw. das private Versicherungsunternehmen nicht aus.

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 Rentenversicherungsfreiheit ebenfalls nicht ein. Zur Aufnahme der Beitragszahlung durch die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen ist die Pauschalbeitragszahlung nachzuweisen (Versicherungsverlauf der Rentenversicherung).

In der Arbeitslosenversicherung sind Personen, die eine der Voraussetzungen der Arbeitslosenversicherungsfreiheit nach § 28 Abs. 1 SGB III erfüllen, auch bei Ausübung einer dem Grunde nach arbeitslosenversicherungspflichtigen nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit arbeitslosenversicherungsfrei. Von dieser Versicherungsfreiheit werden demnach Personen erfasst,

- die das Lebensjahr für den Anspruch auf Regelaltersrente im Sinne des Sechsten Buches vollenden, mit Ablauf des Monats, in dem sie das maßgebliche Lebensjahr vollenden,
- die wegen einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit dauernd nicht mehr verfügbar sind, von dem Zeitpunkt an, an dem die Agentur für Arbeit diese Minderung der Leistungsfähigkeit und der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung volle Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung festgestellt haben,
- während der Zeit, für die ihnen eine dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung vergleichbare Leistung eines ausländischen Leistungsträgers zuerkannt ist.

II 2.2 Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

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

Bei einer streng am Gesetzeswortlaut orientierten Auslegung des § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI ginge allerdings die aus Anlass einer Pflegetätigkeit vorgesehene Beitragszahlung

der Pflegekassen oder der privaten Versicherungsunternehmen zur Rentenversicherung 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 Rentenversicherungspflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind, unterliegen in einer daneben ausgeübten Pflegetätigkeit eigentlich der Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI.

Um dem erkennbaren Willen des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, dass Personen, die wegen ihrer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Rentenversicherungspflicht befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären, ihre berufsständische Altersversorgung auch bei Ausübung einer Pflegetätigkeit ausbauen können, unterliegen die betroffenen Personen, die einen entsprechenden Antrag nach § 44 Abs. 2 SGB XI stellen, nicht der Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI.

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 und über die Höhe der zu entrichtenden Beiträge trifft der Versicherungsträger, 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 Versicherungsträgers 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, die Bundesagentur für Arbeit und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. haben Näheres über das

Verfahren zur Feststellung der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht, 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.

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 Rentenversicherung 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

§ 345 SGB III

Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. bis 7. …

8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 SGB III

Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. bis 9. …

10. für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b) und eine

    a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse,

    b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,

    c) pflegebedürftige Person pflegen, die 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.

§ 349 SGB III

Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

(1) bis (4) …

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(4b) …

(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4b sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegetätigkeit geleistet oder das Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4

des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.

§ 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 einer

1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches

   a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches

   a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

   b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

   c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches
   a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,

4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches

a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,

b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,

c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

§ 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 Pflegetätigkeit 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 zu entrichtenden Beiträge auf Antrag an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt.

(2a) bis (6) ...

III 1 Beitragspflichtige Einnahmen

III 1.1 Allgemeines

Die Beiträge werden nach dem Grundsatz des § 157 SGB VI und des § 341 SGB III nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage (beitragspflichtige Einnahmen) erhoben, die bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt wird.

Die Beitragsbemessungsgrundlage wird nach § 166 Abs. 2 SGB VI und § 345 Nr. 8 SGB III 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 und § 338 SGB III).

Für das Verfahren zur Beitragsberechnung sind die §§ 1 und 2 der Beitragsverfahrensverordnung (BVV) analog anzuwenden. 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 in der Rentenversicherung monatlich sowie in der Arbeitslosenversicherung jährlich 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 besteht, sind mit 30 Tagen anzusetzen. Dabei ist unerheblich, ob sich die Beitragsbemessungsgrundlage innerhalb eines Kalendermonats ändert (vgl. Abschnitt III 1.5). Alternativ kann die Beitragsberechnung

für volle Kalendermonate auf der Grundlage der monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen aufsetzen.

Die beitragspflichtigen Einnahmen bei Pflegepersonen, für die Rentenversicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI begründet wird, werden nach § 166 Abs. 2 Satz 1 SGB VI entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung bestimmt. Dabei ist danach zu differenzieren, ob in einem Kalendermonat ausschließlich Pflegegeld, ausschließlich eine Sachleistung oder im Rahmen einer Kombinationsleistung sowohl Pflegegeld als auch eine Sachleistung bezogen wird. Das Kalendermonatsprinzip gilt auch in den Fällen der Additionspflege für die jeweilige Pflegetätigkeit. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen durch mehrere Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), ist die beitragspflichtige Einnahme entsprechend dem Anteil der Pflegetätigkeit je Pflegeperson am Gesamtpflegeaufwand aufzuteilen (§ 166 Abs. 2 Satz 2 SGB VI).

In der Arbeitslosenversicherung gilt unabhängig vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung nach § 345 Nr. 8 SGB III eine einheitliche beitragspflichtige Einnahme. Eine Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahme findet im Fall der Mehrfachpflege nicht statt. Der Beitragsberechnung ist vielmehr für jede Pflegeperson die beitragspflichtige Einnahme nach § 345 Nr. 8 SGB III zu Grunde zu legen, sofern die Pflegeperson nicht im Rahmen der Additionspflege arbeitslosenversicherungspflichtig ist. Pflegt eine Pflegeperson mehrere Pflegebedürftige jeweils mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf zwei Tage, ist die beitragspflichtige Einnahme nach § 345 Nr. 8 SGB III der Beitragsberechnung für die Pflegeperson anteilig für jede Pflegetätigkeit zu Grunde zu legen. Dabei richtet sich die anteilige beitragspflichtige Einnahme ausschließlich nach dem Anteil der maßgebenden Pflege am Gesamtpflegeaufwand der Pflegeperson. Dies gilt auch in den Fällen der Additionspflege sowie der Kombination von Additions- und Mehrfachpflege.

Überschreiten die beitragspflichtigen Einnahmen in der Rentenversicherung bei einer Mehrfachversicherung (vgl. Ausführungen unter Abschnitt II 1.6) insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze, sind sie nach § 22 Abs. 2 SGB IV anteilmäßig zu berücksichtigen. In der Arbeitslosenversicherung ist eine Mehrfachversicherung nach § 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III ausgeschlossen.

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 Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz ausgeübt, kann aufgrund des Ortes der ausgeübten Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit 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 bzw. das private Versicherungsunternehmen, die bzw. das die Beitragszahlung durchführt, ihren Sitz hat. Bei rechtskreisübergreifenden Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen ist auf die Bezugsgröße des Rechtskreises abzustellen, aus dem die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen 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 Bemessungsgrundlagen der Beitragsberechnung

Die Bemessungsgrundlage für die Beiträge bei Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 richtet sich

- in der Rentenversicherung nach § 166 Abs. 2 Satz 1 SGB VI in Abhängigkeit vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen nach § 15 Abs. 3 Satz 4 SGB XI und der Art der bezogenen Leistung (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI, Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI).

- in der Arbeitslosenversicherung nach § 345 Nr. 8 SGB III.

Hiernach ergeben sich folgende Beitragsbemessungsgrundlagen:

Monatliche Beitragsbemessungsgrundlage in % der Bezugsgröße			
bei	und Bezug von		
Pflegegrad	Pflegegeld	Kombinationsleistung	Pflegesachleistung
in der Rentenversicherung			
2	27	22,95	18,9
3	43	36,55	30,1
4	70	59,5	49
5	100	85	70
in der Arbeitslosenversicherung			
2 - 5	50		

In den Fällen eines ruhenden Leistungsanspruch nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI, z. B. aufgrund vorrangiger Leistungsgewährung nach dem Recht der Unfallversicherung (vgl. Abschnitt II 1.1.8), sind für die Beitragsbemessung die dem Recht der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung entsprechenden Leistungen, z. B. in der Unfallversicherung nach § 44 SGB VII, maßgebend.

III 1.4 Bemessungsgrundlage bei Mehrfachpflege

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege eines Pflegebedürftigen gemeinsam aus (Mehrfachpflege), ist die beitragspflichtige Einnahme zur Rentenversicherung in diesen Fällen nach § 166 Abs. 2 Satz 2 SGB VI bei jeder Pflegeperson der Teil des für den jeweiligen Pflegegrad und die Art der bezogenen Leistung aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen nach § 166 Abs. 2 Satz 1 SGB VI bestimmten Betrages, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit aller Pflegepersonen insgesamt entspricht. Das heißt, bei der Mehrfachpflege eines Pflegebedürftigen ist die für den Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen anzusetzende Bemessungsgrundlage im Sinne des § 166 Abs. 2 Satz 1 SGB VI entsprechend dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit auf die einzelnen Pflegepersonen aufzuteilen. 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 Aufteilung) die Pflegetätigkeiten aller nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen berücksichtigt, unabhängig davon, ob diese dem Grunde nach die Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI erfüllen. Hiervon erfasst sind also nicht nur Pflegetätigkeiten von Personen, die versicherungsfrei sind oder die z. B. wegen der Ausschlussregelung des § 3 Satz 3 SGB VI nicht der Rentenversicherungspflicht als Pflegeperson unterliegen, sondern auch Pflegetätigkeiten, für die keine Versicherungspflicht besteht, da diese z. B. weniger als 10 Stunden in der Woche ausgeübt werden.

In der Arbeitslosenversicherung ist bei Mehrfachpflege für jede arbeitslosenversicherungspflichtige Pflegeperson als beitragspflichtige Einnahme nach § 345 Nr. 8 SGB III ein Betrag in Höhe von 50 v. H. der Bezugsgröße zu berücksichtigen. Eine Aufteilung dieses Betrages findet nicht statt.

Beispiel 1

Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, wird von Pflegeperson A und von Pflegeperson B zu jeweils 14 Std./Woche, verteilt auf jeweils mindestens zwei Tage, ausgeübt.

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegeperson B
in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 14/28	in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 14/28
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße	in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße

Beispiel 2

Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, wird von Pflegeperson A und von Pflegeperson B zu jeweils 14 Std./Woche, verteilt auf jeweils mindestens zwei Tage, ausgeübt. Pflegeperson B ist aufgrund des Bezugs einer Vollrente wegen Alters vor Erreichen der Regelaltersgrenze rentenversicherungsfrei.

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegeperson B
in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 14/28	in der Rentenversicherung: entfällt, weil versicherungsfrei
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße	in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße

Beispiel 3

Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, wird von Pflegeperson A und von Pflegeperson B zu jeweils 14 Std./Woche, verteilt auf jeweils mindestens zwei Tage, ausgeübt. Pflegeperson B ist nach § 26 Abs. 3 Satz 5 SGB III von der Arbeitslosen- und nach § 3 Satz 3 SGB VI von der Rentenversicherungspflicht ausgeschlossen.

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegeperson B
in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 14/28	in der Renten- und Arbeitslosenversicherung:
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße	entfällt, weil von der Versicherungspflicht ausgeschlossen

Beispiel 4

Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, wird von Pflegeperson A an 19 Std./Woche und von Pflegeperson B an 9 Std./Woche, jeweils verteilt auf mindestens zwei Tage, ausgeübt. Pflegeperson B ist nicht versicherungspflichtig, da der Umfang der Pflegetätigkeit nicht mindestens 10 Std./Woche umfasst und sie auch keine weitere Pflegetätigkeit ausübt.

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegeperson B
in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 19/28	in der Renten- und Arbeitslosenversicherung:
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße	entfällt, weil nicht versicherungspflichtig

Beispiel 5

Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der Kombinationsleistungen bezieht, erfolgt von Pflegeperson A an 14 Std./Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, und im Übrigen von einer erwerbsmäßigen Pflegefachkraft B.

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegefachkraft B
in der Rentenversicherung: 36,55 % der Bezugsgröße	in der Renten- und Arbeitslosenversicherung:
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße	entfällt, weil nicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson versicherungspflichtig

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.

Beispiel 6

Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5, der Kombinationsleistungen bezieht, erfolgt von Pflegeperson A und B an jeweils 10 Std./Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, und im Übrigen von einer erwerbsmäßigen Pflegefachkraft C.

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A und B jeweils	Bemessungsgrundlage Pflegefachkraft C
in der Rentenversicherung: 85 % der Bezugsgröße x 10/20	in der Renten- und Arbeitslosenversicherung:
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße	entfällt, weil nicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson versicherungspflichtig

Die Pflegeperson B beendet die Pflege. Ihr Pflegeanteil wird von der Pflegefachkraft C übernommen. Die Pflegeperson A pflegt unverändert weiter.

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegefachkraft C
in der Rentenversicherung: 85 % der Bezugsgröße	in der Renten- und Arbeitslosenversicherung:
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße	entfällt, weil nicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson versicherungspflichtig

Beispiel 7

Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, erfolgt von Pflegeperson A, B, C und D an jeweils 10 Std./Woche, jeweils verteilt auf mindestens zwei Tage.

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A, B, C und D jeweils
in der Rentenversicherung: 100 % der Bezugsgröße x 10/40
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße

Die Pflegeperson D beendet die Pflege. Ihr Pflegeanteil wird im Rahmen der Kombinationsleistung von der Pflegefachkraft E übernommen. Die Pflegeperson A, B und C pflegen unverändert weiter.

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A, B und C jeweils	Bemessungsgrundlage Pflegefachkraft E
in der Rentenversicherung: 85 % der Bezugsgröße x 10/30	in der Renten- und Arbeitslosenversicherung:
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße	entfällt, weil nicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson versicherungspflichtig

III 1.5 Bemessungsgrundlage bei Additionspflege

Die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur Rentenversicherung aufgrund einer Additionspflege richtet sich nach dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung des jeweiligen Pflegebedürftigen und ggf. des Anteils an der Gesamtpflege aller Pflegepersonen bei der Mehrfachpflege eines Pflegebedürftigen. Vor der anteiligen Berechnung der beitragspflichtigen Einnahme für die Mehrfachpflege ist der Monatswert der Bemessungsgrundlage auf zwei Dezimalstellen zu runden.

In der Arbeitslosenversicherung ist im Rahmen der Additionspflege die beitragspflichtige Einnahme nach § 345 Nr. 8 SGB III der Beitragsberechnung für die Pflegeperson stets anteilig für jede Pflegetätigkeit zu Grunde zu legen. Dabei richtet sich die anteilige beitragspflichtige Einnahme ausschließlich nach dem Anteil der maßgebenden Pflege am Gesamtpflegeaufwand der Pflegeperson. Dies gilt auch in den Fällen der Kombination von Additions- und Mehrfachpflege.

Beispiel 1

Die Pflegeperson A pflegt einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, an 7 Std./Woche mit. Die übrige Pflege wird von zwei weiteren Pflegepersonen an 21 Std./Woche erbracht. Darüber hinaus pflegt die Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4, der ausschließlich Pflegesachleistungen bezieht, an 3 Std./Woche mit. Von einer weiteren Pflegeperson wird der Pflegebedürftige zudem noch 6 Std./Woche gepflegt. Die Pflege wird von der Pflegeperson A zwar jeweils weniger als, aber insgesamt mindestens 10 Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, erbracht. Die Pflegeperson A ist daher versicherungspflichtig.

Bemessungsgrundlage für Pflege des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3	Bemessungsgrundlage für Pflege des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4
in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 7/28	in der Rentenversicherung: 49 % der Bezugsgröße x 3/9
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 7/10	in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 3/10

Beispiel 2

Die Pflegeperson pflegt einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, an 12 Std./Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, und einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der Kombinationsleistungen bezieht, an 2 Std./Woche mit. Der Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen für diesen Pflegebedürftigen beträgt 20 Std./Woche. Da bereits aufgrund der ersten Pflegetätigkeit Versicherungspflicht besteht, tritt auch in der zweiten Pflegetätigkeit Versicherungs- und Beitragspflicht ein, obwohl diese weniger als 10 Stunden in der Woche ausgeübt wird. Die Beitragsbemessungsgrundlage in der Rentenversicherung ist aufgrund der Mehrfachpflege in der zweiten Pflegetätigkeit anteilig zu berechnen. Für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gilt dies aufgrund der Additionspflege für beide Pflegetätigkeiten.

Bemessungsgrundlage für Pflege des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2	Bemessungsgrundlage für Pflege des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3
in der Rentenversicherung: 27 % der Bezugsgröße	in der Rentenversicherung: 36,55 % der Bezugsgröße x 2/20
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 12/14	in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 2/14

Beispiel 3

Die Pflegeperson pflegt einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, an 12 Std./Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, und einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der Kombinationsleistungen bezieht, an 2 Std./Woche mit. Die übrige Pflege wird von einem Pflegedienst erbracht. Da bereits aufgrund der ersten Pflegetätigkeit Versicherungspflicht besteht, tritt auch in der zweiten Pflegetätigkeit Versicherungs- und Beitragspflicht ein, obwohl diese weniger als 10 Stunden in der Woche ausgeübt wird. Die Beitragsbemessungsgrundlage in der Rentenversicherung ist – im Gegensatz zu Beispiel 2 – in der zweiten Pflegetätigkeit nicht anteilig zu berechnen, da durch die Übernahme der übrigen Pflege durch den Pflegedienst keine Mehrfachpflege vorliegt. Für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung ist aufgrund der Additionspflege für beide Pflegetätigkeiten eine anteilige Beitragsbemessungsgrundlage zu berechnen.

Bemessungsgrundlage für Pflege des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2	Bemessungsgrundlage für Pflege des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3
in der Rentenversicherung: 27 % der Bezugsgröße	in der Rentenversicherung: 36,55 % der Bezugsgröße
in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 12/14	in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 2/14

III 1.6 Bemessungsgrundlage bei Änderung des Pflegegrades oder der Art des Leistungsbezugs aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung

Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung (z. B. bei einer Wiederholungsbegutachtung oder einem Höherstufungsantrag) festgestellt, dass sich der Pflegegrad verändert hat, ist die Bemessungsgrundlage für die Beiträge nach § 166 Abs. 2 SGB VI von dem Zeitpunkt an anzupassen, von dem an die neue Pflegegradzuordnung leistungsrechtlich wirksam wird. Dies gilt auch, wenn sich die Art der aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung bezogenen Leistung des Pflegebedürftigen ändert (ausschließlich Pflegegeld, Kombinationsleistung oder ausschließlich Sachleistung). Maßgeblich ist der tatsächliche Leistungsbezug, unabhängig davon, welche Leistung zunächst bewilligt wurde.

III 1.7 Bemessungsgrundlage bei Änderung des Pflegeumfangs innerhalb eines Pflegegrades bei Mehrfachpflege

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

Begutachtung bzw. der Mitteilung abzustellen. Dabei sind für jeden vollen Kalendermonat 30 Kalendertage zu Grunde zu legen.

Beispiel 1

Der Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, erhöht sich ab 16.05. von 25 Std./Woche auf 30 Std./Woche. Die Pflege wurde bisher von Pflegeperson A und B im Umfang von 10 Std./Woche und 15 Std./Woche, jeweils verteilt auf zwei Tage, erbracht. Ab 16.05. erhöht die erste Pflegeperson ihre wöchentlichen Pflegestunden von 10 auf 15 Stunden. Die Beitragsbemessungsgrundlage berechnet sich wie folgt:

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegeperson B
01.05. – 15.05. in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 10/25 x 15/30 in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 15/30	01.05. – 15.05. in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 15/25 x 15/30 in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 15/30
16.05. – 31.05 in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 15/30 x 15/30 in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 15/30	16.05. – 31.05 in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 15/30 x 15/30 in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 15/30

Beispiel 2

Der Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, erhöht sich ab 16.02. von 25 Std./Woche auf 30 Std./Woche. Die Pflege wurde bisher von Pflegeperson A und B im Umfang von 10 Std./Woche und 15 Std./Woche, jeweils verteilt auf zwei Tage, erbracht. Ab 16.02. erhöht die erste Pflegeperson ihre wöchentlichen Pflegestunden von 10 auf 15 Stunden. Die Beitragsbemessungsgrundlage berechnet sich wie folgt:

Bemessungsgrundlage Pflegeperson A	Bemessungsgrundlage Pflegeperson B
01.02. – 15.02. in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 10/25 x 15/30 in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 15/30	01.02. – 15.02. in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 15/25 x 15/30 in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 15/30

16.02. – 28.02 in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 15/30 x 15/30 in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 15/30	16.02. – 28.02 in der Rentenversicherung: 43 % der Bezugsgröße x 15/30 x 15/30 in der Arbeitslosenversicherung: 50 % der Bezugsgröße x 15/30

III 1.8 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 10 Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, (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 Berücksichtigung der Art der bezogenen Leistung aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung an den Wochenenden 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 Pflegetage in Ferienzeiten oder in Zeiten einer Erkrankung des Pflegebedürftigen), sind beitragsrechtlich zu berücksichtigen, wenn sich in diesen Zeiten die Art der bezogenen Leistung aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung ändert. Das heißt, dass für diese Zeiträume gegebenenfalls eine andere (höhere) Beitragseinstufung vorzunehmen ist. Wird die Pflege von mehreren Pflegepersonen erbracht kann bereits ein veränderter Pflegeaufwand beitragsrechtlich zu berücksichtigen sein, ohne dass sich die Art der bezogenen Leistung aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung ändert.

Beispiel 1

Der Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4, der Kombinationsleistungen bezieht, internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt wird jeweils am Wochenende von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Std. gepflegt.

Die Beiträge für die durchgehende Versicherungspflicht sind in der Rentenversicherung nach 59,5 % und in der Arbeitslosenversicherung nach 50 % der Bezugsgröße zu bemessen.

In der Ferienzeit wird die Pflegetätigkeit im häuslichen Bereich entsprechend dem Pflegebedarf auf 42 Std. in der Woche ausgeweitet und ausschließlich Pflegegeld bezogen.

Der geänderte Leistungsbezug in der Ferienzeit wird beitragsrechtlich berücksichtigt. In dieser Zeit sind die Beiträge zur Rentenversicherung nach 70 % der Bezugsgröße zu bemessen. In den Kalendermonaten, in die der Beginn und das Ende der Ferienzeit fallen, sind die Beiträge zur Rentenversicherung aufgrund des Kombinationsleistungsbezugs nach 59,5 % der Bezugsgröße zu bemessen. In der Arbeitslosenversicherung werden die Beiträge weiterhin nach 50 % der Bezugsgröße bemessen.

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 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, 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 und § 26 Abs. 2b SGB III 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 Versicherungspflicht besteht, zu zahlen. Sie werden auf der Grundlage der in dieser Zeit festgestellten Pflegestundenzahl nach dem entsprechenden Vomhundertsatz der monatlichen Bezugsgröße bemessen.

Beispiel 2

Der Pflegeaufwand für einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2, der (auch in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich) ausschließlich Sachleistungen bezieht, 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. von der Pflegeperson in häuslicher Umgebung gepflegt.

Unter Ansatz des festgestellten wöchentlichen Pflegeaufwand (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 besteht, weil die wöchentliche Pflegezeit (16 Std.) den Mindestumfang von 10 Std./Woche erreicht und angesichts der mindestens einwöchigen Dauer der Pflegetätigkeit eine Durchschnittsberechnung entfällt. Die Bemessungsgrundlage für die Beiträge des Monats November beträgt zur Rentenversicherung 18,9 % der Bezugsgröße x 11/30 und zur Arbeitslosenversicherung 50 % der Bezugsgröße x 11/30.

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

III 2 Beitragssatz

Die Beiträge werden nach dem Beitragssatz in der allgemeinen Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung 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 und § 347 Nr. 10 SGB III 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, § 347 Nr. 10 Buchst. a SGB III,),
- das private Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert ist (§ 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. b SGB VI, § 347 Nr. 10 Buchst. b SGB III),
- 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, § 347 Nr. 10 Buchst. c SGB III).

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 und § 347 Nr. 10 Buchst. c SGB III von der Pflegekasse und der Beihilfestelle jeweils zur Hälfte zu tragen.

Die beihilfekonforme Versicherung der privaten Pflegeversicherung ist nach § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI so auszugestalten, dass ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Abs. 2 und 3 BBhV festgelegten Bemessungssätze ergeben, die Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung gewährleisten. Dementsprechend sind die Beiträge in diesen Fällen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI und § 347 Nr. 10 Buchst. c SGB III von dem privaten Versicherungsunternehmen und der Beihilfestelle anteilig zu tragen.

Ist die Bundesagentur für Arbeit oder ein Träger der Rentenversicherung selbst Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gilt der Beitragsanteil im Sinne des § 347 Nr. 10 Buchst. c SGB III und § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. c SGB VI in analoger Anwendung des § 28e Abs. 1 Satz 3 SGB IV als gezahlt. Das gilt in der Rentenversicherung auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander. Mit dieser Fiktion der Beitragszahlung wird erreicht, dass die Bundesagentur für Arbeit oder ein Rentenversicherungsträger in seiner Funktion als Beihilfefestsetzungsstelle keine Beiträge an sich selbst bzw. 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 § und 349 Abs. 4a SGB III 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 und die Bundesagentur für Arbeit.

Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die im Beitragsjahr (Kalenderjahr) versicherungspflichtigen Pflegepersonen erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags des Zahlungspflichtigen (Pflegekasse, privates Versicherungsunternehmen, Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder Dienstherr) für das Kalenderjahr, in dem die Pflege geleistet wurde (§ 349 Abs. 5 Satz 2 SGB III), wohingegen die Rentenversicherungsbeiträge monatlich zu zahlen sind (vgl. Abschnitt III 5).

Für die Zahlung und Abrechnung der Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen gelten die folgenden Festlegungen.

III 4.1 Pflegekassen als Beitragszahler

Die von der Pflegekasse zu zahlenden Rentenversicherungsbeiträge 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 der Rentenversicherungsbeiträge ist in der Monatsabrechnung (§ 6 BVV) im Teil B1 unter Ziffer 6.4 (Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen) und im Einzelnachweis unter Ziffer 4.2 der Monatsabrechnung unter Angabe des Zahlgrundes „P“ (Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen) zu dokumentieren.

Die von den Pflegekassen zu zahlenden Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sind an die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen und in der Monatsabrechnung (§ 6 BVV) in Teil B1 unter Ziffer 6.4 (Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen) und im Einzelnachweis unter Ziffer 4.2 der Monatsabrechnung unter Angabe des Zahlgrundes „P“ (Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen) zu dokumentieren.

III 4.2 Private Versicherungsunternehmen als Beitragszahler

Die Rentenversicherungsbeiträge 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 der Rentenversicherung 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 bzw. von privaten Versicherungsunternehmen mit Sitz in Berlin an die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg zu zahlen (vgl. 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 in der jeweils aktuellen Fassung).

Die Zahlung der privaten Versicherungsunternehmen wird dem Rentenversicherungsträger in einem elektronischen 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 bzw. von Versicherungsunternehmen mit Sitz in Berlin die Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg (vgl. 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 in der jeweils aktuellen Fassung).

Die von den privaten Versicherungsunternehmen zu zahlenden Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sind mit folgenden Angaben zum Verwendungszweck an die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen:

- „IKPV“
- Institutionskennzeichen (9 Stellen) (sofern nicht vorhanden: Betriebsnummer)
- Verwendungszweck „Alv-Beiträge Pflegepersonen"

Die Zahlung der Beiträge ist der Bundesagentur für Arbeit mit dem als Anlage 6 beigefügten Beitragsnachweis nachzuweisen.

III 4.3 Festsetzungsstellen für die Beihilfe als Beitragszahler

Zahlende Stellen für die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung 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 Dienstherren.

Die Rentenversicherungsbeiträge sind nach einem einheitlichen Schlüssel zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und den Regionalträgern, in dessen Bereich die Festsetzungsstelle ihren Sitz hat, zu zahlen. Sie 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 Rentenversicherungsbeiträge 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"

Die von den Beihilfestellen zu zahlenden Beiträge zur Arbeitslosenversicherung sind mit folgenden Angaben zum Verwendungszweck an die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen:

- „IKPV“
- Institutionskennzeichen (9 Stellen) (sofern nicht vorhanden: Betriebsnummer)
- Verwendungszweck „Alv-Beiträge Pflegepersonen"

III 5 Fälligkeit

III 5.1 Beiträge zur Rentenversicherung

Nach § 23 Abs. 1 Sätze 5 und 6 SGB IV gilt eine besondere Fälligkeitsregelung für die Beiträge der nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI rentenversicherungspflichtigen 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 Rentenversicherungsbeiträge.

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.

III 5.1.1 Erstmalig zu zahlende Rentenversicherungsbeiträge

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 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 5 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 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 Additionspflege 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 VI 2.2 Buchstabe b) bzw. des Bearbeitungsfalls (vgl. Abschnitt VI 2.2 Buchstabe c) entsprechend.

Beispiel 1

Bekanntgabe des Bescheides an den Pflegebedürftigen über Zahlung von Pflegegeld ab 01.03. 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. (Montag) fällig.

Beispiel 2

Bekanntgabe des Bescheides an den Pflegebedürftigen über Zahlung von Pflegegeld ab 01.03. 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.
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. (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 5 und 6 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 Versicherungsunter-

nehmen 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 5 und 6 SGB IV ebenfalls, soweit nicht der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen sämtliche für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht relevanten Informationen vorliegen.

Bei ungleichmäßigen Pflegetätigkeiten und taggenauer Versicherungspflicht tritt die Fälligkeit der Beiträge für die jeweiligen Zeiträume, für die Versicherungspflicht besteht, nach § 23 Abs. 1 Satz 5 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 5.1.2 Laufend zu zahlende Rentenversicherungsbeiträge

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 4 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 5.2 Beiträge zur Arbeitslosenversicherung

Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 SGB IV ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt (vgl. § 349 Abs. 5 Satz 3 SGB III). Für den Tag der Zahlung ist § 3 Abs. 1 BVV entsprechend anzuwenden. Das bedeutet, dass bei Überweisung oder Einzahlung des Gesamtbeitrags auf ein Konto der Bundesagentur für Arbeit der Tag der Wertstellung zugunsten der Bundesagentur für Arbeit als Tag der Zahlung gilt.

Der Gesamtbeitrag ist demnach rechtzeitig gezahlt, wenn er spätestens am 31. März des Folgejahres auf einem Konto der Bundesagentur für Arbeit wertgestellt ist. Fällt dieser Tag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, ist die Zahlung so rechtzeitig zu leisten, dass die Wertstellung spätestens am letzten davor liegenden banküblichen Arbeitstag des Monats März erfolgt.

Die Fälligkeit des Gesamtbeitrags im März des Folgejahres knüpft grundsätzlich an den Zeitpunkt an, zu dem die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die Beitragspflicht festgestellt hat oder ohne Verschulden hätte feststellen können. Das heißt, dass die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen durch ein bewusstes Unterlassen der Feststellung die Zahlung des Gesamtbeitrages nicht hinausschieben kann. Mit der Feststellung im o.g. Sinne 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 Beitragszahlung zum Ausdruck kommt.

Wird für das abzurechnende Beitragsjahr die Beitragspflicht einer Pflegeperson bis zum 28. Februar des Folgejahres (Schaltjahr 29. Februar) festgestellt, werden die Beiträge für diese Pflegeperson mit dem Gesamtbeitrag zum 31. März desselben Jahres fällig. Erfolgt die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht dagegen nach dem 28. Februar (Schaltjahr 29. Februar), können die Beiträge mit dem Gesamtbeitrag des auf die Feststellung folgenden Jahres gezahlt werden.

Korrekturen für ein bereits abgerechnetes Beitragsjahr können, unabhängig davon, ob es sich um Über- oder Unterzahlungen handelt, bei der Zahlung der Beiträge für das folgende Beitragsjahr berücksichtigt werden.

Die Ausführungen zur Fälligkeit gelten für die Festsetzungsstellen für die Beihilfe bzw. die Dienstherren entsprechend, mit dem Unterschied, dass die Fälligkeit des Gesamtbeitrages an den Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung über die Beitragspflicht durch die Pflegekasse bzw. durch das private Versicherungsunternehmen anknüpft (vgl. Abschnitt V, Nr. 2).

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 ge-

worden 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 §§ 345 Nr. 8, 347 Nr. 10, 349 Abs. 4a und 5 SGB III und §§ 166 Abs. 2, 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 bzw. das private Versicherungsunternehmen 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/Aufrechnung von Versicherungsbeiträgen

Nach § 26 Abs. 2 SGB IV sind zu Unrecht gezahlte Versicherungsbeiträge zu erstatten, es sei denn, dass der Versicherungsträger bis zur Geltendmachung des Erstattungsanspruchs aufgrund dieser Beiträge Leistungen erbracht oder zu erbringen hat. Es ist somit stets zu prüfen, ob die zu Unrecht gezahlten Beiträge im Zusammenhang mit vom Versicherungsträger erbrachten Leistungen stehen. In der Rentenversicherung ist eine Erstattung 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 entsteht der Erstattungsanspruch für die Pflegetätigkeiten einheitlich, für die aufgrund der Zusammenrechnung von Versicherungspflicht ausgegangen worden ist. Von dem Erstattungsanspruch werden demnach die Pflegetätigkeiten nicht erfasst, für die weiterhin die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllt sind (z. B. Wegfall einer fünfstündigen Pflegetätigkeit bei weiter bestehender Pflegetätigkeit von zweimal fünf Stunden oder einmal zehn Stunden).

Für das Erstattungsverfahren ist entweder der Versicherungsträger 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 Renten- und Arbeitslosenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen" (Anhang II) geregelt.

III 8 Beitragsprüfung

III 8.1 Beitragsprüfung durch die Rentenversicherungsträger

Nach § 212a SGB VI überprüfen die Träger der Rentenversicherung die rechtzeitige und vollständige Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen durch die Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen (§§ 166 Abs. 2, 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, den Pflegegrad, die Art der bezogenen Leistung sowie den Pflegeanteil bei Mehrfachpflege oder das Vorliegen einer Additionspflege 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 in Bestandsfällen (vgl. Abschnitt VI) 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 VI 2.2 Buchstabe b),
- Mitteilungen nach § 44 Abs. 5 und 6 SGB XI.

Die vollständigen Gutachten gehören nicht zu den prüffähigen Unterlagen. In Bezug auf die Überprüfung der Angaben zur Pflegetätigkeit (als Voraussetzung für die Feststellung der

Rentenversicherungspflicht und im Fall der Mehrfachpflege als Grundlage für die Beitragsbemessung) wird eine Einsichtnahme in die Ziffern 1, 1.4 und 5.2 des Gutachtens des MDK als ausreichend angesehen. Im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung wird eine Einsichtnahme in die Ziffern 6.2 des Gutachtens der MEDICPROOF für hinreichend erachtet.

Für Prüfungen von Zeiträumen vor 2017 gelten die entsprechenden Ausführungen im Rundschreiben vom 09.01.2013 zur Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen.

III 8.2 Beitragsprüfung durch die Bundesagentur für Arbeit

Nach § 349 Abs. 5 Satz 1 Halbsatz 2 SGB III ist die Bundesagentur für Arbeit zur Prüfung der rechtzeitigen und vollständigen Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen berechtigt. Im Rahmen der turnusmäßig stattfindenden Prüfungen sind den Prüfern der Bundesagentur für Arbeit alle Unterlagen vorzulegen, die für die Prüfung der Beitragszahlung erforderlich sind. Zu den prüffähigen Unterlagen gehören insbesondere:

- 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, den Pflegegrad oder das Vorliegen einer Additionspflege 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 in Bestandsfällen (vgl. Abschnitt VI) 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 VI 2.2 Buchstabe b),
- Mitteilungen nach § 44 Abs. 5 und 6 SGB XI.

Für Prüfungen von Zeiträumen vor 2017 gelten die entsprechenden Ausführungen im Gemeinsamen Rundschreiben vom 01.07.2008 zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen während der Pflegezeit in der Arbeitslosenversicherung.

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 Pflegetätigkeit 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 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 Pflegetätigkeit 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 und Mitteilungen

§ 194 SGB VI

Gesonderte Meldung und Hochrechnung

(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 Auskunftsersuchen des Familiengerichts im Versorgungsausgleichsverfahren. Die Aufforderung zur Meldung nach Satz 1 erfolgt elektronisch durch den Träger der Rentenversicherung. Satz 3 gilt nicht für Einzelfälle, in denen ein elektronisches Meldeverfahren nicht wirtschaftlich durchzuführen ist. Die Ausnahmen bestimmt die Deutsche Rentenversicherung Bund in Grundsätzen; diese bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. 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 6 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 sowie nach dem Dritten Buch zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern sowie der Bundesagentur für Arbeit 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 Pflegetätigkeit,
7. den Pflegegrad des Pflegebedürftigen und
8. die nach § 166 Absatz 2 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 sowie mit der Bundesagentur für Arbeit 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 mit mindestens Pflegegrad 2

pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches oder an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen 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 sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, die in Absatz 3 Satz 2 genannten Angaben 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.

IV 1.2 Meldepflichtige Tatbestände und Meldefristen

Die Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen 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, im Fall der Mehrfachpflege unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflegetätigkeit, maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen (§ 44 Abs. 3 Satz 2 Nr. 8 SGB XI). Dabei ist für jede einzelne Pflegetätigkeit, auch wenn in dieser nur aufgrund der Zusammenrechnung mit einer weiteren Pflegetätigkeit Versicherungspflicht der Pflegeperson besteht (Additionspflege), eine Meldung abzugeben.

Als meldepflichtige Tatbestände kommen in Betracht:

- 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)

Die Jahresmeldung ist bis zum 15.04. des folgenden Jahres zu erstatten. Anmeldungen zu Beginn der Versicherungspflicht oder Unterbrechungsmeldungen sind nicht vorgesehen. Wird die Pflegetätigkeit 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.

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. 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. Wird die Gesonderte Meldung im Rahmen eines Rentenantragsverfahrens angefordert, ist sie frühestens drei Monate vor Rentenbeginn abzugeben.

IV 1.3 Form der Meldungen und zulässige Schlüsselzahlen

Die Meldungen der Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen 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 bzw. eines privaten Versicherungsunternehmens 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 zu pflegenden Personen/Pflegetätigkeiten erforderlich. Liegt kein Fall der Additionspflege vor, ist das Kennzeichen „0“ zu setzen.

Jede Pflegekasse bzw. jedes private Versicherungsunternehmen 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 Dienstherren

IV 2.1 Allgemeines

Mit dem in § 44 Abs. 5 SGB XI geregelten Mitteilungsverfahren wird den Festsetzungsstellen für die Beihilfe und den Dienstherren ermöglicht, ihre Beitragspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung zeitnah erfüllen zu können.

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, die Bundesagentur für Arbeit 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 und § 26 Abs. 2b SGB III versicherungspflichtigen nicht erwerbsmäßig tätigen 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 und zur Arbeitslosenversicherung nach § 347 Nr. 10 Buchst. c SGB III von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen und den Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder den Dienstherrn anteilig getragen und an die Bundesagentur für Arbeit bzw. den jeweiligen Rentenversicherungsträger gezahlt werden.

IV 2.3 Mitteilungsanlässe

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.

Gleiches gilt 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 oder aufgrund einer Änderung des Pflegegrades, der Art der Pflegeleistung oder in den Fällen der Mehrfachpflege des berücksichtigungsfähigen Pflegeumfangs die Beitragsbemessungsgrundlage anzupassen ist.

Auch bei sonstigen Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, die sich auf die Versicherungs- und Beitragspflicht einer Pflegeperson auswirken, ist eine Mitteilung abzugeben. Dies sind bspw.:

- Unterbrechung der Pflege (z. B. wegen längerer stationärer Behandlung der Pflegeperson)
- Beendigung der Pflege durch die Pflegeperson (z. B. aus persönlichen Gründen oder wegen des Todes des Pflegebedürftigen)
- Änderung des Umfangs der Pflege der Pflegeperson bei Mehrfachpflege
- Ende der Versicherungspflicht aufgrund der Reduzierung oder Aufgabe einer Pflegetätigkeit im Rahmen der Additionspflege
- Eintritt eines Ausschlussgrundes der Versicherungspflicht (vgl. Abschnitt II 1.7)

Dementsprechend ist das Mitteilungsverfahren zwischen den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen einerseits und den Beihilfefestsetzungsstellen andererseits nicht lediglich auf den Beginn der Beitragspflicht beschränkt, sondern ein Mitteilungsverfahren über alle für die Versicherungs- und Beitragspflicht relevanten Angaben.

IV 2.4 Inhalt und Form der Mitteilung

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

- die Rentenversicherungsnummer, soweit bekannt,
- den Familien- und Vornamen,
- das Geburtsdatum,
- Staatsangehörigkeit,
- die Anschrift,
- den Beginn und das Ende der Pflegetätigkeit,
- der Pflegegrad des Pflegebedürftigen,
- die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI und
- Mitteilungsanlass (vgl. Abschnitt IV 2.3).

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

Die Mitteilung an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn ist unverzüglich nach Feststellung der Beitragspflicht bzw. der Änderung der Verhältnisse auf einem Vordruck gemäß dem beiliegenden Muster (vgl. Anlage 2) zu erstatten.

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, spätestens mit der Erteilung der Bescheinigung über die Mitteilung nach § 44 Abs. 3 SGB XI, schriftlich mitzuteilen.

IV 4 Meldung/Bescheinigung zur Arbeitslosenversicherung

Die Bundesagentur für Arbeit darf nur Daten speichern, die zur Bearbeitung von Anträgen von Relevanz sind. Da nicht jede nach § 26 Abs. 2b SGB III arbeitslosenversicherungspflichtige Pflegeperson im Anschluss an die Versicherungspflicht einen Antrag auf Arbeitslosengeld stellt, müssten die Daten der elektronischen Meldung vernichtet werden. Aus diesem Grund ist entgegen des Gesetzeswortlauts von einer elektronischen Meldung der Daten abzusehen.

Im Falle der Arbeitslosigkeit ist die nach § 26 Abs. 2b SGB III versicherungspflichtige Pflegezeit nachzuweisen. Dazu ist der von der Bundesagentur für Arbeit vorgesehene Vordruck zu verwenden (§ 312 Abs. 3 SGB III).

V Mitteilungsverfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht bei Additionspflege

§ 44 SGB XI

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) … Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. ...

(2) …

(3) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung sowie nach dem Dritten Buch zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern sowie der Bundesagentur für Arbeit 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 Pflegetätigkeit,
7. den Pflegegrad des Pflegebedürftigen und
8. die nach § 166 Absatz 2 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 sowie mit der Bundesagentur für Arbeit Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

(4) und (5) …

(6) Für Pflegepersonen, bei denen die Mindeststundenzahl von zehn Stunden wöchentlicher Pflege, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden 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 Pflegetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht oder der Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch 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 Pflegetätigkeiten von Pflegepersonen auszutauschen, die aufgrund der Pflege mehrerer Pflegebedürftiger nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI bzw. § 26 Abs. 2b SGB III versicherungspflichtig sind. Näheres über das Mitteilungsverfahren können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit vereinbaren (§ 44 Abs. 6 Satz 1 SGB XI).

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

V 2 Mitteilungsverfahren

Zur Feststellung der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht aufgrund einer Additionspflege ist eine Abstimmung der beteiligten Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen erforderlich. Für diese Abstimmung ist ein Mitteilungsverfahren einzuleiten, wenn

- eine Pflegeperson einen Pflegebedürftigen im Umfang von weniger als zehn Stunden und/oder zwei Tagen in der Woche pflegt und
- mindestens eine weitere Pflegetätigkeit für Pflegebedürftige einer anderen Pflegekasse bzw. eines anderen privaten Versicherungsunternehmens ausgeübt wird.

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 von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen für die Pflegeperson festgestellten Pflegeaufwand sowie die Anzahl weiterer Pflegetätigkeiten.

Die Mitteilung erfordert immer eine Rückmeldung. In der Rückmeldung der Pflegekasse bzw. des privaten 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 von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen für die Pflegeperson festgestellten Pflegeaufwand.

Sofern der Pflegeaufwand in der weiteren Pflegetätigkeit noch streitig ist, teilt die beteiligte Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen dies in der Rückmeldung mit. Eine abschließende Feststellung über die Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht 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 beigefügt.

Über Änderungen in der Pflegetätigkeit dieser Pflegepersonen, die zu einer Beendigung oder einem Beginn einer Versicherungspflicht führen können, werden die beteiligten Pflegekassen bzw. private 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. privaten Versicherungsunternehmen unverzüglich darüber in Kenntnis gesetzt. Dies gilt analog in den Fällen der Unterbrechung der Pflegetätigkeit 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 und/oder der Agentur für Arbeit zu klären ist (vgl. Ziffer 5 der Verfahrensbeschreibung in Anhang I), erfolgt die abschließende Information an alle Beteiligten durch den Rentenversicherungsträger und/oder die Agentur für Arbeit. Ein Musterschreiben der Änderungsmitteilung der Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen, für die Fälle in denen sich eine Änderung der Beitragsbemessung oder eine Beendigung der Versicherungspflicht ergibt, ist als Anlage 5 beigefügt. In den Fällen, in denen bisher noch keine Versicherungspflicht besteht, jedoch aufgrund der Änderung eintreten könnte, erfolgt die Mitteilung mit dem als Anlage 4 beigefügten Musterschreiben.

VI Versicherungs- und Beitragspflicht in Bestandsfällen

§ 140 SGB XI

Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

(1) …

(2) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,

1. bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und

2. bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,

werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

1. Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet

   a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,

   b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,

   c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder

   d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;

2. Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet

   a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,

   b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,

   c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,

   d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(3) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. Satz 1 gilt auch bei einem Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von § 35 ab dem 1. Januar 2017, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. Die

Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

(4) Stellt ein Versicherter, bei dem das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht. Entsprechendes gilt für Versicherte bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

§ 141 SGB XI

Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) bis (3) …

(4) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) In den Fällen des § 140 Abs. 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder

2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Abs. 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) …

§ 142 SGB XI

Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

(1) Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Abs. 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde.

Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2) bis (3) …

§ 446 SGB III

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 nach § 26 Absatz 2b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer der Pflegezeit fort. Für diese Zeit sind § 345 Nummer 8, § 347 Nummer 10, § 349 Absatz 4a Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung anzuwenden.

(2) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung versicherungspflichtig waren, wird ab dem 1. Januar 2017 das Versicherungspflichtverhältnis nach § 26 Absatz 2b fortgesetzt. § 26 Absatz 3 Satz 5 und 6 bleibt unberührt.

VI 1 Leistungsrechtliche Überleitung von Bestandsfällen

Pflegebedürftige, bei denen am 31.12.2016 eine Pflegestufe oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung sowie ein Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorlag, werden mit Wirkung ab dem 01.01.2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach § 140 Abs. 2 SGB XI wie folgt einem Pflegegrad zugeordnet:

Überleitung für Pflegebedürftige		
ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz mit Pflegestufe	mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz mit Pflegestufe	in den Pflegegrad
I	0	2
II	I	3
III	II	4
III mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand i. S. des § 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 SGB XI a. F.	III auch bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand i. S. des § 36 Abs. 4 oder § 43 Abs. 3 SGB XI a. F.	5

Die Zuordnung bleibt nach § 140 Abs. 3 SGB XI auch bei einer erneuten Begutachtung nach dem ab dem 01.01.2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Diese Zuordnung gilt auch bei einem Wechsel der Pflegekasse, zwischen privaten Versicherungsunternehmen und von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

Stellt ein Pflegebedürftiger ab dem 01.01.2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 01.01.2017 vor, richten sich nach § 140 Abs. 4 SGB XI die für die Zeit ab der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 01.11.2016 bis 31.12.2016 bereits nach dem ab 01.01.2017 geltendem Recht. Die Regelung betrifft Pflegebedürftige, für die vor 2017 eine Pflegebedürftigkeit bzw. erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde und bei denen bereits vor dem 01.01.2017 eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, die zu einer höheren Pflegegradeinstufung als nach der Überleitung nach § 140 Abs. 2 SGB XI führt; ein Höherstufungsantrag jedoch erst ab 01.01.2017 gestellt wird (vgl. BT-Drs. 18/6688, S. 146).

VI 2 Überleitung von Bestandsfällen in der Rentenversicherung

VI 2.1 Fortbestand der Versicherungs- und Beitragspflicht

VI 2.1.1 Versicherungs- und Beitragspflicht

Für Pflegepersonen, die am 31.12.2016 aufgrund einer nicht erwerbsmäßigen Pflege rentenversicherungspflichtig waren, besteht die Rentenversicherungspflicht nach § 141 Abs. 4 Satz 1 SGB VI für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Eine gesonderte Prüfung der Voraussetzungen nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI in der Fassung ab 01.01.2017 für den Fortbestand der Rentenversicherungspflicht erfolgt nicht. Hiervon werden alle laufenden Versicherungsverhältnisse von Pflegepersonen erfasst. Dabei ist unerheblich, ob im Dezember 2016 nur deshalb keine Rentenversicherungspflicht bestand, weil

- die Pflegetätigkeit aufgrund einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme oder eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes des Pflegebedürftigen unterbrochen wurde (vgl. Abschnitt II 1.4).
- die Pflegetätigkeit wegen Krankheit der Pflegeperson oder aus anderen Gründen, die in ihrer Person liegen, unterbrochen wurde (vgl. Abschnitt II 1.4).
- eine in Intervallen ausgeübte Pflegetätigkeit (z. B. aufgrund der internatsmäßigen oder bspw. nach § 43a SGB XI vollstationären Unterbringung des Pflegebedürftigen) im Monat Dezember nicht ausgeübt wurde.

Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad des Pflegebedürftigen ermittelt, als der Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte, bleibt nach § 140 Abs. 3

SGB XI der höhere Pflegegrad maßgebend. Die Versicherungspflicht zur Rentenversicherung richtet sich in diesen Fällen nach § 140 Abs. 2 SGB XI daher weiterhin nach dem Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte (vgl. Abschnitt VI 1). Dies gilt demnach auch dann, wenn aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen nur noch eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1 festzustellen wäre.

Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich in den Bestandsfällen ab 01.01.2017 nach § 141 Abs. 4 Satz 2 SGB XI nach dem ab dem 01.01.2017 geltendem Recht (vgl. Abschnitt III 1), soweit sich nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung unter Anwendung der aktuellen Bezugsgröße bzw. Bezugsgröße (Ost) für 2017 keine höheren beitragspflichtigen Einnahmen ergeben. Für die Fortsetzung der Beitragszahlung ab 01.01.2017 sind in diesen Bestandsfällen daher Vergleichsberechnungen erforderlich.

Beispiel 1

Eine versicherungspflichtige Pflegeperson pflegt am 31.12.2016 einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F.) 22 Std./Woche. Die Beitragszahlung erfolgt auf der Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 53,3333 % der Bezugsgröße. Der Pflegebedürftige wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet. Er bezieht weiterhin nur Pflegegeld aus der Pflegeversicherung.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt ab 01.01.2017 weiterhin auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 53,3333 % der (aktuellen) Bezugsgröße, da sich nach Anwendung des neuen Beitragsrechts geringere beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. nur 43 % der Bezugsgröße ergeben würden.

Beispiel 2

Eine versicherungspflichtige Pflegeperson pflegt am 31.12.2016 einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F.) 14 Std./Woche. Die Beitragszahlung erfolgt auf der Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 35,5555 % der Bezugsgröße. Der Pflegebedürftige wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 3 übergeleitet. Er bezieht weiterhin Pflegegeld und Sachleistungen (also eine Kombinationsleistung) aus der Pflegeversicherung.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt ab 01.01.2017 nach neuem Beitragsrecht auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 36,55 % der Bezugsgröße, da sich nach Anwendung der Bestandsschutzregelungen geringere beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. nur 35,5555 % der Bezugsgröße ergeben würden.

Bei den in der folgenden Tabelle (fett) markierten Sachverhalten kann nach der Überleitung nach § 140 Abs. 2 SGB XI eine beitragsrechtliche Behandlung nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 SGB VI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung möglich sein.

Beitragspflichtige Einnahmen (bpE) in % der Bezugsgröße für Pflegebedürftige								
nach § 166 Abs. 2 SGB VI i. d. F. vor 2017						nach § 166 Abs. 2 SGB VI i. d. F. ab 2017		
ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bei			mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bei					
Pflege-stufe	Pflege-umfang (Std./Wo)	bpE	Pflege-stufe	Pflege-umfang (Std./Wo)	bpE	Pflege-grad	Pflege-leistung*	bpE
I	ab 14	**26,6667**	0	unter 10,5	-	2	SL KL PG	18,9 22,95 27
II	ab 14 ab 21	**35,5555** **53,3333**	I	ab 14	26,6667	3	SL KL PG	30,1 36,55 43
III	ab 14 ab 21 ab 28	40 **60** **80**	II	ab 14 ab 21	35,5555 **53,3333**	4	SL KL PG	49 59,5 70
III**	ab 14 ab 21 ab 28	40 60 **80**	III***	ab 14 ab 21 ab 28	40 60 **80**	5	SL KL PG	70 85 100

* SL = ausschließlich Sachleistung, KL = Kombinationsleistung, PG = ausschließlich Pflegegeld;
** mit außergewöhnlich hohem Hilfebedarf;
*** ohne und mit außergewöhnlich hohem Hilfebedarf

In den Fällen der Additionspflege war nach § 166 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 3 SGB VI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung der Beitragsberechnung, unabhängig von der Pflegestufe des Pflegebedürftigen und bei gleichzeitiger Mehrfachpflege ungeachtet des Anteils der Pflegeperson am Gesamtpflegeaufwand, insgesamt eine beitragspflichtige Einnahme i. H. v. 26,6667 % der jeweiligen Bezugsgröße für alle Pflegetätigkeiten zu Grunde zu legen. Dagegen richtet sich die beitragspflichtige Einnahme nach dem ab 01.01.2017 geltenden Recht für jede einzelne Pflegetätigkeit nach dem Pflegegrad und der Art des Leistungsbezugs des jeweiligen Pflegebedürftigen (§ 166 Abs. 2 Satz 3 SGB VI); bei Mehrfachpflege zusätzlich nach dem Anteil am Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen (vgl. Abschnitt III 1.4). Dies kann nach § 141 Abs. 4 Satz 2 SGB XI in den Fällen der Überleitung von Bestandsfällen der Additionspflege insbesondere in den Pflegegrad 2 zu einer beitragsrechtlichen Behandlung nach Maßgabe des § 166 Abs. 3 SGB VI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung führen, wenn der nach neuem Recht zu Grunde zu legende Prozentwert der Bezugsgröße für die je-

weilige Pflegetätigkeit den bisherigen anteiligen Wert von 26,6667 % der Bezugsgröße unterschreitet. D. h., die für die jeweilige Pflegetätigkeit zuständige Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen können die Anwendung der Übergangsregelung unabhängig voneinander prüfen.

Beispiel 3

Eine versicherungspflichtige Pflegeperson pflegt am 31.12.2016 einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F.), der ausschließlich Pflegegeld bezieht, mit zwei weiteren Pflegepersonen jeweils 6 Std./Woche und einen weiteren Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F.), der ausschließlich Pflegegeld bezieht, mit einer weiteren Pflegeperson jeweils 9 Std./Woche. Insgesamt beträgt der Pflegeumfang der Pflegeperson daher 15 Std./Woche. Die Beitragszahlung erfolgt auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 26,6667 % der Bezugsgröße; 6/15 davon (10,6667 %) für die erste und 9/15 davon (16 %) für die zweite Pflegetätigkeit. Der Leistungsbezug der Pflegebedürftigen ändert sich ab 01.01.2017 nicht.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt ab 01.01.2017 in beiden Pflegetätigkeiten weiterhin nach bisherigem Beitragsrecht. Beitragspflichtige Einnahmen sind somit 10,6667 % (6/15 von 26,6667 %) der (aktuellen) Bezugsgröße für die erste und 16 % (9/15 von 26,6667 %) der (aktuellen) Bezugsgröße für die zweite Pflegetätigkeit, da sich nach neuem Beitragsrecht nur beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. 9 % (6/18 von 27 %) der Bezugsgröße für die erste und 13,5 % (9/18 von 27 %) der Bezugsgröße für die zweite Pflegetätigkeit ergeben würden.

Beispiel 4

Eine versicherungspflichtige Pflegeperson pflegt am 31.12.2016 einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F.), der ausschließlich Pflegegeld bezieht, mit zwei weiteren Pflegepersonen jeweils 8 Std./Woche und einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F.), der ausschließlich Pflegegeld bezieht, mit einer weiteren Pflegeperson jeweils 9 Std./Woche. Insgesamt beträgt der Pflegeumfang der Pflegeperson daher 17 Std./Woche. Die Beitragszahlung erfolgt auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 26,6667 % der Bezugsgröße; 8/17 davon (12,5490 %) für die erste und 9/17 davon (14,1177 %) für die zweite Pflegetätigkeit. Der Leistungsbezug der Pflegebedürftigen ändert sich ab 01.01.2017 nicht.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt ab 01.01.2017 für die erste Pflegetätigkeit nach neuem und für die zweite Pflegetätigkeit nach bisherigem Beitragsrecht. Für die erste Pflegetätigkeit ergeben sich hiernach beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. 14,3333 % (8/24 von 43 %) der Bezugsgröße anstelle von 12,5490 % der Bezugsgröße nach bisherigem Beitragsrecht. Für die zweite Pflegetätigkeit ergeben sich beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. 14,1177 % (9/17 von 26,6667 %) der Bezugsgröße anstelle i. H. v. 13,5 % (9/18 von 27 %) der Bezugsgröße nach neuem Beitragsrecht..

In Bezug auf die Art der bezogenen Leistung ist für die Prüfung der Anwendung der Übergangsregelung im Januar 2017 zunächst auf die von dem Pflegebedürftigen beantragte Leistung abzustellen. Ist dies nicht möglich, ist die im Dezember 2016 bezogene Leistung zu Grunde zu legen. Die auf dieser Basis zunächst vorgenommene Beitragszahlung ist zu korrigieren, wenn später festgestellt wird, dass tatsächlich eine andere Leistung bezogen worden ist. Dadurch können sich auch Auswirkungen auf den Bestandsschutz nach der Übergangsregelung ergeben.

Beispiel 5

Eine rentenversicherungspflichtige Pflegeperson pflegt am 31.12.2016 einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F.), der im Dezember 2016 ausschließlich Pflegegeld bezieht, 14 Std./Woche. Der Pflegebedürftige wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet. Er bezieht (zunächst) weiterhin nur Pflegegeld.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt ab 01.01.2017 nach neuem Beitragsrecht auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 27 % der Bezugsgröße, da sich nach Anwendung der Übergangsregelung geringere beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. nur 26,6667 % der Bezugsgröße ergeben würden.

Im April 2017 wird festgestellt, dass seit Januar 2017 Pflegegeld und Sachleistungen, also Kombinationsleistungen, bezogen worden sind.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt rückwirkend ab 01.01.2017 nach der Übergangsregelung auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 26,6667 % der Bezugsgröße, da sich nach Anwendung des neuen Beitragsrechts geringere beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. nur 22,95 % der Bezugsgröße ergeben würden.

Soweit die beitragsrechtliche Behandlung nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 oder 3 SGB VI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung erfolgt, ist in den folgenden Kalenderjahren die jeweils aktuelle Bezugsgröße bzw. Bezugsgröße (Ost) zu Grunde zu legen.

Die beitragsrechtliche Behandlung nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 oder 3 SGB VI in der am 31.12.2016 geltenden Fassung entfällt mit der endgültigen Beendigung der Anwendung der Bestandsschutzregelung nach § 141 Abs. 5 SGB XI (vgl. Abschnitt VI 2.1.2).

VI 2.1.2 Ende der Bestandsschutzregelungen

Der nach § 141 Abs. 4 SGB XI begründete Bestandsschutz gilt nach § 141 Abs. 5 SGB XI bis zu dem Zeitpunkt, zu dem nach dem ab dem 01.01.2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

- für den Pflegebedürftigen keine Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI n. F. mehr vorliegt,
- die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 SGB XI n. F. mehr ist[2],
- ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI eintritt oder
- eine Änderung in den Pflegeverhältnissen eintritt, die nach § 166 Abs. 2 SGB VI n. F. zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen führt.

Demnach führt insbesondere

- der Wegfall der Pflegebedürftigkeit des bisher Pflegebedürftigen,
- die Zahlung eines das dem Pflegeaufwand entsprechende Pflegegeld übersteigenden Betrages an die Pflegeperson, soweit dadurch die Pflege erwerbsmäßig ausgeübt wird (vgl. Abschnitt II 1.1.2),
- die Aufgabe der Pflege (z. B. wegen Wechsels von häuslicher zu stationärer Pflege),
- die Ausübung einer mehr als 30 Stunden umfassenden Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit durch die Pflegeperson neben der Pflege (vgl. Abschnitt II 1.7),
- die Feststellung eines höheren Pflegegrades des Pflegebedürftigen,
- die Änderung des Pflegeanteils der Pflegeperson am Gesamtpflegeaufwand eines Pflegebedürftigen bei Mehrfachpflege oder
- die Änderung der Art der bezogenen Leistung des Pflegebedürftigen

zum endgültigen Ende der Anwendung der Übergangsregelung des § 141 Abs. 4 SGB XI.

Findet die Übergangsregelung Anwendung, kann sie bei einer Änderung der Art der bezogenen Leistung frühestens zu Ende Januar 2017 enden. Maßgebend sind hierfür die tatsächlichen Verhältnisse. So kann über das Ende der Anwendung der Übergangsregelung erst dann abschließend entschieden werden, wenn der tatsächliche Leistungsbezug bekannt ist.

Beispiel 1

Eine rentenversicherungspflichtige Pflegeperson pflegt am 31.12.2016 einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe III (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F.), der im Dezember 2016 Pflegesachleistung bezieht, 21 Std./Woche. Der Pflegebedürftige wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 4 übergeleitet. Er bezieht (zunächst) weiterhin nur Pflegesachleistung.

[2] Die Legaldefinition des Personenkreises der Pflegepersonen beschränkt sich zwar nach der Rechtsprechung des BSG auf § 19 Satz 1 SGB XI (vgl. Urteil des BSG vom 07.09.2004 – B 2 U 46/03 R). Dies kann im Rahmen der Bestandsschutzregelung des § 141 Abs. 5 SGB XI jedoch nicht dazu führen, dass die Versicherungspflicht auch dann fortbesteht, wenn die Pflege nicht mehr nach § 19 Satz 2 SGB XI mindestens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage, ausgeübt wird.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt ab 01.01.2017 weiterhin auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 60 % der Bezugsgröße, da sich nach Anwendung des neuen Beitragsrechts geringere beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. nur 49 % der Bezugsgröße ergeben würden.

Im April 2017 wird festgestellt, dass im Februar 2017 der Sachleistungsbetrag nicht vollständig ausgeschöpft wurde, so dass (rückwirkend) anteilig Pflegegeld ausgezahlt wird.

Aufgrund der Änderung der Art des Leistungsbezugs im Februar 2017 endet die Anwendung der Übergangsregelung. Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt rückwirkend für Februar 2017 nach neuem Beitragsrecht und somit auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 59,5 % der Bezugsgröße. Die beitragspflichtige Behandlung ab März 2017 erfolgt daher rückwirkend nach neuem Beitragsrecht auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 49 % der Bezugsgröße.

Beispiel 2

Eine rentenversicherungspflichtige Pflegeperson pflegt am 31.12.2016 einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F.), der im Dezember 2016 ausschließlich Pflegegeld bezieht, 14 Std./Woche. Der Pflegebedürftige wird zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet. Er bezieht (zunächst) weiterhin nur Pflegegeld.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt ab 01.01.2017 nach neuem Beitragsrecht auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 27 % der Bezugsgröße, da sich nach Anwendung der Übergangsregelung geringere beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. nur 26,6667 % der Bezugsgröße ergeben würden.

Im April 2017 wird festgestellt, dass im Januar 2017 Pflegegeld und Sachleistungen, also Kombinationsleistungen, bezogen worden sind, so dass (rückwirkend) das Pflegegeld reduziert wird.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt rückwirkend ab 01.01.2017 nach der Übergangsregelung auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 26,6667 % der Bezugsgröße, da sich nach Anwendung des neuen Beitragsrechts geringere beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. nur 22,95 % der Bezugsgröße ergeben würden.

Im Monat Februar 2017 verbleibt es unverändert beim ausschließlichen Pflegegeldbezug.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgt rückwirkend ab 01.02.2017 nach neuem Beitragsrecht auf der Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 27 % der Bezugsgröße, da aufgrund der Änderung der Art der bezogenen Leistung die Anwendung der Übergangsregelung endet.

Fällt der Grund für das Ende der Übergangsregelung wieder weg (z. B. Wegfall eines Ausschlussgrundes nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI) kann Versicherungs- und Beitragspflicht nur noch unter den Voraussetzungen nach §§ 3 Satz 1 Nr. 1a und 166 Abs. 2 SGB VI n. F. bestehen.

VI 2.1.3 Sonderfälle zum Jahreswechsel 2016/2017

In den Fällen des § 140 Abs. 4 SGB XI, in denen ein Pflegebedürftiger ab dem 01.01.2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit stellt und die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 01.01.2017 vorlagen, findet für den Pflegebedürftigen im November und/oder Dezember 2016 bereits das ab 01.01.2017 geltenden Leistungsrecht Anwendung (vgl. Abschnitt VI 1). Demgegenüber richten sich nach § 141 Abs. 4a SGB VI die Versicherungspflicht als Pflegeperson und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 01.01.2017 in der Rentenversicherung nach den §§ 3 und 166 SGB VI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung.

Für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht für November und Dezember 2016 kommt in diesen Fällen demnach dem tatsächlichen Pflegeaufwand der Pflegeperson und deren Feststellung maßgebende Bedeutung zu. Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend des Anstiegs des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung nach § 140 Abs. 2 SGB XI erreichten Pflegegrad. Diese Regelung gilt für den Zeitraum vom 01.11.2016 bis 31.12.2016. Die dabei für die beitragsrechtliche Beurteilung der Pflegetätigkeit nach § 166 SGB VI a. F. maßgebliche Stundenzahl des Pflegeaufwandes der Pflegeperson im November und/oder Dezember 2016 ist von der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen (ggf. durch Befragung der Pflegeperson) zu ermitteln (vgl. BT-Drs. 18/6688, S. 147).

Beispiel 1

Eine versicherungspflichtige Pflegeperson pflegt am 31.12.2016 einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, 14 Std./Woche. Der Pflegebedürftige wird zum 01.01.2017 nach § 140 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Buchst. b) SGB XI in den Pflegegrad 3 übergeleitet. Aufgrund eines im Februar 2017 gestellten Höherstufungsantrages wird eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen und ein auf 22 Std./Woche angestiegener Pflegeumfang der Pflegeperson rückwirkend seit 01.12.2016 festgestellt, der zu einer rückwirkenden Überleitung zum 01.12.2016 in den Pflegegrad 4 führt.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgte ab 01.01.2017 zunächst auf der Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 43 % der Bezugsgröße. Durch die rückwirkende Höherstufung in den Pflegegrad 4 und den auf 22 Std./Woche angestiegenen Pflegeumfang der Pflegeperson ergeben sich ab 01.12.2016 beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. 53,3333 % der Bezugsgröße nach Maßgabe des Beitragsrechts vor 2017, da hierfür eine aufgrund der um einen Pflegegrad erhöhten Pflegebedürftigkeit eine um eine Pflegestufe erhöhte Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe II) mit einem Pflegeumfang von 22 Std./Woche zu Grunde zu legen ist. Ab 01.01.2017 erhöhen sich die beitragspflichtigen Einnahmen aufgrund der Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 und ausschließlichen Pflegegeldbezugs nach neuem Beitragsrecht auf 70 % der Bezugsgröße.

Dabei finden für die Zeit ab 01.01.2017 die Vertrauensschutzregelungen nach § 141 Abs. 4 SGB XI Anwendung (vgl. Abschnitt VI 2.1.2).

Beispiel 2

Eine versicherungspflichtige Pflegeperson pflegt am 31.12.2016 einen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe II (ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI), der ausschließlich Pflegegeld bezieht, 22 Std./Woche. Der Pflegebedürftige wird zum 01.01.2017 nach § 140 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 Buchst. b) SGB XI in den Pflegegrad 3 übergeleitet. Aufgrund eines im Februar 2017 gestellten Höherstufungsantrages wird eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen und ein auf 28 Std./Woche angestiegener Pflegeumfang der Pflegeperson rückwirkend seit 01.12.2016 festgestellt, der zu einer rückwirkenden Überleitung zum 01.12.2016 in den Pflegegrad 4 führt.

Die beitragspflichtige Behandlung erfolgte ab 01.01.2017 zunächst nach Maßgabe des Beitragsrechts vor 2017, da sich hiernach beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. 53,3333 % der Bezugsgröße ergeben haben, anstelle von 43% der Bezugsgröße nach neuem Beitragsrecht. Durch die rückwirkende Höherstufung in den Pflegegrad 4 und den auf 28 Std./Woche angestiegenen Pflegeumfang der Pflegeperson ergeben sich ab 01.12.2016 beitragspflichtige Einnahmen i. H. v. 80% der Bezugsgröße nach Maßgabe des Beitragsrechts vor 2017, da hierfür eine aufgrund der um einen Pflegegrad erhöhten Pflegebedürftigkeit eine um eine Pflegestufe erhöhte Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) mit einem Pflegeumfang von 28 Std./Woche zu Grunde zu legen ist. Dies gilt auch ab 01.01.2017, da die beitragspflichtigen Einnahmen aufgrund der Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 und ausschließlichen Pflegegeldbezugs nach neuem Beitragsrecht lediglich 70 % der Bezugsgröße entsprechen würde.

VI 2.2 Erstmaliger Eintritt von Versicherungspflicht in Bestandsfällen

In bestimmten Bestandsfällen besteht erst mit Inkrafttreten der Neuregelungen zum 01.01.2017 Versicherungs- und Beitragspflicht in der Rentenversicherung.

Hierbei handelt es sich um die Bestandsfälle, in denen für Pflegetätigkeiten von Pflegepersonen erst am 01.01.2017 Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI eintritt, weil am 31.12.2016

- ein Pflegebedürftiger der sog. Pflegestufe 0 mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F. mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, gepflegt wurde, der zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet wird (§ 140 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Buchst. a SGB XI),
- ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I bis III mindestens zehn bis unter 14 Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, gepflegt wurde,

- lediglich in einer Pflegetätigkeit Versicherungs- und Beitragspflicht bestand, in einer daneben ausgeübten Pflege unter 14 Stunden jedoch nicht,
- trotz Addition von Pflegetätigkeiten für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis III insgesamt mindestens zehn Stunden bis unter 14 Stunden, in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, gepflegt wurde,
- der Mindestpflegeaufwand von zehn Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, nur erreicht wird, weil ab 01.01.2017 auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen (vgl. Abschnitt II 1.1.6.1.2) zu berücksichtigen sind.

Zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in diesen Bestandsfällen gelten für die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die folgenden Festlegungen:

a) In laufenden Pflegefällen, in denen ein am 31.12.2016 Pflegebedürftiger mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz der sog. Pflegestufe 0 zugeordnet wurde und zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet wird, ist zu ermitteln, ob für Pflegepersonen Rentenversicherungspflicht besteht. Dabei ist ausreichend, wenn der Pflegebedürftige über die neue Rechtslage informiert und um Angaben zu möglichen Pflegepersonen gebeten wird.

b) Laufende Pflegefälle, in denen in der Vergangenheit die Rentenversicherungspflicht 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 31.03.2017 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.

c) In den o. a. Fällen, in denen die Pflegebedürftigen nicht antworten, und in den übrigen laufenden Pflegefällen 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; die alleinige maschinelle Leistungsabrechnung zählt nicht hierzu), zu überprüfen, ob eine Pflege durch Pflegepersonen ausgeübt wird, die bisher nicht rentenversicherungspflichtig sind. Hierzu ist der Pflegebedürftige über die neue Rechtslage zu informieren und um Angaben zu möglichen Pflegepersonen zu bitten. Ergeben sich aus

den Unterlagen konkrete Hinweise auf entsprechende Pflegepersonen, sind diese direkt anzuschreiben. Die Pflegepersonen, die nicht antworten, sind einmalig zu erinnern. Dies gilt nicht zwingend für den Pflegebedürftigen.

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

VI 3 Überleitung arbeitslosenversicherungspflichtiger Bestandsfälle

VI 3.1 Fortbestand der Versicherungs- und Beitragspflicht

Für Personen, die am 31.12.2016 nach § 26 Abs. 2b SGB III in der am 31.12.2016 geltenden Fassung arbeitslosenversicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer der Pflegezeit nach § 446 Abs. 1 SGB III fort.

Die beitragspflichtige Behandlung richtet sich weiterhin nach den §§ 345 Nr. 8, § 347 Nr. 10, § 349 Abs. 4a Satz 1 und Abs. 5 Satz 2 SGB III in der am 31.12.2016 geltenden Fassung, mit der Folge, dass die beitragsrechtliche Behandlung weiterhin auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen i. H. v. 10 % der (aktuellen) Bezugsgröße erfolgt.

Für Pflegepersonen, die am 31.12.2016 nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III in der am 31.12.2016 geltenden Fassung arbeitslosenversicherungspflichtig waren, wird das Versicherungspflichtverhältnis nach § 446 Abs. 2 SGB III ab dem 01.01.2017 nach § 26 Abs. 2b SGB III n. F. fortgeführt. Die beitragsrechtliche Behandlung erfolgt ebenfalls nach neuem Beitragsrecht (vgl. Abschnitt III). Da die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen grundsätzlich keine Kenntnis über Zeiten einer Versicherungspflicht auf Antrag nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III haben - diese Zeiten werden lediglich bei der Krankenkasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen dokumentiert, bei der/dem eine Mitgliedschaft der Pflegeperson besteht – wird dieser Personenkreis von der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen ihrer Beratungspflicht zeitnah auf die anstehende Rechtsänderung hingewiesen und gebeten, sich mit der zuständigen Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen in Verbindung zu setzen. Die vorherige Versicherungspflicht auf Antrag nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III ist von den Pflegepersonen durch Vorlage des Beitragsnachweises der Bundesagentur für Arbeit zu belegen.

VI 3.2 Erstmaliger Eintritt von Versicherungspflicht in Bestandsfällen

In den übrigen, über die von der Übergangsregelung des § 446 SGB III erfassten Fälle hinausgehenden, Bestandsfällen tritt erstmalig ab 01.01.2017 Versicherungspflicht ein.

Hierbei handelt es sich um die Bestandsfälle, in denen für Pflegetätigkeiten von Pflegepersonen erst am 01.01.2017 Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2b SGB III eintritt, weil am 31.12.2016 weder die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2b SGB III noch nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III in der am 31.12.2016 geltenden Fassung erfüllt waren. Dies gilt daher für die Bestandsfälle, in denen vor dem 01.01.2017 eine Antragspflichtversicherung nach § 28a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III abgelehnt bzw. nicht beantragt worden ist, weil

- ein Pflegebedürftiger der sog. Pflegestufe 0 mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F. mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, gepflegt wurde, der aber zum 01.01.2017 in den Pflegegrad 2 übergeleitet wird (§ 140 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Buchst. a SGB XI),
- ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I bis III mindestens zehn Stunden bis unter 14 Stunden, in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, gepflegt wurde,
- trotz Addition von Pflegetätigkeiten für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis III insgesamt mindestens zehn Stunden bis unter 14 Stunden, in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, gepflegt wurde,
- der Mindestpflegeaufwand von zehn Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, ab 01.01.2017 nur erreicht wird, weil zukünftig auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen (vgl. Abschnitt II 1.1.6.1.2) zu berücksichtigen sind.

Dabei beschränkt sich die Versicherungspflicht nach § 26 Abs. 2b SGB III zum 01.01.2017 nur auf Pflegepersonen, die unmittelbar vor dem 01.01.2017 bereits zu dem durch die Arbeitslosenversicherung geschützten Personenkreis gehört haben (mithin arbeitslosenversicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem SGB III hatten) und nicht nach anderen Vorschriften des SGB III versicherungspflichtig sind (vgl. § 26 Abs. 2 und Abs. 3 SGB III).