

Knappschaft

- Regionaldirektion/
 Referat Krankenversicherung
 Geschäftsstelle

Postleitzahl

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

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

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name der / des Versicherten

Vorname der / des Versicherten

Geburtsdatum der / des Versicherten

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

Teil A Angaben zur Feststellung der Pflegestufe bzw. des Pflegeeinsatzes

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

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

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

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name der / des Versicherten

Vorname der / des Versicherten

Geburtsdatum der / des Versicherten

Angaben zu Ihrer Pflegeperson

Name, Vorname _____

Anschrift _____

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

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

Ich nehme zur Kenntnis, dass

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

Ort und Datum_____
Unterschrift der/des Versicherten

Knappschaft

- Regionaldirektion/
Referat Krankenversicherung
 Geschäftsstelle

Postleitzahl

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

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

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name der / des Versicherten

Vorname der / des Versicherten

Geburtsdatum der / des Versicherten

Informationen zum Beratungsangebot der Knappschaft

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

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

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

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

Wenn Sie dieses kostenlose Angebot nutzen möchten, senden Sie dieses Informationsschreiben **unterschieden** an uns zurück.

Ich möchte eine Beratung nach §§ 7/7a Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) in Anspruch nehmen.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten

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

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____

*) freiwillige Angabe

MERKBLATT

– Preisvergleichslisten –

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

Die Pflegekassen übernehmen, je nach Pflegestufe, Pflegeeinsätze durch einen Pflegedienst bis zu einem Gesamtwert von monatlich 468 Euro (Stufe 1), 1.144,00 Euro (Stufe 2), bzw. 1.612,00 Euro (Stufe 3). Für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhöhen sich die Sachleistungsbeträge auf 689 Euro monatlich in der Pflegestufe 1 und 1.298 Euro monatlich in der Pflegestufe 2. Personen ohne Pflegestufe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben Anspruch auf Pflegesachleistungen in Höhe von 231 Euro. Erbringt der Pflegedienst Leistungen, die diese Beträge übersteigen, kann dieser den übersteigenden Betrag direkt mit Ihnen abrechnen.

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

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

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

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

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

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

Bei Rückfragen/
Schriftwechsel bitte
unbedingt angeben!

Name der / des Versicherten

Vorname der / des Versicherten

Geburtsdatum der / des Versicherten

Sozialmedizinischer Dienst: Informationen zur Pflegebegutachtung

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

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

Die Pflegebegutachtungen erfolgen durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte des SMD, die sich durch einen Dienstausweis ausweisen. Die Begutachtung findet in der Regel in Ihrem Wohnumfeld statt, um einen Eindruck von Ihrer individuellen Lebens- und Pflegesituation zu bekommen.

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

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

Was geschieht nach der Begutachtung?

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

Tipps für den Hausbesuch:

- Schildern Sie der Gutachterin oder dem Gutachter möglichst genau Ihre gesundheitlichen Einschränkungen.
- Halten Sie aktuelle Befund- und Entlassungsberichte bereit.
- Für den Fall, dass bereits ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie der Gutachterin oder dem Gutachter die Pflegedokumentation vor.
- Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, halten Sie auch diese bereit.
- Bitten Sie die Person/en, die bei Ihnen Pflege durchführt/en, bei der Begutachtung dabei zu sein.

Kontakt:

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

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

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

Hinweis: Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die umseitigen Erläuterungen

Angaben zur pflegebedürftigen Person: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> _____ Name, Vorname _____ Krankenversicherturnummer </div>	
Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson)	
1. _____ Name _____ Straße _____ Geburtsdatum _____ Telefonnummer _____ Wenn keine deutsche Versicherungsnummer bekannt ist: Geburtsland, -ort _____ Staatsangehörigkeit _____	Vorname _____ Postleitzahl und Ort _____ _____ Rentenversicherturnummer ¹⁾ _____ Geburtsname, ggf. frühere Namen _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
2. Üben Sie neben der Pflegeetätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus? Sofern Sie sich in Altersteilzeit befinden, bitten wir um Übersendung der Vereinbarung.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3. a) Haben Sie in der Vergangenheit eine Beiträgerstattung aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten? b) Wurden für Sie – auch nach einer evtl. Beiträgerstattung – Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? c) Sofern Sie die Regelaltersgrenze für den Bezug einer Vollrente wegen Alters erreicht haben und bisher Beiträge nicht gezahlt wurden: ³⁾ Haben Sie in der Vergangenheit Kinder erzogen? Haben Sie eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt, für die Pauschalbeiträge gezahlt worden sind?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Bescheid des Rentenversicherungsträgers beifügen) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Versicherungsverlauf des Rentenversicherungsträgers beifügen)
4. Sind Sie Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung? ⁴⁾	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ <small>Name des Versorgungswerks, Mitgliedsnummer</small>
5. Beziehen Sie eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze? ⁵⁾ Wenn nein, haben Sie eine solche Rente beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
6. a) Seit wann führen Sie die Pflege durch? b) Wird die Pflege nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe, Vertretung oder im Wechsel mit einer anderen Person ausgeübt? ⁶⁾	seit dem (Tag/Monat/Jahr) _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Ja, im Wechsel von _____ Wochen/Monaten <input type="checkbox"/> Ja, in folgendem Rhythmus _____
7. Wo wird die Pflege durchgeführt?	<input type="checkbox"/> im Haushalt der pflegebedürftigen Person <input type="checkbox"/> in meinem Haushalt <input type="checkbox"/> im gemeinsamen Haushalt <input type="checkbox"/> sonstiger Pflegeort: _____
8. In welcher Beziehung stehen Sie zur pflegebedürftigen Person?	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonst. Familienangehöriger/Verwandter <input type="checkbox"/> sonstige Person
9. Werden Sie von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung erhalten, die das – je nach Pflegestufe – zu zahlende Pflegegeld übersteigt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
10. Sind außer Ihnen noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig? ⁷⁾	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ <small>(Name, Vorname, Anschrift)</small>
11. Werden von Ihnen noch weitere Personen gepflegt? ⁸⁾ Wenn ja, werden für diese Pflege bereits Rentenversicherungsbeiträge für Sie gezahlt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit dem _____ an insgesamt _____ Stunden wöchentlich Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person: Name, Vorname _____ Anschrift _____ Krankenversicherturnummer _____ Pflegekasse/Versicherungsunternehmen mit Anschrift _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
12. Üben Sie diese Pflegeetätigkeit im Rahmen Ihrer Berufstätigkeit aus (selbständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung)? Oder sind Sie in Ihrer Eigenschaft als Pflegeperson bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt oder als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig? ⁹⁾	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Tätigkeit als (Berufsbezeichnung) _____

Datenschutzhinweis (§ 67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses zu erheben.

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

Ort, Datum _____

Unterschrift der Pflegeperson _____

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

Um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern und den hohen Einsatz der Pflegepersonen anzuerkennen, die wegen der Pflege oftmals auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten bzw. diese aufgeben müssen, wurde die soziale Sicherung der Pflegepersonen eingeführt. So zahlt die Pflegeversicherung für Pflegepersonen (Personen, die einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen) Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad (Stufe) der Pflegebedürftigkeit und nach dem vom Medizinischen Dienst festgestellten zeitlichen Umfang der Pflegetätigkeit.

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

Die nachstehenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen helfen.

1) Rentenversicherungsnummer

Die Rentenversicherungsnummer ist dem Sozialversicherungsausweis oder einer Mitteilung Ihres Rentenversicherungsträgers (z. B. einer Rentenauskunft oder einem Rentenbescheid) zu entnehmen. Kann keine Versicherungsnummer angegeben werden oder wurde bislang noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben, sind der Geburtsort/-name, gegebenenfalls frühere Namen, die Staatsangehörigkeit und das Geschlecht anzugeben, damit der Rentenversicherungsträger eine Zuordnung vornehmen bzw. eine Versicherungsnummer vergeben kann.

2) Erwerbstätigkeit

Auch für Pflegepersonen, die neben der Pflegetätigkeit noch andere Erwerbstätigkeiten (abhängige Beschäftigungen oder selbständige Tätigkeiten) ausüben, können Beiträge durch die Pflegekasse entrichtet werden. Dies gilt allerdings nur für die Pflegepersonen, die neben der Pflegetätigkeit regelmäßig insgesamt nicht mehr als 30 Stunden in der Woche beschäftigt oder selbständig tätig sind.

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

3) Kindererziehungszeiten und geringfügige Beschäftigung

Rentenversicherungspflicht kommt nicht in Betracht, wenn die Pflegeperson bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nicht versichert war oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze eine Beitragserstattung aus ihrer Versicherung erhalten hat.

Dagegen können Pflegepersonen während ihrer Pflegetätigkeit rentenversicherungspflichtig werden, die Kinder erzogen haben und für die auf Grund anrechenbarer Kindererziehungszeiten vom Bund Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt werden. Sofern Kindererziehungszeiten bereits in der Rentenversicherung anerkannt wurden, reichen Sie bitte einen entsprechenden Nachweis ein. Gegebenenfalls ist ein entsprechender Antrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen.

Pflegepersonen für die bisher lediglich Pauschalbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung gezahlt wurden, können ebenfalls während ihrer Pflegetätigkeit rentenversicherungspflichtig werden.

4) Berufsständische Versorgungseinrichtung

Falls Sie wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, können Sie beantragen, dass die Beiträge zur sozialen

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

5) Renten- oder Versorgungsbezug

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

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

Renten aus der Alterssicherung der Landwirte gehören nicht zu den Vollrenten wegen Alters.

6) Angaben zur Pflegetätigkeit

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

Sofern die Pflegetätigkeit von mehreren Pflegepersonen in einem wöchentlichen / mehrwöchentlichen Wechsel dauerhaft ausgeübt wird, erfolgt eine durchgehende Absicherung in der Rentenversicherung nur dann, wenn der Mindestaufwand für die Pflege je Pflegeperson im Durchschnitt einer Woche 14 Stunden beträgt.

Wird die Pflege an mehr als zwei Monaten oder 60 Tagen im Jahr ausgeübt, erreicht aber den Wochendurchschnitt von 14 Stunden nicht, ist gegebenenfalls für die einzelnen Pflegezeiträume (taggenau) eine Rentenversicherungspflicht möglich, sofern zumindest in diesen Zeiten jeweils 14 Stunden oder mehr gepflegt wird.

7) Mehrere Pflegepersonen

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

8) Pflege mehrerer Pflegebedürftiger

Versicherungspflicht kann auch bestehen, wenn mehrere Pflegebedürftige zwar jeweils weniger als, aber insgesamt mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt werden.

9) Berufspflegekräfte

Üben Sie die hier geltend gemachte Pflege gegebenenfalls außerhalb - d. h. zusätzlich zu - Ihrer eventuellen Berufstätigkeit als Pflegefachkraft aus, so kann auch für die nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflege Rentenversicherungspflicht eintreten.

Hinweis zur Arbeitslosenversicherung

Als Pflegeperson können Sie sich unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig in der Arbeitslosenversicherung weiterversichern. Beenden Sie die Pflegetätigkeit und werden Sie arbeitslos, werden die Zeiten der freiwilligen Weiterversicherung bei der Ermittlung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld berücksichtigt. Der Antrag auf freiwillige Weiterversicherung ist spätestens innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Pflegetätigkeit bei der örtlichen Agentur für Arbeit zu stellen.