

A close-up photograph of two hands, likely belonging to an elderly person, showing significant wrinkling and discoloration. The hands are positioned in the center of the frame, with fingers slightly curled. The background is a soft, out-of-focus light beige color.

DGB

Pflegereform 2008

Infos für Versicherte und Angehörige

Impressum

Die Broschüre gibt den bei Redaktionsschluss
(Juni 2008) bekannten Sachstand wieder.

Verlag:

Graewis Verlag GmbH
Wallstr. 60
10179 Berlin
Telefon: 030/3088240
Fax: 030/30882420
E-Mail: verlag@graewis.de
www.graewis.de

Verantwortlich:

Anne Graef, Graewis Verlag GmbH
Redaktionsleiterin DGB-Infoservice einblick
www.einblick.dgb.de

Herausgeber:

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
Bundesvorstand, Bereich Sozialpolitik
www.dgb.de

Redaktionelle MitarbeiterInnen / AutorInnen:

Haidy Damm, Gabi Feld-Fritz, Wolf-Dieter Rudolph,
Jürgen Sandler, Heinz Stapf-Finé, Timm Steinborn,
Herbert Weisbrod-Frey

Gestaltung: Klaus Niesen, Düsseldorf

Druck: BWH, Hannover

Fotos: Colourbox

Pflegereform 2008

Infos für Versicherte und Angehörige

DGB





Mehr Leistung für mehr Geld	6
Leistungen und Leistungsvoraussetzungen.....	8
Die Änderungen im Einzelnen	10
Beitragserhöhung.....	11
Ambulante Pflege wird gestärkt	13
Pflegezeit: Neue Rechte für Beschäftigte.....	17
Besserer Service	23
Erhöhung/Dynamisierung der Leistungen	24
Bessere Leistungen.....	28
Mehr Qualität und Transparenz	33
Private Pflegeversicherung	37
Weitere Änderungen	39
Widerspruch	42
Perspektiven.....	45
Service und Kontakte	48

Vorwort



Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können. Das fordert die Pflege-Charta, die der von der Bundesregierung eingerichtete „Runde Tisch Pflege“ unter Beteiligung der Gewerkschaften formuliert hat.

Mit der am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflegereform hat die Bundesregierung in diesem Sinne wichtige Schritte eingeleitet, um die Qualität der Pflege zu verbessern – von den neuen Ansätzen für eine integrierte Pflege über verbesserte Leistungen für Demenz-Kranke bis hin zur Einführung einer Pflegezeit, um Beschäftigten die Chance zu geben, berufstätig zu bleiben und sich selbst besser um die Pflege ihrer Angehörigen kümmern zu können. Schon jetzt ist die ambulante Pflege zu Hause die Regel. Es ist richtig, sie weiter zu stärken. Allerdings muss eine kompetente Pflege auch dann gewährleistet sein, wenn Heimpflege erforderlich wird. Auch die neuen Anreize zur Stärkung der Rehabilitation sowie Maßnahmen zur besseren Sicherung und Kontrolle der Pflege-Qualität sind notwendige Reformschritte für die Pflege der Zukunft. All das begrüßen wir.

Die Reform war mehr als überfällig – doch sie greift zu kurz: Die notwendigen Weichen für eine nachhaltig gerechte Finanzierung der Pflege wurden nicht gestellt. Stattdessen ist der Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung angehoben worden.

Für die Gewerkschaften ist Solidarität keine leere Worthülse. Mehr denn je gilt in einer älter werdenden Gesellschaft: Die Starken müssen für die Schwachen einstehen. Darum werden wir weiter für eine faire Finanzreform und eine einheitliche gesetzliche Pflegeversicherung streiten.

Wir erwarten von der nächsten Reform, dass sie genau dort ansetzt. Ganz wichtig ist aber auch, dass die Definition, wer als pflegebedürftig gilt, schnellst möglich erweitert wird. Denn nach wie vor fallen viele Menschen, die Hilfe benötigen, durch dieses Raster. Zurzeit erarbeitet eine Kommission dazu entsprechende Vorschläge, deren schnelle Umsetzung wir erwarten.

Mit dieser Broschüre wollen wir Versicherte und Angehörige über die Leistungen der Pflegeversicherung und insbesondere über die seit 1. Juli 2008 geltenden Verbesserungen informieren und sie unterstützen, ihre neuen Rechte wahrzunehmen.

Annelie Buntenbach

Annelie Buntenbach
Geschäftsführender Bundesvorstand des
Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB)

Mehr Leistung für mehr Geld

Zum 1. Juli 2008 wird mit der Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (PfWG) das bisherige Pflegegesetz erweitert. Angehörige, die pflegebedürftige Menschen (mit-)betreuen, sollen gestärkt, die Leistungen der professionellen Pflege verbessert werden. Als Versicherte werden Sie dies zunächst auf Ihrem Lohnzettel bemerken. Um die neuen Leistungen zu finanzieren, werden die Beiträge um 0,25 Prozentpunkte angehoben. Das bedeutet, dass Versicherte in Zukunft 1,95 Prozent ihres Lohnes (Kinderlose 2,2 Prozent) in die Pflegeversicherung zahlen. Die Änderungen betreffen in erster Linie die Stärkung der ambulanten Pflege. Das kommt auch den Wünschen vieler Pflegebedürftiger entgegen, die, solange es geht, in ihrer gewohnten Umgebung sein möchten. Außerdem soll mit verschiedenen Maßnahmen die Qualität der Pflege verbessert werden.

Mehr Geld für die ambulante Pflege

Die Leistungssätze in der ambulanten Pflege werden stufenweise angehoben. (→ S. 25)

Erleichterungen für pflegende Angehörige

Das Pflegezeitgesetz regelt die Möglichkeiten für Beschäftigte, die kurzzeitig Angehörige betreuen wollen. In Betrieben mit mehr als 15 MitarbeiterInnen haben Beschäftigte nun einen Anspruch darauf, für sechs Monate unbezahlt freigestellt zu werden, ohne ihren Versicherungsschutz zu verlieren oder ihren Arbeitsplatz zu gefährden. Wer durch einen Notfall gezwungen ist, Pflege zu organisieren, kann dafür bis zu zehn Tage unbezahlte Freistellung beantragen (→ S. 17 ff).

Urlaub von der Pflege

Wer pflegt, braucht auch mal Urlaub. Die Sätze für eine Ersatzpflege erhöhen sich von bisher bis zu 1431 Euro pro Jahr auf bis zu 1470 Euro. Zudem können Angehörige jetzt bereits nach 6 Monaten eine Vertretung beantragen. Bisher galt hierfür eine Wartezeit von einem Jahr. Neu ist, dass pflegende Angehörige auch während ihres Urlaubs (bis zu vier Wochen) Rentenpunkte sammeln (→ S. 26 f).

Bessere Leistungen für Demenzkranke und psychisch Kranke

Wer an Demenz leidet oder psychisch krank ist, kann einen höheren Pflegezuschuss bekommen. Das gilt zukünftig auch dann, wenn die Pflegestufe I ansonsten nicht erreicht wird (→ S. 28).

Schnelle Antwort und unabhängige Beratung

Plötzlich für sich selbst oder für Angehörige Pflege zu organisieren, wirft viele Menschen zunächst aus der Bahn. Der Alltag muss vollkommen neu gestaltet werden. Mit der Reform soll über Anträge für Leistungen nach dem Pflegegesetz künftig schneller – innerhalb von fünf Wochen – entschieden werden. Das schafft mehr Planungssicherheit für alle Betroffenen. Ab 2009 haben sie einen Rechtsanspruch auf umfassende persönliche Beratung durch die Pflegekasse, später eventuell über einen ortsnahen Pflegestützpunkt (→ S. 14 ff, S. 23 f).

Qualität soll häufiger geprüft werden

Ab 2011 werden Pflegeeinrichtungen einmal jährlich – meist unangemeldet – überprüft. Bis dahin soll jedes Heim mindestens einmal kontrolliert worden sein. Die BewohnerInnen sollen stärker im Mittelpunkt stehen: Wie geht es ihnen wirklich? Werden sie gut ernährt? Sind sie zufrieden? Die Ergebnisse werden für Interessierte öffentlich zugänglich sein (→ S. 33 ff).

Leistungen und Leistungsvoraussetzungen

Die Pflegeversicherung wurde 1995 eingeführt, damit alte Menschen nicht von Sozialhilfe abhängig werden, nur weil sie pflegebedürftig sind. Das wird in einer teilweisen Finanzierung von Pflegediensten und Heimen gewährleistet. Heute erhalten rund zwei Millionen Menschen Leistungen nach dem Pflegegesetz. Mit der Reform 2008 werden die Leistungen erstmals erweitert.

Wer ist versichert?

Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind alle, die Mitglieder in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind. Mitglieder in einer privaten Krankenversicherung müssen sich privat pflegeversichern.

Welche Leistungen sind abgesichert?

Die Pflegeversicherung ist nur eine „Teilkaskoversicherung“. Das heißt, eine Eigenbeteiligung war vom Gesetzgeber von Anfang an geplant. Die Leistungspauschalen sind nicht kostendeckend. Allerdings wurden sie über zehn Jahre auch nicht erhöht. Deshalb mussten Betroffene mit jedem Jahr mehr Geld für die Pflege zuzahlen. Die Erhöhungen waren daher längst „überfällig“.

Welche Leistungen erhalte ich?

Aus der Pflegeversicherung ergeben sich Leistungen

- zur häuslichen Pflege,
- für eine Ersatzpflege, wenn Angehörige wegen Urlaub oder aus anderen Gründen die Pflege kurzzeitig nicht leisten können,

- für teilstationäre (Tages- und Nachtpflege) sowie Kurzzeitpflege,
- für stationäre Pflege,
- zur sozialen Absicherung der selbst ausgewählten Pflegepersonen.

Leistungen werden als Sachleistungen oder in Form von Pflegegeld ausgezahlt. Beides kann kombiniert werden.

Wann bekomme ich Leistungen zur Pflege?

Versicherte müssen zwei Jahre lang in die Pflegeversicherung eingezahlt haben. Wer pflegebedürftig ist, muss vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellt werden. Als Faustregel gilt: Pflegebedürftig ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung länger als sechs Monate regelmäßig Hilfe im Alltag braucht. Der MDK muss innerhalb von fünf Wochen über einen Antrag entscheiden, in Notsituationen noch schneller (mehr Seite 23).

Die Stufen der Pflegebedürftigkeit

Unterschieden wird erhebliche, schwere und schwerste Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen I-III). Jetzt kommt die so genannte Stufe 0 hinzu. Die gilt für Demenz- und psychisch Kranke, die auf regelmäßige Hilfe und Betreuung angewiesen sind und keine körperliche Einschränkungen haben.

Wo kann ich mich beraten lassen?

Ab dem 1. Januar 2009 haben Pflegebedürftige und ihre Angehörigen einen Anspruch auf kostenlose Beratung durch PflegeberaterInnen ihrer Pflegekasse, die über ihre Krankenkasse erreichbar ist. Mit Hilfe der BeraterInnen wird der Hilfebedarf festgestellt und ein individueller Versorgungsplan erstellt. Angehörige und LebenspartnerInnen sollen mit einbezogen werden.

- 1. Juli 2008** • Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz tritt in Kraft.
 - Der Pflegebeitragssatz wird auf 1,95 Prozent des Einkommens (Kinderlose 2,2 Prozent) erhöht.
 - Leistungen der ambulanten Pflege werden erhöht.
 - Die Vergütung für stationäre Leistungen wird in der Stufe 3 und für Härtefälle angehoben.

- 1. Januar 2009** • Pflegebedürftige und ihre Angehörigen haben Anspruch auf kostenlose Pflegeberatung.

- 1. Januar 2010** • Leistungen der ambulanten Pflege werden erneut angehoben.
 - Die Vergütung für stationäre Leistungen in der Pflegestufe 3 und für Härtefälle wird erhöht.
 - Der Anspruch bei Kurzzeitpflege wird auf 1510 Euro erhöht.

- 30. Juni 2011** • Der Aufbau von Pflegestützpunkten wird bis 2011 mit einem Zuschuss von bis zu 45 000 Euro je Stützpunkt gefördert.

- 1. Januar 2012** • Die Vergütung für ambulante Leistungen in den Stufen 1 bis 3, für stationäre Leistungen in der Stufe 3 und für Härtefälle sowie das Pflegegeld in den Stufen 1 bis 3 werden angehoben.
 - Der Anspruch bei Kurzzeitpflege wird auf 1550 Euro erhöht.

- 2014** • Die Bundesregierung prüft erstmals, ob es notwendig ist, die Leistungen der Pflegeversicherung an die Lohn- und Preisentwicklung anzupassen (danach alle drei Jahre). Eine Anpassung ist jeweils zum 1. Januar des Folgejahres möglich.

Beitragserhöhung

Zum 1. Juli 2008 wurden die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte angehoben. Der reguläre Beitragssatz beträgt damit 1,95 Prozent des Bruttolohns oder -gehalts. Kinderlose Versicherte zahlen einen erhöhten Beitrag von 2,2 Prozent.



Versicherte, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zahlen den regulären Beitragssatz – egal ob sie bereits eigene Kinder haben oder nicht. Weitere Ausnahme: In Sachsen gilt für die Beiträge zur Pflegeversicherung eine Sonderregelung. Zur Finanzierung der Pflegeversicherung wurde bei ihrer Einführung 1995 bundesweit ein gesetzlicher Feiertag abgeschafft (Buß- und Betttag) – außer in Sachsen. Deshalb zahlen dort die ArbeitnehmerInnen einen zusätzlichen Beitrag von 0,5 Prozent des Bruttolohns oder -gehalts.



Erhöhung auch für RentnerInnen

Im Gegensatz zu den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung tragen RentnerInnen die Beiträge zur Pflegeversicherung in voller Höhe alleine. Auch für sie gilt die Beitragserhöhung.



Studierende – mitversichert oder geringer Eigenbeitrag

Studierende können bis zum Alter von 25 Jahren bei den Eltern mitversichert sein – gegebenenfalls sogar länger, wenn Dienstzeiten bei der Bundeswehr angerechnet werden. Danach müssen sie sich selbst versichern und einen eigenen, vom Bundesgesundheitsministerium jährlich festgesetzten, geringen Beitrag zahlen.

Beiträge zur Pflegeversicherung ab 01. Juli 2008

bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3600 Euro brutto
(außer in Sachsen)

	Beitrags- satz	Versicherten- anteil	Arbeitgeber- anteil
Bis Vollendung des 23. Lebensjahres (ob mit oder <u>ohne</u> Kind)	1,95	0,975	0,975
Ab Vollendung des 23. Lebensjahres für Versicherte <u>mit</u> Kindern	1,95	0,975	0,975
Ab Vollendung des 23. Lebensjahres für Versicherte <u>ohne</u> Kinder	2,2	1,225	0,975
RentnerInnen <u>mit</u> Kindern	1,95	1,95	–
RentnerInnen <u>ohne</u> Kinder	2,2	2,2	–
RentnerInnen mit Geburtsjahr 1939 oder früher (ob mit oder ohne Kinder)	1,95	1,95	–

Ambulante Pflege wird gestärkt

Die ambulante Pflege zu stärken und besser zu stellen, ist ein wesentliches Ziel der Pflegereform. Der bereits gültige Grundsatz der Pflegepolitik „ambulant vor stationär“ soll noch stärkere Geltung bekommen. Dazu wurden verschiedene neue Regelungen, Leistungen und Services beschlossen:

- **Erhöhung der Leistungen** für die ambulante Pflege: sowohl bei der Pflege durch Fachkräfte (Häusliche Pflegehilfe) als auch bei der Pflege durch Angehörige (Pflegegeld) → S. 25
- **Einführung einer Pflegezeit**, in der (pflegende) Angehörige von ihrem Arbeitgeber freigestellt werden können, um etwa die häusliche Pflege vorzubereiten und zu organisieren → S. 17 ff
- **Möglichkeiten für einen Leistungs-Pool** mehrerer Pflegebedürftiger, um alternative Wohnformen zu fördern, wenn etwa verschiedene pflegebedürftige Personen in Wohn- oder Hausgemeinschaften zusammen leben wollen
- **PflegeberaterInnen und Pflegestützpunkte**, die Pflegebedürftige und Angehörige besser über verschiedene Möglichkeiten der Pflege informieren sollen → S. 14 ff

Leistungs-Pools – Leistungen gemeinsam in Anspruch nehmen

Die Pflegereform soll auch neue und alternative Wohnformen von pflegebedürftigen Menschen fördern – wie etwa Wohngemeinschaften, in denen sich die Pflegebedürftigen gegenseitig unterstützen, um weiterhin ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können. Sie können sich zusammentun und verschiedene Leistungen in einem „Leistungs-Pool“ bündeln. Die Leistungsansprüche im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Leistungen



der Grundpflege können dann gemeinsam in Anspruch genommen werden – zum Beispiel durch gemeinsames Essen. Für die Pflegebedürftigen hat es den Vorteil, dass die gemeinsam verbrachte Zeit mehr Lebensqualität und mehr Zuwendung mit sich bringt. Aus dem „Pool“ können dann außerdem zusätzliche Leistungen wie etwa gemeinsames Vorlesen bezahlt werden.

PflegeberaterInnen

Ab dem 1. Januar 2009 haben Pflegebedürftige Anspruch auf Hilfe, Unterstützung und Beratung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater. Diese PflegeberaterInnen sind in den Pflegestützpunkten oder bei den Pflegekassen erreichbar. Macht es die Pflegesituation erforderlich, kommen die BeraterInnen auch direkt zum Pflegebedürftigen (also entweder nach Hause oder in die stationäre Pflegeeinrichtung oder ins Krankenhaus).

Pflegestützpunkte

Wenn plötzlich ein Familienmitglied pflegebedürftig wird, ist einiges zu organisieren. Der bürokratische Aufwand mit Anträgen und Meldungen bei Pflegekasse, Trägern der Alten- oder Sozialhilfe kann den eigentlichen Pflegeaufwand weit übersteigen.



Entgegen ursprünglicher Pläne werden die Pflegestützpunkte nicht bundesweit und flächendeckend eingeführt. Der Kompromiss der großen Koalition zur Pflegereform sieht vor, dass jedes Bundesland gesondert entscheiden kann, ob und in welcher Form es die Einrichtung der Stützpunkte beschließt. Ein Rechtsanspruch auf PflegeberaterInnen besteht davon unabhängig.

Deshalb sollen so genannte „Pflegestützpunkte“ eingeführt werden: zentrale Anlaufstellen, in denen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Beratung zu verschiedenen Pflegeformen und Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Beratungsstrukturen, die in verschiedenen Bundesländern bereits vorhanden sind, sollen in jedem Fall die Arbeit der PflegeberaterInnen unterstützen oder Teilaufgaben der Pflegeberatung übernehmen. Dazu gehören beispielhaft die bereits vorhandenen Einrichtungen in den drei Bundesländern:



- Berlin (geriatrische Koordinationsstellen)
- Rheinland-Pfalz (Beratungs- und Koordinierungsstellen für Pflege, www.menschen-pflegen.de)
- Baden-Württemberg (Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen – IAV-Stellen)

Unabhängige und umfassende Beratung

Die Pflegestützpunkte sollen unabhängig arbeiten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen die für sie am besten passende Pflegeform (z.B. ambulante oder stationäre Pflege) sowie den für sie geeigneten Anbieter der Pflegeleistungen finden. Außerdem sollen die Stützpunkte die Gewährung von in der Pflege notwendigen Leistungen „bündeln“, sodass den AntragstellerInnen weitere Wege erspart bleiben.

Unterstützt und finanziert werden die Stützpunkte durch:

- die Träger der sozialen und privaten Pflegeversicherung, also **die Pflegekassen**
- die Träger der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, also **die Krankenkassen**
- die Träger der Alten- und Sozialhilfe, also in der Regel **die Kommunen**

Insgesamt werden dafür aus Mitteln der Pflegeversicherung 60 Millionen Euro zur Verfügung gestellt – pro Pflegestützpunkt 45 000 Euro. Wenn ehrenamtlich Tätige und Selbsthilfegruppen nachhaltig und dauerhaft in die Arbeit des Stützpunktes eingebunden werden, **erhöht sich dieser Betrag auf 50 000 Euro.**

Auch Versicherte privater Versicherungsunternehmen können die Beratung der Pflegestützpunkte in Anspruch nehmen – auch wenn sich ihr Versicherer nicht an der Finanzierung der Stützpunkte beteiligt. Das Versicherungsunternehmen muss in diesem Fall aber eine vertragliche Vereinbarung mit den Trägern des Pflegestützpunktes abschließen, in der Art, Inhalt und Umfang der möglichen Beratungsleistungen sowie die Vergütung je Beratungsfall geregelt sind.

Die Pflegestützpunkte sollen gut erreichbar sein und deshalb „ortsnah“ eingerichtet werden.

Die Pflegestützpunkte sollen möglichst folgende Services anbieten:

- Informationen über die Leistungen
- Infos über alle örtlichen Pflegedienste und -heime
- Infos über ehrenamtliche Angebote, Netzwerke und Selbsthilfegruppen
- Ausgabe aller wesentlichen (Antrags-)Formulare
- Informationen über gesonderte Zuschüsse der Pflegekassen (z.B. für den pflegegerechten Umbau einer Wohnung)

Die Beratung in den Pflegestützpunkten übernehmen PflegeberaterInnen.

Pflegezeit: Neue Rechte für Beschäftigte

Ein Sturz in der Wohnung, ein Schlaganfall oder eine schubartige Verschlechterung chronischer Erkrankungen: Wann jemand akut pflegebedürftig wird, lässt sich selten genau voraussehen. Von einem Tag auf den anderen sind der/die Pflegebedürftige und die Angehörigen zahlreichen neuen Herausforderungen ausgesetzt. Solange wie möglich zu Hause im gewohnten Umfeld bleiben – das wünscht sich dann ein Großteil der Pflegebedürftigen – und viele Angehörige wollen diesem Wunsch auch gerecht werden. Ob Pflege zu Hause durch Angehörige oder die Anspruchnahme professioneller Pflegedienstleistungen – sei es ambulant oder stationär – in solchen Situationen muss eine Menge organisiert werden.

Meist sind es weibliche Angehörige, die einen Löwenanteil der Pflege und/oder deren Organisation übernehmen – zu Lasten ihrer eigenen Berufstätigkeit und sozialen Absicherung. Um die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern, sind mit dem Pflegezeitgesetz seit dem 1. Juli 2008 auch die Möglichkeiten verbessert worden, im Fall des Falles nahe Angehörige zu pflegen.

Dazu hat der Gesetzgeber zwei neue Rechtsansprüche geschaffen:

1. Um bei einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren zu können, bzw. eine sofortige pflegerische Versorgung sicherstellen zu können, dürfen Beschäftigte **kurzzeitig bis zu zehn Tagen ihrer Arbeit fernbleiben (Anzeigepflicht!).**

2. Zur Pflege in häuslicher Umgebung können sich Beschäftigte auch **voll-**

ständig oder teilweise bis zu sechs Monate von der Arbeitsleistung freistellen lassen.

Beschäftigte, die von diesen Rechten Gebrauch machen, unterliegen einem **Sonderkündigungsschutz**.

Wer ist Beschäftigter nach dem Pflegezeitgesetz?

Als Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes gelten alle ArbeitnehmerInnen, ob sie Voll- oder Teilzeit arbeiten. Das schließt so genannte 400-Euro-Kräfte als auch befristet Beschäftigte mit ein.

Auch **zur Berufsbildung Beschäftigte** können sich zur Pflege naher Angehöriger freistellen lassen. Dazu gehören auch PraktikantInnen, Volontäre, Anlernlinge, UmschülerInnen und TeilnehmerInnen an berufsvorbereitenden Ausbildungsmaßnahmen.

HeimarbeiterInnen sowie arbeitnehmerähnliche Personen, die als formal Selbstständige wirtschaftlich abhängig von einem Auftraggeber sind, können die Pflegezeit ebenso in Anspruch nehmen.



Wer ist im Sinne des Gesetzes Angehöriger?

Nahe Angehörige im Sinne des Pflegezeitgesetzes sind:

- Eltern, Schwiegereltern sowie Großeltern
- Ehegatten, LebenspartnerInnen und PartnerInnen einer eheähnlichen Gemeinschaft
- eigene Kinder – auch Adoptiv- und Pflegekinder – sowie die Kinder, Adoptiv- und Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners/-partnerin
- Schwieger- und Enkelkinder

Die Angehörigen müssen nicht im Haushalt des Beschäftigten leben.

Wann kann man die Rechte in Anspruch nehmen?

Das Recht, sich von der Arbeitsleistung freistellen zu lassen, besteht nur dann, wenn der nahe Angehörige pflegebedürftig ist. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Angehörige wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem Maße der Hilfe bedarf. Diese Voraussetzung erfüllen alle Personen, bei denen mindestens die Pflegestufe I festgestellt wurde.



Eine **Wartezeit gibt es nicht**. Das heißt, dass ein Beschäftigter bereits vom ersten Arbeitstag an von diesen Rechten Gebrauch machen kann.

Kurzzeitige Auszeit

Beschäftigte, die in einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Versorgung eines Angehörigen organisieren oder sicherstellen müssen, können bis zu zehn Arbeitstage ihrer Arbeit fernbleiben. Dieses Recht steht allen Beschäftigten unabhängig von der Größe des Unternehmens zu.

Voraussetzung ist, dass sich die Pflegebedürftigkeit plötzlich und unerwartet ergeben hat. Das Fernbleiben von der Arbeit muss zudem „erforderlich“ sein. Diese Maßgabe ist dann erfüllt, wenn im Haushalt des Pflegebedürftigen keine andere Person lebt, die die Pflege übernehmen kann und will. Ausschlaggebend kann auch sein, dass der Pflegebedürftige von dem Beschäftigten betreut werden will.

Anzeige-/Nachweispflicht

Dem Arbeitgeber muss die Verhinderung sowie deren voraussichtliche



Dauer unverzüglich (= so schnell wie irgend möglich) mitgeteilt werden. Auf Nachfrage des Arbeitgebers ist konkret zu benennen, um welchen nahen Angehörigen es sich handelt, nicht jedoch Art und Ursache der Pflegebedürftigkeit. Für die Mitteilung ist keinerlei Form vorgeschrieben – diese kann also auch mündlich erfolgen.



Zur Absicherung sollte allerdings die Mitteilung möglichst so erfolgen, dass diese belegt werden kann (z. B. anhand des Sendeberichts eines Faxes). Eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen muss dem Arbeitgeber nur dann vorgelegt werden, wenn er es ausdrücklich verlangt. Wer die Anzeige- bzw. Nachweispflicht nicht beachtet, riskiert unter Umständen Schadensersatzansprüche des Arbeitgebers oder arbeitsrechtliche Maßnahmen wie etwa eine Abmahnung. Es ist also ratsam, die ärztliche Bescheinigung vorzulegen.

Anspruch auf Pflegezeit

Wenn Beschäftigte pflegebedürftige Angehörige in häuslicher Umgebung pflegen möchten, haben sie seit 1. Juli 2008 Anspruch auf vollständige oder teilweise Freistellung von der Arbeit. Dabei muss die Pflegesituation nicht akut sein. Voraussetzung für die Gewährung der **maximal 6-monatigen**, unbezahlten Pflegezeit ist, dass der/die Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung gepflegt wird.



Der Anspruch auf eine sechsmonatige Freistellung besteht nur in Unternehmen mit in der Regel 15 oder mehr Beschäftigten.



Wer mehrere nahe Angehörige pflegt, kann für jeden Einzelnen die Pflegezeit in Anspruch nehmen und so die Anspruchsdauer verlängern.

Außerdem können mehrere Angehörige ihren Anspruch auf Pflegezeit nutzen,

sodass insgesamt die Pflege durch nahe Angehörige über eine längere Zeit für einen Pflegebedürftigen möglich ist.

Ankündigung der Pflegezeit

Wer Pflegezeit in Anspruch nehmen möchte, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen. In diesem Schreiben müssen Sie erklären, für welchen Zeitraum Sie Pflegezeit beantragen und ob Sie vollständig oder teilweise von der Arbeit freigestellt werden wollen. Die reduzierte Arbeitszeit und ihre Lage muss zwischen der/dem Beschäftigten und dem Arbeitgeber schriftlich fixiert werden. Dem Wunsch der ArbeitnehmerInnen muss der Arbeitgeber entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Belange entgegenstehen.

Nachweispflicht

Wer die sechsmonatige Freistellung oder Teilfreistellung in Anspruch nehmen möchte, muss die Pflegebedürftigkeit der/des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK nachweisen.

Beschäftigte, die zunächst für weniger als den Höchstzeitraum von sechs Monaten Pflegezeit beantragen, können nur mit Zustimmung ihres Arbeitgebers die Pflegezeit bis zur Pflegezeithöchstdauer verlängern. Sollten Sie an einer längerfristigen Arbeitszeitreduzierung etwa während der gesamten Pflegedauer interessiert sein, empfiehlt es sich, in den sechs Monaten eine Teilfreistellung zu nehmen. Das könnte eine anschließende Arbeitszeitreduzierung nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz erleichtern.



Entgeltfortzahlung

Das Pflegezeitgesetz stellt die Angehörigen von der Arbeit frei, doch eine Entgeltfortzahlung ist nicht vorgesehen. Nur wenn andere gesetzliche, tarifliche

oder betrieblich vereinbarte Bestimmungen eine Entgeltfortzahlung regeln, gibt es während der Freistellung Geld. Bei der sechsmonatigen Freistellung von der Arbeitsleistung entfällt der Vergütungsanspruch komplett bzw. teilweise bei einer Teilfreistellung. Er besteht nur fort, wenn sich eine Entgeltfortzahlung aus anderen gesetzlichen Vorschriften (etwa durch den für Berufsausbildungsverhältnisse geltenden § 19 Abs. 1 Nr. 2 BBiG) ergibt. Ein Entgeltfortzahlungsanspruch kann sich aber auch aus Arbeitsvertrag, Betriebs-/Dienstvereinbarung oder Tarifvertrag ergeben.



Pflegt jemand Angehörige, ist die pflegebedürftige Person natürlich berechtigt, Pflegegeld zu beziehen, dessen Höhe von der Pflegestufe abhängig ist.

Bin ich in der Pflegezeit sozialversichert?

In der Regel: ja. Bei der kurzzeitigen Freistellung für zehn Tage bleiben die pflegenden Angehörigen in der Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung weiter versichert. Für die Rentenversicherung entsteht bei den „Rentenpunkten“ kein Nachteil, der oder die Beitragsmonat/e, in denen die zehn Tage Freistellung in Anspruch genommen werden, sind schließlich belegt.

Bei der bis zu 6-monatigen Pflegezeit zahlt die Pflegeversicherung in der Regel die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung, der Versicherungsschutz bleibt bestehen. Für die Kranken- und Pflegeversicherung gilt in der Pflegezeit: Pflegenden Angehörige sind entweder über die Familienversicherung mitversichert oder sie müssen sich freiwillig bei einer gesetzlichen Kasse mit dem Mindestbeitrag versichern. Auf Antrag erstattet die Pflegeversicherung gegebenenfalls diesen Mindestbeitrag.

Wenn mindestens 14 Stunden Pflegezeit wöchentlich geleistet wird, können bei der Rentenversicherung „Rentenpunkte“ für die Beitragsmonate gutgeschrieben werden.

Besserer Service

Wer kann Anträge stellen und wie schnell wird entschieden?

Die wichtigsten Fragen für alle, die plötzlich mit der eigenen Pflegebedürftigkeit oder der eines Angehörigen konfrontiert sind, lauten meist: Habe ich Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung? Und wenn ja, wie schnell kann ich mit einer Bewilligung rechnen?

Für beide Fragen fallen die Antworten nach der Pflegereform positiver aus als bislang. Bisher galt: Anspruch auf Leistungen hat nur, wer in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre pflegeversichert war – entweder als BeitragszahlerIn oder als mitversichertes Familienmitglied. Seit dem 1. Juli 2008 ist diese Mindestversicherungszeit auf zwei Jahre gesenkt worden.



Schnellere Bearbeitung

Pflege kann nicht warten. Wer auf Pflege angewiesen ist, muss auch zeitnah wissen, ob und in welchem Umfang ihm Leistungen der Pflegeversicherung zustehen. Deshalb hat der Gesetzgeber den Pflegekassen mit der Pflegereform Fristen für die Bearbeitung der Anträge gesetzt. Innerhalb dieser Fristen muss der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die oder den Pflegebedürftigen begutachten und die Pflegekasse den Antragstellern das Ergebnis mitteilen: Spätestens nach fünf Wochen muss ein Entscheid vorliegen.



In besonderen Fällen sind die Fristen noch kürzer gesetzt und AntragstellerInnen haben ein Recht darauf, dass ihre Pflegekasse den Antrag besonders schnell bearbeiten muss – inklusive Begutachtung durch den MDK:



- verkürzte Frist **von zwei Wochen**, wenn ein pflegender Angehöriger Pflegezeit (siehe S. 17 ff) beantragt hat,
- verkürzte Frist **von einer Woche**, wenn der oder die AntragstellerIn im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder einem Hospiz liegt,
- verkürzte Frist **von einer Woche**, wenn der oder die AntragstellerIn sich in ambulanter Palliativversorgung befindet.



Bewilligung kann befristet werden

Ist der Antrag auf Pflegeleistungen erst einmal bewilligt, ist der wichtigste Schritt geschafft. Aber Achtung: Sowohl die festgestellte Pflegestufe oder eine Anerkennung als Härtefall als auch die Bewilligung einzelner Pflegeleistungen können von der Pflegekasse befristet und nochmals überprüft werden.

Erhöhung/Dynamisierung der Leistungen

Mit der Pflegereform werden die (Geld-)Leistungen der Pflegeversicherung „dynamisiert“. Das heißt: Ab 2014 wird die Höhe der Leistungen von der Bundesregierung alle drei Jahre überprüft und soll dann jeweils am 1. Januar des Folgejahres an die Preisentwicklung angepasst – also in der Regel erhöht – werden. Bevor diese „Dynamisierung“ 2015 einsetzt, werden die Leistungen zunächst in drei Stufen schrittweise erhöht.

Leistungserhöhungen bei der ambulanten Pflege

Ambulante Pflege in gewohnter häuslicher Umgebung kann entweder von Pflegefachkräften eines Pflegedienstes als Sachleistung erbracht werden – oder sie kann vom Umfeld der oder des Pflegebedürftigen selbst sichergestellt werden, in der Regel durch Angehörige. Für die Pflege durch Fachkräfte zahlt die Pflegeversicherung die so genannte **„Häusliche Pflegehilfe“** direkt an den Pflegedienst, für die selbst sichergestellte Pflege bekommen die pflegenden Angehörigen ein **„Pflegegeld“**. In beiden Fällen steigen die (Geld-)Leistungen der Pflegeversicherung bis 2012 in drei Schritten:



Erhöhung der „Häuslichen Pflegehilfe“ für die Pflege durch Fachkräfte (in Euro)

Pflegestufe	1	2	3
Leistung bisher	384	921	1432
ab 1. Juli 2008	420	980	1470
ab 1. Januar 2010	440	1040	1510
ab 1. Januar 2012	450	1100	1550

Erhöhung des „Pflegegelds“ – etwa für pflegende Angehörige (in Euro)

Pflegestufe	1	2	3
Leistung bisher	205	410	665
ab 1. Juli 2008	215	420	675
ab 1. Januar 2010	225	430	685
ab 1. Januar 2012	235	440	700



Leistungserhöhung bei der Verhinderungspflege

Auch Pflegepersonen, die einen Angehörigen ambulant pflegen, können krank werden oder in Erholungsurlaub gehen. Damit ambulante Pflege tatsächlich funktioniert, muss auch in diesen Fällen die Pflegearbeit weitergeführt werden. Deshalb zahlt die Pflegeversicherung auch für die so genannte „Verhinderungspflege“, also für die Ersatzpflege durch Pflegekräfte für die Zeit, in der die eigentliche Pflegeperson verhindert ist – allerdings für höchstens vier Wochen. Und nur bis zu einer jährlichen Obergrenze. Auch diese Grenze wird in drei Schritten bis 2012 erhöht:

Jährliche Obergrenze für Leistungen der „Verhinderungspflege“ (in Euro)

Leistung bisher	1432	Voraussetzung für die Zahlung einer Verhinderungspflege durch die Pflegeversicherung ist, dass die eigentliche Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der „erstmaligen Verhinderung“ – also dem ersten Anlass,
ab 1. Juli 2008	1470	
ab 1. Januar 2010	1510	
ab 1. Januar 2012	1550	

bei dem eine Verhinderungspflege beantragt werden soll – mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Vor der Reform waren es zwölf Monate. Ausnahme für die Leistungen der Verhinderungspflege: Die



„Ersatz-Pflegeperson“ darf kein naher Verwandter sein oder mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Dann gibt es zwar auch noch Leistungen für die Verhinderungspflege. Diese dürfen den Satz des jeweiligen Pflegegeldes aber nicht überschreiten, betragen also höchstens 700 Euro.

Leistungserhöhung bei der Kurzzeitpflege

Ein ähnliches Ziel wie die Verhinderungspflege haben die Leistungen für die Kurzzeitpflege. Auch hiermit sollen kurzfristige Not- oder Ausnahmesituationen überbrückt werden, in denen keine ambulante Pflege zu Hause möglich ist. Dabei kann es sich – wie bei der Verhinderungspflege – um Krankheit oder Erholungsurlaub der eigentlichen Pflegeperson handeln oder um einen Zeitraum, in dem nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit die Wohnung für die Pflegesituation vorbereitet werden muss.



Im Unterschied zur Verhinderungspflege wird die oder der Pflegebedürftige für die Dauer der Kurzzeitpflege stationär in einer Pflegeeinrichtung untergebracht. Die Obergrenzen für Leistungen entsprechen denen der Verhinderungspflege.

Leistungserhöhungen bei der stationären Pflege

Auch für die stationäre Pflege, also die Pflege in Pflegeeinrichtungen, werden die Leistungen bis 2012 schrittweise erhöht – allerdings nur für die Pflegestufe 3 sowie für die so genannten „Härtefälle“, bei denen der Pflegeaufwand weit über den der Stufe 3 hinausgeht.

Pflegestufe	1	2	3	3 (Härtefälle)
Leistungen bisher	1023	1279	1432	1688
ab 1. Juli 2008	1023	1279	1470	1750
ab 1. Januar 2010	1023	1279	1510	1825
ab 1. Januar 2012	1023	1279	1550	1918

Bessere Leistungen

Demenzkranke werden besser gestellt

Gerade die große Gruppe der Demenzkranken fiel aus verschiedenen Gründen bisher durchs Raster der Pflegeversicherung. Hauptsächlich deshalb, weil zur Einordnung in eine der drei Pflegestufen lediglich körperliche Einschränkungen beurteilt wurden.

Was bringt die „Pflegestufe 0“ Demenzkranken?

Menschen, deren Pflegebedürftigkeit zwar nicht für Pflegestufe I ausreicht, die aber trotzdem Betreuungsbedarf aufgrund einer „eingeschränkten Alltagskompetenz“ haben, erhalten nun die „Pflegestufe 0“. Das gilt beispielsweise für viele Demenzkranke.

Seit 1. Juli 2008 erhalten Sie anstelle von bisher 460 Euro/Jahr entweder 100 Euro monatlich („Grundbetrag“) oder insgesamt 200 Euro monatlich („erhöhter Betrag“).

Liegt bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz statt der „Pflegestufe 0“ doch eine Pflegestufe I, II oder III vor, gibt es zusätzliche Geld- und Sachleistungen.



Der Service für Demenzkranke in Pflegeeinrichtungen soll sich mit der Pflegereform deutlich verbessern. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen können künftig pro 25 Demenzkranke eine zusätzliche spezielle Betreuungskraft einstellen. Erkundigen Sie sich im Bedarfsfall, ob ein Pflegeheim über diese speziellen Pflegekräfte verfügt.

Aktivierende Pflege

Die so genannte „aktivierende Pflege“ ist eine Art „Hilfe zur Selbsthilfe“ für Pflegebedürftige. Sie soll Wege aufzeigen, sich selbst zu versorgen. Im Idealfall soll die Pflegebedürftigkeit und damit gegebenenfalls auch die Pflegestufe gesenkt werden.

Die „aktivierende Pflege“ war schon vor der Pflegereform Bestandteil der Pflegegesetzgebung. Neu ist, dass den Trägern von Pflegeeinrichtungen jetzt ein zusätzlicher finanzieller Anreiz geboten wird. Sie erhalten einen „Bonus“ von **1536 Euro**, wenn die Pflegebedürftigkeit eines/r Bewohners/Bewohnerin der Einrichtung durch aktivierende Pflege „rückgestuft“ werden kann.



Für die Bonuszahlungen für erfolgreiche aktivierende Pflege an die Pflegeeinrichtungen gilt: Wenn die oder der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten wieder höher gestuft werden muss, muss auch der Bonus zurückgezahlt werden.



Die körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch aktivierende Pflege zu erhalten oder wieder zu verbessern – das sollte Pflege schon vor der Reform. Durch die finanziellen Anreize wird dieser gesetzliche Anspruch jetzt gestärkt. Sprechen Sie Ihre Pflegeeinrichtung oder die Ihres Angehörigen darauf an, ob entsprechende Maßnahmen stattfinden.



Kombination von Leistungen bei der ambulanten Pflege

Um die Leistungen der Pflegeversicherung flexibler zu machen, gibt es einige Kombinationsmöglichkeiten. Bei der ambulanten Pflege werden Pflegebedürftige zu Hause in gewohnter Umgebung – entweder von Angehörigen oder von Fachkräften eines ambulanten Pflegedienstes betreut. Wer diese Pflegesituation

kennt – entweder aus eigener Erfahrung oder bei Verwandten und Bekannten – weiß: Ganz klar lassen sich die Formen ambulanter Pflege nie voneinander trennen. Manche Pflegeetätigkeiten können die Angehörigen vollständig selbst übernehmen, für andere ist die Zusammenarbeit mit einer Pflegefachkraft besser oder sogar notwendig. Außerdem können kurzzeitig Fälle auftreten, in denen die oder der Pflegebedürftige doch stationär gepflegt werden soll oder muss (siehe „Kurzzeitpflege“ → S. 27).



Deshalb ist es möglich, verschiedene Instrumente und Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege zu kombinieren. Untereinander kombiniert werden können:

- das Pflegegeld (Geldleistung für ambulant pflegende Angehörige → S. 25)
- die häusliche Pflegehilfe (Leistung für ambulante Pflegefachkräfte → S. 25)
- die Kurzzeitpflege (→ S. 27).



Achten Sie darauf, dass Sie sich durch die Kombination von Leistungen unterm Strich nicht dauerhaft finanziell schlechter stellen als ohne die Kombination. Informieren Sie sich entweder direkt bei Ihrer Pflegekasse oder bei Selbsthilfeorganisationen und Sozialverbänden über die möglichen Kombinationsvarianten.

Kombination von ambulanter Pflege mit Tages- oder Nachtpflege

Tagespflege oder Nachtpflege heißt, dass Pflegebedürftige nur zu einer Tageshälfte in einer stationären Einrichtung betreut werden und ansonsten zu Hause ambulant gepflegt werden. Tagespflege in einer Pflegeeinrichtung wird etwa von ArbeitnehmerInnen in Anspruch genommen, die sich zwar um einen pflegebedürftigen Angehörigen kümmern, tagsüber aber ihrer Berufstätigkeit nachgehen müssen. Schon vor der Pflegereform konnten diese Pflegeformen mit Leistungen ambulanter

Pflege kombiniert werden. Allerdings lag die Obergrenze der gesamten Leistungen dann beim Satz des Pflegegeldes (für pflegende Angehörige) oder der häuslichen Pflegehilfe (für ambulante Pflegefachkräfte). Der Nachteil bisher: Geld, das für Tages- oder Nachtpflege ausgegeben wurde, schmälerte etwa das Pflegegeld.

Jetzt liegt der Gesamtanspruch beim maximal 1,5-Fachen (also 150 %) des bisherigen Betrages, also beispielsweise des Pflegegeldsatzes.



Beispiel 1:

Die Leistung der Tagespflege wird zu 60 % in Anspruch genommen.

▼

Es bleiben noch 90 % des Pflegegeldsatzes oder der Häuslichen Pflegehilfe.

=

150 % des bisherigen Betrags

Wenn weniger als 50 % der Leistung der Tages- oder Nachtpflege in Anspruch genommen werden, erhöht sich der Pflegegeldsatz oder der Satz für häusliche Pflegehilfe nicht.



Beispiel 2:

Die Leistung der Tagespflege wird zu 40 % in Anspruch genommen.

▼

Es bleiben noch 100 % des Pflegegeldsatzes oder der Häuslichen Pflegehilfe.

=

140 % des bisherigen Betrags



Mehr Qualität und Transparenz

Die Pflegereform hat das Ziel, die Qualität der Pflege in stationären Einrichtungen sowie die Transparenz deutlich zu verbessern. Wer einen pflegebedürftigen Angehörigen einem Pflegeheim anvertraut, will schließlich sicher sein, dass dort auch tatsächlich die bestmögliche Pflege gewährleistet ist. Neue Expertenstandards, deren Einhaltung für die Pflegeeinrichtung verpflichtend sind, werden eingeführt, und die Einrichtungen werden künftig häufiger kontrolliert. Die Reform soll insgesamt die Transparenz über die Qualität von erbrachten Pflegeleistungen verbessern. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen künftig verständliche und frei zugängliche Informationen zu den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen erhalten.

Expertenstandards

Expertenstandards in der Pflege legen konkret fest, was der allgemein anerkannte Stand, also der Mindeststandard, zu bestimmten Aspekten der Gesundheits- und Pflegearbeit ist. An den ersten Festlegungen war wesentlich das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) beteiligt.



Bisher gibt es fünf wesentliche Qualitätsstandards:

- zur Vorbeugung des „Wundliegens“ (Dekubitus),
- zum Entlassungsmanagement (Unterstützung bei einer Entlassung und beim Übergang in ein ambulantes Pflegeumfeld),
- zum Schmerzmanagement bei akuten und tumorbedingten Schmerzen,
- zur Vorbeugung von Stürzen,
- zur Vorbeugung von Inkontinenz.

Weitere Standards sollen nach Einführung der Pflegereform in jedem Fall folgen:

- zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden,
- zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen,
- zur bedürfnisgerechten Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme von Pflegebedürftigen,
- zur Pflege von Demenzkranken,
- zum Medikamentenmanagement.

Sie haben Zweifel daran, dass eine Pflegeeinrichtung die gültigen Standards auch tatsächlich einhält, obwohl sie dazu verpflichtet ist? Informieren Sie sich am besten zunächst selbst, was genau der Inhalt der Expertenstandards ist. Sie finden die Texte auf den Internetseiten des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) unter:
<http://www.dnqp.de/ExpertBest.htm>

Qualitätsprüfungen – häufiger und an den Pflegebedürftigen ausgerichtet

Bisher galt: Pflegeeinrichtungen – zum Beispiel Pflegeheime – werden durchschnittlich alle fünf Jahre überprüft. Ein viel zu langer Zeitraum, um tatsächlich sagen zu können, ob die Qualität durchgehend den geltenden Standards entspricht.



Hier bringt die Pflegereform eine Verbesserung. Künftig darf der Abstand zwischen zwei Prüfungen höchstens ein Jahr betragen. Diese Regelung gilt allerdings erst ab 2011. In der Übergangsphase bis zum Jahresende 2010 werden die Pflegekassen aber verpflichtet, jede zugelassene Einrichtung mindestens einmal zu prüfen. Außerdem rückt die Pflegereform die pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt der Prüfungen. Künftig wird die „Ergebnisqualität“ im Vordergrund

stehen. Bei den Prüfungen soll darauf geschaut werden:

- Wie ist der tatsächliche Pflegezustand der Pflegebedürftigen?
- Wirken die eingeleiteten Pflege-Maßnahmen, und sind sie ausreichend?
- Wie zufrieden sind die Pflegebedürftigen selbst mit der Einrichtung?



Die Qualitätsprüfungen finden in der Regel durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) statt – alternativ kann auch eine andere sachverständige Person beauftragt werden.

Künftig können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sicher sein, dass die Qualitätsprüfungen kein „zahnloser Tiger“ sind und sie wirklich Auswirkungen auf die Pflegesituation haben. Denn der Medizinische Dienst muss die Pflegeeinrichtungen nicht nur prüfen, sondern nach der Prüfung auch beraten, wie Mängel behoben werden können. Werden die Mängel nicht oder nicht ausreichend behoben, können die Pflegekassen seit der Pflegereform ihre Verträge mit den Einrichtungen wesentlich einfacher kündigen als früher.



Transparenz – Informationen, um gute von schlechter Pflege zu unterscheiden

Die beste Qualitätsprüfung nutzt wenig, wenn die Betroffenen, also die pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen, nicht erfahren, wie die Ergebnisse lauten.

Die Pflegekassen (Krankenkassen) sind jetzt verpflichtet, Informationen über die erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie die bewertete Qualität dieser Leistungen kostenfrei und leicht



zugänglich – und in leicht verständlicher Form – zu veröffentlichen, zum Beispiel im Internet. Auf den Internetseiten des Landesverbands ihrer Pflegekasse können Sie sich so in Zukunft selbst eine erste Übersicht zu Pflegeeinrichtungen in Ihrer Umgebung verschaffen. Wer keinen Internetzugang hat, erhält diese Info auch bei den Geschäftsstellen seiner Pflegekasse.



Bis Ende 2008 soll ein allgemein verständliches **Bewertungssystem** für die Qualität von Pflegeeinrichtungen entwickelt werden. Dieses System soll auch eine Art von „Qualitäts-Kennzeichnung“ bekommen. Derzeit wird über eine Ampel-Kennzeichnung (grün für gute, gelb für durchschnittliche und rot für schlechte Qualität) oder ein Sterne-System (ähnlich dem für Hotels) nachgedacht. Pflegeeinrichtungen müssen dann gut sichtbar – zum Beispiel im Eingangsbereich des Pflegeheims – einen Aushang machen: mit dem Datum der letzten Prüfung des Medizinischen Dienstes, einer Einordnung der Prüfergebnisse in das Bewertungssystem (z.B. „Vier Sterne“ oder ein grünes Ampelzeichen) sowie einer Zusammenfassung der Prüfergebnisse.

Private Pflegeversicherung

Gelten die verbesserten Leistungen auch für privat Versicherte?

In der Regel: ja. Denn wie in der Kranken- gilt auch bei der Pflegeversicherung: Die Leistungen privater Versicherungsunternehmen müssen denen der gesetzlichen Kassen entsprechen – dürfen also nicht schlechter sein.

Die Beitragssätze zur privaten Pflegeversicherung dürfen die der sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen – dürfen also beim „regulären“ Beitragssatz höchstens 1,95% des Bruttomonatsgehalts betragen (→ S. 12).

Habe ich als privat Versicherter Anspruch auf Pflegeberatung?

Ja. Im Gesetzestext heißt es:

„Es wird gegenüber den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen ein einklagbarer Individualanspruch auf Pflegeberatung geschaffen.“



Ab dem 1. Januar 2009 gilt auch für privat versicherte Pflegebedürftige: Beratung ist ihr Recht. In Bundesländern mit Pflegestützpunkten (→ S. 14) können sie diese aufsuchen – selbst wenn sich ihr privater Versicherer nicht an der Finanzierung der Stützpunkte beteiligt. In Bundesländern ohne Pflegestützpunkte können privat Versicherte PflegeberaterInnen in Anspruch nehmen – ihre Versicherungsunternehmen müssen mit den Pflegekassen Vereinbarungen treffen, wie ihre privat Versicherten den Service der BeraterInnen der Pflegekassen nutzen können.

Was ist sonst noch neu für privat Versicherte?

Ab sofort besteht eine Garantie für privat Versicherte, dass Altersrückstellungen, die im Bereich der privaten Pflegeversicherung pro Versicherten gebildet werden, bei einem Versicherungswechsel zu einem anderen Anbieter mitgenommen werden können („Portabilität der Altersrückstellungen“).

Auch nach der Pflegereform gibt es keinen Finanzausgleich zwischen der sozialen (gesetzlichen) und der privaten Pflegeversicherung.

An einigen zusätzlichen Leistungen und Qualitätsverbesserungen der Pflegereform, die für alle Versicherten gelten, beteiligen sich aber auch die privaten Versicherungsunternehmen finanziell. So sollen sie sich an der Finanzierung der geplanten Pflegestützpunkte beteiligen (→ S. 14). Auch an den Kosten der verbesserten Qualitätsprüfungen und der Entwicklung von Expertenstandards werden die privaten Versicherungsunternehmen beteiligt.

Was ändert sich für BeamtInnen?

Leistungen des Pflegebereichs, die nicht von der Beamten-Beihilfe abgedeckt werden, mussten BeamtInnen bereits vor der Pflegereform privat absichern. Nach der Pflegereform werden auch die entsprechenden Beihilfavorschriften angepasst. Beamtinnen und Beamte sind von der neu eingeführten Pflegezeit ausgenommen – denn für sie gibt es bereits nach Beamtenrecht die Möglichkeit, eine 12-jährige Auszeit zur Pflege eines Angehörigen zu nehmen. Für kurzfristige Arbeitsverhinderungen und entsprechende kurzfristige Freistellungen bei Eintritt eines Pflegefalls eines Verwandten gibt es für BeamtInnen allerdings keine ausdrücklichen Regelungen.

Weitere Änderungen

Ortsübliche Entgelte für die Pflegekräfte

Sie arbeiten viel, hart und müssen gegenüber den Pflegebedürftigen einer ganz besonderen Verantwortung gerecht werden: die Pflegekräfte in professionellen Pflegeeinrichtungen. Für ihre Arbeitsleistung sollten sie deshalb auch angemessen bezahlt werden. Mit der Pflegereform wurde festgelegt, dass Pflegekräften die „ortsüblichen Entgelte“ gezahlt werden müssen. Verstößt eine Einrichtung dagegen, kann ihr die Zulassung entzogen, bzw. gar nicht erst erteilt werden.

Zusatzversicherungen

Was seit der letzten Gesundheitsreform schon bei der Krankenversicherung möglich ist, wird mit der Pflegereform jetzt auch für die Pflegeversicherung realisiert: Zusatzversicherungen.

Die gesetzlichen Pflegekassen (Krankenkassen) können diese privaten Zusatzversicherungen an ihre Versicherten vermitteln. Voraussichtlich werden die Kassen dafür – ähnlich wie bei der Krankenversicherung (etwa Brillen- oder Zahnzusatzversicherungen) – günstigere Gruppentarife bei privaten Versicherungsunternehmen aushandeln. Die Leistungen der Zusatzversicherungen gehen über die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung hinaus. Ob eine oder mehrere Zusatzversicherungen sinnvoll sind, lässt sich nur individuell entscheiden.



Heimärzte

Die Pflegereform soll auch die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen verbessern und so gestalten, dass schneller auf Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingegangen werden kann. Deshalb bekommen die Pflegeeinrichtungen jetzt das Recht, eigene Ärzte fest angestellt zu beschäftigen, die mit den niedergelassenen Ärzten der Pflegebedürftigen kooperieren.



Die freie Arztwahl bleibt natürlich erhalten – selbst wenn Ihre Pflegeeinrichtung künftig über eigene Ärzte verfügt. Informieren Sie sich trotzdem über die Fachgebiete und Kompetenzen der Ärzte im Pflegeheim. In speziellen oder akuten Fällen kann die Behandlung durch die Ärzte „vor Ort“ sinnvoll sein.

Kurzzeitpflege von Kindern: Muss mein pflegebedürftiges Kind ins „Altenheim“?

Nein. Neu eingeführt wurde ein spezieller Anspruch auf Kurzzeitpflege (→ S. 27) für pflegebedürftige Kinder. Pflegebedürftige – auch Kinder – konnten Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung bisher nur in dafür zugelassenen Einrichtungen in Anspruch nehmen. Das waren in der Regel allerdings Einrichtungen der Altenpflege. Mit der Pflegereform können Kinder jetzt auch in anderen Einrichtungen, z. B. in Kinderheimen, betreut werden, die besser auf ihre altersbedingten Bedürfnisse ausgerichtet sind.

Gibt es einen Anspruch auf eine Pflegekraft des eigenen Geschlechts?

Ja und nein. Die Pflegereform formuliert immerhin die Absicht, einem solchen Wunsch Pflegebedürftiger in stationären Einrichtungen nachzukommen.

Im Gesetz heißt es:

„Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.“



Aber eben nur „nach Möglichkeit“. Der Gesetzgeber war der Ansicht, dass die Formulierung eines eindeutigen Rechtsanspruches aufgrund der Struktur des Pflegepersonals (überwiegend weibliche Beschäftigte) nicht realisierbar gewesen wäre.

Wenden Sie sich mit einem Anliegen nach gleichgeschlechtlicher Pflege trotzdem an die Pflegeeinrichtung. Immerhin fordert der Gesetzestext dazu auf, nach einer Möglichkeit zu suchen – und vielleicht lässt sich diese mit einigem „Nachhaken“ ja auch tatsächlich finden. Im Bereich der ambulanten Pflege können Sie außerdem über eine Ihren Ansprüchen gerecht werdende Einzelpflegekraft nachdenken.



Widerspruch

Was tun, wenn der Antrag abgelehnt wird oder die Eingruppierung zu niedrig scheint?

Eine der wichtigsten Fragen bei Eintritt eines Pflegefalls entscheidet sich gleich zu Beginn. Der Antrag auf Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit wird gestellt und damit die Eingruppierung in eine der Pflegestufen beantragt. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) besucht die oder den Pflegebedürftigen, erstellt ein Gutachten und leitet es an die Pflegekasse weiter.

Dieser Besuch will gut vorbereitet sein, wenn möglich sollte vor Antragstellung in einem Pfl egetagebuch (bei einigen Pflegekassen erhältlich) genau festgehalten werden, welche Hilfen in welcher Häufigkeit und mit welchem Zeitaufwand erforderlich sind. Mancherorts können auch gerichtlich zugelassene PflegeberaterInnen helfen.

Was tun, wenn der Antrag abgelehnt wird oder die Eingruppierung in eine der Pflegestufen zu niedrig erscheint? Widerspruch einlegen, aber wie? Wer unterstützt mich, wenn ich mit der Entscheidung der Kasse nicht einverstanden bin?

Infos und Rechtsberatung

Grundsätzlich ist es erstmal gut, sich zu informieren. Hilfestellung bieten zum Beispiel die Internetportale von Selbsthilfegruppen. Sozialverbände (www.sozialverband.de und www.vdk.de) und Volkssolidarität (www.volkssolidaritaet.de) geben ebenfalls Rechtstipps.

Auch die Gewerkschaften bieten Rechtsberatung. Wenden Sie sich dazu am besten an Ihre Gewerkschaft vor Ort (→ Kontakt siehe Seite 48). Für Mitglieder der DGB-Gewerkschaften gibt es den gewerkschaftlichen Rechtsschutz, der auch bei Auseinandersetzungen mit der Kasse einspringt (www.dgbrechtsschutz.de).

Widerspruch einlegen

Wenn Sie mit einer Entscheidung ihrer Kasse nicht einverstanden sind, können Sie Widerspruch einlegen. Das muss innerhalb eines Monats ab Erhalt des Bescheids geschehen, weil der sonst rechtskräftig wird.

Der Widerspruch

- kostet Sie nichts außer der Briefmarke, es entstehen keine Verfahrenskosten.
- kann formlos schriftlich gestellt werden.
- muss zunächst keine Begründung enthalten (kann nachgereicht werden).
- kann auch mündlich bei der Kasse erklärt werden, die Ihren Widerspruch dann schriftlich aufnimmt.

Was heißt formlos?

Ein formloser Brief könnte so aussehen:

Hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihren Bescheid (Aktenzeichen Nr.) vom (Datum), bei mir eingegangen am (Datum), ein.

Eine Begründung dieses Widerspruchs erfolgt gesondert.

Senden Sie mir bitte eine Kopie des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen.

Unterschrift

Die Entscheidung über den Widerspruch

Auch darüber, wie über Ihren Widerspruch entschieden wurde, erhalten Sie einen schriftlichen Bescheid. Ist der wiederum negativ oder die Pflegestufe nicht erhöht, bleibt der Weg zum Sozialgericht. Welches Sozialgericht in Ihrer Nähe zuständig ist, erfahren Sie im Internet unter www.sozialgerichtsbarkeit.de

Wichtig! Falls Sie das Sozialgericht anrufen wollen, müssen Sie das innerhalb eines Monats nach Erhalt der Ablehnung tun. Das Sozialgericht ist außerdem zuständig, wenn über ihren ursprünglichen Antrag oder über den Widerspruch nicht schnell genug entschieden wird.

In diesen Fällen können Sie eine Untätigkeitsklage einreichen. Gerichtskosten werden beim Sozialgericht nicht fällig. Klage zu erheben ist auch möglich, ohne einen Rechtsanwalt zu beauftragen. Für Gewerkschaftsmitglieder tritt der Rechtsschutz ein. Wenden Sie sich für Fragen dazu an Ihre Gewerkschaft vor Ort.



Das Plus der Selbstverwaltung

AnsprechpartnerInnen für die Belange der Versicherten sind vor allem die VertreterInnen der Gewerkschaften in der Selbstverwaltung der Kassen. Sie wirken ehrenamtlich in den Verwaltungsräten. Infos zu den gewerkschaftlichen VertreterInnen im Verwaltungsrat Ihrer Kasse erhalten Sie über Ihre Gewerkschaft oder den DGB.

Perspektiven

Finanzielle Lasten auf alle verteilen

Nach der Reform ist vor der Reform: Schon jetzt ist klar, dass der Bundesregierung mit der Pflegereform 2008 nicht der große Wurf gelungen ist – trotz zahlreicher begrüßenswerter Verbesserungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Vor allem hat sie versäumt, die Weichen für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung der Pflege zu stellen. Denn eines ist klar: In einer alternden Gesellschaft wird der Finanzbedarf der Pflegeversicherung wachsen. Bis 2050, so eine Studie der Sozialforschungsstelle Dortmund, wird die Zahl der Pflegebedürftigen von heute zwei Millionen auf 3,4 Millionen steigen.

Der beste Weg, die Finanzierbarkeit auf Dauer zu sichern, ist, die Einkommensstarken stärker zur Finanzierung heranzuziehen.

- Aus Sicht der Gewerkschaften muss das schleunigst nachgeholt werden – mit dem Ziel: **eine gesetzliche Pflegeversicherung für alle**. Denn: Privatversicherte haben ein um zwei Drittel geringeres Pflegerisiko als gesetzlich Versicherte. Ihre Prämien sind wesentlich niedriger, die privaten Pflegeversicherungen konnten Rücklagen in Milliardenhöhe bilden. **Ein Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung könnte ein erster Schritt sein.**
- Der geltende **Pflegebedürftigkeitsbegriff** ist unvollständig. Viele Hilfe- und Betreuungsbedürftige, insbesondere Demenzpatienten, fallen derzeit aus dem

Raster und erhalten keine bzw. nur ausnahmsweise Leistungen der Pflegeversicherung. Die erforderlichen Veränderungen sollen bis zum November 2008 von einem Beirat beim Bundesgesundheitsministerium vorgelegt werden. Wir erwarten, dass sie umgehend zum Nutzen der Versicherten umgesetzt werden.

• Die **Einführung einer Pflegezeit** ist ein Schritt in die richtige Richtung. Doch auch hier muss nachgebessert werden, damit die Pflegezeit für die überwiegend weiblichen Pflegenden nicht zur Pflegefalle wird. Es ist begrüßenswert, dass Beschäftigte beim Eintreten eines Pflege-Notfalls nun kurzfristig eine Auszeit nehmen können. Doch wer kann sich zehn Tage Verdienstaufschlag leisten? Die Gewerkschaften fordern deshalb, dass in solchen Fällen das Entgelt weiter gezahlt wird. Häufig bedarf ein/e Pflegebedürftige/r über Jahre hinweg Betreuung. Damit der/die Pflegenden in dieser Zeit nicht ins berufliche Ausgerät, muss für die gesamte Pflegedauer ein **Rechtsanspruch auf Arbeitszeitreduzierung** geschaffen werden.

Pflege-Charta

Was zu einer menschenwürdigen Pflege gehört, hat der „Runde Tisch Pflege“, den das Bundesfamilien- und das Bundesgesundheitsministerium eingerichtet haben, in einer „Charta für hilfe- und pflegebedürftige Menschen“ beschrieben.

Artikel 1 **Menschenwürde und Selbstbestimmung**
Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch, auch der rechtlich Betreute, hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe

und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

Artikel 2 **Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren von Leib und Leben geschützt zu werden.

Artikel 3 **Pflege, Betreuung und Behandlung**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, dass ihm die Pflege, Betreuung

und Behandlung zukommt, die seinem Bedarf entspricht und seine Fähigkeiten fördert.

Artikel 6 **Kommunikation, Persönliche Zuwendung und Teilhabe an der Gesellschaft**

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die gesamte Charta im Internet unter: www.pflege-charta.de

A	Ambulante Pflege..... 10, 13ff, 17, 25ff, 29f, 33, 41 Anträge 9, 16, 23f, 26, 42f Anzeigepflicht 17, 19ff Ausbildung..... 18, 22	I	Inkontinenz..... 33	Q	Qualitätsprüfungen 34f, 38
B	Baden-Württemberg..... 15 BeamtenInnen 38 Bedürftigkeitsbegriff 45 Behinderung (Menschen mit...) 19, 40 Beitragsätze..... 11f Beratung..... 7, 9, 14ff, 37, 42 Berlin 15 Bescheid siehe „Entscheid“ Bewertungssystem (für Pflegequalität) 36 Bundeswehr 11	K	Kombination von Leistungen.... 29ff Kommunen 15 Kurzzeitige Freistellung 6, 17, 19, 22 Kurzzeitpflege 10, 27, 30, 40	R	RentnerInnen 11f Rheinland-Pfalz..... 15
D	Demenz 28f, 34, 45 Dynamisierung 24	L	Lebenspartnerschaften 9, 18 Leistungs-Pool 13f	S	Sachsen 11 Schmerzmanagement 33 Selbsthilfe(-gruppen) 16, 28, 30, 42 Selbstverwaltung..... 44 Soziale Pflegeversicherung für alle 45f Stationäre Pflege..... 10, 17, 24, 27, 28, 30, 33ff, 40 Studierende..... 11
E	Entlassungsmanagement..... 33 Entscheid 9, 23, 42f Ergebnisqualität 34f Expertenstandards..... 33ff, 38	M	Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) 9, 23f, 35f, 42f	T	Tages- und Nachtpflege.. 9, 30f
F	Finanzausgleich..... 38, 45	N	Nachtpflege siehe „Tages- und Nachtpflege“ Nachweispflicht..... 19ff	V	Verhinderungspflege 26 Versicherungsschutz (Sozialversicherung)..... 22
G	Gutachten..... 23, 42f	P	PflegeberaterInnen 9f, 13ff, 37f, 42 Pflegedienst 16, 25, 29 Pflegegeld... 9f, 13, 22, 25, 30f „Pflegestufe 0“ 28 Pflegestufen 9, 19, 22, 24, 28f, 42ff Pflegestützpunkte 10, 13ff, 37f Pflegetagebuch 42 Pflegeweiterentwicklungsgesetz 7, 10 Pflegezeit 6, 13, 17ff, 24, 38 Private Pflegeversicherung 8, 15f, 37ff, 45 Psychische Erkrankungen... 7, 9	W	Widerspruch..... 42f Wohngemeinschaften..... 13f Wundliegen 33
H	Häusliche Pflegehilfe 13, 25, 30f Heimärzte 40	Z	Zusatzversicherungen 39 Zuschüsse 7, 10, 16		

Infos zu Ihren Ansprüchen in Sachen Pflege und zu den Veränderungen durch die Pflegereform erhalten Sie bei Ihrer Pflege- bzw. Krankenkasse. Weitere Info-Quellen auf den folgenden Seiten.

Mit Rat und Unterstützung stehen den Versicherten die VersichertenvertreterInnen der gesetzlichen Krankenkassen zur Seite. Kontakt über Ihre Krankenkasse oder die Gewerkschaften.

Außerdem im Serviceteil: Kontaktadressen von Organisationen und Verbänden, die sich für die Belange von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einsetzen.

Weitere Serviceangebote finden sich im Textteil der Broschüre.

Bei den Kontaktadressen sind jeweils nur die Bundeszentralen angegeben. Infos zu örtlichen Büros gibt's im Internet.

Bundesregierung

Infos der Bundesregierung zur Pflegeversicherung/-reform

www.bmg.bund.de
Themenschwerpunkt: Pflege
Bürgertelefon zur Pflegeversicherung
01805 / 99 66 03
(Kosten: 14 Cent pro Minute)

Gewerkschaften

DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund
Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin
Telefon: 030 / 24060 - 0
E-Mail: info.bvv@dgb.de
www.dgb.de

IG BAU – IG Bauen-Agrar-Umwelt
Olof-Palme-Straße 19
60439 Frankfurt am Main
Telefon: 069 / 9 57 37 - 0
E-Mail: service-center@igbau.de
www.igbau.de

IG BCE – IG Bergbau, Chemie, Energie
Königswohrter Platz 6
30167 Hannover
Telefon: 0511 / 7631 - 0
E-Mail: info@igbce.de
www.igbce.de

GEW – Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
Reifenberger Str. 21
60489 Frankfurt a.M.
Telefon: 069 / 78973 - 0
Telefax: 069 / 78973 - 201
E-Mail: info@gew.de
www.gew.de

IG Metall
Wilhelm-Leuschner-Str. 79
60329 Frankfurt a.M.
Telefon: 069 / 6693 - 0
E-Mail: vorstand@igmetall.de
www.igmetall.de

**NGG – Gewerkschaft Nah-
rung-Genuss-Gaststätten**
Haubachstr. 76
22765 Hamburg
Telefon: 040 / 380 13 - 0
E-Mail: hauptverwaltung@
ngg.net
www.ngg.net

**GdP – Gewerkschaft der
Polizei**
Stromstraße 4
10555 Berlin
Telefon: 030 / 39 99 21 - 0
E-Mail: gdp-bund-berlin@
gdp-online.de
www.gdp.de

TRANSNET
Weilburger Straße 24
60326 Frankfurt/Main
Telefon: 069 / 7536 - 0
E-Mail: presse@transnet.org
www.transnet.org

**ver.di – Vereinte Dienstlei-
stungsgewerkschaft**
Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin
Telefon: 030 / 69 56 - 0
Telefax: 030 / 69 56 - 41 41
E-Mail: info@verdi.de
http://gesundheitspolitik.verdi.
de/pflege
www.verdi.de

DGB Rechtsschutz GmbH
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
www.dgbrechtsschutz.de

Verbände und Organisationen

**Bundesarbeitsgemeinschaft
SELBSTHILFE von Menschen
mit Behinderung und
chronischer Erkrankung und
ihren Angehörigen e.V. (BAG
SELBSTHILFE)**
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 31006 - 0
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
der Senioren-Organisati-
onen (BAGSO) e.V.**
Bonngasse 10, 53111 Bonn
Telefon: 0228 / 249993 - 0
E-Mail: kontakt@bagso.de
www.bagso.de

**Bundesinteressenvertre-
tung der Nutzerinnen und
Nutzer von Wohn- und
Betreuungsangeboten im
Alter und bei Behinderung
(BIVA) e.V.**
Vorgebirgsstr. 1
53913 Swisttal
Telefon: 02254 / 7045
E-Mail: info@biva.de
www.biva.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (BAR)**
Walter-Kollb-Straße 9-11
60594 Frankfurt am Main
Telefon: 069 / 60 50 18-0
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
www.bar-frankfurt.de

**Deutsche Arbeitsgemein-
schaft Selbsthilfegruppen
e.V. (DAG SHG)**
Friedrichstrasse 28
35392 Gießen
Telefon: 0641 / 99 456 12
E-Mail: dagshg@gmx.de
www.dag-selbsthilfegruppen.de

**Interessenvertretung
Selbstbestimmte Leben in
Deutschland e.V.**
Hermann-Pistor-Str. 1
07745 Jena
Telefon: 03641 / 23 47 95
E-Mail: info@isl-ev.de
www.isl-ev.de

**Kuratorium Deutsche
Altershilfe (KDA)**
An der Pauluskirche 3
50677 Köln
Telefon: 0221/931847-0
E-Mail: info@kda.de
www.hilfe-und-pflege-im-alter.de
www.kda.de

**Paritätischer Wohlfahrtsver-
band (DPWW)**
Oranienburger Straße 13-14
10178 Berlin
Telefon: 030 / 24636 - 0
E-Mail: info@paritaet.org
www.der-paritaetische.de

**Sozialverband Deutschland
e.V. (SoVD)**
Stralauer Str. 63, 10179 Berlin
Telefon: 030 / 72 62 22 - 0
E-Mail: contact@sozialver-
band.de
www.sovd.de

**Sozialverband VdK
Deutschland e.V.**
Wurzerstraße 4 a
53175 Bonn
Telefon: 02 28 / 8 20 93-0
E-Mail: kontakt@vdk.de
www.vdk.de

**Volksolidarität Bundesver-
band e.V.**
Alte Schönhauser Straße 16
10119 Berlin-Mitte
Telefon: 030 / 27 89 70
E-Mail: info@volksverband@
volksolidaritaet.de
www.volksolidaritaet.de

**Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V. – vzbv**
Markgrafenstraße 66
10969 Berlin
Telefon: 030 / 25 800 - 0
E-Mail: info@vzbv.de
www.vzbv.de

**Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung**
www.mdk.de

Aktuelle Veröffentlichung des DGB zum Thema Pflegezeit:

Vereinbarkeit von Beruf und
Pflege – ein Handlungsfeld für
Betriebs- und Personalräte
Bestellungen unter: www.dgb-
bestellservice.de

Bitte
freimachen

**DGB
Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Jörg-Peter Ludwig
Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin**

Antrag auf Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft des Deutschen Gewerkschaftsbundes

DGB

Der Mitgliedsbeitrag beträgt ein Prozent des Bruttoeinkommens.
Stark vergünstigte Beiträge gibt es für Studierende, Arbeitslose und Rentner.

Weitere Infos unter: www.dgb.de/service/mitglied_werden

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
PLZ/Wohnort	Geburtsdatum
Nationalität	Geschlecht
Telefon	E-Mail
Beschäftigung bei	Beruf
Beruflicher Status <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Monatl. Bruttoeinkommen	
Geldinstitut	
Konto-Nr.	Bankleitzahl
Datum	Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben einschließlich eventueller Änderungen und Ergänzungen zur Erledigung aller im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft stehenden Aufgaben, insbesondere der Mitgliederbestandsverwaltung, der Mitgliederinformation sowie des Beitragsabzugs im erforderlichen Umfang – auch durch Datenträgeraustausch – mit Hilfe von Computern (automatisiert) verarbeitet und genutzt werden können.

Ich bevollmächtige die Gewerkschaft _____ meinen satzungsgemäßen Beitrag bei Fälligkeit von meinem angegebenen Konto per Lastschrift abzubuchen. Sollte mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Einlösungsverpflichtung. Die vorstehende Einverständniserklärung sowie die Lastschriftbevollmächtigung kann ich nur gegenüber der oben genannten Gewerkschaft widerrufen.

Ausfüllen, unterschreiben und an den DGB-Bundesvorstand, Jörg-Peter Ludwig, Henriette-Herz-Platz 2, 10178 Berlin einsenden.



DGB

