

Oftmals reicht die Rente nicht aus, um die notwendigen Kosten für die Pflege zu finanzieren, Vermögen ist schnell aufgebraucht. Angehörige, die diese Aufgaben übernehmen, fehlen häufig oder sind aus verschiedensten Gründen nicht in der Lage die oftmals umfangreiche Pflege durchzuführen.

Wer hilft bei der Finanzierung?

Wir kennen für die Finanzierung in unserem Sozialleistungssystem zwei Leistungsgrundlagen, die in der Pflege die Finanzierung absichern.

- Die Pflegeversicherung
- Und die Sozialhilfe, die dann ins Spiel kommt, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen.

Die Pflegeversicherung, 1995 eingeführt, 2008 reformiert, ist eine Versicherungsleistung. D.h. alle Menschen, die in die Pflegekasse eingezahlt haben, erhalten Leistungen, wenn die Voraussetzungen vorliegen. Eine wesentliche Voraussetzung ist die der Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung liegt vor, wenn diese erheblich ist, d.h. mehr als 1,5 Stunden Pflege am Tag benötigt wird. Diese Zeitangaben beziehen sich auf die Grundpflege, also die Pflege an der Person wie Waschen, An- und Auskleiden und auf die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, wie Einkauf, Reinigung der Wohnung. Die Feststellung trifft die Pflegekasse, die sich eines Gutachtens vom MdK bedient. In diesem Gutachten ist minutiös der Pflegebedarf festgestellt.

Ziel der Pflegeversicherung ist durch Aktivierung Kompetenzen zu erhalten bzw. zu reaktivieren und einen Verbleib – soweit wie möglich - im ambulanten System zu ermöglichen.

Für die ambulante Pflege besteht eine Wahlmöglichkeit, ob die Pflege selbst organisiert werden soll oder ein Pflegedienst eingesetzt wird.

Für die selbst organisierte Pflege gibt es das Pflegegeld (z.Zt. für Pflegestufe I beträgt 235€). D.h. wenn sich der pflegebedürftige Mensch für diese Leistung entscheidet, muss er von diesem Pflegegeld die Pflege selbst organisieren.

Bei den Pflegesachleistungen beträgt für Pflegestufe I die Sachleistung 450€, d.h. bis zu dieser Höhe finanziert die Pflegekasse einen Pflegedienst

Bei der stationären Pflege wird in der Pflegekasse I die Pflegeeinrichtung mit 1.023€ im Monat finanziert.

Für dementiell erkrankte Menschen ist durch mit Wirkung zum 01.07.2008 eingeführte Pflegereform die Leistung der Pflegeversicherung erheblich ausgeweitet worden.

Die Pflegekasse stellt fest, ob der pflegebedürftige Mensch zu dem Personenkreis gehört. Personenkreis: Personen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen. Dazu gehört z.B. Weglauftendenzen, Verkennen oder verursachen gefährdender Situationen, unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen, Störung des Tag- Nacht-Rhythmus oder Probleme bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen.

Für diese Menschen sieht das SGB XI Leistungen in Höhe von vor:

- 100€ oder 200€ im Monat
- Bei Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege verbleibt ein Teil für die ambulante Versorgung.

Und diese Leistungen können auch in Anspruch genommen werden, wenn keine erhebliche Pflegebedürftigkeit vorliegt, sondern nur im geringen Umfang, aber Betreuung wegen der Erkrankung erforderlich ist.

Das sind einige Beispiele welche Leistungen die Pflegekasse erbringt. Zum Teil sind diese aber nicht ausreichend. In diesem Sinne ist die Pflegeversicherung nur eine Teilkasko-Versicherung.

Z.B. bei den Kosten für eine Pflegeeinrichtung:

Die Pflegeeinrichtung kostet 2.500€, die Pflegekasse leistet 1.023€ bei Pflegestufe I verbleiben immer noch 1.477€, die dann von der Rente aufzubringen sind.

Oder bei der ambulanten Pflege: ein Pflegedienst kommt täglich morgens und abends zur Körperpflege, dieses kostet im Monat 860€, die Pflegekasse leistet 450€, verbleiben 410€.

Die Pflegeversicherung ist eine Leistung, die unabhängig ist vom Einkommen und Vermögen.

Viele können diese Kosten aus ihrer Rente nicht bezahlen. Dann kommt die Sozialhilfe ins Spiel.

Die Sozialhilfe ist im Gegensatz zur Pflegeversicherung eine Sozialleistung, die erst bei Bedürftigkeit leistet. Wenn der Pflegebedarf aus der Rente nicht bezahlt werden kann, wenn kein Vermögen vorhanden ist. Die Sozialhilfe stellt dann aber den gesamten Bedarf sicher. Sie kennt keine Deckelung, sondern orientiert sich daran was angemessen und notwendig ist, um eine aktivierende Pflege sicher zu stellen. Dabei gilt der Grundsatz, unabhängig von der Höhe der Kosten, ambulant vor stationär. Der Verbleib in der Häuslichkeit ist ein sozialpolitisches Ziel und wird finanziell durch unterschiedliche Versorgungssysteme unterstützt. Ob durch einen Pflegedienst, die Dienstleistungszentren der Wohlfahrtsverbände oder aber teilstationär in Form einer Tages- und Nachtpflege der Verbleib in der Häuslichkeit ermöglicht wird, ist abhängig von vielen individuellen Faktoren. Dies wird dann im Einzelfall besprochen. Dies gilt auch für dementiell erkrankte Menschen. Auch in der Sozialhilfe zählen Betreuungsleistungen zum Leistungsumfang, wenn diese trotz den Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend sind.

Die Sozialhilfe ist abhängig vom Einkommen und Vermögen. Auch das wird individuell berechnet und kann nicht pauschal genannt werden.

Häufig gestellte Fragen sind:

- ist die der Unterhaltspflicht von Kindern: bei ambulanten Leistungen wird in Bremen keine Unterhaltsfähigkeit der Kinder überprüft, bei stationären Leistungen gilt dies nicht. Hier werden die Kinder im Rahmen einer gesetzlichen Unterhaltsverpflichtung herangezogen,
- ist des Vermögenseinsatzes bei Hausgrundbesitz: grundsätzlich gilt ein kleines Hausgrundstück als geschützt, d.h. es stellt kein Vermögen dar. In der Bewertung ist dies vom Einzelfall abhängig.

Die Sozialhilfe ist eine Einzelfallhilfe, die vom Bedarf und vom Einsatz eigenen Einkommens und Vermögens individuell gestaltet wird.

Wenn die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichend sind:  
Melden sie sich im zuständigen Sozialzentrum. Die Sozialdienste vereinbaren in der Regel einen Termin in der Häuslichkeit, beraten über mögliche Hilfestellungen und Unterstützungen und geben Antragshilfen auch die zur Finanzierung.