



# Glossar

## Pflegestufen – nun auch wichtig in der zahnmedizinischen Versorgung

### Gesetzliche Grundlage

Gesetzliche Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der sog. Begriff der Pflegebedürftigkeit, definiert in § 14 SGB XI. Danach ist pflegebedürftig, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen, regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens 6 Monate erheblicher Hilfe bedarf. Diese Verrichtungen erstrecken sich auf die Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren und die Darm- oder Blasenentleerung), auf den Bereich der Ernährung (mundgerechtes Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung), auf den Bereich der Mobilität (Aufstehen, Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung) sowie auf die hauswirtschaftliche Versorgung (Einkaufen, Kochen, Putzen, Wäschewechsel, Beheizen der Wohnung etc.).

### Voraussetzungen für Pflegestufen

#### Pflegestufe 0

Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, z. B. infolge einer demenziellen oder einer psychischen Erkrankung, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, haben mit Inkrafttreten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes im Jahr 2002 einen Anspruch auf einen Betreuungsbetrag. Je nach Schweregrad der Einschränkung beträgt dieser 100 Euro bzw. 200 Euro im Monat. Dieses Geld kann im Wege der Kostenerstattung abgerufen werden und verwendet werden für Aufwendungen im Bereich der Tagespflege, der Kurzzeitpflege, für Betreuungsleistungen von Pflegediensten sowie für die Inanspruchnahme niedrig-schwelliger Betreuungsangebote wie z. B. Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012 erhalten Versicherte der Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. Diese Regelung gilt bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das durch Ersetzung des bisher verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführt, welcher die Belange von kognitiv beeinträchtigten Menschen systematisch berücksichtigt.

#### Pflegestufe I – Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn mindestens einmal täglich ein Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) erforderlich ist. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

#### Pflegestufe II – Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten ein Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) erforderlich ist. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

### **Pflegestufe III – Schwerstpflegebedürftigkeit**

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf bei der Grundpflege so groß ist, dass er Tag und Nacht anfällt. Zusätzlich muss die pflegebedürftige Person mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung oder Mobilität) mindestens vier Stunden entfallen müssen.

### **Wer legt die Pflegestufe fest? (Einspruchsrecht gegen die Einstufung)**

#### **Für sozialversicherte Menschen:**

Die Pflegestufe wird von der Pflegekasse festgelegt. Grundlage ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Der Gutachter des MDK stellt im Rahmen seiner Untersuchung des Antrag stellenden Versicherten fest, ob Einschränkungen bei den o.g. Verrichtungen festzustellen sind. Diese Einschränkungen müssen mindestens für die Dauer von 6 Monaten bestehen; unterhalb dieser Schwelle liegt keine Pflegebedürftigkeit vor. Der MDK erhebt, bei welchen Verrichtungen Hilfebedürftigkeit vorliegt und in welchem Umfang. Darüber hinaus wird untersucht, ob neben den körperlichen Einschränkungen auch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, der z. B. auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist. Des Weiteren erhebt der MDK im Rahmen seiner Untersuchung auch, ob eine medizinische Rehabilitation möglich und sinnvoll ist und gibt eine entsprechende, gesondert zu erstellende Rehabilitationsempfehlung ab. Die Untersuchung erfolgt in der Regel im Wohnbereich des Versicherten. Die Ergebnisse des Gutachtens werden dann vom MDK an die Pflegekasse weitergeleitet. Die Pflegekasse übersendet dem Versicherten schließlich den Bescheid über die Pflegestufe und das Vorlegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz. Der Bescheid muss dem Versicherten spätestens fünf Wochen nach Antragstellung vorliegen. Wird diese Frist nicht eingehalten, muss die Pflegekasse dem Antragsteller 70 Euro pro begonnener Woche der Fristüberschreitung bezahlen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung, ist die Begutachtung binnen einer Woche nach Eingang des Antrags durchzuführen. Verkürzte Begutachtungsfristen greifen ebenfalls, wenn sich der Antragssteller im Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird oder wenn Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit beantragt wurde. Mit der jüngsten Pflegereform, dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurde zudem festgelegt, dass der MDK neben seinen eigenen Gutachtern auch unabhängige Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit beauftragen kann. Er ist sogar dazu verpflichtet, wenn er selbst nicht binnen vier Wochen die Begutachtung durchführt. Mit demselben Gesetz wurde auch bestimmt, dass der Antragsteller künftig das Gutachten einschließlich der gesondert abzugebenden Rehabilitationsempfehlung übermittelt bekommt, es sei denn, er bekundet bei der Begutachtung, dass er von diesem Recht keinen Gebrauch machen will.

Gegen den Bescheid kann der Antragsteller innerhalb von vier Wochen formlos Widerspruch einlegen; ist die Rechtsmittelbelehrung nicht beigelegt verlängert sich diese Frist sogar auf 1 Jahr. Bei Widerspruch muss die Pflegekasse das Gutachten erneut prüfen und ggf. einen Zweitgutachter beauftragen.

#### **Für privat versicherte Menschen:**

Die Begutachtung privat Versicherter unterliegt denselben Grundsätzen und erfolgt nach denselben Maßstäben wie bei gesetzlich Versicherten durch die MEDICPROOF GmbH. Diese wird von den privaten Pflegeversicherungen mit der Begutachtung beauftragt.

### Ist die Pflegestufe für einen Zahnmediziner wichtig?

Die Pflegestufe kann bei einem ersten Kontakt dem Zahnarzt einen Hinweis zu dem allgemeinen Befinden und Gesundheitszustand des Patienten geben. Wichtiger als die Pflegestufe ist für den Zahnarzt der Hinweis, dass der Patient in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, z. B. in Folge einer demenziellen Erkrankung. Die Zahnmediziner können bei pflegebedürftigen Menschen, die in eine Pflegestufe eingestuft sind sowie bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mit Pflegestufe 0 und bei Menschen mit einer Behinderung, die Eingliederungshilfe erhalten, seit 1. April 2013 ein verbessertes Wegegeld abrechnen. Voraussetzung ist, dass die Patienten die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit bzw. Behinderung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können. Gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) muss das Vorliegen dieser Voraussetzungen des Patienten vom Zahnarzt nachweisbar sein (z. B. Nachweis der Pflegestufe). Die Bestimmungen der ortsansässigen KZV hierzu sind individuell für eine korrekte Abrechnung nachzufragen bzw. zu beachten.

#### **Dr. Elisabeth Fix**

Deutscher Caritasverband e.V.  
Berliner Büro, Rehabilitation  
Alten- und Gesundheitspolitik  
Reinhardtstr. 13  
10117 Berlin  
Tel.: +49 (0) 30 284447-46  
Fax: +49 (0)30 284447-55  
E-Mail: [elisabeth.fix@caritas.de](mailto:elisabeth.fix@caritas.de)