

Erika Haux

# Erfolge und Probleme bei der Gutachtertätigkeit: Begutachtung von Menschen mit Demenz

*The rising number of persons with dementia calls for an approach to those requiring nursing care which, in view of the evaluation practice according to the general nursing care insurance law (SGB XI), stresses their considerable need for general nursing care. Examples from counselling and assessment demonstrate wide variations in the interpretation of the individual need for nursing care. Even with a strict application of the evaluation guidelines, the nursing time allotted according to §14, section 4 SGB XI does not suffice for a dignified care for people with dementia. The amended nursing care services law (PflEG) requires further elaboration in relation to counselling, instruction, training, and relief of care-giving family members of persons with dementia, in order to both improve the quality of life of dementia patients and to foster the well-being of their caregivers. The person-centred approach by Kitwood offers a new perspective to all professionals involved in nursing and caring for these patients to help maintain the personhood of persons with dementia.*

*Die steigende Zahl von Menschen mit Demenz gibt den Impuls, die Begutachtungspraxis nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) für diese Pflegebedürftigen mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf zu betrachten. Beispiele aus der Beratungs- und Gutachtertätigkeit zeigen, wie stark die Interpretation des individuellen Pflegebedarfs divergiert. Selbst bei exakter Anwendung der Begutachtungsrichtlinien ist die Pflegezeit nach § 14 Abs. 4 SGB XI nicht ausreichend, Menschen mit Demenz mit Würde zu pflegen. Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) ist weiter auszubauen im Sinne von Beratung, Anleitung, Schulung und Entlastung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz, um die Lebensqualität der Demenzkranken zu verbessern und die Gesundheit der Pflegenden zu fördern. Der personenzentrierte Ansatz nach Kidwood gibt allen an der Pflege und Betreuung beteiligten Berufsgruppen eine neue Sichtweise, das Personsein der Menschen mit Demenz zu erhalten.*

## 1. Pflegebedürftigkeit und demographische Entwicklung

Seit Einführung der Pflegeversicherung mit Leistungen ab dem 1.4.1995 ambulant und teilstationär sowie ab 1.7.1996 stationär, stellen wir entsprechend der demographischen Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland ein stetes Ansteigen der Anzahl pflegebedürftiger Menschen im Sinne des SGB XI fest. Waren es 1995 rund 1 Million pflegebedürftige, so stieg die Anzahl bis Ende 2003 auf knapp 2 Millionen, davon wurden rund 610 000 stationär und rund 1,29 Millionen ambulant gepflegt (BMGS 2004 b: 115).

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft geht davon aus, dass derzeit mindestens 935000 demenzkranke Menschen in Deutschland leben. Die Neuerkrankungen werden auf 200.000 pro Jahr geschätzt (vgl. Bickel 2002). 80 bis 85% werden zu Hause gepflegt und betreut, in 70% der Fälle von einer Person. 75% der Pflegenden sind über 50 Jahre alt und 10% davon sind über 75 Jahre alt. Eine Befragung von Pflegepersonen von Demenzkranken ergab, dass Dreiviertel von ihnen sich mittel- bis hochgradig durch die häusliche Pflege belastet fühlen (Tschainer 2001: 53).

## 2. Verbesserung der Pflegesituation demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen

Von den 1,29 Millionen Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich haben rund 400.000 einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf. Auf diesen erhöhten Betreuungsbedarf von demenzkranken, geistig behinderten und psychisch kranken Pflegebedürftigen hat der Gesetzgeber mit der Einführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) mit einem Leistungsanspruch ab 1. Januar 2002 reagiert. Der Anspruch beläuft sich auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr für zweckgebundene qualitätsgesicherte Sachleistungsangebote nach § 45b SGB XI zur Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Dazu zählen folgende Leistungen:

- niedrighschwellige Betreuungsangebote
- besondere Angebote der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Anleitung und Betreuung
- Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege

Werden in einem Jahr die 460 Euro nicht ausgeschöpft, kann der Rest in das Folgejahr übertragen werden (BMGS 2005: 1).

Außerdem wurde das bestehende Beratungsangebot nach § 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI für die Pflegepersonen dieser Personengruppe erhöht auf einen zweiten Beratungsbesuch

- bei Pflegestufe 1 und 2 halbjährlich
- bei Pflegestufe 3 vierteljährlich

Stärker betont wurden auch die Sicherstellung der Pflegequalität und die theoretische Wissensvermittlung und praktische Anleitung der pflegenden Angehörigen im häuslichen Umfeld. Die Pflegekurse für Pflegepersonen nach § 45 SGB XI wurden von einer „Kann“-Vorschrift zu einer „Soll“-Vorschrift geändert (BMGS 2004 b: 25-26).

Das Bundesgesundheitsministerium betont zwar, dass mit Blick auf die demographische Entwicklung die Verbesserung der Pflegesituation von demenzkranken Menschen eine wichtige Zukunftsaufgabe ist und auch die Pflegeversicherung vor eine große Herausforderung stellt, aber aufgrund der bestehenden finanziellen Rahmenbedingungen es nicht möglich war, die Demenzproblematik durchgreifend zu lösen zum Beispiel den viel diskutierten Vorschlag, einen pauschalen Zeitzuschlag von täglich 30

oder 40 Minuten bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit den Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz als Pflegezeit hinzuzurechnen. Dies würde bereits bei einem Zeitzuschlag von 30 Minuten zu Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung von jährlich mindesten 800 Mio. Euro führen und wäre mit einem derzeitigen Beitragssatz von 1,7% nicht finanzierbar (BMGS 2005: 3).

Wie hoch wären die Mehrausgaben erst, wenn die Forderung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Beaufsichtigung und Betreuung als Verrichtungsbegriff in das SGB XI aufzunehmen (Tschainer 2001: 61), realisiert werden würde?

Die rheinland-pfälzische Sozialministerin Malu Dreyer (2005: 4) fordert unter anderem gar, es müsse ein Weg gefunden werden, Menschen mit Demenzerkrankungen auch ohne Pflegestufe den Zugang zu den Leistungen zu ermöglichen.

Eine Arbeitsgruppe des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) entwickelt derzeit ein neues Verfahren zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, bei dem der Betreuungsaufwand demenzkranker Menschen stärker berücksichtigt wird. Auf Nachfrage, ob schon Arbeitsergebnisse vorliegen, wurde dies bestätigt, allerdings stehen diese noch nicht der öffentlichen Diskussion zur Verfügung (Brucker 2005).

Welcher Personenkreis in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist und deshalb Anspruch auf die Leistungen des PflEG hat, wird vom MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) festgestellt.

Dies geschieht bei der Erstbegutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI oder auf Antragstellung bei bereits eingestuften Pflegebedürftigen.

### 3. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Der MDK hat ein Verfahren zur Prüfung der Alltagskompetenz entwickelt, das aus zwei Teilen besteht:

- Screening (Überprüfung) und
- Assessment (Einschätzung, Beurteilung).

Das Screening beinhaltet folgende Kriterien:

- Orientierung
- Antrieb/ Beschäftigung
- Stimmung
- Gedächtnis
- Tag-Nacht-Rhythmus
- Wahrnehmung und Denken
- Kommunikation/Sprache
- Situatives Anpassen
- Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen

Das Screening dient als Filter, um möglicherweise herauszufinden, ob ein außergewöhnlicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf bei der zu begutachtenden Person besteht.

Liegen Auffälligkeiten vor, wird anschließend das Assessment mit 13 Merkmalen durchgeführt:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
9. Störung des Tag-, Nacht-Rhythmus
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen
12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
13. Zeitlich überwiegende Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Wird bei dem Assessment mindestens zweimal mit Ja bewertet, davon einmal bei den Merkmalen 1 bis 9, kann die gutachterliche Empfehlung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ausgesprochen und die Leistungen des PflEG in Anspruch genommen werden (Wagner/ Bruckner 2005: 69-71).

In 2004 stellte der MDK im Rahmen aller Erstbegutachtungen im häuslichen Bereich bei insgesamt 80.000 Menschen eine eingeschränkte Alltagskompetenz fest, die sich auf die Pflegestufen wie folgt verteilt:

- Pflegestufe 1: 23,2 %
- Pflegestufe 2: 26,6 %
- Pflegestufe 3: 55,6 %

Wieviel bereits eingestufte pflegebedürftige Antragsteller eine eingeschränkte Alltagskompetenz attestiert bekommen, ist statistisch nicht erfasst (Wagner 2005).

#### 4. Kriterien der Pflegebedürftigkeit

Die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Kriterien zum Begriff der Pflegebedürftigkeit betreffen die gewöhnlich wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität.

Die Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege, die sogenannten Zeitkorridore, verdeutlicht am Beispiel Körperpflege (Tabelle 1) sollen nur Anhaltsgrößen im Sinne eines Orientierungsrahmens sein. Sie haben somit nur Leitfunktion.

Körperpflege	
Pflegehandlung	Zeitkorridor
Körperpflege:	
Ganzkörperwäsche	20 bis 25 Min.
Teilwäsche Oberkörper	8 bis 10 Min.
Teilwäsche Unterkörper	12 bis 15 Min.
Teilwäsche Hände/Gesicht	1 bis 2 Min.
Duschen	15 bis 20 Min.
Baden	20 bis 25 Min.
Zahnpflege	5 Min.
Kämmen	1 bis 3 Min.
Rasieren	5 bis 10 Min.

Tabelle 1  
(MDS 2002: 73)

Der Gutachter hat in jedem Einzelfall den Zeitaufwand für den Hilfebedarf bei der Grundpflege entsprechend der individuellen Pflegesituation des Versicherten festzustellen (MDS 2002: 70).

Im Sinne einer aktivierenden Pflege kann bei den Verrichtungen ein höherer Zeitaufwand erforderlich sein, der zu begründen ist. Renesse und Reisach (2003: 9) betonen, dass das Gesetz in § 15 Abs. 3 SGB XI ausdrücklich den gedachten beziehungsweise sachkundig zu schätzenden Maßstab „einer“ nicht als Pflegefachkraft ausgebildeten Pflegeperson, die sogenannte Laienpflegezeit, vorgibt.

Reisach (2002: 45) verglich Einschätzungen der Pflegezeiten in Minuten von Pflegebedürftigen selbst beziehungsweise ihrer pflegenden Angehörigen, von Gerichtsgutachtern und Gutachtern des MDK und kommt in einem Fall der mundgerechten Zubereitung der Nahrung in dieser oben genannten Reihenfolge auf einen täglichen Bedarf von 115 Minuten (Pflegebedürftige/pflegende Angehörige), 40 Minuten (Gerichtsgutachter) und 21 Minuten (MDK-Gutachter).

Bartholomeyczik und Hunstein (2001: 38) stellen eine Erhöhung der Begutachtungsgerechtigkeit durch die empfohlenen Zeitkorridore in Frage.

## 5. Formen der Hilfeleistungen

Bei den Formen der Hilfe werden unterschieden die

- Unterstützung,
- teilweise Übernahme,
- vollständige Übernahme,
- Beaufsichtigung und
- Anleitung

Alle Formen der Hilfeleistungen sollen im Sinne der aktivierenden Pflege unter Einbeziehung der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen erbracht werden, das heißt höhere Minutenwerte sind gegebenenfalls zu berücksichtigen.

Bei Menschen mit Demenz kommen insbesondere die Hilfeformen der Anleitung und Beaufsichtigung in Betracht, immer bezogen auf die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen mit dem Ziel, dass der Pflegebedürftige sie selbst durchführen kann.

Bei der Anleitung kann dies je nach Krankheitsstadium zum Beispiel das Spektrum von einer einmaligen Aufforderung zum Einnehmen einer Mahlzeit bis zum Auffordern jedes einzelnen Bissens einer Mahlzeit reichen. Auch bei der Beaufsichtigung ist die Hilfeleistung je nach Krankheitsverlauf in sehr unterschiedlichem Umfang erforderlich (vgl. MDS 2002).

Bartholomeyczik und Hunstein (2001: 38) betonen, dass selbst bei gleich definierten Pflegehandlungen und vollständig kompensierter Aktivität der Pflegebedürftigen die Dauer für die Pflege nicht in erster Linie von der Definition der Pflegehandlung abhängt, sondern vom Grad der Pflegebedürftigkeit der zu Pflegenden.

## 6. Aktivierende Pflege im SGB XI

Unter aktivierender Pflege ist eine Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbständigkeit und die Unabhängigkeit des zu pflegenden Menschen unter Berücksichtigung seiner Fähigkeiten und Ressourcen fördert, so dass er unter Beaufsichtigung und Anleitung selbst aktiv sein kann. Dies erfordert von den Pflegenden die Abkehr vom Bild des passiven, zu verwahrenden pflegebedürftigen Menschen. Dabei ist insbesondere anzustreben

- seine vorhandenen Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und
- solche, die verloren gegangen sind zu reaktivieren
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern
- dass Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf sich in ihrer Umgebung und zeitlich zurechtfinden (MDS 2002: 37).

Von demenzkranken Menschen kann der tatsächlich erforderliche Hilfebedarf in der Regel krankheitsbedingt nicht der Realität entsprechend wiedergegeben werden. Deshalb hat der Gutachter die Angaben beziehungsweise die Aufzeichnungen, das Pflegeetagebuch der Pflegeperson, in die Pflegezeitberechnung einzubeziehen (vgl. MDS 2002).

## 7. Beispiele aus der Praxis<sup>1</sup>

Eine pflegende Ehefrau, die ihren an weit fortgeschrittener Demenz erkrankten Ehemann zu Hause pflegt, berichtete, dass der Gutachter des MDK ihr ausführliches Pflegetagebuch, das sie ihm vorlegte, keines Blickes würdigte, es vor ihren Augen zerriss und ihr mitteilte, dass er „das“ nicht brauche. Mit diesem wenig empathischen Verhalten hat der Gutachter die Mühe der Ehefrau missachtet, sie verunsichert und somit ihre Würde verletzt, obwohl diese Nichtwürdigung keine Auswirkung auf die Pflegestufe hatte. Dem Antrag auf Höherstufung in die Pflegestufe 3 wurde stattgegeben.

In einem anderen Fall wurde bei einem angeforderten MDK-Gutachten die Nichtübereinstimmung der berechneten Pflegezeiten des Gutachters mit den schriftlich festgehaltenen Pflegezeiten der pflegenden Tochter mit dem Vermerk „Betreuungszeiten“ dokumentiert und nicht in die Pflegezeitberechnung einbezogen. Die pflegebedürftige Mutter legte daraufhin Widerspruch ein. Nach einer zweiten Begutachtung wurden die Pflegezeiten entsprechend der Pflegetagebuchaufzeichnungen erhöht und dem ursprünglichen Antrag auf Höherstufung wurde stattgegeben.

Eine Tochter besucht täglich ihre demenzkranke Mutter, die in einem Pflegeheim wohnt und vom MDK von Pflegestufe 1 auf 0 zurückgestuft wurde. In der Pflegedokumentation ist festgehalten: „Frau H. lehnt Hilfe bei der Körperpflege ab“. Auf Nachfrage erklären die Pflegenden, sie können die Bewohnerin nicht zwingen. Nach Aussage der Tochter trägt die Mutter verschmutzte Kleidung und ist nicht ausreichend gepflegt.

Eine Ehefrau, die ihren an weit fortgeschrittener Demenz erkrankten Ehemann pflegt, stellt als gesetzliche Betreuerin erst den Antrag auf Einstufung, nachdem ihr Mann bettlägerig wurde. Die Erstbegutachtung erfolgte in die Pflegestufe 1 mit 112 Minuten Pflegezeit täglich für die Grundpflege. Unter anderem wurde die Pflegezeit für die Ganzkörperpflege vom MDK-Gutachter mit 17 Minuten täglich berechnet. Der nächtliche Pflegebedarf wurde nicht berücksichtigt. Die Ehefrau gab an, für die Ganzkörperpflege je nach Tagesbefindlichkeit ihres Mannes 30 bis 40 Minuten zu brauchen. Das Ergebnis des von ihr eingelegten Widerspruchs ist noch offen.

Diese Beispiele zeigen, dass die „Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs“ (MDS 2002: 39) bei Menschen mit Demenz, wie es die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vorgeben, nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Um den individuellen Pflegebedarf von Menschen mit Demenz im Sinne der aktivierenden Pflege nach SGB XI der jeweiligen Pflegesituation entsprechend zu erheben, ist die Umsetzungspraxis der MDK-Begutachtung zu verbessern.

<sup>1</sup> Berichte von pflegenden Angehörigen aus der Pflegeberatungsarbeit und Gutachtertätigkeit der Autorin.

## 8. Personzentrierte, wahrnehmungsfördernde Pflege nach Kidwood

Mit dem personzentrierten Ansatz in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz zeigt Kidwood (2000) allen an der Pflege beteiligten Berufsgruppen eine neue Sichtweise, die handlungsorientiert das Wohlbefinden des Demenzkranken und seiner Angehörigen in den Mittelpunkt stellt.

Menschen mit Demenz sind besonders auf das zentrale Bedürfnis Liebe angewiesen, das die Bedürfnisse Trost, primäre Beziehung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität beinhaltet.

Das Bedürfnis nach Trost äußert sich in den Bedürfnissen nach Zärtlichkeit, Nähe und nahem Beieinandersein, im Gefühl nach Sicherheit und im Lindern von Schmerz und Leid. Wie in der Kindheit haben Menschen mit Demenz ein starkes Bindungsbedürfnis, denn mit Fortschreiten der Demenz nehmen Unsicherheiten und Ängste, Erinnerungsverlust an frühere sichere Bindungen und Einschränkungen der Selbstwahrnehmung zu.

Das Bedürfnis nach Einbeziehung zeigt sich häufig im Verhalten, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, mit der Neigung zum Anklammern, Umhergehen und Ausdrucksformen des Protests und der Zerrissenheit. Bei mangelhafter Einbeziehung folgt mehr und mehr der Verlust des sozialen Lebens. Abbau und Rückzug sind die Folge.

Beschäftigung ist für jeden Menschen bedeutsam. Für Menschen mit Demenz ist hier besonders der Bezug zur Lebensgeschichte, zur kulturellen Umgebung, zu Bildung, Arbeit und Freizeitgestaltung herzustellen und entsprechend der persönlichen Fähigkeiten, der eigenen Kräfte und der in der Kindheit gemachten Erfahrungen in den Lebensprozess des Alltags einzubeziehen. Hierbei ist das Augenmerk auf die Handlung und nicht so sehr auf das Ergebnis zu lenken gemessen am Wohlbefinden des Demenzkranken.

Eine Identität zu haben bedeutet zu wissen, wer man ist, ein Gefühl der Kontinuität mit der Vergangenheit zu haben, eine persönliche Geschichte, die man anderen präsentieren kann. Um die Identitätsquellen eines Menschen mit Demenz zu erhalten, ist es besonders wichtig, mit Empathie an seine Lebensgeschichte anzuknüpfen.

Die Hauptaufgabe der Pflege von Menschen mit Demenz ist das Personsein zu erhalten, indem möglichst alle Hauptbedürfnisse befriedigt werden und so eine Verstärkung des globalen Selbstwertgefühls und das Gefühl, wertvoll und geschätzt zu sein erreicht wird.

Pflege von Menschen mit Demenz als Interaktion ist positive Arbeit an der Person. Dies erfordert das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse, auf die Persönlichkeit mit ihren Fähigkeiten und Ressourcen. Von den Pflegenden erfordert dies ein hohes Maß an freier Aufmerksamkeit (Kidwood 2000: 121- 125; 140).



## 9. Zusammenfassung

Das SGB XI und die Begutachtungsrichtlinien sind meines Erachtens sorgfältig ausgearbeitet und für die Begutachtung von Menschen mit Demenz grundsätzlich geeignet. Da die individuelle Interpretation des Pflegebedarfs jedoch stark divergiert, ist die Umsetzung in die Begutachtungspraxis zu verbessern. Diese ist trotz allem selbst bei exakter Anwendung der Begutachtungsrichtlinien noch nicht ausreichend, um Menschen mit Demenz mit Würde pflegen zu können.

Eine personenzentrierte, wahrnehmungsfördernde Anleitung bei der Pflege von Demenzkranken im Sinne der aktivierenden Pflege mit dem Ziel, vorhandene Fähigkeiten so lange als möglich zu erhalten, ist gesetzeskonform und deshalb voll und ganz als Pflegezeit nach § 14 Abs. 4 SGB XI zu rechnen.

## 10. Ausblick

Beratung, Anleitung, Schulung und Entlastung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sind weiter auszubauen, um die Gesundheit derer zu fördern und zu erhalten, die in besonderer Weise belastet sind und dennoch ihre Angehörigen so lange als möglich zu Hause pflegen und betreuen. Damit vermeiden sie die teuerste Versorgungsform, die Heimunterbringung. Sie sind nicht nur unter Kostengesichtspunkten eine tragende Säule unserer Gesellschaft.

Schließlich wende ich mich an jeden Einzelnen von uns, wo immer und in welcher Weise er oder sie mit demenzkranken Menschen arbeitet, an alle Professionen der direkten Pflege, der Beratung, der Begutachtung und nicht zuletzt an Angehörige, Ehrenamtliche oder Nachbarn: „Werden wir fähige Begleiter mit der von Kidwood geforderten freien Aufmerksamkeit und erhalten das Personsein der Menschen mit Demenz.“

### Literatur

- Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2001): Pflege nach Minuten. Zeitkorridore in der Begutachtung nach SGB XI auf dem Prüfstand, MAbuse 129, 34 - 38
- Bickel, H. (2002): Die Epidemiologie der Demenz, in: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: Das Wichtigste – Informationsblätter 1, Berlin
- Brucker, U. (2005): Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) Auskunft per E-mail vom 05.09.2005
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2004 a): Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland 2001 und 2002
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2004 b): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung 2001 bis 2003 (BT-Drs. 14/5590)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2005): Informationen zum Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) <[http://bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/2236\\_2239.cfm](http://bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/2236_2239.cfm)> [Stand 2005-03-19]
- Dreyer, M. (2005): <[www.vincentz.net](http://www.vincentz.net)> [Stand 2005-08-30]

- Gerber, H. (1999): Probleme und Lösungsansätze bei der Begutachtung Demenzkranker, in: Bickel, H. (Hrsg.): Demenz und Pflegebedürftigkeit, Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 3, Berlin: Meta Data, 69-85
- Hallensleben, J. (2004): 10 Jahre Pflegeversicherung – Ein Blick zurück in die Zukunft, in: Pflege & Gesellschaft 4, 138-146
- Kitwood, T. (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Klie, T.; Stascheit, U. (Hrsg.) (2001): Gesetze für Pflegeberufe, Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag
- König, J. (2005): 100 Fehler bei der Einstufung von Pflegebedürftigen und was Sie dagegen tun können, Hannover: Schlütersche
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2002): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Bri), Essen: DZS
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.) (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen Abschlussbericht Projektgruppe P 39 <www.mds-ev.de> [2003-10-05]
- Renesse, J.-R. von; Reisach, B. (Hrsg.) (2003): Gesetzesgrundlagen für den Pflegesachverständigen, Wittener Institut für Pflegewissenschaft
- Reisach, B. (2002): Ein Pflegebedürftiger – drei Gutachten Eine Analyse von Sachverständigengutachten zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit: Differenzen, Konsequenzen, Forderungen für die Praxis, Hannover: Schlütersche
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2005): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität Gutachten 2003 Kurzfassung <www.svr-gesundheit.de> [2005-03-12]
- Schuster, O.-M. (2001): Demenz und Pflegebedürftigkeit aus richterlicher Sicht, in: Bickel, H. (Hrsg.): Demenz und Pflegebedürftigkeit, Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 3, Berlin: Meta Data, 99-114
- Schwarz, G. (2004): Leitfaden zur Pflegeversicherung, Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Berlin
- Tschainer, S. (2001): Demenz und Pflegebedürftigkeit aus der Sicht der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, in: Bickel, H. (Hrsg.): Demenz und Pflegebedürftigkeit, Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 3, Berlin: Meta Data, 53-61
- Wagner, A. (2005): Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) Pflegestatistik, Telefonische Auskunft vom 09.09.2005
- Wagner, A.; Brucker, U. (2005): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes Berichtszeitraum 2001/2002 <www.mds-ev.de> [Stand 2005-02-16]
- Wagner, A.; Lürken, L. (2005): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes Berichtszeitraum 1998 <www.mds-ev.de> [Stand 2005-01-30]

*Erika Haux*, Dipl. Pflegewirtin, In der Witz 19, 65719 Hofheim, e.haux@t-online.de

### Schlüsselwörter

Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, Alltagskompetenz, Orientierungswerte, Pflegezeitbemessung, aktivierende Pflege, Personsein, freie Aufmerksamkeit