

Klaus Wingenfeld

Maßstäbe zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist im Vorfeld des Inkrafttretens der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zunehmend in die Kritik geraten. Die im Verlauf des Jahres 1996 veröffentlichten Begutachtungsergebnisse wiesen im regionalen Vergleich erhebliche, erklärungsbedürftige Abweichungen auf. Sie gaben Anlaß zu der Vermutung, daß die bundesweit geltenden Vorgaben, nach denen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) den Grad der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern zu ermitteln hatten, nicht einheitlich umgesetzt wurden. Ein von Infratest Burke erstelltes Gutachten konnte diese Vermutung im Grundsatz bestätigen. Es kam zu dem Ergebnis, daß zwar ein Großteil der Abweichungen auf regionale Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung und in der Struktur des Versorgungsangebotes für pflegebedürftige alte Menschen zurückzuführen war; zugleich, so das Gutachten, seien jedoch einige Regionen mit Extremwerten auszumachen, für deren Erklärung nach anderen Faktoren gesucht werden müsse (vgl. Schneekloth 1996: 18f.). Im weiteren Verlauf der Diskussion wie auch durch die Ergebnisse einer anderen Studie (Domscheit/Wingenfeld 1997) wurde deutlich, daß die Medizinischen Dienste die bundesweit geltenden Vorgaben im Detail tatsächlich unterschiedlich auslegten und daß dies mit hoher Wahrscheinlichkeit zu den Abweichungen zwischen den regionalen Begutachtungsergebnissen beigetragen hatte.

Parallel dazu kristallisierten sich mehr und mehr die tieferen Ursachen des Problems heraus: Die im SGB XI und von den Pflegekassen formulierten Grundsätze zur Bemessung von Pflegebedürftigkeit wiesen systematische Unschärfen auf und eröffneten damit Interpretationsspielräume, die nahezu zwangsläufig zu einer abweichenden Begutachtungspraxis führen mußten. Mit der Erarbeitung neuer Begutachtungsrichtlinien, die Mitte 1997 in Kraft traten, wurde die Konsequenz aus dieser Feststellung gezogen.

Der vorliegende Beitrag widmet sich den grundlegenden Problemen bei der Bemessung von Pflegebedürftigkeit, die im Zuge dieser Entwicklung sichtbar geworden sind. Dabei wird insbesondere der Frage nachgegangen, ob der Begriff des Pflegebedarfs, von dem das SGB XI

ausgeht, konsistent genug ist, um daraus eindeutige Maßstäbe für die sozialmedizinische Begutachtung – und damit für die Bemessung des Leistungsanspruchs der Versicherten – ableiten zu können.

1. Zum Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI

Das für die Pflegeversicherung maßgebliche Verständnis von Pflegebedürftigkeit ist im wesentlichen durch drei Merkmale gekennzeichnet:

- a) Als pflegebedürftig gelten Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung bei Verrichtungen des täglichen Lebens Unterstützung benötigen (mindestens sechs Monate). Dennoch sind Krankheit oder Behinderung ohne Bedeutung für die Bestimmung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI wird vielmehr anhand der Art, Häufigkeit und Dauer der *benötigten Hilfeleistung* bemessen.
- b) Zu berücksichtigen sind jedoch nur Hilfeleistungen bei *bestimmten Verrichtungen* des täglichen Lebens. § 14 SGB XI enthält eine Liste dieser Verrichtungen, die in vier Bereiche – Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Pflege) und hauswirtschaftliche Versorgung – aufgeteilt ist.
- c) Das Gesetz nennt darüber hinaus verschiedene *Formen der Hilfeleistung*, die bei der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit miteinzubeziehen sind. Sowohl die teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtungen durch die Pflegeperson als auch Hilfen in Form der Unterstützung, Beaufsichtigung und Anleitung müssen in Rechnung gestellt werden, sofern sie *notwendig* sind, um die im Gesetz aufgeführten Verrichtungen zu gewährleisten.

Je nach der Häufigkeit, mit der sich ein Hilfebedarf ergibt, und je nach zeitlichem Mindestaufwand für die erforderlichen Hilfeleistungen wird Pflegebedürftigkeit in drei Pflegestufen unterteilt, die jeweils einen unterschiedlich hohen Leistungsanspruch begründen. Die unterste Schwelle (Pflegestufe I) liegt bei einem Hilfebedarf, der mindestens einmal täglich in der Pflege und mehrfach wöchentlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung anfällt und einen Mindestzeitaufwand von 1,5 Stunden im Tagesdurchschnitt notwendig macht, wobei die Pflege den größeren Teil dieses Aufwands ausmachen muß.

Konkrete Kriterien oder methodische Regeln für die Ermittlung des Leistungsaufwandes stellt das SGB XI allerdings nicht zur Verfügung. Es läßt vielmehr zahlreiche Fragen offen, mit deren Klärung erst die Voraussetzungen für eine methodisch vertrauenswürdige Begutachtung und Einstufung von Pflegebedürftigen geschaffen werden können.

Anhand welcher Kriterien beispielsweise soll entschieden werden, ob ein bestimmter Leistungsumfang als *notwendig* gelten kann oder nicht? Wie soll mit der Tatsache umgegangen werden, daß Pflegezeiten nicht nur vom Hilfebedarf des Pflegebedürftigen, sondern maßgeblich auch vom Leistungserbringer (Qualifikation, Erfahrung, Leistungsqualität, Arbeitsorganisation etc.) abhängig sind? Inwieweit müssen Leistungen, die nur eine indirekte Hilfestellung für die Verrichtungen darstellen, bei der Bemessung des Zeitaufwandes berücksichtigt werden?

Der Umstand, daß das PflegeVG diese und andere Fragen offen gelassen hat, ist für das deutsche Sozialrecht keineswegs ungewöhnlich. Die Sozialgesetzgebung arbeitet häufig mit offenen Regelungsnormen und unbestimmten Rechtsbegriffen, die durch die Beteiligten, z.B. Kosten- und Leistungsträger, konkretisiert oder operationalisiert werden müssen (vgl. Böhme 1995). Im Falle des PflegeVG wurde die weitergehende Regelung des Begutachtungsverfahrens an die Spitzenverbände der Pflegekassen delegiert (vgl. § 17 in Verbindung mit § 15 Abs. 3 SGB XI, alte Fassung). Die für die Begutachtung entscheidenden Normen finden sich daher in den verschiedenen Richtlinien und Begutachtungshilfen, die die Spitzenverbände der Pflegekassen seit Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes beschlossen haben (»Begutachtungsinstrumentarium«). Strikt zu trennen von dieser Ebene der Normensetzung sind die Aufgaben der MDK und ihrer Gutachter, die das Instrumentarium im Rahmen gewisser Ermessensspielräume anzuwenden haben.

Im folgenden soll aufgezeigt werden, aus welchen Gründen, auf welche Weise und mit welchen Konsequenzen diese Trennung de facto aufgehoben wurde und die MDK dadurch ins Kreuzfeuer der Kritik um die Begutachtung von Heimbewohnern gerieten.

2. Unschärfen des Begutachtungsinstrumentariums

Die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen (PflRi 1995) definieren zeitliche Schwellenwerte, die ursprünglich zur Einstufung von Pflegebedürftigen gedacht waren, die in ihrer *häuslichen Umgebung* versorgt werden. Diese Schwellenwerte, die mit dem ersten SGB XI-Änderungsgesetz in das Sozialgesetzbuch aufgenommen wurden, basieren auf der Annahme, daß die Versorgung *nicht* durch professionelle Pflegekräfte erfolgt. Entscheidend sei vielmehr »der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner

Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen ... benötigt« (PflRi 1995, Ziffern 4.1.1 bis 4.1.3).

Vor dem Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung (Juli 1996) waren die Richtlinien durch Regelungen zu ergänzen, nach denen die Zuordnung *stationär* versorgter Pflegebedürftiger zu den Pflegestufen erfolgen sollte. Trotz erheblicher Einwände aus den Reihen der Medizinischen Dienste verzichteten die Spitzenverbände der Pflegekassen – im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) – auf die Formulierung spezieller, auf die Begutachtung im stationären Bereich zugeschnittener Vorschriften. Sie beschlossen vielmehr, daß die Zuordnung zu den Pflegestufen nach denselben Maßstäben erfolgen sollte wie bei der Versorgung in der häuslichen Umgebung (PflRi 1995, Ziffer 6.1). Diese noch heute gültige Regelung führt dazu, daß bei stationärer Versorgung vom realen Pflegegeschehen, d.h. vom Umfang der erbrachten Leistungen sowie dem konkreten Pflegeumfeld, zu abstrahieren und der Zeitaufwand zugrunde zu legen ist, der unter den Bedingungen einer »Laienpflege« in der häuslichen Umgebung anfallen würde. Fortan kursierten in Fachkreisen die Begriffe fiktive Pflegeperson, fiktive Wohnsituation und fiktive Pflegezeiten zur Bezeichnung der für den Leistungsanspruch von Heimbewohnern maßgeblichen Bezugspunkte.

Mit den neuen Vorschriften wurden die Medizinischen Dienste bzw. die für sie tätigen Gutachter vor ein letztlich unlösbares systematisches Problem gestellt. War das Konstrukt der durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation durch die Festlegung von Merkmalen wie Lage der Wohnung, materielle Ausstattung etc. wenigstens in groben Zügen operationalisierbar, mußte die Vorgabe, bei der Ermittlung der Pflegezeiten von den Verhältnissen der Laienpflege auszugehen, zwangsläufig in eine methodische Sackgasse führen. Denn die Vorgabe setzte ein Modell voraus, welches die äußeren Merkmale, die qualitativen und auch die zeitlichen Dimensionen der Laienpflege beschreibt – ein Modell, das von den geltenden Vorschriften nicht einmal näherungsweise umrissen wurde und bis heute nicht existiert. Dies hatte und hat seinen guten Grund: Ein derartiges Modell müßte, da ihm eine wesentliche Bedeutung für die Entscheidung über Leistungsansprüche zukäme, hinreichend *begründbar* sein, und hierzu fehlt es, wie noch aufzuzeigen sein wird, an den erforderlichen theoretischen und empirischen Voraussetzungen.

Das Problem erschöpfte sich jedoch nicht in der Frage der Bemessung von Pflegezeiten. Gleichfalls offen blieb, ob der Gutachter bei der Einstufung von den tatsächlich erbrachten Leistungen ausgehen oder den Hilfebedarf unabhängig davon, d.h. unmittelbar aus den Beeinträchtigungen

und Ressourcen des Pflegebedürftigen ableiten sollte. Beide Alternativen waren und sind unter den gegebenen Bedingungen fragwürdig:

Wird von den *im Einzelfall tatsächlich erbrachten Leistungen* ausgegangen, so ist eine Ungleichbehandlung der Versicherten kaum zu vermeiden. Das Leistungsgeschehen vor Ort kann so unterschiedlich ausgestaltet sein, daß bei identischem Hilfebedarf abweichend eingestuft werden müßte. Es wäre keineswegs auszuschließen, daß ein Pflegebedürftiger, der in Heim A lebt und nur knapp die Pflegestufe II erreicht hat, im Heim B lediglich der Stufe I zugeordnet worden wäre, weil der Pflegeaufwand in diesem Heim aufgrund anderer Arbeitskonzepte oder anderer Qualitätsansprüche niedriger läge. Angesichts des hohen rechtlichen Stellenwertes, der der Gleichbehandlung der Versicherten zugeschrieben wird (vgl. Udsching 1997), dürfte diese Konsequenz schwerlich vertretbar sein. Zudem müßte vermieden werden, daß den Versicherten Leistungsansprüche aufgrund einer defizitären Pflege vorzuenthalten bleiben, indem das Leistungsgeschehen anhand von Qualitätskriterien beurteilt und das Ergebnis bei der Einstufung berücksichtigt wird. Solche Kriterien sind im Begutachtungsinstrumentarium jedoch nicht vorgesehen; der dort formulierte allgemeine Hinweis auf das medizinisch und pflegerisch Notwendige verweist den Gutachter letztlich auf seine individuellen Wertmaßstäbe und Erfahrungen.

Die zweite Alternative, den *Hilfebedarf unabhängig von den erbrachten Leistungen zu bestimmen*, stößt ebenfalls auf das Problem fehlender Standards. Dies wird bei der Frage, welcher Stellenwert der aktivierenden Pflege in diesem Zusammenhang zugeschrieben werden sollte, besonders deutlich. Wie schon erwähnt, führt das SGB XI verschiedene Formen der Hilfe auf, die bei der Ermittlung des Hilfebedarfs zu berücksichtigten sind (teilweise oder vollständige Übernahme von Verrichtungen, Unterstützung, Beaufsichtigung und Anleitung). Zugleich werden Zielsetzungen formuliert, an denen sich Hilfeleistungen auszurichten haben. Hierzu gehört beispielsweise § 2 Abs. 1 SGB XI, wonach Hilfen so gestaltet sein sollen, daß die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiedergewonnen oder erhalten werden können. Diese Zielsetzung wird noch einmal in § 28 Abs. 4 bekräftigt. Dort heißt es: »Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen«. Diese grundlegende Orientierung gehört zu den wenigen Maßgaben des PflegeVG, die in Fachkreisen einhellig begrüßt wurden (vgl. z.B. Cappell/Meyer 1996: 4f.). Versteht man aber Aktivierung als pflegerischen Standard und die Wiedergewinnung oder Erhaltung der

Selbstversorgungspotentiale des Pflegebedürftigen als eines der prioritären Ziele der Pflegeversicherung, so könnte gefolgert werden, daß auch der dem Pflegebedürftigen zugebilligte Leistungsanspruch es ermöglichen muß, dieser Zielsetzung gerecht zu werden. Danach wäre Hilfebedarf am *Leistungsumfang aktivierender Pflege* zu bemessen – was weitreichende Folgen für die Einstufung hätte, denn eine in Form von Anleitung oder Unterstützung geleistete Hilfe führt in den meisten Fällen zu einem deutlich höheren Zeitaufwand für die Pflegeperson als die vollständige Übernahme von Verrichtungen. Solche Überlegungen bleiben jedoch spekulativ: Die in Betracht kommenden Formen der Hilfe werden weder im Gesetz noch in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien im Hinblick auf die Frage, welche von ihnen im Kontext der Begutachtung als »golden standard« gelten kann, näher spezifiziert. Hinzu kommt, daß die Bemessung des Hilfebedarfs bei häuslicher Pflege bislang ohne Rückgriff auf Standards dieser Art erfolgte. Im Gegenteil wurde immer wieder darauf verwiesen, daß nach den gesetzlichen Vorschriften unbedingt die individuellen Gegebenheiten in Rechnung zu stellen sind. Ein abweichendes Verfahren bei stationärer Unterbringung dürfte also ggf. schon aus rechtlichen Gründen problematisch sein.

Abgesehen von diesen Grundsatzproblemen gab es auch in einigen wichtigen Einzelfragen Klärungsbedarf. So blieb die Abgrenzung zwischen *allgemeiner Beaufsichtigung*, die nach den Ausführungen der Begutachtungsanleitung bei der Bemessung der Pflegebedürftigkeit außer Betracht bleiben sollte (vgl. MDS 1995: 36), und der *Beaufsichtigung bei den im SGB XI genannten Verrichtungen* unscharf. Vor allem bei psychisch veränderten Pflegebedürftigen, die in ihrer gesamten Lebensführung auf Erinnerungshilfen, Unterstützung und Orientierungshilfen angewiesen sind, erwachsen daraus für die Gutachter erhebliche Entscheidungsprobleme (vgl. Domscheit/Wingenfeld: 19). Inwieweit allgemeiner Aufsichtsbedarf in Rechnung gestellt werden muß, ist im übrigen rechtlich umstritten: »Nicht haltbar«, so die Einschätzung von Udsching, »dürfte ... der Hinweis in der Begutachtungsanleitung sein, wonach eine allgemeine Beaufsichtigung, die über die Sicherung der definierten Verrichtungen (auch zur Vermeidung von Eigen- und Fremdgefährdung bei diesen) hinausgeht, bei der Bemessung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen sei. Hierzu zählt die Begutachtungsanleitung auch die allgemeine, über den ganzen Tag bestehende Umtriebigkeit eines Demenzen oder geistig Behinderten, die unabhängig von den Verrichtungen Hilfebedarf auslöst. Diese Abgrenzung ist im Hinblick auf Eigen- oder Fremdgefährdung nicht nur sachwidrig, sie grenzt schon an Zynismus. Sie ist zudem verfassungswidrig, weil sie

bei geistig Behinderten und psychisch Kranken Hilfeleistungen ausklammert, auf die diese Personengruppe zur Aufrechterhaltung ihrer Existenz angewiesen ist, während gleichzeitig bei somatisch Kranken oder Behinderten eher marginale Defizite ausgeglichen werden. Dies ist mit Art. 3 GG nicht vereinbar.« (Udsching 1997: 64f.)

Eine weitere Unschärfe des Begutachtungsinstrumentariums betraf die *Frage des nächtlichen Hilfebedarfs*, dem für die Einstufung des Antragstellers zentrale Bedeutung zukommt: Um Leistungen nach der Pflegestufe III zu erhalten, muß nicht nur ein Hilfebedarf im Umfang von durchschnittlich mindestens fünf Stunden täglich vorliegen, ein Hilfebedarf muß auch nachts auftreten. Weder die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien noch die Begutachtungsanleitung gaben eine konkrete Auskunft darüber, in welchem Rhythmus und in welcher Form nächtlicher Hilfebedarf gegeben sein mußte, um die Zuordnung zur Pflegestufe III zu rechtfertigen. Ihre Ausführungen enthielten nur unbestimmte, in verschiedener Weise interpretierbare Begriffe, die bei der Begutachtung einen erheblichen Entscheidungsspielraum eröffneten (vgl. Domscheit/Wingenfeld 1997: 17f.).

Diese Hinweise mögen genügen, um das Ausmaß und die Tragweite der Unschärfen des bis Mitte 1997 geltenden Begutachtungsinstrumentariums zu verdeutlichen.

Die Begutachtung von Heimbewohnern begann also auf der Grundlage von Vorgaben, die ein gleichmäßiges Verfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs nicht gewährleisten konnten.

3. Konsequenzen der Unschärfen

Die Medizinischen Dienste gerieten vor diesem Hintergrund in ein schwerwiegendes Dilemma. Die Unschärfen der bundesweit geltenden Vorgaben waren ohne die Formulierung ergänzender Vorschriften nicht auszugleichen, womit die MDK jedoch eine Regelungskompetenz in Anspruch genommen hätten, die ihnen gar nicht zustand. Das Problem der Laienpflegezeiten bei der Begutachtung von Heimbewohnern beispielsweise mußte offenbleiben, solange Pflegekassen und BMA untätig blieben. Vertreter des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) haben eindringlich auf die daraus erwachsenden Konsequenzen aufmerksam gemacht: »Es kann auf Dauer... nicht hingenommen werden, daß jeder einzelne Gutachter den Pflegezeitaufwand nach seinen individuellen Orientierungswerten schätzt oder verschiedene MDK-spezifische Orientierungswerte verwendet werden.« (Pick/Leistner 1996: 209)

Allerdings gab es Fragestellungen, zu denen das Begutachtungsinstrumentarium so gut wie keine Aussagen enthielt und bei denen sich somit die Möglichkeit eröffnete, Leitlinien zu formulieren, ohne sich dem Vorwurf der Kompetenzüberschreitung aussetzen zu müssen. Hierzu gehörte vor allem die Grundsatzfrage, inwieweit der Gutachter die tatsächlich erbrachten Leistungen bei der Einstufung in Rechnung zu stellen hat (vgl. ebd.: 208f.). Auf solche Punkte konzentrierten sich die Bemühungen der MDK-Gemeinschaft, gemeinsame Grundsätze für das Begutachtungsverfahren zu vereinbaren. Diese Bemühungen führten letztlich jedoch nicht zur angezielten Vereinheitlichung der Begutachtungspraxis, denn ein Konsens über die in den gemeinsamen Beratungen erarbeitete »Begutachtungsphilosophie« konnte nicht zwischen allen MDKs hergestellt werden. Es kam daher zu einem Nebeneinander unterschiedlich akzentuierter »Begutachtungsphilosophien« (vgl. Domscheit/Wingenfeld 1997: 24ff.), nach denen die einzelnen MDKs ihre Gutachter z.B. im Rahmen von Schulungen oder kollegialer Beratung auf die Anforderungen der Praxis vorbereiteten.

Wovon es abhing, wie die einzelnen MDKs die für ihren Zuständigkeitsbereich geltenden Leitlinien ausgestalteten, läßt sich nicht genau feststellen. Eine Rolle spielte sicherlich das jeweilige Verständnis übergeordneter, auch gesellschaftspolitischer Zielsetzungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Darüber hinaus dürfte das Bestreben nach einer methodisch möglichst stimmigen Lösung der offenen Fragen von Bedeutung gewesen sein. Nicht auszuschließen ist des weiteren, daß die zum Teil heftige politische Diskussion um die Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung vereinzelt Tendenzen gefördert hat, eine aus der Perspektive der Versicherten eher »restriktive« Grundhaltung einzunehmen, zumal in den vergangenen Jahren zunehmend Erwartungen an die sozialmedizinische Begutachtung zu verzeichnen sind, stärker im Sinne einer »Mißbrauchskontrolle« tätig zu werden (vgl. Schaller/von Mittelstaedt 1996).

Wie empirische Befunde zeigen, gelang es jedoch auch innerhalb der einzelnen MDK-Bezirke nur bedingt, eine einheitliche Vorgehensweise der Gutachter sicherzustellen (vgl. Domscheit/Wingenfeld 1997: 64ff.). Abweichungen auf dieser Ebene waren zum Teil den kaum zu vermeidenden Implementationsschwierigkeiten eines mit ungewohnten Grundsätzen und Anforderungen verbundenen, neuen Begutachtungszweiges geschuldet. Zum Teil aber spiegelte sich in diesen Abweichungen die Problematik der verbliebenen methodischen Unschärfen wider: Die mitunter schwer nachvollziehbaren, auf höherer Ebene entwickelten Hilfskonstruktionen und die Tatsache, daß am Ende wesentliche Fragen

offen blieben, beließ den Gutachtern bzw. den Gutachterteams erhebliche Spielräume bei der Ermittlung des Hilfebedarfs. Vor diesem Hintergrund ist es wenig verwunderlich, daß ein Teil der Gutachter auf traditionelle, somatisch verengte und pflegefachlich überholte Vorstellung und Wertmaßstäbe zurückgriff. Erfahrungsberichte aus dem Heimbereich weisen z.B. auf eine einseitige Ausrichtung auf medizinisch-diagnostische Fragen und somatisch bedingte Hilfebedarfe hin. Fehlende Vorstellungen über Qualitätskriterien in der Pflege, insbesondere über Formen und Dimensionen aktivierender Pflege, führten offenbar nicht selten dazu, daß Unterstützung und Anleitung bei der Bemessung von Pflegezeiten zu wenig berücksichtigt wurden. Einen weiteren Problembereich stellte die Begutachtung psychisch veränderter alter Menschen dar, bei der es aufgrund dieser und anderer Faktoren (z.B. fehlende gerontopsychiatrische Erfahrungen, unklare Abgrenzung des allgemeinen Aufsichtsbedarfs) häufig zu Einstufungen kam, die vom Pflegepersonal als krasse Unterschätzung des tatsächlichen Hilfebedarfs bewertet wurden.

4. Neue Begutachtungsrichtlinien

Mit den am 1. Juni 1997 in Kraft getretenen »Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien BRi)« (MDS 1997) wurden die Begutachtungsvorgaben zum Teil grundlegend neu ausformuliert. Durch ihre Weiterentwicklung und Präzisierung sollte, so das erklärte Ziel, die Qualität und Einheitlichkeit der Begutachtung gefördert und den in der Vergangenheit geäußerten Kritikpunkten begegnet werden (vgl. Sitte 1997). Im folgenden die wichtigsten, für das Thema des vorliegenden Beitrags relevanten Veränderungen:

- *Aktivierende Pflege* wird von den neuen Richtlinien vergleichsweise ausführlich gewürdigt und analog zu den Ausführungen des SGB XI zu einer zentralen Zielorientierung erklärt: »Bei der Laienpflege muß (vom Gutachter, K.W.) überprüft werden, ob zur Sicherstellung der aktivierenden Pflege bei immobilen Versicherten Empfehlungen im Pflegeplan gegeben werden sollten. (...) Bei der Pflege durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich von aktivierender Pflege auszugehen. Wird nicht aktivierend gepflegt, ist dies... zu dokumentieren. Entsprechende Empfehlungen sind abzugeben.« (MDS 1997: 39f.) Damit wird u.a. auf den häufig geäußerten Vorwurf reagiert, die Gutachter hätten die vergleichsweise aufwendigen aktivierenden Maßnahmen bei der Bemessung der Pflegezeiten zu wenig berücksichtigt.

- Die *Problematik der Begutachtung psychisch kranker und geistig behinderter Pflegebedürftiger* wird gleichfalls ausführlich erörtert (vgl. ebd.: 40ff.). Auch hier ist die Zielsetzung erkennbar, den besonderen fachlichen Anforderungen und den wiederholt beklagten Qualitätsproblemen der Begutachtung in diesem Bereich (vgl. Kliebsch et al. 1997) zu begegnen. Wenngleich die Ausführungen zweifellos eine verbesserte Orientierungshilfe für den Gutachter darstellen, wird das Problem der Abgrenzung zwischen allgemeinem Aufsichtsbedarf und dem auf die im SGB XI genannten Verrichtungen bezogenen Aufsichtsbedarf – trotz der oben erwähnten sozialrechtlichen Bedenken – nicht eindeutig gelöst.
- *Nächtlicher Hilfebedarf* wird nicht länger mit unbestimmten Begriffen definiert, sondern an konkreten Voraussetzungen festgemacht. Danach muß in *jeder* Nacht eine Situation eintreten, die eine grundpflegerische Leistung durch die Pflegeperson erforderlich macht. Ausnahmsweise kann von nächtlichem Hilfebedarf auch dann ausgegangen werden, wenn Hilfen in den vorangegangenen vier Wochen nachweislich mindestens fünf mal pro Woche notwendig wurden und voraussichtlich auch weiterhin in diesem Umfang geleistet werden müssen (vgl. MDS 1997: 20).
- Zur Ermittlung der Pflegezeiten finden sich in den Richtlinien »Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege« (vgl. ebd.: 68ff.). Sie sind, wie ausdrücklich betont wird, lediglich als Anhaltswerte gedacht und entbinden den Gutachter nicht von der Aufgabe, den *individuellen* Zeitaufwand unter den Bedingungen der *individuellen* Pflegesituation zu ermitteln. Die in den Richtlinien aufgeführten Zeitkorridore (z.B. Duschen: 15 bis 20 Minuten) unterstellen eine *vollständige Übernahme* der Verrichtungen durch eine »Laienpflegekraft«. Aufgrund von Erschwernissen oder erleichternden Faktoren, die in der Person des Pflegebedürftigen oder im Pflegeumfeld begründet liegen, oder wenn Hilfe in anderen Formen (z.B. Anleitung) geleistet wird, müsse der Gutachter von den Zeitkorridoren ggf. abweichen. Solche Abweichungen sind im Gutachten differenziert zu begründen.

Mit den neuen Richtlinien hat die Debatte um eine abweichende Begutachtungspraxis ihren vorläufigen Abschluß gefunden. Die Orientierungswerte zur zeitlichen Bemessung des Hilfebedarfs stellen eine bis Ende 1999 befristete Zwischenlösung dar, deren Tragfähigkeit u.a. mit einer wissenschaftlichen Studie geprüft werden soll.

Unabhängig davon läßt sich jedoch bereits heute eine Standortbestimmung vornehmen, die u.a. verdeutlicht, daß die systematischen

Schwachstellen bei der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit keineswegs ausgeräumt sind.

5. *Aporien des Konstrukts der Laienpflegezeiten*

Das Dilemma der Bestimmung des Hilfebedarfs im Sinne des SGB XI besteht im wesentlichen darin, daß sie schwerlich ohne den Rückgriff auf einen (laien)pflegerischen Standard auskommen kann, dieser Standard aber nicht verfügbar ist und seine Einführung vermutlich auch rechtliche Probleme aufwerfen würde. Als die Spitzenverbände der Pflegekassen entschieden, der Hilfebedarf von Heimbewohnern solle anhand von Laienpflegezeiten bemessen werden, trat dieser Zwiespalt besonders deutlich hervor. Zur Umsetzung dieser Entscheidung bedurfte es zwingend eines Modells der Laienpflege, das über zeitliche Dimensionen von Hilfeleistungen Auskunft geben konnte. Da es nirgendwo formuliert wurde, blieben die Gutachter auf ihr *individuelles Modell* verwiesen, d.h. auf Vorstellungen zur Laienpflege, die vom individuellen Erfahrungshintergrund und von persönlichen Wertmaßstäben geprägt waren. Das Problem wurde also lediglich verschoben; ob es *überhaupt* lösbar ist, hängt von den Entwicklungsperspektiven eines Modells der Laienpflege ab, das den Zwecken der Begutachtung zu genügen vermag.

Die Schwierigkeiten beginnen bereits bei der Frage nach den *Merkmalen der Pflegeperson bzw. ihres Leistungsvermögens*. Es ist evident, daß ein 35jähriger Angehöriger mit Pflegeerfahrung über mehr Sicherheit und Routine verfügt als beispielsweise ein 70jähriger Angehöriger mit eingeschränkter körperlicher Konstitution, der nach dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit bei seinem Lebenspartner erstmals pflegerische Betreuung leistet. Der jeweilige Zeitaufwand, den diese beiden Personen für die Betreuung des Pflegebedürftigen aufwenden, dürfte im Regelfall deutlich voneinander abweichen. Die Frage, wie vor dem Hintergrund divergierender persönlicher Voraussetzungen eine »durchschnittliche« Pflegeperson charakterisiert werden könnte, ist beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht zu beantworten.

Ein zweiter Problemkomplex, mit dem sich die Entwicklung eines Modells der Laienpflege auseinandersetzen müßte, betrifft die *qualitativen Merkmale und Formen* der pflegerischen Betreuung. Hilfen bei den Alltagsverrichtungen können in Formen geleistet werden, die alternativ zueinander stehen: Eine Verrichtung des täglichen Lebens *kann* von der Pflegeperson auch dann vollständig übernommen werden, wenn der Pflegebedürftige in der Lage wäre, sie unter Anleitung ganz oder teilweise selbst auszuführen. Umgekehrt *kann* bei Pflegebedürftigen

auch dann, wenn sie nur über sehr geringe Selbsthilferessourcen verfügen, bei einer Vielzahl von Verrichtungen nach dem Grundsatz der aktivierenden Pflege verfahren werden. Dies ist selbst bei von Lähmung betroffenen Gliedmaßen prinzipiell nicht ausgeschlossen (Beispiel: die Pflegeperson führt die Hand des Pflegebedürftigen bei Verrichtungen der Körperhygiene). Ein solches Vorgehen hat sich in der Praxis als äußerst wirksames Mittel für den Erhalt oder die Wiedergewinnung von Selbsthilfepotentialen (etwa nach einem Schlaganfall) erwiesen und gilt heute als wichtiges Qualitätsmerkmal der Pflege; der zeitliche Aufwand kann jedoch um ein vielfaches höher liegen als bei der vollständigen Übernahme der betreffenden Verrichtung durch die Pflegeperson. Die Entscheidung für die eine oder andere Hilfeform führt also zu gänzlich unterschiedlichen Pflegezeiten.

Wie könnte mit diesem Problem im Rahmen eines Modells der Laienpflege verfahren werden? Nach den Qualitätskriterien, die im SGB XI und auch in den neuen Begutachtungs-Richtlinien benannt sind, wäre von den Formen einer auf die Aktivierung der Selbsthilferessourcen gerichteten Pflege auszugehen (s.o.). Die Folge bestünde in einem vermutlich nicht unerheblichen Anstieg des durchschnittlichen Leistungsanspruchs von Pflegebedürftigen, und es ist angesichts der Diskussion um die Kosten der Pflegeversicherung zweifelhaft, ob sich ein solcher Vorschlag in absehbarer Zeit politisch durchsetzen ließe. Die Alternative läge im Rückgriff auf Erfahrungswerte. Allerdings ist erneut darauf hinzuweisen, daß es bislang an empirisch gesicherten Erkenntnissen fehlt, auf deren Basis sich Formen und Qualitätsmerkmale der von Laien geleisteten Pflege verallgemeinernd (im Sinne einer »durchschnittlichen Pflege«) beschreiben ließen.

Mehr noch: Es fehlt an dem dafür notwendigen theoretischen Rüstzeug. Denn in der Praxis lassen sich die entsprechenden Hilfeformen nur in Ausnahmefällen in »Reinform« finden. Pflege ist in der Regel ein Mix aus Anleitung, Unterstützung, Beaufsichtigung und der Übernahme von Verrichtungen. Wie diese Elemente gewichtet sind, hängt z.B. von der Art der Verrichtung, von den verbliebenen (im Zeitverlauf schwankenden) Ressourcen des Pflegebedürftigen, den Qualitätsansprüchen und der Qualifikation sowie den zeitlichen Ressourcen der Pflegeperson, den räumlichen Rahmenbedingungen, den verfügbaren Hilfsmitteln und nicht zuletzt von der sozialen Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem ab. All diese Faktoren wären – auch in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit – zunächst einmal modellhaft zu formulieren und zu begründen. Hierbei könnte auf die Pflege-theorien zurückgegriffen werden, die seit einigen Jahren auch hierzulande verstärkt

Eingang in die Fachdiskussion gefunden haben (vgl. z.B. Mischo-Kelling/Wittneben 1995; Schaeffer et al. 1997). Die Schwierigkeit besteht jedoch darin, die oben angedeutete Komplexität des Pflegegeschehens in *quantifizierbare* Kategorien zu übersetzen. Pflgetheorien helfen an diesem entscheidenden Punkt wenig weiter, denn sie sind im allgemeinen schwer operationalisierbar und auch nicht auf die Quantifizierung des Pflegegeschehens ausgerichtet (vgl. ebd.).

Es zeigt sich also, daß die Entwicklung eines Modells der Laienpflege für den Kontext der Begutachtung unter den gegebenen Bedingungen nicht ohne weiteres möglich ist. Sie setzt, will man nicht den Weg einer rein normativen Festlegung beschreiten (davon scheinen alle Beteiligten Abstand zu nehmen), umfangreiche theoretische und empirische Vorarbeiten voraus – ganz abgesehen von der Klärung der rechtlichen Grundsatzfrage, in welcher Form ein solches Modell bei der Begutachtung überhaupt verwendet werden könnte.

Ein Bedarf ist trotz der neuen Begutachtungs-Richtlinien zweifellos vorhanden: So schreiben die Richtlinien vor, daß die »Individualität der Pflegeperson bzw. -personen« bei der Ermittlung des Hilfebedarfs nicht berücksichtigt werden darf (MDS 1997: 33). Bei der Begutachtung ist m.a.W. von einer »durchschnittlichen«, bislang jedoch nicht näher definierten Pflegeperson auszugehen. Dieser Grundsatz wurde in der Vergangenheit recht kontrovers diskutiert. Aus dem in § 3 SGB XI festgeschriebenen Vorrang der häuslichen Pflege läßt sich nämlich ableiten, daß die individuelle Lebenssituation des Antragstellers bei der Bemessung des Hilfebedarfs in besonderer Weise berücksichtigt werden muß. Ursprünglich war daher die Mehrheit der MDKs (ebenso wie eine Reihe von Sozialgerichten) der Auffassung, die Leistungsfähigkeit der Pflegeperson müsse bei der Ermittlung des Hilfebedarfs in Rechnung gestellt werden. Einzelne MDK-Vertreter hatten dagegen Bedenken angemeldet, »weil es in der Konsequenz beim Austausch der Pflegeperson zu einer Nachbegutachtung mit möglicher Umstufung kommen müßte« (Heine 1997: 54). Aus sozialrechtlicher Perspektive wurde die Problematik differenzierter dargestellt, allerdings keine abschließende Lösung vorgeschlagen: »Kann die Pflege nur durch eine oder mehrere Personen aus der Familie, dem Freundes- oder Bekanntenkreis oder der Nachbarschaft sichergestellt werden, so kann man nicht hypothetisch auf eine Pflegekraft mit durchschnittlicher Leistungsfähigkeit abstellen.« Diese Auffassung könne jedoch »dann nicht mehr uneingeschränkt durchgreifen, wenn für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der Zustand der Pflegeperson die wesentliche Ursache ist und nicht das Ausmaß der Hilflosigkeit des Pflegebedürftigen. Ein solches Ergebnis bedarf wegen

der Pflicht zur Gleichbehandlung einer Korrektur«. Ein Pflegebedürftiger, »der sich von einer konkreten Pflegeperson aus seinem Umfeld betreuen läßt, (kann) nicht verlangen, besser gestellt zu werden als jemand, der von vornherein nur auf die Inanspruchnahme von Pflegediensten angewiesen ist oder der sich für die Heimpflege entschieden hat« (Udsching 1997: 70). Kann aber, so ließe sich einwenden, das Argument der Gleichbehandlung an dieser Stelle angeführt werden, wenn der Zeitaufwand für eine professionelle Pflege ohnehin auf die Verhältnisse der Laienpflege umzurechnen ist? Und wie soll angesichts fehlender Kriterien (»durchschnittliche Leistungsfähigkeit«) der Punkt bestimmt werden, von dem an die Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation nicht mehr »uneingeschränkt« zulässig ist? Die mit den Begutachtungs-Richtlinien vollzogene Abkehr von der Individualität der Pflegeperson verweist erneut auf eine Leerstelle, weil die Charakteristika einer durchschnittlichen Pflegeperson aus den oben dargestellten Gründen unbestimmt bleiben müssen.

Die Schwierigkeiten, verallgemeinernde Aussagen über die Formen der Laienpflege zu treffen, spiegeln sich in den Richtlinien gleichfalls wider. Sie sind mit ein Grund dafür, daß die vorgegebenen Orientierungswerte zur Bemessung von Pflegezeiten eine vollständige Übernahme der Verrichtungen durch die Pflegeperson unterstellen. Dies ist die einzige Hilfeform, bei der eine Definition von Zeitmargen gegenwärtig möglich erscheint, weil sie mit der Annahme, der Pflegebedürftige verfüge über keinerlei Selbsthilferessourcen, die Komplexität der Pflegerealität auf eine weitgehend standardisierte Situation reduziert. Aufgrund dieser Reduktion wirken die Orientierungswerte wirklichkeitsfern, was neben der Frage, wie die einzelnen Werte hergeleitet und begründet werden können, zunächst Skepsis erzeugt hatte (vgl. Heine 1997: 57). Deshalb wird es bei der überwiegenden Mehrzahl der Antragsteller notwendig sein, von ihnen abzuweichen und eine entsprechende Begründung zu formulieren. Regelmäßige Abweichungen sind erst recht zu erwarten, wenn sich die Praxis dem von den Richtlinien formulierten Ideal der aktivierenden Pflege annähert, auf dessen Realisierung die Gutachter mit entsprechenden Empfehlungen hinwirken sollen. Insofern darf der Nutzen der Orientierungswerte nicht überschätzt werden.

Mit Blick auf die Qualität der Begutachtung stellt sich derzeit also nicht nur die Frage, ob die vorliegenden Orientierungswerte adäquat bemessen sind. Von noch größerem Interesse ist der Umgang der Gutachter mit diesen Vorgaben. Sollte sich erweisen, daß bei der großen Mehrzahl der Begutachtungen von den Orientierungswerten abgewichen wird, so wäre dies noch kein Anlaß zur Beunruhigung. Dieses Ergebnis

könnte sogar eher als Hinweis gewertet werden, daß die Gutachter den relativ differenzierten Handlungsanweisungen zum Umgang mit den Orientierungswerten folgen und nicht eine falsch verstandene Normenkonformität anstreben.

6. Fazit

Zahlreiche Schwierigkeiten und Ungereimtheiten, die im Rahmen der bisherigen Erfahrungen mit der Begutachtung sichtbar geworden sind, stehen im Zusammenhang mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit, von dem das SGB XI ausgeht (vgl. auch Cappell 1997). Nicht die für den Pflegebedürftigen charakteristischen Einschränkungen der selbständigen Lebensführung bilden den Maßstab für den Hilfebedarf, dieser wird vielmehr auf dem Umweg über die erbrachten Leistungen ermittelt. Die Einschränkungen sind für die Bemessung des Hilfebedarfs insofern von Bedeutung, als nach ihnen die Notwendigkeit der erbrachten Leistungen beurteilt wird. Für die Festlegung des Leistungsbedarfs selbst spielen sie jedoch eine marginale Rolle.

Indem nun das Leistungsgeschehen – Art, Häufigkeit und Dauer der Hilfeleistungen – zum zentralen Bezugspunkt erhoben wird, fließen zwangsläufig Variablen in die Bedarfsbemessung ein, deren Ausprägung durch den jeweiligen Leistungserbringer und die jeweiligen äußeren Umstände des Leistungsgeschehens bestimmt wird. Zugleich gilt es als ausgeschlossen, Standards zur Begrenzung der daraus resultierenden Varianzen einzuführen, weil damit der Grundsatz einer Bemessung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der *individuellen* Lebenssituation verletzt würde. Systematisch betrachtet kommt die Begutachtung jedoch nicht ohne Standards, nicht ohne ein Modell der Pflege als Bezugsrahmen zur Beurteilung des Hilfebedarfs aus. Darin liegt der vielleicht weitreichendste innere Widerspruch: Die Pflegeversicherung braucht diesen Bezugsrahmen, und zugleich scheint sie ihn auszuschließen.

Der hier zur Debatte stehende Begriff der Pflegebedürftigkeit führt damit in kaum überschaubare Verstrickungen und nötigt, um Hilfebedarf überhaupt meßbar zu machen, zu fachlich wenig überzeugenden Hilfskonstruktionen. Unter diesen Bedingungen sind klare Maßstäbe zur Ermittlung des Hilfebedarfs schwer vorstellbar. Trotz intensiver Bemühungen ist es auch mit den neuen Begutachtungs-Richtlinien nicht gelungen, einen Weg zu finden, die an entscheidenden Punkten bestehenden Leerstellen des Begutachtungsinstrumentariums aufzufüllen. Man darf also gespannt sein, wie die Diskussion um Grundsatzfragen der Bemessung von Pflegebedürftigkeit im Zuge der Erfahrungen mit

den neuen Vorgaben, aber auch vor dem Hintergrund der in näherer Zukunft zu erwartenden Rechtsprechung weitergeht.

Schließlich verweist die Begutachtungsproblematik einmal mehr auf Entwicklungsbedarfe im Bereich der pflegewissenschaftlichen Theoriebildung und Grundlagenforschung. Die hierzulande diskutierten, überwiegend aus dem anglo-amerikanischen Raum stammenden Pflege-theorien bieten dabei sicherlich Ansatzpunkte, allerdings können die von ihnen vorgeschlagenen Konzepte und Modelle erfahrungsgemäß nicht einfach übernommen werden, insbesondere nicht im vorliegenden Fall, in dem eher eine empirisch »gesättigte« Theoriebildung zur Erschließung des Feldes der Laienpflege gefragt ist. Die hierzu erforderliche Grundlagenforschung ist in Deutschland erst im Ansatz entwickelt, die Laienpflege hat im Rahmen der Pflegeforschung bislang wenig Beachtung gefunden. Erst wenn den daraus resultierenden Entwicklungsbedarfen Rechnung getragen worden ist, wird es möglich sein, ein Modell der Laienpflege zu generieren, das einen hinreichend abgesicherten Bezugspunkt zur Beurteilung des Pflegegeschehens zur Verfügung stellt.

Korrespondenzadresse

Klaus Wingenfeld

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Postfach 100131

33501 Bielefeld

Literatur

- Böhme, H. (1995): Die neue Pflegeversicherung. In: H. Steppe; E. Ulmer; R. Saller; P. Tuschen (Hg.): Begutachten, forschen, Qualität sichern. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, 56-68
- Cappell, E. (1997): Probleme bei der Bestimmung des Pflegebedarfs im Pflegeversicherungsgesetz. *Pflege & Gesellschaft* 2, 2: 1-4
- Cappell, E.; Meyer, J.-A. (1996): Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 1, 1: 3-7
- Domscheit, S.; Wingenfeld, K. (1997): Unterschiede in der Begutachtungspraxis bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern in Nordrhein-Westfalen. Bielefeld
- Heine, U. (1997): Probleme in der Begutachtung der ambulanten und stationären Pflege aus sozialmedizinischer Sicht. In: Ärztekammer Westfalen-Lippe; Akademie für Sozialmedizin Bochum (Hg.): 4. Sozialmediziner-Tag in Bad Salzuflen am 13./14. September 1996: Pflegeversicherung – neue Herausforderung für die Sozialmedizin. Münster, 51-58
- Kliebsch, U.; Reiser, K.; Brenner, H. (1997): Reliabilitätsstudie zum Begutachtungsverfahren der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung. *Gesundheitswesen* 59, Sonderheft 1: 34-41

- MDS (Hg.) (1995): Begutachtungsanleitung Pflegeversicherung gemäß SGB XI. Essen
- MDS (Hg.) (1997): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen
- Mischo-Kelling, M.; Wittneben, K. (Hg.) (1995): Pflegebildung und Pflegetheorien. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- PfIRi (1995): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PfIRi) in der Fassung vom 21.12.1995
- Pick, P.; Leistner, K. (1996): Begutachtung in stationären Alteneinrichtungen – Eine Zwischenbilanz. Die Krankenversicherung 48: 206-210
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Steppe, H.; Meleis, A. (Hg.) (1997): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Schaller, H.; von Mittelstaedt, G. (1996): Perspektiven sozialmedizinischer Beratung und Begutachtung am Beispiel des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Gesundheitswesen 58, Sonderheft 3: 188-193
- Schneekloth, U. (1996): Pflegebedürftigkeit im regionalen Vergleich. Gutachten. München: Infratest Burke Sozialforschung
- Sitte, M. (1997): Qualität der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit verbessern. DOK 79: 497-503
- Udsching, P. (1997): Rechtsfragen bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. In: Ärztekammer Westfalen-Lippe; Akademie für Sozialmedizin Bochum (Hg.): 4. Sozialmediziner-Tag in Bad Salzuflen am 13./14. September 1996: Pflegeversicherung – neue Herausforderung für die Sozialmedizin. Münster, 59-72