

Ouart, Lydia-Maria

Book Part — Published Version

„Umrechnen auf täglich“: wie in Pflegegutachten Zahlen entstehen

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Ouart, Lydia-Maria (2010) : „Umrechnen auf täglich“: wie in Pflegegutachten Zahlen entstehen, In: Kontopodis, Michalis Niewöhner, Jörg (Ed.): Das Selbst als Netzwerk: zum Einsatz von Körpern und Dingen im Alltag, ISBN 978-3-8394-1599-3, transcript Verlag, Bielefeld, pp. 135-165,
<https://doi.org/10.14361/transcript.9783839415993.135>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/155373>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

„Umrechnen auf täglich“

Wie in Pflegegutachten Zahlen entstehen

LYDIA-MARIA OUART

PS	Bezeichnung	Grundpflege (mind.) pro Tag	Sachleistungen pro Monat	Pflegegeld pro Monat
I	erhebliche Pflegebedürftigkeit	46 min.	420 €	215 €
II	Schwerpflegebedürftigkeit	120 min.	980 €	420 €
III	Schwerstpflegebedürftigkeit	240 min.	1470 €	675 €

Tabelle 1: Pflegestufen (PS)¹

Wer in Deutschland pflegebedürftig ist, hat Anspruch auf eine finanzielle Unterstützung aus der Pflegekasse.² Ob jemand pflegebedürftig ist, beurteilt ein „Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB³ XI“, das der Medizinische Dienst der Krankenversiche-

1 Eigene Darstellung nach den Angaben in §15 SGB XI und in § 37 Abs. 1.3 SGB XI in der Fassung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28.5.2008 (BGBl. 2008).

2 Als gesetzliche Pflichtversicherung gibt es die Pflegeversicherung in Deutschland seit 1995.

3 Sozialgesetzbuch.

rung⁴ (MDK) erstellt. Eine Gutachterin⁵ des MDK fährt zu Menschen, die einen Antrag auf Pflegeleistung gestellt haben, nach Hause oder in ein Pflegeheim und sammelt in einem Formular Informationen über deren Befinden und zu erwartende gesundheitliche Entwicklung. Gemessen wird Pflegebedürftigkeit in Minuten. Das heißt, in dem Formular wird angegeben, wie lange jemandem bei bestimmten alltäglichen Verrichtungen geholfen werden muss. Ergibt das Gutachten, dass eine Person beispielsweise 52 Minuten pro Tag gepflegt werden muss, so ist sie „erheblich pflegebedürftig“ und erhält Unterstützung gemäß der Pflegestufe I (Abb. 1).⁶ Das Resultat der Begutachtung ist also eine Zahl. Sie definiert, wie viele Minuten Pflege pro Tag jemand benötigt. Sie entscheidet, ob jemand pflegebedürftig *ist*. Diese Zahl teilt den Gutachterinnen niemand mit und sie wird auch nicht einfach gemessen. Die Gutachterinnen stellen sich nicht mit einer Stoppuhr neben die Antragsteller_innen⁷ und prüfen, wie viele Minuten lang diese gewaschen oder angezogen werden. Stattdessen müssen sie gemäß gesetzlichen Vorgaben und unter Berücksichtigung der Informationen, die sie während der Begutachtung erhalten, Zeitwerte schätzen und in das Formular eintragen. In meinem Text beschreibe ich anhand ethnographischer Daten, wie die Zahlen in den Gutachten zustande kommen. Zu diesem Zweck setze ich bei der Begutachtungspraxis selbst an. Ich frage: Was passiert? Wer und was ist beteiligt? Was wird gesagt? Was wird getan? Meine Überlegungen zielen darauf, die „unsichtbaren Mechanismen“ hinter der Klassifikation (Bowker/Star 1999) sichtbar zu machen.

4 Der MDK ist ein unabhängiger Gutachterdienst, der im Auftrag der Krankenkassen Pflegebedürftigkeit feststellt und darüber hinaus Qualitätskontrollen in Pflegeeinrichtungen durchführt.

5 Ich verwende die weibliche Form, weil ich bis auf eine Ausnahme nur Gutachterinnen begegnet bin.

6 Die endgültige Entscheidung trifft die Krankenkasse, die aber in den meisten Fällen (die Schätzungen der Gutachterinnen variieren von 70-99%) der Empfehlung des MDK folgt.

7 Ich spreche von Antragsteller_innen, auch wenn es sich teilweise um Personen handelt, die selbst nicht in der Lage sind, einen Antrag zu schreiben.

Wer sich mit Pflegebedürftigkeit beschäftigt, stößt zunächst auf eine gesetzliche Definition. Das Sozialgesetzbuch (SGB) spricht von Pflegebedürftigkeit, wenn Menschen

„wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße [...] der Hilfe bedürfen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI)

Der gesetzlichen Definition stehen Konflikte in der Praxis gegenüber. Bei meinen Interviews und Recherchen zum Thema begegneten mir oft Frustration und Wut. Bekannte berichteten von Angehörigen, die lange um eine Pflegestufe kämpfen mussten. Mitarbeiter_innen aus Pflegeheimen klagten über unbarmherzige Ämter und beschrieben den MDK als eine willkürlich urteilende Institution. Medienrecherchen förderten Skandalberichte zutage, nach denen manche Heime den Gesundheitszustand von Heimbewohner_innen absichtlich negativ beeinflussten, um möglichst hohe Pflegegelder zu kassieren (Berliner Zeitung 19.2.2007). Ein Teil der Konflikte entsteht sicher, weil mit der Festlegung von Pflegestufen etliche finanzielle Gesichtspunkte verbunden sind: Die Unterstützungsleistungen⁸ aus der Pflegeversicherung tragen dazu bei, dass Menschen sich einen ambulanten Pflegedienst und teure Hilfsmittel leisten können oder in der Lage sind, einen Platz in einem Pflegeheim zu bezahlen. Ebenso stehen Pflegeheime vor finanziellen Abwägungen, um eine ‚gute‘ Pflege bieten und ihre Angestellten angemessen entlohnen zu können. Diskutiert wird die Pflegestufenfestlegung oft unter dem Diktum von *Gerechtigkeit*. Pflegekräfte, Betroffene und MDK-Mitarbeiter_innen fordern, dass die Regelungen des elften Sozialgesetzbuches für alle Versicherten gleichermaßen gelten sollen. Wer Beiträge zur Pflegeversicherung gezahlt hat, will daraus Unterstützung erhalten. Die Gutachten des MDK sollen ‚gerecht‘ ausfallen. Dieser Argumentation zufolge ist ein Gut-

8 Unterschieden wird zwischen Sachleistungen (d.h. Betreuung durch einen Pflegedienst) und Pflegegeld (§§ 36-45 SGB XI). Der Pflegereform von 2008 entsprechend werden die Sätze in den nächsten Jahren stufenweise erhöht (BGBl. 2008). Abb. 1 gibt die ab 1.7.2008 geltenden Beträge an.

achten, das ‚willkürlich‘ – also nicht aufgrund ‚objektiver‘ Kriterien – zustande kommt, ungerecht.

Das Problem mangelnder Gerechtigkeit der Gutachten thematisieren mehrere pflegewissenschaftliche Arbeiten und fordern eine ‚korrekte‘ Anwendung des Sozialgesetzes (Bartholomeyczik/Halek 2004; Gültekin/Liebchen 2003; Halek 2003; Reisach 2002). Häufig kritisieren solche Texte die Kategorien und Zeitwerte, anhand derer Pflege definiert wird, als unrealistisch (Bartholomeyczik 2005; Cappell 1997; Haux 2006; Reisach 2006). Die wenigen empirischen Untersuchungen zur Begutachtungspraxis (Bartholomeyczik et al. 2001; Reisach 2002; Reiser 1997) stammen aus der Zeit unmittelbar nach Einführung der Pflegeversicherung und schlagen verschiedene Alternativsysteme zur Begutachtung vor. Studien, die sich direkt auf das deutsche System der Pflegestufenfestlegung beziehen, gibt es in der Sozial- und Kulturanthropologie nicht. Dagegen lassen sich eine Reihe von Arbeiten finden, die sich aus soziologischer und sozialanthropologischer Perspektive mit der Funktion und Entstehung von Klassifizierungen beschäftigen⁹ (Bowker/Star 1999) oder nach der politischen Wirkung von Standardisierungen fragen (Timmermans/Berg 2003). Einzelne Studien fokussieren die Bedeutung von Akten und Protokollen für die medizinische Praxis (Berg/Harterink 2004; Berg 1997; 1998; Cowley et al. 2004; Greatbatch et al. 2005).

Basierend auf Ergebnissen meiner Feldforschung beschreibe ich in diesem Text die Begutachtungspraxis des MDK. Dabei skizziere ich zunächst meinen methodischen und theoretischen Ansatz, der sich an Akteur-Netzwerk-Theorie orientiert. Anhand einzelner Beobachtungen aus meiner Forschung erläutere ich dann, welche unterschiedlichen Aspekte in das Gutachten einfließen, und beschreibe, mittels welcher Mechanismen in den Begutachtungen Zahlen produziert werden. Im letzten Teil der Arbeit versuche ich Erklärungen für die aufgeladene Debatte um die (Un-)Gerechtigkeit der Pflegestufenfestlegung zu finden, indem ich zwei sich widersprechende Arten der Klassifikation beschreibe, die in dieser Kontroverse aufeinander stoßen.

9 Grundlegend für viele spätere genealogische Arbeiten: Foucault (1991).

METHODISCHER UND THEORETISCHER ANSATZ

Meine Feldforschung unternahm ich von August bis September 2007. Um mich mit dem Pflegebereich vertraut zu machen, besuchte ich zunächst zwei Wochen lang regelmäßig ein Berliner Pflegeheim, wo ich mit Bewohner_innen¹⁰ und Mitarbeiter_innen über Pflege und Pflegebedürftigkeit sprach. Da ich mich in diesem Artikel auf die Begutachtungspraxis konzentriere, taucht dieser Teil der Forschung nicht in Form von Zitaten auf. Dennoch bilden die Perspektiven der Pflegenden und Gepflegten den Hintergrund, vor dem ich die Begutachtungen sehe. Die zweite Phase der Forschung bildete eine teilnehmende Beobachtung in einer Leitstelle¹¹ des MDK Berlin/Brandenburg. Da es beim MDK häufig Hospitationen von Auszubildenden oder Beschäftigten aus dem Pflegebereich gibt, genügte eine formlose Anfrage, um dort Zugang zu erhalten. Mein Status als ‚Hospitantin‘ führte dazu, dass mir Gutachterinnen und Mitarbeiter_innen gern Auskunft über ihre Tätigkeit gaben und geduldig die Hintergründe der Pflegeversicherung erläuterten. Mehrfach äußerten sie, dass es wichtig sei zu zeigen, dass der MDK eine transparente Institution sei, die einem Gesetz entsprechend nachvollziehbar urteile. Zwei Tage lang erlebte ich die Arbeitsabläufe in den Büroräumen des MDK. Ich führte dort drei informelle, offene Interviews¹² (Schmidt-Lauber 2000) mit dem Leiter der Leitstelle und mit zwei Gutachterinnen¹³ über die Pflegeversicherung und ihre Erfahrungen mit Begutachtungen. Einen ganz anderen Blick auf die Begutachtungspraxis vermittelten mir die Mitarbeiterin-

10 In narrativen Interviews mit acht Bewohner_innen fragte ich nach dem Alltag im Heim und nach persönlichen Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit. Die Pflegedienstleiterin des Heims hatte mir Kontakte zu Bewohner_innen vermittelt, bei denen es kürzlich eine Änderung in der Pflegestufe gegeben hatte.

11 Die Berliner Leitstellen sind grob nach den Stadtbezirken gegliedert.

12 Ich zeichnete diese Interviews nicht auf. Trotz des einfachen Zugangs hatte ich den Eindruck, in einem mit Konflikten aufgeladenen Feld zu agieren. Ein Aufnahmegerät hätte den Gesprächen womöglich einen ‚Prüfungs‘-Charakter gegeben und verhindert, dass die Gutachterinnen so offen über ihre Arbeit sprachen.

13 Die Auswahl ergab sich notgedrungen aus der zufälligen Anwesenheit der Mitarbeiter_innen und Gutachterinnen in der Dienststelle.

nen des Sekretariats durch die Erläuterung der Software, die die Planung der täglichen Routen der Gutachterinnen unterstützt. Obwohl ich von den Gutachterinnen später meist als Kollegin oder Praktikantin vorgestellt wurde, blieb mein ethnologisches Interesse an der Praxis der Pflegestufenfestlegung schwer zu vermitteln – schienen doch die Begutachtungen ‚normaler‘ Menschen uninteressante, technische Prozesse zu sein. Diese Normalität ‚gewöhnlicher‘ Begutachtungen bildet ein wichtiges Thema meines Artikels. An drei Tagen begleitete ich Gutachterinnen zu insgesamt zwölf Begutachtungen, die in Pflegeheimen oder Privathaushalten stattfanden. Wenn ich in meinem Artikel die *Praxis* der Begutachtungen fokussiere, so heißt das, dass ich vordergründig von meinen Beobachtungen, die ich während dieser Begutachtungen gemacht habe, ausgehe. In Form von Feldnotizen hielt ich Beschreibungen¹⁴ von Räumen, Personen und Gegenständen, Zitate aus Gesprächen und Schilderungen von Handlungen fest. Im Sinne von Akteur-Netzwerk-Theorie (Latour 2005; Law 1994; Law/Hassard 1999) ging ich davon aus, dass menschliche wie nicht-menschliche Akteure Handlungsträgerschaft besitzen. Das bedeutet, dass für den Ablauf der Begutachtungen nicht nur das Verhalten der Gutachterinnen und Antragsteller_innen entscheidend ist, sondern dass auch Geräte, Dokumente, der Terminplan etc. den Ablauf der Begutachtung wesentlich beeinflussen. Das Gutachtenformular, das ein bestimmtes standardisiertes Format hat, ist beispielsweise ein handlungsmächtiger Aktant,¹⁵ der in hohem Maße darüber entscheidet, welche Form das Gutachten annehmen kann.

Zu meinen Feldnotizen kamen in der Analyse¹⁶ Skizzen, Interviewtranskripte, Gutachten,¹⁷ Flyer und Zeitungsartikel hinzu. Adele

14 Emerson et al. (1995) folgend versuchte ich Beschreibungen so detailliert wie möglich festzuhalten und in den Notizen jegliche Interpretationen zu vermeiden. Dennoch sind meine Aufzeichnungen schon allein durch die unvermeidliche Auswahl dessen, was ich aufschrieb oder ausließ, Interpretation.

15 Zu Erläuterungen des Aktanten-Konzepts vgl. Johnson (alias Latour) 1988.

16 Teilweise arbeitete ich mit einer Software zur Analyse qualitativer Daten, die auf Grounded Theory (Glaser/Strauss 1998) basiert.

17 Ich erhielt nach der Hospitation fünf anonymisierte Gutachten zur Einsicht.

Clarkes *situational analysis* (2005) folgend¹⁸ legte ich Karten an, in denen ich aufführte, welche Aktanten in den Begutachtungen anwesend sind und welche Beziehungen zwischen ihnen bestehen. Gleichzeitig versuchte ich, die Wirkung ‚unsichtbarer‘ Aktanten (Mol/Law 2002) zu berücksichtigen. Ein wesentliches Ziel der folgenden Abschnitte ist daher, „the field’s messiness, contradictions, and heterogeneities“ (Mathar 2008: 30) widerzuspiegeln und damit Anregungen zum Verständnis der Begutachtungspraxis anzubieten.

ANALYSE VON BEGUTACHTUNGSPRAXEN

Bei den Begutachtungen treffen die Gutachterinnen auf Menschen, die einen „Antrag auf Pflegebedürftigkeit“ gestellt haben, sowie deren Pfleger_innen und/oder Angehörige. Innerhalb von 30 bis 60 Minuten prüfen sie körperliche Funktionen der Antragsteller_innen (durch Bewegungen der Arme und Beine) und testen deren geistige Orientierung (durch Fragen nach dem Datum und Alter). Den Hauptteil der Begutachtung bildet die Ermittlung des „Pflegebedarfs“: In einem Formular halten die Gutachterinnen fest, wie viele Minuten Hilfe jemand bei bestimmten Alltagshandlungen¹⁹ benötigt. In den folgenden Abschnitten beschreibe ich, welche Aspekte in die Gutachten einfließen und wie die Minutenangaben und Formulierungen darin zustande kommen.

Handeln nach dem Gesetz

Dass allein das Gesetz ausschlaggebend für die Beurteilung sei, ist die erste Lektion, die ich beim MDK lerne. Eine Gutachterin belehrt mich gleich bei unserer ersten Begegnung: „Es gibt ein Gesetz und danach muss man sich richten.“ (FN²⁰ 13) Wann immer ich frage, was ich über die Pflegeversicherung und die Begutachtungen wissen müsse,

18 Ich beschränke mich auf den ersten Schritt von Clarkes Analyse (2005). Die Dimension der social world/arena lasse ich weitestgehend aus.

19 Laut SGB XI zählen dazu Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung (§ 14 Abs. 4).

20 Mit „FN“ sind Verweise auf meine Feldnotizen bezeichnet. Die Nummerierung verweist auf den Tag der Forschung.

drücken mir die MDK-Mitarbeiter_innen die „Richtlinie“²¹ in die Hand. Dieses gut 100-seitige Dokument spezifiziert die Regelungen des elften Sozialgesetzbuches (SGB XI), indem es konkret vorgibt, welche Verrichtungen als Pflege zählen. Darauf wird auch in der Begutachtung selbst verwiesen, wenn Unstimmigkeiten auftreten. Als ein Antragsteller sich wundert, warum ihn die Gutachterin nach körperlichen Beschwerden frage, obwohl er doch gesund sei, rechtfertigt sie sich: „Ich muss ja alles abfragen.“ (FN 16) Mit der Formulierung „muss“ weist sie auf die ‚Pflicht‘ hin, bestimmte Punkte auch dann abzufragen, wenn sie vermeintlich unwichtig oder augenfällig sind. Diese Notwendigkeit begründen mehrere Gutachterinnen mit ‚Gerechtigkeit‘: Die korrekte Anwendung des Gesetzes sei notwendig, weil dadurch alle Antragstellenden gleich – und damit gerecht – beurteilt würden.

Mir wird aber ebenfalls erzählt, dass die Befolgung des Gesetzes mit Schwierigkeiten verbunden sei. So meint ein Mitarbeiter des MDK, die genaue Definition von Pflegebedürftigkeit im Gesetz sei ein „Problem“. Er zählt die einzelnen Verrichtungen auf, die laut Richtlinie als Pflege gelten und konstatiert: „Schluss. Aus. Mehr nicht.“ Wenn „die Leute“ kämen und sagten: „Spazieren gehen, mit jemandem reden – das ist doch alles Pflege“, dann erwidere er als Gutachter: „Nee, nee, nee.“ Dabei, so der Mitarbeiter, sei das „von der Logik nicht nachzuvollziehen.“ (FN 13) Dass bestimmte gesetzliche Festlegungen nicht sofort verständlich seien, beschreibt auch eine Gutachterin: Wenn z.B. eine Frau, deren bettlägeriger Mann einen Katheter habe, zu ihr sage: „Er kann noch nicht mal laufen“, dann müsse die Gutachterin antworten: „Ja, umso schlimmer.“ Könnte der Mann laufen oder einen Rollstuhl benutzen, würde die Begleitung zur Toilette als Pflege zählen, aber durch die Benutzung des Katheters sei diese Betreuung nicht nötig. (FN 13) An den Problematisierungen der Gutachterinnen wird sichtbar, dass es unterschiedliche – teilweise widersprüchliche – Konzepte von Pflegebedürftigkeit gibt. Während für die pflegende Ehefrau die Bettlägerigkeit ihres Mannes ein deutliches Zeichen für seine Pflegebedürftigkeit ist, besteht nach der gesetzlichen

21 Die „Richtlinie [...] zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ wurde 1997 vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, dem MDK, den Spitzenverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Bundesministerien erstellt (MDS 2006: 3).

Richtlinie in diesem Fall kein (bzw. ein geringer) Betreuungsaufwand. Dabei sind die verschiedenen Perspektiven auf Pflegebedürftigkeit nicht mit den unterschiedlichen ‚social worlds‘ (Star/Griesemer 1999) kongruent. Es lässt sich nicht behaupten, dass die MDK-Mitarbeiter_innen prinzipiell anders über Pflege denken als Laienpfleger_innen. Stattdessen werden verschiedene Sichtweisen von ein und derselben Person je nach der Rolle, in der sie sich befindet, anders performiert: Als Privatperson beschreibt der oben zitierte MDK-Mitarbeiter die Richtlinie als problematisch und teilweise unlogisch. In der Funktion als Gutachter dagegen betrachtet er sie als bindend und orientiert seine Urteile daran.

Die Richtlinie gibt nicht nur vor, *was* als Pflege zählt, sondern auch *wie viel Zeit* für jede Hilfshandlung ungefähr veranschlagt werden kann. Ein Bad, bei dem eine Person voll unterstützt²² werden muss, dauert demnach 20 bis 25 Minuten. Außerdem ist darin angegeben, *wie oft* eine Handlung normalerweise ausgeführt wird. Die längstmögliche Hilfe beim Essen wäre 3x20 Minuten pro Tag, für das Trinken berechnet man 7x1 Minute. Diese „Zeitkorridore“ sollen als Orientierung dienen, d.h. sie können über- oder unterschritten werden, denn maßgeblich sei die „individuelle Pflegesituation“ (MDS 2006: 48). Frage ich, wie die vorgegebenen Minuteneinteilungen zustande gekommen sind, so erhalte ich widersprüchliche Antworten. Ein MDK-Mitarbeiter beschreibt, man habe einige 1000 Gutachten erstellt und „wirklich gemessen, wie lang braucht eine Tochter um eine Mutter zu pflegen“²³ (FN 13). Die Zeitwerte erscheinen dabei als objektive, ‚wissenschaftlich‘ erhobene Größen. Der Kommentar einer Gutachterin verweist auf eine viel pragmatischere Entstehung der Minutenangaben. Achselzuckend meint sie, anfangs habe man „Pi mal Daumen“ (FN 12) berechnet, wie lange die einzelnen Verrichtungen dauerten. Sie fügt hinzu: „Das hat dann jemand so ausgedacht, sag ich mal.“ (FN 12)

Verschiedene Autor_innen beschreiben, wie medizinische Standards und Kategorien in politischen Prozessen ausgehandelt werden

22 Als Arten der Hilfeleistung werden T (Teilweise Übernahme), U (Unterstützung), V (vollständige Übernahme), B (Beaufsichtigung) und A (Anleitung) unterschieden. Zur Erläuterung: <http://pflgestufe.info/pflgeformen.html> [Zugriff am 27.8.2009].

23 Die Richtlinie gibt an, wie viele Minuten ein_e *Laienpfleger_in* benötigt.

(Timmerman/Berg 2003; Bowker/Star 1999). Auch in die Entwicklung der Richtlinie und der gesetzlichen Pflegedefinition flossen politische und finanzielle Überlegungen verschiedener Interessengruppen ein (Hallensleben 2004). Dass die Festlegung, was Pflege *ist*, keineswegs absolut oder natürlich ist, verschwindet jedoch in der täglichen Begutachtungspraxis aus dem Blickfeld. Die Gutachtenkategorien sind – einmal definiert – unhinterfragbare Realität; und obwohl die Gutachterinnen manches kritisch sehen, folgen sie den Vorgaben der Richtlinie. In diesem Argumentationsrahmen ist die strikte Befolgung der Vorgaben Voraussetzung für die Objektivität der Bewertung, denn nur auf diese Weise könnten alle Versicherten gleich beurteilt werden.

Die bisherige Darstellung erweckt den Anschein, als bestünde ein direkter Zusammenhang zwischen der Richtlinie und der im Gutachten getroffenen Entscheidung: Die individuelle Situation von Antragsteller_innen muss ‚nur‘ den Kategorien des Gutachtenformular entsprechend beschrieben werden, dann zeigt sich, ob und wie pflegedürftig jemand ist. Wie aber geht das konkret vor sich? Die Gutachterinnen benötigen ein *spezifisches* Wissen über die Antragsteller_innen und müssen das Gutachten deshalb in einer persönlichen Begegnung erstellen. Im nächsten Abschnitt beschreibe ich, woraus dieses Wissen (in der Logik der Gutachten) besteht und wie die Gutachterinnen es produzieren.

Körper, Dokumente und Erzählungen

Wenn die Gutachterinnen zur Begutachtung in ein Pflegeheim kommen, begeben sie sich zuerst in das Dienstzimmer der Pflegekräfte, wo sie ein kurzes Gespräch mit einer Pflegekraft führen und die Akten der Antragstellenden, die unter anderem ärztliche Diagnosen und Vorgutachten enthalten, durchsehen. Danach gehen sie gemeinsam mit der Pflegekraft zu den Antragstellenden. Die häusliche Begutachtung setzt erst an dieser Stelle ein. Die Begegnung mit den Antragstellenden ist einerseits ein Gespräch, andererseits eine Untersuchung körperlicher Funktionen. Beim Besuch bei einem älteren Mann, der von seiner Ehefrau gepflegt wird, fragt die Gutachterin den Antragsteller z.B. zunächst, wie es ihm geht und bittet ihn zu schildern, bei welchen Handlungen er Hilfe benötigt. Dann führt sie Übungen mit ihm durch. Der Antragsteller soll z.B. die Arme hinter dem Rücken verschränken oder im Sitzen die Beine anheben. Nicht nur bei diesen expliziten

Tests sondern während der gesamten Visitation beobachtet die Gutachterin den Körper des Antragstellers und vergleicht diese Beobachtungen mit seinen Aussagen. Dies wird in der folgenden Szene deutlich.

Als wir aus der Wohnung kommen, sagt die Gutachterin zu mir: „Sag ich Ihnen gleich, die [der Antragsteller und seine Ehefrau, LMO] kriegen keine II.“ Sie begründet: „Der ist mir zu mobil.“ Sie meint, der Mann könne doch gehen, die Frau solle sich mal nicht so haben. Deshalb habe sie ihn auch im Bett aufsitzen lassen. Sie habe sich so etwas schon gedacht – der habe doch viel gesünder gewirkt, als er saß. Außerdem habe er ja gezielt nach den Apfelstücken greifen können. So pflegebedürftig sei er also gar nicht. (FN 15)

In der Begutachtung hatte die Ehefrau immer wieder betont, wie unsicher ihr Mann sei, und dass er für viele alltägliche Handlungen zu schwach sei. Die Gutachterin hatte diesen Schilderungen kommentarlos gelauscht. Erst nach der Visitation macht sie mit ihrem Kommentar mir gegenüber deutlich, dass sie die Schilderungen mit dem Körper des Antragstellers verglichen und letzterem mehr Gewicht beigemessen hat: Dass er gezielt nach den Apfelstücken greifen kann, spricht ihrer Meinung nach dafür, dass der Antragsteller seine Hände koordiniert bewegen kann. Weil der Mann außerdem auf ihre Aufforderung hin durch das Zimmer gehen kann, und weil er im Sitzen ihrer Ansicht nach „gesünder wirkt“, ist er zu „mobil“ für die Pflegestufe II. Wie sich der Körper dieses Antragstellers während der Begutachtung verhält, oder genauer gesagt: Wie sein Körper sich in den Augen der Gutachterin verhält, ist also eine wesentliche Grundlage für die Einträge, die die Gutachterin im Formular vornimmt.

Die Erzählungen, die mit den Körpern der Antragsteller_innen verglichen werden, werden in Heimen zusätzlich den vorhandenen Dokumenten gegenüber gestellt. Nach der Visitation bei der/dem Antragstellenden begibt sich die Gutachterin gemeinsam mit der Pflegekraft zurück ins Dienstzimmer und nimmt die Pflegedokumentation zur Hand. Eine solche Akte hat jede_r Heimbewohner_in. Sie besteht meist aus verschiedenfarbigen Pappbögen, in die eingetragen wird, zu welcher Tageszeit welche Pflegemaßnahmen durchgeführt werden und welche Medikamente jemand erhält. Diese Dokumentation gleichen die Gutachterinnen mit den Antworten der Pflegekräfte ab:

Die Gutachterin fragt, ob die Bewohnerin Getränke allein eingießen kann. Die Schwester antwortet: „Kann sie. Aber da müssen wir drauf achten, dass sie das dann auch macht.“ Nach einem prüfenden Blick in die Dokumentation fragt die Gutachterin: „Wo steht denn das?“ Die Schwester lacht: „In meinem Kopf.“ Trocken erwidert die Gutachterin: „Da soll’s auch hin.“ Die Schwester wird ernst: „Steht’s nicht drinne?“ Die Gutachterin verneint. (FN 16)

Bevor die Gutachterin eine Information – etwa, dass diese Heimbewohnerin zum Trinken aufgefordert werden muss – in das Formular einträgt, ‚überprüft‘ sie, ob sich diese Aussage in der Dokumentation wieder findet. Dass die Information nur ‚im Kopf‘ der Schwester steht, heißt zwar nicht zwangsläufig, auch nicht im obigen Beispiel, dass die Gutachterin die Schilderung der Schwester nicht berücksichtigt, aber in jedem Fall verursacht eine Nichtübereinstimmung von schriftlicher und mündlicher Angabe Diskussionen und Kritik von Seiten der Gutachterin. Dabei unterliegen die unterschiedlichen Informationen offenbar einer Hierarchie: In vielen Fällen haben schriftliche Angaben das größere Gewicht. Eine Gutachterin erklärt mir: Wenn eine Person „geistig fit“ wirke, aber in ihrer Akte stehe, dass sie einen Betreuer²⁴ habe, löse dies bei ihr ein „Alarmklingeln“ aus, denn das bedeute, dass die Person eben nicht so selbstständig sein könne, wie es den Anschein habe (FN 14). Den vorhandenen Materialitäten – seien es Körper oder Dokumente – messen die Gutachterinnen häufig ein größeres Gewicht bei als den mündlichen Schilderungen.

In diesem Abschnitt habe ich gezeigt, dass in der Begutachtung anwesende Materialitäten und Aussagen gegeneinander abgewogen werden. Wie aber wird entschieden, welche dieser vielfältigen Informationen in das Gutachten aufgenommen werden? Wie ich nun darstellen werde, ist für diese Auswahl zu einem großen Teil das Gutachtenformular verantwortlich.

Das Formular

Das Formular, in dem der Zustand der Antragstellenden beschrieben wird, besteht aus mehreren Bereichen. Textabschnitte geben z.B. Auskunft über Krankheiten und die „pflegerrelevante Vorgeschichte“; Ta-

24 Betreuer_innen sind gesetzliche Vertreter_innen, die sich insbesondere um finanzielle und bürokratische Belange von Pflegebedürftigen kümmern.

bellen (mit Erläuterungen) halten fest, wie viel Pflege für „Körperpflege“, „Ernährung“ und „Mobilität“ geleistet werden muss. Diesen Bereichen folgend sprechen die Pfleger_innen und Gutachterinnen in einer bestimmten Reihenfolge über bestimmte Dinge:

Zurück im Dienstzimmer beginnt die Pflegedienstleiterin (PDL) sofort damit die Krankheiten der Antragstellerin aufzuzählen. Doch die Gutachterin unterbricht sie: „Jetzt mal der Reihe nach.“ Sie liest die Kategorien des Formulars vor und stellt Fragen: „Hat sie auch...? Braucht sie auch...?“ Die PDL antwortet jeweils nach kurzer Überlegung. (FN 14)

Pflegedienstleiterin und Gutachterin führen hier kein offenes Gespräch über das Befinden der Antragstellerin, sondern orientieren sich am Formular. Die Initiative geht dabei von der Gutachterin aus: Sie unterbricht die Pflegedienstleiterin in ihrer spontanen Schilderung und fordert sie auf, stattdessen dem Formular zu folgen. „Der Reihe nach“ bedeutet „der Struktur des Gutachtens entsprechend“. Zudem entscheidet das Formular darüber, *was* eingetragen werden kann. Gibt es für eine Information keinen Platz im Formular, so kann sie nicht aufgeschrieben werden. Mir fällt während meiner Hospitation beispielsweise auf, dass sich die einzelnen Pflegeheime in Architektur und Gestaltung erheblich unterscheiden: Manchmal ist die Entfernung zwischen Zimmern und Dienstzimmer sehr weit, manchmal sind Wände geschmückt und farbig gestrichen. Da es für die „Wohnsituation“ bei Begutachtungen im stationären Bereich²⁵ jedoch keine eigene Kategorie im Formular gibt, tauchen solche Informationen darin nie auf. Dabei mag etwa eine weite Strecke, die zurückgelegt werden muss, oder die warme Atmosphäre eines Heimes, großen Einfluss auf die Dauer der Pflegehandlungen haben.

Viele Formulierungen, die im Gutachten stehen, sind bereits als „Textbausteine“ vorgegeben. Das heißt, dass Gutachterinnen zur Beschreibung von Zustand und Fähigkeiten der Antragsteller_innen auf bestimmte kurze Sätze oder Wortgruppen zurückgreifen können, die sie bei der Begutachtungsvorbereitung im Büro selbst verfasst oder aus einer MDK-internen Datenbank abgerufen haben. Zusätzliche Angaben im Gutachten sind möglich, denn der Platz in dem Formular ist nicht begrenzt. Dennoch enthalten die fertigen Gutachten fast immer

25 Leben Antragsteller_innen in der eigenen Wohnung werden „Pflegerelevante Aspekte der Wohn-/Betreuungssituation“ im Formular festgehalten.

die gleichen Angaben,²⁶ die lediglich geringfügig umformuliert und angepasst werden. Schwerhörigkeit etwa wird als „leicht“ oder „erheblich“ diagnostiziert, ohne dass weitere Konkretisierungen nötig scheinen. Mit der strengen Befolgung der Gutachtenkategorien ähneln die Gespräche in erheblichem Maße strukturierten Interviews, bei denen den Interviewten nur bestimmte, eng begrenzte Antwortmöglichkeiten zur Verfügung stehen (Froschauer/Lueger 2003). Auch in den Begutachtungen wird durch die genaue Vorgabe von Kategorien nur eingeschränkt sichtbar, welche Details für die Antragstellenden oder Pflegekräfte von besonderer Bedeutung sind und welche Aspekte sie irrelevant finden. Allerdings gibt es eine überraschende gegenläufige Entwicklung. Während das Formular noch bis vor einigen Monaten handschriftlich ausgefüllt werden musste, arbeiten die Gutachterinnen neuerdings „mobil“: Sie füllen das Gutachtenformular direkt am Laptop aus. Während es auf dem Papierformular für ausformulierte Angaben bislang nur einen begrenzten Platz von einigen Zeilen gab, ist es bei der Arbeit am Laptop theoretisch möglich, Schilderungen unendlich auszudehnen. Die Gutachten, die ich einsehe, unterscheiden sich von ihrem Umfang denn auch (9-11 Seiten). Diese Folge der Laptop-Einführung war vermutlich gar nicht beabsichtigt, sie wirkt der Vorstrukturierung der Gutachten aber möglicherweise entgegen.

Die Strukturierung und die zur Verfügung stehenden Formulierungen des Formulars bestimmen in hohem Maße, was in das Gutachten aufgenommen werden kann. Dennoch sollen die Gutachten die individuelle Situation der/des Antragstellenden wiedergeben. In Tabellen wird die spezifische Art und Häufigkeit von Hilfsmaßnahmen für die jeweilige Person detailliert aufgeschlüsselt. Beispielsweise steht dort: „Ganzkörperwäsche: T, U²⁷ / 6,0 Mal pro Woche / 12,0 Minuten pro Tag.“ Im nächsten Abschnitt zeige ich, wie die Gutachterin und die Antragsteller_innen oder Pflegekräfte solche Angaben gemeinsam produzieren.

26 Einschränkung ist anzumerken, dass die fünf Gutachten, die ich untersuchte, von der gleichen Gutachterin stammten. Es ist anzunehmen, dass die Gutachterinnen zumindest persönliche Standardformulierungen entwickeln. Inwiefern sie sich untereinander beeinflussen, könnte erst der Vergleich von Gutachten verschiedener Gutachterinnen erbringen.

27 Siehe Fußnote 24.

Kooperationen

Insbesondere in Heimen gestaltet sich das Ausfüllen des Formulars häufig als Kooperation zwischen Gutachterin und Pflegekraft. Gemeinsam arbeiten sie das Gutachtenformular ab und wissen oft genau, welche Informationen die andere benötigt. Eine Gutachterin beschreibt, dass in Heimen oder Sozialstationen „das Wissen“ vorhanden sei, dass also die Pflegekräfte wüssten, was für das Gutachten relevant sei. Da die Pflegedokumentation meist die gleichen Kategorien wie das Gutachtenformular beinhaltet, benutzen die Pflegekräfte oft dieses Vokabular:

Die Gutachterin fragt: „Was ist mit dem Vorlagenwechsel?“ Die PDL antwortet: „Komplette Übernahme.“ (FN 15)

Solche Angaben kann die Gutachterin direkt in ihr Formular übernehmen. Sie braucht nur noch ein Kreuz an der entsprechenden Stelle zu setzen. Bei einer solchen gelingenden Kooperation können die Gutachtenkategorien als „boundary objects“ (Star/Griesemer 1999) verstanden werden, also als Objekte, die zwischen verschiedenen sozialen Welten vermitteln.²⁸ Nicht immer verläuft die Begutachtung allerdings so einwandfrei. Vor allem, wenn Dokumente nicht die Formate haben, die eine Gutachterin gewohnt ist, oder wenn es Unstimmigkeiten in der Pflegedokumentation gibt, dauert es lange, bis sich Gutachterin und Pflegekraft auf eine Angabe ‚geeinigt‘ haben. In solchen Fällen versucht die Pflegekraft oft, die Fragen der Gutachterin mit ausführlichen Schilderungen zu beantworten, und trägt eilig alle Arten von Schriftstücken herbei, bis die Gutachterin mit einer Information ‚zufrieden‘ ist. Dieses ‚Problem‘ ist in ambulanten Begutachtungen noch weit größer. Manchmal äußern sich die Gutachterinnen mir gegenüber

28 Für die *Gutachterinnen* ist die Kategorie mit einer vorgegebenen Minutenzahl verbunden, die sie ins Formular eintragen. Für die *Pflegerinnen* haben die Kategorien alltagspraktische Bedeutung: „Komplette Übernahme“ sieht bei jeder gepflegten Person anders aus, ist an deren je spezifischen Körper, Bewegungsfähigkeit, Stimmung etc. geknüpft. In der *Pflegedokumentation* dienen die Kategorien zur Überprüfung, ob eine pflegerische Handlung *heute* schon statt gefunden hat. Auf diesen Punkt kann an dieser Stelle leider nicht weiter eingegangen werden.

frustriert, denn sie haben eine bestimmte Vorstellung davon, wie ihre Fragen beantwortet werden sollen und sind „genervt“, wenn Antragsteller_innen „zuviel reden“ (FN 15) und nicht die Sprache verwenden, die ins Gutachten passt:

Als wir das Zimmer verlassen, stöhnt die Gutachterin „Das war so ein bisschen nervig jetzt.“ Sie beschwert sich: „Die Leute wissen nicht, was ich für Angaben brauche und erzählen alles mögliche.“ (FN 14)

Die Gutachterin „braucht“ bestimmte Angaben, nämlich solche, die möglichst einfach in das Formular übernommen werden können. Wenn die Begutachteten sich anders ausdrücken oder Aspekte ausführlicher beschreiben, sind die Gutachterinnen schnell „genervt“. Zwar ist die Verwendung von ‚Gutachtensprache‘ keine Garantie dafür, dass die Gutachterin unhinterfragt aufnimmt, was das Gegenüber behauptet. Selbst wenn sie sich mit Pflegekräften gut versteht, überprüft sie die Pflegedokumentation genau. Dennoch gewinne ich den Eindruck, dass die Gutachterinnen eher bereit sind, einen negativen Bescheid unter Umständen noch einmal nachzurechnen, wenn der/die Antragstellende oder die Pflegekraft ihr durch die Nutzung der ‚Gutachtensprache‘ die Arbeit erleichtert.

Selbst wenn die Kooperation reibungslos funktioniert, ist die Interaktion während der Begutachtung asymmetrisch. Eine solche Asymmetrie ist für Gespräche in institutionellen Settings typisch (Drew et al 2001; Heritage 1997; Saake 2003, Will 2005). Im Fall der Pflegebegutachtungen wird sie zum Ausdruck gebracht, wenn die Gutachterinnen Schilderungen unterbrechen, Rückfragen stellen oder Empfehlungen geben. Sie machen damit deutlich, dass sie die Begutachtung moderieren und über die Entscheidungsgewalt verfügen. Durch die Verwendung unpersönlicher Formulierungen wie „Wir schicken Ihnen dann *unsere* Entscheidung zu“ (FN 14, meine Hervorheb.) und durch den häufigen Verweis auf ihre gesetzlichen Verpflichtungen machen sie die ‚Institution MDK‘ in der Begutachtung anwesend. Den Pflegekräften ist diese ‚Macht‘ der Gutachterinnen offenbar sehr bewusst. So lacht eine Pflegerin auf, als die Gutachterin auf Lücken in der Pflegedokumentation verweist, und seufzt: „Sie finden doch immer was, oder?“ (FN 16) In manchen Heimen führt dies zu einer derartigen Verunsicherung der Pflegekräfte, dass diese froh sind, wenn sich jemand anders bereit erklärt, der Gutachterin Auskünfte zu geben.

Andere Situationen jedoch werden von der Pflegerin ‚beherrscht‘:

Wir sind im Speisesaal, wo die Antragstellerin am Frühstückstisch sitzt und pausenlos vor sich hin redet. Als die Gutachterin sie bittet, mit ihr in ihr Zimmer zu gehen, wehrt sie sich: Nein, sie wolle frühstücken. Die Versuche der Gutachterin, sie zum Aufstehen zu bewegen, bleiben erfolglos. Zunächst steht die Pflegerin schweigend daneben. Dann meint sie, das sei nun schon seit mehreren Wochen so. Darauf sagt die Gutachterin: „Na, schönen Dank, dass sie mich nicht gewarnt haben.“ Die Pflegerin lacht. (FN 14)

In der kurzen Besprechung, die dieser Szene vorausgegangen ist, hat die Pflegerin nicht erwähnt, dass der Zustand der Antragstellerin so gravierend ist. Stattdessen konfrontiert sie die Gutachterin direkt mit deren Verhalten. Vielleicht ist sie der Ansicht, dass eine ‚Warnung‘ in Form einer Beschreibung die Gutachterin weniger beeindruckt hätte und lässt diese deshalb selbst erleben, dass es unmöglich ist, mit der Frau Gespräche zu führen oder sie zum Essen anzuhalten. Erst dann unterstreicht sie die schwierige Pflegesituation durch die Auskunft, wie lange dieser Zustand bereits vorliegt. Weiter oben habe ich darauf hingewiesen, dass die Gutachterinnen den Materialitäten häufig größeres Gewicht beimessen als mündlichen Aussagen. Ob der Pflegerin dies bewusst ist oder nicht: Die Konfrontation mit dem ‚widerspenstigen Körper‘ dieser Antragstellerin dürfte dazu beitragen, dass die Gutachterin sich von deren Zustandsverschlechterung überzeugen lässt.

Bisher habe ich dargestellt, dass die Gutachterinnen nicht allein festlegen, was im Gutachten steht. Körper und Dokumente liefern Informationen über den Zustand der Antragsteller_innen; das Gutachtenformular entscheidet, welche Angaben möglich sind; die Pflegekräfte und Antragsteller_innen kooperieren gut oder weniger gut mit den Gutachterinnen. Dennoch sind die Gutachterinnen nicht austauschbar. Welchen spezifischen Beitrag sie in den Begutachtungen leisten, schildere ich im nächsten Abschnitt.

Erfahrungswissen und Objektivität

Wäre es möglich, lediglich anhand der Richtlinie und des Gutachtenformulars eine Begutachtung vorzunehmen, dann könnte jede beliebige Person, die sich gut informiert, über Pflegeanträge entscheiden. Die Gutachterinnen sagen mir jedoch immer wieder: „So einfach ist es

nicht.“ (FN 13) Eine Gutachterin erklärt, dass man in die Begutachtungstätigkeit sechs Monate lang eingearbeitet werden müsse. Erst ein bestimmtes Erfahrungswissen befähigt anscheinend dazu, Gutachten zu erstellen. Welche Art von Erfahrung ist hier gemeint? Zum einen verweisen alle Gutachterinnen auf praktische Erfahrungen, die sie selbst im Pflegebereich gemacht haben. Sie sind ausnahmslos ehemalige Kranken- oder Altenpflegerinnen²⁹ und schöpfen aus den in der Berufspraxis erworbenen professionellen Fähigkeiten. „Medizinisches und menschliches Wissen“ (FN 14) beschreiben sie als Voraussetzung für die Gutachterinnentätigkeit. Allerdings lassen sich praktische Erfahrungen nicht eins zu eins in das Gutachten einbinden. Eine Gutachterin sagt, dass sie jetzt „umdenken“ müsse. Früher habe sie selbst als Pflegerin gearbeitet, jetzt aber müsse sie „daneben stehen“ und „ganz objektiv urteilen.“ (FN 12) Offenbar ist „Objektivität“ nicht gegeben, wenn man sich „in“ der Pflege befindet, sie kann erst durch ein Abstandnehmen, durch ein „daneben“ Treten produziert werden. Diese Distanzierung praktizieren die Gutachterinnen ständig, wenn sie „den Leuten“ und den Pflegekräften vorhalten, nicht zu wissen, wie die Pflegestufen berechnet würden. Hier zeigt sich zugleich die zweite Erfahrungsebene, auf die die Gutachterinnen zurückgreifen: Sie alle sind seit mehreren Jahren beim MDK und haben Erfahrung mit der Begutachtungspraxis. Die gedruckte Richtlinie benötigen sie in den Begutachtungen nie:

Im Büro frage ich die Gutachterin, was genau in der Richtlinie steht. Als sie das Heft auch nach längerem Suchen nicht in der Schublade findet, entschuldigt sie sich: „So etwas hab ich jetzt alles im Kopf.“ (FN 12)

Weil sie die Richtlinie „im Kopf“ haben, können die Gutachterinnen das Formular während der Begutachtung sofort ausfüllen. Sie ‚wissen‘, welche Zeitwerte für welche Verrichtungen eingetragen werden können und welche Kategorien relevant sind. Dieses Wissen ‚beweisen‘ sie in der Begutachtung permanent durch Kritikäußerungen und stellen damit eine Hierarchie des anerkannten Wissens her. Insbesondere die Pflegedokumentation gibt ihnen ständig Anlass, auf Mängel hinzuwei-

29 Die (wenigen) Ärzt_innen, die beim MDK tätig sind, haben zumeist die Leitung der Leitstelle inne, bearbeiten Einsprüche und nehmen Akten-gutachten vor.

sen und klar zu stellen, dass sie die Standards ‚besser‘ beherrschen als die Pflegekräfte. Die jahrelange Tätigkeit ermöglicht ihnen auch die Anwendung von „Tricks“, zum Beispiel die Durchführung ‚verborgener‘ Tests: Eine Gutachterin registriert den Händedruck bei der Begrüßung und vergleicht ihn später mit der ‚offiziellen‘ Messung der Händekraft (FN 13). Zusätzlich sprechen die Gutachterinnen fast immer Empfehlungen aus, wie die Antragsteller_innen ihre Pflege besser bewältigen können. Letzteres kann als Betonung der Expertenstellung (Cowley et al. 2004) gedeutet werden, ist aber zugleich eine Strategie, um Gutachten überhaupt herzustellen. Eine Gutachterin sagt: „Ich bin nett, damit ich an die Leute rankomme.“ (FN 14) Sie meint außerdem, man müsse über Menschenkenntnis verfügen und „im Gefühl haben“, wie die Situation sei und welche Stimmung herrsche. Durch ihre Erfahrungen mit der Begutachtungspraxis scheinen die Gutachterinnen ‚erfühlen‘ zu können, wie pflegebedürftig jemand ist. Nach jeder einzelnen Begutachtung, die ich miterlebe, geben die Gutachterinnen mir gegenüber spontan eine Prognose über die zu erwartende Pflegestufe ab. Es gibt allerdings auch Fälle, in denen die ‚gefühlte‘ Pflegebedürftigkeit durch bewusstes „Rechnen“ revidiert werden kann:

Als wir zum Auto gehen, meint die Gutachterin: „Der kann einem leid tun.“ Das werde schwierig, die Pflegestufe zu halten. Damals habe die andere Gutachterin „ihr Herz sprechen lassen.“ Da sei der Antragsteller allerdings auch noch depressiv gewesen und habe Krankengymnastik gemacht. Jetzt dagegen „müssen wir ein bisschen rechnen, damit das noch klappt“. (FN 15)

Ihre Erfahrung sagt der Gutachterin offenbar, dass eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB nicht unbedingt vorliegt. Aber – ob aus Mitgefühl mit dem Antragsteller, aus Loyalität gegenüber der Kollegin oder aus einem ganz anderen Grund – es scheint möglich zu sein, eine Pflegestufe ‚herbei zu rechnen‘. Die Gutachterin will nicht etwa rechnen, „ob“, sondern „damit“ das klappt.

Die Gutachterinnen legen Wert darauf zu betonen, dass sich ihre Berechnungen von laienhaften Schätzungen unterscheiden. Eine Gutachterin berichtet, dass „die Leute“ in die „einfachen“ Anträge der Krankenkassen beispielsweise schrieben, dass sie einen Angehörigen vier Stunden pro Tag pflegten, und dann dächten, das entspreche der Pflegestufe III. Wie eben beschrieben, muss man jedoch bestimmte

Erfahrungen und ein bestimmtes Wissen vorweisen können, um Pflegebedürftigkeit gemäß der Richtlinie berechnen zu können.

Obwohl ich nun zahlreiche Aspekte erläutert habe, die an der Produktion der Gutachten beteiligt sind, ist weiterhin unklar, wie die Minutenangaben zustande kommen. An keiner Stelle tauchte bisher ein von Pflegekräften oder Antragsteller_innen genannter Zeitwert auf. Und in der Tat erlebe ich so gut wie nie, dass jemand in den Begutachtungen überhaupt darüber spricht, *wie lange* etwas dauert. Trotzdem stehen im Gutachten Minutenangaben. Im folgenden Abschnitt beschreibe ich, wie aus den produzierten Informationen Zahlen werden.

Zahlen produzieren

Während der Begutachtung schreiben die Gutachterinnen Sätze, scrollen durch die Seiten, kreuzen Felder an, löschen Formulierungen und tippen Zahlen ein. Im Büro oder zu Hause bearbeiten sie das Formular und ‚berechnen‘ die Pflegestufe. ‚Berechnung‘ heißt dann ‚Addition‘ der Zahlen, die während der Begutachtung eingetragen wurden. Obwohl die Gutachterinnen vielschichtige Aspekte hören und sehen, schreiben sie in die Tabellen des Formulars stets eine Auswahl der gleichen Abkürzungen und Ziffern. Damit dies möglich ist, wenden sie meiner Interpretation nach (mindestens) drei Mechanismen an: Sie fokussieren, sequenzieren und übersetzen.

Fokussieren: In den Begutachtungen wird ein Fokus gesetzt, durch den bestimmte Aspekte in den Blick genommen und andere ausgeblendet werden. Dabei wird die Person von ihrem Kontext ‚getrennt‘. Kontakte zu Bekannten und Verwandten werden nicht abgefragt. Zwar werden Umgebung, Hilfsmittel und familiäre Situation in kurzen Sätzen im Gutachten beschrieben, aber diese haben allenfalls implizit (z.B. weil sie der Gutachterin Hintergrundinformationen zur Situation des/der Antragstellenden geben) auf die Minutenangabe Einfluss. Bei der Aufschlüsselung des Pflegebedarfs geht es nur darum, was jemand *allein* (nicht) kann. Daneben wird zwischen ‚Krankheit‘ und ‚Pflege‘ differenziert. Direkt krankheitsbezogene Hilfe – die so genannte „Behandlungspflege“ – zählt nicht für die Pflegestufe.³⁰ Auch die ‚sons-

30 Hier stoßen die Zuständigkeiten der Kranken- und der Pflegeversicherung aufeinander (MDS 2006: 43).

tige Hilfe‘ wird ausgeblendet – Spazierengehen ist keine Pflege. Hauswirtschaftliche Verrichtungen werden pauschal veranschlagt.³¹ Relevant ist die begutachtete Person außerdem (fast) nur in ihrer gegenwärtigen Situation. Biografie fließt so gut wie nie in das Gutachten ein. Zwar schildert eine Gutachterin, dass sie ihre Frageweise dem Bildungshintergrund der/des Antragstellenden anpasse, doch im endgültigen Gutachten sind Biografie und damit Habitus, Routinen und Gewohnheiten nicht präsent. Durch das Fokussieren soll lediglich die gesetzlich definierte Grundpflege erfasst werden.

Sequenzieren: Um so ‚genaue‘ Angaben wie möglich in das Gutachten schreiben zu können, werden alltägliche Handlungen in Einzelhandlungen unterteilt. Ein MDK-Mitarbeiter erzählt, man müsse komplexe Handlungsabläufe „zerfleddern“ und das sei „grauslich“. „Zähneputzen“ setze sich beispielsweise zusammen aus „Tube nehmen“, „Zähne bürsten“, „Mund ausspülen“ und „Zahnbürste wegstellen“ (FN 12).

Wir sind in einem Pflegeheim. Es geht ums Baden. Gutachterin: „Sie helfen ihm rein und dann setzt er sich hin und dann machen Sie so die Beine, Füße. Aber oben rum, Gesicht, das macht er alleine?“ Schwester: „Alleine.“ Gutachterin: „Genitalbereich, macht er auch allein?“ Schwester: „Ja.“ (FN 16)

Im Gutachten wird nicht jeder winzige Einzelfaktor aufgeführt, aber dieses Abfragen dient den Gutachterinnen dazu festzustellen, welchen Aufwand die Pflegenden leisten. Die Richtlinie enthält Listen mit vorgegebenen Zeitwerten für jede der fünf möglichen Arten³² der Hilfeleistung. Dementsprechend passen die Gutachterinnen die einzutragenden Minutenzahlen an. Für das gesamte Ankleiden veranschlagen sie 8 bis 10 Minuten, für das Ankleiden des Ober- oder Unterkörpers 5 bis 6 Minuten. Eine Aufsplitterung in Einzelhandlungen findet außerdem statt, wenn eine Verrichtung aus verschiedenen Hilfsformen besteht. Der Toilettengang besteht zum Beispiel aus Hilfe beim „Gehen“ zum Badezimmer und bei der „Darm- und Blasenentleerung“. Es wird jedoch nicht angegeben, wie lang dies insgesamt dauert, sondern das

31 Eine Gutachterin erklärt: „Hauswirtschaft setzt man immer voraus, denn wer sich nicht waschen kann, kann auch nicht Fenster putzen. Das ist irgendwo logisch.“ (FN 13)

32 Siehe Fußnote 24.

Gehen zur Toilette wird mit allen Geh-Vorgängen des Tages verrechnet (MDS 2006: 111). Oft ist diese „Zerfledderung“ für Menschen, die mit den Gutachternkategorien nicht vertraut sind, schwierig nachzuvollziehen. Eine Frau berichtet während der Begutachtung, sie habe „spaßeshalber“ gemessen, wie lange sie brauche, um ihren Mann zu baden und sei dabei auf ganze zwei Stunden gekommen (FN 15). Laut Richtlinie können maximal 25 Minuten für das Baden angerechnet werden. Der Weg zum Bad, das Ausziehen werden separat berechnet.

Übersetzen: Ausführliche Schilderungen müssen die Gutachterinnen in die Gutachternkategorien ‚übersetzen‘. Sie machen das oft mit einem „also“ sprachlich deutlich:

Die Gutachterin fragt die Antragstellerin, ob sie Hilfe beim Anziehen benötige. Diese antwortet: „Ja. Immer diese Seite. Das fällt mir schwer, die Hose anzuziehen. Links komm ich rein...“ Noch während die Antragstellerin spricht, wendet sich die Gutachterin an die Schwester: „Dann muss man also Teilunterstützung leisten.“ (FN 16)

In das Formular schreibt die Gutachterin nicht „benötigt Hilfe beim Anziehen der Hose“ oder „trägt meist Hosen, die geknöpft werden müssen und hat Schwierigkeiten, das rechte Hosenbein über ihre steife Hüfte zu ziehen und die Knöpfe selbst zu schließen“, sondern vermutlich „Ankleiden Unterkörper: T: 6,0 Min pro Tag“.³³ Manchmal geben die Gutachterinnen die Antwortkategorien vor und bitten die Pflegekräfte oder die Betroffenen lediglich um Bestätigung: Eine Gutachterin bezeichnet dies als die eigentliche „Kunst der Begutachtung“. Ihrer Ansicht nach könnten „die Leute“ nicht genau genug erklären, was sie tun. Aus diesem Grund schlage sie selbst Formulierungen vor: „Ich sage ganz einfach: ‚Sie müssen nicht direkt Hand anlegen?‘ – ‚Nein.‘ – ‚Sie müssen also sagen: Machen Sie mal.‘ – ‚Ja.‘“ (FN 16) Anhand dessen trage sie Werte ein, denn „das sind die Minuten.“ (ebd.) Die größte Schwierigkeit bildet „alles, was sich nicht zählen lässt“ (FN 15). Deshalb müssen die Gutachterinnen eine besondere Übersetzungsarbeit leisten, wenn Antragsteller_innen oder

33 Zwar werden unter die Tabellen zusätzliche Beschreibungen geschrieben, diese beinhalten aber Standardfloskeln, die die angekreuzten Angaben kaum weiterführend im Hinblick auf persönliche Kontexte und Gewohnheiten erläutern.

Pflegekräfte „ungenau Zeitangaben“ (FN 14) machen, also z.B. die Häufigkeit der Hilfe nicht präzise definieren können. Um eindeutige – numerische – Werte in das Formular eintragen zu können, fordern die Gutachterinnen eine Festlegung.

Bei einer ambulanten Begutachtung fragt die Gutachterin den Antragsteller, wie oft er bei Ärzten sei. Er antwortet zögernd, er sei eben nicht regelmäßig dort. Die Gutachterin: „Ich brauch jetzt hier mal was Konkretes, wenn Sie mir sagen könnten (zeigt mit dem Daumen) so und so oft.“ Der Antragsteller: „Mal so, mal so. Ich würde sagen ½ mal pro Woche.“ Sie ist befriedigt. (FN 15)

Obwohl die Angabe „ein halbes Mal pro Woche“ reichlich absurd erscheint, ist sie für die Gutachterin besser als eine „unkonkrete“ Antwort. Wieder findet eine Kooperation zwischen Gutachterin und Antragsteller statt, aber diesmal eine, bei der sie gemeinsam die Unregelmäßigkeit der Arztbesuche in einen wöchentlichen Durchschnittswert übersetzen.³⁴ Als die Gutachterin mir gegenüber dieses Phänomen beschreibt, meint sie, die Produktion konkreter Zeitangaben sei das „Umrechnen auf täglich“ (FN 15).

ALLTAG UND ZAHLEN

Meiner Ansicht nach entsteht der Konflikt über die Pflegestufenfestlegung genau an der Schnittstelle zwischen den im Gutachten produzierten ‚objektiven‘ Zahlen und der erlebten und beobachteten Pflegepraxis. Dieser erlebbaren Praxis stehen zwei Annahmen gegenüber: (1) Die Begutachtung könne ‚objektiv‘ sein. (2) Alltag könne in Zahlen ausgedrückt werden.

(1) Die Vorstellung einer ‚objektiven‘ Begutachtung spiegelt sich in dem Anspruch der Gutachten, vom Kontext und der Anwesenheit

34 Einen besonders interessanten Fall von Übersetzung erlebe ich bei der Begutachtung einer türkischsprachigen Antragstellerin. Die Gutachterin spricht türkisch, in das Formular trägt sie aber deutsche Sätze ein. Dies ist im fertigen Gutachten an keiner Stelle erwähnt. Dass hier eine Übersetzungsleistung stattfand und dass Konzepte von Pflege möglicherweise durch Sprache unterschiedlich vermittelt werden, kann demnach nicht mehr reflektiert werden.

von Personen und Objekten in der Begutachtung unbeeinflusst zu sein. Die Gutachterinnen betonen und die Pflegekräfte und Betroffenen fordern, dass für die Entscheidungen einzig und allein das Gesetz zähle und dass nichts anderes in das Gutachten einfließe. Ein pflegewissenschaftliches Lehrbuch, auf das ich während meiner Recherchen stoße, behauptet sogar, das Gutachten werde umso objektiver,

„je weniger Freiheitsgrade der Gutachter bei der Quantifizierung des Gutachterergebnisses hat. Bei Gutachten mit Fragen, die der Begutachtete nicht frei beantworten kann, ist die Auswertungsobjektivität praktisch verwirklicht; denn man braucht die ‚Kreuzchen‘ nur richtig zusammenzählen.“ (Gültekin/Liebchen 2003)

Dieser Argumentation zufolge müssten die Kategorien und Antwortmöglichkeiten nur möglichst sinnvoll in der Richtlinie vorgegeben werden, dann seien die Begutachtungen nahezu objektiv. Eine genaue Beschreibung der Begutachtungen zeigt, dass die gesetzliche Vorgabe zwar eine Grundlage der Tätigkeit der Gutachterinnen ist, dass darüber hinaus aber das Gutachtenformular, die Körper der Begutachteten, die Art der Kooperation zwischen Gutachterin und Pflegekraft und die Erfahrungen der Gutachterin Einfluss auf die letztlich produzierten Angaben haben. Die Erstellung der Gutachten *ist* keine standardmäßige Implementierung des Sozialgesetzes, sondern lässt sich auf vielfältige Aspekte der Begutachtungspraxis zurückführen. Eine ‚objektive‘ Anwendung des SGB *wäre* auch gar nicht möglich, weil Alltagssituationen immer mehr Aspekte enthalten (Law 2004), als das Gesetz vorsieht und sich nicht problemlos numerisch ausdrücken lassen. Dennoch *imaginieren* sowohl Gutachterinnen als auch Pflegekräfte und Betroffene eine ideale Begutachtungssituation, die sich nur am Gesetz orientiert. Weil nicht berücksichtigt wird, welche Faktoren auf die Begutachtung Einfluss haben, hat es oft den Anschein, als urteilten die Gutachterinnen „willkürlich“, denn es lässt sich nicht mehr nachvollziehen, warum es zu spezifischen Eintragungen und Minutenangaben im Gutachten kam. Eine Gutachterin erzählt, dass sie sich bei der Nachbearbeitung zu Hause oft gar nicht mehr an die jeweilige Begutachtungssituation erinnern könne. Obwohl jede Begutachtung ganz unterschiedlich abläuft und disparate Aspekte enthält, sind im Gutachten nur noch klare, eindeutige Angaben zu lesen. Zögerliche Antworten, Diskussionen, Probleme erscheinen dort nicht mehr. Die ein-

zelen Begutachtungen werden im Gutachten zu standardisierten, kaum unterscheidbaren Begegnungen.

(2) Der Punkt, an dem die Einschätzungen verschiedener Seiten am heftigsten kollidieren, ist die Praxis der Minutenberechnung in den Gutachten – die Kontroverse kreist um die Frage, ob Alltag in Zahlen ausgedrückt werden kann. Deshalb gibt es immer dann Diskussionen, wenn etwas nicht genau quantifizierbar ist. Quantifizierbarkeit muss – unter Umständen in Form einer extremen Reduktion der real erlebten Pflegesituation – hergestellt werden. Die Art von Klassifizierung, die dabei vorgenommen wird, bezeichnen Bowker/Star als „aristotelisch“. Sie wird anhand eines „set of binary characteristics that the object being classified either presents or does not present“ (1999: 62) vorgenommen. Nun sind die Kategorien des Gutachtens nicht binär, aber sie werden ebenfalls als ‚mutually exclusive‘ gedacht, d.h. es kann immer nur eine Antwort zutreffen: Man benötigt *entweder* Übernahme *oder* Anleitung, Hilfe *oder* keine Hilfe. Differenzierte Angaben, wie „manchmal“, „wenn sie schlecht geschlafen hat“ oder „nach einem Wochenende mit den Kindern“ sind nicht möglich. Das Gutachten definiert ‚die eine‘ Pflegebedürftigkeit, die für jeden Tag gilt, einen Durchschnittswert, der Abweichungen, „Tagesformen“, diffizile Alltagssituationen ausblendet. Auch die Festlegung universell gültiger Zahlenwerte für die drei Pflegestufen entspricht dieser aristotelischen Klassifizierung: Entweder wird jemand täglich 46 Minuten lang gepflegt *oder* nicht. Eine Einbettung in die jeweiligen Lebensumstände findet nicht statt. Es wird nicht gefragt, was 46 Minuten Pflege im Alltag *dieser* Person bedeuten.

Dem gegenüber steht eine prototypische Klassifizierung (ebd.) von Pflegebedürftigkeit, die der „Logik“ oder „Intuition“ der Pflegenden und der Gutachterinnen entspricht. Das heißt, dass sie jeweils eine ‚grobe‘ Vorstellung von Pflegebedürftigkeit (bzw. den einzelnen Pflegestufen) haben, mit der sie den konkreten Zustand einer zu pflegenden Person abgleichen. Die Übergänge zwischen verschiedenen Graden von Pflegebedürftigkeit sind fließend und können nicht als universell gültige Zahlwerte ausgedrückt werden. Die Prototypen von Pflegebedürftigkeit sind außerdem relativ – je nachdem, welches Bezugssystem die urteilenden Personen haben (ebd.: 63): Die Gutachterinnen, die entsprechend der inkorporierten Richtlinie urteilen, mögen eine bestimmte Einschränkung nicht als so gravierend wahrnehmen wie Laien, denen die Pflegesituation neu ist oder wie Pflegekräfte, die sol-

che Einschränkungen im Zusammenhang mit Alltagspraxen des Pflegeheims erleben. Die prototypische Beurteilung von Pflegebedürftigkeit ist nicht mit der aristotelischen Einteilung vereinbar. So kann es vorkommen, dass Antragsteller_innen ‚fühlen‘, dass sie wesentlich mehr Pflege benötigen, während die Gutachterin ‚feststellt‘, dass der Hilfebedarf lediglich von 46 auf 90 Minuten gestiegen ist und damit noch nicht zu einer höheren Pflegestufe berechtigt.

Durch die drei beschriebenen Mechanismen wird die Pflegepraxis in eine aristotelische Klassifizierung eingepasst, alles andere wird ausgeblendet. Was zählt, sind die gesetzlichen Kategorien. Diese werden auch deshalb nicht mehr in Frage gestellt, weil die bereits produzierten Zahlen in Vorgutachten und Pflegedokumenten den Eindruck erwecken, als sei es tatsächlich möglich Alltagspraxen ‚aristotelisch‘ zu klassifizieren und als sei Pflege schon immer ‚zählbar‘ gewesen. „The uncertainties [...] are removed once the numbers are selected and reported“ (Bowker/Star 1999: 65).

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Anhand meiner Betrachtung kann man sagen, dass es sich bei der Praxis der Pflegestufenfestlegung gar nicht um ein „Umrechnen“ von einem System (Alltag der Antragsteller_innen) in ein äquivalentes anderes (Beschreibung im Gutachtenformular) handelt, sondern um eine komplexe Transformationsleistung, die mit erheblichen Reduktionen einhergeht. In meinem Text habe ich dargestellt, dass auf das Gutachten neben den Körpern, Erzählungen und Dokumenten der Antragsteller_innen und dem Gutachtenformular auch die Art der Kooperation zwischen den Beteiligten und das Erfahrungswissen der Gutachterinnen Einfluss haben. Im fertigen Gutachten sind viele dieser Aspekte jedoch nicht mehr nachvollziehbar. Möchte man in der Mathematik-Metapher bleiben, so hieße dies wohl, dass während der Berechnung von Pflegestufen nicht nur einige Nachkommastellen wegfallen, sondern dass ganze Variablen als irrelevant ausgeklammert werden. Während grundlegende Annahmen und Definitionen in mathematischen Darstellungen jedoch meistens angegeben werden, reflektieren die Gutachten nicht, welche Aspekte sie ausklammern. Zugunsten einer scheinbaren Objektivität und in dem Glauben, dass sich auf diese Weise Gerechtigkeit herstellen ließe, werden die vielfältigen As-

pekte, die mit dem pflegerischen Alltag verbunden sind, in ein starres (aristotelisches) Klassifikationssystem eingepasst. Aber Praxis lässt sich nicht auf diese Weise reduzieren: „[N]o one system in practice fully meets a single set of Aristotelian requirements“ (Bowker/Star 1999: 63). Alltag ist mehr als numerische Werte. Pflege ist mehr, als in Minuten angegeben werden kann. Diese Aussagen scheinen als bloße Feststellungen trivial; im Hinblick auf die ‚Gerechtigkeitskontroverse‘ werfen sie jedoch fundamentale Fragen auf, die ich – ohne sie beantworten zu können – an das Ende meines Textes stelle: Ist es notwendig, Pflege in Zahlen anzugeben, um ‚gerechte‘ Gutachten zu erstellen? Ist ein Begutachtungssystem vorstellbar, dass auf einer prototypischen Klassifizierung beruht, also weniger eng durch Standardkategorien begrenzt ist? Wäre es denkbar, dass Gutachten, die auf dem praktischen Wissen und den Beurteilungen der Gutachterinnen, Pflegekräfte *und* der Antragsteller_innen basieren, die Situation einer Person differenzierter erfassen? Könnte eine Begutachtungspraxis ‚fair‘ sein, die zwar keine scheinbar leicht vergleichbaren Zahlen liefert, dafür aber der „Logik“ weniger widerspricht?³⁵

Angesichts der Verankerung des bestehenden Begutachtungssystems in einem historisch gewachsenen, spezifischen Gesundheitssystem mag der Vorschlag einer prototypischen Klassifikation naiv anmuten. Und in der Tat blieb in diesem Text die Makro-Ebene ausgeblendet, weshalb hier nicht diskutiert werden konnte, welchen Einfluss etwa der ständig vorhandene Kostendruck im Gesundheitswesen oder der Wettbewerb zwischen den Kassen auf die Entwicklung von Begutachtungskategorien haben. Dies ist dem begrenzten Umfang dieser Studie geschuldet. Für zukünftige Forschungen böte es sich an, beispielsweise in einem kulturvergleichenden Zugang zu untersuchen, inwiefern die beschriebene binäre Logik ein den westlichen Gesellschaften inhärentes Phänomen darstellt. Und schließlich wäre zu fragen, ob und wie andere Praxen und Klassifikationen denkbar und praktikierbar wären.

35 Die seit Anfang 2009 wieder erstarkte Diskussion über den Pflegebedürftigkeitsbegriff wird möglicherweise ein neues Klassifizierungssystem nach sich ziehen (BMG 2009). Welche Vor- oder Nachteile dieses mit sich bringt, bleibt abzuwarten.

LITERATUR

- Bartholomeyczik, Sabine (2005): »Es geht nicht um die Farbe des Waschlappens. Standards in der Pflege«. *Mabuse* 154, S. 20-23.
- Bartholomeyczik, Sabine/Halek, Margareta (Hg.) (2004): »Assess-mentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen«. Han-nover: Schlütersche.
- Bartholomeyczik, S. et al. (2001): »Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs: Evaluation der Orientierungswerte für die Pfl-egezeitbemessung«. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Berg, Marc (1997): »Problems and promises of the protocol«. *Social Science and Medicine* 44 (8), S.1081-1088.
- Berg, Marc (1998): »Order(s) and disorder(s): Of protocols and medical practices«. In: Marc Berg/Annemarie Mol (Hg.): *Differences in medicine: Unraveling practices, techniques, and bodies*. Dur-ham/London: Duke Univ. Press, S. 226-246.
- Berg Marc/Harterink, Paul (2004): »Embodying the patient: Records and bodies in early 20th century US medical practice«. *Body and Society* 10, S. 13-41.
- Berliner Zeitung (19.2.2007): »Wusste der Heimleiter vom Pflege-Skandal?« URL: <http://www.berlinonline.de/berliner-zeitung/archiv/.bin/dump.fcgi/2007/0219/berlin/0053/index.html>. [Zugriff am 3.1.2009]
- Bowker, Geoffrey C./Star, Susan L. (1999): »Sorting things out: Clas-sification and its consequences«. Cambridge, MA/London: MIT Press.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008, I/20: Gesetz zur strukturellen Wei-terentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiter-entwick-lungsgesetz), S. 874-906, URL: <http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/bgbl108s0874.pdf>. [Zugriff am 3.1.2009]
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2009): »Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs«. Berlin.
- Cappell, Eckhard (1997): »Probleme bei der Bestimmung des Pflege-bedarfs im Pflegeversicherungsgesetz«. *Pflege und Gesellschaft* 2 (2), S. 1-4.
- Clarke, Adele (2005): »Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn«. London: Sage.

- Cowley, S./Mitcheson, J./Houston, A. M. (2004): »Structuring health needs assessments: The medicalisation of health visiting«. *Sociology of Health and Illness* 26 (5), S. 503-526.
- Drew, P./Chatwin, J./Collins, S. (2001): »Conversation analysis: A method for research into interactions between patients and health-care professionals«. *Health Expectations* 4, S. 58-70.
- Emerson, R. M./Fretz, R. I./Shaw, L. L. (1995): »Writing Ethnographic Fieldnotes«. Chicago/London: Univ. of Chicago Press.
- Foucault, Michel (1991): »Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks«. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2003): »Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme«. Wien: WUV.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1998): »Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung«. Bern: Huber.
- Greatbatch, D. et al. (2005): »Telephone triage, expert systems and clinical expertise«. *Sociology of Health and Illness* 27 (6), S. 802-830.
- Gültekin, Jan E./Liebchen, Anna (2003): »Pflegerische Begutachtung: Datenerhebungsmethoden, Pflegebedarfs- und Pflegequalitäts-ermittlung«. Stuttgart: Kohlhammer.
- Halek, Margareta (2003): »Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit«. Hannover: Schlütersche.
- Hallensleben, Jörg (2004): »10 Jahre Pflegeversicherung: Ein Blick zurück in die Zukunft«. *Pflege und Gesellschaft* 9 (4), S. 138-146.
- Haux, Erika (2006): »Erfolge und Probleme bei der Gutachtertätigkeit: Begutachtung von Menschen mit Demenz«. *Pflege und Gesellschaft* 11 (2), S. 141-150.
- Heritage, John (1997): »Conversation analysis and institutional talk: Analysing data«. In: David Silverman (Hg.): *Qualitative research: Theory, method and practice*. London: Sage, S. 161-182.
- Latour, Bruno (2005): »Reassembling the social: Introduction to ANT«. Oxford/New York: Oxford Univ. Press.
- Law, John (1994): »Organizing modernity«. Oxford/Cambridge, MA: Blackwell.
- Law, John (2004): »After method: Mess in social science research«. Routledge: London.

- Law, John/Hassard, John (Hg.) (1999): »Actor network theory and after«. Oxford/Malden: Blackwell.
- Mathar, Tom (2008): »Making a Mess with Situational Analysis? Review Essay: Adele Clarke (2005). Situational Analysis – Grounded Theory After the Postmodern Turn«. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research 9 (2), Art. 4, URL: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-08/08-2-04-e.htm>. [Zugriff am 3.1.2009]
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hg.) (2006): »Richtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches« Essen: asmuth. URL: http://www.mds-ev.org/download/Begutachtungsrichtlinien_screen.pdf. [Zugriff am 3.1.2009]
- Mol, Annemarie/Law, John (2002): »Complexities: An introduction«. In: John Law/Annemarie Mol (Hg.): Complexities: Social studies of knowledge practices. Durham/London: Duke Univ. Press, S. 1-22.
- Reisach, Barbara (2002): »Ein Pflegebedürftiger - drei Gutachten? Eine Analyse von Sachverständigengutachten zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit. Differenzen, Konsequenzen, Forderungen für die Praxis«. Hannover: Schlütersche.
- Reisach, Barbara (2006): »Probleme bei der Begutachtung von Kindern«. Pflege und Gesellschaft 11 (2), S. 151-157.
- Reiser, Kerstin (1997): »Untersuchungen zur Inter-Rater-Reliabilität des Begutachtungsverfahrens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und zur Einstufung in die Pflegestufen I-III«. Universität Ulm, Dissertation.
- Saake, Irmhild (2003): »Die Performanz des Medizinischen: Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion«. Soziale Welt 54, S. 429-460.
- Schmidt-Lauber, Brigitta (2001): »Das qualitative Interview oder: Die Kunst des Reden-Lassens«. In: Silke Götsch/Albrecht Lehmann (Hg.): Methoden der Volkskunde: Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie. Berlin: Reimer, S. 165-186. Sozialgesetzbuch. 34. Aufl. 2007, München: dtv.
- Star, Susan Leigh/Griesemer, James R. (1999): »Institutional ecology, 'translations', and boundary objects: Amateurs and professionals in

- Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39«. In: Mario Biagioli (Hg.): *The science studies reader*, New York: Routledge, S. 505-524.
- Timmermans, Stefan/Berg, Marc (2003): »The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care«. Philadelphia: Temple Univ. Press.
- Will, Catherine, M. (2005): »Arguing about the evidence: Readers, writers and inscription devices in coronary heart disease risk assessment«. *Sociology of Health and Illness* 27 (6), S. 780-801.