

Die Begutachtung bei Pflegebedürftigkeit – Ausgangspunkt ganzheitlicher Hilfen zur medizinischen und sozialen Rehabilitation

P. Hoffmann¹, N. Schmacke²

¹ Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf

² Hauptgesundheitsamt, Bremen

Expert Assessment of People in Need of Care – Starting Point for the Development of Integral Assistance and Social Rehabilitation

Based on the various definitions of people in need of constant care the authors describe the needs and chances of professional assessment in the process of financing care at home and in nursing homes. They stress the often neglected point of rehabilitation and plead for participation of social workers and nurses in the assessment process. The precarious situation for many relatives of people in need of care is pointed out. The authors come to the conclusion that public health offices in Germany should – as an important task in the future – concentrate more intensively on the actual problems of people in need of care and participate in local strategies to improve their living conditions.

Key words

Public health offices – Assessment of people in need of constant care – Social and medical rehabilitation

Zusammenfassung

Ausgehend von den in zahlreichen Gesetzen festgelegten Definitionen von Pflegebedürftigkeit beschreiben die Autoren die Notwendigkeit und Möglichkeit qualifizierter Begutachtung für die verschiedenen Kostenträger unter Betonung des zumeist vernachlässigten Rehabilitationsgedankens. Sie plädieren für die gleichberechtigte Beteiligung von Sozialarbeiter/innen, -pädagogen/innen und Pflegekräften am Begutachtungsprozeß und weisen auf die prekäre Situation vieler pflegender Angehöriger hin. Die stärkere Hinwendung zur Situation pflegebedürftiger Menschen – u.a. durch systematische Auswertung der Einzelfallgutachten – und die aktive Beteiligung an kommunalen Planungsprozessen zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation wird als eine wichtige Zukunftsaufgabe der Gesundheitsämter beschrieben.

Die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit konzentriert sich in den letzten Jahren aus verständlichen Gründen bei der Debatte um pflegebedürftige (zumeist alte und hochbetagte) Menschen vorrangig auf die Fragen der Kostenregelung. Die großen Erwartungen, die die neuen Regelungen des SGB V. Buch setzten, nach der erstmals außerhalb des BSHG's die partielle Finanzierung der Betreuung dauerhaft pflegebedürftiger Menschen möglich wurde, erweisen sich heute als überhöht. Die nachfolgenden Ausführungen wollen darlegen, warum es wichtig ist, anhand der Begrifflichkeit der Pflegebedürftigkeit ein umfassenderes Verständnis der zu lösenden Aufgaben zu erreichen. Es wird zugleich dafür plädiert, den Prozeß der Begutachtung durch die Gesundheitsämter weiter zu qualifizieren, um nach Möglichkeit – in Kooperation mit den medizinischen Diensten der Krankenkassen – den erforderlichen Diskussionsprozeß in der Gesellschaft im Sinne der Herausstellung vorrangiger Defizite bei der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen voranzubringen.

Konfusion durch Definitionsvielfalt

Was Pflegebedürftigkeit bedeutet, wurde im Kontext der Kostenregelung stets in verschiedenen sozialgeschichtlichen Zusammenhängen unterschiedlich vom Gesetzgeber definiert. Die nachfolgend genannten, nur mangelhaft aufeinander abgestimmten gesetzlichen Regelungen verlangen heute Gutachten zur Feststellung von Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit:

- das Bundesentschädigungsgesetz
- das Bundesversorgungsgesetz
- das Bundessozialhilfegesetz
- das Sozialgesetzbuch V. Buch
- Landespflegegeldgesetze der Länder (Rheinland-Pfalz, Berlin, Bremen)

Aktuell relevant ist vor allem die Abgrenzung der Definition von erheblicher Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 69 Abs. 3 BSHG von der sogenannten Schwerpflegebedürftigkeit im Sinne des § 53 SGB V, da es hier am häufigsten zu

Rückfragen zwischen den Kostenträgern und deren Gutachtdiensten kommt. Ohne daß dies bislang systematisch ausgewertet worden wäre, sprechen eigene Erfahrungen dafür, daß die Träger der Sozialhilfe im wesentlichen die Neuregelung des § 53 SGB V dazu nutzen, Kosten zu verlagern, daß sich aber für die Leistungsberechtigten im Rahmen der neuen Regelungen keine Verbesserungen der pflegerischen Betreuung ergibt. Gerade bei zeitintensiven Pflegen (diese überwiegen) bleiben die Betroffenen auf die viel weiter reichenden Möglichkeiten des BSHGs nach wie vor angewiesen. Die Gewährung der Leistungen im Sinne des § 53 SGB V bei schwerer Pflegebedürftigkeit ist an formelle Voraussetzungen geknüpft. Hierzu zählt u.a. die Erfüllung einer bestimmten Vorversicherungszeit. Darüber hinaus sind die Kriterien der Schwerpflegebedürftigkeitsrichtlinien vom 9. August 1989 recht hoch angesetzt, so daß Zyniker meinen, man müßte den Kopf schon unter dem Arm tragen, um die Voraussetzung der Schwerpflegebedürftigkeit zu erfüllen.

Etwa 1,2–1,5 % der Versicherten haben bisher Anträge gestellt (Klie, T., 1992). Nur etwa die Hälfte hiervon wurden im Schnitt positiv beschieden, die Ablehnungsgründe lagen zum einen in der nichterfüllten Vorversicherungszeit und zum anderen in der Nichtanerkennung von Schwerpflegebedürftigkeit. Untersucht man die Verteilung der Inanspruchnahme von Geld und Sachleistungen bei den häuslichen Pflegehilfen nach § 55 SGB V, so zeigt sich, daß lediglich unter 10 % der Versicherten Sachleistungen in Anspruch nehmen, während über 90 % Geldleistungen erhalten.

Das immer wieder zentral diskutierte Thema, nämlich das der Kürzung des nach BSHG-Richtlinien gewährten Pflegegeldes, wenn Leistungen nach §§ 55 ff SGB V in Anspruch genommen werden, soll nicht vertieft werden. Es hat sich landauf, landab – wie man hört – eine Praxis durchgesetzt, die sich auf eine Empfehlung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge bezieht, nach der bis zu 50 % des Pflegegeldes, das nach § 69 BSHG gewährt wird, gekürzt werden kann. Umstritten bleiben bei dieser Regelung die Funktion und die Gleichartigkeit der Geldleistung nach § 57 SGB V. Buch und des Pflegegeldes nach § 69 BSHG. In diesem Fall haben die Sozialämter Ermessen auszuüben. Diese Vorschrift zwingt den einzelnen Sachbearbeiter, keine grundsätzliche Pauschalierung, sondern eine einzelfallgerechte Prüfung vorzunehmen, welche Auswirkungen die Nebeneinandergewährung der Pflegegeldleistung und z.B. die Übernahme der Pflegekraftkosten für den Pflegebedürftigen – und damit auch für die Pflegepersonen – praktisch und tatsächlich im Einzelfall hat. Um diese vielfältigen Probleme zumindest fach- und sachgerecht diskutieren zu können, hatten und haben die gutachterlichen Dienste, sowohl der Krankenkassen als auch der Gesundheitsämter – bereits in der Vergangenheit und erst recht jetzt – eine Schlüsselrolle.

Versuche der Objektivierung und das Defizitmodell

Da die verschiedenen Leistungsträger einen Anspruch darauf haben, die ihnen übermittelten Gutachten nachvollziehen zu können, entsteht immer wieder die Diskussion um Möglichkeiten der Objektivierung der Gutachtenkriterien zur besseren Vergleichbarkeit. Dieses Bedürfnis ist um so größer, je weniger die zugrundeliegenden gesundheitlichen und pflegerischen Probleme mit den leicht zu verstehenden Sprach-

regelungen der „Gliedermaßentaxe“ erfaßt werden können. Dies ist am eklatantesten bei den verschiedenen Formen der Altersverwirrtheit. In der Praxis laufen solche Versuche immer wieder darauf hinaus, auf der Basis von Punktbewertungen für möglichst konkret zergliederte Hilfestellung im Tagesablauf zu einer rechnerisch ermittelten Pflegebedürftigkeit zu kommen. Dieses Verfahren erscheint aus zwei miteinander zusammenhängenden Gründen hochproblematisch:

1. Jedes Punktesystem liefert immer nur eine Scheinobjektivität, da sich das Ausmaß der konkreten Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nicht ohne qualitative Schilderung der individuellen Situation ermitteln läßt. Letzteres bezieht sich insbesondere gerade auf Einzelfälle extrem unruhiger und verwirrter Menschen.
2. Der Weg der Addition von „Pflegepunkten“ produziert immer wieder das nach allen Erkenntnissen der Rehabilitationsforschung obsoletere Defizitmodell der Behinderung und Pflegebedürftigkeit (wenn es nicht wirklich ausschließlich als eine Entscheidungshilfe benutzt wird). Ein Qualitätskriterium für Pflegegutachten muß vielmehr sein, neben einer möglichst konkreten Schilderung des Unterstützungsbedarfs, auch die Belastungen für die pflegenden Personen und die Voraussetzungen und Chancen von aktivierender Pflege und Rehabilitation herauszustellen. Hierbei muß auch problematisiert werden, welche Möglichkeiten die Sachbearbeiter/-innen der Leistungsträger haben, entsprechende Empfehlungen umzusetzen und wie ein fruchtbarer Diskussionsprozeß mit dem/n Gutachter/-innen aufgebaut werden kann, die in der Regel nicht erfahren, welche Konsequenzen ihre Texte haben. Ein medizinisches Gutachten sollte deshalb auch zu folgenden Fragen Stellung beziehen:
 - präventiver Aspekt
Welche Maßnahmen müssen eingeleitet werden, um die Pflegebedürftigkeit nicht weiter zu verschlimmern?
 - Rehabilitativer Aspekt
Welche Konsequenzen sind im Hinblick auf eine Verbesserung des Zustands zu ziehen?
 - Aspekte zur Unterstützung und Aktivierung des sozialen Netzes
Welche sozialen Konsequenzen bringt die Pflegebedürftigkeit für die Umgebung (Angehörige, Nachbarn etc.) des zu Pflegenden mit sich?

Diese wichtigen Ergänzungen zur gutachterlichen Stellungnahme könnte dem Sozialamt und anderen für die Betreuung zuständigen Stellen bedeutsame Hinweise geben, um geeignete Hilfen rechtzeitig und ausreichend bereitzustellen. Es gibt in der Bundesrepublik bereits einige Gesundheitsämter – meistens in Großstädten –, die hier richtungweisende Wege beschritten haben. Eine nur an einem Defizitmodell orientierte Begutachtung hat, wie zunehmend erkannt wird, darüber hinaus eine weitere gravierende Folge: Die Herabstufung in der Skala der Pflegebedürftigkeit bei einem eingetretenen Rehabilitationseffekt infolge engagierter Zuwendung und Pflege. Hier bestraft das klassische Einstufungssystem den Erfolg, statt den oft mühsam erreichten Fortschritt zu stabilisieren und positiv zu sanktionieren.

Der „Experte“ für die Begutachtung

Es entspricht zunächst einmal traditionellen Mustern im Gesundheits- und Sozialwesen, daß die Erstellung von Pflegegutachten an die ärztliche Qualifikation gebunden

wird und de facto das erstellte medizinische Gutachten zumeist den entscheidenden Ausschlag bei der Leistungsbewilligung erbringt. Zur Frage, welches „Expertenwissen“ wohl tatsächlich den Problemen des betreffenden Personenkreises gerecht werden kann, sollen einige vielleicht provokatorische Gedanken vorgestellt werden. In der Ausbildung und in der beruflichen Praxis erlangen Ärztinnen und Ärzte nur sehr begrenzt Einblicke in die ganz konkreten Abläufe und Erfordernisse der Pflege von Patienten. Der Blick der Medizin auf Krankheit und Pflegebedürftigkeit wird vorrangig durch naturwissenschaftlich-technische Diagnostik und Therapie geschult; erst im letzten Jahrzehnt wird zunehmend akzeptiert, daß Pflege und Medizin zwei eigenständige und gleichwertig zu betrachtende Bereiche in der Patientenbetreuung darstellen bzw. darstellen sollten.

Die Einschätzung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit basiert im Regelfall auf einem einmaligen Untersuchungstermin in der Wohnung oder im Pflegeheim. Der/die Gutachter/in ist hierbei maßgeblich darauf angewiesen (bzw. gut beraten), die Schilderung der Angehörigen und pflegenden Personen für die Bewertung einzubeziehen. Je qualifizierter diese hinzugezogenen Berichte sind, die von der längerfristigen Beobachtung des Verlaufs der Pflegebedürftigkeit sowie deren Auswirkungen im Alltag geprägt sind, um so mehr bestimmen sie die Gesamtaussage des Gutachtens.

Nicht ausdiskutiert ist ferner die Frage nach dem Stellenwert der Berichte von Sozialarbeiter/innen bzw. -pädagogen/innen für die Entscheidung des Sozialamts über Pflegegeldleistungen. Auf der einen Seite sprechen alle einschlägigen Kommentare zum BSHG davon, daß es bei der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit im Kern um Tatsachenfeststellungen geht, welche Einschränkung der Mobilität und welche konkreten Hilfebedarfe vorliegen. Diese Schilderung ist nun weniger an Beschreibungen auf dem Boden medizinischer Diagnostik gebunden (z. B. differenzierte Schilderung des neurologischen Defizits nach einem schweren Schädelhirntrauma) als vielmehr an eine präzise Darlegung der fehlenden noch verbliebenen Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags. Die Praxis zeigt, daß in diesem Feld erfahrene Sozialarbeiter/innen bzw. -pädagogen/innen – genau diese gutachterlich bedeutsame Beschreibung sehr gut liefern können, dennoch akzeptieren die Sozialämter fast durchgängig ausschließlich ärztliche Gutachten, selbst wenn offensichtlich ist, daß qualifizierte vorliegende Berichte nur noch „abgesegnet“ werden sollen.

Es sollte unbedingt erreicht werden, daß der Kostenträger Sozialamt ausschließlich die Qualität vorliegender Befunde/Gutachten zum Ausgangspunkt der Überlegung macht, ob weitere Gutachten einzuholen sind, nicht aber die Berufszugehörigkeit. Es spricht alles dafür, daß in vielen Situationen sozialarbeiterische Berichte, die zudem im Sinne der Ermittlung von Ansprüchen und/oder sozialrechtlicher Beratung ohnehin erstellt werden, auch zur Entscheidung über das Pflegegeld gemäß der Bestimmung des Bundessozialhilfegesetzes genutzt werden können. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, daß die erforderliche Erfahrung und die Sicherheit wohl auch nur dann erworben werden können, wenn (neben ausreichender Fortbildung) tatsächlich auch Verantwortung ausgeübt werden kann, und nicht alle Texte durch ärztliche Gutachten kontrolliert werden. Es wird andere Situationen geben, in denen der medizinische Blick für die Abschätzung einer Prognose und/oder rehabilitativer Chancen und damit auch zur

Ermittlung der Leistung sinnvoll hinzugezogen werden sollte und hinzugezogen werden muß.

Schließlich wird dafür plädiert, künftig in Gesundheitsämtern berufserfahrene Altenpfleger/innen und Krankenpfleger/schwestern in Bereichen der Begutachtung und Beratung zu Problemen der Pflege einzusetzen. Hierfür sprechen mehrere, über das Pflegegeldthema hinausgehende Gründe:

- Pflegekräfte haben aufgrund ihrer beruflichen Erfahrungen einen viel direkteren Zugang zur Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit. Sie werden neben dem eigenen Eindruck bei einem Haus- oder Heimbefuch die Schilderungen der Angehörigen und der professionell Pflegenden authentischer interpretieren können als Ärztinnen/Ärzte und Sozialarbeiter/innen.
- Pflegekräfte werden bessere Möglichkeiten haben, im Sinne von Beratung und Fortbildung akzeptiert zu werden, als Ärztinnen/Ärzte. Angesichts der eklatanten Defizite in der Qualitätssicherung ambulanter wie stationärer Altenpflege liegt hier ein Aufgabenfeld für die Gesundheitsämter vor, das freilich behutsam und kompetent entwickelt werden muß.
- Gelingt letzteres, so werden auch die Chancen der Gesundheitsämter deutlich steigen, im Bereich der Heimaufsicht beratend wie kontrollierend wirksamer tätig zu werden als bisher. Dies bedeutet nicht, daß medizinisches Wissen damit künftig als entbehrlich betrachtet werden soll, vielmehr ist dies im Sinne der Verstärkung multidisziplinärer Arbeitsansätze in Gesundheitsämtern gemeint.

Neben diesen notwendigen Erweiterungen erscheint auch eine verstärkte Wahrnehmung der Probleme notwendig, welche die Personen haben, die meist ihre Angehörigen zu Hause pflegen.

Notwendigkeit zur Unterstützung pflegender Angehöriger

Die Belastung von insbesondere alten Menschen und ihren Angehörigen in der Auseinandersetzung mit Hilfebedürftigkeit, Krankheiten und Verlusten sind zumindest in der theoretischen Diskussion längst bekannt. Die bestehenden Probleme lassen sich aus der Sicht der Pflegenden – und in der Regel sind das Frauen – folgendermaßen charakterisieren:

- In der Regel wird der zu pflegende Familienangehörige von der Tochter oder Schwiegertochter gepflegt. Die Pflege ist oftmals ein „fulltime job“. Der tägliche Zeitaufwand, den die Hauptpflegeperson zur Verrichtung der Pflege und Hilfeleistung benötigt, ist in 62 % der Fälle mehr als 6 Stunden pro Tag. Untersuchungen zu dieser Thematik belegen, daß 2/3 der pflegenden Frauen aufgrund der Pflegesituation nicht in der Lage sind, in Urlaub zu fahren. Zudem sind sie zusätzlich noch einer Vielzahl von weiteren Belastungen ausgesetzt:
- unzureichende und schlechte Wohnverhältnisse,
- finanzielle, psychische, physische, materielle und emotionale Entbehrungen. Daher erfordert die Begutachtung und Beurteilung von Pflegebedürftigkeit zwingend eine familienbezogene Betrachtungsweise. In der Mehrheit der Fälle haben die pflegenden Frauen auch noch Ehemann und Kinder zu versorgen.
- Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die fehlende gesellschaftliche Anerkennung der Pflegebedürftigkeit: In weiten Teilen der Bevölkerung existiert das Vorurteil, daß alte Men-

schen massenhaft in anonyme Pflegestätten abgeschoben würden. Kaum wahrzunehmen ist die Realität, daß viele pflegende Frauen, unter hohem moralischen Druck, es als ihre selbstverständliche Aufgabe ansehen, ihre Angehörigen auch ohne gesellschaftliche Anerkennung zu betreuen und zu versorgen. Trotz oft hoher Belastung durch die Pflege führt die fehlende gesellschaftliche Anerkennung oftmals dazu, daß die Frauen zusätzlich stundenweise noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Diese Erwerbstätigkeit könnte die Funktion eines Entlastungs- und Kompensationsfaktors besitzen.

- Ein Pflegekonzept, das vom Primat „familiärer Pflege“ ausgeht und damit hauptsächlich Frauen die Pflegearbeit zuweist, ohne ihnen zu helfen, trägt kaum zum Abbau der ohnehin gesellschaftlich benachteiligten Frauen bei. Es muß gelingen, Konzepte zur Entwicklung und Reform einzuleiten, um die Benachteiligung pflegender Frauen zu verhindern oder soweit als möglich zu begrenzen. Die Chancen am Erwerbsleben teilzunehmen und sich somit einen eigenen Rentenanspruch zu sichern, nehmen durch die Betreuung und Pflege eines Angehörigen wesentlich ab und ermöglichen es den Frauen kaum, die Vorteile des Sozialstaates zu nützen.

Diese wenige Punkte sollen veranschaulichen helfen, welche Bedeutung es haben muß, insbesondere pflegende Angehörige bei ihrer Arbeit zu unterstützen. Es wäre notwendig, daß es in jeder Stadt oder Gemeinde ein spezielles Beratungs- und Betreuungsangebot, vielleicht auch in Form eines Treffpunktes, geben sollte, wo man sich speziell die Aufgabe stellt, nicht nur Pflegedienste bereitzustellen oder zu vermitteln, sondern wo vor allem die persönliche Situation des pflegenden Angehörigen im Mittelpunkt steht und ihm Hilfe, Beratung, Unterstützung gewährt wird. Vor allem Angehörige sind es, die in vielfältiger Weise unserer Unterstützung bedürfen. Ein solches Angebot könnte im kommunalen Bereich sicherlich von Gesundheitsämtern organisiert werden. Hier wäre vor allem daran zu denken,

- Gesprächskreise für Angehörige einzurichten
- spezielle Beratungsangebote (Beratungsdienste) mit festen Sprechzeiten für Angehörige anzubieten
- Diskussionsveranstaltungen – vielleicht auch Fortbildungsveranstaltungen – zu den unterschiedlichsten Themenbereichen (medizinische, sozialrechtliche und andere Fragestellungen).

Schlußbetrachtung und Ausblick

Es sollte in den nächsten Jahren erreicht werden, daß mehr Transparenz bezüglich der Kriterien in den Pflegegeldgutachten hergestellt wird. Die Gesundheitsämter müssen überlegen, wie sie – ähnlich wie in anderen wichtigen Feldern der amtsärztlichen Begutachtung überhaupt – Wege der Evaluation ihrer Gutachten entwickeln und die Ergebnisse derartiger Untersuchungen anderen Fachämtern, interessierten Teilen der Öffentlichkeit und Politikern zur Verfügung stellen. Dabei können wichtige Einzelaspekte der Betreuung pflegebedürftiger Menschen herausgestellt werden (so z.B. die Frage angemessener Schmerztherapie bei untersuchten Krebspatienten). Es kann aber auch um die Mitwirkung am weiteren Ausbau eines gestuften Systems ambulanter Pflege in der Kommune gehen. Die Gesundheitsämter sollen dabei eng mit den medizinischen Diensten der Krankenkassen kooperieren, um einerseits

nach Möglichkeiten unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden, andererseits aber vor allem, um aus der wirklich konkreten Erfahrung heraus die defizitären Bereiche der häuslichen (auch der stationären) Betreuung pflegebedürftiger Menschen zu thematisieren. Dies kann auch bedeuten, um auf ein ganz akutes Problem hinzuweisen, den Mangel an qualifizierter ambulanter Betreuung für die Gruppe der AIDS-Kranken in der jeweiligen Stadt, dem jeweiligen Kreis zu beschreiben und mit den zuständigen politischen Stellen, Wohlfahrts- und Pflegeverbänden nach Abhilfe zu suchen. Ein weiteres Betätigungsfeld ist sicher im Aufbau von/oder in der Beteiligung an qualifizierten Beratungsangeboten für Betroffene und deren Angehörige über die regionalen Versorgungs- und Entlastungsmöglichkeiten zu sehen.

Gesundheitsämter, Krankenkassen, freie Träger und soziale Dienste der Sozialämter könnten gemeinsam versuchen, weniger Zeit in die Interpretation der unterschiedlichen Definitionen von Pflegebedürftigkeit zu investieren (dies ist einstweilen wohl auch noch nötig), als vielmehr die Dimensionen aufzuzeigen, welche sich hinter diesem Begriff verbergen und so dazu beitragen, daß hoffentlich bald neben die Säule des prinzipiell exzellent ausgebauten kurativen Gesundheitswesens ein gestuftes System der Sicherung häuslicher und stationärer Pflege inklusive teilstationärer Angebote tritt, das der veränderten Bevölkerungsstruktur ebenso Rechnung trägt wie den Erkenntnissen der Alters-, Pflege- und Rehabilitationsforschung. Die Gesundheitsämter sollten ihre Zugangswege besser als bisher nutzen, um ihr Wissen aus Haus- und Heimbefuchen und der Teilnahme an kommunalen Gremien in einer breiter gewordenen öffentlichen Debatte um die Sicherung der Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen einzubringen.

Literatur

- Becker, G.: Pflegenotstand: Soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit – Ein weiterhin ungelöstes Problem. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 15, (AS 190), Hamburg, Berlin (1990) 46–63
Hauptgesundheitsamt Bremen, Jahresbericht 1989
Hedtko – Becker, A. et al.: Angehörige chronisch kranker Menschen und ihre Unterstützung durch Angehörigenarbeit. Nachrichtendienst (1991) 335–357
Hoffmann, P.: Pflegebedürftigkeit als Notlage – Aspekte der Rolle und der Aufgabe des Gesundheitsamtes, Manuskript 1992, Düsseldorf
Klie, Th.: Die Krankenkassenleistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit. – Praxis – Probleme. Vortrag Düsseldorf 1992. Forum Häusliche Pflege, Kassel
Münstermann, J., A. Rebscher: Beiträge des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu sozialmedizinischen Fragen einer zukünftigen Pflegeabsicherung. Arbeitspapiere sozialmedizinische Beratung der Krankenversicherung Nr. 20, 1991, Essen
Naegel, G.: Die Situation älterer Menschen und die Notwendigkeit der Rehabilitation. Öff. Ges. Wes. 53 (1991) 276–282
Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik. Daten zur Gesundheits- und Sozialpolitik. In: Demokratisches Gesundheitswesen (1987) H. 11, (1988) H. 1, 2, 4 (zusammengestellt von K. Briester)
Schmacke, N.: Die Janusköpfigkeit des amtsärztlichen Gutachters. Zukunft individualmedizinischer Gutachten in Gesundheitsämtern. In: Die Gesundheitsämter in der Kommune 1992, Düsseldorf (in Vorbereitung)

Diplom-Sozialwissenschaftler Peter Hoffmann

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
Auf'm Hennekamp 70
4000 Düsseldorf