

Pflegeversicherung und Demenz

Probleme, Handlungsbedarf und Gestaltungsoptionen

1. *Demenz: Aktuelle und künftige Dimensionen*

Bei dem gemeinhin als »Demente« bezeichneten Personenkreis handelt es sich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) um Menschen mit Hirnleistungsstörungen und/oder Verhaltensstörungen, die mit Beeinträchtigungen des Gedächtnisses sowie anderer kognitiver Fähigkeiten wie Urteilsfähigkeit, Denkvermögen, Störungen der Affektkontrolle, des Antriebs sowie des Sozialverhaltens mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit und Apathie oder mit Vergröberung des Sozialverhaltens einhergehen. Die Störungen dürfen definitionsgemäß nicht nur vorübergehender Natur sein, sondern müssen seit mindestens sechs Monaten auftreten (vgl. Statistisches Bundesamt 1998: 209 ff.; Dritter Bericht 2001: 79; RKI 2002: 18f.).

Unter pflegeversicherungsrechtlichen Aspekten stellen demenziell Erkrankte insofern eine Problemgruppe dar, als ein wesentlicher Bereich demenzspezifischer Hilfeleistungsbedarfe aufgrund des dem Pflegeversicherungsgesetz zugrundeliegenden engen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bei der Begutachtung und Einstufung von Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt werden kann. Dies trifft jedoch nicht allein auf den »harten Kern« manifest demenziell Erkrankter zu, sondern ebenso auf weitere Personenkreise, die vor allem wegen ihrer Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen in ihrer Alltagskompetenz beeinträchtigt sind. Diese Störungen beziehen sich zum einen auf die »gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen« des täglichen Lebens nach § 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI, also im Bereich der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung; zum anderen betreffen sie das Potential zur allgemeinen Lebensführung, also etwa situative Anpassungs-, Orientierungs- und Kommunikationsfähigkeit im Sinne der sog. Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs). Während die Verrichtungen des täglichen Lebens nach § 14 SGB XI vorwiegend antrainierte bzw. konditionierte Handlungen darstellen, die häufig erst relativ spät im Krankheitsverlauf verloren gehen, treten (allein keine

Versicherungsleistungsleistungen begründende) Hirnleistungs- und/oder Verhaltensstörungen wie Desorientierung oder Umtriebigkeit vielfach bereits in frühen Krankheitsstadien auf und schaffen einen teilweise erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) hat in einem früheren Jahresbericht darauf hingewiesen, dass dieser Kreis von »Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz« rund 37% aller im Jahr 1998 erstmals begutachteten Antragsteller von Pflegeversicherungsleistungen nach SGB XI ausmachte; dies entsprach seinerzeit hochgerechnet rund 247 000 Personen. Zugrundegelegt wurden hierbei Einschränkungen im Sinne einer (teilweisen) Unselbständigkeit in den ATLS »Sich situativ anpassen können« plus »Für Sicherheit sorgen können« zusammengekommen oder »Kommunizieren können« allein. Gleichzeitig gab es im Jahr 1998 rund 167 000 erstbegutachtete Personen, bei denen der Medizinische Dienst psychiatrische Krankheiten (92 000 Personen) oder Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (75 000 Personen) als erste pflegebegründende Diagnose, mithin demenzielle Erkrankungen, festgestellt hatte. Dies waren rund 80 000 Personen weniger als die Zahl der in ihrer Alltagskompetenz Eingeschränkten. Es existiert also eine in quantitativer Hinsicht nicht unbedeutende »Grauzone« aus Antragstellern auf Pflegeleistungen, die zwar einen erheblichen Hilfebedarf bei der Alltagsbewältigung haben, aber im Rahmen der Pflegebegutachtung nach geltendem Pflegeversicherungsrecht nicht ausreichend berücksichtigt werden können (vgl. MDS o.J. [1998]: 78ff.).

In seiner jüngsten Repräsentativerhebung über Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten hat Infratest Sozialforschung ein Screening-Instrument eingesetzt, das valide Hinweise auf eine möglicherweise beginnende oder bereits vorhandene Demenz liefert (Infratest Sozialforschung 2003: 15 u. Anhang). Der Erhebung zufolge müssen demnach insgesamt 48% der Pflegebedürftigen (Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung) in Privathaushalten in Deutschland, das sind rund 667 000 Personen im Durchschnitt des Jahres 2002, als in kognitiver Hinsicht beeinträchtigt gelten, befinden sich also im Stadium beginnender Demenz bzw. sind bereits dement. Die festgestellten kognitiven Einschränkungen betreffen jeweils mehr als die Hälfte der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen der Stufe III (53%) und Stufe II (57%) sowie vier von zehn Pflegebedürftigen der Stufe I (42%). Von den im weiteren Sinne vorrangig hauswirtschaftlich Hilfebedürftigen weist ein knappes Viertel (24%) kognitive Einschränkungen auf; das sind weitere rund 721 000 Personen im Jahresdurchschnitt 2002. Die Zahl der insgesamt kognitiv beeinträchtigten Personen in Privathaushalten kann demnach

auf insgesamt rund 1 388 000 Personen veranschlagt werden. Dies bedeutet gleichzeitig, dass gegenwärtig nur die knappe Hälfte aller in Privathaushalten lebenden kognitiv Beeinträchtigten, ob pflegebedürftig im engeren Sinne oder bloß vorwiegend hauswirtschaftlich hilfebedürftig, Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält.¹

Die festgestellten kognitiven Beeinträchtigungen gehen ferner zwar einerseits mit vorwiegend körperlich verursachten Mobilitätseinschränkungen einher, die bei zahlreichen Pflegebedürftigen einen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI begründen. Sie deuten andererseits jedoch auch darauf hin, dass »der Schweregrad der damit in der Regel einhergehenden psychischen Störungen erheblich sein dürfte«. Damit stellen die kognitiven Beeinträchtigungen neben den körperlich verursachten das »zweite wesentliche Profilvermerkmal« häuslich Pflegebedürftiger dar (Infratest Sozialforschung 2003: 16).

Im Ergebnis von Hochrechnungen auf der Basis teils älterer epidemiologischer Studien kann davon ausgegangen werden, dass gegenwärtig (bezogen auf die Bevölkerungszahl und Altersstruktur des Jahres 2002) in Deutschland zwischen rund 1,2 und 2,0 Millionen Menschen über 65 Jahren von demenziellen Erkrankungen im weitesten Sinne betroffen sind, wobei sich der »harte Kern« der mittelschweren und schweren Fälle auf etwa 1,0 bis 1,2 Millionen älterer Menschen konzentrieren dürfte.

Diese Daten korrespondieren größenordnungsmäßig mit den flächendeckend (allerdings nur für zu Hause lebende Hilfe- und Pflegebedürftige) erhobenen Angaben der Infratest-Studie über Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen (1,4 Millionen Personen; ohne Heimbewohner). Berücksichtigt man ferner, dass von den gegenwärtig rund 600 000 in Heimen lebenden Empfängern von Pflegeversicherungsleistungen (vgl. BMGS 2004) zwischen 50 und 80 % demenziell erkrankt sein dürften (vgl. Schwarz 2000), mithin ca. 300 000 bis 480 000 Personen, dann ergibt sich eine Gesamtzahl von etwa 1,7 bis 1,9 Millionen demenziell Erkrankten. Dies bedeutet, dass gegenwärtig rund drei Viertel aller demenziell Erkrankten in häuslicher Umgebung leben und dort auch versorgt werden; lediglich ein Viertel lebt in Heimen. Gleichwohl scheint sich – ähnlich wie bei der Versorgung der Pflegebedürftigen insgesamt – im Zeitverlauf eine Tendenz zur »Verheimung« der Dementenbetreuung herauszubilden

Hinsichtlich der künftigen Dimensionen des Demenz-Problems besteht zwar in der Fachwelt eine allgemeine Übereinstimmung darüber, dass die Zahl der demenziell Erkrankten zunehmen wird, unklar ist jedoch, in welchem Ausmaß dies der Fall sein wird. Als Einflussfaktoren können u.a. gelten:

- die absehbaren Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung, d.h. die zahlenmäßige Entwicklung insbesondere der oberen Altersgruppen;
- die Entwicklung und Umsetzung primär- und sekundärpräventiver sowie ressourcenorientierter gesundheitsfördernder Strategien zur Vermeidung bzw. zum zeitlichen Hinausschieben des Eintritts demenzieller Erkrankungen;
- die Entwicklung und möglichst flächendeckende Implementierung intersektoral und interprofessionell vernetzter Behandlungs- und Betreuungsformen für bereits (leichter) demenziell Erkrankte, einschließlich der Förderung des Aufbaus und der Unterstützung niedrigheliger Betreuungsangebote.

Vergleichsweise eindeutig quantifizieren lassen sich die künftigen Größenordnungen des Demenz-Problems lediglich im Hinblick auf die Entwicklungstrends der Bevölkerung und der Altersstruktur der Bevölkerung. Die von Bickel (1999) auf der Grundlage von Meta-Analysen vorgenommenen Schätzungen altersgruppenspezifischer Prävalenzraten für mittelschwere und schwere Fälle von Demenz zeigen, dass das Demenzrisiko mit zunehmendem Alter drastisch ansteigt. Und sie verweisen darauf, dass altersgruppenübergreifende summarische Prävalenzraten allenfalls für Momentaufnahmen aussagekräftig, für regionale Vergleiche oder Zeitverlaufsanalysen (Prognosen) jedoch weniger geeignet sind, da sie die regional unterschiedliche und im Zeitverlauf sich sehr differenziert entwickelnde altersmäßige Zusammensetzung der Bevölkerung (insbesondere mit Blick auf die Hochbetagten) nicht berücksichtigen. Folgt man den von Bickel (1999) geschätzten und im Vierten Altenbericht der Bundesregierung (2002: 167) wiedergegebenen altersgruppenspezifischen Demenz-Prävalenzraten für die Bevölkerung ab 65 Jahren in Fünf-Jahres-Altersschritten² und hält diese über den Vorausberechnungszeitraum hinweg konstant, so lassen sich auf der Grundlage der Bevölkerungsfortschreibung (für Jahre 2000 bis 2002) sowie der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (für die Jahre 2003 bis 2050) die mittel- und langfristigen Entwicklungen im Bereich (allein der mittelschweren und schweren) demenziellen Erkrankungen in Deutschland wie folgt skizzieren (*Übersicht 1*):

Übersicht 1:

Zahl der Menschen mit mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland 2000-2050

Hochrechnung auf Basis der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, Variante 5*

Jahr	Anzahl der demenziell Erkrankten		Bevölkerung insgesamt		Bevölkerung im Alter von 65 Jahren u. älter		Anteil der demenziell Erkrankten an der Bevölkerung ...	
	abs. (Tsd.)	Index: 2000 = 100	abs. (Tsd.)	Index: 2000 = 100	abs. (Tsd.)	Index: 2000 = 100	ab 65 Jahren (%)	insgesamt (%)
<i>Ist:</i>								
2000	946,6	100	82 187,6	100	13 510,5	100	7,0	1,2
2001	968,0	102	82 339,8	100	13 874,4	103	7,0	1,2
2002	983,7	104	82 482,3	100	14 247,3	105	6,9	1,2
<i>Vorausbe- rechnung:</i>								
2003	993,6	105	82 667,6	101	14 824,9	110	6,7	1,2
2004	1 020,4	108	82 786,2	101	15 302,1	113	6,7	1,2
2005	1 054,5	111	82 869,2	101	15 776,5	117	6,7	1,3
2010	1 129,7	126	83 066,2	101	16 588,7	123	7,2	1,4
2015	1 344,6	142	83 051,5	101	17 193,3	127	7,8	1,6
2020	1 498,3	158	82 822,1	101	18 219,0	135	8,2	1,8
2025	1 631,2	172	82 196,0	100	19 644,9	145	8,3	2,0
2030	1 735,5	183	81 220,3	99	21 615,3	160	8,0	2,1
2035	1 851,6	196	79 975,7	97	23 003,4	170	8,0	2,3
2040	2 026,5	214	78 539,4	96	22 785,6	169	8,9	2,6
2045	2 231,8	236	76 936,0	94	22 501,2	167	9,9	2,9
2050	2 359,2	249	75 117,3	91	22 240,3	165	10,6	3,1

* Annahmen: Konstante Geburtenrate, langfristiger Wanderungssaldo etwa + 200 000 pro Jahr, mittlere Zunahme der Lebenserwartung.

Quelle: Eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt 2003; Statistisches Bundesamt, lfd.; Bickel 1999.

– Die Zahl der Erkrankten wird sich – ausgehend vom Jahr 2000 – bis zum Jahr 2050 verzweieinhalbfachen, d.h. auf dann knapp 2,4 Millionen Menschen anwachsen. Diese Entwicklung geht auf gravierende Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung zurück, deren

wichtigste Komponenten die extrem starken Wachstumsraten der obersten Altersgruppen sind.

- Da gleichzeitig die Bevölkerungszahl bis 2050 um 9% abnehmen wird, während die Zahl der über 65-Jährigen insgesamt um 65% steigt, führt dies zu einem im Zeitverlauf deutlich zunehmenden Anteil demenziell Erkrankter an der Bevölkerung. Er wird von derzeit 1,2% auf 3,1% der Bevölkerung insgesamt im Jahr 2050 bzw. von derzeit 7,0% auf dann 10,6% der über 65-Jährigen ansteigen.
- In allen Altersgruppen oberhalb von 65 Jahren werden die absoluten Zahlen demenziell Erkrankter bei zwischenzeitlichen Schwankungen und temporären Rückgängen bis 2050 per Saldo zunehmen – gegenüber 2000 bei den 65- bis 69-Jährigen um 20%, den 70- bis 74-Jährigen um 22% und den 75- bis 79-Jährigen um 36%, jedoch bei den 80- bis 84-Jährigen um 198%, den 85- bis 90-Jährigen um 178% sowie den über 90-Jährigen um 273%.
- Unter den genannten Bedingungen werden sich die demenziell Erkrankten deutlicher als bisher in den obersten Altersjahrgängen konzentrieren. Während gegenwärtig erst knapp 47% der demenziell Erkrankten älter als 85 Jahre (darunter 19% älter als 90 Jahre) sind, wird der Anteil dieser Hochbetagten an den Erkrankten im Jahr 2050 ca. 59% (bzw. 28%) betragen.
- Die Zunahme der Demenzen wird sich in Deutschland zwar flächendeckend, aber in regional unterschiedlichem Ausmaß und Tempo vollziehen. In raumstruktureller Hinsicht werden die Altersdemenzen – dem Trend der Bevölkerungsentwicklung folgend – langfristig in den hochverdichteten und verdichteten Umlandkreisen der Großstädte in Agglomerationsräumen sowie in verstäderten Räumen, aber auch in Kreisen höherer Dichte in ländlichen Räumen überproportional zunehmen, während sie in den großstädtischen Ballungszentren und den Kernstädten verstädeter Räume nur unterdurchschnittlich wachsen.³

Vor dem Hintergrund der hier skizzierten Modellrechnung wird ersichtlich, dass sich die Demenz-Problematik mit hoher Wahrscheinlichkeit zu *der* Kardinalfrage künftiger Pflegepolitik entwickeln wird. Und dies geschieht von einer heute defizitären Versorgungsbasis aus. Das Demenz-Problem wird also künftig nicht nur *quantitativ* an Gewicht gewinnen, es muss innerhalb des Gesundheitswesens und des Systems der pflegerischen Versorgung darüber hinaus auch in *qualitativer* Hinsicht bearbeitet werden.

2. *Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz: Mehr Hilfen für demenziell Erkrankte – aber es bleiben Versorgungsdefizite*

Einer der »Geburtsfehler« der Pflegeversicherung besteht in der ihr zugrundeliegenden – wiewohl im SGB XI nicht explizit benannten – Fixierung auf vorwiegend körperliche Beeinträchtigungen und Gebrechen und damit der tendenziellen Vernachlässigung psychischer Veränderungen und Erkrankungen (vgl. Priester 1993; MDS o.J. [1998]: 75ff.; Schlussbericht der Enquête-Kommission 2002: 230ff.; BMGS 2003: 186; Priester 2004a). Dies hat in der Praxis des Gesetzesvollzugs bzw. bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Gesetz eine deutliche Benachteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung, von psychisch Kranken und geronto-psychiatrisch veränderten Personen zur Folge (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004: 202); der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sieht hierin eine »Gerechtigkeitslücke« (MDS o.J. [1998]: 8). Der Politik sind diese Gestaltungsmängel bekannt; die Verringerung der rechtlichen und faktischen Ungleichheit von körperlich und psychisch Hilfebedürftigen vor dem Pflegeversicherungsgesetz war deshalb bereits in der vergangenen Legislaturperiode des Deutschen Bundestags Gegenstand politischer Absichtserklärungen (Aufbruch und Erneuerung 1998: Ziff. VI.7; Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung 2001: 25f.). In der Begründung des im Jahr 2001 vorgelegten Entwurfs eines Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes heißt es, die bisher geltenden pflegerechtlichen Regelungen hätten »zwar durchaus die Gleichbehandlung psychisch Kranker und geistig Behinderter mit Menschen zum Ziel, deren Pflegebedürftigkeit auf einer körperlichen Erkrankung beruht«. Tatsache sei jedoch auch, »dass der Hilfe- und Betreuungsbedarf des Personenkreises der gerontopsychiatrisch veränderten Menschen sowie der geistig behinderten sowie der psychisch kranken Menschen oftmals über den Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung hinausgeht, den die Pflegeversicherung für ihre Leistungen ausschließlich zugrundelegt. (...) Die bessere Berücksichtigung des nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Hilfe- und Betreuungsbedarfs im Rahmen der Pflegeversicherung ist daher eine der Hauptforderungen aller am Pflegegeschehen Beteiligten und ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung.« (Gesetzesentwurf 2001: Begründung, A.I)

Umgesetzt wurden diese Überlegungen in Art. 1 Nr. 6 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes von 2001, mit dem das Pflege-Versicherungs-

gesetz (SGB XI) geändert wurde. Seitdem gilt, dass Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gem. §§ 14 und 15 SGB XI ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist – also Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit »demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen« – (§ 45a), zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 € je Kalenderjahr erhalten können (§ 45b).

Die allgemeine Situationsbeschreibung der Bundesregierung hinsichtlich der Unterversorgung des genannten Personenkreises und die Betonung der Notwendigkeit, hier Verbesserungen herbeizuführen, ist sicher zutreffend. Allerdings sind die vorgenommenen Veränderungen aus den nachfolgend genannten Gründen nicht geeignet, die von der Bundesregierung benannten Zielsetzungen vollständig und nachhaltig zu erfüllen.

Enger Pflegebedürftigkeits-Begriff reduziert Zahl der Anspruchsberechtigten

So wird der vergleichsweise enge Pflegebedürftigkeits-Begriff des Pflegeversicherungsgesetzes unverändert beibehalten – mit der Folge, dass Pflegebedürftige ohne mindestens »erheblichen« (oder höheren) Pflegebedarf im Sinne des Gesetzes (»Stufe 0«) einen Anspruch auf die neuen Leistungen auch dann nicht erhalten, wenn sie einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf haben. Die Leistungen bleiben auf die schon bisher anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen beschränkt; eine Ausweitung des begünstigten Personenkreises ist nicht vorgesehen.

Eine solche Regelung ist u. a. deshalb nicht problemangemessen und bedarfsgerecht, weil die (mutmaßlich zahlreichen) Hilfebedürftigen der Stufe 0 mit teilweise beträchtlichem allgemeinen Betreuungsbedarf von bis zu 45 Minuten pro Tag gerade im Hinblick auf die Verhinderung des Eintritts von (schwererer) Pflegebedürftigkeit – also in durchaus präventiver Absicht – eine bevorzugte Zielgruppe für Leistungsverbesserungen sein müssten. Diese Chance wurde mit der Beibehaltung des eingegengten Pflegebegriffs und damit auch der Begrenzung des Kreises der potentiell Leistungsberechtigten vertan.

Enger Demenz-Begriff führt zu Unklarheiten über Zielgruppe

Im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wird zudem zumindest implizit der Kreis der Anspruchsberechtigten der neuen zusätzlichen Leistungen mehr oder minder stark auf »Demente« oder »demente Pflegebedürftige« verengt. Insgesamt handelt es sich bei dem als Zielgruppe des Gesetzes anvisierten Personenkreis um Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Dies ist der Gesetzesbegründung zufolge »der Personenkreis der gerontopsychiatrisch veränderten Menschen sowie der Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung« (Gesetzentwurf 2001: Begründung A.II). Bei der Bestimmung des Personenkreises werde ebenso wie bei der Definition der Pflegebedürftigkeit »nicht auf bestimmte Krankheitsdiagnosen abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Defizite in den so genannten Alltagskompetenzen ausgelöst ist« (ebda.) bzw. sich auf (negative) »Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (...), die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben« (§ 45a), bezieht.

Hierzu ist zweierlei anzumerken: Zum einen ist die in § 45a Abs. 2 angeführte, 13 Punkte umfassende Kriterienliste für die Beurteilung der Einschränkung der Alltagskompetenz weitestgehend auf Demenzkranke oder gerontopsychiatrisch veränderte Menschen und weniger auf psychisch Kranke oder Menschen mit geistiger Behinderung im allgemeinen abgestellt. Es muss bezweifelt werden, dass die spezifischen Betreuungsbedarfe beispielsweise eines jüngeren psychisch Erkrankten oder geistig Behinderten hierdurch ebenso adäquat abgebildet werden können wie die eines demenzkranken alten Menschen. Zum anderen muss aus pflegewissenschaftlicher Sicht kritisiert werden, dass die Kriterienliste darüber hinaus auch noch defizitorientiert angelegt ist. Dies steht im Widerspruch zu einer von der Pflegewissenschaft seit längerer Zeit favorisierten, stärker an den (noch vorhandenen) Fähigkeiten von (älteren, beeinträchtigten, behinderten, kranken, pflegebedürftigen) Menschen orientierten Sicht auf eventuelle Hilfebedarfe.

Unbestimmte Rechtsbegriffe präjudizieren Restriktionen

Ferner arbeitet das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz an verschiedenen Stellen mit unbestimmten Rechtsbegriffen, die in der Gesetzesanwendung sozialrechtliche Probleme aufwerfen dürften, weil sie zu einer uneinheitlichen Praxis bei der Bestimmung des Betreuungsbedarfs und damit der Gewährung und Inanspruchnahme der neuen Leistungen führen

können. Von zentraler Bedeutung sind hierbei die Begriffe »erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung« sowie »erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz« und ihre inhaltliche Ausfüllung. Auch die in das Gesetz aufgenommenen Formulierungen in § 45a Abs. 2 zur näheren Bestimmung dieses Begriffs allein sind noch zu vage, um Hilfebedarfe eindeutig bestimmen zu können. Sie ermöglichen zudem die eher restriktive Auslegung des Betreuungsbedarfs in den von den Krankenkassen-Spitzenverbänden mit anderen Institutionen zu beschließenden Richtlinien zur Begutachtung und Bedarfsfeststellung.

Stationär Pflegebedürftige werden benachteiligt

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz beschränkt die zusätzlichen Betreuungsleistungen auf Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Zweifellos sind bei diesem Personenkreis die größten Versorgungsdefizite im Hinblick (nicht nur) auf die neuen Leistungen vorhanden. Gleichwohl ist eine Begrenzung auf die häusliche Pflege nicht sachgerecht. Der Ausschluss stationär betreuter Pflegebedürftiger von dem Anspruch auf die neuen Leistungen wird in der Begründung des Gesetzentwurfs mit dem Hinweis auf eine notwendige Prioritätensetzung angesichts begrenzter verfügbarer Finanzmittel sowie auf die durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz von 2001 mit dem Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen gegebenen Möglichkeiten zur Verbesserung der stationären gerontopsychiatrischen Pflege begründet. Damit könne der besondere Bedarf an Leistungen der allgemeinen sozialen Betreuung für die in Frage stehende Klientel »genau abgebildet« und müsse demzufolge auch »entsprechend vergütungsmäßig berücksichtigt« werden (Gesetzentwurf 2001: Begründung, A.I).

Es sind erhebliche Zweifel angebracht, ob sich diese Verheißungen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes künftig realisieren lassen. Hierzu müssten zunächst einmal die Zahl der Personen mit erhöhtem allgemeinem Betreuungsbedarf in Heimen sowie deren konkrete Hilfebedarfe bestimmt werden. Da sich die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes nach § 45a des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes aber nur auf Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung beziehen, können solche Begutachtungen in stationären Einrichtungen nicht stattfinden. Ob die künftig abzuschließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen selbst bei nachgewiesenem zusätzlichem Betreuungsbedarf von Heimbewohnern diesen auch tatsächlich in vergütungsmäßig angemessener Weise und Höhe berücksichtigen werden, bleibt abzuwarten.

Höhe und Zweckbindung der neuen Betreuungsleistungen sind unzulänglich

Die im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vorgesehenen zusätzlichen Betreuungsleistungen sind hinsichtlich der Höhe der zur Verfügung gestellten Geldbeträge, ihrer Zweckbindung sowie der Modalitäten ihrer Gewährung zu kritisieren:

- So könnten mit dem *vorgesehenen Betreuungsbetrag* bis zu von 460 € jährlich etwa 15 ganztägige Betreuungen (zu je 30 € gemäß dem baden-württembergischen Betreuungsgruppen-Beispiel in der Gesetzesbegründung, A.II) finanziert werden. Je Kalendertag ergeben sich rechnerisch 1,26 €. Beträge in dieser Höhe stellen für die Pflegebedürftigen und ihre Familien keine wirklich nennenswerte Entlastung dar. Zudem stellt sich die Frage, ob Betreuungsformen außerhalb der häuslichen Umgebung von Pflegebedürftigen, wenn sie aus finanziellen Gründen nur sporadisch in Anspruch genommen werden können, die häusliche Pflegesituation verbessern und insbesondere auch die Belastungen pflegender Angehöriger wirklich nachhaltig verringern können. Es steht zu befürchten, dass bei Inanspruchnahme nur gelegentlicher, unregelmäßiger außerhäuslicher Betreuungsangebote auch gegenteilige Effekte eintreten könnten, indem z.B. routinisierte häusliche Pflegearrangements, Betreuungsabläufe und -rhythmen hierdurch gestört werden. Diese Gefahren könnten jedoch geringer sein, wenn außerhäusliche Betreuungsangebote häufiger und regelmäßig wahrgenommen werden. 15 Betreuungstage pro Jahr unterstellt, ergäbe sich ein »ganzer« Betreuungstag etwa alle dreieinhalb Wochen. Dies ist selbst als punktuell wirkende Entlastung für pflegende Angehörige zu wenig. Rein quantitativ betrachtet wäre eine ganztägige Betreuung pro Woche ein plausibler Ansatz, um die geforderte Regelmäßigkeit herstellen zu können. Dies entspräche einem Betreuungsbetrag von etwa 1600 € jährlich gemäß dem angeführten Rechenbeispiel.
- Der vorgesehene zusätzliche Betreuungsbetrag ist § 45b Abs. 1 zufolge ferner »*zweckgebunden* einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen«, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von (entsprechenden zusätzlichen) Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, zugelassener Pflegedienste sowie (nach Landesrecht anerkannter) niedrigrschwelliger Betreuungsangebote entstanden sind, »und die gleichzeitig infrastrukturprägende Wirkungen haben« (Gesetzesentwurf 2001: Begründung, A.II). Der Betreuungsbetrag soll demnach den Anspruchsberechtigten nicht wie das Pflegegeld im voraus und weitgehend zur freien Verwendung ausgezahlt

werden, sondern er muss zweckgebunden im genannten Sinne eingesetzt werden. Einmal abgesehen davon, ob es in absehbarer Zeit überhaupt gelingt, flächendeckend qualitätsgesicherte Betreuungsangebote in hinreichender Zahl für die geschätzten rund 500000 bis 550000 durch das Gesetz potentiell Begünstigten (vgl. ebda.) zu den aufgrund der geringen vorgesehenen Betreuungsbeträge erforderlichen Niedrigpreisen bereitzustellen, ist diskussionswürdig, ob die im Gesetz vorgesehene Zweckbindung generell sinnvoll ist. Dies gilt insbesondere angesichts der geringen Höhe des Betreuungsbetrags. Natürlich kann einerseits nicht ernsthaft gegen das Kriterium »qualitätsgesichert« für entsprechende Angebote argumentiert werden; nachvollziehbar ist auch das Bestreben des Gesetzgebers, nicht einfach Geldmittel »mit der Gießkanne« für nicht näher bestimmte Zwecke (und kaum kontrollierbare Leistungen von Anbietern) verteilen zu wollen, ohne dass der intendierte qualitativ-betreuerische Zusatznutzen sichergestellt wäre. Andererseits aber die Inanspruchnahme der neuen Leistungen in derart geringer Höhe so stark zu reglementieren und darüber hinaus noch mit der Verpflichtung, strukturfördernde Wirkungen entfalten zu müssen, zu belasten, erscheint überzogen. In der Tendenz erschweren die in dem Gesetz gemachten Auflagen die Inanspruchnahme der neuen Leistungen.

- Die *Modalitäten der Gewährung des zusätzlichen Betreuungsbetrags* sind ferner hinsichtlich ihrer Anlage als Erstattungsleistung auf Antrag des Pflegeversicherten kritikwürdig. Dieser Ansatz ist im Prinzip systemfremd. Er widerspricht dem Sachleistungs- und Geldleistungsprinzip des SGB XI insofern, als der zuständigen Pflegekasse Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen vorgelegt werden müssen (§ 45b Abs. 2). Weder die Vorfinanzierung dieser Leistungen durch die Pflegeversicherten, also die Einführung des Kostenerstattungsprinzips mit allen seinen Unwägbarkeiten für die betroffenen Versicherten, noch ein umständliches Antragsverfahren erscheinen angesichts des Stellenwerts der neuen Betreuungsleistungen angemessen.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen durch kostengünstige niedrighschwellige Angebote?

Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz beabsichtigt mit dem Auf- und Ausbau niedrighschwelliger Angebote insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige sowie deren finanzieller Förderung durch Pflegekassen sowie Länder und kommunale Gebietskörperschaften eine Weiterent-

wicklung (ambulanter) Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte (§ 45c). Dies ist zunächst prinzipiell zu begrüßen, fraglich ist allerdings, ob die in dem Gesetzentwurf hierfür vorgesehenen Fördermittel in Höhe von 20 Millionen € pro Jahr nachhaltig zur Erreichung dieser Zielsetzungen beitragen können.

Zudem ist die beabsichtigte Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote durchaus ambivalent zu beurteilen: Zum einen kann die Förderung der Unterstützung von Selbsthilfegruppen im Bereich der Betreuung des betreffenden Personenkreises dienen; sie belohnt in gewisser Weise damit ehrenamtliches Engagement. Zum anderen dient diese finanzielle Förderung aber offenkundig auch dem Auf- und Ausbau möglichst preisgünstiger Betreuungsangebote. Ehrenamtliche Arbeit mit Demenzzkranken, psychisch Kranken und Behinderten wird auf dieser Grundlage nicht nur einfach eine Ausweitung erfahren, sondern sie könnte zum Normalfall der Betreuung werden, weil (kostspieligere) professionelle und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote in ausreichender Zahl bislang nicht existieren und mit den künftig zur Verfügung stehenden Betreuungsbeträgen auch nicht zu finanzieren sind. Wenn das Gesetz die Qualität von Betreuungsleistungen einfordert, kann es von der Finanzierung (zumindest teilweise) professionell erbrachter bzw. begleiteter Angebote nicht absehen. Ein flächendeckendes, bedarfsgerechtes und qualitätsgesichertes Netz an Betreuungsangeboten lässt sich dauerhaft und verlässlich nicht in erster Linie auf der Basis der Ehrenamtlichkeit aufbauen und aufrecht erhalten.

3. Reformoptionen für die künftige Ausgestaltung von Leistungen für demenziell Erkrankte im Rahmen der Pflegeversicherung

Bei kritischer Würdigung der mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vorgenommenen Veränderungen kann insgesamt – zumindest potentiell, flächendeckende Erfahrungen liegen noch nicht vor – ein leichter Fortschritt in der Betreuung von Pflegebedürftigen mit erhöhtem allgemeinen Betreuungsbedarf, mithin auch eines Teils der demenziell Erkrankten, konstatiert werden. Gleichwohl bleibt dieser Personenkreis im Rahmen der Pflegeversicherung nach wie vor unterversorgt.

Der Bundesregierung – so Bundesgesundheitsministerium Schmidt im Herbst 2003 – geht es in der laufenden Legislaturperiode »vor allem darum, die Pflegeversicherung für die betroffenen Menschen zu verbessern. Ich nenne hier die Dynamisierung der Leistungen und die Pflege von demenzkranken Menschen.« Letzteres wird von ihr wie folgt konkretisiert: »Bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (insbesondere

demenziell Erkrankte) wird bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den Pflegestufen zu dem im Bereich der Grundpflege festgestellten zeitlichen Hilfebedarf ein pauschaler Zeitzuschlag von 30 Minuten täglich hinzuaddiert. Dadurch dürften bis zu 60 000 demenziell erkrankte Menschen erstmals in den Genuss von Leistungen der Pflegeversicherung kommen. Eine noch größere Zahl Pflegebedürftiger dürfte in höhere Pflegestufen als bisher eingestuft werden.« (Schmidt 2003) Gleichzeitig sollen jedoch u.a. die für Sachleistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Beträge im ambulanten und stationären Bereich »angeglichen« werden, d.h. es wird eine drastische Absenkung der von der Pflegeversicherung zu erstattenden Kosten für die Heimpflege von Pflegebedürftigen der beiden unteren Stufen I und II bei gleichzeitiger (allerdings wesentlich geringerer) Anhebung der Beträge für die professionelle häusliche Pflege von Pflegedürftigen aller Stufen erwogen (vgl. ebda.).

Es sei dahingestellt, ob sich hieraus der gewünschte Substitutionseffekt zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ergeben wird; denn die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger stößt bereits heute an die Grenzen familiärer Belastbarkeit, die sich in vielen Fällen auch durch mehr professionell erbrachte Leistungen im häuslichen Zusammenhang nicht mehr ausdehnen lässt. Insbesondere dürfte dies für z.B. demenziell Erkrankte mit hohem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf jenseits zeitlich limitierter und limitierbarer grundpflegerischer Verrichtungen gelten. Kann dieser Bedarf im häuslich-familiären Zusammenhang nicht mehr befriedigt werden, nimmt der Drang in stationäre Versorgungsformen zu – ein Trend, der sich selbst durch (in Maßen) ausgeweitete ambulante Versorgungsleistungen allenfalls aufhalten, dauerhaft jedoch kaum umkehren lassen wird.

Schmidts Überlegungen zur künftigen Versorgung demenziell Erkrankter fußen auf Berechnungen des Medizinischen Dienstes (MDS o. J. [1998]: 75ff.) und knüpfen an entsprechende Vorschläge der Rürup-Kommission an. Diese hatte in ihrem Schlussbericht die Versorgungslücken moniert und vorgeschlagen, die aus der »Umfinanzierung der stationären Behandlungspflege frei werdenden Mittel« für Leistungsverbesserungen für Demenzkranke und geistig Behinderte zu verwenden (vgl. BMGS 2003: 185ff. und 197ff.). Die Kommission schätzt, dass bei Berücksichtigung eines pauschalen Zeitzuschlags von 30 Minuten täglich zum im Bereich der Grundpflege festgestellten zeitlichen Hilfebedarf zusätzlich etwa 60 000 Personen durch die erstmalige Einstufung in die Pflegestufe I Leistungen der Pflegeversicherung erhalten würden. Zudem würden rund 84 000 Pflegebedürftige von der Pflegestufe I nach

Pflegestufe II und rund 34 000 Personen von II nach III höhergestuft werden können. Die mit der Einführung des Zeitzuschlags verbundenen Mehrausgaben werden auf 750 Millionen € geschätzt. Die Kommission geht davon aus, dass sich der pauschale Zeitzuschlag in dem skizzierten Umfang zunächst kostenneutral realisieren ließe, schließt aber für die Zukunft die Notwendigkeit neuerlicher »Umfinanzierungen« zur Erhaltung von Zusatzleistungen für demenziell Erkrankte im Rahmen der Pflegeversicherung nicht aus. (Ebda.: 198f.)

Insgesamt wird mit den Vorschlägen der Rürup-Kommission und den bisher bekannt gewordenen Plänen der Bundesgesundheitsministerin zur Verbesserung der Versorgung demenziell Erkrankter im Rahmen der Pflegeversicherung der mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz begonnene Weg fortgesetzt. Sie sind nach Einschätzung etwa der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (2004) »längst überfällig«. Sie werden die aktuellen Versorgungsprobleme jedoch nur abmildern können. Ob sich hierdurch der – letztlich individuell ja nicht selbst gewählte und frei bestimmbare – Drang in die vollstationäre Versorgung aufhalten lässt, ist fraglich. Vieles wird davon abhängen, ob es mittelfristig gelingt, professionell-ehrenamtliche Versorgungsstrukturen flächendeckend zu entwickeln, die die salutogenetischen Ressourcen und Selbsthilfepotentiale insbesondere von Menschen an der Schwelle zur Demenz sowie von leicht demenziell Erkrankten stärken. Hierzu bedarf es jedoch neben der finanziellen Besserstellung ambulant betreuter demenziell Erkrankter u.a. der Qualifizierung des hauptberuflich pflegenden Personals und insbesondere auch der ehrenamtlichen Helfer/innen; beide Gruppen zeichnen sich gegenwärtig noch durch sehr große Defizite im Hinblick auf sozialgerontologische, geronto-psychiatrische und der Klientel angepasste spezielle pflegewissenschaftliche Kenntnisse aus (vgl. ISGOS 2002: 15ff. u. 27).

Die Bundesregierung wird sich bereits kurzfristig – u.a. wegen des bis Ende 2004 umzusetzenden Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum Pflege-»Familienlastenausgleich«⁴ sowie auch wegen mittelfristig akuter werdender Finanzierungsprobleme – weder einer generellen Neuausrichtung der Pflegeversicherung insgesamt noch einer Verbesserung der Versorgung namentlich von Demenzkranken entziehen können (vgl. Priester 2004a). Ministerin Schmidt kündigte Ende Januar 2004 im Bundestag an, noch in dieser Legislaturperiode »die notwendigen Schritte unternehmen« zu wollen, »um die Versorgung von Demenzkranken und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu verbessern« (Schmidt 2004a). Allerdings hat Bundeskanzler Gerhard Schröder die Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsministerin zur Pflegereform

zwischenzeitlich gestoppt, weil man – Schmidt zufolge – »mit der SPD-Fraktion gemeinsam der Auffassung (war), dass wir eine weitere umfassende Reform in der jetzigen Situation nicht kommunizieren können« (Schmidt 2004b). Nach dem Diskussionsstand vom Frühjahr 2004 soll nunmehr zunächst das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Entlastung von Eltern in die Finanzierungsmodalitäten der Pflegeversicherung eingearbeitet werden. Ob dem weitere Reformschritte folgen werden, steht dahin: »Danach müssen wir darüber reden, ob wir darüber hinaus Leistungsverbesserungen bei der Pflege haben wollen und wie das bezahlt werden kann.« (Ebda.)

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Klaus Priester

Evangelische Fachhochschule Ludwigshafen

Hochschule für Sozial- und Gesundheitswesen

Maxstraße 29

67059 Ludwigshafen

kpriester@dozenten.efhlu.de

Anmerkungen

- 1 Eigene Berechnungen nach Infratest Sozialforschung (2003: 15) und Statistisches Bundesamt (Ifd.).
- 2 Altersspezifische Prävalenzraten: 65-69 Jahre: 1,2%; 70-74 Jahre: 2,8%; 75-79 Jahre: 6,0%; 80-84 Jahre: 13,3%; 85-89 Jahre: 23,9%; 90 Jahre und älter: 34,6% (Bickel 1999).
- 3 Die hier nur grob skizzierten raumstrukturellen Entwicklungstrends der Demenz wurden vom Verfasser für die kreisfreien Städte und Landkreise in Rheinland-Pfalz für Jahre 2000 bis 2050 untersucht. Sie dürften sich im wesentlichen auch für die anderen (zumindest westdeutschen) Bundesländer verallgemeinern lassen. (Vgl. Priester 2004b.)
- 4 Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 3.4.2001 (Az.: 1 BvR 1629/94) festgestellt, dass es mit dem Grundgesetz unvereinbar sei, dass Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag belastet werden wie kinderlose Mitglieder. Daraus folgt, dass künftig beitragspflichtige Versicherte mit einem oder mehreren Kindern gegenüber kinderlosen Versicherten bei der Beitragsbemessung relativ zu entlasten sind. (Vgl. BMGS 2003: 196).

Literatur

Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert (1998). Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die GRÜNEN. Bonn, 20. Oktober 1998. Bonn.

- Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl, H.; Bickel, H.; Kurz, A. (Hg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin u.a.: Springer, 9-32.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) (BMGS) (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin. [=Bericht der Rürup-Kommission]
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2004): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. In: www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/2236_2243.cfm vom 27.1.2004.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2004): Strukturreform der Pflegeversicherung gestoppt – Demenzkranke wieder Außen vor? Pressemitteilung vom 30.1.2004. In: www.deutsche-alzheimer.de/7_1_23.html vom 10.3.2004.
- Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung (2001). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5130 vom 19.1.2001. Berlin. [=Dritter Altenbericht]
- Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die GRÜNEN (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/6949 vom 24.9.2001. Berlin.
- Infratest Sozialforschung (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. München.
- ISGOS – Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien Berlin (2002): Demenz als sozialpolitische Herausforderung: Bestandsaufnahme und Perspektiven der Versorgung Demenzkranker in Brandenburg. Gutachten im Auftrag des Landesamtes für Soziales und Versorgung, Landesgesundheitsamt. Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg. Potsdam.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (o.J. [1998]): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes – Berichtszeitraum 1998. Essen.
- Priester, K. (1993): Lean Welfare. Mit Pflegeversicherung und Karenztagen zum Umbau des Sozialstaats. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 9: 1086-1098.
- Priester, K. (2004a): Vom »Jahrhundertwerk« zum »Luxusgut«? Probleme und Perspektiven der Pflegeversicherung. In: Elsner, G.; Gerlinger, T.; Stegmüller, K. (Hg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA, 92-105.
- Priester, K. (2004b): Demenz in Rheinland-Pfalz. Ergebnisse einer Modellrechnung bis zum Jahr 2050. Speyer.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2002): Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern u.a.: Hans Huber Verlag.
- Schlussbericht der Enquête-Kommission »Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik« (2002). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/8800 vom 28.3.2002. Berlin.
- Schmidt, U. (2003): Neue Regeln für die Pflegeversicherung in der Diskussion (22.10.2003). In: www.bundesregierung.de/dokumente/-,922.546412/Artikel/dokument.htm vom 7.2.2004.

- Schmidt, U. (2004a): Rede der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, zur Zukunft der Pflegeversicherung vor dem Deutschen Bundestag am 30. Januar 2004 in Berlin. In: Bulletin der Bundesregierung Nr. 11-2 vom 30. Januar 2004. Berlin.
- Schmidt, U. (2004b): »Die Rentner müssen ihren Beitrag leisten«. Die Bundessozialministerin über die soziale Gerechtigkeit ihrer Reformen, die Krise der Gewerkschaften und die Gehälter der Kassenchefs. In: Handelsblatt vom 8.3.2004.
- Schwarz, G. (2000): Alzheimer-Forum. Wissenswertes über die Alzheimer-Krankheit und Demenzerkrankungen. (Stand: April 2000) In: www.alzheimerforum.de/1/2/1/wdakude.html vom 10.3.2004.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Ifd.): Bevölkerungsfortschreibung. Wiesbaden.
- Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung (2002). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/8822 vom 18.4.2002. Berlin. [= Vierter Altenbericht]
- Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (2001). Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5590 vom 15.3.2001. Berlin.