

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg,
Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 16/1212 –**

Situation und weitere Entwicklung im Pflegebereich

Vorbemerkung der Fragesteller

Die 1995 in Kraft getretene Soziale Pflegeversicherung ist dringend reformbedürftig. Bereits seit 1999 übersteigen ihre Ausgaben kontinuierlich die Einnahmen. Auch im Jahr 2005 war nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 9. März 2006 ein Jahresdefizit in Höhe von 0,36 Mrd. Euro zu verzeichnen. Das Defizit überstieg damit die ursprüngliche Prognose des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom März 2005 um 0,12 Mrd. Euro.

Bereits seit 1999 ist somit beim derzeitigen Beitragssatz von 1,7 Prozent eine ausgeglichene Bilanz nur noch durch Rückgriff auf die schmelzenden Finanzreserven der Sozialen Pflegeversicherung realisierbar. Gleichzeitig schreibt die ebenfalls 1995 errichtete Private Pflegeversicherung aufgrund ihrer günstigen Versichertenstruktur weiterhin jährlich Gewinne und hat Alterungsrückstellungen in zweistelliger Milliardenhöhe aufgebaut.

Im gemeinsamen Koalitionsvertrag haben CDU, CSU und SPD für die Soziale Pflegeversicherung zum einen die „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ (Koalitionsvertrag, S. 107) vereinbart, wozu im Sommer 2006 ein entsprechender Gesetzentwurf vorgelegt werden soll. Zum anderen kündigt die Koalition „Verbesserungen auf der Leistungsseite“ (ebd., S. 107 f.) an.

Eine Bestandsaufnahme und ein Blick in die Zukunft sind daher angezeigt.

I. Finanzentwicklung der Pflegeversicherung

1. Wie hoch waren im Jahr 2005 die absoluten Mehreinnahmen durch den seit 1. Januar 2005 erhobenen Zuschlag für kinderlose Versicherte in Höhe von 0,25 Prozent in der Sozialen Pflegeversicherung?

Die Einnahmen aus dem Kinderlosenzuschlag werden aus verwaltungswirtschaftlichen Gründen statistisch nicht gesondert ausgewiesen, sondern zusammen

mit den übrigen Beiträgen der verschiedenen Beitragszahlergruppen erfasst. Gleichwohl lässt sich aus der Gesamtentwicklung der Einnahmen im Jahr 2005 ableiten, dass die ursprünglich geschätzte Größenordnung von rd. 0,7 Mrd. Euro in etwa erreicht wurde.

2. Welche Gründe kann die Bundesregierung für die Finanzentwicklung im Jahr 2005 in der Sozialen Pflegeversicherung anführen?

Die Entwicklung der Beitragseinnahmen mit einem Anstieg um 4,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr war maßgeblich von den Zusatzeinnahmen aus dem Kinderlosenzuschlag geprägt. Der Anstieg der Leistungsausgaben war wie in den Vorjahren mit 1,2 Prozent moderat. Hierzu trug u. a. der moderate Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bei. Außerdem haben sich die Trends zur Sachleistung und zur vollstationären Pflege in den letzten Jahren verlangsamt.

3. Auf welche Summe beläuft sich die Finanzreserve der Sozialen Pflegeversicherung aktuell, zum einen absolut, zum anderen ausgedrückt in Monatsausgaben?

Der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung betrug Ende 2005 rd. 3,05 Mrd. Euro. Dies entspricht laut Haushaltsplänen der Pflegekassen rd. 2,0 Monatsausgaben.

4. Wann rechnet die Bundesregierung mit einer Unterschreitung der Mindestreserve bzw. der gesetzlich vorgeschriebenen 1,5 Monatsausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung?

Der Mittelbestand von 1,5 Monatsausgaben ist keine Mindestreserve, sondern die Obergrenze für den Mittelbestand der Pflegekassen. Über diese Größe hinausgehende Finanzmittel müssen von den Pflegekassen an den Ausgleichsfonds abgeführt werden. Der Finanzausgleich funktioniert auch noch bei einem Mittelbestand von einer Monatsausgabe. Diese Größe würde auf Basis des geltenden Rechts (d. h. ohne die geplante Reform) erst im Jahr 2008 unterschritten.

5. Welchen Einfluss auf die Entwicklung der Mindestreserve haben dabei die einmaligen Mehreinnahmen durch die Vorziehung des Fälligkeitstermins der Sozialbeiträge, die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung im Jahresgutachten 2005/2006 (Bundestagsdrucksache 16/65) auf 0,6 Mrd. Euro beziffert werden?

Die Mehreinnahmen aus dem Vorziehen des Fälligkeitstermins erhöhen den zum Monatsende in der Statistik ausgewiesenen Mittelbestand einmalig um 0,6 Mrd. Euro.

6. Wie werden sich die Einnahmen und Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung nach Schätzung der Bundesregierung beim derzeitigen Beitragsatz von 1,7 Prozent bis zum Jahr 2010, 2020 und 2030 entwickeln, und wie begründet die Bundesregierung diese Prognosen?

7. Wann wäre, das derzeitige Leistungsniveau vorausgesetzt, nach Schätzung der Bundesregierung eine Anhebung des Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung erforderlich, um ein absolutes Defizit zu vermeiden, und wie hoch müsste der Beitragssatz in den Jahren 2010, 2020 und 2030 jeweils sein?

Wegen des Sachzusammenhangs werden die Fragen 6 und 7 zusammengefasst wie folgt beantwortet:

Angesichts der bevorstehenden Reform der Pflegeversicherung ist eine Langfristprognose der Einnahmen und Ausgaben auf Basis des geltenden Beitrags- und Leistungsrechts über mehrere Jahrzehnte nicht aussagekräftig. Entsprechendes gilt für eine Prognose des notwendigen Beitragssatzes bei unverändertem Leistungsrecht.

8. Wie haben sich im Jahr 2005 die Einnahmen und Ausgaben der Privaten Pflegeversicherung absolut und im Vergleich zu den Vorjahren entwickelt, und welche Gründe kann die Bundesregierung für diese Entwicklung anführen?

Für das Jahr 2005 liegen noch keine Angaben für die private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) vor. Im Jahr 2004 betragen die Beitrags-/Prämieneinnahmen rd. 1,87 Mrd. Euro gegenüber 1,83 Mrd. Euro im Vorjahr. In den Vorjahren waren aufgrund mehrmaliger Prämienenkungen Rückgänge beim Beitragsvolumen zu verzeichnen. Dagegen sind die Kapitalerträge infolge des kontinuierlichen Zuwachses der Rückstellungen auf rd. 670 Mio. Euro im Jahr 2004 angestiegen. Die Leistungsausgaben betragen im Jahr 2004 rd. 490 Mio. Euro und waren gegenüber 2003 nahezu unverändert.

9. Auf welche Summe belaufen sich die Alterungsrückstellungen der Privaten Pflegeversicherung aktuell?

Die Alterungsrückstellungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung betragen Ende 2004 rd. 13,4 Mrd. Euro.

10. Wie werden sich nach Schätzung der Bundesregierung in den Jahren 2010, 2020 und 2030 die Einnahmen, Ausgaben und Alterungsrückstellungen der Privaten Pflegeversicherung entwickeln, und wie begründet die Bundesregierung ihre Prognose?

Die Einnahmeentwicklung ist von den zukünftigen Festlegungen der Prämienhöhen durch die private Pflege-Pflichtversicherung abhängig und kann deshalb nicht prognostiziert werden. Ähnliches gilt für die Ausgabenentwicklung, die über der sozialen Pflegeversicherung liegen dürfte. Der Bestand an Alterungsrückstellungen wird entsprechend den versicherungsmathematischen Kalkulationsvorgaben weiter wachsen. Eine Langfristprognose für die Finanzentwicklung der privaten Pflege-Pflichtversicherung ist vor diesem Hintergrund nicht möglich.

II. Leistungsbezug in der Pflegeversicherung

11. Wie viele Versicherte bezogen im Jahr 2005 Leistungen der Sozialen bzw. Privaten Pflegeversicherung, aufgeschlüsselt nach Pflegestufen, Geld- oder Sachleistungsbezug sowie ambulanten und stationären Leistungen?

12. Wie hat sich dabei die Zahl der Leistungsempfänger in der Sozialen bzw. Privaten Pflegeversicherung im Vergleich zu den Vorjahren entwickelt, aufgeschlüsselt nach Pflegestufen, Geld- oder Sachleistungsbezug sowie ambulanten und stationären Leistungen, und wie schätzt die Bundesregierung diese Entwicklung ein?

Die Fragen 11 und 12 werden zusammengefasst wie folgt beantwortet.

Angaben zur Entwicklung von Anzahl und Verteilung der Pflegebedürftigen auf Pflegestufen sind in den beiden folgenden Tabellen zusammengestellt. Angaben zu 2005 liegen für die PPV noch nicht vor.

Soziale Pflegeversicherung	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	in 1000	Anteil in v.H.	in 1000	Anteil in v.H.	in 1000	Anteil in v.H.	in 1000	Anteil in v.H.	in 1000	Anteil in v.H.	in 1000	Anteil in v.H.
Pflegebedürftige am Jahresende	1.822		1.840		1.889		1.891		1.926		1.952	
davon												
ambulant	1.261	100	1.262	100	1.289	100	1.279	100	1.297	100	1.310	100
- Pflegestufe I	682	54	698	55	726	56	732	57	746	58	759	58
- Pflegestufe II	448	36	437	35	436	34	424	33	427	33	426	33
- Pflegestufe III	131	10	127	10	127	10	123	10	124	10	125	10
stationär	562	100	578	100	600	100	612	100	629	100	642	100
- Pflegestufe I	211	38	219	38	230	38	237	39	245	39	252	39
- Pflegestufe II	235	42	243	42	250	42	254	42	259	41	263	41
- Pflegestufe III	116	21	116	20	120	20	121	20	125	20	128	20

Private Pflegeversicherung	2000		2001		2002		2003		2004	
	in 1000	Anteil in v.H.	in 1000	Anteil in v.H.	in 1000	Anteil in v.H.	in 1000	Anteil in v.H.	in 1000	Anteil in v.H.
Pflegebedürftige am Jahresende	107		111		114		117		119	
davon										
ambulant	74	100	77	100	79	100	80	100	81	100
- Pflegestufe I	36	49	38	50	40	50	41	51	42	51
- Pflegestufe II	28	37	28	37	29	36	29	36	29	36
- Pflegestufe III	10	14	10	13	10	13	10	13	10	13
stationär	33	100	34	100	35	100	37	100	38	100
- Pflegestufe I	8	25	9	26	9	27	10	28	11	28
- Pflegestufe II	15	45	16	45	16	45	17	45	17	45
- Pflegestufe III	10	30	10	29	10	28	10	27	10	27

Ein Vergleich der Entwicklungen zeigt in beiden Systemen einen leichten Anstieg des Anteils der stationär versorgten Pflegebedürftigen sowie eine relative Zunahme der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I.

In der sozialen Pflegeversicherung beträgt das Verhältnis der Empfänger von Geld- und Sachleistung innerhalb der ambulanten Pflege bei hälftiger Aufteilung der Kombinationsleistungsempfänger 80 : 20. Es hat sich in den letzten Jahren jeweils um 0,2 Prozent bis 0,5 Prozent zur Sachleistung hin verschoben. Die Statistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung enthält keine Angaben zur Aufteilung der ambulant Pflegebedürftigen auf Geld- und Sachleistung.

13. Mit welcher Entwicklung beim Leistungsbezug rechnet die Bundesregierung in der Sozialen bzw. Privaten Pflegeversicherung in den Jahren 2010, 2020 und 2030, und wie begründet die Bundesregierung diese Prognose?

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen hängt maßgeblich davon ab, ob mit der zunehmenden Lebenserwartung die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit sinkt oder konstant bleibt. Ein Rückgang der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit könnte sich infolge verstärkter Präventions- und Rehabilitationsanstrengungen einstellen.

Gleichwohl unterstellt die Bundesregierung im Rahmen einer vorsichtigen Schätzung in ihrer Prognose eine langfristig konstante altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit. In Anlehnung an die Ergebnisse der Rürup-Kommission ergibt sich daraus für die soziale Pflegeversicherung folgender Entwicklungspfad: ausgehend von rd. 1,95 Millionen Pflegebedürftigen Ende 2005 steigt die Zahl auf rd. 2,1 Millionen in 2010, rd. 2,6 Millionen in 2020 und rd. 3,1 Millionen in 2030. Ohne Berücksichtigung möglicher Steuerungswirkungen der geplanten Reform dürfte die Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Sachleistungen weiterhin leicht überproportional zu Lasten des Pflegegeldes zunehmen.

Im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung dürfte die Zahl der Pflegebedürftigen prozentual etwas schneller wachsen als in der sozialen Pflegeversicherung, da mehr Versicherte in höhere Altersstufen hineinwachsen.

III. Umsetzung geltenden Rechts

14. Was kann die Bundesregierung berichten über den Stand der Umsetzung des am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG), mit dem zusätzliche niedrigschwellige Versorgungsangebote für demenziell Erkrankte erschlossen werden sollen, und wie schätzt die Bundesregierung unter Beachtung des im Koalitionsvertrag diesbezüglich festgestellten Reformbedarfs diese Entwicklung ein?

Die Bundesregierung hat im Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagsdrucksache 15/4125 vom 4. November 2004) – auf der Grundlage der damals eingeholten Berichte der Bundesländer – über die Entwicklung der niedrigschwelligen Betreuungsmaßnahmen nach dem PflEG berichtet. Neuere Berichte der Bundesländer liegen nicht vor. Es kann aber der Fachpresse laufend entnommen werden, dass niedrigschwellige Betreuungsmaßnahmen an vielen Orten entstehen.

Der Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsmaßnahmen unter Einbeziehung des ehrenamtlichen Engagements in der Pflege schlägt sich auch in der erneuten Ausgabensteigerung der sozialen Pflegeversicherung für diese Maßnahmen nieder. Die Ausgaben für die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsmaßnahmen nach § 45c Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) stiegen

von 2,7 Mio. Euro (2004) auf 4 Mio. Euro (2005). Die Ausgaben für die Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI stiegen von 0,5 Mio. Euro (2004) auf 1,4 Mio. Euro (2005). Die Ausgaben für die Inanspruchnahme des Betreuungsbetrages nach § 45b SGB XI, der insbesondere der Inanspruchnahme von niedrighschwelligigen Betreuungsmaßnahmen dient, stiegen von 18 Mio. Euro (2004) auf 22 Mio. Euro (2005).

Nach Einschätzung der Bundesregierung dürften sich diese positiven Entwicklungen fortsetzen. Die weitere Förderung von niedrighschwelligigen Betreuungsmaßnahmen und von ehrenamtlichem Engagement in der Pflege werden bei den anstehenden Reformüberlegungen eine Rolle spielen.

15. Wie schätzt die Bundesregierung die seit 1. Januar 2006 geltende Qualitätsprüfrichtlinie (QPR) der Spitzenverbände der Pflegekassen angesichts des Ziels der Bundesregierung des Bürokratieabbaus ein, und wie begründet die Bundesregierung ihre Einschätzung?
16. Welche Gründe sprachen aus Sicht der Bundesregierung für bzw. gegen die Genehmigung der QPR durch die Bundesregierung, und wie begründet die Bundesregierung ihre Entscheidung, die QPR am 10. November 2005 zu genehmigen?

Die Fragen 15 und 16 werden zusammengefasst wie folgt beantwortet:

Die Bundesregierung begrüßt die Initiative der Spitzenverbände der Pflegekassen, gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) und Erhebungsbögen zur Qualitätsprüfung nach § 112 i. V. m. § 114 SGB XI zu entwickeln, um ein bundesweit einheitliches Vorgehen bei zukünftigen MDK-Qualitätsprüfungen und Beratungen zu gewährleisten. Auf diese Weise wird nicht nur für die notwendige Transparenz bei den Qualitätsprüfungen und Beratungen gesorgt, sondern gleichzeitig auch die Durchführung der Qualitätsprüfungen für alle Beteiligten erleichtert und ein Beitrag zum Abbau von Bürokratie geleistet. Dieser Zielsetzung dient auch die im Rahmen der QPR ausdrücklich angestrebte Kooperation mit der Heimaufsicht.

Für ein einheitliches Prüfraster spricht zudem die Tatsache, dass der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen gesetzlich verpflichtet ist, u. a. dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) alle drei Jahre einen Bericht über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen vorzulegen (§ 118 Abs. 4 SGB XI). Es ist sinnvoll, dass die einzelnen MDK, die dem MDS die Ergebnisse ihrer Prüfungen zur Verfügung zu stellen haben, ihre Berichte auf der Basis eines einheitlichen Prüfrasters erstellen.

Der beratende und anleitende Charakter der Qualitätsprüfungs-Richtlinien wird darüber hinaus mittelbar auch dazu beitragen, die Qualitätssicherungsanstrengungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen noch wirkungsvoller als bisher zu unterstützen.

In der Hauptsache verspricht sich die Bundesregierung von der QPR einen Beitrag zur Verbesserung der Leistungsqualität für die pflegebedürftigen Menschen.

17. Deckt sich aus Sicht der Bundesregierung die QPR mit den von Pflegeleistungserbringern und -kostenträgern gemeinsam vereinbarten Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI, und wie begründet die Bundesregierung ihre Einschätzung?

Das BMG hat die QPR einer eingehenden Prüfung unterzogen und auch Anpassungen bemerkt, bevor es seine Zustimmung erteilt hat. Es ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass die Qualitätsprüfungs-Richtlinien im Einklang mit den gemeinsam vereinbarten Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI der Pflegeleistungserbringer und -kostenträger und auch mit dem Pflege-Versicherungsgesetz stehen.

IV. Reformvorhaben

18. Hält die Bundesregierung an ihrem im Koalitionsvertrag vereinbarten Zeitplan fest, bis zum Sommer 2006 einen Gesetzentwurf zur „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der Pflegeversicherung“ vorzulegen?

Es ist beabsichtigt, im Jahr 2006 einen solchen Gesetzentwurf vorzulegen. Da die Systematik der Finanzierung der Pflege der Finanzierung der Krankenversicherung folgt, sind zunächst die Ergebnisse der laufenden Verhandlungen über eine nachhaltige Finanzierung in der Krankenversicherung abzuwarten.

19. Wie schätzt die Bundesregierung das Modell der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) vom Jahr 2006 für einen – ebenfalls im Koalitionsvertrag vereinbarten – Finanzausgleich zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung ein, und wie begründet die Bundesregierung ihre Einschätzung?

Das Modell der Kaufmännischen Krankenkasse für die Umsetzung des Finanzausgleichs zwischen der sozialen und privaten Pflegeversicherung ist ein Ansatz, der in die weiteren Überlegungen der Bundesregierung einbezogen wird.

20. Wie definiert die Bundesregierung die in ihrem Jahreswirtschaftsbericht für das Jahr 2006 angekündigte Sicherstellung einer „ausreichenden und angemessenen Pflege“ (Bundestagsdrucksache 16/450, S. 34), und wie begründet die Bundesregierung diese Definition?

Die Anforderungen an eine ausreichende und angemessene Pflege entziehen sich einer eindeutigen Definition, da sie einem stetigen Wandel unterworfen sind und vor allem auch von den Bedürfnissen des Einzelnen abhängen. Den Rahmen für Leistungen nach dem SGB XI gibt dabei das Gesetz vor.

21. a) Soll die Behandlungspflege als Daueraufgabe bei der Pflegeversicherung verbleiben, wie im Koalitionsvertrag vereinbart?
b) Welche Gründe sprechen für das Verbleiben der Behandlungspflege bei der Pflegeversicherung, welche dagegen?

Bereits mit dem Ersten SGB XI-Änderungsgesetz vom 14. Juni 1996 wurde festgelegt, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege im Bereich der stationären Pflege von der Pflegeversicherung übergangsweise übernommen werden. Diese Regelung wurde in der 14. und 15. Legislaturperiode mehrfach

verlängert, zuletzt durch das Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818). Ausschlaggebend dafür waren finanzielle Erwägungen. Für die Krankenkassen wären mit der Kostenübernahme, die nicht allein auf die Pflegeheime hätte beschränkt werden können, sondern für alle Heime hätte gelten müssen, erhebliche Mehrausgaben verbunden gewesen. Diese Bedenken bestehen fort.

Für die Heimträger und die Heimbewohner und Heimbewohnerinnen ist von Vorteil, dass das vielfach befürchtete Aufsplitten in einzelne Kostenblöcke und deren Zuordnung zu unterschiedlichen Kostenträgern vermieden wird.

Zu bedenken ist ferner, dass im Gegenzug zu der dauerhaften Verankerung der medizinischen Behandlungspflege im Pflegeheim in der Pflegeversicherung der Koalitionsvertrag eine deutliche Verbesserung von Leistungen der Prävention und Rehabilitation vorsieht.