

# Stationär vor ambulant

## Ursachen und mögliche Wege aus dem Missverhältnis

**Heiner Schülke**

*Dem Grundsatz der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ wird nicht genug Rechnung getragen. Das ist schon lange bekannt. Aber wird sich durch die Reform der Pflegeversicherung etwas verändern können? Unser Autor zeigt auf den folgenden Seiten, wie es zu dem Ungleichgewicht zugunsten der stationären Pflege kam und warum es so schwierig ist, das Ruder zugunsten der ambulanten Versorgung herum zu reißen.*

Bild folgt

Foto: ???

### Der Trend

Die vorliegenden Daten aus dem Jahr 2006 zur Entwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung bestätigen in allen Bereichen den Trend der vergangenen Jahre:

1. Die Zahl der stationär gepflegten Menschen wächst stärker als die Zahl der ambulant Gepflegten. Seit 2005 sowohl prozentual als auch absolut.
2. In den Pflegestufen II und III gehen die Zahlen der ambulant Gepflegten zurück. Im stationären Bereich steigen sie an.
3. Die Zahl der Bewilligungen in der Pflegestufe I ist seit den Tiefständen in den Jahren 1998 und 2000 wieder steigend. In den Pflegestufen II und III gehen sie deutlich zurück.
4. Die Gesamtkosten im ambulanten Bereich sind seit dem Jahr 2000 fast stabil (genau: - 60 Millionen Euro), im stationären Bereich lau-

fen sie aus dem Ruder (+ 1,2 Mrd. Euro).

5. Für die stationäre Pflege wurden in 2006 mehr Mittel aufgewendet als für die ambulante Pflege (8,9 Mrd. im Gegensatz zu 7,9 Mrd. Euro). Die Schere öffnet sich zugunsten der stationären Pflege immer mehr. Die Folge: Der Anteil der stationären Pflege an allen Leistungsausgaben wächst überproportional.
6. Die Kosten je durchschnittlich stationär gepflegtem Versicherten liegen weiterhin mehr als doppelt so hoch wie die der ambulant Gepflegten (13 526 Euro / 6 047 Euro).

7. Die Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung je versorgten Versicherten gehen seit 1997 sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich zurück. Der Rückgang im stationären Bereich ist etwas geringer (- 4,3%) als im ambulanten (-5,4%). In 1997 erhielt der stationär Versorgte monatlich durchschnittlich 1 178 Euro an Leistungen aus der Pflegeversicherung und in 2006 noch 1 127 Euro. Wer zu Hause gepflegt wurde, erhielt 1997 Geld- und/oder Sachleistungen in Höhe von 533 Euro pro Monat und in 2006 noch 504 Euro.

Absolute Zuwächse der versorgten Versicherten (in allen drei Pflegestufen) <sup>2</sup>			
	1997/2000	2000/2003	2003/2006
Stationär	98 737	52 675	44 735
Ambulant	62 657	20 638	28 353

Tabella 1

Absolute Zuwächse der versorgten Versicherten (in allen drei Pflegestufen) <sup>2</sup>			
	1997/2000	2000/2003	2003/2006
Stationär	98 737	52 675	44 735
Ambulant	62 657	20 638	28 353

Tabelle 1

∅ Tabelle 2

### Die Fakten zum Trend

Dass die Zahl der stationär Gepflegten stärker zunimmt, als die der ambulant Betreuten, war vom Gesetzgeber zwar nicht gewollt, seit gut zehn Jahren wird der ungewollten Entwicklung aber weder seitens der Politik noch der Pflegekassen begegnet. Die Ergebnisse sind entsprechend (1).

Anteile der Versorgten in % (auf volle %-Punkte gerundet)					
	1996	1997	2000	2003	2006
Stationär	25	28	31	32	33
Ambulant	75	72	69	68	67

Dementsprechend hat sich der Anteil der stationär Gepflegten an allen Versicherten, die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, deutlich erhöht (2).

### Die Entwicklung in der Pflegestufe II

Damit einher geht eine starke Verschiebung der Anteile der versorgten Versicherten in der Pflegestufe II (2).

Absolute Veränderungen der versorgten Versicherten in der Pflegestufe II				
	1997/2000	2000/2003	2003/2006	1997-006
Stationär	+ 44 947	+ 19 641	+ 10 015	+ 74 630
Ambulant	- 37 932	- 23 724	- 6 065	- 67 721

Tabelle 3

∅ Tabelle 4

Anteile der versorgten Versicherten der Pflegestufe II in % (auf volle %-Punkte gerundet)					
	1996	1997	2000	2003	2006
Stationär	24	28	34	37	39
Ambulant	76	72	66	63	61

### Zur Pflegestufe III

In der Pflegestufe III ist die Verschiebung hin zur stationären Versorgung ebenfalls eindrucklich:

Seit dem Jahr 2004 werden in der Pflegestufe III mehr Versicherte stationär versorgt (genau: 128 968), als in ihrer gewohnten Häuslich-

keit (123 156). „Ambulant vor stationär“ ist hier in das Gegenteil verkehrt.

In der Pflegestufe I bewegen sich die Zahlen der bewilligten Anträge seit 1997 relativ stabil in einem Korridor von rund 320 000 bis 360 000. Seit dem Jahr 2000 ist die Tendenz steigend (3).

In der Pflegestufe II hingegen nimmt die Zahl der Bewilligungen (mit der Ausnahme des Jahres 1999) kontinuierlich ab.

Absolute Veränderungen der versorgten Versicherten in der Pflegestufe III				
	1997/2000	2000/2003	2003/2006	1997-2006
Stationär	+ 2 347	+ 6 010	+ 7 333	+ 15 690
Ambulant	- 12 301	- 7 282	- 258	- 19 841

Tabelle 5 ∅

∅ Tabelle 6

Anteile der versorgten Versicherten der Pflegestufe III in % (auf volle %-Punkte gerundet)					
	1996	1997	2000	2003	2006
Stationär	43	44	47	50	51
Ambulant	57	56	53	50	49

1997:	241.282
2000:	201.920
2003:	186.635
2006:	161.898

Somit bewegt sich das Niveau der Bewilligungen in der Pflegestufe II

in 2006 nur noch auf 67 Prozent von dem des Jahres 1997. Konkret: Nur noch 67 Prozent der Zahl der einen Antrag stellenden Versicherten, die in 1997 die Pflegestufe II zuerkannt bekommen haben, bekommen sie auch noch in 2006.

In der Pflegestufe III hat die Zahl der Bewilligungen noch stärker abgenommen.

1997:	96 685
2000:	70 008
2003:	63 605
2006:	46 332

Damit hat sich das Niveau der Bewilligungen in der Pflegestufe III seit 1997 mehr als halbiert. Konkret: Nur noch knapp 48 Prozent der Zahl der einen Antrag stellenden Versicherten, die 1997 die Pflegestufe III zuerkannt bekommen haben, bekommen sie auch in 2006.

Dem entspricht, dass sich die Struktur der Bewilligungen zwischen 1997 und 2006 dramatisch verändert hat:

Die Gesamtkosten für alle Leistungen werden vom Bundesministerium in verschiedene Untergruppen gegliedert. In den Kosten für die stationäre Versorgung sind enthalten (4, 5):

- Vollstationäre Pflege
- Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen

In den Kosten für die ambulante Pflege sind enthalten:

- Geldleistungen
- Sachleistungen
- Pflegeurlaub (Verhinderungspflege)
- Zusätzliche Betreuungsleistungen (seit 2002)
- Soziale Sicherung der Pflegeperson
- Pflegehilfsmittel/technische Hilfen etc.

Natürlich kann diskutiert werden, ob die Tages- und Nachtpflege und erst recht die Kurzzeitpflege einem Bereich zuzuordnen ist. Erstere findet überwiegend und letztere ausschließlich in stationären Einrichtungen statt. Wenn im Folgenden

Im Vergleich 2000–2006 fließen Mittel, die bisher für die häusliche Versorgung zur Verfügung standen, sogar netto in den stationären Bereich. Betrachten wir die Ausgabenstruktur nach Anteilen in Prozent, so zeigt sich die Veränderung noch deutlicher (siehe Tabelle 9):

Die Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung je Versicherten und Jahr in Euro (ohne teilstationäre Pflege) haben sich im Betrachtungszeitraum wie folgt entwickelt (siehe Tabelle 10):

## Die Bewertung der Fakten

### Aussichten bis 2010

Es gibt keinen vernünftigen Grund für die Hoffnung, dass sich kurzfristig eine andere Entwicklung ergibt, solange die Rahmenbedingungen gleich bleiben. Daran ändern auch die Pläne der Großen Koalition zunächst nichts. Bis 2010 wird sich nur in Nuancen etwas verbessern, nicht jedoch dem Grunde nach und erst recht nicht durchgreifend. Die Gründe dafür liegen auf der Hand:

- Begutachtungen mit der wahrscheinlichen Versorgungsform „stationär“ werden auch in Zukunft zügiger erfolgen als für die ambulante Versorgung. Damit ist die Versorgungssicherheit und die finanzielle Sicherheit für Versicherte und Angehörige bei der Wahl „stationär“ größer.

- Zu viele Ärzte wissen nicht, was die häusliche Pflege heute kann – dies gilt für Klinikärzte und leider für viel zu viele niedergelassene Ärzte. Für die Pflegebedürftigen ist das eine verhängnisvolle Ignoranz. Die häufige Folge ist nämlich, dass ohne zwingende pflegerische Notwendigkeit eine Heimeinweisung „empfohlen“ wird.

- Leistungsunterschiede in den beiden ersten Pflegestufen setzen nach wie vor die Anreize pro stationär – leider auch nach der ersten Erhöhung der Leistungssätze in 2008 im ambulanten Bereich.

- Der Einsatz von Steuergeldern für die Pflegeinfrastruktur kommt heute wie in Zukunft fast ausschließlich dem stationären Sektor zugute.

Bewilligungen in den Pflegestufen in % aller Bewilligungen <sup>3</sup>				
	1997	2000	2003	2006
Stufe 1	48,4	53,7	57,4	63,2
Stufe 2	35,2	34,0	31,4	28,2
Stufe 3	14,1	11,8	10,7	8,1

Tabelle 7 ∅

∅ Tabelle 8

Die Gesamtausgaben für Leistungen (ohne teilstationäre Pflege und in Mrd. Euro) haben sich im Betrachtungszeitraum folgendermaßen entwickelt <sup>4</sup>					
	1997	2000	2003	2006	Veränderung
Gesamt	14,20	15,67	16,40	16,83	+ 2,63 Mrd.
davon:					
stationär	6,54	7,69	8,43	8,91	+ 2,37 Mrd.
ambulant	7,66	7,98	7,97	7,92	+ 0,26 Mrd.

Fazit: Wenn die Zahlen der Bewilligungen sowohl in der Stufe II als auch in der Stufe III insgesamt zurückgehen und der stationäre Bereich in diesen Pflegestufen Zuwächse hat, dann kommen die Bewilligungen in diesen Stufen überproportional der stationären Versorgung zugute. Das hat der Gesetzgeber nicht gewollt.

der teilstationäre Bereich nicht in die Betrachtung einbezogen wird, dann aus Gründen der klareren Abgrenzung von ambulant und stationär. An den grundsätzlichen Aussagen ändert sich dadurch nichts.

Konkret heißt dies, dass 90% der Ausgabenzuwächse seit 1997 in den stationären Bereich geflossen sind.

Ausgabenstruktur in % (auf volle Prozentpunkte gerundet)				
	1997	2000	2003	2006
stationär	46	49	51	53
ambulant	54	51	49	47

Tabelle 9 ∅

∅ Tabelle 10

Aufwendungen je Versicherten und Jahr in Euro (ohne teilstationäre Pflege)				
	1997	2000	2003	2006
Gesamtdurchschnitt	8 551	8 600	8 652	8 550
Durchschnitt stationär	14 137	13 699	13 729	13 526
Durchschnitt ambulant	6 393	6 330	6 220	6 047
Minderkosten ambulant	- 7 744	- 7 369	- 7 509	- 7 279 <sup>2</sup>

■ Die neuen gesetzlichen Möglichkeiten der Pflege, an der Integrierten Versorgung teilzunehmen, begünstigen den stationären Bereich stärker als den ambulanten.

Der letzte Punkt verdient zweifellos eine intensive Erörterung. Dies wird an anderer Stelle erfolgen. Hier nur so viel: Es darf Parlament und Regierung unterstellt werden, dass die neuen Vorschriften zur Integrierten Versorgung nicht mit der Absicht beschlossen wurden, die ambulante Versorgung zu schwächen. Dennoch werden sie so wirken. Dies ergibt sich aus den ebenfalls seit 1.4.2007 veränderten Strukturen im Vertrags- und Vergütungsrecht der großen, bestimmenden Gruppen im Gesundheitswesen: Ärzten, Krankenhäusern und Kassen. Die reformierten Vorschriften zur Integrierten Versorgung sind ein Teil davon. Diese begünstigen grundsätzlich den stationären Bereich. Durch die Einbeziehung der Pflegeversicherung in die Finanzierung der Integrierten Versorgung (bisher nicht möglich) überträgt sich dies auf die Pflege. Die Heime profitieren davon mehr als die ambulanten Dienste.

**Oft vernachlässigt:  
Die Praxis der Begutachtungen und Bewilligungen**

Die Datenreihen zu den Bewilligungen haben eine Grundlage: Dies sind die Gutachten der Medi-

zinischen Dienste. Die Erfahrung zeigt, dass die Pflegekassen sich grundsätzlich an die Ergebnisse der Gutachten halten. Demnach spiegeln die Bewilligungen die Ergebnisse der Gutachten wider.

Um die vorliegenden Daten auf eine kurze Formel zu bringen:

Die Antragsteller erhalten von heute bei weitem nicht mehr die Leistungen wie vor 10 Jahren.

Im Durchschnitt konnte 1997 jeder zweite Versicherte davon ausgehen, dass er die Pflegestufe II oder III erhält, sofern er pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes war. Heute kann nur noch jeder Dritte davon ausgehen.

Es lohnt sich, einige mögliche Ursachen dafür zu diskutieren.

■ In dem gesetzlichen Rahmen für die Arbeit der Medizinischen Dienste hat sich – soweit es die Begutachtungen betrifft – nichts geändert. Dies schließt den Begriff der „Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes“ ein. Jedoch wurden die Richtlinien zur Begutachtung durch die Spitzenverbände der Pflegekassen modifiziert. Ohne Zweifel hatte dies Auswirkungen auf die Begutachtungspraxis. Und ohne Zweifel liegt somit ein Teil der Verantwortung für die dargestellte Entwicklung bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen. Allerdings erklärt dies nicht den gesamten Rückgang in den Bewilligungen für die Pflegestufen II und III. Die Veränderung der Richtlinien kann auch

nicht die Kontinuität in dem Rückgang vollständig erklären. Wären nämlich die Veränderungen der Richtlinien allein dafür verantwortlich, dann müsste der Rückgang vor allem in größeren Schüben erfolgen. Dies ist nicht der Fall.

■ Eine weitere mögliche Erklärung wäre, dass die Versicherten heute „früher“ Anträge stellen als vor 10 Jahren. „Früher“ hier verstanden als früher in pflegerischer Hinsicht. Dies kann grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden. Dagegen spricht jedoch die Tatsache, dass die Zahl der gestellten Anträge zurückgeht:

1997:	924 591
2000:	830 849
2003:	808 055
2006:	803 162

Bei zunehmend älter werdender Bevölkerung und bei bewiesenem Zusammenhang zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit wäre eine vernünftige Erwartung, dass die Zahl der Anträge steigt, erst recht dann, wenn eine zunehmende Anzahl von Senioren Leistungen beansprucht. Daher wird die These der pflegerisch „früheren“ Antragsstellung verworfen.

■ Eine weitere Erklärung für die veränderte Bewilligungsstruktur könnte sein, dass der Gesundheitszustand der Älteren insgesamt besser ist, als noch vor 10 Jahren. Auch das ist nicht von der Hand zu weisen. Verlässliche Daten dazu, die zudem eindeutig mit der Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit korrelieren, kennt der Verfasser leider nicht. So kann an dieser Stelle diese These weder widerlegt noch bestätigt werden.

■ Schließlich könnte die verschlechterte Bewilligungsstruktur ihre Ursache in einer gewollten „kritischeren“ Begutachtungspraxis haben. Dem Verfasser sind entsprechende Dienstanweisungen aus den Medizinischen Diensten dazu nicht bekannt. Es darf jedoch unterstellt werden, dass es Dienstanweisungen gibt, wonach die gesetzlichen Vorschriften und diejenigen in den Begutachtungsricht-

linien „sehr genau“ eingehalten werden sollen. Dem ist formal nicht zu widersprechen. Dem ist auch gesundheitspolitisch nicht zu widersprechen. Schließlich sollen die Leistungen nur diejenigen und nur in dem Umfang erhalten, wie es das Gesetz verlangt. Die Frage stellt sich daher so: Gibt die Arbeit der Medizinischen Dienste und ihrer Gutachter den Willen des Gesetzgebers wider? Darauf wird es unterschiedliche Antworten geben. Dennoch bleibt ein fader Nachgeschmack. Dieser Nachgeschmack lässt sich in Worte fassen: Wenn die heutige Bewilligungsstruktur pflegerisch „richtig“ ist, dann muss die frühere „falsch“ gewesen sein. Ebenso wahrscheinlich ist, dass die heutige Bewilligungsstruktur pflegerisch „falsch“ ist und die von vor zehn Jahren „richtig“ war.

Jedenfalls ist die Entwicklung der Begutachtungspraxis ein weiterer negativer Mosaikstein für die Versicherten:

■ Die Begutachtungs- und Bewilligungspraxis hat als Ergebnis, dass die gewichtete, durchschnittliche Pflegestufe von rund 1,7 in 1997 auf rund 1,6 in 2006 zurückgegangen ist. Die Versicherten erhalten im statistischen Durchschnitt heute eine um 6,5% niedrigere Pflegestufe als vor 10 Jahren. Auch deshalb sinken die durchschnittlichen Leistungen je Versicherten und Monat/Jahr in absoluten Beträgen.

■ Der Realwert der Leistungen ist gesunken, um ca. 15%.

■ Die Beitragsbemessungsgrenze zur Pflegeversicherung ist kontinuierlich gestiegen, mit der Folge, dass für weniger Leistungen mehr Beiträge bezahlt werden.

■ Der Gesamteffekt kumuliert sich für die ambulant versorgten Versicherten seit 1997 auf einen Beitrags-/Leistungsverlust von rund 30 Prozent

■ Denn insgesamt werden die Pflegebedürftigen bei häuslicher Pflege etwas mehr benachteiligt. Die statistische, durchschnittliche Pflegestufe stationär ist zwischen 1997 und 2006 von 1,90 auf 1,80 gesunken. In der ambulanten Versorgung von 1,64 auf 1,51. Der Abstand hat sich also von 0,26 auf

0,29 erhöht. Ein kleiner aber im Einzelfall spürbarer Unterschied.

■ Betrachten wir die Ergebnisse der Begutachtungs- und Bewilligungspraxis von der statistisch hohen Warte aus, so ergibt sich eine weitere, beunruhigende Feststellung: Der Rückgang der Zahl der zu Hause Gepflegten in den Pflegestufen II und III (rund 88.000 seit 1997) entspricht in etwa der Zunahme in der stationären Versorgung (rund 90.000 seit 1997). Die Versorgung von Versicherten zu Hause in den höheren Pflegestufen blutet somit aus. Das war vom Gesetzgeber nicht gewollt.

Sofern nicht zwingende pflegerische Gründe vorliegen, müssten die Richtlinien zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit den Grundsatz stärker widerspiegeln, dass die stationäre Pflege die ultima ratio ist. Das ist heute nur auf dem Papier der Fall.

Zudem erfolgen die Begutachtungen und die Bewilligungen bei der sicheren „Aussicht“ auf stationäre Pflege (insbesondere nach Krankenhausaufenthalt) deutlich schneller als bei ungeklärter Entscheidung über den Ort zukünftiger Pflege. Für die Versicherten und ihre Angehörigen entsteht dadurch ein gewisses Dilemma: Nicht alle können die ambulanten Pflegekosten für 3-6 Monate vorfinanzieren! Finanzielle und Versorgungssicherheit sind eher gegeben bei der Wahl „stationär“.

### *Ungenutzte Möglichkeiten*

Die **Gesamtkosten** der Pflegeversicherung könnten deutlich niedriger liegen, wenn der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht in sein Gegenteil verkehrt wäre. Die Gründe dafür sind genannt. Die zwei wichtigsten: Eine andere Begutachtungs- und Bewilligungspraxis und eine 100%ige Angleichung der Leistungssätze ambulant/stationär würde schlagartig eine andere Leistungsstruktur bewirken. Dazu einige Zahlen:

Wenn allein der Netto-Zuwachs 2003/2006 an stationär versorgten Versicherten in ihrer Häuslichkeit gepflegt würde, hätte die Pflegeversicherung über 325 Millionen Euro

gespart. Dies entspricht in etwa dem Defizit des Jahres 2005.

Würde der stationäre Netto-Zuwachs an versorgten Versicherten schon seit 2000 ambulant versorgt, wären sogar 720 Millionen Euro für andere Zwecke vorhanden gewesen. Damit könnte z.B. die Dynamisierung der ambulanten Leistungen zumindest teilweise finanziert werden, ohne dass irgendjemand unversorgt bliebe.

Oder anders: Die Pflegeversicherung hätte heute deutlich höhere Reserven.

Die Betrachtung auf der Basis des **Versorgungsverhältnisses** ist folgende:

Würde das Versorgungsverhältnis stationär/ambulant von 1997 politisch und seitens der Kassen angestrebt und erreicht (28%/72%, siehe oben) würden Wirtschaftlichkeitsreserven von knapp 800 Millionen Euro **pro Jahr** zur Verfügung stehen. Das sind rund 4,4% der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung in 2006 (einschließlich Verwaltungskosten und Kosten des Medizinischen Dienstes).

Damit hätte sich ein erheblicher Teil der aktuellen Diskussion um Beiträge, Leistungen und Rückgangenschwund erledigt.

Die Betrachtung auf der Basis der Ausgabenstruktur ist ebenfalls interessant:

Die **Ausgabenstruktur** in 1997 stationär/ambulant war 46%/54%. Übertragen wir dies auf das Jahr 2006 hätten für die stationäre Versorgung (wiederum ohne teilstationär) rund 7,74 Mrd. Euro zur Verfügung gestanden anstelle 8,91.

Mit 7,74 Mrd. Euro hätten bei den heutigen Durchschnittskosten je Versicherten in Heimen in 2006 rund 572.000 Versicherte stationär versorgt werden können (anstelle rund 659.000).

Auf der anderen Seite hätten für die Versorgung zu Hause 9,09 Mrd. Euro zur Verfügung gestanden (anstelle 7,92). Damit könnten die ambulanten Leistungserbringer heute rund 1,455 Millionen Versicherte versorgen (anstelle rund 1,310 Millionen).

Saldiert würden knapp 60.000 Versicherte zusätzlich und kostenneutral versorgt werden können. Das

ist mehr als der Gesamtzuwachs an versorgten Versicherten seit 2004.

Die Geschichte der Pflegeversicherung ist heute bereits, also nach zwölf Jahren ihres Bestehens eine Geschichte der verpassten Chancen und der faulen Kompromisse zulasten der ambulanten Versorgung. Das ist die Versorgung, die – eigentlich – Vorrang vor der stationären haben soll.

#### Literatur:

1 Alle hier vorgestellten Daten sind entweder der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit entnommen oder, indem eigene Berechnungen angestellt wurden, beruhen sie auf dieser Statistik.

2 Wenn die Entwicklung bei den Einzelbetrachtungen in 3-Jahresschritten, dargestellt wird, dann ausschließlich aus Gründen der Übersichtlichkeit. Die jeweils ganze Datenreihe ab 1996 bzw. 1997 bringt keine wesentlichen, zusätzlichen Erkenntnisse. Der Vorteil der 3-Jahresschritte liegt zudem darin, dass nicht nur die Entwicklung vom Gesamtergebnis her sondern auch innerhalb des Zeitablaufs deutlich wird.

Zugleich wird damit – zufällig – einem oft gehörten, jedoch teilweise falschen Argument von stationärer Seite begegnet. Angeblich dürfte das Jahr 1996 nicht als Basis für Vergleiche ambulant/stationär genommen werden, weil die Pflegeversicherung stationäre Leistungen erst ab 1.7.96 finanziert. Das Argument gilt für die Betrachtung der Aufwendungen der Pflegeversicherung. Es gilt nicht für den Vergleich der Zahl der Versicherten in der stationären bzw. ambulanten Versorgung. Denn die Zahl der Versicherten ist eine Bestandsgröße, jeweils zum Stichtag 31.12. jedes Jahres. Somit kann die Zahl der Versicherten, die am 31.12.1996 stationär versorgt wurden, durchaus mit der Zahl der Versicherten verglichen werden, die zum

31.12.96 ambulant versorgt wurden.

3 An 100 fehlende %-Sätze entfallen auf Bewilligungen für Härtefälle (im Betrachtungszeitraum zwischen 0,1%- und 0,2%-Punkten) sowie auf Bewilligungen nach § 43a SGB XI. Auf diese entfielen zwischen 2,0% (1997) und 0,3%-Punkte (2006) der Bewilligungen

4 Interessant, dass Prof. Parkinson in Bezug auf die Pflegeversicherung nicht recht hat. Alle Leistungsausgaben sind zwischen 1997 und 2006 um 19,5% gestiegen. Die Verwaltung der Ausgaben und die vorausgehende Begutachtung dafür kosteten dagegen nur 14,1% mehr.

5 Würde die teilstationäre Versorgung dort einbezogen, wo sie stattfindet, nämlich im stationären Bereich, wären die Unterschiede noch größer.

#### Anschrift des Verfassers:

Heiner Schülke  
Diplom-Volkswirt  
Berater im Gesundheitswesen  
Auf dem Hirtle 21  
88709 Meersburg