

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 48

BARMER

Pflegereport 2025

Pflegeverläufe bei Akutereignissen und
Erkrankungen mit progredientem Verlauf

Heinz Rothgang,
Corinna Burfeindt,
Jonas Czwikla,
Rolf Müller



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 48

BARMER

Pflegereport 2025

Pflegeverläufe bei Akutereignissen und
Erkrankungen mit progredientem Verlauf

Heinz Rothgang,
Corinna Burfeindt,
Jonas Czwikla,
Rolf Müller

Impressum

Herausgeber:

BARMER

Postfach 11 07 04

10837 Berlin

Autorinnen und Autoren:

Heinz Rothgang, Corinna Burfeindt,

Jonas Czwikla, Rolf Müller

Universität Bremen, SOCIUM –

Forschungszentrum Ungleichheit

und Sozialpolitik

Abteilung Gesundheit, Pflege und

Alterssicherung

Konzeption, Redaktion und fachliche Prüfung:

Vera Gansen, Christina Elm,

Nora Hoffmann, Nadine Markschat,

Ursula Marschall, Nicole Osterkamp,

Laura Ostwald, Isabelle Petrautzki

Design und Realisation:

Satzweiss.com Print Web Software GmbH,

Saarbrücken

Druck und Bindung:

Kern GmbH, 66450 Bexbach

Printed in Germany

ISBN Print: 978-3-946199-99-1

ISBN PDF: 978-3-946199-72-4

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Zusammenfassung	8
Einleitung	20
1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2024/2025	24
1.1 Problemlage	24
1.1.1 Versorgungssicherheit	24
1.1.2 Eigenanteile der Pflegebedürftigen	26
1.1.3 Finanzlage der Pflegeversicherung	29
1.2 Pflegepolitische Reaktionen	30
1.2.1 Koalitionsvertrag	30
1.2.2 Wiedereinbringung von Gesetzesinitiativen	32
1.2.3 Zukunftspakt Pflege	34
2 Pflege im Spiegel der Statistik	40
2.1 Pflegebedürftige	40
2.1.1 Fallzahlen und Prävalenzen	42
2.1.2 Lebenszeitprävalenz	56
2.1.3 Begutachtungen	64
2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz	69
2.1.5 Übergänge und Beendigung	74
2.1.6 Pflegedauer	80
2.1.7 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen	87

2.2	Leistungserbringung	89
2.2.1	Ambulante Pflegedienste	89
2.2.2	Pflegeheime	94
2.2.3	Pflegepersonen	107
2.2.4	Fazit zur Leistungserbringung	111
2.3	Finanzierung	112
2.3.1	Leistungen der Pflegeversicherung	113
2.3.2	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	116
2.3.3	Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung	120
2.3.4	Finanzierung durch die Sozialhilfe	121
2.3.5	Finanzierung im Überblick	123
3	Pflegeverläufe bei Akutereignissen und bei Erkrankungen mit progredienten Verläufen	130
3.1	Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit insgesamt	133
3.2	Entwicklung der Diagnosestellungen	136
3.2.1	Entwicklung der Akutereignisse	136
3.2.2	Entwicklung der Erkrankungen mit progredientem Verlauf	138
3.3	Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit nach Erkrankungsarten	140
3.3.1	Zeit bis zum Pflegeeintritt nach erstmaliger Diagnosestellung	140
3.3.2	Pflegeinzidenzen nach Erkrankungsarten	142
3.3.3	Pflegeprävalenzen nach Erkrankungsarten	151
3.4	Pflegeverläufe für die Pflegeeintritte in den Jahren ab 2017	159
3.5	Welche Leistungsart bei welcher Pflegeeintrittsdiagnose	162
3.6	Fazit	170

Anhang	178
Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit	178
BARMER-Daten	181
Ergebnistabellen	186
 Verzeichnisse	 196
Abkürzungsverzeichnis und Glossar	196
Abbildungsverzeichnis	198
Tabellenverzeichnis	201
Literaturverzeichnis	204
Autorenverzeichnis	214

Vorwort

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt seit Jahren nahezu linear an. In den Jahren 2015 bis 2023 hat sie sich von 3,0 auf 5,7 Millionen Betroffene erhöht. Damit war im Jahr 2023 schon rund jeder fünfzehnte Mensch in Deutschland pflegebedürftig. Der BARMER-Pflegereport 2025 hat die Ursachen für diesen enormen Zuwachs untersucht. Wie konnte sich die Betroffenenanzahl in so kurzer Zeit nahezu verdoppeln? Der Report kommt zu Ergebnissen, die überraschen. Denn nur ein Bruchteil der Entwicklung ist auf die Alterung der Gesellschaft zurückzuführen. Lediglich 0,44 Prozentpunkte vom gesamten Anstieg der Pflegeprävalenz um 3,03 Prozentpunkte in den Jahren 2015 bis 2023 sind demografisch bedingt. Zweite Überraschung: Auch die Morbidität, also die Krankheitslast in der Bevölkerung, ist offenbar nicht der entscheidende Treiber. Im Report werden sechs akute und sechs dauerhafte Erkrankungen analysiert, darunter Krebs, Hirninfarkt, Demenz, Parkinson und Herzinsuffizienz. Zwar ist die Prävalenz bei all diesen Erkrankungen gestiegen, doch lässt sich der Gesamtanstieg der Pflegeprävalenz dadurch nicht erklären.

Damit wird deutlich, dass hinter der Entwicklung zahlreiche Ursachen stehen müssen, die sich noch nicht ohne Weiteres identifizieren lassen. Ein wesentlicher Grund ist der seit Januar 2017 geltende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der neben der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade zu einer deutlichen Leistungsausweitung geführt hat. Seitdem ist es leichter, Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. So wurden folglich immer mehr Menschen als pflegebedürftig anerkannt und erhielten frühzeitig Unterstützung.

Darüber hinaus hat die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen weitreichende Folgen für das Versorgungssystem. Sie stellt nicht nur Pflegeeinrichtungen, sondern auch Familien, Kommunen und das soziale Umfeld vor immer größer werdende Herausforderungen. Immer mehr Angehörige übernehmen Pflegeaufgaben, häufig unter großer zeitlicher und emotionaler Anspannung. Damit gewinnt die Frage der Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und eigenem Leben weiter an Bedeutung und nimmt einen immer höheren Stellenwert im Ausbau der ambulanten Versorgung ein.

Hinzu kommt, dass Pflege komplexer wird. Chronische Erkrankungen, Mehrfachdiagnosen und die steigende Bedeutung psychischer Erkrankungen erfordern neue Formen der Versorgung und erweiterte Kompetenzen bei Pflegekräften. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Professionen im Gesundheitswesen muss enger werden.

Auch wenn Ursachen für die steigende Pflegeprävalenz vielschichtig sind und sich nicht bis ins Detail identifizieren lassen, bleibt der Anstieg ein deutliches Warnsignal und Handlungsauftrag zugleich. Er macht klar, dass die bisherigen Maßnahmen nicht ausreichen, um der wachsenden Inanspruchnahme zu begegnen. Unter anderem gilt es, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Dazu gehören eine stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, innovative Versorgungsmodelle und der sinnvolle Einsatz digitaler Unterstützungssysteme.

Der BARMER-Pflegereport 2025 liefert mit seinen Analysen eine wertvolle Grundlage für eine sachgerechte Diskussion. Er zeigt, dass Pflegebedürftigkeit viele Ursachen hat und dass bei der Bewältigung der damit einhergehenden Herausforderungen ein umfassendes Verständnis notwendig ist, das medizinische, gesellschaftliche und strukturelle Faktoren gleichermaßen einbezieht. Nur so kann es gelingen, ein Versorgungssystem zu gestalten, das den Bedürfnissen der Menschen gerecht wird und langfristig tragfähig bleibt.

Mein Dank gilt der Autorin und den Autoren des Reports, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Corinna Burfeindt, Dr. Jonas Czwikla und Dr. Rolf Müller von der Universität Bremen. Den Leserinnen und Lesern wünsche ich eine aufschlussreiche und erkenntnisreiche Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Berlin, im November 2025

Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2024/2025

Fehlende Versorgungssicherheit und doppeltes Finanzierungsproblem als Ausgangspunkt

Während die Zahl der Pflegebedürftigen seit einigen Jahren stark ansteigt, wachsen die Kapazitäten für formelle Pflege im häuslichen Setting nur langsam und die Zahl der verfügbaren Plätze in der vollstationären Dauerpflege stagniert. Im Ergebnis sind bereits heute erhebliche Versorgungslücken zu erkennen, die in Zukunft weiterwachsen werden, so dass die Versorgungssicherheit nicht mehr gewährleistet ist.

Probleme zeigen sich auch bei der Finanzierung. Auf der einen Seite liegen die bundesdurchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege inzwischen bereits bei mehr als 3.100 Euro – und damit weit jenseits dessen, was Pflegebedürftige mit durchschnittlichen Alterseinkünften finanzieren können. Die Pflegeversicherung droht damit ihr selbstgestecktes Ziel, pflegebedingte Verarmung zu vermeiden, zunehmend zu verfehlen. Auf der anderen Seite droht der Pflegeversicherung bereits in diesem Jahr ein Defizit, das in der Folge – ceteris paribus – steigen wird. Nun ist der Beitragssatz bereits in den letzten Jahren in immer kürzeren Abständen erhöht worden, so dass eine weitere Drehung der Beitragssatzschraube unrealistisch erscheint. Die Politik muss daher Möglichkeiten finden, die Eigenanteile effektiv zu reduzieren und zu begrenzen, ohne den Beitragssatz anzuheben.

Koalitionsvertrag

Im Koalitionsvertrag wird das Thema Langzeitpflege auf weniger als einer Seite abgehandelt – ohne dass eine einzige Festlegung erfolgt. Verabredet ist lediglich die – inzwischen teilweise bereits erfolgte – Wiedereinbringung von Gesetzen, die von der letzten Regierung schon mit den Ländern abgestimmt waren, und die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die die Grundlagen einer „großen Pflegereform“ erarbeiten soll. Die Ein-

setzung einer solchen Arbeitsgruppe allein aus politischen Akteuren wird vor dem Hintergrund verständlich, dass insbesondere in der Finanzierungsfrage bereits die letzte Bundesregierung einen Bericht über mögliche Optionen vorgelegt hat. Entscheidend ist daher nicht die Ausarbeitung neuer Vorschläge, sondern die Entscheidung, an welchen Stellschrauben tatsächlich gedreht werden soll. Dies ist aber eine eminent politische Entscheidung, an der die Länder beteiligt werden sollten. Daher erscheint die Entscheidung für eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe als zentrales Vorbereitungsorgan nachvollziehbar.

Wiedereinbringung von Gesetzen

Bereits wiedereingebracht wurde ein Gesetzentwurf, der auf dem alten Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes beruht und nunmehr als Gesetzentwurf „zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ bezeichnet wird. Während die darin vorgesehenen Befugnisweiterungen für Pflegekräfte auch in den Anhörungen im Gesundheitsausschuss auf breite Zustimmung gestoßen sind, werden die neuen Regelungen zum „gemeinschaftlichen Wohnen“ (geplanter § 92c SGB XI) teilweise kritisch gesehen, da sie nicht zu einem Abbau von Sektorengrenzen führen, sondern vielmehr die Gefahr bergen, dass dieser neue Bereich dezidiert geregelt werden muss, neue Abgrenzungsvorschriften folgen und die Sektorentrennung damit sogar verfestigt wird. Der gleichzeitig (wieder)eingebrachte Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Pflegefachassistentenausbildung bietet die Chance, dass ein bundeseinheitlicher Pflegefachassistentenberuf mittelfristig deutlich attraktiver ist als die 27 verschiedenen derzeit bestehenden Ausbildungsgänge auf Länderebene und so dazu beiträgt, die vor dem Hintergrund des Personalbemessungssystems steigenden Bedarfe an Pflegefachassistenten zu befriedigen.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Die Ausarbeitung der Grundzüge einer „großen Pflegereform“ wird einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe übertragen, die unter dem Label „Zukunftspakt Pflege“ inzwischen auch ihre Arbeit aufgenommen hat. Angesichts der nicht immer widerspruchsfreien Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag bezüglich der Ziele dieser Reform ist die Aufgabenstellung nicht trivial. Umso wichtiger wäre es, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die scheinbar verlockenden Angebote der Finanzindustrie sorgfältig prüft. Vorliegende Modelle für eine private Zusatzversicherung können trotz beachtlicher Prämien für die Mehrzahl der in den nächsten 20 Jahren inzidenten Pflegebedürftigen nämlich keine Begrenzung der Eigenanteile gewährleisten. Grund hierfür ist, dass der Aufbau einer kapitalgedeckten Zusatzversicherung bei gleichzeitiger Leistungsgewährung für pflegenaher Jahrgänge zu einer eklatanten Doppelbelastung führt. Wünschenswert wäre es daher, wenn die Arbeitsgruppe die Vielzahl an Vorschlägen zur Begrenzung der Eigenanteile durch Veränderungen des Leistungsrechts innerhalb der bestehenden Sozialversicherung – auch in ihrer Kombination – sorgfältig prüft und im Leistungsrecht gleichzeitig mutige Schritte in Richtung auf sektorenfreie Versorgung geht.

Pflege im Spiegel der Statistik

Pflegebedürftige

steigende Zahl an positiven Begutachtungen mit Pflegegrad 1 und 2

Die Zahl der positiven Erstbegutachtungen durch den Medizinischen Dienst (MD) mit festgestellten Pflegegraden 3 bis 5 sind seit 2017 tendenziell stabil oder rückläufig. Die Anzahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 ist hingegen stetig, von 256.681 Fällen im Jahr 2017 auf 392.430 Fälle im Jahr 2024, gestiegen. Eine deutliche Steigerung von 425.379 auf 490.997 Begutachtungen mit Pflegegrad 2 gab es in den Jahren 2022 bis 2023. Auch im Jahr 2024 ist die Zahl mit 499.391 ähnlich hoch.

2,12 Mio. mehr Pflegebedürftige in 6 Jahren

Die Pflegestatistik weist zum Jahresende 2017 insgesamt 3,43 Millionen und zum Jahresende 2023 insgesamt 5,69 Millionen Pflegebedürftige aus. Dabei ist für das Jahr 2017 von einer Unterschätzung von etwa 140.000 Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 auszugehen, während diese Unterschätzung seit 2021 nicht mehr auftritt. Wird diese

Unterschätzung herausgerechnet, kam es im Zeitraum bis 2023 so zu einem Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger um rund 2,12 Millionen. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit geringen Pflegegraden steigt stärker als die Zahl der Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden. Die zweijährlichen Fallzahlsteigerungen mit den Pflegegraden 1 bis 3 liegen im unteren zweistelligen Prozentbereich (13,7 Prozent bis 19,1 Prozent). Bei den Pflegegraden 4 und 5 liegen die Steigerungsraten im einstelligen Bereich (9,5 Prozent und 1,1 Prozent).

Verbunden mit der steigenden Zahl Pflegebedürftiger mit geringeren Pflegegraden sind auch ein Anstieg in der Nutzung ambulanter Angebote und eine Stagnation im Bereich der vollstationären Versorgung. Die Anzahl der Pflegegeldbeziehenden ist von 2017 bis 2023 von 1,77 Millionen auf 3,10 Millionen gestiegen, während die Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege von 0,79 Millionen auf 0,78 Millionen leicht zurückgegangen ist. Dabei hat die Stagnation in der vollstationären Versorgung schon vor der Coronapandemie (ab 2020) begonnen.

Ein Wechsel der Pflegegrade findet überwiegend durch Höherstufungen statt. Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist die akute Sterberate. Die Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat zu versterben, liegt bei Pflegegrad 2 mit sinkender Tendenz bei unter einem Prozent und bei Pflegegrad 5 in den Jahren seit 2019 bei etwa fünf Prozent.

Die Überlebenszeiten mit Pflegebedürftigkeit werden immer länger. Nach 24 Monaten waren aus der Inzidenzkohorte 2017 noch 69,1 Prozent und aus der Inzidenzkohorte 2023 noch 74,2 Prozent am Leben.

Tendenz zu längeren
Pflegedauern

Zusammengefasst steigt die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich stärker, als allein aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten wäre. Dieser Anstieg erfolgt vor allem bei den Pflegebedürftigen mit geringeren Pflegegraden, die eher Pflegegeld als formelle Pflege in Anspruch nehmen. Zu diesem allgemeinen Trend gesellte sich im Jahr 2020 noch der Effekt der Coronapandemie, der die Inanspruchnahme stationärer Leistungen einschränkte. So stagnierte in dem Jahr auch die Zahl der teilstationären Leistungen, und die Nutzung der Kurzzeitpflege ging sogar zurück.

Fachkraftquote um 50 %
bei Pflege und Betreuung
im ambulanten Bereich

Ambulante Dienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist von 14.050 im Jahr 2017 auf 15.549 im Jahr 2023 und damit um 10,7 Prozent gestiegen. Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 2017 bis 2023 von 390.322 auf 446.425 um 14,4 Prozent erhöht. Umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ) (siehe dazu im Anhang das Kapitel Pflegestatistik) ergibt sich sogar eine noch etwas höhere Steigerung um 16,8 Prozent von 266.041 auf 310.665 VZÄ. Die Relation der VZÄ je 100 Pflegebedürftige ist dennoch von 32,1 im Jahr 2017 auf 28,2 im Jahr 2023 gesunken. Weniger als die Hälfte der Beschäftigten sind examinierte Pflegekräfte – in Köpfen 41,8 Prozent und in VZÄ 44,8 Prozent. In den Arbeitsschwerpunkten körperbezogener Pflege und Betreuung sind es allerdings mit 49,8 Prozent beziehungsweise 51,8 Prozent etwa die Hälfte der Beschäftigten.

Pflegeheime

Als Pflegeheime sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) anbieten. Dabei können in den Einrichtungen diese Angebote auch parallel vorliegen. Während im Zeitraum von 2017 bis 2023 die Zahl der Anbieter von vollstationärer Dauerpflege stagnierte und die Zahl der Anbieter von Kurzzeitpflege sogar rückläufig war, hat sich die Zahl der Anbieter von Tagespflege zwischen 2017 und 2023 von 4.455 auf 6.152 um 38,1 Prozent erhöht. 10.351 Einrichtungen boten im Jahr 2023 ausschließlich vollstationäre Versorgung an (vollstationäre Dauerpflege oder Kurzzeitpflege). 5.096 Einrichtungen boten ausschließlich teilstationäre Versorgung an, und 1.058 hatten sowohl teilstationäre als auch vollstationäre Versorgung im Angebot.

Die Zahl der Heimplätze für Dauerpflege blieb im Zeitraum von 2017 bis 2023 mit 876.867 bis 882.855 fast unverändert. Die Zahl der Pflegeplätze in der Tagespflege stieg hingegen von 66.484 auf 105.911 um 59 Prozent an. Nachtpflegeangebote sind nach wie vor fast gar nicht vorhanden. Für das Jahr 2023 wurden insgesamt nur 185 Nachtpflegeplätze ausgewiesen.

Die Zahl der Beschäftigten in den stationären Einrichtungen hat von 764.648 im Jahr 2017 auf 817.711 im Jahr 2023 zugenommen. Umgerechnet in VZÄ ist dies ein Zuwachs von 552.470 auf 594.663 Stellen. Die Relation der VZÄ je 100 Pflegebedürftige ist von 59,9 im Jahr 2017 auf 60,9 im Jahr 2023 gestiegen.

Der Anteil der examinierten Pflegekräfte an allen Beschäftigten liegt im stationären Bereich bei 30,0 Prozent der Beschäftigten beziehungsweise bei 33,4 Prozent der VZÄ und damit niedriger als in der ambulanten Versorgung. Im Rahmen der körperbezogenen Pflege oder Betreuung sind es 36,9 Prozent beziehungsweise 40,0 Prozent.

Pflegefachkraftquote
deutlich unter 50% im
stationären Bereich

Im Jahr 2023 waren in den ausschließlich vollstationären Einrichtungen 23,0 Pflegefachkräfte, gemessen in VZÄ, je 100 Pflegebedürftige beschäftigt. In den ausschließlich teilstationären Einrichtungen waren es 8,3 Pflegefachkräfte, gemessen in VZÄ, je 100 Pflegebedürftige.

Pflegepersonen

Schätzungen zur Gesamtzahl der an der Pflege beteiligten informellen Pflegepersonen kommen auf etwa doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige im häuslichen Setting. Nur für einen Teil von ihnen werden Rentenversicherungsbeiträge geleistet, nämlich nur dann, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist, eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrads 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich pflegt und keine Vollrente wegen Alters bezieht und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht hat. Dies sind nach Hochrechnungen der BARMER-Daten monatlich rund 1.229.000 Pflegepersonen im Jahr 2024. Bezogen auf die mit den BARMER-Daten hochgerechneten häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 lag der Anteil im Jahr 2024 bei 31,7 Prozent.

Bei knapp $\frac{1}{3}$ der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 werden Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen gezahlt.

Finanzierung

Die Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung sind zwischen 2017 und 2024 von 36,04 Milliarden Euro auf 65,37 Milliarden Euro gestiegen. Die größten jährlichen Anstiege der Beitragseinnahmen gab es dabei in den Jahren 2019 und 2023 aufgrund der deutlichen Beitragssatzerhöhungen. Im Jahr 2019 wurde der Beitragssatz um 0,5 Prozentpunkte, von 2,55 Prozent (2,8 Prozent für Kinderlose) auf 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose) erhöht. Der Beitragssatz wurde dann zum 1. Juli 2023 auf 3,4 Prozent festgelegt, wobei der Beitragssatz für kinderlose Versicherungsmitglieder ab dem 23. Lebensjahr auf 4,0 Prozent festgesetzt wurde. Je nach Anzahl der Kinder bis zum Alter von 25 Jahren gibt es Abschläge auf den allgemeinen Beitragssatz. Zum 1. Januar 2025 wurden die Beiträge per Rechtsverordnung zuletzt um weitere 0,2 Prozentpunkte erhöht.

Aufgrund der 2022 eingeführten Leistungszuschläge zu den pflegebedingten Eigenanteilen in der vollstationären Dauerpflege sind die Ausgaben für die vollstationäre Dauerpflege im Jahr 2022 von 12,55 Milliarden Euro um 3,49 Milliarden Euro auf 16,04 Milliarden Euro gestiegen. Im Jahr 2024 lagen die Ausgaben für vollstationäre Dauerpflege insgesamt schon bei 19,27 Milliarden Euro. Zudem sind bei den Gesamtausgaben für vollstationäre Pflege auch die stationären Vergütungszuschläge zu berücksichtigen, die sich 2024 auf 2,13 Milliarden Euro beliefen.

Der durchschnittliche monatliche einrichtungsbezogene Eigenanteil zur Finanzierung der Pflege in der vollstationären Dauerpflege lag zum 1. Juli 2025 bei 1.862 Euro für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5. Darin enthalten sind die umgelegten Ausbildungskosten. Diese Eigenanteile werden je nach Aufenthaltsdauer noch um 15 Prozent bis 75 Prozent gekürzt, wodurch sich gewichtet nach der Verteilung der bisherigen Aufenthaltsdauer ein persönlich zu erbringender Eigenanteil von durchschnittlich 1.048 Euro ergibt. Allerdings müssen Pflegebedürftige im Heim auch noch für Unterkunft und Verpflegung zahlen und die nicht öffentlich geförderten Investitionskosten übernehmen.

Insgesamt wurden für die Pflegeleistungen im Jahr 2023 von allen Kostenträgern zusammen rund 82,87 Milliarden Euro ausgegeben. Unberücksichtigt bleiben dabei die in der stationären Pflege anfallenden Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und privat zu tragende Investitionskosten. Größter Kostenträger ist die soziale Pflegeversicherung mit 56,91 Milliarden Euro, gefolgt von den privaten Haushalten mit einem Aufwand von 17,79 Milliarden Euro. Die private Pflegepflichtversicherung hat trotz inzwischen angesparter Altersrückstellungen von 53,33 Milliarden Euro nur 2,40 Milliarden Euro zur Finanzierung der Pflege beigetragen.

82,87 Mrd. € für Pflegeleistungen, davon trägt die SPV 56,91 Mrd. €.

Schwerpunkt: Pflegeverläufe bei Akutereignissen und bei Erkrankungen mit progredienten Verläufen

Veränderung in der Pflegeversicherung und Annahmen zu Pflegeverläufen

Mit den Ausweitungen der Leistungen der Pflegeversicherung und der Zugangsberechtigungen zu diesen Leistungen ist die Zahl der Pflegebedürftigen stärker gestiegen, als dies allein aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten gewesen wäre. Ein besonderer Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen und deren Anteile an der Bevölkerung war mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden. Insgesamt hat sich die Pflegeprävalenz (= Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung) nach Auswertung der BARMER-Daten von 3,21 Prozent im Jahr 2015 auf 6,24 im Jahr 2023 annähernd verdoppelt. Von dem Gesamtanstieg um 3,03 Prozentpunkte sind nur 0,44 Prozentpunkte demografisch bedingt, denn selbst nach Geschlecht, Alter und Bundesland standardisiert auf die Bevölkerung des Jahres 2015 gab es einen Anstieg der Prävalenz auf 5,80 Prozent.

nur 0,44 Prozentpunkte des Anstiegs der Pflegeprävalenz (+3,03 Prozentpunkte) demografisch bedingt

Erkrankungsarten:
Akutereignisse und
Erkrankungen mit
progredientem Verlauf

Neben der demografischen Entwicklung und den Anpassungen in der Pflegeversicherung gibt es weitere Faktoren, die für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und den weiteren Verlauf eine Rolle spielen können. Es ist zu unterscheiden zwischen akuten Ereignissen, die die Angehörigen vor plötzliche Entscheidungsnotwendigkeiten stellen, und langsam schleichenden Veränderungen, die von Angehörigen erst über die Zeit als herausfordernd oder überfordernd erkannt werden. Je nachdem, wie plötzlich die pflegebegründenden Ereignisse eintreten, kann dies einen Effekt auf die Art der Versorgung haben, die bei Pflegeeintritt gewählt wird, und auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit. Beispielhaft werden in diesem Report als akute Ereignisse Krebs, Schlaganfall (Hirnfarkt, Hirnblutung), hüftgelenksnahe Fraktur (Femurfraktur, Beckenbruch) oder Lähmung betrachtet. Demenz, Stuhlinkontinenz, Herzinsuffizienz, Gebrechlichkeit, Entwicklungsstörungen oder das Parkinson-Syndrom werden als Beispiele für allmähliche progrediente Verläufe dargestellt.

keine strukturell unterschiedliche Entwicklung von Erkrankungsarten

Entwicklung der Diagnosestellungen

Es stellt sich die Frage, ob der Anstieg der Fallzahlen mit der Entwicklung der Anzahl bestimmter Erkrankungen verbunden ist. Sowohl bei den Akutereignissen als auch bei den Erkrankungen mit progredientem Verlauf zeigen sich vielfach leicht steigende Tendenzen der Diagnosehäufigkeiten. Nur bei Demenz und beim Parkinson-Syndrom sind leicht rückläufige Tendenzen zu verzeichnen. Bei den inzident Pflegebedürftigen sinkt der Anteil mit fast allen hier untersuchten Diagnosen aber deutlich. Die einzelnen Diagnosen verlieren damit zusehends an Bedeutung dafür, die Pflegewahrscheinlichkeit allein zu erklären. Bei Krebs und Entwicklungsstörungen unterscheidet sich die Dynamik zwischen Gesamtbevölkerung und inzident Pflegebedürftigen am wenigsten. Dass die Entwicklung von kognitiven Erkrankungen bei inzident Pflegebedürftigen eine andere Richtung aufweist als die Entwicklung der übrigen Erkrankungen, lässt sich nicht feststellen.

Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit nach Erkrankungsarten

Ob eine Pflegebedürftigkeit innerhalb der nächsten zwölf Monate nach einer Erstdiagnose der untersuchten Erkrankungen eintritt, unterscheidet sich zwischen den einzelnen Erkrankungen mehr als zwischen den beiden definierten Erkrankungsarten. Nach einer Krebsdiagnose in den Jahren 2015 bis 2022 sind 7,9 Prozent der Erkrankten innerhalb der nächsten zwölf Monate pflegebedürftig geworden. Von denjenigen mit Hirnblutung waren es 21,0 Prozent. Bei den Erkrankungen mit progredienten Verläufen liegt die Spanne zwischen 3,3 Prozent von denjenigen mit diagnostizierten Entwicklungsstörungen bis 22,0 Prozent mit diagnostizierter Demenz. Wenn allerdings eine Pflegebedürftigkeit eintritt, dann geschieht dies bei den Akutereignissen tendenziell in den ersten Monaten, während bei den Erkrankungen mit progredientem Verlauf auch häufiger längere Zeit bis zum Pflegeeintritt vergeht.

größere Unterschiede der Pflegeeintrittswahrscheinlichkeit nach Erstdiagnose zwischen den Erkrankungen als zwischen den Erkrankungsarten

Die Pflegeinzidenz ist bei allen untersuchten Erkrankungen im Jahr 2017 rapide gestiegen. Vielfach erfolgte dann im Jahr 2018 ein leichter Rückgang der Pflegeinzidenz, gefolgt von einem weiteren Anstieg. Innerhalb der Gruppe der Akutereignisse trifft das besonders bei den Krebserkrankungen zu. Bei den Erkrankungen mit progredientem Verlauf sind nach dem Jahr 2018 fast durchgängig deutliche Steigerungen der Pflegeinzidenz zu erkennen. Diese Effekte bleiben auch im statistischen Regressionsmodell unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und weiteren Erkrankungen bestehen. Durch Hirnblutung, Femurfraktur, Stuhlinkontinenz und Demenz erhöht sich insbesondere die Wahrscheinlichkeit, dass die Pflegebedürftigkeit direkt in der vollstationären Pflege beginnt. Auch hier ist also eine stärkere Unterschiedlichkeit zwischen den Erkrankungen als zwischen den beiden Erkrankungsarten zu erkennen.

steigende Pflegeinzidenz bei fast allen Erkrankungen

steigende Pflege- prävalenz bei allen Erkrankungen

Die Pflegeprävalenz ist vor dem Hintergrund jeglicher untersuchten Erkrankungen im Jahr 2017 deutlicher angestiegen als zuvor und steigt seither bei Vorliegen aller Erkrankungen fast linear an. Eine spezielle Entwicklung der Pflegeprävalenz in Abhängigkeit von einzelnen Erkrankungen ist damit nicht zu erkennen. Im Regressionsmodell wurden die Effekte der einzelnen Erkrankungen auf die Pflegeprävalenz untersucht. Bei den meisten Erkrankungen bleiben die steigernden Effekte im Zeitverlauf erhalten. Entgegen der Annahme, dass die ausgeweitete Berücksichtigung der kognitiven Einschränkungen bei der Pflegebegutachtung Auswirkungen auf die Effekte entsprechender Erkrankungen auf die Pflegeprävalenz hat, verringert sich der Effekt der Demenz auf die Pflegeprävalenz im Zeitverlauf.

immer längere Zeit in informeller Pflege nach Pflegebeginn

Veränderung der Pflegeverläufe allgemein

Auch nach 2017 sind die Anteile der Pflegebedürftigen, welche die Pflegebedürftigkeit im Bezug von Pflegegeld beginnen, weiter gestiegen – von 38 Prozent im Jahr 2017 auf 45 Prozent im Jahr 2022. Auch zwei Jahre nach Pflegebeginn liegt der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegegeldbezug für die Eintrittskohorte 2022 mit 39 Prozent deutlich über dem entsprechenden Wert für die Eintrittskohorte 2017 (29 Prozent). Der Anteil der Pflegebedürftigen ohne Hauptleistung (Pflegegrad 1) ist bei Pflegeeintritt von 26 Prozent im Jahr 2017 auf 31 Prozent im Jahr 2022 gestiegen. Auch zwei Jahre nach Pflegeeintritt ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 für die Eintrittskohorte 2022 über dem der Eintrittskohorte 2017 (14 im Vergleich zu 12 Prozent). Die Anteile der Pflegebedürftigen mit Pflegesachleistungsbezug sowie der Inanspruchnahme vollstationärer Pflege (inklusive Pflege in Behinderteneinrichtungen) ist sowohl bei Pflegeeintritt als auch nach zwei Jahren für die Eintrittskohorte 2022 entsprechend niedriger als für die Eintrittskohorte 2017. Im Zeitverlauf erhöht sich damit die Pflegedauer für inzident Pflegebedürftige. Die Zeit in Pflegebedürftigkeit wird zudem immer länger in informeller Pflege verbracht.

Leistungsarten in Abhängigkeit von der Pflegeeintrittsdiagnose

Welcher Anteil der ersten 25 Monate der Pflegebedürftigkeit in den einzelnen Versorgungsarten verbracht wird, ist von Alters-, Kohorten- und Periodeneffekten geprägt. Während bei pflegebedürftigen Kindern in der Regel Pflegegeld in Anspruch genommen wird, wählen Erwachsene in höherem Ausmaß Pflegesachleistungen oder stationäre Pflege. Aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die Inzidenzen 2017 stark gestiegen (Periodeneffekt) und in ihrer Folge auch die Prävalenzen, wobei dieser Prävalenzanstieg seit 2017 kontinuierlich anhält, was dazu führt, dass jüngere Kohorten längere Überlebensdauern in Pflegebedürftigkeit aufweisen (Kohorteneffekt). Männer überleben unter sonst gleichen Bedingungen 1,2 Monate weniger und sind zudem 1,1 Monate länger im Pflegegeldbezug. Für Frauen sind die Zeiten ohne Hauptleistung, im Sachleistungsbezug und in der stationären Pflege entsprechend länger.

Die einzelnen Erkrankungen haben einen zusätzlichen Effekt auf die Dauer in den einzelnen Versorgungsarten. Entwicklungsstörungen verlängern die Zeit im Pflegegeldbezug um 2,1 Monate und verringern fast alle anderen Zeiten. Bei Krebs ist die Erlebenszeit um 5,0 Monate verkürzt. Bei Demenz ist die Zeit in stationärer Pflege um 2,5 Monate länger und die Zeit ohne Hauptleistungen um 2,1 Monate kürzer. Bei Vorliegen des Parkinson-Syndroms ergeben sich um 2,1 Monate längere Zeiten im Pflegegeldbezug. Insgesamt gibt es fast durchgängig bei den Akutereignissen mehr oder weniger ausgeprägte Reduktionen in den Zeiten ohne Hauptleistung oder im Pflegegeldbezug und dafür verlängerte Zeiten im Bezug von Pflegesachleistungen oder in der stationären Pflege.

negativer Effekt von
Akutereignissen auf die
Zeiten in informeller
Pflege

Einleitung

Pflegesicherungssysteme sind der jüngste Zweig des Wohlfahrtsstaats. Wie Gesundheitssysteme müssen sie drei Funktionen erfüllen: Finanzierung, Leistungserbringung und Regulierung. Bei der Finanzierungsfunktion geht es darum, die finanziellen Ressourcen bereitzustellen, die das System benötigt, um Langzeitpflege zu finanzieren. In Deutschland sind diesbezüglich die Pflegeversicherung, die Sozialhilfe und die privat aufgebrachten Eigenmittel als wichtigste Finanzierungsquellen zu benennen. Während die Leistungserbringung im Gesundheitssystem praktisch ausschließlich durch Gesundheitseinrichtungen und entsprechend ausgebildetes Gesundheitspersonal erfolgt, sind in der Langzeitpflege neben den formellen Anbietern von Pflegeleistungen auch die informellen Strukturen zu betrachten. Die Regulierung von Finanzierung und Leistungserbringung wiederum erfolgt in der Langzeitpflege ebenso wie im Gesundheitssystem durch den Gesetz- und Verordnungsgeber, auf Bundes- und Landesebene, aber auch durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungsanbietern und Finanzierungsträgern, konkret: die Vertragspartner nach § 113 SGB XI. In diesem Pflegereport wird über die Entwicklung in allen drei Dimensionen berichtet.

Kapitel 1: Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Kapitel 1 widmet sich der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im letzten Jahr und analysiert die zentralen aktuellen Problemlagen der Pflegeversicherung und die politischen Reaktionen darauf. Als zunehmend problematisch muss angesichts stagnierender Kapazitäten in der formellen Pflege und steigender Fallzahlen die Versorgungssicherheit angesehen werden. Zudem besteht ein doppeltes Finanzierungsproblem in Bezug auf zu hohe und weiter steigende Eigenanteile in der vollstationären Pflege auf der einen Seite und das drohende Defizit der Pflegeversicherung auf der anderen. Ausgangspunkt für die Analyse der politischen Reaktionen ist der Koalitionsvertrag der neuen Regierung. In diesem wird die Langzeitpflege auf weniger als einer Seite abgehandelt – ohne hinsichtlich der angesprochenen Problemlagen auch nur eine einzige inhaltliche Festlegung zu treffen. Neben der Wiedervorlage von Gesetzesentwürfen der alten Regierung wird stattdessen eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt, die die Grundlagen für eine „große Pflege-reform“ legen soll.

Kapitel 2 stellt die Pflege im Spiegel der Statistik dar und beschäftigt sich mit Pflegebedürftigen, der Leistungserbringung und der Finanzierung. Anders als im Gesundheitssystem wird die Leistungsberechtigung nicht bei jedem Leistungsbezug einzeln (durch die Anbieter) festgelegt, sondern generalisiert durch die Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes (MD) oder durch andere unabhängige Gutachter beziehungsweise von Medicproof festgestellt. Kapitel 2 gibt daher zunächst Auskunft über die Zahl der Pflegebedürftigen und deren Struktur sowie die Inanspruchnahme von Leistungen. Leistungsanspruchnahme setzt aber ein entsprechendes Leistungsangebot voraus, das gleichfalls beschrieben wird. Hierbei ist zwischen Pflege durch Angehörige und weitere informelle Pflegepersonen und den formellen Pflegeeinrichtungen zu unterscheiden, die sich wiederum in ambulante und stationäre Anbieter untergliedern lassen. Schließlich werden in Kapitel 2 die Finanzierung der Leistungen der Langzeitpflege und die Aufteilung der Ausgaben auf die verschiedenen Finanzierungsträger thematisiert.

Kapitel 2: Pflege im
Spiegel der Statistik

In Kapitel 3 wird dann der Rahmen der Routineberichterstattung verlassen und ein Schwerpunktthema behandelt: Pflegeverläufe bei akuten und langfristigen Ereignissen. Im Zuge der letzten Pflegereformen haben sich sowohl die rechtliche Definition der Pflegebedürftigkeit als auch das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung deutlich verändert. Dies kann Auswirkungen auf die Klientel der Pflegeversicherung und die Pflegeverläufe haben. Wie diese sich verändert haben, wird im Schwerpunkt dargestellt. Inwieweit sich dabei unterschiedliche Entwicklungen für Patientinnen und Patienten mit dauerhaften und in der Regel chronisch degenerativen Erkrankungen wie Demenz oder Entwicklungsstörungen einerseits und akuten Erkrankungen wie beispielsweise Schlaganfall oder Brüchen andererseits ergeben, ist ein wesentlicher Aspekt des Schwerpunktkapitels.

Kapitel 3: Schwerpunkt
„Pflegeverläufe bei
Akutereignissen und
bei Erkrankungen mit
progredienten Verläufen“

Umfangreichere Ergebnisse als im vorliegenden Report sind in Form von interaktiven Grafiken auf der Internetseite des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) zugänglich. Im Report erfolgt jeweils ein Verweis auf die weiterführenden interaktiven Webgrafiken, um eigenständige, weitergehende Betrachtungen zu ermöglichen. An den entsprechenden Stellen sind ein QR-Code und eine Kurz-URL platziert.



www.bifg.de/Y925Xu

Kapitel 1

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2024/2025

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2024/2025

Die Situation in der Langzeitpflege hat sich im vergangenen Jahr noch verschärft, so dass eine „große Pflegereform“ notwendiger denn je erscheint. Nachstehend wird die Problemlage zunächst noch einmal rekapituliert (Kapitel 1.1), bevor auf die aktuellen pflegepolitischen Reaktionen auf diese Problemlagen eingegangen wird.

1.1 Problemlage

Aktuell, aber auch in Bezug auf zukünftige Entwicklungen beherrschen nach wie vor zwei zentrale Themen die Situation, nämlich wer die Pflege in Zukunft sicherstellen soll (Kapitel 1.1.1) und wer dafür bezahlen soll. In Bezug auf die Finanzierung gibt es dabei eine doppelte Problematik: die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen selbst (Kapitel 1.1.2) und die Finanzlage der Pflegeversicherung (Kapitel 1.1.3).

1.1.1 Versorgungssicherheit

Die Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen ist zunehmend gefährdet. Obwohl die Zahl der Pflegebedürftigen nach wie vor kontinuierlich und in erheblichem Ausmaß wächst, stagnieren die Versorgungsangebote (siehe Kapitel 2). Während die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung von 2017 bis 2023 gemäß der Kassenstatistik um rund zwei Drittel (65,8 Prozent) gestiegen ist (Tabelle 2.1), ist die Zahl der Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) in der ambulanten Pflege, als Ausdruck der Versorgungskapazitäten in diesem Sektor, nur um 16,8 Prozent gestiegen (Tabelle 2.9). Auch hat sich die Zahl der Heimplätze insgesamt im gleichen Zeitraum nur um 3,8 Prozent erhöht und die Zahl der Plätze für vollstationäre Dauerpflege sogar noch nur um 0,7 Prozent (Tabelle 2.12). Stark steigende Fallzahlen stehen somit stagnierenden Angeboten in der Heimpflege und nur geringfügig wachsenden Angeboten bei den ambulanten Pflegediensten gegenüber. Ausweislich der Kassenstatistik ist die Zahl der SPV-versicherten Pflegebedürftigen von 2023 bis 2024 um weitere 7,8 Prozent gestiegen (Tabelle 2.1), was die Problematik noch weiter verschärft.

Dementsprechend finden Pflegebedürftige heute bereits häufig nicht mehr die Angebote, die sie gerne hätten. In seiner Befragung unter den eigenen Mitgliedseinrichtungen vom Februar 2024 hat der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) ermittelt, dass 71 Prozent der 578 an der Umfrage teilnehmenden Pflegeeinrichtungen Leistungen einschränken mussten. Es wurden dabei sowohl Wünsche nach Leistungsausweitung bei Kundinnen und Kunden (in der ambulanten Pflege) als auch Anfragen von Pflegebedürftigen, die neu Leistungen in Anspruch nehmen wollten, abschlägig beschieden – in aller Regel wegen fehlenden Pflegepersonals. Diese Angaben decken sich mit den Auskünften, die auch andere Anbieter geben.

Für die Zukunft ist mit einer weiteren Verschärfung der Situation zu rechnen. Wie im Pflege-report der DAK 2024 ermittelt wurde, wird die Zahl der aus dem Pflegeberuf ausscheidenden Pflegekräfte ab Ende dieser Dekade die Zahl der durch Ausbildung hinzukommenden in den ersten Bundesländern übertreffen (Klie, 2024). Es handelt sich hierbei zwar nicht um „Kippunkte“, die in der Nachhaltigkeitsdiskussion Punkte bezeichnen, an dem ein System unwiederbringlich aus einem Gleichgewichtszustand kippt, sondern nur um den Schnittpunkt zweier Projektionskurven, die zudem mit einer Reihe von Konstanzannahmen ermittelt wurden und verstärkte Pflegemigration ebenso unberücksichtigt lassen wie etwaige Rückgewinnung von Pflegekräften, die zwar ausgebildet sind, aber nicht in ihrem Beruf arbeiten (siehe hierzu Auffenberg et al., 2022). Dennoch verdeutlicht dieser Befund, dass ohne weitere Anstrengungen nicht mit einem Aufwuchs der Pflegekapazitäten zu rechnen ist, der mit der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen Schritt hält.

1.1.2 Eigenanteile der Pflegebedürftigen

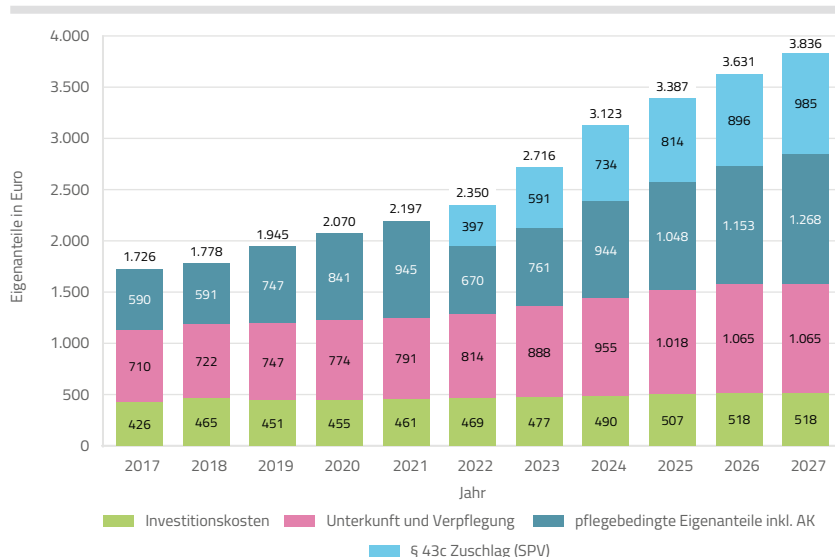
Die Pflegeversicherung wurde 1994 eingeführt, um pflegebedingte Verarmung zu vermeiden: „Wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“ (Bundestags-Drucksache 12/5617, S. 2). Um dies zu erreichen, sollten Pflegebedürftige bei Heimpflege zwar die Kosten für Unterkunft und Verpflegung zahlen und – so sie nicht von der öffentlichen Hand gefördert sind – die Investitionskosten, nicht aber die pflegebedingten Kosten. In der Gesetzesbegründung zum Pflege-Versicherungsgesetz heißt es daher: „Die Pflegekasse [...] trägt [...] den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit Letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind“ (Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 115). Das Teilleistungskonzept der Pflegeversicherung bezieht sich daher in seiner ursprünglichen Form darauf, dass die Heimbewohnenden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen sollen, nicht aber die Pflegekosten, solange diese nicht überdurchschnittlich sind (vergleiche Rothgang, 2025a). In ihrem ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung hat das seinerzeit zuständige Bundesarbeitsministerium dies 1997 noch einmal ausdrücklich klargestellt: „Die Pflegeversicherung [...] soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken“ (BMA, 1997, S. 8 f.).

Von dieser Zielsetzung hat sich die Realität inzwischen weit entfernt (Abbildung 1.1). Die Leistungen der Pflegeversicherung nach §§ 43 und 43c SGB XI haben die durchschnittlichen pflegebedingten Aufwendungen nicht abgedeckt, sondern vielmehr eine Lücke von monatlich mehr als 1.000 Euro gelassen. Zwar konnten die pflegebedingten Eigenanteile durch die Einführung der Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI im Jahr 2022 zwischenzeitlich gesenkt werden, aber schon 2023 wurden die Gesamteigenanteile von 2021 wieder erreicht. Wie bereits im letztjährigen Pflegereport vorausgesagt, haben die Anpassungen der Leistungen nach § 43 SGB XI keinen merklichen Effekt. Vielmehr sind die monatlichen pflegebedingten Eigenanteile (vor Abzug der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI) dennoch um 184 Euro gestiegen. Der nach Berücksichtigung aller Leistungen der Pflegeversicherung zu zahlende Gesamteigenanteil lag Mitte 2025 bei 2.573 Euro und damit weit oberhalb der durchschnittlichen Alterseinkünfte, so dass die pflegebedingte

Verarmung, die durch die Einführung der Pflegeversicherung verhindert werden sollte, heute regelmäßig droht.

In den Jahren 2026 und 2027 werden die Leistungen der Pflegeversicherung nicht angepasst, so dass sich die Situation weiter verschärfen wird. Gemäß der Vorausberechnung ist Mitte 2027 mit pflegebedingten Eigenanteilen (nach Abzug der Leistungen nach § 43c SGB XI) von 1.268 Euro und einem durchschnittlichen Gesamteigenanteil von 2.736 Euro zu rechnen.

Abbildung 1.1: Entwicklung der durchschnittlichen Eigenanteile in der Heimpflege

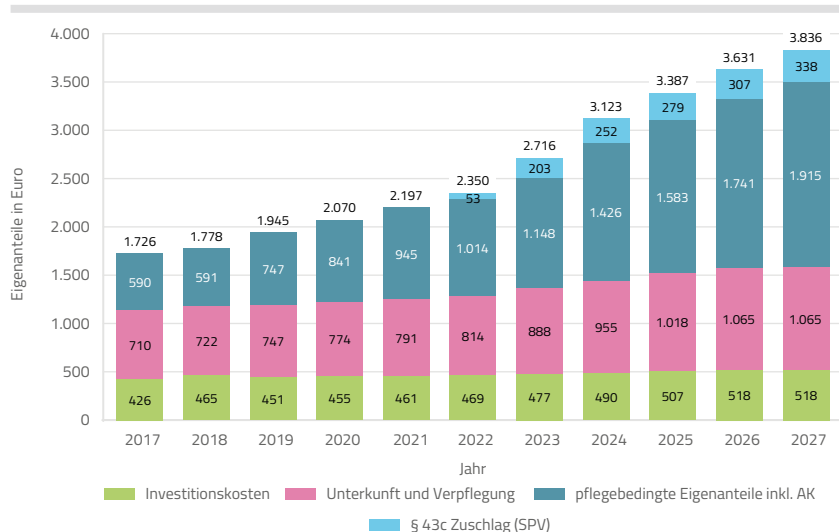


Anmerkung: Angegeben sind jeweils die Werte zum 1. Juli des Jahres. Die Höhe der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI hängt ab von der Dauer der bereits erfolgten stationären Pflege. Für die Durchschnittsberechnung wurden – gemäß Angaben des vdek – Anteilswerte von 30,22 Prozent (Dauer bis zu einem Jahr), 19,22 Prozent (Dauer 1–2 Jahre), 14,12 Prozent (Dauer 2–3 Jahre) und 36,44 Prozent (Dauer 3 Jahre und länger) angesetzt. Zur Extrapolation der Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten wurde der geometrische Mittelwert der Steigerung für die Jahre 2017 bis 2025 zugrunde gelegt. Für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil wurde eine jährliche Steigerung von 10 Prozent angesetzt. Für die Jahre 2017 bis 2025 lag der durchschnittliche jährliche Anstieg bei 15,4 Prozent.

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der vom vdek veröffentlichten Daten zu den Eigenanteilen

Bei diesen Mittelwerten sind auch die Heimbewohnenden berücksichtigt, die schon länger Leistungen der vollstationären Pflege erhalten und bei denen die Leistungszuschläge entsprechend hoch sind. Allerdings wird eine Überlebensdauer im Heim von drei Jahren, bei denen die maximalen Leistungszuschläge von 75 Prozent gewährt werden, nur von einer Einzugskohorte erreicht. Noch aussagekräftiger ist daher die Entwicklung der durchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege, weil alle Heimbewohnenden diese Eigenanteile zumindest zu Beginn ihres Heimaufenthalts aufbringen müssen. Im Jahr 2025 liegt der durchschnittliche Gesamteigenanteil für Heimbewohnende im ersten Jahr ihres Heimaufenthalts bei rund 3.100 Euro und steigt bis 2027 auf rund 3.500 Euro an (Abbildung 1.2). Die Problematik steigender Eigenanteile, die eine klare Zielverfehlung der Pflegeversicherung markieren und zu entsprechenden Reaktionen in der Bevölkerung führen, hat sich im vergangenen Jahr also nicht abgeschwächt, sondern sogar verschärft und wird sich – ceteris paribus – in den Folgejahren noch weiter verschärfen.

Abbildung 1.2: Entwicklung der durchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege



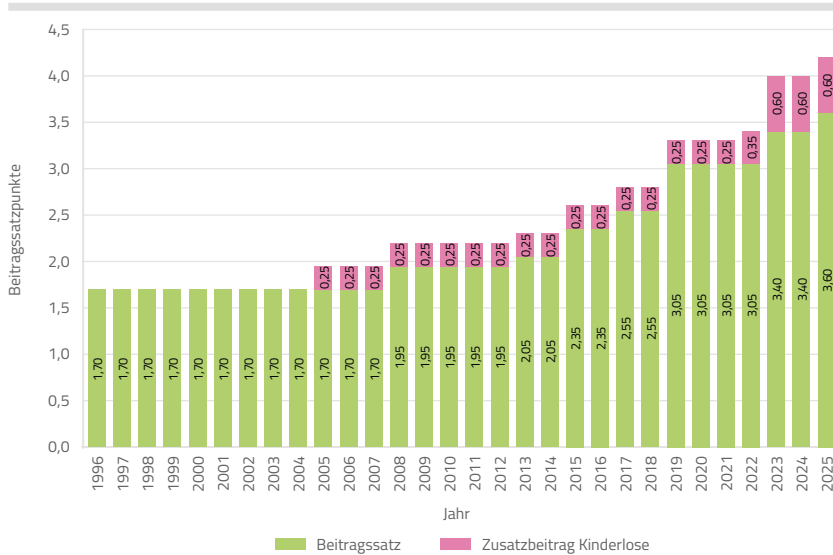
Anmerkung: Annahmen zur Ausgabensteigerung wie in Abbildung 1.1, Durchschnittsberechnung nur für Pflegebedürftige im ersten Jahr der vollstationären Pflege

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der vom vdek veröffentlichten Daten zu den Eigenanteilen

1.1.3 Finanzlage der Pflegeversicherung

Obwohl die Pflegeversicherung immer weniger in der Lage ist, ihre Zielsetzung in Bezug auf eine Verhinderung pflegebedingter Verarmung zu erfüllen (siehe oben), ist der Beitragssatz in immer kürzeren Abständen immer stärker gestiegen.

Abbildung 1.3: Entwicklung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung



Quelle: IQA 2025, eigene Darstellung

Dieser Beitragssatzanstieg ist in Teilen „hausgemacht“, da die Bemessungsgrundlage zur Pflegeversicherung langsamer steigt als das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Während das BIP von 2000 bis 2022 um 87 Prozent (statista, 2025) gestiegen ist, sind die beitragspflichtigen Einkünfte pro Mitglied nur um 51 Prozent (IAQ, 2024) angewachsen. Allerdings ist die Zahl der beitragspflichtigen Mitglieder um 13 Prozent (BMG, 2025d) gestiegen, so dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkünfte von 2000 bis 2022 um 71 Prozent angewachsen ist. Wäre die Bemessungsgrundlage so gestiegen wie das BIP, läge der rechnerisch zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz bei weniger als 3,3 Prozent und nicht bei 3,6 Prozent.

Trotz der Beitragssatzerhöhung zu Beginn des Jahres ist bereits für 2025 mit einem weiteren Defizit zu rechnen, das – ceteris paribus – 2026 weiter ansteigen wird. Zur Finanzierung dieses Defizits hat die Bundesregierung der sozialen Pflegeversicherung ein Darlehen in Höhe von 0,5 Milliarden Euro für dieses Jahr und von 1,5 Milliarden Euro für nächstes Jahr gewährt. Ein rückzahlbares Darlehen löst das Finanzproblem der Pflegeversicherung allerdings nicht, sondern verschiebt es lediglich in die Zukunft. Der Druck auf den Beitragssatz bleibt damit unverändert bestehen.

1.2 Pflegepolitische Reaktionen

Um die pflegepolitischen Reaktionen auf die beschriebenen Problemlagen zu eruieren, wird zunächst der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung betrachtet (Kapitel 1.2.1), der kurzfristig die Wiedereinbringung von Gesetzesinitiativen, die dem Diskontinuitätsprinzip zum Opfer gefallen sind (Kapitel 1.2.2), und mittelfristig die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorsieht, die langfristig eine „große Pflegereform“ vorbereiten soll (Kapitel 1.2.3).

1.2.1 Koalitionsvertrag

In ihrem Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2021 hat die letzte Bundesregierung umfangreiche Reformvorhaben angekündigt – die dann allerdings weitgehend nicht umgesetzt wurden (Rothgang & Müller, 2023, 2024). Im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung aus dem Jahr 2025 wird die Langzeitpflege dagegen auf einer Dreiviertelseite abgehandelt. Neben dem Ziel der (Wieder-)Einbringung der Gesetzesvorhaben zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und zur Einführung der „Advanced Practice Nurse“ wird insbesondere die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vereinbart, die bis Ende 2025 Vorschläge für eine große Pflegereform vorlegen soll. Der Arbeitsauftrag wird in neun Spiegelstrichen umrissen:

- Leistungsumfang, Ausdifferenzierung der Leistungsarten,
- Bündelung und Fokussierung der Leistungen,
- Möglichkeiten zur Stärkung der pflegenden Angehörigen,
- Schaffung von Angeboten für pflegerische Akutsituationen,

- Stärkung der sektorübergreifenden pflegerischen Versorgung und Übernahme von Modellprojekten (wie zum Beispiel „stambulant“) in die Regelversorgung,
- Anreize für eigenverantwortliche Vorsorge,
- Nachhaltigkeitsfaktoren (wie beispielsweise die Einführung einer Karenzzeit),
- Verortung versicherungsfremder Leistungen wie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und die Ausbildungsumlage,
- Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile (CDU et al., 2025, Zeilen 3476–3487).

Diese Prüfaufträge beinhalten die Leistungs- ebenso wie die Finanzierungsseite und sind insofern umfangreich. Sie sind in sich allerdings nicht vollkommen widerspruchsfrei. So sind die gleichzeitige Bündelung von Leistungen, die eher auf Budgetierungen abzielt, auf der einen Seite und deren Fokussierung und Ausdifferenzierung auf der anderen nicht leicht zu vereinbaren. Auf der Finanzierungsseite findet sich die Forderung nach einer Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile, die Leistungsausweitungen implizieren, ebenso wie „Nachhaltigkeitsfaktoren“, die eher auf Leistungskürzungen abzielen.

Bemerkenswert ist, dass der Koalitionsvertrag für alle diese Punkte lediglich „Prüfaufträge“ vergibt, aber in keinem einzigen Punkt eine Festlegung vornimmt – auch nicht etwa bei den der Umfinanzierung versicherungsfremden Leistungen, die schon im letzten Koalitionsvertrag angekündigt worden waren und zu der alle Argumente schon so lange ausgetauscht wurden, dass eine weitere Vertagung der Entscheidung nicht in der Sache begründet ist.

Keine konkreten Aussagen gibt es auch zum Thema Steuerfinanzierung – obwohl viele Aspekte hierzu lange diskutiert wurden und entscheidungsreif sind. Am erstaunlichsten erscheint dies bei den coronabedingten Ausgaben (unter anderem Ausgaben für Testung, Schutzausrüstung, Impfung, Unterstützung von Pflegeeinrichtungen, die coronabedingte Einnahmeausfälle hatten, und Prämien für Pflegekräfte), die zur Bewältigung allgemeiner Staatsausgaben getätigt wurden und daher aus ordnungspolitischen Erwägungen steuerfinanziert sein sollten. Tatsächlich wurde schon im Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2021 beschlossen, die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln auszugleichen, dies wurde aber – anders als in der Krankenversicherung – nie umgesetzt. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbands, belaufen sich die diesbezüglichen Schulden des

Bundes gegenüber der Pflegeversicherung auf 5,9 Milliarden Euro. In einem aktuellen Rechtsgutachten für die DAK kommt die Sozialrechtsprofessorin Dagmar Felix zu dem Ergebnis, dass es sich bei der den Pflegekassen vom Bund auferlegten Verpflichtung zur Zahlung der Coronamaßnahmen um einen „verfassungswidrigen Zugriff“ auf Versicherungsgelder handle, da die Beiträge zur Pflegeversicherung einer „strengen Zweckbindung“ unterlägen und es sich bei den Coronamaßnahmen eben nicht um Kernaufgaben der SPV gehandelt habe, sondern um gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Daher habe „eine vollständige Refinanzierung aus Steuermitteln des Bundes zu erfolgen“ (AOK-BV, 2024). Allein die Rückzahlung dieser Ausgaben würde die Finanzprobleme der Pflegeversicherung für den Rest dieser Legislaturperiode lösen und wäre sachlich leicht zu begründen. Dass dies im Koalitionsvertrag nicht festgelegt wurde und stattdessen mit Darlehen gearbeitet wird, kann nur damit begründet werden, dass der Problemdruck bewusst hochgehalten werden soll, um Strukturreformen zu ermöglichen.

Als versicherungsfremde Leistungen werden im aktuellen Koalitionsvertrag (ebenso wie in dem von 2021) auch „Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und die Ausbildungsumlage“ bezeichnet (siehe oben). Werden diese Leistungen aber als „versicherungsfremd“ anerkannt, ist die Notwendigkeit einer Steuerfinanzierung eigentlich unabweislich, so dass es erstaunt, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Finanzierung dieser Leistungen erst noch „verorten“ soll.

1.2.2 Wiedereinbringung von Gesetzesinitiativen

Am 11. September 2025 wurde der Gesetzentwurf der Bundesregierung „zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ (Bundestagsdrucksache 21/1511) in erster Lesung im Deutschen Bundestag diskutiert und anschließend zur weiteren Beratung in den Gesundheitsausschuss überwiesen. Der Gesetzentwurf ist eine überarbeitete Fassung des Entwurfs für ein Pflegekompetenzgesetz, das im letzten Bundestag nicht mehr beschlossen werden konnte. Es soll den Pflegekräften die Befugnis geben, in den Bereichen Diabetes, Wundmanagement und Demenz auch ohne ärztliche Anordnung tätig zu werden und damit zur Entbürokratisierung beizutragen. Während dieser Ansatz in den Anhörungen zum Pflegekompetenzgesetz auf große Zustimmung gestoßen ist, gilt dies nicht für die neue Regelung zum „gemeinschaftlichen Wohnen“ (§ 92c SGB XI in der Fassung des Gesetzes zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege).

In dieser Norm wird ambulanten Pflegeeinrichtungen die zusätzliche Möglichkeit gegeben, Verträge für die Leistungserbringung in gemeinschaftlichen Wohnformen zu schließen. Wenngleich weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass neue innovative Wohnformen im Bereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zur Verbesserung der Versorgungslandschaft beitragen können, besteht die Befürchtung, dass mit der neuen Norm der Nukleus für einen neuen Sektor geschaffen wird, der dann Abgrenzungsregelungen zur ambulanten und stationären Versorgung benötigt und insgesamt zu einer weiteren Bürokratisierung beiträgt (vergleiche Rothgang, 2024).

Mitberaten wurde am 11. September 2025 ein zweiter Gesetzentwurf der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 21/1493) zur Pflegefachassistentenausbildung, der den Entwurf des Pflegefachassistenteneinführungsgesetzes, der ebenfalls in der letzten Legislaturperiode nicht mehr abgeschlossen werden konnte, wieder aufgreift. Darin wird vorgesehen, die jüngst vom Bundesinstitut für Berufsbildung (Jürgensen, 2023) identifizierten 27 Ausbildungsgänge für Pflegehilfskräfte auf Landesebene durch eine bundeseinheitliche Ausbildung zu ersetzen, die die Pflegeassistenten als Heilberuf definiert, so dass die verfassungsrechtliche Grundlage für eine bundeseinheitliche Regelung als gegeben angesehen wird. Der Gesetzesvorstoß steht in engem Kontext mit dem Personalbemessungsinstrument in der Heimpflege, das insbesondere einen höheren Bedarf an Pflegekräften mit Ausbildung unterhalb des Fachkraftniveaus (Qualifikationsniveau 3) ermittelt hat. In Umsetzung dieses Ansatzes wurde bereits im Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GVPG) die Möglichkeit geschaffen, zusätzliche Pflegeassistentenstellen zu finanzieren. Diese Möglichkeiten konnten aber nur teilweise genutzt werden, weil das entsprechende Personal nicht vorhanden war. Gleiches gilt für die Obergrenzen gemäß § 113c Abs. 1 SGB XI, die seit dem 1. Juli 2023 einen weiteren Stellenaufwuchs ermöglichen, der aber ebenfalls aufgrund von fehlenden Arbeitskräften nur teilweise gelingt. An der Notwendigkeit, verstärkt Pflegeassistentenkräfte auszubilden, kann also kein Zweifel bestehen. Klar ist auch, dass eine bundeseinheitliche Ausbildung die problemlose Anerkennung erworbener Abschlüsse auch in anderen Bundesländern ermöglicht, damit die Mobilität erleichtert und letztlich die Attraktivität dieser Ausbildung erhöht. Auch für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse ist eine bundeseinheitliche Regelung vorteilhaft.

Vor dem Hintergrund des Personalbemessungsverfahrens ist auch die Ausbildungsdauer zu beurteilen. Wie bereits im Pflegereport 2024 ausgeführt, kann ein qualifikations- und kompetenzorientierter Einsatz von Pflegeassistentenkräften in der Heimpflege nur dann zur notwendigen Entlastung von Fachkräften führen, wenn die Assistentenkräfte über entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen (Rothgang & Müller, 2024). Eine Mindestausbildungsdauer von 18 Monaten, wie sie im Gesetzentwurf zur Pflegefachassistentenausbildung jetzt erneut vorgesehen ist, erscheint daher sachgerecht.

1.2.3 Zukunftspakt Pflege

Die Konzeption der „großen Pflegereform“ wird im Koalitionsvertrag in die Hände einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe gelegt, die sich inzwischen unter dem Begriff „Zukunftspakt Pflege“ konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen hat. In Bezug auf die Finanzierung kann sie dabei auf den Bericht der alten Bundesregierung aufbauen (Die Bundesregierung, 2024), in dem – basierend auf einem Gutachten des IGES-Instituts (Ochmann & Sonnenberger, 2024; Ochmann et al., 2024) – die Wirkungen diverser „Stellschrauben“ auf die Einnahmen- und Ausgabenseite der sozialen Pflegeversicherung berechnet wurden. An dieser Stelle gibt es somit kein Erkenntnisdefizit. Vielmehr gilt es, aus den vorhandenen Optionen ein Bündel an Maßnahmen herauszugreifen, für das sich politisch Mehrheiten finden. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass die Erarbeitung des Konzepts für eine Pflegereform nicht in die Hände von Expertinnen und Experten in einem Expertenbeirat oder Ähnlichem gelegt, sondern den Vertretern der Bundes- und Länderregierungen überantwortet wurde, weil diese am ehesten in der Lage sind, abzuschätzen, wofür sich Mehrheiten finden beziehungsweise organisieren lassen. Für die Strukturreform auf der Leistungsseite gibt es dagegen weniger handfeste Vorschläge. Das Konzept der Initiative Pro-Pflegereform (Rothgang et al., 2025) bildet dabei eine Ausnahme, weil es – aufbauend auf einer systematischen Synopse vorhandener Vorschläge – Strukturreformen und Finanzreformen miteinander verschränkt und dazu einen zeitlich gestaffelten Umsetzungsplan anbietet. In Bezug auf die Strukturreform ist die geplante Einbeziehung der Expertise außerhalb der Bund-Länder-Arbeitsgruppe daher von noch größerer Bedeutung.

An dieser Stelle soll ein Aspekt vertiefend beleuchtet werden, der in den Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe eine große Rolle zu spielen scheint. In der Spiegelstrichliste des Koalitionsvertrags wird als Ziel auch die Förderung der „eigenverantwortliche[n]

Vorsorge“ genannt. Der Hinweis auf die Eigenverantwortung kann als Kode für nominale oder reale Leistungskürzungen gelesen werden – ebenso wie die gleichfalls angesprochenen Nachhaltigkeitsfaktoren (siehe hierzu Rothgang, 2025b). Nominale Leistungskürzungen bezeichnen dabei eine Absenkung des im Gesetz genannten Leistungsbetrags. Um reale Leistungskürzungen handelt es sich auch bereits, wenn die nominalen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für Sachleistungen oder stationäre Pflege der Pflegeversicherung langsamer steigen als die Preise dieser Leistungen, und wenn die Geldleistungen langsamer wachsen als das allgemeine Preisniveau, so dass die Leistungsmenge, die von der Pflegeversicherung finanziert werden kann, sinkt. Um bei nominalen oder realen Leistungskürzungen bei der sozialen Pflegeversicherung die pflegebedingten Eigenanteile zu begrenzen, wird die Einführung einer kapitalgedeckten Zusatzversicherung erwogen.

Soll eine Zusatzversicherung für einen Großteil der Bevölkerung die pflegebedingten Eigenanteile begrenzen, muss sie allerdings obligatorisch sein – das war das Einzige, worüber sich alle Expertinnen und Experten einig waren, die hierzu im Dezember 2023 vom Bundesgesundheitsministerium angehört wurden (BMG, 2024a). Da eine obligatorische Zusatzversicherung einkommensschwächere Haushalte überfordern könnte, müssen deren Tarife dann Elemente des Sozialausgleichs enthalten. Versicherungspflicht und einkommensabhängig gestaltete Abgaben sind aber die Kernelemente des Konzepts „Sozialversicherung“ in der Kranken- und Pflegeversicherung. Eine obligatorische Zusatzversicherung ergänzt die bestehende Sozialversicherung dann durch eine zweite „soziale (Pflicht-)Versicherung“. Es stellt sich somit die Frage, warum die Einführung einer zweiten Sozialversicherung als Zusatzversicherung sinnvoller sein soll als der Ausbau der bestehenden Sozialversicherung. Schon allein im Sinne der Begrenzung von Bürokratie und Schnittstellenproblemen erscheint dies nicht als vorteilhaft.

Entscheidend für die aktuelle Situation ist aber, dass mit dem Aufbau eines Kapitalstocks in einer kapitalgedeckten Zusatzversicherung für den Zeitraum von einem halben Jahrhundert eine Doppelbelastung für die Beschäftigten entsteht: Sie müssen einerseits „die alte Last“ stemmen und im Umlageverfahren die Leistungen für die Personen finanzieren, die auf die umlagefinanzierte soziale Versicherung vertraut haben und Ansprüche auf eine Pflege nach dem allgemein anerkannten Standard der medizinisch-pflegerischen

Erkenntnisse zur Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe erworben haben. Gleichzeitig müssen sie ihren eigenen Kapitalstock aufbauen.

Was dies praktisch bedeutet, zeigt sich sehr deutlich im Modell, das vom sogenannten Expertenrat des PKV-Verbands 2023 vorgeschlagen wurde (Arentz et al., 2023). Das Modell gibt vor, eine Vollversicherung der pflegebedingten Eigenanteile zu gewährleisten – wenn auch nur im stationären Sektor. Tatsächlich wird aber ein Eigenanteil von zehn Prozent von vorne herein vorgesehen, so dass es sich nicht um eine echte Vollversicherung, sondern um eine Vollversicherung mit einem prozentualen Eigenanteil handelt. Zur Vorausberechnung des pflegebedingten Eigenanteils, der in der Heimpflege verbleibt, wenn die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung abgezogen werden, wird für diese eine jährliche Leistungsanpassung von nominal vier Prozent angesetzt. Dieser Wert liegt deutlich oberhalb der erwartbaren Kerninflationsrate, die nach geltendem Recht (§ 30 SGB XI) als Obergrenze der Leistungsdynamisierung fungiert. Durch diesen Ansatz wird der Eigenanteil, der abgesichert werden soll, klein gerechnet. Bei realistischen Annahmen ist daher von höheren Prämien auszugehen. Selbst zur Finanzierung der kleingerechneten Eigenanteile für alle wären aber exorbitante Prämienhöhen erforderlich. Das Modell geht damit um, indem einerseits die (als im Zeitverlauf real konstant unterstellten) Prämien in Abhängigkeit vom Zugangsalter ausgestaltet werden, andererseits aber auch die Leistungshöhen. Tabelle 1.1 zeigt die monatlichen Prämien in Euro und die berechneten Leistungshöhen in Prozent des angesetzten Eigenanteils für vier Altersklassen. In der Altersklasse der 21- bis 44-Jährigen steigen die Prämien mit dem Alter bei Versicherungsbeginn, in der Klasse der 45- bis 66-Jährigen sinkt das Leistungsniveau mit dem Alter bei Versicherungsbeginn.

Tabelle 1.1: Prämien und Leistungsversprechen im Modell des PKV-Expertenrats

Alter bei Einführung	monatliche Prämie in Euro	Leistungen in Prozent des Eigenanteils
20 Jahre	39	90
21–44 Jahre	39–52	90
45–66 Jahre	52	56–90
67 Jahre und älter	26	40

Quelle: Arentz et al. (2023, S. 6 f.)

Der maximale Leistungsanspruch, der gemäß den optimistischen Annahmen (siehe oben) 90 Prozent des Eigenanteils abdecken soll, steht demnach nur denjenigen zur Verfügung, die bei Einführung der Pflichtversicherung 44 Jahre oder jünger sind. Für die 38 Millionen SPV-Versicherten im Alter von mindestens 45 Jahren (BMG, 2025c) stellt dieses Modell dagegen niedrigere Leistungssätze zur Verfügung. Für die 18 Millionen Versicherten in pflegenahen Jahrgängen von 67 und älter (ebenda), die aktuell und in den nächsten 20 Jahren von steigenden Eigenanteilen bedroht sind, bleiben sogar 60 Prozent der Eigenanteile nicht abgedeckt, so dass von einer Vollversicherung nicht die Rede sein kann. Das Problem der steigenden Eigenanteile bleibt damit kurz- und mittelfristig bestehen.

Dennoch sind die Versicherungsprämien hoch (siehe Tabelle 1.1). Nur zum Vergleich seien hier die durchschnittlichen monatlichen Beiträge zur Sozialversicherung von 93 Euro genannt, die sich ergeben, wenn die Beitragseinnahmen von 65,4 Milliarden Euro für das Jahr 2024 (BMG, 2025a) durch die Zahl von 58,5 Mitgliedern (BMG, 2025c) geteilt werden. Um einen Teil der verbleibenden Eigenanteile zu finanzieren, erhöhen sich die Gesamtversicherungsbeiträge für die 20- bis 66-Jährigen um etwa die Hälfte. Für die Altenbevölkerung ist die Zusatzbelastung zwar etwas geringer, aber der Leistungsanspruch reicht nicht aus, um pflegebedingte Verarmung zu verhindern. Eine Pflegebürgervollversicherung – um einen anderen Vergleich anzustellen – könnte eine echte Vollversicherung für stationäre Leistungen und erhebliche Verbesserungen in der ambulanten Pflege mit einer Beitragssteigerung realisieren, die für 80 Prozent der Versicherten bei maximal fünf Euro pro Monat läge (Rothgang & Domhoff, 2025, S. 30). Eine kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung nach dem Modell des PKV-Expertenrats ist damit sehr teuer, ohne jedoch die versprochene Vollversicherung für die Mehrheit der Bevölkerung zu ermöglichen. Dieses Ergebnis ist dabei dem Grunde nach nicht auf die gewählte Modellvariante zurückzuführen, sondern darauf, dass der Aufbau eines Kapitalstocks erhebliche Mehrbelastungen nach sich zieht, die zwar in unterschiedlicher Weise auf verschiedene Kohorten und auf Pflegebedürftige und (noch) nicht Pflegebedürftige aufgeteilt werden können, die aber an sich unvermeidlich sind.

Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

Pflegebedürftigkeit hängt maßgeblich mit dem Alter zusammen. Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung beeinflussen daher die Zahl der Pflegebedürftigen. Aber auch politische Rahmensetzungen, insbesondere die rechtliche Ausgestaltung der Pflegeversicherung, haben einen Einfluss auf die Zahl der Pflegebedürftigen (Leistungsberechtigten) und die Versorgungsstruktur. Hinzu kommen externe Faktoren wie zuletzt die Coronapandemie, die das Versorgungsgeschehen beeinflusst haben (Rothgang & Müller, 2022, S. 132 ff.).

wesentliche Daten-
quellen: Pflegestatistik
und BARMER-Daten

Um zum Verständnis der Wirkungen von politischen Maßnahmen und der demografischen Entwicklung beizutragen, muss eine Gesundheitsberichterstattung zum Thema „Pflegebedürftigkeit“ insbesondere Auskunft über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen (Kapitel 2.1), die Leistungserbringung und die zugrunde liegenden Versorgungsstrukturen (Kapitel 2.2) sowie die Finanzierung der Leistungen (Kapitel 2.3) geben. Die diesbezüglichen Datengrundlagen in diesem Report sind primär die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts und die Routinedaten der BARMER (BARMER-Daten). Des Weiteren beruhen die Darstellungen auf vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Ergebnissen der Kassenstatistik zur sozialen Pflegeversicherung (SPV), der Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund), der Berichterstattung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV) zur privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sowie der Begutachtungsstatistik des Unternehmens Medicproof. Zu den einzelnen dargestellten Aspekten werden die jeweils geeignetsten Daten verwendet. Weitere Informationen zu den genannten Datenquellen finden sich im Anhang.



www.bifg.de/Y925PF



www.bifg.de/Y925Pd



www.bifg.de/Y925PX

2.1 Pflegebedürftige

Kapitel 2.1 beschreibt die Zahl (Fallzahl) und den Anteil (Prävalenz) pflegebedürftiger Personen, die Zahl der Neufälle und welcher Anteil einer Population pflegebedürftig wird (Inzidenz) sowie das Ende der Pflegebedürftigkeit – meist infolge des Todes. Zur Darstellung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und der Prävalenz werden überwiegend die Pflegestatistik und die BARMER-Daten verwendet. Die Pflegestatistik als Vollerhebung eignet sich besonders zur Bestimmung der Gesamtzahl, während die

BARMER-Daten aktuellere und detailliertere Analysen ermöglichen (Kapitel 2.1.1). Ein Unterschied liegt darin, dass die Pflegestatistik alle zwei Jahre den Stand am Jahresende abbildet, während die BARMER-Daten das gesamte Jahr umfassen und hier als Durchschnittswerte über alle Monate (Durchschnittsmonat) eines Jahres dargestellt werden. Inwieweit jemals im Lebensverlauf Pflegeleistungen in Anspruch genommen wurden (Lebenszeitprävalenz), lässt sich nur mit den BARMER-Daten darstellen (Kapitel 2.1.2). Informationsgrundlagen für die Zahl der Begutachtungen sind die vom MD Bund veröffentlichten Statistiken (MD-Statistiken) und die Statistiken von Medicproof (Kapitel 2.1.3). Die Inzidenzen (Kapitel 2.1.4) wie auch Übergänge und Beendigung der Pflegebedürftigkeit (Kapitel 2.1.5) sowie die Pflegedauern (Kapitel 2.1.6) werden anhand der BARMER-Daten abgebildet. Abschließend werden die Ergebnisse zu den Pflegebedürftigen kurz zusammengefasst (Kapitel 2.1.7).

Pflegebedürftigkeit ist in den hier verwendeten Daten sozialrechtlich definiert. Pflegestatistik und Kassenstatistik erfassen die Pflegebedürftigen, die einen Pflegegrad (vormals Pflegestufe) haben oder Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Erfasst werden somit ausschließlich leistungsberechtigte Personen. Personen, die keinen Antrag zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gestellt haben, aber in gleicher Weise körperlich oder geistig eingeschränkt sind wie anerkannte Pflegebedürftige, werden daher nicht in die berichteten Fallzahlen eingeschlossen.

Die Art und das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit, die notwendig sind, um einen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung zu erlangen, haben sich im Zeitverlauf geändert. Ursprünglich galten nur verrichtungsbezogene Einschränkungen als Begründung für eine Einstufung als pflegebedürftig, und nur diese Personen hatten einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die Abbildung der Schwere der Pflegebedürftigkeit erfolgte über drei Pflegestufen. Später wurde auch die eingeschränkte Alltagskompetenz als zusätzliches Merkmal herangezogen. Seit 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sowohl körperliche als auch kognitive oder psychische Beeinträchtigungen berücksichtigt. Unterteilt werden Pflegebedürftige seither in fünf Pflegegrade, von Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) bis

Unterscheidung in
Pflegegrade 1 bis 5

Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung). Für die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bestehen nur eingeschränkte Leistungsansprüche und insbesondere kein Anspruch auf Pflegegeld, Pflegesachleistungen und reguläre Leistungen bei vollstationärer Pflege.

Zur Vermeidung von Brüchen in den Zeitreihen durch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade werden hier nur noch die Entwicklungen seit 2017 dargestellt.

2.1.1 Fallzahlen und Prävalenzen

Die einzelnen Statistiken bilden unterschiedliche Personenkreise ab. So fehlen in der Pflegestatistik die Leistungsempfängerinnen und -empfänger in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Pflegebedürftige, die keine Pflegesachleistungen, keine Leistungen zur stationären Versorgung und auch kein Pflegegeld in Anspruch nehmen, sind zudem teilweise deutlich untererfasst. Das betrifft vor allem die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 in den Jahren 2017 und 2019 (Tabelle 2.2).

Die Pflegestatistik weist
aktuell mehr Pflege-
bedürftige aus als die
SPV- und PPV-Statistiken
zusammen.

Die zuletzt im Dezember 2023 erhobene Pflegestatistik enthält die aktuellste Vollerhebung der Pflegebedürftigen. Demnach waren Ende 2023 5.688.473 Menschen pflegebedürftig (Pflegegrad 1 bis 5 oder noch kein Pflegegrad zugewiesen). In der Summe kommen die Kassenstatistik und die Statistik der privaten Pflegeversicherung (PPV-Statistik) auf etwas andere Zahlen. Die Kassenstatistik der SPV weist für Ende 2023 5.236.586 und die PPV-Statistik 342.750 Pflegebedürftige aus. Die Pflegestatistik weist somit 109.137 Pflegebedürftige mehr aus als die Summe der Pflegebedürftigen in Kassenstatistik und der PPV-Statistik (Tabelle 2.1). In allen drei Statistiken zeigt sich eine stetig steigende Zahl von Pflegebedürftigen.

Tabelle 2.1: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle 2017–2024

Jahr	Pflegestatistik		SPV-Kassenstatistik		PPV-Statistik		Differenz der Pflegestatistik zur Versicherungsstatistik
	Anzahl am Jahresende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent (gemittelt)	Anzahl am Jahresende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anzahl am Jahresende	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	
2017	3.431.243		3.339.179		211.582		–119.518
2018			3.685.389	10,4	234.625	10,89	
2019	4.127.605	9,9	3.999.755	8,5	251.883	7,36	–124.033
2020			4.322.772	8,1	272.700	8,26	
2021	4.961.146	9,6	4.606.490	6,6	292.520	7,27	62.136
2022			4.875.337	5,8			
2023	5.688.473	7,1	5.236.586	7,4	342.750	10,00	109.137
2024			5.642.546	7,8			

Anmerkung: Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind in der Pflegestatistik vor allem im Jahr 2017, aber auch im Jahr 2019 deutlich untererfasst, weil diejenigen mit ausschließlich landesrechtlichen oder ohne Leistungen zu einem Großteil nicht ausgewiesen wurden.

Quelle: BMG (2025b); PKV (2025); Statistisches Bundesamt (2025d); eigene Berechnungen

Einerseits gibt es Gründe für eine geringere Zahl von Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik durch die Nichtberücksichtigung der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Andererseits sind Pflegebedürftige mit Leistungsbezug, an die noch kein Pflegegrad vergeben wurde, berücksichtigt. Zudem können Doppelzählungen nicht ausgeschlossen werden (Statistisches Bundesamt, 2022a).

Tabelle 2.2 verdeutlicht die gravierenden Unterschiede in der Erfassung der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 in den ersten Erhebungsjahren. Während die Kassenstatistik der SPV für Ende 2017 194.476 Personen mit Pflegegrad 1 ausweist und für die PPV weitere 5.566 Personen mit Pflegegrad 1 berichtet werden, liegt die Anzahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 in der Pflegestatistik für 2017 bei nur 62.991 und damit um 137.051 Personen niedriger als in der Statistik der Kostenträger. Für 2019 ist der Unterschied sogar noch größer und beträgt 164.536 Personen. Für die Jahre 2021 und 2023 haben sich die Unterschiede deutlich verringert. In der Pflegestatistik sind im Jahr 2021

12.414 Personen mit Pflegegrad 1 mehr und im Jahr 2023 23.607 weniger ausgewiesen als in der Kassenstatistik und PPV-Statistik zusammen. Dieser „Aufholeffekt“ deutet darauf hin, dass die Pflegestatistik die Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 in den Jahren 2017 und 2019 erheblich untererfasst hat. Seit 2021 scheint dieser Personenkreis nun auch in der Pflegestatistik vollständig erfasst zu sein.

Tabelle 2.2: Entwicklung der Zahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 2017–2024

Jahr	Pflegestatistik	SPV-Kassenstatistik	PPV	Differenz der Pflegestatistik zur Versicherungsstatistik
2017	62.991	194.476	5.566	–137.051
2018		348.121	11.051	
2019	298.117	448.012	14.641	–164.536
2020		541.353	15.951	
2021	667.044	634.924	19.706	12.414
2022		713.485	23.190	
2023	785.822	782.159	27.270	–23.607
2024		863.672		

Anmerkung: Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind in der Pflegestatistik vor allem im Jahr 2017, aber auch im Jahr 2019 deutlich untererfasst, weil diejenigen mit ausschließlich landesrechtlichen oder ohne Leistungen zu einem Großteil nicht ausgewiesen wurden.

Quelle: BMG (2025b); PKV (2025); Statistisches Bundesamt (2025d); eigene Berechnungen

überwiegend geringere
Schwere der Pflege-
bedürftigkeit

Von den 5,69 Millionen Menschen, die Ende 2023 von der Pflegestatistik als pflegebedürftig ausgewiesen werden, waren gut vier von zehn (2,30 Millionen entspricht 40,4 Prozent) in Pflegegrad 2 eingruppiert. Die Pflegegrade 4 und 5 umfassen zusammen nur fast ein Sechstel (16,1 Prozent) aller Pflegebedürftigen (Tabelle 2.3).

Tabelle 2.3: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2017, 2019, 2021 und 2023

Jahr	Anzahl in Tausend						
	insgesamt	Pflegegrad					
		1	2	3	4	5	noch nicht zugeordnet
2017	3.431,2	63,0	1.566,7	1.022,5	549,4	224,2	5,6
2019	4.127,6	298,1	1.796,0	1.215,8	573,1	241,6	2,9
2021	4.961,1	667,0	2.022,9	1.415,6	611,2	241,7	2,8
2023	5.688,5	785,8	2.300,8	1.686,3	669,3	244,3	2,1

Anmerkung: Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind in der Pflegestatistik vor allem im Jahr 2017, aber auch im Jahr 2019 deutlich untererfasst, weil diejenigen mit ausschließlich landesrechtlichen oder ohne Leistungen zu einem Großteil nicht ausgewiesen wurden.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025d)

Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen entwickelt sich je nach Ausmaß der Pflegebedürftigkeit unterschiedlich. In Pflegegrad 1 haben sich die Fallzahlen noch bis 2021 vervielfacht, während die Fallzahlsteigerungen bei Pflegegrad 2 und 3 noch im zweistelligen Prozentbereich lagen. Im Vergleich der Jahre 2023 und 2021 liegen nun auch die Steigerungsraten bei Pflegegrad 1 nur noch im zweistelligen Prozentbereich. Bei den Pflegegraden 4 und 5 liegen die Steigerungsraten durchgängig im einstelligen Bereich (Tabelle 2.4). Die Entwicklung der Fallzahlen innerhalb des Pflegegrads 1 ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass damit Personen angesprochen werden, die vor 2017 nicht als pflegebedürftig galten. Eine derartige Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten führt regelmäßig dazu, dass dieser Anspruch erst nach und nach genutzt wird. Eine plausible Erklärung für die unterschiedlichen Entwicklungen in den Pflegegraden 2 bis 5 ist, dass Pflegebedürftige bei Einführung der Pflegegrade tendenziell „zu hoch“ übergeleitet wurden. In dem Maße, in dem die Überleitungsfälle durch neue Pflegebedürftige ersetzt werden, normalisiert sich daher die Pflegegradverteilung „nach unten“.

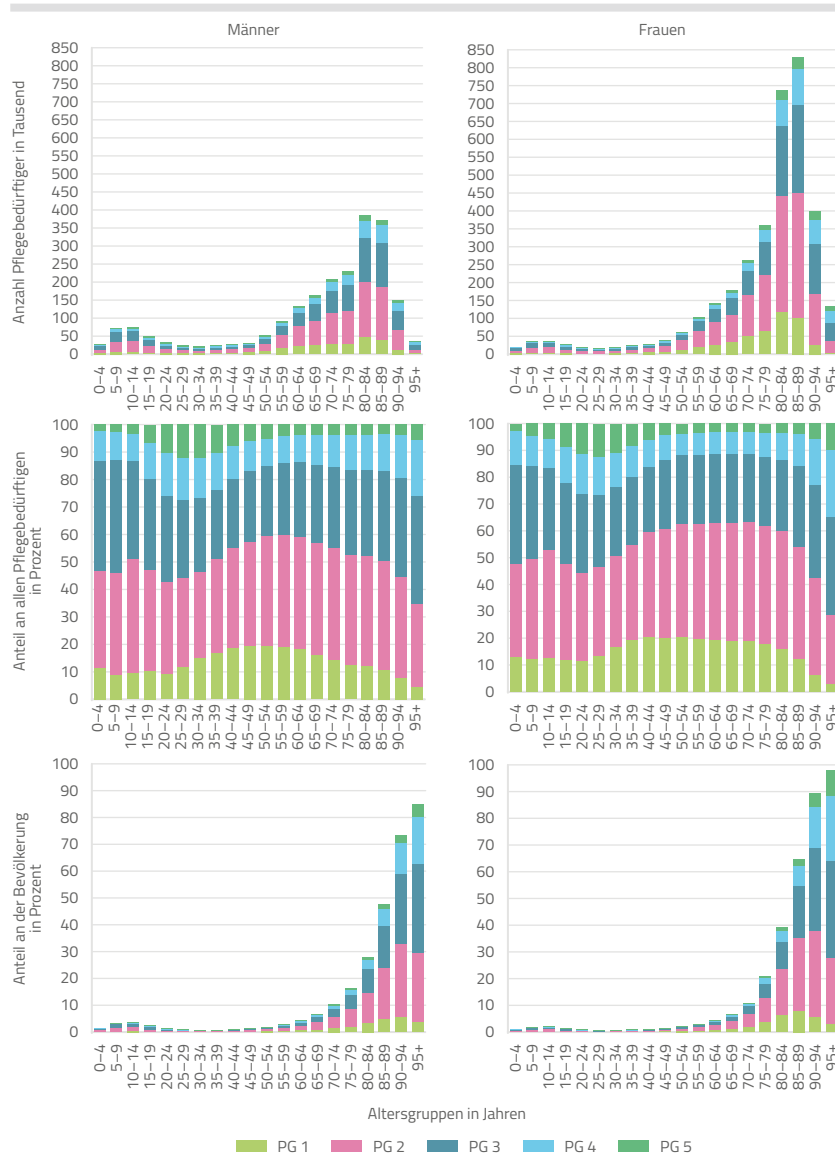
Tabelle 2.4: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2017–2023

Jahr	relative Veränderungsrate zum Vorvorjahr in Prozent						
	insgesamt	Pflegegrad					
		1	2	3	4	5	noch nicht zugeordnet
2019	20,3	373,3	14,6	18,9	4,3	7,8	–47,2
2021	20,2	123,8	12,6	16,4	6,6	0,0	–4,4
2023	14,7	17,8	13,7	19,1	9,5	1,1	–25,3

Quelle: eigene Berechnungen nach Tabelle 2.3

Die Pflegestatistik weist für 2023 insgesamt 2,21 Millionen männliche und 3,48 Millionen weibliche Pflegebedürftige aus. Die männlichen Pflegebedürftigen sind insgesamt etwas jünger als die weiblichen. 42,6 Prozent der männlichen Pflegebedürftigen sind 80 Jahre und älter, während 60,4 Prozent der weiblichen Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter sind. Gründe für das geringere Alter der männlichen Pflegebedürftigen liegen in den etwas niedrigeren Pflegeprävalenzen der Männer in den höheren Altersjahren (siehe Abbildung 2.1) und an der im Vergleich zu den Männern deutlich höheren Zahl der Frauen, die überhaupt das höhere Lebensalter erreicht haben, in dem auch die höheren Prävalenzen auftreten.

Abbildung 2.1: Absolute und relative Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2023



Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b, 2025d); eigene Berechnungen; Datentabellen im Anhang Tabelle A 2 bis Tabelle A 4

Im jüngeren Erwachsenenalter und im höchsten Alter ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden besonders hoch (Abbildung 2.1). So beträgt der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen für Männer und Frauen über zwölf Prozent, während er in den Altersgruppen der 60- bis 89-Jährigen für Männer und Frauen durchgehend um oder unter vier Prozent liegt.

Tabelle 2.5: Anzahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2017, 2019, 2021 und 2023

Jahr	insgesamt	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
	Anzahl in Tausend						
2017	3.431	1.765	830	792	26	17	1
2019	4.128	2.116	983	795	23	208	2
2021	4.961	2.554	1.047	772	22	565	2
2023	5.688	3.103	1.101	776	24	684	2

Anmerkung: In der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die teilstationäre Pflege für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5 nicht berücksichtigt, um Doppelzählungen zu reduzieren.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025d); eigene Berechnungen

Stagnation der Inanspruchnahmen stationärer Pflege- leistungen

Ende 2017, dem ersten Jahr der Erfassung der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden, gab es 1,77 Millionen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, die Pflegegeld, aber keine Pflegesachleistungen bezogen (Tabelle 2.5). Anschließend kam es in den Zweijahresschritten zu deutlichen Steigerungsraten von jeweils etwa 20 Prozent (Tabelle 2.6). Die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer von Pflegediensten stieg hingegen zum Jahr 2023 deutlich moderater. Im Vergleich zu 2017 hat sich auch die Zahl der Pflegebedürftigen, die einen Pflegedienst nutzen, um knapp ein Drittel gesteigert. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die die vollstationäre Dauerpflege nutzen, stagniert derzeit und ist in der Kurzzeitpflege zeitweise sogar rückläufig. Dies steht in Kontrast zu den deutlichen Anstiegen bei häuslicher Pflege. Die Proportionen in den Versorgungsarten haben sich damit im Laufe der Zeit verändert. Die Entwicklung dürfte nicht zuletzt auf die Reformgesetzgebung zurückzuführen sein, die erhebliche Leistungsverbesserungen im Bereich der häuslichen Pflege

mit sich gebracht hat. Dies gilt insbesondere für den Effekt durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) im Jahr 2017 (Rothgang et al., 2019; Schwinger et al., 2018), der noch andauert (Rothgang & Müller, 2021, S. 154). In der formalen Pflege wird die Inanspruchnahme inzwischen auch durch ein fehlendes Angebot begrenzt. Das gilt für die häusliche ebenso wie für die stationäre Pflege.

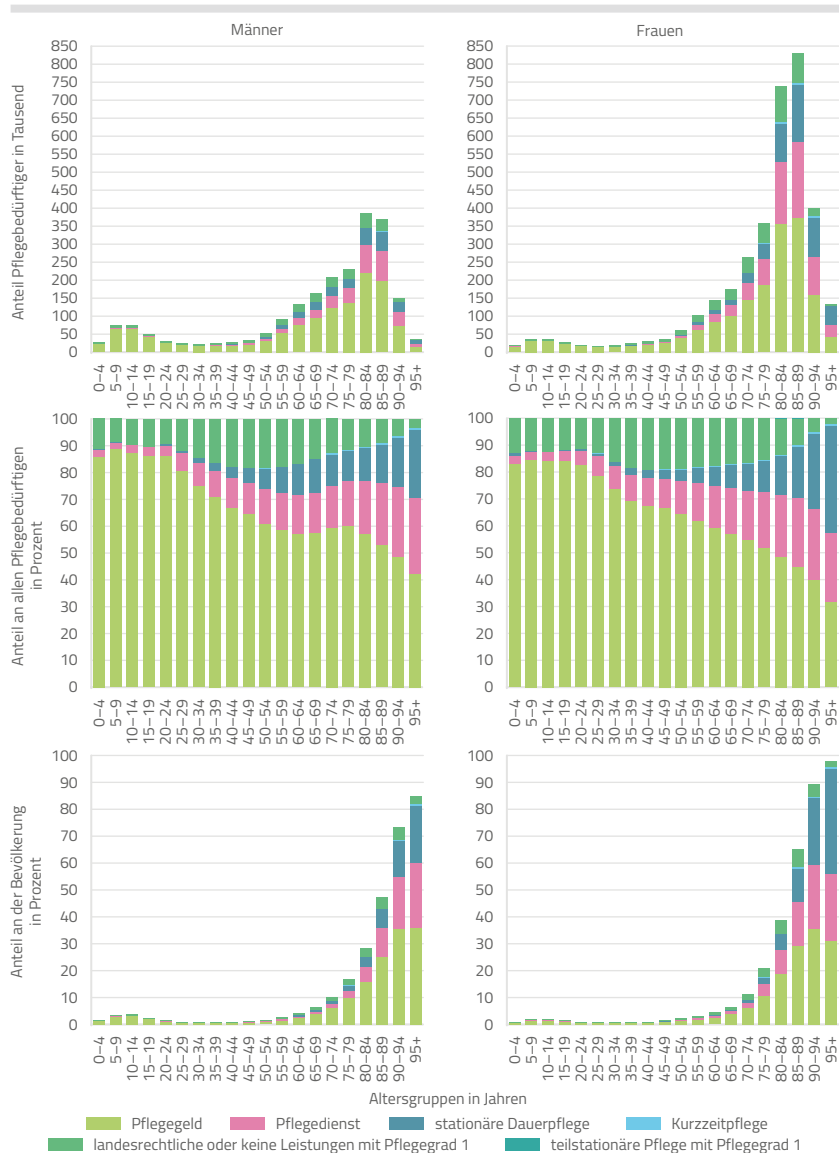
Tabelle 2.6: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2017–2023

Jahr	insgesamt	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtli- che oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
relative Veränderungsrate zum Vorvorjahr in Prozent							
2019	20,3	19,9	18,4	0,3	–9,8	1.135,3	55,1
2021	20,2	20,7	6,5	–2,9	–6,3	171,3	–12,1
2023	14,7	21,5	5,1	0,6	7,8	20,9	1,9

Quelle: eigene Berechnungen nach Tabelle 2.5

Mit dem höheren Alter steigt der Anteil der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung und dabei insbesondere auch der Anteil der Pflegebedürftigen, die im Pflegeheim versorgt werden. Die Fallzahlen der Versorgung in stationärer Dauerpflege sind in der Altersgruppe der 85-bis 89-Jährigen mit 211.618 am höchsten. Je älter die Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie pflegebedürftig ist und im Pflegeheim versorgt wird. Die Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung gleichen Alters liegen bei den Frauen im Alter von über 95 Jahren bei 97,8 Prozent und bei den Männern bei 84,7 Prozent. Während 25,4 Prozent der pflegebedürftigen Männer in diesem Alter im Pflegeheim versorgt werden, sind es bei Frauen in diesem Alter 39,6 Prozent (Abbildung 2.2). Pflegebedürftige Frauen im höheren Alter werden auch deshalb häufiger im Pflegeheim versorgt als Männer, weil durch die geringere Lebenserwartung der Männer eine Partnerpflege unwahrscheinlicher ist.

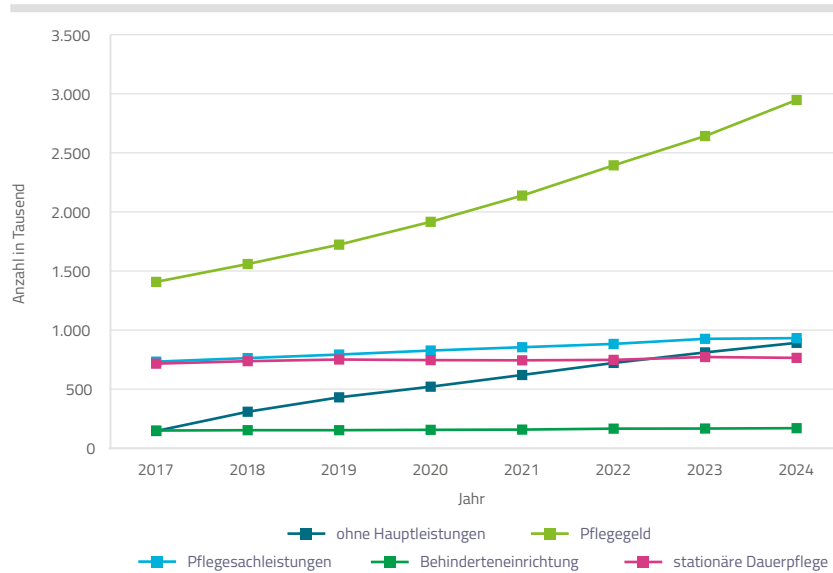
Abbildung 2.2: Absolute und relative Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2023



Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b, 2025d); eigene Berechnungen; Datentabellen im Anhang Tabelle A 5 bis Tabelle A 7

In der Pflegestatistik sind die Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht berücksichtigt. Um auch diese Personen einzubeziehen und zur detaillierteren Darstellung der aktuelleren Entwicklungen werden im Weiteren die Verteilungen basierend auf den BARMER-Daten der Jahre 2017 bis 2024 wiedergegeben. Die absoluten Fallzahlen werden dabei im Vergleich zur Pflegestatistik unterschätzt (siehe Anmerkungen im Anhang). Auch wenn die absoluten Fallzahlen voneinander abweichen, verlaufen die Trends in den Datenquellen weitgehend parallel.

Abbildung 2.3: Pflegebedürftige nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2024



www.bifg.de/Y925Rq

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ohne Hauptleistungen	146	309	431	521	620	722	811	892
Pflegegeld	1.408	1.559	1.723	1.916	2.138	2.394	2.642	2.947
Pflegesachleistungen	733	763	793	827	855	883	926	932
Behinderteneinrichtung	150	153	153	156	158	166	167	170
stationäre Dauerpflege	716	737	751	746	744	748	772	765

Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

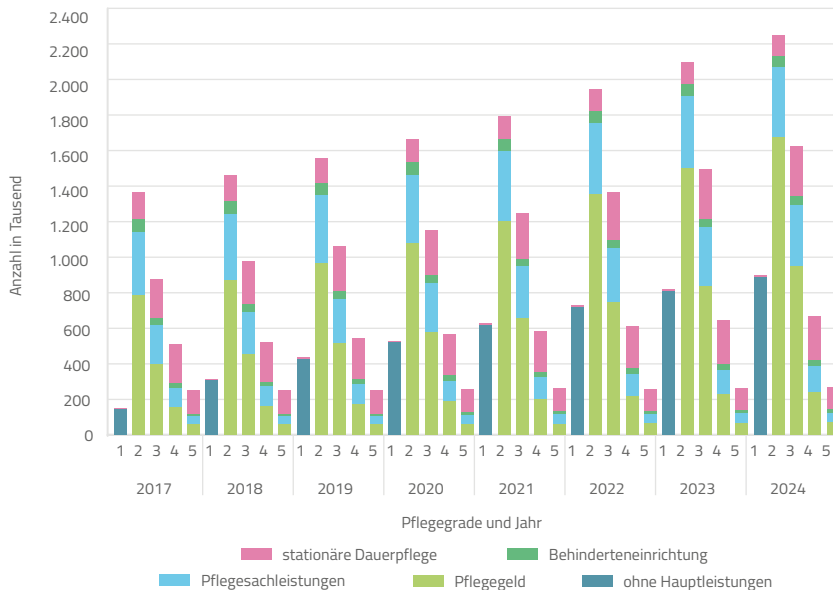
2024: Verdoppelung der
Zahl der Pflegebedürfti-
gen mit Pflegegeld

Pflegegeld ist die häufigste Leistungsart. Zwischen 2017 und 2024 hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegeldbezug nach den BARMER-Daten mehr als verdoppelt. Einen besonderen Anstieg gibt es zudem bei denjenigen ohne Hauptleistungen. Das sind in aller Regel Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Für das Jahr 2024 werden schon 892.000 solcher Pflegebedürftige ermittelt. Auch bis 2024 bleibt die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege relativ konstant. Die Zahl der Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen steigt langsam, aber kontinuierlich auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Diese Versorgungsart betrifft vor allem Pflegebedürftige unter 60 Jahren.

Der Zuwachs in Pflege-
grad 2 mündet fast
ausschließlich in die
Erhöhung des Anteils
mit Pflegegeldbezug.

Abbildung 2.4 verdeutlicht die Entwicklung der Kombinationen von Versorgungsart und Pflegegrad. Besondere Steigerungen sind bei Pflegebedürftigen zu sehen, die Pflegegeld beziehen, Pflegesachleistungen nutzen oder in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt werden und zudem geringere Pflegegrade haben. In Pflegegrad 2 beträgt das Plus 886.000 beim Pflegegeld und 40.000 bei den Pflegesachleistungen. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 in Behinderteneinrichtungen oder in vollstationärer Dauerpflege ist hingegen rückläufig. Die zusätzlichen Pflegebedürftigen seit 2017 nehmen also fast ausschließlich Pflegegeld in Anspruch. In den höheren Pflegegraden sind die Zuwächse moderater, sie betragen dennoch in Pflegegrad 5 noch 10.000 beim Pflegegeld und 8.000 bei den Pflegesachleistungen. In der häuslichen Pflege gibt es durchweg höhere Steigerungen als in der stationären Dauerpflege. In der stationären Dauerpflege gibt es nicht nur in Pflegegrad 2, sondern auch in Pflegegrad 5 einen Rückgang. In Pflegegrad 3 und 4 gibt es hingegen Zuwächse. Besonders starke Zuwächse zeigen sich bei den geringen Pflegegraden, beim Bezug von Pflegegeld und bei der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen.

Abbildung 2.4: Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2024



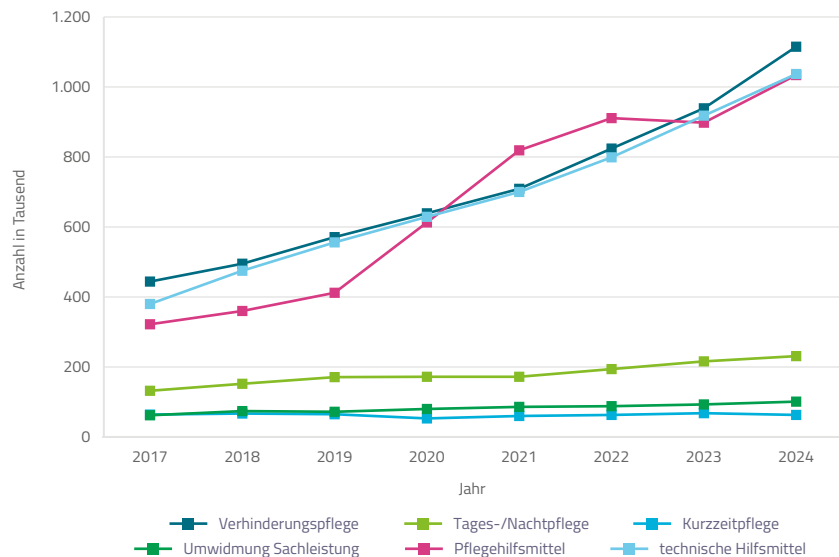
Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.
Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland; Datentabelle im Anhang Tabelle A 8

Neben den Hauptleistungen der häuslichen oder stationären Pflege ist auch die Inanspruchnahme ergänzender Leistungen deutlich gestiegen. Unter dem Begriff „ergänzende und ersetzende Leistungen“ zur ambulanten Versorgung werden hier die Verhinderungspflege, die Tages- oder Nachtpflege, die Kurzzeitpflege, die Umwidmung von Sachleistungen, Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel gefasst. Die Zahl der Inanspruchnahmen hat sich im Beobachtungszeitraum von 2017 bis 2024 teilweise sehr deutlich erhöht (Abbildung 2.5). Während sich die Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen (ohne Hauptleistung, mit Pflegegeld oder mit Pflegesachleistung) in diesem Zeitraum verdoppelt hat, gab es bei der Nutzung von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfsmitteln sogar einen Anstieg um 221 Prozent beziehungsweise 173 Prozent. Auch die

starker Anstieg bei der Inanspruchnahme von Pflegehilfsmitteln, technischen Hilfsmitteln und Verhinderungspflege

Verhinderungspflege (+151 Prozent) ist überproportional mehr in Anspruch genommen worden. Die Entwicklung bei der Nutzung von Tages- und Nachtpflege (+62 Prozent), der Umwidmung von Sachleistungen (+62 Prozent) und der Kurzzeitpflege (–1 Prozent) verlief hingegen unterdurchschnittlich. Hauptursache dafür ist, dass ein großer Teil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen nur Pflegegrad 1 hat. Diese Personen tragen einerseits zu einem wesentlichen Teil zur Entwicklung der Fallzahlen in der häuslichen Pflege bei und haben andererseits deutlich eingeschränkte Leistungsansprüche als Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2 bis 5.

Abbildung 2.5: Ergänzende und ersetzende Pflegeleistungen je Monat



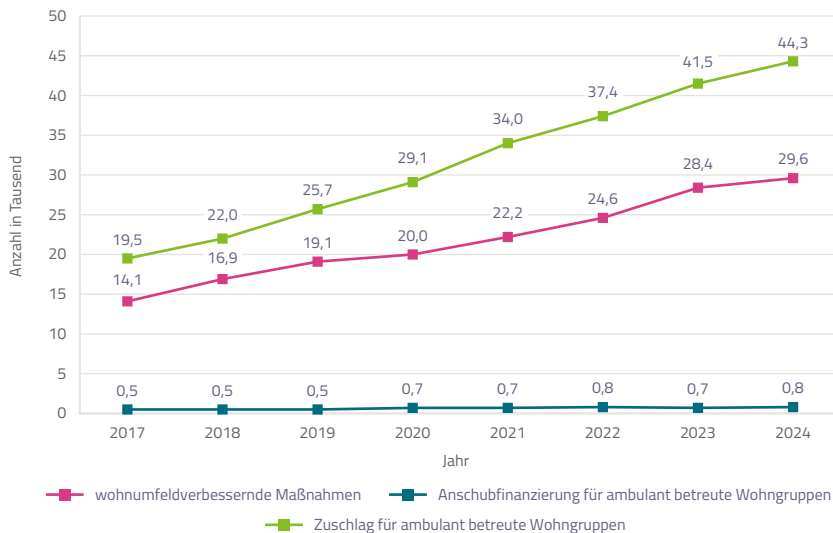
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Verhinderungspflege	444	495	571	639	709	824	939	1.115
Tages-/Nachtpflege	132	152	171	172	172	194	216	231
Kurzzeitpflege	64	67	65	53	60	63	68	63
Umwidmung Sachleistung	62	74	72	80	86	88	93	101
Pflegehilfsmittel	322	360	412	613	819	911	898	1.034
technische Hilfsmittel	380	475	556	629	700	799	918	1.037

Anmerkung: Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Verhinderungspflege wurde im Durchschnittsmonat der Jahre 2017 bis 2021 von 18,8 bis 19,6 Prozent der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege genutzt. Bis zum Jahr 2024 ist der Anteil auf 23,4 Prozent gestiegen. Die Tages- und Nachtpflege ist zwar absolut in steigendem Maße genutzt worden, doch der Anteil an den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege ist in den Coronajahren (2020 bis 2022) von vormals 5,8 Prozent auf 5,2 bis 4,8 Prozent gesunken und verharrt seither auf dem Niveau. Besonders geringe Nutzungsraten gibt es seit der Coronajahre auch bei der Nutzung der Kurzzeitpflege (1,3 bis 1,7 Prozent). Der Anteil der Pflegebedürftigen, die Kurzzeitpflege nutzen, an allen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege ist aber zuvor schon von 2,8 Prozent im Jahr 2017 auf 2,2 Prozent im Jahr 2019 gesunken. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen steigt dabei mit dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit an (Schneekloth et al., 2017, S. 89, 102). Dem entsprechend haben die Verteilung der Pflegegrade und insbesondere der immense Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 einen großen Einfluss auf die Entwicklung der Gesamtquoten der Inanspruchnahmen.

Abbildung 2.6: Leistungen hinsichtlich der Wohnsituation



Anmerkung: Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.

Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

2024 lebten 44.300
Pflegebedürftige in
ambulant betreuten
Wohngruppen mit
Wohngruppen-
zuschlag.

Zur Anpassung der Wohnsituation an die pflegerischen Bedürfnisse dienen die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und die Unterstützung ambulant betreuter Wohngruppen. Der Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen besteht seit Einführung der Pflegeversicherung. Die Unterstützung der ambulant betreuten Wohngruppen wird seit 2013 gewährt. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Durchschnittsmonats wohnumfeldverbessernde Maßnahmen genutzt haben, ist in den Jahren von 2017 bis 2024 von rund 14.100 auf rund 29.600 gestiegen (Abbildung 2.6). Der Anteil an allen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege liegt dabei durchgängig bei 0,6 Prozent. Die Zahl der Pflegebedürftigen in ambulant betreuten Wohngruppen ist von 2017 bis 2024 von rund 19.500 auf 44.300 gestiegen und hat sich damit in dem Zeitraum mehr als verdoppelt. Dennoch bleibt die Zahl im Vergleich zu allen häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit 0,9 Prozent sehr klein. Die Zahl der monatlichen Anschubfinanzierungen nach § 45e SGB XI zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen ist sehr gering. Selbst in der Jahressumme erreicht der Anteil gerade eben den Promillebereich.

2.1.2 Lebenszeitprävalenz

Pflegebedürftig zu werden, ist kein Restrisiko im Lebensverlauf, sondern ein allgemeines Lebensrisiko, das die Mehrheit der Bevölkerung betrifft. Vorangegangene Analysen haben schon gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig im Sinne des SGB XI zu werden (Lebenszeitprävalenz), nicht nur größer ist als die Wahrscheinlichkeit, nicht pflegebedürftig zu werden, sondern zudem im Zeitverlauf steigt (zum Beispiel Rothgang & Müller, 2021, S. 64; Rothgang et al., 2014, S. 136). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung stellen sich die Fragen, wie stark sich die Lebenszeitprävalenz verändert, wie sich diese Entwicklung erklären lässt, welche Pflegegrade erreicht und welche Versorgungsarten gewählt werden. Daher werden in diesem Kapitel neben der Entwicklung der Lebenszeitprävalenz der höchste im Lebenslauf erreichte Pflegegrad und die Versorgungsart mit dem höchsten Professionalisierungsgrad für die verstorbenen Versicherten der BARMER über die Jahre betrachtet. In Kapitel 2.1.6 wird zudem noch auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit von Verstorbenen eingegangen.

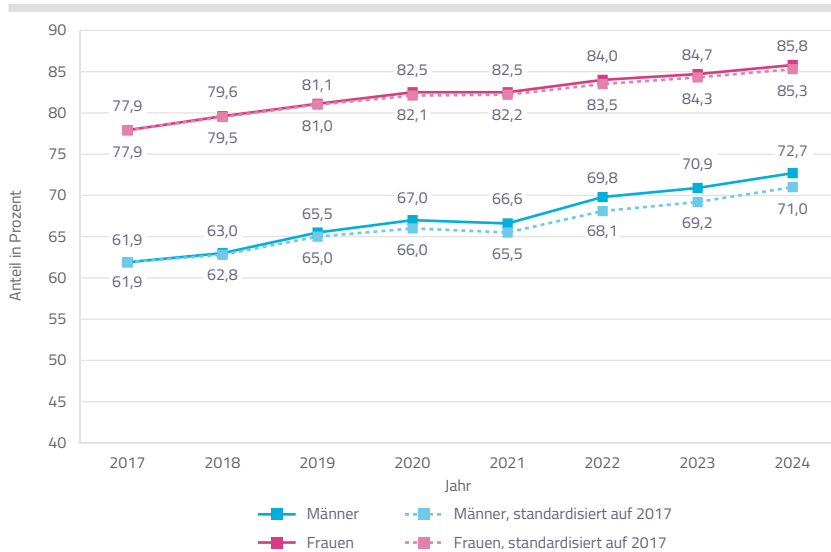
Entwicklung der Lebenszeitprävalenz der Pflegebedürftigkeit

Die Lebenszeitprävalenz der Pflegebedürftigkeit beschreibt für eine definierte Population die Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig zu werden. Zur Erfassung der Lebenszeitprävalenz ist es daher prinzipiell notwendig, den gesamten Lebensverlauf bis zum Tod zu betrachten. Da Pflegebedürftigkeit aber in den selteneren Fällen ein reversibler Zustand ist, ist auch für eine gute Annäherung die Betrachtung der letzten zwei Jahre vor dem Tod ausreichend, um näherungsweise die Lebenszeitprävalenz zu beschreiben.

Ein stetig steigender Anteil Verstorbener, die vor dem Versterben Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen haben, zeigte sich schon in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts (Rothgang et al., 2011, S. 136 f.; Rothgang et al., 2015, S. 137). Diese Lebenszeitprävalenz nimmt weiterhin kontinuierlich zu (Abbildung 2.7). Im Jahr 2024 sind nun schon sechs von sieben verstorbenen Frauen (85,8 Prozent) und mehr als sieben von zehn verstorbenen Männern (72,7 Prozent) zuvor pflegebedürftig gewesen.

6 von 7 verstorbenen
Frauen waren pflege-
bedürftig.

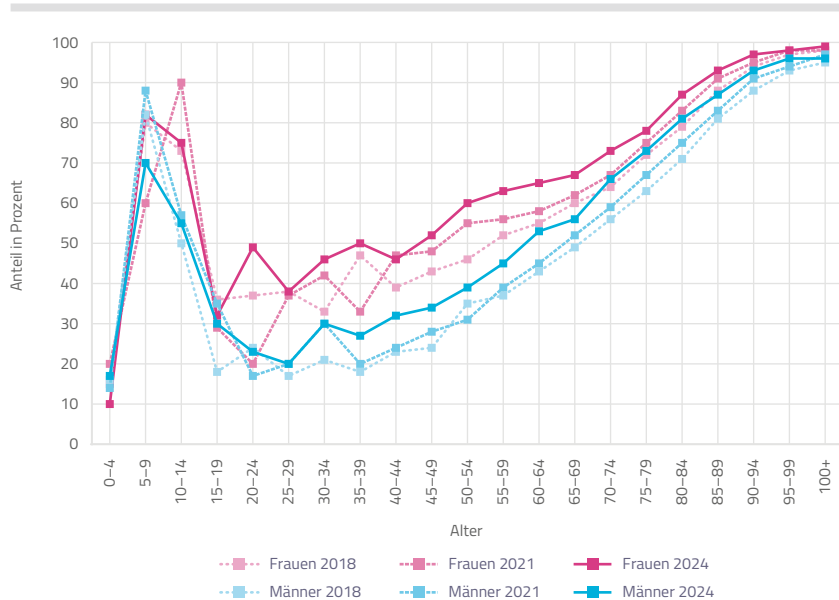
Abbildung 2.7: Anteil Verstorbener mit Pflegeleistungen, hochgerechnet auf die Verstorbenen in Deutschland des jeweiligen Jahres



Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2025c, 2025e)

Eine Erklärung für diesen Trend ist, dass die Zahl der Älteren unter den Versterbenden immer weiter zunimmt und die Lebenszeitprävalenz von Pflegebedürftigkeit positiv mit dem Alter zum Todeszeitpunkt korreliert ist. Dies zeigt Abbildung 2.8, in der die Lebenszeitprävalenz in Abhängigkeit vom Sterbealter – getrennt für Männer und Frauen – für die Beobachtungsjahre 2018, 2021 und 2024 angegeben ist.

Abbildung 2.8: Anteil jemals Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI nach Sterbealter und Geschlecht der Jahre 2018, 2021 und 2024



Quelle: BARMER-Daten 2018, 2021 und 2024

Die immens schwankenden Anteilswerte in den jüngeren Altersgruppen beruhen darauf, dass die Zahl der Verstorbenen in diesen Altersgruppen so gering ist, dass einzelne Verstorbene die resultierenden Prozentzahlen noch deutlich beeinflussen können. Auffällig ist aber dennoch, dass von den Verstorbenen im frühen Kindesalter ein erheblicher Anteil pflegebedürftig gewesen ist. Die meist angeborenen Fehlbildungen oder Störungen führen somit sowohl zu Pflegebedürftigkeit als auch zu höherer Sterblichkeit. Die Sterbeziffern sind im jungen Erwachsenenalter noch sehr gering, wodurch auch in diesen Alters-

gruppen einige Schwankungen in der Lebenszeitprävalenz aufkommen. In der Summe liegen die Anteile jemals Pflegebedürftiger im jüngeren Erwachsenenalter bei den Frauen meist unter 50 Prozent und bei den Männern meist unter 30 Prozent. Mit steigendem Sterbealter nimmt aber die Wahrscheinlichkeit, jemals pflegebedürftig gewesen zu sein, kontinuierlich zu. So waren im Jahr 2024 87 Prozent der Frauen und 81 Prozent der Männer, die im Alter von 80 bis 84 Jahren verstorben sind, in ihrem Leben pflegebedürftig. Für Frauen, die im Alter von 70 bis 74 Jahren verstorben sind, lag die Pflegewahrscheinlichkeit bei annähernd 73 Prozent und für gleichaltrige Männer bei 66 Prozent – und damit deutlich niedriger.

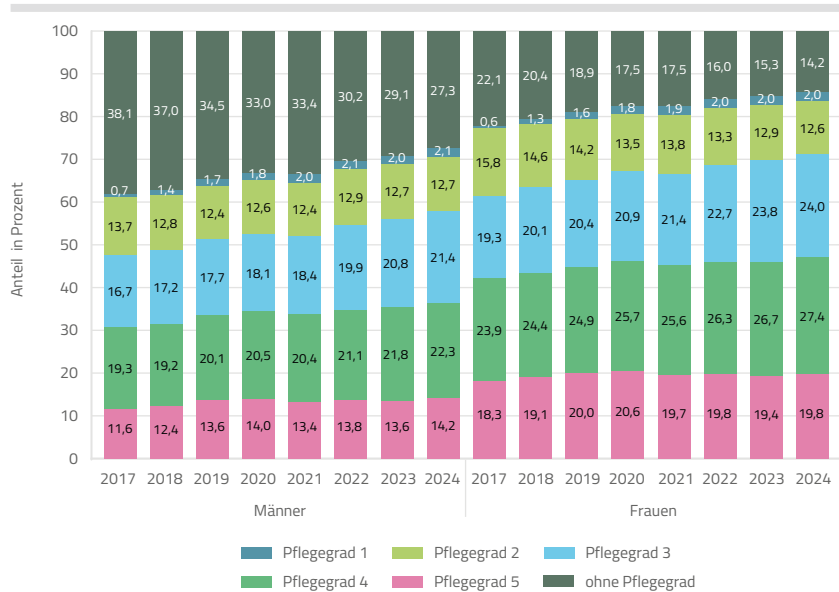
Inwieweit die steigenden Lebenszeitprävalenzen durch eine Steigerung des Todesalters hervorgerufen werden, lässt sich durch eine Altersstandardisierung der Lebenszeitprävalenzen auf die Sterbebevölkerung des Jahres 2017 überprüfen. Dabei wird fingiert, dass die Verteilung des Todesalters im Zeitverlauf konstant bleibt. Wie Abbildung 2.7 zeigt, kommt es aber auch bei einer derartigen Altersstandardisierung zu einem Anstieg der Lebenszeitprävalenzen im Zeitverlauf – wenn auch nicht in gleichem Maße wie bei den beobachteten Prävalenzen. Demnach ist die Lebenszeitprävalenz in diesem Zeitabschnitt überwiegend durch Effekte jenseits der demografischen Alterung beeinflusst. Nur ein kleinerer Teil des Anstiegs beruht auf Effekten des demografischen Wandels. Bei den Männern lässt sich ein Gesamtanstieg um 10,8 Prozentpunkte im Zeitraum der Jahre von 2017 bis 2024 ablesen und bei den Frauen ein Anstieg um 7,9 Prozentpunkte. Der vom demografischen Wandel abhängige Anteil beläuft sich dabei lediglich auf 0,5 Prozentpunkte für Frauen beziehungsweise 1,7 Prozentpunkte für Männer.

Pflegegradverteilung

Zur Beurteilung der Relevanz der Lebenszeitprävalenz ist ebenfalls bedeutsam, in welchem Pflegegrad die Pflegebedürftigkeit verbracht wird. Wie die Pflegestatistik zeigt (siehe Kapitel 2.1.1), hatten im Jahr 2023 16,1 Prozent der Pflegebedürftigen den Pflegegrad 4 oder 5. Bei der Erstbegutachtung liegt der Anteil jedoch deutlich niedriger. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 oder 5 an allen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bis 5 zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung lag im Jahr 2023 bei 5,8 Prozent (siehe Kapitel 2.1.3). Diese Unterschiede implizieren, dass sich das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit für einen erheblichen Teil der Pflegebedürftigen im Pflegeverlauf erhöht.

Wird der höchste im Pflegeverlauf erreichte Pflegegrad identifiziert, zeigt sich das in Abbildung 2.9 enthaltene Bild für das Jahr 2024. Bei 14,8 Prozent der verstorbenen Männer und bei 14,6 Prozent der verstorbenen Frauen war Pflegegrad 1 oder 2 der höchste im Pflegeverlauf erreichte Pflegegrad. 36,5 Prozent der Männer haben im Pflegeverlauf Pflegegrad 4 oder 5 als höchsten Pflegegrad erreicht. Bei den Frauen waren es sogar 47,2 Prozent. Im Zeitverlauf steigt bei beiden Geschlechtern zwar die Lebenszeitprävalenz insgesamt, aber der Anteil der Pflegebedürftigen, die in ihrem Pflegeverlauf Pflegegrad 4 oder 5 erreicht haben, stagniert zuletzt. Vorstellungen, nach denen Pflegebedürftigkeit regelmäßig einen progredienten Verlauf nimmt und mit Pflegegrad 4 oder 5 endet, sind als unzutreffend zu bewerten.

Abbildung 2.9: Anteile verstorbener Männer und Frauen nach höchstem Pflegegrad im Pflegeverlauf in den Sterbejahren 2017 bis 2024

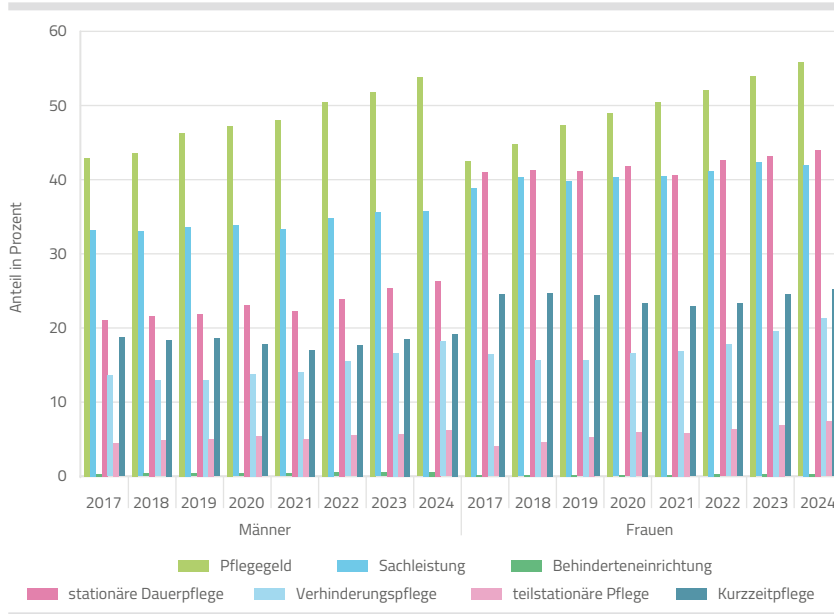


Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2025c, 2025e)

Leistungsarten

Pflegebedürftige können verschiedene Pflegeleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Hierzu zählen in erster Linie das Pflegegeld, die Pflegesachleistung und die vollstationäre Dauerpflege, aber auch die Leistungen für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen. Zudem werden zur Unterstützung der häuslichen Pflege unter anderem Verhinderungspflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege angeboten. Abbildung 2.10 zeigt die Verbreitung dieser Pflegeleistungen vor dem Tod und die Veränderungen über die Zeit. Um für den zeitlichen Vergleich keine Verzerrungen durch unterschiedlich lange Beobachtungsfenster zu produzieren, werden nur die Leistungen berücksichtigt, die jeweils in den letzten beiden Jahren vor dem Tod in Anspruch genommen wurden.

Abbildung 2.10: Anteil der Verstorbenen mit ausgewählten Leistungen der Pflegeversicherung innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben 2017 bis 2024



Anmerkung: Mehrfachangaben je Pflegebedürftigen möglich

Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2025c, 2025e)

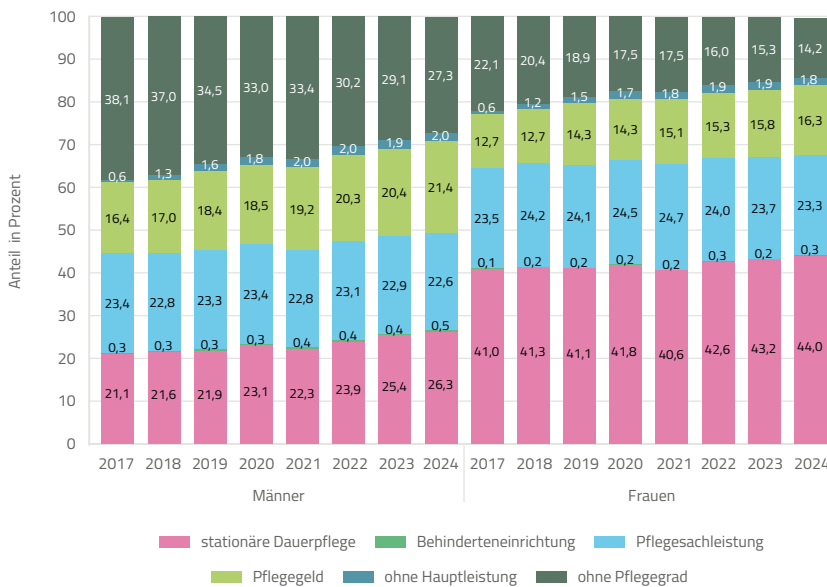
Ein erheblicher Teil der Verstorbenen war innerhalb der letzten beiden Lebensjahre in vollstationärer Dauerpflege. Der Anteil an den verstorbenen Männern ist im Beobachtungszeitraum der Jahre 2017 bis 2024 von 21,1 Prozent auf 26,3 Prozent gestiegen, und bei den verstorbenen Frauen stieg der Anteil von 41,0 Prozent auf 44,0 Prozent (Abbildung 2.10 und Abbildung 2.11). In der Summe zeigt sich über die Jahre ein fortgesetzter leichter Anstieg des Anteils der Verstorbenen, die jemals im Pflegeheim versorgt wurden.

Die Versorgung im Pflegeheim umfasst nicht nur die vollstationäre Dauerpflege, sondern auch die Kurzzeitpflege. Wie Abbildung 2.10 zeigt, war die Lebenszeitprävalenz für Kurzzeitpflege in den Jahren 2017 bis 2022 rückläufig. Bis zum Jahr 2024 wurde aber das Niveau von 2017 leicht überschritten und lag bei 19,2 Prozent der Männer beziehungsweise 25,2 Prozent der Frauen. Die Wahrscheinlichkeit, im Leben Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen, reduzierte sich im Beobachtungszeitraum vor allem in den Coronajahren.

Mit der steigenden Wahrscheinlichkeit, jemals im Leben pflegebedürftig zu sein, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, die einzelnen Pflegeleistungen jemals in Anspruch genommen zu haben. In den letzten zwei Jahren vor dem Versterben zeigen sich allerdings andere Inanspruchnahmemuster als in der Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen (Abbildung 2.10). Während 26,3 Prozent der verstorbenen Männer und 44,0 Prozent der verstorbenen Frauen des Jahres 2024 in stationärer Dauerpflege gewesen sind, lag der Anteil bei allen Pflegebedürftigen zum Jahresende 2023 lediglich bei 13,6 Prozent (vergleiche Tabelle 2.5).

Die meisten Pflegebedürftigen haben in ihrem Pflegeverlauf Pflegegeld bezogen. Allerdings sinkt die Prävalenz in den letzten beiden Lebensjahren, da hier andere Versorgungsarten an Bedeutung gewinnen. Während das Pflegegeld bei den pflegebedürftigen Männern in ihrer letzten Lebensphase die dominante Leistung ist, ist der Anteil der vollstationären Pflege und der Pflegesachleistungen für Frauen fast ebenso bedeutsam (Abbildung 2.10).

Abbildung 2.11: Anteil der Verstorbenen nach dem maximalen Professionalisierungsgrad der Versorgungsart innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben 2017 bis 2024



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert. Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2025c, 2025e)

In selteneren Fällen wird die Zeit der Pflegebedürftigkeit durchgängig ohne Pflegedienste oder Pflegeheim verbracht. Anhand einer hierarchischen Sortierung nach dem höchsten Professionalisierungsgrad (Dauerpflege vor Behinderteneinrichtung vor Pflegesachleistung vor Pflegegeld) zeigt sich, dass nur 21,4 Prozent der verstorbenen Männer und 16,3 Prozent der verstorbenen Frauen des Jahres 2024 maximal Pflegegeld erhalten haben. Der Anteil der pflegebedürftigen Frauen, die im Heim versorgt wurden (44,0 Prozent), ist größer als der Anteil der pflegebedürftigen Frauen, die nur Pflegegeld erhalten haben oder maximal vom Pflegedienst versorgt wurden (16,3 Prozent + 23,3 Prozent = 39,6 Prozent). Bei den verstorbenen Männern ist der Anteil derer, die nur zu Hause versorgt wurden, hingegen größer (Abbildung 2.11).

26 % der verstorbenen Männer und 44 % der verstorbenen Frauen waren zuvor im Pflegeheim.



www.bifg.de/Y925Pv

2.1.3 Begutachtungen

Die jeweils aktuelle Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich aus dem alten Bestand (Bestandsgröße), den Zugängen (inzidente Fälle) und den Abgängen (Reversibilität der Pflegebedürftigkeit beziehungsweise Tod). Die Pflegestatistik, das BMG und die PPV informieren zwar über den Bestand, nicht aber darüber, wie viele Pflegebedürftige neu hinzukommen und wie viele Personen aus dem Kreis der Pflegebedürftigen ausscheiden.

Fast vollständige Zahlen zum Zugang bieten die Begutachtungsstatistiken des Medizinischen Dienstes (MD) für die SPV-Versicherten. Der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wird bei der zuständigen Pflegekasse gestellt (§ 18 SGB XI). Im Rahmen der SPV wird der MD mit einer Begutachtung beauftragt, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der Paragraphen 14 und 15 des SGB XI vorliegt. Wenn diejenigen, für die der Antrag gestellt wird, noch keine Pflegeversicherungsleistungen nach dem SGB XI beziehen, handelt es sich um eine Erstbegutachtung. Der MD spricht eine Empfehlung aus und die Pflegekasse folgt dabei in aller Regel der Begutachtung und den Empfehlungen des MD. Es kann also von einer weitgehenden Übereinstimmung der MD-Empfehlungen und der Bescheide der zuständigen Pflegekasse ausgegangen werden. Die positiven Erstbegutachtungen können so als inzidente Fälle interpretiert werden. Ein gleiches Verfahren wird bei Versicherten der PPV angewendet. Hierbei wird die Rolle des MD von der Medicproof GmbH übernommen.

steigender Anteil an
Höherstufungs-, Rück-
stufungs- und Wieder-
holungsgutachten

Neben den Erstbegutachtungen werden auch Widerspruchs- und Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen werden auf Initiative der Versicherten oder der Pflegekassen beziehungsweise des Versicherungsunternehmens durchgeführt, wenn etwa eine Zunahme des Hilfebedarfs vermutet wird. Widerspruchsgutachten erfolgen, wenn Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid der Leistungsträger erheben.

Die Zahl der Begutachtungen ist in den Jahren 2017 bis 2024 von 2,0 Millionen auf 3,1 Millionen gestiegen (Tabelle 2.7). Zum Jahr 2017 wurden für Pflegebedürftige ihre bisherigen Pflegestufen und Feststellungen der Alltagskompetenz in Pflegegrade übergeleitet. Aufgrund der Überleitungsvorschriften konnten 2017 teilweise keine Höherstufungsanträge gestellt werden. Verbunden mit der Einführung der Pflegegrade ist eine Ausweitung des prinzipiell berechtigten Personenkreises. Dies spiegelt sich auch in den hohen Zahlen der Erstgutachten wider. Nach dem ersten Jahr mit den Pflegegraden ging die Zahl der Erstgutachten entsprechend wieder leicht zurück. Absolut und relativ hat aber die Zahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen stetig zugenommen. Dies hängt direkt damit zusammen, dass es immer mehr Pflegebedürftige gibt und die Dauern der Pflegebedürftigkeit immer länger werden (Rothgang & Müller, 2023, S. 79). Ein besonderer Effekt ist aber in der Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden im Jahr 2017 zu sehen. Mit der Einführung der Pflegegrade gab es eine großzügige Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden und einen Bestandsschutz der gegebenen Leistungsansprüche (Rothgang & Kalwitzki, 2015). Entsprechend gab es mit 636.000 Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen im Jahr 2017 relativ wenige Begutachtungen, die am jeweiligen Status quo etwas ändern könnten. Der Anteil lag nur bei 31,7 Prozent aller Begutachtungen. Bis zum Jahr 2024 ist dieser Anteil mit 1.514.000 Begutachtungen nun auf 48,2 Prozent gestiegen und damit größer als der Anteil der Erstgutachten. Die Widerspruchsgutachten sind deutlich seltener. Sie machen allerdings im Jahr 2020 einen merklichen Sprung von 139.000 auf 182.000. Diese Entwicklung ist zum Teil der gestiegenen Fallzahl der Begutachtungen insgesamt geschuldet. In den Jahren 2023 und 2024 hat die Zahl der Begutachtungen aber in allen Bereichen überdurchschnittlich zugenommen.

Tabelle 2.7: Zahl der Begutachtungen der MD und der Knappschaft nach Gutachtenart

Jahr	Anzahl der Begutachtungen in Tausend			
	gesamt	Erstgutachten	Höherstufungs-/Rückstufungs-/Wiederholungs-begutachtungen	Widerspruchsgutachten
2017	2.004	1.239	636	129
2018	2.116	1.146	837	134
2019	2.231	1.111	981	139
2020	2.454	1.159	1.113	182
2021	2.483	1.158	1.143	182
2022	2.644	1.191	1.259	193
2023	2.886	1.294	1.379	213
2024	3.138	1.381	1.514	243

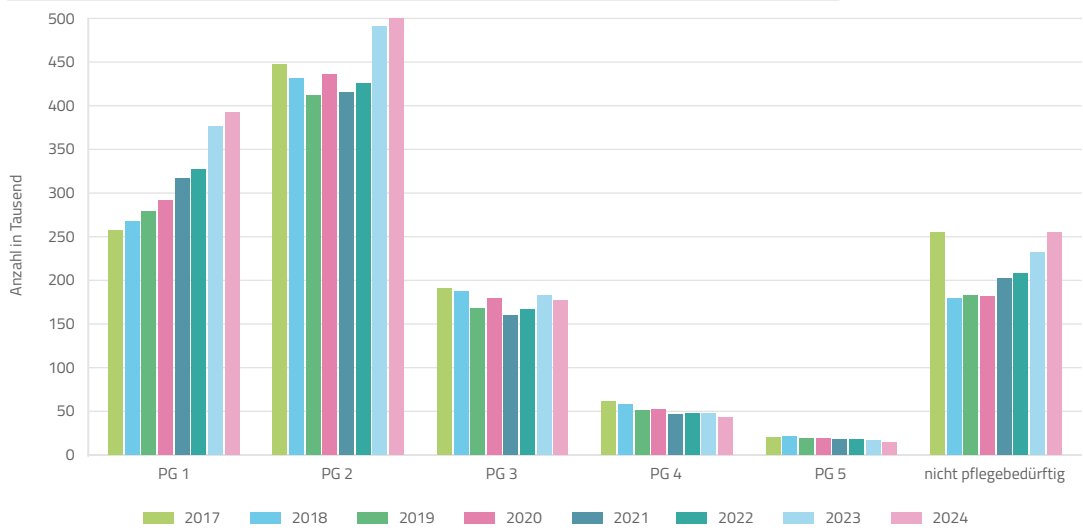
Anmerkung: ohne Begutachtungen in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist (Pflegegrad noch nicht feststellbar)

Quelle: MD Bund (2025); Rothgang & Müller (2024, S. 57)

Erstbegutachtungen:
immer seltener
Pflegegrad 4 oder 5

Im Zeitverlauf geändert haben sich die in der Begutachtung festgestellten Schweregrade der Pflegebedürftigkeit. Die Zahl der Erstbegutachtungen mit resultierenden Pflegegraden 1 nimmt stetig zu (Abbildung 2.12). Sie stieg von 256.681 Fällen im Jahr 2017 auf 392.430 Fälle im Jahr 2024. Aber auch die Zahl der Begutachtungen mit Pflegegrad 2 ist in den Jahren 2023 und 2024 deutlich höher als in den Jahren zuvor. Trotz einer zuletzt deutlich erhöhten Zahl von Anträgen ist der Anteil der negativen Bescheide in den Jahren nach der Umstellung auf Pflegegrade deutlich zurückgegangen. Der Anteil der nicht als pflegebedürftig eingestuften Personen war in den Jahren 2018 bis 2020 mit Werten zwischen 15,6 und 16,5 Prozent deutlich niedriger als im Jahr 2017 (20,7 Prozent). In den Jahren 2021 bis 2023 lag der Anteil sehr konstant bei etwa 17,5 Prozent und im Jahr 2024 auch nur bei 18,4 Prozent. Die Zahl und der Anteil der positiven Begutachtungen mit Pflegegraden 4 oder 5 gehen tendenziell immer weiter zurück.

Abbildung 2.12: Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MD und die Knappschaft



Pflegegrad	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
PG 1	256.681	267.716	279.289	292.024	316.678	326.913	376.375	392.430
PG 2	447.586	431.189	411.816	435.808	415.304	425.379	490.997	499.391
PG 3	191.177	187.169	167.300	178.877	159.751	166.441	183.146	177.315
PG 4	61.048	58.046	50.577	52.112	46.573	47.413	47.490	42.734
PG 5	19.938	21.705	19.077	19.058	17.371	17.323	16.675	14.457
nicht pflegebedürftig	254.548	179.688	183.064	180.974	202.184	207.939	232.489	254.706
Summe Erstgutachten	1.230.978	1.145.513	1.111.123	1.158.853	1.157.861	1.191.408	1.347.172	1.381.033

Anmerkung: ohne Begutachtungen in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist (Pflegegrad noch nicht feststellbar) und ohne rund 10.000 Begutachtungen der Knappschaft im Jahr 2017 nach altem Begutachtungsverfahren

Quelle: MD Bund (2025); Rothgang & Müller (2024, S. 58)

Die Begutachtungsstatistik der Medicproof GmbH ist etwas anders strukturiert (Tabelle 2.8). Neben den Erstgutachten und den Veränderungsgutachten werden beispielsweise auch Pflegehilfsmittelgutachten ausgewiesen. Dementsprechend liegt der Anteil der Erstgutachten für das Jahr 2024 nicht wie in der MD-Statistik bei 44 Prozent, sondern nur bei 41 Prozent. Dennoch ist in der Begutachtungsstatistik der Medicproof GmbH der

Anteil der Erstbegutachtungen am größten. Die Zahl der Auftragseingänge ist im Vergleich der Jahre 2024 und 2017 um 63,2 Prozent gestiegen, was für die Zukunft auch für die PPV zu bedeuten hat, dass auch in ihrem Versicherungszweig die Fallzahlen steigen werden. Nach an anderer Stelle durchgeführten Vorausberechnungen wird der Anstieg deutlich stärker sein als in der SPV (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 61 f.). Im Jahr 2020 ist die Zahl der Auftragseingänge zwar um zwei Prozent zurückgegangen, was mit der Coronapandemie im Zusammenhang stehen kann. Im Jahr 2021 ist die Zahl allerdings wieder um 19,6 Prozent gestiegen. Während im Jahr 2020 leichte Verschiebungen in Richtung höherer Pflegegrade zu sehen sind, verschieben sich die Proportionen seit 2021 stärker in Richtung niedrigerer Pflegegrade als in den Jahren zuvor. Dies könnte ein Hinweis auf aufgeschobene Begutachtungen bei leichter Pflegebedürftigkeit im Jahr 2020, dem ersten Coronajahr, sein.

Tabelle 2.8: Begutachtungen durch Medicproof in den Jahren 2017 bis 2024

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Auftragseingänge zu Begutachtungen	189.093	206.756	224.161	219.661	262.669	267.897	298.166	308.590
Arten der Begutachtungen in Prozent								
Erstgutachten (inkl. wiederholter Erstgutachten)	51	46	42	43	40	41	42	41
Veränderungsgutachten	26	31	33	36	33	34	35	36
Wiederholungsgutachten	4	5	6	2	7	5	5	5
Pflegehilfsmittelgutachten	7	6	7	7	6	5	5	5
Zweitgutachten	4	4	4	4	4	5	4	4
Sonstiges (u. a. Einstufung nach Aktenlage)	8	8	8	8	10	9	9	10
Pflegegrad aller Einstufungsgutachten in Prozent								
ohne Anspruch	6	6	6	5	6	6	6	6
PG 1	12	12	13	12	14	14	15	15
PG 2	29	29	29	28	29	29	30	30
PG 3	29	28	28	28	28	27	27	27
PG 4	17	18	18	19	17	16	15	16
PG 5	7	7	7	8	7	7	7	7

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Pflegegrad aller Erstgutachten in Prozent								
ohne Anspruch	9	9	9	8	10	10	10	10
PG 1	17	18	20	20	22	22	24	24
PG 2	37	37	37	37	36	36	37	38
PG 3	26	24	23	24	22	21	20	20
PG 4	9	9	8	9	8	7	6	6
PG 5	3	3	3	3	3	3	2	2

Quelle: Medicproof (2025); Rothgang & Müller (2024, S. 60)

Ebenso wie in der MD-Statistik gibt es einen höheren Anteil mit niedrigeren Pflegegraden. Der Anteil der als nicht leistungsberechtigt eingestuften Personen liegt bei den PPV-Begutachtungen über die Jahre 2017 bis 2024 mit durchschnittlich sechs Prozent aller Einstufungsgutachten und neun bis zehn Prozent aller Erstgutachten deutlich niedriger als bei den Begutachtungen der SPV-Versicherten. Wenn PPV-Versicherte erstmals positiv begutachtet wurden, dann resultierte daraus häufiger ein höherer Schweregrad als bei SPV-Versicherten.

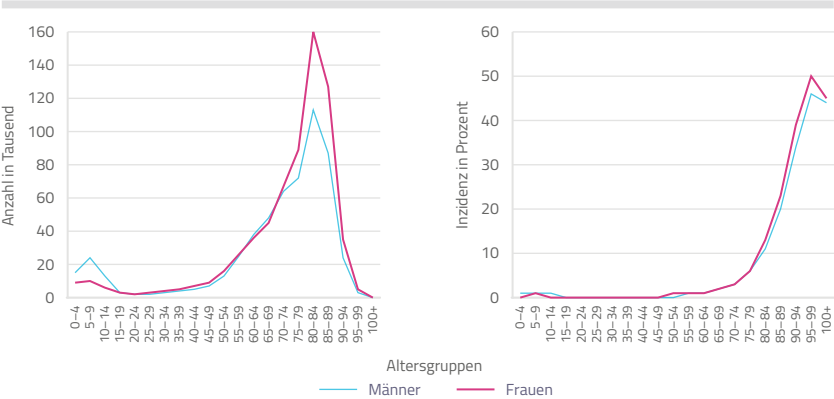
2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz

Mit den Begutachtungsdaten lässt sich nicht darstellen, wie sich die pflegerische Versorgung inzidenter Pflegebedürftiger gestaltet. Dafür werden im Folgenden die BARMER-Daten verwendet. Abbildung 2.13 zeigt zunächst nach Altersgruppen und Geschlecht differenziert, wie viele Personen 2024 pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung geworden sind. Die höchsten Werte zeigen sich dabei in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen. Allein in dieser Altersgruppe sind knapp 273.000 Menschen im Jahr 2024 pflegebedürftig geworden. Für höhere Altersjahre ergeben sich niedrigere Werte, weil diese Altersgruppen schwächer besetzt sind.



www.bifg.de/Y925Pg

Abbildung 2.13: Pflegeeintritte und Inzidenz nach Alter und Geschlecht im Jahr 2024



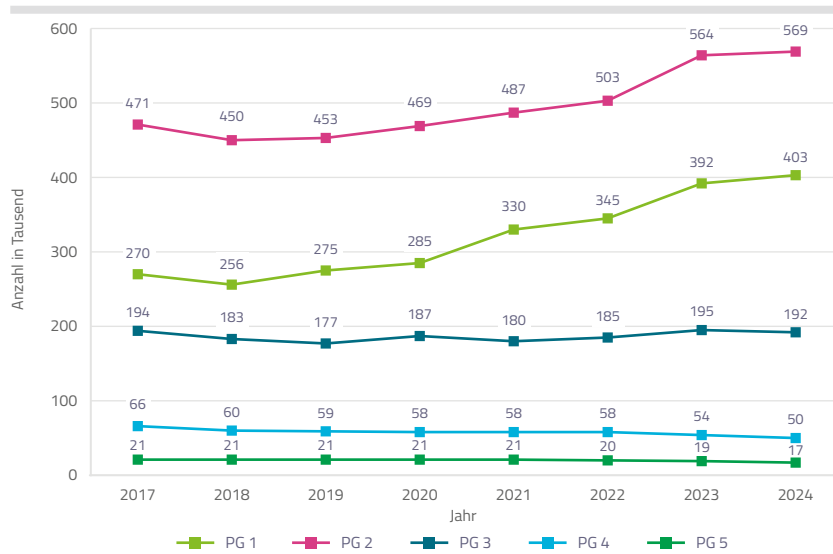
Altersgruppe in Jahren	Anzahl in Tausend		Inzidenz in Prozent	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0–4	14,7	9,0	0,75	0,48
5–9	23,6	10,2	1,15	0,51
10–14	12,5	6,3	0,66	0,34
15–19	3,5	3,4	0,17	0,18
20–24	2,0	2,3	0,09	0,11
25–29	2,2	3,0	0,08	0,12
30–34	3,0	4,0	0,11	0,15
35–39	3,8	5,1	0,13	0,19
40–44	5,2	6,9	0,19	0,26
45–49	7,0	9,0	0,29	0,37
50–54	13,3	16,3	0,49	0,60
55–59	25,0	25,7	0,76	0,78
60–64	38,4	35,7	1,28	1,15
65–69	47,8	45,4	2,06	1,79
70–74	63,5	66,8	3,47	3,13
75–79	71,6	89,4	6,06	6,31
80–84	113,0	159,8	11,28	12,95
85–89	87,1	126,7	19,57	22,92
90–94	24,0	35,2	33,60	38,60
95–99	3,2	5,4	45,99	49,66
100+	0,3	0,5	44,05	45,35

Quelle: BARMER-Daten 2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland 2024

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, das als Anteil der neu Pflegebedürftigen an allen bisher noch nicht pflegebedürftigen Personen einer Altersgruppe (Inzidenz) gefasst werden kann, steigt dagegen auch im hohen Alter weiter an. In der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen wird jede fünfte nicht pflegebedürftige Person pflegebedürftig. Damit liegt die Wahrscheinlichkeit schon fast doppelt so hoch wie in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen. Die geringste Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, besteht im jungen Erwachsenenalter. Im frühen Kindesalter (0–4 Jahre) ist die Wahrscheinlichkeit ähnlich hoch wie in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (Abbildung 2.13).

die meisten Pflege-
eintritte absolut in
der Altersgruppe
80–84 Jahre, die größte
Inzidenz bei den Ältesten

Abbildung 2.14: Pflegeeintritte nach Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

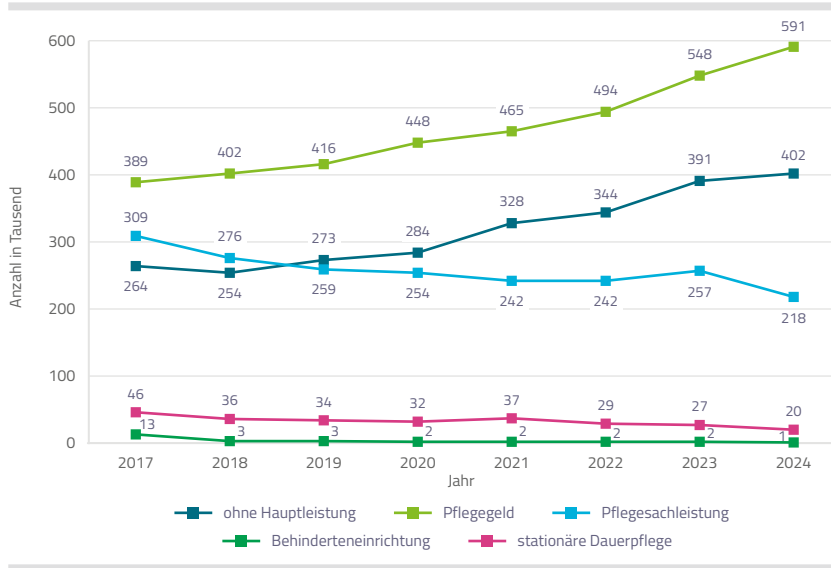
Veränderungen in den Pflegeinzidenzen können einerseits Ausdruck einer gestiegenen (pflegebegründenden) Morbidität sein, in deren Folge verstärkt Pflegeleistungen benötigt werden. Andererseits kann sich das Ausmaß des Bezugs von Pflegeleistungen aber auch erhöhen, wenn Ansprüche auf Pflegeleistungen durch die Gesetzgebung ausgeweitet werden und sich in der Folge die Zahl der (positiv beschiedenen) Anträge erhöht.

In den Begutachtungsstatistiken des MD (Kapitel 2.1.3) zeigen sich im Vergleich der Jahre 2017 bis 2024 tendenziell leicht abnehmende Fallzahlen bei den Erstbegutachtungen, die mit dem Pflegegrad 3 oder höher abgeschlossen werden. Dieses Bild zeigt sich bei den BARMER-Daten in vergleichbarer Weise. Während in den MD-Statistiken aber für die Jahre bis 2022 tendenziell immer weniger Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 2 ausgewiesen werden als für das Jahr 2017, ergeben die Hochrechnungen der BARMER-Daten für Pflegegrad 2 sogar ab dem Jahr 2019 eine leichte Steigerung. Insgesamt ist die Zahl der Pflegeeintritte von 1,02 Millionen im Jahr 2017 zunächst auf 971.000 gesunken und dann kontinuierlich bis zum Jahr 2024 auf 1,23 Millionen gestiegen (Abbildung 2.14). Diese Hochrechnung der BARMER-Daten entspricht in etwa der Summe der positiven Erstgutachten, wie sie sich anhand der MD-Statistik (1.126.327) und der Daten von Mediproof (etwa 119.000) errechnen lassen.

Die bei Pflegeeintritt gewählte Versorgungsart und die Dauer, für die diese Versorgungsart beibehalten wird, werden von dem Weg in die Pflege beeinflusst. Wenn Pflegebedürftigkeit aus Akutereignissen (beispielsweise Schlaganfall, Krebsdiagnose oder Sturz) resultiert, können zunächst auch Zwischenlösungen (zum Beispiel Pflegedienst) gewählt werden, die nicht der längerfristig gewünschten Versorgungsart entsprechen. Dennoch werden in Abbildung 2.15 die Versorgungsarten im ersten Monat der Pflegebedürftigkeit betrachtet, weil die Erfassung einer möglicherweise stabileren Versorgungsart zu einem späteren Zeitpunkt durch eine höhere Zahl von Personen, die bis dahin verstorben sind, verzerrt würde.

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die schon bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit in stationärer Dauerpflege versorgt werden, ist von rund 46.000 im Jahr 2017 auf etwa 20.000 im Jahr 2024 zurückgegangen (Abbildung 2.15). Wird eine Pflegebedürftigkeit festgestellt, ist die erste Versorgungsart in den seltensten Fällen eine Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen. Diese kommt in der Regel für jüngere Erwachsene im späteren Verlauf der Pflegebedürftigkeit zum Tragen. Mit der Umstellung auf Pflegegrade im Jahr 2017 wurden aber anscheinend viele Personen, die in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt wurden, als pflegebedürftig eingestuft.

Abbildung 2.15: Pflegeeintritte nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2024



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptleistungen stationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert.
Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Unterschiedliche Entwicklungen zeigen sich bei der Inanspruchnahme von Pflegegeld und Sachleistungen. Während die Zahl der inzidenten Fälle mit Pflegegeld immer weiter steigt, ist die Zahl der inzidenten Fälle mit Inanspruchnahmen von Pflegesachleistungen rückläufig. Hauptgrund hierfür sind die Leistungsverbesserungen infolge des PSG II insbesondere beim Pflegegeld, die zu einer entsprechenden Steigerung der Inanspruchnahme auch bei Erstnutzenden geführt hat. Zudem steigt die Zahl der inzidenten Fälle mit Pflegegrad 1, die ohne Anspruch auf die Hauptleistungen als pflegebedürftig eingestuft werden. In der Summe verringert sich die Zahl der inzidenten Fälle, die mit professioneller Pflege starten, während die inzidenten Fälle mit Pflegegeldbezug und ohne Hauptleistung mehr werden.

Rückgang inzidenter
Fälle mit professioneller
Pflege



www.bifg.de/Y925PG

2.1.5 Übergänge und Beendigung

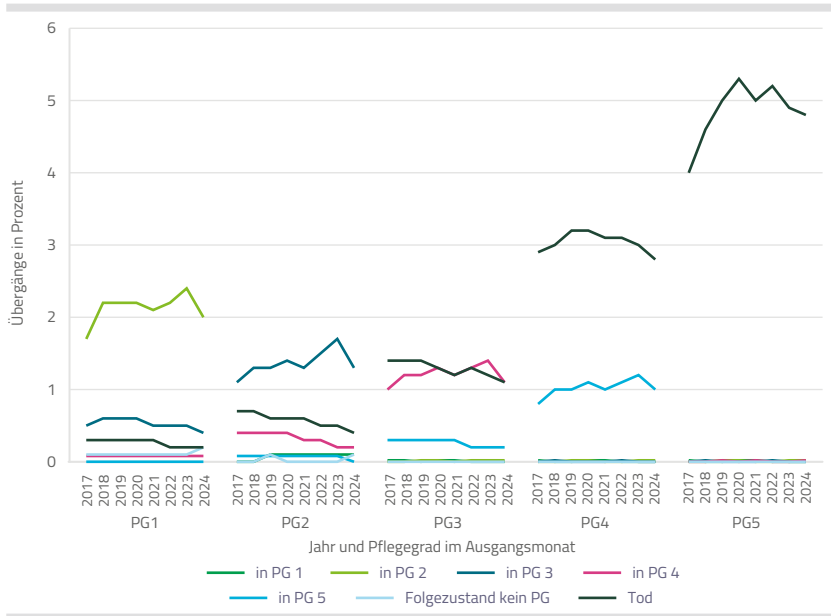
Von Bedeutung ist nicht nur, ob Versicherte jemals pflegebedürftig werden, sondern auch, wie schnell die Pflegebedürftigkeit wieder beendet wird beziehungsweise wie lange die Pflegebedürftigkeit dauert. Je länger die Pflegebedürftigkeit andauert, desto relevanter wird sie für alle Beteiligten. Von Bedeutung ist die Dauer der Pflegebedürftigkeit auch für die Pflegeversicherung, da sie für einen Großteil der Pflegeleistungen aufkommen muss. Für die Pflegebedürftigen selbst und für die pflegenden Angehörigen ist die Dauer von Bedeutung, da sie sich auch auf die Zeit in Pflegebedürftigkeit einstellen müssen – einerseits in Form von informell zu erbringender Pflege und andererseits in Form der Organisation und (Mit-)Finanzierung von formeller Pflege und Unterstützung. Hinsichtlich der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos stellt sich dabei insbesondere auch die Frage nach der Wahrscheinlichkeit des Umzugs in ein Pflegeheim und der zu erwartenden Pflegedauer im Pflegeheim. Zur Beurteilung werden in diesem Kapitel die Übergänge zwischen Pflegegraden und Versorgungsarten betrachtet und im nachfolgenden Kapitel 2.1.6 die Pflegedauern.

Im Verlauf der Pflegebedürftigkeit kann es durch Höherstufungs-, Rückstufungs- beziehungsweise Wiederholungsbegutachtungen zu Veränderungen im Pflegegrad kommen. Beispielsweise waren im Jahr 2024 von insgesamt rund 3,14 Millionen Begutachtungen rund 1,51 Millionen und damit rund 48 Prozent Höherstufungs-, Rückstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen (Tabelle 2.7 in Kapitel 2.1.3). Die Höher- und Rückstufungen können so die Pflegegradverteilung verändern. Ebenso können sich die Versorgungsarten im Zeitverlauf verändern. Wie häufig diese Schritte gegangen werden und wie häufig im Vergleich dazu die Beendigung der Pflege – in der Regel durch den Tod – ist, zeigt Abbildung 2.16 und Abbildung 2.17.

Die Wahrscheinlichkeit,
im Folgemonat zu
versterben, steigt mit
dem Pflegegrad.

Je höher der Pflegegrad ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, im Folgemonat zu versterben. So verstarben in den Jahren 2017 bis 2024 in Pflegegrad 5 monatlich mehr als vier Prozent der Pflegebedürftigen, in Pflegegrad 2 dagegen weniger als ein Prozent. Ein Austritt aus der Pflege ohne Tod ist in merklichem Ausmaß nur bei Pflegegrad 1 (0,1 Prozent) zu beobachten. Bei höheren Pflegegraden ist Pflegebedürftigkeit in der Regel irreversibel (Abbildung 2.16).

Abbildung 2.16: Monatliche Übergänge in die verschiedenen Pflegegrade in den Jahren 2017 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Ein Wechsel der Pflegegrade findet überwiegend in Form einer Höherstufung statt und seltener als Herabstufung. So wechseln beispielsweise etwas mehr als ein Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 3 in den Pflegegrad 4, aber nur 0,00 bis 0,05 Prozent in den Pflegegrad 2. Selbst die Wahrscheinlichkeiten eines Übergangs in den Pflegegrad 5 sind mit 0,18 bis 0,31 Prozent deutlich höher als diese Werte (Abbildung 2.16). Dass sich der Pflegegrad eher nach oben als nach unten entwickelt, zeigt sich auch für die anderen Pflegegrade.

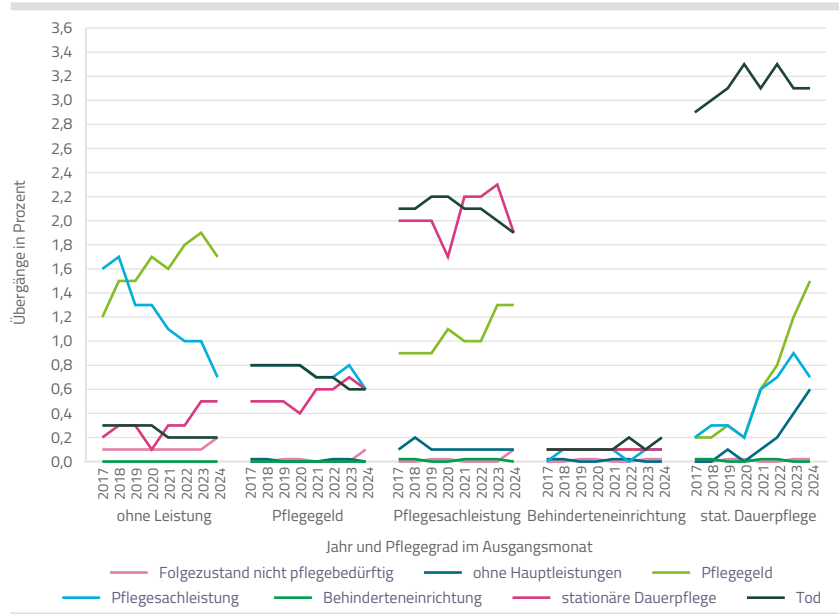
Veränderungen sind
in aller Regel Höher-
stufungen.

Aus dem ambulanten Setting heraus kommt es häufiger zu Veränderungen der Versorgungsart; im stationären Setting bleibt die Versorgungsart eher beständig. 0,6 bis 0,8 Prozent der Pflegebedürftigen im ausschließlichen Pflegegeldbezug nehmen mit rückläufiger Tendenz im Folgemonat einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch. Bei 0,5

bis 0,7 Prozent liegt mit leicht steigender Tendenz die Quote derer, die ins Pflegeheim gehen. Im Coronajahr 2020 brach die Quote allerdings auf 0,4 Prozent ein. Pflegebedürftige mit Pflegesachleistungen wechseln häufiger ins Pflegeheim (2,0 bis 2,3 Prozent; 2020: 1,7 Prozent) als in den ausschließlichen Pflegegeldbezug (0,9 bis 1,3 Prozent; Abbildung 2.17).

Der Übergang in ein Pflegeheim ist dabei auch vom häuslichen Umfeld und von dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit abhängig. Lebt die pflegebedürftige Person allein, erfolgt der Einzug ins Pflegeheim häufig schon bei geringem Pflegebedarf; leben mehrere Personen mit der pflegebedürftigen Person zusammen, dann erfolgt der Umzug häufig erst mit höherem Pflegebedarf (Schneekloth et al., 2017, S. 244).

Abbildung 2.17: Monatliche Übergänge in die verschiedenen Versorgungsarten in den Jahren 2017 bis 2024



Anmerkung: Die Zuordnung zu den Hauptleistungen vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Pflegesachleistungen und Pflegegeld ist hierarchisch kodiert. Erfasst sind die Leistungsfälle im Durchschnittsmonat des Jahres.
Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

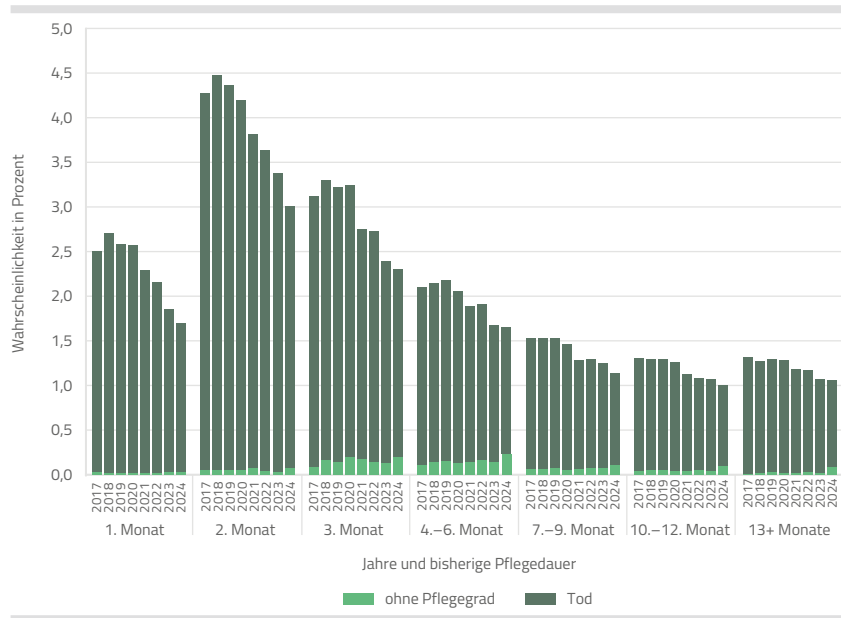
Nur 0,4 bis 0,7 Prozent der Pflegebedürftigen in der vollstationären Dauerpflege wechselten im Durchschnittsmonat in den Jahren 2017 bis 2020 in die häusliche Pflege. Die leicht steigende Tendenz bis 2019 ist im Jahr 2020 unterbrochen worden. Bis zum Jahr 2024 stieg die Übergangsrate dann auf 2,7 Prozent. Die monatliche Sterberate liegt im Pflegeheim über die Jahre mit 2,9 bis 3,3 Prozent weitaus höher als bei den anderen Versorgungsarten. Die höchste Sterberate zeigte sich im Jahr 2020, dem ersten Coronajahr. In den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen sind Wechselneigung und Sterberate wesentlich geringer, weil hier vielfach jüngere Menschen mit angeborenen Behinderungen langfristig versorgt werden.

Die Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden oder Versorgungsarten ist abhängig von den Inzidenzen, den Übergängen und den Beendigungen. Pflegebedürftigkeit weist in der Summe meistens einen progredienten Verlauf auf, was sich in einem im Zeitverlauf steigenden Pflegegrad und in Wechseln in die formelle Pflege niederschlägt. Zur Erklärung von Prävalenzen, aber auch für die Schätzung von durchschnittlichen Verweildauern (Kapitel 2.1.6) ist eine noch detailliertere Betrachtung von Übergängen und Beendigungen von Nutzen. Die Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat zu versterben oder anderweitig die Pflegebedürftigkeit zu beenden, ist nämlich nicht nur mit dem Pflegegrad und der damit korrelierenden Versorgungsart verbunden, sondern auch mit dem Alter, dem Geschlecht und der bisherigen Pflegedauer.

Abbildung 2.18 zeigt auf Grundlage der BARMER-Daten die Beendigungswahrscheinlichkeiten je Monat nach der bisherigen Pflegedauer für die Jahre 2017 bis 2024. Die ermittelten Beendigungswahrscheinlichkeiten sind im ersten Monat methodisch bedingt niedriger als im zweiten Monat. Das liegt unter anderem daran, dass der Pflegebeginn auch mitten im Monat liegen kann und somit ein Todesereignis oder anderes Beendigungsereignis im ersten Teil des Monats nicht auftreten kann. In den ersten Monaten ist aber eine erhöhte Beendigungswahrscheinlichkeit gegeben, die vielfach über die zugrunde liegende Erkrankung wie beispielsweise Krebs oder Schlaganfall zu erklären ist. Diese führen einerseits im Vergleich zu chronisch-degenerativen Erkrankungen häufiger zu einem schnelleren Versterben. Andererseits ist aber auch eine Gesundung und damit ebenfalls eine Beendigung der Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher (Rothgang et al., 2017, S. 103 f.).

Bei allen kürzeren bisherigen Pflegedauern zeigen sich über die Jahre abnehmende Wahrscheinlichkeiten der kurzfristigen Beendigung der Pflegebedürftigkeit. Bei den längeren bisherigen Pflegedauern zeigen sich hingegen vergleichsweise stabile Wahrscheinlichkeiten, die Pflegebedürftigkeit im nächsten Monat zu beenden (Abbildung 2.18).

Abbildung 2.18: Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Jahren und bisheriger Pflegedauer

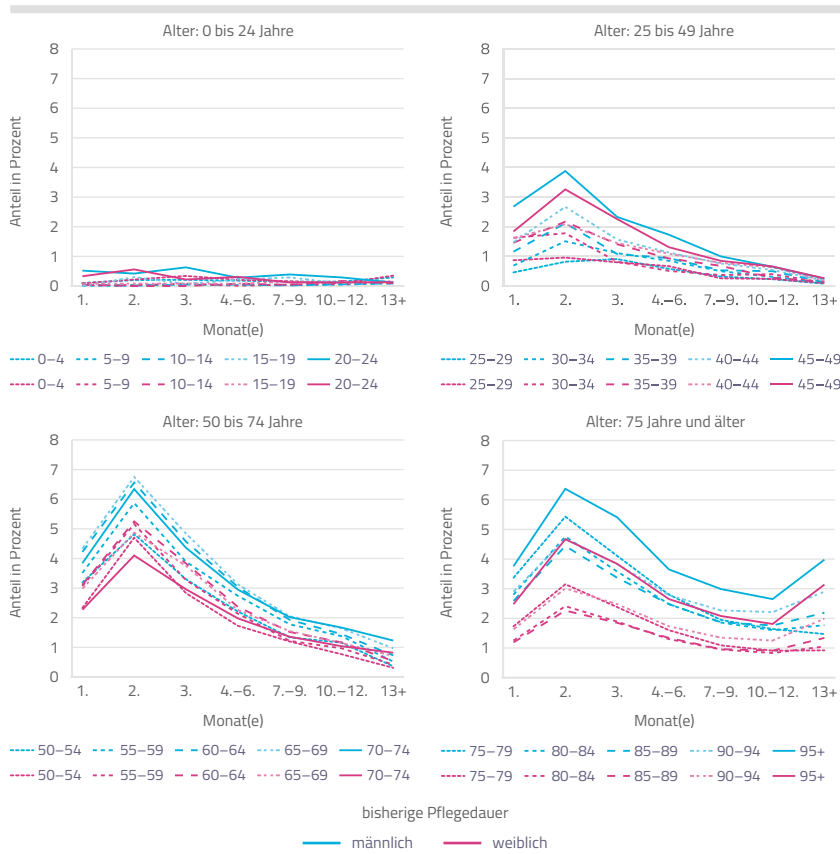


Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Abbildung 2.19 zeigt die Beendigungswahrscheinlichkeit je Monat nach Pflegedauer im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2024 differenziert nach Alter und Geschlecht. Bei Pflegebedürftigen in den jüngsten Altersgruppen sind die monatlichen Beendigungswahrscheinlichkeiten sehr gering. Sie liegen unabhängig von der bisherigen Pflegedauer und Altersgruppe durchweg unter einem Prozent. Die größeren Schwankungen sind dabei auf

die sehr geringe Fallzahl zurückzuführen. Falls die Pflegebedürftigkeit länger als drei Monate andauert, bleibt die Beendigungswahrscheinlichkeit pro Monat unter 0,5 Prozent (Abbildung 2.19). Deutlich höher sind die Beendigungswahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der 25- bis 49-jährigen Pflegebedürftigen. Dauert die Pflegebedürftigkeit länger als ein Jahr an, liegen die Beendigungswahrscheinlichkeiten in aller Regel ebenfalls unter 0,5 Prozent pro Monat.

Abbildung 2.19: Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Alter, Geschlecht und bisheriger Pflegedauer im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Deutlicher und stabiler sichtbar – auch aufgrund einer höheren Fallzahl – werden die höheren Beendigungswahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit bei den 50- bis 74-Jährigen. In diesen Altersgruppen zeichnet sich schon viel deutlicher die insgesamt höhere Beendigungswahrscheinlichkeit für pflegebedürftige Männer gegenüber pflegebedürftigen Frauen ab. Zudem ist die Beendigungswahrscheinlichkeit für Männer mit 4,9 bis 6,8 Prozent im zweiten Monat ausgesprochen hoch, und auch im dritten Quartal der Pflegebedürftigkeit liegt sie noch bei 1,4 bis 2,0 Prozent pro Monat. Nach über einjähriger Pflegebedürftigkeit liegt die monatliche Beendigungsrate bei den 70- bis 74-jährigen pflegebedürftigen Männern bei 1,2 Prozent und bei den pflegebedürftigen Frauen im gleichen Alter bei 0,8 Prozent. Mit weiter steigendem Alter werden die Beendigungswahrscheinlichkeiten in den ersten Monaten der Pflegebedürftigkeit zwar geringer, dafür steigen sie mit längerem Pflegeverlauf aber an. In den höchsten Altersgruppen ab 75 Jahre liegen die Beendigungswahrscheinlichkeiten der Männer teilweise fast doppelt so hoch wie die Beendigungswahrscheinlichkeiten der Frauen im jeweils gleichen Alter und bei gleicher bisheriger Dauer der Pflegebedürftigkeit. Zudem zeigt sich für die längeren bisherigen Pflegedauern eine stetige Altersabhängigkeit der monatlichen Beendigungswahrscheinlichkeiten. Mit steigendem Alter wird bei gleicher bisheriger Pflegedauer das monatliche Beendigungsrisiko größer.

2.1.6 Pflegedauer

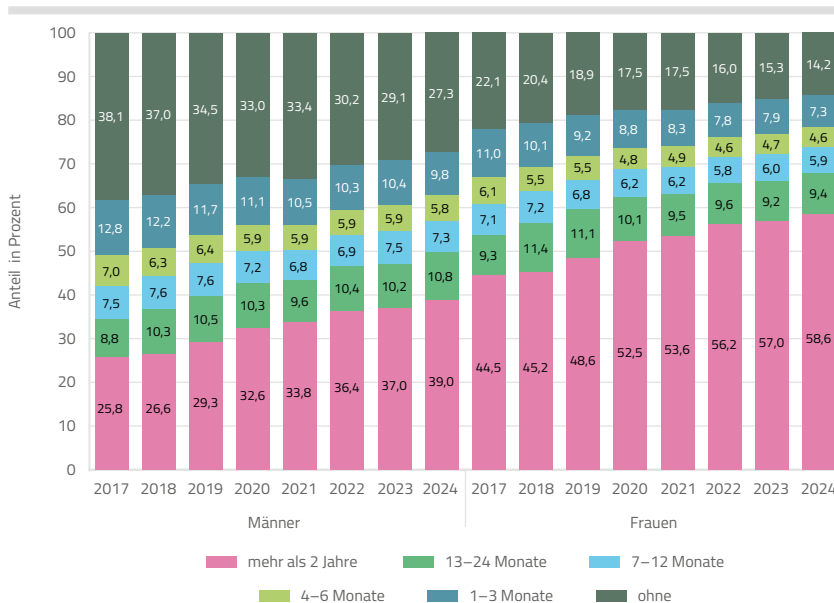
Die Pflegedauer kann prospektiv als Survivalfunktion (Überlebensfunktion) ab Pflegeeintritt oder retrospektiv als beobachtete Dauer am Ende der Pflegebedürftigkeit gemessen werden. Mit der prospektiven Betrachtung können unterschiedliche Verläufe verschiedener Eintrittskohorten und damit auch aktueller Eintrittskohorten abgebildet werden. Problematisch ist dabei allerdings die Rechtszensierung – also der fehlende Überblick über den weiteren Verlauf bis zum Ende der Pflegebedürftigkeit. Mit der retrospektiven Betrachtung ist es hingegen möglich, abgeschlossene Pflegeverläufe darzustellen. Dies ist beispielsweise bei Sterbekohorten gegeben. Diese setzen sich aber aus verschiedenen Pflegeeintrittskohorten zusammen, für die die Pflegeversicherung zu Beginn unterschiedlich ausgestaltet war. Dennoch lässt sich der Trend mit beiden Betrachtungsweisen darstellen.

Pflegedauern Verstorbener

Männer sind vor allem aufgrund der höheren altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten nicht nur insgesamt seltener pflegebedürftig als Frauen, sondern auch kürzere Zeit (Abbildung 2.20). Im Jahr 2024 sind 39,0 Prozent der verstorbenen Männer länger als zwei Jahre und insgesamt 49,8 Prozent länger als ein Jahr pflegebedürftig gewesen. Im gleichen Jahr sind von den verstorbenen Frauen 58,6 Prozent länger als zwei Jahre und insgesamt 68,0 Prozent länger als ein Jahr pflegebedürftig gewesen. In abnehmendem Maße sind in den Jahren 2017 bis 2024 27,3 Prozent bis 22,9 Prozent der verstorbenen Männer zwar pflegebedürftig gewesen, aber höchstens ein Jahr lang. Bei den Frauen ist dieser Anteil ebenfalls rückläufig von 24,2 Prozent auf 17,7 Prozent. Der Anteil der verstorbenen Frauen und Männer, die niemals zuvor pflegebedürftig waren, ist jeweils gesunken – bei den Männern von 38,1 Prozent auf 27,3 Prozent und bei den Frauen von 22,1 Prozent auf 14,2 Prozent.

Die Pflegedauer verlängert sich immer mehr.

Abbildung 2.20: Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2017 bis 2024



Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Verstorbenen der Bundesrepublik Deutschland; Statistisches Bundesamt (2025c, 2025e)

Survivalfunktionen der Pflegebedürftigkeit insgesamt und im Pflegeheim

In einer prospektiven Perspektive werden in Abbildung 2.21 die Entwicklungen für verschiedene Zugangskohorten verglichen. In den Survivalfunktionen der Zugangskohorten 2017 bis 2023 werden die jeweiligen Anteile der immer noch pflegebedürftigen Personen nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit abgebildet. Die Beendigung kann durch den Tod oder ein anderes Ereignis wie zum Beispiel eine Gesundung eintreten. Die Beobachtungsfenster und damit auch die dargestellten Kurven verkürzen sich dabei mit jeder späteren Kohorte um ein Jahr.

Abbildung 2.21: Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2017 bis 2023



Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Korrespondierend zu den Auswertungen der Sterbekohorten erhöhen sich die Survivalfunktionen sichtlich. Die in Pflegebedürftigkeit verbrachte Lebenszeit steigt also an. Verglichen mit den prospektiven Kohortenbetrachtungen (Abbildung 2.21) zeigt sich, dass die retrospektive Betrachtung (Abbildung 2.20) die aktuellen Verweildauern unterschätzt. Denn schon in der Eintrittskohorte 2017 sind nach 24 Monaten noch 69,1 Prozent pflegebedürftig. Mehr als zwei Jahre Pflegebedürftigkeit haben hingegen in den betrachteten Sterbekohorten des Jahres 2024 gerade einmal 39,0 Prozent der verstorbenen Männer und 58,6 Prozent der verstorbenen Frauen erreicht.

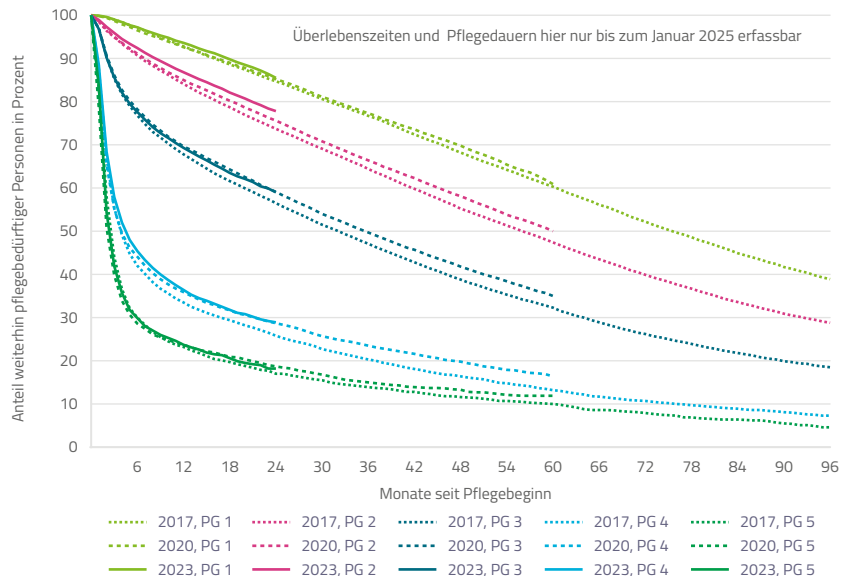
Die prospektive
Betrachtung rekuriert
mehr auf die aktuellen
Bedingungen.

Die Abhängigkeit der Verweildauer von dem Grad der Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ist für die Eintrittskohorte 2017 ebenso gegeben wie für die Eintrittskohorte 2023 (Abbildung 2.22). Mit Pflegegrad 5 waren nach zwei Jahren nur noch 17,0 Prozent (Inzidenzjahr 2017) beziehungsweise 18,2 Prozent (Inzidenzjahr 2023) pflegebedürftig. Somit dauern 83,0 Prozent (Inzidenzjahr 2017) beziehungsweise 81,8 Prozent (Inzidenzjahr 2023) der Pflegeverläufe mit Pflegegrad 5 nicht länger als zwei Jahre und werden in der Regel durch den Tod beendet. Im Gegensatz dazu dauert nur bei einem Viertel der Fälle mit Pflegegrad 2 die Pflegebedürftigkeit weniger als zwei Jahre an: 26,3 Prozent im Inzidenzjahr 2017 und 22,2 Prozent im Inzidenzjahr 2023. Die Unterschiede der pflegegradspezifischen Verläufe sind in den Inzidenzjahren 2017 bis 2023 relativ gering.

Vormalige Analysen zur Verweildauer in vollstationärer Dauerpflege haben eine relative Konstanz in den Survivalfunktionen festgestellt (Rothgang & Müller, 2019, S. 72; Rothgang et al., 2013, S. 187). Die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeheim ist aber in den letzten Jahren deutlich rückläufig (Abbildung 2.23). Von der Zugangskohorte von 2017 sind nach einem Jahr 57,2 Prozent der Heimbewohner, nach zwei Jahren noch 43,1 Prozent und nach vier Jahren noch 23,3 Prozent im Pflegeheim. Aus der Zugangskohorte 2023 sind nach einem Jahr aber nur noch 35,6 Prozent und nach zwei Jahren nur noch 24,1 Prozent und aus der Zugangskohorte 2021 nach vier Jahren nur noch 17,1 Prozent im Pflegeheim.

Die Verweildauer im
Pflegeheim geht
aktuell zurück.

Abbildung 2.22: Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2017, 2020 und 2023 nach Pflegegraden bei Pflegeeintritt



Inzidenz-jahr	Pflege-grad	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn								
		Beginn (0)	12.	24.	36.	48.	60.	72.	84.	96.
2017	1	100	92,8	84,7	76,7	68,2	60,3	52,2	44,9	38,9
	2	100	84,1	73,7	64,4	55,2	47,4	39,9	33,6	28,8
	3	100	67,8	56,5	47,1	38,8	32,3	26,2	21,8	18,5
	4	100	33,5	25,8	20,3	16,4	13,2	10,7	8,9	7,3
	5	100	23,2	17,0	13,9	11,6	10,0	7,9	6,4	4,6
2020	1	100	92,6	85,2	77,3	69,8	60,9	–	–	–
	2	100	85,0	75,6	66,4	58,1	50,0	–	–	–
	3	100	69,6	59,1	49,7	41,8	35,0	–	–	–
	4	100	35,9	28,7	23,5	19,8	16,4	–	–	–
	5	100	23,7	18,7	15,0	13,3	11,9	–	–	–
2023	1	100	93,6	85,5	–	–	–	–	–	–
	2	100	86,8	77,8	–	–	–	–	–	–
	3	100	69,3	59,0	–	–	–	–	–	–
	4	100	36,4	28,9	–	–	–	–	–	–
	5	100	23,7	18,2	–	–	–	–	–	–

Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

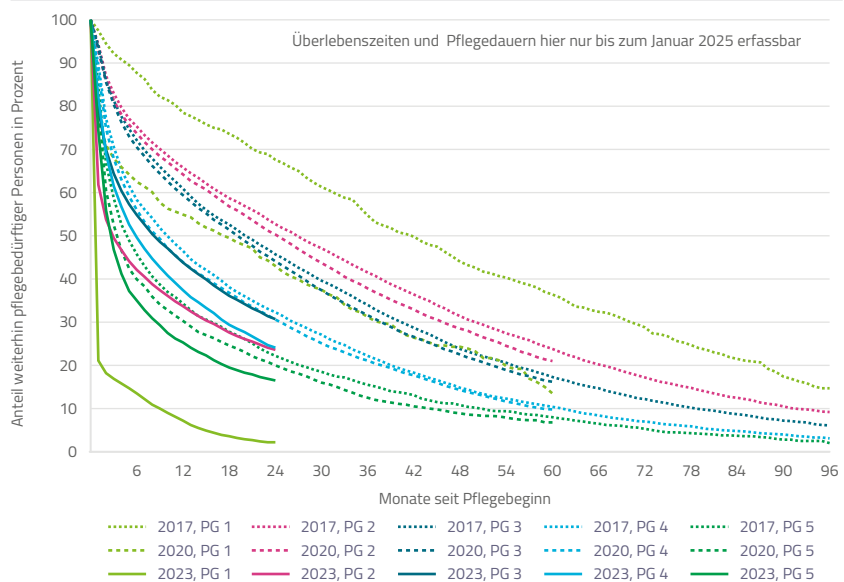
Abbildung 2.23: Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren seit 2017



Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Ebenso wie bei der Gesamtverweildauer ist auch die Verweildauer im Pflegeheim mit dem Einstiegsgrad der Pflegebedürftigkeit verbunden (Abbildung 2.24). Bei einer geringeren Einstufung ist eine längere Verweildauer zu erwarten. So lebten von den Zugängen des Zugangsjahrgangs 2017 mit Pflegegrad 2 nach zwei Jahren noch 52,7 Prozent im Pflegeheim, von den Zugängen des gleichen Jahres mit Pflegegrad 5 dagegen nur noch 22,2 Prozent.

Abbildung 2.24: Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren 2017, 2020 und 2023 nach Pflegegraden bei Heimeintritt



Inzidenz-jahr	Pflege-grad	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen im ... Monat seit Pflegebeginn								
		Beginn (0)	12.	24.	36.	48.	60.	72.	84.	96.
2017	1	100	78,5	67,6	54,7	44,0	36,4	28,8	21,5	14,7
	2	100	65,8	52,7	41,5	31,4	23,8	17,2	12,5	9,2
	3	100	60,9	45,7	34,0	23,8	17,3	12,2	8,7	6,1
	4	100	46,5	32,3	22,2	14,8	10,4	7,0	4,8	3,1
	5	100	34,3	22,2	15,5	10,8	8,0	5,3	3,7	2,0
2020	1	100	54,9	43,0	31,2	24,3	13,5	–	–	–
	2	100	64,2	50,3	37,8	28,5	21,0	–	–	–
	3	100	59,4	44,1	31,6	22,5	16,2	–	–	–
	4	100	43,9	30,6	21,1	14,3	9,8	–	–	–
	5	100	30,3	20,0	12,5	8,9	6,8	–	–	–
2023	1	100	7,2	2,2	–	–	–	–	–	–
	2	100	33,7	23,6	–	–	–	–	–	–
	3	100	43,8	30,7	–	–	–	–	–	–
	4	100	37,4	24,1	–	–	–	–	–	–
	5	100	25,3	16,5	–	–	–	–	–	–

Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Die insgesamt festgestellte Reduktion der Überlebenszeit im Pflegeheim (Abbildung 2.23) ist aber nicht nur bedingt durch eine veränderte Verteilung nach Pflegegraden. Auch innerhalb der Pflegegrade reduzieren sich derzeit die Überlebenszeiten im Pflegeheim. So dauerte beispielsweise der Aufenthalt im Pflegeheim für 52,7 Prozent der Heiminzidenzen des Jahres 2017 mit Pflegegrad 2 länger als 24 Monate. Aus der Inzidenzkohorte des Jahres 2023 mit Pflegegrad 2 haben hingegen nur 23,6 Prozent eine Verweildauer von 24 Monaten erreicht. Die immensen Schwankungen bei Pflegegrad 1 sind vor allem auf die sehr geringe Fallzahl zurückzuführen.

Rückgang der Verweildauer im Pflegeheim auch bei gleichem Pflegegrad bei Eintritt

2.1.7 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Zum Jahresende 2023 sind mit 5,69 Millionen Menschen so viele Pflegebedürftige durch die Pflegestatistik erfasst wie nie zuvor. Zwei wesentliche Faktoren lassen sich als Gründe für diesen Anstieg anführen: Erstens haben die Gesetzesänderungen in Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und den Pflegestärkungsgesetzen zu einer Ausweitung der Leistungsberechtigung und der Leistungen insbesondere für Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen geführt, die wiederum eine höhere Anzahl von (positiv beschiedenen) Leistungsanträgen nach sich gezogen haben. Zweitens sind aufgrund der demografischen Alterung immer mehr Menschen in das pflegerelevante Alter vorgerückt. Obwohl seit 2017 keine weiteren großen Ausweitungen der Leistungsberechtigung eingeführt wurden, wirken die letzten Reformen noch nach (Rothgang & Müller, 2021). Auch die aktuellen Steigerungsraten der Zahl der Pflegebedürftigen sind weniger durch die demografische Entwicklung hervorgerufen, sondern auch weiterhin noch stark durch die abklingenden Einführungseffekte der letzten Reformen geprägt.

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt rasant. Dies ist im Wesentlichen auf die Entwicklungen in den niedrigen Pflegegraden zurückzuführen. Dementsprechend entwickeln sich aktuell auch die Anteile der Versorgungsarten. Die wesentlichen Zunahmen finden sich beim Bezug von Pflegegeld mit einem Anstieg zwischen 2017 und 2023 von 1,77 Millionen auf 3,10 Millionen, während die Anzahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege sogar leicht rückläufig war. Auch dies ist ein Zeichen dafür, dass die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen aktuell weniger durch den demografischen Wandel geprägt ist als insbesondere durch die letzten Pflegereformen.

Es haben sich aber nicht nur die Zugangswahrscheinlichkeiten und die Prävalenzen geändert, sondern auch die Verweildauern in der Pflege. Die Effekte durch die Einführung der Pflegegrade sind noch nicht verebbt. Aus dem nun vielfach vorgezogenen Pflegeeintritt resultieren verlängerte Pflegeverläufe. Der Anteil derer, die nach zwei Jahren Pflegebedürftigkeit überlebt haben, ist von der Inzidenzkohorte 2017 zur Inzidenzkohorte 2023 von 69,1 Prozent auf 74,2 Prozent gestiegen.

Die Gesamtzahl der Begutachtungen durch den MD und die Knappschaft ist im Zeitraum von 2017 bis 2024 von 2,00 Millionen auf 3,14 Millionen gestiegen, was eine große Herausforderung für die MD bedeutet. Nachdem im Jahr 2017 die Anzahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen durch die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade reduziert war, wurden anschließend immer mehr solcher Begutachtungen durchgeführt, weil die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt immens zugenommen hat. Seit dem Jahr 2022 werden mehr Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsgutachten als Erstgutachten durchgeführt. Die Zahl der Widerspruchsbegutachtungen lag im Jahr 2024 bei 243.000. Diese machen aber im Vergleich zur Gesamtzahl von 3,14 Millionen Begutachtungen nur einen Bruchteil aus.

Durch die Coronapandemie gab es vor allem im Jahr 2020 merkbliche Veränderungen in der Nutzung der Pflegeleistungen. Die Übergänge von der häuslichen Pflege in die vollstationäre Dauerpflege sind nach einem Rückgang im Jahr 2020 in den Folgejahren wieder gestiegen. Im Jahr 2020 kam es zu einem Rückgang beziehungsweise zur Stagnation in der Nutzung von Kurzzeitpflege beziehungsweise von teilstationärer Pflege. Anschließend sind beide Versorgungsleistungen wieder in gestiegenem Maße in Anspruch genommen worden. Insgesamt hat somit die Coronapandemie zwar eine zeitlich beschränkt merkbliche, aber keine beständige Veränderung der Versorgungslage bewirkt.

Die Versorgungslagen von Männern und Frauen unterscheiden sich erheblich. Männer werden weniger als Frauen jemals im Leben pflegebedürftig. Dies ist vor allem durch die geringere Lebenserwartung der Männer begründet. In den höheren Lebensjahren ist allgemein die Pflegeprävalenz höher als in den jüngeren Jahren. Zudem werden Männer

auch in gleichen Altersgruppen weniger als Frauen vollstationär versorgt. Auch dies hängt mit der geringeren Lebenserwartung zusammen, da die partnerschaftliche, häusliche Pflege dadurch für Frauen unwahrscheinlicher ist als für Männer.

2.2 Leistungserbringung

Dieses Kapitel gibt einen grundlegenden Überblick über die unterschiedlichen Versorgungsformen der Pflegebedürftigen in Deutschland. Dargestellt wird die Situation der ambulanten Pflegedienste (Kapitel 2.2.1) und der stationären Pflegeeinrichtungen (Kapitel 2.2.2). Die nicht beruflich pflegenden Pflegepersonen werden in Kapitel 2.2.3 behandelt.



www.bifg.de/Y925P5

2.2.1 Ambulante Pflegedienste

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste ist von 14.050 im Jahr 2017 auf 15.549 im Jahr 2023 und damit um 10,7 Prozent gestiegen (Statistisches Bundesamt, 2025d). Seit 2019 werden auch Betreuungsdienste mitgezählt. Allerdings sind im Jahr 2023 nur 70 der 15.549 Einrichtungen reine Betreuungsdienste. 1.532 Einrichtungen sind Mischeinrichtungen und 13.947 sind reine Pflegeeinrichtungen (FDZ-StaBu, 2025). Die meisten Pflegedienste bieten neben den Leistungen nach SGB XI auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern an. Im Jahr 2023 sind es 15.000 Pflegedienste, die häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfen nach SGB V, und 7.061 Pflegedienste, die Hilfe zur Pflege nach SGB XII anbieten (Statistisches Bundesamt, 2025d). Der Umsatzanteil, der im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht wird, lag laut einer Befragung im Jahr 2016 bei durchschnittlich 51 Prozent. Im Jahr 2010 lag er noch vier Prozentpunkte höher (Schneekloth et al., 2017, S. 173).



www.bifg.de/Y925PV

Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten hat sich von 2017 bis 2023 von 390.322 auf 446.425 um 14,4 Prozent erhöht. Umgerechnet in Vollzeitäquivalente (VZÄ) (zur Berechnung siehe im Anhang das Kapitel Pflegestatistik) ergibt sich sogar eine noch etwas höhere Steigerung um 16,8 Prozent von 266.041 auf 310.665 VZÄ. Die Relation von VZÄ zu Pflegebedürftigen ist dennoch von 2017 zu 2019 von 32,1 auf 29,3 VZÄ je 100 Pflegebedürftige leicht eingebrochen (Tabelle 2.9). Dies ist zu einem gewissen Grad

Relation Pflegekräfte zu
Pflegebedürftigen 2019
etwas eingebrochen

auf die Berücksichtigung der reinen Betreuungsdienste seit 2019 zurückzuführen. Insgesamt sind die Schwankungen in der Relation aber nicht sehr hoch. Sie liegen um drei VZÄ je 100 Pflegebedürftige. Nur unzureichend kontrollierbar sind in dieser Entwicklung allerdings die Anteile der Leistungen jenseits der Pflegeversicherungsleistungen und das Ausmaß der Inanspruchnahmen durch die Pflegebedürftigen.

Die Beschäftigten werden in der Pflegestatistik unterschieden nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich. Der Anteil des Personals, das hauptsächlich körperbezogene Pflege ausübt, liegt durchgängig bei etwas über zwei Drittel und der Anteil des Personals, das hauptsächlich Betreuungsleistungen ausübt, etwa bei 4 Prozent. Der Anteil der Hilfen bei der Haushaltsführung ist mit etwa 13 Prozent relativ konstant geblieben (Tabelle 2.9).

Tabelle 2.9: Personal im Pflegedienst nach Beschäftigungsverhältnis und nach Tätigkeitsbereich in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023

	2017	2019	2021	2023
Personal nach Beschäftigungsverhältnis				
Personal insgesamt	390.322	421.550	442.860	446.425
Vollzeit	109.657	117.124	124.685	126.251
Teilzeit > 50 %	143.050	157.984	170.929	178.515
Teilzeit ≤ 50 %	56.028	59.996	61.805	56.874
geringfügig beschäftigt	68.508	71.077	69.035	70.434
Sonstige*	13.079	15.369	16.406	14.351
Vollzeitäquivalente (VZÄ)	266.041	288.268	306.380	310.665
Personal in Relation zu Pflegebedürftigen mit Leistungen der Pflegedienste				
VZÄ je 100 Pflegebedürftige	32,1	29,3	29,3	28,2
Personal nach Beschäftigungsverhältnis in Prozent				
Personal insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
Vollzeit	28,1	27,8	28,2	28,3
Teilzeit > 50 %	36,6	37,5	38,6	40,0
Teilzeit ≤ 50 %	14,4	14,2	14,0	12,7
geringfügig beschäftigt	17,6	16,9	15,6	15,8
Sonstige*	3,4	3,6	3,7	3,2

	2017	2019	2021	2023
Personal nach überwiegendem Tätigkeitsbereich				
Pflegedienstleitung	19.819	20.380	21.277	21.258
körperbezogene Pflege	267.849	285.868	299.905	306.140
Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)	14.898	18.479	19.022	18.033
Hilfen bei der Haushaltsführung	49.518	56.267	59.345	58.261
Verwaltung, Geschäftsführung	18.154	19.913	22.017	21.773
sonstiger Bereich	20.084	20.643	21.294	20.960
Personal nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Prozent				
Pflegedienstleitung	5,1	4,8	4,8	4,8
körperbezogene Pflege	68,6	67,8	67,7	68,6
Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)	3,8	4,4	4,3	4,0
Hilfen bei der Haushaltsführung	12,7	13,3	13,4	13,1
Verwaltung, Geschäftsführung	4,7	4,7	5,0	4,9
sonstiger Bereich	5,1	4,9	4,8	4,7

* Im Praktikum, in Ausbildung, im Freiwilligen Sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2025d); eigene Berechnungen

Tabelle 2.10: Personal im Pflegedienst nach Qualifikation im Jahr 2023

	Personal insgesamt				Pflege und Betreuung			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	102.503	23,0	79.971	25,7	96.043	27,8	74.854	30,3
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	21.358	4,8	15.714	5,1	20.483	5,9	15.105	6,1
Pflegefachfrau/-mann	4.975	1,1	3.921	1,3	4.683	1,4	3.696	1,5
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	71.575	16,0	50.098	16,1	65.187	18,9	45.391	18,3
Krankenpflegehelfer/-in	13.136	2,9	9.506	3,1	12.568	3,6	9.116	3,7
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	6.242	1,4	4.167	1,3	5.465	1,6	3.655	1,5
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	1.379	0,3	975	0,3	1.216	0,4	857	0,3

	Personal insgesamt				Pflege und Betreuung			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Heilerziehungspflegehelfer/-in	253	0,1	166	0,1	218	0,1	146	0,1
Heilpädagogin/Heilpädagoge	69	0,0	49	0,0	43	0,0	29	0,0
Ergotherapeut/-in	394	0,1	276	0,1	295	0,1	208	0,1
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	241	0,1	155	0,0	163	0,0	105	0,0
sonstiger Abschluss im Bereich der nicht ärztlichen Heilberufe	2.610	0,6	1.659	0,5	1.933	0,6	1.237	0,5
sozialpädagogischer/ sozialarbeiterischer Berufsabschluss	1.323	0,3	917	0,3	815	0,2	547	0,2
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	657	0,1	459	0,1	513	0,1	362	0,1
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	92	0,0	58	0,0	48	0,0	32	0,0
Abschluss einer pflegewissen- schaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	1.133	0,3	974	0,3	656	0,2	573	0,2
sonstiger pflegerischer Beruf	23.495	5,3	16.464	5,3	20.952	6,1	14.865	6,0
Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen	582	0,1	398	0,1	151	0,0	108	0,0
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	8.277	1,9	5.312	1,7	1.790	0,5	1.248	0,5
sonstiger Berufsabschluss	115.614	25,9	75.628	24,3	64.064	18,5	44.272	17,9
ohne Berufsabschluss	56.943	12,8	37.012	11,9	35.493	10,3	24.677	10,0
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	13.574	3,0	6.787	2,2	12.652	3,7	6.326	2,6
insgesamt	446.425	100,0	310.665	100,0	345.431	100,0	247.411	100,0
Pflegefachkräfte (eng gefasst)	186.428	41,8	139.131	44,8	172.034	49,8	128.169	51,8
Fachkräfte in der pflegerischen Versorgung (weit gefasst)	189.985	42,6	141.611	45,6	174.717	50,6	130.023	52,6

Anmerkung: Unter Pflege und Betreuung werden hier körperbezogene Pflege, Pflegedienstleitung und Betreuung zusammengefasst.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025d); eigene Berechnungen

Anhand der Pflegestatistik ist die Fachkraftquote nur schwer zu ermitteln, da nur das direkt in der Pflegeeinrichtung angestellte Personal berücksichtigt wird, nicht aber die outgesourceten Bereiche. Auch für die Pflege selbst ist nicht ausgewiesen, welcher Anteil durch examiniertes Personal geleistet wird. Unterscheidbar ist in der Pflegestatistik lediglich, in welchem Arbeitsbereich die einzelnen Beschäftigten hauptsächlich tätig sind.

Insgesamt sind für 2023 in der Pflegestatistik 446.425 Beschäftigte in Pflegediensten ausgewiesen (Tabelle 2.10). Ein Großteil davon ist in Teilzeit beschäftigt (Tabelle 2.9). Zur Erfassung des Personalvolumens ist daher die Umrechnung in VZÄ angebracht. 41,8 Prozent der Beschäftigten sind Pflegefachkräfte im engeren Sinne – also staatlich anerkannte Altenpflegekräfte, Pflegefachmänner und -frauen, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte oder Beschäftigte mit einem Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität (Tabelle 2.10). Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft (§ 71 Abs. 3 SGB XI). Einige andere Berufsgruppen können unter Umständen in verschiedenen Bundesländern ebenfalls als Fachkräfte in der Pflege berücksichtigt werden (Rothgang et al., 2021, S. 37 ff.; Rothgang et al., 2023b). Auch entsprechend den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands Bund finden weitaus mehr Berufsgruppen Erwähnung als Fachkräfte in der pflegerischen Versorgung. So sollen im Pflegeheim ebenso weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zum Fachkraftpersonal gezählt werden (GKV-SV, 2023). Weit gefasst können somit auch die Heilerziehungsfachkräfte, die Beschäftigten in pädagogischen und therapeutischen Berufen und in Teilen die Fachhauswirtschaft für ältere Menschen hinzugezählt werden. Werden diese mit zu den Fachkräften in der Pflege gezählt, sind es 42,6 Prozent der Beschäftigten, die als Fachkräfte in der pflegerischen Versorgung gezählt werden könnten. Umgerechnet in VZÄ entspricht dies 44,8 (eng gefasst) beziehungsweise 45,6 Prozent (weit gefasst) des eingesetzten Personals. Wenn nur die Beschäftigten mit Schwerpunkt Pflege und Betreuung berücksichtigt werden, wird eine Pflegefachkraftquote von 49,8 Prozent und eine erweiterte Fachkraftquote von 50,6 Prozent erreicht. Gemessen in VZÄ resultieren daraus sogar Fachkraftquoten von 51,8 Prozent beziehungsweise 52,6 Prozent in diesem Tätigkeitsbereich.

Fachkraftquote im
Bereich Pflege und
Betreuung über 50%

Zahl vollstationärer
Pflegeeinrichtungen
stagniert; deutliche
Zuwächse in der Tages-
und Nachtpflege

2.2.2 Pflegeheime

Als Pflegeheime sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege) anbieten. Von den 16.505 Pflegeheimen bieten 9.421 ausschließlich Dauerpflege, 135 ausschließlich Kurzzeitpflege, 5.082 ausschließlich Tagespflege und keines nur Nachtpflege an. In den verbleibenden 1.867 Einrichtungen gibt es verschiedene Kombinationen in der Angebotsstruktur (Statistisches Bundesamt, 2025d). In der Summe bieten 11.250 Einrichtungen vollstationäre Dauerpflege, 1.124 Einrichtungen Kurzzeitpflege und 6.154 Einrichtungen Tages- oder Nachtpflege an. Während die Zahl der Anbieter von vollstationärer Dauerpflege zuletzt stagnierte und die Zahl der Anbieter von Kurzzeitpflege zuletzt sogar rückläufig war, hat sich die Zahl der Anbieter von Tages- oder Nachtpflege zwischen 2017 und 2023 um 38,1 Prozent erhöht (Tabelle 2.11).

Tabelle 2.11: Anzahl der Pflegeheime nach Pflegeangebot

	2017	2019	2021	2023
Pflegeheime insgesamt	14.480	15.380	16.115	16.505
mit Dauerpflege	11.241	11.317	11.358	11.250
mit Kurzzeitpflege	1.205	1.336	1.263	1.124
mit Tagespflege	4.455	5.264	5.797	6.152
mit Nachtpflege	110	88	81	56

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025d)

Die Zahl der Pflegeheime allein reflektiert die Angebotskapazitäten aber nur unvollständig. Als weitere Indikatoren können die Zahl der Heimplätze (Bettenzahl) und die Zahl der Beschäftigten herangezogen werden. Die Zahl der Heimplätze für Dauerpflege blieb im Zeitraum von 2017 bis 2023 mit 876.867 bis 882.855 fast unverändert (Tabelle 2.12). Dies korreliert mit der Stagnation der Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Versorgung (siehe Kapitel 2.1.1). Ob für die Entwicklung der vollstationären Versorgung das Angebot oder die Nachfrage verantwortlich ist, lässt sich aus den Daten der Pflegestatistik nicht herauslesen.

Tabelle 2.12: Anzahl der verfügbaren Heimplätze in Tausend

	2017	2019	2021	2023
insgesamt	952.367	969.553	984.688	988.951
Dauerpflege	876.867	877.162	877.878	882.855
Kurzzeitpflege	8.621	9.492	10.316	8.293
Dauerpflegeplätze, die flexibel für Kurzzeitpflege genutzt werden können	41.689	42.160	46.376	45.065
Tagespflege	66.484	82.639	96.225	105.911
Nachtpflege	395	260	269	185

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025d)

Darstellbar ist aber die Entwicklung der Auslastung. Von 2017 bis 2023 ist die Gesamtzahl der vollstationären Heimplätze (Kurzzeitpflege + Dauerpflege) leicht von 885.488 auf 891.148 gestiegen. Die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege hat mit den Coronajahren allerdings einen Einbruch erlitten. Von etwa 818.000 in den Jahren 2017 und 2019 gab es einen Rückgang auf etwa 793.000 im Jahr 2021. Und auch im Jahr 2023 lag die Zahl der Pflegebedürftigen mit rund 800.000 noch unter dem Niveau der Jahre vor der Coronapandemie. Entsprechend war die Auslastung mit 89,7 Prozent im Jahr 2023 geringer als im Jahr 2017, als die Auslastung bei 92,4 Prozent lag. Regional können diese Werte jedoch sehr schwanken. Befragungen zeigen an, dass die Nachfrage vielerorts größer ist als das Angebot. Der Anteil der vollstationären Pflegeeinrichtungen, die eine Warteliste führen, betrug im Jahr 2010 noch 56 Prozent. In der Repräsentativerhebung 2016 gaben dagegen schon 71 Prozent der vollstationären Einrichtungen an, eine Warteliste zu führen (Schneekloth et al., 2017, S. 364). Wartezeiten können ein Zeichen dafür sein, dass der Bedarf beispielsweise aufgrund von Personalmangel bald nicht mehr gedeckt werden kann; es kann aber zudem ein Zeichen für eine bewusste Ambulantisierung sein (vergleiche Rothgang & Müller, 2019).

Ein weiteres Merkmal der Stützung ambulanter Versorgungsstrukturen ist die Ausweitung der Angebote der Tagespflege, die auf eine stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger abzielt. Die Anzahl der Tagespflegeplätze hat sich allein in den Jahren von 2017 bis 2023 von 66.484 Plätzen auf 105.911 um 59,3 Prozent erhöht (Tabelle 2.12).

Angebot an Tages- und Nachtpflege um 59,3 % erhöht

Ein weiterer Indikator für Pflegeheimkapazitäten ist die Zahl der Beschäftigten. Diese wird in den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts differenziert nach Beschäftigungsverhältnis, beruflicher Ausbildung und überwiegendem Tätigkeitsbereich ausgewiesen. Diese Statistiken sind in aller Regel nicht differenziert danach aufgeschlüsselt, ob es sich um eine ausschließlich vollstationäre Einrichtung, eine ausschließlich teilstationäre Einrichtung oder eine Mischform der beiden handelt. Tabelle 2.13 und Tabelle 2.14 stellen zunächst entsprechend den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts das Personal zusammen für alle stationären Einrichtungen differenziert nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Beruf dar. Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023 (PUEG) wurden allerdings neue Vorschriften zur Mindestanzahl von Pflegekräften in der vollstationären Versorgung erlassen. Um zur Bewertung der Personalausstattung Datengrundlagen zu schaffen, ist eine differenzierte Betrachtung des stationären Personals nach teilstationärer und vollstationärer Versorgung vonnöten (Tabelle 2.15).

Die durchschnittliche
vertragliche Arbeitszeit
der Beschäftigten steigt.

Die Zahl der Beschäftigten in allen stationären Einrichtungen zusammen hat von 764.648 im Jahr 2017 um 6,9 Prozent auf 817.711 im Jahr 2023 zugenommen. Umgerechnet in VZÄ ist dies ein Zuwachs von 552.470 auf 594.663, also um 7,6 Prozent. Dieses Wachstum beruht auf einem stärkeren Zuwachs bei den Vollzeitbeschäftigten (+9,1 Prozent) und den Teilzeitbeschäftigten mit mehr als 50 Prozent der Regelarbeitszeit (+10,2 Prozent). Die Zahl der Teilzeitbeschäftigten mit weniger als 50 Prozent der Regelarbeitszeit hat sich um 6,1 Prozent verringert und die Zahl der geringfügig Beschäftigten ist parallel um 11,8 Prozent gestiegen. Die Zahl der Personen, die ein Praktikum, eine Ausbildung, ein Freiwilliges Soziales Jahr oder einen Bundesfreiwilligendienst machten, hat sich lediglich um 0,7 Prozent erhöht. Die vertragliche Arbeitszeit der Beschäftigten hat sich somit im Durchschnitt erhöht (Tabelle 2.13).

In allen Tätigkeitsbereichen gibt es im Beobachtungszeitraum eine Steigerung in der Zahl der Beschäftigten. Die Zahl der Beschäftigten, die überwiegend für die körperliche Pflege zuständig sind, ist von 469.584 auf 505.934 um 7,7 Prozent und damit etwas mehr als die Gesamtpersonalzahl gestiegen. Werden das in der Pflegestatistik aufgeführte „zusätzliche Pflegepersonal nach § 8 Abs. 6 SGB XI“ und das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9 SGB XI) hinzugezählt, dann beträgt die Steigerungsrate sogar

9,5 Prozent und liegt damit deutlich über der Gesamtpersonalentwicklung im Pflegeheim. Der Anteil der Beschäftigten, für die die körperbezogene Pflege der überwiegende Tätigkeitsbereich ist, ist zwar während der Coronapandemie von 61,4 Prozent auf etwa 60,5 Prozent gesunken. Er hat sich aber inzwischen mit 61,9 Prozent wieder leicht über dem vorherigen Niveau eingependelt. Das zusätzliche Pflegepersonal und das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal gleichen den zwischenzeitlichen Rückgang nicht nur wieder aus, sondern erhöhen ihn sogar auf insgesamt 62,9 Prozent (Tabelle 2.13). Im Betreuungsbereich ist der Anstieg nicht so ausgeprägt wie in der Gesamtentwicklung des Personals. Ab dem Jahr 2009 wurden die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87 b SGB XI aufgenommen, nach denen Pflegeheimen, zweckgebunden für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, Vergütungszuschläge zustehen, wenn entsprechendes Personal eingestellt wird. Zudem werden in der Pflegestatistik weitere Betreuungsleistungen erfasst. In der Summe beider Tätigkeitsbereiche werden über die vier Erhebungsjahre jeweils um 97.000 Beschäftigte gezählt. Rückgänge im Anteil gab es vor allem im Hauswirtschaftsbereich: von 15,9 Prozent auf 14,4 Prozent. Für rund 5,5 Prozent der Beschäftigten sind Verwaltung und Geschäftsführung die hauptsächliche Tätigkeit. Der sonstige Tätigkeitsbereich hat basierend auf geringeren Fallzahlen die höchsten Steigerungsraten.

Tabelle 2.13: Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023

	2017	2019	2021	2023
Beschäftigungsverhältnisse				
Personal insgesamt	764.648	796.489	814.042	817.711
Vollzeit	220.958	231.847	236.898	240.963
Teilzeit > 50 %	313.444	329.229	342.041	345.374
Teilzeit ≤ 50 %	109.120	109.172	109.727	102.431
geringfügig beschäftigt	62.519	63.512	63.909	69.900
Sonstige*	58.607	62.729	61.467	59.043
VZÄ	552.470	577.307	591.511	594.663
Relation zur Zahl der Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung				
VZÄ je 100 Pflegebedürftige	59,9	60,3	63,5	60,9

	2017	2019	2021	2023
Beschäftigungsverhältnisse in Prozent der Beschäftigten				
Personal insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
Vollzeit	28,9	29,1	29,1	29,5
Teilzeit > 50 %	41,0	41,3	42,0	42,2
Teilzeit ≤ 50 %	14,3	13,7	13,5	12,5
geringfügig beschäftigt	8,2	8,0	7,9	8,5
Sonstige*	7,7	7,9	7,6	7,2
Beschäftigte nach überwiegendem Tätigkeitsbereich				
körperbezogene Pflege	469.584	490.110	492.565	505.934
zusätzliches Pflegepersonal (§ 8 Abs. 6 SGB XI)	0	6.310	4.267	3.063
zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9 SGB XI)	0	0	5.899	5.095
Betreuung	42.723	39.423	43.404	44.591
zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)	54.229	57.301	54.274	52.352
Hauswirtschaftsbereich	121.516	121.966	121.918	118.057
haustechnischer Bereich	17.265	17.786	17.913	17.726
Verwaltung, Geschäftsführung	42.199	43.390	46.673	45.196
sonstiger Bereich	17.132	20.203	27.129	25.697
Beschäftigte nach überwiegendem Tätigkeitsbereich in Prozent				
körperbezogene Pflege	61,4	61,5	60,5	61,9
zusätzliches Pflegepersonal (§ 8 Abs. 6 SGB XI)	0,0	0,8	0,5	0,4
zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9 SGB XI)	0,0	0,0	0,7	0,6
Betreuung	5,6	4,9	5,3	5,5
zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)	7,1	7,2	6,7	6,4
Hauswirtschaftsbereich	15,9	15,3	15,0	14,4
haustechnischer Bereich	2,3	2,2	2,2	2,2
Verwaltung, Geschäftsführung	5,5	5,4	5,7	5,5
sonstiger Bereich	2,2	2,5	3,3	3,1

* Im Praktikum, in Ausbildung, im Freiwilligen Sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2025d); eigene Berechnungen

In der Relation von VZÄ in der (teil)stationären Versorgung zur Zahl der entsprechenden Pflegebedürftigen hat es eine Verbesserung gegeben. Diese Relation stieg von 59,9 auf 60,9 VZÄ je 100 Pflegebedürftige. Während der Coronapandemie stieg die Zahl der VZÄ je 100 Pflegebedürftige sogar auf 63,5 (Tabelle 2.13).

mehr Personal je
100 Pflegebedürftige

Insgesamt sind für 2023 in der Pflegestatistik 817.711 Beschäftigte in Pflegeheimen ausgewiesen. Nach Umrechnung der Arbeitszeiten ergeben sich daraus 594.663 VZÄ. Bezüglich des Qualifikationsniveaus zeigt sich Folgendes: Von den Beschäftigten insgesamt sind 30,0 Prozent Pflegefachkräfte (entsprechend der Definition in Kapitel 2.2.1). Werden die Fachkräfte hinzugezählt, die in manchen Landesverordnungen unter Umständen mit zum Fachpersonal gezählt werden können, sind es 31,9 Prozent der Beschäftigten (Tabelle 2.14). Gemessen in VZÄ sind es 33,4 beziehungsweise 35,4 Prozent. Von den Beschäftigten mit den Schwerpunkten Pflege und Betreuung sind es 36,9 beziehungsweise 39,1 Prozent der Beschäftigten und 40,0 Prozent beziehungsweise 42,3 Prozent der VZÄ. In keinem Fall wird aber eine ehemals angestrebte Fachkraftquote von 50 Prozent erreicht.

Tabelle 2.14: Personal im Pflegeheim nach Qualifikation im Jahr 2023

	Personal insgesamt				Pflege und Betreuung			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	180.400	22,1	148.375	25,0	169.020	27,7	138.378	30,5
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	55.414	6,8	42.681	7,2	54.228	8,9	41.836	9,2
Pflegefachfrau/-mann	10.900	1,3	9.296	1,6	10.459	1,7	8.914	2,0
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	47.190	5,8	35.563	6,0	42.018	6,9	31.199	6,9
Krankenpflegehelfer/-in	15.479	1,9	11.906	2,0	15.213	2,5	11.720	2,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	3.558	0,4	2.594	0,4	3.100	0,5	2.216	0,5
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in	2.254	0,3	1.723	0,3	2.117	0,3	1.625	0,4

	Personal insgesamt				Pflege und Betreuung			
	Personen		Vollzeitäquivalente		Personen		Vollzeitäquivalente	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Heilerziehungspflegehelfer/-in	482	0,1	359	0,1	446	0,1	331	0,1
Heilpädagogin/Heilpädagoge	243	0,0	178	0,0	177	0,0	124	0,0
Ergotherapeut/-in	5.483	0,7	4.293	0,7	5.033	0,8	3.942	0,9
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	1.006	0,1	753	0,1	721	0,1	536	0,1
sonstiger Abschluss im Bereich der nicht ärztlichen Heilberufe	1.921	0,2	1.340	0,2	1.482	0,2	1.048	0,2
sozialpädagogischer/ sozialarbeiterischer Berufsabschluss	6.110	0,7	4.616	0,8	4.567	0,7	3.375	0,7
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	630	0,1	462	0,1	579	0,1	428	0,1
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	87	0,0	61	0,0	64	0,0	44	0,0
Abschluss einer pflegewissen- schaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	3.264	0,4	2.833	0,5	916	0,1	734	0,2
sonstiger pflegerischer Beruf	67.691	8,3	48.050	8,1	65.860	10,8	46.855	10,3
Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen	1.684	0,2	1.338	0,2	150	0,0	112	0,0
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	31.809	3,9	23.228	3,9	2.866	0,5	2.106	0,5
sonstiger Berufsabschluss	204.815	25,0	142.832	24,0	102.094	16,7	74.028	16,3
ohne Berufsabschluss	122.450	15,0	84.763	14,3	77.052	12,6	57.246	12,6
Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in	54.841	6,7	27.421	4,6	52.873	8,7	26.437	5,8
insgesamt	817.711	100,0	594.665	100,0	611.035	100,0	453.234	100,0
Pflegefachkräfte (eng gefasst)	245.312	30,0	198.661	33,4	225.513	36,9	181.441	40,0
Fachkräfte in der pflegerischen Versorgung (weit gefasst)	261.188	31,9	210.798	35,4	238.857	39,1	191.583	42,3

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025d); eigene Berechnungen

In den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts wird das Personal nicht differenziert nach Beruf und Tätigkeit separat für vollstationäre und teilstationäre Einrichtungen ausgewiesen. Allerdings bestehen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Aufgaben bei vollstationärer und teilstationärer Versorgung auch unterschiedliche Anforderungen an das Personal. Um einen tieferen Einblick in die Versorgungsstrukturen von teilstationären und vollstationären Einrichtungen zu gewähren, sind die Daten der Pflegestatistik am Gastwissenschaftlerarbeitsplatz speziell ausgewertet worden. Dabei wurden die Einrichtungen unterteilt in Einrichtungen, die ausschließlich vollstationäre Leistungen anbieten (Kurzzeitpflege und/oder vollstationäre Dauerpflege), Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Pflege anbieten (Tages- oder/und Nachtpflege), und Einrichtungen, die eine Mischung aus beiden anbieten. Das Personal wurde differenziert nach Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften mit Ausbildung, Pflegehilfskräften ohne Ausbildung und sonstiges Personal. Dabei wurde die engere Definition von Pflege- und Betreuungskräften angewendet (Tabelle 2.15).

Insgesamt wurden Ende 2023 10.351 Einrichtungen gezählt, die ausschließlich vollstationäre Versorgung anbieten. 5.096 Einrichtungen bieten ausschließliche teilstationäre Versorgung an und bei 1.058 Einrichtungen handelt es sich um Mischformen. Die meisten Pflegefachkräfte (241.375) sind in den ausschließlich vollstationären Einrichtungen beschäftigt. In den ausschließlich teilstationären Einrichtungen sind es nur 18.508 Pflegefachkräfte. Je vollstationäre Einrichtung sind somit im Durchschnitt 23,3 Pflegefachkräfte beschäftigt. In den teilstationären Einrichtungen sind es durchschnittlich nur 3,6 Pflegefachkräfte. Der Unterschied rührt daher, dass die Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen je teilstationäre Einrichtung geringer ist und die Pflegebedürftigen nicht rund um die Uhr versorgt werden müssen.

Tabelle 2.15: Personal nach Qualifikationsniveau in ausschließlich vollstationären, ausschließlich teilstationären Einrichtungen und in Mischformen im Jahr 2023

	ausschließlich vollstationäre Einrichtungen	Angebot von teil- und vollstationärer Versorgung	ausschließlich teilstationäre Einrichtungen
Anzahl Beschäftigte			
Pflegefachkräfte	241.375	30.319	18.508
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	67.758	8.248	2.587
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	222.914	27.719	15.584
sonstiges Personal	148.844	20.995	12.860
Personal in VZÄ			
Pflegefachkräfte	184.941	22.705	13.459
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	50.755	6.058	1.789
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	163.470	19.723	10.242
sonstiges Personal	101.198	13.759	6.566
Anzahl Einrichtungen			
	10.351	1.058	5.096
Relation Personal je Einrichtung			
Pflegefachkräfte	23,3	28,7	3,6
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	6,5	7,8	0,5
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	21,5	26,2	3,1
sonstiges Personal	14,4	19,8	2,5
Relation VZÄ je Einrichtung			
Pflegefachkräfte	17,9	21,5	2,6
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	4,9	5,7	0,4
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	15,8	18,6	2,0
sonstiges Personal	9,8	13,0	1,3
Anzahl Pflegebedürftige			
	718.410	98.308	159.916
Relation Personal je 100 Pflegebedürftige			
Pflegefachkräfte	33,6	30,8	11,6
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	9,4	8,4	1,6
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	31,0	28,2	9,7
sonstiges Personal	20,7	21,4	8,0

	ausschließlich vollstationäre Einrichtungen	Angebot von teil- und vollstationärer Versorgung	ausschließlich teilstationäre Einrichtungen
Relation VZÄ je 100 Pflegebedürftige			
Pflegefachkräfte	25,7	23,1	8,4
Pflegehilfskräfte mit Ausbildung	7,1	6,2	1,1
Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung	22,8	20,1	6,4
sonstiges Personal	14,1	14,0	4,1

Quelle: FDZ-StaBu (2025); eigene Berechnungen

In ausschließlich vollstationären Einrichtungen wurden Ende 2023 718.410 Pflegebedürftige versorgt. Damit kamen auf 100 Pflegebedürftige 33,6 Pflegefachkräfte und umgerechnet in VZÄ 25,7 Pflegefachkräfte. Im Vergleich dazu ist je 100 Pflegebedürftige in der teilstationären Versorgung je Qualifikationsniveau nur rund ein Drittel des Personals beschäftigt. Für die Versorgung von 159.916 Pflegebedürftigen stehen 18.508 Pflegefachkräfte beziehungsweise in VZÄ 13.459 Pflegefachkräfte zur Verfügung. Das sind 11,6 Pflegefachkräfte beziehungsweise 8,4 VZÄ je 100 Pflegebedürftige. Die Relationen der Zahl der Pflegehilfskräfte mit Ausbildung zur Zahl der Pflegebedürftigen unterscheidet sich in ähnlicher Weise. In der vollstationären Versorgung waren es 9,4 Beschäftigte und 7,1 VZÄ je 100 Pflegebedürftige. In der teilstationären Versorgung hingegen waren es 1,6 Beschäftigte und 1,1 VZÄ je 100 Pflegebedürftige. Insgesamt ist somit weitaus weniger Personal je 100 Pflegebedürftige in der teilstationären Pflege tätig als in der vollstationären Versorgung.

Bezüglich der Finanzierung vollstationärer Einrichtungen ist zu berücksichtigen, dass die Gesamtheimentgelte gemäß § 87a SGB XI neben den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1 SGB XI einschließlich der Ausbildungsvergütung nach § 82a SGB XI) auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) sowie die gesondert abrechenbaren Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI) umfassen. Die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen sich nur auf die Pflegesätze und sind dabei in aller Regel deutlich geringer als diese. Insgesamt decken die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt deutlich weniger als die Hälfte des Gesamtheimentgelts ab (Tabelle 2.16).

Ursprünglich waren die Anteile an den Pflegesätzen, die vom Versicherten zu zahlen waren, abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Pflegeklasse gleichbedeutend mit Pflegestufe). Seit Inkrafttreten der Regelungen des PSG II zum 1. Januar 2017 zahlen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 für die Pflegeaufwände nunmehr einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE). Bei einer Erhöhung des Pflegegrads verändert sich der EEE seither innerhalb der jeweiligen Einrichtung nicht. Wie hoch die Gesamtentgelte in der stationären Pflege – bestehend aus Pflegekosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten – insgesamt ausfallen und welche Eigenanteile daraus resultieren, zeigt Tabelle 2.16. Zusätzlich sind noch weitere individuelle Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI möglich, die gesondert abgerechnet werden und dementsprechend den Eigenanteil erhöhen.

Der größte Anteil des Gesamtheimtelts entfällt auf die Pflegekosten. Die diesbezüglichen Pflegeversicherungsleistungen reichen aber nicht aus, um die Pflegekosten zu decken. Für die Pflegebedürftigen bleibt immer noch ein beträchtlicher Eigenanteil an den Pflegekosten zu zahlen. Bis einschließlich 2021 war dieser Eigenanteil von den Pflegebedürftigen zu zahlen. Seit 2022 werden je nach bisheriger Dauer der vollstationären Dauerpflege verschiedene Prozentsätze dieser Basiseigenanteile von der Pflegeversicherung übernommen (siehe Kapitel 2.3.1).

Tabelle 2.16: Entwicklung der durchschnittlichen monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile in der vollstationären Dauerpflege in Euro

Jahr	Pflegegrad	(1) = (5) + (6) Pflegekosten (ab 2025 inklusive Ausbildungskosten)	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamtheimtelgt	(5) Versicherungsleistungen ohne Zuschüsse	(6) Eigenanteil Pflegekosten ohne Zuschüsse	(7) Eigenanteil insgesamt
2018	PG 2	1.363	716	463	2.542	770	593	1.772
	PG 3	1.855	716	463	3.034	1.262	593	1.772
	PG 4	2.368	716	463	3.547	1.775	593	1.772
	PG 5	2.598	716	463	3.777	2.005	593	1.772



www.bifg.de/Y925PP

Jahr	Pflegegrad	(1) = (5) + (6) Pflegekosten (ab 2025 inklusive Ausbildungskosten)	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamtheimengelt	(5) Versicherungsleistungen ohne Zuschüsse	(6) Eigenanteil Pflegekosten ohne Zuschüsse	(7) Eigenanteil insgesamt
2019	PG 2	1.425	728	447	2.600	770	655	1.830
	PG 3	1.917	728	447	3.092	1.262	655	1.830
	PG 4	2.430	728	447	3.605	1.775	655	1.830
	PG 5	2.660	728	447	3.835	2.005	655	1.830
2020	PG 2	1.501	756	453	2.710	770	731	1.940
	PG 3	1.993	756	453	3.202	1.262	731	1.940
	PG 4	2.506	756	453	3.715	1.775	731	1.940
	PG 5	2.736	756	453	3.945	2.005	731	1.940
2021	PG 2	1.601	779	458	2.838	770	831	2.068
	PG 3	2.093	779	458	3.330	1.262	831	2.068
	PG 4	2.606	779	458	3.843	1.775	831	2.068
	PG 5	2.836	779	458	4.073	2.005	831	2.068
2022	PG 2	1.682	801	466	2.949	770	912	2.179
	PG 3	2.174	801	466	3.441	1.262	912	2.179
	PG 4	2.687	801	466	3.954	1.775	912	2.179
	PG 5	2.917	801	466	4.184	2.005	912	2.179
2023	PG 2	1.909	857	472	3.238	770	1.139	2.468
	PG 3	2.401	857	472	3.730	1.262	1.139	2.468
	PG 4	2.914	857	472	4.243	1.775	1.139	2.468
	PG 5	3.144	857	472	4.473	2.005	1.139	2.468
2024	PG 2	2.147	921	485	3.553	770	1.377	2.783
	PG 3	2.639	921	485	4.045	1.262	1.377	2.783
	PG 4	3.152	921	485	4.558	1.775	1.377	2.783
	PG 5	3.382	921	485	4.788	2.005	1.377	2.783

Jahr	Pflegegrad	(1) = (5) + (6) Pflegekosten (ab 2025 inklusive Ausbildungskosten)	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamtheimentgelt	(5) Versicherungsleistungen ohne Zuschüsse	(6) Eigenanteil Pflegekosten ohne Zuschüsse	(7) Eigenanteil insgesamt
2025	PG 2	2.565	990	498	4.053	805	1.760	3.248
	PG 3	3.079	990	498	4.567	1.319	1.760	3.248
	PG 4	3.615	990	498	5.103	1.855	1.760	3.248
	PG 5	3.856	990	498	5.344	2.096	1.760	3.248

Anmerkung: Pflegeentgelte, Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten und Gesamtentgelte sind jeweils zum 1. Januar erhoben.

Seit 2022 werden je nach Aufenthaltsdauer bei Pflegegrad 2 bis 5 noch Anteile der pflegebedingten Eigenanteile von der Pflegeversicherung übernommen. Die in Rechnung gestellten Ausbildungskosten sind ab 2025 enthalten.

Quelle: vdek (2024b; 2025b, S. 49); eigene Berechnungen

monatliche Belastung
für Pflegebedürftige
bei durchschnittlich
3.108 Euro im ersten
Jahr

Im Januar 2025 lagen die Gesamtheimentgelte je nach Pflegegrad zwischen 4.053 und 5.344 Euro (Tabelle 2.16). Insgesamt mussten von den Pflegebedürftigen mit den Pflegegraden 2 bis 5 monatlich im Durchschnitt 3.248 Euro für die stationäre Versorgung aufgebracht werden. Diese setzen sich aus 498 Euro für Investitionskosten, 990 Euro für Unterkunft und Verpflegung sowie einem EEE inklusive Ausbildungskosten von 1.760 Euro zusammen. Der gesamte selbst zu zahlende Anteil verringert sich bei einer bisherigen Pflegedauer von bis zu einem Jahr mit Pflegegrad 2 bis 5 im Pflegeheim auf 2.984 Euro. Im zweiten Jahr sind es 2.720 Euro, im dritten Jahr 2.368 Euro und bei längeren Dauern noch 1.928 Euro, die von den Pflegebedürftigen durchschnittlich pro Monat an das Pflegeheim zu entrichten sind (vdek, 2025b, S. 49).

2.2.3 Pflegepersonen

Pflegepersonen im Sinne des SGB XI sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegen (§ 19 SGB XI). Zur Erfassung der Zahl der Pflegepersonen gibt es keine amtlichen Statistiken. Dennoch lassen sich anhand verschiedener Datenquellen Schätzungen und Beschreibungen vornehmen.

Schätzungen zur Gesamtzahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen kommen auf etwa doppelt so viele Pflegepersonen wie Pflegebedürftige im häuslichen Setting. Auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) wurden für das Jahr 2015 rund 4,6 Millionen Pflegepersonen bei ausgewiesenen 2,2 Millionen Pflegebedürftigen geschätzt (Rothgang et al., 2017, S. 144 f.). Nach den Studien von TNS und Kantar aus den Jahren 1998 bis 2018 gibt es einen steigenden Anteil Pflegebedürftiger, die zu Hause von nur einer Person versorgt werden. Hingegen sinkt der Anteil an Pflegebedürftigen, die von vier oder mehr Personen betreut werden (Abbildung 2.25). Nach der Befragung im Jahr 2018 werden Pflegebedürftige im Durchschnitt von 2,0 privaten Pflegepersonen betreut und gepflegt (Geiss et al., 2019, S. 94). Bei ausgewiesenen 4,9 Millionen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege im Jahr 2023 ist daher mit rund 9,8 Millionen Pflegepersonen zu rechnen.

doppelt so viele Pflege-
personen wie Pflege-
bedürftige im häuslichen
Setting

Die Relation von Pflegenden zu Pflegebedürftigen stellt sich insgesamt leicht rückläufig dar. Hier könnte mit einem verringerten Pflegepotenzial in der Bevölkerung argumentiert werden. Der Rückgang der Relation ist zu einem Teil aber auch durch die Verschiebung in den Anteilen mit höheren und niedrigeren Pflegegraden begründet. Je geringer die Pflegegrade nämlich sind, desto geringer ist der Pflegeaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Zahl der weiteren Pflegepersonen (Geiss et al., 2019, S. 95 f.).

Abbildung 2.25: Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen 1998, 2010, 2016 und 2018



Quelle: Geiss et al. (2019, S. 95)

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung entrichtet die Pflegeversicherung Beiträge an die Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen des Pflegegrads 2 bis 5 in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig für wenigstens zehn Stunden wöchentlich, an mindestens zwei Tagen pro Woche pflegt (§ 44 SGB XI). Bis Ende 2016 mussten 14 Stunden Pflege nachgewiesen werden. Ein Beitragsanspruch besteht nur, solange noch keine Vollrente wegen Alters bezogen wird.

Rentenversicherungs-
beiträge für 1,09 Millio-
nen Pflegepersonen

Bis zum Jahr 2016 wurden von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) jährlich zum Jahresende maximal knapp über 300.000 pflichtversicherte Pflegepersonen ermittelt. Nach der Umsetzung des PSG II stiegen die Zahlen dann aber enorm an, was auch durch die Reduktion der Mindeststundenzahl der wöchentlichen Pflege von 14 Stunden auf zehn Stunden begründet ist. Zum 31. Dezember 2017 wurden 527.375, zum 31. Dezember 2022 schon 1.024.537 (DRV, 2024, S. 28) und zum 31. Dezember 2023 sogar 1,09 Millionen Pflegepersonen ermittelt (DRV, 2025, S. 18). Ende der Jahre 2017 und

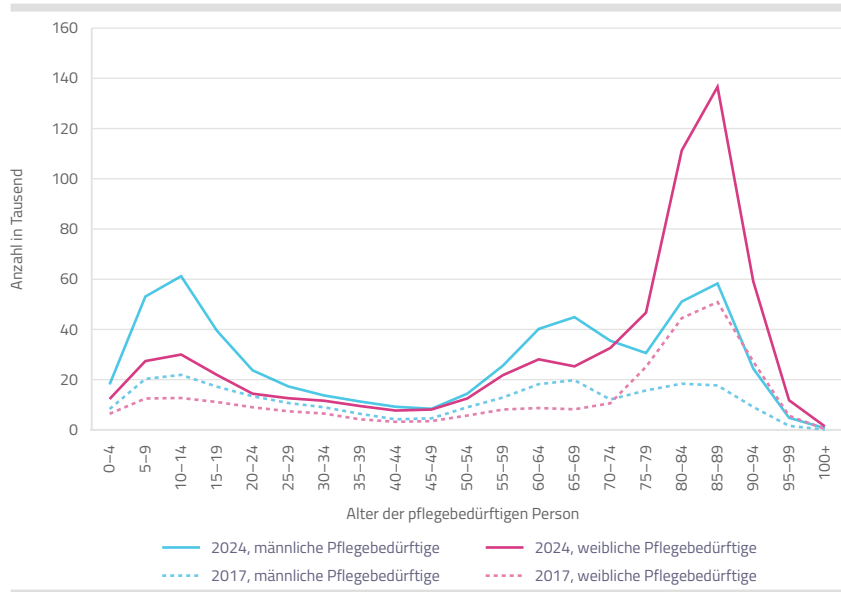
2023 wurden 2,37 Millionen beziehungsweise 3,61 Millionen Pflegebedürftige der SPV mit Pflegegrad 2 bis 5 zu Hause versorgt (BMG, 2025b). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in häuslicher Pflege, für die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson gezahlt wurden, hat sich somit zwischen 2017 und 2023 von 22,2 Prozent auf 30,2 Prozent erhöht. Die jährliche Beitragssumme, die in den Jahren vor 2017 stets bei 0,9 bis 1,0 Milliarden Euro lag, stieg im Jahr 2017 auf 1,5 Milliarden Euro und bis zum Jahr 2023 sogar auf 3,0 Milliarden Euro (BMG, 2025c, S. 15).

Aus den zur Verfügung gestellten Routinedaten der BARMER lässt sich nicht herauslesen, welche Merkmale die pflichtversicherten Pflegepersonen haben. Es lässt sich aber feststellen, für welche Pflegebedürftigen sich im Zuge der gesetzlichen Änderungen eine bessere Absicherung der Pflegepersonen ergeben hat. Insgesamt ergeben sich auf Grundlage der Hochrechnungen der BARMER-Daten für das Jahr 2017 monatlich durchschnittlich 522.000 Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Rentenversicherungsbeiträgen und für das Jahr 2024 durchschnittlich 1.229.000. Das entspricht insgesamt ziemlich genau dem Trend der Zahlen der Rentenversicherung. Bezogen auf die mit den BARMER-Daten hochgerechneten häuslich versorgten Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 ist der Anteil in vergleichbarer Weise von 24,4 Prozent im Jahr 2017 auf 31,7 Prozent im Jahr 2024 gestiegen.

Bei knapp 32 % der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege mit Pflegegrad 2 bis 5 werden Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen gezahlt.

Wie in Abbildung 2.26 zu sehen ist, gibt es bei den Pflegebedürftigen verschiedene Altersgruppen, in denen auch schon im Jahr 2017 für mehr Pflegepersonen Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegekasse gezahlt wurden. Dazu gehören allein schon aufgrund der hohen Fallzahl die hochaltrigen Pflegebedürftigen (vergleiche Kapitel 2.1.1). Relativ zur Fallzahl der Pflegebedürftigen ist im Kindes- und Jugendalter die Anzahl der pflichtversicherten Pflegepersonen am höchsten. Für rund 70 Prozent der pflegebedürftigen Kinder mit Pflegegrad 2 bis 5 werden Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen gezahlt. In der Gruppe der 80- bis 84-jährigen Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege mit entsprechenden Pflegegraden entwickelte sich der Anteil von 16,8 Prozent im Jahr 2017 auf 23,0 Prozent im Jahr 2024. Die geringeren Anteile der sozialen Sicherung bei der Pflege der älteren Pflegebedürftigen ist zu einem großen Teil damit begründet, dass hier häufiger eine Partnerpflege stattfindet (Rothgang & Müller, 2018, S. 119), bei der es wegen des Altersrentenbezugs keine Anspruchsberechtigung auf diese soziale Absicherung mehr gibt.

Abbildung 2.26: Anzahl monatlicher Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen 2017 und 2024



Quelle: BARMER-Daten 2017 und 2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Pflegepersonen, die abhängig beschäftigt sind, können gegebenenfalls eine bis zu sechs-monatige Pflegezeit in Anspruch nehmen. Seit 2015 gilt ein Rechtsanspruch auf teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten, die sogenannte Familienpflegezeit. Hierbei ist die Reduktion der Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche möglich, um die Erwerbsarbeit mit der Pflege in häuslicher Umgebung besser vereinbaren zu können. Nach § 44a SGB XI besteht dazu ein Anspruch auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegezeit oder kurzzeitiger Arbeitsverhinderung durch die Pflege Tätigkeit. Diese Zuschüsse müssen allerdings beantragt werden.

Die Inanspruchnahme dieser Beitragszahlungen ist in der Summe minimal. Beitragszahlungen zur Kranken- oder Pflegeversicherung erfolgten in den Jahren 2017 bis 2024 für zwischen 170 und 420 Personen im durchschnittlichen Monat. Insgesamt ist somit die Unterstützung durch die Leistungen nach dem Pflegezeitgesetz nicht so angenommen worden wie erhofft.

2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung

Von den knapp sechs Millionen Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2024 mehr als 67 Prozent im häuslichen Umfeld von Angehörigen, aber ohne Beteiligung zugelassener Pflegedienste oder Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen gepflegt. Das sind zum einen die Pflegegeldbezieher mit Pflegegrad 2 bis 5 und zum anderen die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1, die in den meisten Fällen auch keine Leistungen durch Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen. Nachdem im Jahr 2017 die Nutzung der vollstationären Pflege und der ambulanten Pflegedienste etwa gleich ausgeprägt war, steigt inzwischen der Anteil bei der Nutzung der Pflegedienste, während die Nutzung der vollstationären Versorgung stagniert.

Die Zahl der **ambulanten Pflegedienste** hat zwischen 2017 und 2023 um 10,7 Prozent zugenommen und die Zahl der Beschäftigten gemessen in VZÄ darin sogar um 16,8 Prozent. Damit ist die Zahl der Beschäftigten gemessen in VZÄ weniger gestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen mit Sachleistungsbezug. Je 100 Pflegebedürftige ist die Zahl der VZÄ von 32,1 auf 28,2 gesunken.

Auch in der **stationären Versorgung** gab es eine Ausweitung der Kapazitäten. Diese bezog sich aber auf die teilstationäre Pflege. Im Bereich der vollstationären Pflege kam es hingegen zur Stagnation. Im Jahr 2017 gab es 11.241 und im Jahr 2023 12.205 Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege. Die Zahl der Einrichtungen mit festem Angebot an Kurzzeitpflege ist sogar von 1.205 auf 1.124 zurückgegangen. Besonders gestiegen ist die Zahl der Einrichtungen, die Tagespflege anbieten, von 4.455 im Jahr 2017 auf 6.152 im Jahr 2023. Nachtpflege bieten nur sehr wenige Einrichtungen an. Hier gab es einen Rückgang von 110 auf 56 Einrichtungen. Die Kapazitäten in der stationären Versorgung sind gemessen in Beschäftigten um 6,9 Prozent und gemessen in VZÄ um 7,6 Prozent gestiegen. Die Zahl der Heimplätze für Dauerpflege stagniert derzeit genauso wie die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege.

Die durchschnittlichen, monatlichen **Gesamtheimentgelte** liegen für Pflegegrad 1 im Jahr 2025 bei 3.575 Euro. Bei Pflegegrad 5 fallen im Durchschnitt 5.483 Euro an. Die Eigenanteile, die von den Pflegebedürftigen insgesamt zu erbringen sind (einschließlich Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten), lagen im Jahr 2017 für Pflegebedürftige mit

Pflegegrad 2 bis 5 bei 1.744 Euro und im Jahr 2025 schon bei 3.387 Euro. Von den pflegebedingten Eigenanteilen (EEE), die im Jahr 2025 bei durchschnittlich 1.862 Euro liegen, werden je nach Pflegedauer im Pflegeheim 15, 30, 50 oder 75 Prozent von der Pflegekasse übernommen. Damit reduziert sich der EEE dann auf 1.583 Euro im ersten Jahr, 1.303 Euro im zweiten Jahr, 931 Euro im dritten Jahr und anschließend auf 466 Euro (vdek, 2025).

Es gibt etwa doppelt so viele **Pflegepersonen** wie Pflegebedürftige in der häuslichen Versorgung. Für eine soziale Absicherung der Pflegepersonen ist eine Mindeststundenzahl von Pflegetätigkeit in der Woche vonnöten. Mit der Absenkung der Stundenzahl durch das PSG II von 14 Stunden auf 10 Stunden wöchentliche Pflege wurde der Zugang vereinfacht. Eine soziale Absicherung der Pflegepersonen ist dennoch nicht obligatorisch. Von der Deutschen Rentenversicherung wurden für Ende 2017 allerdings 527.375 und für Ende 2023 sogar 1,09 Millionen Pflegepersonen ermittelt. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 in häuslicher Pflege, für die Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson gezahlt werden, hat sich somit zwischen 2017 und 2023 von 22,2 Prozent auf 30,2 Prozent erhöht.



www.bifg.de/Y925PP

2.3 Finanzierung

Die Pflegeversicherung besteht in Deutschland aus zwei Zweigen, der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung ist aber für beide Versichertengruppen identisch und deckt nur einen Teil der durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten (Kapitel 2.3.1). Neben der Pflegeversicherung tragen auch andere kollektive Sicherungssysteme (Sozialhilfe und Kriegsopferfürsorge) sowie Eigenmittel der Betroffenen zur Finanzierung von Pflegebedürftigkeit bei. In Kapitel 2.3.2 wird ein Überblick über die Finanzentwicklung der SPV gegeben, die quantitativ am bedeutendsten ist. Anschließend werden die Entwicklungen in der PPV (Kapitel 2.3.3) und der Sozialhilfe (Kapitel 2.3.4) dargestellt, bevor in einem Überblick über die gesamte Finanzierung von Leistungsausgaben im Bereich der Langzeitpflege zusätzlich auch auf die Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben eingegangen wird (Kapitel 2.3.5).

2.3.1 Leistungen der Pflegeversicherung

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die meisten Leistungshöhen nach oben gedeckelt beziehungsweise festgeschrieben und anschließend bis zum Jahr 2008 nicht mehr angepasst worden. Danach wurden die Leistungshöhen unregelmäßig und uneinheitlich angepasst. Mit der Vielzahl von Pflegereformgesetzen ab 2008 wurden sowohl die Leistungssummen erhöht als auch zusätzliche Leistungsarten installiert und die Leistungsansprüche ausgedehnt (Rothgang & Müller, 2021, S. 116 ff.). Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Tages- oder Nachtpflege und Kurzzeitpflege sind seit April 1995 im Leistungskatalog enthalten. Leistungsansprüche bei vollstationärer Dauerpflege gibt es seit Juli 1996. Die Leistungsansprüche seit 2017 sind in Tabelle 2.17 dargestellt. Zum 1. Januar 2025 sind die Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung um 4,5 Prozent gestiegen. Sie sollen zum 1. Januar 2028 entsprechend der Kerninflationsrate der Jahre 2025 bis 2027 weiter erhöht werden (§ 30 SGB XI). Eine weitere regelhafte Anpassung ist im SGB XI nicht vorgesehen.

Mit dem PSG II wurden die Pflegegrade eingeführt und die maximalen Leistungssummen für die einzelnen Leistungsbereiche je nach Pflegegrad neu festgelegt. Erstmalige Leistungsanpassungen seit 2017 gab es durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11. Juli 2021 (GVWG) zum Jahr 2022. Dabei wurden die maximalen monatlichen Leistungssummen für Pflegesachleistungen und die Kurzzeitpflege um feste Beträge angehoben. In der vollstationären Dauerpflege hingegen werden neben den unveränderten Leistungshöhen nach § 43 SGB XI zusätzliche Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI gewährt, deren Höhe von der bisher verbrachten Zeit in der vollstationären Dauerpflege in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag abhängt. Je länger die bisherige Verweildauer ist, desto höher sind diese Zuschläge. Diese prozentualen Zuschläge sind durch das Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023 (PUEG) zum 1. Januar 2024 weiter angehoben worden. Zudem wurden die Pflegesachleistungen und das Pflegegeld um fünf Prozent erhöht und Anpassungen bei der Verhinderungspflege vorgenommen. Zum Juli 2025 wurden zudem die Leistungssummen für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege zu einem Budget zusammengelegt.

gemeinsames Budget
für Kurzzeitpflege und
Verhinderungspflege

Tabelle 2.17: Maximale Leistungen der Pflegeversicherung seit 2017

Sachleistung nach § 36 SGB XI maximal monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	–	689	1.298	1.612	1.955
2022	–	724	1.363	1.693	2.095
2024	–	761	1.432	1.778	2.220
2025	–	796	1.497	1.859	2.299
Pflegegeld nach § 37 SGB XI maximal monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	–	316	545	728	901
2024	–	332	573	765	947
2025	–	347	599	800	990
vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI maximal monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	125	770	1.262	1.775	2.005
		770	1.262	1.775	2.005
2022	125	+ anteilige Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils bei andauernder vollstationärer Dauerpflege: 5 Prozent bei bis zu 12 Monaten 25 Prozent bei mehr als 12 Monaten 45 Prozent bei mehr als 24 Monaten 70 Prozent bei mehr als 36 Monaten			
		770	1.262	1.775	2.005
2024	125	+ anteilige Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils bei andauernder vollstationärer Dauerpflege: 15 Prozent bei bis zu 12 Monaten 30 Prozent bei mehr als 12 Monaten 50 Prozent bei mehr als 24 Monaten 75 Prozent bei mehr als 36 Monaten			
		805	1.319	1.855	2.096
2025	131	+ anteilige Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils bei andauernder vollstationärer Dauerpflege: 15 Prozent bei bis zu 12 Monaten 30 Prozent bei mehr als 12 Monaten 50 Prozent bei mehr als 24 Monaten 75 Prozent bei mehr als 36 Monaten			

Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI maximal jährlich in Euro bis Ende Juni 2025

Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 8 Wochen ²	–	1.612 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)			
2022 max. 8 Wochen ²	–	1.774 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.612)			
2025 max. 8 Wochen ^{2, 3, 8}	–	1.854 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.685)			

Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI maximal jährlich in Euro bis Ende Juni 2025

Pflege durch nahe Angehörige

Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 6 Wochen ¹	–	474	817,50	1.092	1.351,50
2024 max. 6 Wochen ¹	–	498	859,50	1.147,50	1.420,50
2024 bei PG 4 + 5 und Alter bis unter 25 Jahre max. 8 Wochen ²				1.530	1.612
2025 max. 6 Wochen ¹	–	520,50	898,50	1.200	1.485
2025 bei PG 4 + 5 und Alter bis unter 25 Jahre max. 8 Wochen ²				1.600	1.685

Pflege durch sonstige Personen

Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 max. 6 Wochen ¹	–	1.612 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 806)			
2024 max. 6 Wochen ¹	–	1.612 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 806)			
2024 bei PG 4 + 5 und Alter bis unter 25 Jahre max. 8 Wochen ²				1.612 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 1.774)	
2025 max. 6 Wochen ¹	–	1.685 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 843)			
2025 bei PG 4 + 5 und Alter bis unter 25 Jahre max. 8 Wochen ²				1.685 (+ Umwidmung von Kurzzeitpflege 1.854)	

Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI maximal jährlich in Euro – Budget für ambulante Verhinderungspflege und/oder Kurzzeitpflege

ab Juli 2025 max. 8 Wochen	3.539
-------------------------------	-------

Tages- oder Nachtpflege nach § 41 SGB XI maximal monatlich in Euro

Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 ³	–	689	1.298	1.612	1.995
2025	–	721	1.357	1.685	2.085

ambulant betreute Wohngruppe nach § 38a SGB XI monatlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017			214		
2025			224		
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e SGB XI einmalig in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	2.500 (bis zu insgesamt 10.000, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)				
2025	2.613 (bis zu insgesamt 10.452, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)				
Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI maximal jährlich in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017 ^{4, 5}	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
2025	1.572	1.572	1.572	1.572	1.572
wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI – maximal je Maßnahme in Euro					
Pflegegrad	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
2017	4.000 (bis zum 4-fachen Betrag, also bis zu insgesamt 16.000, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)				
2025	4.180 (bis zum 4-fachen Betrag, also bis zu insgesamt 16.720, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen)				

¹ Für sechs Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegelds.

² Für acht Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 Prozent des Pflegegelds.

³ Ohne Anrechnung auf die Pflegesachleistung oder das Pflegegeld.

⁴ Bis zu 40 Prozent der monatlich nicht genutzten Pflegesachleistungen können zudem für landesrechtlich anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden (Umwandlungsanspruch).

⁵ Der Entlastungsbetrag kann (zusätzlich) für Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden sowie für Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI.

Quelle: BMG (2017, 2018, 2019, 2021, 2022, 2023, 2024b, 2025c); PUEG

2.3.2 Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Die Einnahmen der SPV resultieren fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Wie Tabelle 2.18 zeigt, haben sich die Einnahmen der SPV zwischen 2017 und 2024 von 36,10 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 66,66 Milliarden Euro um 30,56 Milliarden Euro (= 84,7 Prozent) erhöht. Der Anstieg ist neben dem Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen vor allem auf die Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 lag der Beitragssatz bei 2,55 Prozent (2,8 Prozent für Kinderlose). Eine weitere Erhöhung erfolgte zum 1. Januar 2019 auf 3,05 Prozent (3,3 Prozent für Kinderlose). Der Beitragszuschlag für Kinder-

lose wurde durch das GVWG zum 1. Januar 2022 noch weiter auf 0,35 Prozent erhöht. Mit dem PUEG wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2023 auf 3,4 Prozent festgelegt, wobei der Beitragssatz für kinderlose Versicherungsmitglieder ab dem 23. Lebensjahr auf 4,0 Prozent festgesetzt wurde. Je nach Anzahl der Kinder bis zum Alter von 25 Jahren gibt es Abschläge auf den allgemeinen Beitragssatz. Zum 1. Januar 2025 wurden die Beiträge per Regierungsverordnung zuletzt um weitere 0,2 Prozentpunkte erhöht (Pflege-Beitrags-Anpassungsverordnung 2025 [PBAV 2025]). Neben den Beitragseinnahmen werden für das Jahr 2022 auch sonstige Einnahmen in Höhe von 5,33 Milliarden Euro verbucht. Diese setzen sich im Wesentlichen zusammen aus Bundesmitteln zur Stabilisierung des Ausgleichsfonds, aus Finanzierungsanteilen der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege, aus Finanzierungsanteilen der privaten Versicherungsunternehmen für pandemiebedingte Erstattungen sowie aus Einnahmen aus der Beteiligung der GKV an den pandemiebedingten Erstattungen und Prämien. Die pandemiebedingten Sondereinnahmen sind anschließend wieder zurückgegangen.

Die Gesamtausgaben sind von 38,52 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 68,20 Milliarden Euro im Jahr 2024 gestiegen. Bei den Ausgaben handelt es sich ganz überwiegend um Leistungsausgaben; der Anteil der Verwaltungsausgaben (1,80 Milliarden Euro) lag im Jahr 2024 bei lediglich 2,6 Prozent der Gesamtausgaben. Selbst wenn die Kosten des MD (0,64 Milliarden Euro) hinzugerechnet werden, liegt der Ausgabenanteil, der nicht für Leistungen verwendet wird, immer noch bei nur 3,6 Prozent (Tabelle 2.18).

Bei den meisten Ausgabenposten zeigen sich stetige Zunahmen der Ausgaben, was auch durch die steigende Zahl der Pflegebedürftigen bedingt ist. Die Leistungsausgaben für die vollstationäre Pflege waren lange Zeit der größte Ausgabenposten. In den Jahren von 2017 bis 2021 stagnierten diese Leistungssummen aber. Aufgrund der Übernahme von Anteilen der pflegebedingten Eigenanteile in der vollstationären Dauerpflege ist dieser Wert in den Jahren 2022 und 2024 allerdings auf zuletzt 19,27 Milliarden Euro gestiegen. Durch das PSG II ist der Kreis der Leistungsberechtigten ausgeweitet worden. Dies hatte insbesondere Auswirkungen auf die Zahl der Pflegebedürftigen mit geringen Pflegegraden. Dementsprechend sind die Ausgaben für Geldleistungen deutlich um 86,6 Prozent gestiegen und lagen für das Jahr 2024 bei 18,64 Milliarden Euro. Bemerkenswert ist auch die Ausgabensteigerung für die soziale Absicherung für Pflegepersonen, die maßgeblich

durch die entsprechenden Änderungen der Anspruchsberechtigung im PSG II hervorgerufen sein dürfte. Besonders auffällig sind die „sonstigen Leistungsausgaben“, die im Jahr 2020 mit 3,2 Milliarden Euro, in den Jahren 2021 und 2022 mit jeweils rund 5,5 Milliarden Euro zu Buche schlagen und anschließend wieder zurückgingen. Darunter verbergen sich insbesondere Erstattungen für pandemiebedingte Mindereinnahmen, pandemiebedingte außerordentliche Aufwendungen und pandemiebedingte Erstattungen von Testkosten.

Zum Jahr 2015 wurde der Pflegevorsorgefonds eingeführt. Nach zehn Jahren beläuft sich dessen Mittelbestand nun auf 14,81 Milliarden Euro (Tabelle 2.18).

Nachdem die SPV seit dem Jahr 2008 durchgängig einen Liquiditätsüberschuss erzielt hat (BMG, 2025a), ist mit der Umsetzung des PSG II im Jahr 2017 ein Defizit von 2,42 Milliarden Euro entstanden. Im Jahr 2018 lag das Defizit dann schon bei 3,55 Milliarden Euro (Tabelle 2.18). Um ein weiteres Defizit zu vermeiden, wurde zum 1. Januar 2019 der Beitragssatz um 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben. So wurde 2019 ein Überschuss von 3,29 Milliarden Euro erzielt. Der Saldo ist durch die weiter gestiegene Zahl der Pflegebedürftigen und die hohen pandemiebedingten Ausgaben bis 2021 aber wieder ins Defizit gerutscht. Die Steuermittel, die der Bund zur Refinanzierung der Pandemiekosten zur Verfügung gestellt hat, waren nicht ausreichend, um die Pandemiekosten zu finanzieren und das Defizit zu verhindern. Eine Aufstockung auf der Einnahmeseite, wie sie zur Mitte des Jahres 2023 durch die Beitragserhöhung durchgeführt wurde, war notwendig, um die Liquidität der Pflegeversicherung sicherzustellen. Der Mittelbestand am Jahresende 2022 war nämlich gerade einmal so groß, dass es für etwas mehr als einen Monat reichte. Noch knapper sah es Ende 2024 aus, was die PBAV mit der Beitragserhöhung um 0,2 Prozentpunkte notwendig machte.

Tabelle 2.18: Finanzentwicklung der sozialen SPV

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Einnahmen in Milliarden Euro								
Beitragseinnahmen	36,04	37,65	46,53	47,89	49,70	52,45	58,53	65,37
sonstige Einnahmen	0,06	0,07	0,72	2,73	2,81	5,33	2,48	1,29
Einnahmen insgesamt	36,10	37,72	47,24	50,62	52,50	57,78	61,01	66,66

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ausgaben in Milliarden Euro								
Leistungsausgaben	35,54	38,25	40,69	45,60	50,23	56,23	56,91	63,26
Geldleistung	9,99	10,88	11,74	12,89	13,92	14,92	16,18	18,64
Pflegesachleistung	4,50	4,78	4,98	5,30	5,50	5,68	6,05	6,54
Verhinderungspflege	1,12	1,25	1,46	1,63	1,81	2,12	2,57	3,12
Tages-/Nachtpflege	0,68	0,80	0,94	0,74	0,88	1,12	1,40	1,64
zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	1,23	1,63	1,92	2,03	2,39	2,66	2,95	3,36
Kurzzeitpflege	0,60	0,65	0,70	0,61	0,67	0,74	0,85	0,89
soziale Sicherung der Pflegepersonen	1,54	2,10	2,38	2,72	3,07	3,24	3,60	4,10
Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung	0,88	1,06	1,19	1,38	1,70	1,65	1,74	1,91
vollstationäre Pflege	13,00	12,95	12,98	12,98	12,55	16,04	17,09	19,27
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,40	0,44	0,44	0,42	0,45	0,44	0,43	0,43
stationäre Vergütungszuschläge	1,31	1,37	1,51	1,60	1,72	1,93	2,23	2,13
Pflegeberatung	0,09	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14	0,15	0,16
sonstige Leistungsausgaben	0,20	0,22	0,32	3,16	5,45	5,55	1,68	1,07
Hälfte der Kosten des MD	0,42	0,45	0,49	0,53	0,53	0,53	0,59	0,64
Verwaltungsausgaben	1,18	1,14	1,28	1,41	1,50	1,62	1,68	1,80
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	1,36	1,41	1,48	1,53	1,57	1,63	0,00	2,42
sonstige Ausgaben	0,00	0,02	0,02	0,01	0,02	0,03	0,06	0,08
Ausgaben insgesamt	38,52	41,27	43,95	49,08	53,85	60,03	59,23	68,20
Liquidität in Milliarden Euro								
Überschuss der Einnahmen	-2,42	-3,55	3,29	1,54	-1,35	-2,25	1,78	-1,54
Mittelbestand am Jahresende	6,92	3,37	6,66	8,20	6,85	4,60	6,89	5,34
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	2,17	1,02	1,88	2,16	1,65	1,21	1,41	1,00
nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds	3,83	5,17	7,18	9,01	10,70	10,45	11,64	14,81

Anmerkung: ab 2019 „stationäre Vergütungszuschläge“ inklusive „Vergütungszuschlägen für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen“
Quelle: BMG (2025a)

2.3.3 Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung

Im Jahr 2023 waren 9,2 Millionen Menschen in Deutschland privat pflegepflichtversichert (PKV, 2025). Das entspricht bei einer Bevölkerung von 84,7 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2025b) einem Anteil von 10,9 Prozent.

Die jährlichen Einnahmen der PPV lagen im Jahr 2017 bei 2,6 Milliarden Euro. Da die Leistungsanpassungen auch für die private Versicherung gelten, ergaben sich in dieser ab 2017 deutliche Prämiensteigerungen. Die Beitragseinnahmen erhöhten sich bis zum Jahr 2023 auf 5,7 Milliarden Euro (Tabelle 2.19).

über 50 Milliarden Euro
Altersrückstellungen
der PPV

Die Ausgaben für Versicherungsleistungen bleiben im gesamten Zeitraum deutlich unter den Einnahmen. Meist liegen sie sogar unter 50 Prozent der Beitragseinnahmen. Ein Großteil der Einnahmen fließt in die Altersrückstellung. Insgesamt 53,3 Milliarden Euro Altersrückstellungen wurden seit Beginn der Pflegeversicherung angesammelt (Tabelle 2.19). Im Jahr 2023 entsprachen die Altersrückstellungen in der PPV somit rund 91,1 Prozent der gesamten jährlichen Leistungssumme in der SPV.

Tabelle 2.19: Finanzentwicklung der PPV

Jahr	Beitrags- einnahmen	Versicherungsleistungen		Altersrück- stellungen
	in Millionen Euro	in Millionen Euro	Anteil an den Beitragseinnahmen in Prozent	in Millionen Euro
2017	2.594,5	1.286,1	49,6	34.481,6
2018	2.557,7	1.439,7	56,3	36.156,1
2019	3.212,9	1.574,6	49,0	40.226,4
2020	4.195,5	1.756,6	41,9	43.662,7
2021	4.401,0	2.153,3	48,9	46.606,5
2022	5.072,8	2.429,5	47,9	49.242,6
2023	5.744,6	2.403,8	41,8	53.330,9

Quelle: PKV (2025), eigene Berechnungen

Im Jahr 2023 waren 9.186.800 Personen privat pflegepflichtversichert. Dividiert durch diese Anzahl von Versicherten belaufen sich die Versicherungsleistungen pro Kopf auf 262 Euro im Jahr 2023. In der SPV wurden im Jahr 2023 hingegen bei 74.306.553 Versicherten (BMG, 2024a) Leistungsausgaben von 56,91 Milliarden Euro erbracht (Tabelle 2.18). Das entspricht Pro-Kopf-Versicherungsleistungen von 766 Euro im Jahr 2023. Pro versicherte Person hat die PPV also viel niedrigere Leistungsausgaben als die SPV. Dies liegt zum einen an dem geringeren Anteil an alten Versicherten in der PPV, zum anderen an den geringeren altersspezifischen Pflegeprävalenzen der PPV-Versicherten (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 17 f.).

im Vergleich zur SPV
in der PKV nur ein
Drittel der Ausgaben
je Versicherten

2.3.4 Finanzierung durch die Sozialhilfe

Auch in der Sozialhilfe werden Pflegebedürftige nach Pflegegraden unterschieden, wobei die Definitionen der Pflegegrade des SGB XI im PSG III in das SGB XII übernommen wurden. Ebenso wie gegenüber der Pflegeversicherung besteht auch gegenüber dem Sozialhilfeträger ein deutlich eingeschränkter Leistungsanspruch bei Vorliegen des Pflegegrads 1 (§ 63 SGB XII). Der Leistungsanspruch gegenüber der Sozialhilfe ist dem Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung nachrangig (§ 64 SGB XII). Erst wenn Pflegeversicherungsleistungen, eigenes Einkommen und Vermögen nicht mehr ausreichen, kann „Hilfe zur Pflege“ gewährt werden.

Das zentrale Ziel der Einführung der Pflegeversicherung war, die Zahl derer zu reduzieren, die „Hilfe zur Pflege“ bedürfen, und damit verbunden auch eine Reduktion der Ausgaben der Sozialhilfeträger (Roth & Rothgang, 2001). Dies ist mit der Einführung der Pflegeversicherung auch geglückt. Doch die Zahl derer, die „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch nehmen müssen, ist anschließend wieder angestiegen. Im Zuge der Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung im Jahr 2017 ist die Zahl derer, die „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch nehmen, erneut kurzfristig gesunken (Rothgang & Müller, 2021). Seither stagniert die Zahl der Pflegebedürftigen mit „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich trotz steigender Inanspruchnahmen der ambulanten Pflegedienste. Die Anpassungen der Leistungen der Pflegeversicherung haben in diesem Bereich ihre Wirkung nicht verfehlt. In der stationären Versorgung ist hingegen bei stagnierenden Fallzahlen die Zahl der Pflegebedürftigen

mit „Hilfe zur Pflege“ angestiegen, was insbesondere auf die steigenden Eigenanteile bei der vollstationären Versorgung zurückzuführen ist. Die im Jahr 2022 eingeführten Zuschläge der Pflegeversicherung nach bisheriger Pflegedauer im Pflegeheim haben zu einer Reduktion der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ bei stationärer Pflege geführt. Allerdings ist dieser Effekt nicht nachhaltig (Rothgang et al., 2023a). Obwohl es mehr Pflegebedürftige mit ambulanter Versorgung gibt, liegt die Fallzahl mit Bezug von „Hilfe zur Pflege“ im stationären Bereich im Jahr 2023 fast fünfmal so hoch wie im ambulanten Bereich (Tabelle 2.20).

Die Nettoausgaben für „Hilfe zur Pflege“ lagen im Jahr 2017 bei 3,39 Milliarden Euro. Bis zum Jahr 2021 stiegen die Nettoausgaben stärker an als die Zahl der Bedürftigen. Die durchschnittlichen Zahlungen je pflegebedürftige Person mit „Hilfe zur Pflege“ sind somit ebenfalls gestiegen. Im Jahr 2022 sind die Nettoausgaben im stationären Bereich um ein Drittel gesunken und auf das Niveau von 2017 zurückgefallen. Anschließend sind die Ausgaben aber wieder angezogen (Tabelle 2.20).

Tabelle 2.20: Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Pflegebedürftige und Nettoausgaben

Jahr	Anzahl Pflegebedürftiger mit „Hilfe zur Pflege“ am 31.12. in Tausend			Nettoausgaben im Berichtsjahr für „Hilfe zur Pflege“ in Millionen Euro		
	insgesamt ¹	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
2017	287	55	234	3.391	939	2.453
2018	299	55	245	3.472	937	2.535
2019	302	52	250	3.777	971	2.806
2020	316	54	263	4.307	1.027	3.280
2021	315	52	263	4.737	1.077	3.660
2022	291	54	238	3.524	1.105	2.419
2023	315	58	258	4.483	1.390	3.094

¹ Abweichungen durch Mehrfachzählungen.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2024a, 2025a)

Dadurch, dass die Zahl der Pflegebedürftigen mit Bezug von „Hilfe zur Pflege“ seit 2017 im ambulanten Bereich stagniert und in der stationären Versorgung bis 2021 gestiegen ist, gingen in dem Zeitraum auch die Leistungssummen im ambulanten und stationären Bereich auseinander. Lag das Verhältnis der Ausgaben von stationärer zu ambulanter

Versorgung im Jahr 2017 noch bei 2,6 zu 1, stieg es bis ins Jahr 2021 auf 3,4 zu 1. Anschließend ging dieses Verhältnis mit 2,2 zu 1 sogar unter das Verhältnis von 2017 zurück.

Zum Dezember 2023 wurden in der Pflegestatistik 799.591 Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege ausgewiesen. „Hilfe zur Pflege“ in stationären Einrichtungen haben 257.915 Pflegebedürftige erhalten. Das entspricht einem Anteil von 32,3 Prozent. Im Jahr 2017 lag dieser Anteil noch bei 28,5 Prozent. Der Anteil Pflegebedürftiger im Pflegeheim mit „Hilfe zur Pflege“ ist somit bis 2023 leicht gestiegen. Auf 100 Pflegebedürftige, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, kamen im Jahr 2023 ebenso wie im Jahr 2017 knapp sieben Pflegebedürftige mit „Hilfe zur Pflege“ (Tabelle 2.5 und Tabelle 2.20).

2.3.5 Finanzierung im Überblick

Abschließend gibt dieses Kapitel einen Überblick über die zuvor genannten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2023. Zusätzlich zu den bisher behandelten Kostenträgern werden die Ausgaben der Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Es handelt sich hierbei nur um die Ausgaben für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit und nicht um die Gesamtausgaben für die Pflegebedürftigen. Ausgaben, die etwa in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, werden hier nicht berücksichtigt. Differenziert wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die PPV wird für den Zweck dieser Übersicht dem öffentlichen Sektor zugerechnet, da auch sie per Gesetz gegründet wurde, in Bezug auf die Sozialversicherung eine substitutive Funktion hat und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können den Berichterstattungen aus den jeweiligen Organisationen (Pflegeversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge) entnommen werden. Bei diesem institutionellen Zugang werden damit auch die Ausgaben für Pflegegeld berücksichtigt.

Für die privaten Ausgaben für Pflege im Pflegeheim wurde die Zahl der Leistungsempfänger mit dem zu tragenden Anteil pro Kopf an den Pflegekosten, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden, multipliziert. Dies sind im Dezember 2023 ohne Zuzahlungen der Pflegeversicherung nach Dauer der vollstationären Dauerpflege 1.572 Euro bei Pflegegrad 1 und 1.433 Euro bei Pflegegrad 2 bis 5 (Statistisches Bundesamt, 2025d).

Entsprechend der Verteilung nach bisheriger Pflegedauer im Pflegeheim (vdek, 2022) wurden hiervon Abzüge entsprechend den zusätzlichen Leistungszuschlägen der Pflegeversicherung vorgenommen. In diesen Eigenanteilen sind auch im Durchschnitt über 100 Euro Ausbildungsvergütung enthalten (Rothgang & Müller, 2023, S. 29). In der Summe resultieren daraus 7,65 Milliarden Euro an Eigenanteilen. Von den privat getragenen Pflege- und Ausbildungskosten in der stationären Pflege wurden anschließend die Nettoausgaben der Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen in Höhe von 3,09 Milliarden Euro (Tabelle 2.20) abgezogen, womit sich 4,55 Milliarden Euro direkte private Ausgaben für die stationäre Pflege ergeben (Tabelle 2.21). Nicht berücksichtigt sind hierbei die privat aufzubringenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten.

Für die häusliche Pflege können die privaten Ausgaben nur geschätzt werden. In einer Repräsentativbefragung ambulant versorgter Pflegebedürftiger im Jahr 2016 wurden monatlich privat getragene Kosten von durchschnittlich 269 Euro ermittelt, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit in eigener Häuslichkeit entstehen (Schneekloth et al., 2017, S. 158 f.). Einerseits ist inflationsbedingt von einer Erhöhung im Zeitverlauf auszugehen. Andererseits können durch die Erhöhungen der maximalen Leistungen der Pflegeversicherung zum Jahr 2017 diese Eigenanteile inzwischen auch niedriger liegen. Zudem ist der Anteil der unter Beteiligung von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen mit eigener Finanzierungsbeteiligung an diesen Leistungen rückläufig (Geiss et al., 2019, S. 160). Für das Jahr 2023 wurden in einer Befragung von AOK-Versicherten selbst getragene Ausgaben im Umfang von durchschnittlich 290 Euro ermittelt (Schwinger & Zok, 2024, S. 7). Dies liegt weiterhin im Rahmen der von Schneekloth et al. (2017, S. 158 f.) erfassten Werte. Daher wird an dieser Stelle der Wert aus dem Jahr 2023 genutzt. Multipliziert mit der Zahl der Leistungsempfänger am Jahresende 2023 ergeben sich Ausgaben von insgesamt 14,63 Milliarden Euro. Nach Abzug der Nettoaufwendungen für die „Hilfe zur Pflege“ außerhalb von Einrichtungen von 1,39 Milliarden Euro (Tabelle 2.20) verbleibt ein Betrag von 13,24 Milliarden Euro (Tabelle 2.21).

Tabelle 2.21: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2023

Ausgabenträger	in Milliarden Euro	Anteil an öffentlichen/ privaten Ausgaben in Prozent	Anteil an den Gesamt- ausgaben in Prozent
öffentliche Ausgaben	65,08	100,0	78,5
SPV	56,91	87,4	68,7
PPV	2,40	3,7	2,9
Beamtenbeihilfe ¹	1,20	1,8	1,5
Sozialhilfe	4,48	6,9	5,4
Kriegsopferfürsorge	0,08	0,1	0,1
private Ausgaben²	17,79	100,0	21,5
Pflegeheim ³	4,55	25,6	5,5
häusliche Pflege ⁴	13,24	74,4	16,0
insgesamt	82,87		100,0

¹ Geschätzt als 50 Prozent der PPV-Ausgaben – siehe Text.

² Schätzwerte, basierend auf Personenzahlen vom 31. Dezember 2023 nach der Pflegestatistik und – bei der häuslichen Pflege – auf Befragungswerten aus dem Jahr 2023.

³ Privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im stationären Bereich im Berichtsjahr 2023; unter Berücksichtigung der Zuschüsse der Pflegeversicherung nach Aufenthaltsdauer gewichtet nach der Verteilung der Aufenthaltsdauern (vdek, 2022).

⁴ Privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich im Berichtsjahr 2023.

Quelle: Kriegsopferfürsorge: Statistisches Bundesamt (2022b), SPV: BMG (2025a), PPV: PKV (2025), Sozialhilfe: Statistisches Bundesamt (2025a), Eigenanteil an den Pflegekosten im Pflegeheim: Rothgang & Müller (2023, S. 29); Statistisches Bundesamt (2025d); vdek (2022), private Aufwendungen in der häuslichen Pflege: Schwinger & Zok (2024, S. 7)

Insgesamt betragen die pflegebedingten Ausgaben rund 82,87 Milliarden Euro. Wie in Tabelle 2.21 zu sehen ist, wird rund ein Fünftel der Pflegekosten privat finanziert. Hiervon entfallen etwa ein Viertel (5,5 Prozent der Gesamtkosten) auf den stationären und drei Viertel (16,0 Prozent der Gesamtkosten) auf den häuslichen Bereich. Bei den öffentlichen

Ausgaben wird mit 87,4 Prozent der bei Weitem größte Teil von der SPV abgedeckt, während auf die Sozialhilfe 6,9 Prozent entfallen. Demgegenüber ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben, der jeweils von der PPV und der Kriegsopferfürsorge getragen wird, mit 3,7 Prozent beziehungsweise 0,1 Prozent relativ gering. Die SPV ist damit der wichtigste Kostenträger, der das gesamte Pflegesicherungssystem prägt. Gleichzeitig deckt die SPV aber nur 68,7 Prozent der entstehenden Pflegekosten ab. Gemeinsam finanzieren beide Zweige der Pflegeversicherung, also SPV und PPV, 71,6 Prozent der hier betrachteten Ausgaben. Damit zeigt sich der Teilversicherungscharakter der Pflegeversicherung sehr deutlich.

Weitgehend unberücksichtigt durch die Pflegeversicherung bleiben die Opportunitätskosten der familialen Pflege. Zudem sind die Ausgaben für Verpflegung und Unterkunft im stationären Bereich, die im Juli 2023 durchschnittlich 888 Euro pro Person betragen, und die Investitionskosten von rund 477 Euro (vdek, 2024) nicht berücksichtigt. Dies kann damit begründet werden, dass Warmmiete und Lebenshaltungskosten auch von nicht pflegebedürftigen Personen bestritten werden müssen. Die Ausgaben für diese Posten übersteigen allerdings zusammen die durchschnittlichen Ausgaben eines Einpersonenhaushalts für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung (752 Euro) plus Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren (245 Euro; Statistisches Bundesamt, 2024b). Die Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investition sind für viele Pflegebedürftige im Pflegeheim somit zumindest in Teilen auch pflegebedingt, weil sie wegen ihrer Pflegebedürftigkeit gezwungen sind, bei geringerer Wohnfläche teurer zu wohnen. Die hier angegebenen Werte unterschätzen die privaten Kosten somit und sind als Untergrenze anzusehen.

Kapitel 3

**Pflegeverläufe bei
Akutereignissen und bei
Erkrankungen mit
progredienten Verläufen**

3 Pflegeverläufe bei Akutereignissen und bei Erkrankungen mit progredienten Verläufen

Die Pflegeversicherung zielte bei ihrer Einführung insbesondere auf die verrichtungsbezogenen Einschränkungen ab. Erst 2003 wurden weitere Leistungen für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführt, die dann 2008 ausgeweitet und 2013 auch auf Personen ohne Pflegestufe ausgeweitet wurden. Seit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade im Jahr 2017 werden sowohl die körperlichen als auch die kognitiven Einschränkungen bei der Begutachtung systematisch erfasst und es wird dementsprechend eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit vorgenommen. Die Zahl der im sozialrechtlichen Sinne als pflegebedürftig geltenden Personen hat sich damit deutlich erhöht (siehe Kapitel 2). Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne bezieht sich in Bezug auf deren Bedarfslage daher inzwischen auch auf eine etwas andere Klientel.

Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein, ist sehr stark mit dem Alter korreliert. In den Jahren 1999 bis 2011 betrug der Anteil der Pflegebedürftigen an den 60- bis 64-Jährigen zwischen 1,6 Prozent (1999 bis 2007) und 1,8 Prozent (im Jahr 2011). Unter den 80- bis 84-Jährigen lag der Anteil der Menschen mit Pflegebedürftigkeit zwischen 19,9 Prozent (in den Jahren 2001 und 2009) und 21,4 Prozent (im Jahr 1999) (Statistisches Bundesamt, 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2011, 2013). Bis 2011 ist die Zahl der Pflegebedürftigen damit in etwa entsprechend der demografischen Entwicklung gestiegen. Mit den Ausweitungen der Leistungen der Pflegeversicherung und der Zugangsberechtigungen zu diesen Leistungen ist die Zahl der Pflegebedürftigen aber stärker gestiegen, als dies allein aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten gewesen wäre. Ein besonderer Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen und deren Anteile an der Bevölkerung war mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden (Rothgang & Müller, 2021, S. 145). Gemäß der Pflegestatistik 2023 liegt der Anteil der Pflegebedürftigen unter den 60- bis 64-Jährigen nun bei 4,3 Prozent und bei den 80- bis 84-Jährigen bei 34,5 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2025d).

In der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wurde insbesondere stärker auf die Belange der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – also mit kognitiven Einschränkungen – eingegangen. Es stellt sich somit die Frage, ob der Anstieg der Fallzahlen auf eine steigende Anzahl von Menschen mit entsprechenden Erkrankungen zurückgeführt werden kann.

Mit der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen wird Pflegebedürftigkeit als solche weniger als Stigma, sondern in hohem Alter immer mehr als Normalität wahrgenommen. Daher stellt sich die Frage, inwieweit sich bei vorliegenden Einschränkungen und Erkrankungen die Pflegeinzidenz und die nachfolgenden Pflegekarrieren verändert haben.

In den letzten Jahren wurde auch vermehrt anerkannt, dass Pflegebedürftigkeit längst nicht nur ein Phänomen des höheren Alters ist, sondern auch in jüngeren Jahren auftreten kann (Rothgang et al., 2017). Verbunden mit der Pflegebedürftigkeit in jüngeren Jahren sind allerdings andere Erkrankungen und Zustände als im höheren Alter. Dementsprechend stellt sich hier die Frage, mit welcher Dynamik sich die Pflegeinzidenz und die Pflegeprävalenz in jüngeren Jahren entwickelt haben und welche Erkrankungen und Zustände herausstechen.

Bei der Beantwortung dieser Fragen ist zu unterscheiden, inwieweit es sich einerseits um akute Ereignisse handelt, welche die Angehörigen vor plötzliche Entscheidungsnotwendigkeiten stellen, und andererseits um langsam schleichende Veränderungen, die von Angehörigen erst über die Zeit als herausfordernd oder überfordernd erkannt werden. Je nachdem, wie plötzlich die pflegebegründenden Ereignisse eintreten, kann dies einen Effekt auf die Art der Versorgung haben, die bei Pflegeeintritt gewählt wird, und auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit. Bei den hier betrachteten akuten Ereignissen sind beispielsweise Krebs, Schlaganfall (Hirnfarkt, Hirnblutung), hüftgelenksnahe Fraktur (Femurfraktur, Beckenbruch) oder Lähmung zu nennen. Beispiele für allmähliche progrediente Verläufe sind Demenz, Stuhlinkontinenz, Herzinsuffizienz, Gebrechlichkeit, Entwicklungsstörungen oder das Parkinson-Syndrom.

Unterscheidung in
Akutereignisse und
Erkrankungen mit
progredientem Verlauf

Für die private Vorsorge und die Risikokalkulation ist es bedeutsam, wie lange eine Pflegebedürftigkeit dauert und welche Hilfen in Anspruch genommen werden müssen. Zu untersuchen sind daher die Auswirkungen der pflegebegründenden Diagnose auf den Eintritt und den Verlauf der Pflegebedürftigkeit. Der Verlauf der Pflegebedürftigkeit ist dabei charakterisiert durch die Versorgungsarten, die Pflegegrade und die Dauer.

Um diesen Fragen nachzugehen, werden im Folgenden auf Grundlage der BARMER-Daten die Veränderungen der Pflegeverläufe analysiert. Dazu werden die Zeiten von 2015 bis 2023 betrachtet – also die Zeit kurz vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und danach. Als Grundinformation werden dazu zunächst die Gesamtinzidenzen und Gesamtprävalenzen dargestellt und dabei die demografischen Effekte ermittelt (Kapitel 3.1). Eine Vielzahl an Diagnosen gilt als pflegebegründende Diagnosen. In den weiteren Analysen sollen diese Diagnosestellungen als erklärende Faktoren für die Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeit untersucht werden. Dazu wird zunächst in Kapitel 3.2 die altersspezifische Entwicklung der Diagnosestellungen betrachtet. In Kapitel 3.3 wird die Pflegewahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von den Diagnosestellungen untersucht. Fokussiert werden dabei die Zeit bis zum Pflegeeintritt nach Erstdiagnose (Kapitel 3.3.1), die Pflegeinzidenz (Kapitel 3.3.2) und die Pflegeprävalenz (Kapitel 3.3.3). Welche Pflegeleistungen insgesamt nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden, ist Gegenstand in Kapitel 3.4. Wie sich diese in Abhängigkeit von der Pflegeeintrittsdiagnose unterscheiden, wird in Kapitel 3.5 untersucht.

Bei den Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit haben sich über die Jahre verschiedene Erkrankungen und Zustände vermehrt als pflegebegründende Diagnosen herausgestellt (MDS, 2005, 2007, 2013). Mit Routinedatenuntersuchungen wurden zudem geriatrietypische Merkmalskomplexe identifiziert, die eng mit der Pflegebedürftigkeit verknüpft sind (Lübke & Meinck, 2012; Meinck et al., 2012). Für jüngere Pflegebedürftige haben sich bei Routinedatenauswertungen besondere Diagnosestellungen als bedeutsam für die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit herausgestellt (Rothgang et al., 2017, S. 185).

Bei Vorliegen jeder einzelnen dieser erfassten Diagnosestellungen sind die Pflegeinzidenz und die Pflegeprävalenz höher als bei Personen ohne diese Diagnosen (Rothgang & Müller, 2024, S. 122 ff.). Bei den Analysen zur Pflegebedürftigkeit werden neben den erwähnten Akutereignissen und den erwähnten Erkrankungen mit progredientem Verlauf auch weitere pflegebegründende Diagnosen berücksichtigt, ohne dabei explizit genannt zu werden. Die Kodierungen der berücksichtigten Erkrankungen finden sich im Anhang in Tabelle A 1.

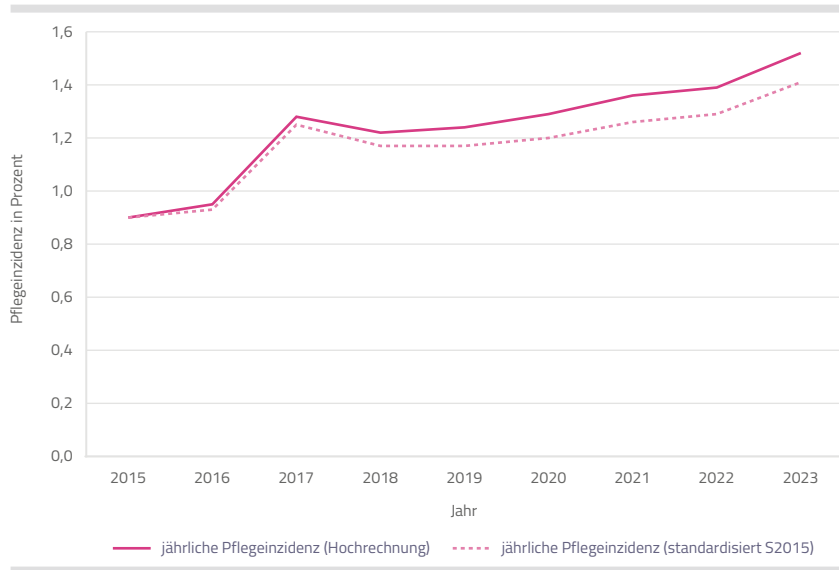
3.1 Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit insgesamt

Ab 2013 hatten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe zwar umfangreiche Leistungsansprüche, einschließlich Pflegegeld und Pflegesachleistungen, wurden in der Statistik aber nicht als Pflegebedürftige erfasst. Nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes wurden sie gemäß den Überleitungsregelungen in Pflegegrad 2 eingestuft. Um künstliche Brüche in der Zeitreihenbetrachtung zu vermeiden, werden diese Personen in der Auswertung der Jahre vor 2017 im Folgenden in die Gruppe der „Pflegebedürftigen“ eingeschlossen. Ab 2017 werden alle Personen mit Pflegegrad 1 und höher als Pflegebedürftige erfasst.

Definition der
Pflegebedürftigen

Das zeitliche Fenster für die Darstellung der Veränderung der Inzidenz und Prävalenz von Pflegebedürftigkeit geht von 2015 bis 2023, um den Effekt der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sichtbar zu machen.

Abbildung 3.1: Pflegeinzidenzen in den Jahren 2015 bis 2023, hochgerechnet vs. standardisiert in Prozent

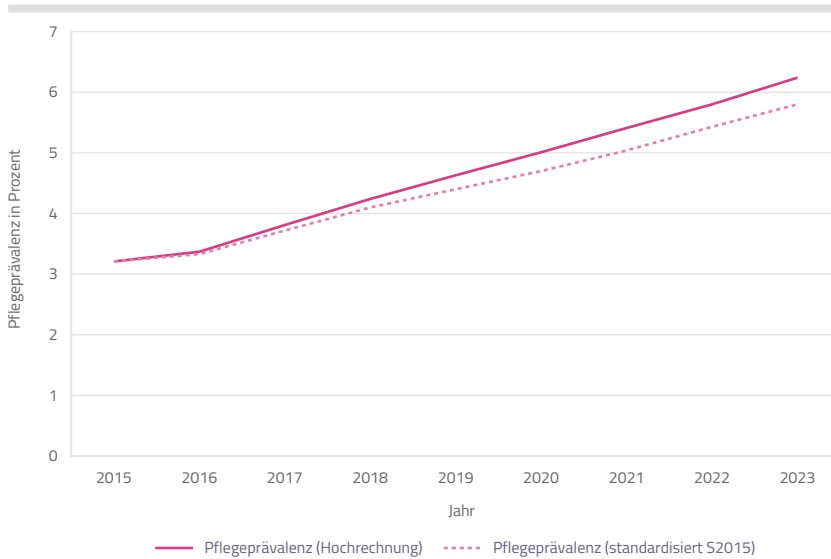


Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2015

Pflegeinzidenz: nur $\frac{1}{6}$
des Anstiegs durch
demografischen
Wandel bedingt

Wie zu erwarten zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Inzidenz im Jahr 2017. Die Inzidenz ging im Jahr 2018 zwar leicht zurück, stieg dann aber in den folgenden Jahren kontinuierlich an. Dieser Anstieg ist jedoch insgesamt nur zu einem kleinen Teil auf den demografischen Wandel zurückzuführen. Der weitaus größere Teil des Anstiegs muss als Nachklang der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gewertet werden. So ist die Pflegeinzidenz in den Jahren 2015 bis 2023 um 0,62 Prozentpunkte von 0,90 auf 1,52 Prozent gestiegen. Standardisiert auf die Bevölkerung von 2015 hat sich die Pflegeinzidenz im selben Zeitraum von 0,90 auf 1,41 Prozent erhöht. Demografisch bedingt ist demnach ein Anstieg um 0,11 Prozentpunkte, während ein Anstieg um 0,51 Prozentpunkte andere Ursachen hat (Abbildung 3.1).

Abbildung 3.2: Pflegeprävalenzen in den Jahren 2015 bis 2023, hochgerechnet vs. standardisiert in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2015

Sogar noch ausgeprägter ist die Entwicklung der Prävalenz. Durch den stärkeren Zugang von Pflegebedürftigen mit geringen Pflegegraden (siehe Kapitel 2.1.4) verlängert sich die zu erwartende Lebenserwartung in Pflegebedürftigkeit – nach den Ergebnissen des letztjährigen Pflegereports ist es in kurzer Zeit zu einer Verdopplung gekommen. In der Folge erhöht sich auch die Prävalenz, und zwar so lange, bis alle Pflegebedürftigen, die vor Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff leistungsberechtigt wurden, gestorben sind. Aktuell steigen die Prävalenzen allerdings noch fast linear an (Abbildung 3.2). Lag die Pflegeprävalenz nach Auswertung der BARMER-Daten im Jahr 2015 noch bei 3,21 Prozent, so stieg sie bis zum Jahr 2023 auf 6,24 Prozent an und hat sich somit in dem Zeitraum fast verdoppelt. Von dem Gesamtanstieg um 3,03 Prozentpunkte sind nur 0,44 Prozentpunkte demografisch bedingt, denn selbst standardisiert auf die Bevölkerung des Jahres 2015 gab es einen Anstieg der Prävalenz auf 5,80 Prozent.

Pflegeprävalenz: nur $\frac{1}{4}$
des Anstiegs durch
demografischen
Wandel bedingt

Es stellt sich daher die Frage, ob veränderte Erkrankungshäufigkeiten gegebenenfalls eine Rolle für die Pflegeinzidenz und die Pflegeprävalenz spielen. Viele Erkrankungen gelten schließlich als pflegebegründend.

3.2 Entwicklung der Diagnosestellungen

Für die Beurteilung, ob die Entwicklung der Erkrankungshäufigkeiten eine entscheidende Rolle für die Entwicklung der Pflegehäufigkeiten spielt, werden die Gesamtbevölkerung und inzident Pflegebedürftige zunächst nach der Häufigkeit ausgewählter Diagnosestellungen verglichen. Fokussiert wird dabei zum einen auf die Auswahl von Akutereignissen – nämlich Hirnblutung, Hirninfarkt, Femurfraktur, Beckenbruch, Krebs und Lähmung (Kapitel 3.2.1) – und zum anderen auf die Auswahl langfristiger Entwicklungen – und zwar Stuhlinkontinenz, Demenz, Entwicklungsstörungen, Parkinson-Syndrom, Gebrechlichkeit und Herzinsuffizienz (Kapitel 3.2.2). Bei den langfristigen Entwicklungen handelt es sich in der Regel um chronisch degenerative Erkrankungen, also um dauerhafte Zustände mit eher progredientem Verlauf (im Folgenden: „Erkrankungen mit progredientem Verlauf“). Bei den genannten akuten Ereignissen ist eine Gesundung hingegen oft möglich.

3.2.1 Entwicklung der Akutereignisse

Insgesamt lässt sich für alle untersuchten akuten Ereignisse für die Gesamtbevölkerung ein langfristiger Anstieg der Diagnosehäufigkeit erkennen (Abbildung 3.3). Sehr starke Anstiege in der Diagnosehäufigkeit in der Gesamtbevölkerung zeigen sich bei den Brüchen. Eine Erklärung ist der demografische Wandel. In einer älter werdenden Bevölkerung kommt es häufiger zu Femurfrakturen oder Beckenbrüchen. Allerdings wird der Effekt damit nur teilweise erklärt. Bei der Femurfraktur gibt es beispielsweise einen Anstieg von 0,36 Prozent auf 0,42 Prozent. Um den Alterseffekt herauszurechnen, kann man die Population auf eine Standardpopulation standardisieren. Standardisiert auf die Bevölkerung von 2015 zeigt sich aber dennoch ein Anstieg von 0,36 Prozent auf 0,39 Prozent. Die demografische Entwicklung erklärt in diesem Fall somit nur zur Hälfte den Anstieg in der Diagnosehäufigkeit. Weitere – hier nicht aufzulösende – Faktoren spielen also noch eine Rolle bei der Entwicklung der Diagnosehäufigkeiten.

Anstieg der Diagnose-
häufigkeiten von
Akutereignissen in der
Gesamtbevölkerung

Abbildung 3.3: Anteil der Versicherten und der inzident Pflegebedürftigen mit speziellen Diagnosen akuter Ereignisse in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2015

Rückgang der Diagnosehäufigkeiten von Akutereignissen bei inzident Pflegebedürftigen

Im Gegensatz zur Gesamtentwicklung sinken die Diagnosehäufigkeiten bei den inzident Pflegebedürftigen mehr oder minder stark. Bei den inzident Pflegebedürftigen fällt dabei der Unterschied zwischen absoluten und standardisierten Veränderungen proportional deutlich geringer aus. Das heißt, der Anteil der Veränderung, der durch die demografische Entwicklung herbeigeführt wurde, ist proportional zur Gesamtveränderung sehr gering. Bei 5,38 Prozent der inzident Pflegebedürftigen war im Jahr 2015 innerhalb des letzten Jahres vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit eine Femurfraktur diagnostiziert worden. Im Jahr 2023 lag der Anteil nur noch bei 3,53 Prozent. Standardisiert auf das Jahr 2015 gab es einen Rückgang auf 3,47 Prozent. Der Anteil des Gesamtrückgangs von 1,85 Prozentpunkten ist demnach mit 0,06 Prozentpunkten durch den demografischen Wandel erklärt. Der größte Teil der Veränderung resultiert aber aus anderen Gründen. Auch wenn die aufgeführten Diagnosen weiterhin als pflegebegründend gelten können, verringert sich doch die Prominenz der einzelnen Erkrankung für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit.

In den BARMER-Daten zeigt sich ein Rückgang der Häufigkeit von Hirnblutung und Hirninfarkt in den Jahren 2022 und 2023, der vornehmlich aus dem Rückgang der Zahl der Diagnosestellungen im ambulanten Sektor resultiert. Dieser Rückgang in den Jahren 2022 und 2023 ist als datentechnisches Artefakt zu werten, das aber in gleicher Weise auf die Gesamtheit der Versicherten wie auch auf die Pflegebedürftigen wirkt.

3.2.2 Entwicklung der Erkrankungen mit progredientem Verlauf

Anstieg der Diagnosehäufigkeiten bei Erkrankungen mit progredientem Verlauf in der Gesamtbevölkerung und Rückgang in der Population der inzident Pflegebedürftigen

Bei den Erkrankungen mit progredientem Verlauf findet sich eine ähnliche Entwicklung wie bei den akuten Erkrankungen. Für die Gesamtbevölkerung ist eine Zunahme der Häufigkeit der diese Verläufe implizierenden Diagnosen zu beobachten, wobei auch diese nicht allein aus der demografischen Entwicklung zu erklären ist. Der Anteil der inzident Pflegebedürftigen mit entsprechenden Erkrankungen sinkt hingegen überwiegend. Auch bei den sich über einen längeren Zeitraum entwickelnden Erkrankungen ist dabei der demografische Effekt geringer als in der Gesamtbevölkerung (Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4: Anteil der Versicherten und der inzident Pflegebedürftigen mit Erkrankungen mit progredientem Verlauf in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2015

Auch hier verringert sich dabei die Prominenz als pflegebegründende Diagnose. Die Ausnahmen bilden hier die Entwicklungsstörungen und die Gebrechlichkeit, die beide weiterhin gleich häufig oder sogar häufiger als in der Vergangenheit im zeitlichen Zusammenhang mit dem Pflegeeintritt diagnostiziert werden.

3.3 Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit nach Erkrankungsarten

Nach der Feststellung, dass die einzelnen Diagnosestellungen bei Pflegeinzidenzen in der Regel immer seltener vorkommen, während sie in der Gesamtbevölkerung überwiegend häufiger werden, soll nun die Blickrichtung geändert werden. In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, wie der Pflegeeintritt und die Pflegeprävalenz bei Vorliegen der einzelnen Diagnosen aussehen. Dazu werden zunächst die Zeiten ab inzidenter Diagnose bis zur Pflegebedürftigkeit (Kapitel 3.3.1) und anschließend die Pflegeinzidenzen (Kapitel 3.3.2) sowie die Pflegeprävalenzen (Kapitel 3.3.3) bei Vorliegen der ausgewählten Diagnosen analysiert.

3.3.1 Zeit bis zum Pflegeeintritt nach erstmaliger Diagnosestellung

Die erste Frage ist dabei, wie wahrscheinlich eine Pflegeinzidenz innerhalb eines Jahres nach einer Erstdiagnose eigentlich ist. Die zweite Frage lautet dann: Wenn es zu einer Pflegebedürftigkeit kommt, wie lange dauert es nach der Erstdiagnose, bis es zum Eintritt in die Pflegebedürftigkeit kommt? Tabelle 3.1 stellt dazu für die Jahre 2015 bis 2022 dar, wie wahrscheinlich es ist, innerhalb des ersten Monats oder der darauffolgenden zwölf Monate nach einer Erstdiagnose pflegebedürftig zu werden. Bei einer Hirnblutung sind es insgesamt 21,0 Prozent und bei der Demenz insgesamt 22,0 Prozent. Bei Krebserkrankungen und Entwicklungsstörungen hingegen nur 7,9 beziehungsweise 3,3 Prozent. Bei den Entwicklungsstörungen liegt der geringe Anteil auch darin begründet, dass die Diagnosestellung vor allem im Kindesalter gestellt wird und die Pflegebedürftigkeit bei Kindern erst mit einem bedeutenden Mehrbedarf an Pflege gegenüber nicht beeinträchtigten Kindern festgestellt wird. Bei den Krebserkrankungen kommt zum Tragen, dass viele Krebserkrankungen heute schon gut therapiert werden, andere aber relativ schnell zum Tod führen.

Wahrscheinlichkeit über
20 %, bei Erstdiagnose
Hirnblutung oder
Demenz innerhalb der
folgenden 12 Monate
pflegebedürftig zu
werden

Tabelle 3.1: Anteil mit Pflegeeintritt im x-ten Monat nach Erstdiagnose im Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2022 in Prozent

Monat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	gesamt
Akutereignisse														
Hirnblutung	1,8	2,8	3,5	3,5	2,9	2,1	1,3	0,9	0,6	0,5	0,4	0,3	0,3	21,0
Hirnfarkt	1,5	2,6	3,3	3,1	2,0	1,3	0,9	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	17,5
Femurfraktur	1,9	3,5	4,1	3,3	1,3	0,6	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	16,9
Beckenbruch	2,0	2,9	3,0	2,2	1,0	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	14,7
Krebs	0,6	1,0	1,2	1,1	0,7	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	7,9
Lähmung	1,7	2,6	3,3	3,0	2,1	1,4	0,9	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	17,8
Erkrankungen mit progredientem Verlauf														
Stuhlinkontinenz	3,0	3,6	3,5	2,4	1,3	0,9	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	16,8
Demenz	3,8	4,4	4,0	2,4	1,3	1,0	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	22,0
Entwicklungsstörung	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	3,3
Parkinson-Syndrom	1,8	2,0	2,0	1,5	1,0	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	14,0
Gebrechlichkeit	1,8	1,7	1,4	0,8	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	10,5
Herzinsuffizienz	1,4	1,9	1,9	1,5	0,9	0,7	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	11,9

Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Wenn es bei den untersuchten Diagnosestellungen zur Pflegebedürftigkeit kommt, dann erfolgt dieser Schritt zumeist in den ersten Monaten nach der Diagnosestellung (Tabelle 3.1). In den nachfolgenden Monaten verringert sich der Anteil derjenigen, die dann pflegebedürftig werden. Dieser Unterschied zwischen den Anteilen in den ersten Monaten und den Anteilen in späteren Monaten ist besonders groß bei den akuten Ereignissen. 3,5 Prozent der Versicherten mit Hirnblutungen werden im zweiten Monat nach der Diagnosestellung pflegebedürftig, im zwölften Monat sind es lediglich 0,3 Prozent. Beide Werte unterscheiden sich somit um den Faktor elf. Auch die anderen akuten Ereignisse führen, wenn es zur Pflegebedürftigkeit kommt, relativ schnell zur Pflegebedürftigkeit. So liegt der Faktor, um den sich die Inzidenzen im zweiten und im zwölften Monat unterscheiden, bei Krebs bei drei, bei den anderen akuten Ereignissen aber bei acht (Beckenbruch) bis 15 (Femurfraktur) und damit sehr hoch. Bei den Erkrankungen, die mit progredienten Verläufen verbunden sind, tritt die Pflegebedürftigkeit vermehrt auch später ein.

So werden nach einer Parkinson-Diagnose 2,0 Prozent der Versicherten im zweiten Monat nach der Diagnosestellung pflegebedürftig. Zwölf Monate nach der Diagnose sind es aber weitere 0,7 Prozent dieser Versicherten. Bei fast allen hier untersuchten Diagnosestellungen, die mit progredienten Verläufen assoziiert sind, ist das Verhältnis der Pflegeeintritte im zwölften Monat zu den Fallzahlen im zweiten Monat geringer als bei fast allen Akutereignissen. Die Verhältniszahlen liegen hier zwischen eins (Entwicklungsstörungen) und sechs (Demenz). Nur die Stuhlinkontinenz sticht mit einer Verhältniszahl von 20 deutlich heraus. Das heißt, wenn Stuhlinkontinenz erstmals diagnostiziert wird, wird eine Pflegebedürftigkeit meist sehr zeitnah eintreten, wenn sie denn eintritt. Aber insgesamt dauert es bei den hier betrachteten Ereignissen auch häufig länger, bis eine Pflegebedürftigkeit eintritt.

3.3.2 Pflegeinzidenzen nach Erkrankungsarten

In Abbildung 3.5 und Abbildung 3.6 wird die Entwicklung der Pflegeinzidenzen einerseits nach Akutereignissen und andererseits als Folge von Erkrankungen mit progredientem Verlauf dargestellt. Berücksichtigt sind dabei die Erst- und Folgediagnosen gemeinsam, wodurch sich Unterschiede zu den Ergebnissen in Tabelle 3.1 ergeben, wo nur die Erstdiagnosen berücksichtigt wurden. Ausgangspunkt ist das Vorliegen einer entsprechenden Diagnose innerhalb des jeweils aktuellen Quartals oder eines der zurückliegenden drei Quartale. Dargestellt ist die Wahrscheinlichkeit (in Prozent), dass innerhalb eines Jahres bei Vorliegen einer entsprechenden Diagnose eine Pflegebedürftigkeit eintritt. Verglichen werden die Pflegeinzidenzen der Jahre 2015 bis 2023.

Abbildung 3.5: Jährliche Pflegeinzidenzen bei Vorliegen spezieller Diagnosen akuter Ereignisse in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2015

Anstieg der Pflegein-
denzen im Jahr 2017 bei
allen Akutereignissen,
anschließend bei Krebs
weiterer stärkerer
Anstieg

Bei allen Akutereignissen ergeben sich im Jahr 2017 sprunghafte Niveauerhöhen und im Anschluss ein mehr oder weniger ausgeprägter zwischenzeitlicher Rückgang der Inzidenz, die dann aber vielfach zumindest noch leicht weiter ansteigt (Abbildung 3.5). Deutlich steigende Pflegeinzidenzen sind in den 2020er Jahren bei Krebserkrankungen festzustellen. Die besonderen Erhöhungen der Pflegeinzidenzen bei Hirnblutungen und Hirninfarkten im Jahr 2023 sind auch auf den Bias in den Daten bei diesen Diagnosen zurückzuführen (siehe Abbildung 3.3 in Kapitel 3.2.1).

Verdoppelung der
Pflegeinzidenz im
Zusammenhang mit
Entwicklungsstörungen

Bei Vorliegen einiger Zustände oder Erkrankungen ist die Pflegeinzidenz besonders hoch. Dazu gehört die Demenz. Die Pflegeinzidenz bei Vorliegen einer Demenz war auch schon in den Jahren 2015 und 2016 mit gut 35 Prozent relativ hoch. Doch im Jahr 2017 ist diese noch weiter, auf über 42 Prozent, angestiegen. 2018 und 2019 ist sie dann – ebenso wie die Gesamtpflegeinzidenz – leicht gesunken, um bis zum Jahr 2023 auf 47 Prozent anzusteigen. Ebenso wie bei der gesamten Pflegeinzidenz ist dieser Anstieg aber nur zu einem geringen Teil dem demografischen Wandel geschuldet. Auch mit einer Standardisierung auf die Bevölkerung von 2015 ergibt sich für das Jahr 2023 noch eine Pflegeinzidenz von über 45 Prozent und damit eine deutlich höhere Pflegeinzidenz als im Jahr 2017. Deutlich steigende Pflegeinzidenzen sind auch in den 2020er Jahren bei den meisten anderen Erkrankungen mit progredientem Verlauf zu beobachten. Den größten relativen Anstieg gab es bei der Pflegeinzidenz im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen von 2,2 Prozent im Jahr 2015 auf 3,5 Prozent im Jahr 2018 bis 4,7 Prozent im Jahr 2023. Nur bei der Diagnose Stuhlinkontinenz gibt es einen längeren Abwärtstrend der Pflegeinzidenz (Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6: Jährliche Pflegeinzidenzen bei Vorliegen von Erkrankungen mit progredientem Verlauf in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2015

Kontrolle der demo-
grafischen Effekte im
Regressionsmodell

Alle diese untersuchten Diagnosen sind sehr altersabhängig, und viele der Erkrankungen widerfahren den Menschen vermehrt im höheren Alter. Dabei sind ältere Menschen häufig multimorbid. Somit greift die Betrachtung einzelner Diagnosestellungen möglicherweise zu kurz, um die Pflegewahrscheinlichkeit zu erklären. Um die Effekte der einzelnen Diagnosestellungen, des Alters und des Geschlechts unabhängig voneinander zu ermitteln, werden diese Merkmale daher in einem linearen Regressionsmodell gemeinsam betrachtet. In Tabelle 3.2 werden die Effekte der genannten Merkmale unter Kontrolle der jeweils anderen Merkmale analysiert. Dabei wird für die Untersuchungsjahre 2015, 2017, 2019, 2021 und 2023 jeweils ein eigenes Modell gerechnet, um auch die Veränderung der Effekte der einzelnen Merkmale über die Zeit zu verdeutlichen.

Die Referenzkategorie sind Männer im Alter von 75 bis 84 Jahren ohne die jeweiligen Diagnosen. Für sie wird für das Jahr 2015 eine monatliche Wahrscheinlichkeit des Eintritts in die Pflegebedürftigkeit von (gerundet) 0,0 Prozent ausgewiesen. Diese hat sich für 2023 auf 0,19 Prozent erhöht. Das Geschlecht trägt über die Jahre fast nichts zur Erklärung der Pflegeinzidenz bei. Der Alterseffekt bleibt über die Jahre erhalten. Die Ältesten haben die größte Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, wenn sie es nicht schon sind. Dieser Alterseffekt ist im Vergleich zum Jahr 2015 größer geworden. Die 75- bis 84-Jährigen haben im Vergleich zu den Jüngeren in den nachfolgenden Jahren eine noch höhere Wahrscheinlichkeit, innerhalb des nächsten Monats pflegebedürftig zu werden. Die über 85-Jährigen hatten zudem schon im Jahr 2015 eine im Vergleich zu den 75- bis 84-Jährigen um 0,84 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Monats pflegebedürftig zu werden. Dieser Unterschied liegt nun für die Folgejahre durchgängig bei über einem Prozent.

Die Effekte, die sich
deskriptiv gezeigt haben,
bleiben in der Tendenz
im Regressionsmodell
bestehen.

Viele der berücksichtigten Erkrankungen treten gerade im höheren Alter gleichzeitig auf. Daher ist die Möglichkeit gegeben, dass sich zeitliche Veränderungen der Effekte, wie sie sich in Abbildung 3.5 und Abbildung 3.6 gezeigt haben, in der Regressionsanalyse auflösen. Dies ist aber nicht der Fall. Zunächst einmal haben alle berücksichtigten Erkrankungen durchgängig einen steigernden Effekt auf die Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts. Die Entwicklung der Effekte zeigt sich dabei fast in gleicher Weise wie in Abbildung 3.5 und Abbildung 3.6, bei denen Drittvariablen nicht kontrolliert werden. In der Regel steigt

über die Jahre die Wahrscheinlichkeit, bei Vorliegen der Erkrankungen innerhalb des nächsten Monats pflegebedürftig zu werden. Unter Kontrolle der übrigen Merkmale wird für 2015 beispielsweise bei Hirnblutung eine um 0,83 Prozentpunkte erhöhte Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts ermittelt. Im Jahr 2023 ist die Wahrscheinlichkeit bei Vorliegen einer Hirnblutung dann schon um 1,34 Prozent erhöht. Einzig bei Stuhlinkontinenz nimmt der Effekt im Zeitverlauf ebenso ab wie in Abbildung 3.6 (Tabelle 3.2).

Tabelle 3.2: Regression zur monatlichen Pflegeinzidenz in ausgewählten Jahren in Prozent

	2015	2017	2019	2021	2023
Referenzkategorie	0,00	0,02	0,06	0,13	0,19
Frau	−0,01	−0,01	0,00	0,00	0,00
Alter 0–14 Jahre	−0,02	−0,05	−0,08	−0,15	−0,20
Alter 15–59 Jahre	−0,02	−0,06	−0,10	−0,18	−0,24
Alter 60–74 Jahre	−0,05	−0,09	−0,13	−0,21	−0,26
Alter 85+ Jahre	0,84	1,15	1,07	1,05	1,09
Hirnblutung	0,83	1,01	0,93	1,06	1,34
Hirninfarkt	0,45	0,52	0,53	0,58	0,74
Femurfraktur	1,16	1,34	1,38	1,37	1,47
Beckenbruch	0,53	0,72	0,70	0,76	0,81
Krebs	0,11	0,11	0,14	0,15	0,17
Lähmung	0,66	0,85	0,80	0,84	0,90
Stuhlinkontinenz	2,29	2,19	1,98	1,87	1,77
Demenz	2,14	2,46	2,40	2,55	2,75
Entwicklungsstörung	0,11	0,19	0,22	0,23	0,32
Parkinson-Syndrom	0,74	0,98	1,01	1,08	1,24
Gebrechlichkeit	0,11	0,19	0,21	0,21	0,26
Herzinsuffizienz	0,33	0,42	0,39	0,43	0,47

Anmerkung: Referenzkategorie: Männer, Alter 75–84 Jahre, jeweils keine Diagnose im aktuellen oder in den drei vorherigen Quartalen; unter Kontrolle weiterer Diagnosestellungen
Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, gewichtet nach der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik Deutschland

Inwieweit die akuten und die langfristigen Ereignisse einen Effekt auf die Pflegegrade oder die Pflegeleistungen bei Pflegeeintritt haben, wird in den Regressionsmodellen in Tabelle 3.3 beziehungsweise Tabelle 3.4 untersucht. Um die Effekte der strukturellen Veränderungen der Pflegeversicherung in den Jahren 2015 bis 2017 auszuklammern, werden dabei nur die Jahre 2018 bis 2023 betrachtet.

bei allen Erkrankungen
höchste Wahrscheinlichkeit
des Pflegeeintritts
mit Pflegegrad 2, bei
Akutereignissen aber
auch vergleichsweise
häufig mit den Pflege-
graden 3 oder 4

Sowohl die Akutereignisse als auch die Erkrankungen mit progredientem Verlauf sind mit einer erhöhten Inzidenz verbunden. Bei den Erkrankungen mit progredientem Verlauf liegt die Annahme nahe, dass das Auftreten von Pflegebedürftigkeit mit geringen Pflegegraden verbunden ist. Mit Akutereignissen wie Schlaganfall oder Bruch könnten gerade bei älteren Menschen gravierende Einschnitte in die Handlungsfähigkeit verbunden sein, was beim Auftreten von Pflegebedürftigkeit zu höheren Pflegegraden führen könnte. Tendenziell bestätigen die Analysen diese Annahme (Tabelle 3.3). Zwar sind bei allen Erkrankungen die größten Effekte auf die Wahrscheinlichkeit eines Pflegeeintritts mit Pflegegrad 2 zu finden, aber im Vergleich dazu sind die Effekte auf den Pflegeeintritt mit Pflegegrad 4 bei den langfristigen Ereignissen deutlich geringer als bei den akuten Ereignissen. Beispielsweise bei Hirnblutung ist die Wahrscheinlichkeit der monatlichen Pflegeinzidenz mit Pflegegrad 2 um 0,31 Prozentpunkte erhöht und die Wahrscheinlichkeit einer Pflegeinzidenz mit Pflegegrad 4 um 0,21 Prozentpunkte. Beim Parkinson-Syndrom ist die Wahrscheinlichkeit mit Pflegegrad 2 um 0,57 Prozentpunkte und mit Pflegegrad 4 um 0,03 Prozentpunkte erhöht. Es ist also sehr viel wahrscheinlicher, mit Akutereignissen direkt mit höheren Pflegegraden pflegebedürftig zu werden, wenn eine Pflegebedürftigkeit eintritt.

Tabelle 3.3: Regression zur monatlichen Pflegeinzidenz nach Pflegegraden in den Jahren 2018 bis 2023 in Prozent

	pflegebedürftig	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Referenzkategorie	0,09	0,06	0,04	−0,01	−0,01	0,00
2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2020	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
2021	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
2022	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
2023	0,04	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00

	pflegebedürftig	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Frau	0,00	0,01	0,00	−0,01	0,00	0,00
Alter 0–14 Jahre	−0,12	−0,08	−0,06	0,00	0,01	0,00
Alter 15–59 Jahre	−0,15	−0,09	−0,07	0,00	0,01	0,00
Alter 60–74 Jahre	−0,18	−0,09	−0,09	−0,01	0,00	0,00
Alter 85+ Jahre	1,06	0,31	0,55	0,17	0,04	0,01
Hirnblutung	1,08	0,07	0,31	0,30	0,21	0,20
Hirnfarkt	0,57	0,09	0,24	0,14	0,06	0,03
Femurfraktur	1,39	0,34	0,71	0,24	0,07	0,02
Beckenbruch	0,74	0,21	0,39	0,11	0,03	0,00
Krebs	0,15	0,01	0,05	0,05	0,03	0,01
Lähmung	0,83	0,15	0,33	0,18	0,10	0,07
Stuhlinkontinenz	1,92	0,13	0,62	0,56	0,38	0,23
Demenz	2,48	0,32	1,09	0,81	0,22	0,05
Entwicklungsstörung	0,24	0,03	0,13	0,09	0,00	0,00
Parkinson-Syndrom	1,06	0,22	0,57	0,24	0,03	0,01
Gebrechlichkeit	0,22	0,06	0,12	0,03	0,01	0,00
Herzinsuffizienz	0,42	0,12	0,21	0,07	0,02	0,01

Anmerkung: Referenzkategorie: 2018, Männer, Alter 75–84 Jahre, jeweils keine Diagnose im aktuellen oder in den drei vorherigen Quartalen; unter Kontrolle weiterer Diagnosestellungen
Quelle: BARMER-Daten 2018–2023, gewichtet nach der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik Deutschland

Ebenso, wie bei Vorliegen von Akutereignissen bei Pflegeeintritt höhere Pflegegrade erwartet werden können als bei Erkrankungen mit progredientem Verlauf, können sich aufgrund der Akutereignisse auch andere Inanspruchnahmemuster ergeben. Bei Erkrankungen mit progredientem Verlauf ist eher informelle Pflege zu erwarten, weil sich das Umfeld auf die sich allmählich steigenden Unterstützungsbedarfe vorbereiten kann. Bei Akutereignissen ist das Umfeld gegebenenfalls nicht auf die Versorgung vorbereitet und der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit erfolgt häufiger mit höheren Pflegegraden. Somit erscheint eine professionelle Pflege in Form von Pflegediensten (Pflegesachleistung) oder Pflegeheimen wahrscheinlicher.

Tabelle 3.4: Regression zur monatlichen Pflegeinzidenz nach Versorgungsart in den Jahren 2018 bis 2023 in Prozent

	pflegebedürftig	mit Pflegegeld	mit Pflegesachleistung	Behinderten- einrichtung	vollstationäre Dauerpflege
Referenzkategorie	0,09	0,04	−0,01	0,00	−0,01
2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2020	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
2021	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00
2022	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00
2023	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00
Frau	0,00	−0,01	0,00	0,00	0,00
Alter 0–14 Jahre	−0,12	−0,05	−0,01	0,00	0,00
Alter 15–59 Jahre	−0,15	−0,07	0,00	0,00	0,00
Alter 60–74 Jahre	−0,18	−0,09	−0,02	0,00	0,00
Alter 85+ Jahre	1,06	0,58	0,34	0,00	0,04
Hirnblutung	1,08	0,56	0,55	0,00	0,16
Hirnfarkt	0,57	0,32	0,22	0,00	0,05
Femurfraktur	1,39	0,61	0,66	0,00	0,10
Beckenbruch	0,74	0,36	0,29	0,00	0,03
Krebs	0,15	0,12	0,04	0,00	0,00
Lähmung	0,83	0,47	0,30	0,00	0,06
Stuhlinkontinenz	1,92	0,84	1,19	0,00	0,28
Demenz	2,48	1,53	0,93	0,00	0,19
Entwicklungsstörung	0,24	0,23	−0,02	0,00	0,00
Parkinson-Syndrom	1,06	0,77	0,18	0,00	0,01
Gebrechlichkeit	0,22	0,12	0,08	0,00	0,01
Herzinsuffizienz	0,42	0,23	0,14	0,00	0,01

Anmerkung: Referenzkategorie: 2018, Männer, Alter 75–84 Jahre, jeweils keine Diagnose im aktuellen oder in den drei vorherigen Quartalen; unter Kontrolle weiterer Diagnosestellungen
Quelle: BARMER-Daten 2018–2023, gewichtet nach der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik Deutschland

Erkrankungen, die am meisten dazu beitragen, dass eine Pflegebedürftigkeit eintritt, sind Demenz und Stuhlinkontinenz (Tabelle 3.4). Bei diesen beiden Erkrankungen zeigen sich auch erhöhte Pflegeeintritte direkt in die vollstationäre Pflege. Ansonsten sind es aber die Akutereignisse, die die Wahrscheinlichkeit einer vollstationären Pflege erhöhen. Wenn es im zeitlichen Zusammenhang mit Hirnblutung, Hirninfarkt, Beckenbruch oder Lähmung zur Pflegebedürftigkeit kommt, ist die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts größer als bei Beginn der Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen, Gebrechlichkeit, Parkinson-Syndrom oder Herzinsuffizienz. Wenn es bei den letztgenannten Erkrankungen zur Pflegebedürftigkeit kommt, werden in der Regel Pflegegeld oder Pflegesachleistungen in Anspruch genommen. Tendenziell zeigen sich somit die vermuteten Ergebnisse, wobei die Differenzen in den Kategorien größer sind als zwischen den Kategorien.

bei Akutereignissen
größere Tendenz zur
stationären Pflege bei
Pflegeinzidenz

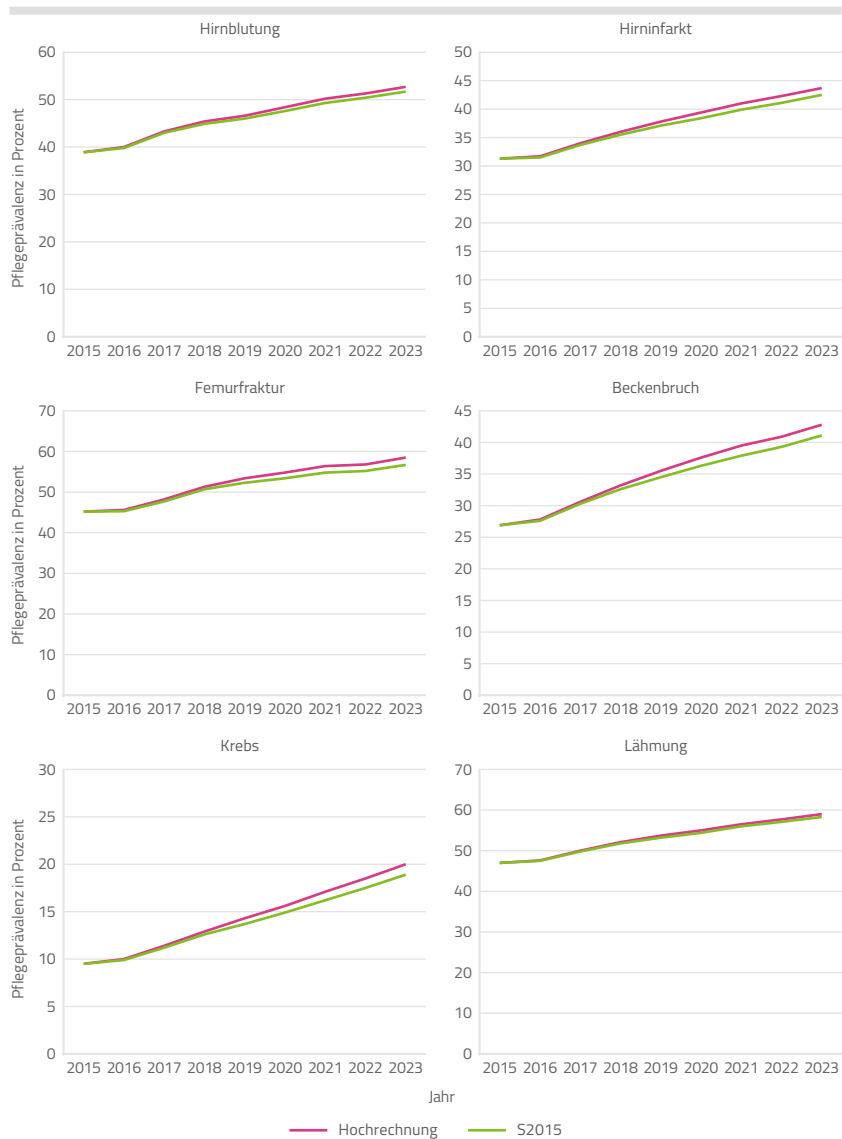
3.3.3 Pflegeprävalenzen nach Erkrankungsarten

Pflegebedürftigkeit ist in aller Regel ein beständiger Zustand bis zum Tod. Bei einigen Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, ist aber auch die Möglichkeit gegeben, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit wieder abnimmt oder die Pflegebedürftigkeit sogar gänzlich beendet wird. Dazu können alle heilbaren akuten Erkrankungen gehören, aber auch Zustände, die bei Kindern zur Pflegebedürftigkeit führen – wie zum Beispiel Entwicklungsstörungen. Die Entwicklung der Pflegeprävalenz bildet den Saldo aus dem Zugang und dem Austritt aus der Pflegebedürftigkeit ab.

Abbildung 3.7 und Abbildung 3.8 zeigen zunächst die Entwicklung der Pflegeprävalenz nach Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf. Die besonders hohe Inzidenzsteigerung im Jahr 2017 und in den nachfolgenden Jahren machen sich derzeit auch in der Prävalenz bemerkbar. Bei allen Erkrankungen zeigen sich kontinuierlich steigende Prävalenzen der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegeprävalenz ist dabei bei allen hier untersuchten Erkrankungen sehr hoch. Für das Jahr 2017 lagen die Pflegeprävalenzen noch zwischen 11,4 Prozent (Krebs) und 68,1 Prozent (Demenz). Zum Jahr 2023 sind die Pflegeprävalenzen auf 20,0 Prozent (Krebs) bis 78,5 Prozent (Demenz) gestiegen (Abbildung 3.7 und Abbildung 3.8).

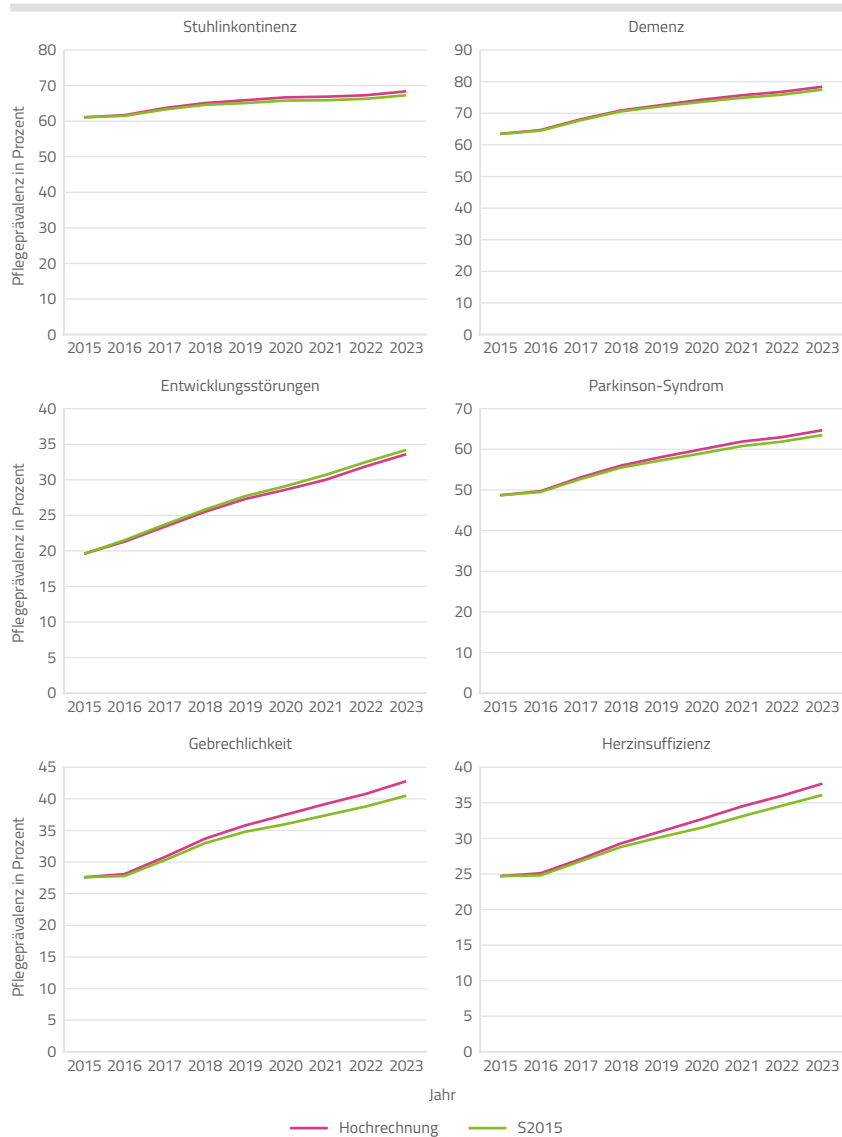
fast linearer Anstieg der
Pflegeprävalenz auch
nach 2017 bei Vorliegen
jeglicher Erkrankung

Abbildung 3.7: Pflegeprävalenzen bei Vorliegen spezieller Diagnosen akuter Ereignisse in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2015

Abbildung 3.8: Pflegeprävalenzen bei Vorliegen von Erkrankungen mit progredientem Verlauf in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise standardisiert auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2015

Die Erkrankungen sind in aller Regel deutlich mit dem Alter korreliert. Ein demografischer Wandel könnte demnach einen Effekt auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz haben. Aber auch standardisiert auf die Bevölkerung von 2015 zeigt sich fast dieselbe Entwicklung: Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden oder zu sein, steigt bei jeder Erkrankung über die Jahre kontinuierlich an. Der deutliche Anstieg der Pflegeprävalenz ist damit nur unwesentlich durch eine gestiegene Morbidität der Bevölkerung getriggert (Abbildung 3.7 und Abbildung 3.8).

Diese von den Diagnosestellungen unabhängige Entwicklung der Pflegeprävalenz zeigt sich auch in den Regressionsmodellen für die Jahre 2015, 2017, 2019, 2021 und 2023 (Tabelle 3.5). In den Ausgangswerten für die Pflegewahrscheinlichkeit für 75- bis 84-jährige Männer ohne die genannten Erkrankungen wird diese Steigerung der Prävalenz deutlich. Für das Jahr 2015 liegt die Pflegeprävalenz für diese Gruppe bei 2,09 Prozent und für das Jahr 2023 schon bei 7,11 Prozent. Frauen sind bei ansonsten gleichen Bedingungen häufiger als Männer pflegebedürftig – und dieser Unterschied steigt im Zeitverlauf sogar. Der Alterseffekt ist noch größer. Während die Koeffizienten für die jüngeren Altersgruppen anzeigen, dass ohne Vorliegen einer der untersuchten Erkrankungen die Pflegewahrscheinlichkeit nahe null liegt, wird mit dem Koeffizienten für die Altersgruppe der über 85-Jährigen eine um 18,9 (2015) bis 23,3 Prozentpunkte (2023) erhöhte Wahrscheinlichkeit angezeigt. Das Alter wirkt hier also über die Jahre immer stärker auf die Pflegewahrscheinlichkeit.

rückläufiger Effekt auf
die Pflegeprävalenz im
Regressionsmodell nur
bei Demenz und
Stuhlinkontinenz

Die Koeffizienten für die Erkrankungen geben nicht die Pflegewahrscheinlichkeit bei Vorliegen der Erkrankung wieder, sondern wie sehr die Erkrankung bei gegebenem Alter und sonstigen Zuständen die Pflegewahrscheinlichkeit erhöht. Die Demenz tritt meist erst im höheren Alter ein, bei dem grundsätzlich schon eine erhöhte Pflegewahrscheinlichkeit gegeben ist. Diese wird nach dem Regressionsmodell bei Vorliegen einer Demenz noch einmal um mehr als 30 Prozentpunkte erhöht. Die Entwicklungsstörung wird in jüngeren Jahren diagnostiziert. In dieser Population ist die Pflegewahrscheinlichkeit allgemein sehr gering. Liegt allerdings eine Entwicklungsstörung vor, erhöht sich die Pflegewahrscheinlichkeit. Dieser Effekt verstärkt sich im Beobachtungszeitraum. Im Jahr 2015 betrug die

Steigerung nach dem Regressionsmodell noch 10,9 Prozentpunkte. Im Jahr 2023 lag die Steigerung schon bei 22,0 Prozentpunkten. Über die Jahre steigende Effekte auf die Pflegeprävalenz zeigen sich bei allen Akuterkrankungen und bei den meisten als mit progredientem Verlauf eingruppierten Erkrankungen. Bei Demenz und Stuhlinkontinenz werden hingegen rückläufige Effekte sichtbar, obwohl es sich um Erkrankungen mit progredientem Verlauf handelt.

Tabelle 3.5: Regression zur Pflegeprävalenz in Prozent

	2015	2017	2019	2021	2023
Referenzkategorie	2,09	2,48	3,82	5,56	7,11
Frau	0,11	0,14	0,28	0,41	0,48
Alter 0–14 Jahre	–2,38	–2,75	–3,94	–5,44	–6,77
Alter 15–59 Jahre	–2,30	–2,78	–4,31	–6,18	–7,82
Alter 60–74 Jahre	–2,14	–2,60	–4,15	–5,96	–7,57
Alter 85+ Jahre	18,90	20,45	22,27	22,82	23,32
Hirnblutung	6,20	6,83	7,28	7,98	8,12
Hirnfarkt	1,12	1,47	2,05	2,68	2,27
Femurfraktur	11,69	11,80	12,72	12,90	12,45
Beckenbruch	5,83	6,77	7,96	8,82	9,22
Krebs	–0,19	–0,09	0,36	0,97	1,56
Lähmung	24,66	24,87	25,70	26,45	27,18
Stuhlinkontinenz	14,37	12,91	11,08	9,88	9,24
Demenz	34,12	34,75	34,10	32,75	31,10
Entwicklungsstörung	10,88	13,06	16,27	18,69	21,98
Parkinson-Syndrom	17,00	17,93	19,05	20,36	20,54
Gebrechlichkeit	3,46	3,78	4,37	4,64	4,89
Herzinsuffizienz	4,91	5,33	6,20	7,05	7,74

Anmerkung: Referenzkategorie: Männer, Alter 75–84 Jahre, jeweils keine Diagnose im aktuellen oder in den drei vorherigen Quartalen; unter Kontrolle weiterer Diagnosestellungen

Quelle: BARMER-Daten 2015–2023, gewichtet nach der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 3.6 und Tabelle 3.7 zeigen die Regressionsmodelle zur Pflegebedürftigkeit in den verschiedenen Pflegegraden beziehungsweise in den einzelnen Versorgungsarten. Um auch hier die strukturellen Effekte der Veränderungen der Jahre 2015 bis 2017 auszuklammern, werden ebenfalls nur die Jahre 2018 bis 2023 betrachtet.

Die Regressionsmodelle zur Pflegeprävalenz insgesamt und zur Pflegeprävalenz in den einzelnen Pflegegraden zeigen durchgängig einen Anstieg im Zeitverlauf. Ausgehend von einer Pflegeprävalenz von 4,12 Prozent bei 75- bis 84-jährigen Männern im Jahr 2018 steigt die Pflegeprävalenz für diese Gruppe über die Jahre kontinuierlich an. Für das Jahr 2023 wird eine um 1,77 Prozentpunkte höhere Pflegeprävalenz für 75- bis 84-jährigen Männer ohne die kontrollierten Erkrankungen ermittelt. Größere Steigerungen sind vor allem bei den ersten drei Pflegegraden zu beobachten. Die Pflegeprävalenz mit Pflegegrad 5 bleibt fast konstant und ist somit nur durch Alter, Geschlecht und Erkrankungen bestimmt.

Verschiebungen bei der
Pflegeprävalenz in Rich-
tung höherer Pflege-
grade bei Erkrankungen
mit progredientem
Verlauf im Vergleich
zur Pflegeinzidenz

Die Wahrscheinlichkeit höherer Pflegegrade zeigt sich unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und der allgemeinen Entwicklung insbesondere bei den Erkrankungen mit progredientem Verlauf. Hier sind die Steigerungsraten bei Pflegegrad 3 bis 5 teilweise besonders hoch. Die Wahrscheinlichkeit, mit Demenz, Entwicklungsstörungen oder Parkinson-Syndrom pflegebedürftig zu sein, ist um fast 20 oder gar über 30 Prozentpunkte erhöht – und dies vor allem mit Pflegegrad 3 bis 5. Bei den Akutereignissen sind es die Lähmungen und die Femurfraktur, die die Pflegewahrscheinlichkeit im zweistelligen Bereich erhöhen. Dabei ist bei Vorliegen einer Lähmung auch eine höhere Wahrscheinlichkeit von höheren Pflegegraden gegeben. Bei Hirninfarkt und Krebs ist die Pflegeprävalenz hingegen relativ wenig erhöht, und das auch überwiegend in geringeren Pflegegraden. Die Akutereignisse sind zwar tendenziell häufiger als die Erkrankungen mit progredientem Verlauf bereits bei Pflegebeginn mit höheren Pflegegraden verbunden, dennoch zeigen sich in der Prävalenz leichte Verschiebungen in Richtung der Erkrankungen mit progredientem Verlauf.

Tabelle 3.6: Regression zur Pflegeprävalenz mit einzelnen Pflegegraden in Prozent

	pflegebedürftig	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Referenzkategorie	4,12	1,29	2,59	0,37	−0,15	0,01
2019	0,31	0,14	0,09	0,08	0,01	0,00
2020	0,69	0,24	0,20	0,19	0,05	0,01
2021	1,11	0,36	0,35	0,31	0,08	0,02
2022	1,40	0,46	0,46	0,40	0,09	0,01
2023	1,77	0,55	0,59	0,51	0,11	0,01
Frau	0,36	0,21	0,26	−0,08	−0,06	0,03
Alter 0–14 Jahre	−4,95	−1,62	−2,81	−0,47	0,05	−0,11
Alter 15–59 Jahre	−5,58	−1,78	−3,23	−0,72	0,12	0,03
Alter 60–74 Jahre	−5,37	−1,68	−3,18	−0,76	0,15	0,10
Alter 85+ Jahre	22,92	2,50	10,41	6,66	2,68	0,67
Hirnblutung	7,70	0,23	1,74	2,34	2,03	1,35
Hirnfarkt	2,26	0,44	1,59	1,20	0,00	−0,97
Femurfraktur	12,69	1,03	4,41	4,32	2,73	0,20
Beckenbruch	8,57	1,58	4,93	2,72	0,16	−0,81
Krebs	0,85	0,28	0,86	0,28	−0,25	−0,32
Lähmung	26,26	0,89	6,97	8,01	5,43	4,96
Stuhlinkontinenz	10,22	−1,22	−3,49	1,59	6,91	6,44
Demenz	32,87	−1,34	1,26	13,21	13,24	6,49
Entwicklungsstörung	18,40	0,67	5,41	7,08	3,36	1,89
Parkinson-Syndrom	19,66	0,28	4,69	7,10	4,82	2,77
Gebrechlichkeit	4,72	0,38	2,20	1,60	0,55	−0,01
Herzinsuffizienz	6,80	1,01	3,80	2,25	0,23	−0,48

Anmerkung: Referenzkategorie: 2018, Männer, Alter 75–84 Jahre, jeweils keine Diagnose im aktuellen oder in den drei vorherigen Quartalen; unter Kontrolle weiterer Diagnosenstellungen
Quelle: BARMER-Daten 2018–2023, gewichtet nach der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik Deutschland

Welche Versorgungsarten bei Vorliegen der verschiedenen Erkrankungen vermehrt in Anspruch genommen werden, zeigen die Regressionsmodelle in Tabelle 3.7. Für die Referenzkategorie der 75- bis 84-jährigen Männer im Jahr 2018 ohne die kontrollierten Erkrankungen wird eine Pflegeprävalenz mit Pflegegeld von 2,78 Prozent ermittelt. Die Pflegeprävalenz im Sachleistungsbezug liegt für diese Gruppe bei 0,72 Prozent. Eine stationäre Versorgung ist für diese Gruppe sehr unwahrscheinlich. Die Wahrscheinlichkeit des Pflegegeldbezugs und die Nutzung der Pflegedienste haben sich über die Jahre für diese Gruppe erhöht. Die stationäre Versorgung ist auch weiterhin unwahrscheinlich. Frauen nehmen häufiger Pflegesachleistungen oder vollstationäre Dauerpflege in Anspruch, allerdings ist dieser Unterschied nicht sehr stark ausgeprägt.

Tabelle 3.7: Regression zur Pflegeprävalenz nach Versorgungsart in Prozent

	pflegebedürftig	mit Pflegegeld	mit Pflegesachleistung	Behinderten- einrichtung	vollstationäre Dauerpflege
Referenzkategorie	4,12	2,78	0,72	-0,05	-0,12
2019	0,31	0,17	0,02	0,00	0,00
2020	0,69	0,41	0,06	0,00	0,00
2021	1,11	0,71	0,10	0,00	0,01
2022	1,40	0,93	0,10	0,00	-0,01
2023	1,77	1,20	0,12	0,00	-0,01
Frau	0,36	-0,06	0,14	-0,03	0,22
Alter 0–14 Jahre	-4,95	-2,94	-0,97	-0,10	-0,06
Alter 15–59 Jahre	-5,58	-3,56	-1,04	0,14	-0,06
Alter 60–74 Jahre	-5,37	-3,76	-1,11	0,13	0,14
Alter 85+ Jahre	22,92	12,65	7,05	-0,12	6,46
Hirnblutung	7,70	5,03	2,97	-1,07	2,20
Hirninfrakt	2,26	1,71	1,12	-0,85	0,69
Femurfraktur	12,69	4,78	4,44	0,03	5,73
Beckenbruch	8,57	5,61	3,39	-0,05	0,77
Krebs	0,85	1,82	-0,10	-0,05	-1,08
Lähmung	26,26	18,70	5,58	1,80	3,42
Stuhlinkontinenz	10,22	0,00	3,80	0,74	9,27
Demenz	32,87	10,00	6,07	0,04	22,45
Entwicklungsstörung	18,40	18,04	-0,31	1,02	-0,50

	pflegebedürftig	mit Pflegegeld	mit Pflegesachleistung	Behinderten- einrichtung	vollstationäre Dauerpflege
Parkinson-Syndrom	19,66	15,17	4,67	−0,25	3,92
Gebrechlichkeit	4,72	2,81	1,58	−0,09	1,31
Herzinsuffizienz	6,80	5,04	2,04	−0,06	0,47

Anmerkung: Referenzkategorie: 2018, Männer, Alter 75–84 Jahre, jeweils keine Diagnose im aktuellen oder in den drei vorherigen Quartalen; unter Kontrolle weiterer Diagnosestellungen
Quelle: BARMER-Daten 2018–2023, gewichtet nach der Bevölkerungsverteilung in der Bundesrepublik Deutschland

Die deutlich höhere Pflegewahrscheinlichkeit bei Vorliegen von Demenz oder Stuhlinkontinenz ist zu einem sehr hohen Anteil gleichbedeutend mit der höheren Wahrscheinlichkeit einer vollstationären Versorgung. Die Demenz erhöht die Pflegewahrscheinlichkeit um fast 33 Prozent, wobei die Wahrscheinlichkeit einer vollstationären Dauerpflege um mehr als 22 Prozent erhöht ist. Bei Beckenbruch, Entwicklungsstörungen und Herzinsuffizienz ist die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit in vollstationärer Pflege weitaus geringer als die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, überhaupt pflegebedürftig zu sein. Für Versicherte mit einer aktuellen Krebsdiagnose ist die Wahrscheinlichkeit einer vollstationären Pflege sogar verringert. Sie erhalten vermehrt Pflegegeld. Ein struktureller Unterschied zwischen den Pflegeprävalenzen bei Vorliegen von Akuterkrankungen oder Erkrankungen mit progredientem Verlauf lässt sich somit nicht aufzeigen.

Verschiebungen der
Effekte auf die Pflege-
prävalenz in Richtung
informeller Pflege bei
Akutereignissen im Ver-
gleich zur Pflegeinzidenz

3.4 Pflegeverläufe für die Pflegeeintritte in den Jahren ab 2017

Zu der eingangs gestellten Frage, ob sich die Pflegedynamiken über die Zeit verändert haben, wird in Tabelle 3.8 der Verlauf der Inanspruchnahmen der verschiedenen Leistungsarten über einen Zeitraum bis zu 60 Monate nach Pflegebeginn für die Pflegeeintrittsjahre 2017 bis 2022 dargestellt. Abgebildet sind die Anteile der inzident Pflegebedürftigen x Monate nach Pflegeeintritt. Der Anteil der nicht mehr pflegebedürftigen Personen liegt zu jedem Zeitpunkt bei maximal rund einem Prozent. Der Anteil derer, die ohne Hauptleistungen (also in Pflegegrad 1) pflegebedürftig werden, ist von 26 Prozent auf 31 Prozent gestiegen. Deren Anteil verringert sich mit der Dauer der Pflegebedürftigkeit, bleibt aber auch nach mehreren Monaten noch höher als in den älteren Eintrittskohorten.

Zeit mit informeller
Pflege verlängert

So waren zwölf Monate nach Pflegeeintritt im Jahr 2017 noch 18 Prozent dieser Pflegebedürftigen ohne Hauptleistungen. Aus der Eintrittskohorte 2022 waren es dagegen noch 21 Prozent. Ähnlich verhält es sich mit dem Anteil im Pflegegeldbezug. Sowohl zum Pflegeeintritt als auch zwölf Monate später ist der Anteil über die Pflegeeintrittsjahre hinweg gestiegen. Ein Rückgang ist dagegen sowohl beim Anteil mit Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen als auch von stationärer Pflege zu beobachten – und dies sowohl bei Pflegeeintritt als auch zwölf Monate später. Der Anteil der Verstorbenen hat sich auch über die Eintrittsjahre reduziert. Für die Inzidenzkohorte des Jahres 2017 waren es nach einem Jahr 21 Prozent und für die Inzidenzkohorte des Jahres 2022 nur noch 18 Prozent. Nach zwei Jahren waren es 31 beziehungsweise 27 Prozent. Die Pflegedauer hat sich demnach verlängert, und dies vor allem mit verlängerten Zeiten im Pflegegeldbezug und in Zeiten ohne Hauptleistungen.

Tabelle 3.8: Anteil der Leistungsarten x Monate nach erstem Leistungsbezug differenziert nach Pflegeeintrittsjahr in Prozent

	Monat(e) nach Pflegeeintritt												
	0	1	2	3	4	5	6	12	18	24	36	48	60
nicht pflegebedürftig													
2017	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
2018	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
2019	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
2020	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	–
2021	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	–	–
2022	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	–	–	–
ohne Hauptleistung													
2017	26	26	25	24	24	23	22	18	14	12	8	6	5
2018	26	26	25	24	23	23	22	18	15	12	8	6	4
2019	28	27	26	26	25	24	23	19	15	12	9	6	4
2020	28	27	27	26	25	24	23	19	16	13	9	6	–
2021	31	30	29	29	28	27	26	21	17	14	9	–	–
2022	31	30	29	29	28	27	27	21	17	14	–	–	–

	Monat(e) nach Pflegeeintritt												
	0	1	2	3	4	5	6	12	18	24	36	48	60
Pflegegeld													
2017	38	38	37	36	35	35	35	33	31	29	25	22	19
2018	41	41	40	39	39	38	38	35	33	32	28	24	21
2019	42	41	40	40	40	39	39	37	36	34	30	26	23
2020	44	43	42	42	42	41	41	40	38	36	33	29	–
2021	43	42	42	41	41	41	41	40	38	37	34	–	–
2022	45	43	42	42	42	42	41	41	40	39	–	–	–
Pflegesachleistungen													
2017	30	25	22	20	19	18	18	17	16	15	14	12	10
2018	28	23	20	19	18	17	16	15	15	14	13	11	9
2019	26	21	19	17	17	16	15	15	14	14	13	11	10
2020	25	21	18	17	16	15	15	14	14	13	12	11	–
2021	22	18	16	15	14	14	13	13	13	13	12	–	–
2022	22	18	15	14	14	13	13	12	12	12	–	–	–
stationäre Pflege													
2017	6	9	10	10	10	10	10	11	12	13	13	12	11
2018	4	8	8	8	8	8	8	9	10	10	11	11	10
2019	4	8	8	7	7	7	7	8	9	10	10	10	9
2020	3	6	6	6	6	6	6	7	8	9	9	9	–
2021	4	7	7	6	6	7	7	7	8	9	9	–	–
2022	3	7	7	6	6	6	6	7	7	8	–	–	–
Tod													
2017	0	2	7	9	12	13	15	21	26	31	39	47	55
2018	0	3	7	10	12	14	15	21	26	31	39	47	55
2019	0	3	7	9	11	13	14	20	25	29	38	46	53
2020	0	3	6	9	11	12	14	19	24	28	37	44	–
2021	0	2	6	8	10	11	12	18	23	27	35	–	–
2022	0	2	6	8	10	11	13	18	23	27	–	–	–

Anmerkung: In der stationären Pflege sind vollstationäre Dauerpflege und Versorgung in Behinderteneinrichtungen zusammengefasst.

Quelle: BARMER-Daten 2017–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland

3.5 Welche Leistungsart bei welcher Pflegeeintrittsdiagnose

Je nach Erkrankungsart sind schon unterschiedliche Inanspruchnahmen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit festgestellt worden (Tabelle 3.4 in Kapitel 3.3.2). Inwieweit sich die Inanspruchnahmen der verschiedenen Leistungsarten im Verlauf der Pflegebedürftigkeit weiterentwickeln, ist Thema dieses Kapitels 3.5. Differenziert nach den Eingangserkrankungen werden in Tabelle 3.9 und Tabelle 3.10 zunächst deskriptiv die Anteile in den jeweiligen Hauptleistungsarten im Verlauf der jeweiligen Zeit nach Pflegeeintritt dargestellt. Die Regressionsmodelle in Tabelle 3.11 und Tabelle 3.12 analysieren schließlich die Effekte der Eingangsdiagnosen auf die Dauer mit den verschiedenen Leistungsarten und auf die Dauer in den einzelnen Pflegegraden auch unter Kontrolle der Pflegeeintrittsjahre, des Pflegeeintrittsalters und des Geschlechts.

In der deskriptiven Beschreibung der Verteilungen der Leistungsarten sind die Pflegeeingangskohorten der Jahre 2017 bis 2022 zusammengefasst. In diesen Jahren ist die Pflegebedürftigkeit einheitlich durch Pflegegrade bestimmt. Mit der Begrenzung auf das Jahr 2022 werden übermäßig viele Rechtszensurierungen in der Beobachtung vermieden.

leicht erhöhte Wahrscheinlichkeit der Beendigung der Pflegebedürftigkeit nach Akutereignissen

Bei den Pflegebedürftigen, die mit Akutereignissen in die Pflege gekommen sind, zeigen sich leicht erhöhte Wahrscheinlichkeiten, dass die Pflegebedürftigkeit wieder beendet wird. Dies zeigt sich insbesondere bei den Brüchen (Tabelle 3.9). Bei Pflegebedürftigen mit progredienten Erkrankungen ist die Austrittswahrscheinlichkeit verringert. Dies trifft vor allem bei Demenz, Entwicklungsstörungen und Parkinson-Syndrom zu (Tabelle 3.10). Für die Zeit ohne Hauptleistung lässt sich kein typisches Bild für die hier betrachtete Unterscheidung der Erkrankungen herauslesen. Ohne Hauptleistungen sind bei den Pflegebedürftigen mit Akutereignissen zu Beginn zehn Prozent (Hirnblutung) bis 22 Prozent (Beckenbruch). Bei denen mit progredienten Erkrankungen schwankt der Anteil zwischen neun Prozent (Stuhlinkontinenz) und 23 Prozent (Gebrechlichkeit). Auch nach zwölf Monaten lässt sich eine ähnliche Verteilung für beide Erkrankungsgruppen feststellen.

Dann liegen die Anteile einerseits zwischen acht Prozent (Hirnblutung) und 15 Prozent (Beckenbruch) und andererseits zwischen sechs Prozent (Stuhlinkontinenz) und 15 Prozent (Gebrechlichkeit).

Während die Pflegeeintritte mit Pflegegeld und Pflegeschleistungen bei Pflegebedürftigen mit Akutereignissen mit Anteilen von 30 bis 44 Prozent relativ gleichmäßig verteilt sind, lassen sich bei den Pflegebedürftigen mit progredienten Erkrankungen deutliche Unterschiede in Bezug auf die ersten Versorgungsformen beobachten. Der Anteil der Pflegebedürftigen im Pflegegeldbezug ist bei Pflegebeginn mit Stuhlinkontinenz mit 27 Prozent deutlich geringer und bei Beginn mit Entwicklungsstörungen mit 83 Prozent quasi Normalität. Die stationäre Pflege gleich zu Beginn der Pflegebedürftigkeit kommt sowohl bei der Hirnblutung als Akuterkrankung als auch bei Vorliegen der Stuhlinkontinenz mit jeweils 13 Prozent vergleichsweise häufig vor.

Trotz geringerer Leistungsansprüchen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit sind Krebspatientinnen und -patienten nach zwölf Monaten zu einem größeren Anteil (39 Prozent) verstorben als die Pflegebedürftigen, die mit anderen Akuterkrankungen pflegebedürftig geworden sind (20 bis 25 Prozent). Von den Pflegebedürftigen, die mit Erkrankungen mit progredientem Verlauf pflegebedürftig geworden sind, sind es diejenigen mit Stuhlinkontinenz, die häufig schon nach zwölf Monaten verstorben sind (38 Prozent). Bei den anderen Pflegebedürftigen mit langfristigen Ereignissen zu Pflegebeginn liegt der Anteil der Verstorbenen nach zwölf Monaten zwischen einem Prozent (Entwicklungsstörungen) und 27 Prozent (Herzinsuffizienz).

höhere Sterberate bei
Pflegebedürftigen nach
Krebserkrankung

Tabelle 3.9: Anteil der Leistungsarten nach x Monaten differenziert nach akuten Ereignissen vor oder bei Pflegeeintritt in den Jahren 2017 bis 2022 in Prozent

	Monat(e) nach Pflegeeintritt												
	0	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	21	24
nicht pflegebedürftig													
Hirnblutung	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Hirnfarkt	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Femurfraktur	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Beckenbruch	0	0	0	0	1	1	1	2	2	1	1	1	1
Krebs	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Lähmung	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
ohne Hauptleistung													
Hirnblutung	10	10	10	10	9	9	9	8	8	7	7	6	5
Hirnfarkt	16	16	15	15	15	14	14	12	11	10	9	8	7
Femurfraktur	19	18	18	17	17	17	17	15	14	13	12	11	9
Beckenbruch	22	21	20	20	20	19	18	17	15	14	13	11	10
Krebs	19	18	18	17	17	16	15	14	12	11	10	8	7
Lähmung	16	15	15	15	14	14	13	12	11	10	10	9	8
Pflegegeld													
Hirnblutung	35	34	34	33	33	33	33	33	32	31	30	29	28
Hirnfarkt	39	38	38	38	38	37	37	36	36	35	34	33	31
Femurfraktur	30	29	29	29	29	29	29	29	29	28	27	27	25
Beckenbruch	34	33	33	33	33	32	32	32	32	31	30	29	28
Krebs	44	42	40	38	37	36	35	33	31	30	28	27	25
Lähmung	40	39	38	38	38	37	37	37	36	35	34	34	32
Pflegesachleistungen													
Hirnblutung	41	31	25	23	21	21	20	18	18	17	16	16	15
Hirnfarkt	36	28	24	22	21	20	20	18	18	17	17	16	16
Femurfraktur	44	34	30	28	26	25	24	22	21	21	20	19	18
Beckenbruch	39	32	28	26	24	23	22	21	20	19	19	18	18
Krebs	33	26	20	17	16	15	14	13	12	11	11	10	10
Lähmung	36	28	24	22	20	19	19	17	17	16	16	15	15

	Monat(e) nach Pflegeeintritt												
	0	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	21	24
stationäre Pflege													
Hirnblutung	13	21	21	20	20	19	19	18	17	17	16	16	16
Hirnfarkt	8	15	15	15	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Femurfraktur	7	17	17	16	16	15	15	14	14	14	15	14	15
Beckenbruch	6	12	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	13
Krebs	4	8	8	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Lähmung	8	15	15	14	14	13	13	13	12	12	12	12	12
Tod													
Hirnblutung	0	4	9	13	16	17	19	22	25	28	30	32	35
Hirnfarkt	0	3	7	10	12	14	15	18	21	24	26	28	31
Femurfraktur	0	2	6	9	11	12	14	17	20	22	25	27	30
Beckenbruch	0	2	6	9	11	12	14	17	20	22	25	27	30
Krebs	0	6	15	20	24	27	29	35	39	42	45	48	51
Lähmung	0	3	8	11	14	15	17	20	23	25	27	30	32

Quelle: BARMER-Daten 2017–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland

Tabelle 3.10: Anteil der Leistungsarten nach x Monaten differenziert nach Erkrankungen mit progredientem Verlauf vor oder bei Pflegeeintritt in den Jahren 2017 bis 2022 in Prozent

	Monat(e) nach Pflegeeintritt												
	0	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	21	24
nicht pflegebedürftig													
Stuhlinkontinenz	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Demenz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entwicklungsstörung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parkinson-Syndrom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gebrechlichkeit	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0
Herzinsuffizienz	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ohne Hauptleistung													
Stuhlinkontinenz	9	9	8	8	8	8	7	7	6	6	5	4	4
Demenz	13	12	12	12	11	10	10	8	7	6	5	4	3
Entwicklungsstörung	12	11	12	12	11	11	11	11	10	10	10	10	9

	Monat(e) nach Pflegeeintritt												
	0	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	21	24
Parkinson-Syndrom	17	16	16	16	15	14	14	12	10	9	7	6	5
Gebrechlichkeit	23	22	21	21	20	20	19	17	15	13	11	10	8
Herzinsuffizienz	21	21	20	19	19	18	17	15	14	12	11	9	8
Pflegegeld													
Stuhlinkontinenz	27	26	24	24	23	23	23	22	21	21	20	19	18
Demenz	42	41	40	40	39	38	38	36	34	32	30	28	26
Entwicklungsstörung	83	81	82	83	83	83	83	83	83	84	83	83	83
Parkinson-Syndrom	52	51	50	50	50	50	49	48	46	45	43	41	38
Gebrechlichkeit	39	38	37	37	36	36	36	35	34	33	32	30	29
Herzinsuffizienz	39	38	37	36	36	35	35	33	32	31	30	29	28
Pflegesachleistungen													
Stuhlinkontinenz	51	37	28	25	22	21	20	18	17	16	15	14	14
Demenz	37	29	25	24	22	22	21	20	19	18	18	17	16
Entwicklungsstörung	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Parkinson-Syndrom	27	23	21	21	20	20	20	19	19	19	19	18	18
Gebrechlichkeit	34	27	24	23	22	21	20	19	19	18	17	17	16
Herzinsuffizienz	35	28	24	22	20	19	19	17	16	16	15	15	14
stationäre Pflege													
Stuhlinkontinenz	13	23	23	22	21	20	19	18	17	17	16	16	15
Demenz	8	16	18	18	18	18	18	19	20	21	22	22	22
Entwicklungsstörung	3	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Parkinson-Syndrom	4	8	9	9	9	9	9	10	11	12	13	13	14
Gebrechlichkeit	5	11	11	11	10	11	11	11	12	12	12	13	13
Herzinsuffizienz	5	10	10	10	10	9	9	9	9	9	9	9	10
Tod													
Stuhlinkontinenz	0	6	15	21	25	28	30	34	38	40	43	45	48
Demenz	0	2	5	8	10	11	12	16	19	22	25	29	32
Entwicklungsstörung	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Parkinson-Syndrom	0	1	3	5	6	7	8	11	13	16	18	21	24
Gebrechlichkeit	0	2	6	9	11	13	14	18	21	24	26	30	33
Herzinsuffizienz	0	3	9	12	15	17	19	24	27	30	33	36	40

Quelle: BARMER-Daten 2017–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland

Gerade bei den beiden letztgenannten Erkrankungen ist das Alter deutlich unterschiedlich. Inwieweit das Alter oder die Art der Erkrankungen die Dauern in den einzelnen Leistungsarten bestimmen, muss daher multivariat in einem Regressionsmodell untersucht werden. Im Regressionsmodell in Tabelle 3.11 wird analysiert, wie viele Monate von Pflegeeintrittsmonat und den nachfolgenden 24 Monaten in den jeweiligen Versorgungsarten verbracht wird. Die Pflegeeintrittsjahre werden dabei ebenso wie Alter, Geschlecht und die Erkrankungsarten zu Pflegebeginn mit als erklärende Variablen berücksichtigt.

Die geringe Steigerung der Zeit ohne Pflegebedürftigkeit bei Pflegeeintritt mit Femurfraktur oder Beckenbruch findet sich auch im Regressionsmodell wieder. Wer mit Brüchen pflegebedürftig wird, hat also eine höhere Wahrscheinlichkeit, auch wieder aus der Pflegebedürftigkeit auszuschneiden. Für Pflegebedürftige, die mit Demenz, Entwicklungsstörungen oder Parkinson-Syndrom pflegebedürftig werden, ist dies dagegen eher unwahrscheinlich.

Für die 75- bis 84-jährigen Männer, die im Jahr 2018 pflegebedürftig geworden sind, werden für die beobachteten 25 Monate 5,9 Monate ohne Hauptleistungen ermittelt. Das sind die Pflegemonate mit Pflegegrad 1. Für alle untersuchten Erkrankungsarten zeigen sich geringere Zeiten in Pflegegrad 1 – insbesondere bei Demenz (–2,1 Monate) und Krebs (–1,5 Monate). 11,0 Monate werden von der Referenzkategorie im Pflegegeldbezug verbracht. Bei den Kindern erhöht sich diese Zeit noch um 9,8 Monate. Dies ist ein Fakt, der den Effekt der Entwicklungsstörung verringern könnte. Und dies zeigt sich auch im Regressionsmodell. Der sehr auffällige Unterschied in der deskriptiven Untersuchung (Tabelle 3.10), der sich bei diesem Krankheitsbild für den Bezug von Pflegegeld ergeben hat, beruht zu einem sehr großen Teil auf der unterschiedlichen Altersverteilung im Vergleich zu den anderen Krankheitsbildern. Die Entwicklungsstörung erhöht in dem Regressionsmodell die Dauer des Pflegegeldbezugs genauso wie das Parkinson-Syndrom lediglich um 2,1 Monate. Bei Vorliegen der anderen untersuchten Erkrankungen verringert sich aber meist die Dauer im Pflegegeldbezug. Das betrifft vor allem die Krebspatientinnen und -patienten und diejenigen mit Stuhlinkontinenz. Bei den Krebspatientinnen und -patienten sind allerdings die Dauern in allen Versorgungsarten verringert, weil sie im Durchschnitt früher sterben als andere Pflegebedürftige. Die Zeiten, in denen die Pflegebedürftigen

innerhalb der 25 Monate schon verstorben sind, liegen bei Krebspatientinnen und -patienten um 5,0 Monate höher als bei den Pflegebedürftigen ohne Krebserkrankung. Bei allen anderen Akuterkrankungen werden die professionellen Versorgungsleistungen in erhöhtem Maße in Anspruch genommen. Sowohl die Pflegesachleistungen als auch die stationäre Pflege werden bei Vorliegen der betrachteten Akuterkrankungen in den ersten 25 Monaten in erhöhtem Maße in Anspruch genommen. Von den Erkrankungen mit progredientem Verlauf führen Demenz (+2,5 Monate) und Stuhlinkontinenz (+1,0 Monate) zu längeren Verweildauern in der stationären Pflege, wobei bei Stuhlinkontinenz auch die Sterberate höher liegt (+1,8 Monate). Ansonsten sind die Effekte von Erkrankungen mit progredientem Verlauf auf die Nutzung professioneller Pflege eher unauffällig.

Tabelle 3.11: Regression zur Dauer in verschiedenen Versorgungsarten innerhalb von 25 Monaten seit Beginn der Pflegebedürftigkeit in Monaten

	nicht pflegebedürftig	ohne Hauptleistung	Pflegegeld	Pflegesachleistung	stationäre Pflege	Tod
Referenzkategorie	0,2	5,9	11,0	3,3	1,4	3,2
Jahr 2015	0,2	-4,1	0,5	1,2	0,9	1,2
Jahr 2016	0,1	-4,2	0,7	1,2	1,2	1,0
Jahr 2017	-0,1	0,0	-0,6	0,3	0,4	0,1
Jahr 2019	0,0	0,2	0,3	-0,2	-0,1	-0,2
Jahr 2020	0,0	0,2	0,7	-0,3	-0,2	-0,4
Jahr 2021	0,0	0,6	0,5	-0,6	-0,2	-0,5
Jahr 2022	0,0	0,6	0,8	-0,7	-0,2	-0,4
Frau	0,0	1,1	-1,1	0,7	0,5	-1,2
Alter 0–14 Jahre	0,0	-2,1	9,8	-3,1	-2,0	-2,8
Alter 15–59 Jahre	0,1	0,9	1,4	-1,8	-0,5	-0,2
Alter 60–74 Jahre	0,1	-0,1	0,7	-1,0	-0,4	0,7
Alter 85+ Jahre	-0,1	-0,9	-1,5	1,0	0,9	0,6
Hirnblutung	0,0	-0,9	-0,4	0,3	1,1	-0,2
Hirnfarkt	0,0	-0,5	0,1	0,2	0,6	-0,4
Femurfraktur	0,2	-0,1	-0,8	0,8	0,6	-0,8
Beckenbruch	0,1	-0,2	-0,5	0,7	0,3	-0,5
Krebs	-0,1	-1,5	-1,6	-0,9	-1,0	5,0

	nicht pflegebedürftig	ohne Hauptleistung	Pflegegeld	Pflegesachleistung	stationäre Pflege	Tod
Lähmung	0,0	−0,8	0,0	0,6	0,4	−0,2
Stuhlinkontinenz	0,0	−0,7	−2,0	−0,1	1,0	1,8
Demenz	−0,1	−2,1	−0,2	0,2	2,5	−0,2
Entwicklungsstörung	−0,2	−1,3	2,1	−0,3	0,1	−0,3
Parkinson-Syndrom	−0,1	−1,1	2,1	0,6	0,0	−1,4
Gebrechlichkeit	0,0	−0,2	−0,1	0,2	0,2	−0,1
Herzinsuffizienz	0,0	−0,3	−0,6	0,0	−0,2	1,1

Quelle: BARMER-Daten 2017–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland

Da pflegebedürftige Krebspatientinnen und -patienten häufig schneller versterben, sind auch die Zeiten in den einzelnen Pflegegraden reduziert (Tabelle 3.12). Am stärksten sind allerdings die Zeiten mit geringeren Pflegegraden reduziert. Das bedeutet, dass Krebspatientinnen und -patienten die Zeit, die sie in Pflegebedürftigkeit verbringen, tendenziell in höheren Pflegegraden verbringen. Mehr Zeiten mit höheren Pflegegraden zeigen sich zudem vor allem bei Hirnblutungen, Hirninfarkt, Lähmungen, Stuhlinkontinenz und Demenz. Insgesamt lässt sich somit nicht sagen, dass eine der beiden Erkrankungsarten eindeutige Effekte auf die Pflegegrade hat.

Tabelle 3.12: Regression zur Dauer in den verschiedenen Pflegegraden innerhalb von 25 Monaten seit Beginn der Pflegebedürftigkeit in Monaten

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Referenzkategorie	5,9	10,3	4,2	1,0	0,2
Jahr 2015	−4,2	1,8	0,4	0,5	0,0
Jahr 2016	−4,3	2,5	0,4	0,4	0,0
Jahr 2017	0,0	0,0	−0,1	0,0	0,0
Jahr 2019	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Jahr 2020	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0
Jahr 2021	0,6	−0,1	0,0	0,0	0,0
Jahr 2022	0,6	−0,2	0,1	0,0	0,0

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Frau	1,2	0,8	−0,6	−0,2	0,0
Alter 0–14 Jahre	−2,1	1,1	3,2	0,4	−0,1
Alter 15–59 Jahre	0,8	−0,1	−0,6	−0,2	0,0
Alter 60–74 Jahre	−0,1	−0,6	−0,2	0,0	0,0
Alter 85+ Jahre	−0,9	−0,1	0,3	0,1	0,0
Hirnblutung	−0,9	−1,6	0,7	1,0	1,0
Hirninfarkt	−0,5	−0,4	0,7	0,4	0,2
Femurfraktur	−0,1	0,6	0,0	0,1	0,0
Beckenbruch	−0,1	0,6	0,0	0,0	−0,1
Krebs	−1,5	−2,6	−0,7	−0,1	−0,1
Lähmung	−0,8	−0,4	0,4	0,5	0,5
Stuhlinkontinenz	−0,7	−2,4	−0,1	0,8	0,6
Demenz	−2,2	−2,7	3,1	1,7	0,3
Entwicklungsstörung	−1,3	−0,3	2,1	0,0	0,0
Parkinson-Syndrom	−1,2	0,5	1,5	0,5	0,1
Gebrechlichkeit	−0,2	0,2	0,1	0,1	0,0
Herzinsuffizienz	−0,3	−0,2	−0,3	−0,2	−0,1

Quelle: BARMER-Daten 2017–2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland

3.6 Fazit

nur 1/6 der Pflegeinzi-
denzsteigerung und 1/7
der Pflegeprävalenzstei-
gerung seit 2015 durch
den demografischen
Wandel erklärt

Die Pflegeinzidenz und die Pflegeprävalenz steigen immer weiter an. Einen besonderen Schub hat diese Entwicklung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bekommen. Eine Erklärung für den Anstieg der Pflegebedürftigkeit ist der demografische Wandel. Die Datenanalysen zeigen aber, dass nur etwa ein Sechstel der Pflegeinzidenzsteigerung und ein Siebtel der Pflegeprävalenzsteigerung seit 2015 durch den demografischen Wandel erklärt werden können.

Ein weiterer Erklärungsfaktor könnte eine veränderte Morbidität in der Bevölkerung sein. Es werden – auch unabhängig von der demografischen Entwicklung – immer häufiger Erkrankungen diagnostiziert, die eng mit der Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang stehen. Wenn die häufigeren Diagnosen ein Abbild einer gestiegenen Morbidität sind, könnten damit auch Steigerungen in der Pflegeprävalenz erklärt werden. Der Anteil der inzident Pflegebedürftigen mit den jeweiligen Erkrankungen sinkt jedoch bei fast allen untersuchten Erkrankungen. Das impliziert, dass die einzelnen Erkrankungen eine immer geringere Erklärungskraft für die Entwicklung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen haben. Die Pflegebedürftigkeit hat demnach inzwischen häufiger mehrere Ursachen. Dennoch steigt die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit bei jeder der untersuchten Erkrankungen fortlaufend an. Die Steigerung der Inzidenzen lässt sich somit nicht allein aus dem Gesundheitszustand erklären. Es müssen noch andere Faktoren eine Rolle spielen. Dies könnte die steigende gesellschaftliche Akzeptanz von Pflegebedürftigkeit, stärkere Anreize, Anträge auf Pflegebedürftigkeit zu stellen, oder ein verändertes Begutachtungsverhalten sein. Welche Faktoren ausschlaggebend sind, lässt sich mit den BARMER-Daten aber nicht ermitteln.

Die einzelnen Erkrankungen haben eine immer geringere Erklärungskraft für die Entwicklung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen.

Eine zweite Frage, die bearbeitet wurde, zielt auf die Pfade in die Pflegebedürftigkeit. Bei einem Teil der Pflegebedürftigen erfolgt der Pflegeeintritt im Zusammenhang mit einem Akutereignis und bei einem anderen Teil im Zusammenhang mit Erkrankungen, die einen längeren Verlauf haben und typischerweise zu einer kontinuierlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands führen. Zur ersten Kategorie wurden hier Hirnblutung, Hirninfarkt, Femurfraktur, Beckenbruch, Krebs und Lähmung gezählt. Dies sind in aller Regel Erkrankungen, die sehr plötzlich auftreten und dann gegebenenfalls auch zur Pflegebedürftigkeit führen können. Bei solchen akuten Ereignissen besteht die Gefahr, dass das Umfeld nicht auf die mögliche Pflegesituation vorbereitet ist und dass daher schnelle Lösungen für das Versorgungsproblem gesucht werden müssen, die nicht immer zu dem im Einzelfall optimalen Pflegearrangement führen. Bei Erkrankungen, die sich in der Regel langsam entwickeln, hat sich das Umfeld häufig auf langsam steigende Unterstützungsbedarfe eingestellt, so dass die Wahl der Versorgungsart mit längerer Vorlaufzeit erfolgen kann. Daher stellte sich die Frage, inwieweit es zu strukturell unterschiedlichen Pflegeverläufen bei Pflegeeintritt nach einem Akutereignis oder bei Erkrankungen mit progredientem Verlauf kommt.

Wenn nach einer Erst-
diagnose eine Pflege-
bedürftigkeit eintritt,
dann meist schon in den
ersten Monaten – bei

Akutereignissen zügiger
als bei Erkrankungen mit
progredientem Verlauf.

größere Unterschiede bei
der Pflegeinzidenz zwi-
schen den Erkrankungen
als zwischen den Erkran-
kungsarten

gestiegene Pflege-
prävalenz unabhängig
von Morbidität

Wenn es nach einer Erstdiagnose zur Pflegebedürftigkeit kommt, geschieht dies bei allen untersuchten Erkrankungen in der Regel schon in den ersten Monaten nach der Diagnose. Nach Akutereignissen erfolgt dieser Schritt in der Regel aber etwas zügiger als bei Krankheiten mit langem, progredientem Verlauf.

Bei Vorliegen aller Erkrankungen gab es im Jahr 2017 eine deutliche Steigerung der Pflegeinzidenz. Bei den meisten Erkrankungen erfolgte eine kurze Reduktion, aber anschließend eine weitere Steigerung der Pflegeinzidenz. Dies war insbesondere bei der Entwicklungsstörung und bei Krebserkrankungen gegeben. Diese Entwicklung hat auch im Regressionsmodell zur Pflegeinzidenz unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und weiteren Erkrankungen Bestand. Eindeutige Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen, die im zeitlichen Zusammenhang mit Akutereignissen pflegebedürftig werden, und denen, die Erkrankungen mit progredientem Verlauf haben, zeigen sich dabei nicht. Die Unterschiede ergeben sich vielmehr im Vergleich der einzelnen Erkrankungen. Bei Demenz, Stuhlinkontinenz und Femurfraktur ist die Übergangswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit deutlich stärker erhöht als bei Vorliegen der anderen untersuchten Erkrankungen. Welche Versorgungsart bei Pflegeeintritt gewählt wird, ist ebenfalls nicht strukturell den Akutereignissen oder den Erkrankungen mit progredientem Verlauf zuzuschreiben. Bei den meisten Akutereignissen ist der direkte Übergang in die stationäre Pflege wahrscheinlicher als ohne Vorliegen dieses Ereignisses. Das trifft aber auch für Demenz und Stuhlinkontinenz zu, die zu den Erkrankungen mit progredientem Verlauf zählen.

Mit der – auch wellenförmig – gestiegenen Pflegeinzidenz hat sich bei Vorliegen jeglicher der untersuchten Erkrankungen auch eine kontinuierlich gesteigerte Prävalenz entwickelt. Im Regressionsmodell unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und weiteren Erkrankungen hat sich diese Tendenz weitgehend bestätigt. Bei fast allen Erkrankungen zeigen sich über die Jahre steigende Effekte auf die Pflegeprävalenz. Einzig bei Demenz und Stuhlinkontinenz verringert sich im Regressionsmodell die Bedeutung für die Vorhersage der Pflegebedürftigkeit. Dies verdeutlicht in der Summe noch mal, dass die Pflegeprävalenz nicht nur unabhängig von der Demografie, sondern auch weitgehend unabhängig von der Morbidität immer weiter gestiegen ist. Die Demenz, die über alle Jahre die Erkrankung mit der größten Vorhersagekraft für die Pflegebedürftigkeit ist, verliert dabei aber etwas an Erklärungskraft.

Alle untersuchten Erkrankungen erhöhen letztlich auch im Regressionsmodell unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und weiteren Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein. Das mündet aber bei den zugrunde liegenden Erkrankungen in unterschiedliche Verteilungen der Versorgungsarten. Bei Stuhlinkontinenz und Demenz ist die Versorgung im Pflegeheim sehr wahrscheinlich. Aber auch bei einer Femurfraktur ist die Wahrscheinlichkeit einer stationären Versorgung deutlich erhöht. Bei Vorliegen der meisten Erkrankungen mit progredientem Verlauf ist dagegen die Wahrscheinlichkeit informeller Pflege deutlich stärker erhöht als die Wahrscheinlichkeit einer stationären Pflege oder der Unterstützung durch Pflegedienste.

Die erhöhte Pflegeprävalenz ist das Resultat einer gestiegenen Pflegeinzidenz, aber auch einer gestiegenen Dauer in Pflegebedürftigkeit. Die Beendigung der Pflegebedürftigkeit ohne den Tod bleibt weiterhin die Ausnahme. Ein oder mehrere Jahre nach Pflegebeginn war nach den Pflegeeintrittsjahren 2017 bis 2022 jeweils nur etwa ein Prozent nicht mehr pflegebedürftig, aber auch nicht verstorben. Der Anteil der Verstorbenen nach mehreren Monaten oder Jahren geht immer weiter zurück. Es wird also immer mehr Zeit in Pflegebedürftigkeit verbracht. Dabei steigen die Zeiten ohne Hauptpflegeleistungen und im Pflegegeldbezug stetig an. Die Anteile der gesamten Pflegezeiten bis zu den jeweiligen Messzeitpunkten in ambulanter oder stationärer Pflege ist dabei rückläufig.

Bei der Unterscheidung nach den Erkrankungsarten zeigt sich bei Akuterkrankungen eine leicht erhöhte Wahrscheinlichkeit, die Pflegebedürftigkeit ohne Tod zu beenden. Bei Pflegebedürftigen mit Erkrankungen mit progredientem Verlauf mit degenerativem Verlauf ist dies noch deutlicher die Ausnahme. Ansonsten gibt es aber kaum strukturelle Unterschiede in der Frage, welche Pflegeleistungen zu welchem Zeitpunkt nach Pflegeeintritt in Anspruch genommen werden. Die minimalen und maximalen Anteile sind über die Versorgungsarten für die beiden untersuchten Erkrankungsarten recht ähnlich. Es sind wiederum die einzelnen Erkrankungen, die deutliche Unterschiede hervorrufen. In der deskriptiven Untersuchung zeigt sich ein besonders hoher Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger bei Pflegebedürftigen mit Entwicklungsstörungen, und besonders hohe Anteile in stationärer Pflege zeigen sich bei Vorliegen einer Demenz oder einer Stuhlinkontinenz. Die Effekte der Erkrankungen stellen sich aber im Regressionsmodell deutlich geringer dar. Die Unterschiede in der Nutzung der Versorgungsarten ist auch sehr

Der Anteil der Verstorbenen nach mehreren Monaten oder Jahren geht immer weiter zurück.

größere Unterschiede bei den Versorgungsarten zwischen den Erkrankungen als zwischen den Erkrankungsarten

durch die Altersverteilung bedingt. Ältere und Frauen sind häufiger in stationärer Pflege. Mit dem höheren Alter ist auch eine höhere Wahrscheinlichkeit der Demenz verbunden, während die Entwicklungsstörung vor allem bei jungen Menschen diagnostiziert wird. Dennoch verbleiben auch noch Effekte der Erkrankungen auf die Dauer in den verschiedenen Versorgungsarten. Bei den Akutereignissen gibt es eine gesteigerte Tendenz zur professionellen Pflege, während bei den Erkrankungen mit progredientem Verlauf zumindest in den ersten 25 Monaten ein steigender Effekt auf den Pflegegeldbezug zu erkennen ist.

Insgesamt sind die strukturellen Unterschiede bezüglich der Pflegewahrscheinlichkeit und der Pflegeverläufe zwischen den beiden Erkrankungsarten relativ gering. Die Unterschiede zwischen einzelnen Erkrankungen innerhalb der Erkrankungsarten sind größer als die Unterschiede zwischen den Erkrankungsarten.

Anhang

Anhang

Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit

Pflegestatistik

berücksichtigter
Personenkreis der
Pflegestatistik

Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI wird seit 1999 zweijährlich im Dezember erhoben und bezieht sich auf das gesamte Versorgungssystem in Deutschland. Sie beruht auf zwei Erhebungen der Statistischen Ämter der Länder und des Bundes: einer Erhebung bei den Leistungsanbietern (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) über erbrachte Leistungen und die personelle Ausstattung der Einrichtungen sowie einer Erhebung bei den Kostenträgern (den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen) über die Leistungsgewährung und die Leistungsempfänger. Die Pflegestatistik dient vor allem dazu, die Situation in den Pflegeheimen und den ambulanten Diensten zu beschreiben (Statistisches Bundesamt, 2020). Sie berichtet vollständig über die Leistungserbringer, die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) und berücksichtigt auch die Personen in stationärer Pflege, bei denen der Pflegegrad noch nicht festgestellt wurde. Es fehlen allerdings Informationen über die Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

Die Pflegestatistik weist die Gesamtzahl der Beschäftigten unabhängig vom Arbeitszeitmodell aus. Teilzeitkräfte, geringfügig Beschäftigte und Auszubildende stehen aber in unterschiedlichem zeitlichem Ausmaß für den Dienst zur Verfügung. Um dem Rechnung zu tragen, werden in diesem Report Vollzeitäquivalente (VZÄ) gebildet, es erfolgt also eine Umrechnung auf die volle tarifliche Arbeitszeit. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen.

Berechnung der
Vollzeitäquivalente

Die Berechnung der VZÄ wird entsprechend den Vorgaben des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2020, S. 8) durchgeführt: vollzeitbeschäftigt (Faktor 1), teilzeitbeschäftigt über 50 Prozent (Faktor 0,75), teilzeitbeschäftigt 50 Prozent und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt (Faktor 0,45), geringfügig beschäftigt (Faktor 0,25),

Auszubildende, (Um-)Schülerin und (Um-)Schüler (Faktor 0,5), Helferin und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr (Faktor 1), Zivildienstleistende und Helferin und Helfer im Bundesfreiwilligendienst (Faktor 1) und Praktikantin und Praktikant außerhalb einer Ausbildung (Faktor 0,5).

Kassenstatistik der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Die Kassenstatistik wird zwar jährlich erhoben, ist in der Regel aktueller als die Pflegestatistik und umfasst auch Informationen zum Finanzierungsaufwand, aber sie bezieht sich nur auf die Versorgung der Versicherten der SPV. Daher kann allein mit der Kassenstatistik kein vollständiger Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland gewonnen werden. Allerdings sind in diesen Daten – anders als in der Pflegestatistik – auch Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen berücksichtigt. Bei den Daten der SPV stehen vor allem Fragen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierung im Vordergrund. Der Berichtszeitraum umfasst die gesamte Zeit seit Einführung der Pflegeversicherung. Informationen über die Leistungsanbieter sind nicht enthalten. Es wird lediglich die Leistungsanspruchnahme der Versicherten beschrieben.

Für die Fallzahlendarstellung in diesem Report wird aus der Kassenstatistik die Leistungsempfängerstatistik PG 2 verwendet. In dieser werden zu den Stichtagen 30. Juni und 31. Dezember eines jeden Jahres alle Leistungsempfänger von SGB-XI-Leistungen erfasst. Diese liefern Informationen zu ambulanten und stationären Leistungen sowie zu den Pflegegraden.

Leistungsempfänger-
statistik PG 2

Da die Daten der SPV nicht umfassend und auch nicht so differenzierbar sind, werden sie in der Routineberichterstattung in Kapitel 2 vornehmlich zur Beschreibung der Finanzierung durch die SPV verwendet. Grundlage dafür ist die Finanzstatistik der Pflegekassen PV 45. In der Finanzstatistik der Pflegekassen werden jährliche Ausgaben und Einnahmen der Pflegekassen erhoben und durch das BMG veröffentlicht.

Finanzstatistik der
Pflegekassen PV 45

Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

Informationen zu den Pflegebedürftigen, die in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind, werden an das BMG gemeldet und ebenfalls vom Ministerium veröffentlicht. Berichterstattungen über die Begutachtung und Versorgung von Versicherten der PPV sowie den entsprechenden Finanzierungsaufwand erfolgen in jährlichen Berichten des PKV-Verbands, sind aber nicht so detailliert wie die Pflegestatistik und erscheinen in aller Regel verzögert. Die Statistik der PKV bietet vor allem Informationen zur Finanzentwicklung der PPV.

Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

Der MD Bund ist seit 1. Januar 2022 Rechtsnachfolger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und führt seither intern Statistiken über die Zahl und die Art der Begutachtungen. Die Begutachtungsstatistik des MD Bund wird jährlich erhoben und liefert Informationen darüber, wie viele Personen mit welchem Pflegegrad begutachtet wurden. Diese Statistik bezieht sich ebenso wie die Kassenstatistik nur auf die Versicherten der SPV. Unterschieden wird dabei zwischen Erstbegutachtungen, Widerspruchsbegutachtungen und Änderungs- oder Wiederholungsbegutachtungen. Weitere Unterscheidungsmerkmale sind die Begutachtungsergebnisse in Form von Pflegegraden sowie Alter, Geschlecht, Empfehlungen zu rehabilitativen Maßnahmen und pflegebegründende Diagnosen. Die Standardberichterstattung ist deutlich eingeschränkt worden, aber erforderliche Daten können direkt beim MD Bund angefragt werden.

Medicproof

Für die Privatversicherten übernimmt die Medicproof GmbH die Begutachtungen. Die Ergebnisse der Begutachtungen werden jährlich online veröffentlicht. Sie umfassen Auftragsgänge, Arten der Begutachtungen und Differenzierungen nach Pflegegraden.

Begutachtungen
in der SPV

Begutachtungen
in der PPV

BARMER-Daten

Eine weitere zentrale Datenquelle für diesen Report sind die Routinedaten der BARMER. Prozessproduzierte Routinedaten von Kranken- und Pflegekassen haben generell ein großes Potenzial für die Versorgungsforschung (Swart et al., 2014), insbesondere, weil sie sektorübergreifend Informationen zum Leistungsgeschehen sehr großer Populationen enthalten. Für die Auswertungen berücksichtigt sind Daten von mehr als acht Millionen Versicherten der BARMER. Das sind mehr als jeder Zehnte der Bundesbevölkerung beziehungsweise rund jeder Achte der GKV-Versicherten.

Der größte Vorzug der Routinedaten gegenüber den Daten der Kassenstatistik des BMG oder der Pflegestatistik liegt sicherlich in ihrer Struktur als Individualdaten. Während mit den amtlichen Statistiken nur Querschnitt- und Zeitreihenbetrachtungen möglich sind, eignen sich die Routinedaten auch für Analysen im Zeitverlauf einzelner Personen(gruppen).

Zuordnung von Pflegeleistungen und Pflegegraden

Die Schweregrade der Pflegebedürftigkeit werden in diesem Report als Pflegegrade dargestellt. Bis zum 31. Dezember 2016 galten die Pflegestufen und die Einordnung als Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) als Gradmesser. Verbleibende Kodierungen in den Daten wurden entsprechend dem Überleitungsschlüssel aus § 140 SGB XI in Pflegegrade umkodiert.

Umkodierung in
Pflegegrade

In den Auswertungen erfolgt eine Zuordnung zum Leistungsbezug und zum Pflegegrad dann, wenn innerhalb eines Monats eine entsprechende Leistung bezogen wurde beziehungsweise ein Pflegegrad vorlag. Die Zuordnung erfolgt hierarchisch für die Pflegegrade und die Pflegeleistungen. Liegen im Monat zwei verschiedene Pflegegrade vor, wird der höhere verwendet. Die Leistungen werden in folgender Weise hierarchisch überschrieben: vollstationäre Dauerpflege, Pflege in Behinderteneinrichtungen, Pflegesachleistungen vor Pflegegeld. Das Vorliegen eines Pflegegrads ist aber Voraussetzung für die Berücksichtigung. Kurze Lücken in der Erfassung der Pflegegrade von bis zu einem Monat sind durch die vorherigen Pflegegrade aufgefüllt worden. Für Episoden mit ausgewiese-

Zuordnung zum
Leistungsbezug

nem Pflegegrad (2 bis 5) sind Nachträge beim Pflegegeldbezug vorgenommen worden, wenn keine Einträge bezüglich Pflegegeld, Pflegesachleistung, vollstationärer Dauerpflege oder Hilfe für Pflegebedürftige in Behinderteneinrichtungen vorlagen. Umgekehrt sind Pflegegeldeinträge für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 gelöscht worden.

Selektionen

nur mit gültigen Werten
und Vorversichertenzeit

Für die Auswertungen sind die zugrunde liegenden Daten verwendet worden, wenn gültige Werte bezüglich Geburtsjahr und Geschlecht vorlagen und als Wohnort eine Region in Deutschland angegeben ist. Für die Inzidenzbestimmung und die Verläufe inzidenter Fälle sind weitere Selektionen notwendig: Alle Versicherten außer den 0- bis 1-Jährigen mussten für jeden Beobachtungsmonat eine Vorversichertenzeit von mindestens einem Jahr aufweisen. Als inzidenter Fall ist eine Pflegeepisode in den Auswertungen dann bewertet, wenn in den zurückliegenden zwölf Monaten vor Beginn der Pflegebedürftigkeit keine Episode einer vorangegangenen Pflegebedürftigkeit und kein Anspruch wegen eingeschränkter Alltagskompetenz vorgelegen hat. Damit in allen Auswertungen die Ausgangspopulation dieselbe ist, wurden diese Selektionen durchgängig verwendet.

Hochrechnung und Gewichtung

Hochrechnung nach
Alter, Geschlecht und
Bundesland

Ein häufig genannter Einwand in Bezug auf die Eignung der Routinedaten für Analysen bezieht sich auf die Repräsentativität der Daten für Deutschland. So unterscheidet sich die Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten teilweise von der Struktur der Bevölkerung Deutschlands (Rothgang et al., 2011, S. 116 ff.). Zur Lösung dieses Problems wurden bei aggregierten Analysen die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung Deutschlands der jeweiligen Jahre (Statistisches Bundesamt, 2025b) hochgerechnet. Dennoch können auch darüber hinaus Unterschiede zur Bevölkerung in Deutschland bestehen, die in erster Linie durch eine unterschiedliche Morbiditätsstruktur in den unterschiedlichen Krankenkassen begründet liegen (Hoffmann & Koller, 2017).

Limitierungen der BARMER-Daten

Die Hochrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen unterscheiden sich von den Angaben in der Pflegestatistik. Während in der Pflegestatistik 2023 5.688.473 Pflegebedürftige ausgewiesen werden (Statistisches Bundesamt, 2025d), beläuft sich die Hochrechnung der BARMER-Daten auf 5.319.534 Pflegebedürftige. Das ist eine um fast sieben Prozent geringere Fallzahl. Für die Jahre 2017 und 2019 unterschätzt die Pflegestatistik die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1. Trotzdem liegt auch in diesen Jahren die durch die Pflegestatistik ausgewiesene Zahl der Pflegebedürftigen höher, als aus den Hochrechnungen mit den BARMER-Daten resultieren. Das BMG ermittelt für das Jahr 2019 aus der Kassenstatistik und den Mitteilungen der PPV 462.653 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 (BMG, 2020). Die Hochrechnungen mit den BARMER-Daten kommen auf 438.003 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Dies ist zwar eine um rund fünf Prozent geringere Schätzung als vom BMG, zeigt aber deutlich die Unterschätzung der Pflegestatistik auf, die für das Jahr nur 298.117 Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 ausweist. Die Unterschätzung mit den BARMER-Daten resultiert daher mehr aus den Ergebnissen bei den Pflegegraden 2 bis 5. Ein Teil der Unterschätzung ist jedoch ein Artefakt und resultiert daraus, dass die Hochrechnungen im Jahresdurchschnitt erfolgen, während die Daten der Pflegestatistik vom Dezember des Erhebungsjahres stammen. Zudem sind für die Hochrechnungen nur die Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in Deutschland berücksichtigt worden.

Hochrechnungen der
BARMER-Daten weisen
geringere Fallzahlen aus.

Erfassung der ambulanten und stationären Diagnosestellungen

Für das Schwerpunktkapitel wurde erfasst, ob ambulante oder stationäre Diagnosen vorgelegen haben. Die Diagnosedaten zur ambulanten Versorgung liegen nur quartalsweise vor. Versicherte wurden dann als erkrankt gewertet, wenn im aktuellen oder einem der drei zurückliegenden Quartale eine entsprechende Diagnose vorlag. Diagnosen der stationären Versorgung wurden uneingeschränkt mit einbezogen. Diagnosen aus der ambulanten Versorgung wurden nicht berücksichtigt, wenn sie als Verdachts-, Zustands- oder Ausschlussdiagnosen gekennzeichnet waren. Die berücksichtigten Diagnosen für das Schwerpunktkapitel sind in Tabelle A 1 aufgeführt.

Tabelle A 1: ICD-Kodierungen

Diagnosen	ICD-Kodierung
akute Ereignisse	
Beckenbruch	S32
Femurfraktur	S72
Hirnblutung	I61
Hirninfarkt	I63
Krebs	C
Lähmungen	G80, G81, G82, G83
Erkrankungen mit progredienten Verläufen	
Demenz	F00, F01, F02, F03, G30, G31.0, G31.1, G318.2
Entwicklungsstörung	F83, F84, F89
Gebrechlichkeit	R54
Herzinsuffizienz	I50
Parkinson-Syndrom	G20
Stuhlinkontinenz	R15
weitere Kontrolldiagnosen	
Asthma	J45
Atherosklerose	I70
COPD	J44
Dehydration	E86
Dekubitus	L89, L97, I83.0, I83.2, L98.4
Depression	F32, F33, F34.1
Diabetes	E10, E11, E12, E13, E14
Downsyndrom	Q90
Epilepsie	G40, G41
Harninkontinenz	R32, N39.3, N39.4
Harnwegsinfekt	N10, N30.0, N30.9, N39.0
Herzinfarkt	I21, I22
Hypertonie	I10, I11, I12, I13, I14, I15
Immobilität	M96.8, M62.3, M62.5
Infektion	A, B
Intelligenzminderung	F7
Mangelernährung	R64, E4

Diagnosen	ICD-Kodierung
Multiple Sklerose	G35
Schizophrenie	F2
sonstige Krankheiten des Gehirns	G93
starke Seh- oder Hörbehinderung	H53, H54, H25, H28, H90, H91, H52.4
Sturzneigung	R26, R42, H81, H82, I67.2, I67.3, I67.4, I67.9, R29.6, I67.88
Suchterkrankung	F1
Rekonvaleszenz	Z54

Ergebnistabellen

**Tabelle A 2: Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.1)**

Altersgruppe in Jahren	Männer					Frauen				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0–4	3	10	11	3	1	3	7	7	2	0
5–9	6	27	30	7	2	5	13	13	4	2
10–14	7	31	27	7	3	5	15	11	4	2
15–19	5	18	16	7	3	3	10	8	4	2
20–24	3	11	10	5	3	2	7	6	3	2
25–29	3	8	7	4	3	2	6	5	3	2
30–34	3	7	6	3	3	3	7	5	3	2
35–39	4	9	6	3	2	5	9	6	3	2
40–44	5	10	7	3	2	6	11	7	3	2
45–49	6	12	8	4	2	8	15	10	3	2
50–54	10	20	13	5	3	13	26	16	5	2
55–59	17	37	24	9	4	21	44	27	8	4
60–64	24	55	36	13	5	28	62	37	12	5
65–69	27	67	46	17	6	34	78	45	15	6
70–74	30	85	62	24	8	50	117	66	22	8
75–79	29	92	72	29	9	64	158	92	33	12
80–84	47	154	122	48	14	119	324	196	73	26
85–89	40	147	122	49	13	101	349	248	99	33
90–94	12	55	54	23	6	26	143	139	68	23
95+	2	11	14	7	2	4	34	49	33	13

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b, 2025d); eigene Berechnungen

Tabelle A 3: Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)

Altersgruppe in Jahren	Männer					Frauen				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0–4	11,5	35,2	40,0	11,1	2,2	13,2	34,4	36,8	13,0	2,6
5–9	8,8	37,1	41,4	9,9	2,8	12,5	37,0	34,9	11,1	4,5
10–14	9,8	41,3	35,7	9,7	3,6	12,8	40,0	30,7	10,9	5,6
15–19	10,4	36,7	33,0	13,4	6,5	12,0	35,6	30,3	13,4	8,7
20–24	9,4	33,4	31,3	15,7	10,3	11,6	32,7	29,3	14,9	11,5
25–29	12,0	32,3	28,2	15,4	12,2	13,4	33,1	26,9	14,4	12,1
30–34	15,0	31,4	27,1	14,2	12,3	16,8	33,8	25,7	12,9	10,7
35–39	17,0	34,0	25,1	13,8	10,0	19,4	35,5	25,1	11,8	8,2
40–44	18,9	36,2	25,0	12,0	8,0	20,6	38,9	24,4	10,0	6,1
45–49	19,4	38,1	25,5	10,9	6,2	20,2	40,5	25,8	9,1	4,5
50–54	19,7	39,7	25,7	9,8	5,1	20,5	42,0	25,6	8,2	3,7
55–59	19,3	40,6	26,3	9,5	4,4	19,9	42,7	25,8	8,1	3,4
60–64	18,3	41,0	27,1	9,7	4,0	19,5	43,4	25,6	8,2	3,4
65–69	16,3	40,9	28,4	10,6	3,8	19,1	44,0	25,5	8,3	3,1
70–74	14,3	40,7	29,8	11,4	3,8	19,1	44,4	25,1	8,4	3,0
75–79	12,7	39,8	31,2	12,4	3,9	17,9	44,1	25,5	9,1	3,3
80–84	12,1	40,0	31,6	12,5	3,7	16,1	43,9	26,6	9,9	3,5
85–89	10,7	39,7	32,9	13,2	3,6	12,2	42,1	29,9	11,9	4,0
90–94	7,8	36,8	36,0	15,5	3,9	6,6	35,8	34,9	16,9	5,8
95+	4,4	30,5	39,2	20,4	5,5	2,9	25,6	36,9	24,8	9,7

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b, 2025d); eigene Berechnungen

Tabelle A 4: Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)

Altersgruppe in Jahren	Männer					Frauen				
	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
0–4	0,2	0,5	0,6	0,2	0,0	0,1	0,3	0,4	0,1	0,0
5–9	0,3	1,3	1,4	0,3	0,1	0,2	0,7	0,6	0,2	0,1
10–14	0,4	1,5	1,3	0,4	0,1	0,3	0,8	0,6	0,2	0,1
15–19	0,2	0,9	0,8	0,3	0,2	0,2	0,5	0,4	0,2	0,1
20–24	0,1	0,4	0,4	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1
25–29	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
30–34	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1
35–39	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1
40–44	0,2	0,4	0,3	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,1	0,1
45–49	0,3	0,5	0,3	0,1	0,1	0,3	0,6	0,4	0,1	0,1
50–54	0,4	0,7	0,5	0,2	0,1	0,4	0,9	0,6	0,2	0,1
55–59	0,5	1,1	0,7	0,3	0,1	0,6	1,3	0,8	0,2	0,1
60–64	0,8	1,7	1,2	0,4	0,2	0,9	1,9	1,1	0,4	0,1
65–69	1,1	2,7	1,9	0,7	0,3	1,3	2,9	1,7	0,5	0,2
70–74	1,5	4,2	3,0	1,2	0,4	2,1	4,9	2,8	0,9	0,3
75–79	2,1	6,6	5,1	2,1	0,6	3,7	9,2	5,3	1,9	0,7
80–84	3,4	11,3	8,9	3,5	1,0	6,3	17,2	10,4	3,9	1,4
85–89	5,1	18,8	15,6	6,3	1,7	7,9	27,3	19,4	7,7	2,6
90–94	5,7	27,0	26,4	11,4	2,9	5,9	32,0	31,2	15,2	5,2
95+	3,8	25,8	33,2	17,3	4,7	2,9	25,0	36,1	24,3	9,5

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b, 2025d); eigene Berechnungen

Tabelle A 5: Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.2)

Altersgruppe in Jahren	Männer						Frauen					
	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
0–4	24	1	0	0	3	0	16	1	0	0	2	0
5–9	65	2	0	0	6	0	31	1	0	0	4	0
10–14	66	2	0	0	7	0	31	1	0	0	5	0
15–19	43	2	0	0	5	0	23	1	0	0	3	0
20–24	27	1	0	0	3	0	17	1	0	0	2	0
25–29	19	2	0	0	3	0	14	1	0	0	2	0
30–34	17	2	0	0	3	0	15	2	0	0	3	0
35–39	18	2	1	0	4	0	17	2	1	0	4	0
40–44	19	3	1	0	5	0	20	3	1	0	6	0
45–49	21	4	2	0	6	0	25	4	1	0	7	0
50–54	31	7	4	0	9	0	39	7	3	0	12	0
55–59	53	13	9	0	16	0	64	14	6	0	19	0
60–64	77	19	15	0	22	0	85	22	11	0	25	0
65–69	94	25	20	0	24	0	101	30	15	0	30	0
70–74	123	33	25	1	27	0	145	49	26	1	44	0
75–79	139	39	26	1	26	0	186	74	42	2	55	0
80–84	220	77	47	2	40	0	357	171	107	4	99	0
85–89	197	85	53	2	33	0	374	210	159	5	82	0
90–94	73	39	28	1	9	0	159	105	111	3	21	0
95+	15	10	9	0	1	0	42	34	53	1	3	0

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b, 2025d); eigene Berechnungen

Tabelle A 6: Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent
(zu Abbildung 2.2)

Altersgruppe in Jahren	Männer						Frauen					
	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
0–4	85,8	2,7	0,3	0,0	11,3	0,0	83,2	3,1	0,8	0,0	12,9	0,0
5–9	88,7	2,6	0,1	0,0	8,6	0,0	84,5	3,2	0,1	0,0	12,1	0,0
10–14	87,5	2,8	0,1	0,0	9,7	0,0	84,1	3,3	0,1	0,0	12,5	0,0
15–19	86,3	3,4	0,1	0,0	10,1	0,0	84,0	4,0	0,2	0,1	11,8	0,0
20–24	86,3	3,9	0,5	0,0	9,2	0,0	82,8	5,1	0,7	0,1	11,3	0,0
25–29	80,8	6,4	1,1	0,0	11,6	0,0	78,7	7,2	1,0	0,1	13,0	0,0
30–34	75,2	8,5	1,8	0,0	14,3	0,0	73,6	8,8	1,6	0,0	16,1	0,0
35–39	70,9	9,8	3,1	0,1	16,1	0,0	69,5	9,7	2,3	0,1	18,4	0,0
40–44	66,9	11,0	4,3	0,0	17,8	0,0	67,6	10,3	2,8	0,0	19,3	0,0
45–49	64,7	11,6	5,5	0,1	18,2	0,0	66,6	11,0	3,4	0,1	18,9	0,0
50–54	61,0	12,9	7,7	0,1	18,2	0,0	64,4	12,2	4,4	0,1	19,0	0,0
55–59	58,8	13,8	9,6	0,2	17,6	0,0	62,0	13,9	5,9	0,1	18,2	0,0
60–64	57,3	14,4	11,5	0,2	16,6	0,0	59,4	15,3	7,4	0,2	17,7	0,0
65–69	57,4	15,1	12,5	0,3	14,8	0,0	57,2	16,8	8,7	0,2	17,1	0,0
70–74	59,4	15,7	11,8	0,4	12,8	0,0	54,8	18,4	9,7	0,3	16,7	0,0
75–79	60,0	17,0	11,3	0,4	11,3	0,0	51,9	20,6	11,7	0,4	15,3	0,0
80–84	57,1	19,9	12,1	0,5	10,5	0,0	48,4	23,1	14,5	0,5	13,4	0,1
85–89	53,2	23,0	14,2	0,6	8,9	0,0	45,0	25,3	19,1	0,6	9,9	0,1
90–94	48,6	26,0	18,4	0,7	6,2	0,0	39,9	26,4	27,9	0,6	5,2	0,0
95+	42,2	28,4	25,4	0,8	3,3	0,0	31,8	25,7	39,6	0,7	2,1	0,0

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b, 2025d); eigene Berechnungen

Tabelle A 7: Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht.
Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent
(zu Abbildung 2.2)

Altersgruppe in Jahren	Männer						Frauen					
	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1	Pflegegeld	Pflegedienst	stationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	landesrechtliche oder keine Leistungen mit Pflegegrad 1	teilstationäre Pflege mit Pflegegrad 1
0–4	1,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
5–9	3,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	1,5	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
10–14	3,3	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	1,6	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
15–19	2,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	1,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
20–24	1,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
25–29	0,7	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
30–34	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
35–39	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
40–44	0,7	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,7	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0
45–49	0,8	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	1,0	0,2	0,1	0,0	0,3	0,0
50–54	1,1	0,2	0,1	0,0	0,3	0,0	1,4	0,3	0,1	0,0	0,4	0,0
55–59	1,6	0,4	0,3	0,0	0,5	0,0	1,9	0,4	0,2	0,0	0,6	0,0
60–64	2,4	0,6	0,5	0,0	0,7	0,0	2,6	0,7	0,3	0,0	0,8	0,0
65–69	3,8	1,0	0,8	0,0	1,0	0,0	3,8	1,1	0,6	0,0	1,1	0,0
70–74	6,1	1,6	1,2	0,0	1,3	0,0	6,1	2,0	1,1	0,0	1,9	0,0
75–79	9,9	2,8	1,9	0,1	1,9	0,0	10,8	4,3	2,4	0,1	3,2	0,0
80–84	16,1	5,6	3,4	0,1	3,0	0,0	18,9	9,0	5,7	0,2	5,2	0,0
85–89	25,2	10,9	6,7	0,3	4,2	0,0	29,3	16,4	12,4	0,4	6,4	0,0
90–94	35,7	19,1	13,5	0,5	4,5	0,0	35,7	23,6	24,9	0,6	4,6	0,0
95+	35,8	24,1	21,5	0,6	2,8	0,0	31,1	25,1	38,8	0,7	2,1	0,0

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b, 2025d); eigene Berechnungen

Tabelle A 8: Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2024 (zu Abbildung 2.4)

	Pflege- grad	ohne Haupt- leistungen	Pflege- geld	Pflege- sachleis- tungen	Behinderten- einrichtung	stationäre Dauer- pflege	Summe
2017	1	146	0	1	0	3	151
	2	0	790	354	72	148	1.363
	3	0	400	220	40	216	876
	4	0	157	109	27	214	507
	5	0	61	48	11	135	256
2018	1	309	0	2	0	5	316
	2	0	875	369	72	143	1.458
	3	0	459	237	41	238	974
	4	0	165	109	27	221	522
	5	0	61	47	12	130	250
2019	1	431	0	1	0	6	438
	2	0	970	381	70	139	1.560
	3	0	517	252	41	249	1.059
	4	0	175	111	28	227	541
	5	0	62	48	13	130	254
2020	1	521	0	0	0	5	527
	2	0	1.078	387	69	129	1.663
	3	0	584	271	43	253	1.152
	4	0	189	118	29	230	566
	5	0	64	50	14	129	258
2021	1	620	0	0	0	6	627
	2	0	1.208	390	68	125	1.792
	3	0	661	288	44	257	1.250
	4	0	203	124	30	230	587
	5	0	66	53	15	127	260
2022	1	722	0	0	0	6	729
	2	0	1.359	396	69	123	1.947
	3	0	748	306	47	266	1.367
	4	0	219	127	33	232	610
	5	0	68	53	17	122	260

	Pflege- grad	ohne Haupt- leistungen	Pflege- geld	Pflege- sachleis- tungen	Behinderten- einrichtung	stationäre Dauer- pflege	Summe
2023	1	811	0	0	0	7	819
	2	0	1.502	406	68	120	2.096
	3	0	840	329	48	279	1.495
	4	0	231	136	34	244	646
	5	0	69	55	17	122	264
2024	1	892	0	0	0	8	900
	2	0	1.676	393	66	113	2.249
	3	0	953	342	50	277	1.622
	4	0	247	141	36	245	669
	5	0	71	56	19	122	267

Quelle: BARMER-Daten 2017–2024, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis und Glossar

AOK-BV	AOK-Bundesverband
bifg	BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DEVAP	Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EEE	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
FDZ-StaBu	Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband Bund
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021
IAQ	Institut Arbeit und Qualifikation, Universität Duisburg, Essen
ICD	Internationale Klassifikation der Erkrankungen
MD	Medizinischer Dienst
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

PBAV 2025	Pflege-Beitrags-Anpassungsverordnung 2025
PEA	Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008
PG	Pflegegrad
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz vom 23. Oktober 2012
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015
PUEG	Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPV	Soziale Pflegeversicherung
vdek	Verband der Ersatzkassen
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Entwicklung der durchschnittlichen Eigenanteile in der Heimpflege	27
Abbildung 1.2:	Entwicklung der durchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege	28
Abbildung 1.3:	Entwicklung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung	29
Abbildung 2.1:	Absolute und relative Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2023	47
Abbildung 2.2:	Absolute und relative Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2023	50
Abbildung 2.3:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2024	51
Abbildung 2.4:	Pflegebedürftige nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2024	53
Abbildung 2.5:	Ergänzende und ersetzende Pflegeleistungen je Monat	54
Abbildung 2.6:	Leistungen hinsichtlich der Wohnsituation	55
Abbildung 2.7:	Anteil Verstorbener mit Pflegeleistungen, hochgerechnet auf die Verstorbenen in Deutschland des jeweiligen Jahres	57
Abbildung 2.8:	Anteil jemals Pflegebedürftiger im Sinne des SGB XI nach Sterbealter und Geschlecht der Jahre 2018, 2021 und 2024	58
Abbildung 2.9:	Anteile verstorbener Männer und Frauen nach höchstem Pflege- grad im Pflegeverlauf in den Sterbejahren 2017 bis 2024	60
Abbildung 2.10:	Anteil der Verstorbenen mit ausgewählten Leistungen der Pflege- versicherung innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben 2017 bis 2024	61
Abbildung 2.11:	Anteil der Verstorbenen nach dem maximalen Professionalisierungsgrad der Versorgungsart innerhalb der zwei Jahre vor dem Versterben 2017 bis 2024	63
Abbildung 2.12:	Ergebnisse von Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MD und die Knappschaft	67
Abbildung 2.13:	Pflegeeintritte und Inzidenz nach Alter und Geschlecht im Jahr 2024	70

Abbildung 2.14:	Pflegeeintritte nach Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2024	71
Abbildung 2.15:	Pflegeeintritte nach Versorgungsart in den Jahren 2017 bis 2024 ..	73
Abbildung 2.16:	Monatliche Übergänge in die verschiedenen Pflegegrade in den Jahren 2017 bis 2024	75
Abbildung 2.17:	Monatliche Übergänge in die verschiedenen Versorgungsarten in den Jahren 2017 bis 2024	76
Abbildung 2.18:	Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Jahren und bisheriger Pflegedauer	78
Abbildung 2.19:	Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigen, im nächsten Monat verstorben oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein, nach Alter, Geschlecht und bisheriger Pflegedauer im Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2024	79
Abbildung 2.20:	Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2017 bis 2024 ..	81
Abbildung 2.21:	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2017 bis 2023 ...	82
Abbildung 2.22:	Anteil weiterhin pflegebedürftiger Personen in den Monaten seit Pflegebeginn (Survivalfunktion) der Inzidenzjahre 2017, 2020 und 2023 nach Pflegegraden bei Pflegeeintritt	84
Abbildung 2.23:	Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren seit 2017	85
Abbildung 2.24:	Survivalfunktion im Pflegeheim bei Heimeintritt in den Jahren 2017, 2020 und 2023 nach Pflegegraden bei Heimeintritt	86
Abbildung 2.25:	Zahl der an der Pflege beteiligten Privatpersonen 1998, 2010, 2016 und 2018	108
Abbildung 2.26:	Anzahl monatlicher Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht der Pflegebedürftigen 2017 und 2024	110
Abbildung 3.1:	Pflegeinzidenzen in den Jahren 2015 bis 2023, hochgerechnet vs. standardisiert in Prozent	134

Abbildung 3.2:	Pflegeprävalenzen in den Jahren 2015 bis 2023, hochgerechnet vs. standardisiert in Prozent	135
Abbildung 3.3:	Anteil der Versicherten und der inzident Pflegebedürftigen mit speziellen Diagnosen akuter Ereignisse in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent	137
Abbildung 3.4:	Anteil der Versicherten und der inzident Pflegebedürftigen mit Erkrankungen mit progredientem Verlauf in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent	139
Abbildung 3.5:	Jährliche Pflegeinzidenzen bei Vorliegen spezieller Diagnosen akuter Ereignisse in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent	143
Abbildung 3.6:	Jährliche Pflegeinzidenzen bei Vorliegen von Erkrankungen mit progredientem Verlauf in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent	145
Abbildung 3.7:	Pflegeprävalenzen bei Vorliegen spezieller Diagnosen akuter Ereignisse in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent	152
Abbildung 3.8:	Pflegeprävalenzen bei Vorliegen von Erkrankungen mit progredientem Verlauf in den Jahren 2015 bis 2023 in Prozent	153

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Prämien und Leistungsversprechen im Modell des PKV-Expertenrats	36
Tabelle 2.1:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Datenquelle 2017–2024	43
Tabelle 2.2:	Entwicklung der Zahl der Leistungsberechtigten mit Pflegegrad 1 2017–2024	44
Tabelle 2.3:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2017, 2019, 2021 und 2023	45
Tabelle 2.4:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegegrad 2017–2023	46
Tabelle 2.5:	Anzahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2017, 2019, 2021 und 2023	48
Tabelle 2.6:	Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2017–2023	49
Tabelle 2.7:	Zahl der Begutachtungen der MD und der Knappschaft nach Gutachtenart	66
Tabelle 2.8:	Begutachtungen durch Medicproof in den Jahren 2017 bis 2024	68
Tabelle 2.9:	Personal im Pflegedienst nach Beschäftigungsverhältnis und nach Tätigkeitsbereich in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023	90
Tabelle 2.10:	Personal im Pflegedienst nach Qualifikation im Jahr 2023	91
Tabelle 2.11:	Anzahl der Pflegeheime nach Pflegeangebot	94
Tabelle 2.12:	Anzahl der verfügbaren Heimplätze in Tausend	95
Tabelle 2.13:	Heimpersonal nach Beschäftigungsverhältnis und Tätigkeitsbereich in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023	97
Tabelle 2.14:	Personal im Pflegeheim nach Qualifikation im Jahr 2023	99
Tabelle 2.15:	Personal nach Qualifikationsniveau in ausschließlich vollstationären, ausschließlich teilstationären Einrichtungen und in Mischformen im Jahr 2023	102
Tabelle 2.16:	Entwicklung der durchschnittlichen monatlichen Pflegekosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteile in der vollstationären Dauerpflege in Euro	104
Tabelle 2.17:	Maximale Leistungen der Pflegeversicherung seit 2017	114
Tabelle 2.18:	Finanzentwicklung der sozialen SPV	118

Tabelle 2.19:	Finanzentwicklung der PPV	120
Tabelle 2.20:	Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Pflegebedürftige und Nettoaussgaben	122
Tabelle 2.21:	Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2023	125
Tabelle 3.1:	Anteil mit Pflegeeintritt im x-ten Monat nach Erstdiagnose im Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2022 in Prozent	141
Tabelle 3.2:	Regression zur monatlichen Pflegeinzidenz in ausgewählten Jahren in Prozent	147
Tabelle 3.3:	Regression zur monatlichen Pflegeinzidenz nach Pflegegraden in den Jahren 2018 bis 2023 in Prozent	148
Tabelle 3.4:	Regression zur monatlichen Pflegeinzidenz nach Versorgungsart in den Jahren 2018 bis 2023 in Prozent	150
Tabelle 3.5:	Regression zur Pflegeprävalenz in Prozent	155
Tabelle 3.6:	Regression zur Pflegeprävalenz mit einzelnen Pflegegraden in Prozent	157
Tabelle 3.7:	Regression zur Pflegeprävalenz nach Versorgungsart in Prozent	158
Tabelle 3.8:	Anteil der Leistungsarten x Monate nach erstem Leistungsbezug differenziert nach Pflegeeintrittsjahr in Prozent	160
Tabelle 3.9:	Anteil der Leistungsarten nach x Monaten differenziert nach akuten Ereignissen vor oder bei Pflegeeintritt in den Jahren 2017 bis 2022 in Prozent	164
Tabelle 3.10:	Anteil der Leistungsarten nach x Monaten differenziert nach Erkrankungen mit progredientem Verlauf vor oder bei Pflegeeintritt in den Jahren 2017 bis 2022 in Prozent	165
Tabelle 3.11:	Regression zur Dauer in verschiedenen Versorgungsarten innerhalb von 25 Monaten seit Beginn der Pflegebedürftigkeit in Monaten	168
Tabelle 3.12:	Regression zur Dauer in den verschiedenen Pflegegraden innerhalb von 25 Monaten seit Beginn der Pflegebedürftigkeit in Monaten	169

Tabelle A 1:	ICD-Kodierungen	184
Tabelle A 2:	Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.1)	186
Tabelle A 3:	Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)	187
Tabelle A 4:	Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.1)	188
Tabelle A 5:	Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend (zu Abbildung 2.2)	189
Tabelle A 6:	Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil an allen Pflegebedürftigen innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.2)	190
Tabelle A 7:	Verteilung der Versorgungsarten nach Altersgruppen und Geschlecht. Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung innerhalb der Altersgruppe in Prozent (zu Abbildung 2.2)	191
Tabelle A 8:	Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend nach Versorgungsart und Pflegegrad in den Jahren 2017 bis 2024 (zu Abbildung 2.4)	192

Literaturverzeichnis

- AOK-BV – AOK-Bundesverband (2024). G+G Update. Gutachten: Bund schuldet Pflegekassen 5,9 Milliarden Euro. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/pp/gg/update/bund-schuldet-pflegekassen-corona-ausgaben/> [18.09.2025]
- Arentz, C., Büttner, T., Papaspyratos, C., Rolfs, C. & Wasem, J. (2023). Abschlussbericht. Die Pflege+Versicherung. Vorschlag für eine generationengerechte, paritätische Pflegekostenversicherung. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2023Bund_August_2023.pdf [16.10.2023]
- Auffenberg, J., Becka, D., Evans, M., Kokott, N., Schleicher, S. & Braun, E. (2022). Ich pflege wieder, wenn ... Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Bremen. Verfügbar unter: https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf [06.05.2022]
- BMA – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997). Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf [04.02.2024]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2017). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2017 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 17. Februar 2017. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2017.pdf [03.11.2017]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2018). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2018 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 26. Januar 2018. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2018.pdf [03.05.2018]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019). Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 5. aktualisierte Auflage. Stand März 2019. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/190329_Pflegeleistungen_2019.pdf [09.05.2019]

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit] (2020). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand 28. Juli 2020. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juli_2020_bf.pdf [19.09.2020]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit] (2021). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2021 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 5. Mai 2021. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsuebersicht_2021_Stand_05.05.2021.pdf [15.07.2022]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022). Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 10. aktualisierte Auflage. Stand Januar 2022. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Ratgeber-Pflegeleistungen_zum_Nachschlagen_bf_neu.pdf [15.07.2022]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2023 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 31. Januar 2023. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/UEbersicht_Leistungsbe-traege_2023.pdf [09.08.2023]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024a). Auswertung der Stellungnahmen und Anhörungen zur Frage einer freiwilligen, paritätisch finanzierten Pflegevollversicherung und zum Thema Generationengerechtigkeit Stand: 13.03.2024. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht-Anlage_3-Auswertung_Stellungnahmen_Anhoerung_konsolidiert.pdf [18.09.2025]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit] (2024b). Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der GKV und der SPV nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2023. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/2023_Versicherte.pdf [15.05.2025]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024c). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand Juli 2024. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-Fakten_Pflegeversicherung.pdf [26.07.2024]

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025a). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2024.pdf [10.07.2025]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025b). Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2024) am Jahresende nach Pflegestufen und Pflegegraden. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/04-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen__Pflegegraden_2024.pdf [10.07.2025]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025c). Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der GKV und der SPV nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2024. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/2024_Versicherte.pdf [10.07.2025]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025d). Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der sozialen Pflegeversicherung nach Versichertengruppen und Geschlecht 1995 bis 2024. Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/07-Versicherte-nach-Versichertengruppen-und-Geschlecht_2024.pdf [10.07.2025]
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025e). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand Februar 2025. Berlin. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3315> [08.05.2025]
- CDU – Christlich Demokratische Union Deutschlands, CSU – Christlich-Soziale Union in Bayern & SPD – Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2025). Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode. Berlin.

- Die Bundesregierung (2024). Bericht der Bundesregierung. Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung – Darstellung von Szenarien und Stellschrauben möglicher Reformen. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Zukunftssichere_Finanzierung_der_SPV-2024.pdf [11.09.2024]
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2024). Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2024. DRV-Schriften Band 22. Berlin. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/rv_in_zeitreihen.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [21.06.2025]
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2025). Versichertenbericht 2025. Stand 31.12.2023. Berlin.
- FDZ-StaBu – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2025). Pflegestatistik 2017–2023. doi: 10.21242/22411.2023.00.02.1.1.0.
- Geiss, S., Pupeter, M. & Schneekloth, U. (2019). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. München.
- GKV-SV – GKV Spitzenverband (2023). Gemeinsame Empfehlungen nach § 113c Absatz 4 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI i. V. m. § 113c Absatz 5 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 22.02.2023. Berlin. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/rahmenvertraege__richtlinien_und_bundesempfehlungen/2023_02_22_Empfehlungen_nach_113c_Abs_4_SGB_XI.pdf [25.08.2023]
- Hoffmann, F. & Koller, D. (2017). Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. Das Gesundheitswesen, 79 (1), 1–9.
- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation (2024). Entwicklung von BIP, Einnahmen und Ausgaben der GKV 2000–2023 (Index). Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied, Index: 2000=100. Verfügbar unter: https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/Vorschau-Dateien/abbVI52.png [18.09.2025]

- IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation (2025). Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung 1996–2025 in % des Bruttoeinkommens. Verfügbar unter: https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI4.1a.pdf [18.09.2025]
- Jürgensen, A. (2023). Pflegehilfe und Pflegeassistent. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. Bonn.
- Klie, T. (2024). DAK-Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus. Heidelberg.
- Lübke, N. & Meinck, M. (2012). Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 1. Auswertung von stationären Krankenhausdaten und Pflegedaten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45 (6), 485–497.
- MD Bund – Medizinischer Dienst Bund (2025). Begutachtungen 2024. Daten auf Anfrage.
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2005). Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003. Essen.
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2007). Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2006. Essen.
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2013). Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/2012. Essen.
- Medicproof (2025). Zahlen, Daten, Fakten 2024. Köln. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF/Zahlen_Daten_Fakten_2024.pdf [03.06.2025]
- Meinck, M., Lübke, N. & Ernst, F. (2012). Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten – Teil 2. Ambulante und stationäre Diagnosen bei geriatrisch versorgten und pflegebedürftigen Versicherten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45.
- Ochmann, R. & Sonnenberger, D. (2024). Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Bericht für die interministerielle AG „Zukunftssichere Finanzer der SPV“ unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin. Verfügbar unter: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e59145/e73224/e73225/e73227/attr_objs73253/Bericht-Anlage_2-IGES-Bericht_Stellschrauben_der_langfristigen_Finanzentwicklung_der_SPV_ges.pdf [11.09.2024]

- Ochmann, R., Tisch, T., Braeseke, G., Albrecht, M. & Sonnenberger, D. (2024). Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Berechnungen zur langfristigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Berlin. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e59145/e73224/e73225/e73227/attr_objs73229/Bericht-Anlage_1-Bericht_zu_Projektionen_der_Finanzentwicklung_der_SPV_IGES_barrierefrei_2024_ger.pdf [29.07.2025]
- PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (2025). PKV Zahlenportal. Verfügbar unter: <https://www.pkv-zahlenportal.de> [03.06.2025]
- Roth, G. & Rothgang, H. (2001). Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34 (4), 292–305.
- Rothgang, H. (2024). Sinnvolle Modelle geraten unter die Räder. *care konkret*, 3.
- Rothgang, H. (2025a). Mythen in der Pflegeversicherung. Bremen. Verfügbar unter: <https://www.difis.org/blog/?blog=165> [18.09.2025]
- Rothgang, H. (2025b). Pflegekarenzzeit. Sachlich falsch und politisch zum Scheitern verurteilt. *Tagesspiegel Background*. Verfügbar unter: <https://background.tagesspiegel.de/gesundheits-und-e-health/briefing/sachlich-falsch-und-politisch-zum-scheitern-verurteilt> [18.09.2025]
- Rothgang, H. & Domhoff, D. (2019). Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Forschungsförderung Nummer 150. Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007293/p_fofoe_WP_150_2019.pdf [17.10.2024]
- Rothgang, H. & Domhoff, D. (2025). Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung. Bremen. Verfügbar unter: https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2025/2025-01-29%20Pflegevollversicherung_Gutachten.pdf [18.09.2025]
- Rothgang, H., Heinze, F., Kalwitzki, T. & Wagner, C. (2023). Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit. Bremen. Verfügbar unter: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/40624/data/25274f1895a1be08c0ffbd1e769b620a/dak-expertise-hilfe-fuer-pflege-2023-pdf.pdf> [18.08.2024]

- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S. & Unger, R. (2011). BARMER GEK Pflege-report 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. St. Augustin.
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2015). Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform. Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 69 (5), 46–54.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2015). BARMER GEK Pflege-report 2015. Schwerpunkt: Pflegen zu Hause. Siegburg.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Preuß, B. (2021). Evaluation des Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetzes (BremWoBeG) sowie der Personalverordnung zum Bremischen Wohn- und Betreuungsgesetz (BremWoBeGPersV). Abschlussbericht. Bremen. Verfügbar unter: https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=49cb206782.pdf&filename=Abschlussbericht_Eva_BremWoBeG.pdf [25.08.2023]
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Preuß, B. (2025). Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung III. Konzept für die Einführung einer bedarfsorientierten Pflegevollversicherung mit begrenzten Eigenanteilen. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. Bremen. Verfügbar unter: https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2025-03-11_Gutachten_AAPV_3_END.pdf [18.09.2025]
- Rothgang, H., Krawietz, J., Kalwitzki, T. & Preuß, B. (2023). Landespflegebericht Bremen 2023. Kommunale Pflegeberichterstattung der Städte Bremen und Bremerhaven. Bremen. Verfügbar unter: <https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=197ca8eeb1.pdf&filename=Landespflegebericht%20Bremen%202023%20-%20Kommunale%20Pflegeberichterstattung%20der%20St%C3%A4dte%20Bremen%20und%20Bremerhaven-1.pdf> [21.06.2025]
- Rothgang, H. & Müller, R. (2018). BARMER Pflegereport 2018. Schwerpunkt Gesundheit pflegender Angehöriger. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2019). BARMER Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2021). BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2022). BARMER Pflegereport 2022. Stationäre Versorgung und COVID-19. Berlin.

- Rothgang, H. & Müller, R. (2023). BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Berlin.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2024). BARMER Pflegereport 2024. Pflegerisiko und Pflegedauer. Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R. & Unger, R. (2014). BARMER GEK Pflegereport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Siegburg.
- Rothgang, H., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2017). BARMER Pflegereport 2017. Junge Pflegebedürftige. Siegburg.
- Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2013). BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg.
- Rothgang, H., Schmid, A., Maaß, L., Preuß, B. & Wagner, C. (2019). Abschlussbericht zum Projekt „Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 4: Statistische Untersuchung“, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Schneekloth, U., Geiss, S., Pupeter, M., Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Müller, R. (2017). Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.
- Schwinger, A., Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2018). „Die Pflegeversicherung boomt“: Mehrausgaben der Pflegeversicherung – Retrospektive und Projektion. G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik, 21 (6), 13–22.
- Schwinger, A. & Zok, K. (2024). Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WldOmonitor, 1, 1–12.
- statista (2025). Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland von 1950 bis 2024 (in Milliarden Euro). Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/4878/umfrage/bruttoinlandsprodukt-von-deutschland-seit-dem-jahr-1950/> [18.09.2025]
- Statistisches Bundesamt (2001). Pflegestatistik 1999 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2003). Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2005). Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn.

- Statistisches Bundesamt (2007). Pflegestatistik 2005 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008). Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011). Pflegestatistik 2009 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013). Pflegestatistik 2011 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2020). Pflegestatistik 2019 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2022a). Pflegestatistik 2021 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2022b). Statistik der Kriegsopferfürsorge. Ausgaben und Einnahmen. Empfänger/-innen 2020. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2024a). Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt, nach Ort der Leistungserbringung und Geschlecht im Zeitvergleich am 31.12. Stand 9. Oktober 2024. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html> [06.06.2025]
- Statistisches Bundesamt (2024b). Konsumausgaben privater Haushalte nach Haushaltsgröße in Deutschland 2022. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Konsumausgaben-Lebenshaltungskosten/Tabellen/privater-konsum-haushaltsgroesse-lwr.html?view=main\[Print\]](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Konsumausgaben-Lebenshaltungskosten/Tabellen/privater-konsum-haushaltsgroesse-lwr.html?view=main[Print]) [22.06.2025]
- Statistisches Bundesamt (2025a). Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe in Deutschland im Laufe des Berichtsjahres. Länderübersicht über die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege sowie Ort der Leistungserbringung. Datentabellen ab 2017 auf Anfrage. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2025b). Bevölkerung zum Stichtag 31.12. Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011) 2011–2023. Verfügbar unter: <http://gbe-bund.de> [10.06.2025]
- Statistisches Bundesamt (2025c). Gestorbene: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersjahre. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de> [20.01.2025]

- Statistisches Bundesamt (2025d). Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Standardtabellen.
- Statistisches Bundesamt (2025e). Statistischer Bericht – Sterbefälle nach Tagen, Wochen und Monaten – 2021 bis 2025. Stand 1. Juli 2025. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/statistischer-bericht-sterbefaelle-tage-wochen-monate-aktuell-5126109.xlsx?__blob=publicationFile&v=93 [03.07.2025].
- Swart, E., Ihle, P., Gothe, H. & Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2. Aufl.). Bern.
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2022). Darstellung der Eigenanteile in der stationären Pflege im Januar und Juli 2022. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2022/darstellungen_eigenanteile_stationaere_pflege_januar_juli_2022.pdf [28.09.2022]
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2024a). Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. 1. Juli 2023 und 2024. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2024/20240701_Grafiken_Eigenanteile.pdf [10.07.2024]
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2024b). Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. Zeitreihe. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2024/eigenbeteiligung_zeitreihe_01_2024.pdf [03.09.2025]
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2025a). Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege. 1. Juli 2024 und 2025. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2025/20250722_Eigenanteile_Bund_Grafiken.pdf [24.07.2025]
- vdek – Verband der Ersatzkrankenkassen (2025b). vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2025/2026. Berlin. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/_jcr_content/par/publicationelement_1479644990/file.res/VDEK_Basisdaten_2025_2026.pdf [03.09.2025]

Autorenverzeichnis

Corinna Burfeindt, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik – an der Universität Bremen.

Jonas Czwikla, Dr., wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik – an der Universität Bremen.

Rolf Müller, Dr., wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik – an der Universität Bremen.

Heinz Rothgang, Prof. Dr., Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung des SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik – an der Universität Bremen.