bifg. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung

BARMER Pflegereport 2026



Veränderungen der ärztlichen Versorgung bei Übergängen in der Pflege

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 49

Autorinnen und Autoren: Heinz Rothgang, Alexander Maximilian Fassmer, Corinna Burfeindt, Rolf Müller, Jonas Czwikla

BARMER Pflegereport 2026

Veränderungen der ärztlichen Versorgung bei Übergängen in der Pflege

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 49

Autorinnen und Autoren: Heinz Rothgang, Alexander Maximilian Fassmer, Corinna Burfeindt, Rolf Müller, Jonas Czwikla

Impressum

Herausgeber:
BARMER
Postfach 11 07 04
10837 Berlin

Autorinnen und Autoren:
Heinz Rothgang[1]
Alexander Maximilian Fassmer[2]
Corinna Burfeindt[1]
Rolf Müller[1]
Jonas Czwikla[2]

unter Mitarbeit von Vanessa Berger[1]

[1] Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung,
[2] Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie.

Konzeption, Redaktion und fachliche Prüfung:
Christina Elm, Nora Hoffmann, Sonja Laag, 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: 978-3-9828035-0-0
ISBN PDF: 978-3-9828035-1-7

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 **18**

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2025/2026 ..... **22**
1.1 Problemlage 22
1.1.1 Finanzsituation der Pflegeversicherung 23
1.1.2 Eigenanteile der Pflegebedürftigen und Auswirkungen auf die Sozialhilfe 24
1.1.3 Versorgungssicherheit 29
1.2 Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe 30
1.3 Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) 34
1.3.1 Im Referentenentwurf vorgesehene Änderungen 34
1.3.2 Veränderungen im Kabinettsentwurf 37
1.3.3 Bewertende Einordnung der Änderungen 39
1.3.4 Beitrag der Maßnahmen des Kabinettentwurfs des PNOG zur Lösung der Probleme der Pflegeversicherung 41
1.4 Verbleibender Reformbedarf 46

2 Pflege im Spiegel der Statistik **52**
2.1 Pflegebedürftige 53
2.1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen 54
2.1.2 Prävalenzen: Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung 63
2.1.3 Begutachtungen 68
2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz 74
2.1.5 Beendigung von Pflegebedürftigkeit 81
2.1.6 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen 84

2.2 Leistungserbringung ... 86
2.2.1 Ambulante Pflegedienste ... 86
2.2.2 Stationäre Einrichtungen ... 95
2.2.3 Pflegepersonen ... 108
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 ... 117
2.3.3 Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung ... 120
2.3.4 Finanzierung durch die Sozialhilfe ... 122
2.3.5 Finanzierung im Überblick ... 124

3 Veränderungen der ärztlichen Versorgung bei Übergängen in der Pflege ... 130
3.1 Problemlage und bisherige Befunde ... 130
3.2 Auswertungen der BARMER-Daten ... 133
3.3 Ergebnisse ... 138
3.3.1 Ärztliche Versorgung im Querschnitt ... 138
3.3.2 Ärztliche Versorgung vor und nach Übergängen in der Pflege ... 158
3.4 Diskussion ... 185
3.4.1 Hausärztliche Versorgung ... 187
3.4.2 Weitere fachärztliche Versorgung ... 191
3.5 Schlussfolgerungen ... 196

4 Anhang ... 200
4.1 Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit ... 200
4.1.1 Pflegestatistik ... 200
4.1.2 Kassenstatistik der sozialen Pflegeversicherung (SPV) ... 201
4.1.3 Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) ... 202
4.1.4 Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) ... 202
4.1.5 Medicproof GmbH ... 203

4.2 BARMER-Daten 203
4.2.1 Zuordnung von Pflegeleistungen und Pflegegraden 203
4.2.2 Selektionen 204
4.2.3 Hochrechnung und Gewichtung 204
4.2.4 Limitationen der BARMER-Daten 205
4.2.5 Ergänzende Tabellen zu Kapitel 3 205

Verzeichnisse **218**
Abkürzungsverzeichnis und Glossar 218
Abbildungsverzeichnis 220
Tabellenverzeichnis 222
Literaturverzeichnis 230
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 243

Vorwort

Der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ist ein tiefer biografischer Einschnitt für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Allein im Jahr 2025 wurden 1,21 Millionen Menschen erstmals pflegebedürftig. Tritt eine Pflegesituation ein oder verändert sich diese, übernehmen in den meisten Fällen pflegende Angehörige die Versorgung ganz oder teilweise, während gegebenenfalls einzelne Unterstützungsleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst ergänzend erbracht werden. In anderen Fällen kann auch der Übergang in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung notwendig werden.

Der BARMER-Pflegereport 2026 untersucht, wie sich in dieser Phase die medizinische Versorgung verändert. Schließlich geht die Pflegebedürftigkeit nicht nur mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf im Alltag einher. Bei vielen Betroffenen entsteht Pflegebedürftigkeit infolge chronischer Erkrankungen mit progredientem Verlauf. Bei anderen tritt Pflegebedürftigkeit infolge eines akuten Ereignisses wie Hirnblutung, Hirninfarkten oder Frakturen sehr plötzlich ein. Viele pflegebedürftige Menschen sind auf die kontinuierliche Einnahme von Arzneimitteln angewiesen und benötigen eine regelmäßige hausärztliche und weitere fachärztliche Betreuung. Die Qualität ihrer gesundheitlichen Versorgung hängt also von einer stabilen Versorgungsstruktur ab, in der unterschiedliche Fachgruppen möglichst eng und über Sektorengrenzen hinweg zusammenarbeiten. Gerade in der kritischen Phase einer beginnenden Pflegebedürftigkeit und der damit einhergehenden Organisation eines ambulanten oder stationären Pflegesettings darf die Qualität der medizinischen Versorgung nicht gefährdet werden. Ganz im Gegenteil, sie sollte sich gemäß dem individuellen Bedarf verbessern. Für die Übergangsphase wird deshalb Koordination und Kontinuität benötigt, um gesundheitliche Risiken bei den Pflegebedürftigen zu vermeiden.

Doch einen reibungslosen Übergang in die Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung der meist komplexen medizinischen Versorgung zu organisieren, ist für alle Beteiligten eine Herausforderung. Es entstehen neue Abstimmungsbedarfe zwischen den Pflegediensten beziehungsweise der Pflegeeinrichtung und den an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzten. Beim Umzug in ein Pflegeheim gibt es zudem häufig Veränderungen bei den betreuenden Arztpraxen.

Trotz der hohen Relevanz liegen bisher kaum Studien über Veränderungen in der medizinischen Versorgung beim Übergang in ein Pflegesetting vor. Anhand von Routinedaten stellt der vorliegende BARMER-Pflegereport nun erstmals umfangreiche Analysen zur Inanspruchnahme haus- und weiterer fachärztlicher Leistungen im zeitlichen Umfeld des Übergangs in die häusliche oder vollstationäre Pflege vor.

Die Autorinnen und Autoren stellen dabei zunächst Vergleiche an zwischen Personen ohne Pflegebedürftigkeit, Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung und Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen. Dargestellt wird die Inanspruchnahme der Leistungen von Hausärztinnen und Hausärzten und verschiedenen weiteren Facharztgruppen. Für die Population der ambulant und vollstationär gepflegten Personen wird darauf aufbauend in einer längsschnittlichen Betrachtung dargestellt, wie sich die ärztliche Versorgung vom Zeitpunkt vor zum Zeitpunkt nach dem Eintritt ins Pflegesetting verändert hat.

Seit dem Jahr 2013 haben Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB V die Möglichkeit, Kooperationsverträge mit den Vertragsärztinnen und -ärzten zu schließen, um die medizinische Versorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern. Gibt es Hinweise, dass diese Kooperationen zu einer Optimierung der medizinischen Betreuung geführt haben? Werden diese Kooperationsmöglichkeiten von allen Facharztgruppen gleichermaßen genutzt, oder gibt es für einige Facharztgruppen Versorgungslücken? Antworten auf diese Fragen liefert ebenfalls der vorliegende Report.

Mein herzlicher Dank gilt der Autorin und den Autoren des Reports Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Alexander Maximilian Fassmer, Corinna Burfeindt, Dr. Rolf Müller und Prof. Dr. Jonas Czwikla von den Universitäten Bremen und Würzburg. Den Leserinnen und Lesern wünsche ich eine aufschlussreiche und anregende Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Berlin, im November 2026

Zusammenfassung

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2025/2026

Ausgangslage

Die Pflegeversicherung ist durch drei zentrale Problemlagen gekennzeichnet, die sich gegenseitig verschärfen: Erstens steigen die Ausgaben seit Jahren deutlich schneller als die Einnahmen, was bislang nur durch einen steigenden Beitragssatz ausgeglichen werden konnte. Wird auf dieses Instrument in Zukunft verzichtet, droht aber ein steigendes Defizit. Zweitens sind die Eigenanteile für die Heimpflege seit 2017 in einem Maße gestiegen, das die Legitimation der Pflegeversicherung massiv in Frage stellt, da diese ihr selbstgestecktes Ziel, pflegebedingte Verarmung zu vermeiden, immer weniger erfüllen kann. Drittens ist die pflegerische Versorgung zunehmend weniger sichergestellt, da die Pflegeinfrastruktur deutlich langsamer wächst als die Zahl der Pflegebedürftigen. Maßnahmen zur Bekämpfung des zweiten und dritten Problems verschärfen aber in der Regel das erste.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat eine Reihe von Vorschlägen erarbeitet, um diesen Problemlagen entgegenzutreten. In Bezug auf die Eigenanteilsproblematik wurden insbesondere zwei Ansätze diskutiert und als Optionen benannt: eine regelgebundene Leistungsdynamisierung und eine Deckelung der pflegebedingten Eigenanteile im Rahmen eines Sockel-Spitze-Tauschs. Eigene in diesem Report vorgestellte Berechnungen zeigen, dass nur der Sockel-Spitze-Tausch in der Lage ist, die Eigenanteile effektiv zu begrenzen.

Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG)

Aufbauend auf den Vorschlägen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurde im Juni der Referentenentwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes vorgelegt. Der Gesetzentwurf konzentriert sich vor allem auf die Schließung des Defizits in der sozialen Pflegeversicherung und enthält hierzu eine Reihe von Maßnahmen zur Erhöhung der

Einnahmen und zur Reduktion der Ausgaben. Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Leistungskürzung sind auf heftige Kritik gestoßen. In der im September vom Kabinett beschlossenen Fassung wurden daher einige der am meisten kritisierten Leistungskürzungen wieder gestrichen. Geblieben sind insbesondere die Streichung der für 2028 laut aktueller Fassung des SGB XI vorgesehenen Leistungsdynamisierung in Höhe der kumulierten Kerninflation der letzten drei Jahre, die Entkernung des Pflegegrads 1 und die Verschärfung der Zugangskriterien zu den Pflegeversicherungsleistungen im Rahmen der Begutachtungssystematik. Im Ergebnis sind diese Maßnahmen aber nicht ausreichend, um das bestehende und das zu erwartende Defizit der Pflegeversicherung vollständig zu schließen. Gleichzeitig wurde das noch im Koalitionsvertrag genannte Ziel einer „Begrenzung der Eigenanteile“ in der Heimpflege aufgegeben und durch das weniger ambitionierte Ziel einer „Begrenzung des Anstiegs der Eigenanteile“ ersetzt. Um dies zu erreichen, werden die Möglichkeiten nicht tarifgebundener Einrichtungen zur Erhöhung der Vergütung begrenzt – was negative Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit hat, da diese Begrenzung der Vergütungsanstiege nur durch eine Begrenzung der eingesetzten Personalmenge und/oder deren Bezahlung ermöglicht werden kann.

Verbleibender Reformbedarf

Das PNOG ist damit nicht in der Lage, die drei genannten Probleme der Pflegeversicherung zu lösen. Im Kabinettsentwurf ist daher die Einsetzung einer Expertenkommission vorgesehen, die sich der Strukturreform der Pflegeversicherung widmen soll. In diesem Rahmen soll auch erneut diskutiert werden, in welchem Umfang steuerbasierte Finanzierungselemente, ein Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und Pflegepflichtversicherung, kapitalgedeckte Finanzierungselemente und eine Deckelung der Eigenanteile zur Problemlösung beitragen können. Neben den Finanzfragen sind für die Strukturreform auch die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Richtung sektorenfreie Versorgung und die Weiterentwicklung des Pflegegelds zu prüfen.

Pflege im Spiegel der Statistik

Pflegebedürftige

Nach Angaben der Pflegestatistik stieg die Zahl der Pflegebedürftigen von 2021 bis 2023 um 14,7 Prozent von 4,96 Millionen um 727.000 auf rund 5,69 Millionen. Nach der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamts wäre allein aufgrund der demografischen Entwicklung im selben Zeitraum lediglich ein Anstieg um rund 100.000 Pflegebedürftige zu erwarten gewesen. Ein wesentlicher Teil der tatsächlichen Zunahme ist daher weiterhin auf die Auswirkungen des seit 2017 weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückzuführen.

Ausweislich der hochgerechneten BARMER-Daten erfolgte im Zeitraum von 2023 bis 2025 ein weiterer Anstieg um 15,2 Prozent. Bei den hochgerechneten BARMER-Daten zeigen sich Steigerungen von 21,4 Prozent bei Pflegegrad 1, 16,1 Prozent bei Pflegegrad 2 und 17,0 Prozent bei Pflegegrad 3. Bei den Pflegegraden 4 und 5 fiel der Anstieg mit 6,5 Prozent beziehungsweise 0,8 Prozent deutlich geringer aus.

Dass der Zugang zur Pflegeversicherung zunehmend durch Personen mit geringeren Beeinträchtigungen geprägt ist, zeigt sich auch in der Begutachtungsstatistik. Die Zahl der Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 1 stieg von rund 257.000 im Jahr 2017 auf mehr als 411.000 im Jahr 2025. Die Zahl der Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 2 blieb dagegen langfristig weitgehend stabil, während die Zahlen für die Pflegegrade 3 bis 5 weiterhin unter dem Niveau von 2017 liegen. Gleichzeitig hat sich das Begutachtungsgeschehen insgesamt verändert: Die Zahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen hat sich seit 2017 mehr als verdoppelt. Die Anzahl dieser Begutachtungen übersteigt inzwischen die Zahl der Erstbegutachtungen.

Auch bei den Eintritten in die Pflegebedürftigkeit zeigt sich zuletzt eine veränderte Entwicklung. Nach weitgehend konstanten Eintrittszahlen in den Jahren 2023 und 2024 mit rund 1,22 Millionen Pflegeeintritten ging die Zahl im Jahr 2025 leicht auf rund 1,21 Millionen zurück. Gleichzeitig führen längere Verweildauern in Pflegebedürftigkeit dazu, dass die Zahl der Pflegebedürftigen trotz rückläufiger Eintritte weiter steigt. Besonders deutlich ist der Rückgang bei den Eintritten in die vollstationäre Dauerpflege: Diese sanken von rund 506.000 im Jahr 2024 auf rund 408.000 im Jahr 2025. Gleichzeitig ging auch die Zahl der Abgänge aus der vollstationären Dauerpflege deutlich zurück, während der Bestand weitgehend konstant blieb. Bei sich kaum verändernden verfügbaren Kapazitäten wurden weniger Plätze durch den Tod bisheriger Bewohnerinnen und Bewohner frei, was wesentlich zum Rückgang der Heimeintritte beitrug.

Pflegebedürftige: Ländervergleich

Auch regional bestehen weiterhin deutliche Unterschiede. Die Pflegeprävalenz lag im Jahr 2023 bundesweit bei 6,8 Prozent und reichte von 4,8 Prozent in Bayern bis 9,5 Prozent in Sachsen-Anhalt. Besonders hohe Zuwächse der Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2021 und 2023 zeigten sich in Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen, während die Anstiege in Hamburg, Bayern und Schleswig-Holstein vergleichsweise gering ausfielen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern lassen sich dabei nicht allein durch die Altersstruktur erklären: Auch nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung bleiben höhere Pflegeprävalenzen vor allem in den ostdeutschen Bundesländern bestehen. Nach den hochgerechneten BARMER-Daten setzt sich der Anstieg zwischen 2023 und 2025 fort. Die höchsten Zuwächse zeigen sich in Sachsen-Anhalt (+20,1 Prozent), im Saarland (+19,7 Prozent) und in Thüringen (+18,2 Prozent), die geringsten in Bayern (+9,5 Prozent) und Hamburg (+9,6 Prozent).

Ambulante Dienste: Ländervergleich

Ende 2023 gab es in Deutschland 15.549 ambulante Pflegedienste. Der Trend zu privaten Trägern setzt sich fort: 68,5 Prozent der Dienste befinden sich inzwischen in privater Trägerschaft. Ihr Anteil an den versorgten Pflegebedürftigen ist mit 55,5 Prozent allerdings deutlich geringer, da private Pflegedienste im Durchschnitt kleiner sind. Die Trägerstruktur unterscheidet sich regional erheblich. Besonders hoch ist der Anteil privater Pflegedienste in Berlin, Hamburg und Hessen, während er in Thüringen und Baden-Württemberg deutlich niedriger liegt.

Auch beim Beschäftigungsumfang bestehen deutliche regionale Unterschiede. Bundesweit arbeitet mit 28,3 Prozent weniger als ein Drittel der Beschäftigten in Vollzeit. In den ostdeutschen Bundesländern sind Vollzeitbeschäftigung und Teilzeitbeschäftigung mit mehr als 50 Prozent der Regelarbeitszeit insgesamt stärker verbreitet als in Westdeutschland. Das durchschnittliche vertragliche Arbeitszeitvolumen je Beschäftigten ist damit im Osten höher.

Pflegeheime: Ländervergleich

Anders als bei den ambulanten Pflegediensten dominieren im stationären Bereich weiterhin freigemeinnützige und öffentliche Träger. Der Anteil privater Einrichtungen hat sich seit 2017 bundesweit nur wenig verändert. Gleichzeitig entwickeln sich die stationären Versorgungsformen unterschiedlich: Während die Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen weiterhin unter dem Niveau vor der Coronapandemie liegt, hat die teilstationäre Versorgung nach der pandemiebedingten Stagnation wieder deutlich zugenommen.

Bei der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zeigt sich – ähnlich wie im ambulanten Bereich – ein Ost-West-Unterschied: Beschäftigte in Ostdeutschland arbeiten häufiger in Vollzeit oder in Teilzeit mit einem Umfang von mehr als 50 Prozent der Regelarbeitszeit. Das Arbeitszeitvolumen je beschäftigte Person fällt dort entsprechend höher aus.

Finanzierung

Die finanzielle Bedeutung der Pflegeversicherung ist in den vergangenen Jahren weiter deutlich gewachsen. Die Gesamteinnahmen der sozialen Pflegeversicherung stiegen von 36,10 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 73,33 Milliarden Euro im Jahr 2025 und haben sich damit mehr als verdoppelt. Wesentliche Gründe sind die gestiegenen beitragspflichtigen Einkommen und wiederholte Anhebungen des Beitragssatzes, zuletzt zum Januar 2025 auf 3,6 Prozent. Gleichzeitig erhöhten sich die Gesamtausgaben von 38,52 auf 73,82 Milliarden Euro. Allein die Leistungsausgaben erreichten 2025 70,42 Milliarden Euro. Besonders stark stiegen seit 2017 die Ausgaben für Pflegegeld, die sich auf 21,01 Milliarden Euro mehr als verdoppelten.

Trotz der höheren Beitragseinnahmen bleibt die Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung angespannt. Nach einem Überschuss im Jahr 2023 entstand bereits 2024 wieder ein Defizit von 1,54 Milliarden Euro. Die erneute Beitragserhöhung verringerte das Defizit 2025 zwar auf rund 0,49 Milliarden Euro, zusätzlich wurde jedoch ein zinsloses Bundesdarlehen von 0,50 Milliarden Euro erforderlich. Der Mittelbestand entsprach Ende 2025 mit 5,35 Milliarden Euro nur noch rund 0,9 Monatsausgaben.

Die private Pflegepflichtversicherung ist anders finanziert. Ihre Beitragseinnahmen stiegen zwischen 2017 und 2024 von 2,59 auf 6,20 Milliarden Euro, während die Versicherungsleistungen 2024 mit 2,72 Milliarden Euro nur 44,0 Prozent der Beitragseinnahmen ausmachten. Ein wesentlicher Teil der Einnahmen dient dem Aufbau von Alterungsrückstellungen, die Ende 2024 bereits 57,39 Milliarden Euro erreichten. Gleichzeitig lagen die jährlichen Versicherungsleistungen je versicherte Person mit 297 Euro deutlich unter den Pro-Kopf-Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung von 850 Euro. Dieser Effekt ist teilweise auf die Beihilfezahlungen zurückzuführen, die ein Teil der Privatversicherten erhält. Aber auch unter Berücksichtigung dieser Zahlungen liegen die Leistungsausgaben für Privatversicherte nur etwa halb so hoch wie die für Sozialversicherte (Rothgang & Domhoff 2025, S. 8).

Die „Hilfe zur Pflege“ konzentriert sich weiterhin stark auf die stationäre Versorgung. Im Jahr 2023 bezogen 31,6 Prozent der in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen diese Sozialhilfeleistung gegenüber 5,3 Prozent der durch ambulante Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen. Besonders auffällig ist die jüngste Ausgabenentwicklung: Zwischen 2022 und 2024 stieg die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger um rund 13 Prozent, die Nettoausgaben erhöhten sich jedoch um rund 50 Prozent auf 5,28 Milliarden Euro.

Insgesamt werden für das Jahr 2024 pflegebezogene Ausgaben von rund 83,67 Milliarden Euro berücksichtigt. Die soziale Pflegeversicherung ist mit 63,26 Milliarden Euro beziehungsweise 75,6 Prozent der Gesamtausgaben der mit Abstand wichtigste Kostenträger. SPV und PPV zusammen finanzieren 78,9 Prozent der betrachteten Ausgaben. Auf private Ausgaben entfallen nach der hier verwendeten Abgrenzung 13,1 Prozent. Nicht berücksichtigt sind unter anderem die Opportunitätskosten der familialen Pflege sowie Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten im Pflegeheim. Die ausgewiesenen privaten Ausgaben bilden die tatsächliche finanzielle Belastung daher nur teilweise ab.

Schwerpunkt: Veränderungen der ärztlichen Versorgung bei Übergängen in der Pflege

Pflegebedürftige Menschen weisen aufgrund ihres höheren Alters und ihrer häufig bestehenden Mehrfacherkrankungen einen hohen Bedarf an medizinischer Versorgung auf. Mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit können sich zugleich die Rahmenbedingungen der ärztlichen Versorgung verändern. Dies betrifft neben der Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung und weiterer fachärztlicher Versorgung auch bestehende Beziehungen zu Arztpraxen und die Koordination der Versorgung. Vor diesem Hintergrund wurde auf Grundlage von BARMER-Daten untersucht, wie sich die haus- und fachärztliche Versorgung nach Pflegestatus unterscheidet und wie sie sich beim erstmaligen Eintritt in die häusliche Pflege oder ein Pflegeheim verändert.

Hohe hausärztliche Versorgung, aber geringere weitere fachärztliche Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

Die hausärztliche Versorgung war unabhängig vom Pflegestatus sehr hoch. Im Jahr 2024 hatten 94 Prozent der Personen ohne Pflegebedarf mindestens einen hausärztlichen Kontakt. Bei Personen mit häuslicher Pflege waren es 99 Prozent und bei Pflegeheimbewohnenden fast 100 Prozent. Bei der fachärztlichen Versorgung zeigte sich für die meisten untersuchten somatischen Fachgruppen dagegen ein anderes Muster. Beispielsweise sank bei Personen mit spezifischen Diagnosen, die auf entsprechenden fachärztlichen Versorgungsbedarf hindeuten, der Anteil mit mindestens einem internistischen Kontakt von 21 Prozent bei Personen ohne Pflegebedarf auf 17 Prozent bei häuslicher Pflege und sechs Prozent bei Pflegeheimbewohnenden. Ähnliche Unterschiede zeigten sich unter anderem für die Kardiologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Urologie, Dermatologie, Nephrologie und Pneumologie. Eine Ausnahme bildete die Neurologie/Psychiatrie: Hier stieg der Anteil mit mindestens einem Kontakt von 30 Prozent bei Personen ohne Pflegebedarf auf 41 Prozent bei häuslicher Pflege und 57 Prozent bei Pflegeheimbewohnenden.

Stratifizierte Analysen zeigten zudem insbesondere Unterschiede nach Pflegegrad, Demenzstatus und Art der häuslichen Pflege. Mit höherem Pflegegrad waren die Anteile mit fachärztlichem Kontakt in vielen somatischen Fachgruppen geringer. Dies galt häufig auch für Personen mit Demenz und für Personen, die professionelle ambulante Pflegeleistungen erhielten. Für die neurologische/psychiatrische Versorgung zeigten sich hingegen teilweise gegenläufige Muster.

Veränderungen der ärztlichen Versorgung beim Eintritt in die häusliche und stationäre Pflege

Auch vor dem erstmaligen Eintritt in die häusliche und stationäre Pflege war die hausärztliche Versorgung bereits sehr hoch und nahm im Jahr nach dem Pflegeeintritt weiter zu. Beim Eintritt in die häusliche Pflege stieg der Anteil mit mindestens einem hausärztlichen Kontakt von 97 Prozent im Jahr vor dem Pflegeeintritt auf 99 Prozent im Jahr ab dem Pflegeeintritt, beim Eintritt in ein Pflegeheim von 97 Pro-

zent auf 100 Prozent. Bei den meisten somatischen Fachgruppen zeigte sich dagegen ein Rückgang. Dieser fiel in den vier Quartalen nach Eintritt in die häusliche Pflege überwiegend gering aus, während in den vier Quartalen nach Eintritt in ein Pflegeheim in den meisten Fachgruppen deutlichere Rückgänge zu beobachten waren. Bei Personen mit einer entsprechenden spezifischen Diagnose ging beispielsweise der Anteil mit mindestens einem internistischen Kontakt bei Eintritt in die häusliche Pflege von 21 Prozent auf 19 Prozent und bei Eintritt in ein Pflegeheim von zehn Prozent auf sieben Prozent zurück.

Eine deutliche Ausnahme bildete wiederum die neurologische/psychiatrische Versorgung. Der Anteil mit mindestens einem Kontakt stieg bei Eintritt in die häusliche Pflege von 42 Prozent auf 46 Prozent und bei Eintritt in ein Pflegeheim deutlich von 39 Prozent auf 57 Prozent. Die stratifizierten Analysen bestätigten die wesentlichen Muster. Insbesondere nach Eintritt in ein Pflegeheim zeigten sich die Rückgänge der somatischen fachärztlichen Versorgung weitgehend über die untersuchten Subgruppen hinweg.

Kontinuität der hausärztlichen Versorgung und des hausärztlichen Überweisungsverhaltens

Die quartalsweise Betrachtung zeigt, dass der Anteil der Personen mit mindestens einem hausärztlichen Kontakt bereits in den vier Quartalen vor Pflegeeintritt auf hohem Niveau lag. Vom Quartal unmittelbar vor dem Pflegeeintritt zum Quartal des Pflegeeintritts stieg der Anteil bei häuslicher Pflege von 93 Prozent auf 96 Prozent (+3 Prozentpunkte) und beim Pflegeheimeintritt von 92 Prozent auf 99 Prozent (+7 Prozentpunkte). Der Anstieg zeigte sich in allen untersuchten Subgruppen.

Deutliche Unterschiede zwischen den Pflegesettings bestanden hinsichtlich der beteiligten Hausarztpraxen. Nach Eintritt in die häusliche Pflege wurden 62 Prozent der Personen ausschließlich durch bereits vor dem Pflegeeintritt bekannte Hausarztpraxen versorgt. Nach Pflegeheimeintritt überwog dagegen mit 66 Prozent die Versorgung durch eine Kombination aus bekannten und neuen Hausarztpraxen. Ausschließlich neue Hausarztpraxen waren bei häuslicher Pflege mit drei Prozent selten, beim Pflegeheimeintritt mit zwölf Prozent häufiger. Das hausärztliche Überweisungsverhalten änderte sich dagegen nur wenig: Der Anteil fachärztlicher Behandlungsfälle mit hausärztlicher Überweisung blieb bei Eintritt in die häusliche Pflege nahezu unverändert (32 Prozent gegenüber 33 Prozent) und ging beim Pflegeheimeintritt von 35 Prozent auf 31 Prozent zurück.

Kooperations- und Koordinationsleistungen im Pflegeheim

Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b SGB V wurden bei Pflegeheimbewohnenden 2024 am häufigsten durch Hausärztinnen und Hausärzte (53 Prozent), Neurologinnen und Neurologen / Psychiaterinnen und Psychiater (29 Prozent) sowie HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte (21 Prozent) abgerechnet. Die hausärztliche Versorgung war auch bei Pflegeheimbewohnenden ohne entsprechende Abrechnung mit nahezu 100 Prozent sehr hoch. Bei Neurologie/Psychiatrie und HNO lagen die Anteile mit mindestens einem Kontakt ohne entsprechende Kooperations- oder Koordinationsleistung dagegen jeweils 21 Prozentpunkte unter denen der Gesamtgruppe. Auch im Jahr ab dem erstmaligen Pflegeheimeintritt zeigte sich ein ähnliches Muster.

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 widmet sich der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im letzten Jahr und analysiert die zentralen aktuellen Problemlagen der Pflegeversicherung und die politischen Reaktionen darauf. Im Zentrum stehen dabei die Beschreibung und die Bewertung der Vorschläge die die Bund-Länder-Gruppe zum „Zukunftspakt Pflege“ Ende 2025 vorgelegt hat, und der Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG), der vom Bundeskabinett im September 2026 beschlossen wurde. Aufbauend auf der Analyse der Wirksamkeit der vorgeschlagenen Reformen zur Lösung der beschriebenen Probleme wird abschließend diskutiert, welche weiteren Schritte notwendig sind, damit aus den vorliegenden Vorschlägen eine „große Pflegereform“ wird.

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. Leistungsinanspruchnahme 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.

In Kapitel 3 wird dann der Rahmen der Routineberichterstattung verlassen und das diesjährige Schwerpunktthema „Veränderungen der ärztlichen Versorgung bei Übergängen in der Pflege“ behandelt. Pflegebedürftige Menschen weisen aufgrund ihres höheren Alters und ihrer häufig bestehenden Mehrfacherkrankungen einen hohen Bedarf an medizinischer Versorgung auf. Mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit können sich zugleich die Rahmenbedingungen der ärztlichen Versorgung verändern. Im Schwerpunktkapitel wird daher untersucht, wie sich die hausärztliche und weitere fachärztliche Versorgung zwischen nicht pflegebedürftigen Personen, Personen mit häuslicher Pflege und Pflegeheimbewohnenden unterscheidet und welche Veränderungen beim Übergang in die häusliche Pflege beziehungsweise in ein Pflegeheim auftreten. Darüber hinaus wird betrachtet, inwieweit bisherige Hausarztpraxen weiterhin an der Versorgung beteiligt sind und in welchem Umfang neue Hausarztpraxen in die Versorgung involviert werden. Die Auswertungen im Schwerpunktkapitel basieren auf den BARMER-Daten.

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-Kode und eine Kurz-URL platziert.

www.bifg.de/Y925Xu

Kapitel 1

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2025/2026

1 Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2025/2026

Im Koalitionsvertrag wurde 2025 eine „große Pflegereform“ angekündigt, die angesichts der sich insbesondere im Bereich der Finanzierung verschärfenden Problemlage als dringend notwendig erscheint. Hierzu wurde von der neuen Regierung unter der Überschrift „Zukunftspakt Pflege“ eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet, die Ende 2025 ihren Bericht vorgelegt hat, dabei aber an vielen Stellen alternative Optionen skizziert und die Folgen berechnet hat, ohne sich auf eine Option einigen zu können. Im Juni 2026 wurde dann der Referentenentwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG) vorgelegt (BMG, 2026c) und am 30. September der Kabinettsentwurf (BMG, 2026b) beschlossen. Eine Verabschiedung des Gesetzes ist bis zur Drucklegung dieses Reports noch nicht erfolgt. Nachfolgend wird zunächst die Problemlage skizziert (Kapitel 1.1). Vor diesem Hintergrund wird auf die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (Kapitel 1.2) und dann auf das PNOG eingegangen (Kapitel 1.3). Abschließend wird diskutiert, inwieweit die aktuellen Probleme mit dem PNOG gelöst werden, und welche Reformbedarfe verbleiben (Kapitel 1.4).

1.1 Problemlage

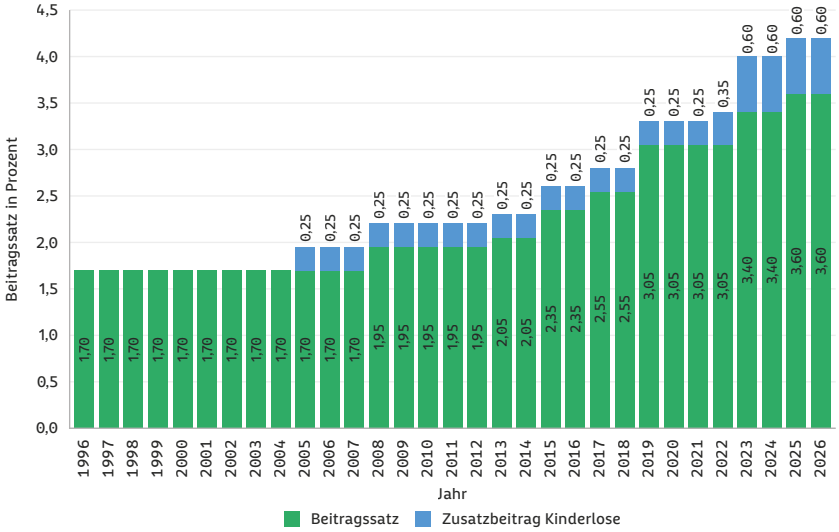
Die Pflegeversicherung hat ein doppeltes Finanzierungsproblem. Einerseits reichen die Einnahmen nicht mehr aus, um die Ausgaben zu decken, so dass ein Defizit entsteht, das bereits 2025 nur durch ein Darlehen des Finanzministeriums gedeckt werden konnte und das 2026 trotz eines erneuten Darlehens bislang noch nicht geschlossen werden konnte (Kapitel 1.1.1). Andererseits steigen die Eigenanteile insbesondere im Bereich der stationären Pflege immer weiter und führen die Pflegeversicherung, die eingeführt wurde, um genau diese Eigenanteile zu begrenzen, ad absurdum (Kapitel 1.1.2). Gleichzeitig ist aber auch die Versorgungssicherheit zunehmend gefährdet (Kapitel 1.1.3). Nachfolgend wird auf diese drei Problemkreise kurz eingegangen.

1.1.1 Finanzsituation der Pflegeversicherung

Ohne Berücksichtigung der gewährten Darlehen wird für die soziale Pflegeversicherung für 2026 ein Defizit von 4,4 Milliarden Euro erwartet. Für 2027 rechnet der Bundesgesundheitsminister (in seiner ersten Rede hierzu im Bundestag) mit einem Defizit von acht Milliarden Euro (AD HOC NEWS, 2026), der Spitzenverband Bund der Pflegeversicherung sogar mit einem Defizit von zehn Milliarden Euro (GKV-Spitzenverband, 2026). Für die Folgejahre wird sich dieses Defizit – ceteris paribus – sogar vergrößern. Hauptursache hierfür sind die gestiegenen Ausgaben, die vor allem darauf zurückzuführen sind, dass sich die Zahl der sozialversicherten Pflegebedürftigen von 2015 bis 2025, insbesondere aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017, von 2,7 auf 6,0 Millionen mehr als verdoppelt hat (BMG, 2026d, S. 5). Dieser Fallzahlanstieg ist dabei nur zu einem geringen Teil auf die demografische Entwicklung zurückzuführen. Ursächlich ist vielmehr die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der nicht nur zu einer einmaligen Anhebung der Inzidenzraten geführt hat, sondern auch zu einem immer noch anhaltenden Anstieg der Prävalenzen (Rothgang et al., 2025a; SVR Wirtschaft, 2026).

In der Vergangenheit wurde auf derartige Entwicklungen mit einer Anhebung des Beitragssatzes reagiert. Dieser ist aber in jüngster Vergangenheit bereits in immer kürzeren Abständen und in immer höherem Ausmaß erhöht worden (Abbildung 1.1). Dies gilt für den allgemeinen Beitragssatz ebenso wie für den Zusatzbeitragssatz für Kinderlose.

Abbildung 1.1: Entwicklung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung



Quelle: Institut für Arbeit und Qualifikation (2026)

Angesichts des besorgniserregenden Anstiegs des Gesamtbeitragssatzes zur Sozialversicherung erscheint eine weitere Anhebung des Beitragssatzes in großem Stil als unrealistisch. Notwendig sind daher Maßnahmen zur Begrenzung der Ausgaben und/oder zur Erhöhung der Einnahmen bei konstantem Beitragssatz.

1.1.2 Eigenanteile der Pflegebedürftigen und Auswirkungen auf die Sozialhilfe

Trotz der steigenden Ausgaben sind die Leistungsbeträge pro pflegebedürftige Person langsamer gestiegen als die Preise für Pflegeleistungen, die insbesondere aufgrund der positiven Lohnentwicklung für Pflegekräfte, die nicht zuletzt durch die 2022 eingeführten Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung verursacht wurde (Evans-Borchers et al., 2026), stark gestiegen sind. So lag die durchschnittliche jährliche Steigerung der Pflegesätze, also der in Rechnung gestellten Beträge für pflegebedingte Kosten und die Ausbildungsumlage, von 2017 bis 2026 bei 6,8 Prozent und damit mehr als doppelt so hoch wie die Inflationsrate. Insgesamt haben sich die durchschnittlichen Pflegesätze von monatlich 2.002 Euro Mitte 2017 auf 3.625 Euro Mitte 2026, um insgesamt 81 Prozent erhöht (Tabelle 1.1).

Tabelle 1.1: Entwicklung der bundesdurchschnittlichen monatlichen Heimentgelte 2017–2026 in Euro

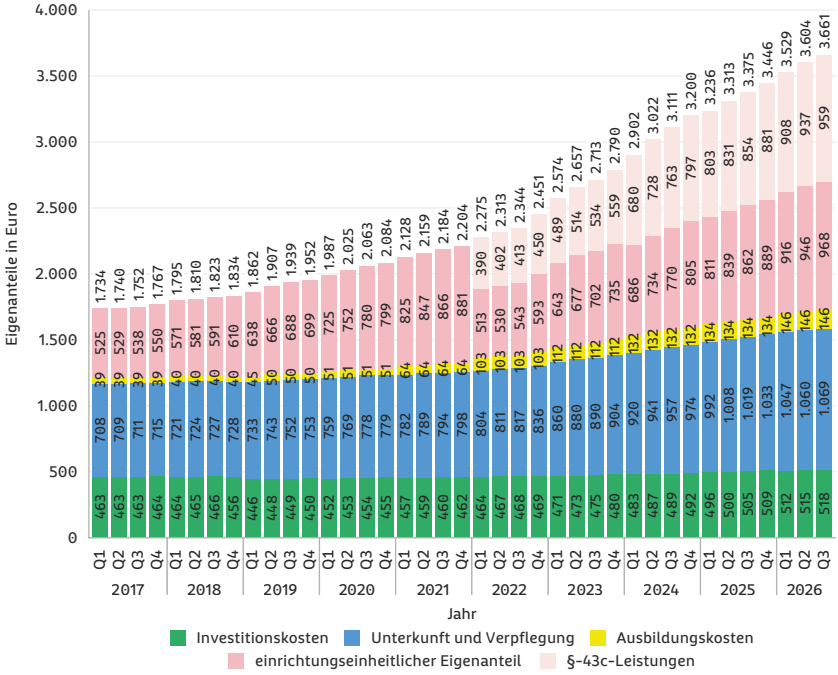
Jahr	(1) einrichtungseinheitlicher Eigenanteil inklusive Ausbildungsumlage	(2) durchschnittliche SPV-Leistungen gemäß § 43 SGB XI	(3) = (1) + (2) Pflegekosten	(4) Unterkunft und Verpflegung	(5) Investitionskosten	(6) = (3)+ (4) + (5) Gesamtheimentgelt
2017	590	1.412	2.002	710	426	3.138
2018	548	1.410	1.958	722	465	3.145
2019	693	1.443	2.136	747	451	3.334
2020	786	1.361	2.147	774	455	3.376
2021	873	1.447	2.320	791	461	3.572
2022	964	1.447	2.411	814	469	3.694
2023	1.245	1.461	2.706	888	477	4.071
2024	1.678	1.470	3.148	955	490	4.593
2025	1.862	1.539	3.401	1.018	507	4.926
2026	2.088	1.537	3.625	1.068	521	5.214
Ø 2017–26	15,1 %	1,0 %	6,8 %	4,6 %	2,3	5,8 %
2017–26	254 %	9 %	81 %	50 %	22 %	66 %

Die Angaben in dieser Tabelle weichen von denen in Kapitel 2.2.2 ab, da dort die jeweiligen Werte zum 1. Januar und hier die zum 1. Juli verwendet wurden.
Quelle: eigene Darstellung, beruhend auf WIdO 2026 und vdek 2026a

Die Pflegeleistungen gemäß § 43 SGB XI sind in diesem Zeitraum für die Pflegegrade 2 bis 5 dagegen nur um jeweils insgesamt 15 Prozent gestiegen.[1] Mehr als 80 Prozent der Preissteigerungen gingen damit zu Lasten der Pflegebedürftigen. Um diesen Effekt abzumildern, wurden 2022 die nach Dauer der Heimpflege gestaffelten Leistungszuschläge für die Eigenanteile in der stationären Pflege gemäß § 43c SGB XI eingeführt und dann im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) leicht angehoben (BMG, 2024a, S. 47–49). Wie Abbildung 1.2 zeigt, war die Entlastungswirkung aber nur temporär: schon zwei Jahre nach Einführung der Leistungszuschläge waren die bundesdurchschnittlichen Gesamteigenanteile für alle Heimbewohnenden bereits wieder höher als vor Einführung der Leistungszuschläge.

1 Die in Tabelle 1.1 angegebene durchschnittliche Steigerungsrate berücksichtigt dagegen auch die Veränderung im Pflegegradmix der Heimbewohnenden und führt so zu einem noch niedrigeren Wert.

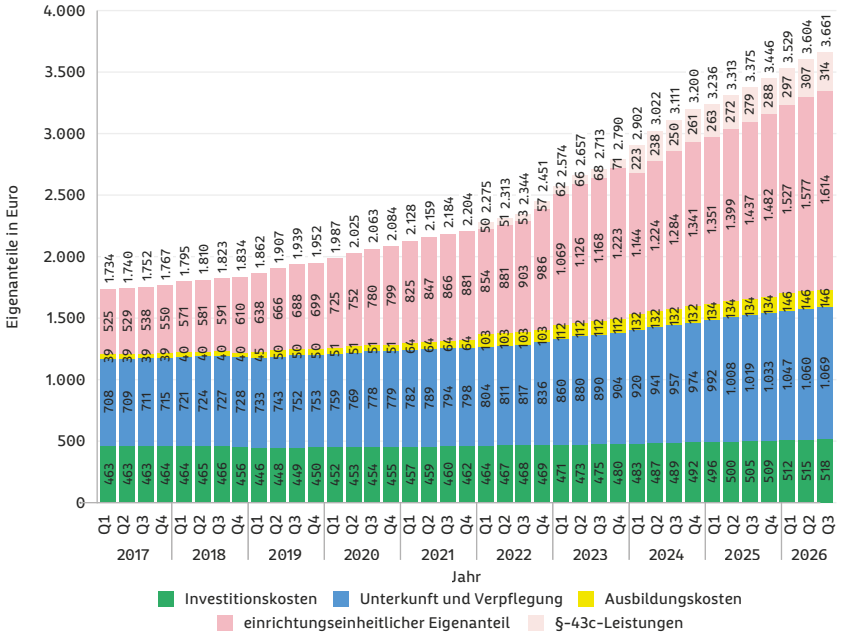
Abbildung 1.2: Entwicklung der bundesdurchschnittlichen Eigenanteile



Quelle: eigene Berechnungen mittels des in Rothgang et al. (2026) beschriebenen Mikrosimulationsmodells

In diese Berechnung gehen die Heimbewohnenden mit langen Pflegedauern im Heim aber ebenso ein wie die mit kurzen. Die Mehrzahl der neu einziehenden Heimbewohnenden überlebt aber nicht einmal das erste Jahr (siehe Kapitel 2.1.4). Wird daher nur auf die Heimbewohnenden im ersten Jahr abgestellt, wird der Effekt noch deutlicher: Bereits ein halbes Jahr nach Einführung der Leistungszuschläge liegen die durchschnittlichen Eigenanteile für diese Heimbewohnenden bereits wieder oberhalb des Wertes bei seiner Einführung (Abbildung 1.3).

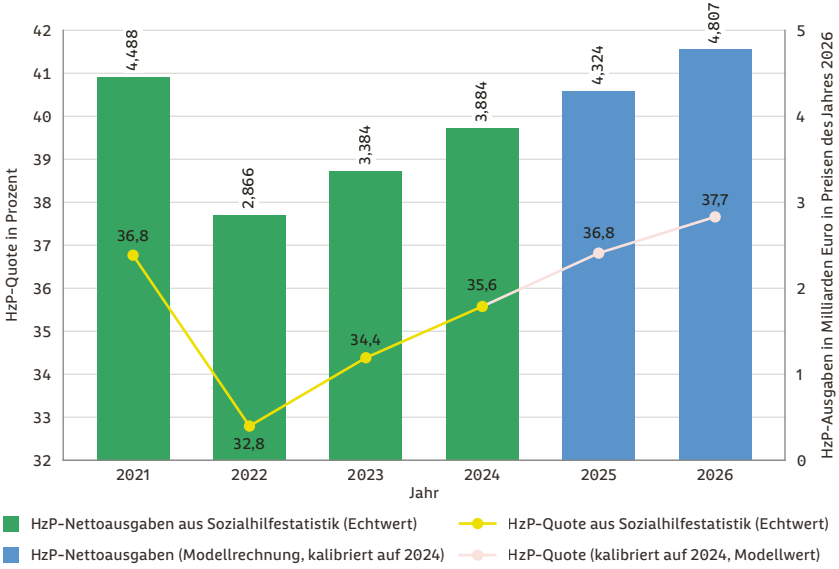
Abbildung 1.3: Entwicklung der bundesdurchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege



Quelle: eigene Berechnungen mittels des in Rothgang et al. (2026) beschriebenen Mikrosimulationsmodells

Die steigenden Eigenanteile haben auch Auswirkungen auf den Sozialhilfebezug in Pflegeheimen. Die Einführung der Pflegeversicherung hat die Sozialhilfeträger zunächst – wie geplant – entlastet (Roth & Rothgang, 2001). Da die Leistungen für stationärer Pflege in Pflegestufe I bis II nicht dynamisiert wurden, sind die Sozialhilfeausgaben dann aber wieder gestiegen. Als Reaktion darauf wurden 2022 die Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen gemäß § 43c SGB XI eingeführt, die zunächst zu einem Rückgang des Anteils der Heimbewohnenden, die auf „Hilfe zur Pflege“ angewiesen sind, ebenso wie der Nettoausgaben für „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen geführt haben. Seit 2022 sind beide Kennzahlen aber wieder angestiegen und haben inzwischen den Wert bei Einführung der Leistungszuschläge wieder übertroffen (Abbildung 1.4).

Abbildung 1.4: Entwicklung der „Hilfe zur Pflege“-Quote und der „Hilfe zur Pflege“-Nettoausgabe in Einrichtungen



Quelle: eigene Berechnungen mittels des in Rothgang et al. (2026) beschriebenen Mikrosimulationsmodells

Diese Entwicklung belastet nicht nur die Sozialhilfeträger. Sie ist zudem Ausdruck einer zunehmenden Zielverfehlung der Pflegeversicherung, die gegründet wurde, um zu verhindern, dass beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit und der Notwendigkeit stationärer Pflege auf Sozialhilfeleistungen zurückgegriffen werden muss (Götze & Rothgang, 2014). Auf diese Zielsetzung wird auch im allgemeinen Teil der Begründung für das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) abgestellt: „Wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“ (PflegeVG-E, S. 2). Diese Forderung zielt auf das Wesen des „konservativen Sozialstaats“ deutscher Prägung ab, der auf Lebensstandardsicherung abstellt: Die soziale Stellung, die sich Personen durch Fleiß und Engagement erarbeitet haben, soll durch den Sozialstaat gegen die Wechselfälle des Lebens gesichert werden. Damit werden Bildungs- und Arbeitsanreize gesetzt, da das erworbene Humankapital und die damit verbundene soziale Stellung sozialstaatlich geschützt wird. Um die Lebensstandardsicherung auch im Fall der Heimpflege zu erreichen, soll die Pflegeversicherung „eine Grund-

versorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken“ (BMA, 1997, S. 8 f.). Genau diese Zielsetzungen werden in der Pflegeversicherung derzeit verfehlt.

Im Bereich der häuslichen Pflege sind die Effekte des Kaufkraftverlusts weniger gut sichtbar. Auch hier übersteigt die Dynamik der Preissteigerungen die der Anhebung der Leistungssätze aber deutlich. Im Zeitraum 2017 bis 2027 sind die Sätze für das Pflegegeld um zehn Prozent angehoben worden, die für die Pflegesachleistungen um 15 Prozent. Die kumulierte Inflationsrate für diesen Zeitraum liegt dagegen bei 30 Prozent. Die Preise für ambulante Pflegeleistungen sind sogar noch deutlich stärker gestiegen als die allgemeine Inflationsrate. Von 2019 bis 2024 lag die kumulierte Inflationsrate bei 20,0 Prozent, die Preissteigerungsrate für ambulante Pflegesachleistungen dagegen bei 39,9 Prozent und damit doppelt so hoch (Evans-Borchers et al., 2026, S. 43). Allein von 2019 bis 2024 haben die ambulanten Pflegesachleistungen damit einen Wertverlust von 18 Prozent (= 1 – 115/139,9) zu verzeichnen. Dass dies nicht zu einer sichtbaren Steigerung der Eigenanteile führt, ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die betroffenen Pflegebedürftigen auf den Kaufkraftverlust mit einer Reduktion der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen reagieren können und die fehlenden Angebotskapazitäten (siehe unten) diesen Effekt noch verstärken.

1.1.3 Versorgungssicherheit

Die Bedrohung der Versorgungssicherheit, also der Sicherheit, bei Bedarf auch die notwendigen Pflegeleistungen zu erhalten, lässt sich zunächst an der Kapazitätsentwicklung ablesen. Bei einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 von 74,9 Prozent im Zeitraum von 2015 bis 2023 hat sich die Zahl der Plätze für vollstationäre Pflege lediglich um 6,5 Prozent erhöht (Statistisches Bundesamt, 2026d, 2026e). Für die ambulante Pflege ist die Zahl der Vollzeitäquivalente des Gesundheitspersonals der beste Indikator für die Kapazitäten. Diese Zahl hat sich von 2015 bis 2023 von 233.000 auf 304.000 um 30,5 Prozent erhöht – auch dies deutlich unterhalb der Steigerung der Anzahl der Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt, 2026c). Dementsprechend geben Pflegeeinrichtungen auch an, dass sie Nachfragen abschlägig beantworten müssen. Gemäß einer Umfrage des DEVAP unter seinen Mitgliedseinrichtungen „mussten 71 Prozent von 578 Teilnehmenden […] Leistungen aus personellen Gründen in den letzten sechs Monaten einschränken: 65 Prozent der Pflegeheime können Leistungen nicht erbringen und sogar 84 Prozent der ambulanten Dienste können die Nachfrage von Neu- und Bestandskunden nicht erfüllen“ (DEVAP, 2024).

Noch kritischer ist die zukünftige Entwicklung: Das Statistische Bundesamt geht gemäß der eigenen Pflegekräftevorausberechnung davon aus, dass „die erwartete Zahl an Pflegekräften im Jahr 2049 zwischen 280.000 und 690.000 unter dem erwarteten Bedarf“ liegt (Statistisches Bundesamt, 2024b). Dabei bezieht sich die Vorausberechnung auf die heutige Relation von Pflegekräften zu Pflegebedürftigen. Diese ist aber zu niedrig, um eine fachgerechte Pflege gemäß dem Pflegeverständnis zu gewährleisten, das dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde liegt. In der Studie zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens wurde ermittelt, dass hierfür ein zusätzlicher Stellenbedarf von 115.000 Stellen in Vollzeit besteht (Rothgang et al., 2020a). Die mit Inkrafttreten der einschlägigen Regelungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) im Juli 2023 eingeführten Personalobergrenzen ermöglichen die zusätzliche Finanzierung von 45.000 und damit von rund 40 Prozent der erkannten Personallücke. Tatsächlich haben gemäß den Zahlen aus einem aktuellen Bericht des GKV-Spitzenverbandes, der im Referentenentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG-E) als noch unveröffentlicht zitiert wird, aber nur 55 Prozent der Einrichtungen bei den Pflegeassistenzkräften und 78 Prozent bei den Fachkräften die Zielwerte des § 113c Abs. 8 SGB XI erfüllt (PNOG-E, S. 198), die konzeptionell eine Personaluntergrenze markieren und nur rund drei Viertel der Personalobergrenzen entsprechen. Insgesamt liegt die Personalausstattung daher weit unterhalb der fachlich erforderlichen Personalmenge, so dass sich die vom Statistischen Bundesamt ermittelte Personallücke, die sich auf die bestehende Personalausstattung bezieht, fachlich als Untergrenze verstanden werden muss.

Die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs bleibt daher eine zentrale Zukunftsaufgabe, um mehr Personen für die Langzeitpflege zu gewinnen und so die Personallücke zu reduzieren und die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

1.2 Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe

In Umsetzung des Koalitionsvertrags wurde 2025 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt, um einen „Zukunftspakt Pflege“ vorzubereiten (Rothgang et al., 2025, Kapitel 1). Dieses Gremium hat im Dezember 2025 einen umfangreichen Bericht vorgelegt, der die „fachlichen Eckpunkte“ enthält (BMG, 2025b), die dann vom Gesundheitsministerium zu einer „Roadmap“ verdichtet wurden (BMG, 2025a). Der Bericht enthält einige Vorschläge zur Leistungsgestaltung, die später auch im Referentenentwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes aufgenommen wurden (siehe

Kapitel 1.3). Zudem werden Maßnahmen zur Steigerung der Einnahmen und zur Begrenzung der Ausgaben vorgeschlagen, von denen insbesondere die Anhebung der Schwellenwerte in der Begutachtungssystematik von erheblicher Bedeutung ist. Große Aufmerksamkeit in den fachlichen Eckpunkten haben die „Maßnahmen zur nachhaltigen Finanzierung der SPV und zur Begrenzung der Entwicklung der Eigenanteile“ (Kapitel III) gefunden. Darin wurden insbesondere zwei Optionen zur Begrenzung der Eigenanteilsdynamik dargestellt: eine regelgebundene Leistungsdynamisierung (entsprechend der Inflations- oder der allgemeinen Lohnentwicklung) und eine absolute Deckelung der Eigenanteile für die pflegebedingten Kosten in der Heimpflege auf 1.000 beziehungsweise 1.200 Euro monatlich. Damit ginge ein Wechsel vom Teilleistungs- zu einem Teilkaskosystem im stationären Bereich einher. Eine Einigung auf eine der Optionen konnte die Arbeitsgruppe nicht erreichen. Vielmehr wurde diese Aufgabe dem nachfolgendem Gesetzesprozess überantwortet.

Wie geeignet sind diese beiden Optionen, das Ziel einer Begrenzung der Eigenanteile zu erreichen? Um diese Frage im Rahmen von Modellrechnungen beantworten zu können, müssen insbesondere Annahmen über die zukünftige Entwicklung der Pflegesätze getroffen werden. Wie Tabelle 1.1 zeigt, sind die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) von 2017 bis 2026 jährlich um durchschnittlich 15 Prozent gestiegen. Dieser hohe Wert ist auch darauf zurückzuführen, dass Steigerungen der Pflegesätze bei konstanten Leistungshöhen für die Pflegeversicherungsleistungen nach § 43 SGB XI ausschließlich zu Lasten der EEE wirken. Sinnvoller ist daher die Betrachtung der Pflegesätze, die die gesamten pflegebedingten Kosten umfassen. Diese sind im genannten Zeitraum jährlich um durchschnittlich 6,8 Prozent gestiegen (Tabelle 1.1). Diese Steigerung ist in erster Linie auf steigende Pflegelöhne und in zweiter Linie auf einen langsamen Personalaufbau zurückzuführen. Angesichts der Personalengpässe auf dem Arbeitsmarkt und der gesetzlichen Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung ist – ohne gesetzliche Eingriffe – auch weiterhin von überdurchschnittlich steigenden Löhnen und von einem allmählichen Personalausbau auszugehen. Für die nachstehenden Berechnungen wurde daher ein Anstieg der pflegebedingten Kosten von jährlich 6,6 Prozent unterstellt, der damit leicht unterhalb der Werte der Vergangenheit liegt. Für die Investitionskosten und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung wurde die Kostenentwicklung fortgeschrieben. Tabelle 1.2 enthält die sich ergebenden nominalen Werte, Tabelle 1.3 die auf 2026 deflationierten Werte. Für die Deflationierung wurden dabei Preissteigerungsraten von 2,2 Prozent für 2026, 2,1 Prozent für 2027, von 1,9 Prozent für 2028 und von 1,5 Prozent für die Folgejahre unterstellt.

Tabelle 1.2: Projizierte Entwicklung der bundesdurchschnittlichen monatlichen Heimentgelte 2026–2035 in jeweiligen Preisen in Euro

Jahr	(1) = Pflegekosten inklusive Ausbildungsumlage	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamtheimentgelt
2027	3.812	1.120	536	5.468
2028	4.062	1.171	547	5.780
2029	4.332	1.227	560	6.118
2030	4.611	1.282	573	6.466
2031	4.918	1.340	584	6.842
2032	5.237	1.403	597	7.237
2033	5.583	1.467	612	7.662
2034	5.945	1.534	624	8.103
2035	6.337	1.605	638	8.579
Durchschnittliche Wachstumsrate 2026–2035	6,6 %	4,6 %	2,2 %	5,8 %

Quelle: eigene Berechnungen

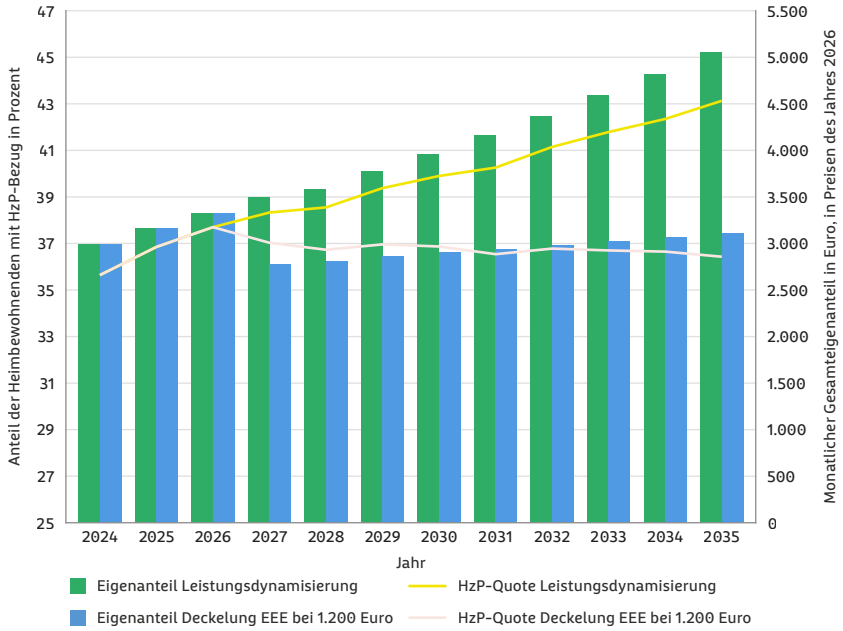
Tabelle 1.3: Projizierte Entwicklung der bundesdurchschnittlichen monatlichen Heimentgelte 2026–2035 in Preisen des Jahres 2026 in Euro

Jahr	(1) = Pflegekosten inklusive Ausbildungsumlage	(2) Unterkunft und Verpflegung	(3) Investitionskosten	(4) = (1) + (2) + (3) Gesamtheimentgelt
2027	3.712	1.091	522	5.325
2028	3.882	1.119	522	5.523
2029	4.078	1.155	527	5.759
2030	4.277	1.189	531	5.997
2031	4.494	1.225	533	6.252
2032	4.715	1.263	538	6.516
2033	4.952	1.301	543	6.796
2034	5.195	1.341	545	7.081
2035	5.456	1.381	549	7.387
Durchschnittliche Wachstumsrate 2026–2035	4,8 %	2,9 %	0,5 %	4,0 %

Quelle: eigene Berechnungen

Mit diesen Annahmen können die Effekte der beiden Optionen für die Eigenanteile vorausberechnet werden. Abbildung 1.5 zeigt neben der Entwicklung der Eigenanteile in Preisen des Jahres 2026 auch die projizierte Entwicklung des Anteils der Heimbewohnenden, die auf „Hilfe zur Pflege“ (HzP) in Einrichtungen angewiesen sind (siehe Rothgang et al., 2026 für Details dieser Berechnung).

Abbildung 1.5: Eigenanteile und „Hilfe zur Pflege“-Quote bei den beiden Reformoptionen Leistungsdynamisierung und Deckelung der Eigenanteile, jeweils zum 1. Juli eines Jahres



Quelle: eigene Berechnungen mittels des in Rothgang et al. (2026) beschriebenen Mikrosimulationsmodells

Erkennbar ist, dass eine regelgebundene Leistungsdynamisierung selbst dann, wenn sie mit der Lohnentwicklung und nicht mit der niedrigeren Inflationsrate erfolgt, nicht geeignet ist, den weiteren Anstieg der Eigenanteile zu begrenzen. Vielmehr ergibt sich bis 2035 ein Anstieg der durchschnittlichen monatlichen Eigenanteile auf mehr als 5.000 Euro – in heutigen Preisen. Gleichzeitig steigt der Anteil der Heimbewohnenden, der auf „Hilfe zur Pflege“ angewiesen ist, bis 2035 auf 43 Prozent.

Die Deckelung der Eigenanteile auf den höheren Deckel von monatlich 1.200 Euro stabilisiert dagegen den Anteil der Heimbewohnenden, der auf „Hilfe zur Pflege“ angewiesen ist, bei gut 36 Prozent und damit auf einem Wert, der unterhalb des aktuellen Wertes liegt. Der Eigenanteil sinkt bei Einführung der Deckelung und steigt danach nur sehr langsam an, um auch 2035 immer noch deutlich unter dem heutigen Wert zu liegen. Der geringfügige Anstieg ist dabei auf höhere Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten zurückzuführen. Ein Deckel von 1.000 Euro ergibt noch günstigere Werte (vgl. Rothgang et al., 2026).

1.3 Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG)

Aufbauend auf den Ergebnissen des „Zukunftspakts Pflege“ wurde am 5. Juni 2026 der Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung“ (Pflegeneuordnungsgesetz, PNOG) vorgelegt (BMG, 2026c). Nach intensiven und kontroversen Diskussionen innerhalb der Regierung wurde am 30. September vom Kabinett eine veränderte Fassung (BMG, 2026b) verabschiedet. Von den drei in Kapitel 1.1 ausgeführten zentralen Problemen der Pflegeversicherung adressiert der Entwurf eines Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG-E) vor allem das Defizit der Pflegeversicherung. Nachstehend werden die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen (Kapitel 1.3.1) und die Veränderungen im Kabinettsentwurf (Kapitel 1.3.2) zunächst kurz zusammengefasst, dann bewertend eingeordnet (Kapitel 1.3.3), um abschließend zu diskutieren, welchen Beitrag die vorgeschlagenen Regelungen zur Lösung der Probleme der Pflegeversicherung zu leisten versprechen (Kapitel 1.3.4).

1.3.1 Im Referentenentwurf vorgesehene Änderungen

Zur Schließung des Defizits der Pflegeversicherung enthält der Entwurf des PNOG Maßnahmen auf der Einnahmenseite und auf der Ausgabenseite.

Auf der **Einnahmenseite** vorgesehen sind die

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (derzeit monatlich 5.812 Euro) auf die Versicherungspflichtgrenze (derzeit monatlich 6.450 Euro),
- Einführung eines Beitragszuschlags von 0,52 Prozentpunkten für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehepartnerin und Ehepartner (oder eingetragene Lebenspartnerin und Lebenspartner), die keine Kinder (unter sieben Jahre) betreuen oder Pflegebedürftige pflegen,

- Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Prozentpunkte und
- Einführung eines Arbeitgeberbeitrags bei Minijobs in Höhe von 3,6 Prozent.

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Einführung eines Beitragszuschlags für mitversicherte Ehepartnerinnen und Ehepartner erfolgen analog den im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings soll die monatliche Beitragsbemessungsgrenze in der Pflegeversicherung um mehr als 600 Euro angehoben werden, in der Krankenversicherung nur um 300 Euro. Der erstmalige vom Arbeitgeber zu tragende Beitragssatz für Minijobs und der Beitragszuschlag für beitragsfrei mitversicherte (Ehe-)Partnerrinnen und (Ehe-)Partner liegen bei rund einem Fünftel der Sätze, die die GKV-Reform enthält, was dem Verhältnis der Beitragssätze in beiden Systemen entspricht.

Auf der **Ausgabenseite** sind Kürzungen der Versicherungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige in erheblichem Ausmaß vorgesehen. Zudem werden die Vergütungen der Leistungsanbieter begrenzt.

Pflegebedürftige sind insbesondere durch folgende Regelungen betroffen:

- geplante Verschärfung der Kriterien zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit,
- Verlängerung der Zeiträume bis zum Anstieg der Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI,
- Aussetzung der für Januar 2028 aktuell noch im Gesetz vorgesehenen Leistungsdynamisierung,
- „Entkernung“ des Pflegegrads 1 durch Wegfall des Entlastungsbetrags als bislang zentrale Leistung und
- Halbierung des Pflegegelds für die ersten drei Monate in den Pflegegraden 2 und 3.

Auch für die **pflegenden An- und Zugehörigen** enthält der Referentenentwurf erhebliche Leistungskürzungen. Rentenversicherungsbeiträge für informelle Pflegepersonen sollen nur noch bis zur Regelaltersgrenze gewährt werden. Wenn bereits Altersrente als Teilrente bezogen wird, können sie keine Rentenanwartschaften mehr erwerben. Damit wird einer Praxis entgegengetreten, bei der Teilrente im Umfang von 99 Prozent und mehr bezogen wird und trotzdem Rentenversicherungspunkte durch informelle Pflege erworben werden können. Hier handelt es sich um die Schließung

einer Gesetzeslücke, die durch Gerichtsurteile bestätigt wurde, in denen entschieden wurde, dass ein Rentenbezug von 99,99 Prozent als „Teilrente“ zu gelten habe.

Bedeutsamer ist die im Entwurf vorgesehene Kürzung der an die Rentenversicherung abzuführenden Beiträge für pflegende Angehörige um 30 Prozent. Die jährlichen Ausgaben für diese Beiträge belaufen sich inzwischen auf mehr als fünf Milliarden Euro. Diese Kürzung hätte also einen unmittelbar wirksamen merklichen finanziellen Effekt, der im Finanztableau des PNOG-E für 2017 mit 1,8 Milliarden Euro angesetzt wird und bis 2030 auf 2,1 Milliarden Euro steigen soll (BMG, 2025b, S. 5), während die Auswirkungen in Form verminderter Renten erst in der Zukunft sichtbar werden. Allerdings entstehen bei der Rentenversicherung Einnahmeausfälle in gleichem Umfang, so dass diese Maßnahme in Bezug auf den Gesamtbeitragssatz ein Nullsummenspiel ist. Gleichzeitig ist es kaum vertretbar, pflegende Angehörigen zwar regelmäßig als Rückgrat der Pflege und als „größten Pflegedienst der Nation“ zu beschwören, gleichzeitig aber die Anerkennung ihrer Leistung in der Rentenversicherung zu kürzen.

Für **Pflegeeinrichtungen** sollen die Regelungen zur tarifgerechten Entlohnung für einen Zeitraum von zunächst vier Jahre „ausgesetzt“ werden. Diese Regelungen zwingen die Einrichtungen derzeit dazu, ihre Pflegekräfte gemäß einem Tarifvertrag oder kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien, in Anlehnung an ein solches Kollektivvertragswerk oder zumindest in Höhe des regional üblichen Entlohnungsniveaus zu entlohnen (§ 72 Abs. 3a und 3b SGB XI). Gleichzeitig ist im Gegenzug in § 82c SGB XI festgelegt, dass die Entlohnung von Mitarbeitenden nach Tarif, in Anlehnung an einen Tarif oder in einer Höhe, die das regional übliche Entlohnungsniveau um maximal zehn Prozent übersteigt, „nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden“ kann. Durch „Aussetzung“ dieser Regelung wird die untere Grenze der Entlohnung zunächst gestrichen. Gleichzeitig sollen die Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate begrenzt werden. Durch Verweis auf die entsprechende Norm im SGB V, die mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz geändert wurde, ergibt sich sogar, dass die Obergrenze der Vergütungssteigerung für die Jahre 2027 bis 2029 um einen Prozentpunkt reduziert wird.

Der Referentenentwurf enthält auch Elemente einer **Strukturreform**, deren Wirkung allerdings noch kaum absehbar ist. Die vorgesehene pflegefachliche Begleitung greift Forderungen auf, die auch aus Wissenschaft und Praxis seit langem gestellt

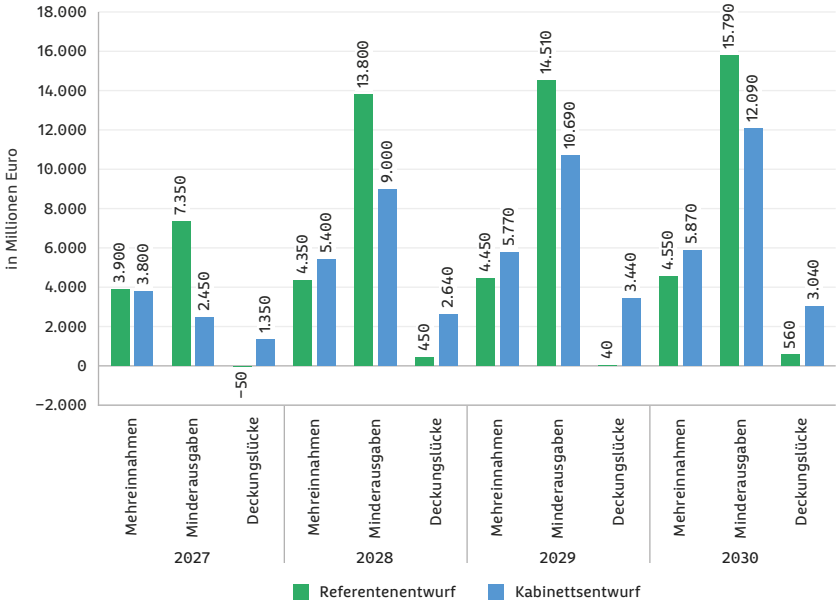
werden (Klie et al., 2025). Allerdings kann fachliche Beratung nur dann zur Optimierung von Versorgungsarrangements führen, wenn entsprechende Angebote vorhanden sind. Die Versorgungskrise (siehe Kapitel 1.1.3) wird durch andere Elemente des Referentenentwurfs aber eher verstärkt. Die im Koalitionsvertrag geforderte Zusammenfassung von Leistungen soll durch Einführung einer Reihe von Budgets erfolgen. Dabei werden die Pflegesachleistungen in ein Sachleistungsbudget, das Pflegegeld in ein Entlastungsbudget, der Entlastungsbetrag in ein Sozialraumbudget und die Verhinderungspflege in ein Überbrückungsbudget überführt. Ob diese Umbenennungen zu Vereinfachungen und mehr Flexibilität führen, wird die Zukunft zeigen. Erste Äußerungen aus der Praxis, etwa in den Stellungnahmen zur Verbändeanhörung, lassen daran zweifeln, während gleichzeitig indirekte Einspareffekte der Budgetierung – etwa bei Pflegehilfsmitteln – zu erwarten sind. Auch beim Sozialraumbudget ist unklar, ob hier alte Strukturen durch neue ersetzt oder neue Parallelstrukturen aufgebaut werden.

1.3.2 Veränderungen im Kabinettsentwurf

Gegenüber dem Referentenentwurf enthält der Kabinettsentwurf einige Veränderungen. Auf der **Ausgabenseite** wurde die vorgesehene Kürzung der Rentenversicherungsbeiträge ebenso gestrichen wie die geplante Verlängerung der Zeiträume bis zum Anstieg der Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen nach § 43c SGB XI. Ebenso wurde die Halbierung der Pflegegeldzahlungen in den Pflegegraden 2 und 3 in den ersten drei Monaten nicht umgesetzt. Diese Veränderungen reduzieren die Höhe der vorgesehenen Minderausgaben erheblich. Um diesen Effekt abzumildern, wurde die Leistungsdynamisierung noch ein weiteres halbes Jahr verschoben, so dass sie nunmehr für das Jahr 2028 komplett ausfällt und eine Anpassung der Leistungshöhen erst zum 1. Januar 2029 erfolgt. Im Vergleich zum geltenden Recht führt dies 2028 zu Leistungskürzungen von 4,7 Milliarden Euro, die in den Folgejahren sogar noch leicht auf 4,9 Milliarden Euro ansteigen (BMG, 2026b, S. 5). Auf der **Einnahmenseite** soll die Erhöhung des Zusatzbeitrags Kinderloser nicht nur 0,1 Beitragssatzpunkte betragen, wie im Referentenentwurf vorgesehen, sondern sogar 0,3 Beitragssatzpunkte. 2027 belaufen sich die für diese Maßnahme veranschlagten Mehreinnahmen im Kabinettsentwurf auf 3,3 Milliarden Euro gegenüber den 1,1 Milliarden Euro im Referentenentwurf (BMG, 2026b, S. 5, 2026c, S. 5). Gleichzeitig wird aber die Beitragsbemessungsgrenze – analog zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – nur um monatlich 300 Euro angehoben, was die angenommenen Mehreinnahmen reduziert.

Insgesamt erhöhen sich die Mehreinnahmen im Referentenentwurf leicht, während die Höhe der Minderausgaben deutlich zurückgeht, so dass im Kabinettsentwurf eine Finanzierungslücke verbleibt, die von 1,4 Milliarden Euro im Jahr 2027 auf mehr als 3 Milliarden Euro im Jahr 2030 ansteigt (Abbildung 1.6).

Abbildung 1.6: Vergleich der Finanzwirkungen im Referenten- und im Kabinettsentwurf



Quelle: Eigene Darstellung der Werte aus BMG (2026b, S. 4 f. und 2026c, S. 4 f.)

Relevante Veränderungen gibt es auch in Bezug auf die Begrenzung der Vergütungsanstiege, die nunmehr nur für die nicht tarifgebundenen Einrichtungen gilt, während für „Einrichtungen, die sich hinsichtlich der Entlohnung ihrer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, gemäß § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 maßgeblich an einem Tarifvertrag oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung orientieren, […] eine

Entlohnung [...] im Sinne des § 72 Absatz 3b Satz 2 in Höhe eines der in der Liste nach Absatz 5 enthaltenen Tarifvertrags oder einer dort enthaltenen kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden“ kann (BMG, 2026b, S. 54). Die dadurch – im Vergleich zum Referentenentwurf – resultierenden höheren Vergütungssätze, die aufgrund der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung führen, werden im Kabinettsentwurf nicht quantifiziert und im Finanztableau nicht aufgeführt.

Bemerkenswert ist auch, dass sich die Begrenzung der Vergütungssteigerung im Kabinettsentwurf nur auf die Entlohnung bezieht. Strukturelle Veränderungen, insbesondere „im Zusammenhang mit der Umsetzung der Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtung[en] gemäß § 113c [...] bleiben davon unberührt“ (BMG, 2026c, S. 225). Eine Personalmehrung zur Erreichung der Personalobergrenzen des § 113 Abs. 1 SGB XI bleibt damit möglich.

1.3.3 Bewertende Einordnung der Änderungen

Die Finanzierungsmaßnahmen auf der **Einnahmenseite** sind weitgehend analog zu denen im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und sie sind auch dort schon auf nur geringen Widerspruch und Widerstand gestoßen. Eine offene Flanke bei der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist dabei, dass die monatliche Versicherungspflichtgrenze nur um 300 Euro angehoben wurde, so dass eine Abwanderung gutverdienender Versicherter in die Privatversicherung möglich und im Finanztableau des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes sogar schon eingepreist ist. Eine weitere Anhebung der Versicherungspflichtgrenze hätte die fiskalische Ergiebigkeit der Maßnahme erhöht.

Bei den Maßnahmen auf der **Ausgabenseite** sind **Pflegebedürftige in Pflegegrad 1** besonders betroffen. Sie haben keinen Anspruch auf die Hauptleistungsarten (Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Leistungen bei vollstationärer Pflege) der Pflegeversicherung. Die einzige nennenswerte Leistung für sie ist der Entlastungsbetrag von zuletzt 131 Euro monatlich. Wird nun genau diese Leistung gestrichen, bleibt vom Pflegegrad 1 nur noch eine leere Hülle zurück – bei sehr begrenzten Einspareffekten dieser Maßnahme.

Gravierend für alle Pflegebedürftigen ist die **Aussetzung der Leistungsdynamisierung** im Jahr 2028, die in der derzeitigen Fassung des § 30 SGB XI noch für den Januar 2028 vorgesehen war. Sie wird ab Januar 2029 durch eine jährliche Leistungsdynamisierung ersetzt. Während für die Anpassung in der derzeit geltenden Fassung des § 30 SGB XI auf den „kumulierten Anstieg […] der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen", verwiesen wird, sieht die Neufassung für die jährliche Anpassung dagegen nur den Durchschnitt der Kerninflationsrate der letzten drei Jahre vor. Wird beispielhaft eine Kerninflationsrate von drei Prozent unterstellt, so wird aus einer Anpassung von gut neun Prozent (1,03*1,03*1,03 – 1 = 9,27 Prozent) zum Januar 2028 eine Anpassung von drei Prozent zum Januar 2029. Die Anpassung wird also deutlich reduziert und um ein Jahr verschoben – unter dem Strich also eine erhebliche Reduktion der Dynamisierung und damit eine reale Leistungskürzung. Im Finanztableau des PNOG-E wird der Umfang dieser Leistungskürzung für 2028 dann auch mit 4,7 Milliarden Euro angesetzt (BMG, 2026b, S. 5). Diese Leistungskürzung reduziert den Ausgangswert für die nachfolgenden Dynamisierungen und schreibt sich somit in die Zukunft fort, mit einem Effekt von 4,8 Milliarden Euro 2029 und 4,9 Milliarden Euro 2030 (ebenda).

Die von ihrem Finanzvolumen her mittel- und langfristig zweitwichtigste Maßnahme auf der Ausgabenseite ist die geplante **Anpassung der Begutachtungssystematik**, die im Finanztableau des PNOG-E im Zeitverlauf steigende Ausgabenkürzungen nach sich zieht, deren Volumen für 2030 bereits mit 4,2 Milliarden Euro angesetzt ist (BMG, 2026b). Tatsächlich wurde die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 im Rahmen einer „erstaunlich großzügige[n] Reform" (Rothgang & Kalwitzki, 2015) umgesetzt. Damals wurden die Grenzwerte für die Pflegegrade, aber auch für die Grade der Beeinträchtigung innerhalb einiger der für die Bewertung der Pflegebedürftigkeit verwendeten Module von der Politik heruntergesetzt (Rothgang, 2022; Rothgang et al., 2015, Kapitel 3). Vorgesehen ist jetzt, diese Grenzwerte wieder auf die Ursprungsempfehlungen des Beirats zurückzusetzen. Die im Referentenentwurf vorgesehenen Ausgaben für einen diesbezüglich zu beauftragenden Beirat (BMG, 2026b, S. 6) legen aber nahe, dass darüber hinaus eine umfassendere Revision geplant ist. Da die Pflegereform 2017 zu einem in dieser Höhe von der Politik nicht erwarteten und auch nicht gewollten Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen geführt hat (vgl. Rothgang & Müller, 2024), ist eine Korrektur an dieser Stelle plausibel. In Bezug auf die Höhe der Effekte hat das WIdO kürzlich

darauf hingewiesen, dass die Verteilung der Punktwerte kurz hinter den Schwellenwerten jeweils eine Häufung aufweist (Seidinger et al., 2026). Gutachterinnen und Gutachter scheinen bei ihrer Begutachtung darauf zu achten, dass der Schwellenwert zum nächsten Pflegegrad im Zweifel überschritten wird. Bei neuen Schwellenwerten ist davon auszugehen, dass dieser Effekt erneut auftritt, dann aber an den neuen Schwellenwerten. Berechnungen, die die gegebene Punktverteilung zugrunde legen und dann die „neuen" Schwellenwerte verwenden, um die Pflegegradverteilung zu ermitteln, berücksichtigten dies nicht und überschätzen daher womöglich den ausgabenreduzierenden Effekt einer neuen Bewertungssystematik.

Eine andere Pflegegradverteilung hätte aber auch negative Konsequenzen auf die **Personalausstattung der Pflegeheime**. Die Personalobergrenzen des § 113c SGB XI geben die Relation von Pflegekräften (differenziert nach Qualifikationsniveau) zu Pflegebedürftigen (differenziert nach Pflegegraden) an. Verringern sich nun aufgrund einer neuen Bewertungssystematik – bei identischen Bewohnenden – die formellen Pflegegrade, reduziert das die rechnerisch ermittelte Obergrenze des refinanzierbaren Personals, obwohl sich am Pflege- und Personalbedarf nichts ändert. Dies ist eine nicht-intendierte Wirkung, da pflegepolitisch Einigkeit darüber besteht, dass ein weiterer Aufwuchs des Pflegepersonals sachlich notwendig ist. Hier zeigt sich Nachbesserungsbedarf. Notwendig ist es, die Personalziffern des § 113c Abs. 1 SGB XI an die neue Bewertungssystematik anzupassen, um sicherzustellen, dass der geplante weitere Personalausbau nicht durch die neue Bewertungssystematik konterkariert wird.

1.3.4 Beitrag der Maßnahmen des Kabinettentwurfs des PNOG zur Lösung der Probleme der Pflegeversicherung

Wie in Kapitel 1.1 dargelegt, weist die Pflegeversicherung derzeit drei zentrale Probleme auf: das Defizit in der Finanzierung, die zu hohen Eigenanteile und die Gefährdung der Versorgungssicherheit. Der Entwurf des PNOG adressiert vor allem das Defizit. Diesbezüglich reichen die vorgesehenen Maßnahmen entsprechend dem Finanztableau des Gesetzesentwurfs aber nicht aus, um das **erwartete Defizit** zu decken (Tabelle 1.4). Bei unverändertem Beitragssatz wächst das jährliche rechnerische Defizit gemäß dem vorgelegten Finanztableau von 7,6 Milliarden Euro im Jahr 2027 bis 2030 auf 17,4 Milliarden Euro an. Um gleichzeitig die geplante Leistungsdynamisierung vornehmen zu können, die Pflegebegleitung nach den §§ 7c und 7d SGB XI zu finanzieren und einen moderaten Aufbau von Liquiditätsreserven für die SPV durch

die Anhebung der Ausgabendeckungsquote zu ermöglichen, werden weitere Mittel benötigt, deren Umfang bis 2030 auf 3,6 Milliarden Euro anwächst, so dass sich ein Gesamtfinanzbedarf (jenseits der Einnahmen, die sich beim geltenden Beitragssatz ergeben) entsteht, der sich von 7,6 Milliarden Euro im Jahr 2027 auf 21,0 Milliarden Euro im Jahr 2030 erhöht (Tabelle 1.4). Die Maßnahmen auf der Einnahmenseite sollen zu Mehreinnahmen führen, deren Umfang von 3,8 Milliarden Euro im Jahr 2027 auf 5,87 Milliarden Euro im Jahr 2030 ansteigt. Die geplanten Ausgabenkürzungen entwickeln sich noch deutlich dynamischer, von 2,45 Milliarden Euro im Jahr 2027 auf 12,09 Milliarden Euro im Jahr 2030. Insgesamt ergibt sich damit ein Effekt, der nicht ausreicht, um den zusätzlichen Gesamtfinanzbedarf zu decken. Vielmehr entsteht eine verbleibende Deckungslücke, die von 1,35 Milliarden Euro im Jahr 2027 auf 3,04 Milliarden Euro im Jahr 2030 ansteigt (Tabelle 1.4).

Tabelle 1.4: Finanztableau der Maßnahmen des PNOG-Kabinettentwurfs (Angaben in Millionen Euro)

	2027	2028	2029	2030
Gesamtdeckungslücke	7.600	17.100	19.900	21.000
Mehreinnahmen	3.800	5.400	5.770	5.870
Minderausgaben	2.450	9.000	10.690	12.090
verbleibende Deckungslücke	1.350	2.640	3.440	3.040

Quelle: BMG (2026b, S. 4 f.)

Selbst in Bezug auf das primäre Ziel des Gesetzes, die Schließung der Finanzierungslücke, ist der Gesetzentwurf nicht ausreichend.

In Bezug auf das zweite Problemfeld, die **Begrenzung der Eigenanteile** und daraus folgend der Sozialhilfeausgaben sowie der Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege", zeigt sich die Kapitulation vor dem Problem hier bereits in der Zieldefinition. Im Koalitionsvertrag wird als Ziel noch die „Begrenzung der Eigenanteile" genannt, und auch der Auftrag an die Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurde entsprechend formuliert. Dieses Ziel wird im Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes aufgegeben. Stattdessen wird in diesem Entwurf lediglich eine „Begrenzung des **Anstiegs** der Eigenanteile an den Pflegekosten" als Ziel formuliert (BMG, 2026c, S. 3).

Der Wegfall der Dynamisierung 2028 mit der kumulierten Rate der Kerninflation der Jahre 2025 bis 2027 wirkt sogar problemverschärfend. Werden Kerninflationsraten von 2,8 Prozent (2025), 2,8 Prozent (2026), 2,5 Prozent (2027) und 2,3 Prozent (2028) (Deutsche Bundesbank, 2026) sowie 1,5 Prozent für die Zeit ab 2029 (Ochmann et al., 2024, S. 68) unterstellt, wären die nominalen Versicherungsleistungen ohne die Reform zum 1. Januar 2028 um 8,1 Prozent gestiegen (Tabelle 1.5).

Tabelle 1.5: Veränderung der der nominalen Werte der Versicherungsleistung in verschiedenen Dynamisierungsszenarien (Index: 2026 = 100)

	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Szenario PNOG	97	100	100	100	102	104	105	107	109	110	112
Szenario Status quo (Wortlaut)	97	100	100	108	108	108	108	108	108	108	108
Szenario Status quo (Praxis)	97	100	100	108	108	108	114	114	114	119	119

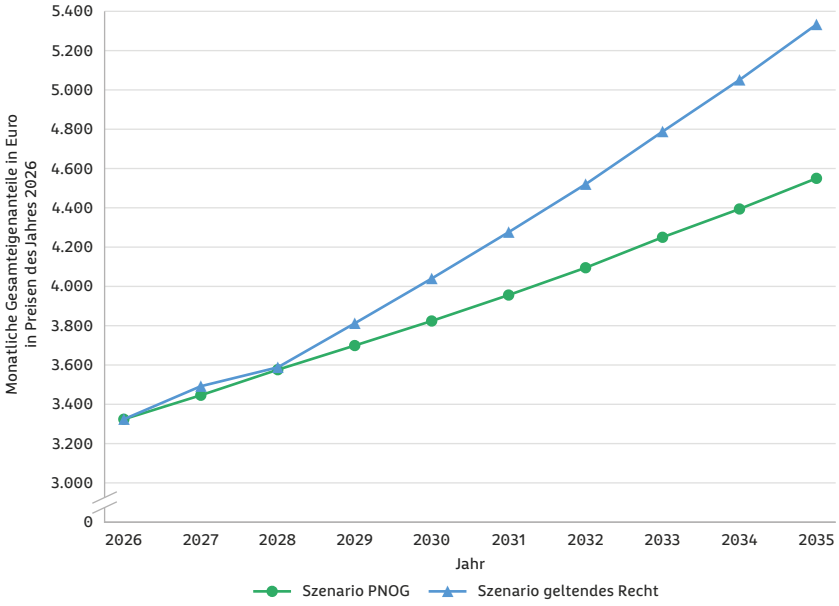
Quelle: Deutsche Bundesbank, 2026 und Ochmann et al., 2024

Im PNOG ist dagegen eine Leistungsdynamisierung mit der Kerninflationsrate des Vorjahres ab dem 1. Januar 2029 vorgesehen. Wird hierfür ein Wert von 1,5 Prozent angesetzt (Ochmann et al., 2024, S. 68), zeigt sich, dass der Indexwert von 108 erst 2033 erreicht wird. So lange liegen die Leistungshöhen der Pflegeversicherung niedriger, als sie ohne das PNOG gelegen hätten. Ein höherer Wert ergibt sich für das PNOG-Szenario zudem nur, wenn für den Status quo der Wortlaut des § 30 SGB XI herangezogen wird, der über die Zeit nach 2028 keine Aussagen enthält, und wenn daraus geschlossen wird, dass für die darauffolgenden Jahre keine Anpassung mehr erfolgt. Das widerspricht aber der bisherigen Praxis. Seit dem Jahr 2012 wurden immer wieder Leistungsanpassungen vorgenommen, und in der Fassung des § 30 SGB XI vor dem PUEG war der Auftrag, eine Leistungsanpassung zur Kompensation der Preissteigerung alle drei Jahre zu prüfen, ausdrücklich verankert. Wird in diesem Sinne auch im Status quo-Szenario alle drei Jahre eine Leistungsanpassung mit der kumulierten Inflationsrate der drei Vorjahre vorgesehen, würde der Index der Leistungen bis 2035 um rund zehn Prozent höher liegen als in der Fassung des PNOG (Tabelle 1.4).

Gleichzeitig wird die Steigerung der Vergütung für nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtungen im PNOG aber auf die Höhe der Grundlohnratenentwicklung begrenzt (§ 82c Abs. 7 in der Fassung des PNOG-E). Nachfolgend wird daher angenommen, dass das PNOG auch die Entwicklung der Pflegesätze dämpft. Während für den Status quo (Szenario geltendes Recht) eine quartalsweise Steigerung der Pflegesätze um 1,6 Prozent unterstellt wird, wird für das Szenario PNOG eine quartalsweise Steigerung um 1,1 Prozent unterstellt.

Abbildung 1.7 zeigt den kumulierten Effekt der veränderten Annahmen zur Leistungsdynamisierung und der unterstellten Pflegesatzentwicklung auf die deflationierten Gesamteigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege.

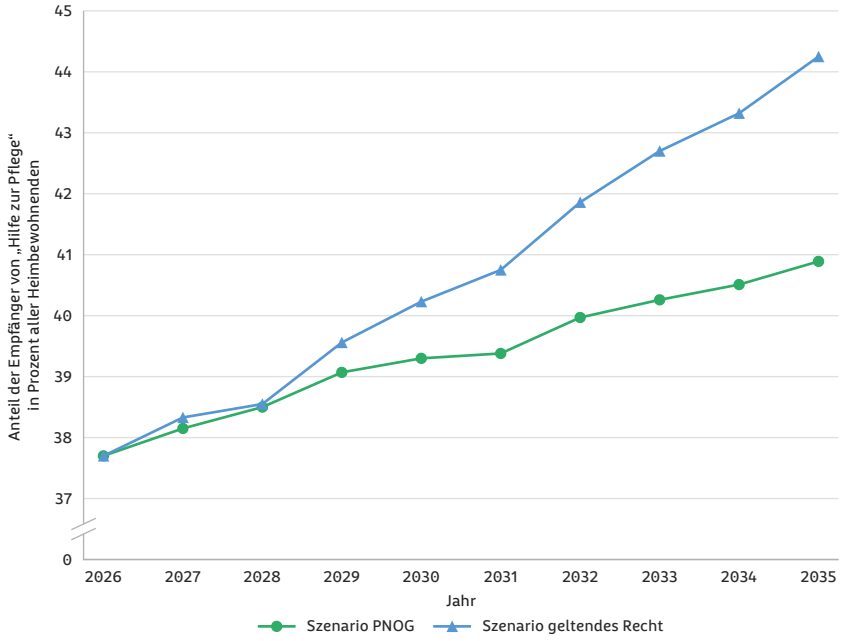
Abbildung 1.7: Projektion der deflationierten Eigenanteile in vollstationärer Pflege (in Preisen von 2026) im ersten Jahr der Heimpflege



Quelle: eigene Berechnungen mittels des in Rothgang et al. (2026) beschriebenen Mikrosimulationsmodells

Gemäß dieser Modellrechnung wird der Anstieg der durchschnittlichen monatlichen Gesamteigenanteile zwar verlangsamt, eine Begrenzung dieser Eigenanteile gelingt aber nicht. Vielmehr steigen diese bis ins Jahr 2035 immer noch auf monatlich annähernd 4.600 Euro – und das in Preisen des Jahres 2026. In den Preisen des Jahres 2035 beträgt dieser Wert sogar 5.300 Euro. Die steigenden Gesamteigenanteile führen zu einem entsprechenden Anstieg des Anteils der Heimbewohnenden, die auf „Hilfe zur Pflege" in Einrichtungen angewiesen sind. Auch hier wird der Anstieg durch das PNOG gebremst, aber nicht verhindert. Gemäß der Modellrechnung steigt der Anteil der auf „Hilfe zur Pflege" angewiesenen Heimbewohnenden bis 2035 auf 41 Prozent (Abbildung 1.8).

Abbildung 1.8: Projektion der Quote der Empfänger von „Hilfe zur Pflege" bis 2035 bei Umsetzung der im PNOG-Entwurf vorgesehenen Maßnahmen



Quelle: eigene Berechnungen mittels des in Rothgang et al. (2026) beschriebenen Mikrosimulationsmodells

Insgesamt führen die Maßnahmen des PNOG-Entwurfs damit zu steigenden Eigenanteilen und steigenden Sozialhilfeabhängigkeiten. Eine Begrenzung der Eigenanteile gelingt nicht. Allerdings wird der Anstieg der Eigenanteile im Vergleich zum Status quo – wie in der neuen Zielvorgabe gefordert – begrenzt.

Die dem zugrunde liegende Begrenzung der Pflegesatzsteigerung hat aber wiederum negative Effekte für das dritte Problemfeld: die **Versorgungssicherheit**. Wie in Kapitel 1.1.3 dargelegt, ist die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs entscheidend, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Internationale Studien aus 42 Ländern zeigen dabei, dass Arbeitsbedingung und Bezahlung von entscheidender Bedeutung sind, um Personen für den Beruf zu gewinnen und sie in diesem Beruf zu halten (GNWC, 2026). In der Konzertierten Aktion Pflege waren daher Verbesserungen in der Bezahlung und die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens, das zu einer besseren Personalausstattung führt, als vorrangige Ziele benannt und mit entsprechenden Maßnahmen angestrebt worden (BMG, 2024b). Da eine Begrenzung der Steigerung der Pflegesätze im Wesentlichen nur über eine Begrenzung des eingesetzten Personals und/oder der Entlohnung dieses Personals erreicht werden kann, droht dies die positiven Effekte auf die Steigerung des Pflegeberufs zu konterkarieren. Selbst die Begrenzung des **Anstiegs** der Eigenanteile kann daher nur gelingen, indem gleichzeitig die Versorgungssicherheit weiter geschwächt wird.

1.4 Verbleibender Reformbedarf

Wie die vorstehende Analyse gezeigt hat, sind die im PNOG-Entwurf vorgesehenen Maßnahmen nicht vollständig in der Lage, die Defizitproblematik zu adressieren. Gleichzeitig kapituliert der Gesetzentwurf aber vor der Aufgabe, den Anstieg der Eigenanteile zu begrenzen, und stärkt die Versorgungssicherheit nicht. Werden Reformelemente, die sich negativ auf die Eigenanteilsentwicklung und die Versorgungssicherheit auswirken – wie in den Anpassungen des Kabinettentwurfs geschehen –, sinnvollerweise zurückgenommen, verschärft sich wiederum die Finanzierungsproblematik. Damit ist klar, dass noch weitere Reformschritte gegangen werden müssen.

Eine **nachhaltige Begrenzung der Eigenanteile** kann letztlich nur durch eine absolute Deckelung der Eigenanteile erfolgen (siehe Kapitel 1.2 und 1.3.4). Dies wiederum führt zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung. Sollen diese nicht zu Beitragssatzsteigerungen führen, müssen flankierende Maßnahmen ergriffen werden. Bei der **Finanzierung** drängen sich vor allem zwei Maßnahmen auf: Steuerfinanzierung und Finanzausgleich zwischen privater Pflegepflichtversicherung und Sozialversicherung. Einen ersten Ansatzpunkt für eine **Steuerfinanzierung** bieten die coronabedingten Ausgaben, die die Sozialversicherung im Auftrag der Bundesregierung getätigt hat, deren Rückzahlung zugesagt war, aber bis heute nicht erfolgt ist. Hierbei handelt es sich um einen – einmaligen – Betrag von fünf bis sechs Milliarden Euro. Weiterhin sollten die jährlichen Ausgaben in Höhe von mehr als fünf Milliarden Euro für die Beitragszahlung für pflegende Angehörige aus ordnungspolitischen Gründen ebenfalls steuerfinanziert werden. Allein mit diesen beiden Maßnahmen wäre das nach dem PNOG verbleibende Defizit der Pflegeversicherung bis in die 2030er Jahre ausgeglichen. Auch die Kosten für Pflegeschulen sollten – analog den Berufsschulen – steuerfinanziert werden und nicht per Umlage durch die Pflegebedürftigen, was deren Eigenanteil senken würde. Die Feststellung des § 8 SGB XI, dass Pflege eine „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ ist, rechtfertigt zudem weitere regelmäßige Steuerzuschüsse. Derartige Bundeszuschüsse könnten auch kompensatorisch damit begründet werden, dass die Länder die Investitionskosten nicht so fördern, wie sie es gemäß § 9 SGB XI eigentlich „sollen“.

Weiterhin ist ein **Finanzausgleich mit der privaten Pflegepflichtversicherung** angezeigt. Obwohl die beiden Systeme leistungsrechtlich keine Unterschiede aufweisen und auch die Begutachtungsrichtlinien und -praktiken aufeinander abgestimmt sind, sind die Leistungsausgaben für Privatversicherte nur rund halb so hoch wie für Sozialversicherte (Rothgang & Domhoff, 2025). Dies ist Ausdruck der unterschiedlichen Risikostruktur, die einen Finanzausgleich nachgerade zwingend erscheinen lässt. So hatte das Bundesverfassungsgericht 2001 geurteilt, dass die Aufteilung der „Pflegevolksversicherung“ in zwei Zweige zwar verfassungskonform sei, aber unter Maßgabe einer „ausgeglichenen Lastenverteilung“ (BVerfG, 2001, RN 92). Genau diese herzustellen, wäre Aufgabe eines solchen Finanzausgleichs zwischen den beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung.

Tatsächlich sind im September Überlegungen aus dem Bundesarbeitsministerium bekannt geworden, einen solchen Finanzausgleich zu konzipieren (Der Spiegel, 11. September 2026), der es als Ziel bereits einmal 2005 in den Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD geschafft hatte. Vorschub geleistet haben derartigen Überlegungen auch Äußerungen des Bundeskanzlers Friedrich Merz, der das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung als „massives Problem" für das Gerechtigkeitsempfinden in der Bevölkerung bezeichnet, dem abgeholfen werden müsse (Tagesschau, 21. September 2026). In der Pflegeversicherung ist die Gerechtigkeitsproblematik aufgrund der gleichen Leistungen, aber unterschiedlicher Finanzierungslasten sogar noch deutlicher ausgeprägt.

Weder die Deckelung der Eigenanteile, noch steuerfinanzierte Zuschüsse oder der Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung wurden ins PNOG aufgenommen. Gleichzeitig sind Ansätze zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im PNOG-Entwurf nur in geringem Maße enthalten. Als Teil des Koalitionskompromisses wurde daher die Einrichtung einer Kommission beschlossen, die Anfang 2027 Vorschläge für eine **Strukturreform** als zweiten Schritt einer Pflegereform vorlegen soll. Neben Finanzierungsfragen wäre in einer solchen Strukturreform insbesondere die Weiterentwicklung der Pflegeversicherungsleistungen in Richtung sektorenfreie Versorgung und die Zukunft des Pflegegelds zu thematisieren (vgl. Rothgang et al., 2025b). Führt eine strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu einer besseren Versorgung, ließen sich damit auch die notwendigen höheren Finanzierungslasten begründen.

Kapitel 2

Pflege im Spiegel der Statistik

2 Pflege im Spiegel der Statistik

Eine Gesundheitsberichterstattung zum Thema „Pflegebedürftigkeit“ muss insbesondere Auskunft geben 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). Thematisiert werden hier nicht die Pflegeleistungen im Krankenhaus oder die Pflegeleistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege, sondern nur die Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Langzeitpflege – also der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.

In diesem Report wird so weit wie möglich und sinnvoll eine Differenzierung nach Bundesländern vorgenommen. Die Datengrundlagen in diesem Report sind primär die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten Ergebnisse der Kassenstatistik, die Begutachtungsstatistik des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund), die Berichterstattung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), die Begutachtungsstatistik des Unternehmens Medicproof GmbH sowie die Routinedaten der BARMER (BARMER-Daten).

Die Pflegestatistik wird zweijährlich im Dezember jedes ungeraden Jahres erhoben und bildet das gesamte Versorgungssystem in Deutschland ab. Sie enthält regional differenzierbare Informationen über Pflegebedürftige und Versorgungsangebote. Die Kassenstatistik wird demgegenüber fortlaufend beziehungsweise jährlich ausgewiesen, ist in der Regel aktueller und enthält zusätzlich Informationen zur Finanzentwicklung der Pflegeversicherung. Sie bezieht sich jedoch ausschließlich auf die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und ermöglicht keine entsprechende regionale Differenzierung. Die Begutachtungsstatistik des MD Bund liefert ebenfalls jährlich Informationen über Umfang und Ergebnisse der Pflegebegutachtungen, unter anderem differenziert nach Pflegegraden. Auch sie bezieht sich auf die Versicherten der SPV und ist nicht regional differenziert. Angaben zur Begutachtung und Versorgung der Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sowie zu deren Finanzierungsaufwand werden ebenfalls regelmäßig veröffentlicht. Diese Berichterstattung ist jedoch weniger detailliert als die Pflegestatistik und ermöglicht ebenfalls keine regionale Differenzierung. Die BARMER-Daten können

im Gegensatz zu den anderen Datenquellen Verläufe und zudem gleichzeitige Inanspruchnahmen verschiedener Leistungen abbilden. Allerdings handelt es sich dabei um die Daten einer selektiven Population. Um über den Versichertenkreis der BARMER hinausreichende Ergebnisse zu erzielen, werden die Ergebnisse der BARMER-Daten nach Alter, Geschlecht und Bundesland der Versicherten auf die Bevölkerung des entsprechenden Jahres in Deutschland hochgerechnet. Zu den einzelnen dargestellten Aspekten werden die jeweils geeignetsten Daten verwendet.

Zum Jahr 2017 erfolgte die Umstellung der Erfassung der Pflegebedürftigkeit von Pflegestufen auf Pflegegrade. Um Brüche in der Darstellung zu vermeiden, werden in diesem Report nur die Zeitfenster ab dem Jahr 2017 betrachtet.

2.1 Pflegebedürftige

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie viele Personen pflegebedürftig sind (Fallzahl und Prävalenz), wie viele pflegebedürftig werden (Fallzahl und Inzidenz) und wie viele die Pflegebedürftigkeit – meist durch den Tod – beenden. Zur Darstellung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen werden die Pflegestatistik und die BARMER-Daten verwendet. Die Pflegestatistik ist eine Vollerhebung, ihre Ergebnisse stehen aber erst mit erheblicher Zeitverzögerung zur Verfügung. Daher werden auch die BARMER-Daten herangezogen, die es ermöglichen, aktuellere Entwicklungen aufzuzeigen (Kapitel 2.1.1). Die Prävalenzen, also die Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung, werden anhand der Pflegestatistik und der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamts dargestellt (Kapitel 2.1.2). Informationsgrundlagen für die Zahl der Begutachtungen sind die MD-Statistiken und die Statistiken der Medicproof GmbH (Kapitel 2.1.3). Die Inzidenzen, also die Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts (Kapitel 2.1.4), wie auch die Beendigung der Pflegebedürftigkeit (Kapitel 2.1.5) werden anhand der BARMER-Daten abgebildet. Abschließend werden die Ergebnisse zu den Pflegebedürftigen kurz zusammengefasst (Kapitel 2.1.6).



www.bifg.de/Y925PF



www.bifg.de/Y925Pd



www.bifg.de/Y925PX

2.1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen

Die hier verwendeten Daten beziehen sich auf die sozialrechtliche Erfassung der Pflegebedürftigkeit. Die jetzt schon seit Jahrzehnten erhobenen amtlichen Statistiken (Pflegestatistik und Kassenstatistik) erfassen die Pflegebedürftigen, die einen Pflegegrad (bis Dezember 2016 Pflegestufe) haben oder Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Es geht hier also um die Erfassung von Leistungsberechtigten, für die eine positive Begutachtung vorliegt oder beantragt ist. Personen, die keinen Antrag zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gestellt haben, aber in gleicher Weise körperlich oder geistig eingeschränkt sind wie anerkannte Pflegebedürftige, werden hier nicht mitgezählt.

Die Art und das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit, die notwendig sind, um einen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung zu erlangen, haben sich mit den letzten Pflegereformen geändert (Rothgang & Müller, 2019, S. 25). Zunächst galten nur verrichtungsbezogene Einschränkungen als Begründung für eine Einstufung in die Pflegebedürftigkeit, und nur Personen mit entsprechenden Einschränkungen hatten einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. Ab dem Jahr 2008 konnten auch Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) Betreuungsleistungen beziehen – auch wenn sie unter damaligen Maßstäben (noch) nicht als pflegebedürftig galten (Pflegestufe 0). Ab dem Jahr 2013 konnten PEA mit Pflegestufe 0 auch Pflegegeld und Pflegesachleistungen in Anspruch nehmen. Mit diesem Leistungsanspruch sind die PEA mit Pflegestufe 0 auch in der Pflegestatistik aufgeführt. Seit 2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sowohl körperliche als auch geistige Einschränkungen berücksichtigt. Personen mit Pflegestufe 0 sind im Zuge der Umstellung auf Pflegegrade in Pflegegrad 2 übergeleitet worden – ebenso wie auch Pflegebedürftige in Stufe I ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz. Für die Pflegebedürftigen mit dem neu eingeführten Pflegegrad 1 besteht zwar kein Anspruch auf die Hauptleistungen der Pflegeversicherung (Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Leistungen bei vollstationärer Pflege), auch sie werden aber nach dem gesetzlichen Verständnis als Pflegebedürftige erfasst.

Die Anzahl der Pflegebedürftigen (basierend auf BARMER-Daten) differenziert nach Pflegeleistung, Pflegegrad, Altersgruppe, Bundesland und Geschlecht für die Jahre 2017 bis 2025 wird in interaktiven Grafiken auf der Website der BARMER dargestellt.

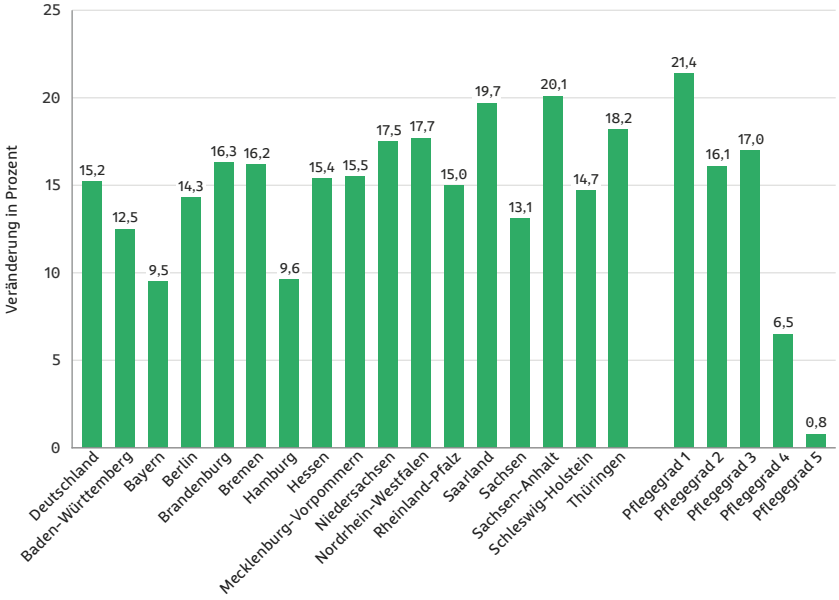
Tabelle 2.1: Pflegebedürftige nach Jahren im Ländervergleich

	Anzahl der Pflegebedürftigen in Tausend				Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen in Prozent		
	2017	2019	2021	2023	2019 vs. 2017	2021 vs. 2019	2023 vs. 2021
Baden-Württemberg	400	472	540	625	18,0	14,5	15,7
Bayern	401	492	578	631	22,6	17,5	9,1
Berlin	137	158	186	212	16,1	17,1	14,3
Brandenburg	133	154	185	214	15,6	19,9	15,9
Bremen	29	35	42	48	18,8	21,6	14,2
Hamburg	64	77	90	97	21,7	16,8	7,4
Hessen	263	311	368	423	18,1	18,6	14,8
Mecklenburg-Vorpommern	92	103	123	140	12,4	19,3	13,9
Niedersachsen	389	456	543	623	17,3	19,0	14,8
Nordrhein-Westfalen	773	965	1.192	1.387	24,8	23,5	16,4
Rheinland-Pfalz	162	203	241	272	25,3	19,1	12,7
Saarland	46	55	71	80	20,7	27,5	13,4
Sachsen	206	251	311	363	21,8	23,9	16,8
Sachsen-Anhalt	111	130	166	204	16,5	28,3	22,6
Schleswig-Holstein	110	130	159	175	18,5	21,6	10,4
Thüringen	116	136	166	194	16,9	22,8	16,5
Deutschland	3.431	4.128	4.961	5.688	20,3	20,2	14,7

Anmerkung: Für das Jahr 2017 sind mehr Fälle ausgewiesen als im Pflegereport 2022, da in dieser Tabelle die aktualisierten Daten aus dem Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder statt der veröffentlichten Daten auf GBE-Bund.de genutzt wurden.
Quelle: FDZ-StaBu (2026); eigene Berechnungen

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in Deutschland seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen. Mit der Einführung des weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Pflegegrade im Jahr 2017 hat sich diese Entwicklung deutlich verstärkt, da seither mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft werden als zuvor. Nach der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamts wäre zwischen 2021 und 2023 allein demografisch bedingt ein Anstieg um rund 100.000 Pflegebedürftige zu erwarten gewesen (Statistisches Bundesamt, 2024a). Tatsächlich nahm ihre Zahl in diesem Zeitraum um rund 727.000 beziehungsweise 14,7 Prozent zu (Tabelle 2.1). Das Statistische Bundesamt führt diese deutlich stärkere Zunahme unter anderem auf fortwirkende Effekte des seit 2017 weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurück (Statistisches Bundesamt, 2024a). Anhand der BARMER-Daten zeigt sich im Vergleich der Jahre 2023 und 2025 eine weitere Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen um 15,2 Prozent (Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern und nach Pflegegraden – 2025 gegenüber 2023 (BARMER)

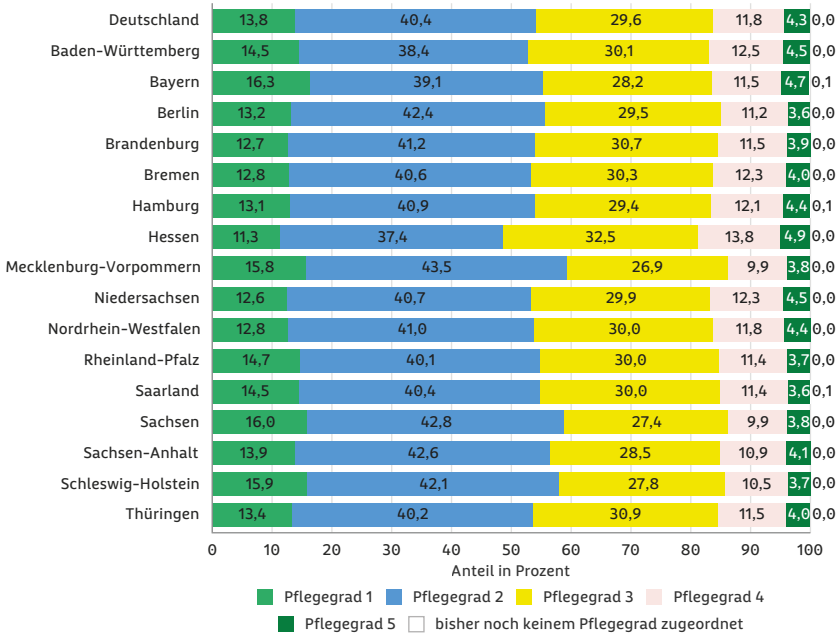


Quelle: BARMER-Daten 2023 und 2025, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

In der Entwicklung zeigen sich weiterhin deutliche regionale Unterschiede (Tabelle 2.1). Über alle betrachteten Vergleichszeiträume hinweg weisen insbesondere Nordrhein-Westfalen und Sachsen über dem Bundesdurchschnitt liegende Steigerungsraten auf. Im jüngsten Vergleich der Jahre 2023 und 2021 zeigen sich die höchsten Zuwächse in Sachsen-Anhalt (22,6 Prozent), Sachsen (16,8 Prozent) und Thüringen (16,5 Prozent). Demgegenüber fallen die Anstiege in Hamburg (7,4 Prozent), Bayern (9,1 Prozent) und Schleswig-Holstein (10,4 Prozent) vergleichsweise gering aus.

Ausweislich der Pflegestatistik sind die meisten Pflegebedürftigen (40,4 Prozent) Ende 2023 in Pflegegrad 2 eingestuft (Abbildung 2.2). Etwa ein Drittel (29,6 Prozent) sind in Pflegegrad 3, knapp ein Achtel (11,8 Prozent) in Pflegegrad 4 und etwa jeder Zwanzigste (4,3 Prozent) in Pflegegrad 5 eingestuft. Von den Pflegebedürftigen sind zudem 13,8 Prozent mit Pflegegrad 1 und weniger als 0,1 Prozent noch ohne Pflegegrad in der Pflegestatistik erfasst. Die Verteilung der Pflegegrade unterscheidet sich zwischen den Bundesländern. Insbesondere die ostdeutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen weisen besonders hohe Anteile der Pflegebedürftigen in den niedrigeren Pflegegraden 1 und 2 auf, während in Mecklenburg-Vorpommern mit 43,5 Prozent der bundesweit höchste Anteil an Pflegebedürftigen dem Pflegegrad 2 zugeordnet wird. Demgegenüber zeigt Hessen vergleichsweise hohe Anteile in den höheren Pflegegraden: Dort entfallen 13,8 Prozent auf Pflegegrad 4 und 4,9 Prozent auf Pflegegrad 5. In Bayern zeigen sich hingegen trotz eines ebenfalls erhöhten Anteils in Pflegegrad 1 (16,3 Prozent) zugleich vergleichsweise hohe Anteile in den höheren Pflegegraden 4 (11,5 Prozent) und 5 (4,7 Prozent).

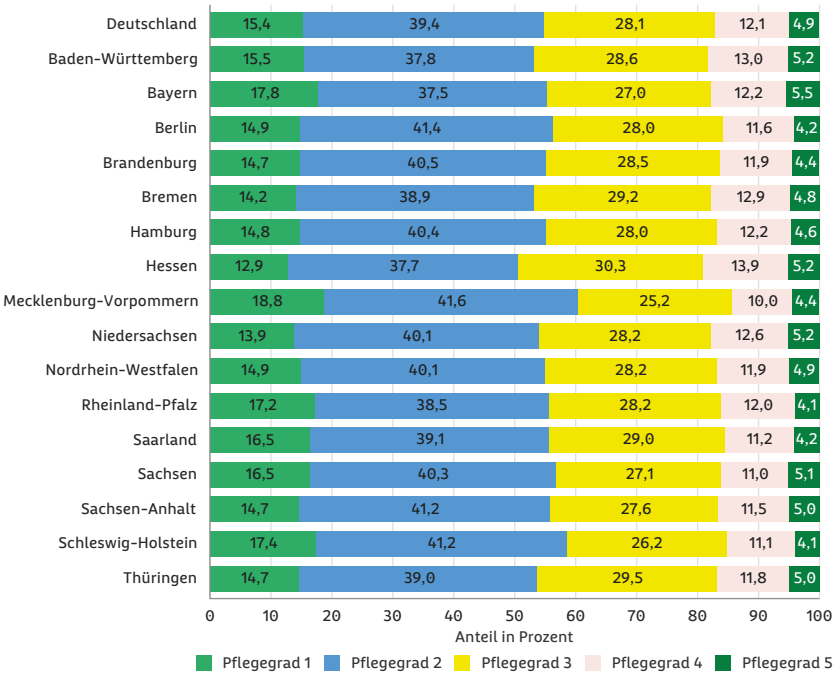
Abbildung 2.2: Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2023 (Pflegestatistik)



Quelle: FDZ-StaBu (2026), eigene Berechnung

Die Verteilung nach Pflegegraden erscheint im Vergleich der beiden Datengrundlagen (Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts in Abbildung 2.2 und BARMER-Daten in Abbildung 2.3) sehr ähnlich, was für die diesbezügliche Repräsentativität der BARMER-Daten spricht. Eine in den vergangenen Pflegestatistiken vorgefundene Untererfassung bei Pflegegrad 1 ist nicht mehr vorhanden.

Abbildung 2.3: Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2023 (BARMER)



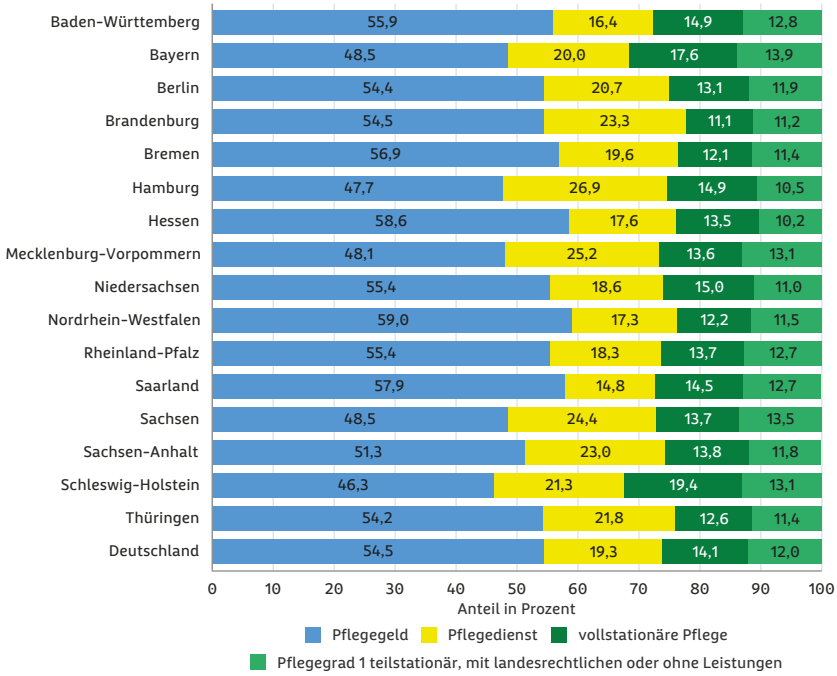
Quelle: BARMER-Daten 2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands

Nach der Pflegestatistik zeigen sich auch hinsichtlich der Versorgungsarten wie in den Vorjahren deutliche regionale Unterschiede (Abbildung 2.4). Der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen liegt im Jahr 2023 in Schleswig-Holstein mit 19,4 Prozent deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 14,1 Prozent. Den niedrigsten Anteil weist Brandenburg mit 11,1 Prozent auf. Vergleichsweise hohe Anteile zeigen sich auch in Bayern (17,6 Prozent) und Niedersachsen (15,0 Prozent). Die häusliche Versorgung unter Beteiligung ambulanter Pflegedienste ist insbesondere in Hamburg (26,9 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (25,2 Prozent) und Sachsen (24,4 Prozent) verbreitet. Über dem Bundesdurchschnitt von 19,3 Prozent liegende Anteile zeigen sich unter anderem in Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen, während sie in vielen westdeutschen Bundesländern darunter liegen. Die alleinige

www.bifg.de/Y925Rq

Pflege durch Angehörige ist dagegen besonders häufig in Nordrhein-Westfalen (59,0 Prozent), Hessen (58,6 Prozent) und dem Saarland (57,9 Prozent). Vergleichsweise geringe Anteile finden sich in Schleswig-Holstein (46,3 Prozent), Hamburg (47,7 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (48,1 Prozent) und Sachsen (48,5 Prozent).

Abbildung 2.4: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2023 (Pflegestatistik)



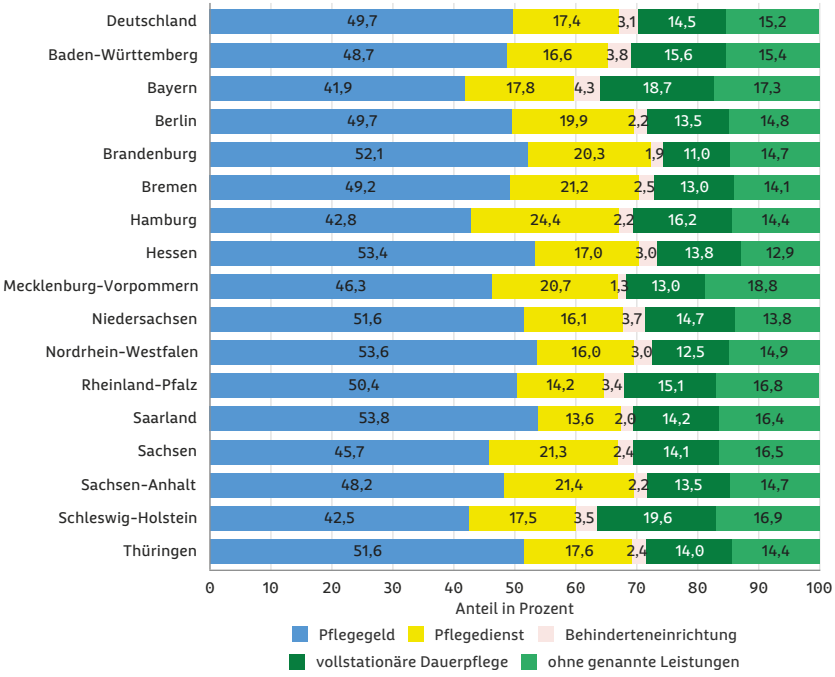
Anmerkung: Teilstationäre Pflege bei Pflegegrad 2 bis 5 ist nicht berücksichtigt, vollstationäre Pflege umfasst Dauerpflege und Kurzzeitpflege.
Quelle: FDZ-StaBu (2026) eigene Berechnung

Die regionale Verteilung der pflegebedürftigen Menschen nach Versorgungsarten zeigt auch im Jahr 2023 weitgehend stabile Muster. Bundesländer mit einem stärker ausgebauten Angebot an Pflegeheimplätzen weisen zugleich häufig höhere Anteile stationärer Versorgung auf (Kapitel 2.2.2). Umgekehrt erfolgt die Versorgung häufiger durch ambulante Pflegedienste in Ländern mit einer vergleichsweise stärker ausgebauten ambulanten Versorgungsstruktur (Kapitel 2.2.1). Die Inanspruchnahme

der jeweiligen Versorgungsarten steht damit weiterhin in engem Zusammenhang mit den regionalen Angebotsstrukturen der pflegerischen Versorgung.

Die Pflegestatistik gilt zwar als Vollerhebung, da sie alle häuslich und in Pflegeheimen versorgten Pflegebedürftigen umfasst, sie schließt aber die Pflegebedürftigen in den Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nicht mit ein. Gerade junge Pflegebedürftige sind allerdings sehr häufig auf diese Weise versorgt (Rothgang et al., 2017). In welchem Ausmaß auch Pflegebedürftige in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen versorgt werden, lässt sich mit den BARMER-Daten darstellen (Abbildung 2.5). Zudem sind in den BARMER-Daten auch Zeiten ohne die genannten Hauptleistungen vollumfänglich erfasst. Durch die zusätzliche Berücksichtigung weiterer Versorgungsarten unterscheiden sich die Anteilswerte auf Basis der BARMER-Daten etwas von denen in der Pflegestatistik.

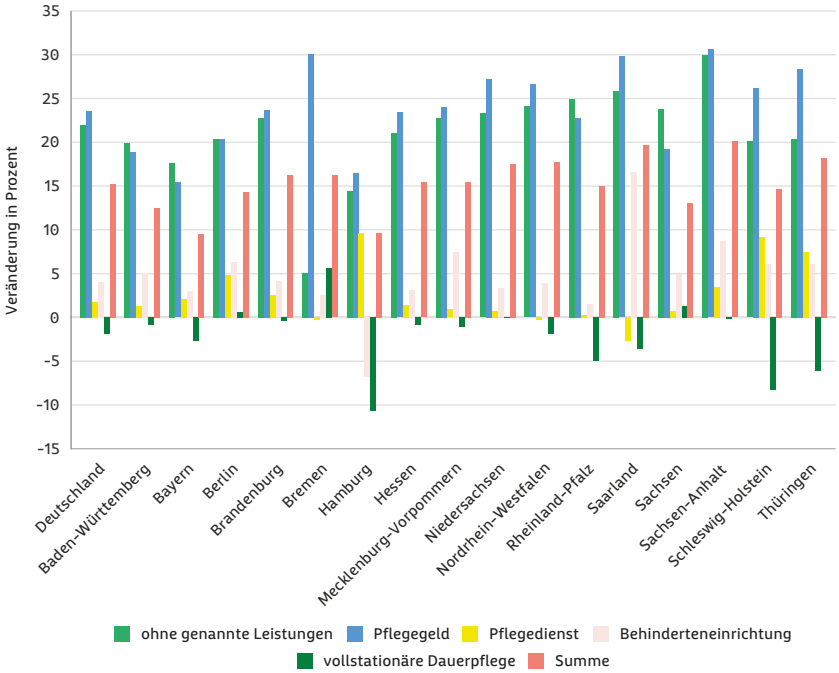
Abbildung 2.5: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2023 (BARMER)



Quelle: BARMER-Daten 2023, hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands

Unabhängig von gegebenen Unterschieden in den Verteilungen lassen sich zusätzlich aktuelle Trends mit den BARMER-Daten beschreiben (siehe Abbildung 2.6), die mit den amtlichen Statistiken noch nicht beobachtbar sind, da diese derzeit noch nur die Entwicklung bis in das Jahr 2023 abbilden.

Abbildung 2.6: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten und Bundesländern – 2025 gegenüber 2023 (BARMER)



Quelle: BARMER-Daten 2023 und 2025, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen stagnierte über mehrere Jahre und war in einigen Ländern – nicht zuletzt durch die Coronapandemie bedingt – phasenweise deutlich rückläufig (Rothgang & Müller, 2022). Nachdem im Vergleichszeitraum von 2021 bis 2023 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten war, zeigt sich von 2023 bis 2025 wiederum ein erneuter Rückgang. Bundesweit sank die Zahl der Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege um 1,9 Prozent. Die Zahl der von Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen stieg leicht um 1,8 Prozent. Demgegenüber stieg die Zahl der Pflegegeldempfänger um 23,6 Prozent. Die Zahl der Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Behindertenhilfe erhöhte sich im Vergleich von 2023 zu 2025 um 4,0 Prozent. Eine deutliche Zunahme zeigt sich ebenfalls weiterhin bei den Pflegebedürftigen ohne die genannten Leistungen. Ihre Zahl stieg bundesweit um 22,0 Prozent. Dies betrifft weiterhin insbesondere Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Insgesamt erhöhte sich die Zahl der Pflegebedürftigen zwischen 2023 und 2025 um 15,2 Prozent (Abbildung 2.6).

Fast die Hälfte der Pflegebedürftigen beziehen ausschließlich Pflegegeld (Abbildung 2.5). Kombiniert mit der Steigerung von 23,6 Prozent in dieser Gruppe wird deutlich, dass der weit überwiegende Teil der Gesamtfallzahlsteigerung auf diese Teilgruppe entfällt.

2.1.2 Prävalenzen: Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in erster Linie davon abhängig, wie groß die Population ist. Um die individuelle Wahrscheinlichkeit zu ermitteln, pflegebedürftig zu sein, muss daher die Zahl der Pflegebedürftigen in dieser Population zu deren Gesamtzahl ins Verhältnis gesetzt werden. Die resultierende Zahl ist die Pflegeprävalenz – auch Pflegequote genannt.

Tabelle 2.2: Pflegeprävalenz in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023 im Ländervergleich

	Pflegeprävalenz in Prozent				Veränderung der Pflegeprävalenz in Prozentpunkten		
	2017	2019	2021	2023	2019 vs. 2017	2021 vs. 2019	2023 vs. 2021
Baden-Württemberg	3,6	4,3	4,9	5,6	0,6	0,6	0,7
Bayern	3,1	3,8	4,4	4,8	0,7	0,6	0,4
Berlin	3,8	4,3	5,0	5,8	0,5	0,7	0,7
Brandenburg	5,3	6,1	7,3	8,4	0,8	1,2	1,1
Bremen	4,3	5,1	6,2	6,8	0,8	1,1	0,6
Hamburg	3,5	4,2	4,9	5,2	0,7	0,7	0,4
Hessen	4,2	4,9	5,9	6,8	0,7	0,9	0,9
Mecklenburg-Vorpommern	5,7	6,4	7,6	8,9	0,7	1,2	1,3
Niedersachsen	4,9	5,7	6,8	7,8	0,8	1,1	1,0
Nordrhein-Westfalen	4,3	5,4	6,7	7,7	1,1	1,3	1,1
Rheinland-Pfalz	4,0	5,0	5,9	6,6	1,0	0,9	0,7
Saarland	4,6	5,6	7,2	7,9	1,0	1,6	0,7
Sachsen	5,1	6,2	7,7	9,0	1,1	1,5	1,3
Sachsen-Anhalt	5,0	5,9	7,7	9,5	0,9	1,8	1,8
Schleswig-Holstein	3,8	4,5	5,4	5,9	0,7	0,9	0,5
Thüringen	5,4	6,4	7,9	9,2	1,0	1,5	1,3
Deutschland	4,1	5,0	6,0	6,8	0,8	1,0	0,9

Anmerkung: Für das Jahr 2017 sind mehr Fälle ausgewiesen als im Pflegereport 2022, da in dieser Tabelle die aktualisierten Daten aus dem Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder statt der veröffentlichten Daten auf GBE-Bund.de genutzt wurden.
Quelle: FDZ-StaBu (2026), Statistisches Bundesamt (2026a), eigene Berechnung

Deutschlandweit wie auch in allen Bundesländern steigt die Gesamtpflegeprävalenz ausweislich der Pflegestatistik im gesamten Zeitraum der Berichterstattung. Galten im Jahr 1999 insgesamt 2,5 Prozent der Bevölkerung in Deutschland als pflegebedürftig (Rothgang et al., 2020b), waren es im Jahr 2023 schon 6,8 Prozent (Tabelle 2.2). 2017 lag die erfasste Pflegeprävalenz noch zwischen 3,1 Prozent (Bayern) und 5,7 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern). Im Jahr 2023 lag sie dann schon zwischen 4,8 Prozent in Bayern und 9,5 Prozent in Sachsen-Anhalt. Auch wenn die Extremwerte in Bayern und die hohen Werte in Sachsen-Anhalt geblieben sind, zeigen sich doch zwischen den Bundesländern unterschiedliche Zuwächse. Die geringsten Zuwächse – ausgedrückt in Prozentpunkten – gab es im gesamten Beobachtungszeitraum von 2017 bis 2023 in den Bundesländern Bayern, Hamburg, Baden-Württemberg und Berlin (1,7 bis 2,0 Prozentpunkte), während die höchsten vornehmlich in den ostdeutschen Ländern, aber auch in Nordrhein-Westfalen und im Saarland zu verzeichnen waren (3,3 bis 4,5 Prozentpunkte).

Die Gesamtprävalenz ist vor allem abhängig von der Altersstruktur der betreffenden Population, da insbesondere die hochaltrige Bevölkerung zu einem höheren Anteil pflegebedürftig ist (Rothgang & Müller, 2021, S. 55). Verändert sich der Anteil der älteren Personen in einer Population, so verändert sich – ceteris paribus – auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Für einen regionalen Vergleich ist es daher interessant, den Teil des Unterschieds zu ermitteln, der auf eine unterschiedliche Altersstruktur zurückzuführen ist, und ihn dem Teil gegenüberzustellen, der auf unterschiedlichen altersspezifischen Pflegehäufigkeiten beruht.

Tabelle 2.3: Pflegeprävalenz nach Altersklassen und Jahren im Ländervergleich in Prozent

	unter 75 Jahre		75 bis 84 Jahre		85 bis 89 Jahre		90 Jahre und älter	
	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023
Baden-Württemberg	1,8	2,2	20,2	22,9	47,5	52,8	74,7	81,1
Bayern	1,5	1,7	18,8	20,3	46,3	48,8	74,7	79,2
Berlin	2,2	2,5	21,7	25,5	47,8	53,3	77,9	82,5
Brandenburg	2,8	3,2	26,8	31,3	59,1	66,1	87,9	95,2
Bremen	2,6	3,0	24,6	27,6	53,6	59,2	76,6	85,6
Hamburg	2,1	2,3	20,8	22,3	45,2	47,8	73,4	74,7
Hessen	2,3	2,8	24,5	28,0	55,0	60,6	80,7	88,1
Mecklenburg-Vorpommern	3,0	3,7	27,3	31,0	61,8	67,4	90,7	98,1
Niedersachsen	2,7	3,3	26,3	30,0	59,1	64,7	86,9	92,7
Nordrhein-Westfalen	2,7	3,3	27,5	31,7	58,2	64,5	84,4	89,9
Rheinland-Pfalz	2,2	2,7	24,0	26,6	55,0	59,3	80,8	86,4
Saarland	2,8	3,3	28,1	30,7	59,2	64,6	85,3	86,5
Sachsen	2,7	3,2	25,9	31,2	60,6	67,9	90,8	97,7
Sachsen-Anhalt	2,8	3,7	25,9	33,2	60,3	70,6	90,3	99,3
Schleswig-Holstein	2,2	2,5	18,8	20,2	44,8	46,9	73,7	77,6
Thüringen	3,1	3,8	27,7	32,3	61,6	68,3	90,0	97,2
Deutschland	2,3	2,8	23,9	27,2	54,1	59,4	81,6	87,4

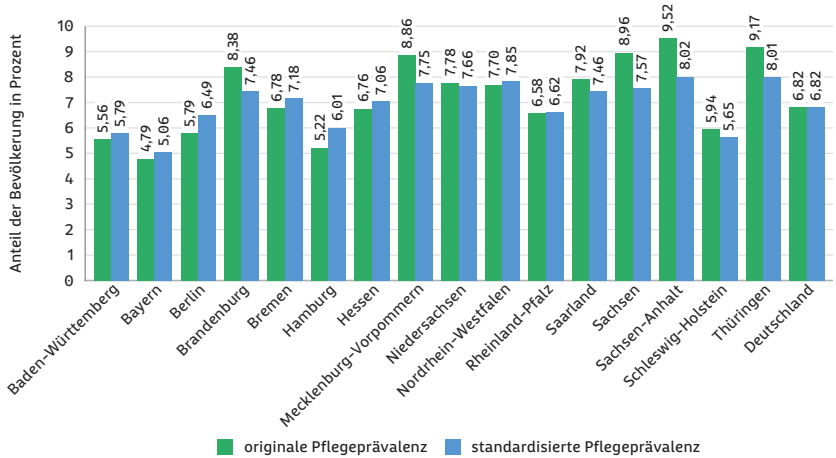
Quelle: Statistisches Bundesamt (2026a)

Tabelle 2.3 zeigt die deutlich höheren Prävalenzen im höheren Alter. Trotz der schon hohen Prävalenz von 81,6 Prozent bei den über 90-Jährigen im Jahr 2021 ist in dieser Altersgruppe die durchschnittliche Steigerung der Prävalenz noch am höchsten. Im Jahr 2023 waren es mit 87,4 Prozent noch einmal 5,8 Prozentpunkte mehr als 2021. Aber auch in den anderen Altersgruppen zeigen sich deutliche Steigerungen, die insgesamt dafür sprechen, dass ein Großteil der Gesamtprävalenzsteigung zwischen den Jahren 2021 und 2023 nicht auf die demografische Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist. Eigene weiterführende Berechnungen zeigen in diesem Zusammenhang, dass weniger als zehn Prozent des in diesem Zeitraum beobachteten Prävalenzanstiegs auf die demografische Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist.

Ein nicht unerheblicher Teil der Steigerungen in den Prävalenzen ist in der Leistungsausweitung des Pflegeversicherungssystems und in der zeitweisen Untererfassung bei Pflegegrad 1 begründet. Um den Gesamteffekt der Altersverteilung auf die landesspezifischen Prävalenzen zu ermitteln, werden im Folgenden die Pflegeprävalenzen des Jahres 2023 für Männer und Frauen für die einzelnen Bundesländer unter Verwendung der Bevölkerungsfortschreibung von 2023 sowie der Pflegestatistik des Jahres 2023 berechnet.

Dabei wird zunächst die gegebene Zahl der Pflegebedürftigen in Beziehung zur jeweiligen Landesbevölkerung gesetzt und so die tatsächliche Gesamtpflegeprävalenz ermittelt. Dies sind die Werte in Tabelle 2.2. Diese ist aber stark von der Altersstruktur des Bundeslands abhängig. Um demografische Effekte herauszurechnen, müssen alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen je Bundesland berechnet werden. Diese werden dann auf eine Standardpopulation (hier Deutschland im Jahr 2023) projiziert (Standardisierung). Aus der Summe der einzelnen so errechneten Zahlen pflegebedürftiger Personen je Altersgruppe errechnet sich die standardisierte Gesamtprävalenz. Bei dieser standardisierten Gesamtpflegeprävalenz handelt es sich somit um eine hypothetische Pflegeprävalenz, die vorliegen würde, wenn jedes Bundesland die Alters- und Geschlechterverteilung von Deutschland aufwiese.

Abbildung 2.7: Originale und standardisierte Pflegeprävalenzen nach Bundesländern im Jahr 2023



Anmerkung: Standardisierung nach Geschlecht und 5-Jahres-Altersgruppen auf die Bevölkerung Ende 2023
Quelle: FDZ-StaBu (2026), Statistisches Bundesamt (2026a), eigene Berechnung

Auch bei Betrachtung der auf die Bevölkerung Deutschlands standardisierten Prävalenzen bleibt die Rangfolge der Bundesländer weitgehend erhalten (siehe Abbildung 2.7): Höhere altersstandardisierte Pflegeprävalenzen finden sich überwiegend im Osten und niedrigere Pflegeprävalenzen überwiegend im Westen, allerdings sind die Unterschiede zum Bundesdurchschnitt jetzt meist geringer. Insbesondere die ostdeutschen Länder sind somit doppelt herausgefordert: In Bezug auf die Pflegebedürftigkeit haben sie eine ungünstigere Altersstruktur und gleichzeitig für das jeweilige Alter eine höhere Pflegewahrscheinlichkeit.

2.1.3 Begutachtungen

www.bifg.de/Y925Pv

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.

Die Begutachtungsstatistiken des Medizinischen Dienstes (MD) bieten für die SPV-Versicherten fast vollständige Zahlen zum Zugang. 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 privaten Pflegepflichtversicherung angewendet. Hierbei wird die Rolle des MD von der Medicproof GmbH übernommen.

Neben den Erstbegutachtungen werden auch Widerspruchs- und Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt. Höherstufungs- und 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 2025 von 2,0 Millionen auf 3,3 Millionen gestiegen (Tabelle 2.4). Gleichzeitig hat sich die Struktur des Begutachtungsgeschehens grundlegend verändert. Mit der Einführung der Pflegegrade wurde der Kreis der grundsätzlich leistungsberechtigten Personen erweitert, so dass zunächst Erstgutachten das Begutachtungsgeschehen dominierten. Im Jahr 2017 entfielen noch 61,8 Prozent aller Begutachtungen auf Erstgutachten. Nach einem leichten Rückgang in den Jahren 2018 und 2019 nahm ihre Zahl jedoch wieder kontinuierlich zu und erreichte im Jahr 2025 mit 1,42 Millionen den höchsten Wert seit Einführung der Pflegegrade. Noch dynamischer entwickelte sich die Zahl der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen. Sie hat sich von 636.000 im Jahr 2017 auf 1,56 Millionen im Jahr 2025 mehr als verdoppelt. Dadurch stieg ihr Anteil an allen Begutachtungen von 31,7 auf 47,8 Prozent und liegt seit 2022 über dem Anteil der Erstgutachten (43,5 Prozent). Das Begutachtungsgeschehen wird heute somit stärker durch bereits pflegebedürftige Menschen geprägt als durch den Zugang neuer Leistungsberechtigter. Diese Entwicklung ist Ausdruck eines wachsenden Bestands an Pflegebedürftigen und längerer Verweildauern im System, wodurch Folge- und Wiederholungsbegutachtungen zunehmend an Bedeutung gewinnen (Statistisches Bundesamt, 2023, S. 79). Widerspruchsgutachten spielen demgegenüber weiterhin eine untergeordnete Rolle. Nachdem ihr Anteil zwischen 2017 und 2023 weitgehend konstant zwischen 6,2 und 7,4 Prozent aller Begutachtungen lag, stieg er in den Jahren 2024 und 2025 auf 7,7 beziehungsweise 8,7 Prozent an. Bemerkenswert ist dabei, dass die Zahl der Widerspruchsgutachten in beiden Jahren deutlich stärker zunahm als die Zahl der übrigen Gutachtenarten, deren Wachstum sich zuletzt merklich verlangsamte. Auffällig ist auch, dass sich das Wachstum der beiden zahlenmäßig dominierenden Gutachtenarten im Jahr 2025 deutlich verlangsamte. Während die Zahl der Erstgutachten nur noch um 2,6 Prozent und die der Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen um 2,8 Prozent zunahm, stieg die Zahl der Widerspruchsgutachten nochmals um 16,5 Prozent.

Tabelle 2.4: Zahl der Begutachtungen des MD und der Knappschaft nach Gutachtenart 2017 bis 2025

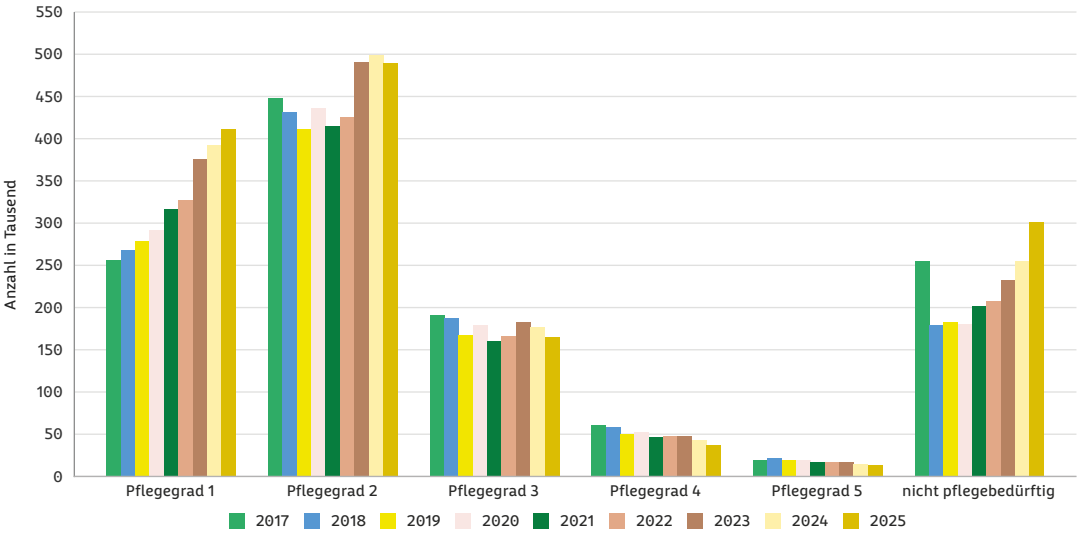
Jahr	Anzahl der Begutachtungen in Tausend			
	insgesamt	Erstgut-achten	Höherstufungs-/Rückstufungs-/ Wiederholungsbegutachtungen	Widerspruchs-gutachten
2017	2.004	1.239	636	129
2018	2.116	1.146	837	134
2019	2.231	1.111	981	139
2020	2.454	1.159	1.113	182
2021	2.483	1.158	1.143	182
2022	2.644	1.191	1.259	193
2023	2.886	1.294	1.379	213
2024	3.138	1.381	1.514	243
2025	3.257	1.417	1.557	283

Anmerkung: ohne Begutachtungen in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist (Pflegegrad noch nicht feststellbar)
Quelle: MD Bund (2026), Rothgang et al. (2025a, S. 66)

Im Zeitverlauf hat sich die Verteilung der in den Erstbegutachtungen festgestellten Pflegegrade deutlich verändert (Abbildung 2.8). Besonders stark zugenommen hat die Zahl der Erstbegutachtungen, die zu einem Pflegegrad 1 führen. Sie stieg von etwa 257.000 Fällen im Jahr 2017 auf über 411.000 Fälle im Jahr 2025. Demgegenüber blieb die Zahl der Erstbegutachtungen mit Pflegegrad 2 trotz insgesamt deutlich gestiegener Antragszahlen über den gesamten Beobachtungszeitraum weitgehend konstant und lag zuletzt bei rund 490.000 Fällen. Die Zahl der Erstbegutachtungen mit den höheren Pflegegraden 3 bis 5 liegt dagegen weiterhin unter den Werten des Jahres 2017 und ist insbesondere bei den Pflegegraden 4 und 5 langfristig rückläufig. Insgesamt deutet dies darauf hin, dass die Zunahme der Erstbegutachtungen vor allem auf Personen mit geringerer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit entfällt.

Der Anteil der als nicht pflegebedürftig eingestuften Personen lag in den Jahren nach Einführung der Pflegegrade zunächst deutlich unter dem Wert des Jahres 2017. Nach Werten zwischen 15,6 und 16,5 Prozent in den Jahren 2018 bis 2020 blieb er von 2021 bis 2024 mit Anteilen zwischen 17,5 und 17,8 Prozent weitgehend konstant. Erst im Jahr 2025 stieg er wieder deutlich auf 21,2 Prozent an und erreichte damit das Niveau des Jahres 2017.

Abbildung 2.8: Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MD und die Knappschaft



	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	nicht pflegebedürftig	Summe der Erstgutachten
2017	256.681	447.586	191.177	61.048	19.938	254.548	1.230.978
2018	267.716	431.189	187.169	58.046	21.705	179.688	1.145.513
2019	279.289	411.816	167.300	50.577	19.077	183.064	1.111.123
2020	292.024	435.808	178.877	52.112	19.058	180.974	1.158.853
2021	316.678	415.304	159.751	46.573	17.371	202.184	1.157.861
2022	326.913	425.379	166.441	47.413	17.323	207.939	1.191.408
2023	376.375	490.997	183.146	47.490	16.675	232.489	1.347.172
2024	392.430	499.391	177.315	42.734	14.457	254.706	1.381.033
2025	411.148	490.121	164.620	37.550	13.220	300.749	1.417.408

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 (2026), Rothgang et al. (2025a, S. 67)

Die Begutachtungsstatistik der Medicproof GmbH ist etwas anders strukturiert als die des MD Bund (Tabelle 2.5). Neben den Erstgutachten und Veränderungsgutachten werden beispielsweise auch Pflegehilfsmittelgutachten ausgewiesen. Dementsprechend liegt der Anteil der Erstgutachten für das Jahr 2025 nicht wie in der MD-Statistik bei knapp 44, sondern nur bei 40 Prozent. Dennoch machen Erstbegutachtungen in der Begutachtungsstatistik der Medicproof GmbH den größten Anteil aus. Die Zahl der Auftragseingänge ist im Vergleich der Jahre 2017 und 2025 um 74,9 Prozent gestiegen, was für die Zukunft auch für die private Pflegeversicherung 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 einmalig um zwei Prozent zurückgegangen, was allerdings höchstwahrscheinlich auf die besondere Situation während der Coronapandemie zurückzuführen ist. Im Jahr 2021 ist die Zahl wieder um 19,6 Prozent gestiegen. Während bis 2020 leichte Verschiebungen hin zu höheren Pflegegraden zu beobachten sind, zeigt sich seit 2021 eine gegenläufige Entwicklung mit steigenden Anteilen niedrigerer und sinkenden Anteilen höherer Pflegegrade. Dies könnte mit Veränderungen im Begutachtungsgeschehen während und nach der COVID-19-Pandemie zusammenhängen. Insgesamt bleibt die Verteilung der Pflegegrade über den gesamten Beobachtungszeitraum jedoch stabil. Die größten Anteile entfallen durchgängig auf die Pflegegrade 2 und 3, die zusammen mehr als die Hälfte aller Einstufungsgutachten ausmachen.

Ebenso wie in der MD-Bund-Statistik gibt es bei den Erstgutachten einen höheren Anteil mit niedrigeren Pflegegraden. Der Anteil der als nicht leistungsberechtigt eingestuften Personen liegt bei den PPV-Begutachtungen über die Jahre 2017 bis 2025 mit durchschnittlich sechs Prozent aller Einstufungsgutachten und neun 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.

Tabelle 2.5: Begutachtungen durch die Medicproof GmbH in den Jahren 2017 bis 2025

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Auftragseingänge zu Begutachtungen	189.093	206.756	224.161	219.661	262.669	267.897	298.166	308.590	330.690
Arten der Begutachtungen in Prozent									
Erstgutachten (inkl. wiederholter Erstgutachten)	51	46	42	43	40	41	42	41	40
Änderungs-gutachten	26	31	33	36	33	34	35	36	37
Wiederholungs-gutachten	4	5	6	2	7	5	5	5	5
Pflegehilfsmittel-gutachten	7	6	7	7	6	5	5	5	4
Zweitgutachten	4	4	4	4	4	5	4	4	5
Sonstiges (u. a. Einstufung nach Aktenlage)	8	8	8	8	10	9	9	10	10
Pflegegrad aller Einstufungsgutachten in Prozent									
ohne Anspruch	6	6	6	5	6	6	6	6	6
PG 1	12	12	13	12	14	14	15	15	15
PG 2	29	29	29	28	29	29	30	30	31
PG 3	29	28	28	28	28	27	27	27	27
PG 4	17	18	18	19	17	16	15	16	15
PG 5	7	7	7	8	7	7	7	7	6
Pflegegrad aller Erstgutachten in Prozent									
ohne Anspruch	9	9	9	8	10	10	10	10	10
PG 1	17	18	20	20	22	22	24	24	25
PG 2	37	37	37	37	36	36	37	38	38
PG 3	26	24	23	24	22	21	20	20	20
PG 4	9	9	8	9	8	7	6	6	5
PG 5	3	3	3	3	3	3	2	2	2

Quelle: Medicproof GmbH (2026), Rothgang et al. (2025a, S. 68 f.)

www.bifg.de/Y925Pg

2.1.4 Pflegeeintritt und Inzidenz

Wie viele Menschen in einem gegebenen Zeitraum leistungsberechtigt werden (Pflegeeintritte), lässt sich mit den Daten der Pflegestatistik nicht darstellen. Da die Empfehlungen der Begutachtungen üblicherweise von den Pflegekassen übernommen werden, liefert die Begutachtungsstatistik hierzu aber gute Hinweise. Allerdings lassen sich die veröffentlichten Angaben der Begutachtungsstatistik nicht regional differenzieren. Daher wird hierzu nachfolgend auf Hochrechnungen auf Basis der BARMER-Routinedaten zurückgegriffen. Tabelle 2.6 zeigt zunächst die Zahl der Pflegeeintritte im Zeitraum von 2017 bis 2025. In Abbildung 2.9 sind diese Zahlen in Relation zur nicht pflegebedürftigen Bevölkerung gesetzt, womit die Pflegeinzidenz abgebildet wird.

Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten auf die Bundesbevölkerung gab es 2017 insgesamt 1,02 Millionen Pflegeeintritte. Nach diesem ersten Jahr mit einer Begutachtung nach dem neuen Begutachtungsinstrument verringerte sich die Zahl im nächsten Jahr auf 0,97 Millionen Pflegeeintritte. Nachfolgend stieg die Zahl kontinuierlich an bis zum Jahr 2024. Erstmals ist im Jahr 2025 verglichen mit 2024 die Zahl der Eintritte wieder leicht zurückgegangen (–1,2 Prozent). Im Vergleich mit dem Jahr 2017 liegt die Zahl der Pflegeeintritte im Jahr 2025 jedoch dennoch um 18,7 Prozent höher. Besonders hoch war der Anstieg um 10,2 Prozent im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr. Die BARMER-Werte liegen dabei nur geringfügig über denen der Statistik der Medizinischen Dienste (Abbildung 2.8) und sind damit aussagekräftig.

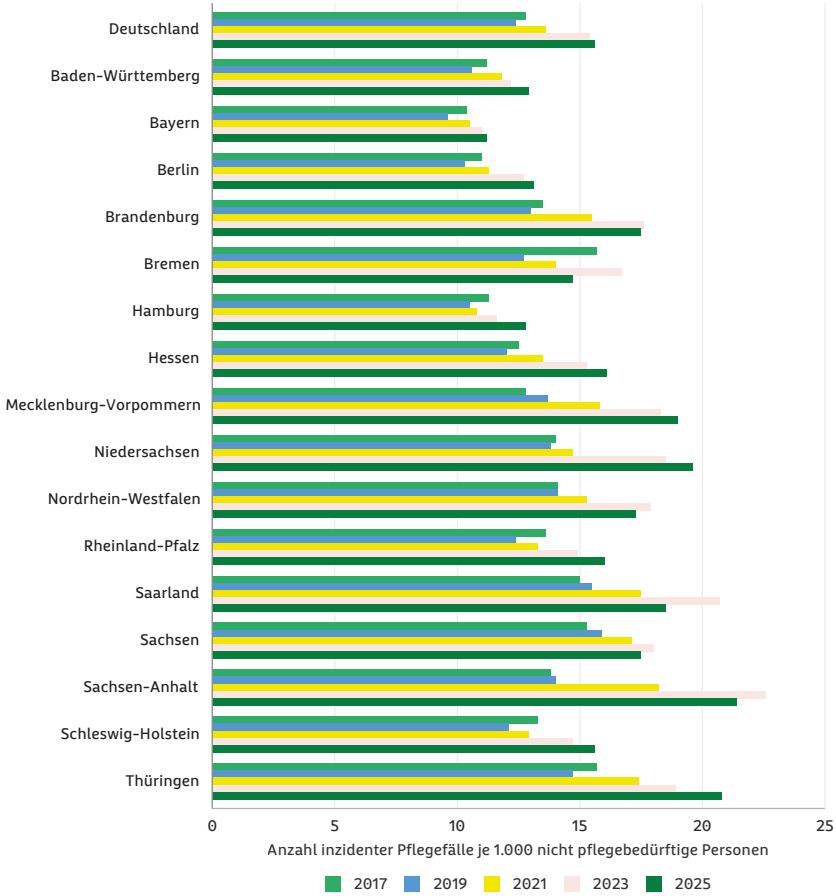
Ähnliche Entwicklungen finden sich in den meisten Bundesländern. In fast allen Bundesländern hat nach 2017 zunächst ein Rückgang der Pflegeeintritte stattgefunden. Insbesondere in ostdeutschen Ländern gab es dann aber eine besonders starke Zunahme. In Sachsen-Anhalt (+40,8 Prozent) und in Mecklenburg-Vorpommern (+39,0 Prozent) fielen die Steigerungen zwischen 2017 und 2025 am stärksten aus (Tabelle 2.6). Die höheren Anstiege in diesen Ländern implizieren dort auch in naher Zukunft einen höheren Pflegebedarf.

Tabelle 2.6: Eintritte in die Pflegebedürftigkeit nach Jahren im Ländervergleich in Tausend

Land	Jahr									Anstieg 2025 zu 2017 in Prozent
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Baden-Württemberg	119	113	113	116	125	126	131	137	136	14,3
Bayern	131	124	122	128	133	136	142	141	141	7,0
Berlin	39	35	36	38	40	40	45	45	45	17,6
Brandenburg	32	31	31	36	37	39	42	43	41	26,5
Bremen	10	9	8	8	9	10	11	11	10	−6,4
Hamburg	20	19	19	19	19	19	21	20	23	12,1
Hessen	75	70	72	72	81	83	92	93	94	24,6
Mecklenburg-Vorpommern	20	19	21	22	24	24	28	27	27	39,0
Niedersachsen	107	102	104	106	111	121	140	138	143	33,6
Nordrhein-Westfalen	242	236	241	247	257	265	302	304	286	18,5
Rheinland-Pfalz	53	49	48	49	52	53	59	59	62	15,5
Saarland	14	14	14	15	16	16	19	18	17	19,4
Sachsen	60	56	61	63	65	64	68	67	64	8,0
Sachsen-Anhalt	29	29	29	35	37	41	46	43	42	40,8
Schleswig-Holstein	37	35	34	34	36	37	41	42	43	15,9
Thüringen	32	29	30	31	34	36	37	39	40	23,0
Deutschland	1.021	971	985	1.020	1.074	1.110	1.223	1.228	1.213	18,7

Anmerkung: Inzidenz = Pflegegrad 1 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor kein Pflegegrad 1 oder höher vorlag
Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2025, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Abbildung 2.9: Jahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit je 1.000 nicht pflegebedürftige Personen



	2017	2019	2021	2023	2025
Deutschland	12,8	12,4	13,6	15,4	15,6
Baden-Württemberg	11,2	10,6	11,8	12,2	12,9
Bayern	10,4	9,6	10,5	11,0	11,2
Berlin	11,0	10,3	11,3	12,7	13,1
Brandenburg	13,5	13,0	15,5	17,6	17,5
Bremen	15,7	12,7	14,0	16,7	14,7
Hamburg	11,3	10,5	10,8	11,6	12,8
Hessen	12,5	12,0	13,5	15,3	16,1

	2017	2019	2021	2023	2025
Mecklenburg-Vorpommern	12,8	13,7	15,8	18,3	19,0
Niedersachsen	14,0	13,8	14,7	18,5	19,6
Nordrhein-Westfalen	14,1	14,1	15,3	17,9	17,3
Rheinland-Pfalz	13,6	12,4	13,3	14,9	16,0
Saarland	15,0	15,5	17,5	20,7	18,5
Sachsen	15,3	15,9	17,1	18,0	17,5
Sachsen-Anhalt	13,8	14,0	18,2	22,6	21,4
Schleswig-Holstein	13,3	12,1	12,9	14,7	15,6
Thüringen	15,7	14,7	17,4	18,9	20,8

Anmerkung: Inzidenz = Pflegegrad 1 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor kein Pflegegrad 1 oder höher vorlag
Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2025, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Dass diese Entwicklung nicht auf einen Anstieg der Bevölkerungszahlen zurückzuführen ist, zeigt die Abbildung der Inzidenzen (Abbildung 2.9). Auch je 1.000 nicht pflegebedürftige Personen hat die Zahl der Neufälle im gleichen Umfang zugenommen. Nachdem im Jahr 2017 noch 12,8 Promille der nicht pflegebedürftigen Bevölkerung innerhalb des Jahres pflegebedürftig wurden, sank die Inzidenz zunächst auf 12,2 Promille im Jahr 2018 und stieg dann kontinuierlich auf 15,6 Promille im Jahr 2025. Etwa 15 von 1.000 nicht pflegebedürftigen Personen werden also innerhalb eines Jahres pflegebedürftig.

Die Unterschiede in den Inzidenzen zwischen den Ländern haben sich zwischen 2017 und 2025 teilweise sogar noch verstärkt: So finden sich in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen und Hamburg und auch im Jahr 2025 nur Inzidenzen zwischen 11 und 15 Promille, während diese in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen um 20 Promille liegen. Gleichzeitig sind auch in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Hamburg die Bevölkerungszahlen um zwei bis vier Prozent gestiegen, während sie in Sachsen (–1,3 Prozent), in Mecklenburg-Vorpommern (–2,3 Prozent), in Thüringen (–3,4 Prozent) und in Sachsen-Anhalt (–4,6 Prozent) sogar rückläufig waren (Statistisches Bundesamt, 2026b). Unterschiedliche Wanderungsbewegungen können Auswirkungen auf den Zähler wie auf den Nenner der Inzidenz haben. Auszugehen ist davon, dass die jüngeren und gesünderen Menschen in die prosperierenden Regionen ziehen und die älteren und kränkeren in den anderen Regionen zurückbleiben, was dann zu einem Anstieg der Inzidenz führt.

Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege

Nach den Hochrechnungen der BARMER-Daten ist die Gesamtzahl der Eintritte in die Pflegebedürftigkeit im Jahr 2018 rückläufig gewesen und in den Folgejahren kontinuierlich bis 2024 gestiegen (Tabelle 2.6). Dabei liegt der Gesamtanstieg im Vergleich der Jahre 2025 mit 2017 bei 18,7 Prozent. Im Vergleich dazu fällt die Steigerung der Zahl der Heimeintritte um 39,1 Prozent im Vergleich der Jahre 2025 und 2017 weitaus höher aus (Tabelle 2.7). Diese besondere Steigerungsrate scheint aber teilweise durch die Reaktionen auf die Coronapandemie bedingt. Denn in den Jahren 2017 bis 2019 zeichnete sich ein stetiger und gleichmäßiger Anstieg ab, der aber im Jahr 2020 vehement unterbrochen wurde. Statt eines gleichmäßigen Anstiegs auf rund 350.000 oder 360.000 kam es zu einer Reduktion auf rund 295.000 Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege. Die Eintrittszahlen der Folgejahre passen zunächst wieder in den langfristigen Trend, fallen aber teilweise höher aus, als aus diesem zu erwarten wäre. Hier lässt sich somit auch ein Aufholeffekt aus dem Jahr 2020 vermuten. Zudem dürfte die erhöhte Sterblichkeit während der Coronapandemie (Rothgang & Müller, 2022) bei einer hohen Auslastung der Pflegeheime dazu beigetragen haben, dass frei gewordene Plätze schneller wieder belegt werden konnten. Im Jahr 2025 wird diese Entwicklung jedoch deutlich unterbrochen. Die Zahl der Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege sinkt gegenüber dem Vorjahr von rund 506.000 auf 408.000 und damit um 19,4 Prozent. Trotz dieses Rückgangs liegt die Zahl der Heimeintritte noch 39,1 Prozent über dem Niveau des Jahres 2017. Der Rückgang im Jahr 2025 zeigt sich in zahlreichen Bundesländern, fällt jedoch unterschiedlich stark aus.

Eine Betrachtung der Zu- und Abgänge zeigt vielmehr, dass neben den Eintritten auch die Zahl der Abgänge aus der vollstationären Dauerpflege deutlich zurückgeht, während der Bestand weitgehend konstant bleibt. Die Entwicklung des Verbleibs nach Heimeintritt wurde ebenfalls untersucht. Zwölf Monate nach der Aufnahme befanden sich von den im Jahr 2021 aufgenommenen Personen noch 49,6 Prozent in vollstationärer Dauerpflege. Für die Aufnahmejahre 2022 und 2023 lagen die Anteile bei 43,6 beziehungsweise 39,8 Prozent. Im Jahr 2024 stieg der Wert erstmals wieder leicht auf 41,3 Prozent (+1,5 Prozentpunkte). Bei weitgehend unveränderten Kapazitäten können neue Bewohnerinnen und Bewohner im Wesentlichen nur aufgenommen werden, wenn durch den Auszug oder Tod anderer Heimbewohnender Plätze frei werden. Der rückläufigen Abgangszahlen tragen somit unmittelbar zum Rückgang der Heimeintritte im Jahr 2025 bei.

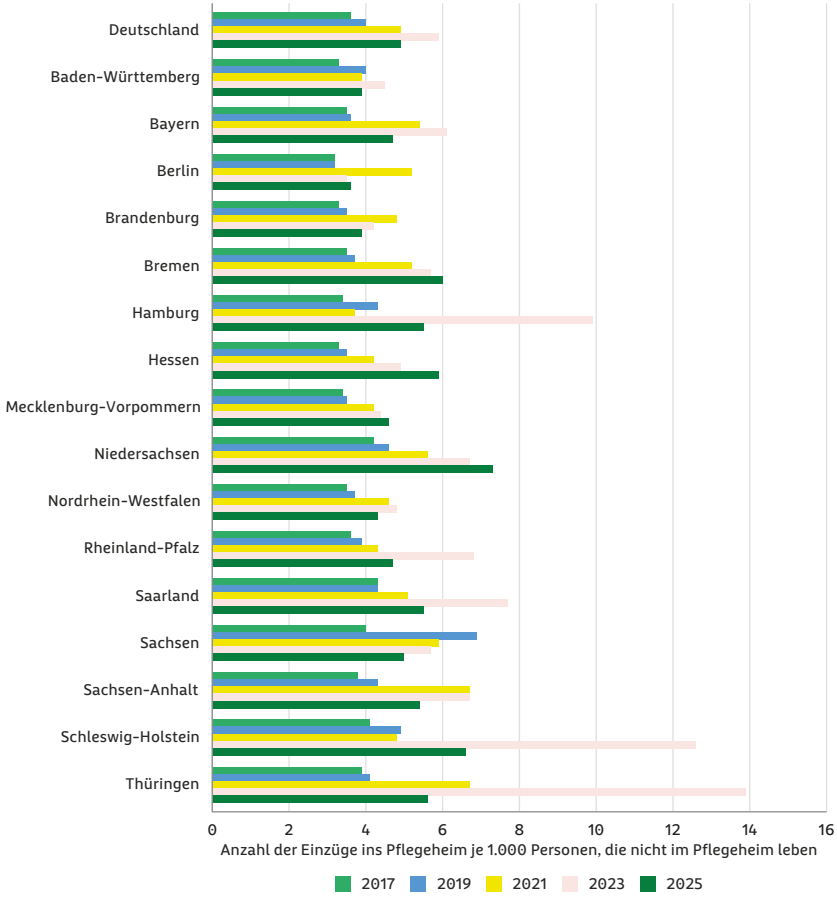
Tabelle 2.7: Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege nach Jahren im Ländervergleich in Tausend

Land	Jahr									Anstieg 2025 zu 2017 in Prozent
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Baden-Württemberg	36	40	44	36	43	45	50	50	43	21,9
Bayern	45	46	47	43	70	56	81	93	62	37,0
Berlin	11	12	12	10	19	30	13	26	13	17,6
Brandenburg	8	9	9	9	12	13	11	16	10	21,5
Bremen	2	3	3	2	3	3	4	4	4	78,6
Hamburg	6	6	8	7	7	12	19	11	10	62,9
Hessen	20	23	22	21	26	26	31	36	37	83,3
Mecklenburg-Vorpommern	5	6	6	5	7	7	7	7	7	31,1
Niedersachsen	33	36	36	35	45	42	54	89	57	75,5
Nordrhein-Westfalen	62	68	66	64	81	80	87	78	77	22,8
Rheinland-Pfalz	15	16	16	14	17	23	28	22	19	31,0
Saarland	4	4	4	4	5	8	8	5	6	30,4
Sachsen	16	18	28	16	23	21	23	20	20	22,0
Sachsen-Anhalt	8	10	9	9	14	12	15	11	11	34,7
Schleswig-Holstein	12	12	14	11	14	27	37	25	19	65,1
Thüringen	8	9	9	8	14	17	29	14	12	40,1
Deutschland	293	318	331	295	402	421	498	506	408	39,1

Anmerkung: Inzidenz = Eintritt in die vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 1 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor keine vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 1 oder höher vorlag
Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2025, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Die Inzidenz – also die Zahl der Heimeintritte je 1.000 Personen außerhalb der vollstationären Versorgung – entwickelt sich deutschlandweit weitgehend entsprechend den Fallzahlen, da sich der Nenner, die Bevölkerung außerhalb der Pflegeheime, vergleichsweise wenig verändert. Nach einem Anstieg von 3,6 Promille im Jahr 2017 auf 5,8 Promille im Jahr 2023 ist die Inzidenz zuletzt deutlich zurückgegangen. Im Jahr 2025 treten bundesweit nur noch knapp vier von 1.000 Personen außerhalb der vollstationären Versorgung neu in die vollstationäre Dauerpflege ein (Abbildung 2.10).

Abbildung 2.10: Jahresinzidenz der vollstationären Dauerpflege je 1.000 Personen außerhalb der Einrichtungen



Anmerkung: Inzidenz = Eintritt in die vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 1 oder höher, wenn gleichzeitig in den zwölf Monaten zuvor keine vollstationäre Dauerpflege mit Pflegegrad 1 oder höher vorlag
Quelle: BARMER-Daten 2017 bis 2025, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

2.1.5 Beendigung von Pflegebedürftigkeit

www.bifg.de/Y925PG

Die Beendigung des Leistungsanspruchs gegenüber der Pflegeversicherung kann durch den Tod erfolgen oder dadurch, dass die Voraussetzung für eine Leistungsberechtigung durch eine Rückstufung nicht mehr erfüllt ist. Ein Erlöschen der Leistungsberechtigung durch Rückstufung erfolgt häufig bei jungen Pflegebedürftigen (Rothgang et al., 2017, S. 122). Mit steigendem Alter wird diese Form der Beendigung seltener. Stattdessen steigt mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit rapide an, innerhalb des Folgejahrs zu versterben.

Ein weiterer Aspekt, der den Beendigungsgrund mitbestimmt, ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu Beginn der Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftige, die schon zu Beginn der Pflegebedürftigkeit schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III) waren, sind im Durchschnitt deutlich schneller verstorben als diejenigen, die zu Beginn nur erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I) waren (Rothgang et al., 2016, S. 167).

Vor dem Hintergrund einer stark steigenden Zahl an Pflegebedürftigen nimmt auch die Zahl der Todesfälle und anderer Beendigungsgründe zu (Tabelle 2.8). Der Anteil der sonstigen Beendigungsgründe hat in den Jahren 2017 bis 2024 von 1,1 Prozent auf 4,5 Prozent zugenommen. Die Zahl der Beendigungen durch den Tod liegt nach den Hochrechnungen mit den BARMER-Daten für das Jahr 2017 bei etwa 571.000 und im Jahr 2024 bei über 728.000.

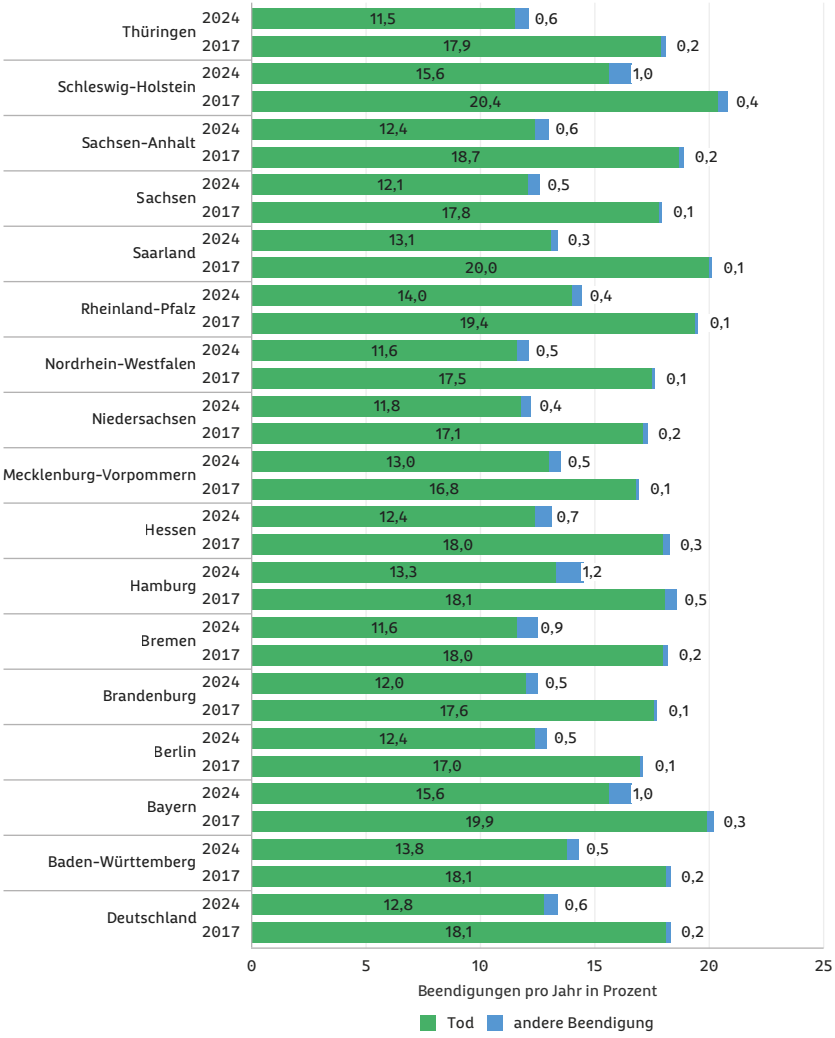
Bezieht man die Zahl der Todesfälle und der sonstigen Beendigungen der Pflegebedürftigkeit auf die Zahl der Pflegebedürftigen, dann sinkt die jährliche Beendigungswahrscheinlichkeit sogar. Im Jahr 2017 verstarben noch 18,1 Prozent der Pflegebedürftigen innerhalb eines Jahres. Zum Jahr 2024 reduzierte sich die Mortalitätsrate auf 12,8 Prozent. Die Beendigung aus anderem Grund stieg von 0,2 Prozent auf 0,6 Prozent (Abbildung 2.11). Die jährliche Austrittswahrscheinlichkeit je Pflegebedürftigen ist somit zurückgegangen. Ursache für diese Entwicklung ist insbesondere die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen mit geringeren Schweregraden. Diese haben im Durchschnitt eine längere Überlebenszeit (Rothgang & Müller, 2024).

Tabelle 2.8: Zahl der Todesfälle und anderer dauerhafter Beendigungen der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2017 und 2024 im Ländervergleich

Land	2017		2024	
	Tod	andere Beendigung	Tod	andere Beendigung
Baden-Württemberg	69.780	804	88.356	3.084
Bayern	76.824	1.344	97.932	6.096
Berlin	21.216	168	26.544	1.104
Brandenburg	18.672	96	23.748	948
Bremen	5.472	72	6.000	456
Hamburg	10.896	300	12.960	1.212
Hessen	42.660	648	52.716	2.976
Mecklenburg-Vorpommern	11.448	84	15.780	588
Niedersachsen	60.456	756	78.540	2.880
Nordrhein-Westfalen	128.340	1.020	164.352	7.188
Rheinland-Pfalz	29.328	216	36.696	1.176
Saarland	7.992	24	10.776	264
Sachsen	32.616	168	41.496	1.836
Sachsen-Anhalt	17.124	180	23.136	1.140
Schleswig-Holstein	21.372	420	28.632	1.896
Thüringen	17.220	156	20.748	1.152
Deutschland	571.392	6.456	728.436	33.984

Anmerkung: dauerhafte Beendigung = in den folgenden zwölf Monaten liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
Quelle: BARMER-Daten 2017 und 2024, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Abbildung 2.11: Prozentualer Anteil der Todesfälle oder anderer dauerhafter Beendigungen innerhalb eines Jahres (2017 und 2024)



Anmerkung: dauerhafte Beendigung = in den folgenden zwölf Monaten liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
Quelle: BARMER-Daten 2017 und 2024, hochgerechnet auf die jeweilige Bevölkerung Deutschlands

Bayern fällt nicht nur durch eine sehr niedrige Inzidenz (11,2 je 1.000 nicht pflegebedürftige Personen, Kapitel 2.1.4), sondern auch durch höhere Beendigungsraten auf (Abbildung 2.11). Damit lässt sich in Teilen auch die besonders geringe Pflegeprävalenz (Kapitel 2.1.2) in Bayern erklären. Die geringsten Mortalitätsraten finden sich 2024 in Thüringen und Nordrhein-Westfalen. Eine Verringerung der Mortalitätsrate hat es in allen Bundesländern gegeben. Am deutlichsten fiel diese im Saarland (−6,9 Prozentpunkte) sowie in Bremen und Thüringen (je −46,4 Prozentpunkte) aus. Diese verringerte Mortalitätsrate ist das Resultat einer erhöhten Sterbefallzahl bei gleichzeitig gestiegener Inzidenz mit geringen Pflegegraden.

2.1.6 Fazit zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen

Im Mittelpunkt der Berichterstattung stehen Pflegebedürftige, die seit 2017 mindestens Pflegegrad 1 aufweisen. Nach dieser Abgrenzung erreichte ihre Zahl mit 5,7 Millionen zum Jahresende 2023 den bislang höchsten Stand (Kapitel 2.1.1). Für den langfristigen Anstieg sind vor allem zwei Entwicklungen maßgeblich. Erstens wurde mit den Reformen der Pflegeversicherung der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert. Mit der Einführung der Pflegegrade durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) werden insbesondere kognitive Einschränkungen stärker berücksichtigt als zuvor; zugleich wurde mit Pflegegrad 1 eine neue Leistungsstufe unterhalb der bisherigen Leistungsansprüche geschaffen. Die Auswirkungen dieser Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Fallzahlen scheinen auch mehrere Jahre nach der Reform noch nicht vollständig ausgelaufen zu sein. Zweitens trägt die demografische Alterung zum Anstieg bei, da zunehmend mehr Menschen ein Alter erreichen, in dem Pflegebedürftigkeit häufiger auftritt. Der starke Zuwachs der vergangenen Jahre lässt sich allerdings nur zu einem sehr kleinen Teil (weniger als zehn Prozent) durch die demografische Entwicklung erklären. Von weitaus größerer Bedeutung sind weiterhin die Auswirkungen des seit 2017 weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs (so auch schon Rothgang & Müller, 2021, S. 146).

Der mit der Pflegestatistik derzeit abbildbare Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen fiel dabei im Zweijahresintervall von 2021 bis 2023 mit rund 15 Prozent sehr groß aus, jedoch durchweg weniger groß als in den Vorjahresvergleichen, bei denen die Zuwächse bei je 20 Prozentpunkten lagen. Einzig in Sachsen-Anhalt findet sich noch ein Zuwachs von über 20 Prozent. Für das Zweijahresintervall von 2023 bis 2025 lassen sich mit den BARMER-Daten noch aktuellere Entwicklungen aufzeigen. Hier zeigt sich auf Bundesebene immer noch eine Steigerung der Fallzahlen von gut 15 Prozent. Die höchsten Steigerungsraten von rund 20 Prozent finden sich in Sachsen-Anhalt und im Saarland.

Die aktuellen Zuwächse bei der Zahl der Pflegebedürftigen sind im Wesentlichen auf die Entwicklungen in den niedrigen Pflegegraden zurückzuführen. Im Zweijahresintervall von 2023 bis 2025 gab es in den Pflegegraden 2 und 3 eine Zunahme von rund 16 beziehungsweise 17 Prozent, während die Zahl mit Pflegegrad 4 nur um gut sieben Prozent gestiegen ist und mit Pflegegrad 5 sogar stagniert. Mit 21 Prozent fällt der Anstieg bei Pflegegrad 1 am höchsten aus. Da Pflegebedürftige mit niedrigeren Pflegegraden im Durchschnitt längere Pflegedauern aufweisen, ist durch die zunehmende Bedeutung niedriger Pflegegrade auch künftig mit längeren durchschnittlichen Pflegedauern zu rechnen. Eine gegenläufige Entwicklung zeigt sich bei den Eintritten in die vollstationäre Dauerpflege. Während die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt auch 2025 weiter zunimmt, ist die Zahl der Heimeintritte gegenüber 2024 deutlich zurückgegangen. Die ergänzende Betrachtung der Bestandsentwicklung zeigt, dass gleichzeitig auch weniger Abgänge aus der vollstationären Dauerpflege zu verzeichnen sind und der Bestand überwiegend konstant bleibt. Bei weitgehend unveränderten Kapazitäten werden damit weniger Plätze für Neueintritte frei. Der Rückgang der Abgänge trägt somit unmittelbar zur geringeren Zahl der Heimeintritte im Jahr 2025 bei.

2.2 Leistungserbringung

www.bifg.de/Y925P5

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 Personen werden in Kapitel 2.2.3 behandelt. Differenzierte Ergebnisse zu Pflegeeinrichtungen nach Träger und Einrichtungsart und zum Personal in Pflegeeinrichtungen können in Form interaktiver Grafiken auf der bifg-Website abgerufen werden.

2.2.1 Ambulante Pflegedienste

www.bifg.de/Y925PV

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste (Tabelle 2.9) beläuft sich zum Ende des Jahres 2023 auf 15.549, von denen sich 68,5 Prozent in privater Trägerschaft befinden. Der größte Teil der anderen Pflegedienste ist in freigemeinnütziger und nur ein kleiner Teil in öffentlicher Trägerschaft. Daher werden die öffentlichen Träger nachfolgend mit den freigemeinnützigen zusammengefasst. Obwohl die Zahl privater Pflegedienste nahezu doppelt so hoch ist wie die der freigemeinnützigen oder öffentlichen Anbieter, zeigt sich bei Betrachtung der versorgten Pflegebedürftigen lediglich ein leichter Überhang zugunsten der privaten Pflegedienste (Tabelle 2.10): 55,5 Prozent der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen werden von privaten Pflegediensten versorgt, während 44,5 Prozent von freigemeinnützigen oder öffentlichen Diensten versorgt werden.

Allerdings variiert die Trägerschaft je nach Bundesland. Während in Berlin (80,4 Prozent), Hessen (78,2 Prozent) und Hamburg (77,0 Prozent) mehr als drei Viertel der Pflegedienste in privater Trägerschaft sind, liegt der Anteil in Thüringen (57,0 Prozent) und Baden-Württemberg (57,1 Prozent) deutlich niedriger. Dementsprechend sind die Anteile der Pflegedienste in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft in Thüringen (43,0 Prozent) am höchsten. Auch in Baden-Württemberg (42,9 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (36,6 Prozent) und Bremen (34,9 Prozent) sind diese Anteile noch etwa doppelt so hoch wie in Berlin (19,6 Prozent).

Tabelle 2.9: Ambulante Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023

	2017		2019		2021		2023	
	insgesamt	davon privat	insgesamt	davon privat	insgesamt	davon privat	insgesamt	davon privat
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	1.122	52,2	1.203	54,6	1.262	56,3	1.297	57,1
Bayern	1.996	60,5	2.077	62,2	2.140	63,6	2.173	65,1
Berlin	613	78,5	634	80,4	670	81,3	670	80,4
Brandenburg	722	63,3	765	63,5	804	66,7	801	66,2
Bremen	117	65,0	115	65,2	110	65,5	106	65,1
Hamburg	366	76,0	378	75,7	387	76,2	396	77,0
Hessen	1.186	74,4	1.266	75,6	1.300	76,3	1.367	78,2
Mecklenburg-Vorpommern	489	60,5	513	61,4	521	62,0	522	63,4
Niedersachsen	1.312	67,6	1.350	68,4	1.406	70,0	1.409	70,3
Nordrhein-Westfalen	2.823	68,3	2.961	68,6	3.194	70,1	3.205	70,9
Rheinland-Pfalz	516	64,3	539	65,5	575	67,0	591	67,3
Saarland	122	70,5	124	64,5	133	72,2	133	69,9
Sachsen	1.121	68,7	1.149	68,0	1.169	67,7	1.154	67,5
Sachsen-Anhalt	613	68,5	645	68,8	658	68,1	650	67,8
Schleswig-Holstein	475	61,5	497	63,4	544	67,3	573	68,1
Thüringen	457	58,0	472	55,9	503	56,9	502	57,0
Deutschland	14.050	65,8	14.688	66,5	15.376	67,8	15.549	68,5

Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnung

Im Vergleich zum Jahr 2021 hat sich die Trägerstruktur im Jahr 2023 weiter zugunsten privater Träger verschoben. Diese Entwicklung ist seit Beginn der Pflegestatistik in den meisten Bundesländern zu beobachten (Rothgang et al., 2020a, S. 91). Bundesweit stieg der Anteil privat getragener Pflegedienste von 67,8 Prozent im Jahr 2021 auf 68,5 Prozent im Jahr 2023. Gegenüber dem Zeitraum von 2019 bis 2021 (+1,3 Prozentpunkte) fiel der Anstieg damit jedoch deutlich geringer aus (+0,7 Prozentpunkte) (Tabelle 2.9).

Tabelle 2.10: Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023

	2017		2019		2021		2023	
	insge-samt	davon privat	insge-samt	davon privat	insge-samt	davon privat	insge-samt	davon privat
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	75.303	31,2	92.467	32,4	93.597	33,6	102.736	33,7
Bayern	97.591	41,9	117.382	43,4	123.401	45,5	126.418	47,1
Berlin	34.550	70,5	38.433	72,2	41.563	74,5	43.847	72,3
Brandenburg	38.422	55,7	43.554	56,3	46.518	61,1	49.829	60,0
Bremen	8.210	48,4	8.902	57,2	9.958	57,4	9.320	59,9
Hamburg	18.950	70,7	22.402	70,4	24.755	70,3	25.947	69,4
Hessen	60.501	59,0	67.906	59,5	72.928	62,2	74.503	65,6
Mecklenburg-Vorpommern	26.337	54,8	30.853	55,8	33.484	55,4	35.282	57,2
Niedersachsen	96.524	52,4	104.279	54,8	110.608	56,4	116.020	58,2
Nordrhein-Westfalen	182.043	54,5	225.506	56,4	235.065	57,6	240.078	59,5
Rheinland-Pfalz	35.976	42,6	44.825	42,0	47.303	46,4	49.670	46,7
Saarland	9.871	51,1	10.826	43,9	12.568	61,3	11.921	58,9
Sachsen	60.247	57,8	71.452	56,1	78.535	57,9	88.478	59,6
Sachsen-Anhalt	30.439	60,7	37.666	59,2	42.066	58,1	47.012	58,4
Schleswig-Holstein	26.112	49,8	31.689	51,5	35.800	56,5	37.328	57,7
Thüringen	28.882	48,5	34.462	45,8	38.649	46,3	42.283	47,5
Deutschland	829.958	51,6	982.604	52,3	1.046.798	54,4	1.100.672	55,5

Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnung

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste allein ist zur Beurteilung des Versorgungspotenzials jedoch wenig aussagekräftig, weil die Größe der Dienste erheblich variiert. Hierzu können daher die Zahl der versorgten Personen (Tabelle 2.11) und die Zahl der Beschäftigten (Tabelle 2.12) herangezogen werden.

Tabelle 2.11: Pflegebedürftige je Pflegedienst nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023

	2017		2019		2021		2023	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl		Anzahl	
	insgesamt	privat	insgesamt	privat	insgesamt	privat	insgesamt	privat
Baden-Württemberg	67,1	40,1	76,9	45,6	74,2	44,3	79,2	46,8
Bayern	48,9	33,9	56,5	39,5	57,7	41,2	58,2	42,1
Berlin	56,4	50,7	60,6	54,4	62,0	56,8	65,4	58,8
Brandenburg	53,2	46,8	56,9	50,4	57,9	53,0	62,2	56,4
Bremen	70,2	52,3	77,4	67,9	90,5	79,4	87,9	81,0
Hamburg	51,8	48,2	59,3	55,2	64,0	59,0	65,5	59,0
Hessen	51,0	40,4	53,6	42,2	56,1	45,7	54,5	45,7
Mecklenburg-Vorpommern	53,9	48,8	60,1	54,7	64,3	57,5	67,6	61,0
Niedersachsen	73,6	57,0	77,2	61,9	78,7	63,4	82,3	68,2
Nordrhein-Westfalen	64,5	51,5	76,2	62,6	73,6	60,5	74,9	62,8
Rheinland-Pfalz	69,7	46,2	83,2	53,3	82,3	57,0	84,0	58,3
Saarland	80,9	58,6	87,3	59,5	94,5	80,3	89,6	75,5
Sachsen	53,7	45,3	62,2	51,4	67,2	57,5	76,7	67,7
Sachsen-Anhalt	49,7	44,0	58,4	50,2	63,9	54,6	72,3	62,3
Schleswig-Holstein	55,0	44,5	63,8	51,8	65,8	55,3	65,1	55,3
Thüringen	63,2	52,9	73,0	59,8	76,8	62,5	84,2	70,2
Deutschland	59,1	46,3	66,9	52,6	68,1	54,6	70,8	57,4

Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnung

Von ambulanten Pflegediensten versorgte Pflegebedürftige sind im Bundesdurchschnitt inzwischen mehrheitlich durch private Pflegedienste versorgt. Dieser Anteil ist ebenso kontinuierlich gestiegen wie der Anteil der privaten Pflegedienste – jedoch auf einem niedrigeren Niveau. Dieser Privatisierungstrend ist im langfristigen Trend in allen Bundesländern zu sehen (Rothgang et al., 2020a, S. 92). Im Jahr 2017 waren es 51,6 Prozent und im Jahr 2023 waren es 55,5 Prozent der Pflegebedürftigen (Tabelle 2.10). Allerdings gibt es auch aktuell noch Bundesländer, in denen der

Privatanteil deutlich unter 50 Prozent liegt. In Baden-Württemberg liegt der Anteil sogar nur bei 33,7 Prozent und hat im letzten Beobachtungszeitraum stagniert. In einzelnen Ländern sind die Anteile der von privaten Pflegediensten versorgten Pflegebedürftigen im Beobachtungszeitraum sogar leicht rückläufig (Berlin −2,2 Prozentpunkte, Saarland −2,4 Prozentpunkte).

Private Pflegedienste sind im Durchschnitt kleiner und versorgen weniger Pflegebedürftige. Während die durchschnittliche Zahl der versorgten Pflegebedürftigen je Pflegedienst in Deutschland von 2017 bis 2023 von 59,1 auf 70,8 kontinuierlich zugenommen hat, stieg diese Zahl im gleichen Beobachtungszeitraum bei den privaten Anbietern nur von 46,3 auf 57,4 Pflegebedürftige. In Hessen sind die Pflegedienste im Durchschnitt am kleinsten. Sie versorgen durchschnittlich 54,5 Pflegebedürftige. Bei privaten Pflegediensten liegt dieser Wert bei 45,7 Pflegebedürftigen, nachdem die Zahl zwischen 2021 und 2023 sogar noch mal leicht zurückgegangen ist. Die im Mittel höchste Anzahl versorgter Pflegebedürftiger pro Dienst gibt es im Saarland. Die Anzahl ist jedoch gegenüber 2021 von 94,5 auf 89,6 Pflegebedürftige zurückgegangen. Bei den privaten Pflegediensten werden inzwischen in Bremen mit durchschnittlich 81,0 Pflegebedürftigen die meisten Menschen pro Pflegedienst versorgt (Tabelle 2.11).

Tabelle 2.12 zeigt die unterschiedlichen Beschäftigungsumfänge in den Bundesländern. Dominant ist durchgängig die Teilzeitbeschäftigung. In Ostdeutschland – inklusive Berlin – liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote meistens deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Sie reicht von 25,2 Prozent in Sachsen bis 40,9 Prozent in Berlin. In Westdeutschland liegen die Vollzeitbeschäftigtenquoten zwischen 17,1 Prozent in Bremen und 32,2 Prozent in Hessen. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit sind in Ostdeutschland ebenfalls höher als in Westdeutschland. Sie liegen in Ostdeutschland zwischen 37,2 Prozent in Berlin und 59,1 Prozent in Sachsen. In Westdeutschland liegen die Quoten hingegen zwischen 31,7 Prozent in Hessen und 44,8 Prozent in Bremen. Dementsprechend zeigen sich umgekehrte West-Ost-Unterschiede beim Anteil der Teilzeitbeschäftigten mit einer Arbeitszeit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und beim Anteil der geringfügig Beschäftigten. Insgesamt haben die Beschäftigten in den Pflegediensten im Osten somit durchschnittlich eine längere vertragliche Arbeitszeit als im Westen.

Tabelle 2.12: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2023

	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit			Sonstige*	VZÄ
			über 50 Prozent	bis 50 Prozent, nicht geringfügig	geringfügig		
	Anzahl		Anteil davon in Prozent				Anzahl
Baden-Württemberg	41.514	21,4	32,3	21,3	22,2	2,8	25.849
Bayern	57.562	29,4	33,0	15,5	20,4	1,7	38.612
Berlin	24.036	40,9	37,2	7,5	12,2	2,3	18.351
Brandenburg	19.753	30,8	55,2	5,5	6,8	1,7	15.258
Bremen	4.217	17,1	44,8	14	20,9	3,3	2.691
Hamburg	14.168	31,3	31,9	8	25,4	3,5	9.483
Hessen	33.585	32,2	31,7	14,4	19,8	1,9	22.969
Mecklenburg-Vorpommern	13.080	27,8	58,2	4,9	5,7	3,4	10.049
Niedersachsen	46.262	21,5	44,3	14,9	16,3	3	31.013
Nordrhein-Westfalen	96.084	29,6	34,5	13,9	17	4,9	65.842
Rheinland-Pfalz	17.391	30,5	33,0	15,8	16,5	4,3	11.929
Saarland	3.831	28,5	33,2	16,8	16,4	5,1	2.590
Sachsen	29.812	25,2	59,1	6,1	6,1	3,5	22.528
Sachsen-Anhalt	14.933	29,9	57,2	5,5	4	3,4	11.654
Schleswig-Holstein	16.145	25,9	41,9	12,5	17,2	2,5	11.067
Thüringen	14.052	28,6	56,5	5	5,9	4	10.782
Deutschland	446.425	28,3	40	12,7	15,8	3,2	310.665

* Unter Sonstige fallen Praktikantinnen und Praktikanten, (Um-)Schülerinnen und (Um-)Schüler, Auszubildende, Helfende im freiwilligen sozialen Jahr, Helfende im Bundesfreiwilligendienst, vormals auch Zivildienstleistende.
Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnung

Um die Arbeitskapazitäten insgesamt bemessen zu können, wird in Tabelle 2.12 zusätzlich die Zahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) ausgewiesen, die sich aus der Zahl der Beschäftigten, gewichtet mit der Arbeitszeit der Beschäftigten, ergibt. Die in Ostdeutschland höheren Arbeitszeiten führen deshalb auch zu höheren VZÄ je beschäftigte Person.

Im Jahr 2023 waren gemäß der Daten des Statistischen Bundesamts 446.425 Menschen in den ambulanten Pflegediensten beschäftigt (Tabelle 2.13). Die Pflegestatistik unterscheidet dabei nach den Arbeitsschwerpunkten. Die Beschäftigungsverhältnisse verteilen sich auf folgende Arbeitsschwerpunkte: Pflegedienstleitung (21.258), körperbezogene Pflege (306.140), häusliche Betreuung (18.033), Hilfen bei der Haushaltsführung (58.261), Verwaltung und Geschäftsführung (21.773) sowie sonstige Bereiche (20.960) (FDZ-StaBu, 2026). Anteilig ist damit die körperbezogene Pflege (68,6 Prozent) der Haupttätigkeitsbereich, gefolgt von den Hilfen bei der Haushaltsführung (13,1 Prozent) (Tabelle 2.13). Die körperbezogene Pflege ist vor allem in den ostdeutschen Bundesländern besonders dominant. Hier liegen die Anteile zwischen 70,6 Prozent in Sachsen und 74,5 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern. Hilfen bei der Haushaltsführung sind ein besonders häufiger Tätigkeitsbereich im Saarland (23,8 Prozent), Baden-Württemberg (20,2 Prozent) und Rheinland-Pfalz (20,0 Prozent).

Für die Versorgung von Pflegebedürftigen werden neben den Pflegefachkräften auch Pflegehilfskräfte mit ein- bis zweijähriger Ausbildung und Pflegehilfskräfte ohne entsprechende Ausbildung eingesetzt (Tabelle 2.14). Zum Jahresende 2023 waren bei den ambulanten Pflegediensten in Deutschland 184.561 Pflegefachkräfte, 37.515 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 137.443 Pflegekräfte ohne Ausbildung beschäftigt. Gemessen in VZÄ betrug die jeweilige Anzahl 139.130, 25.738 beziehungsweise 96.225.

Tabelle 2.13: Personal der ambulanten Pflegedienste nach hauptsächlichem Tätigkeitsbereich im Jahr 2023

	insgesamt	Pflegedienstleitung	körperbezogene Pflege	Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI)	Hilfen bei der Haushaltsführung	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich
	Anzahl	Anteil davon in Prozent					
Baden-Württemberg	41.514	4,3	62,2	3,1	20,2	5,0	5,2
Bayern	57.562	5,0	71,5	3,9	10,7	5,0	3,8
Berlin	24.036	4,1	73,8	3,9	5,8	5,8	6,7
Brandenburg	19.753	5,5	71,6	3,3	9,4	4,9	5,3
Bremen	4.217	4,2	70,8	3,7	14,4	4,8	2,2
Hamburg	14.168	4,1	69,5	2,0	14,6	4,9	4,9
Hessen	33.585	5,0	69,5	5,6	10,7	5,6	3,5
Mecklenburg-Vorpommern	13.080	5,0	74,5	2,6	8,7	4,1	5,2
Niedersachsen	46.262	4,3	69,2	3,3	14,0	4,8	4,4
Nordrhein-Westfalen	96.084	4,7	66,3	4,4	14,8	4,5	5,3
Rheinland-Pfalz	17.391	4,6	61,0	6,3	20,0	5,4	2,6
Saarland	3.831	4,8	58,4	4,4	23,8	5,2	3,4
Sachsen	29.812	5,4	70,6	4,7	9,5	4,4	5,3
Sachsen-Anhalt	14.933	5,4	71,4	5,1	10,2	4,5	3,4
Schleswig-Holstein	16.145	5,0	67,5	3,3	12,8	5,2	6,2
Thüringen	14.052	4,9	72,2	3,4	11,1	4,3	4,1
Deutschland	446.425	4,8	68,6	4,0	13,1	4,9	4,7

Quelle: FDZ-Stabu (2026)

Tabelle 2.14: Pflegepersonal mit überwiegend pflegerischen oder Betreuungsaufgaben der ambulanten Pflegedienste nach Qualifikation im Jahr 2023

	Beschäftigte			Vollzeitäquivalente		
	Anzahl					
	Pfk	PhmA	PhoA	Pfk	PhmA	PhoA
Baden-Württemberg	19.545	2.316	7.280	13.561	1.740	4.695
Bayern	26.640	4.984	15.704	19.302	3.146	10.777
Berlin	7.278	2.281	11.858	5.670	1.410	9.317
Brandenburg	7.381	2.401	7.547	5.886	1.555	5.791
Bremen	1.463	468	1.823	871	295	1.060
Hamburg	4.440	1.838	3.912	3.330	1.162	3.333
Hessen	12.618	2.525	11.968	9.413	1.816	8.487
Mecklenburg-Vorpommern	4.782	1.415	5.062	3.888	964	3.908
Niedersachsen	18.526	3.546	14.479	13.863	2.361	9.663
Nordrhein-Westfalen	41.122	7.811	28.505	30.877	5.676	17.912
Rheinland-Pfalz	8.267	1.715	2.984	6.240	1.309	1.856
Saarland	1.769	281	1.059	1.209	173	570
Sachsen	12.581	2.330	9.811	10.320	1.437	7.707
Sachsen-Anhalt	6.657	1.486	4.862	5.272	1.133	3.660
Schleswig-Holstein	5.917	1.403	5.255	4.854	1.036	3.426
Thüringen	5.575	715	5.334	4.574	527	4.061
Deutschland	184.561	37.515	137.443	139.130	25.738	96.225

Anmerkung: Als **Pflegefachkräfte** (Pfk) sind staatlich anerkannte Altenpflegekräfte, Krankenpflegekräfte, Kinderkrankenpflegekräfte, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie Beschäftigte mit einem pflegewissenschaftlichen Hochschulabschluss erfasst.
Zu den **Pflegehilfskräften mit Ausbildung** (PhmA) zählen staatlich anerkannte Alten- und Krankenpflegehilfskräfte sowie Familienpflegerinnen und Familienpfleger und Dorfhelferinnen und Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss. Als **Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung** (PhoA) sind Beschäftigte in sonstigen pflegerischen Berufen, Auszubildende im ersten bis dritten Ausbildungsjahr sowie Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen erfasst, sofern sie in der Betreuung nach § 36 Abs. 2 Satz 3 SGB XI, in der Pflegedienstleitung oder in der körperbezogenen Pflege tätig sind.
Siehe auch Anmerkungen zur Erfassung der Beschäftigten in Kapitel 4.1.1.
Quelle: FDZ-Stabu (2026)

2.2.2 Stationäre Einrichtungen

Als stationäre Pflegeeinrichtungen sind in der Pflegestatistik alle Einrichtungen erfasst, die Dauer-, Kurzzeit-, Tages- und/oder Nachtpflege anbieten. Von den 16.505 stationären Einrichtungen bieten im Jahr 2023 insgesamt 9.421 Einrichtungen ausschließlich Dauerpflege, 135 ausschließlich Kurzzeitpflege und 5.082 ausschließlich Tages- und/oder Nachtpflege an. In den verbleibenden 1.867 Einrichtungen gibt es verschiedene Kombinationen in der Angebotsstruktur. In privater Trägerschaft befinden sich 6.996 Einrichtungen (42,4 Prozent). In freigemeinnütziger Trägerschaft sind es 8.792 (53,3 Prozent) der stationären Einrichtungen. Nur 717 (4,3 Prozent) Pflegeeinrichtungen befinden sich in öffentlicher Trägerschaft und sind damit relativ selten (FDZ-StaBu, 2026). Daher werden auch hier die freigemeinnützigen und öffentlichen Häuser gemeinsam betrachtet.

Die Trägerschaft variiert zum Teil stark nach Bundesland (Tabelle 2.15). Während sich beispielsweise in Schleswig-Holstein (61,9 Prozent) und Niedersachsen (60,3 Prozent) die Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft befindet, sind es in Baden-Württemberg (27,6 Prozent), Bayern (35,0 Prozent), Bremen (35,3 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (36,3 Prozent) nur rund ein Drittel.

Der Anteil privat geführter Pflegeheime hat sich zwischen 2017 und 2023 insgesamt nur gering verändert. Bundesweit lag er 2017 bei 42,6 Prozent und 2023 bei 42,4 Prozent. Hinter dieser weitgehend stabilen Entwicklung stehen jedoch unterschiedliche regionale Trends. Zunahmen des Anteils privater Träger verzeichneten im Vergleichszeitraum 2017 bis 2023 insbesondere Mecklenburg-Vorpommern (+4,3 Prozentpunkte), Brandenburg (+4,7 Prozentpunkte) und das Saarland (+3,4 Prozentpunkte). Demgegenüber ging der Anteil privater Einrichtungen vor allem in Schleswig-Holstein (−4,1 Prozentpunkte), Baden-Württemberg (−3,1 Prozentpunkte), Hamburg (−2,7 Prozentpunkte) und Bremen (−2,4 Prozentpunkte) zurück (Tabelle 2.15). Insgesamt zeigen sich weiterhin deutliche regionale Unterschiede in der Trägerstruktur: Während private Träger insbesondere in den norddeutschen Bundesländern einen hohen Anteil der Einrichtungen stellen, dominieren in vielen süd- und westdeutschen Ländern freigemeinnützige Träger. Öffentliche Träger spielen bundesweit weiterhin nur eine geringe Rolle.

Tabelle 2.15: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023

	2017		2019		2021		2023	
	insgesamt	davon privat	insgesamt	davon privat	insgesamt	davon privat	insgesamt	davon privat
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	1.777	30,7	1.912	29,3	2.013	28,1	2.059	27,6
Bayern	1.885	36,3	2.016	35,7	2.089	35,4	2.146	35,0
Berlin	391	48,8	399	50,4	402	49,8	388	47,7
Brandenburg	523	35,4	596	37,1	628	37,9	649	40,1
Bremen	146	37,7	152	38,8	153	35,9	150	35,3
Hamburg	201	53,2	206	54,4	203	52,7	206	50,5
Hessen	905	48,4	955	49,5	1.019	48,1	1.095	47,8
Mecklenburg-Vorpommern	446	40,1	498	42,0	526	44,3	531	44,4
Niedersachsen	1.873	60,3	1.964	60,1	2.034	61,0	2.049	60,3
Nordrhein-Westfalen	2.824	34,5	2.960	35,4	3.149	36,1	3.252	36,3
Rheinland-Pfalz	539	40,8	559	41,9	583	43,1	582	42,6
Saarland	180	38,9	197	40,6	203	41,4	213	42,3
Sachsen	970	44,2	1.058	45,4	1.102	45,4	1.142	45,1
Sachsen-Anhalt	633	48,8	688	49,6	728	50,3	756	51,1
Schleswig-Holstein	692	66,0	687	64,0	710	63,4	693	61,9
Thüringen	495	39,4	533	39,6	573	38,4	594	38,7
Deutschland	14.480	42,6	15.380	42,7	16.115	42,7	16.505	42,4

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnungen

Die Kapazitäten in der stationären Versorgung können über die Zahl der Pflegeplätze erfasst werden. Insgesamt weist die Pflegestatistik 988.951 Plätze in stationären Einrichtungen für das Jahresende 2023 aus (Tabelle 2.16). 882.855 Plätze (89,3 Prozent) davon sind in Einrichtungen mit vollstationärer Pflege (Dauerpflege oder Kurzzeitpflege). Einrichtungen, die nur Tages- oder Nachtpflege anbieten, verfügten Ende 2023 über 93.955 Plätze. Der Anteil dieser teilstationären Pflegeplätze an allen stationären Pflegeplätzen nahm über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg im Bundesdurchschnitt kontinuierlich zu: von 7,0 Prozent im Jahr 2017 auf 10,7 Prozent im Jahr 2023. In Mecklenburg-Vorpommern ist dieser Anteil mit 19,8 Prozent am höchsten.

Tabelle 2.16: Pflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen und Anteil davon in vollstationären Einrichtungen in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023

	Anzahl 2017		Anzahl 2019		Anzahl 2021		Anzahl 2023	
	insgesamt	davon vollstationär	insgesamt	davon vollstationär	insgesamt	davon vollstationär	insgesamt	davon vollstationär
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	110.245	93,3	109.289	91,7	109.365	91,0	110.499	90,1
Bayern	136.149	94,3	139.463	92,2	140.261	91,0	139.595	89,6
Berlin	35.103	94,8	34.300	93,7	33.814	93,1	32.879	92,6
Brandenburg	29.777	87,5	31.483	84,9	32.168	84,0	32.155	82,8
Bremen	7.571	89,9	7.956	88,8	8.021	88,1	7.609	87,7
Hamburg	18.567	95,3	19.462	94,8	18.269	94,3	17.785	94,0
Hessen	64.730	94,7	66.374	94,0	67.823	93,0	68.371	91,7
Mecklenburg-Vorpommern	23.575	84,7	25.007	81,7	25.829	80,6	26.043	80,2
Niedersachsen	113.492	92,3	116.626	90,8	119.891	89,2	120.050	88,4
Nordrhein-Westfalen	191.147	94,2	191.459	93,1	196.252	91,5	199.000	90,6
Rheinland-Pfalz	45.472	93,7	45.919	92,8	46.823	92,1	46.559	92,0
Saarland	13.625	93,4	14.266	92,2	14.064	91,6	14.638	91,6
Sachsen	58.201	91,0	61.018	89,3	62.680	88,3	63.785	87,2
Sachsen-Anhalt	34.391	90,0	35.403	86,7	36.388	84,3	37.530	82,9
Schleswig-Holstein	40.936	94,7	41.117	93,8	41.854	92,9	40.802	92,4
Thüringen	29.386	90,2	30.411	88,4	31.186	86,4	31.651	85,4
Deutschland	952.367	93,0	969.553	91,4	984.688	90,2	988.951	89,3

Anmerkung: Gesamtanzahl entspricht vollstationärer Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationärer Pflege.
Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnungen

Mit der Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen und der Zahl der Pflegeplätze ist auch die Zahl der durch sie versorgten Pflegebedürftigen gestiegen. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die in stationären Einrichtungen (vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege) versorgt wurden, stieg von 835.351 im Jahr 2017 auf 836.733 im Jahr 2019 leicht an. Bis 2021 sank sie deutlich auf 807.788. Im Jahr 2023 war mit 816.718 Pflegebedürftigen wieder eine Erholung zu beobachten,

das Vor-Corona-Niveau wurde jedoch noch nicht erreicht (Tabelle 2.17). Zugleich nahm die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätze zu. Dieser Ausbau beruhte jedoch überwiegend auf dem Ausbau der teilstationären Versorgung (Tabelle 2.18).

Tabelle 2.17: Von vollstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023

	Anzahl 2017		Anzahl 2019		Anzahl 2021		Anzahl 2023	
	insgesamt	je Einrichtung	insgesamt	je Einrichtung	insgesamt	je Einrichtung	insgesamt	je Einrichtung
Baden-Württemberg	99.270	65,6	96.984	63,3	93.621	60,6	95.066	61,8
Bayern	116.809	76,1	116.233	76,0	110.361	73,0	111.254	75,4
Berlin	29.543	95,0	29.439	96,5	28.307	93,4	27.943	97,4
Brandenburg	25.339	76,1	25.578	74,1	24.623	71,6	24.241	70,7
Bremen	6.037	57,5	6.255	60,7	5.966	57,9	5.833	58,9
Hamburg	16.330	100,8	16.276	101,7	15.530	100,2	14.416	93,0
Hessen	57.397	73,1	59.027	73,8	56.684	68,0	58.527	70,6
Mecklenburg-Vorpommern	19.258	74,4	19.274	71,9	18.757	68,2	19.038	69,7
Niedersachsen	98.565	68,1	99.519	68,7	96.399	66,9	96.344	67,8
Nordrhein-Westfalen	173.064	77,2	173.550	76,6	172.006	74,9	175.459	76,6
Rheinland-Pfalz	38.139	82,7	39.102	83,9	37.819	80,3	38.206	82,2
Saarland	11.866	77,6	12.146	76,9	11.612	73,0	11.877	72,4
Sachsen	52.152	73,7	52.533	72,5	49.221	67,6	51.071	70,3
Sachsen-Anhalt	29.838	64,6	29.610	64,2	27.904	61,7	28.578	64,2
Schleswig-Holstein	35.995	61,3	35.567	63,0	35.035	62,7	34.236	63,8
Thüringen	25.749	73,2	25.640	71,6	23.943	66,5	24.629	68,0
Deutschland	835.351	73,2	836.733	72,8	807.788	70,0	816.718	71,6

Anmerkung: Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege, Kurzzeitpflege oder teilstationärer Pflege
Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnungen

Die vollstationären Einrichtungen sind in Hamburg und Berlin im Durchschnitt am größten: In beiden Stadtstaaten werden je Einrichtung mehr als 90 Pflegebedürftige versorgt. Die durchschnittlich kleinsten Einrichtungen gemessen an der Zahl der Pflegebedürftigen gibt es in Bremen, Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein mit jeweils etwa 60 Pflegebedürftigen je Einrichtung. Deutschlandweit ist die durchschnittliche Zahl der Pflegebedürftigen je Einrichtung wieder leicht angestiegen, nachdem sie während der Pandemie zurückgegangen war. Im Jahr 2023 versorgt jede Einrichtung im Bundesdurchschnitt 71,6 Pflegebedürftige (Tabelle 2.17).

Tabelle 2.18: Von teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023

	Anzahl 2017		Anzahl 2019		Anzahl 2021		Anzahl 2023	
	insgesamt	je Einrichtung	insgesamt	je Einrichtung	insgesamt	je Einrichtung	insgesamt	je Einrichtung
Baden-Württemberg	7.965	30,2	12.121	31,8	12.375	26,4	15.814	30,4
Bayern	9.450	27,0	15.225	31,3	14.844	25,7	21.128	31,5
Berlin	2.728	34,1	3.772	40,1	3.610	36,5	4.563	45,2
Brandenburg	4.862	25,6	6.811	27,1	6.815	24,0	8.259	27,0
Bremen	958	23,4	1.210	24,7	1.131	22,6	1.408	27,6
Hamburg	1.464	37,5	1.847	40,2	1.679	35,0	1.858	36,4
Hessen	3.533	29,4	5.198	33,5	5.679	30,7	8.799	33,1
Mecklenburg-Vorpommern	4.695	25,1	6.157	26,8	6.343	25,3	6.780	26,3
Niedersachsen	13.284	31,2	17.190	33,3	17.549	29,5	21.679	34,5
Nordrhein-Westfalen	18.729	32,1	24.326	35,1	25.288	29,6	34.034	35,4
Rheinland-Pfalz	2.382	30,5	3.458	37,2	3.239	28,9	4.231	36,2
Saarland	1.023	37,9	1.513	38,8	1.307	29,7	1.927	39,3
Sachsen	5.451	20,8	8.124	24,4	7.822	20,9	9.883	23,8
Sachsen-Anhalt	3.650	21,3	5.362	23,6	6.485	23,5	8.272	26,6
Schleswig-Holstein	2.866	27,3	3.870	31,7	4.098	27,1	4.938	31,7
Thüringen	3.487	24,4	4.619	26,4	4.918	23,1	6.343	27,3
Deutschland	86.527	28,2	120.803	31,0	123.182	26,9	159.916	31,4

Anmerkung: nur Pflegebedürftige in teilstationärer Pflege
Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnungen

Tabelle 2.19: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2023

	insgesamt	Vollzeit	Teilzeit			Sonstige*	VZÄ
			über 50 Prozent	bis 50 Prozent, nicht geringfügig	geringfügig		
	Anzahl		Anteil davon in Prozent				Anzahl
Baden-Württemberg	107.760	27,8	35,2	17,1	10,8	9,1	74.726
Bayern	114.028	35,3	37,2	12,6	8,4	6,4	84.601
Berlin	23.198	40,5	38,6	5,3	6,1	9,5	18.123
Brandenburg	21.651	29,3	55,3	5,0	5,1	5,3	16.664
Bremen	6.572	21,6	49,4	8,4	11,7	8,9	4.594
Hamburg	13.546	41,1	34,8	5,4	10,2	8,5	10.358
Hessen	56.459	34,9	35,2	13,4	9,5	7,1	41.339
Mecklenburg-Vorpommern	17.867	24,6	59,6	4,4	4,5	6,9	13.570
Niedersachsen	99.094	27,1	44,3	12,6	10,5	5,4	70.783
Nordrhein-Westfalen	185.155	25,8	41,0	16,4	9,0	7,8	129.800
Rheinland-Pfalz	35.729	31,8	35,1	15,8	9,2	8,0	25.637
Saarland	10.997	44,2	27,4	10,9	8,0	9,5	8.416
Sachsen	46.322	20,9	64,4	5,0	3,3	6,4	34.971
Sachsen-Anhalt	25.503	28,7	57,5	4,6	2,7	6,6	19.847
Schleswig-Holstein	31.445	33,9	40,3	10,4	10,0	5,4	23.276
Thüringen	22.385	24,3	58,7	5,2	5,1	6,7	16.851
Deutschland	817.711	29,5	42,2	12,5	8,5	7,2	593.556

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnungen

In Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Versorgung anbieten, hat die Zahl der betreuten Pflegebedürftigen nach dem während der Coronapandemie deutlich abgeschwächten Wachstum zuletzt wieder erheblich zugenommen. Von 2017 bis 2019 stieg ihre Zahl von 86.527 auf 120.803 Pflegebedürftige. Bis 2021 erhöhte sie sich nur geringfügig auf 123.182 Pflegebedürftige, bevor sie bis 2023 auf 159.916 Pflegebedürftige anstieg. Zwischen 2021 und 2023 verzeichneten alle Bundesländer Zuwächse, die besonders hoch in Bayern (+42,3 Prozent), Nordrhein-Westfalen (+34,6 Prozent) und Baden-Württemberg (+27,8 Prozent) ausfielen. Insgesamt nahm die Zahl der Pflegebedürftigen in ausschließlich teilstationären Einrichtungen

in Deutschland zwischen 2017 und 2023 um 84,8 Prozent zu. Nach dem starken Wachstum vor der Coronapandemie (+39,6 Prozent zwischen 2017 und 2019) und der weitgehenden Stagnation während der Pandemie (+2,0 Prozent zwischen 2019 und 2021) zeigt sich für den Zeitraum von 2021 bis 2023 wieder ein deutlicher Anstieg (+29,8 Prozent) (Tabelle 2.18). Bezogen auf die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen (4,96 Millionen im Jahr 2021 und 5,69 Millionen im Jahr 2023) stieg der Anteil der in ausschließlich teilstationären Einrichtungen betreuten Pflegebedürftigen leicht von 2,5 auf 2,8 Prozent.

Im Jahr 2023 waren 817.711 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigt (Tabelle 2.19). Davon waren 29,5 Prozent vollzeitbeschäftigt, 42,2 Prozent teilzeitbeschäftigt mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit, 12,5 Prozent teilzeitbeschäftigt mit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und 8,5 Prozent geringfügig beschäftigt. Weitere 7,2 Prozent setzen sich aus Praktikantinnen und Praktikanten, Schülerinnen, Schülern und Auszubildenden, Helfenden im freiwilligen sozialen Jahr oder Helfenden im Bundesfreiwilligendienst zusammen (Tabelle 2.19).

In den neuen Bundesländern liegt die Vollzeitbeschäftigtenquote durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt und beträgt in Sachsen unverändert nur 20,9 Prozent. In den alten Bundesländern liegen Bremen (21,6 Prozent), Nordrhein-Westfalen (25,8 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (24,6 Prozent), Niedersachsen (27,1 Prozent), Baden-Württemberg (27,8 Prozent) und Brandenburg (29,3 Prozent) unter dem Bundesdurchschnitt. Die Teilzeitbeschäftigtenquoten mit über 50 Prozent der Regelarbeitszeit liegen dagegen in den neuen Bundesländern zwischen 55,3 Prozent (Brandenburg) und 64,4 Prozent (Sachsen) und damit höher als in Westdeutschland, während sie in den alten Bundesländern zum Teil sogar über 30 Prozentpunkte niedriger liegen (zum Beispiel im Saarland mit 27,4 Prozent). Bei Teilzeitbeschäftigten mit bis zu 50 Prozent der Regelarbeitszeit und den geringfügig Beschäftigten liegen die Anteile in den neuen Bundesländern weiterhin deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Pro erwerbstätige Person ergeben sich so in Ostdeutschland mehr Arbeitsstunden, was durch die VZÄ ausgedrückt wird. Das Verhältnis der VZÄ zu den Beschäftigten beträgt gemäß Pflegestatistik bundesweit 72,6 Prozent, die vertraglich festgelegte Arbeitszeit der beschäftigten Personen liegt im Durchschnitt also bei 72,6 Prozent der Regelarbeitszeit. Der niedrigste Wert findet sich mit 70,1 Prozent weiterhin in Nordrhein-Westfalen. In allen ostdeutschen Ländern, Berlin, Hamburg und im Saarland liegen die Werte über 75 Prozent.

Tabelle 2.20: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Tätigkeitsbereich im Jahr 2023

	insge-samt	Ver-waltung, Geschäfts-führung	körper-bezogene Pflege	zusätzliche Pflege*	Betreuung und zusätzliche Betreuung	Hauswirt-schafts-bereich	haustech-nischer und sonstiger Bereich
	Anzahl	davon in Prozent					
Baden-Württemberg	107.760	5,2	62,1	0,7	11,4	15,5	5,2
Bayern	114.028	5,3	61,7	1,0	11,1	15,2	5,7
Berlin	23.198	6,4	67,6	0,5	11,3	9,6	4,5
Brandenburg	21.651	6,4	65,4	0,5	12,5	9,0	6,1
Bremen	6.572	5,5	63,7	2,5	9,4	12,8	6,0
Hamburg	13.546	5,8	64,0	0,5	11,5	12,4	5,8
Hessen	56.459	5,5	60,4	1,0	12,9	15,8	4,5
Mecklenburg-Vorpommern	17.867	5,8	64,3	0,4	13,3	11,2	5,0
Niedersachsen	99.094	5,9	58,2	1,4	11,2	17,4	5,9
Nordrhein-Westfalen	185.155	5,3	62,0	0,9	11,9	14,9	5,1
Rheinland-Pfalz	35.729	5,9	61,5	0,6	12,2	14,9	4,9
Saarland	10.997	6,8	61,2	1,1	12,1	11,7	7,1
Sachsen	46.322	5,2	64,0	1,0	13,5	11,5	4,8
Sachsen-Anhalt	25.503	5,4	65,3	2,2	12,6	9,0	5,4
Schleswig-Holstein	31.445	5,5	60,1	1,9	10,8	15,9	5,8
Thüringen	22.385	6,2	63,1	0,9	14,1	10,3	5,3
Deutschland	817.711	5,5	61,9	1,0	11,9	14,4	5,3

* Zusätzliche Pflege: zusätzliches Pflegepersonal nach § 8 Abs. 6 SGB XI und zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Abs. 9 SGB XI.
Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege
Quelle: FDZ-Stabu (2026), eigene Berechnungen

Von den 817.711 Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen im Jahr 2023 waren 5,5 Prozent überwiegend in der Verwaltung oder Geschäftsführung tätig. Körperbezogene Pflege inklusive zusätzlichen Pflegepersonals nach § 8 Abs. 6 SGB XI (61,9 Prozent), Betreuung (11,9 Prozent) und Tätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich (14,4 Prozent) sind die häufigeren Tätigkeitsfelder. 5,3 Prozent der Beschäftigten gehen überwiegend haustechnischen und sonstigen Tätigkeitsbereichen nach (Tabelle 2.20).

Tabelle 2.21: Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation im Jahr 2023

	Beschäftigte			Vollzeitäquivalente		
	Anzahl					
	Pfk	PhmA	PhoA	Pfk	PhmA	PhoA
Baden-Württemberg	30.862	8.657	39.363	24.137	6.411	26.151
Bayern	31.631	10.715	39.852	25.926	8.625	28.655
Berlin	6.670	2.233	9.475	5.742	1.851	6.894
Brandenburg	5.622	1.844	8.779	4.821	1.449	6.419
Bremen	1.691	761	2.347	1.343	538	1.513
Hamburg	3.934	1.727	4.643	3.331	1.455	3.289
Hessen	14.337	4.629	22.004	11.767	3.699	15.481
Mecklenburg-Vorpommern	4.983	1.419	6.644	4.212	1.092	4.732
Niedersachsen	25.646	6.984	35.406	20.629	5.381	24.441
Nordrhein-Westfalen	53.308	15.540	67.114	43.227	11.493	44.387
Rheinland-Pfalz	9.838	3.029	13.613	7.946	2.360	9.292
Saarland	3.114	855	4.235	2.698	727	3.090
Sachsen	13.173	3.210	18.903	10.939	2.437	13.451
Sachsen-Anhalt	7.418	2.893	8.836	6.352	2.290	6.351
Schleswig-Holstein	8.534	3.197	11.045	6.912	2.489	7.950
Thüringen	6.296	1.358	9.154	5.345	1.038	6.489
Deutschland	227.057	69.051	301.413	185.327	53.334	208.583

Anmerkung: Berücksichtigt sind alle vollstationären Einrichtungen inklusive ihrer teilstationären Angebote. Ausschließlich teilstationäre Einrichtungen sind nicht berücksichtigt.
Als **Pflegefachkräfte** (Pfk) sind staatlich anerkannte Altenpflegekräfte, Krankenpflegekräfte, Kinderkrankenpflegekräfte, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie Beschäftigte mit einem pflegewissenschaftlichen Hochschulabschluss erfasst. Zu den **Pflegehilfskräften mit Ausbildung** (PhmA) zählen staatlich anerkannte Alten- und Krankenpflegehilfskräfte sowie Familienpflegerinnen und Familienpfleger und Dorfhelferinnen und Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss. Als **Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung** (PhoA) sind Beschäftigte in sonstigen pflegerischen Berufen, Auszubildende im ersten bis dritten Ausbildungsjahr sowie Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen erfasst, sofern sie den Bereichen zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI, zusätzliches Pflegefach- oder Pflegehilfskraftpersonal, körperbezogene Pflege oder Betreuung zugeordnet sind.
Siehe auch Anmerkungen zur Erfassung der Beschäftigten in Kapitel 4.1.1.
Quelle: FDZ-Stabu (2026)

Tabelle 2.22: Pflegepersonal in teilstationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation im Jahr 2023

	Beschäftigte			Vollzeitäquivalente		
	Anzahl					
	Pfk	PhmA	PhoA	Pfk	PhmA	PhoA
Baden-Württemberg	2.064	212	1.879	1.389	142	1.085
Bayern	2.630	386	2.051	1.768	243	1.278
Berlin	388	92	428	328	73	334
Brandenburg	781	154	713	633	116	523
Bremen	160	48	122	115	31	81
Hamburg	207	27	168	164	18	113
Hessen	928	153	1.172	680	112	747
Mecklenburg-Vorpommern	777	98	714	635	76	525
Niedersachsen	2.460	413	2.408	1.755	279	1.538
Nordrhein-Westfalen	3.975	406	2.428	2.801	265	1.483
Rheinland-Pfalz	493	68	422	333	50	253
Saarland	158	18	155	118	11	94
Sachsen	1.133	149	1.077	917	114	785
Sachsen-Anhalt	910	178	982	775	138	752
Schleswig-Holstein	517	78	454	383	52	301
Thüringen	674	79	683	539	58	486
Deutschland	18.255	2.559	15.856	13.333	1.775	10.378

Anmerkung: Berücksichtigt sind alle Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Angebote haben.
Als **Pflegefachkräfte** (Pfk) sind staatlich anerkannte Altenpflegekräfte, Krankenpflegekräfte, Kinderkrankenpflegekräfte, Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sowie Beschäftigte mit einem pflegewissenschaftlichen Hochschulabschluss erfasst. Zu den **Pflegehilfskräften mit Ausbildung** (PhmA) zählen staatlich anerkannte Alten- und Krankenpflegehilfskräfte sowie Familienpflegerinnen und Familienpfleger und Dorfhelferinnen und Dorfhelfer mit staatlichem Abschluss. Als **Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung** (PhoA) sind Beschäftigte in sonstigen pflegerischen Berufen, Auszubildende im ersten bis dritten Ausbildungsjahr sowie Beschäftigte aus anderen Berufsgruppen erfasst, sofern sie den Bereichen zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI, zusätzliches Pflegefach- oder Pflegehilfskraftpersonal, körperbezogene Pflege oder Betreuung zugeordnet sind.
Siehe auch Anmerkungen zur Erfassung der Beschäftigten in Kapitel 4.1.1.
Quelle: FDZ-Stabu (2026)

Im Jahr 2023 waren 227.057 Pflegefachkräfte, 69.051 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 301.413 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung in vollstationären Einrichtungen beschäftigt (Tabelle 2.21). Gemessen in VZÄ betrug die jeweilige Anzahl 185.327, 53.334 beziehungsweise 208.583.

Während in der vollstationären Versorgung die Anzahl der Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung größer ist als die Anzahl der Pflegefachkräfte, zeigt sich in der teilstationären Versorgung ein umgekehrtes Bild. Zum Jahresende 2023 waren 18.255 Pflegefachkräfte, 2.559 Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 15.856 Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung in teilstationären Einrichtungen beschäftigt. Das entspricht 13.333 VZÄ der Pflegefachkräfte, 1.775 VZÄ der Pflegehilfskräfte mit Ausbildung und 10.378 VZÄ der Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (Tabelle 2.22).

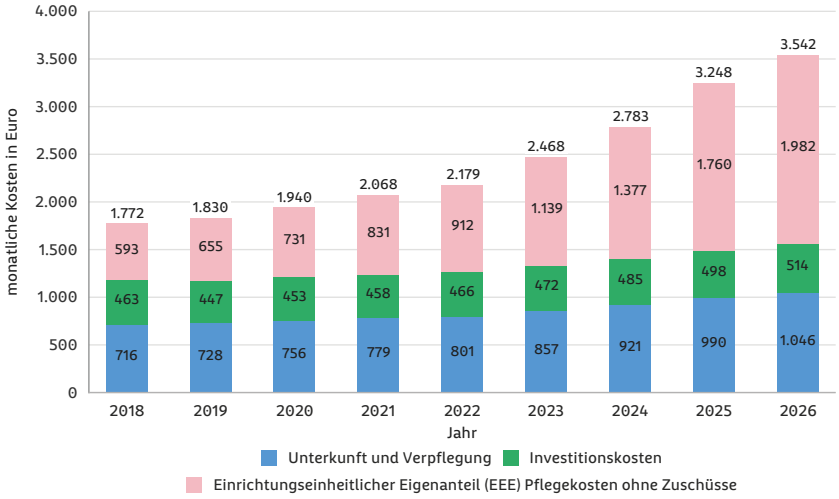
Bezüglich der Finanzierung vollstationärer Einrichtungen ist zu berücksichtigen, dass die Gesamtheimentgelte gemäß § 87a SGB XI neben den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1 SGB XI einschließlich der Ausbildungsvergütung nach § 82a SGB XI) auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) sowie die nicht öffentlich geförderten Investitionskosten, die gesondert in Rechnung gestellt werden können, (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI) umfassen. Die Leistungen der Pflegeversicherung (§ 43 SGB XI) beziehen sich nur auf die Pflegesätze und sind dabei in aller Regel deutlich geringer als diese. Ursprünglich waren die Anteile an den Pflegesätzen, die vom Versicherten zu zahlen waren, abhängig vom Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. 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 Eigenanteil seither nicht. Des Weiteren haben Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege seit dem 1. Januar 2022 Anspruch auf einen zusätzlichen Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI. Dieser belief sich zunächst im ersten Aufenthaltsjahr auf fünf Prozent, im zweiten Jahr auf 25 Prozent, im dritten Jahr auf 45 Prozent und anschließend auf 70 Prozent des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Seit dem 1. Januar 2024 beträgt dieser Leistungszuschlag 15 Prozent im ersten Jahr, 30 Prozent im zweiten Jahr, 50 Prozent im dritten Jahr und 75 Prozent ab dem vierten Jahr des Bezugs vollstationärer Pflegeleistungen.



www.bifg.de/Y925PP

Vom vdek werden für Anfang 2026 bundesweit gesondert in Rechnung gestellte durchschnittliche Investitionskosten von 514 Euro ausgewiesen, die von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu tragen sind (vdek, 2026b, S. 48). Für Unterkunft und Verpflegung fielen durchschnittlich weitere 1.046 Euro an. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil einschließlich Ausbildungsumlagen betrug durchschnittlich 1.982 Euro (ebenda). Diese vom vdek ausgewiesenen Werte berücksichtigen dabei nicht die seit 2022 gewährten und nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI. Ohne Berücksichtigung dieser Zuschläge ergeben sich damit durchschnittliche monatliche Gesamtkosten in Höhe von 3.542 Euro (Abbildung 2.12).

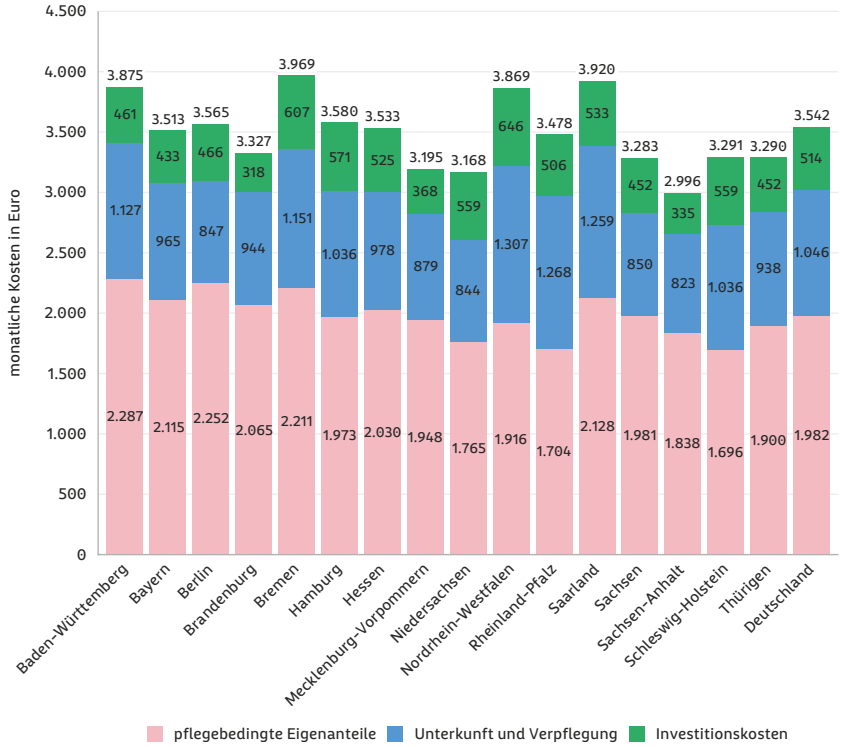
Abbildung 2.12: Einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE), Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten ohne Berücksichtigung der nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge (nach § 43c SGB XI) 2018–2026



Anmerkung: durchschnittliche finanzielle Belastung inklusive Ausbildungsumlage oder individueller Ausbildungskosten; jeweils zum 1. Januar; seit 2022 werden je nach Aufenthaltsdauer bei Pflegegrad 2 bis 5 noch Anteile der pflegebedingten Eigenanteile von der Pflegeversicherung übernommen.
Quelle: vdek (2026b), Rothgang et al. (2025a, S. 105 f.)

Die Höhe der durchschnittlichen Heimentgelte variierte zwischen den Bundesländern erheblich. Dabei ist zu beachten, dass die in den Rahmenverträgen auf Landesebene gemäß § 75 SGB XI vorgenommene Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen und den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich geregelt ist (Augurzky et al., 2008, S. 25 ff.), was die enormen Unterschiede in den Hotelkosten (Kosten für Unterkunft und Verpflegung) zum Teil erklären kann. Angesichts der unterschiedlichen Anrechnungsvorschriften empfiehlt es sich, nicht nur die Pflegesätze der Einrichtungen zu betrachten, sondern auch das Gesamtheimentgelt.

Abbildung 2.13: Monatliche finanzielle Belastung einer pflegebedürftigen Person in der stationären Pflege in Euro im Juli 2026



Anmerkung: durchschnittliche monatliche Belastung einschließlich Ausbildungskosten vor Abzug des nach Aufenthaltsdauer gestaffelten Leistungszuschlags gemäß § 43c SGB XI
Quelle: vdek (2026b, S. 48)

Die Variation der Heimentgelte ergibt sich dementsprechend sowohl aus der Variation der durchschnittlichen Pflegesätze als auch aus der Variation der durchschnittlichen Hotelkosten und der durchschnittlichen Investitionskosten. Die Hotelkosten schwanken dabei zwischen 823 Euro in Sachsen-Anhalt und 1.307 Euro in Nordrhein-Westfalen (Abbildung 2.13). Die Investitionskosten schwanken zwischen 318 Euro in Brandenburg und 646 Euro in Nordrhein-Westfalen. Noch größere Schwankungen gibt es bei den pflegebedingten Eigenanteilen einschließlich Ausbildungsumlagen vor Berücksichtigung der nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI. Diese liegen zwischen 1.696 Euro in Schleswig-Holstein und 2.287 Euro in Baden-Württemberg. In der Summe gleichen sich diese Schwankungen bei Pflegesätzen, Investitionskosten und Hotelkosten jedoch nicht aus, sondern die Unterschiede summieren sich teilweise auf. So finden sich die geringsten finanziellen Belastungen vor Berücksichtigung der Leistungszuschläge in Sachsen-Anhalt (2.996 Euro), Niedersachsen (3.168 Euro) und Mecklenburg-Vorpommern (3.195 Euro) und die höchsten finanziellen Belastungen in Bremen (3.969 Euro), im Saarland (3.920 Euro) und in Baden-Württemberg (3.875 Euro). Das entspricht einem Unterschied zwischen dem niedrigsten und höchsten Wert von 1.000 Euro pro Monat.

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 (Rothgang et al., 2017, S. 143 f.). Auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) wurden für das Jahr 2015 rund 4,6 Millionen Pflegepersonen bei ausgewiesenen 2,2 Millionen Pflegebedürftigen geschätzt (ebenda). Nach der Kantar-Studie von 2018 werden 35 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause von nur einer Person versorgt, 26 Prozent von zwei Personen, 16 Prozent von drei Personen und 14 Prozent von vier oder mehr Personen (Geiss et al., 2020, S. 95). Im Durchschnitt sind damit etwa zwei Pflegepersonen an der Versorgung einer pflegebedürftigen Person beteiligt. Unter der Annahme, dass dieses Verhältnis weiterhin gilt, lässt sich die Zahl der informell Pflegenden näherungsweise aus der Zahl der häuslich versorgten Pflegebedürftigen ableiten. Nach den aktuellen Statistiken des Bundesministeriums für

Gesundheit wurden Ende 2025 insgesamt etwa 5,16 Millionen Leistungsbeziehende der sozialen Pflegeversicherung und 0,35 Millionen Leistungsbeziehende der privaten Pflege-Pflichtversicherung ambulant versorgt, zusammen also 5,5 Millionen Pflegebedürftige (BMG, 2026d, S. 1). Unter Zugrundelegung von durchschnittlich zwei Pflegepersonen je Pflegebedürftigen ergibt sich daraus eine Größenordnung von elf Millionen Pflegepersonen. Werden rund eine Million Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 (BMG, 2026d, S. 2 und 4) nicht berücksichtigt, verbleiben 4,5 Millionen ambulant versorgte Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Auch in diesem Fall ist noch von rund neun Millionen Pflegepersonen auszugehen. Eine Übertragung dieser überschlägigen Berechnung auf die Ebene der einzelnen Bundesländer ist auf Grundlage der verfügbaren Daten jedoch nicht möglich.

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 pflegt (§ 44 SGB XI). Ein Beitragsanspruch besteht nur, solange noch keine Vollrente wegen Alters bezogen wird. Daher ist die Zahl der Pflegepersonen, für die Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden, deutlich kleiner als die Zahl aller Pflegepersonen.

Für den Zeitraum von Ende 2017 bis Ende 2024 weist die Deutsche Rentenversicherung einen Anstieg von 527.375 auf 1.189.859 pflichtversicherte Pflegepersonen aus. Die jährliche Beitragssumme zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen stieg von 1,5 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 4,1 Milliarden Euro im Jahr 2024 (BMG, 2026d, S. 18) und 4,8 Milliarden Euro im Jahr 2025 (siehe Tabelle 2.28). Eine regionale Untergliederung ist aus den Berichterstattungen nicht möglich.

Aus den zur Verfügung gestellten Routinedaten der BARMER lässt sich nicht ableiten, welche Merkmale die pflichtversicherten Pflegepersonen aufweisen. Es kann jedoch festgestellt werden, für welchen Anteil der Pflegebedürftigen Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen geleistet wurden. Im Jahr 2017 wurden für 22,6 Prozent der häuslich versorgten Pflegebedürftigen entsprechende Rentenversicherungsbeiträge durch die Pflegeversicherung entrichtet. Bis zum Jahr 2025 erhöhte sich der Anteil auf 26,1 Prozent (Tabelle 2.23), obwohl hier die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 mit im Nenner stehen. Das entspricht insgesamt etwa

dem Trend der Zahlen der Rentenversicherung. Der insgesamt geringe Anteil von Pflegebedürftigen, für deren Pflege auch Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden, resultiert insbesondere daraus, dass die Hauptpflegeperson in den meisten Fällen der Partner oder die Partnerin ist (Rothgang & Müller, 2018, S. 119). Da die Pflegebedürftigkeit in der Regel erst im Rentenalter eintritt und der Partner oder die Partnerin meist ein ähnliches Alter aufweist, besteht hier auch in den meisten Fällen kein Anspruch auf diese Versicherungsleistung.

Tabelle 2.23: Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger mit Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen in den Jahren 2017, 2019, 2021, 2023 und 2025

	2017	2019	2021	2023	2025	Differenz 2025 zu 2017
	Anteil in Prozent					in Prozentpunkten
Deutschland	22,6	25,1	25,9	25,9	26,1	3,5
Baden-Württemberg	22,4	25,3	26,8	26,5	26,9	4,5
Bayern	22,5	25,8	27,1	27,3	27,2	4,7
Berlin	18,6	20,3	21,1	20,8	20,8	2,2
Brandenburg	20,0	21,9	21,7	21,5	21,3	1,3
Bremen	17,1	21,6	22,4	22,8	25,4	8,3
Hamburg	18,9	22,0	23,6	23,4	23,5	4,6
Hessen	26,2	28,7	29,5	30,2	30,5	4,3
Mecklenburg-Vorpommern	19,0	20,7	21,0	19,9	20,0	1,0
Niedersachsen	24,9	27,8	28,0	28,8	28,9	4,0
Nordrhein-Westfalen	24,1	26,8	27,7	27,9	28,0	3,9
Rheinland-Pfalz	25,4	27,4	28,0	27,6	27,4	2,0
Saarland	27,5	29,4	30,7	30,1	29,3	1,8
Sachsen	17,3	18,3	18,4	17,3	17,2	0,0
Sachsen-Anhalt	17,5	19,2	19,5	19,7	19,3	1,8
Schleswig-Holstein	20,2	23,0	23,3	23,3	23,9	3,7
Thüringen	20,2	22,4	23,8	23,1	23,3	3,1

Quelle: BARMER-Daten 2017–2025, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Im Saarland, in Hessen und in Niedersachsen gibt es überdurchschnittlich viele Beitragszahlungen zur Rentenversicherung, während die Anteile in den ostdeutschen Ländern und den Stadtstaaten weiterhin unterdurchschnittlich sind. Die Entwicklung seit 2017 unterscheidet sich jedoch deutlich zwischen den Bundesländern. Den stärksten Zuwachs weist Bremen mit 8,3 Prozentpunkten auf, gefolgt von Bayern (+4,7 Prozentpunkte), Hamburg (+4,6 Prozentpunkte) und Baden-Württemberg (+4,5 Prozentpunkte). In Sachsen ist der Anteil gegenüber 2017 dagegen unverändert geblieben; auch in Mecklenburg-Vorpommern (+1,0 Prozentpunkte) und Brandenburg (+1,3 Prozentpunkte) waren die Zuwächse gering (Tabelle 2.23). Regionale Unterschiede sind zum Teil durch Unterschiede in der Altersstruktur hervorgerufen. Relativ zur Fallzahl der hochaltrigen Pflegebedürftigen ist die Zahl der pflichtversicherten Pflegepersonen gering. Bei pflegebedürftigen Kindern und Pflegebedürftigen im mittleren Alter ist der Anteil der Pflegepersonen, für die Beiträge gezahlt werden, weitaus höher (Rothgang & Müller, 2019, S. 88).

2.2.4 Fazit zur Leistungserbringung

Pflegebedürftige Menschen werden entweder allein durch Angehörige im häuslichen Umfeld gepflegt, im häuslichen Umfeld durch ambulante Pflegedienste mitversorgt oder in stationären Pflegeeinrichtungen betreut. Die verschiedenen Versorgungsformen weisen weiterhin deutliche Unterschiede hinsichtlich ihrer Trägerstruktur, Personalstruktur und regionalen Verteilung auf.

Im ambulanten Bereich setzt sich der Trend zu privaten Trägern fort. Mehr als zwei Drittel der Pflegedienste befinden sich inzwischen in privater Trägerschaft. Gleichzeitig werden inzwischen mehr als die Hälfte der durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftigen von privaten Anbietern versorgt. Private Pflegedienste sind im Durchschnitt weiterhin kleiner als freigemeinnützige oder öffentliche Dienste, versorgen aber inzwischen ebenfalls deutlich mehr Pflegebedürftige als noch zu Beginn des Beobachtungszeitraums.

Bezüglich der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit bestehen weiterhin deutliche regionale Unterschiede. In Ostdeutschland arbeiten Beschäftigte sowohl in ambulanten Pflegediensten als auch in stationären Pflegeeinrichtungen häufiger in Vollzeit oder in Teilzeit mit einem Beschäftigungsumfang von mehr als 50 Prozent der Regelarbeitszeit. Dementsprechend ergeben sich dort im Durchschnitt höhere Arbeitszeitvolumina je beschäftigte Person. Das Potenzial, die verfügbaren

Arbeitskapazitäten allein durch eine Ausweitung bestehender Teilzeitbeschäftigung zu erhöhen, dürfte daher in Ostdeutschland weiterhin geringer sein als in Westdeutschland.

Im stationären Bereich dominieren nach wie vor freigemeinnützige und öffentliche Träger, während sich der Anteil privater Einrichtungen seit 2017 bundesweit kaum verändert hat. Gleichzeitig zeigt sich eine weitere Ausdifferenzierung der Versorgungsangebote. Insbesondere die teilstationäre Versorgung hat nach der pandemiebedingten Stagnation wieder deutlich an Bedeutung gewonnen und verzeichnet erneut kräftige Zuwächse. Demgegenüber liegt die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen insgesamt weiterhin unter dem Vorkrisenniveau. Die durchschnittliche Zahl der versorgten Pflegebedürftigen je Einrichtung ist zuletzt wieder leicht angestiegen.

Für die häusliche Pflege durch An- und Zugehörige gilt weiterhin, dass nur für rund ein Viertel der Pflegebedürftigen Rentenversicherungsbeiträge für ihre Pflegepersonen gezahlt werden. In den ostdeutschen Ländern liegt dieser Anteil aktuell und meist auch in den Jahren zuvor unterhalb des Bundesdurchschnitts. Dies ist auch durch eine unterschiedliche Altersstruktur verursacht, da für die Versorgung jüngerer Pflegebedürftiger häufiger Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden.

2.3 Finanzierung

www.bifg.de/Y925PP

Die Pflegeversicherung besteht in Deutschland aus zwei Zweigen: der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung ist für beide Versichertengruppen identisch und deckt lediglich einen Teil der durch Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten ab (Kapitel 2.3.1). Neben der Pflegeversicherung tragen auch andere kollektive Sicherungssysteme – insbesondere die Sozialhilfe – sowie Eigenmittel der Betroffenen zur Finanzierung der Pflege bei. Kapitel 2.3.2 gibt zunächst einen Überblick über die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, die den quantitativ bedeutendsten Teil der Finanzierung ausmacht. Anschließend werden die Entwicklungen in der privaten Pflegepflichtversicherung (Kapitel 2.3.3) und der Sozialhilfe (Kapitel 2.3.4) dargestellt. Abschließend folgt ein Überblick über die Finanzierung der Leistungsausgaben in der Langzeitpflege insgesamt, der zusätzlich die Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben berücksichtigt (Kapitel 2.3.5).

2.3.1 Leistungen der Pflegeversicherung

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die meisten Leistungshöhen als Pauschalen oder Höchstbeträge ausgestaltet. Bis zum Jahr 2008 wurden sie zunächst nicht angepasst. Erst seitdem erfolgten Leistungsanpassungen in unregelmäßigen Abständen und mit unterschiedlicher Intensität. Im Zuge zahlreicher Pflegereformgesetze wurden insbesondere seit 2008 sowohl die Leistungshöhen angepasst als auch neue Leistungsarten eingeführt und Leistungsansprüche ausgeweitet (Rothgang & Müller, 2021, S. 116 ff.). Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Verhinderungspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege gehören seit April 1995 zum Leistungskatalog der Pflegeversicherung. Leistungsansprüche für die vollstationäre Dauerpflege bestehen seit Juli 1996. Die Entwicklung der Leistungsansprüche seit Einführung der Pflegegrade ist in Tabelle 2.24 dargestellt.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden zum Jahr 2017 die Pflegegrade eingeführt und die maximalen beziehungsweise pauschalen Leistungsbeträge für die einzelnen Leistungsbereiche nach Pflegegrad neu festgelegt. Die ersten Leistungsanpassungen nach Einführung der Pflegegrade erfolgten durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) zum Jahr 2022. Dabei wurden insbesondere die Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen und die Kurzzeitpflege angepasst. In der vollstationären Dauerpflege blieben die Leistungsbeträge nach § 43 SGB XI unverändert. Stattdessen wurden mit § 43c SGB XI Leistungszuschläge eingeführt, deren Höhe mit zunehmender Verweildauer in der vollstationären Pflege ansteigt.

Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurden die Leistungsansprüche in zwei Schritten weiterentwickelt. Zum 1. Januar 2024 wurden die Anteilswerte für die Leistungszuschläge in der vollstationären Pflege erhöht sowie die nominalen Beträge für Pflegegeld und Pflegesachleistungen um fünf Prozent angehoben. Zum 1. Januar 2025 folgte eine allgemeine Anpassung der Leistungsbeträge um weitere 4,5 Prozent. Seit dem 1. Juli 2025 werden außerdem die bisherigen Leistungsbeträge für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in einem gemeinsamen Jahresbetrag zusammengefasst. Gleichzeitig wurden die Anspruchsvoraussetzungen beider Leistungsarten weitgehend vereinheitlicht und flexibilisiert. Hierzu gehören insbesondere der Wegfall der sechsmonatigen Vorpflegezeit für die Verhinderungspflege, die Ausweitung ihrer Höchstdauer auf acht Wochen sowie der

Wegfall der bisherigen Übertragungsregelungen zwischen Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Eine weitere Dynamisierung der Leistungsbeträge entsprechend der Kerninflationsrate der Jahre 2025 bis 2027 ist zum 1. Januar 2028 vorgesehen (§ 30 SGB XI). Eine darüber hinausgehende regelhafte Anpassung der Leistungsbeträge ist im SGB XI nicht vorgeschrieben. Im noch nicht verabschiedeten Entwurf des PNOG sind hierzu alternative Regelungen vorgesehen (siehe Kapitel 1).

Tabelle 2.24: Maximale Leistungen der Pflegeversicherung 2017–2025

Sachleistung nach § 36 SGB XI maximal monatlich in Euro					
	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					
	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					
	PG 1	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**
2017	125	770	1.262	1.775	2.005
2022	125	770	1.262	1.775	2.005
		+ anteilige Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils bei andauernder vollstationärer Dauerpflege: 5 % bei bis zu 12 Monaten 25 % bei mehr als 12 Monaten 45 % bei mehr als 24 Monaten 70 % bei mehr als 36 Monaten			
2024	125	770	1.262	1.775	2.005
		+ anteilige Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils bei andauernder vollstationärer Dauerpflege: 15 % bei bis zu 12 Monaten 30 % bei mehr als 12 Monaten 50 % bei mehr als 24 Monaten 75 % bei mehr als 36 Monaten			

2025	125	805	1.319	1.855	2.096
		+ anteilige Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils bei andauernder vollstationärer Dauerpflege: 15 % bei bis zu 12 Monaten 30 % bei mehr als 12 Monaten 50 % bei mehr als 24 Monaten 75 % bei mehr als 36 Monaten			
Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI maximal jährlich in Euro bis Ende Juni 2025					
	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]	–	1.854 (+ Umwidmung von Verhinderungspflege 1.685)			
Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI maximal jährlich in Euro bis Ende Juni 2025					
Pflege durch nahe Angehörige					
	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	1.200,00	1.485,00
2025 bei PG 4 + 5 und Alter bis unter 25 Jahre max. 8 Wochen[2]				1.600	1.685
Pflege durch sonstige Personen					
	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					
	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 § 45f SGB XI monatlich in Euro					
	PG 1	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**
2017			214		
2025			224		
Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45g SGB XI einmalig in Euro					
	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					
	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					
	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 % des Pflegegelds.
[2] Für acht Wochen fortgesetzte Zahlung von 50 % des Pflegegelds.
[3] Ohne Anrechnung auf die Pflegesachleistung oder das Pflegegeld.
[4] Bis zu 40 % 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, 2024c, 2025c, 2026d)

2.3.2 Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung resultieren fast ausschließlich aus Beiträgen, die im Umlageverfahren aufgebracht werden. Zwischen 2017 und 2025 haben sich die Gesamteinnahmen von 36,10 Milliarden Euro auf 73,33 Milliarden Euro mehr als verdoppelt (Tabelle 2.25). Der Anstieg beruht neben der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen insbesondere auf mehreren Anhebungen des Beitragssatzes. Mit Inkrafttreten des PSG II zum 1. Januar 2017 lag der allgemeine Beitragssatz bei 2,55 Prozent und für Kinderlose bei 2,80 Prozent. Zum 1. Januar 2019 wurde der allgemeine Beitragssatz auf 3,05 Prozent und der Beitragssatz für Kinderlose auf 3,30 Prozent angehoben. Durch das GVWG erhöhte sich der Beitragszuschlag für Kinderlose zum 1. Januar 2022 auf 0,35 Prozentpunkte. Mit dem PUEG wurde der allgemeine Beitragssatz zum 1. Juli 2023 auf 3,40 Prozent festgesetzt. Gleichzeitig wurde der Kinderlosenzuschlag auf 0,60 Prozentpunkte erhöht, und für Eltern mit mehreren Kindern unter 25 Jahren wurden nach der Kinderzahl gestaffelte Abschläge eingeführt. Zum 1. Januar 2025 erfolgte durch die Pflege-Beitragssatz-Anpassungsverordnung 2025 eine weitere Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,20 Prozentpunkte auf 3,60 Prozent. Für kinderlose Mitglieder ab Vollendung des 23. Lebensjahres beträgt der Beitragssatz damit grundsätzlich 4,20 Prozent. Die Beitragseinnahmen stiegen infolge dieser Anpassung im Jahr 2025 besonders deutlich auf 72,45 Milliarden Euro. Sonstige Einnahmen spielten mit 0,88 Milliarden Euro dagegen nur noch eine geringe Rolle. Ihr vorübergehend hoher Umfang in den Jahren 2020 bis 2022 war insbesondere auf Bundesmittel zur Stabilisierung des Ausgleichsfonds, Finanzierungsanteile der gesetzlichen Krankenversicherung sowie pandemiebedingte Erstattungen zurückzuführen. Mit dem Auslaufen dieser Sonderregelungen sind die sonstigen Einnahmen wieder deutlich zurückgegangen.

Den Einnahmen von 73,33 Milliarden Euro standen im Jahr 2025 Ausgaben von 73,82 Milliarden Euro gegenüber. Seit 2017 stiegen die Gesamtausgaben von 38,52 Milliarden Euro damit um 35,30 Milliarden Euro beziehungsweise 91,6 Prozent. Den weitaus größten Teil bilden die Leistungsausgaben, die 2025 auf 70,42 Milliarden Euro stiegen. Die Verwaltungsausgaben beliefen sich auf 1,95 Milliarden Euro und machten damit weiterhin lediglich 2,6 Prozent der Gesamtausgaben aus. Unter Einbeziehung der hälftigen Kosten des Medizinischen Dienstes in Höhe von 0,69 Milliarden Euro entfielen insgesamt 3,6 Prozent der Ausgaben auf Verwaltung und Medizinischen Dienst.

Bei fast allen Leistungsarten zeigt sich über den Beobachtungszeitraum eine deutliche Ausgabenzunahme. Neben der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen wirkten sich im Jahr 2025 auch die allgemeine Erhöhung der Leistungsbeträge um 4,5 Prozent und die Einführung des gemeinsamen Jahresbetrags für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege aus. Die Ausgaben für Pflegegeld stiegen von 9,99 Milliarden Euro im Jahr 2017 auf 21,01 Milliarden Euro im Jahr 2025 und haben sich damit mehr als verdoppelt. Auch die Ausgaben für Pflegesachleistungen erhöhten sich von 4,50 auf 6,92 Milliarden Euro. Besonders dynamisch entwickelten sich zuletzt die Ausgaben für die Verhinderungspflege, die allein zwischen 2024 und 2025 von 3,12 auf 4,46 Milliarden Euro zunahmen. Die Ausgaben für die soziale Sicherung der Pflegepersonen stiegen im gesamten Beobachtungszeitraum von 1,54 auf 4,80 Milliarden Euro.

Die Ausgaben für die vollstationäre Pflege stagnierten zwischen 2017 und 2021 zunächst bei rund 13 Milliarden Euro. Seit Einführung der nach der Aufenthaltsdauer gestaffelten Leistungszuschläge zur Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile sind sie jedoch deutlich gestiegen. Im Jahr 2025 beliefen sie sich einschließlich dieser Zuschläge auf 20,57 Milliarden Euro und lagen damit um 7,57 Milliarden Euro beziehungsweise 58,2 Prozent über dem Wert des Jahres 2017.

Die sonstigen Leistungsausgaben erreichten während der Coronapandemie mit 5,45 Milliarden Euro im Jahr 2021 und 5,55 Milliarden Euro im Jahr 2022 außergewöhnlich hohe Werte. Nach Auslaufen dieser Sonderausgaben gingen sie deutlich zurück und lagen 2025 nur noch bei 1,03 Milliarden Euro.

Der Pflegevorsorgefonds wurde im Jahr 2015 eingeführt. Sein Mittelbestand erhöhte sich bis Ende 2025 auf 16,24 Milliarden Euro. Die regulär für das Jahr 2023 vorgesehene Zuführung wurde auf das Jahr 2024 verschoben. Zugleich wurde die jährliche Zuführung für die Jahre 2024 bis 2027 auf jeweils 0,70 Milliarden Euro abgesenkt (§ 135 Abs. 4 SGB XI). Dadurch wurden dem Fonds im Jahr 2024 insgesamt 2,42 Milliarden Euro und im Jahr 2025 weitere 0,70 Milliarden Euro zugeführt.

Die laufende Finanzlage bleibt trotz der kräftig gestiegenen Beitragseinnahmen angespannt. Nach Defiziten in den Jahren 2017 und 2018 führte die Beitragssatzerhöhung zum Jahr 2019 zunächst zu einem Überschuss. In den Jahren 2021 und 2022 rutschte die soziale Pflegeversicherung jedoch erneut ins Defizit. Der Beitragssatzanstieg im Jahr 2023 bewirkte nur vorübergehend einen positiven Saldo; bereits 2024 überstiegen die Ausgaben die Einnahmen wieder um 1,54 Milliarden Euro. Im Jahr 2025 verringerte sich das Defizit infolge der erneuten Beitragserhöhung zwar auf rund 0,49 Milliarden Euro, zusätzlich erhielt der Ausgleichsfonds jedoch ein zinsloses Bundesdarlehen in Höhe von 0,50 Milliarden Euro. Der Mittelbestand am Jahresende blieb dennoch mit 5,35 Milliarden Euro nahezu unverändert und entsprach nur noch 0,9 Monatsausgaben. Damit hat die Beitragserhöhung die kurzfristige Zahlungsfähigkeit gestützt, das strukturelle Finanzierungsproblem der sozialen Pflegeversicherung aber nicht beseitigt.

Tabelle 2.25: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung 2017–2025

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	Einnahmen in Milliarden Euro								
Beitragseinnahmen	36,04	37,65	46,53	47,89	49,70	52,45	58,53	65,37	72,45
sonstige Einnahmen	0,06	0,07	0,72	2,73	2,81	5,33	2,48	1,29	0,88
Einnahmen insgesamt	36,10	37,72	47,24	50,62	52,50	57,78	61,01	66,66	73,33
	Ausgaben in Milliarden Euro								
Leistungsausgaben	35,54	38,25	40,69	45,60	50,23	56,23	56,91	63,26	70,42
Pflegesachleistung	4,50	4,78	4,98	5,30	5,50	5,68	6,05	6,54	6,92
Geldleistung	9,99	10,88	11,74	12,89	13,92	14,92	16,18	18,64	21,01
Verhinderungspflege	1,12	1,25	1,46	1,63	1,81	2,12	2,57	3,12	4,46
Hilfsmittel/Wohnumfeldverbesserung	0,88	1,06	1,19	1,38	1,70	1,65	1,74	1,91	2,17
soziale Sicherung der Pflegepersonen	1,54	2,10	2,38	2,72	3,07	3,24	3,60	4,10	4,80
Tages-/Nachtpflege	0,68	0,80	0,94	0,74	0,88	1,12	1,40	1,64	1,81
zusätzliche ambulante Betreuungs- und Entlastungsleistungen	1,23	1,63	1,92	2,03	2,39	2,66	2,95	3,36	3,87
Kurzzeitpflege	0,60	0,65	0,70	0,61	0,67	0,74	0,85	0,89	1,01
vollstationäre Pflege	13,00	12,95	12,98	12,98	12,55	16,04	17,09	19,27	20,57

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,40	0,44	0,44	0,42	0,45	0,44	0,43	0,43	0,45
stationäre Vergütungszuschläge	1,31	1,37	1,51	1,60	1,72	1,93	2,23	2,13	2,16
Pflegeberatung	0,09	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14	0,15	0,16	0,17
sonstige Leistungsausgaben	0,20	0,22	0,32	3,16	5,45	5,55	1,68	1,07	1,03
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,42	0,45	0,49	0,53	0,53	0,53	0,59	0,64	0,69
Verwaltungsausgaben	1,18	1,14	1,28	1,41	1,50	1,62	1,68	1,80	1,95
Zuführung zum Pflegevorsorgefonds	1,36	1,41	1,48	1,53	1,57	1,63	0,00	2,42	0,70
sonstige Ausgaben	0,00	0,02	0,02	0,01	0,02	0,03	0,06	0,08	0,06
Ausgaben insgesamt	38,52	41,27	43,95	49,08	53,85	60,03	59,23	68,20	73,82
	Liquidität in Milliarden Euro								
Überschuss der Einnahmen	−2,42	−3,55	3,29	1,54	−1,35	−2,25	1,78	−1,54	−0,49
Mittelbestand am Jahresende	6,92	3,37	6,66	8,20	6,85	5,60	6,89	5,34	5,35
in Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Kassen	2,17	1,02	1,88	2,16	1,65	1,21	1,41	1,00	0,86
nachrichtlich: Mittelbestand Pflegevorsorgefonds	3,83	5,17	7,18	9,01	10,70	10,45	11,64	14,81	16,24

Anmerkung: Ab 2019 „stationäre Vergütungszuschläge“ inklusive „Vergütungszuschlägen für zusätzliches Personal in vollstationären Einrichtungen“, ab 2022 „stationäre Pflege“ inklusive „vollstationärer Eigenanteilsbegrenzung“, „Überschuss der Einnahmen“ bezeichnet den ausgewiesenen Wert abzüglich des Überschusses der Ausgaben.
Quelle: BMG (2026a)

2.3.3 Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung

Die Finanzierung der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) unterscheidet sich grundlegend von der sozialen Pflegeversicherung. Während die SPV nach dem Umlageverfahren finanziert wird, bildet die PPV Alterungsrückstellungen, um die im höheren Lebensalter steigenden Leistungsausgaben zu finanzieren. Dementsprechend übersteigen die Beitragseinnahmen die Versicherungsleistungen dauerhaft deutlich (Tabelle 2.26). Zwischen 2017 und 2024 stiegen die Beitragseinnahmen von 2,59 auf 6,20 Milliarden Euro. Ursache hierfür sind insbesondere die Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung, die auch in der PPV entsprechende Prämienanpassungen erforderlich machten. Die Versicherungsleistungen erhöhten sich im gleichen Zeitraum von 1,29 auf 2,73 Milliarden Euro, lagen aber weiterhin nur bei 44,0 Prozent der Beitragseinnahmen.

Der überwiegende Teil der Beitragseinnahmen fließt damit weiterhin in den Aufbau von Alterungsrückstellungen. Diese beliefen sich Ende 2024 auf 57,39 Milliarden Euro und haben sich gegenüber 2017 um rund zwei Drittel erhöht. Sie entsprechen damit inzwischen rund 84 Prozent der gesamten jährlichen Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für ambulante und stationäre Leistungen im Jahr 2024.

Tabelle 2.26: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung 2017–2024

Jahr	Beitrags-einnahmen	Versicherungsleistungen		Alterungs-rückstellungen
	in Millionen Euro	in Millionen Euro	Anteil an den Beitrags-einnahmen 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
2024	6.198,5	2.727,5	44,0	57.387,7

Quelle: PKV (2026), eigene Berechnungen

Im Jahr 2024 waren 9,2 Millionen Personen privat pflegepflichtversichert (PKV, 2026). Daraus ergeben sich Pro-Kopf-Versicherungsleistungen von 297 Euro. In der sozialen Pflegeversicherung beliefen sich die Leistungsausgaben im Jahr 2024 auf 63,26 Milliarden Euro (Tabelle 2.25) bei 74,5 Millionen Versicherten. Dies entspricht Pro-Kopf-Leistungsausgaben von 850 Euro und damit nahezu dem Dreifachen der Pro-Kopf-Leistungsausgaben in der PPV. Dies ist auf die günstigere Altersstruktur der PPV-Versicherten zurückzuführen, den niedrigeren Frauenanteil bei den PPV-Versicherten und auf ihre geringeren altersspezifischen Pflegeprävalenzen (Rothgang & Domhoff, 2019, S. 17 f.). Zu berücksichtigen ist auch, dass etwa die Hälfte der Privatversicherten beihilfeberechtigt sind. Auch unter Einschluss der Beihilfezahlungen sind die Leistungsausgaben der PPV pro versicherte Person – bei gleichen Leistungsansprüchen – nur etwa halb so hoch wie bei Privatversicherten.

2.3.4 Finanzierung durch die Sozialhilfe

Auch im Rahmen der Sozialhilfe werden Pflegebedürftige nach Pflegegraden unterschieden. Mit dem PSG III wurden die Definitionen der Pflegegrade aus dem SGB XI in das SGB XII übernommen. Der Leistungsanspruch der „Hilfe zur Pflege" orientiert sich damit grundsätzlich an den Regelungen der sozialen Pflegeversicherung. Wie in der Pflegeversicherung besteht auch in der Sozialhilfe bei Pflegegrad 1 lediglich ein eingeschränkter Leistungsanspruch (§ 63 SGB XII). Leistungen der „Hilfe zur Pflege" werden zudem nachrangig gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung gewährt (§ 64 SGB XII). Erst wenn die Leistungen der Pflegeversicherung sowie das einzusetzende Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, übernimmt die Sozialhilfe die verbleibenden pflegebedingten Kosten.

Das zentrale Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, die Zahl der Personen zu reduzieren, die auf „Hilfe zur Pflege" angewiesen sind, und damit zugleich die Ausgaben der Sozialhilfeträger zu senken (Roth & Rothgang, 2001, S. 303). Dieses Ziel wurde mit Einführung der Pflegeversicherung zunächst erreicht. In den Folgejahren nahm die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege" jedoch wieder zu. Die Leistungsausweitungen der Pflegeversicherung im Jahr 2017 führten erneut zu einem vorübergehenden Rückgang (Rothgang & Müller, 2021, S. 129). Seither entwickeln sich die Fallzahlen im ambulanten und stationären Bereich unterschiedlich. Im ambulanten Bereich liegt die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger trotz einer insgesamt zunehmenden Bedeutung der ambulanten Versorgung seit 2017 relativ konstant bei rund 50.000 bis 60.000. Die „Hilfe zur Pflege" konzentriert sich damit weiterhin vor allem auf die stationäre Versorgung. Im Jahr 2024 bezogen rund 271.000 stationär versorgte Pflegebedürftige „Hilfe zur Pflege", gegenüber rund 60.000 im ambulanten Bereich (Tabelle 2.27).

Eine deutliche Zäsur zeigt sich im Jahr 2022. Mit Einführung der nach der bisherigen Aufenthaltsdauer gestaffelten Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI sank die Zahl der stationär versorgten Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege" von rund 263.000 im Jahr 2021 auf 238.000 im Jahr 2022. Auch die Nettoausgaben für die stationäre „Hilfe zur Pflege" gingen deutlich zurück. Dieser Entlastungseffekt war jedoch nur von kurzer Dauer. Bis 2024 stieg die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger in der stationären Versorgung wieder auf rund 271.000 und lag damit bereits

über dem Niveau vor Einführung der Zuschläge. Noch stärker nahmen die Ausgaben zu: Die gesamten Nettoausgaben für „Hilfe zur Pflege“ stiegen von 3,52 Milliarden Euro im Jahr 2022 auf 5,28 Milliarden Euro im Jahr 2024 und erreichten damit den höchsten Wert im betrachteten Zeitraum (Tabelle 2.27).

Tabelle 2.27: Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Pflegebedürftige und Nettoausgaben 2017–2024

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
2024	330	60	271	5.276	1.623	3.653

[1] Abweichungen durch Mehrfachzählungen.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2023, 2026a)

Auffällig ist, dass die Ausgaben deutlich stärker gestiegen sind als die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger. Während deren Zahl zwischen 2022 und 2024 um rund 13 Prozent zunahm, erhöhten sich die Nettoausgaben um rund 50 Prozent. Besonders ausgeprägt war diese Entwicklung in der stationären Versorgung, in der die Ausgaben innerhalb von zwei Jahren von 2,42 auf 3,65 Milliarden Euro und damit um mehr als die Hälfte stiegen. Der erneute Ausgabenanstieg ist somit nur zum Teil auf eine steigende Zahl von Leistungsberechtigten zurückzuführen; zugleich haben sich die durchschnittlichen Ausgaben je Empfängerin beziehungsweise Empfänger deutlich erhöht.

Auch gemessen an allen in Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege betreuten Pflegebedürftigen zeigt sich die besondere Bedeutung der „Hilfe zur Pflege“ für die stationäre Versorgung. 2023 haben 34,4 Prozent dieser Pflegebedürftigen „Hilfe zur Pflege“ bezogen, 2024 waren es schon 35,6 Prozent (Abbildung 1.4 in Kapitel 1). Im selben Jahr wurden rund 1,1 Millionen Pflegebedürftige von ambulanten Pflegediensten betreut (Tabelle 2.10), von denen rund 58.000 „Hilfe zur Pflege“ bezogen (Tabelle 2.27). Dies entspricht einem Anteil von 5,3 Prozent.

2.3.5 Finanzierung im Überblick

Abschließend gibt dieses Kapitel einen Überblick über die zuvor dargestellten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2024 (da dies das aktuellste Jahr ist, für das aus allen Bereichen Zahlen verfügbar sind). Zusätzlich zu den bisher behandelten Kostenträgern werden die Ausgaben der Kriegsopferfürsorge und die privaten Ausgaben berücksichtigt. Erfasst werden dabei ausschließlich Ausgaben für die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit und nicht sämtliche Ausgaben für pflegebedürftige Menschen. Ausgaben, die beispielsweise in der Krankenversicherung für Pflegebedürftige anfallen, bleiben unberücksichtigt. Unterschieden wird zwischen öffentlichen und privaten Ausgaben. Die PPV wird für diese Übersicht dem öffentlichen Bereich zugerechnet, da sie gesetzlich vorgeschrieben ist, gegenüber der Sozialversicherung eine substitutive Funktion erfüllt und ihre Mitglieder einer Versicherungspflicht unterliegen.

Die öffentlichen Ausgaben können den Berichterstattungen der jeweiligen Kostenträger entnommen werden. Im Jahr 2024 entfallen 63,26 Milliarden Euro auf die SPV und 2,73 Milliarden Euro auf die PPV. Hinzu kommen 1,36 Milliarden Euro der Beamtenbeihilfe, 5,28 Milliarden Euro der Sozialhilfe sowie 0,08 Milliarden Euro der Kriegsopferfürsorge. Insgesamt ergeben sich damit öffentliche Ausgaben von 72,71 Milliarden Euro (Tabelle 2.28).

Tabelle 2.28: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2024

Ausgabenträger	in Milliarden Euro	Anteil an öffentlichen/ privaten Ausgaben in Prozent	Anteil an den Gesamtausgaben in Prozent
öffentliche Ausgaben	**72,71**	**100,0**	**86,9**
SPV	63,26	87,0	75,6
PPV	2,73	3,8	3,3
Beamtenbeihilfe[1]	1,36	1,9	1,6
Sozialhilfe	5,28	7,3	6,3
Kriegsopferfürsorge	0,08	0,1	0,1
private Ausgaben[2]	**10,96**	**100,0**	**13,1**
Pflegeheim[3]	5,73	52,3	6,8
häusliche Pflege[4]	5,23	47,7	6,3
insgesamt	83,67		100,0

[1] Geschätzt als 50 Prozent der Ausgaben der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Der Schätzung liegt zugrunde, dass etwa die Hälfte der PPV-Versicherten beihilfeberechtigt ist und für diese Personen Beihilfe mindestens in Höhe der jeweiligen PPV-Leistungen gezahlt wird.
[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 pflegebedingte Eigenanteile in der vollstationären Pflege unter Berücksichtigung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI, abzüglich der Nettoausgaben für „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen im Jahr 2024.
[4] Privat getragene Pflegekosten abzüglich „Hilfe zur Pflege“ im ambulanten Bereich im Berichtsjahr 2024.
Quelle: Kriegsopferfürsorge: Statistisches Bundesamt (2022), SPV: BMG (2026a), PPV: PKV (2026), Sozialhilfe: Statistisches Bundesamt (2026a), Eigenanteil an den Pflegekosten im Pflegeheim: vdek (2026b), private Aufwendungen in der häuslichen Pflege: Schwinger & Zok (2024, S. 7)

Für die privaten Ausgaben in der stationären Pflege werden die von den Pflegebedürftigen zu tragenden pflegebedingten Eigenanteile unter Berücksichtigung der nach Aufenthaltsdauer gestaffelten Leistungszuschläge der Pflegeversicherung berechnet. Nach Abzug der Nettoausgaben der Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ in Einrichtungen ergeben sich für das Jahr 2024 private Ausgaben von 5,73 Milliarden Euro. Nicht einbezogen sind hierbei die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechneten Investitionskosten. Für die häusliche Pflege können die privaten Ausgaben nur geschätzt werden. Nach Schwinger und Zok (2024, S. 7) trugen 41,8 Prozent der Personen, die ambulante Pflegedienste nutzten, hierfür private Kosten von durchschnittlich 325 Euro monatlich. Auf Grundlage dieser Werte und der Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen ergeben sich nach Abzug der ambulanten Ausgaben für „Hilfe zur Pflege“ geschätzte private Ausgaben für die häusliche Pflege von 5,23 Milliarden Euro im Jahr 2024.[2]

Insgesamt belaufen sich die hier berücksichtigten Ausgaben für Pflegebedürftigkeit im Jahr 2024 auf rund 83,67 Milliarden Euro. Davon entfallen 86,9 Prozent auf öffentliche und 13,1 Prozent auf private Ausgaben (Tabelle 2.28). Innerhalb der öffentlichen Ausgaben trägt die SPV mit 87,0 Prozent den mit Abstand größten Anteil; bezogen auf die Gesamtausgaben sind es 75,6 Prozent. Zusammen finanzieren SPV und PPV 78,9 Prozent der hier betrachteten Ausgaben. Die Sozialhilfe trägt weitere 6,3 Prozent. Damit bleibt die Pflegeversicherung der zentrale Kostenträger, zugleich wird aber weiterhin ein relevanter Teil der hier erfassten Pflegeausgaben aus anderen öffentlichen und privaten Mitteln finanziert.

Weitgehend unberücksichtigt bleiben zudem die Opportunitätskosten der familialen Pflege. Auch die Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung im stationären Bereich sowie die Investitionskosten werden in der Berechnung nicht berücksichtigt. Anfang Januar 2026 lagen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Bundesdurchschnitt bei monatlich 1.046 Euro je Pflegebedürftigen und die Investitionskosten bei rund 514 Euro (vdek, 2026b, S. 48). Diese Kosten werden in der vorliegenden Betrachtung nicht den pflegebedingten Ausgaben zugerechnet, da Aufwendungen für Wohnen und Lebenshaltung grundsätzlich auch unabhängig von Pflegebedürftigkeit

2 Die Schätzung der privaten Ausgaben für die häusliche Pflege wurde gegenüber früheren Berichtsjahren verändert und auf die Eigenbeteiligung bei der Nutzung ambulanter Pflegedienste begrenzt. Die Ergebnisse sind daher mit den Angaben früherer Ausgaben nur eingeschränkt vergleichbar.

entstehen. Allerdings übersteigen die entsprechenden Aufwendungen im Pflegeheim die durchschnittlichen Konsumausgaben eines Einpersonenhaushalts deutlich. Nach der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2023 lagen diese bei monatlich 817 Euro für Wohnen, Energie und Wohnungsinstandhaltung sowie bei 254 Euro für Nahrungsmittel, Getränke und Tabakwaren (Statistisches Bundesamt, 2026f). Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen im Pflegeheim können daher zumindest teilweise als Folge der stationären Versorgung angesehen werden. Die hier ausgewiesenen privaten Ausgaben bilden die tatsächliche finanzielle Belastung somit nur teilweise ab und sind als Untergrenze zu verstehen.

Kapitel 3

Veränderungen der ärztlichen Versorgung bei Übergängen in der Pflege

3 Veränderungen der ärztlichen Versorgung bei Übergängen in der Pflege

3.1 Problemlage und bisherige Befunde

Pflegebedürftige ältere Menschen weisen häufig mehrere chronische Erkrankungen und komplexe gesundheitliche Versorgungsbedarfe auf (McGilton et al., 2018). Dementsprechend kommt einer kontinuierlichen hausärztlichen und, bei bestehendem Bedarf, einer weiteren fachärztlichen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Dies gilt sowohl für Personen, die in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, als auch für Bewohnende von Pflegeheimen, wobei sich die organisatorischen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung zwischen beiden Settings unterscheiden (Münchenberg et al., 2026; Schulz et al., 2020b).

Bisherige Studien beschreiben eine hohe Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung durch Pflegebedürftige. In einer Untersuchung in 44 deutschen Pflegeheimen hatten 98 Prozent der Bewohnenden innerhalb eines Jahres mindestens einen Hausarztkontakt. Die Inanspruchnahme weiterer Facharztgruppen fiel deutlich geringer aus und unterschied sich zwischen den einzelnen Fachgruppen. So hatten 39 Prozent der Pflegeheimbewohnenden neurologische oder psychiatrische, 22 Prozent HNO-ärztliche sowie jeweils 18 Prozent urologische und augenärztliche Kontakte. Diese Angaben beziehen sich jedoch auf alle Pflegeheimbewohnenden (Czwikla et al., 2022). Anders als bei der hausärztlichen Versorgung besteht allerdings nicht bei allen Bewohnenden ein Versorgungsbedarf durch jede einzelne fachärztliche Fachgruppe. Schulz et al. untersuchten daher die fachärztliche Inanspruchnahme jeweils bei Personen mit Erkrankungen, die einen entsprechenden fachärztlichen Versorgungsbedarf nahelegen. Dabei hatten Pflegebedürftige sowohl in der häuslichen Pflege als auch im Pflegeheim bei nahezu allen untersuchten Kombinationen aus Erkrankung und Fachgruppe seltener mindestens einen Facharztkontakt als Personen ohne Pflegebedarf, was ein Hinweis auf eine mögliche Unterversorgung Pflegebedürftiger ist. Eine Ausnahme bildete insbesondere die Neurologie/Psychiatrie, in der Pflegebedürftige verglichen mit Nichtpflegebedürftigen häufiger mindestens einen Facharztkontakt hatten (Schulz et al., 2020b). In einer weiterführenden Analyse war die Inanspruchnahme bei der Mehrzahl der untersuchten Fachgruppen mit zunehmendem Pflegebedarf geringer, während sich auch hier für die Neurologie/Psychiatrie ein gegenläufiges Muster zeigte (Schulz et al., 2020a).

Vergleichsweise umfangreich untersucht ist zudem die zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger, für die unabhängig vom Vorliegen spezifischer Erkrankungen mindestens einmal jährlich eine zahnärztliche Untersuchung empfohlen wird. In einer deutschen Routinedatenanalyse nahmen innerhalb eines Jahres allerdings nur 52 Prozent der Personen mit häuslicher Pflege und 53 Prozent der Pflegeheimbewohnenden zahnärztliche Leistungen in Anspruch, gegenüber 73 Prozent der Personen ohne Pflegebedarf (Czwikla et al., 2023). Auch der BARMER Zahnreport 2026 weist für das Jahr 2024 mit 59 Prozent bei ambulant und 53 Prozent bei stationär Pflegebedürftigen eine geringere Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen aus als bei Personen ohne Pflegegrad mit 76 Prozent (Rädel et al., 2026). Eine weitere deutsche Routinedatenanalyse beschrieb ebenfalls eine geringere zahnärztliche Inanspruchnahme bei Personen mit häuslicher Pflegebedürftigkeit im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf (Henken et al., 2025).

Während damit verschiedene Befunde zur ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger vorliegen, ist weniger darüber bekannt, wie sich die Versorgung beim Eintritt in die Pflege verändert. Vor erstmaliger Feststellung eines Pflegegrads besteht in der Regel bereits ein hoher medizinischer Versorgungsbedarf; für einzelne Versorgungsleistungen ist mit Annäherung an den Pflegeeintritt eine zunehmende Inanspruchnahme zu erwarten (Schnitzer et al., 2026). So zeigte eine deutsche Routinedatenanalyse, die sich allerdings nur auf Übergänge in ein Pflegeheim fokussierte, Veränderungen der fachärztlichen Versorgung, die je nach Fachgruppe unterschiedlich ausfielen; unter anderem ging die augenärztliche Inanspruchnahme zurück, während die Inanspruchnahme der Neurologie/Psychiatrie zunahm (Spreckelsen et al., 2020b). Gezielter untersucht wurden Veränderungen beim Eintritt in die Pflege dagegen bereits für die zahnärztliche Versorgung: Nach Eintritt in die häusliche Pflege sank dabei der Anteil mit zahnärztlicher Inanspruchnahme von 60 Prozent auf 56 Prozent, während er nach Eintritt in ein Pflegeheim von 46 Prozent auf 54 Prozent anstieg (Czwikla et al., 2023).

Eine weitere Besonderheit der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen stellen die Kooperations- und Koordinationsstrukturen nach § 119b SGB V dar. Mit dem Ziel, die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu verbessern und stärker zu koordinieren, wurde zunächst die Möglichkeit zum Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragsärztinnen und -ärzten geschaffen; diese wurde später in eine Verpflichtung zum Abschluss entsprechender Verträge bei bestehendem Versorgungsbedarf überführt. Empirische Erkenntnisse zu möglichen Unterschieden in der Versorgung von Pflegeheimen mit und ohne entsprechende Kooperationsverträge sind insbesondere außerhalb der zahnärztlichen Versorgung bislang begrenzt. Eine bundesweite Evaluation für das Jahr 2017 zeigte, dass Pflegeheimbewohnende, bei denen Kooperations- und Koordinationsleistungen abgerechnet wurden, von einem breiteren Spektrum ärztlicher Fachgruppen versorgt wurden und häufiger ärztliche Besuchsleistungen erhielten als Bewohnende ohne entsprechende Leistungen (Bewertungsausschuss Ärzte, 2019). In einer Untersuchung von 44 Pflegeheimen in Bremen und Niedersachsen zeigte sich bei bestehenden hausärztlichen Kooperationsverträgen tendenziell eine höhere Zahl persönlicher hausärztlicher Kontakte in Form von Heimvisiten und Praxisbesuchen, während die Zahl hausärztlicher Telefonkontakte niedriger war und für neurologisch-psychiatrische Kooperationsverträge keine Unterschiede in der Kontakthäufigkeit festgestellt wurden (Friedrich et al., 2023). Zudem war die Zahl zahnärztlicher Heimvisiten in Einrichtungen mit Kooperationsvertrag signifikant höher; der Anteil zahnärztlich unterversorgter Pflegeheimbewohnender lag dort bei 12 Prozent gegenüber 21 Prozent in Einrichtungen ohne entsprechenden Vertrag (Friedrich et al., 2023). Der BARMER Zahnreport 2026 zeigt zudem eine zunehmende Verbreitung zahnärztlicher Kooperationsverträge: Ende 2024 bestanden bundesweit 7.557 Verträge, entsprechend einem Abdeckungsgrad von rund 46 Prozent der Pflegeheime. Im selben Jahr wurden bei mehr als einem Viertel der bei der BARMER versicherten Pflegeheimbewohnenden der Mundgesundheitsstatus erhoben und ein Mundgesundheitsplan erstellt; rund 80 Prozent dieser Leistungen erfolgten im Rahmen von Besuchen in Einrichtungen mit Kooperationsvertrag (Rädel et al., 2026).

Die Evidenz zur ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger ist für die verschiedenen Versorgungsbereiche bislang unterschiedlich umfangreich. Während zur zahnärztlichen Versorgung einschließlich der Veränderungen beim Eintritt in die Pflege und der Bedeutung von zahnärztlichen Kooperationsverträgen vergleichsweise umfassende Erkenntnisse vorliegen, ist der Kenntnisstand zur hausärztlichen und weiteren fachärztlichen Versorgung deutlich begrenzter. Die vorliegenden Analysen verfolgen daher zwei komplementäre Ansätze. Im Querschnitt wird die haus- und fachärztliche Versorgung von Personen ohne Pflegebedürftigkeit, Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege und Pflegeheimbewohnenden verglichen und damit an inzwischen veraltete Untersuchungen zu Unterschieden zwischen diesen Gruppen angeknüpft. Die Analyse der Versorgung vor und nach dem erstmaligen Übergang in die häusliche Pflege beziehungsweise in ein Pflegeheim ergänzt diese Betrachtung um die zeitliche Veränderung innerhalb derselben Personen und ermöglicht es, Unterschiede zwischen beiden Pflegeübergängen zu untersuchen. Zusätzlich werden die Kontinuität der hausärztlichen Versorgung, das hausärztliche Überweisungsverhalten sowie die ärztliche Versorgung im Kontext von Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b SGB V analysiert.

3.2 Auswertungen der BARMER-Daten

Die Analysen basieren auf anonymisierten Routinedaten der BARMER zu Informationen aus der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung auf Personenebene. Berücksichtigt wurden Angaben zu Versicherungszeiten, Alter, Geschlecht und Wohnregion, Pflegeleistungen und Pflegegrad sowie ambulante und stationäre Diagnosen. Darüber hinaus wurden vertragsärztliche Abrechnungsdaten genutzt, um hausärztliche und weitere fachärztliche Kontakte sowie hausärztliche Überweisungen abzubilden. Zahnärztliche Leistungen waren nicht Bestandteil der Analysen. Die Auswertungen erfolgten auf Basis quartalsbezogener Beobachtungszeiträume. Zur Übertragung der Ergebnisse auf die Bevölkerung Deutschlands wurde eine Hochrechnung anhand von Alter, Geschlecht und Wohnregion vorgenommen.

Studienpopulationen

Für die Analysen wurden drei Studienpopulationen definiert (Tabelle 3.1). Studienpopulation I diente der querschnittlichen Analyse der ärztlichen Versorgung im gesamten Jahr 2024 in Abhängigkeit vom Pflegestatus am 1. Juli 2024. Die Studienpopulationen II und III wurden als inzidente Kohorten gebildet und dienten der Untersuchung von Veränderungen der ärztlichen Versorgung beim Übergang in häusliche Pflege (häusliche Pflegeinzidenz) beziehungsweise in ein Pflegeheim (Pflegeheiminzidenz) in einem der vier Quartale des Jahres 2023.

In allen drei Studienpopulationen wurden ausschließlich Personen im Alter von mindestens 65 Jahren berücksichtigt, für die Angaben zu Alter, Geschlecht und Wohnregion vorlagen. Studienpopulation I umfasste Personen, die am 1. Juli 2024 entsprechend ihrem Pflegestatus den Gruppen „nicht pflegebedürftig", „häusliche Pflege" oder „Pflegeheim" zugeordnet wurden und die im gesamten Jahr 2024 bei der BARMER versichert waren. Studienpopulation II beziehungsweise III umfasste Personen mit erstmaligem Eintritt in häusliche Pflege beziehungsweise in ein Pflegeheim im Jahr 2023. Für diese beiden Kohorten wurden Veränderungen der ärztlichen Versorgung anhand eines acht Quartale umfassenden Beobachtungszeitraums untersucht, wobei in jedem Quartal Versicherungszeiten bei der BARMER vorliegen mussten. Die vier Quartale vor Eintritt in das jeweilige Pflegesetting bildeten den PRÄ-Zeitraum (Q −4 bis Q −1), das Eintrittsquartal sowie die drei folgenden Quartale den POST-Zeitraum (Q 0 bis Q +3). Für Studienpopulation II wurden Personen ausgeschlossen, die im PRÄ-Zeitraum bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten hatten. Für Studienpopulation III wurden Personen ausgeschlossen, die bereits im PRÄ-Zeitraum in einem Pflegeheim versorgt worden waren. In allen Populationen mussten die Versicherten in jedem Quartal des jeweiligen Beobachtungszeitraums mindestens einen Versicherungstag aufweisen.

Tabelle 3.1: Übersicht über die Studienpopulationen

Merkmal	Population I: Querschnitt 2024	Population II: Übergang in häusliche Pflege[1] in 2023	Population III: Übergang ins Pflegeheim[2] in 2023
Zielsetzung	ärztliche Versorgung nach Pflegestatus	Veränderungen vor und nach Eintritt in häusliche Pflege[1]	Veränderungen vor und nach Eintritt ins Pflegeheim[2]
Alter	≥ 65 Jahre	≥ 65 Jahre	≥ 65 Jahre
Beobachtungs-zeitraum	Jahr 2024	PRÄ: Q −4 bis Q −1 vs. POST: Q 0 bis Q +3	PRÄ: Q −4 bis Q −1 vs. POST: Q 0 bis Q +3
Pflegestatus	keine Pflege, häusliche Pflege[1], Pflegeheim[2] zum Stichtag 1. Juli 2024	erstmaliger Eintritt in häusliche Pflege[1] im Jahr 2023	erstmaliger Eintritt ins Pflegeheim[2] im Jahr 2023

[1] Einschließlich Pflegegeld, Sach- oder Kombinationsleistungen sowie teilstationärer Pflege.
[2] Einschließlich vollstationärer Dauerpflege und Kurzzeitpflege.
PRÄ = vier Quartale vor Eintritt in das jeweilige Pflegesetting; POST = Eintrittsquartal und drei Folgequartale; Q = Quartal.
Quelle: eigene Darstellung

Merkmale und Analysen

Die Analysen wurden nach Geschlecht, Alter, Pflegegrad, Demenzstatus und dem Elixhauser-Komorbiditätsindex stratifiziert. Das Alter wurde in die Gruppen 65–74 Jahre, 75–84 Jahre, 85–94 Jahre sowie 95 Jahre und älter eingeteilt. Die Pflegegrade wurden zu den Kategorien Pflegegrad 1/2, Pflegegrad 3 sowie Pflegegrad 4/5 zusammengefasst. Innerhalb der häuslichen Pflege wurde zusätzlich zwischen Pflegegeldleistungen und einer Einbindung professioneller Pflegeleistungen (Sach- oder Kombinationsleistungen sowie teilstationäre Pflege) unterschieden. Für Pflegeheimbewohnende wurde darüber hinaus auf Personenebene erfasst, ob mindestens eine Kooperations- oder Koordinationsleistung nach § 119b SGB V (GOP 37100, 37102, 37105, 37113 oder 37120) durch die jeweilige Fachgruppe abgerechnet worden war. Die Auswertung erfolgte getrennt für Hausärztinnen und Hausärzte sowie die weiteren fachärztlichen Gruppen. Zur hausärztlichen Versorgung wurden sowohl Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin als auch hausärztlich tätige Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin gezählt.

Für die Analysen der hausärztlichen Versorgung wurden jeweils alle Personen der entsprechenden Studienpopulation berücksichtigt. Die Analysen der weiteren Facharztgruppen beschränkten sich dagegen auf Personen mit mindestens einer für die jeweilige Facharztgruppe relevanten Erkrankung (Tabelle 3.2). Erkrankungen wurden auf Grundlage gesicherter ambulanter Diagnosen, stationärer Krankenhausdiagnosen sowie gesicherter ambulanter Krankenhausdiagnosen identifiziert. In Studienpopulation I wurden gesicherte ambulante Diagnosen sowie gesicherte ambulante Krankenhausdiagnosen berücksichtigt, wenn sie in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 dokumentiert waren (M2Q-Kriterium). In den Studienpopulationen II und III wurde dieses M2Q-Kriterium getrennt für den PRÄ- und den POST-Zeitraum angewendet. Eine ambulante Diagnose musste somit in mindestens zwei Quartalen innerhalb des jeweiligen Vierquartalszeitraums (PRÄ: Q −4 bis Q −1; POST: Q 0 bis Q +3) dokumentiert sein. Stationäre Haupt-, Neben- und Fachabteilungsdiagnosen sowie weitere stationäre Behandlungsdiagnosen wurden im jeweiligen Zeitraum bereits bei einmaliger Dokumentation berücksichtigt. Für die Studienpopulation I wurden ergänzend für jede untersuchte Erkrankungsgruppe die jeweils häufigsten dokumentierten Diagnosen auf Ebene der dreistelligen ICD-10-GM-Kodes ermittelt (Tabellen A1–A10). In den Studienpopulationen II und III wurden ausschließlich Personen berücksichtigt, bei denen die jeweilige Erkrankung sowohl im PRÄ- als auch im POST-Zeitraum nach den beschriebenen Kriterien vorlag. Der Demenzstatus sowie der Elixhauser-Komorbiditätsindex wurden in Studienpopulation I auf Grundlage der ambulanten und stationären Diagnosen des Jahres 2024 und in den Studienpopulationen II und III auf Grundlage der Diagnosen des PRÄ-Zeitraums ermittelt.

Die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen wurde jeweils als Anteil der Personen mit mindestens einem entsprechenden Arztkontakt im jeweiligen Beobachtungszeitraum bestimmt. Die Analysen erfolgten für die hausärztliche Versorgung sowie für 34 ausgewählte Kombinationen aus Facharztgruppen und Erkrankungen. Für die Populationen II und III wurde darüber hinaus die hausärztliche Versorgungskontinuität anhand von Hausarztkontakten über die Quartale vor und nach Eintritt in das jeweilige Pflegesetting sowie anhand der Beteiligung bereits bekannter und neuer Hausarztpraxen untersucht. Ergänzend wurde der Anteil fachärztlicher Behandlungsfälle mit hausärztlicher Überweisung bestimmt.

Tabelle 3.2: Für die Analysen der fachärztlichen Versorgung verwendete spezifische Diagnosen, zugehörige ICD-10-GM-Kodes und relevante Fachgruppe(n)

spezifische Diagnose	ICD-10-GM-Kodes	relevante Fachgruppe(n)
Niereninsuffizienz	N18–N19	Innere Medizin, Nephrologie
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	J40–J47	Innere Medizin, Pneumologie
Herzkrankheiten	I20–I52	Innere Medizin, Kardiologie
Mangel- und Überernährung	E40–E46; E65–E68	Innere Medizin
Zerebrovaskuläre Krankheiten	I60–I69	Innere Medizin
Arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen	I70–I89	Innere Medizin, Kardiologie
Gastrointestinale Erkrankungen	K20–K31; K40–K46; K55–K64	Innere Medizin
Stoffwechselstörungen	E70–E90	Innere Medizin
Diabetes mellitus	E10–E14	Innere Medizin
Krankheiten der Schilddrüse	E00–E07	Innere Medizin
Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	G20–G26	Innere Medizin, Neurologie/Psychiatrie
Arthropathien	M00–M25	Innere Medizin, Orthopädie
Hypertonie	I10–I15	Innere Medizin, Kardiologie
Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome	G80–G83	Innere Medizin, Neurologie/Psychiatrie
Augenerkrankungen	H00–H59	Augenheilkunde
Osteopathien und Chondropathien	M80–M94	Orthopädie
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	M40–M54	Orthopädie
Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	N80–N98	Gynäkologie
Krankheiten der männlichen Genitalorgane	N40–N51	Urologie
Hauterkrankungen	L20–L30; C43–C44	Chirurgie, Dermatologie
Ohrerkrankungen	H60–H95	HNO
Schizophrene, wahnhafte und Persönlichkeitsstörungen	F20–F29; F60–F69	Neurologie/Psychiatrie
Demenzbezogene Erkrankungen	F00–F09; G30–G32	Neurologie/Psychiatrie
Affektive Störungen	F30–F39	Neurologie/Psychiatrie
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F40–F48	Neurologie/Psychiatrie

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Ärztliche Versorgung im Querschnitt

Die Studienpopulation I umfasst hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands rund 19 Millionen Personen im Alter von 65 Jahren oder älter, darunter rund 15,0 Millionen ohne Pflegegrad, 3,4 Millionen Personen mit häuslicher Pflege und 0,7 Millionen Pflegeheimbewohnende. Von nicht pflegebedürftigen Personen über Personen mit häuslicher Pflege bis hin zu Pflegeheimbewohnenden nahmen Alter, Frauenanteil, Demenzprävalenz und Komorbidität zu. Von den Personen mit häuslicher Pflege erhielten 26,3 Prozent professionelle Pflegeleistungen (Tabelle 3.3). Die Häufigkeit der für die fachgruppenspezifischen Analysen berücksichtigten Erkrankungen unterschied sich zwischen den drei Gruppen. Beispielsweise lagen demenzbezogene Erkrankungen bei 3,2 Prozent der nicht pflegebedürftigen Personen, 23,1 Prozent der Personen mit häuslicher Pflege und 64,9 Prozent der Pflegeheimbewohnenden vor (Tabelle 3.4).

Tabelle 3.3: Charakteristika der Studienpopulation I: Personen ab 65 Jahren, Pflegestatus und weitere Angaben ermittelt zum 1. Juli 2024

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	N = 14.954.978	N = 3.365.643	N = 684.453
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
Frauen	53,8	62,5	71,5
Alter			
65–74 Jahre	59,8	20,6	12,4
75–84 Jahre	32,5	40,7	31,6
85–94 Jahre	7,6	36,1	47,5
95+ Jahre	0,1	2,6	8,5
Mittelwert (SD)	73,8 (18,4)	81,5 (19,6)	84,7 (19,7)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	N = 14.954.978	N = 3.365.643	N = 684.453
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
Pflegegrad			
kein Pflegegrad	100	–	–
Grad 1	–	19,5	1,1
Grad 2	–	45,1	16,1
Grad 3	–	26,5	37,8
Grad 4	–	7,2	31,2
Grad 5	–	1,7	13,9
Demenz	2,2	19,8	61,0
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	26,4	5,8	6,4
2–3	32,8	19,4	21,4
4–5	22,2	24,9	25,9
6+	18,6	49,8	46,4
Mittelwert (SD)	3,3 (7,1)	5,9 (8,2)	5,6 (7,9)
Einbindung professioneller Pflege	–	26,3	–

SD: Standardabweichung
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.4: Häufigkeit der in den fachärztlichen Versorgungsanalysen berücksichtigten Erkrankungen in der gesamten Studienpopulation I nach Pflegestatus, unabhängig von der Inanspruchnahme der jeweiligen Fachgruppe

Fachgruppe der Versorgungsanalyse	spezifische Diagnose	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
		N = 14.954.978	N = 3.365.643	N = 684.453
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
Innere Medizin	≥ 1 spezifische Diagnose	88,4	98,1	97,9
	Niereninsuffizienz*	12,0	31,3	32,4
	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege*	15,3	24,5	16,4
	Herzkrankheiten*	35,7	62,0	58,9
	Mangel- und Überernährung	13,0	20,9	14,6
	Zerebrovaskuläre Krankheiten	13,4	28,2	30,9
	Arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen*	28,7	47,8	39,5
	Gastrointestinale Erkrankungen	34,4	47,8	45,9
	Stoffwechselstörungen	52,3	67,0	60,5
	Diabetes mellitus	22,7	37,6	31,7
	Krankheiten der Schilddrüse	28,4	33,9	28,9
	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen*	3,5	11,7	14,4
	Arthropathien*	40,8	55,5	41,4
	Hypertonie*	83,9	79,9	65,5
	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome*	1,4	9,6	15,1
Kardiologie	≥ 1 spezifische Diagnose	75,6	92,6	90,1
	Herzkrankheiten*	35,7	62,0	58,9
	Arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen*	28,7	47,8	39,5
	Hypertonie*	83,9	79,9	65,5
Augenheilkunde	Augenerkrankungen	30,8	39,6	28,7
Orthopädie	≥ 1 spezifische Diagnose	59,6	76,0	63,2
	Osteopathien und Chondropathien	12,5	25,8	24,7

Fachgruppe der Versorgungs-analyse	spezifische Diagnose	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
		N = 14.954.978	N = 3.365.643	N = 684.453
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
	Arthropathien*	40,8	55,5	41,4
	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	42,4	55,6	37,7
Gynäkologie	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	8,9	7,7	4,1
Urologie	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	14,2	15,6	11,3
Chirurgie	Hauterkrankungen*	12,3	16,9	18,2
Dermatologie	Hauterkrankungen*	12,3	16,9	18,2
HNO	Ohrerkrankungen	17,2	24,7	32,0
Nephrologie	Niereninsuffizienz*	12,0	31,3	32,4
Pneumologie	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege*	15,3	24,5	16,4
Neurologie/ Psychiatrie	≥ 1 spezifische Diagnose	30,4	61,1	84,9
	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen*	3,5	11,7	14,4
	Schizophrene, wahnhafte und Persönlichkeitsstörungen	1,6	3,7	9,5
	Demenzbezogene Erkrankungen	3,2	23,1	64,9
	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome*	1,4	9,6	15,1
	Affektive Störungen	15,3	28,4	36,7
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	18,2	27,1	22,1

* Die Erkrankung wurde für die Versorgungsanalysen mehrerer Fachgruppen berücksichtigt und ist daher mehrfach aufgeführt; die ausgewiesene Prävalenz ist jeweils identisch (zum Beispiel wird Niereninsuffizienz sowohl für die Innere Medizin als auch für die Nephrologie berücksichtigt).
Anmerkung: Ambulante gesicherte Diagnosen wurden berücksichtigt, wenn sie in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 dokumentiert waren (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation im Jahr 2024 ausreichend.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Die hausärztliche Inanspruchnahme war in allen drei Gruppen hoch. Während 93,7 Prozent der nicht pflegebedürftigen Personen mindestens einen hausärztlichen Kontakt im Jahr 2024 aufwiesen, betrug dieser Anteil 98,8 Prozent bei Personen mit häuslicher Pflege und fast 100 Prozent bei Pflegeheimbewohnenden (Tabelle 3.5).

Tabelle 3.5: Fachärztliche Versorgung der Studienpopulation I (mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, jeweils mit Einschränkung auf Versicherte mit spezifischen Diagnosen)

Fachgruppe	spezifische Diagnose	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
Allgemeinmedizin	–	93,7	98,8 (+5,1)	99,7 (+6,0)
Innere Medizin	≥ 1 spezifische Diagnose	20,9	16,7 (−4,2)	5,5 (−15,4)
	Niereninsuffizienz	24,6	19,7 (−4,9)	7,2 (−17,4)
	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	24,2	20,3 (−3,9)	7,7 (−16,5)
	Herzkrankheiten	23,9	18,1 (−5,8)	6,6 (−17,3)
	Mangel- und Überernährung	23,3	20,6 (−2,7)	8,1 (−15,2)
	Zerebrovaskuläre Krankheiten	26,9	18,7 (−8,2)	6,2 (−20,8)
	Arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen	25,8	19,9 (−5,8)	7,4 (−18,4)
	Gastrointestinale Erkrankungen	28,0	20,3 (−7,7)	6,7 (−21,3)
	Stoffwechselstörungen	22,7	18,1 (−4,6)	6,5 (−16,1)
	Diabetes mellitus	22,2	18,8 (−3,4)	7,2 (−15,0)
	Krankheiten der Schilddrüse	23,8	19,4 (−4,5)	6,7 (−17,2)
	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	24,5	18,1 (−6,3)	6,0 (−18,5)
	Arthropathien	24,1	19,4 (−4,7)	7,0 (−17,1)
	Hypertonie	21,0	17,1 (−3,9)	5,9 (−15,1)
	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome	20,7	14,8 (−5,9)	5,5 (−15,1)
Kardiologie	≥ 1 spezifische Diagnose	28,0	28,4 (+0,4)	9,5 (−18,5)
	Herzkrankheiten	46,6	37,9 (−8,8)	13,4 (−33,3)
	Arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen	31,9	31,4 (−0,5)	11,5 (−20,5)

Fachgruppe	spezifische Diagnose	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
	Hypertonie	28,2	29,1 (+0,9)	10,0 (−18,2)
Augenheilkunde	Augenerkrankungen	89,7	81,1 (−8,5)	57,4 (−32,3)
Orthopädie	≥ 1 spezifische Diagnose	43,3	37,1 (−6,2)	17,9 (−25,4)
	Osteopathien und Chondropathien	55,5	45,8 (−9,7)	21,0 (−34,5)
	Arthropathien	48,4	41,3 (−7,1)	19,5 (−28,9)
	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	46,8	41,9 (−4,9)	21,8 (−25,0)
Gynäkologie[1]	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	83,3	63,6 (−19,7)	37,8 (−45,5)
Urologie[2]	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	73,6	64,3 (−9,3)	57,7 (−15,9)
Chirurgie	Hauterkrankungen	23,1	23,5 (+0,4)	13,2 (−9,9)
Dermatologie	Hauterkrankungen	65,6	53,5 (−12,1)	46,6 (−19,0)
HNO	Ohrerkrankungen	71,8	65,3 (−6,5)	77,7 (+5,9)
Nephrologie	Niereninsuffizienz	17,9	18,5 (+0,6)	6,3 (−11,6)
Pneumologie	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	34,7	33,0 (−1,7)	10,8 (−23,8)
Neurologie/ Psychiatrie	≥ 1 spezifische Diagnose	30,2	41,0 (+10,8)	56,8 (+26,6)
	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	56,6	64,9 (+8,3)	72,3 (+15,7)
	Schizophrene, wahnhafte und Persönlichkeitsstörungen	47,7	55,3 (+7,6)	71,3 (+23,6)
	Demenzbezogene Erkrankungen	43,2	48,5 (+5,3)	61,3 (+18,1)
	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome	40,8	47,8 (+7,0)	59,2 (+18,4)
	Affektive Störungen	33,9	43,8 (+9,8)	61,8 (+27,9)
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	29,9	41,9 (+12,0)	60,2 (+30,3)

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern,
rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
[1] Nur Frauen berücksichtigt. [2] Nur Männer berücksichtigt.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Bei Personen mit mindestens einer für die jeweilige Fachgruppe relevanten Erkrankung zeigten sich deutliche Unterschiede der weiteren fachärztlichen Inanspruchnahme nach Pflegestatus. Für die Innere Medizin sank der Anteil mit mindestens einem fachärztlichen Kontakt von 20,9 Prozent bei nicht pflegebedürftigen Personen auf 16,7 Prozent bei häuslicher Pflege und 5,5 Prozent bei Pflegeheimbewohnenden. Eine geringere Inanspruchnahme in beiden Pflegesettings zeigte sich auch für die Augenheilkunde, Orthopädie, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie und Pneumologie, wobei die Unterschiede gegenüber nicht pflegebedürftigen Personen bei Pflegeheimbewohnenden jeweils größer ausfielen. Beispielsweise lag der Anteil mit augenärztlichem Kontakt bei 89,7 Prozent der nicht pflegebedürftigen Personen, 81,1 Prozent der Personen mit häuslicher Pflege und 57,4 Prozent der Pflegeheimbewohnenden. Für die Kardiologie, Chirurgie und Nephrologie war die Inanspruchnahme bei Personen mit häuslicher Pflege dagegen mit derjenigen nicht pflegebedürftiger Personen vergleichbar, während sie bei Pflegeheimbewohnenden geringer ausfiel. In der Kardiologie lagen die entsprechenden Anteile beispielsweise bei 28,0 Prozent, 28,4 Prozent und 9,5 Prozent. Ein anderes Muster zeigte sich für die HNO-ärztliche Versorgung: Hier war die Inanspruchnahme bei Personen mit häuslicher Pflege geringer (65,3 Prozent), bei Pflegeheimbewohnenden dagegen höher (77,7 Prozent) als bei nicht pflegebedürftigen Personen (71,8 Prozent). Auch die neurologische und psychiatrische Versorgung wurde von Pflegebedürftigen häufiger in Anspruch genommen. Bei Personen mit mindestens einer der berücksichtigten neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen stieg der Anteil mit mindestens einem entsprechenden Kontakt von 30,2 Prozent bei nicht pflegebedürftigen Personen auf 41,0 Prozent bei häuslicher Pflege und 56,8 Prozent bei Pflegeheimbewohnenden (Tabelle 3.5). In den stratifizierten Analysen zeigten sich für die meisten somatischen Fachgruppen insbesondere Unterschiede nach Pflegegrad, Demenzstatus und Art der häuslichen Pflege. Mit höherem Pflegegrad nahm der Anteil der Personen mit mindestens einem fachärztlichen Kontakt überwiegend ab. Auch Personen mit Demenz sowie Personen mit Einbindung professioneller Pflege wiesen in vielen somatischen Fachgruppen geringere Anteile mit fachärztlichem Kontakt auf. Für die neurologische/psychiatrische Versorgung zeigten sich teilweise gegenläufige Muster, insbesondere mit höheren Anteilen bei höheren Pflegegraden und bei Personen mit Demenz. Die Ergebnisse der stratifizierten Analysen für die einzelnen Fachgruppen sind in den Tabellen 3.6 bis 3.18 dargestellt.

Tabelle 3.6: Hausärztliche Versorgung der Studienpopulation I (mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	93,7	98,8 (+5,1)	99,7 (+6,0)
Geschlecht			
Frauen	94,1	98,8 (+4,7)	99,7 (+5,6)
Männer	93,3	98,7 (+5,4)	99,6 (+6,3)
Alter			
65–74 Jahre	92,6	98,4 (+5,8)	99,4 (+6,8)
75–84 Jahre	95,5	98,9 (+3,4)	99,8 (+4,3)
85–94 Jahre	95,9	98,9 (+3,0)	99,7 (+3,8)
95+ Jahre	90,1	98,2 (+8,1)	99,7 (+9,6)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	98,7 (–)	99,6 (–)
Grad 3	–	98,9 (–)	99,7 (–)
Grad 4/5	–	98,9 (–)	99,7 (–)
Demenz			
nein	93,6	98,6 (+5,0)	99,5 (+5,9)
ja	99,2	99,5 (+0,3)	99,9 (+0,7)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	78,2	86,9 (+8,7)	98,4 (+20,2)
2–3	99,1	99,1 (±0,0)	99,6 (+0,5)
4–5	99,5	99,5 (±0,0)	99,8 (+0,3)
6+	99,7	99,6 (−0,1)	99,9 (+0,2)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	98,7 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	99,0 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere hausärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.7: Internistische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der 14 aufgeführten internistischen Diagnosen, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	20,9	16,7 (−4,2)	5,5 (−15,4)
Geschlecht			
Frauen	21,0	16,5 (−4,5)	5,3 (−15,7)
Männer	20,8	17,0 (−3,8)	6,1 (−14,7)
Alter			
65–74 Jahre	21,9	21,3 (−0,6)	7,2 (−14,7)
75–84 Jahre	20,6	18,8 (−1,8)	6,2 (−14,4)
85–94 Jahre	15,1	12,4 (−2,7)	5,0 (−10,1)
95+ Jahre	6,9	5,7 (−1,2)	3,2 (−3,7)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	18,3 (–)	8,9 (–)
Grad 3	–	15,0 (–)	5,9 (–)
Grad 4/5	–	10,1 (–)	3,9 (–)
Demenz			
nein	20,9	17,9 (−3,0)	7,5 (−13,4)
ja	19,2	11,8 (−7,4)	4,3 (−14,9)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	13,6	6,4 (−7,2)	1,8 (−11,8)
2–3	17,8	10,0 (−7,8)	2,8 (−15,0)
4–5	23,2	14,1 (−9,1)	3,8 (−19,4)
6+	29,9	21,5 (−8,4)	8,1 (−21,8)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	18,4 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	11,7 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.8: Kardiologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der drei aufgeführten kardiologischen Diagnosen, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	28,0	28,4 (+0,4)	9,5 (−18,5)
Geschlecht			
Frauen	24,3	25,6 (+1,3)	8,2 (−16,1)
Männer	32,1	33,1 (+1,0)	12,8 (−19,3)
Alter			
65–74 Jahre	25,3	26,4 (+1,1)	7,0 (−18,3)
75–84 Jahre	31,5	31,0 (−0,5)	10,3 (−21,2)
85–94 Jahre	31,2	27,6 (−3,6)	10,1 (−21,1)
95+ Jahre	19,6	15,4 (−4,2)	6,7 (−12,9)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	30,8 (–)	15,0 (–)
Grad 3	–	26,5 (–)	11,0 (–)
Grad 4/5	–	16,8 (–)	6,1 (–)
Demenz			
nein	28,0	30,0 (+2,0)	12,8 (−15,2)
ja	30,1	22,0 (−8,1)	7,4 (−22,7)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	8,1	4,3 (−3,8)	0,8 (−7,3)
2–3	17,9	11,2 (−6,7)	2,9 (−15,0)
4–5	31,7	21,6 (−10,1)	5,9 (−25,8)
6+	49,0	38,9 (−10,1)	14,6 (−34,4)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	31,3 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	20,3 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.9: Ophthalmologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Augenerkrankung, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	89,7	81,1 (−8,6)	57,4 (−32,3)
Geschlecht			
Frauen	90,7	81,8 (−8,9)	57,5 (−33,2)
Männer	88,3	79,9 (−8,4)	57,1 (−31,2)
Alter			
65–74 Jahre	88,9	79,4 (−9,5)	54,2 (−34,7)
75–84 Jahre	90,8	83,5 (−7,3)	60,1 (−30,7)
85–94 Jahre	88,6	80,2 (−8,4)	58,0 (−30,6)
95+ Jahre	78,9	68,3 (−10,6)	49,2 (−29,7)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	84,6 (–)	71,4 (–)
Grad 3	–	77,3 (–)	62,3 (–)
Grad 4/5	–	61,8 (–)	45,5 (–)
Demenz			
nein	89,8	83,0 (−6,8)	65,0 (−24,8)
ja	85,4	72,9 (−12,5)	51,4 (−34,0)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	91,7	82,3 (−9,4)	56,6 (−35,1)
2–3	89,9	82,5 (−7,4)	55,6 (−34,3)
4–5	89,4	81,7 (−7,7)	56,4 (−33,0)
6+	88,3	80,4 (−7,9)	58,4 (−29,9)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	83,9 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	72,6 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.10: Orthopädische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der drei aufgeführten orthopädischen Diagnosen, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	43,3	37,1 (−6,2)	17,9 (−25,4)
Geschlecht			
Frauen	47,7	40,1 (−7,6)	18,1 (−29,6)
Männer	37,3	31,2 (−6,1)	17,3 (−20,0)
Alter			
65–74 Jahre	43,9	40,6 (−3,3)	20,8 (−23,1)
75–84 Jahre	43,8	40,6 (−3,2)	20,3 (−23,5)
85–94 Jahre	37,4	32,8 (−4,6)	16,9 (−20,5)
95+ Jahre	20,6	18,2 (−2,4)	12,9 (−7,7)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	41,3 (–)	25,1 (–)
Grad 3	–	31,8 (–)	19,2 (–)
Grad 4/5	–	20,0 (–)	13,7 (–)
Demenz			
nein	43,4	39,4 (−4,0)	20,5 (−22,9)
ja	38,7	27,3 (−11,4)	16,2 (−22,5)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	43,0	34,0 (−9,0)	13,8 (−29,2)
2–3	42,3	35,2 (−7,1)	14,9 (−27,4)
4–5	43,9	37,0 (−6,9)	16,7 (−27,2)
6+	44,2	38,0 (−6,2)	19,9 (−24,3)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	40,3 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	27,7 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.11: Gynäkologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Frauen mit einer nichtentzündlichen Erkrankung des weiblichen Genitaltraktes, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt (Frauen)	83,3	63,6 (−19,7)	37,8 (−45,5)
Alter			
65–74 Jahre	88,1	77,5 (−10,6)	51,2 (−36,9)
75–84 Jahre	77,7	66,1 (−11,6)	39,7 (−38,0)
85–94 Jahre	64,1	53,2 (−10,9)	35,5 (−28,6)
95+ Jahre	55,7	41,9 (−13,8)	31,3 (−24,4)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	67,1 (–)	46,2 (–)
Grad 3	–	56,6 (–)	40,3 (–)
Grad 4/5	–	43,4 (–)	30,8 (–)
Demenz			
nein	83,5	65,8 (−17,7)	40,8 (−42,7)
ja	70,3	50,5 (−19,8)	35,7 (−34,6)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	86,5	60,2 (−26,3)	34,9 (−51,6)
2–3	83,9	62,5 (−21,4)	39,6 (−44,3)
4–5	82,7	63,7 (−19,0)	38,0 (−44,7)
6+	80,1	64,0 (−16,1)	37,4 (−42,7)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	67,2 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	50,1 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.12: Urologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Männer mit einer Erkrankung der männlichen Genitalorgane, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt (Männer)	73,6	64,3 (−9,3)	57,7 (−15,9)
Alter			
65–74 Jahre	75,9	67,6 (−8,3)	63,8 (−12,1)
75–84 Jahre	72,9	67,4 (−5,5)	60,7 (−12,2)
85–94 Jahre	66,2	59,9 (−6,3)	53,8 (−12,4)
95+ Jahre	47,3	49,2 (+1,9)	50,9 (+3,6)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	66,0 (–)	54,6 (–)
Grad 3	–	62,8 (–)	57,2 (–)
Grad 4/5	–	59,6 (–)	59,2 (–)
Demenz			
nein	73,8	65,6 (−8,2)	59,6 (−14,2)
ja	68,7	60,5 (−8,2)	56,4 (−12,3)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	74,0	58,0 (−16,0)	48,7 (−25,3)
2–3	73,0	59,8 (−13,2)	51,0 (−22,0)
4–5	73,8	63,1 (−10,7)	53,8 (−20,0)
6+	73,9	65,9 (−8,0)	60,9 (−13,0)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	66,0 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	59,1 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.13: Chirurgische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Hauterkrankung, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	23,1	23,5 (+0,4)	13,2 (−9,9)
Geschlecht			
Frauen	23,4	23,6 (+0,2)	12,7 (−10,7)
Männer	22,8	23,5 (+0,7)	14,3 (−8,5)
Alter			
65–74 Jahre	22,8	26,7 (+3,9)	12,8 (−10,0)
75–84 Jahre	23,7	25,3 (+1,6)	13,4 (−10,3)
85–94 Jahre	22,0	21,0 (−1,0)	13,4 (−8,6)
95+ Jahre	14,1	14,8 (+0,7)	11,9 (−2,2)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	24,8 (–)	16,0 (–)
Grad 3	–	22,5 (–)	14,9 (–)
Grad 4/5	–	16,8 (–)	10,8 (–)
Demenz			
nein	23,1	24,6 (+1,5)	15,4 (−7,7)
ja	22,3	19,1 (−3,2)	11,8 (−10,5)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	18,5	15,1 (−3,4)	7,3 (−11,2)
2–3	20,6	18,7 (−1,9)	8,7 (−11,9)
4–5	24,1	22,3 (−1,8)	11,5 (−12,6)
6+	27,3	25,5 (−1,8)	15,6 (−11,7)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	25,3 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	18,5 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.14: Dermatologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Hauterkrankung, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	65,6	53,5 (−12,1)	46,6 (−19,0)
Geschlecht			
Frauen	63,2	50,6 (−12,6)	45,3 (−17,9)
Männer	68,2	57,5 (−10,7)	49,5 (−18,7)
Alter			
65–74 Jahre	62,2	45,9 (−16,3)	44,6 (−17,6)
75–84 Jahre	69,1	55,8 (−13,3)	45,5 (−23,6)
85–94 Jahre	68,0	54,9 (−13,1)	47,7 (−20,3)
95+ Jahre	54,2	44,9 (−9,3)	46,8 (−7,4)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	56,6 (–)	46,7 (–)
Grad 3	–	50,2 (–)	46,7 (–)
Grad 4/5	–	40,6 (–)	46,5 (–)
Demenz			
nein	65,7	54,8 (−10,9)	45,6 (−20,1)
ja	62,7	48,1 (−14,6)	47,2 (−15,5)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	67,5	53,4 (−14,1)	45,8 (−21,7)
2–3	65,7	54,4 (−11,3)	48,8 (−16,9)
4–5	65,7	54,7 (−11,0)	48,5 (−17,2)
6+	64,4	52,9 (−11,5)	45,2 (−19,2)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	56,9 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	43,7 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.15: HNO-Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Ohrenerkrankung, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	71,8	65,3 (−6,5)	77,7 (+5,9)
Geschlecht			
Frauen	72,0	64,8 (−7,2)	77,6 (+5,6)
Männer	71,6	66,2 (−5,4)	78,0 (+6,4)
Alter			
65–74 Jahre	70,3	63,6 (−6,7)	81,9 (+11,6)
75–84 Jahre	73,2	66,4 (−6,8)	78,2 (+5,0)
85–94 Jahre	73,3	65,3 (−8,0)	77,3 (+4,0)
95+ Jahre	65,5	59,2 (−6,3)	75,8 (+10,3)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	67,8 (–)	75,1 (–)
Grad 3	–	62,2 (–)	77,6 (–)
Grad 4/5	–	54,7 (–)	78,8 (–)
Demenz			
nein	72,0	67,1 (−4,9)	78,5 (+6,5)
ja	67,3	58,5 (−8,8)	77,3 (+10,0)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	76,2	67,3 (−8,9)	83,0 (+6,8)
2–3	72,0	66,9 (−5,1)	80,3 (+8,3)
4–5	71,1	66,0 (−5,1)	78,5 (+7,4)
6+	69,6	64,4 (−5,2)	75,8 (+6,2)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	67,5 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	59,1 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.16: Nephrologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Niereninsuffizienz, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	17,9	18,5 (+0,6)	6,3 (−11,6)
Geschlecht			
Frauen	16,1	16,3 (+0,2)	5,4 (−10,7)
Männer	19,4	21,7 (+2,3)	8,5 (−10,9)
Alter			
65–74 Jahre	20,3	27,5 (+7,2)	12,9 (−7,4)
75–84 Jahre	17,4	20,9 (+3,5)	8,0 (−9,4)
85–94 Jahre	13,2	13,9 (+0,7)	5,2 (−8,0)
95+ Jahre	6,6	5,2 (−1,4)	2,0 (−4,6)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	19,2 (–)	9,1 (–)
Grad 3	–	18,6 (–)	7,2 (–)
Grad 4/5	–	13,8 (–)	4,5 (–)
Demenz			
nein	18,1	20,1 (+2,0)	9,4 (−8,7)
ja	14,2	12,4 (−1,8)	4,3 (−9,9)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	7,1	2,3 (−4,8)	0,0 (−7,1)
2–3	9,4	6,3 (−3,1)	1,4 (−8,0)
4–5	13,5	9,8 (−3,7)	2,2 (−11,3)
6+	22,1	21,0 (−1,1)	7,8 (−14,3)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	20,6 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	13,5 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.17: Pneumologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer chronischen Erkrankung der unteren Atemwege, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	34,7	33,0 (−1,7)	10,8 (−23,9)
Geschlecht			
Frauen	35,1	31,9 (−3,2)	10,4 (−24,7)
Männer	34,2	34,7 (+0,5)	11,8 (−22,4)
Alter			
65–74 Jahre	35,9	41,8 (+5,9)	14,6 (−21,3)
75–84 Jahre	34,3	35,1 (+0,8)	13,4 (−20,9)
85–94 Jahre	25,8	23,1 (−2,7)	8,7 (−17,1)
95+ Jahre	13,3	9,8 (−3,5)	4,2 (−9,1)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	35,3 (–)	16,4 (–)
Grad 3	–	30,5 (–)	12,4 (–)
Grad 4/5	–	22,2 (–)	6,2 (–)
Demenz			
nein	34,8	34,8 (±0,0)	14,8 (−20,0)
ja	30,3	23,1 (−7,2)	7,4 (−22,9)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	31,5	31,2 (−0,3)	16,1 (−15,4)
2–3	31,0	30,0 (−1,0)	7,2 (−23,8)
4–5	34,3	30,5 (−3,8)	8,6 (−25,7)
6+	38,1	34,1 (−4,0)	11,9 (−26,2)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	36,0 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	23,1 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.18: Neurologische/Psychiatrische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der sechs aufgeführten neurologischen/psychiatrischen Diagnosen, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1)

Merkmal	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	30,2	41,0 (+10,8)	56,8 (+26,6)
Geschlecht			
Frauen	30,1	39,0 (+8,9)	56,2 (+26,1)
Männer	30,4	44,3 (+13,9)	58,1 (+27,7)
Alter			
65–74 Jahre	30,5	49,3 (+18,8)	62,9 (+32,4)
75–84 Jahre	30,8	44,9 (+14,1)	60,8 (+30,0)
85–94 Jahre	25,7	32,0 (+6,3)	53,9 (+28,2)
95+ Jahre	12,0	15,4 (+3,4)	46,7 (+34,7)
Pflegegrad			
Grad 1/2	–	39,4 (–)	46,4 (–)
Grad 3	–	43,1 (–)	54,4 (–)
Grad 4/5	–	43,0 (–)	61,5 (–)
Demenz			
nein	29,1	37,5 (+8,4)	46,5 (+17,4)
ja	45,8	48,7 (+2,9)	61,0 (+15,2)
Elixhauser-Komorbiditäten*			
0–1	24,1	38,3 (+14,2)	50,9 (+26,8)
2–3	27,3	39,7 (+12,4)	55,9 (+28,6)
4–5	31,0	41,6 (+10,6)	58,4 (+27,4)
6+	34,1	41,2 (+7,1)	56,9 (+22,8)
Art der häuslichen Pflege			
Pflegegeld	–	41,6 (–)	–
Einbindung professioneller Pflege	–	39,4 (–)	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten gegenüber Personen ohne Pflegebedarf in Klammern, rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme im Vergleich zu Personen ohne Pflegebedarf, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

3.3.2 Ärztliche Versorgung vor und nach Übergängen in der Pflege

Die Studienpopulationen II und III umfassten hochgerechnet 0,7 Millionen Personen mit erstmaligem Eintritt in die häusliche Pflege sowie 0,2 Millionen Personen mit erstmaligem Eintritt in ein Pflegeheim im Jahr 2023. Personen mit Eintritt in ein Pflegeheim waren im Mittel älter, häufiger weiblich und wiesen häufiger eine Demenz sowie eine höhere Komorbidität auf als Personen mit erstmaligem Eintritt in die häusliche Pflege. Von den Personen mit häuslicher Pflege erhielten 16,1 Prozent professionelle Pflegeleistungen (Tabelle 3.19). Die Häufigkeit der für die fachgruppenspezifischen Analysen berücksichtigten Erkrankungen unterschied sich auch zwischen den beiden Übergangspopulationen. Beispielsweise lagen demenzbezogene Erkrankungen bei 9,8 Prozent der Personen mit Übergang in die häusliche Pflege und 38,7 Prozent der Personen mit Übergang in ein Pflegeheim vor (Tabelle 3.20).

Tabelle 3.19: Charakteristika der Studienpopulationen II (häusliche Pflege) + III (Pflegeheim): Personen ab 65 Jahren, erstmaliger Eintritt in das Pflegesetting im Jahr 2023

Merkmal	häusliche Pflege	Pflegeheim
	N = 721.285	N = 179.899
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
Frauen	58,5	68,1
Alter		
65–74 Jahre	22,2	10,8
75–84 Jahre	46,8	34,7
85–94 Jahre	30,1	49,2
95+ Jahre	0,9	5,3
Mittelwert (SD)	80,4 (18,1)	84,4 (18,1)
Pflegegrad		
Grad 1	39,1	0,8
Grad 2	48,5	25,0
Grad 3	11,0	45,6
Grad 4	1,2	24,0
Grad 5	0,2	4,6
Demenz	9,9	40,1

Merkmal	häusliche Pflege	Pflegeheim
	N = 721.285	N = 179.899
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
Elixhauser-Komorbiditäten*		
0–1	9,4	9,0
2–3	23,8	21,8
4–5	26,7	24,0
6+	40,1	45,2
Mittelwert (SD)	5,1 (7,6)	5,5 (8,3)
Einbindung professioneller Pflege	16,1	–

SD: Standardabweichung
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.20: Häufigkeit der in den fachärztlichen Versorgungsanalysen berücksichtigten Erkrankungen in den gesamten Studienpopulationen II (häusliche Pflege) und III (Pflegeheim), unabhängig von der Inanspruchnahme der jeweiligen Fachgruppe

Fachgruppe der Versorgungsanalyse	spezifische Diagnose	häusliche Pflege	Pflegeheim
		N = 721.285	N = 179.899
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
Innere Medizin	≥ 1 spezifische Diagnose	95,3	93,9
	Niereninsuffizienz*	20,3	23,1
	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege*	20,7	13,9
	Herzkrankheiten*	52,6	52,9
	Mangel- und Überernährung	14,9	8,8
	Zerebrovaskuläre Krankheiten	19,7	22,5
	Arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen*	38,2	31,7
	Gastrointestinale Erkrankungen	38,2	33,0
	Stoffwechselstörungen	58,7	55,7
	Diabetes mellitus	32,7	28,9
	Krankheiten der Schilddrüse	29,6	25,9

Fachgruppe der Versorgungsanalyse	spezifische Diagnose	häusliche Pflege	Pflegeheim
		N = 721.285	N = 179.899
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen*	7,3	9,7
	Arthropathien*	47,8	35,7
	Hypertonie*	78,7	76,6
	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome*	3,2	7,6
Kardiologie	≥ 1 spezifische Diagnose	88,1	85,7
	Herzkrankheiten*	52,6	52,9
	Arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen*	38,2	31,7
	Hypertonie*	78,7	76,6
Augenheilkunde	Augenerkrankungen	30,9	22,8
Orthopädie	≥ 1 spezifische Diagnose	68,1	55,3
	Osteopathien und Chondropathien	18,0	18,8
	Arthropathien*	47,8	35,7
	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	48,7	33,6
Gynäkologie	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	5,8	2,8
Urologie	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	14,3	10,1
Chirurgie	Hauterkrankungen*	11,2	7,9
Dermatologie	Hauterkrankungen*	11,2	7,9
HNO	Ohrerkrankungen	17,5	15,4
Nephrologie	Niereninsuffizienz*	20,3	23,1
Pneumologie	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege*	20,7	13,9
Neurologie /Psychiatrie	≥ 1 spezifische Diagnose	41,4	62,1
	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen*	7,3	9,7
	Schizophrene, wahnhafte und Persönlichkeitsstörungen	1,9	3,2
	Demenzbezogene Erkrankungen	9,8	38,7

Fachgruppe der Versorgungsanalyse	spezifische Diagnose	häusliche Pflege	Pflegeheim
		N = 721.285	N = 179.899
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome*	3,2	7,6
	Affektive Störungen	19,3	22,4
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	19,6	14,3

* Die Erkrankung wurde für die Versorgungsanalysen mehrerer Fachgruppen berücksichtigt und ist daher mehrfach aufgeführt; die ausgewiesene Prävalenz ist jeweils identisch (zum Beispiel wird Niereninsuffizienz sowohl für die Innere Medizin als auch für die Nephrologie berücksichtigt).
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.
Anmerkung: Berücksichtigt wurden Erkrankungen, die sowohl im PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) als auch im POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale) vorlagen. Ambulante gesicherte Diagnosen mussten dabei im jeweiligen Zeitraum das M2Q-Kriterium erfüllen; bei stationären Diagnosen war jeweils eine einmalige Dokumentation ausreichend.

3.3.2.1 Anteile mit ärztlicher Versorgung

Im Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum nahm der Anteil der Personen mit mindestens einem hausärztlichen Kontakt in beiden Pflegesettings zu. In der häuslichen Pflege stieg er von 97,4 Prozent im PRÄ-Zeitraum auf 98,9 Prozent im POST-Zeitraum (+1,5 Prozentpunkte), im Pflegeheim von 96,9 Prozent auf 99,8 Prozent (+2,9 Prozentpunkte) (Tabelle 3.21).

Für die Innere Medizin zeigte sich bei Personen mit mindestens einer spezifischen Diagnose in beiden Pflegesettings ein Rückgang des Anteils mit mindestens einem fachärztlichen Kontakt vom PRÄ- zum POST-Zeitraum. In der häuslichen Pflege verringerte sich dieser Anteil von 20,6 Prozent auf 19,3 Prozent (–1,3 Prozentpunkte), im Pflegeheim von 10,4 Prozent auf 6,9 Prozent (–3,5 Prozentpunkte). Für die meisten weiteren somatischen Fachgruppen zeigte sich ein ähnliches Muster. Während sich die Anteile zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum in der häuslichen Pflege überwiegend nur gering veränderten, gingen sie im Pflegeheim in den meisten Fachgruppen deutlicher zurück. Die Ergebnisse für die ausgewählten spezifischen Diagnosen der jeweiligen Fachgruppen sind in Tabelle 3.21 dargestellt. Eine Ausnahme bildete die Neurologie/Psychiatrie. Hier nahm der Anteil der Personen mit

mindestens einem fachärztlichen Kontakt zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum in beiden Pflegesettings zu. In der häuslichen Pflege stieg er von 41,5 Prozent auf 45,6 Prozent (+4,1 Prozentpunkte), im Pflegeheim von 39,3 Prozent auf 57,1 Prozent (+17,8 Prozentpunkte).

Tabelle 3.21: Fachärztliche Versorgung der Studienpopulationen II + III (Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, jeweils mit Einschränkung auf Versicherte mit spezifischen Diagnosen)

Fachgruppe	spezifische Diagnose	häusliche Pflege		Pflegeheim	
		PRÄ	POST	PRÄ	POST
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
hausärztliche Versorgung	–	97,4	98,9 (+1,5)	96,9	99,8 (+2,9)
Innere Medizin	≥ 1 spezifische Diagnose	20,6	19,3 (−1,3)	10,4	6,9 (−3,5)
	Niereninsuffizienz	25,0	23,7 (−1,3)	13,3	8,8 (−4,5)
	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	24,5	22,7 (−1,8)	12,7	7,9 (−4,8)
	Herzkrankheiten	22,9	21,0 (−1,9)	11,9	7,7 (−4,2)
	Mangel- und Überernährung	23,9	23,4 (−0,5)	12,5	9,0 (−3,5)
	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	24,6	22,5 (−2,1)	12,3	7,3 (−5,0)
	Arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen	24,6	22,5 (−2,1)	13,2	8,6 (−4,6)
	Gastrointestinale Erkrankungen	25,7	22,8 (−2,9)	13,3	8,1 (−5,2)
	Stoffwechselstörungen	22,1	20,6 (−1,5)	11,8	7,6 (−4,2)
	Diabetes mellitus	22,4	21,2 (−1,2)	12,3	8,6 (−3,7)
	Krankheiten der Schilddrüse	23,4	21,5 (−1,9)	11,4	7,2 (−4,2)
	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	23,0	20,9 (−2,1)	10,1	6,9 (−3,2)
	Arthropathien	23,6	22,0 (−1,6)	12,0	8,1 (−3,9)
	Hypertonie	21,0	19,7 (−1,3)	10,7	7,1 (−3,6)
	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome	20,0	19,3 (−0,7)	11,0	6,6 (−4,4)

Fachgruppe	spezifische Diagnose	häusliche Pflege		Pflegeheim	
		PRÄ	POST	PRÄ	POST
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
Kardiologie	≥ 1 spezifische Diagnose	31,3	32,0 (+0,7)	17,9	11,3 (−6,6)
	Herzkrankheit	44,0	43,6 (−0,4)	25,4	16,1 (−9,3)
	Arterielle, venöse und lymphatische Erkrankungen	34,8	35,1 (+0,3)	20,3	12,9 (−7,4)
	Hypertonie	31,6	32,4 (+0,8)	18,2	11,4 (−6,8)
Augenheilkunde	Augenerkrankungen	85,2	82,8 (−2,4)	70,3	58,8 (−11,5)
Orthopädie	≥ 1 spezifische Diagnose	43,3	43,1 (−0,2)	25,3	19,6 (−5,7)
	Osteopathien und Chondropathien	52,1	51,5 (−0,6)	30,6	23,1 (−7,5)
	Arthropathien	46,8	46,3 (−0,5)	26,0	20,6 (−5,4)
	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	47,3	46,8 (−0,5)	27,5	21,3 (−6,2)
Gynäkologie[1]	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	64,3	61,9 (−2,4)	38,6	31,2 (−7,4)
Urologie[2]	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	66,6	66,2 (−0,4)	51,4	53,1 (+1,7)
Chirurgie	Hauterkrankungen	25,6	24,8 (−0,8)	18,4	16,4 (−2,0)
Dermatologie	Hauterkrankungen	56,7	52,0 (−4,7)	39,3	35,8 (−3,5)
HNO	Ohrerkrankungen	65,6	63,7 (−1,9)	52,0	64,1 (+12,1)
Nephrologie	Niereninsuffizienz	20,5	22,2 (+1,7)	12,4	9,4 (−3,0)
Pneumologie	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	37,3	37,0 (−0,3)	20,8	13,3 (−7,5)
Neurologie/ Psychiatrie	≥ 1 spezifische Diagnose	41,5	45,6 (+4,1)	39,3	57,1 (+17,8)
	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	66,6	67,6 (+1,0)	64,1	70,8 (+6,7)
	Schizophrene, wahnhafte und Persönlichkeitsstörungen	55,5	58,5 (+3,0)	49,7	64,5 (+14,8)
	Demenzbezogene Erkrankungen	53,2	56,7 (+3,5)	43,7	61,4 (+17,7)
	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome	41,1	53,0 (+11,9)	32,5	53,5 (+21,0)

Fachgruppe	spezifische Diagnose	häusliche Pflege		Pflegeheim	
		PRÄ	POST	PRÄ	POST
		Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
	Affektive Störungen	42,8	46,0 (+3,2)	40,2	57,2 (+17,0)
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	40,1	43,7 (+3,6)	39,7	55,1 (+15,4)

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
[1] Nur Frauen berücksichtigt. [2] Nur Männer berücksichtigt.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Die stratifizierten Analysen bestätigten weitgehend die in den Querschnittanalysen beobachteten Veränderungen. Beim Eintritt in die häusliche Pflege zeigten sich für die meisten somatischen Fachgruppen überwiegend geringe Veränderungen, wobei bei Personen mit höheren Pflegegraden in mehreren Fachgruppen (zum Beispiel Augenheilkunde und Orthopädie) deutlichere Rückgänge zu beobachten waren. Nach Eintritt in ein Pflegeheim zeigte sich die geringere Inanspruchnahme der meisten somatischen Fachgruppen weitgehend über die untersuchten Subgruppen hinweg. Demgegenüber nahm die neurologische/psychiatrische Versorgung in nahezu allen Subgruppen zu; auch für die HNO-ärztliche Versorgung zeigte sich nach Pflegeheimeintritt über die Subgruppen hinweg eine Zunahme. Die Ergebnisse der stratifizierten Analysen sind in den Tabellen 3.22 bis 3.34 dargestellt.

Tabelle 3.22: Hausärztliche Versorgung der Studienpopulationen II + III (Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	97,4	98,9 (+1,5)	96,9	99,8 (+2,9)
Geschlecht				
Frauen	97,5	98,8 (+1,3)	97,3	99,8 (+2,5)
Männer	97,3	98,9 (+1,6)	96,0	99,8 (+3,8)
Alter				
65–74 Jahre	96,4	98,8 (+2,4)	92,1	99,5 (+7,4)
75–84 Jahre	97,7	99,0 (+1,3)	96,7	99,9 (+3,2)
85–94 Jahre	97,6	98,8 (+1,2)	97,9	99,8 (+1,9)
95+ Jahre	95,2	98,3 (+3,1)	98,1	99,8 (+1,7)
Pflegegrad				
Grad 1/2	97,6	98,9 (+1,3)	96,3	99,7 (+3,4)
Grad 3	96,3	98,8 (+2,5)	96,9	99,8 (+2,9)
Grad 4/5	92,5	98,7 (+6,2)	97,3	99,8 (+2,5)
Demenz				
nein	97,2	98,8 (+1,6)	95,6	99,7 (+4,1)
ja	99,0	99,3 (+0,3)	98,7	99,9 (+1,2)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	80,2	93,6 (+13,4)	78,4	99,0 (+20,6)
2–3	98,7	99,0 (+0,3)	97,8	99,8 (+2,0)
4–5	99,1	99,4 (+0,3)	98,5	99,9 (+1,4)
6+	99,5	99,6 (+0,1)	99,2	99,9 (+0,7)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	97,7	98,9 (+1,2)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	95,6	98,6 (+3,0)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.23: Internistische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der 14 aufgeführten internistischen Diagnosen, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	20,6	19,3 (−1,3)	10,4	6,9 (−3,5)
Geschlecht				
Frauen	20,4	19,1 (−1,3)	10,1	6,7 (−3,4)
Männer	21,0	19,6 (−1,4)	11,2	7,3 (−3,9)
Alter				
65–74 Jahre	24,7	23,8 (−0,9)	11,3	9,1 (−2,2)
75–84 Jahre	22,1	20,8 (−1,3)	12,3	7,5 (−4,8)
85–94 Jahre	15,8	14,1 (−1,7)	9,6	6,3 (−3,3)
95+ Jahre	8,0	6,9 (−1,1)	5,0	4,5 (−0,5)
Pflegegrad				
Grad 1/2	20,7	19,6 (−1,1)	11,9	8,0 (−3,9)
Grad 3	20,4	17,6 (−2,8)	10,2	6,9 (−3,3)
Grad 4/5	18,1	14,8 (−3,3)	9,5	6,0 (−3,5)
Demenz				
nein	21,0	19,7 (−1,3)	11,1	7,6 (−3,5)
ja	17,3	15,4 (−1,9)	9,5	6,0 (−3,5)
Elixhauser–Komorbiditäten*				
0–1	8,5	10,2 (+1,7)	3,9	3,8 (−0,1)
2–3	13,1	13,7 (+0,6)	5,3	4,5 (−0,8)
4–5	19,2	18,2 (−1,0)	9,1	6,1 (−3,0)
6+	27,7	24,6 (−3,1)	14,2	8,8 (−5,4)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	21,1	20,0 (−1,1)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	18,3	15,5 (−2,8)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.24: Kardiologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der drei aufgeführten kardiologischen Diagnosen, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	31,3	32,0 (+0,7)	17,9	11,3 (−6,6)
Geschlecht				
Frauen	28,1	28,8 (+0,7)	15,7	9,8 (−5,9)
Männer	35,6	36,5 (+0,9)	22,5	14,4 (−8,1)
Alter				
65–74 Jahre	27,6	29,2 (+1,6)	13,7	8,8 (−4,9)
75–84 Jahre	32,9	34,0 (+1,1)	18,8	11,0 (−7,8)
85–94 Jahre	31,3	31,3 (±0,0)	18,7	12,1 (−6,6)
95+ Jahre	23,6	21,3 (−2,3)	12,1	10,0 (−2,1)
Pflegegrad				
Grad 1/2	31,5	32,7 (+1,2)	19,6	13,4 (−6,2)
Grad 3	29,6	28,2 (−1,4)	18,3	11,8 (−6,5)
Grad 4/5	25,9	21,1 (−4,8)	15,8	8,5 (−7,3)
Demenz				
nein	31,5	32,5 (+1,0)	19,2	12,5 (−6,7)
ja	29,0	28,0 (−1,0)	15,9	9,4 (−6,5)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	5,6	12,6 (+7,0)	1,2	2,5 (+1,3)
2–3	13,9	18,5 (+4,6)	7,0	5,5 (−1,5)
4–5	26,4	28,4 (+2,0)	12,6	8,5 (−4,1)
6+	45,7	43,1 (−2,6)	26,1	15,7 (−10,4)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	32,2	33,4 (+1,2)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	26,3	24,6 (−1,7)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.25: Ophthalmologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Augenerkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	85,2	82,8 (−2,4)	70,3	58,8 (−11,5)
Geschlecht				
Frauen	86,1	84,1 (−2,0)	71,0	59,5 (−11,5)
Männer	83,7	80,8 (−2,9)	68,9	57,1 (−11,8)
Alter				
65–74 Jahre	81,1	79,9 (−1,2)	60,3	56,5 (−3,8)
75–84 Jahre	86,5	84,1 (−2,4)	71,5	58,6 (−12,9)
85–94 Jahre	85,2	82,4 (−2,8)	71,2	59,5 (−11,7)
95+ Jahre	80,4	76,3 (−4,1)	67,8	56,6 (−11,2)
Pflegegrad				
Grad 1/2	85,7	83,7 (−2,0)	74,1	66,1 (−8,0)
Grad 3	81,5	76,5 (−5,0)	72,0	60,5 (−11,5)
Grad 4/5	75,5	65,9 (−9,6)	63,5	48,0 (−15,5)
Demenz				
nein	85,5	83,2 (−2,3)	73,0	62,8 (−10,2)
ja	81,6	78,9 (−2,7)	65,7	51,8 (−13,9)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	87,2	85,6 (−1,6)	65,4	57,8 (−7,6)
2–3	84,9	83,3 (−1,6)	69,9	58,6 (−11,3)
4–5	85,8	83,7 (−2,1)	70,8	59,1 (−11,7)
6+	84,7	81,7 (−3,0)	70,7	58,8 (−11,9)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	85,8	84,0 (−1,8)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	81,2	75,8 (−5,4)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.26: Orthopädische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der drei aufgeführten orthopädischen Diagnosen, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	43,3	43,1 (−0,2)	25,3	19,6 (−5,7)
Geschlecht				
Frauen	47,1	47,6 (+0,5)	26,7	20,5 (−6,2)
Männer	36,9	35,6 (−1,3)	21,2	16,9 (−4,3)
Alter				
65–74 Jahre	45,3	45,1 (−0,2)	25,8	19,2 (−6,6)
75–84 Jahre	46,0	45,9 (−0,1)	27,9	21,5 (−6,4)
85–94 Jahre	38,1	37,9 (−0,2)	24,8	18,9 (−5,9)
95+ Jahre	23,2	21,0 (−2,2)	13,6	15,1 (+1,5)
Pflegegrad				
Grad 1/2	44,1	44,5 (+0,4)	29,2	22,6 (−6,6)
Grad 3	36,5	32,7 (−3,8)	25,5	20,3 (−5,2)
Grad 4/5	30,9	18,9 (−12,0)	21,2	15,5 (−5,7)
Demenz				
nein	44,0	44,1 (+0,1)	26,7	20,9 (−5,8)
ja	36,3	33,5 (−2,8)	23,0	17,4 (−5,6)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	38,9	42,0 (+3,1)	18,9	17,4 (−1,5)
2–3	41,2	42,1 (+0,9)	21,5	17,4 (−4,1)
4–5	43,1	43,4 (+0,3)	24,7	19,7 (−5,0)
6+	45,0	43,5 (−1,5)	27,6	20,6 (−7,0)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	44,4	44,5 (+0,1)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	36,7	34,8 (−1,9)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.27: Gynäkologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Frauen mit einer nichtentzündlichen Erkrankung des weiblichen Genitaltraktes, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt (Frauen)	64,3	61,9 (−2,4)	38,6	31,2 (−7,4)
Alter				
65–74 Jahre	76,5	74,5 (−2,0)	36,0	33,1 (−2,9)
75–84 Jahre	65,0	62,6 (−2,4)	42,6	33,9 (−8,7)
85–94 Jahre	54,5	51,6 (−2,9)	36,8	29,4 (−7,4)
95+ Jahre	32,8	32,8 (±0,0)	32,5	30,6 (−1,9)
Pflegegrad				
Grad 1/2	64,7	62,4 (−2,3)	43,6	36,1 (−7,5)
Grad 3	61,3	57,9 (−3,4)	37,9	30,1 (−7,8)
Grad 4/5	43,3	34,5 (−8,8)	33,3	26,9 (−6,4)
Demenz				
nein	65,1	62,6 (−2,5)	41,3	32,6 (−8,7)
ja	55,7	53,4 (−2,3)	34,6	29,1 (−5,5)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	54,6	52,3 (−2,3)	43,1	40,5 (−2,6)
2–3	62,2	61,0 (−1,2)	36,4	29,2 (−7,2)
4–5	64,6	62,1 (−2,5)	38,8	34,4 (−4,4)
6+	66,5	63,5 (−3,0)	38,9	29,5 (−9,4)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	65,4	63,2 (−2,2)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	56,9	52,7 (−4,2)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.28: Urologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Männer mit einer Erkrankung der männlichen Genitalorgane, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt (Männer)	66,6	66,2 (−0,4)	51,4	53,1 (+1,7)
Alter				
65–74 Jahre	68,8	67,9 (−0,9)	53,5	61,1 (+7,6)
75–84 Jahre	68,5	68,8 (+0,3)	51,2	54,7 (+3,5)
85–94 Jahre	63,5	62,4 (−1,1)	51,3	50,6 (−0,7)
95+ Jahre	54,0	55,2 (+1,2)	50,8	50,1 (−0,7)
Pflegegrad				
Grad 1/2	66,7	66,6 (−0,1)	52,0	49,6 (−2,4)
Grad 3	66,2	64,0 (−2,2)	50,3	52,9 (+2,6)
Grad 4/5	63,6	67,8 (+4,2)	52,4	55,8 (+3,4)
Demenz				
nein	66,7	66,7 (±0,0)	50,9	55,1 (+4,2)
ja	66,4	63,5 (−2,9)	52,2	50,5 (−1,7)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	61,2	62,4 (+1,2)	50,0	40,9 (−9,1)
2–3	62,7	62,9 (+0,2)	46,2	47,9 (+1,7)
4–5	66,2	66,5 (+0,3)	51,8	49,2 (−2,6)
6+	68,5	67,5 (−1,0)	52,7	56,6 (+3,9)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	67,6	67,1 (−0,5)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	61,0	61,3 (+0,3)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von CD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.29: Chirurgische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Hauterkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	25,6	24,8 (−0,8)	18,4	16,4 (−2,0)
Geschlecht				
Frauen	26,2	25,4 (−0,8)	18,9	16,1 (−2,8)
Männer	24,8	24,0 (−0,8)	17,6	17,0 (−0,6)
Alter				
65–74 Jahre	29,4	28,6 (−0,8)	20,9	20,8 (−0,1)
75–84 Jahre	26,7	26,3 (−0,4)	19,9	14,3 (−5,6)
85–94 Jahre	22,4	21,2 (−1,2)	17,7	16,8 (−0,9)
95+ Jahre	17,3	17,9 (+0,6)	13,1	17,0 (+3,9)
Pflegegrad				
Grad 1/2	25,9	25,0 (−0,9)	22,1	18,2 (−3,9)
Grad 3	23,0	23,8 (+0,8)	18,3	17,1 (−1,2)
Grad 4/5	24,8	18,1 (−6,7)	15,4	13,8 (−1,6)
Demenz				
nein	25,7	25,1 (−0,6)	20,2	18,2 (−2,0)
ja	24,1	22,2 (−1,9)	15,4	13,5 (−1,9)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	18,1	16,2 (−1,9)	21,4	17,0 (−4,4)
2–3	21,9	23,0 (+1,1)	13,6	11,5 (−2,1)
4–5	24,4	24,2 (−0,2)	14,0	15,6 (+1,6)
6+	28,1	26,5 (−1,6)	21,2	18,0 (−3,2)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	26,0	25,0 (−1,0)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	23,0	23,2 (+0,2)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.30: Dermatologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Hauterkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	56,7	52,0 (−4,7)	39,3	35,8 (−3,5)
Geschlecht				
Frauen	53,2	49,0 (−4,2)	36,1	32,7 (−3,4)
Männer	60,6	55,2 (−5,4)	44,9	41,2 (−3,7)
Alter				
65–74 Jahre	46,4	42,3 (−4,1)	31,5	39,1 (+7,6)
75–84 Jahre	58,7	53,9 (−4,8)	37,6	31,9 (−5,7)
85–94 Jahre	59,1	54,1 (−5,0)	41,6	37,6 (−4,0)
95+ Jahre	52,7	48,8 (−3,9)	37,9	33,8 (−4,1)
Pflegegrad				
Grad 1/2	57,1	52,7 (−4,4)	38,5	37,7 (−0,8)
Grad 3	53,9	47,2 (−6,7)	39,3	35,9 (−3,4)
Grad 4/5	48,8	34,5 (−14,3)	39,9	34,1 (−5,8)
Demenz				
nein	56,9	52,4 (−4,5)	38,7	35,8 (−2,9)
ja	55,0	48,5 (−6,5)	40,3	35,9 (−4,4)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	48,7	46,3 (−2,4)	53,3	39,4 (−13,9)
2–3	54,3	50,4 (−3,9)	29,5	28,9 (−0,6)
4–5	56,2	52,0 (−4,2)	40,2	34,6 (−5,6)
6+	58,5	53,0 (−5,5)	40,9	38,0 (−2,9)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	57,8	53,8 (−4,0)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	49,8	40,1 (−9,7)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.31: HNO-Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Ohrenerkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	65,6	63,7 (−1,9)	52,0	64,1 (+12,1)
Geschlecht				
Frauen	65,6	63,3 (−2,3)	50,9	63,6 (+12,7)
Männer	65,7	64,2 (−1,5)	54,6	65,3 (+10,7)
Alter				
65–74 Jahre	60,9	59,4 (−1,5)	36,7	56,0 (+19,3)
75–84 Jahre	66,1	64,0 (−2,1)	49,7	59,5 (+9,8)
85–94 Jahre	66,8	64,9 (−1,9)	54,0	65,8 (+11,8)
95+ Jahre	64,8	60,5 (−4,3)	54,2	71,6 (+17,4)
Pflegegrad				
Grad 1/2	66,1	64,4 (−1,7)	55,6	64,4 (+8,8)
Grad 3	62,3	59,2 (−3,1)	51,5	65,3 (+13,8)
Grad 4/5	55,3	42,3 (−13,0)	49,3	61,6 (+12,3)
Demenz				
nein	66,0	64,3 (−1,7)	53,8	67,3 (+13,5)
ja	62,5	59,1 (−3,4)	49,5	59,7 (+10,2)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	67,0	64,7 (−2,3)	46,4	56,6 (+10,2)
2–3	65,2	63,6 (−1,6)	53,3	63,0 (+9,7)
4–5	66,1	64,0 (−2,1)	49,5	62,7 (+13,2)
6+	65,4	63,4 (−2,0)	53,3	65,9 (+12,6)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	66,2	65,0 (−1,2)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	62,0	55,8 (−6,2)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.32: Nephrologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Niereninsuffizienz, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	20,5	22,2 (+1,7)	12,4	9,4 (−3,0)
Geschlecht				
Frauen	18,3	19,4 (+1,1)	10,6	7,6 (−3,0)
Männer	22,7	25,1 (+2,4)	15,7	12,6 (−3,1)
Alter				
65–74 Jahre	29,3	33,2 (+3,9)	21,3	20,2 (−1,1)
75–84 Jahre	21,3	22,9 (+1,6)	15,2	11,3 (−3,9)
85–94 Jahre	15,7	16,7 (+1,0)	10,6	7,4 (−3,2)
95+ Jahre	7,7	7,1 (−0,6)	4,3	5,1 (+0,8)
Pflegegrad				
Grad 1/2	20,6	22,3 (+1,7)	12,4	10,2 (−2,2)
Grad 3	20,2	22,4 (+2,2)	12,7	9,8 (−2,9)
Grad 4/5	16,9	18,7 (+1,8)	11,9	8,0 (−3,9)
Demenz				
nein	21,2	23,0 (+1,8)	14,0	11,0 (−3,0)
ja	14,4	15,2 (+0,8)	9,8	6,6 (−3,2)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	0,0	2,7 (+2,7)	13,4	5,6 (−7,8)
2–3	6,4	8,8 (+2,4)	3,0	2,9 (−0,1)
4–5	12,5	14,4 (+1,9)	5,3	4,2 (−1,1)
6+	24,1	25,7 (+1,6)	14,7	11,0 (−3,7)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	21,1	22,8 (+1,7)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	17,5	19,4 (+1,9)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.33: Pneumologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Atemwegserkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	37,3	37,0 (−0,3)	20,8	13,3 (−7,5)
Geschlecht				
Frauen	36,4	35,9 (−0,5)	19,5	12,7 (−6,8)
Männer	38,4	38,5 (+0,1)	23,4	14,5 (−8,9)
Alter				
65–74 Jahre	44,7	45,4 (+0,7)	29,0	21,6 (−7,4)
75–84 Jahre	37,7	37,7 (±0,0)	23,0	13,6 (−9,4)
85–94 Jahre	27,2	25,1 (−2,1)	17,6	11,0 (−6,6)
95+ Jahre	11,5	11,5 (±0,0)	10,0	8,9 (−1,1)
Pflegegrad				
Grad 1/2	37,7	37,6 (−0,1)	22,4	16,8 (−5,6)
Grad 3	34,2	32,5 (−1,7)	22,5	13,9 (−8,6)
Grad 4/5	32,4	24,0 (−8,4)	16,5	8,9 (−7,6)
Demenz				
nein	37,8	37,7 (−0,1)	22,9	15,4 (−7,5)
ja	30,6	28,2 (−2,4)	16,8	9,2 (−7,6)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	34,8	37,8 (+3,0)	26,6	27,7 (+1,1)
2–3	32,6	34,4 (+1,8)	14,8	10,3 (−4,5)
4–5	35,6	36,2 (+0,6)	17,3	10,6 (−6,7)
6+	39,1	37,9 (−1,2)	22,7	14,4 (−8,3)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	38,2	38,3 (+0,1)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	31,4	28,7 (−2,7)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle 3.34: Neurologische/Psychiatrische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der sechs aufgeführten neurologischen/psychiatrischen Diagnosen, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

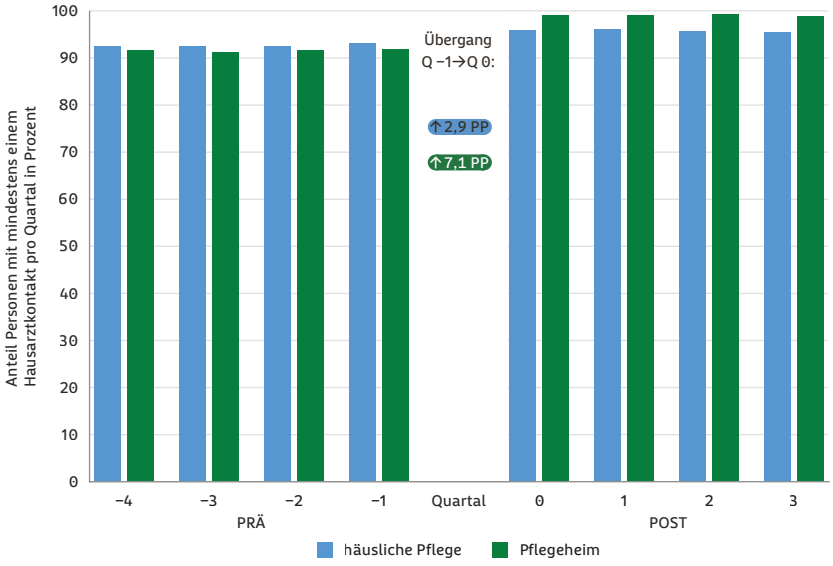
Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	41,5	45,6 (+4,1)	39,3	57,1 (+17,8)
Geschlecht				
Frauen	40,0	43,6 (+3,6)	37,8	56,0 (+18,2)
Männer	44,0	49,0 (+5,0)	42,3	59,4 (+17,1)
Alter				
65–74 Jahre	47,2	53,0 (+5,8)	46,5	63,1 (+16,6)
75–84 Jahre	44,2	48,6 (+4,4)	47,3	62,8 (+15,5)
85–94 Jahre	31,6	33,5 (+1,9)	32,6	52,2 (+19,6)
95+ Jahre	12,4	10,6 (−1,8)	15,2	39,7 (+24,5)
Pflegegrad				
Grad 1/2	40,9	44,5 (+3,6)	35,4	51,1 (+15,7)
Grad 3	47,1	53,5 (+6,4)	38,0	57,2 (+19,2)
Grad 4/5	32,9	45,8 (+12,9)	43,2	60,7 (+17,5)
Demenz				
nein	38,0	42,6 (+4,6)	30,9	52,2 (+21,3)
ja	55,9	57,7 (+1,8)	45,3	60,7 (+15,4)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	43,6	49,3 (+5,7)	39,4	62,1 (+22,7)
2–3	41,1	46,2 (+5,1)	39,8	59,1 (+19,3)
4–5	41,8	46,2 (+4,4)	39,3	57,6 (+18,3)
6+	41,4	44,7 (+3,3)	39,0	55,6 (+16,6)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	42,7	46,6 (+3,9)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	35,4	40,4 (+5,0)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringere beziehungsweise höhere fachärztliche Inanspruchnahme, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

3.3.2.2 Kontinuität der hausärztlichen Versorgung und hausärztliches Überweisungsverhalten

Über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg lagen die Anteile der Personen mit mindestens einem hausärztlichen Kontakt in der häuslichen Pflege und im Pflegeheim auf einem hohen Niveau (Abbildung 3.1). Während sich die Anteile in den vier Quartalen vor Beginn des jeweiligen Pflegesettings nur gering veränderten, stiegen sie beim Übergang von Q −1 zu Q 0 in beiden Gruppen deutlich an. Der Anstieg war beim Eintritt in ein Pflegeheim mit 7,1 Prozentpunkten stärker (von 91,9 Prozent auf 99,0 Prozent) als beim Beginn der häuslichen Pflege mit 2,9 Prozentpunkten (von 93,1 Prozent auf 96,0 Prozent). Der Anstieg zwischen Q −1 und Q 0 zeigte sich in allen untersuchten Subgruppen. Besonders ausgeprägt war er bei Personen mit 0–1 Elixhauser-Komorbiditäten und betrug +14,0 Prozentpunkte bei Eintritt in die häusliche Pflege und +27,9 Prozentpunkte bei Eintritt in ein Pflegeheim (Tabelle 3.35).

Abbildung 3.1: Hausärztliche Versorgungskontinuität: Anteile von Personen der Studienpopulationen II (häusliche Pflege) + III (Pflegeheim) mit mindestens einem Hausarztkontakt je Quartal vor und nach Eintritt in das Pflegesetting



Quelle: BARMER-Daten 2022–2024

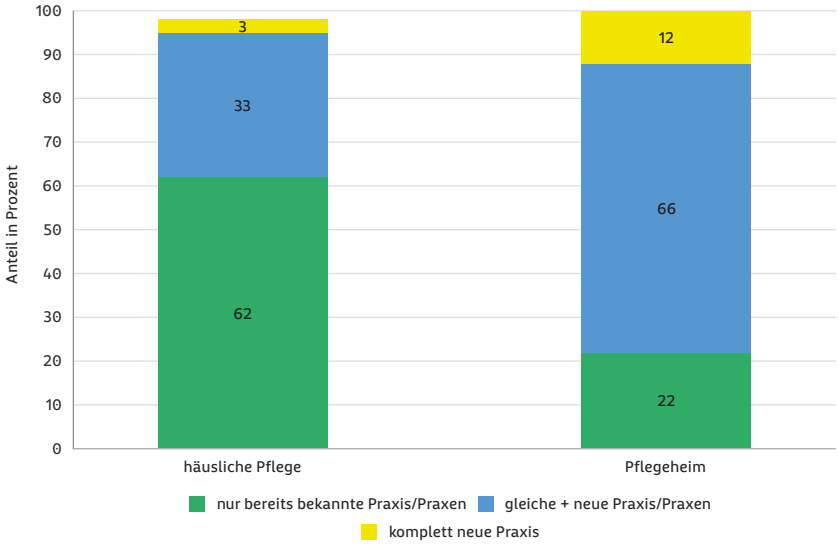
Tabelle 3.35: Hausärztliche Versorgungskontinuität: Anteile von Personen der Studienpopulationen II + III mit mindestens einem Hausarztkontakt im Quartal vor (Q –1) und im Quartal des Eintritts in das Pflegesetting (Q 0), stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	Q –1	Q 0	Q –1	Q 0
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	93,1	96,0 (+2,9)	91,9	99,0 (+7,1)
Geschlecht				
Frauen	93,2	95,9 (+2,7)	92,7	99,0 (+6,3)
Männer	93,0	96,0 (+3,0)	90,3	99,1 (+8,8)
Alter				
65–74 Jahre	91,1	94,9 (+3,8)	82,3	98,0 (+15,7)
75–84 Jahre	93,7	96,4 (+2,7)	91,0	99,1 (+8,1)
85–94 Jahre	93,8	96,1 (+2,3)	94,4	99,2 (+4,8)
95+ Jahre	88,6	93,0 (+4,4)	94,4	99,1 (+4,7)
Pflegegrad				
Grad 1/2	93,6	96,2 (+2,6)	91,1	98,7 (+7,6)
Grad 3	90,7	94,6 (+3,9)	92,1	99,1 (+7,0)
Grad 4/5	82,2	92,5 (+10,3)	92,4	99,1 (+6,7)
Demenz				
nein	93,0	95,9 (+2,9)	90,0	98,8 (+8,8)
ja	94,1	96,2 (+2,1)	94,7	99,4 (+4,7)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	68,1	82,1 (+14,0)	67,6	95,5 (+27,9)
2–3	92,1	95,6 (+3,5)	91,3	99,1 (+7,8)
4–5	96,1	97,4 (+1,3)	94,4	99,3 (+4,9)
6+	97,6	98,4 (+0,8)	95,7	99,5 (+3,8)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	93,9	96,2 (+2,3)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	89,2	94,5 (+5,3)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem Quartal vor Beginn des Pflegesettings (Q –1) und dem Eintrittsquartal (Q 0), rot beziehungsweise grün: geringerer beziehungsweise höherer Anteil mit mindestens einem Hausarztkontakt, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Hinsichtlich der Kontinuität der hausärztlichen Versorgung auf Praxisebene zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden Pflegesettings. Während Personen mit erstmaligem Eintritt in die häusliche Pflege überwiegend ausschließlich von bereits vor dem Pflegeeintritt bekannten Hausarztpraxen versorgt wurden (62,0 Prozent), überwog im Pflegeheim die Versorgung durch eine Kombination aus bekannten und neu hinzugekommenen Hausarztpraxen (66,3 Prozent). Eine ausschließliche Versorgung durch neue Hausarztpraxen war in der häuslichen Pflege selten (3,0 Prozent), im Pflegeheim jedoch häufiger (11,9 Prozent) (Abbildung 3.2). Dieses Muster zeigte sich weitgehend auch in den stratifizierten Analysen. Bei Eintritt in die häusliche Pflege nahm mit höherem Pflegegrad der Anteil der ausschließlich durch bekannte Hausarztpraxen versorgten Personen ab, während der Anteil mit neuen in die Versorgung eingebundenen Hausarztpraxen größer wurde. Nach Geschlecht und Demenzstatus zeigten sich dagegen nur geringe Unterschiede; deutlichere Unterschiede nach Alter und Komorbidität fanden sich insbesondere beim Eintritt in ein Pflegeheim (Tabelle 3.36).

Abbildung 3.2: Hausärztliche Versorgungskontinuität: Anteile der Studienpopulationen II (häusliche Pflege) und III (Pflegeheim) mit ausschließlich bekannten, bekannten und neuen oder ausschließlich neuen an der Versorgung beteiligten Hausarztpraxen im Zeitraum nach Beginn des Pflegesettings



Quelle: BARMER-Daten 2023–2024

Tabelle 3.36: Hausärztliche Versorgungskontinuität: Anteile der Studienpopulationen II + III mit ausschließlich bekannten, bekannten und neuen oder ausschließlich neuen Hausarztpraxen im Zeitraum nach Beginn des Pflegesettings (POST), stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19

Merkmal	nur bekannte Praxis/Praxen		bekannte + neue Praxis/Praxen		nur neue Praxis/Praxen	
	häusliche Pflege	Pflegeheim	häusliche Pflege	Pflegeheim	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
gesamt	62,2	21,6	33,3	66,3	3,4	11,9
Geschlecht						
Frauen	62,6	22,2	32,9	66,4	3,4	11,2
Männer	61,6	20,3	33,8	66,1	3,6	13,4
Alter						
65–74 Jahre	59,3	15,3	34,9	63,2	4,6	21,0
75–84 Jahre	62,4	21,0	33,4	65,8	3,1	13,1
85–94 Jahre	63,9	23,3	31,8	67,2	3,0	9,3
95+ Jahre	62,2	22,7	30,9	67,6	5,2	9,5
Pflegegrad						
Grad 1/2	63,1	22,6	32,7	65,4	3,1	11,7
Grad 3	57,1	20,8	36,5	67,0	5,2	12,0
Grad 4/5	47,3	21,9	41,3	66,0	10,1	11,9
Demenz						
nein	62,0	20,1	33,3	66,9	3,6	12,7
ja	63,8	23,8	33,2	65,4	2,4	10,7
Elixhauser-Komorbiditäten*						
0–1	50,1	17,6	26,5	51,1	17,0	30,2
2–3	64,1	22,3	32,1	66,9	2,8	10,7
4–5	64,3	23,4	33,0	66,8	2,1	9,8
6+	62,5	21,1	35,7	68,8	1,5	9,9

Merkmal	nur bekannte Praxis/Praxen		bekannte + neue Praxis/ Praxen		nur neue Praxis/Praxen	
	häusliche Pflege	Pflegeheim	häusliche Pflege	Pflegeheim	häusliche Pflege	Pflegeheim
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent
Art der häuslichen Pflege						
Pflegegeld	63,6	–	32,3	–	3,0	–
Einbindung professioneller Pflege	54,9	–	38,1	–	5,7	–

Personen ohne hausärztlichen Kontakt im POST-Zeitraum (< 1 Prozent der Studienpopulation) sind in der Tabelle nicht dargestellt.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Das hausärztliche Überweisungsverhalten veränderte sich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum dagegen nur geringfügig. In der häuslichen Pflege blieb der Anteil von Facharztfällen mit hausärztlicher Überweisung nahezu unverändert (32,3 Prozent versus 32,6 Prozent; +0,3 Prozentpunkte), während er nach Eintritt in ein Pflegeheim von 34,6 Prozent auf 31,4 Prozent (−3,2 Prozentpunkte) zurückging (Tabelle 3.37).

Tabelle 3.37: Hausärztliches Überweisungsverhalten in den Studienpopulationen II + III (Anteile von Facharztfällen mit hausärztlicher Überweisung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
gesamt	32,3	32,6 (+0,3)	34,6	31,4 (−3,2)
Geschlecht				
Frauen	31,8	32,3 (+0,4)	35,3	32,5 (−2,8)
Männer	33,0	33,1 (+0,1)	33,3	29,4 (−3,9)

Merkmal	häusliche Pflege		Pflegeheim	
	PRÄ	POST	PRÄ	POST
	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)	Anteil in Prozent	Anteil in Prozent (ΔPP)
Alter				
65–74 Jahre	32,2	32,1 (−0,1)	32,4	30,2 (−2,2)
75–84 Jahre	32,3	32,5 (+0,2)	34,1	30,5 (−3,6)
85–94 Jahre	32,6	33,3 (+0,7)	35,5	32,4 (−3,2)
95+ Jahre	30,3	32,6 (+2,3)	34,6	31,1 (−3,5)
Pflegegrad				
Grad 1/2	32,4	32,5 (+0,2)	35,8	34,6 (−1,2)
Grad 3	32,1	32,9 (+0,8)	34,8	31,3 (−3,5)
Grad 4/5	32,4	35,5 (+3,1)	33,3	28,7 (−4,6)
Demenz				
nein	32,3	32,7 (+0,3)	35,4	32,8 (−2,6)
ja	32,4	31,6 (−0,8)	33,6	29,2 (−4,4)
Elixhauser-Komorbiditäten*				
0–1	24,5	29,6 (+5,1)	27,7	29,6 (+1,9)
2–3	28,8	30,2 (+1,4)	31,5	29,8 (−1,7)
4–5	31,6	32,0 (+0,4)	33,7	30,3 (−3,4)
6+	34,6	34,2 (−0,4)	36,3	32,7 (−3,6)
Art der häuslichen Pflege				
Pflegegeld	32,3	32,3 (±0,0)	–	–
Einbindung professioneller Pflege	33,0	34,8 (+1,8)	–	–

ΔPP: Differenz in Prozentpunkten zwischen dem PRÄ-Zeitraum (vier Quartale vor Eintritt in das Pflegesetting) und dem POST-Zeitraum (Eintrittsquartal + die drei folgenden Quartale), rot beziehungsweise grün: geringerer beziehungsweise höherer Anteil von Facharztfällen mit hausärztlicher Überweisung, schwarz: keine Änderung.
* Der Elixhauser-Komorbiditätsindex ist ein Scoring-System, das 30 spezifische Komorbiditäten anhand von ICD-10-Diagnosen erfasst.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

3.3.2.3 Ärztliche Versorgung im Kontext von Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b SGB V

Von den betrachteten ärztlichen Fachgruppen wurden Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b SGB V im Jahr 2024 (Querschnittspopulation) am häufigsten in der hausärztlichen Versorgung (52,6 Prozent) abgerechnet, gefolgt von der Neurologie/Psychiatrie (28,9 Prozent) und der HNO-Versorgung (20,7 Prozent). In der Urologie (6,4 Prozent), Dermatologie (5,5 Prozent) und Orthopädie (3,9 Prozent) wurden entsprechende Leistungen deutlich seltener erbracht. In den übrigen Fachgruppen (Augenheilkunde, Gynäkologie, Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie, Nephrologie und Pneumologie) lagen die Anteile jeweils bei höchstens zwei Prozent.

Ergänzend wurde die Inanspruchnahme in der Gesamtgruppe der Pflegeheimbewohnenden der Inanspruchnahme bei Pflegeheimbewohnenden ohne entsprechende Abrechnung in der jeweiligen Fachgruppe gegenübergestellt. Entsprechende Vergleiche wurden für die hausärztliche, neurologische/psychiatrische und HNO-ärztliche Versorgung vorgenommen.

In der Querschnittspopulation 2024 unterschieden sich Pflegeheimbewohnende ohne dokumentierte hausärztliche Kooperations- oder Koordinationsleistung hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung nicht von der Gesamtgruppe der Pflegeheimbewohnenden. Fast 100 Prozent der Personen in beiden Gruppen hatten mindestens einen hausärztlichen Kontakt. Demgegenüber fielen die Unterschiede bei der neurologischen/psychiatrischen und der HNO-ärztlichen Versorgung deutlich größer aus. Ohne entsprechende Kooperations- oder Koordinationsleistung lagen die Anteile mit mindestens einem Kontakt sowohl in der Neurologie/Psychiatrie (35,6 Prozent versus 56,8 Prozent) als auch in der HNO-Versorgung (57,3 Prozent versus 77,7 Prozent) um rund 21 Prozentpunkte unter denen der jeweiligen Gesamtgruppe.

Für die Übergangspopulation wurde die ärztliche Versorgung im POST-Zeitraum ebenfalls im Kontext der Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b SGB V betrachtet. Bei 53,6 Prozent der Pflegeheimbewohnenden wurde mindestens eine entsprechende hausärztliche Leistung abgerechnet. Vergleichsweise häufig wurden entsprechende Leistungen zudem in der Neurologie/Psychiatrie (26,6 Prozent) sowie der HNO-Versorgung (19,6 Prozent) erbracht. Hinsichtlich der hausärztlichen Versorgung zeigte sich unabhängig von der Abrechnung entsprechender Leistungen eine nahezu vollständige Inanspruchnahme: Der Anteil mit mindestens einem hausärztlichen Kontakt lag sowohl in der Gesamtgruppe als auch bei Pflegeheimbewohnenden ohne dokumentierte hausärztliche Kooperations- oder Koordinationsleistungen bei rund 100 Prozent. Größere Unterschiede zeigten sich wiederum in der neurologischen/psychiatrischen und der HNO-ärztlichen Versorgung. Bei Personen ohne entsprechende Kooperations- oder Koordinationsleistungen lag der Anteil mit mindestens einem Kontakt in der Neurologie/Psychiatrie um fast 19 Prozentpunkte (38,3 Prozent versus 57,1 Prozent) und in der HNO-Versorgung um 14 Prozentpunkte (50,1 Prozent versus 64,1 Prozent) unter dem der jeweiligen Gesamtgruppe.

Zahnärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b SGB V wurden bereits von Rädel et al. 2026 untersucht und waren daher nicht Gegenstand der hier vorgestellten Analysen (Rädel et al., 2026).

3.4 Diskussion

Die vorliegenden Analysen zeigen deutliche Unterschiede zwischen der hausärztlichen und der weiteren fachärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen. Die hausärztliche Inanspruchnahme lag unabhängig vom Pflegesetting auf einem sehr hohen Niveau und nahm im Zuge der untersuchten Pflegeübergänge nochmals auf nahezu 100 Prozent zu. Demgegenüber war die Inanspruchnahme vieler somatischer Fachgruppen (unter anderem Augenheilkunde) bei Pflegebedürftigen mit mindestens einer für die jeweilige Fachgruppe relevanten Erkrankung geringer als bei Nichtpflegebedürftigen mit entsprechenden Erkrankungen, wobei die Unterschiede bei Pflegeheimbewohnenden vielfach größer ausfielen. Gegenläufige Muster zeigten sich insbesondere für die HNO-ärztliche sowie für die neurologische und psychiatrische Versorgung (Tabelle 3.5). Die Analysen der Übergangspopulationen bestätigen dieses Bild weitgehend (Tabelle 3.21).

Bei der Interpretation dieser Unterschiede ist zu berücksichtigen, dass die Häufigkeit ärztlicher Kontakte allein keine abschließende Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erlaubt, da die Inanspruchnahme neben dem Versorgungsbedarf auch durch weitere individuelle und strukturelle Faktoren beeinflusst wird (Andersen & Newman, 2005). Gerade bei älteren Menschen mit Multimorbidität können sich zudem Behandlungsprioritäten in Abhängigkeit von Gesundheitszustand, funktionellen Einschränkungen und individuellen Versorgungszielen verändern. Die aktuelle hausärztliche Leitlinie zur Multimorbidität betont dementsprechend die patientenzentrierte Priorisierung gesundheitlicher Probleme und die Vermeidung von Über- und Fehlversorgung (DEGAM e. V., 2025). Auch internationale Empfehlungen sehen bei Multimorbidität eine Abwägung von Nutzen und Risiken einzelner Behandlungen unter Berücksichtigung individueller Präferenzen, gesundheitlicher Prioritäten, Behandlungsbelastung und Gebrechlichkeit vor (Kernick et al., 2017).

Dies ist insbesondere auch für die Analysen der Übergänge in Pflegebedürftigkeit von Bedeutung. Der Eintritt in Pflegebedürftigkeit kann zeitlich eng mit einer Veränderung des Gesundheitszustands verbunden sein. Wie der BARMER Pflegereport 2025 gezeigt hat, tritt Pflegebedürftigkeit, wenn sie nach der Erstdiagnose einer Erkrankung eintritt, häufig bereits in den ersten Monaten auf, wobei dies nach Akutereignissen wie Hirnblutungen, Hirninfarkten oder Frakturen schneller erfolgt als bei Erkrankungen mit progredientem Verlauf wie Demenz oder Parkinson-Syndromen (Rothgang et al., 2025). Mit dem Pflegeeintritt können sich daher zugleich der medizinische Versorgungsbedarf und die Priorität der Behandlung einzelner Erkrankungen verändern. Darüber hinaus kann auch die Nähe zum Lebensende die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflussen und ist damit ein weiterer möglicher Einflussfaktor auf die im zeitlichen Umfeld des Pflegeeintritts beobachteten Veränderungen (Canova et al., 2019). Eine geringere Inanspruchnahme einzelner Fachgruppen kann vor diesem Hintergrund sowohl veränderte Versorgungsbedarfe und -ziele als auch Unterschiede im Zugang oder in der Versorgungsorganisation widerspiegeln. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Funktionen im Versorgungsgeschehen und der deutlich unterschiedlichen Inanspruchnahmemuster werden die hausärztliche und die weitere fachärztliche Versorgung im Folgenden getrennt diskutiert.

3.4.1 Hausärztliche Versorgung

Die Ergebnisse zeigen, dass nahezu alle älteren Pflegebedürftigen hausärztlich versorgt waren. Dies zeigte sich sowohl bei Betrachtung eines Jahreszeitraums als auch auf Quartalsebene und weitgehend auch in den Stratifizierungen nach Geschlecht, Alter, Pflegegrad, Komorbidität und Vorliegen einer Demenz sowie – bei häuslicher Pflege – nach Art der häuslichen Pflege (Tabelle 3.6). Die Resultate stehen damit im Einklang mit älteren Befunden zur hausärztlichen Inanspruchnahme von Pflegebedürftigen. In der Untersuchung von Czwikla et al. hatten beispielsweise 98 Prozent der untersuchten Pflegeheimbewohnenden innerhalb eines Jahres mindestens einen hausärztlichen Kontakt (Czwikla et al., 2022). Bezogen auf das Vorliegen mindestens eines hausärztlichen Kontakts pro Jahr beziehungsweise Quartal ergeben sich damit keine Hinweise auf ein grundsätzliches quantitatives Zugangsproblem zur hausärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger. Die nahezu flächendeckende Inanspruchnahme erlaubt jedoch keine weitergehenden Rückschlüsse auf die Bedarfsgerechtigkeit oder Qualität der hausärztlichen Versorgung. Gerade bei multimorbiden Patientinnen und Patienten kommt der hausärztlichen Koordination und Priorisierung unterschiedlicher Behandlungsbedarfe eine besondere Bedeutung zu (DEGAM e. V., 2025).

Einen zusätzlichen Einblick bietet in diesem Zusammenhang die Betrachtung der hausärztlichen Inanspruchnahme im unmittelbaren zeitlichen Umfeld von Übergängen in die häusliche Pflege beziehungsweise in ein Pflegeheim. Während sie in den vorausgehenden Quartalen weitgehend stabil blieb, zeigte sich insbesondere im Quartal des Übergangs ein Anstieg, der beim Übergang in ein Pflegeheim besonders ausgeprägt war (Abbildung 3.1, Tabelle 3.35). Auch internationale Studien weisen auf eine erhöhte hausärztliche Inanspruchnahme im zeitlichen Umfeld des Eintritts in die stationäre Langzeitpflege hin. So zeigte eine australische Kohortenstudie mit über 200.000 neu aufgenommenen Pflegeheimbewohnenden einen deutlichen Anstieg des Anteils mit mindestens einem Kontakt zu einem General Practitioner oder Medical Practitioner im ersten Quartal nach dem Heimeintritt (Caughey et al., 2024). Der Pflegeeintritt scheint damit eine Phase erhöhter hausärztlicher Inanspruchnahme darzustellen. Als mögliche Erklärungen kommen sowohl gesundheitliche Veränderungen im zeitlichen Umfeld des Pflegeeintritts als auch eine Neuorganisation der medizinischen Versorgung insbesondere beim Wechsel in ein Pflegeheim in Betracht (Rothgang et al., 2025; Spreckelsen et al., 2020b).

Nach Eintritt in die häusliche Pflege erfolgte die hausärztliche Versorgung überwiegend weiterhin durch bereits zuvor beteiligte Praxen. Beim Übergang in ein Pflegeheim zeigte sich dagegen eine deutlich stärkere Veränderung: Bei knapp vier von fünf Pflegeheimbewohnenden waren nach dem Heimeintritt auch neue Hausarztpraxen an der Versorgung beteiligt (Abbildung 3.2, Tabelle 3.36). Die Einbindung neuer Hausarztpraxen ist dabei nicht zwangsläufig als Hinweis auf eine problematische Diskontinuität der Versorgung zu verstehen. Der Eintritt in ein Pflegeheim ist in der Regel mit einem Wechsel des Wohnumfelds verbunden, wodurch eine weitere Betreuung durch die bisherige Hausarztpraxis insbesondere bei größerer räumlicher Entfernung erschwert werden kann. Auch internationale Befunde weisen darauf hin, dass räumliche Faktoren und unterschiedliche ärztliche Versorgungsmodelle die Fortführung bestehender hausärztlicher Beziehungen beim Eintritt in die Langzeitpflege beeinflussen können (Okoh et al., 2025). Darüber hinaus könnten bestehende Kooperationsstrukturen zwischen Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die Einbindung anderer Praxen begünstigen. Bemerkenswert ist zudem, dass die Einbindung neuer Praxen beim Heimeintritt überwiegend nicht mit einem vollständigen Wechsel einherging. Vielmehr waren häufig sowohl bereits zuvor bekannte als auch neue Hausarztpraxen an der Versorgung beteiligt. Dies deutet darauf hin, dass die Einbindung neuer Praxen nach dem Heimeintritt häufig parallel zu bestehenden hausärztlichen Versorgungsbeziehungen erfolgt und nicht unmittelbar zu deren vollständiger Ablösung führt.

Unabhängig davon, ob die bisherige hausärztliche Betreuung fortgeführt wird oder neue Praxen hinzukommen, stellt der Übergang in ein Pflegeheim besondere Anforderungen an die informationelle Kontinuität. Bei Übergängen zwischen Pflegeeinrichtungen und anderen Versorgungssettings werden insbesondere eine gute Kommunikation zwischen den beteiligten Leistungserbringenden und ein verlässlicher Informationsfluss als wichtige Elemente hervorgehoben (Birtwell et al., 2022). Auch für Deutschland wurden beim Eintritt in ein Pflegeheim Herausforderungen in der Kooperation und Informationsweitergabe zwischen den beteiligten Akteuren beschrieben. Als Ansätze zur Verbesserung wurden unter anderem standardisierte Formen der Informationsübermittlung und elektronische Instrumente beschrieben (Skudlik et al., 2023). Auch die elektronische Patientenakte (ePA) kann perspektivisch dazu beitragen, relevante medizinische Informationen beim Wechsel zwischen Versorgungssettings für die beteiligten Leistungserbringenden verfügbar zu machen (BMG, 2026).

Neben der informationellen Kontinuität kann auch die Fortführung bestehender hausärztlicher Versorgungsbeziehungen von Bedeutung sein. Ein kanadischer Scoping Review weist darauf hin, dass die relationale Versorgungskontinuität beim Übergang in die Langzeitpflege häufig unterbrochen wird, wobei unter anderem organisatorische Versorgungsmodelle eine Rolle spielen können (Okoh et al., 2025). In einer aktuellen australischen Untersuchung von Menschen in stationärer Langzeitpflege war die fortgesetzte Versorgung durch die bisherige Hausarztpraxis unter anderem mit geringeren Risiken für ungeplante Krankenhausaufnahmen und Notfallkontakte verbunden. Aufgrund des anderen Versorgungssystems sind diese Ergebnisse nicht unmittelbar auf Deutschland übertragbar, sie unterstreichen jedoch die mögliche Bedeutung kontinuierlicher hausärztlicher Versorgungsbeziehungen auch nach dem Eintritt in eine Pflegeeinrichtung (Inacio et al., 2026). Weiterführend ist zu klären, aus welchen Gründen beim Eintritt in ein Pflegeheim neue Hausarztpraxen in die Versorgung einbezogen werden und welche Auswirkungen dies auf die Versorgungskontinuität und -qualität hat. Da mit dem Wechsel in ein Pflegeheim ohnehin häufig neue Versorgende in die Betreuung eingebunden werden, sollte vor diesem Hintergrund auch verstärkt untersucht werden, inwieweit multiprofessionelle Versorgungsmodelle unter Einbindung von Nurse Practitioners (Pflegeexperten) oder Physician Assistants (Arztassistenten) zur Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen beitragen können (Lovink et al., 2019).

Der Anteil fachärztlicher Behandlungsfälle mit hausärztlicher Überweisung blieb beim Übergang in die häusliche Pflege weitgehend stabil, während er nach dem Einzug in ein Pflegeheim leicht zurückging (Tabelle 3.37). Ein Rückgang hausärztlicher Überweisungen nach dem Heimeintritt wurde bereits in einer älteren deutschen Routinedatenanalyse beobachtet (Spreckelsen et al., 2020b). Gleichzeitig bilden formale Überweisungen nur einen Teil der hausärztlichen Einbindung in die weitere fachärztliche Versorgung ab und es ist zu bedenken, dass in einer Befragung von 375 deutschen Hausärztinnen und Hausärzten 96 Prozent generell eine hausärztliche Koordination der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnenden befürworteten (Spreckelsen et al., 2020a). Aus dem in den vorliegenden Analysen beobachteten leichten Rückgang formaler Überweisungen lässt sich daher nicht ableiten, dass die hausärztliche Koordination der Versorgung nach dem Heimeintritt insgesamt an Bedeutung verliert.

Einen weiteren Ansatz zur strukturierten hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen bilden die Kooperations- und Koordinationsstrukturen nach § 119b SGB V, mit denen die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzten gestärkt werden soll. Entsprechende Leistungen wurden bei mehr als der Hälfte der Pflegeheimbewohnenden abgerechnet. Hinsichtlich des grundsätzlichen Zugangs zur hausärztlichen Versorgung zeigte sich jedoch kein Unterschied zwischen der Gesamtgruppe und der Gruppe ohne entsprechende Leistungen: In beiden Gruppen hatte nahezu die gesamte Population mindestens einen hausärztlichen Kontakt (Kapitel 3.3.2.3). Auch Friedrich et al. fanden insgesamt keine relevanten Unterschiede in der Häufigkeit hausärztlicher Kontakte zwischen Pflegeeinrichtungen mit und ohne hausärztliche Kooperationsverträge. Es zeigte sich lediglich eine tendenziell höhere Zahl persönlicher Kontakte (Heimvisiten und Praxisbesuche) in Einrichtungen mit Kooperationsverträgen, während gleichzeitig die Zahl telefonischer Kontakte geringer war. Für die zahnärztliche Versorgung zeigte sich in derselben Untersuchung dagegen ein deutlicherer Unterschied: In Einrichtungen mit zahnärztlichem Kooperationsvertrag fanden häufiger zahnärztliche Heimvisiten statt und der Anteil zahnärztlich unterversorgter Pflegeheimbewohnender war geringer als in Einrichtungen ohne entsprechenden Vertrag (Friedrich et al., 2023). Dies deutet darauf hin, dass die Bedeutung von Kooperationsverträgen je nach Versorgungsbereich unterschiedlich ausfallen kann. Zugleich kann auch außerhalb formaler Kooperationsverträge eine etablierte Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärztinnen und Ärzten bestehen. In einer Untersuchung aus Sachsen wurde die hausärztliche Versorgung in den befragten Pflegeheimen unabhängig vom Vorliegen eines §-119b-Kooperationsvertrags durchgehend als zufriedenstellend beschrieben; zudem wurden funktionierende Kooperationen auch ohne formalen Kooperationsvertrag berichtet (Dudey, 2020). Für die Bewertung solcher Kooperationsstrukturen ist die Häufigkeit ärztlicher Kontakte nur ein Aspekt. Kooperationsvereinbarungen nach § 119b SGB V zielen auf eine koordinierte Zusammenarbeit der beteiligten Akteure ab. In einer qualitativen deutschen Studie wurden unter anderem gemeinsame Absprachen, eine verbesserte Erreichbarkeit und standardisierte Abläufe für Pflegeheimbesuche als Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Hausärztinnen und Hausärzten entwickelt und pilotiert (Müller et al., 2018). Inwieweit die Kooperationsstrukturen insgesamt zu einer verbesserten Koordination und Qualität der Versorgung beitragen, lässt sich anhand der hier betrachteten Inanspruchnahme nicht beurteilen und sollte zukünftig weiter untersucht werden.

3.4.2 Weitere fachärztliche Versorgung

Im Gegensatz zur nahezu flächendeckenden hausärztlichen Versorgung zeigte sich für die weitere fachärztliche Versorgung ein deutlich heterogeneres Bild. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgruppen weisen darauf hin, dass die fachärztliche Versorgung Pflegebedürftiger nicht als einheitliches Versorgungsgeschehen betrachtet werden kann. Für die Einordnung der beobachteten Inanspruchnahmemuster sind vielmehr die jeweilige Fachgruppe, das Pflegesetting und die Merkmale der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Wie bereits zu Beginn der Diskussion erläutert, lässt sich aus der Häufigkeit fachärztlicher Kontakte allein nicht auf die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung schließen. Insbesondere bei älteren Menschen mit Multimorbidität können sich der medizinische Versorgungsbedarf und die Behandlungsprioritäten in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand, von funktionellen Einschränkungen und individuellen Versorgungszielen unterscheiden. Eine geringere fachärztliche Inanspruchnahme ist daher nicht grundsätzlich mit einer Unterversorgung gleichzusetzen; zugleich kann aus ihr nicht auf einen entsprechend geringeren Versorgungsbedarf geschlossen werden (DEGAM e. V., 2025).

Bei der Inneren Medizin, Augenheilkunde, Orthopädie, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie und Pneumologie zeigte sich im Querschnitt bei Pflegebedürftigen mit entsprechenden Erkrankungen eine geringere Inanspruchnahme als bei Nichtpflegebedürftigen, wobei die Unterschiede bei Pflegeheimbewohnenden jeweils stärker ausgeprägt waren (Tabelle 3.5). Dies steht im Einklang mit älteren Untersuchungen auf Basis deutscher Routinedaten, in denen ebenfalls eine geringere fachärztliche Inanspruchnahme Pflegebedürftiger beziehungsweise von Pflegeheimbewohnenden beschrieben wurde (Schulz et al., 2020a; Schulz et al., 2020b). Auch die Übergangsanalysen weisen für diese Fachgruppen überwiegend in dieselbe Richtung. Während sich die Inanspruchnahme nach dem Eintritt in die häusliche Pflege meist nur gering veränderte, waren nach dem Eintritt in ein Pflegeheim vielfach deutlichere Rückgänge zu beobachten (Tabelle 3.21). Vergleichbare Rückgänge nach dem Pflegeheimeintritt wurden auch in älteren deutschen Routinedatenanalysen beschrieben, wobei insbesondere für die Augenheilkunde eine deutliche Abnahme beobachtet wurde (Spreckelsen et al., 2020b). Auch in einer US-amerikanischen Studie nahm die fachärztliche Inanspruchnahme nach dem Übergang in die stationäre Langzeitpflege in allen untersuchten Fachgruppen ab, einschließlich bei Personen mit

Erkrankungen, für die von einem fortbestehenden fachärztlichen Versorgungsbedarf ausgegangen wurde (Ulyte et al., 2023). Besondere Aufmerksamkeit verdient dabei die augenärztliche Versorgung. In einer deutschen Untersuchung mit individueller Bedarfsbeurteilung wurde bei Pflegeheimbewohnenden ein erheblicher ungedeckter fachärztlicher Versorgungsbedarf festgestellt (Schulz et al., 2021). Auch wenn sich aus der in den vorliegenden Analysen beobachteten geringeren augenärztlichen Inanspruchnahme ein entsprechender ungedeckter Bedarf zwar nicht direkt ableiten lässt, ist von diesem insbesondere auch vor dem Hintergrund der Ergebnisse von Schulz et al. auszugehen. Eine besondere Rolle könnten in diesem Zusammenhang Zugangsbedingungen und der Ort der fachärztlichen Versorgung spielen. In einer Untersuchung von 44 deutschen Pflegeheimen fanden augenärztliche Kontakte wesentlich häufiger in einer Praxis als im Pflegeheim statt (Czwikla et al., 2022). Für Pflegeheimbewohnende mit funktionellen oder mobilitätsbezogenen Einschränkungen kann die Notwendigkeit eines Praxisbesuchs allerdings eine zusätzliche Zugangshürde darstellen. Aufsuchende Versorgungsangebote im Pflegeheim könnten daher den Zugang zur augenärztlichen Versorgung erleichtern. Inwieweit dabei auch die kooperative und koordinierte Versorgung nach § 119b SGB V eine Rolle spielt, konnte für die hier betrachteten Fachgruppen nicht näher untersucht werden, da entsprechende Kooperationsleistungen für die untersuchten Pflegeheimbewohnenden nur selten (zum Beispiel Augenheilkunde: 1,8 Prozent sowohl im Querschnitt als auch nach dem Übergang) abgerechnet wurden.

Für die Kardiologie, Chirurgie und Nephrologie zeigte sich ein stärker vom Pflegesetting abhängiges Muster. Im Querschnitt war die Inanspruchnahme bei Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege mit derjenigen nicht pflegebedürftiger Personen mit entsprechenden Erkrankungen vergleichbar, während sie bei Pflegeheimbewohnenden geringer ausfiel (Tabelle 3.5). Auch ältere deutsche Routinedatenanalysen weisen darauf hin, dass sich die fachärztliche Inanspruchnahme Pflegebedürftiger je nach Fachgruppe und Pflegesetting unterschiedlich darstellen kann. Schulz et al. fanden unter Berücksichtigung der Morbidität für die meisten untersuchten Fachgruppen eine geringere Wahrscheinlichkeit fachärztlicher Kontakte bei Pflegebedürftigen, während sich für die chirurgische Versorgung keine Unterschiede gegenüber Nichtpflegebedürftigen zeigten (Schulz et al., 2020b). Auch in den vorliegenden Übergangsanalysen unterschieden sich die Entwicklungen zwischen den Pflegesettings: Nach dem Eintritt in die häusliche Pflege blieb die Inanspruchnahme in Kardiologie,

Chirurgie und Nephrologie weitgehend stabil beziehungsweise nahm geringfügig zu, während sie nach dem Eintritt in ein Pflegeheim zurückging (Tabelle 3.21). Für die chirurgische Versorgung stimmt dies mit einer älteren deutschen Routinedatenanalyse überein, in der nach dem Pflegeheimeintritt ebenfalls ein leichter Rückgang beobachtet wurde (Spreckelsen et al., 2020b).

Ein weiteres, stärker vom Pflegesetting abhängiges Muster war für die HNO-ärztliche Versorgung zu sehen. Im Querschnitt war die Inanspruchnahme bei Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege geringer als bei Nichtpflegebedürftigen, bei Pflegeheimbewohnenden dagegen höher (Tabelle 3.5). Während die geringere HNO-ärztliche Inanspruchnahme bei häuslicher Pflege grundsätzlich mit einer älteren deutschen Routinedatenanalyse übereinstimmt, unterscheidet sich insbesondere der Befund für Pflegeheimbewohnende: Bei Schulz et al. wiesen sowohl Personen mit häuslicher Pflege als auch Pflegeheimbewohnende unter Berücksichtigung der Morbidität eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, keinen HNO-ärztlichen Kontakt zu haben als Personen ohne Pflegebedarf (Schulz et al., 2020b). In unseren Übergangsanalysen ging die HNO-ärztliche Inanspruchnahme nach dem Eintritt in die häusliche Pflege leicht zurück, nahm nach dem Eintritt in ein Pflegeheim dagegen deutlich zu (Tabelle 3.21). Ein Anstieg HNO-ärztlicher Kontakte nach dem Pflegeheimeintritt wurde auch von Spreckelsen et al. beobachtet, wenngleich deutlich schwächer ausgeprägt als in den vorliegenden Analysen (Spreckelsen et al., 2020b). Auch für dieses Muster könnten Unterschiede in der Versorgungsorganisation von Bedeutung sein, da die HNO zu den Fachgruppen gehört, bei denen Kontakte von Pflegeheimbewohnenden vergleichsweise häufig im Pflegeheim selbst stattfinden (Czwikla et al., 2022). Anders als bei den zuvor betrachteten Fachgruppen wurden auch Kooperationsleistungen nach § 119b SGB V für die HNO-ärztliche Versorgung in den vorliegenden Daten in größerem Umfang abgerechnet (20,7 Prozent im Querschnitt und 19,6 Prozent nach dem Übergang). Dabei lag die HNO-ärztliche Inanspruchnahme bei Pflegeheimbewohnenden ohne entsprechende Kooperationsleistungen deutlich unter derjenigen der Gesamtgruppe (Kapitel 3.3.2.3). Dies deutet einen Zusammenhang zwischen der Abrechnung entsprechender Kooperationsleistungen und der HNO-ärztlichen Inanspruchnahme im Pflegeheim an und spricht dafür, Kooperationsstrukturen als möglichen Ansatz zur Sicherung des Zugangs zu fachärztlicher Versorgung im Pflegeheim stärker in den Blick zu nehmen.

Ein deutlich anderes Bild zeigte sich für die neurologische und psychiatrische Versorgung. Im Querschnitt war die Inanspruchnahme bei Pflegebedürftigen mit entsprechenden Erkrankungen bei häuslicher Pflege höher als bei Personen ohne Pflegebedarf und bei Pflegeheimbewohnenden nochmals höher (Tabelle 3.18). Ein entsprechendes Gegenmuster zu den meisten anderen Fachgruppen zeigte sich auch bei Schulz et al.: Sowohl Personen mit häuslicher Pflege als auch Pflegeheimbewohnende hatten unter Berücksichtigung der Morbidität eine geringere Wahrscheinlichkeit, keinen neurologischen oder psychiatrischen Facharztkontakt zu haben als Personen ohne Pflegebedarf (Schulz et al., 2020b). Auch nach dem Eintritt in die Pflege nahm die Inanspruchnahme zu, besonders ausgeprägt beim Übergang in ein Pflegeheim. Anstiege zeigten sich dabei für alle einzeln betrachteten neurologischen und psychiatrischen Erkrankungsgruppen (Tabelle 3.21). Da nur Personen berücksichtigt wurden, bei denen die jeweilige Erkrankung sowohl im PRÄ- als auch im POST-Zeitraum dokumentiert war, können diese Anstiege nicht allein durch neu auftretende Diagnosen erklärt werden. Einen vergleichbaren Anstieg nach dem Pflegeheimeintritt beschrieben Spreckelsen et al. (Spreckelsen et al., 2020b), während in einer US-amerikanischen Routinedatenanalyse die psychiatrische Versorgung nach dem Übergang in die stationäre Langzeitpflege deutlich zurückging (Ulyte et al., 2023). Unterschiede in der Versorgungsorganisation könnten auch hier zu diesen unterschiedlichen Befunden beitragen. Neurologische und psychiatrische Kontakte finden bei Pflegeheimbewohnenden vergleichsweise häufig im Pflegeheim selbst statt (Czwikla et al., 2022). Zudem wurden Kooperationsleistungen nach § 119b SGB V in dieser Fachgruppe vergleichsweise häufig abgerechnet (28,9 Prozent im Querschnitt und 26,6 Prozent nach dem Übergang). Pflegeheimbewohnende ohne entsprechende Kooperations- oder Koordinationsleistungen wiesen sowohl im Querschnitt als auch nach dem Übergang in ein Pflegeheim deutlich seltener einen neurologischen oder psychiatrischen Kontakt auf als die jeweilige Gesamtgruppe (Kapitel 3.3.2.3). Dies könnte darauf hindeuten, dass entsprechende Kooperationsstrukturen den Zugang zur neurologischen und psychiatrischen Versorgung im Pflegeheim unterstützen. Veränderungen des Behandlungsbedarfs oder der Versorgungsorganisation sowie auch eine mögliche Überversorgung kommen ebenfalls als Erklärungen für die höhere Inanspruchnahme in Betracht.

Auch innerhalb der Gruppen Pflegebedürftiger zeigten sich Unterschiede in der fachärztlichen Inanspruchnahme (Tabellen 3.6 bis 3.18 und 3.22 bis 3.34). Besonders konsistent war das Muster nach Pflegegrad: Mit zunehmendem Pflegegrad war die Inanspruchnahme bei den meisten somatischen Fachgruppen geringer, beispielsweise in der Augenheilkunde, Orthopädie, Kardiologie und Pneumologie (Tabellen 3.8 bis 3.10 und 3.17). Ausnahmen zeigten sich insbesondere bei der HNO- sowie der neurologischen und psychiatrischen Versorgung im Pflegeheim, deren Inanspruchnahme mit höherem Pflegegrad nicht abnahm beziehungsweise zunahm (Tabellen 3.15 und 3.18). Ein Zusammenhang zwischen höherem Pflegebedarf und geringerer fachärztlicher Inanspruchnahme wurde auch in älteren deutschen Routinedatenanalysen für mehrere Fachgruppen beschrieben (Schulz et al., 2021). Eine geringere Inanspruchnahme zeigte sich bei vielen somatischen Fachgruppen zudem in höheren Altersgruppen und bei Personen mit Demenz, während demenziell erkrankte Pflegebedürftige neurologische und psychiatrische Versorgung wie zu erwarten häufiger in Anspruch nahmen (Tabellen 3.6 bis 3.18). Auch international wurden ein höheres Alter und Demenz mit einer geringeren fachärztlichen Inanspruchnahme von Pflegeheimbewohnenden in Verbindung gebracht (Shaver et al., 2021). Bei häuslicher Pflege war die Inanspruchnahme nahezu aller somatischen Fachgruppen bei Einbindung professioneller Pflege geringer als bei Pflegegeldbezug; auch in den Übergangsanalysen zeigten sich bei Einbindung professioneller Pflege für mehrere Fachgruppen stärkere Rückgänge (Tabellen 3.6 bis 3.18 und 3.22 bis 3.34). Für die neurologische und psychiatrische Versorgung waren die Unterschiede nach Art der häuslichen Pflege dagegen weniger ausgeprägt. Diese Unterschiede lassen sich jedoch nicht unmittelbar auf die jeweilige Pflegeform zurückführen, da sich die Gruppen hinsichtlich ihres Pflege- und Versorgungsbedarfs unterscheiden. Für Geschlecht und Komorbidität ergaben sich ebenfalls keine einheitlichen fachgruppenübergreifenden Muster (Tabellen 3.6 bis 3.18 und 3.22 bis 3.34). Insgesamt verdeutlichen die Stratifizierungen damit, dass Unterschiede in der fachärztlichen Inanspruchnahme innerhalb der Pflegepopulation stark von der betrachteten Fachgruppe und den Merkmalen der Pflegebedürftigen abhängen.

Für die Weiterentwicklung der fachärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger erscheint insgesamt weniger eine pauschale Ausweitung fachärztlicher Kontakte als vielmehr eine bedarfsorientierte und fachgruppenspezifische Ausgestaltung der Versorgung erforderlich. Die unterschiedlichen Inanspruchnahmemuster zwischen Fachgruppen, Pflegesettings und verschiedenen Gruppen von Pflegebedürftigen sprechen gegen ein einheitliches Versorgungskonzept. Je nach Fachgruppe können dabei unterschiedliche Versorgungsformen erforderlich sein, beispielsweise aufsuchende Angebote oder eine koordinierte fachärztliche Versorgung im Pflegeheim, während bei anderen Fachgruppen weiterhin die Versorgung in der Praxis eine wichtige Rolle spielt. Welche Versorgungsformen für welche Patientengruppen tatsächlich geeignet sind, lässt sich aus den vorliegenden Analysen nicht bestimmen. Weiterer Forschungsbedarf besteht daher insbesondere hinsichtlich der Frage, welcher fachärztliche Versorgungsbedarf bei unterschiedlichen Erkrankungen, Pflegegraden und individuellen Versorgungszielen besteht und durch welche Versorgungsmodelle dieser bedarfsgerecht gedeckt werden kann. Die Bewertung der fachärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger sollte sich dementsprechend nicht allein an der Häufigkeit fachärztlicher Kontakte, sondern stärker daran orientieren, ob der individuelle Versorgungsbedarf angemessen gedeckt wird.

3.5 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass die ärztliche Versorgung bei Pflegebedürftigen nicht generell niedriger ist als bei Nichtpflegebedürftigen und dass auch die untersuchten Übergänge in die häusliche oder stationäre Pflege nicht mit einem generellen Rückgang der ärztlichen Versorgung älterer Menschen einhergehen. Die hausärztliche Versorgung ist in beiden Settings umfassend und nimmt im zeitlichen Umfeld des Übergangs eher nochmals leicht zu. Insbesondere beim Eintritt in ein Pflegeheim verändern sich jedoch häufig die beteiligten Hausarztpraxen. Damit kommt der Sicherstellung der personellen und informationellen Versorgungskontinuität an diesem Übergang eine besondere Bedeutung zu.

Für die weitere fachärztliche Versorgung zeigen sich dagegen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgruppen und den beiden Pflegesettings. Bei der Inneren Medizin, Augenheilkunde, Orthopädie, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie und Pneumologie zeigen sich nach dem Übergang in die häusliche Pflege überwiegend nur geringe Veränderungen, während die Inanspruchnahme nach dem Eintritt in ein Pflegeheim vielfach deutlicher zurückgeht. Für die Kardiologie, Chirurgie und Nephrologie unterscheiden sich die Entwicklungen stärker zwischen den beiden Pflegesettings; auch die HNO-ärztliche Versorgung weist mit einer deutlichen Zunahme nach dem Pflegeheimeintritt ein abweichendes Muster auf. Die neurologische und psychiatrische Versorgung nimmt nach dem Übergang in die häusliche Pflege moderat und nach dem Wechsel in ein Pflegeheim deutlich zu. Diese unterschiedlichen Entwicklungen lassen sich anhand der Häufigkeit fachärztlicher Kontakte allein nicht hinsichtlich ihrer Angemessenheit beurteilen. Entscheidend erscheint daher, den Zugang zu fachärztlicher Versorgung am individuellen medizinischen Bedarf auszurichten und dabei zu berücksichtigen, ob und in welcher Form fachärztliche Leistungen in der Praxis oder im Pflegeheim erbracht werden können. Die Identifikation eines solchen Versorgungsbedarfs kann jedoch nicht allein auf Routinedaten zur Inanspruchnahme gestützt werden, sondern erfordert ergänzende Informationen zum individuellen Gesundheitszustand, zu funktionellen Einschränkungen, Behandlungszielen und bestehenden Zugangsbarrieren. Entsprechende Bedarfsanalysen könnten dazu beitragen, diejenigen Fachgruppen und Patientengruppen zu identifizieren, für die ein Ausbau aufsuchender oder kooperativer Versorgungsangebote sinnvoll erscheint. Für Pflegeheime stehen mit den Kooperationsstrukturen nach § 119b SGB V bereits Instrumente zur Verfügung, an die eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung anknüpfen kann.

Anhang

4 Anhang

4.1 Amtliche und halbamtliche Daten zur Pflegebedürftigkeit

4.1.1 Pflegestatistik

Die Pflegestatistik nach § 109 SGB XI wird seit 1999 im zweijährlichen Turnus jeweils zum Jahresende erhoben und bildet das Versorgungsgeschehen im Rahmen der sozialen und privaten Pflegeversicherung in Deutschland ab. Sie umfasst Erhebungen bei den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten und den stationären Pflegeeinrichtungen sowie Angaben der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen zu den Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen nach dem SGB XI. Erfasst werden insbesondere die Zahl und die Struktur der Pflegebedürftigen, die in Anspruch genommenen Versorgungsformen sowie die Einrichtungen und das dort beschäftigte Personal. Die derzeit jüngsten veröffentlichten Ergebnisse beziehen sich auf das Berichtsjahr 2023 (FDZ-StaBu, 2026).

Die Pflegestatistik erfasst die Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Einbezogen werden auch Personen, die in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden und bei denen noch kein Pflegegrad festgestellt wurde. Pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe werden dagegen nicht umfassend als eigener Versorgungsbereich abgebildet. Dies ist bei der Interpretation der ausgewiesenen Gesamtzahl der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Die Personalstatistik weist die Zahl der Beschäftigten zunächst unabhängig vom Umfang ihres Beschäftigungsverhältnisses aus. Da Vollzeitbeschäftigte, Teilzeitbeschäftigte, geringfügig Beschäftigte, Auszubildende und Personen in Freiwilligendiensten in unterschiedlichem zeitlichem Umfang für die Versorgung zur Verfügung stehen, werden in diesem Report ergänzend Vollzeitäquivalente (VZÄ) berechnet. Die Umrechnung beruht nicht auf der individuellen vertraglichen Arbeitszeit, sondern auf pauschalen Faktoren für die in der Pflegestatistik unterschiedenen Beschäftigungsverhältnisse. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden dabei nicht gesondert erfasst.

Entsprechend den Vorgaben des Statistischen Bundesamts werden folgende Umrechnungsfaktoren verwendet: Vollzeitbeschäftigte sowie Personen im freiwilligen sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst werden mit dem Faktor 1,0 berücksichtigt. Für Teilzeitbeschäftigte mit einem Beschäftigungsumfang von mehr als 50 Prozent gilt der Faktor 0,75; Teilzeitbeschäftigte mit einem Umfang von höchstens 50 Prozent, die nicht geringfügig beschäftigt sind, werden mit dem Faktor 0,45 berücksichtigt. Für geringfügig Beschäftigte gilt der Faktor 0,25. Auszubildende, Schülerinnen und Schüler in einer pflegerischen Ausbildung beziehungsweise Umschulung sowie Praktikantinnen und Praktikanten außerhalb einer Ausbildung werden mit dem Faktor 0,5 berücksichtigt.

Mit dem vorliegenden Bericht wurde die Methodik zur Erfassung der Beschäftigten in diesem Report weiterentwickelt. Während die Zuordnung der Beschäftigten bislang ausschließlich auf Grundlage des vorhandenen Berufsabschlusses erfolgte, wird nun zusätzlich der überwiegende tatsächliche Tätigkeitsbereich berücksichtigt. Durch diese Anpassung werden Beschäftigte mit einer pflegerischen Qualifikation, die überwiegend in anderen Bereichen (zum Beispiel Verwaltung, Hauswirtschaft oder Management) tätig sind, nicht mehr dem Pflegebereich zugeordnet. Die neue Vorgehensweise ermöglicht eine differenziertere und realitätsnähere Abbildung der tatsächlich in der Pflege eingesetzten Personalkapazitäten. Darüber hinaus werden Auszubildende ab diesem Berichtsjahr nicht mehr in die Auswertung der Beschäftigtenzahlen einbezogen.

4.1.2 Kassenstatistik der sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Die Kassenstatistik ist in der Regel aktueller als die Pflegestatistik und enthält Angaben zur Leistungsinanspruchnahme sowie zu den Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Sie erfasst jedoch keine Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) und ermöglicht daher keinen vollständigen Überblick über die Pflegebedürftigkeit in Deutschland. Anders als die Pflegestatistik berücksichtigt sie auch Leistungsbeziehende in Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Die Kassenstatistik enthält keine Angaben zu den Leistungserbringern oder deren personeller Ausstattung. Für sie stehen lange Zeitreihen seit Einführung der Pflegeversicherung zur Verfügung. Gesetzliche Änderungen, insbesondere die Einführung der Pflegegrade im Jahr 2017, können deren Vergleichbarkeit jedoch einschränken.

Für die Fallzahldarstellung wird die Leistungsempfängerstatistik PG 2 verwendet. Sie erfasst zu den Stichtagen 30. Juni und 31. Dezember die Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB XI und differenziert unter anderem nach Leistungsart, Pflegegrad, Alter, Geschlecht und Versorgungsform.

Da die Daten nicht regional differenziert werden können, werden sie in Kapitel 2 vornehmlich zur Beschreibung der Finanzierung durch die SPV verwendet. Grundlage hierfür ist die Finanzstatistik PV 45. Sie erfasst quartalsweise die kumulierten Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung; für vollständige Kalenderjahre wird jeweils der Stand zum 31. Dezember verwendet.

4.1.3 Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband)

Informationen zu den Pflegebedürftigen, die in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind, werden an das BMG gemeldet und ebenfalls vom Ministerium veröffentlicht. Die Veröffentlichungen enthalten insbesondere Informationen zur Zahl der Versicherten und Pflegebedürftigen, zur Leistungsinanspruchnahme sowie zur Finanzentwicklung der PPV. Sie ergänzen damit die Kassenstatistik der SPV. Im Vergleich zur Pflegestatistik fehlen jedoch differenzierte Angaben zu Leistungserbringern, Personal und regionalen Versorgungsstrukturen. Im Report werden die Daten daher vor allem zur Beschreibung der Entwicklung und Finanzierung der PPV verwendet.

4.1.4 Medizinischer Dienst Bund (MD Bund)

Der MD Bund ist seit dem 1. Januar 2022 Rechtsnachfolger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen. Er führt die Daten aus den Pflegebegutachtungen der regionalen Medizinischen Dienste in einer bundesweiten Statistik zusammen. Diese bezieht sich ausschließlich auf Versicherte der SPV und unterscheidet unter anderem zwischen Erst-, Widerspruchs- sowie Änderungs- oder Wiederholungsbegutachtungen. Weitere Merkmale sind Pflegegrade, Alter und Geschlecht, pflegebegründende Diagnosen sowie Empfehlungen zu rehabilitativen Maßnahmen. Ausgewählte Ergebnisse werden jährlich veröffentlicht. Für die Analysen in diesem Report werden darüber hinaus detailliertere Sonderauswertungen verwendet, die der MD Bund auf Anfrage bereitstellt.

4.1.5 Medicproof GmbH

Für Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung übernimmt die Medicproof GmbH die Pflegebegutachtung. Die Ergebnisse werden jährlich online veröffentlicht und umfassen unter anderem die Zahl und Art der Begutachtungsaufträge sowie die Begutachtungsergebnisse nach Pflegegraden.

4.2 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).

4.2.1 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.

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

4.2.2 Selektionen

Für die Auswertungen sind die zugrunde liegenden Daten verwendet worden, wenn gültige Werte bezüglich des Geburtsjahrs und des Geschlechts 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.

4.2.3 Hochrechnung und Gewichtung

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 (Hoffmann & Icks, 2012). Zur Lösung dieses Problems wurden bei aggregierten Analysen die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Bundesland auf die Bevölkerung Deutschlands der jeweiligen Jahre (Statistisches Bundesamt, 2026b) 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).

4.2.4 Limitationen 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, 2025), 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 Erhebungsjahrs stammen. Zudem sind für die Hochrechnungen nur die Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in Deutschland berücksichtigt worden.

4.2.5 Ergänzende Tabellen zu Kapitel 3

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 in mindestens zwei der vier 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 3.2 aufgeführt.

Tabelle A 1: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen internistischen Erkrankung nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie (73,3 %)	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie (84,6 %)	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie (80,8 %)
2	E78 Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels und sonstige Lipidämien (51,2 %)	E78 Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels und sonstige Lipidämien (55,0 %)	E78 Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels und sonstige Lipidämien (41,9 %)
3	E11 Diabetes mellitus, Typ 2 (23,3 %)	E11 Diabetes mellitus, Typ 2 (35,4 %)	I50 Herzinsuffizienz (30,1 %)
4	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] (18,6 %)	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit (30,2 %)	N18 Chronische Nierenkrankheit (30,0 %)
5	E04 Sonstige nichttoxische Struma (17,8 %)	N18 Chronische Nierenkrankheit (29,1 %)	E11 Diabetes mellitus, Typ 2 (29,9 %)
6	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit (17,7 %)	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern (28,6 %)	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern (29,8 %)
7	K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit (15,4 %)	I50 Herzinsuffizienz (27,6 %)	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit (23,2 %)
8	E03 Sonstige Hypothyreose (14,1 %)	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] (26,6 %)	E87 Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaus-haltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (22,0 %)
9	E66 Adipositas (14,0 %)	K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit (19,1 %)	E03 Sonstige Hypothyreose (19,3 %)
10	I83 Varizen der unteren Extremitäten (13,3 %)	E03 Sonstige Hypothyreose (18,5 %)	K59 Sonstige funktionelle Darmstörungen (18,5 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen internistischen Erkrankung (E00–E07; E10–E14; E40–E46; E65–E68; E70–E90; G20–G26; G80–G83; I10–I15; I20–I52; I60–I69; I70–I89; J40–J47; K20–K31; K40–K46; K55–K64; M00–M25; N18–19). Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Personen mit mindestens einer spezifischen internistischen Erkrankung im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich. Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 2: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen kardiologischen Erkrankung nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie (85,6 %)	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie (89,4 %)	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie (87,4 %)
2	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit (20,6 %)	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit (31,9 %)	I50 Herzinsuffizienz (32,5 %)
3	I83 Varizen der unteren Extremitäten (15,6 %)	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern (30,2 %)	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern (32,3 %)
4	I48 Vorhofflimmern und Vorhofflattern (14,3 %)	I50 Herzinsuffizienz (29,2 %)	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit (25,1 %)
5	I70 Atherosklerose (13,0 %)	I83 Varizen der unteren Extremitäten (19,4 %)	I83 Varizen der unteren Extremitäten (14,8 %)
6	I50 Herzinsuffizienz (11,4 %)	I70 Atherosklerose (18,0 %)	I70 Atherosklerose (13,8 %)
7	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien (9,5 %)	I11 Hypertensive Herzkrankheit (14,0 %)	I87 Sonstige Venenkrankheiten (12,2 %)
8	I34 Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten (8,8 %)	I34 Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten (13,5 %)	I11 Hypertensive Herzkrankheit (11,4 %)
9	I11 Hypertensive Herzkrankheit (8,2 %)	I87 Sonstige Venenkrankheiten (12,9 %)	I34 Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten (9,8 %)
10	I87 Sonstige Venenkrankheiten (7,5 %)	I35 Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten (12,2 %)	I35 Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten (9,7 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen kardiologischen Erkrankung (I10–I15; I20–I52; I70–I89). Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Personen mit mindestens einer spezifischen kardiologischen Erkrankung im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 3: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Augenerkrankungen nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (57,9 %)	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (47,9 %)	H40 Glaukom (31,2 %)
2	H40 Glaukom (30,2 %)	H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut (36,4 %)	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (30,5 %)
3	H26 Sonstige Kataraktformen (30,1 %)	H40 Glaukom (31,6 %)	H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut (27,7 %)
4	H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut (27,6 %)	H26 Sonstige Kataraktformen (30,4 %)	H26 Sonstige Kataraktformen (24,0 %)
5	H25 Cataracta senilis (23,6 %)	H25 Cataracta senilis (19,6 %)	H53 Sehstörungen (16,0 %)
6	H53 Sehstörungen (15,2 %)	H53 Sehstörungen (17,7 %)	H25 Cataracta senilis (13,8 %)
7	H04 Affektionen des Tränenapparates (12,5 %)	H04 Affektionen des Tränenapparates (11,6 %)	H54 Blindheit und Sehbeeinträchtigung (10,8 %)
8	H43 Affektionen des Glaskörpers (10,0 %)	H47 Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn (9,4 %)	H04 Affektionen des Tränenapparates (8,6 %)
9	H47 Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn (9,7 %)	H43 Affektionen des Glaskörpers (8,0 %)	H10 Konjunktivitis (8,0 %)
10	H50 Sonstiger Strabismus (5,8 %)	H54 Blindheit und Sehbeeinträchtigung (7,4 %)	H47 Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn (6,7 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59). Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Personen mit Augenerkrankungen im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 4: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen orthopädischen Erkrankung nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	M54 Rückenschmerzen (40,2 %)	M54 Rückenschmerzen (41,7 %)	M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur (31,7 %)
2	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] (27,2 %)	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] (33,8 %)	M54 Rückenschmerzen (28,5 %)
3	M47 Spondylose (26,6 %)	M47 Spondylose (30,7 %)	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes] (26,0 %)
4	M51 Sonstige Bandscheibenschäden (18,2 %)	M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur (26,9 %)	M47 Spondylose (21,4 %)
5	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] (16,9 %)	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] (23,2 %)	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes] (18,8 %)
6	M81 Osteoporose ohne pathologische Fraktur (15,8 %)	M48 Sonstige Spondylopathien (20,7 %)	M48 Sonstige Spondylopathien (14,3 %)
7	M19 Sonstige Arthrose (15,6 %)	M19 Sonstige Arthrose (19,4 %)	M19 Sonstige Arthrose (14,0 %)
8	M42 Osteochondrose der Wirbelsäule (12,7 %)	M51 Sonstige Bandscheibenschäden (18,2 %)	M15 Polyarthrose (12,1 %)
9	M48 Sonstige Spondylopathien (11,9 %)	M15 Polyarthrose (14,5 %)	M80 Osteoporose mit pathologischer Fraktur (9,6 %)
10	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert (11,7 %)	M42 Osteochondrose der Wirbelsäule (13,8 %)	M51 Sonstige Bandscheibenschäden (9,0 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen orthopädischen Erkrankung (M00–M25; M40–M54; M80–M94). Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Personen mit mindestens einer spezifischen orthopädischen Erkrankung im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 5: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Frauen mit nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	N95 Klimakterische Störungen (71,2 %)	N95 Klimakterische Störungen (62,7 %)	N95 Klimakterische Störungen (51,4 %)
2	N81 Genitalprolaps bei der Frau (20,8 %)	N81 Genitalprolaps bei der Frau (32,3 %)	N81 Genitalprolaps bei der Frau (39,0 %)
3	N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (17,1 %)	N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (13,1 %)	N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (9,7 %)
4	N90 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums (4,7 %)	N83 Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri (4,5 %)	N83 Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri (5,0 %)
5	N83 Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri (4,4 %)	N90 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums (4,3 %)	N90 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums (3,4 %)
6	N85 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix (3,2 %)	N85 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix (3,0 %)	N85 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix (3,0 %)
7	N88 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri (1,5 %)	N84 Polyp des weiblichen Genitaltraktes (1,6 %)	N93 Sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung (2,2 %)
8	N84 Polyp des weiblichen Genitaltraktes (1,5 %)	N88 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri (1,2 %)	N84 Polyp des weiblichen Genitaltraktes (1,7 %)
9	N80 Endometriose (1,1 %)	N80 Endometriose (0,8 %)	N82 Fisteln mit Beteiligung des weiblichen Genitaltraktes (0,8 %)
10	N87 Dysplasie der Cervix uteri (0,9 %)	N93 Sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung (0,6 %)	N80 Endometriose (0,6 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Frauen mit nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (N80–N98). Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Frauen mit nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 6: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Männern mit Krankheiten der männlichen Genitalorgane nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	N40 Prostatahyperplasie (92,1 %)	N40 Prostatahyperplasie (93,1 %)	N40 Prostatahyperplasie (91,9 %)
2	N48 Sonstige Krankheiten des Penis (5,4 %)	N48 Sonstige Krankheiten des Penis (4,6 %)	N47 Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose (6,3 %)
3	N42 Sonstige Krankheiten der Prostata (4,8 %)	N47 Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose (4,1 %)	N48 Sonstige Krankheiten des Penis (4,0 %)
4	N43 Hydrozele und Spermatozele (4,6 %)	N42 Sonstige Krankheiten der Prostata (4,0 %)	N42 Sonstige Krankheiten der Prostata (3,5 %)
5	N41 Entzündliche Krankheiten der Prostata (4,0 %)	N43 Hydrozele und Spermatozele (4,0 %)	N43 Hydrozele und Spermatozele (3,2 %)
6	N47 Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose (2,4 %)	N41 Entzündliche Krankheiten der Prostata (2,9 %)	N41 Entzündliche Krankheiten der Prostata (1,9 %)
7	N50 Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane (2,0 %)	N50 Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane (1,6 %)	N45 Orchitis und Epididymitis (1,6 %)
8	N45 Orchitis und Epididymitis (1,0 %)	N45 Orchitis und Epididymitis (1,2 %)	N50 Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane (1,5 %)
9	N49 Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert (0,1 %)	N49 Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert (0,2 %)	N49 Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert (0,3 %)
10	N46 Sterilität beim Mann (0,1 %)	N51 Krankheiten der männlichen Genitalorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (0,1 %)	N51 Krankheiten der männlichen Genitalorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (0,1 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Männern mit Krankheiten der männlichen Genitalorgane (N40–N51). Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Männer mit Krankheiten der männlichen Genitalorgane im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 7: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Hauterkrankungen nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (38,7 %)	C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (40,3 %)	L30 Sonstige Dermatitis (49,1 %)
2	L30 Sonstige Dermatitis (28,3 %)	L30 Sonstige Dermatitis (31,5 %)	C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut (24,1 %)
3	L20 Atopisches [endogenes] Ekzem (14,6 %)	L20 Atopisches [endogenes] Ekzem (10,7 %)	L29 Pruritus (12,7 %)
4	L23 Allergische Kontaktdermatitis (7,9 %)	L29 Pruritus (9,0 %)	L20 Atopisches [endogenes] Ekzem (8,0 %)
5	C43 Bösartiges Melanom der Haut (7,6 %)	L23 Allergische Kontaktdermatitis (7,2 %)	L23 Allergische Kontaktdermatitis (4,8 %)
6	L29 Pruritus (5,9 %)	C43 Bösartiges Melanom der Haut (6,5 %)	L21 Seborrhoisches Ekzem (4,6 %)
7	L21 Seborrhoisches Ekzem (4,3 %)	L21 Seborrhoisches Ekzem (3,7 %)	L28 Lichen simplex chronicus und Prurigo (3,1 %)
8	L28 Lichen simplex chronicus und Prurigo (1,8 %)	L27 Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen (2,5 %)	C43 Bösartiges Melanom der Haut (3,0 %)
9	L27 Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen (1,5 %)	L28 Lichen simplex chronicus und Prurigo (2,3 %)	L27 Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen (2,1 %)
10	L25 Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis (1,1 %)	L25 Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis (1,0 %)	L22 Windeldermatitis (1,4 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Hauterkrankungen (L20–L30; C43–C44). Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Personen mit Hauterkrankungen im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 8: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Ohrerkrankungen nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres (37,7 %)	H91 Sonstiger Hörverlust (39,2 %)	H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres (62,5 %)
2	H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung (30,7 %)	H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres (34,1 %)	H91 Sonstiger Hörverlust (36,2 %)
3	H91 Sonstiger Hörverlust (28,1 %)	H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung (30,2 %)	H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung (18,2 %)
4	H93 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert (22,0 %)	H81 Störungen der Vestibularfunktion (17,7 %)	H81 Störungen der Vestibularfunktion (9,2 %)
5	H81 Störungen der Vestibularfunktion (13,1 %)	H93 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert (15,3 %)	H60 Otitis externa (7,3 %)
6	H60 Otitis externa (8,5 %)	H60 Otitis externa (7,0 %)	H93 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert (6,8 %)
7	H73 Sonstige Krankheiten des Trommelfells (1,8 %)	H73 Sonstige Krankheiten des Trommelfells (1,6 %)	H73 Sonstige Krankheiten des Trommelfells (1,5 %)
8	H66 Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media (1,4 %)	H66 Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media (1,2 %)	H92 Otalgie und Ohrenfluss (0,8 %)
9	H69 Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva (0,9 %)	H82 Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (0,9 %)	H68 Entzündung und Verschluss der Tuba auditiva (0,7 %)
10	H65 Nichteitrige Otitis media (0,9 %)	H92 Otalgie und Ohrenfluss (0,8 %)	H65 Nichteitrige Otitis media (0,5 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95). Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Personen mit Ohrerkrankungen im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 9: Fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Nierenerkrankungen nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	N18 Chronische Nierenkrankheit (88,5 %)	N18 Chronische Nierenkrankheit (90,2 %)	N18 Chronische Nierenkrankheit (88,8 %)
2	N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz (20,2 %)	N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz (23,1 %)	N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz (23,9 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Nierenerkrankungen (N18–N19). Da diese Gruppe nur zwei Dreisteller umfasst, werden zwei Diagnosen dargestellt. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Personen mit Nierenerkrankungen im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 10: Fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	J45 Asthma bronchiale (51,5 %)	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (65,6 %)	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (66,3 %)
2	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (49,6 %)	J45 Asthma bronchiale (40,8 %)	J45 Asthma bronchiale (31,7 %)
3	J43 Emphysem (12,8 %)	J43 Emphysem (15,6 %)	J43 Emphysem (11,3 %)
4	J42 Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis (6,8 %)	J42 Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis (7,0 %)	J42 Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis (6,0 %)
5	J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet (3,5 %)	J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet (3,3 %)	J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet (4,5 %)
6	J41 Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis (2,3 %)	J41 Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis (2,6 %)	J41 Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis (2,0 %)
7	J47 Bronchiektasen (2,2 %)	J47 Bronchiektasen (2,3 %)	J47 Bronchiektasen (1,3 %)
8	J46 Status asthmaticus (0,1 %)	J46 Status asthmaticus (0,2 %)	J46 Status asthmaticus (0,2 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (J40–J47). Da diese Gruppe nur acht Dreisteller umfasst, werden acht Diagnosen dargestellt. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Personen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Tabelle A 11: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen neurologischen oder psychiatrischen Erkrankung nach Pflegestatus in Studienpopulation I

Rang	nicht pflegebedürftig	häusliche Pflege	Pflegeheim
1	F32 Depressive Episode (39,3 %)	F32 Depressive Episode (38,3 %)	F03 Nicht näher bezeichnete Demenz (50,1 %)
2	F45 Somatoforme Störungen (33,7 %)	F45 Somatoforme Störungen (26,7 %)	F32 Depressive Episode (35,7 %)
3	F41 Andere Angststörungen (18,7 %)	F03 Nicht näher bezeichnete Demenz (18,7 %)	F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit (27,0 %)
4	F33 Rezidivierende depressive Störung (15,6 %)	F41 Andere Angststörungen (15,2 %)	G30 Alzheimer-Krankheit (26,6 %)
5	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (13,9 %)	F33 Rezidivierende depressive Störung (14,1 %)	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (19,3 %)
6	G25 Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (9,5 %)	G25 Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (12,2 %)	F01 Vaskuläre Demenz (18,3 %)
7	F48 Andere neurotische Störungen (5,4 %)	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (9,9 %)	F45 Somatoforme Störungen (12,8 %)
8	F34 Anhaltende affektive Störungen (4,2 %)	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (9,7 %)	G81 Hemiparese und Hemiplegie (12,6 %)
9	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (4,1 %)	G81 Hemiparese und Hemiplegie (9,6 %)	F33 Rezidivierende depressive Störung (11,9 %)
10	F03 Nicht näher bezeichnete Demenz (3,0 %)	G30 Alzheimer-Krankheit (8,7 %)	F41 Andere Angststörungen (11,2 %)

Anmerkung: Dargestellt sind für jedes Pflegesetting die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen neurologischen oder psychiatrischen Erkrankung (F00–F09; F20–F29; F30–F39; F40–F48; F60–F69; G20–G26; G30–G32; G80–G83;). Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Personen mit mindestens einer spezifischen neurologischen oder psychiatrischen Erkrankung im jeweiligen Pflegesetting. Ambulante Diagnosen wurden bei Dokumentation in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2024 berücksichtigt (M2Q-Kriterium); bei stationären Diagnosen war eine einmalige Dokumentation ausreichend. Mehrere unterschiedliche fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) je Person waren möglich.
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland.

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis und Glossar

AOK-BV	AOK-Bundesverband
bifg	BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DEVAP	Deutscher Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EEE	einrichtungseinheitlicher Eigenanteil
FDZ-StaBu	Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021
ICD	Internationale Klassifikation der Erkrankungen
MD	Medizinischer Dienst
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
PEA	Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
PG	Pflegegrad
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
PNOG	Pflegeneuordnungsgesetz
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 des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung 24
Abbildung 1.2: Entwicklung der bundesdurchschnittlichen Eigenanteile 26
Abbildung 1.3: Entwicklung der bundesdurchschnittlichen Eigenanteile im ersten Jahr der Heimpflege 27
Abbildung 1.4: Entwicklung der „Hilfe zur Pflege“-Quote und der „Hilfe zur Pflege“-Nettoausgabe in Einrichtungen 28
Abbildung 1.5: Eigenanteile und „Hilfe zur Pflege“-Quote bei den beiden Reformoptionen Leistungsdynamisierung und Deckelung der Eigenanteile, jeweils zum 1. Juli eines Jahres 33
Abbildung 1.6: Vergleich der Finanzwirkungen im Referenten- und im Kabinettsentwurf 38
Abbildung 1.7: Projektion der deflationierten Eigenanteile in vollstationärer Pflege (in Preisen von 2026) im ersten Jahr der Heimpflege 44
Abbildung 1.8: Projektion der Quote der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ bis 2035 bei Umsetzung der im PNOG-Entwurf vorgesehenen Maßnahmen 45
Abbildung 2.1: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Bundesländern und nach Pflegegraden – 2025 gegenüber 2023 (BARMER) 56
Abbildung 2.2: Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2023 (Pflegestatistik) 58
Abbildung 2.3: Pflegegrade nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2023 (BARMER) 59
Abbildung 2.4: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2023 (Pflegestatistik) 60
Abbildung 2.5: Versorgungsarten nach Bundesländern – Anteile im Jahr 2023 (BARMER) 61
Abbildung 2.6: Veränderung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Versorgungsarten und Bundesländern – 2025 gegenüber 2023 (BARMER) 62
Abbildung 2.7: Originale und standardisierte Pflegeprävalenzen nach Bundesländern im Jahr 2023 67
Abbildung 2.8: Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Pflegebedürftigkeit durch den MD und die Knappschaft 71

Abbildung 2.9: Jahresinzidenz der Pflegebedürftigkeit je 1.000 nicht pflegebedürftige Personen 76
Abbildung 2.10: Jahresinzidenz der vollstationären Dauerpflege je 1.000 Personen außerhalb der Einrichtungen 80
Abbildung 2.11: Prozentualer Anteil der Todesfälle oder anderer dauerhafter Beendigungen innerhalb eines Jahres (2017 und 2024) 83
Abbildung 2.12: Einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE), Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten ohne Berücksichtigung der nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge (nach § 43c SGB XI) 2018–2026 106
Abbildung 2.13: Monatliche finanzielle Belastung einer pflegebedürftigen Person in der stationären Pflege in Euro im Juli 2026 107
Abbildung 3.1: Hausärztliche Versorgungskontinuität: Anteile von Personen der Studienpopulationen II (häusliche Pflege) + III (Pflegeheim) mit mindestens einem Hausarztkontakt je Quartal vor und nach Eintritt in das Pflegesetting 178
Abbildung 3.2: Hausärztliche Versorgungskontinuität: Anteile der Studienpopulationen II (häusliche Pflege) und III (Pflegeheim) mit ausschließlich bekannten, bekannten und neuen oder ausschließlich neuen an der Versorgung beteiligten Hausarztpraxen im Zeitraum nach Beginn des Pflegesettings 180

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Entwicklung der bundesdurchschnittlichen monatlichen Heimentgelte 2017–2026 in Euro 25
Tabelle 1.2: Projizierte Entwicklung der bundesdurchschnittlichen monatlichen Heimentgelte 2026–2035 in jeweiligen Preisen in Euro 32
Tabelle 1.3: Projizierte Entwicklung der bundesdurchschnittlichen monatlichen Heimentgelte 2026–2035 in Preisen des Jahres 2026 in Euro 32
Tabelle 1.4: Finanztableau der Maßnahmen des PNOG-Kabinettentwurfs (Angaben in Millionen Euro) 42
Tabelle 1.5: Veränderung der der nominalen Werte der Versicherungsleistung in verschiedenen Dynamisierungsszenarien (Index: 2026 = 100) 43
Tabelle 2.1: Pflegebedürftige nach Jahren im Ländervergleich 55
Tabelle 2.2: Pflegeprävalenz in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023 im Ländervergleich 64
Tabelle 2.3: Pflegeprävalenz nach Altersklassen und Jahren im Ländervergleich in Prozent 66
Tabelle 2.4: Zahl der Begutachtungen des MD und der Knappschaft nach Gutachtenart 2017 bis 2025 70
Tabelle 2.5: Begutachtungen durch die Medicproof GmbH in den Jahren 2017 bis 2025 73
Tabelle 2.6: Eintritte in die Pflegebedürftigkeit nach Jahren im Ländervergleich in Tausend 75
Tabelle 2.7: Eintritte in die vollstationäre Dauerpflege nach Jahren im Ländervergleich in Tausend 79
Tabelle 2.8: Zahl der Todesfälle und anderer dauerhafter Beendigungen der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2017 und 2024 im Ländervergleich 82
Tabelle 2.9: Ambulante Pflegedienste nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023 87
Tabelle 2.10: Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023 88

Tabelle 2.11: Pflegebedürftige je Pflegedienst nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023 89
Tabelle 2.12: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2023 91
Tabelle 2.13: Personal der ambulanten Pflegedienste nach hauptsächlichem Tätigkeitsbereich im Jahr 2023 93
Tabelle 2.14: Pflegepersonal mit überwiegend pflegerischen oder Betreuungsaufgaben der ambulanten Pflegedienste nach Qualifikation im Jahr 2023 94
Tabelle 2.15: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Art des Trägers in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023 96
Tabelle 2.16: Pflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen und Anteil davon in vollstationären Einrichtungen in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023 97
Tabelle 2.17: Von vollstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023 98
Tabelle 2.18: Von teilstationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in den Bundesländern in den Jahren 2017, 2019, 2021 und 2023 99
Tabelle 2.19: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2023 100
Tabelle 2.20: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Tätigkeitsbereich im Jahr 2023 102
Tabelle 2.21: Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation im Jahr 2023 103
Tabelle 2.22: Pflegepersonal in teilstationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation im Jahr 2023 104
Tabelle 2.23: Anteil ambulant versorgter Pflegebedürftiger mit Beitragszahlungen zur Rentenversicherung für Pflegepersonen in den Jahren 2017, 2019, 2021, 2023 und 2025 110
Tabelle 2.24: Maximale Leistungen der Pflegeversicherung 2017–2025 114
Tabelle 2.25: Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung 2017–2025 119

Tabelle 2.26: Finanzentwicklung der privaten Pflegeversicherung 2017–2024 121
Tabelle 2.27: Sozialhilfe für „Hilfe zur Pflege“ – Pflegebedürftige und Nettoausgaben 2017–2024 123
Tabelle 2.28: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2024 125
Tabelle 3.1: Übersicht über die Studienpopulationen 135
Tabelle 3.2: Für die Analysen der fachärztlichen Versorgung verwendete spezifische Diagnosen, zugehörige ICD-10-GM-Kodes und relevante Fachgruppe(n) 137
Tabelle 3.3: Charakteristika der Studienpopulation I: Personen ab 65 Jahren, Pflegestatus und weitere Angaben ermittelt zum 1. Juli 2024 138
Tabelle 3.4: Häufigkeit der in den fachärztlichen Versorgungsanalysen berücksichtigten Erkrankungen in der gesamten Studienpopulation I nach Pflegestatus, unabhängig von der Inanspruchnahme der jeweiligen Fachgruppe 140
Tabelle 3.5: Fachärztliche Versorgung der Studienpopulation I (mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, jeweils mit Einschränkung auf Versicherte mit spezifischen Diagnosen) 142
Tabelle 3.6: Hausärztliche Versorgung der Studienpopulation I (mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 145
Tabelle 3.7: Internistische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der 14 aufgeführten internistischen Diagnosen, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 146
Tabelle 3.8: Kardiologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der drei aufgeführten kardiologischen Diagnosen, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 147

Tabelle 3.9: Ophthalmologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Augenerkrankung, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 148
Tabelle 3.10: Orthopädische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der drei aufgeführten orthopädischen Diagnosen, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 149
Tabelle 3.11: Gynäkologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Frauen mit einer nichtentzündlichen Erkrankung des weiblichen Genitaltraktes, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 150
Tabelle 3.12: Urologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Männer mit einer Erkrankung der männlichen Genitalorgane, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 151
Tabelle 3.13: Chirurgische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Hauterkrankung, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 152
Tabelle 3.14: Dermatologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Hauterkrankung, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 153
Tabelle 3.15: HNO-Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Ohrenerkrankung, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 154
Tabelle 3.16: Nephrologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer Niereninsuffizienz, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 155

Tabelle 3.17: Pneumologische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit einer chronischen Erkrankung der unteren Atemwege, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 156

Tabelle 3.18: Neurologische/Psychiatrische Versorgung der Studienpopulation I (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der sechs aufgeführten neurologischen/psychiatrischen Diagnosen, mindestens ein Kontakt im Jahr 2024, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.1) 157

Tabelle 3.19: Charakteristika der Studienpopulationen II (häusliche Pflege) + III (Pflegeheim): Personen ab 65 Jahren, erstmaliger Eintritt in das Pflegesetting im Jahr 2023 158

Tabelle 3.20: Häufigkeit der in den fachärztlichen Versorgungsanalysen berücksichtigten Erkrankungen in den gesamten Studienpopulationen II (häusliche Pflege) und III (Pflegeheim), unabhängig von der Inanspruchnahme der jeweiligen Fachgruppe 159

Tabelle 3.21: Fachärztliche Versorgung der Studienpopulationen II + III (Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, jeweils mit Einschränkung auf Versicherte mit spezifischen Diagnosen) 162

Tabelle 3.22: Hausärztliche Versorgung der Studienpopulationen II + III (Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 165

Tabelle 3.23: Internistische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der 14 aufgeführten internistischen Diagnosen, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 166

Tabelle 3.24: Kardiologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der drei aufgeführten kardiologischen Diagnosen, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 167

Tabelle 3.25: Ophthalmologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Augenerkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 168

Tabelle 3.26: Orthopädische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der drei aufgeführten orthopädischen Diagnosen, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 169

Tabelle 3.27: Gynäkologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Frauen mit einer nichtentzündlichen Erkrankung des weiblichen Genitaltraktes, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 170

Tabelle 3.28: Urologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Männer mit einer Erkrankung der männlichen Genitalorgane, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 171

Tabelle 3.29: Chirurgische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Hauterkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 172

Tabelle 3.30: Dermatologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Hauterkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 173

Tabelle 3.31: HNO-Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Ohrenerkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 174

Tabelle 3.32: Nephrologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Niereninsuffizienz, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 175

Tabelle 3.33: Pneumologische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit einer Atemwegserkrankung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 176

Tabelle 3.34: Neurologische/Psychiatrische Versorgung der Studienpopulationen II + III (eingeschränkt auf Personen mit mindestens einer der sechs aufgeführten neurologischen/psychiatrischen Diagnosen, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 177

Tabelle 3.35: Hausärztliche Versorgungskontinuität: Anteile von Personen der Studienpopulationen II + III mit mindestens einem Hausarztkontakt im Quartal vor (Q –1) und im Quartal des Eintritts in das Pflegesetting (Q 0), stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19 179

Tabelle 3.36: Hausärztliche Versorgungskontinuität: Anteile der Studienpopulationen II + III mit ausschließlich bekannten, bekannten und neuen oder ausschließlich neuen Hausarztpraxen im Zeitraum nach Beginn des Pflegesettings (POST), stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19 181

Tabelle 3.37: Hausärztliches Überweisungsverhalten in den Studienpopulationen II + III (Anteile von Facharztfällen mit hausärztlicher Überweisung, Vergleich zwischen dem PRÄ- und dem POST-Zeitraum, stratifiziert nach den Merkmalen aus Tabelle 3.19) 182

Tabelle A 1: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen internistischen Erkrankung nach Pflegestatus in Studienpopulation I 206

Tabelle A 2: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen kardiologischen Erkrankung nach Pflegestatus in Studienpopulation I 207

Tabelle A 3: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Augenerkrankungen nach Pflegestatus in Studienpopulation I 208

Tabelle A 4: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen orthopädischen Erkrankung nach Pflegestatus in Studienpopulation I 209

Tabelle A 5: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Frauen mit nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes nach Pflegestatus in Studienpopulation I 210

Tabelle A 6: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Männern mit Krankheiten der männlichen Genitalorgane nach Pflegestatus in Studienpopulation I 211

Tabelle A 7: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Hauterkrankungen nach Pflegestatus in Studienpopulation I 212

Tabelle A 8: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Ohrerkrankungen nach Pflegestatus in Studienpopulation I 213

Tabelle A 9: Fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit Nierenerkrankungen nach Pflegestatus in Studienpopulation I 214

Tabelle A 10: Fachspezifische Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit chronischen Krankheiten der unteren Atemwege nach Pflegestatus in Studienpopulation I 214

Tabelle A 11: Die zehn häufigsten fachspezifischen Diagnosen (ICD-3-Steller) bei Personen mit mindestens einer spezifischen neurologischen oder psychiatrischen Erkrankung nach Pflegestatus in Studienpopulation I 215

Literaturverzeichnis

AD HOC NEWS (2026). Pflegekrise: Minister warnt vor 8-Milliarden-Defizit 2027. Verfügbar unter: https://www.ad-hoc-news.de/wissenschaft/pflegekrise-minister-warnt-vor-8-milliarden-defizit-2027/70086416 [25.09.2026]

Andersen, R. & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. The Milbank Quarterly, 83 (4), 47. https://doi.org/10.1111/J.1468-0009.2005.00428.X.

Augurzky, B., Schmidt, C. & Schwierz, C. (2008). Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2008 und 2009: Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. Abschlussbericht. Verfügbar unter: https://doku.iab.de/externe/2008/k081119f02.pdf [02.10.2026]

Bewertungsausschuss Ärzte (2019). Evaluationsbericht Stufe II (Weiterführende Evaluation) von Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 3 SGB V. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/evaluationsbericht-stufe-ii-weiterfuehrende-evaluation-von-kooperations-und-koordinationsleistungen-in-kooperationsvertraegen-nach-119b-abs-3-sgb-v [05.10.2026]

Birtwell, K., Planner, C., Hodkinson, A., Hall, A., Giles, S., Campbell, S., Tyler, N., Panagioti, M. & Daker-White, G. (2022). Transitional Care Interventions for Older Residents of Long-term Care Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA network open, 5 (5), e2210192. https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2022.10192.

BMA – Bundesministerium für Arbeit (1997). Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 1. Januar 1995. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf [02.10.2026]

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 [02.10.2026]

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 [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019). Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 6. aktualisierte Auflage, Stand Oktober 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-Fakten_Pflegeversicherung.pdf [02.10.2026]

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 [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2022). Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 11. aktualisierte Auflage, Stand Juli 2022.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023). Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2023 an die Pflegeversicherung im Überblick. Stand 31. Januar 2023. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/UEbersicht_Leistungsbetraege_2023.pdf [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024a). Achter Pflegebericht: Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum: 2020–2023. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Achter_Pflegebericht_bf.pdf [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024b). Konzertierte Aktion Pflege. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2024c). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand Juli 2024. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025a). Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung – Roadmap. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Ergebnisse_und_Roadmap.pdf [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025b). Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Papier_der_Fachebenen.pdf [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025c). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand Februar 2025. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2026a). Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung 1995–2025. Stand Juli 2026. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2025.xlsx [02.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2026b). Gesetz zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz, PNOG), Kabinettsentwurf vom 30. September 9.2026. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Kabinett-GE_Pflegeneuordnungsgesetz_PNOG.pdf [05.10.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2026c). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/RefE-Pflegeneuordnungsgesetz_PNOG.pdf [25.09.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2026d). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. Stand Juli 2026. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-Fakten_Pflegeversicherung.pdf [08.09.2026]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2026). Die ePA für alle | BMG. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte/epa-fuer-alle [25.08.2026]

BVerfG (2001). Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95 – Rn. (1–93). Bundesverfassungsgericht. Verfügbar unter: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.html?nn=68080 [02.10.2026]

Canova, C., Anello, P., Barbiellini Amidei, C., Parolin, V., Zanier, L. & Simonato, L. (2019). Use of healthcare services at the end of life in decedents compared to their surviving counterparts: A case-control study among adults born before 1946 in Friuli Venezia Giulia. PloS one, 14 (2), e0212086. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0212086.

Caughey, G. E., Rahja, M., Collier, L., Air, T., Thapaliya, K., Crotty, M., Williams, H., Harvey, G., Sluggett, J. K., Gill, T. K., Kadkha, J., Roder, D., Kellie, A. R., Wesselingh, S. & Inacio, M. C. (2024). Primary health care service utilisation before and after entry into long-term care in Australia. Archives of gerontology and geriatrics, 117, 105210. https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105210.

Czwikla, J., Rothgang, H., Schwendicke, F. & Hoffmann, F. (2023). Dental care utilization among home care recipients, nursing home residents, and older adults not in need of long-term care: An observational study based on German insurance claims data. Journal of dentistry, 136, 104627. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2023.104627.

Czwikla, J., Schmidt, A., Schulz, M., Gerhardus, A., Schmiemann, G., Wolf-Ostermann, K., Gand, D., Friedrich, A.-C., Hoffmann, F. & Rothgang, H. (2022). Contacts with general practitioners, dentists, and medical specialists among nursing home residents: a cross-sectional study in 44 German nursing homes. BMC health services research, 22 (1), 35. https://doi.org/10.1186/S12913-021-07429-6.

DEGAM e. V. – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2025). Multimorbidität S3-Leitlinie. Verfügbar unter: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/oeffentlich/oeffentlich-2026/053-047lg_degam-ll-multimorbiditaet-2025-s3-lang_25_09_25final_uea-16-01-2026.pdf [25.08.2026]

Deutsche Bundesbank (2026). Deutschland-Prognose: Energiepreisschock treibt Teuerung an und bremst die Konjunkturerholung: Publikationen der Bundesbank – Monatsbericht – Juni 2026. Verfügbar unter: https://publikationen.bundesbank.de/publikationen-de/berichte-studien/monatsberichte/monatsbericht-juni-2026-998608?article=deutschland-prognose-energiepreisschock-treibt-teuerung-an-und-bremst-die-konjunkturerholung-998836 [07.10.2026]

DEVAP – Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege (2024). DEVAP-Umfrage bestätigt: Vier von fünf Trägern der Langzeitpflege müssen Angebote weiterhin einschränken: Pressemitteilung vom 24. Februar 2024 [Pressemitteilung]. Verfügbar unter: https://www.devap.de/news/devap-pressemitteilung-devap-umfrage-bestaetigt-vier-von-fuenf-traegern-der-langzeitpflege-muessen-angebote-weiterhin-einschraenken [02.10.2026]

Dudey, S. (2020). Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit ärztlichen Leistungen. Befragungen und Datenerhebungen in Sachsen, ergänzt mit bundesweiten Daten. Monitor Pflege, 6, 19–24.

Evans-Borchers, M., Diederich, F., Lenzen, J. & Rothgang, H. (2026). Evaluation der Wirkungen der Regelungen zur Entlohnung nach Tarif von Pflege- und Betreuungskräften in der Langzeitpflege: Evaluation im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS). Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/entlohnung-von-pflege-und-betreuungskraeften-deutlich-gestiegen-08-06-2026 [25.09.2026]

FDZ-StaBu – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2026). Pflegestatistik 2023. Verfügbar unter: https://www.forschungsdatenzentrum.de/de/10-21242-22421-2023-00-00-1-1-0 [02.10.2026]

Friedrich, A.-C., Czwikla, J., Schulz, M., Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2023). Ärztliche Versorgung mit oder ohne Kooperationsvertrag? Eine Querschnittsuntersuchung in stationären Pflegeeinrichtungen in Bremen und Niedersachsen [Medical care with or without cooperative agreements? A cross-sectional study in nursing homes in Bremen and Lower Saxony]. Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 177, 57–64. https://doi.org/10.1016/J.ZEFQ.2022.11.011.

Geiss, S., Pupeter, M. & Schneekloth, U. (2020). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf [02.10.2026]

GKV-Spitzenverband (2026). Alarmstufe Rot in der Pflege! Pressemitteilung des GKV-SV vom 31. August 2026. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2302400.jsp [25.09.2026]

GNWC – The Global Nursing Workforce Centre (2026). Evidence Brief: The Attractiveness of Nursing for Prospective and Current Nursing Students. Verfügbar unter: https://www.trumerit.org/wp-content/uploads/2026/08/TruMerit-ICN-GNWC-Brief-3-Attractiveness-of-Nursing-for-Prospective-and-Current-Nursing-Students.pdf [02.10.2026]

Götze, R. & Rothgang, H. (2014). Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany. In K.-P. Companje (Hrsg.), Financing high medical risks: Discussions, developments, problems and solutions on the coverage of the risk of long-term care in Norway, Germany and the Netherlands since 1945 in European perspective (S. 63–100). Amsterdam University Press.

Henken, E., König, H.-H., Konnopka, A., Behrens-Potratz, A., Schellhammer, S., Schmage, P., Zimmermann, T. & Konnopka, C. (2025). Utilization of dental services of older persons after onset of home care – an observational study from the InSEMaP research project based on German insurance claims data. BMC geriatrics, 25 (1), 776. https://doi.org/10.1186/s12877-025-06420-8.

Hoffmann, F. & Icks, A. (2012). Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors. Das Gesundheitswesen, 74 (5), 291–297. https://doi.org/10.1055/s-0031-1275711.

Hoffmann, F. & Koller, D. (2017). Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. Das Gesundheitswesen, 79 (1), e1–e9. https://doi.org/10.1055/S-0035-1564074/ID/R2014-12-230L-0031/BIB.

Inacio, M. C., Schwabe, J., Crotty, M., Williams, H., Wesselingh, S. L., Kellie, A., Roder, D., Nixon, K.-L., Harvey, G., Sluggett, J. K., Cations, M., Gill, T. K., Khadka, J., Corlis, M., Dawkins, C., Thien, M. von & Caughey, G. E. (2026). The impact of primary health care services, continuity of care and patterns of care on mortality and hospitalisation-related outcomes in residents of long-term care facilities: a comprehensive national evaluation. Age and ageing, 55 (2). https://doi.org/10.1093/AGEING/AFAG026.

Institut Arbeit und Qualifikation (2026). Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung 1996–2026. Sozialpolitik aktuell. Verfügbar unter: https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI41a.pdf [02.10.2026]

Kernick, D., Chew-Graham, C. A. & O'Flynn, N. (2017). Clinical assessment and management of multimorbidity: NICE guideline. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 67 (658), 235–236. https://doi.org/10.3399/BJGP17X690857.

Klie, T., Ranft, M. & Szepan, N.-M. (2025). Reset Pflegeversicherung: Strukturreform Pflege und Teilhabe III. Verfügbar unter: https://kda.de/wp-content/uploads/2025/06/Strukturreform_Pflege_und_Teilhabe_III_2025.pdf [02.10.2026]

Lovink, M. H., van Vught, A. J. A. H., Persoon, A., Koopmans, R. T. C. M., Laurant, M. G. H. & Schoonhoven, L. (2019). Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. Nursing & health sciences, 21 (3), 282–290. https://doi.org/10.1111/NHS.12601.

McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., Ploeg, J., Andrew, M. K., Ayala, A. P., Gray, M., Morgan, D., Chow, A. F., Parrott, E., Stephens, D., Hale, L., Keatings, M., Walker, J., Wodchis, W. P., Dubé, V., McElhaney, J. & Puts, M. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. BMC geriatrics, 18 (1), 231. https://doi.org/10.1186/S12877-018-0925-X.

MD Bund – Medizinischer Dienst Bund (2026). Begutachtungen 2025. Daten auf Anfrage.

Medicproof GmbH (2026). Zahlen, Daten, Fakten 2025. Verfügbar unter: https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/ZDF_25.pdf [02.10.2026]

Müller, C. A., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Heim, S., Seide, S., Geister, C., Tetzlaff, B., Hoell, A., Werle, J., Weyerer, S., Scherer, M. & Hummers, E. (2018). Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. BMC family practice, 19 (1), 14. https://doi.org/10.1186/s12875-017-0678-1.

Münchenberg, P. S., Rajan, D. & Rechel, B. (2026). Provision of health services to nursing home residents: Policy options for Europe.

Ochmann, R., Tisch, T., Braeseke, G., Albrecht, M. & Sonnenberger, D. (2024). Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung: Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen verschiedener Stellschrauben auf die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgruppe/iges/content/e2622/e2634/e11899/e12131/e12132/e12134/attr_objs12136/Bericht-Anlage_1-Bericht_zu_Projektionen_der_Finanzentwicklung_der_SPV_IGES_barrierefrei_2024_ger.pdf [07.10.2026]

Okoh, A. C., Shahu, A., Gu, R., Siu, H., Howard, M., Badone, E. & Grierson, L. (2025). Continuity of care during long-term care transitions: a scoping review of the Canadian literature. BMC health services research, 25 (1), 606. https://doi.org/10.1186/S12913-025-12558-3.

Rädel, M., Priess, H.-W., Bohm, S. & Walter, M. (2026). BARMER Zahnreport 2026/2: Fokus: Zahnärztliche Versorgung von Pflegebedürftigen: Was wurde erreicht? Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.30433/zahn.2026.02.

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. https://doi.org/10.1007/s003910170053.

Rothgang, H. (2022). Die „große Pflegereform“ 2017 – über die mögliche Rolle von Beiräten und Wissenschaft in der sozialpolitischen Gesetzgebung des 21. Jahrhunderts. In M. Nonhoff, S. Haunss, T. Klenk & T. Pritzlaff-Scheele (Hrsg.), Gesellschaft und Politik verstehen: Frank Nullmeier zum 65. Geburtstag (1. Auflage, S. 345–364). Verfügbar unter: https://www.campus.de/produkt-detail/gesellschaft_und_politik_verstehen-17409.html [02.10.2026]

Rothgang, H. (2026). Steigende Eigenanteile in der Pflege: Warum Leistungsdynamisierung nicht ausreicht. Wirtschaftsdienst, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 2026 (3), 171–175. Verfügbar unter: https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2026/heft/3/beitrag/steigende-eigenanteile-in-der-pflege-warum-leistungsdynamisierung-nicht-ausreicht.html [02.10.2026]

Rothgang, H., Burfeindt, C., Czwikla, J. & Müller, R. (2025a). BARMER Pflegereport 2025. Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredienten Verläufen (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse). Verfügbar unter: [https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2025 [02.10.2026]

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. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007293/p_fofoe_WP_150_2019.pdf [02.10.2026]

Rothgang, H. & Domhoff, D. (2025). Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung. Verfügbar unter: https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2025/2025-01-29%20Pflegevollversicherung_Gutachten.pdf [02.10.2026]

Rothgang, H., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Becke, G., Brannath, W., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempa, A., Matzner, L., Zenz, C. & Sticht, S. (2020a). Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Verfügbar unter: https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf [02.10.2026]

Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2015). Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform. Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, 69 (5), 46–54. https://doi.org/10.5771/1611-5821-2015-5.

Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2015). BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunkt: Pflegen zu Hause (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse). Verfügbar unter: https://www.barmer.de/resource/blob/1026576/73f4ded2ea20652834aeedbb7c2bc16a/barmer-gek-report-pflege-2015-data.pdf [02.10.2026]

Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2016). BARMER GEK Pflegereport 2016 (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse). Verfügbar unter: www.barmer.de/resource/blob/1030228/f948d7a97b178c08a4892b4412663605/barmer-gek-pflegereport-2016-data.pdf [02.10.2026]

Rothgang, H., Kalwitzki, T. & Preuß, B. (2025b). Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung III. Konzept für die Einführung einer bedarfsorientierten Pflegevollversicherung mit begrenzten Eigenanteilen: Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. Verfügbar unter: https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2025-03-11_Gutachten_AAPV_3_END.pdf [02.10.2026]

Rothgang, H., Mamontova, T. & Wagner, C. (2026). Pflege darf nicht arm machen: Was die „große Pflegereform“ leisten muss. Gesundheits- und Sozialpolitik, 79 (5), 68–77. https://doi.org/10.5771/1611-5821-2025-5-68.

Rothgang, H. & Müller, R. (2018). BARMER Pflegereport 2018. Schwerpunkt Gesundheit pflegender Angehöriger (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse). Verfügbar unter: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2018 [02.10.2026]

Rothgang, H. & Müller, R. (2019). BARMER Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Nr. 20). Verfügbar unter: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2019 [02.10.2026]

Rothgang, H. & Müller, R. (2021). BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Nr. 32). Verfügbar unter: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2021 [02.10.2026]

Rothgang, H. & Müller, R. (2022). BARMER Pflegereport 2022. Stationäre Versorgung und COVID-19 (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Nr. 38). Verfügbar unter: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2022 [02.10.2026]

Rothgang, H. & Müller, R. (2024). BARMER Pflegereport 2024. Pflegerisiko und Pflegedauer (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Nr. 47). Verfügbar unter: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2024 [02.10.2026]

Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, B. (2020b). BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Nr. 26). Verfügbar unter: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2020 [02.10.2026]

Rothgang, H., Müller, R., Runte, R. & Unger, R. (2017). BARMER Pflegereport 2017. Junge Pflegebedürftige (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Nr. 5). Verfügbar unter: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2017 [02.10.2026]

Schnitzer, S., Haeger, C., Baldenius, T., Jürchott, K., Behrendt, S. & Blüher, S. (2026). Versorgungssituation im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit – eine Kohortenstudie von AOK-Versicherten ab 60 Jahren in Deutschland [Healthcare situation before long-term care – A cohort study of AOK-insured individuals aged 60 years and older in Germany]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany]). Vorab-Onlinepublikation. https://doi.org/10.1055/A-2776-2382.

Schulz, M., Czwikla, J., Schmidt, A., Tsiasioti, C., Schwinger, A., Gerhardus, A., Schmiemann, G., Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2021). Fachärztliche Unterversorgung bei Heimbewohnern – Prävalenzstudie und Hochrechnung [Medical specialist undertreatment in nursing home residents – Prevalence and extrapolation]. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie, 54 (5), 479–484. https://doi.org/10.1007/s00391-021-01865-z.

Schulz, M., Czwikla, J., Tsiasioti, C., Schwinger, A., Gand, D., Schmiemann, G., Schmidt, A., Wolf-Ostermann, K., Kloep, S., Heinze, F. & Rothgang, H. (2020a). Differences in medical specialist utilization among older people in need of long-term care – results from German health claims data. International journal for equity in health, 19 (1), 22. https://doi.org/10.1186/s12939-020-1130-z.

Schulz, M., Tsiasioti, C., Czwikla, J., Schwinger, A., Gand, D., Schmidt, A., Schmiemann, G., Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2020b). Claims data analysis of medical specialist utilization among nursing home residents and community-dwelling older people. BMC health services research, 20 (1), 690. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05548-0.

Schwinger, A. & Zok, K. (2024). Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WIdOmonitor, 1, 1–12. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdO-monitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf [02.10.2026]

Seidinger, T., Messerle, R. & Scheller-Kreinsen, D. (2026). Punktlandung Pflegegrad? Analysen zur Reform der Pflegebegutachtung (WIdO e-paper). Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/e-paper/wido_ges_e-paper14_pflegebegutachtung_09_2026.pdf [02.10.2026]

Shaver, N. S., Lapenskie, J., Smith, G. A., Hsu, A. T., Liddy, C. & Tanuseputro, P. (2021). How Often, Where, and by Which Specialty Do Long-Term Care Home Residents Receive Specialist Physician Care? A Retrospective Cohort Study. Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society, 40 (8), 837–846. https://doi.org/10.1177/0733464819901255.

Skudlik, S., Hirt, J., Döringer, T., Thalhammer, R., Lüftl, K., Prodinger, B. & Müller, M. (2023). Challenges and care strategies associated with the admission to nursing homes in Germany: a scoping review. BMC nursing, 22 (1), 5. https://doi.org/10.1186/S12912-022-01139-Y.

Der Spiegel (11. September 2026). Vorstoß im Arbeitsministerium: Zahlen Privatpatienten zu wenig für die Pflege? DER SPIEGEL. Verfügbar unter: https://www.spiegel.de/wirtschaft/pflegeversicherung-zahlen-privatpatienten-zu-wenig-fuer-die-pflege-a-f5d7137f-ed03-49eb-988f-71e122bb02cf [02.10.2026]

Spreckelsen, O., Schmiemann, G., Fassmer, A. M., Engel, B., Hoffmann, F. & Freitag, M. H. (2020a). How Do German General Practitioners Assess Medical Specialist Care Needs of Nursing Home Residents? Results of a Postal Survey in North-Western Germany. International journal of environmental research and public health, 17 (19). https://doi.org/10.3390/ijerph17197126.

Spreckelsen, O., Schmiemann, G., Freitag, M. H., Fassmer, A. M., Engel, B. & Hoffmann, F. (2020b). Are there changes in medical specialist contacts after transition to a nursing home? An analysis of German claims data. BMC health services research, 20 (1), 716. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05575-x.

Statistisches Bundesamt (2022). Statistik der Kriegsopferfürsorge. Ausgaben und Einnahmen. Empfänger/-innen 2020. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Publikationen/Kriegsopferfuersorge/kriegsopferfuersorge-5227301209004.pdf?__blob=publicationFile [02.10.2026]

Statistisches Bundesamt (2023). Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege insgesamt, nach Ort der Leistungserbringung und Geschlecht im Zeitvergleich am 31. Dezember. Stand Oktober 2023. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html [02.10.2026]

Statistisches Bundesamt (2024a). 5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023: Pressemitteilung Nr. 478 vom 18. Dezember 2024 [Pressemitteilung]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html [02.10.2026]

Statistisches Bundesamt (2024b). Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html [25.09.2026]

Statistisches Bundesamt (2025). Statistischer Bericht – Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Länderergebnisse – 2023 – Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/statistischer-bericht-pflege-laenderergebnisse-5224002239005.html [02.10.2026]

Statistisches Bundesamt (2026a). 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 (2026b). Bevölkerung zum Stichtag 31. Dezember. Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität (Grundlage Zensus 2011 und Zensus 2022) 2011–2024. Verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de [02.10.2026]

Statistisches Bundesamt (2026c). Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente): Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht: Tabellen-Code: 23621-0006. Verfügbar unter: https://genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23621/table/23621-0006 [02.10.2026]

Statistisches Bundesamt (2026d). Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen, Art der Versorgung von Pflegebedürftigen: Tabellen-Code: 22421-0001. Verfügbar unter: https://genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/22421/table/22421-0001 [02.10.2026]

Statistisches Bundesamt (2026e). Pflegeheime, verfügbare Plätze, Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Art der Pflegeleistung: Tabellen-Code: 22412-0001. Verfügbar unter: https://genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/22412/table/22412-0001 [02.10.2026]

Statistisches Bundesamt (2026f). Daten zu den Konsumausgaben privater Haushalte nach Haushaltsgröße. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Konsumausgaben-Lebenshaltungskosten/Tabellen/privater-konsum-haushaltsgroesse-evs.html [13.09.2026]

SVR Wirtschaft – Sachverständigenrat Wirtschaft (2026). Frühjahrsgutachten 2026. Verfügbar unter: https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/fg2026/FG2026_Gesamtausgabe.pdf [25.09.2026]

Swart, E., Ihle, P., Gothe, H. & Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2014). Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Verfügbar unter: https://www.hogrefe.com/de/shop/routinedaten-im-gesundheitswesen-71615.html [02.10.2026]

Tagesschau (21. September 2026). „Gerechtigkeitsproblem“: Merz tritt Debatte über Krankenkassen los. Verfügbar unter: https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/merz-private-krankenversicherung-100.html [02.10.2026]

Ulyte, A., Mehrotra, A., Huskamp, H. A., Grabowski, D. C. & Barnett, M. L. (2023). Specialty care after transition to long-term care in nursing home. Journal of the American Geriatrics Society, 71 (4), 1058–1067. https://doi.org/10.1111/JGS.18129.

vdek (2026a). Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung (SPV): Finanzielle Belastung (Eigenanteil) einer/eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege nach Bundesländern. vdek. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html [26.09.2026]

vdek (2026b). vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2026/2027. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/content/vdeksite/presse/daten/_jcr_content/par/publicationelement_1479644990/file.res/VDEK_Basisdaten_2026_2027_web.pdf [02.10.2026]

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (2026). PKV Zahlenportal. Verfügbar unter: https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2015/2024/12 [02.10.2026]

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2026). Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege (zum 31.12.2025). Verfügbar unter: https://wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Pflege/Finanzierung_12_2025/Abbildungen_Entwicklung_der_Eigenanteile_in_der_vollstationaeren_Pflege_Stand_31.12.2025.pdf [02.10.2026]

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

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

Dr. Alexander Maximilian Fassmer, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg.

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

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

Prof. Dr. Jonas Czwikla, Universitätsprofessor für Versorgungsforschung am Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg.