

Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments

Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen seit 2017 sowie Bestandsaufnahme zu möglichen Weiterentwicklungsbedarfen des Begutachtungsinstruments



STUDIEN
BERICHT



Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments

Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenzen seit 2017 sowie Bestandsaufnahme zu möglichen Weiterentwicklungsbedarfen des Begutachtungsinstruments

Hans-Dieter Nolting
Paul Roll
Julia Katharina Wolff

Abschlussbericht

für den GKV-Spitzenverband

Berlin, April 2026

Autoren

Hans-Dieter Nolting

Paul Roll

Dr. Julia Katharina Wolff

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180

10117 Berlin

Inhalt

Danksagung	11
Zusammenfassung	12
1. Hintergrund und Aufgabenstellung	20
1.1 Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017	20
1.2 Entwicklung der administrativen Pflegeprävalenz im Zeitraum 2017 bis 2024	21
1.3 Aufgabenstellung der Studie und Aufbau des Abschlussberichts	23
1.4 Operationalisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Begutachtungsinstrument (BI)	25
2. Methodisches Vorgehen	34
2.1 Hypothesensammlung und Hypothesensystematik	34
2.2 Literaturanalyse	36
2.3 Qualitative Datenerhebungen	37
2.3.1 Interviews mit Begutachtungsdiensten	37
2.3.2 Fokusgruppen	38
2.4 Quantitative Daten	39
2.4.1 Quantitative Daten PG 5 Statistik	40
2.4.2 Quantitative Daten MD Bund	41
3. Ergebnisdarstellung	44
3.1 Vertiefende Analyse der Entwicklung der Pflegeprävalenz seit 2017	44
3.1.1 Determinanten der Pflegeprävalenz	44
3.1.2 Potenzieller Einfluss der Entwicklung der Lebenserwartung von älteren Menschen in Deutschland auf die Pflegeprävalenz	45
3.1.3 Entwicklung der Pflegeinzidenz und der Altersstruktur der Neueintritte in Pflegebedürftigkeit	47
3.1.4 Ursachen der steigenden Verweildauer in Pflegebedürftigkeit	53
3.1.5 Entwicklung der Pflegeprävalenz und -inzidenz bei Kindern und Jugendlichen	53
3.1.6 Vorläufiges Fazit zur Entwicklung der Pflegeprävalenz	57
3.2 Einfluss- und Treiberfaktoren auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz	58
3.2.1 Gesellschaftliche Entwicklungen und Morbiditätsentwicklungen	58
3.2.2 Beantragung von Pflegeleistungen	70
3.2.3 (Neuer) Pflegebedürftigkeitsbegriff	81
3.2.4 Begutachtung, Begutachtungsverfahren	82
3.2.5 Begutachtungsinstrument	85
3.2.6 Besondere Aspekte in Bezug auf die Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen	96

3.3	Prognose und Projektion zur zukünftigen Entwicklung der Pflegeprävalenz	104
4.	Handlungsempfehlungen und Fazit	106
4.1	Empfehlungen zum Verfahren der Beantragung von Pflegeleistungen	106
4.2	Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments	106
4.3	Empfehlungen zur Verbesserung des Monitorings der Entwicklung der Pflegeprävalenz und zum Verständnis der Treiberfaktoren	108
4.4	Empfehlungen zur Erstellung einer kurz-, mittel- und langfristigen Prognose der Pflegeprävalenz	111
4.5	Empfehlungen für weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen	112
4.6	Fazit	113
5.	Literaturverzeichnis	115
6.	Anhang	121
6.1	Quantitative Datenanalysen: Einfluss- und Treiberfaktoren auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz	121
6.1.1	Gesellschaftliche Entwicklungen und Morbiditätsentwicklungen	121
6.1.2	Beantragung von Pflegeleistungen	126
6.1.3	Exkurs: Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen	137
6.2	Hypothesensammlung	141
6.2.1	Einflussfaktoren auf Einflussfaktoren auf die Pflegeprävalenz (unabhängig der Inzidenzentwicklung)	141
6.2.2	Gesellschaftliche Entwicklungen	141
6.2.3	Beantragung von Pflegeleistungen	142
6.2.4	(Neuer) Pflegebedürftigkeitsbegriff	142
6.2.5	Begutachtung, Begutachtungsverfahren	142
6.2.6	Begutachtungsinstrument	143
6.3	Ergänzende Analysen MD Bund	144
6.3.1	Betrachtung gemäß Variante 1: Vergleich Schwellenwerte (PG 1-3) gemäß BRi und Empfehlungen Expertengremium	144
6.3.2	Betrachtung gemäß Variante 2: Vergleich Schwellenwerte (PG 1-3) gemäß BRi und Empfehlungen Expertengremium sowie Berücksichtigung der Anpassung der Modulbewertungen für die Module 1, 4 und 6	168
6.4	Datenanalysekonzept	192

Abbildungen	6
Tabellen	9
Abkürzungsverzeichnis	10

Abbildungen

Abbildung 1:	Entwicklung der realen Pflegeprävalenz im Vergleich zu der rein demographiebedingt zu erwartenden Entwicklung im Zeitraum 2017 bis 2024, Pflegebedürftige insgesamt sowie ohne Pflegegrad 1	23
Abbildung 2:	Schematische Darstellung von Determinanten einer Veränderung der Pflegeprävalenz	45
Abbildung 3:	Altersstrukturen der Neueintritte in Pflegebedürftigkeit (ambulante Leistungen) im Vergleich 2018 zu 2024	50
Abbildung 4:	Entwicklung der Inzidenz von Erstanträgen auf ambulante Leistungen (Antragsinzidenz) sowie der Inzidenzen der Pflegegrade PG 1 und PG 2 im Zeitraum 2018 bis 2024 (Indexdarstellung 2018 = 100)	51
Abbildung 5:	Entwicklung der Inzidenz von Erstanträgen auf ambulante Leistungen (Antragsinzidenz) sowie der Inzidenzen der Pflegegrade PG 3, PG 4 und PG 5 im Zeitraum 2018 bis 2024 (Indexdarstellung 2018 = 100)	52
Abbildung 6:	Entwicklung der Pflegeprävalenz bei Kindern (bis unter 15 Jahre) und Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen (bis unter 20 Jahre) im Zeitraum 2017 bis 2024	54
Abbildung 7:	Verteilung der Pflegebedürftigen nach Erstbegutachtung (ambulante Leistungen) nach Pflegegraden im Vergleich 2018 zu 2024: Pflegebedürftige unter 18 Jahren (links) und ab 18 Jahren (rechts)	55
Abbildung 8:	Anteil von pflegebegründenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen im PG 2	56
Abbildung 9:	Anteil der Erstgutachten mit verkürzten Begutachtungsfristen nach Altersgruppen	61
Abbildung 10:	Anteil der Erstgutachten nach ambulanter Wohnsituation	64
Abbildung 11:	Bewilligungsrate der Erstgutachten nach ambulanter Wohnsituation	65
Abbildung 12:	Anteile der 15 häufigsten Modulkombinationen bei Erstgutachten ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach Jahren	71
Abbildung 13:	Anteile der 15 häufigsten Modulkombinationen bei Erstgutachten mit Feststellung PG 1 nach Jahren	73
Abbildung 14:	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 2; alle Leistungsarten	76

Abbildung 15:	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 2; nur Pflegegeld und Pflegesachleistungen	77
Abbildung 16:	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 1; alle Leistungsarten	78
Abbildung 17:	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 1; nur Pflegegeld und Pflegesachleistungen	79
Abbildung 18:	Anteile von Höherstufungen, Versterben und Verbleib nach 24 Monaten nach Pflegeinzidenz in PG 1 nach Jahren	80
Abbildung 19:	Anteile von Höherstufungen, Versterben und Verbleib nach 24 Monaten nach Pflegeinzidenz in PG 2 nach Jahren	81
Abbildung 20:	Abweichung der Pflegeprävalenz unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenbeirats; <i>Variante 1</i> und <i>Variante 2</i>	93
Abbildung 21:	Abweichung des durchschnittlichen Pflegegrades unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenbeirats; <i>Variante 1</i> und <i>Variante 2</i>	94
Abbildung 22:	Anteilige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen und Jahren im PG 2	98
Abbildung 23:	Anteil Erstantragsteller (ambulante Leistungen) ab 18 Jahren mit „schweren“ oder „schwersten Beeinträchtigungen“ im betreffenden Modul des BI	100
Abbildung 24:	Anteil Erstantragsteller (ambulante Leistungen) unter 18 Jahren mit „schweren“ oder „schwersten Beeinträchtigungen“ im betreffenden Modul des BI	101
Abbildung 25:	Anteil Erstantragsteller (ambulante Leistungen), bei denen kein Pflegegrad oder Pflegegrad 1 festgestellt wurde mit „erheblichen Beeinträchtigungen“ im betreffenden Modul des BI (differenziert nach Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen)	103
Abbildung 26:	Anzahl der Erstgutachten pro Tausend GKV-Versicherte nach MD und Altersgruppen (1)	122
Abbildung 27:	Anzahl der Erstgutachten pro Tausend GKV-Versicherte nach MD und Altersgruppen (2)	123
Abbildung 28:	Anzahl der Erstgutachten pro Tausend GKV-Versicherte nach MD und Altersgruppen (3)	124
Abbildung 29:	Anzahl der Erstgutachten pro Tausend GKV-Versicherte nach MD und Altersgruppen (4)	125

Abbildung 30:	Durchschnittlich erreichte Gesamtpunktzahl in Erstgutachten nach MD und Pflegegrad (1)	127
Abbildung 31:	Durchschnittlich erreichte Gesamtpunktzahl in Erstgutachten nach MD und Pflegegrad (2)	128
Abbildung 32:	Anteile der 15 häufigsten Modulkombinationen bei Erstgutachten mit Feststellung PG 2 nach Jahren	129
Abbildung 33:	Anteile der 15 häufigsten Modulkombinationen bei Erstgutachten mit Bewilligung PG 3 nach Jahren	130
Abbildung 34:	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 3; alle Leistungsarten	131
Abbildung 35:	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 3; nur Pflegegeld und Pflegesachleistungen	132
Abbildung 36:	Anteile von Höherstufungen, Versterben und Verbleib nach 24 Monaten nach Pflegeinzidenz in PG 3 nach Jahren	136
Abbildung 37:	Anteil von pflegebegründenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen im PG 1	137
Abbildung 38:	Anteil von pflegebegründenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen im PG 3	138
Abbildung 39:	Anteilige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen und Jahren im PG 1	139
Abbildung 40:	Anteilige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen und Jahren im PG 3	140

Tabellen

Tabelle 1:	Entwicklungsschritte der Bewertungssystematik: Hauptphase 1 (1), Expertenbeirat (2), § 15 SGB XI (3) sowie gewichtete BI-Punktwerte (4). Abweichungen (3) gegenüber (2) hervorgehoben	29
Tabelle 2:	Entwicklungsschritte der Schwellenwerte: Hauptphase 1 (1), Expertenbeirat (2), § 15 SGB XI (3). Abweichungen (3) gegenüber (2) hervorgehoben	30
Tabelle 3:	Vergleich der in den Studien von Windeler et al. (2008) bzw. Kimmel et al. (2015) berichteten Verteilungen der erwachsenen Probanden nach Pflegegraden	32
Tabelle 4:	Hypothesensystematik mit Themenkomplexen und korrespondierende Hypothesen	35
Tabelle 5:	Restlebenserwartung der Geburtsjahrgänge 1940, 1945, 1950 und 1955 im Alter von 65 Jahren (oberer Teil) bzw. 75 Jahren (unterer Teil)	46
Tabelle 6:	Inzidenz von Erstanträgen auf ambulante Leistungen sowie Anteil mit Pflegegrad im Vergleich 2018 zu 2024	48
Tabelle 7:	Neueintritte in Pflegebedürftigkeit im Vergleich 2018 zu 2024 nach Altersgruppen	49
Tabelle 8:	Abweichung der Ergebnisse von Erstgutachten unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenbeirats; <i>Variante 1</i>	90
Tabelle 9:	Abweichung der Ergebnisse von Erstgutachten unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenbeirats; <i>Variante 2</i>	91
Tabelle 10:	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 1; alle Leistungsarten	133
Tabelle 11:	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 2; alle Leistungsarten	134
Tabelle 12:	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 3; alle Leistungsarten	135

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
BI	Begutachtungsinstrument
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
MD	Medizinischer Dienst
NBA	Neues Begutachtungsassessment
PG	Pflegegrad(e)
PPV	Private Pflegepflichtversicherung
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SPZ	Sozialpädiatrische Zentren

Danksagung

Wir danken allen Kooperationspartnern, die uns bei der Bearbeitung dieses Projekts unterstützt haben, indem sie an Interviews, Fokusgruppen und den Workshops teilgenommen haben.

Besonderer Dank gilt Herrn Ng (GKV-Spitzenverband), Frau Dr. Kimmel und Herrn Seidel (beide MD Bund) sowie Frau Dr. Kuhlmann (Medicproof) für die Durchführung der Datenanalysen bzw. die Unterstützung mit Analyseergebnissen.

Zusammenfassung

Hintergrund und Aufgabenstellung

Mit der Pflegereform des Jahres 2017 (Pflegerstärkungsgesetz II) wurden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt. Ein wesentliches Ziel der Reform war die Erweiterung des Personenkreises, der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, insbesondere um Menschen mit Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von psychischen und kognitiven Störungen. Mit der Umstellung auf das neue Verfahren stieg die Zahl der pflegebedürftigen Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Jahr 2017 erwartungsgemäß auf etwa 3,3 Mio., entsprechend einem Anteil an den Versicherten der SPV von 4,6 % (Pflegeprävalenz). Für die Jahre nach der Umstellung war erwartet worden, dass die weitere Entwicklung der Pflegeprävalenz im Wesentlichen der demographischen Entwicklung folgen wird. Die tatsächliche Entwicklung ist jedoch deutlich dynamischer verlaufen. Die tatsächliche Pflegeprävalenz lag im Jahr 2024 bei 7,6 % (5,6 Mio. Versicherte), aufgrund der demographischen Entwicklung allein wäre weiterhin eine Prävalenz von 4,6 % zu erwarten gewesen.

Die vorliegende, als Vorstudie für ggf. nachfolgende vertiefende Studien beauftragte, Untersuchung soll Erklärungsfaktoren für die dynamische Entwicklung der Pflegeprävalenzen identifizieren und in ihrer Relevanz bewerten. Besonderes Augenmerk soll dabei möglichen Zusammenhängen der Prävalenzentwicklung mit den Wirkweisen des Begutachtungsinstruments (BI) bzw. einem eventuellen Weiterentwicklungsbedarf des BI gewidmet werden. Im Ergebnis sollen Handlungsoptionen diskutiert und ggf. weiterer Forschungsbedarf formuliert werden.

Methodisches Vorgehen

Die Studie konnte sich in der vorgesehenen Laufzeit von etwa acht Monaten auf Literaturanalysen, Auswertungen öffentlich verfügbarer Daten (z.B. amtliche Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit), Interviews und Fokusgruppen mit Begutachtungsdiensten sowie Verbänden der Leistungserbringer, Pflegekassen und Betroffenen sowie ergänzende Auswertungen von bereits vorhandenen Daten durch den GKV-Spitzenverband (anonymisierte Daten der amtlichen Statistik PG 5) und den MD Bund (Daten der Begutachtungsstatistik) stützen. Darüber hinaus waren zusätzliche Datenerhebungen nicht vorgesehen.

Das Gutachten stützt sich ferner auf zwei Simulationsrechnungen, die durch den MD Bund für die SPV bzw. Medicproof für die PPV erstellt und zur Verfügung gestellt wurden. Vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen über eine Anpassung der Bewertungssystematik des BI simulieren diese Analysen die Entwicklung der Neueintritte in die Pflegebedürftigkeit, die sich ergeben hätten, wenn anstelle der aktuell geltenden Parameter der Bewertungssystematik die vom Expertenbeirat¹

¹ „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“. Der Beirat setzte sich aus 37 Mitgliedern von entscheidenden Akteuren des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems sowie führenden Forschenden und Sachverständigen zum Thema Pflege in Deutschland zusammen (Bundesministerium für Gesundheit (2013)).

2013 empfohlenen Parameter (veränderte Schwellenwerte und Intervallgrenzen der Moduleinzelpunkte) gelten würden.

Für die Durchführung der Untersuchung wurde eine Systematik von Hypothesen zu möglichen Einflussfaktoren auf die Pflegeprävalenz und Pflegeinzidenz erarbeitet. Bezogen auf diese Hypothesen wurden Publikationen sowie unveröffentlichte Untersuchungen recherchiert und ausgewertet. Soweit möglich wurde versucht, Erkenntnislücken durch ergänzende Auswertungen der Daten der PG 5 Statistik durch den GKV-Spitzenverband bzw. der Begutachtungsdaten durch den MD Bund und qualitative Datenerhebungen zu schließen.

Ergebnisse der vertiefenden Analyse der Entwicklung der Pflegeprävalenz

Vor der Untersuchung möglicher Treiberfaktoren wurde eine eingehendere Analyse der Prävalenzentwicklung vorgenommen, die zu folgenden Schlussfolgerungen kommt:

- ◆ Die Zunahme der Pflegeprävalenz im Zeitraum 2017 bis 2024 geht vor allem auf das deutliche Wachstum der Erstanträge auf ambulante Pflegeleistungen zurück, die zu einem entsprechenden Wachstum vor allem von Leistungsbeziehenden im Pflegegrad 1 sowie in geringerem Maße im Pflegegrad 2 geführt hat.
- ◆ Besonders ausgeprägt ist die Zunahme der erstmaligen Begutachtungen bei Menschen in jüngeren Altersgruppen, mit der Folge, dass der Anteil der jüngeren Altersgruppen (unter 65 Jahren) an den Neueintritten in Pflegebedürftigkeit seit der Pflegereform auf inzwischen (2024) fast ein Viertel gewachsen ist.
- ◆ Folge des vermehrten Eintritts von jüngeren und weniger beeinträchtigten Menschen ist eine zunehmend längere Verweildauer in Pflegebedürftigkeit bzw. im Leistungsbezug.
- ◆ Als Konsequenz der ausgeprägten Zunahme der Neueintritte in jüngeren Altersklassen nimmt die Zahl der Neueintritte in den höchsten Altersklassen ab, weil immer mehr Menschen bereits einen Pflegegrad haben, wenn sie dieses Alter erreichen

Bei den pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen hat die Pflegeprävalenz noch erheblich stärker zugenommen. Ursache ist auch hier starkes Anwachsen der Erstanträge auf ambulante Leistungen.

Ergebnisse zu Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz und insbesondere der Pflegeinzidenz

Zahlreiche Hypothesen lassen sich **übergeordneten gesellschaftlichen Entwicklungen** zuordnen. Im Rahmen der Untersuchung wurden sechs Komplexe von potenziellen Einflussfaktoren näher untersucht. Folgende Faktoren lassen sich als besonders relevant einstufen:

- ◆ Die Verfügbarkeit von Informationen über die soziale Pflegeversicherung und die Möglichkeiten und Modalitäten der Antragstellung hat deutlich zugenommen. Auch spielt eine „aktive Informationsweitergabe“ (Hinweise, Aufforderungen zur Antragstellung) durch Institutionen und Akteure des Gesundheitswesens sowie angrenzender Bereiche eine größere Rolle.
- ◆ Es hat eine „Entstigmatisierung“ von Pflegebedürftigkeit stattgefunden, d. h. Pflegebedürftigkeit wird zunehmend als „normale“ Folge einer altersbedingten Verschlechterung der Gesundheit wahrgenommen.
- ◆ In Bezug auf Kinder und Jugendliche wird Pflegebedürftigkeit vielfach als regelhafter Teilaspekt von bestimmten Erkrankungen, insbesondere psychischen und Verhaltens- bzw. Entwicklungsstörungen verstanden.

Keine Belege haben sich zum Einfluss einer abnehmenden Bereitschaft bzw. Möglichkeit zur Pflege durch Angehörige (z. B. aufgrund veränderter Familienstrukturen, Frauenerwerbstätigkeit, beruflicher Mobilität) ergeben. Diese Faktoren werden möglicherweise erst in der Zukunft eine stärkere Rolle spielen.

Auch zum vermuteten Einfluss der sozioökonomischen Situation bzw. einer Verschlechterung der Einkommenssituation bestimmter Bevölkerungsgruppen auf die Inzidenz von Anträgen auf Pflegeleistungen ließen sich nur allgemeine Hinweise aber wenig fundierte Ergebnisse finden.

Für die Hypothese einer stärkeren Nutzung von professioneller Pflege durch Personen mit Migrationsgeschichte im Sinne einer Angleichung der Versorgungspräferenzen an die Mehrheitsbevölkerung ließen sich in der Literatur keine Belege finden.

Ferner wurde geprüft, ob es Hinweise auf eine expansive Morbiditätsentwicklung seit 2017 gibt, die sich in einem Anstieg der Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung niederschlagen könnte. Dies ist nicht der Fall, lediglich der bekannte Befund eines Rückgangs der Antragsinzidenz während der Pandemie und eines Nachholeffekts in den Folgejahren wurde bestätigt.

Als zweiter Themenkomplex wurde der Prozess der **Beantragung von Pflegeleistungen** fokussiert. Zunächst wurde anhand der Datenauswertungen gezeigt, dass sich das Kollektiv der Antragstellenden seit 2017 dahingehend verändert hat, dass immer mehr Personen Anträge stellen, bei denen keinerlei Beeinträchtigung im Sinne des BI festgestellt wird. Auch bei den Personen, die den Pflegegrad 1 erreichen finden sich Hinweise, dass die im Rahmen der Begutachtungen festgestellten Beeinträchtigungen im Durchschnitt sinken. Diese Befunde werden auch durch neuere Literatur bestätigt.

Die Beantragung von Pflegeleistungen ist sehr niedrigschwellig und erfordert keinerlei Begründung oder Vorlage von Befunden o. ä.. Diese Niedrigschwelligkeit wurde in den qualitativen Erhebungen einerseits als positives Merkmal hervorgehoben, andererseits wurden jedoch auch Nachteile gesehen. Zusammen mit den

Erkenntnissen zur größeren Informiertheit und zunehmenden Hinweisen auf Leistungen der Pflegeversicherung ist davon auszugehen, dass auch die Niedrigschwelligkeit der Antragstellung einen Einfluss auf die Pflegeinzidenz und -prävalenz hat.

Für die Hypothese, dass die zunehmende Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung ein „Pull-Faktor“ ist, wurde weder in der Literaturanalyse noch in den für das Projekt durchgeführten Datenanalysen oder qualitativen Erhebungen ein Beleg gefunden.

Das in den zurückliegenden Jahren weiter ausgebauter Angebot der Pflegeberatung im Rahmen des SGB XI dürfte sich eher auf die Wahrscheinlichkeit von Anträgen auf Höherstufung bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit auswirken und weniger auf die Pflegeinzidenz. Die Analysen der PG 5 Statistik zeigen einen Anstieg an Höherstufungen in den ersten zwei Jahren nach Pflegeinzidenz für die Pflegegrade 1 und 2, der möglicherweise damit in Zusammenhang steht.

Der **neue Pflegebedürftigkeitsbegriff** hatte grundsätzlich den intendierten Effekt einer Ausweitung der Anspruchsberechtigten. Im Vorfeld der Pflegereform 2017 wurden mehrere wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt, die der Ausgestaltung der Reform sowie des neuen Begutachtungsinstruments dienten. Dabei wurden jedoch ausschließlich Versicherte einbezogen, die bereits einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt hatten. Eine Untersuchung zur Ermittlung der nach den neuen Regularien potenziell Pflegebedürftigen bzw. zur epidemiologischen Verteilung der nach dem neuen Begutachtungsinstrument einen Leistungsanspruch begründenden Merkmale in der Bevölkerung, ist jedoch nicht durchgeführt worden. Insofern konnten die möglichen Folgen von sozialpolitischen Entscheidungen, z.B. in Bezug auf die Kalibrierung des Begutachtungsinstruments, auf die Entwicklung der Pflegeinzidenz nicht ausreichend abgeschätzt werden.

In den Interviews und Fokusgruppen wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff einhellig als Fortschritt bewertet, aber weitgehend auch der Eindruck geteilt, dass seither eingetretene Entwicklung der Pflegeprävalenz unerwartet expansiv verlaufen ist. Teilweise wurde darauf verwiesen, dass die Entwicklung den sozialpolitischen Wünschen des Gesetzgebers des PSG II entspräche.

Das **Begutachtungsverfahren** hat sich aus Sicht der befragten Stakeholder bewährt. Es gibt keine Belege für einen relevanten Einfluss der Modalität der Begutachtung (z.B. von telefonischen oder videogestützten im Vergleich zu Begutachtungen per Hausbesuch) oder von Unterschieden im Vorgehen der einzelnen Begutachtungsdienste auf die Pflegeinzidenz oder -prävalenz.

Eine wissenschaftliche Diskussion über methodische Fragen des **Begutachtungsinstruments** hat vor allem während in der Entwicklungsphase stattgefunden. Neuere Arbeiten, die sich ausdrücklich mit dem BI befassen, konnten nicht gefunden werden. Als Nebenbefund des Projekts zur Entwicklung des Personalbemessungsverfahrens gemäß § 113c SGB XI (PeBeM) wurde festgestellt, dass die Pflegegrade bei Menschen in stationärer Pflege den Versorgungsaufwand vergleichsweise gut

erklären und alternative Messmodelle auf Basis der BI-Kriterien nur mit geringen Verbesserungen einher gehen.

In den qualitativen Datenerhebungen haben sich verschiedene Hinweise ergeben, die für eine Überprüfung methodischer Aspekte des BI sprechen. Deutliche Auffälligkeiten haben dagegen Analysen der Begutachtungsdaten bei Kindern und Jugendlichen ergeben: Der Anteil von Versicherten unter 18 Jahren mit „schweren“ und „schwersten Beeinträchtigungen“ im Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) erreicht bereits bei Pflegegrad 3 den höchsten Wert (ca. 75 %) und auch in PG 2 (ca. 53 %) und sogar PG 1 (ca. 14 %) weisen überraschend hohe Anteile von Versicherten bei Modul 3 solch hochgradige Beeinträchtigungen auf. Ebenfalls auffällige Ergebnisse zeigen sich im Modul 5 (krankheits- oder therapiebedingte Anforderungen und Belastungen), wo etwa 15 % der Versicherten bereits in den PG 1 und PG 2 „schwere“ oder „schwerste Beeinträchtigungen“ aufweisen. Selbst Versicherte, bei denen keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, haben bei Modul 5 zu fast einem Fünftel „erhebliche Beeinträchtigungen“. Insgesamt ergeben sich deutliche Hinweise, dass mindestens zwei Module des BI bei den Kindern und Jugendlichen nicht in der bei einem Messinstrument dieses Typs erwarteten Weise arbeiten und das Messkonzept des BI bei den Kindern und Jugendlichen daher überprüft werden sollte.

Als wesentlicher Faktor, der die starke Zunahme der Pflegeprävalenz seit 2017 ermöglicht hat, ist die Änderung der Bewertungssystematik gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats anzusehen, die durch das PSG II vorgenommen wurde. Dabei wurden mehrere Parameter der Bewertungssystematik so verändert, dass eine Ausweitung der Zahl der Pflegebedürftigen sowie höhere Anteile der Pflegegrade 2 und 3 resultieren mussten. Zur Begründung wurde darauf verwiesen, dass mehr Menschen die Inanspruchnahme der „präventiven“ Leistungen des Pflegegrads 1 ermöglicht werden sollte.

Die für das Gutachten erstellten Simulationsrechnungen zu den Auswirkungen einer Umstellung der Bewertungssystematik auf die vom Expertenbeirat auf Basis umfangreicher fachlicher Vorarbeiten empfohlenen Parametereinstellungen zeigen, dass die politisch motivierten Modifikationen im Kontext des PSG II erhebliche Effekte auf die Pflegeprävalenz sowie die Verteilung der pflegebedürftigen Versicherten auf die Pflegegrade hatten.

Die These, dass der Haupttreiber für die Zunahme der **Pflegeprävalenz unter Kindern und Jugendlichen** eine Zunahme an psychischen Beeinträchtigungen ist, wird anhand der vorliegenden Evidenz gestützt. Zudem spielen die für alle Antragstellenden identifizierten Treiberfaktoren für eine Antragstellung auch für die Familien von potentiell pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen eine Rolle. Ein möglicherweise etwas stärkeres Gewicht hat dabei die Vernetzung der Eltern, bspw. über soziale Medien. Ferner wurden in Bezug auf zwei BI-Module messmethodische Auffälligkeiten bei den Begutachtungsergebnissen der Kinder und Jugendlichen festgestellt (vgl. die obigen Ausführungen zum BI).

Prognosen zur weiteren Entwicklung der Pflegeprävalenz haben insbesondere das Problem, dass keine ausreichende Datengrundlage für die Entwicklung der Pflegeinzidenz vorliegt. Die befragten Stakeholder gehen derzeit noch weiter steigenden Inzidenzraten aus.

Handlungsempfehlungen

Auf Basis der Erkenntnisse aus der Literaturanalyse, den qualitativen Datenerhebungen und der quantitativen Daten werden folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet:

- ◆ Die aktuelle Bewertungssystematik sollte überprüft und eine Umstellung auf die vom Expertenbeirat empfohlenen Parameter in Betracht gezogen werden.
 - ◆ Die beschriebenen Auffälligkeiten in den Modulen 3 und 5 bei der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen sollten eingehender untersucht werden.
 - ◆ Es sollte eine grundlegende Überprüfung des Begutachtungsinstruments bzw. der zugrunde liegenden methodischen Ansätze erfolgen. Ausgangspunkt sollte die Frage sein, welche Funktionen das BI in erster Linie erfüllen soll. Sofern die Aufgabe der Zuordnung der Antragstellenden zu einer leistungsrechtlichen Anspruchskategorie (Pflegegrad) als Kernfunktion im Vordergrund stehen soll, sollte an einer Optimierung des Instruments unter messmethodischen Gesichtspunkten gearbeitet werden.
 - ◆ Es sollte geprüft werden, das Antragsverfahren durch eine obligatorische Beratungsstufe durch eine qualifizierte Stelle und/oder das Erfordernis einer Begründung bzw. Fundierung durch Dokumente oder Befunde zu modifizieren.
 - ◆ Das Monitoring der Entwicklung der Pflegeprävalenz kann verbessert werden durch
 - die Nutzung der Analysemöglichkeiten, die sich aus einer Verknüpfung der Daten von GKV und SPV ergeben sowie Erweiterung des Datenbestands durch die Daten des MD-Bund,
 - die Berücksichtigung von Fragestellungen zur Epidemiologie der gesundheitlichen Ursachen und Vorstufen von Pflegebedürftigkeit sowie zu relevanten gesellschaftlichen Entwicklungen in öffentlich geförderten Surveys und Kohortenstudien,
 - die Stärkung der pflegebezogenen Versorgungsforschung im Rahmen der bestehenden Fördermöglichkeiten (Modellprogramm gem. § 8 Absatz 3 SGB XI), z.B. durch einen speziellen Förderaufruf zu Fragestellungen im Kontext der Entwicklung der Pflegeinzidenz und -prävalenz,
-

- Weiterentwicklungen der bestehenden Statistiken (PG 5 Statistik, Begutachtungsstatistik) hinsichtlich Datenqualität, Datenvollständigkeit und Verknüpfbarkeit der Daten auf Personenebene.
- ◆ Durch die Weiterentwicklung des Monitorings von Treiberfaktoren der Entwicklung der Pflegeprävalenz können auch die für Prognosen benötigten Annahmen, insbesondere hinsichtlich der Entwicklung der Pflegeinzidenz, verbessert werden.
- ◆ Weiterführende wissenschaftliche Studien sollten insbesondere folgende Forschungslücken schließen:
 - Bevölkerungsbezogene Epidemiologie der durch das Begutachtungsinstrument berücksichtigten Kriterien und Merkmale, um die Auswirkungen von Modifikationen des BI bzw. des Zugangs zur Pflegeversicherung präziser modellieren bzw. abschätzen zu können.
 - Ursachen und Hintergründe für regionale Unterschiede in der Pflegeinzidenz und -prävalenz, Einfluss von Morbiditätsunterschieden bzw. der sozioökonomischen Lage der Bevölkerungen
 - Nutzung von Informationsquellen über Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen durch die Versicherten und Induktion von Antragstellungen (bspw. durch Datenerhebungen im Rahmen der Erstbegutachtungen)
 - Zukünftige Entwicklung des Potentials der informellen Pflege durch An- und Zugehörige
 - Veränderungen der pflegebezogenen Präferenzen und des Antragsverhaltens von spezifischen Bevölkerungsgruppen (z.B. Menschen mit Migrationsgeschichte)

Fazit

Die Hauptursache für die deutliche und bis 2024 anhaltende Zunahme der Pflegeprävalenz ist die seit 2017 gestiegene Beantragung von Pflegeleistungen durch jüngere und im Durchschnitt weniger stark beeinträchtigte Versicherte. Da die steigende Anzahl an Antragstellungen nicht durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Bevölkerung in Deutschland erklärbar ist, ist laut den Ergebnissen dieses Gutachtens davon auszugehen, dass die Zunahme der Pflegeinzidenz vor allem Resultat eines veränderten Verhaltens der Bevölkerung in Bezug auf die Beantragung von Pflegeleistungen ist. Dadurch wird das durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im Vergleich zu der Zeit vor 2017 erweiterte Potenzial von Menschen, die mit Aussicht auf Erfolg Leistungen der Pflegeversicherung beanspruchen können, stärker ausgeschöpft.

Grund für das veränderte Antragsverhalten sind im Wesentlichen gesellschaftliche Entwicklungen. Die bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II vorgenommenen, vor allem politisch motivierten, Änderungen der Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments haben die Zunahme der Pflegeprävalenz stark begünstigt. Die übrigen Befunde zu methodischen Schwächen

des Begutachtungsinstruments oder -verfahrens tragen demgegenüber eher nur in geringem Umfang zur Erklärung des Anstiegs der Pflegeinzidenz bei. Dies gilt nicht für die Kinder und Jugendlichen, wo sich messmethodische Ausfälligkeiten zeigen, die zu der in dieser Versichertengruppe besonders ausgeprägten Inzidenzsteigerung beitragen. Zur Dämpfung eines weiteren Anstiegs der Pflegeprävalenz kommen insbesondere Maßnahmen in Betracht, die den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung innerhalb des bestehenden Verfahrens neu ausrichten. Vor allem eine Anpassung der Bewertungssystematik an die von den Expertengremien vor der Pflegereform des Jahres 2017 empfohlenen Einstellungen sollte geprüft werden.

1. Hintergrund und Aufgabenstellung

1.1 Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017

Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) und ein neues Instrument und Verfahren zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) in Kraft gesetzt. Wesentliches Element der Reform war die Abkehr von der bis dahin geltenden Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit als Hilfebedürftigkeit bei der Durchführung von Verrichtungen des Alltagslebens. Stattdessen sind nunmehr gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten der Maßstab für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (§ 14 Absatz 1 SGB XI). Zur Konkretisierung sind in § 14 Absatz 2 SGB XI sechs Bereiche sowie zu jedem Bereich pflegefachlich begründete Kriterien aufgeführt, die als maßgeblich für das Vorliegen von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten heranzuziehen sind.

Das PSG II bildete gewissermaßen den Schlussstein einer sich über mehrere Jahre und Reformgesetze erstreckenden Anpassung der gesetzlichen Regelungen zu den Anspruchsvoraussetzungen für den Erhalt von Leistungen der Pflegeversicherung. Hintergrund war die Kritik, dass Menschen mit vorwiegend kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen – z. B. aufgrund von demenziellen Erkrankungen – durch den bis 2016 geltenden „verrichtungsorientierten“ Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht adäquat erfasst wurden und daher zunächst kaum Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung hatten. Als Reaktion darauf wurden bereits vor 2017 Anpassungen vorgenommen, wie bspw. die Anerkennung von „Beeinträchtigungen der Alltagskompetenz“ (sog. „Pflegestufe 0“), die den Kreis der Anspruchsberechtigten erweiterten.

Mit der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs unmittelbar verknüpft ist das ebenfalls durch das PSG II eingeführte Begutachtungsinstrument (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. [MDS], 2019). Das BI ist der zentrale Bezugsrahmen für die von den Medizinischen Diensten bzw. Mediproof vorzunehmende Begutachtung, inwieweit bei einer antragstellenden Person Pflegebedürftigkeit vorliegt (Medizinischer Dienst Bund [MD Bund], 2024). Die Beobachtungen, Feststellungen und Bewertungen, die die Gutachtenden durch Befragung, Untersuchung und Inaugenscheinnahme der Antragstellenden sowie die Würdigung von vorgelegten Dokumenten in Bezug auf die sechs in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereiche gewonnen haben, werden entsprechend der Vorgaben des BI dokumentiert. Durch Anwendung der zum BI gehörenden Bewertungssystematik wird ermittelt, ob ein bzw. welcher Pflegegrad vorliegt.

Die Ausgestaltung des BI bzw. der Bewertungssystematik hat erheblichen Einfluss auf die Zahl der Menschen, die Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhalten bzw. deren Zusammensetzung nach Pflegegraden und damit auf die Leistungsausgaben. In den Beratungen der beiden Gremien, die mit der Vorbereitung

und Formulierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs befasst waren,² spielten Fragen der Ausgestaltung des BI – damals noch als „Neues Begutachtungsassessment, NBA“ bezeichnet – daher eine zentrale Rolle (vgl. dazu Abschnitt 1.4).

1.2 Entwicklung der administrativen Pflegeprävalenz im Zeitraum 2017 bis 2024

Anlass und Ausgangspunkt für das vorliegende, als Vorstudie für ggf. nachfolgende vertiefende Studien beauftragte, Gutachten ist die seit 2017 unerwartet stark gestiegene Zahl der pflegebedürftigen Menschen: Nach Umstellung auf das neue Verfahren waren im Jahr 2017 etwa 3,3 Mio. Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) pflegebedürftig. Die Pflegeprävalenz³ – also der Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten der SPV bzw. GKV (gesetzliche Krankenversicherung) – betrug 4,6 %. Im letzten verfügbaren Datenjahr der amtlichen Statistik (2024) waren 5,5 Mio. Menschen pflegebedürftig (Prävalenz: 7,6 %), was einer Zunahme um 71 % entspricht⁴.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, insbesondere der Ausweitung auf Menschen mit vorwiegend kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen, war eine Zunahme der Zahl der Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung beabsichtigt und von den vorbereitenden Studien auch vorhergesagt worden. Tatsächlich stieg im Jahr der Umstellung (2017) die Zahl der Leistungsbeziehenden sprunghaft auf 3,3 Mio. von 2,75 Mio. im Jahr 2016 (plus 20 %). Die Zahl der Leistungsbeziehenden hatte auch vor 2017 von Jahr zu Jahr in der Größenordnung zwischen 3 und 5 % zugenommen. Auch diese Zunahme lag über dem ausschließlich demographiebedingt zu erwartenden Trend. Dabei dürften die bereits vor 2017 erfolgten Pflegereformen eine wichtige Rolle gespielt haben, die zu schrittweisen Erweiterungen des Kreises der Anspruchsberechtigten bzw. der Leistungsansprüche gegen die Pflegeversicherung geführt hatten.

Für die Zeit nach 2017 war zunächst erwartet worden, dass die weitere Entwicklung der Pflegeprävalenz grundsätzlich wieder der demographischen Entwicklung folgen werde. So wurde beispielweise ausgehend von den alters- und

² Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2006 – 2009), Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2012-2013)

³ Die Begriffe „Pflegeprävalenz“ und „Pflegeinzidenz“ sind in diesem Gutachten stets im Sinne einer „administrativen Pflegebedürftigkeitsprävalenz“ bzw. „Pflegebedürftigkeitsinzidenz“ zu verstehen. Gemeint ist also eine auf Basis der rechtlichen Definitionen und administrativen Prozesse gemäß den §§ 14, 15 SGB XI sowie den Begutachtungsrichtlinien des MD Bund erstmals festgestellte (Inzidenz) oder bestehende (Prävalenz) Pflegebedürftigkeit.

⁴ Die in diesem Abschnitt beschriebenen Entwicklungen der Pflegeprävalenz beziehen sich auf die Soziale Pflegeversicherung (SPV). Die Entwicklung in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) verläuft ähnlich bzw. noch expansiver: Dort lag die Pflegeprävalenz im Jahr 2020 bei etwa 3,0 % und stieg bis 2023 auf 3,7 % (plus 27%) (Gesamtverband der Versicherer (2025)). Im gleichen Zeitraum stieg die Pflegeprävalenz in der SPV um 21 % (von 5,9 % auf 7,0 %). In den Jahren 2023 und 2024 nahm die Zahl der Leistungsbeziehenden der PPV jeweils um über 10 % gegenüber dem Vorjahr zu (SPV: 7,4 % bzw. 7,8 %).

geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen des Jahres 2017 und unter Zugrundelegung ausschließlich der prognostizierten demographischen Entwicklung für das Jahr 2050 die Zahl von 5,1 Mio. Pflegebedürftigen vorhergesagt (Schwinger et al., 2020), eine Zahl, die tatsächlich bereits im Jahr 2023 überschritten wurde.

Die immer stärker auffallende Abweichung der Prävalenzentwicklung von der rein demographiebedingt zu erwartenden Zunahme wurde in ersten Analysen als protrahierte Folge der Reform des Jahres 2017 gedeutet. Die entsprechenden Analysen des BARMER-Pflegereports 2021 (Rothgang & Müller, 2021) zeigten, dass vor allem die Neueintritte in niedrige Pflegegrade (PG) – insbesondere PG 1 – den Kern der Entwicklung ausmachten und dass auch schon in den Jahren vor der Reform eine entsprechende Entwicklung eines verstärkten Zustroms in die Pflegestufe I bzw. die „Einschränkung der Alltagskompetenz“ bestand. In einem Vergleich der Zeitintervalle 2013 bis 2015, 2015 bis 2017 bzw. 2017 zu 2019 wurde ferner gezeigt, dass die Demografie auch vor der Reform allenfalls die Hälfte des Zuwachses erklärte (2013 bis 2015) und der Anteil „anderer Effekte“ schon im Zeitintervall 2015 bis 2017 deutlich größer, ab 2017 aber sehr dominant wurde (Rothgang & Müller, 2021, S. 145ff). Zusammen mit den Befunden, dass die überproportionale Zunahme vor allem auf die häusliche Pflege bzw. den Bezug von Pflegegeld entfiel, wogegen die stationäre Pflege unverändert bzw. sogar rückläufig war, wurde konstatiert, „dass der Einführungseffekt der letzten Pflegereform noch nicht abgeschlossen ist“ und prognostiziert, „dass die von der Demografie unabhängige Prävalenzsteigerung mittelfristig ausläuft, da sie sich als Einführungseffekt der letzten Pflegereformen verstehen lässt“ (Rothgang & Müller, 2021, S. 147).

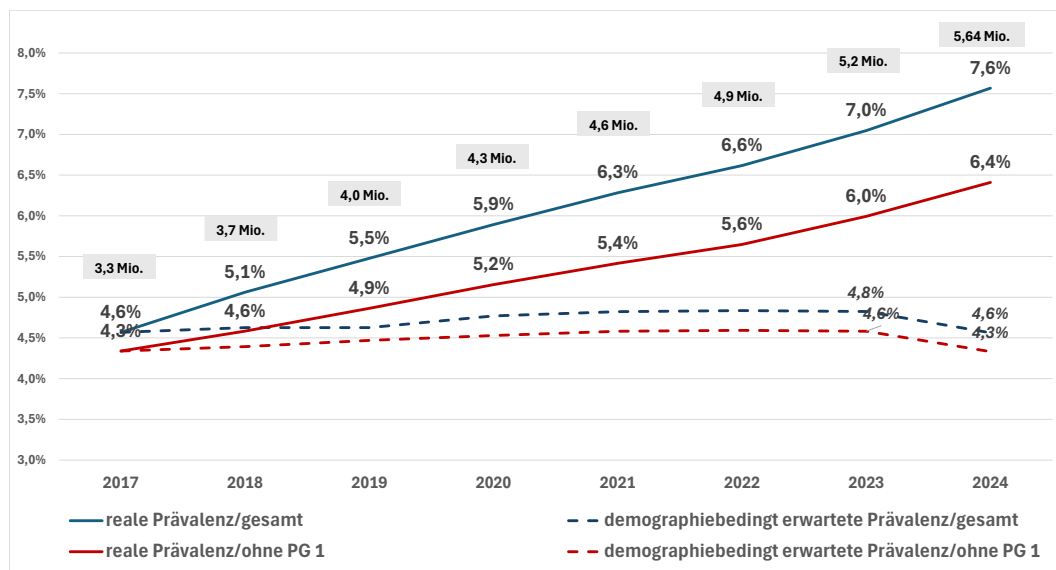
Der BARMER-Pflegereport 2021 (Rothgang & Müller, 2021) hat vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse eine entsprechend angepasste Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen erstellt. Dabei wurde das „mittelfristige Auslaufen“ der Einführungseffekte als ein sukzessiver Rückgang der die Demographie übersteigenden Steigerungsraten über den Zeitraum 2020 bis 2025 modelliert⁵. Im Prognosejahr 2025 sollte die Steigerungsrate somit wieder dem demographischen Trend folgen. Mit diesem Vorgehen wurde für 2025 eine Zahl von 5,65 bis 5,72 Mio. Pflegebedürftigen vorhergesagt (Rothgang & Müller 2021, S. 156). Diese Größenordnung dürfte der Realität nahekommen (2024: 5,64 Mio.). Fraglich ist jedoch, ob auch die Annahme zutrifft, dass die weitere Entwicklung von diesem Zeitpunkt an wieder auf den Demogrietrend beschränkt bleibt.

Abbildung 1 zeigt die Prävalenzentwicklung insgesamt sowie ohne die Leistungsbeziehenden im Pflegegrad 1 und im Vergleich dazu die Entwicklung, die allein aufgrund der Demographie zu erwarten gewesen wäre. Wenn nur die Demographie die Pflegeprävalenz beeinflusst hätte, wären deutlich niedrigere Prävalenzen eingetreten. Ab 2023 wäre sogar mit einem Rückgang zu rechnen, was darauf zurückzuführen ist, dass ab diesem Jahr die schwach besetzten Geburtsjahrgänge ab

⁵ Darüber hinaus wurden auch die Effekte der Pandemie berücksichtigt, vgl. Rothgang und Müller (2021, S. 152)ff.

1944 in den Altersbereich mit der höchsten Pflegeinzidenz (ab 80 Jahren) eintreten.

Abbildung 1: Entwicklung der realen Pflegeprävalenz im Vergleich zu der rein demographiebedingt zu erwartenden Entwicklung im Zeitraum 2017 bis 2024, Pflegebedürftige insgesamt sowie ohne Pflegegrad 1



Quelle: IGES nach amtlicher Pflegestatistik (Bundesministerium für Gesundheit), GKV-/SPV-Versicherte nach KM6

Die Annahme des BARMER-Pflegereports 2021, dass die über dem Demografiertrend liegenden Zuwachsraten ab 2020 sukzessive zurückgehen und etwa im Jahr 2025 auslaufen, lässt sich aufgrund der aktuell bis 2024 reichenden Daten nicht bestätigen. Nur im Vergleich 2022 zu 2021 ließ sich ein Rückgang des Wachstums der Pflegeprävalenz feststellen, was möglicherweise ein Effekt der Pandemie war: Von 2022 zu 2021 nahm die Pflegeprävalenz nur um 5,3 % zu, wogegen der Zuwachs von 2021 gegenüber 2020 noch 6,6 % betragen hatte. In den Jahren nach 2022 hat sich das Wachstum jedoch wieder beschleunigt: Von 2022 zu 2023 wurde ein Wachstum von 6,5 % und von 2023 zu 2024 von 7,4 % verzeichnet. Noch ausgeprägter ist der anhaltende Wachstumstrend, wenn man nur die Zahl der Pflegebedürftigen betrachtet – also die parallele Bevölkerungsentwicklung ausblendet. Hier zeigt sich für 2023 eine Wachstumsrate von 7,4 % und für 2024 von 7,8 %.

1.3 Aufgabenstellung der Studie und Aufbau des Abschlussberichts

Gemäß der Leistungsbeschreibung soll die Vorstudie Erklärungsfaktoren für die dynamische Entwicklung der Pflegeprävalenzen identifizieren und in ihrer Relevanz bewerten. Besonderes Augenmerk soll dabei möglichen Zusammenhängen der

Prävalenzentwicklung mit den Wirkweisen des Begutachtungsinstruments bzw. einem eventuellen Weiterentwicklungsbedarf des BI gewidmet werden. Im Ergebnis sollen Handlungsoptionen diskutiert und ggf. weiterer Forschungsbedarf formuliert werden.

Die Studie konnte sich in der vorgesehenen Laufzeit von etwa acht Monaten auf Literaturanalysen, Auswertungen öffentlich verfügbarer Daten (z.B. amtliche Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit [BMG]), Interviews und Fokusgruppen mit Begutachtungsdiensten sowie Verbänden der Leistungserbringer, Pflegekassen und Betroffenen sowie ergänzende Auswertungen von bereits vorhandenen Daten durch den GKV-Spitzenverband (anonymisierte Daten der amtlichen Statistik PG 5) und den MD Bund (anonymisierte Daten der Begutachtungsschwerstatistik) stützen. Darüber hinaus waren zusätzliche Datenerhebungen nicht vorgesehen. Die methodische Vorgehensweise der Untersuchung wird in Abschnitt 2 im Detail vorgestellt.

Die Bearbeitung des Projekts begann im August 2025. Ende Oktober wurden erste Zwischenergebnisse in einem Workshop mit dem Auftraggeber sowie Vertretern des BMG, des Medizinischen Dienst Bund (MD Bund), des PKV-Verbands und Medicproof vorgestellt. Ende Februar und Anfang März folgten weitere Workshops, in denen die Ergebnisse der quantitativen Analysen bzw. die vorläufigen Schlussfolgerungen präsentiert wurden.

Ein wichtiges Thema der Studie ist das BI, weil ihm die Funktion eines Eingangstors zu Leistungen der Pflegeversicherung zukommt. Im Dezember 2025 hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ ihre Ergebnisse vorgelegt. Als ein möglicher „Beitrag zur Dämpfung der Ausgabendynamik“ wird dort u.a. vorgeschlagen, „[...] die Schwellenwerte der Begutachtungssystematik von Pflegebedürftigkeit hinsichtlich ihrer konkreten Zugangswirkungen zu hinterfragen und ggf. auf ein wiederum fachlich gerechtfertigtes Maß anzupassen, um so die Leistungen stärker auf diejenigen zu fokussieren, die sie tatsächlich benötigen, und in Rede stehende Fehlanreize zu reduzieren.“ (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2025b, S. 4).

Hintergrund für den Vorschlag der Bund-Länder-AG sind die bei Einführung des BI durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) vorgenommenen Anpassungen der Bewertungssystematik gegenüber der letzten Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (BMG, 2013). Um diesen Vorschlag sowie die übrigen Ergebnisse der Studie zum BI besser nachvollziehen zu können, wird im folgenden Abschnitt 1.4 die Entwicklung des BI und der Bewertungssystematik ausführlicher dargestellt.

Eine quantifizierende Bewertung von konkreten Vorschlägen zur Modifikation der Bewertungssystematik konnte mangels entsprechender Daten nicht durch IGES selbst durchgeführt werden. Für eine Prüfung der Auswirkungen einer Umstellung der Bewertungssystematik auf die vom Expertenbeirat im Jahr 2013 vorgeschlagenen Parameter wurden daher Simulationsrechnungen durch den MD Bund für die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. durch Medicproof für die

private Pflegepflichtversicherung (PPV) vorgenommen. Die Ergebnisse wurden I-GES zur Verfügung gestellt, sie werden im Zusammenhang mit den Ergebnissen zum Begutachtungsinstrument (Abschnitt 3.2.5.2) vorgestellt und diskutiert.

1.4 Operationalisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Begutachtungsinstrument (BI)

Das BI folgt in seiner inhaltlichen Struktur exakt den gesetzlichen Vorgaben aus § 14 Absatz 2 SGB XI, d. h. im Rahmen der Begutachtung werden alle Kriterien in allen sechs Bereichen (im BI als „Module“ bezeichnet) geprüft und dokumentiert. Darüber hinaus umfasst das BI eine mehrstufige Bewertungssystematik, die zur Ableitung eines Score-Wertes führt, der die Grundlage für die Ermittlung eines Pflegegrades bzw. die entsprechende Empfehlung durch die Gutachtenden darstellt. Diese Metrik bzw. Bewertungssystematik besteht aus

1. einer meist vierstufigen ordinalen Skalierung der Einzelkriterien, wobei jeder Ausprägung ein Punktwert zugeordnet ist,
2. der Aggregation der bei den Einzelkriterien erzielten Punktwerte auf Modulebene (Summe der Einzelpunkte)⁶,
3. der Abbildung der modulspezifischen Punktsummen auf fünf „Schweregrade der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ in Bezug auf das jeweilige Modul,
4. der Entscheidung, ob Modul 2 oder Modul 3 in die weiteren Berechnungen eingeht (je nachdem, bei welchem ein höherer Schweregrad der Beeinträchtigung besteht) und
5. der Gewichtung der Module, die über eine modulspezifische Zuordnung von gewichteten Punktwerten zu den fünf Schweregraden der Beeinträchtigung erfolgt.
6. Im Ergebnis kann für jede antragstellende Person ein Score-Wert als Summe der gewichteten Punkte über die sechs Bereiche/Module berechnet werden.
7. Letzte Komponente der Bewertungssystematik sind Schwellenwerte, die bezogen auf die Summe der gewichteten Punkte (Score-Wert) die Intervallgrenzen für die Zuordnung zu den fünf Pflegegraden definieren.

Das BI wurde parallel und in engem Zusammenhang mit der Erarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs als sozialrechtlichem Konzept bzw. Rechtsbegriff entwickelt. Es stellt eine Operationalisierung bzw. „Übersetzung“ des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in ein Verfahren zur Messung der Ausprägung von „Pflegebedürftigkeit“ als Grundlage für die Bemessung von Leistungsansprüchen gegen die Pflegeversicherung dar. Bei der Entwicklung eines solchen Messverfahrens müssen auf pflegfachlicher und messmethodischer Ebene Festlegungen

⁶ Die eigentlich ordinale, d. h. nur Rangplätze ohne definierte Abstände zuweisende, Skalierung der Kriterien wird somit wie eine Intervallskala behandelt, damit mathematische Operationen wie die Summenbildung möglich sind.

getroffen werden, die zwar im Einzelnen mehr oder weniger gut begründbar bzw. durch wissenschaftliche Befunde und Methoden gestützt sind, in die aber auch sozialpolitische und pragmatische Abwägungen einfließen. Die Entwicklung des BI – insbesondere der skizzierten Bewertungssystematik – bis zur aktuell geltenden Fassung ist über mehrere Stufen erfolgt, auf denen teilweise Anpassungen vorgenommen wurden. Wegen der Relevanz der betreffenden Aspekte für die Fragestellungen des vorliegenden Gutachtens wird der Verlauf dieser Anpassungen im Weiteren etwas ausführlicher dargestellt.

Im Jahr 2006 berief das Bundesgesundheitsministerium den „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“. Zur Unterstützung des Beirats⁷ wurden mehrere Modellprojekte durchgeführt, mit denen die wissenschaftlichen Grundlagen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das BI (damals noch als „Neues Begutachtungsassessment, NBA“ bezeichnet) gelegt bzw. das neu entwickelte Instrument erprobt wurde. Im ersten Projekt wurde eine Bestandsaufnahme und Bewertung international vorhandener Konzepte und Instrumente zur Definition und Einschätzung von Pflegebedürftigkeit erarbeitet. Das Projekt kam zu dem Schluss, dass die Neuentwicklung eines Begutachtungsinstruments gegenüber der Übernahme bzw. Anpassung bereits existierender Instrumente zu bevorzugen sei (Wingefeld et al., 2007).

Das zweite Modellprojekt – in den Publikationen des Beirats auch als „Hauptphase 1“ bezeichnet – erarbeitete die Erstfassung des BI (Wingefeld et al., 2011). Das aktuell geltende BI entspricht weitgehend dieser ursprünglich 2008 publizierten Erstfassung (MD Bund, 2024). Anpassungen gegenüber dieser ersten Fassung wurden im weiteren Verlauf nur auf der Ebene der Bewertungssystematik vorgenommen.

Das neu entwickelte Verfahren wurde in einem weiteren Schritt einer Erprobung mit einer größeren Stichprobe von Antragstellenden unterzogen (Windeler et al., 2008). Diese – auch als „Hauptphase 2“ bezeichnete – Untersuchung kam insgesamt zu dem Schluss, dass das neue Verfahren sehr gut geeignet sei, die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen Ziele zu erreichen. Ferner wurde die bereits in Hauptphase 1 angedeutete Entbehrlichkeit der Module 7 und 8 für die Ermittlung eines Grads der Pflegebedürftigkeit bestätigt, aber wegen der Nutzbarkeit der Informationen für die Versorgungsplanung die Beibehaltung der Module empfohlen⁸. Die in der Erstfassung entwickelte und in der Hauptphase 2 erprobte Bewertungssystematik sah vor, dass bereits ab einem Einzelpunkt (d. h. bei einem Kriterium nicht „selbständig“) für das jeweilige Modul der Schweregrad „geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit“ erreicht wurde. In der Hauptphase 2 zeigte sich, dass aufgrund dieser Regel viele Personen mit

⁷ Wenn in diesem Bericht von „Beirat“ die Rede ist, so ist stets dieser 2006 eingesetzte „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ gemeint. Der ab 2012 arbeitende „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ wird dagegen stets als „Expertenbeirat“ bezeichnet.

⁸ Module 7 und 8 sind im BI unter den Abschnitten 6.1 und 6.2 verortet.

geringen Beeinträchtigungen den (damals ebenfalls im Vergleich zu den Empfehlungen des Beirats niedriger angesetzt) Schwellenwert zum Pflegegrad 1 überschritten.

Die Ergebnisse der beiden Studien (Hauptphase 1 und 2) wurden durch den Beirat gewürdigt und mündeten zum einen in die Empfehlung zur Einführung des neuen Instruments (BMG, 2009a). Zum anderen wurden Modifikationen der Bewertungssystematik in einzelnen Aspekten empfohlen, die der in Hauptphase 2 festgestellten „übermäßigen Sensitivität“⁹, also der Zuweisung eines Pflegegrades 1 bereits bei sehr geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, entgegenwirken sollten (BMG, 2009b).

Die seinerzeit zur Umsetzung empfohlenen Modifikationen sind in den Berichten des Beirats nicht wiedergegeben, wurden aber durch den ab 2012 arbeitenden „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ in seinem 2013 erschienenen Bericht dargestellt (BMG, 2013). So sollte in den fünf Modulen 1, 2, 3, 4 und 6 die erforderliche Zahl von Einzelpunkten für das Erreichen einer „geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit“ heraufgesetzt werden. Im Modul 2 sollten auch die Intervallgrenzen für die übrigen Stufen der Beeinträchtigung der Selbständigkeit in Richtung einer geringeren „Sensitivität“ verschoben werden (vgl. Tabelle 1). Ein weiterer wichtiger Modifikationsvorschlag war die Anhebung des Schwellenwertes für das Erreichen des Pflegegrads 1 von zehn auf 15 gewichtete Punkte (vgl. Tabelle 2). Die aus dem Jahr 2009 stammenden Vorschläge des damaligen Beirats wurden durch den Expertenbeirat im Jahr 2013 bestätigt und zur Umsetzung empfohlen.

Mit Inkrafttreten der Neuregelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) zum 01. Januar 2017 wurde auch das neue und in dieser Form bis heute geltende Begutachtungsinstrument verbindlich. § 15 SGB XI sowie die beiden zugehörigen Anlagen 1 und 2 enthalten die Einzelheiten des Verfahrens, wobei die Bewertungssystematik insbesondere in den Anlagen aufgeführt ist.

Die Bewertungssystematik, die letztlich Gesetzeskraft erlangte, weicht in mehreren Punkten von den Empfehlungen des Expertenbeirats aus 2013 – der seinerseits die Empfehlungen des Beirats aus dem Jahr 2009 übernommen hatte – ab:

- ♦ In den Modulen 1 und 6 wurden jeweils an einer Stelle die Intervallgrenzen der Einzelpunkte verändert, so dass in Modul 1 bereits mit sechs Einzelpunkten eine „schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit“ erreicht wird (vorher ab sieben Punkten) und in Modul 6 bereits mit einem

⁹ Der Begriff der „Sensitivität“ ist in Bezug auf diagnostische Instrumente definiert und bedeutet in diesem Zusammenhang den Anteil der tatsächlichen Merkmalsträger, der durch den Test korrekt identifiziert wird. Diese Definition von „Sensitivität“ trifft auf das von dem Beirat angesprochene Problem insofern nicht zu, als es sich hier nicht um eine Frage der Detektion eines vorhandenen Merkmals, sondern eher um eine Frage der Kalibrierung des Instruments handelt (ab welchem Messwert soll eine Schwelle als überschritten gelten). In der weiteren Darstellung halten wir jedoch an dem vom Beirat gewählten Begriff „Sensitivität“ fest, setzen ihn allerdings in Anführungszeichen.

Einzelpunkt eine „geringe Beeinträchtigung“ (vorher ab zwei Einzelpunkten, vgl. Tabelle 1).

- ◆ In dem aufgrund der hohen Gewichtung einflussreichsten Modul 4 wurden alle Intervallgrenzen in Richtung einer größeren Sensitivität verschoben (vgl. Tabelle 1), so dass über die gesamte Skala der „Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten“ hinweg eine geringere Zahl von Einzelpunkten für das Erreichen der nächsthöheren Stufe ausreicht.
 - ◆ Zusätzlich wurden die Schwellenwerte der gewichteten Punkte abgesenkt, die zum Erreichen der Pflegegrade 1 bis 3 erforderlich sind, so dass diese Pflegegrade mit einer geringeren Zahl von gewichteten Punkten erreichbar sind als vom Expertenbeirat 2013 vorgeschlagen (Tabelle 2).
-

Tabelle 1: Entwicklungsschritte der Bewertungssystematik: Hauptphase 1 (1), Expertenbeirat (2), § 15 SGB XI (3) sowie gewichtete BI-Punktwerte (4). Abweichungen (3) gegenüber (2) hervorgehoben

		Zuordnung zu den Punktbereichen / Scorewert				
		0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Völlige
		Beeinträchtigung der Selbständigkeit/Fähigkeit im Modul (Einzelpunkte)				
Modul 1: Mobilität	(1)	0	1 – 3	4 – 6	7 – 9	10 +
	(2)	0 – 1	2 – 3	4 – 6	7 – 9	10 +
	(3)	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 +
	(4)	0	2,5	5	7,5	10
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	(1)	0	1 – 4	5 – 8	9 – 13	14 +
	(2)	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 +
	(3)	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 +
Modul 3: Verhaltensweisen und psych. Problemlagen	(1)	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 +
	(2)	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 +
	(3)	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 +
	(4) (*)	0	3,75	7,5	11,25	15
Modul 4: Selbstversorgung	(1)	0	1 – 9	10 – 24	25 – 39	40 +
	(2)	0 – 3	4 – 9	10 – 24	25 – 39	40 +
	(3)	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 +
	(4)	0	10	20	30	40
Modul 5: Krankheits- und therapiebedingte Anforderungen	(1)	0	1	2 – 3	4 – 5	6 +
	(2)	0	1	2 – 3	4 – 5	6 +
	(3)	0	1	2 – 3	4 – 5	6 +
	(4)	0	5	10	15	20
Modul 6: Gestaltung Alltagsleben und soziale Kontakte	(1)	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 +
	(2)	0 – 1	2 – 3	4 – 6	7 – 11	12 +
	(3)	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 +
	(4)	0	3,75	7,5	11,25	15

Quelle: Expertenbeirat (BMG 2013); Anlage 2 zu § 15 SGB XI

Anmerkung: (1) Wingefeld et al. 2008; (2) Expertenbeirat (BMG 2013); (3) Anlage 2 zu § 15 SGB XI; (4) gewichtete Punkte im BI; (*) höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3

Tabelle 2: Entwicklungsschritte der Schwellenwerte: Hauptphase 1 (1), Expertenbeirat (2), § 15 SGB XI (3). Abweichungen (3) gegenüber (2) hervorgehoben

(*)	Kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
(1)	0 – 9	10 – 29	30 – 49	50 – 69	70 +	(**)
(2)	0 – 14	15 – 29	30 – 49	50 – 69	70 – 89	90 +
(3)	0 – < 12,5	12,5 – < 27	27 – < 47,5	47,5 – < 70	70 – < 90	90 +

Quelle: Expertenbeirat (2013); § 15 SGB XI

Anmerkung: (1) Wingefeld et al. 2008; (2) Expertenbeirat (BMG 2013); (3) Anlage 2 zu § 15 SGB XI. (*) In (1) wurde noch der Begriff „Bedarfsgrad“ statt Pflegegrad verwendet. (**) In (1) wurde noch von „Bedarfsgrad 4 mit besonderer Bedarfskonstellation“ gesprochen.

In der Gesetzesbegründung zum PSG II werden nur die Anpassungen der Schwellenwerte erläutert, zu den Veränderungen auf Ebene der Module 1, 4 und 6 finden sich keine Begründungen (Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), 2015):

„Die Schwellenwerte der Pflegegrade 1 und 2 sind gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 geringfügig abgesenkt worden, um die Ergebnisse der beiden Erprobungsstudien vom April 2015 zu berücksichtigen, die eine etwas ungünstigere Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade ergeben hat als die erste Erprobung in den Jahren 2008/2009. Der Schwellenwert zur Erreichung des Pflegegrades 1 ist das Ergebnis pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und stellt rechnerisch den Mittelwert der von den Beiräten 2009 und 2013 diskutierten Eingangswerte dar. Für die Veränderungen gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats von 2013 ist dabei auch die Überlegung von Bedeutung, Personen mit einsetzender Pflegebedürftigkeit frühzeitig die Inanspruchnahme der präventiv ausgerichteten Leistungen des Pflegegrades 1 zu ermöglichen.“ (Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), 2015, S. 113)

Der Hinweis auf die „beiden Erprobungsstudien vom April 2015“ bezieht sich auf die „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des NBA in der Pflegeversicherung“ (Kimmel et al., 2015) sowie das Projekt „Evaluation des NBA. Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)“ (Rothgang & Hasseler,

2015)¹⁰. Die „erste Erprobung“ betrifft die Erprobungsstudie der Hauptphase 2 (Windeler et al., 2008). Was mit der „etwas ungünstigeren Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade“ gemeint sein kann, lässt sich teilweise rekonstruieren.

In der Erprobungsstudie aus 2008/2009 – der „Hauptphase 2“ – wurden etwa 1.350 erwachsene Personen untersucht, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt hatten und durch einen von acht MD begutachtet wurden. Probanden der PPV waren in der Stichprobe somit nicht vertreten. Bei den Ergebnissen zur Pflegegradverteilung wird der spätere Pflegegrad 5 nicht ausgewiesen („ohne Härtefallbewertung“, d. h. die betreffenden Personen sind im Pflegegrad 4 enthalten; Windeler et al., 2008, S. 61). Ferner ist hervorzuheben, dass in dieser Studie noch die Bewertungssystematik der „Hauptphase 1“ (vgl. Tabelle 1 bzw. Tabelle 2, jeweils Zeile (1)) zur Anwendung kann, d.h. dass z.B. der niedrigere Schwellenwert für die Zuweisung zum Pflegegrad 1 zur Anwendung kam.

In der „Praktikabilitätsstudie“ wurden etwa 1.700 erwachsene Antragstellende auf Pflegeleistungen untersucht, allerdings unter Einschluss von Versicherten der PPV. In dieser Studie sollten explizit die durch den Expertenbeirat 2013 vorgenommenen Anpassungen des NBA untersucht werden. Somit sind auch die Änderungen der Bewertungssystematik gegenüber der ursprünglichen Fassung von 2008/2009 zur Anwendung gekommen (vgl. Tabelle 1 bzw. Tabelle 2, jeweils Zeile (2)), was a priori eine andere Pflegegradverteilung gegenüber der „Hauptphase 2“ erwarten lässt.

In Tabelle 3 sind die Unterschiede in der Pflegegradverteilung zwischen beiden Studien dargestellt. Um den Vergleich mit den Ergebnissen von Windeler et al. (2008) zu erleichtern, sind in den Ergebnissen von Kimmel et al. (2015) die Pflegegrade 4 und 5 zusammengefasst.

¹⁰ In der EVIS-Studie wurden nur Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie zur Pflegegradverteilung kommen daher für einen Vergleich mit den anderen Erprobungen nicht in Betracht.

Tabelle 3: Vergleich der in den Studien von Windeler et al. (2008) bzw. Kimmel et al. (2015) berichteten Verteilungen der erwachsenen Probanden nach Pflegegraden

Pflegegrad (PG)	Windeler et al. (2008), n=1.353	Kimmel et al. (2015), n=1.698	Differenz (%-Punkte)
Kein PG	1,9 %	10,5 %	8,6 %-Pkte.
PG 1	22,2 %	17,8 %	-4,5 %-Pkte.
PG 2	31,1 %	32,9 %	1,8 %-Pkte.
PG 3	25,9 %	21,7 %	-4,2 %-Pkte.
PG 4/5	18,8 %	17,1 %	-1,7 %-Pkte.

Quelle: Windeler et al. (2008, S. 61), Kimmel et al. (2015, S. 58)

Anmerkung: In Windeler et al. (2008) ist der Pflegegrad 5 nicht ausgewiesen, die entsprechenden Personen sind in Pflegegrad 4 inkludiert, deshalb werden die Ergebnisse von Kimmel et al. (2015) zu den Pflegegraden 4 und 5 zusammengefasst

Auffälligster Unterschied ist der in der Studie von Kimmel et al. (2015) deutlich höhere Anteil von Probanden, der keinen Pflegegrad erreicht. Dies dürfte zum großen Teil auf die durch den Expertenbeirat vorgeschlagene angepasste Bewertungssystematik, insbesondere den höheren Schwellenwert für das Erreichen des Pflegegrades 1, zurückzuführen sein. Auch die Pflegegrade ab Pflegegrad 3 sind etwas schwächer besetzt. Inwieweit diese Unterschiede darüber hinaus auch durch den Einschluss von Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung beeinflusst sind, lässt sich aus den publizierten Ergebnissen nicht ableiten.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass sich bei Durchführung der „Praktikabilitätsstudie“ die Rahmenbedingungen in der Pflegeversicherung gegenüber 2008/2009 durch die zwischenzeitlich erfolgten Gesetzesänderungen (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, Pflege-Neuausrichtung-Gesetz) geändert hatten, worauf Kimmel et al. auch explizit hinweisen (Kimmel et al. 2015, S. 18). Beide Gesetze haben zu Leistungsverbesserungen für Menschen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz“ geführt und hatten zur Folge, dass die Zahl der Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung zunahm. Insofern dürften sich auch die Grundgesamtheiten der Antragstellenden, aus denen die Stichproben für die „Hauptphase 2“ bzw. die „Praktikabilitätsstudie“ gezogen wurden unterschieden haben.

Der Vergleich der Ergebnisse der beiden Studien in Tabelle 3 bestätigt also den in der Gesetzesbegründung zum PSG II explizit genannten Hintergrund für die Veränderungen der Bewertungssystematik: Aufgrund der Studienergebnisse von Kimmel et al. (2015) war zu erwarten, dass bei Beibehaltung der vom Expertenbeirat empfohlenen angepassten Bewertungssystematik eine kleinere Zahl von Antragstellenden als ursprünglich vermutet den Pflegegrad 1 bzw. dass weniger Menschen einen der höheren Pflegegrade erreichen würden. Aus politischen Erwägungen wurde daher die Bewertungssystematik zum einen im Sinne einer niedrigeren

„Eintrittsschwelle“ in den Bezug von Leistungen des Pflegegrads 1 abgesenkt und zusätzlich auch der Übergang in die Pflegegrade 2 und 3 erleichtert.

Der bereits zitierte Vorschlag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom Dezember 2025 sieht eine Überprüfung dieser Bewertungssystematik vor und bringt eine Anpassung auf ein „fachlich gerechtfertigtes Maß“, also eine Korrektur des politisch motivierten Eingriffs im Kontext des PSG II, ins Spiel. Diese Anregung ist naheliegend, insofern die vom Expertenbeirat empfohlene Bewertungssystematik als Ergebnis eines umfassenden fachlichen – und angesichts der Zusammensetzung der beiden mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff befassten Beiräte auch sozialpolitisch informierten – Abwägungsprozesses gelten kann. Im Zusammenhang mit den von MD Bund bzw. Medicproof für das vorliegende Gutachten zur Verfügung gestellten Ergebnissen zu den Auswirkungen einer Umstellung der Bewertungssystematik auf die vom Expertenbeirat empfohlenen Parameter in Abschnitt 3.2.5.2 werden die Implikationen des Vorschlags der Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingehender diskutiert.

Aus der Perspektive der Fragestellungen des vorliegenden Gutachtens ist ein wesentliches Problem des Entwicklungs- bzw. Einführungsprozesses des BI hervorzuheben: Alle in diesem Kontext durchgeführten Untersuchungen, die die Grundlage für wichtige Ausgestaltungsentscheidungen des BI waren (Hauptphase 1, Hauptphase 2, Praktikabilitätsstudie), haben ausschließlich Personen fokussiert, die im jeweiligen Untersuchungszeitraum einen Antrag auf Pflegeleistungen bzw. auf Höherstufung gestellt haben. Für die Frage, wie sich nach Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Pflegeprävalenz bzw. -inzidenz entwickeln könnte bzw. welche Effekte bestimmte Einstellungen des Instruments (z.B. Schwellenwerte) diesbezüglich haben könnten, wäre zusätzlich eine bevölkerungsbezogene Untersuchung sinnvoll gewesen. Eine solche Untersuchung würde bei einer Zufallsstichprobe der Allgemeinbevölkerung – ggf. eingeschränkt auf eines oder mehrere Altersfenster – die epidemiologische Verteilung der BI-Kriterien ermitteln. Dadurch ließe sich abschätzen, wie groß – unabhängig vom tatsächlichen Antragsverhalten – die Zahl potenziell Pflegebedürftiger bei einer gegebenen Auslegung des BI und seiner Bewertungssystematik ist. In Abschnitt 4.3 wird erörtert, wie sich entsprechende Untersuchungen künftig realisieren ließen.

2. Methodisches Vorgehen

Für die Bearbeitung des Auftragsgegenstands wurde durch IGES zunächst eine umfassende Hypothesensammlung aufgestellt, die zum einen Hypothesen, die aus den Fragestellungen der Leistungsbeschreibung des Auftraggebers abgeleitet wurden, enthält und zum anderen durch IGES aus den bisher im wissenschaftlichen und (fach-)öffentlichen Diskurs angesprochenen Einflussfaktoren der steigenden Pflegeprävalenz ergänzt wurde. Nachstehend werden zunächst einige grundlegende Informationen zur Hypothesensammlung sowie der darauf aufbauend erarbeiteten Hypothesensystematik, die leitend für das weitere Vorgehen im Projekt war, gegeben. Basierend darauf wird das methodische Vorgehen bei der Literaturanalyse, den qualitativen Erhebungen sowie den quantitativen Daten beschrieben.

2.1 Hypothesensammlung und Hypothesensystematik

Insgesamt wurden 29 Hypothesen für Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz aufgestellt. Die Hypothesen wurden im Laufe des Projekts ggf. angepasst, sofern sich entsprechende Erkenntnisse ergeben haben. Diese Anpassungen waren minimal und überwiegend sprachliche Präzisierungen der bestehenden Hypothesen im Rahmen der Literaturrecherchen. Im Zusammenhang mit den quantitativen Daten bzw. den qualitativen Datenerhebungen wurden keine weiteren Anpassungen vorgenommen.

Die Hypothesen bilden den inhaltlichen Ankerpunkt für das weitere methodische Vorgehen. Sie wurden dafür in eine Hypothesensystematik überführt, die leitend für die Literaturanalyse, die qualitativen Datenerhebungen und die Auswertungen der quantitativen Daten war. Auch die Ergebnisdarstellung folgt dieser Gliederung.

Die Hypothesensystematik bündelt die Hypothesen zu übergeordneten Themenkomplexen, die in Tabelle 4 dargestellt sind. Eine vollständige Auflistung der ursprünglichen Hypothesensammlung findet sich im Anhang (siehe Anhang 6.2). Der erste Themenkomplex umfasst Faktoren, die unabhängig von der Pflegeinzidenz die Prävalenz beeinflussen können. Die vier weiteren Themenkomplexe sind nach Art einer kausalen Hierarchie geordnet: Den Sockel bilden unter der Überschrift „Gesellschaftliche Entwicklungen“ zusammengefasste Faktoren, die vor allem die Wahrscheinlichkeit der Beantragung von Pflegeleistungen beeinflussen. Der folgende Komplex betrifft die Umstände und Modalitäten der Beantragung selbst. Im dritten Komplex geht es um die Frage, inwieweit der seit 2017 geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff eine Zunahme der Pflegeprävalenz infolge eines geänderten Antragsverhaltens begünstigt. Hypothesen in Bezug auf das Begutachtungsverfahren sind im fünften und zum Begutachtungsinstrument im sechsten Themenkomplex gebündelt. Den Abschluss bildet ein Themenkomplex zu Prognosen der Pflegeprävalenz, um die Ergebnisse zu dieser Thematik, auch ohne konkret formulierte Hypothese, in die Systematik zu integrieren.

Tabelle 4: Hypothesensystematik mit Themenkomplexen und korrespondierende Hypothesen

Themenkomplex	Hypothesen	Abschnitt im Bericht
Einflussfaktoren auf die Pflegeprävalenz (unabhängig von der Inzidenzentwicklung)	H01, H23, H24	Abschnitt 3.1
Gesellschaftliche Entwicklungen		Abschnitt 3.2.1
Extern induzierte Antragstellung und Angebotsstrukturen	H10, H11, H12, H26	
Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit	H09	
Verringerung der Pflege durch Angehörige	H02, H03, H04, H27	
Ökonomische Einflussfaktoren und regionale Unterschiede	H05, H07	
Inanspruchnahme durch die Bevölkerung mit Migrationsgeschichte	H29	
Veränderte Morbiditätsentwicklung	H06, H28	
Exkurs: Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen	H25	
Beantragung von Pflegeleistungen		Abschnitt 3.2.2
Veränderungen im Kollektiv der Antragstellenden	H01, H23, H24	
Vereinfachung der Antragstellung	H08, H14	
Ausdifferenzierung der SGB XI Leistungen	H13	
Durch Beratungsleistungen des SGB XI induzierte Antragstellung (Höherstufungen)	H15	
(Neuer) Pflegebedürftigkeitsbegriff	H18	Abschnitt 3.2.3
Begutachtung, Begutachtungsverfahren		Abschnitt 3.2.4
Einfluss durch Begutachtungsverfahren und Begutachtungsmodalität	H16, H17	
Begutachtungsinstrument		Abschnitt 3.2.5
Einfluss durch das Begutachtungsinstrument	H19, H20, H21, H22	
Prognose	n.z.	Abschnitt 3.3

Quelle: eigene Darstellung IGES

Anmerkung: vollständig formulierte Hypothesen finden sich im Anhang (Anhang 6.2)

2.2 Literaturanalyse

In der Literaturanalyse erfolgte neben der Identifizierung von Publikationen, die zur Beantwortung der Fragestellungen aus der Hypothesensystematik beitragen, auch die Eingrenzung von Erkenntnisdefiziten, die durch die quantitativen Daten bzw. die qualitativen Datenerhebungen ggf. geschlossen werden konnten.

Zunächst wurden in den Datenbanken PubMed, der Forschungsdatenbank ZQP und in Google Scholar nach Literaturverweisen gesucht und anschließend durch eine offene Desktoprecherche ergänzt. Der Großteil der Literaturrecherchen erfolgte im Zeitraum von August bis Oktober 2025. So konnten die Rechercheerkenntnisse für die Vorbereitung der qualitativen Datenerhebungen bzw. die Konzeptualisierung des quantitativen Datenanalysekonzepts genutzt werden. Die Desktoprecherche wurde bis zum Projektende fortgesetzt, sofern sich aus den gewonnenen Erkenntnissen weiterer Recherchebedarf ergab.

Neben der Recherche anhand von inhaltlich an der Hypothesensystematik orientierten Suchbegriffen und Suchstrings wurden die Publikationen einiger in diesem Themenfeld tätigen Institutionen bzw. Forschungsgruppen gezielt recherchiert. Dies umfasst unter anderem die Pflegeberichte des WIdO, der BARMER, der DAK, die D80+ Kurzberichte sowie die Berichterstattung der MD.

Ziel der Literaturrecherche war die Beantwortung der Fragestellungen der Hypothesensammlung. Aufgrund des Umfangs der Hypothesensammlung erfolgten getrennte Abfragen für jede einzelne Hypothese. Da es sich nicht um eine systematische Literaturrecherche im strengen Sinne handelt, wurde zudem a priori keine feste Auswahl von Suchstrings bzw. Stichworten sowie Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Eingeschlossen wurden grundsätzlich alle Arbeiten, die zur Beantwortung der jeweiligen Hypothese dienen können und sich auf die Bevölkerung Deutschlands beziehen.

Die für die Suche in den Datenbanken genutzten Suchstrings bzw. Stichworte wurden anhand der Hypothesensystematik gebildet und in einem iterativen Verfahren fortlaufend angepasst. Auf diese Weise sollten zunächst Arbeiten identifiziert werden, die direkt der Beantwortung der Hypothesen dienen. Fokussiert wurden Studienergebnisse, die Entwicklungen entsprechender Indikatoren im Zeitraum von 2017 – 2024 betrachten und eine ausreichende methodische Qualität insbesondere im Hinblick auf die Repräsentativität der Ergebnisse aufwiesen. Im Zuge der Recherchen ist aufgefallen, dass nur wenige Arbeiten diese Kriterien erfüllen konnten. Insbesondere längsschnittliche Erhebungen waren mit Ausnahme der erwähnten Pflegeberichte (WIdO, BARMER, etc.) nur spärlich zu finden. Es wurden daher auch Arbeiten eingeschlossen, die zumindest Hinweise oder anfängliche Erkenntnisse zu den Fragen der Hypothesensammlung geben konnten. Entsprechend wurden auch Arbeiten eingeschlossen, die vor 2017 publiziert wurden.

Bei als relevant identifizierten Veröffentlichungen wurde zudem das Quellenverzeichnis auf weitere relevante Arbeiten geprüft. Im Anschluss an die Literaturrecherche wurden Anfragen an einzelne Forschende gestellt, um weitere

Publikationen oder nicht publizierte Arbeiten zu identifizieren. Diese Nachfragen ergaben keine weiteren Forschungsarbeiten, die in die Literatursammlung mit aufgenommen wurden. In der Ergebnisdarstellung werden die Literaturquellen der umfangreichen Recherche aufgegriffen, die nach Sichtung der Literatursammlung direkt zur Beantwortung der Hypothesen bzw. Fragestellungen der Themenkomplexe beitragen.

IGES wurden außerdem die Pflegeberichterstattung sowie die Begutachtungsstatistik des MD Bund durch den GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt. Diese Berichterstattung umfasst eine umfangreiche Darstellung der seit 2018 durchgeführten Pflegebegutachtungen aller 15 MD und des Sozialmedizinischen Dienstes der Knappschaft Bahn See (SMD KBS). Diese Zahlen wurden durch IGES, sofern sie zur Beantwortung der Fragestellungen beitragen, aufbereitet und werden im vorliegenden Bericht dargestellt.

Die auf diese Weise zusammengetragenen Literaturquellen und Informationen bilden die Grundlage für die Ergebnisdarstellung anhand der Themenkomplexe der Hypothesensystematik. Aufbauend auf den Erkenntnissen wurden zudem die Leitfragen für die weiteren qualitativen Datenerhebungen und das Analysekonzept der quantitativen Daten konzipiert. Die Ergebnisse wurden in einem Workshop mit Auftraggeber, MD Bund, Medicproof und BMG sowie Vertretern einzelner MD und der PKV diskutiert.

2.3 Qualitative Datenerhebungen

2.3.1 Interviews mit Begutachtungsdiensten

Insgesamt wurden 16 Interviews mit Ansprechpersonen der Begutachtungsdienste geführt¹¹. Die Fragestellungen in diesen Interviews orientierten sich an der Hypothesensystematik und den Erkenntnissen der Literaturrecherche. Gefragt wurde entlang der Themenkomplexe der Hypothesensystematik insbesondere zu Gründen für die Beantragung eines Pflegegrads, zur steigenden Pflegeinzidenz bei Kindern und Jugendlichen, zum Begutachtungsverfahren und dem Begutachtungsinstrument sowie zu regionalen Unterschieden bei der Entwicklung der Bewilligungsrate von Anträgen auf Pflegeleistungen.

Die Kontaktinformationen für geeignete Ansprechpersonen für die Interviews erhielt IGES durch den MD Bund und medicproof. Die Personen wurden im November 2025 durch IGES kontaktiert und, gegebenenfalls auch mehrmals, an die Bitte um ein Interview erinnert, sofern eine Rückmeldung ausblieb. Die Erinnerungen wurden individuell verschickt. Alle 16 Experteninterviews wurden im November und Dezember 2025 geführt.

Die Interviews wurden in einem semi-strukturierten Verfahren anhand eines Interviewleitfadens geführt und dauerten jeweils ca. 90 Minuten. Der

¹¹ Mit einem Begutachtungsdienst ist kein Interview zustande gekommen.

Interviewleitfaden definierte die zu beantwortenden Leitfragen und darauf aufbauende mögliche Folge- bzw. Nachfragen. Die Interviews wurden anhand des Interviewleitfadens protokolliert, aber nicht transkribiert. Sofern die Einwilligung der interviewten Personen vorlag, wurden die Interviews aufgezeichnet, sodass bei der Auswertung eine Prüfung der vollständigen Aussagen und des semantischen Kontexts möglich war.¹² Die Interviews wurden ausschließlich durch am Projekt beteiligte Forschende des IGES geführt, sodass eine entsprechendes Hintergrundwissen für weiterführende Fragen gegeben war.

Die teilnehmenden Personen erhielten im Vorfeld der Interviews eine Übersicht mit allen Leitfragen und eine Einwilligungserklärung. Die unterzeichnete Einwilligungserklärung bildet auch die Grundlage zur Verarbeitung der in den Interviews getätigten Angaben im Einklang mit dem Datenschutz. Die Aufnahmen der Interviews sowie alle Protokolle wurden unter Beachtung aller Datenschutzvorschriften auf eigenen Servern am Standort Berlin des IGES gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring und Fenzl (2019). Dafür wurden zunächst die einzelnen Antworten der Teilnehmenden für jede Leitfrage in einer Gesamtübersicht zusammentragen und anschließend inhaltlich zusammengefasst. Dafür wurde das Material im Sinne einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse paraphrasiert bzw. generalisiert. Es erfolgte keine Quantifizierung der Antworten, sondern ein additives Zusammenfassen der qualitativen Informationen. Diese Zusammenfassung auf Ebene der Leitfragen bildet die Erkenntnisgrundlage der Interviews.

Die Erkenntnisse werden im Ergebnisteil dargestellt und wurden zudem genutzt, um die Leitfragen für die Fokusgruppen zu konzipieren.

2.3.2 Fokusgruppen

Im Anschluss an die Interviews mit den Begutachtungsdiensten fanden Fokusgruppen mit drei Zielgruppen statt: Vertretungen von Betroffenenorganisationen, von Pflegekassen und von Verbänden der Leistungserbringer. Die Fragestellungen dieser Fokusgruppen umfassten die Treiberfaktoren für den anhaltenden Anstieg an Neuzugängen in die Pflegebedürftigkeit, das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und mögliche Veränderungsbedarfe sowie Einschätzungen der Teilnehmenden zu möglichen zukünftigen Entwicklungen. Je nach Teilnehmergruppe wurden bei den Fragestellungen unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Die Fragestellungen an sich blieben, bis auf kleinere sprachliche Unterschiede, identisch. Für diese Fokusgruppen wurde eine Liste an Teilnehmenden bzw. Organisationen zwischen IGES und dem Auftraggeber abgestimmt. Entsprechende Kontaktinformationen wurden durch IGES recherchiert oder durch den GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt. Die Ansprechpersonen bzw. Organisationen aller drei Zielgruppen wurden im Dezember 2025 zur Teilnahme an den Fokusgruppen eingeladen.

¹² Keine der interviewten Personen hat einer Aufzeichnung widersprochen.

Es erfolgte eine einmalige Erinnerung, bevor die Fokusgruppen im Januar 2026 durchgeführt wurden. Pro Fokusgruppe beteiligten sich elf bis 16 Personen.

Abschließend wurde eine weitere Fokusgruppe mit Vertretungen der Begutachtungsdienste durchgeführt. Dies diente der Diskussion und Einordnung der im Vorfeld in den Interviews und den übrigen Fokusgruppen gesammelten Erkenntnisse. Auch mögliche unterschiedliche Sichtweisen, die in den Interviews oder den Fokusgruppen der anderen Akteure aufkamen, konnten in dieser abschließenden Fokusgruppe diskutiert und eingeordnet werden. Bereits in den Experteninterviews wurden die Vertreterinnen und Vertreter der Begutachtungsdienste auf die Möglichkeit zur Teilnahme an einer abschließenden Fokusgruppe hingewiesen.

Für die Fokusgruppen wurden die Fragestellungen jeweils in einem Leitfaden festgehalten. Anhand dieser Leitfäden moderierten Forschende des IGES die Fokusgruppen, wobei vor allem die verschiedenen Sichtweisen gesammelt wurden. Es war nicht Ziel der Fokusgruppen, den Grad der Übereinstimmung unter den Teilnehmenden zu quantifizieren. Die Angaben der Teilnehmenden wurden während der Fokusgruppen durch eine weitere Person protokolliert. Die Ergebnisse wurden wie die Interviews und mit inhaltsanalytischen Methoden (vgl. Mayring & Fenzl, 2019) ausgewertet. Für die Fokusgruppen der Vertreter der Betroffenenorganisationen, der Pflegekassen und der Verbände von Leistungserbringern wurden die Angaben der Teilnehmenden jeweils pro Leitfrage inhaltlich zusammengefasst (d.h. paraphrasiert und generalisiert) und anschließend in eine gemeinsame Übersicht übertragen. Das gleiche Vorgehen erfolgte separat für die abschließende Fokusgruppe mit den Begutachtungsdiensten.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen werden in den Ergebnissen thematisch sortiert zu den Themenkomplexen der Hypothesensystematik berichtet.

2.4 Quantitative Daten

Für weitere quantitative Auswertungen hatte IGES die Möglichkeit spezifische Analysen der Daten der amtlichen Statistik (PG 5 Statistik) beim GKV-Spitzenverband sowie der Begutachtungsdaten beim MD Bund anzufordern. IGES hat beiden Datenhaltern entsprechende Analysekonzepte unterbreitet, die von den dortigen Analytistinnen und Analysten umgesetzt wurden.

Ziel der weiterführenden Analysen war es, aus der PG 5 Statistik bzw. den Begutachtungsdaten weitere Erkenntnisse bezüglich der Hypothesen zu gewinnen, die nicht bereits durch die Literaturanalyse hinreichend aufgeklärt werden konnten. Die Entwicklung der beiden Datenanalysekonzepte erfolgte daher im Anschluss an die Literaturanalyse und in enger Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband und MD Bund. Die finale Version der Datenanalysekonzepte findet sich im Anhang (siehe Anhang 6.4).

Die Analysen wurden auf die Neuzugänge in die Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich beschränkt. Dies war eine direkte Konsequenz aus den Ergebnissen der initialen Analysen, bei denen sich die Steigerung der Pflegeinzidenz im ambulanten

Bereich und bei niedrigen Pflegegraden als Haupttreiber der Pflegeprävalenz gezeigt hatte (vgl. Abschnitt 3.1). Zudem erfolgte, wenn möglich, eine Stratifizierung nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad.

Die gelieferten Daten bzw. Indikatoren wurden durch IGES aufbereitet und visualisiert. Sofern möglich, wurden die Indikatoren der Analysen zudem für das Referenzjahr 2022 anhand der Stratifizierung alters- und geschlechtsstandardisiert. In allen vorliegenden Analysen kam es aufgrund dieser Standardisierung nur zu minimalen Abweichungen zu den nicht-standardisierten Indikatoren. Die Ergebnisdarstellungen fokussieren die Personen, die in den Pflegegraden 1 bis 3 inzident werden. Personen, die bei Eintritt in Pflegebedürftigkeit den Pflegegrad 4 oder 5 erhalten, machen nur einen kleinen Teil der Neueintritte aus. Ferner liegen in diesen Fällen meist besondere Konstellationen vor (z.B. schwere akute Krankheitsergebnisse oder Unfälle).

2.4.1 Quantitative Daten PG 5 Statistik

Bei den Daten der PG 5 Statistik handelt es sich um die jährliche Erfassung von Einzeldatensätzen über Pflegebedürftige, die durch alle SPV Träger an den GKV-Spitzenverband gemeldet werden. Sie bildet alle bewilligten Leistungen nach §§ 36 bis 43a SGB XI, abgerechnete Leistungen nach § 39a und § 40a SGB XI oder nach § 45b SGB XI, Kostenerstattungen nach § 91 SGB XI sowie Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ohne Leistungsanspruchnahme ab. In den Daten finden sich Stammdaten der Pflegebedürftigen sowie die Art der erhaltenen Leistungen.

Eine genaue Beschreibung der für die PG 5 Statistik vorgesehenen Datenanalysen findet sich im Datenanalysekonzept im Anhang (Anhang 6.4). Diese Beschreibung enthält eine Übersicht über die Analysen, die Stratifizierungsvariablen sowie Ziele und Definitionen der Indikatoren für die einzelnen Analysen. Zur Übersicht sind die vorgenommenen Analysen anhand der PG 5 Statistik nachstehend kompakt beschrieben.

Leistungsanspruchnahme pflegeinzidenter Personen (A1a)

Die Analyse A1a des Datenanalysekonzepts soll prüfen, ob aus den Daten heraus eine Diversifizierung des Leistungsmixes bei Personen zu erkennen ist, die erstmalig einen Pflegegrad erhalten haben (pflegeinzident). Eine Zu- oder Abnahme bestimmter Leistungsarten (insbesondere Pflegegeld) kann zudem einen Hinweis auf zeitliche Trends im Hinblick auf die informelle Pflege liefern.

Dafür wird für jedes Beobachtungsjahr (2017 bis 2023) der Leistungsbezug über 12 Monate der Personen betrachtet, die in dem jeweiligen Jahr erstmalig einen Pflegegrad erhalten haben (pflegeinzident sind). Personen, die innerhalb von 12 Monaten nach Pflegeinzidenz stationäre Leistungen in Anspruch genommen haben, wurden aus den Analysen ausgeschlossen.

Leistungsinanspruchnahme pflegeinzidenter Kinder und Jugendlicher (A1b)

Diese Analyse erfolgte analog zur oben aufgeführten Analyse A1a. Eingeschlossen wurden jedoch nur Kinder und Jugendliche, die zusätzlich nach detaillierteren Altersgruppen stratifiziert wurden.

Höherstufungen, Versterben und Verbleib nach 24 Monaten nach Pflegeinzidenz (A2)

Analyse A2 beinhaltet eine Betrachtung der Höherstufungen und soll Hinweise liefern, ob ein Anstieg an Höherstufungen nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zu beobachten ist.

Für diese Analyse wurden Personen, die in den Jahren 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 und 2022 erstmalig pflegeinzident wurden, herangezogen. Betrachtet wurden Höherstufungen im Pflegegrad, Versterben und Verbleib im Pflegegrad (kein Versterben und keine Höherstufung) innerhalb von 24 Monaten nach Pflegeinzidenz. Analog zur Analyse A1a wurden alle Personen ausgeschlossen, die im Nachbetrachtungszeitraum stationäre Leistungen erhalten haben.

2.4.2 Quantitative Daten MD Bund

Die Datengrundlage des MD Bund beinhaltet die Dokumentationen der durch die MD durchgeführten Pflegebegutachtungen. Dies umfasst alle im Rahmen der Pflegebegutachtung erfassten und übermittelten Daten. Eine daraus resultierende Besonderheit dieses Datensatzes ist die variierende Datenqualität der einzelnen Felder, je nachdem ob ein Merkmal relevant für die Ermittlung des Pflegegrads ist (z. B. erreichte Modulpunkte) oder zusätzlich im Rahmen der Begutachtung erfasst wird (z. B. Angaben zur Wohnsituation der begutachteten Person). Diese Besonderheit wurde in Rücksprache mit dem MD Bund bei der Erstellung des Datenanalysekonzepts berücksichtigt. Das vollständige Datenanalysekonzept für die Begutachtungsdaten des MD Bund findet sich im Anhang (Anhang 6.4).

Alle hier dargestellten Analysen beziehen sich nur auf Erstgutachten. Dies umfasst auch Erstgutachten bei denen keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Es handelt sich zudem um reine Querschnittsdaten der Jahre 2017 - 2024. Eine Verknüpfung der Gutachten auf Personenebene, beispielsweise zur Betrachtung von Erst- und korrespondierenden Wiederholungsbegutachtungen, ist nicht möglich.

Mittlere Modulpunkte (B1)

Mit der Analyse B1 des Datenanalysekonzepts für den MD Bund wird betrachtet, inwiefern sich die erreichten gewichteten Punktzahlen im Zeitverlauf von 2017 - 2024 ändern. Insbesondere soll betrachtet werden, inwiefern sich die Punktschwellen näher an die Schwellenwerte bewegen. Zudem erfolgt für diese Analyse eine Stratifizierung nach den begutachtenden MD. Diese Stratifizierung ermöglicht eine deskriptive Betrachtung möglicher regionaler Unterschiede in den durchschnittlichen Gesamtpunktzahlen und deren zeitlichen Trends. Diese können Hinweise auf

unterschiedliche Vorgehensweisen der MD bei der Begutachtung bzw. auf unterschiedliche regionale Rahmenbedingungen liefern.

Pflegebegründende Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen (B2)

Analyse B2 geht der Frage nach, welche pflegebegründenden Diagnosen bei der Zunahme der Pflegeprävalenz in der Gruppe der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen in den Jahren 2017 – 2024 eine besondere Rolle spielen. Bei der Interpretation der Ergebnisse wird berücksichtigt, dass die pflegebegründenden Diagnosen durch die begutachtende Person, in der Regel Pflegefachkräfte, dokumentiert wird. Es handelt sich entsprechend nicht zwangsläufig um gesicherte ärztliche Diagnosen. Da die Analyse spezifischer ICD-Codes als wenig belastbar eingeschätzt wird, erfolgt die Analyse auf Ebene der Kapitel des ICD-10. Für die Darstellung in den Ergebnissen wurden zudem nur einzelne Kapitel ausgewählt, auf die ein relevanter Anteil der Diagnosen entfällt.

Gutachten mit verkürzten Begutachtungsfristen (B3)

Für die Analyse B3 soll betrachtet werden, ob sich der Anteil der Gutachten mit verkürzter Begutachtungsfrist an allen Erstgutachten über die Zeit (2017 - 2024) verändert. Mögliche Trends können Hinweise dafür sein, dass zunehmend Beantragungen aus dem stationären Setting, z. B. eingeleitet durch ein Entlassmanagement, stattfinden. Die Einstufung in einen konkreten Pflegegrad erfolgt bei diesen Fällen erst in einer nachgelagerten Begutachtung in der eigenen Häuslichkeit¹³. Da diese Begutachtungen nicht miteinander verknüpfbar sind, kann für diese Analyse keine Unterscheidung nach vergebenem Pflegegrad erfolgen.

Gutachten bei alleinlebenden Personen (B4)

Die Analyse B4 betrachtet die in den Erstgutachten dokumentierte Wohnsituation der Antragstellenden in den Jahren 2017 - 2024. Dies kann Hinweise darauf liefern, inwiefern Anträge auf Pflegebedürftigkeit zunehmend durch alleinstehende Personen gestellt werden. Bei der Wohnsituation handelt es sich nicht um ein Merkmal, das für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevant ist. Dies wird mit Hinblick auf die Datenqualität bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt.

Kombination aus Modulausprägungen (B5)

Für Analyse B5 erfolgte eine Betrachtung der häufigsten „Modulkombinationen“ für die Erstgutachten der Jahre 2017 – 2024. Modulkombinationen beziehen sich auf eine Kodierung der Modulausprägungen aller sechs, in die Gesamtpunktzahl eingehenden, Module des BI zu einem Kode / String. Abgebildet wird für jedes Modul die 5-stufige Beurteilung des Schweregrad der Beeinträchtigung (0-4): Wenn eine Person im Modul 1 als „gering beeinträchtigt“ (gewichtete Punkte: 2,5 - 5,0; Schweregrad = 1) und im Modul 4 als „erheblich beeinträchtigt“ (gewichtete Punkte: 7,5 – 11,25; Schweregrad = 2) bewertet wird und in allen anderen

¹³ Nur ein MD wählt diesbezüglich ein anderes Vorgehen

Modulen „keine Beeinträchtigung (0)“ hat, würde für die Modulkombination in diesem Fall der Kode „100200“ vergeben.

Dies ermöglicht eine Darstellung der 15 häufigsten Kombinationen, die in den Erstgutachten eines Beobachtungsjahres zu den entsprechenden Pflegegraden geführt haben, im Zeitverlauf und dient der Beschreibung wahrscheinlichster Muster für einen Pflegegrad.

3. Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Literaturanalyse, der qualitativen Datenerhebungen und der quantitativen Daten werden entlang folgender Gliederung berichtet: Zunächst erfolgt eine Darlegung der Befunde zur Entwicklung der Pflegeprävalenz seit 2017. Anschließend werden die Ergebnisse entlang der im Rahmen der Hypothesensystematik (Tabelle 4, Abschnitt 2.1) definierten Themenkomplexe berichtet. Zuletzt werden Erkenntnisse zu Prognosen zur Entwicklung der Pflegeprävalenz dargestellt.

3.1 Vertiefende Analyse der Entwicklung der Pflegeprävalenz seit 2017

3.1.1 Determinanten der Pflegeprävalenz

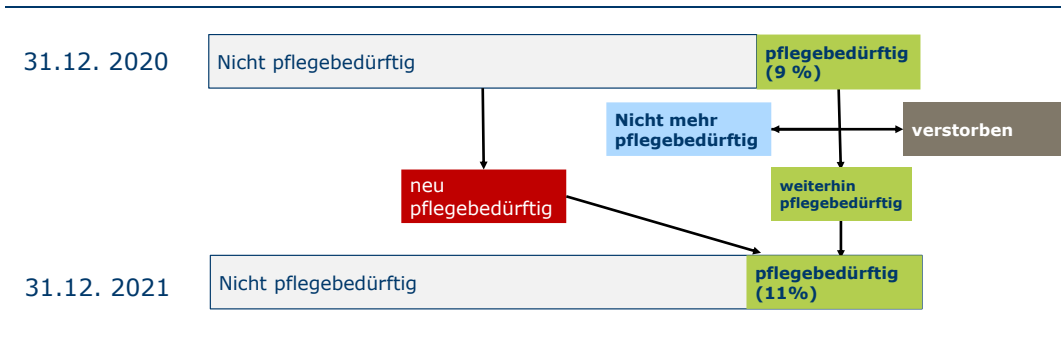
Eine Veränderung der Pflegeprävalenz – definiert als Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) – von einem Jahr auf das Folgejahr ist auf eine oder mehrere der folgenden Determinanten zurückführbar:

1. Veränderungen der Population der Versicherten der SPV, also des Nenners, auf den die Zahl der Pflegebedürftigen bezogen wird. Wenn die Bevölkerung relativ stärker wächst als die Zahl der Pflegebedürftigen sinkt die Pflegeprävalenz (und umgekehrt).
2. Zu- oder Abnahme der pflegebedürftigen Menschen, die aus der Pflegebedürftigkeit wieder in den Zustand „nicht pflegebedürftig“ wechseln.
3. Zu- oder Abnahme der Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung der pflegebedürftigen Menschen.
4. Zu- oder Abnahme der Pflegeinzidenz, also des Anteils der Versicherten, die neu in den Zustand „pflegebedürftig“ wechseln.

Von 2017 bis 2024 ist die Zahl der Versicherten der SPV um etwas mehr als zwei Millionen Personen gewachsen (plus 3,2 %). Die erstgenannte Determinante hat sich somit dämpfend auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz auswirkt und wird daher nicht weiter betrachtet.

Abbildung 2 ist eine schematische Darstellung der Zusammenhänge der übrigen drei Determinanten: Die Zahl der Pflegebedürftigen in Jahr 2 (im Beispiel am 31.12.2021) ergibt sich zum einen aus den Personen, die auch im Vorjahr pflegebedürftig waren, abzüglich der „nicht mehr Pflegebedürftigen“ und der „Verstorbenen“ sowie aus den „neu pflegebedürftig“ gewordenen Personen.

Abbildung 2: Schematische Darstellung von Determinanten einer Veränderung der Pflegeprävalenz



Quelle: IGES

Anmerkung: Die Determinante "Veränderung der Versichertenpopulation" ist nicht dargestellt

Da eine Rückkehr in den Zustand der Nicht-Pflegebedürftigkeit sehr selten ist, kann diese Determinante vernachlässigt werden. Als möglicherweise relevanter Einflussfaktor auf die Zunahme der Pflegeprävalenz kommt jedoch eine Abnahme der Sterblichkeit bzw. eine Zunahme der Lebenserwartung der (pflegebedürftigen) Bevölkerung in Betracht, die dazu führen würde, dass der Anteil der „weiterhin Pflegebedürftigen“ von Jahr zu Jahr zunähme.

3.1.2 Potenzieller Einfluss der Entwicklung der Lebenserwartung von älteren Menschen in Deutschland auf die Pflegeprävalenz

Ein Rückgang der Sterblichkeit bzw. eine Zunahme der Restlebenserwartung von pflegebedürftigen Menschen würde nur dann zu einer höheren Pflegeprävalenz führen, wenn die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung – also der Nennergröße, auf die die Zahl der Pflegebedürftigen bezogen wird – langsamer steigt als die der Pflegebedürftigen. Unterscheiden sich die Pflegebedürftigen in Bezug auf die Entwicklung der Lebenserwartung dagegen nicht von der Gesamtbevölkerung, so bleibt die Prävalenz *ceteris paribus* gleich.

Spezifische Sterbetafeln für die pflegebedürftige Bevölkerung, die eine unmittelbare Prüfung der Frage nach einem der Allgemeinbevölkerung vorausseilenden Gewinn an Lebenserwartung erlaubten, sind uns nicht bekannt. Der BARMER-Pflegereport 2024 hat im Rahmen der dort durchgeführten Untersuchungen zur Entwicklung der Verweildauer in Pflegebedürftigkeit auch Analysen nach der Sterbetafelmethode durchgeführt (Rothgang & Müller, 2024, S. 145ff). Auf Basis der publizierten Ergebnisse lassen sich jedoch keine Vergleiche der Sterblichkeitsentwicklung zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen durchführen. In den berichteten Ergebnissen zur prospektiv zu erwartenden Pflegedauer wird nur der Gesamteffekt einer Verlängerung der Pflegedauern berichtet, aber nicht zwischen den möglichen Teil-Effekten einer veränderten Alterszusammensetzung der Eintrittskohorten bzw. einer möglichen Verlängerung der Lebenserwartung differenziert (vgl. zu dieser Untersuchung auch Abschnitt 3.1.4).

Näherungsweise können Befunde zur Morbiditätsexpansion oder -kompression, d. h. dem Verbringen der durch die Lebenserwartung steigenden Lebenszeit in Krankheit (Expansion) oder Gesundheit (Kompression), einen Anhaltspunkt bieten. Bisherige Studien können keinen eindeutigen Beleg für die eine Kompression oder Expansion liefern. Eine aktuelle Studie von Nowossadeck et al. (2024) zeigt tendenziell eine Kompression für 46- und 65-jährige Männer und tendenziell eine Expansion für dieselbe Altersgruppe der Frauen. Die Effekte sind jedoch relativ gering, so dass eine Auswirkung auf die Pflegeprävalenz kaum zu erwarten ist.

Grundsätzlich ist mit einer Verlängerung der (Rest-)Lebenserwartung älterer Menschen zu rechnen, wie den Kohortensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes zu entnehmen ist (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2023). Kohortensterbetafeln sagen für unterschiedliche Geburtsjahrgänge die verbleibende Lebenserwartung ab einem gewählten Alter vorher. Je älter der Geburtsjahrgang ist, umso mehr beruhen die Ergebnisse auf der tatsächlich beobachteten Sterblichkeit.

Das Statistische Bundesamt berechnet die Kohortensterblichkeiten in zwei Varianten, einer mit Annahme einer geringeren Zunahme der Lebenserwartung (Variante 1) und einer Variante mit einer stärkeren Zunahme (Variante 2). Tabelle 5 zeigt die Restlebenserwartungen für die vier Geburtsjahrgänge 1935, 1940, 1945 und 1950 ab dem Alter von 65 bzw. 75 Jahren.

Tabelle 5: Restlebenserwartung der Geburtsjahrgänge 1940, 1945, 1950 und 1955 im Alter von 65 Jahren (oberer Teil) bzw. 75 Jahren (unterer Teil)

Geburtsjahrgang	Frauen		Männer	
	Variante 1	Variante 2	Variante 1	Variante 2
1935	20,9 Jahre	20,9 Jahre	17,3 Jahre	17,4 Jahre
1940	21,4 Jahre	21,6 Jahre	17,9 Jahre	18,0 Jahre
1945	21,3 Jahre	21,6 Jahre	18,0 Jahre	18,2 Jahre
1950	21,4 Jahre	22,0 Jahre	18,0 Jahre	18,5 Jahre
1935	13,1 Jahre	13,1 Jahre	10,9 Jahre	10,9 Jahre
1940	13,3 Jahre	13,5 Jahre	11,1 Jahre	11,3 Jahre
1945	13,3 Jahre	13,8 Jahre	11,2 Jahre	11,5 Jahre
1950	13,5 Jahre	14,2 Jahre	11,3 Jahre	11,9 Jahre

Quelle: Destatis (2023). Kohortensterbetafeln für Deutschland – 1923 - 2023

Anmerkung: Variante 1: niedrigere Lebenserwartungsannahme, Variante 2: höhere Lebenserwartungsannahme, jeweils in Anlehnung an die entsprechenden Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung

Nach diesen Ergebnissen bzw. Vorausberechnungen ist von einer Zunahme der Restlebenserwartungen der Menschen in dem Altersbereich auszugehen, in dem

Pflegebedürftigkeit typischerweise auftritt. In der optimistischen Variante beträgt der Unterschied zwischen den Geburtsjahrgängen 1935 und 1950 etwa ein Jahr, in der Variante 1 nur etwa ein halbes Jahr.

Für einen die Pflegeprävalenz steigernden Effekt müsste die Lebenserwartung der Pflegebedürftigen in stärkerem Maße steigen als die der Gesamtbevölkerung. Um den potenziellen Effekt einer solchen überproportionalen Verbesserung auf die Pflegeprävalenz abzuschätzen kann man folgende überschlägige Berechnung anstellen: Wenn die Lebenserwartung der allgemeinen Bevölkerung zwischen 2017 und 2024 konstant geblieben wäre, die der Pflegebedürftigen sich in diesem Zeitraum aber um 5 % verbessert hätte, dann wäre allein aufgrund dieses Effekts die Pflegeprävalenz von den für 2017 beobachteten 4,6 % auf 4,8 % im Jahr 2024 gestiegen. Der tatsächliche Anstieg der Pflegeprävalenz auf 7,6 % in 2024 ließe sich also selbst bei optimistischen Annahmen zu überproportionalen Verbesserungen der Lebenserwartung von Pflegebedürftigen nur zu einem sehr kleinen Teil erklären.

3.1.3 Entwicklung der Pflegeinzidenz und der Altersstruktur der Neueintritte in Pflegebedürftigkeit

Damit rückt die vierte Determinante, die Entwicklung der Pflegeinzidenz in das Blickfeld. Die Inzidenz ist allgemein definiert als Anteil der neuen Merkmalsträger (hier: Pflegebedürftigen) an der Grundgesamtheit der Personen unter Risiko, also denjenigen, die das betreffende Merkmal nicht haben, bei denen es aber auftreten kann. Für die vorliegende Analyse wurde diese Population unter Risiko (also die bisher nicht Pflegebedürftigen, die pflegebedürftig werden können) folgendermaßen geschätzt: Die Gesamtzahl der GKV-Versicherten gemäß der vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten amtlichen Statistik KM6 eines gegebenen Jahres wurde um die Leistungsbeziehenden der SPV des jeweiligen Vorjahres – gemäß der amtlichen Statistik der Leistungsbeziehenden der SPV des BMG – bereinigt.

Tabelle 6 zeigt für die beiden Jahre 2018 und 2024 zum einen die entsprechend berechnete Inzidenz von Erstbegutachtungen von Versicherten die Anträge auf ambulante Leistungen gestellt haben („Antragsinzidenz“). Zum anderen ist dargestellt, welcher Anteil der Erstanträge tatsächlich zu einem Pflegegrad geführt hat. Die Analyse beginnt mit dem Jahr 2018, weil für das Jahr 2017 noch verzerrende Effekte aufgrund der reformbedingten Veränderung des Begutachtungsverfahrens zu erwarten sind.

Tabelle 6: Inzidenz von Erstanträgen auf ambulante Leistungen sowie Anteil mit Pflegegrad im Vergleich 2018 zu 2024

	2018		2024		2018 - 2024	2018 - 2024
	Antragsinzidenz	Anteil mit PG	Antragsinzidenz	Anteil mit PG	Veränderung Antragsinzidenz	Veränderung Anteil mit PG (%-Punkte)
Unter 65 Jahre	0,4 %	76,7 %	0,6 %	73,7 %	+ 70,7 %	- 3,0 %-P.
65 – 79 Jahre	3,6 %	82,6 %	4,4 %	80,1 %	+ 23,6 %	- 2,5 %-P.
80 – 89 Jahre	13,7 %	86,3 %	17,8 %	85,9 %	+ 30,2 %	- 0,4 %-P.
90 und älter	25,3 %	92,0 %	21,1 %	92,7 %	- 16,6 %	+ 0,7 %-P.
Gesamt	1,5 %	83,6 %	1,9 %	81,1 %	+ 25,9 %	- 2,5 %-P.
Absolut	1.068.541	893.799	1.341.379	1.088.192		

Quelle: IGES nach MD Bund, Statistiken der Pflegeberichterstattung 2018, 2024 (MD Bund, 2025a); Enthält auch Begutachtungsdaten des SMD der Knappschaft Bahn See; GKV-/SPV-Versicherte nach KM6 bereinigt um SPV- Leistungsbeziehenden des Vorjahres

Die Häufigkeit von Begutachtungen aufgrund von Erstanträgen auf ambulante Pflegeleistungen liegt im Jahr 2024 um fast 26 % über der Antragsinzidenz des Jahres 2018. In absoluten Zahlen wurden 2024 etwa 273.000 Anträge mehr gestellt als in 2018. Die Antragsinzidenz hat mit Ausnahme der besonders Hochaltrigen (90 und älter) in allen Altersgruppen zugenommen, wobei das Wachstum bei den unter 65-jährigen besonders stark ist. Mit der Zunahme der Antragsstellungen einher ging ein leichter Rückgang der „Erfolgsquote“, also des Anteils der tatsächlich einen Pflegegrad erhalten hat (minus 2,5 Prozentpunkte), auch hier mit Ausnahme der Hochaltrigen.

Tabelle 7 zeigt die aus den Begutachtungsdaten des MD Bund resultierenden Neueintritte in Pflegebedürftigkeit – also die Versicherten, bei denen die Gutachtenden einen Pflegegrad festgestellt haben – im Vergleich der Jahre 2018 und 2024. Bei der Angabe zur Rate der Neueintritte pro 1.000 Versicherte liegt, wie in Tabelle 6, die Zahl der Versicherten des betreffenden Jahres gemäß KM6 bereinigt um die Zahl der Versicherten, die in der jeweiligen Altersgruppe im Vorjahr als Pflegebedürftig registriert waren.

Tabelle 7: Neueintritte in Pflegebedürftigkeit im Vergleich 2018 zu 2024 nach Altersgruppen

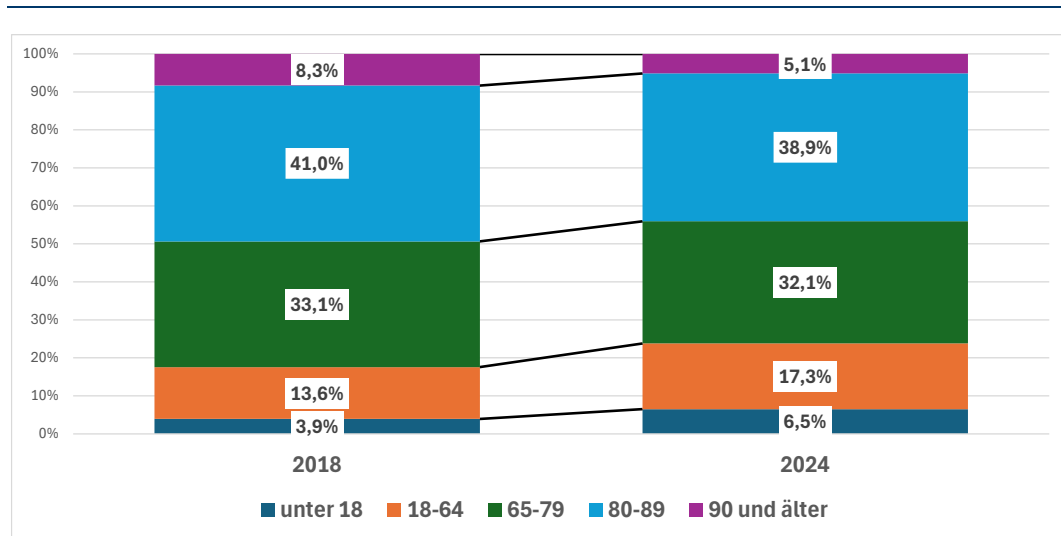
	2018		2024		2018 - 2024	2018 - 2024
	absolut	Pro 1.000 Versicherte ohne PG im Vorjahr	absolut	Pro 1.000 Versicherte ohne PG im Vorjahr	Veränderung absolut	Veränderung pro 1.000 Versicherte
Unter 65 Jahre	157.016	2,8	259.061	4,6	+ 65,0 %	+ 64,0 %
65 – 79 Jahre	295.678	29,4	349.758	35,3	+ 18,3 %	+ 19,9 %
80 – 89 Jahre	366.788	118,1	423.537	153,1	+ 15,5 %	+ 29,6 %
90 und älter	74.317	232,8	55.836	195,6	- 25,0 %	- 16,0 %
Gesamt	893.799	12,9	1.088.192	15,7	+ 21,7 %	+ 22,1 %

Quelle: IGES nach MD Bund, Statistiken der Pflegeberichterstattung 2018, 2024 (MD Bund, 2025a); Enthält auch Begutachtungsdaten des SMD der Knappschaft Bahn See; GKV-/SPV-Versicherte nach KM6 bereinigt um SPV- Leistungsbeziehenden des Vorjahres

In einer kürzlich publizierten Analyse des Wissenschaftlichen Institut des AOK wurde bezogen auf die AOK-Versicherten ab 60 Jahren „ein weitgehend stabiles Niveau jährlicher Pflegeeintritte“ im Zeitraum 2017 bis 2024 berichtet (Jürchott et al., 2026). Dieser Befund kann mit den bundesweiten Begutachtungsdaten des MD Bund – auch unter Berücksichtigung der anderen Altersabgrenzung – nicht nachvollzogen werden: Nach den in Tabelle 6 bzw. Tabelle 7 dargestellten Ergebnissen steigen die Zahlen der Antragstellenden sowie der Neueintritte in Pflegebedürftigkeit in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 90-jährigen und älteren im Zeitvergleich von 2018 bis 2024 deutlich an. Der auch in der WIdO-Analyse beobachtete Rückgang der Antragstellenden bzw. Neueintritte in der Gruppe der Hochaltrigen (90 Jahre und älter) ergibt sich unmittelbar aus der generellen Verschiebung des Antragsgeschehens in die jüngeren Altersgruppen: Immer mehr Menschen haben bereits einen Pflegegrad, wenn sie das Alter von 90 Jahren oder älter erreichen und können somit keinen „Erstantrag“ mehr stellen.

Das deutlich stärkere Wachstum der Antragsinzidenz in den jüngeren Altersgruppen zeigt sich auch beim Vergleich der Altersstrukturen der Neueintritte in Pflegebedürftigkeit zwischen den Jahren 2018 und 2024 (Abbildung 3).

Abbildung 3: Altersstrukturen der Neueintritte in Pflegebedürftigkeit (ambulante Leistungen) im Vergleich 2018 zu 2024

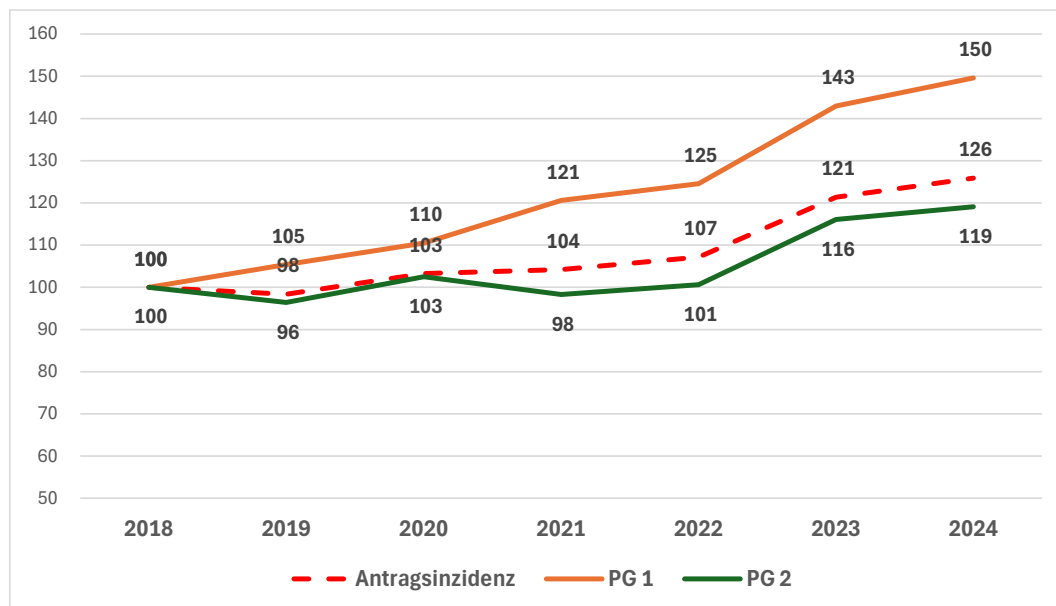


Quelle: IGES nach MD Bund Begutachtungsstatistik 2018, 2024 (MD Bund, 2025a)

Der Anteil der beiden jüngeren Altersgruppen (unter 18 bzw. 18 bis 64 Jahre) an den neu pflegebedürftigen Versicherten, die ambulante Leistungen beantragt haben steigt von 17,5 % auf 23,8 % in 2024, die Anteile aller übrigen Altersgruppen gehen zurück.

In den beiden folgenden Abbildungen ist die Entwicklung der Inzidenz von Erstanträgen auf ambulante Leistungen sowie der resultierenden Inzidenzen der Pflegegrade PG 1 und PG 2 (Abbildung 4) bzw. PG 3 bis PG 5 (Abbildung 5) im Zeitraum 2018 bis 2024 als Indexdarstellung (2018 = 100) ausgewiesen.

Abbildung 4: Entwicklung der Inzidenz von Erstanträgen auf ambulante Leistungen (Antragsinzidenz) sowie der Inzidenzen der Pflegegrade PG 1 und PG 2 im Zeitraum 2018 bis 2024 (Indexdarstellung 2018 = 100)

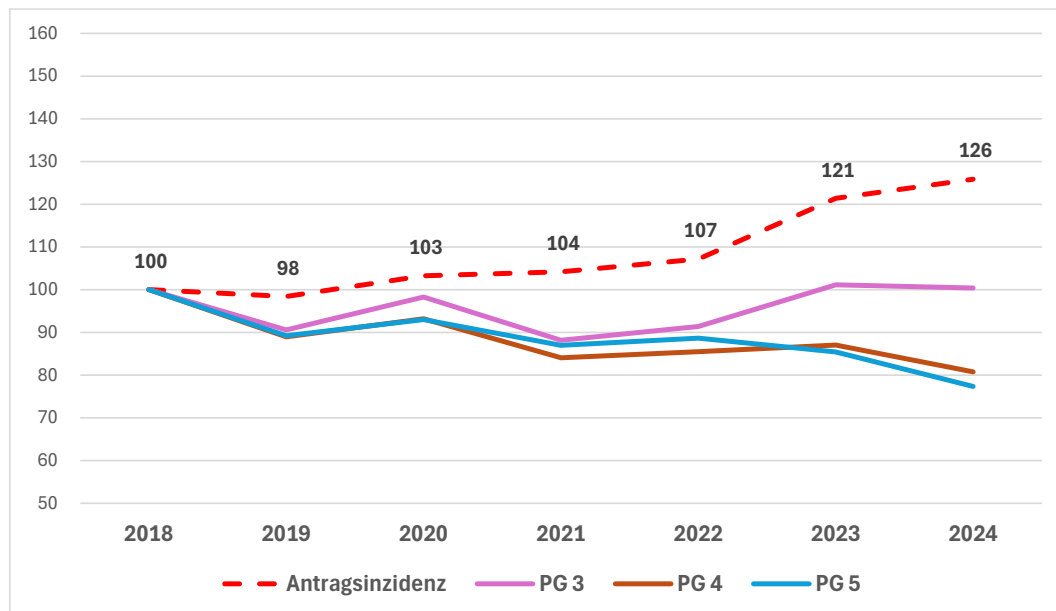


Quelle: IGES nach MD Bund Begutachtungsstatistik (MD Bund, 2025a), GKV-/SPV- Versicherte gem. KM6 bereinigt um SPV-Leistungsbeziehenden des Vorjahres
 Anmerkung: Die Inzidenzen der Pflegegrade resultieren ausschließlich aus Erstanträgen auf ambulante Leistungen

Die gestrichelte Linie in Abbildung 4 bzw. Abbildung 5 zeigt die Entwicklung der Antragsinzidenz auf ambulante Leistungen. Der auch in Tabelle 6 ausgewiesene Anstieg im Vergleich der Jahre 2018 zu 2024 um etwa 26 % ist hier als Veränderung des Indexwertes (von 100 in 2018 auf 126 in 2024) dargestellt.

Wie in Abbildung 4 erkennbar, hat sich vor allem die Neueintritte in den Pflegegrad 1 noch dynamischer als die Antragsinzidenz insgesamt entwickelt: In 2024 liegt die PG 1-Inzidenz um 50 % über dem Wert des Jahres 2018. Auch die Inzidenz des PG 2 hat seit 2023 zugenommen. Die Verlaufskurve der Antragsinzidenz dürfte in den Jahren 2020 bis 2022 einen Einfluss der Pandemie zeigen, d.h. der ausgeprägte Anstieg ab 2023 könnte zum Teil auf nachgeholte Antragstellungen zurückzuführen sein.

Abbildung 5: Entwicklung der Inzidenz von Erstanträgen auf ambulante Leistungen (Antragsinzidenz) sowie der Inzidenzen der Pflegegrade PG 3, PG 4 und PG 5 im Zeitraum 2018 bis 2024 (Indexdarstellung 2018 = 100)



Quelle: IGES nach MD Bund Begutachtungsstatistik (MD Bund, 2025a), GKV-/SPV-Versicherte gem. KM6

Anmerkung: Die Inzidenzen der Pflegegrade resultieren ausschließlich aus Erstanträgen auf ambulante Leistungen

Abbildung 5 ergänzt Abbildung 4 um die Inzidenzentwicklung der drei höheren Pflegegrade. Die Inzidenz der Pflegegrade PG 4 und PG 5 sinkt in diesem Zeitraum nahezu kontinuierlich, die Inzidenz des PG 3 kehrt erst 2023 wieder auf das Niveau von 2018 zurück.

Betrachtet man die Entwicklung in absoluten Zahlen, so haben im Jahr 2024 etwa 390.000 Menschen aufgrund eines Erstantrages auf ambulante Leistungen einen PG 1 erhalten, das sind fast 129.000 Personen mehr als 2018. Im PG 2 beträgt der Zuwachs etwa 77.000 Personen (2018: ca. 411.000, 2024: ca. 488.000). Die Ersteintritte in PG 3 bleiben etwa konstant (ca. 164.000), wogegen die Zahlen in PG 4 (minus ca. 8.500) und PG 5 (minus ca. 3.300) gesunken sind.

Erstanträge auf stationäre Leistungen spielen wegen der geringen Zahl – in 2024 wurden etwa 37.000 Erstanträge auf stationäre Leistungen gestellt (ambulante Leistungen: 1,34 Mio.) – keine nennenswerte Rolle für die Neueintritte in Pflegebedürftigkeit. Die Inzidenz von Erstanträgen auf stationäre Leistungen ist im Zeitraum von 0,10 % auf 0,05 % (minus 47,3 %) deutlich gesunken, bei etwa gleichbleibender sehr hoher Erfolgsquote.

Die beschriebenen Entwicklungen – Zunahme der Erstanträge bzw. der Pflegegrade PG 1 und (in geringerem Maße) PG 2 – sind mit sehr ähnlichen Ergebnissen auch

in anderen Untersuchungen gefunden worden (Matzk et al., 2024; Rothgang & Müller, 2024).

3.1.4 Ursachen der steigenden Verweildauer in Pflegebedürftigkeit

Bereits in Abschnitt 3.1.2 wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die Entwicklung der Lebenserwartung über eine Erhöhung der Verweildauer in Pflege zum Anstieg der Pflegeprävalenz beigetragen haben könnte. Der BARMER-Pflegereport 2024 (Rothgang & Müller, 2024) hat sich generell der Frage gewidmet, inwieweit die durchschnittliche Verweildauer in Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf gestiegen ist bzw. welche Verweildauern in Bezug auf die in den letzten Jahren neu pflegebedürftig gewordenen Personen zu erwarten sind.

Die Autoren ermitteln für die Neueintritte in Pflegebedürftigkeit des Jahres 2016 eine zu erwartende durchschnittliche Verweildauer von 5,74 Jahren. Für die Neueintritte des Jahres 2022 wird eine Verweildauer von 7,49 Jahren vorhergesagt (Rothgang & Müller, 2024, S. 150).

Grund für diese Verlängerung der durchschnittlichen Verweildauer ist die Zunahme der Pflegeinzidenz von jüngeren Personen mit geringerer Beeinträchtigung (d. h. niedrigem Pflegegrad). Es liegt also keine eigentliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation bzw. Lebenserwartung von Pflegebedürftigen vor, sondern der Effekt ist darauf zurückzuführen, dass Anträge auf Pflegeleistungen „früher“ gestellt werden, mit der Folge, dass die Population der Pflegebedürftigen im Durchschnitt zunehmend jünger und weniger beeinträchtigt ist und daher länger (in Pflegebedürftigkeit) leben wird.

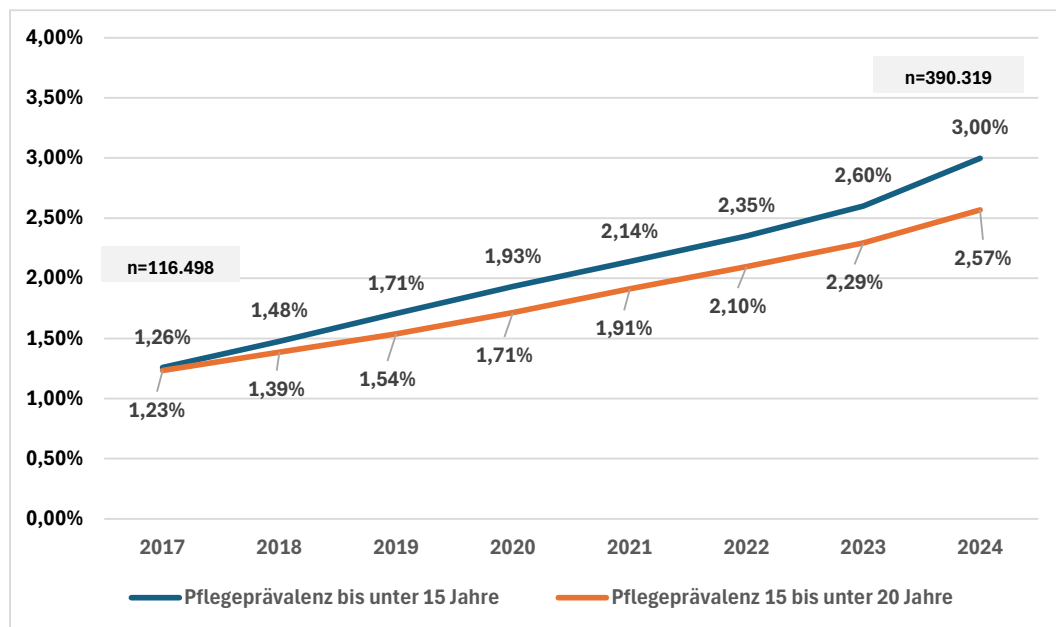
3.1.5 Entwicklung der Pflegeprävalenz und -inzidenz bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche bzw. junge Erwachsene (bis unter 20 Jahre)¹⁴ machen nur einen kleinen Teil der Gesamtpopulation der Pflegebedürftigen aus: Im Jahre 2024 waren etwa 390.000 Personen unter 20 Jahren Leistungsbeziehenden, entsprechend einem Anteil von 6,9 %. Die Mehrzahl der Betroffenen ist jünger als 15 Jahre (ca. 300.000, 5,4 %).

Die Pflegeprävalenz von unter 20-Jährigen ist seit der Reform von 2017 noch deutlich stärker gestiegen als in der Gruppe der älteren Erwachsenen (Abbildung 6): Bei den unter 15-jährigen stieg die Prävalenz von 1,26 % auf 3,00 % (plus 138 %), bei den 15- bis unter 20-jährigen hat sie sich ebenfalls mehr als verdoppelt (von 1,23 % auf 2,57 %, plus 108 %). Absolut hat die Zahl der Pflegebedürftigen unter 20 Jahren von 2017 bis 2024 um fast 275.000 Personen zugenommen.

¹⁴ Die amtlichen Statistiken zu den Leistungsbeziehenden der Pflegeversicherung sowie zu den SPV-/GKV-Versicherten erlauben nur eine Differenzierung nach Personen bis unter 15 Jahren und von 15 bis unter 20 Jahren. Die Altersgrenze 18 Jahre ist somit nicht darstellbar.

Abbildung 6: Entwicklung der Pflegeprävalenz bei Kindern (bis unter 15 Jahre) und Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen (bis unter 20 Jahre) im Zeitraum 2017 bis 2024



Quelle: IGES nach amtlicher Pflegestatistik (BMG, 2025a), GKV-/SPV-Versicherte gem. KM6

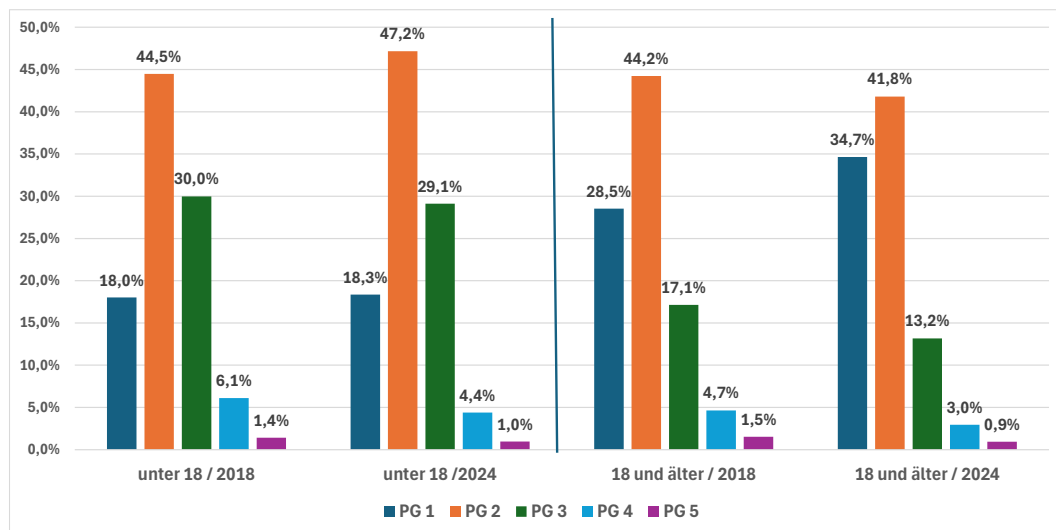
Auch bei den Kindern und Jugendlichen ist der Anstieg der Pflegeprävalenz Ausdruck der starken Zunahme von Erstanträgen auf Pflegeleistungen. Gemäß der Begutachtungsstatistik des MD Bund haben sich die Erstbegutachtungen von Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr im Zeitraum 2018 bis 2024 verdoppelt (von ca. 40.000 auf ca. 81.000).

Im Unterschied zu der Situation bei den älteren Erwachsenen ist der Anteil von Antragstellenden, der einen Pflegegrad erhält, in dem betrachteten Zeitraum konstant bei knapp 88 % geblieben.

Der Einfluss der ausgeprägten Prävalenzsteigerung bei den Kindern und Jugendlichen auf die Pflegeprävalenz insgesamt ist wegen der kleinen absoluten Zahl von Betroffenen jedoch begrenzt: Wäre die Pflegeprävalenz der unter 20-jährigen im Jahr 2024 auf dem Niveau von 2017 geblieben, dann hätte die Pflegeprävalenz insgesamt in 2024 bei 7,3 % gelegen, statt der realen 7,6 %. In absoluten Zahlen beträgt die Differenz etwa 220.000 Menschen unter 20 Jahren, die in 2024 „zusätzlich“ Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Die Verteilung der nach einer Erstbegutachtung erreichten Pflegegrade der Versicherten unterscheidet sich zwischen den Antragstellern unter 18 Jahren und den älteren Personen (Abbildung 7).

Abbildung 7: Verteilung der Pflegebedürftigen nach Erstbegutachtung (ambulante Leistungen) nach Pflegegraden im Vergleich 2018 zu 2024: Pflegebedürftige unter 18 Jahren (links) und ab 18 Jahren (rechts)



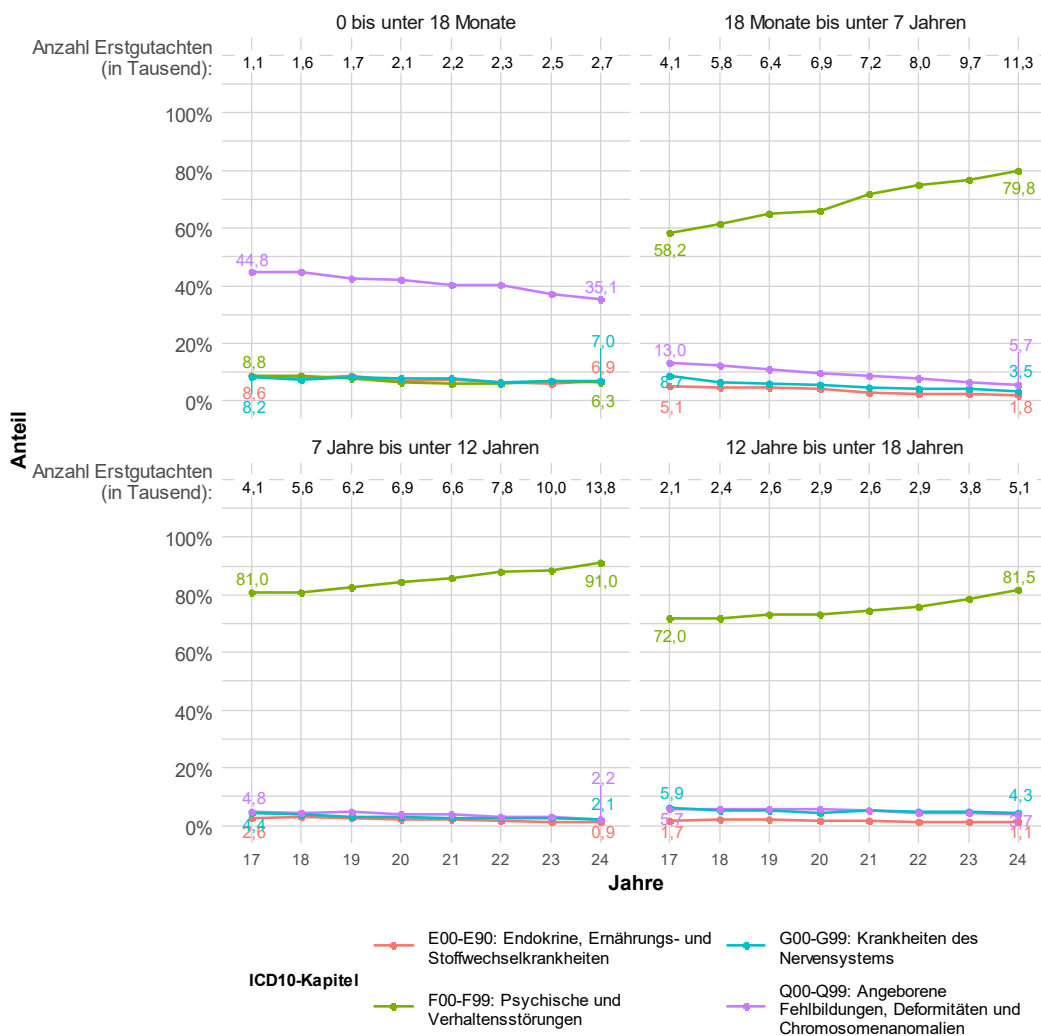
Quelle: IGES nach MD Bund Begutachtungsstatistik 2018, 2024 (MD Bund, 2025a)

Von den Versicherten unter 18 Jahren, die nach einer Erstbegutachtung einen Pflegegrad erhalten, entfällt ein deutlich größerer Anteil auf den PG 3 und auch PG 4 ist im jeweiligen Jahr stärker besetzt. Im Zeitvergleich 2024 zu 2018 ist bei den älteren Versicherten eine nennenswerte Verschiebung der Verteilung zu erkennen: Der Anteil im PG 1 nimmt um mehr als sechs Prozentpunkte zu, die Anteile aller anderen Pflegegrade sinken. Bei den Kindern und Jugendlichen sind die Verschiebungen weniger ausgeprägt. Hier ist vor allem eine Zunahme des PG 2 um 2,7 Prozentpunkte zu beobachten, wogegen der Anteil des PG 4 von 6,1 % auf 4,4% sinkt.

Die Pflegeprävalenz bei Kindern und Jugendlichen wird – abgesehen von den sehr jungen Versicherten (bis unter 18 Monate) – sehr stark durch Beeinträchtigungen aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen geprägt. Auf Basis einer Analyse der vom MD Bund zur Verfügung gestellten Daten sind in Abbildung 8 die Anteile der ICD-10 Kapitel F (psychische und Verhaltensstörungen), E (Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen), G (Krankheiten des Nervensystems) und Q (Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien) an den pflegebegründenden Diagnosen für verschiedene Altersgruppen bei Erstanträgen mit Einstufung in PG 2 für die Jahresscheiben 2017 bis 2024 dargestellt. Die Diagnosen des F-Kapitels sind ab der Altersgruppe der 2- bis 7-Jährigen die mit Abstand häufigsten pflegebegründenden Diagnosen. Für die Kinder und Jugendlichen ab zwei Jahren zeigt sich ferner in allen Altersgruppen ein deutlicher Anstieg im Anteil der Diagnosen aus dem F-Kapitel von 2017 bis 2024, insbesondere in der Altersgruppe der 2- bis 7-Jährigen. Dagegen nehmen Diagnosen des Q-Kapitels anteilig über die Zeit leicht ab – dieses Kapitel des ICD-10 stellt bei den unter 2-

Jährigen die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen. Für die Erstanträge mit Einstufung in PG 1 und PG 3 zeigt sich das gleiche Muster der Befunde (Anhang 6.1.3).

Abbildung 8: Anteil von pflegebegründenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen im PG 2



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund
 Anmerkung: Analyse B2 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts

Nach dem Pflerereport des MD Bund (2025b) sind folgende Einzeldiagnosen innerhalb der pflegebegründenden Diagnosen aus dem F-Kapitel des ICD 10 am häufigsten: Hyperkinetische Störungen (F90), tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84) und kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83). Bei den hyperkinetischen Störungen handelt es sich vor allem um das Krankheitsbild der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störung (ADHS), unter F84 werden u.a. die verschiedenen Formen von autistischen Störungen codiert, wogegen F83 im

ICD als eine „Restkategorie“ definiert ist, die bei Störungen vergeben werden soll, „[...] bei denen eine gewisse Mischung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und motorischer Funktionen vorliegt, von denen jedoch keine so dominiert, dass sie eine Hauptdiagnose rechtfertigt.“ (Göbel et al., 2018)

Angesichts der Dominanz von psychischen und Verhaltensstörungen als pflegebe-
gründenden Diagnosen ist damit zu rechnen, dass die große Mehrheit der pflege-
bedürftigen Kinder und Jugendlichen eine sehr lange Verweildauer in Pflegebe-
dürftigkeit aufweisen wird. Verglichen mit den älteren Erwachsenen ist die Zahl
von Versicherten unter 18 Jahren, die jährlich neu pflegebedürftig werden, zwar
klein, unter der Perspektive einer möglicherweise sehr langen Verweildauer stellt
sie jedoch einen relevanten Einflussfaktor auf die zukünftige Entwicklung der Pfl-
egeprävalenz und der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung dar. Im vorigen Ab-
schnitt 3.1.4 wurde bereits erläutert, dass die Zunahme von pflegebedürftigen
Menschen in jüngerem Alter die Ursache für die insgesamt steigenden Verweildau-
ern ist (Rothgang & Müller, 2024). In Abschnitt 3.2.6 werden mögliche Hinter-
gründe für die Zunahme von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen mit psy-
chischen und Verhaltensstörungen erörtert. Dabei wird auch diskutiert, inwieweit
das Begutachtungsinstrument in dieser Altersgruppe möglicherweise aufgrund
von methodischen Defiziten zu der Zunahme beiträgt.

3.1.6 Vorläufiges Fazit zur Entwicklung der Pflegeprävalenz

Mit Blick auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz bei Erwachsenen ist festzuhal-
ten:

- ◆ Die Zunahme der Pflegeprävalenz im Zeitraum 2017 bis 2024 geht vor al-
lem auf das deutliche Wachstum der Erstanträge auf ambulante Pflege-
leistungen zurück, die zu einem entsprechenden Wachstum vor allem von
Leistungsbeziehenden im Pflegegrad 1 sowie in geringerem Maße im Pfl-
egegrad 2 geführt hat.
- ◆ Besonders ausgeprägt ist die Zunahme der erstmaligen Begutachtungen
bei Menschen in jüngeren Altersgruppen, mit der Folge, dass der Anteil
der jüngeren Altersgruppen (unter 65 Jahren) an den Neueintritten in
Pflegebedürftigkeit seit der Pflegereform auf inzwischen (2024) fast ein
Viertel gewachsen ist.
- ◆ Folge des vermehrten Eintritts von jüngeren und weniger beeinträchti-
gten Menschen ist eine zunehmend längere Verweildauer in Pflegebedürf-
tigkeit bzw. im Leistungsbezug. Ein darüber hinaus gehender Effekt einer
tatsächlichen und im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überproportio-
nalen Verlängerung der Lebenserwartung von pflegebedürftigen Men-
schen hätte – falls er existierte – nur geringen Einfluss auf die Entwicklung
Pflegeprävalenz im analysierten Zeitraum gehabt. Als Konsequenz der
ausgeprägten Zunahme der Neueintritte in jüngeren Altersklassen nimmt
die Zahl der Neueintritte in den höchsten Altersklassen ab, weil immer

mehr Menschen bereits einen Pflegegrad haben, wenn sie dieses Alter erreichen.

- ◆ Bei den Kindern und Jugendlichen hat die Pflegeprävalenz noch erheblich stärker zugenommen. Ursache ist auch hier ein starkes Anwachsen der Erstanträge auf ambulante Leistungen, wobei vor allem psychische und Verhaltensstörungen als pflegebegründende Diagnosen eine herausragende Rolle spielen.

3.2 Einfluss- und Treiberfaktoren auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz

Die Ergebnisse zu den möglichen Einfluss- und Treiberfaktoren für die Entwicklung der Pflegeprävalenz werden im Folgenden, entlang der in Tabelle 4 in Abschnitt 2.1 dargestellten Hypothesensystematik, beschrieben. Für jeden potentiellen Treiberfaktor wird einleitend die dahinterstehende These über den angenommenen Wirkmechanismus dargestellt. Anschließend folgt die Darlegung der Evidenz aus Literaturanalyse, qualitativen Datenerhebungen und quantitativen Daten. Jeder Abschnitt schließt mit einer Bewertung der Evidenz im Hinblick auf die jeweils eingangs formulierte These.

3.2.1 Gesellschaftliche Entwicklungen und Morbiditätsentwicklungen

3.2.1.1 Extern induzierte Antragstellung und Angebotsstrukturen

THESE: Vorhandene Anlaufstellen und Angebotsstrukturen, insbesondere Leistungserbringer des SGB V und SGB XI und Beratungsangebote, induzieren im Zeitverlauf seit 2017 zunehmend eine Antragsstellung durch gezielte Hinweise auf Leistungen des SGB XI und Aufforderungen zur Beantragung eines Pflegegrads, wodurch die Pflegeinzidenz und -prävalenz ansteigen.

In der Literaturanalyse zeigen sich Hinweise darauf, dass Beratungsstrukturen im Hinblick auf die Pflegeversicherung zwischen 2019 und 2022 ausgebaut wurden (Wolff et al., 2023). Auch werden in den Erstberatungen nach § 7a SGB XI häufiger Empfehlungen zur Anpassung des Pflegegrads (42 % in 2019, 62 % in 2022) und die Vorbereitung auf die MD-Begutachtung (58 % in 2019, 65 % in 2022) thematisiert (Wolff et al., 2020; Wolff et al., 2023). Verweise aus der medizinischen Versorgung an Beratungsstellen im Vor- und Umfeld von Pflege finden dagegen eher seltener statt (Wolff et al., 2020; Wolff et al., 2023). So geben die Beratungsstellen 2019 noch zu 83 % an, dass sie zumindest manchmal Beratungsfälle aus dem Krankenhaus zugewiesen bekommen, im Jahr 2022 waren es nur noch 65 %. Hinsichtlich der Zuweisung von Ärztinnen und Ärzten haben sich diese Zahlen dagegen kaum verändert (2019 74 % vs. 2022 77 %).

Nach einer Fragebogenerhebung des MD Nordrhein (Medizinischer Dienst Nordrhein [MD Nordrhein], 2024) unter Gutachterinnen und Gutachtern im Jahr 2022 erfolgt die Antragstellung auf Pflegeleistungen bzw. auf Höherstufung des Pflegegrads am häufigsten durch das Anraten von Familie bzw. An-/ und Zugehörigen (40,4 %). Eine Initiative durch Ärztinnen und Ärzte berichten die Gutachterinnen und Gutachter für 22 % der Fälle, während nur 5 % durch einen ambulanten Pflegedienst angestoßen werden und 3 % aufgrund von Hinweisen von anderen Sozialeistungsträgern initiiert wurden. Die Studie gibt jedoch keinen Hinweis darauf, wie sich diese Verweise auf die Möglichkeit der Begutachtung über die Zeit verändert haben.

Weiterhin ist die Zahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen von 14.050 im Jahr 2017 auf 15.376 im Jahr 2021, und somit um ca. 9 %, gestiegen (Rothgang & Müller, 2024), wodurch sich ein größeres Potential auf Hinweise auf Leistungen der Pflegeversicherung ergibt.

Auch die in den qualitativen Datenerhebungen befragten Zielgruppen haben in den Jahren seit 2017 eine Ausweitung des Informationsangebots über die Möglichkeit, einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen, beobachtet. In den Interviews und der Fokusgruppe mit den Begutachtungsdiensten wird wiederholt betont, dass viele unterschiedliche und auch Akteure, die von der Bevölkerung als steuernd und leitgebend wahrgenommen werden, auf die Möglichkeit der Antragstellung hinweisen bzw. dazu auffordern würden. Genannt werden dabei v. a. Kranken- und Pflegekassen, kommunale Stellen und Leistungserbringer. So würden bspw. Anbieter von Fahrdiensten oder Krankentransporten, Akteure der Rehabilitation und Anbieter von pflegerischen Nebenleistungen (bspw. Angebote zur Unterstützung im Alltag) auf eine mögliche Finanzierung seitens der Pflegekasse hinweisen. Vereinzelt erwähnt wird zudem, dass die Unterstützung bei der Antragstellung auch ein Geschäftsmodell von Beratungsstellen sein könne.

Diese Aussagen sind konsistent mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen mit den Betroffenenverbänden, Leistungserbringerverbänden und Pflegekassen. Die Betroffenenverbände weisen zusätzlich darauf hin, dass auch Akteure, die bisher weniger mit der gesundheitlichen oder pflegerischen Versorgung zu tun haben, bspw. der ADAC oder Arbeitgeber, auf die Möglichkeit der Beantragung von Pflegeleistungen hinweisen würden. Zudem hätte sich die Beratung zum Thema Pflege deutlich verbessert. Die Pflegekassen betonen zudem, dass der „Markt für die Pflege“ größer werde, es also mehr Akteure gebe, die profitierten und damit auch auf ihr Leistungsangebot hinweisen würden. Ferner sei die Pflegeberatung durch den Gesetzgeber gestärkt worden. Auch die Leistungserbringerverbände betonen, dass es leichter geworden sei, Informationen zur Pflegeversicherung zu erhalten.

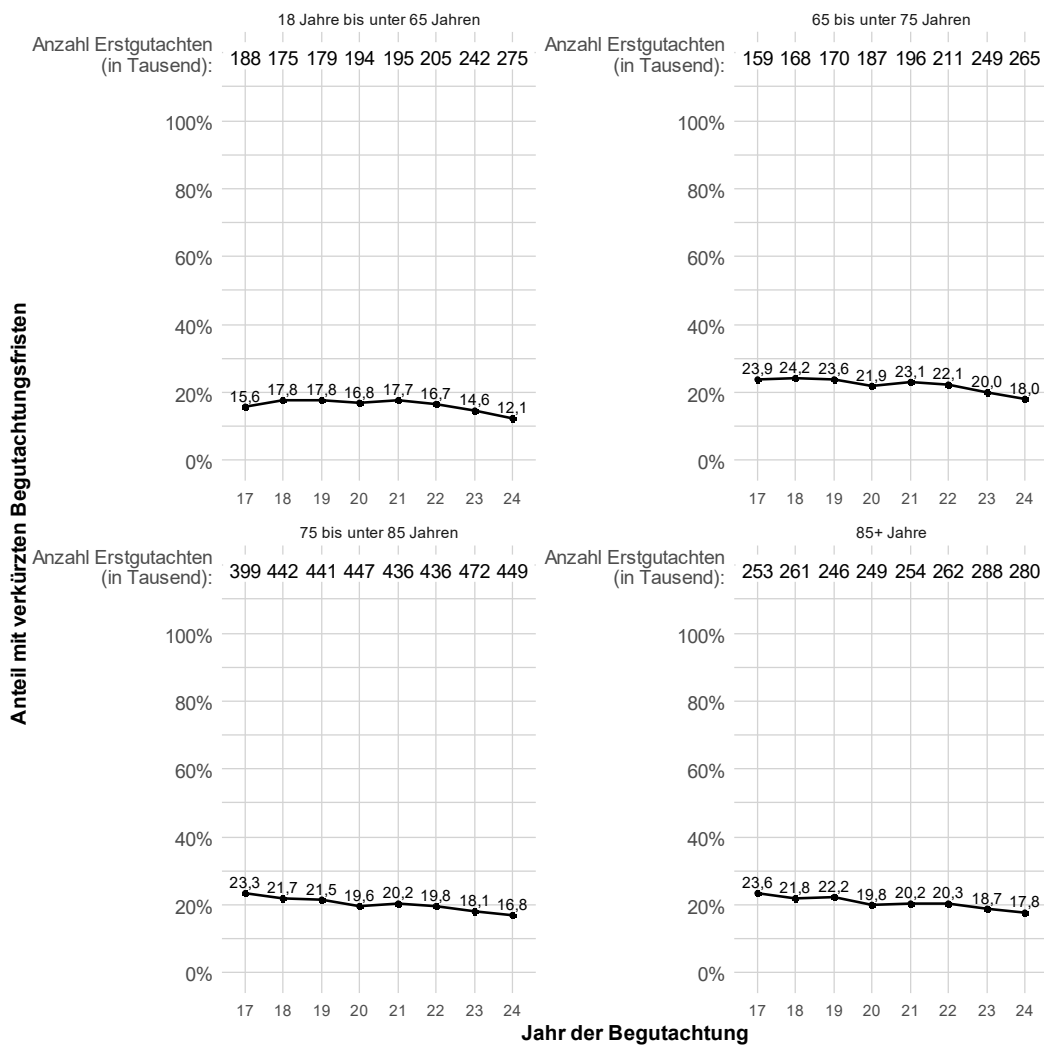
Mit den quantitativen Daten lassen sich keine direkten Analysen zur Initiierung oder Zuweisung zur Antragstellung durchführen. Jedoch kann die zeitliche Entwicklung der Veranlassung von Begutachtungen aus dem akutstationären bzw. stationär-rehabilitativen Kontext anhand der Erstgutachten mit verkürzten Begutachtungsfristen untersucht werden (Abbildung 9). Entsprechende Anträge können

gestellt werden, wenn sich die betroffene Person in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung befindet¹⁵ (§ 18a Abs. 5 SGB XI). In allen analysierten Altersgruppen zeigt sich dabei eine anteilige Abnahme der Erstgutachten mit verkürzter Begutachtungsfrist an allen Erstgutachten von etwa 3 bis 6 Prozentpunkten bei einer insgesamt steigenden Anzahl an Erstgutachten von 2017 bis 2024. Während die absolute Anzahl der Erstgutachten mit verkürzter Begutachtungsfrist für die jüngeren Altersgruppen zunimmt (18 – 65 Jahre: 29.357 – 33.427; 65 – 75 Jahre: 38.021 – 47.623) und für die älteren Altersgruppen leicht sinkt (75 – 85 Jahre: 93.189 – 75.418; 85+ Jahre: 59.547 - 49.995), nimmt deren relative Bedeutung in allen Altersgruppen innerhalb aller Erstgutachten ab. Das Ergebnis spricht nicht dafür, dass eine Zuweisung aus dem stationären Bereich eine im Vergleich zu anderen Antragstellungen über die Zeit zunehmende Bedeutung für die steigende Pflegeprävalenz hat.

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen der Literaturanalyse, der qualitativen Datenerhebungen und der quantitativen Daten ableiten, dass nicht nur die generelle Verfügbarkeit von Informationen über die soziale Pflegeversicherung und die Möglichkeit der Antragstellung – insbesondere durch das Internet – stark zugenommen hat, sondern auch die „aktive Informationsweitergabe“ durch Institutionen und Akteure des Gesundheitswesens sowie angrenzender Bereiche. Das Ausmaß des Einflusses dieser Entwicklung auf die steigende Pflegeprävalenz lässt sich nicht quantifizieren. Auch kann aus den Befunden nicht abgeleitet werden, welche Bereiche oder Akteure in Bezug auf die vermehrten Hinweise auf die Möglichkeit der Antragstellung eine besonders große Rolle spielen.

¹⁵ § 18a Abs. 5 SGB XI ordnet dem auch Personen zu, die sich in einem Hospiz bzw. der Palliativversorgung befinden. Diese spielen bei Erstgutachten allerdings eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 9: Anteil der Erstgutachten mit verkürzten Begutachtungsfristen nach Altersgruppen



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund
 Anmerkung: Analyse B3 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts

3.2.1.2 Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit

THESE: Pflegebedürftigkeit wird seit dem Jahr 2017 zunehmend weniger als schamhaft, sondern als „normale“ Folge von altersbedingter Verschlechterung der Gesundheit angesehen. Aus diesem Grund stellen mehr Menschen zu einem früheren Zeitpunkt einen Antrag auf Pflegeleistungen.

In der Literatur gibt es keine publizierten Studien, die die Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit oder die Einstellung zur Pflegbedürftigkeit in der Bevölkerung direkt untersuchen. Auch können aus den quantitativen Daten keine Befunde zu der Thematik abgeleitet werden.

In den Interviews und der Fokusgruppe mit den Begutachtungsdiensten wird angegeben, dass aufgrund der demographischen Entwicklung fast jede Person einen pflegebedürftigen Menschen kenne und somit Pflegebedürftigkeit „normalisiert“ werde. Eine geringere Schambehaftetheit würde sich auch dadurch ausdrücken, dass inzwischen der Pflegedienst nicht mehr angehalten würde, „um die Ecke zu parken“. Auch bestünde allgemein eine höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfen bei Krankheit und von Sozialleistungen. Generell wird angemerkt, dass durch häufigere (globale) Krisensituationen eine Unsicherheit über das Bestehenbleiben der sozialen Sicherungssysteme bestehe, was zu einer frühzeitigen „präventiven“ Antragstellung führe. Die Leistungserbringerverbände merken zusätzlich an, dass mit dem Generationenwechsel die Hemmschwelle sinken würde, einen Antrag zu stellen, um „es einfach mal zu probieren“. Auch die Pflegekassen bestätigen, dass eine Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit in den letzten Jahren stattgefunden habe. Von den Betroffenenverbänden wird von einem „Sinneswandel“ in den letzten Jahren berichtet, wodurch Pflegebedürftigkeit weniger schambesetzt sei. Früher wollten die Leute dem Staat eher nicht zur Last fallen, was sich nun geändert habe.

Demnach wird die These der Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit seitens aller befragten Akteursgruppen in qualitativen Datenerhebungen gestützt. Das Ausmaß des Einflusses auf den Anstieg der Pflegeinzidenz und -prävalenz lässt sich jedoch nicht quantitativ abschätzen.

3.2.1.3 Verringerung der Pflege durch Angehörige

THESE: Durch die Verringerung der Pflege durch Angehörige oder des Potentials von Pflege durch Angehörige seit 2017 werden mehr Anträge auf Pflegeleistungen gestellt und mehr Pflegeleistungen bezogen. Dadurch steigen die Pflegeinzidenz und -prävalenz.

Aus der Literaturanalyse lässt sich die These für den kurzen Zeitraum von 2017 bis 2024 nicht stützen. Zwar gibt es von 2002 bis 2023 eine Abnahme im Anteil an Haushalten, in denen Eltern mit ihren Kindern am gleichen Ort wohnen, von 66 % auf 55 %, jedoch ist der Anteil auf dem niedrigeren Niveau bereits seit 2014 relativ stabil, so dass die Veränderung der Wohnentfernung zwischen den Generationen eher vor 2017 stattfand (Bünning & Svinth, 2025) auf Basis des Deutschen Alterssurveys 2002 - 2023). Gleichzeitig gibt es klare Evidenz für eine anteilige Zunahme der Pflege durch Angehörige. So berichten Rothgang und Müller (2024), dass die Zahl der Pflegepersonen, für die Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden, gestiegen ist. Auch ist der Anteil der Pflegegeldbeziehenden unter den Pflegebedürftigen von 51 % im Jahr 2017 auf 55 % im Jahr 2023 gestiegen (Rothgang et al., 2025).

Die Frauenerwerbstätigkeit ist von 72 % im Jahr 2017 auf 74 % im Jahr 2024 (Eurostat, 2025) gestiegen, was für ein zunehmend geringeres Potential der Pflege durch Frauen im Erwerbsalter sprechen kann. Allerdings erfolgt dies im Rahmen

eines kontinuierlichen Anstiegs und kann daher nicht entscheidender Treiber der Entwicklungen zwischen 2017 und 2024 gewesen sein.

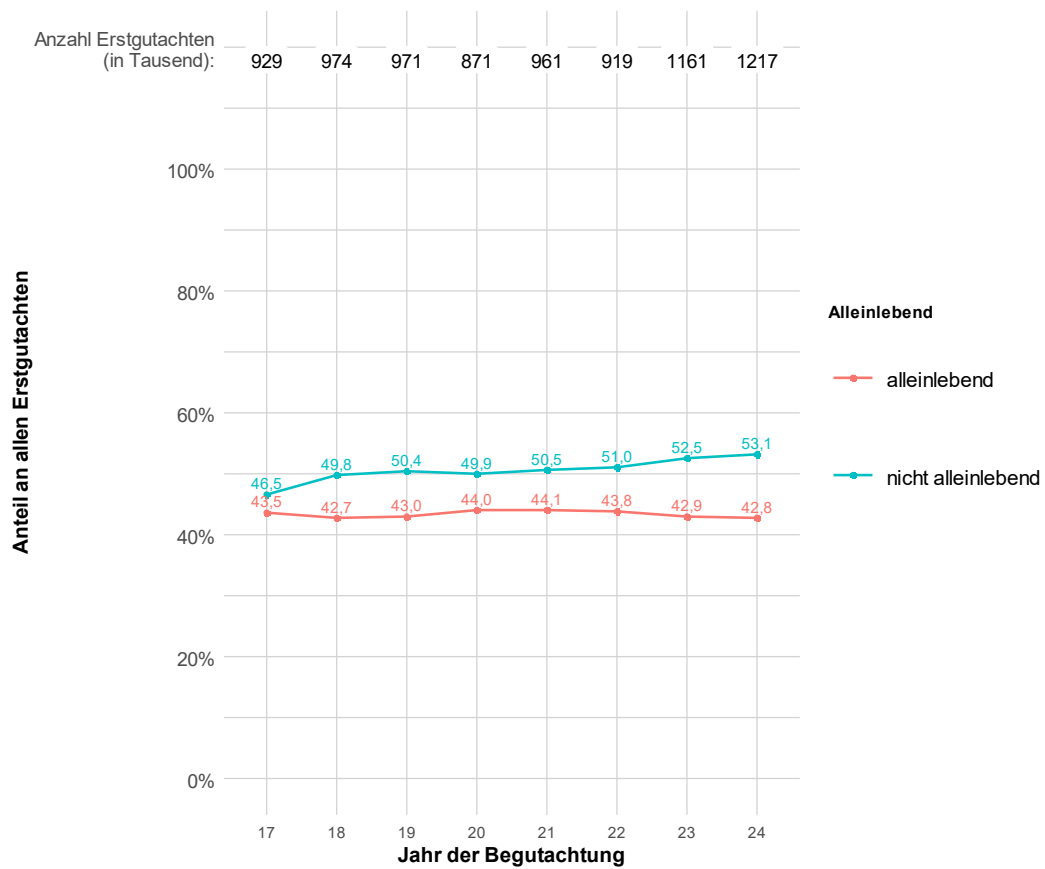
Analysen von Begutachtungsdaten zeigen, dass Alleinlebende zwar häufiger als Nicht-Alleinlebende einen Antrag stellen, dieser Antrag aber weniger häufig bewilligt wird (Tesch-Römer et al., 2023; Blüher et al., 2023). Da jedoch kein relevanter Anstieg von Ein-Personen-Haushalten im Zeitraum von 2020 (41 %) bis 2024 (42 %) beobachtet werden kann (Destatis), ist nicht davon auszugehen, dass durch die vermehrte Antragstellung von Alleinlebenden im Vergleich zu Nicht-Alleinlebenden die Entwicklung der Pflegeinzidenz und -prävalenz von 2017 bis 2024 beeinflusst wurde.

Die Antragstellung nach Wohnsituation wurde auch anhand der Daten des MD-Bund analysiert. Abbildung 10 zeigt, dass der Anteil der Erstgutachten von alleinlebenden Antragsstellenden von 2017 bis 2024 relativ stabil bei ca. 43 % liegt, während der Anteil an Erstgutachten von nicht alleinlebenden Antragstellenden um knapp 7 Prozentpunkte ansteigt. Da die Zahl der Erstgutachten insgesamt über den Zeitverlauf steigt, steigen zwar auch die absoluten Zahlen der Anträge von Alleinlebenden, jedoch zeigt sich mit Blick auf die These keine anteilige Zunahme an Erstgutachten von alleinlebenden Personen.

Die Bewilligungsrate¹⁶ der Erstgutachten von alleinlebenden und nicht alleinlebenden Antragstellenden ist in Abbildung 11 dargestellt. Bei den Alleinlebenden ist eine relativ konstante Bewilligungsrate von knapp 78 % und bei den nicht alleinlebenden Personen eine leichte Abnahme der Bewilligungsrate von ca. 85 % auf 83 % zu beobachten. Zusammengenommen werden zwar absolut seit 2017 mehr Anträge von alleinlebenden Personen gestellt (404.401 auf 520.917) und bewilligt (302.754 auf 405.774), da die Zahl der Anträge von 2017 bis 2024 gestiegen ist. Relativ kommt den Anträgen von Alleinlebenden aber keine zunehmende Bedeutung beim Anstieg der Pflegeinzidenz und -prävalenz über die Zeit zu.

¹⁶ Aus der Begutachtung durch die MD geht zunächst nur eine Empfehlung aus. Die eigentliche Bewilligung erfolgt erst durch die Pflegekasse. Da zu erwarten ist, dass nur in einer vernachlässigbaren Anzahl an Fällen die Empfehlung nicht zu einer Bewilligung führt, wird daher im Folgenden auch im Bezug zu Begutachtungen von „Bewilligungen“ gesprochen.

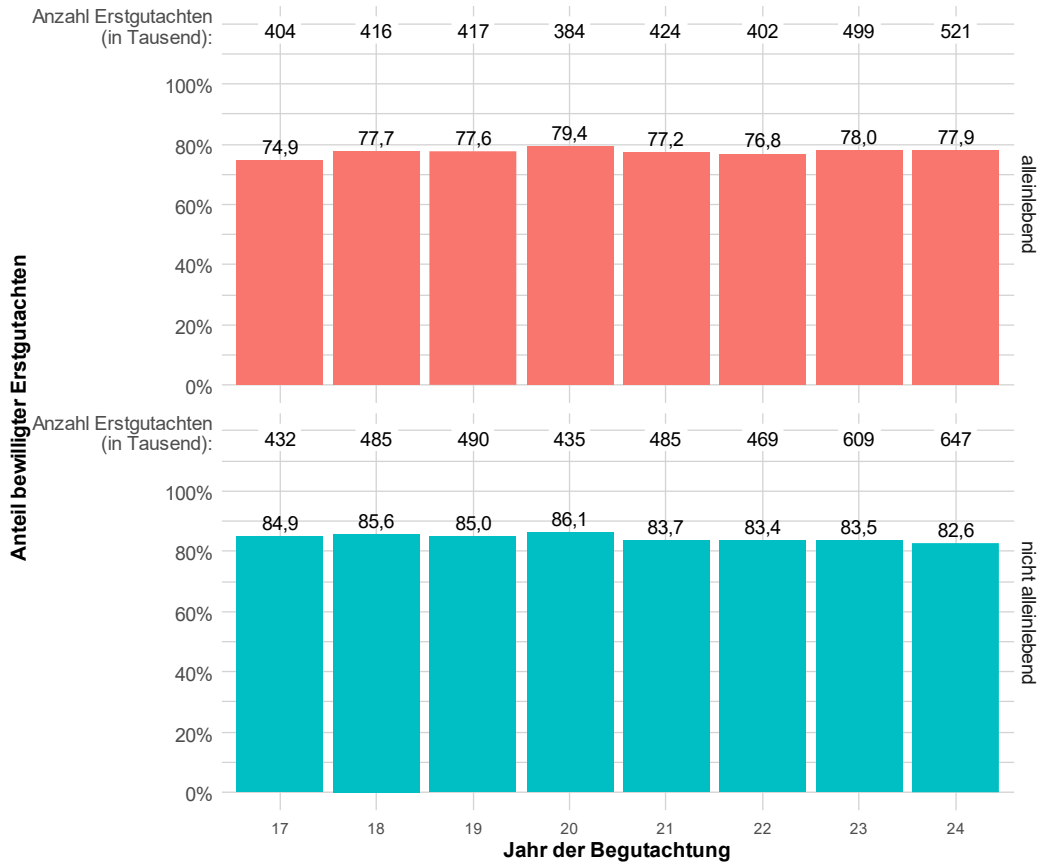
Abbildung 10: Anteil der Erstgutachten nach ambulanter Wohnsituation



Quelle: IGES auf Basis von Analyse des MD Bund

Anmerkung: Analyse B4 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; Nur Erstgutachten mit dokumentierter Wohnsituation; Anteile summieren sich nicht auf 100 %, da nur ambulante Wohnsituationen betrachtet wurden

Abbildung 11: Bewilligungsrate der Erstgutachten nach ambulanter Wohnsituation



Quelle: IGES auf Basis von Analyse des MD Bund

Anmerkung: Analyse B4 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; Nur Erstgutachten mit dokumentierter ambulanter Wohnsituation

Während die Erkenntnisse der Literaturanalyse und der quantitativen Daten die aufgeworfene These demnach nicht stützen, wird das (zukünftig) verringerte Potential der Angehörigenpflege in den qualitativen Datenerhebungen häufig thematisiert. In der Fokusgruppe mit den Pflegekassen wird angemerkt, dass die Zahl der Familienangehörigen gesunken sei und daher „weniger Schultern, um Lasten zu tragen“ zur Verfügung stünden. Gleichzeitig wird von den Pflegekassen auch darauf verwiesen, dass die im Zeitverlauf zunehmende Inanspruchnahme von Pflegegeld der These der Reduktion von Angehörigenpflege entgegenstünde. Laut den Betroffenenverbänden würden eine Zunahme an Ein-Personen-Haushalten und die größer werdende Wohnentfernung von Kindern und Eltern zu mehr beziehungsweise einem früheren Bedarf an externer Unterstützung führen. Ähnlich äußern sich auch die Leistungserbringerverbände, wobei auch angemerkt wird, dass die Bereitschaft zur Pflege unter Angehörigen trotzdem weiterhin hoch sei. Auch in den Interviews und der Fokusgruppe mit den Begutachtungsdiensten werden

die genannten Themen ähnlich bewertet. Ein verringertes Potential in der Angehörigenpflege sei jedoch vor allem zukünftig ein Problem.

Zusammenfassend gibt es derzeit keine Evidenz für eine Verringerung der Pflege durch An- und Zugehörige, so dass die Entwicklung der Pflegeprävalenz von 2017 bis 2024 dadurch nicht beeinflusst sein kann. Aufgrund demographischer Entwicklungen ist jedoch davon auszugehen, dass das Potential für eine Pflege durch Angehörige durch kleinere Familien zukünftig sinkt.

3.2.1.4 Ökonomische Einflussfaktoren und regionale Unterschiede

THESE: Die Beantragung von Pflegeleistungen erfolgt zunehmend aus ökonomischen Gründen. Der Anstieg der Pflegeinzidenz und -prävalenz wird auch durch eine Verschlechterung der Einkommenssituation der Bevölkerung getrieben.

In der Literatur findet sich keine klare Evidenz für einen Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation von Haushalten und der Beantragung von Pflegeleistungen. Insgesamt wird über einen leichten Anstieg der Armutsgefährdung in der älteren Bevölkerung berichtet. So stieg der Anteil armutsgefährdeter Personen ab 65 Jahren von 17 % (2017; Destatis, 2026b) auf 19 % (2024; Destatis, 2026a).

Mit den Daten des SOEP hat Geyer et al. (2023) aufgezeigt, dass die bedarfsgewichteten Einkommensunterschiede zwischen Haushalten mit pflegebedürftigen Menschen und ohne pflegebedürftige Menschen gering sind und dies teilweise auf Transferleistungen zurückzuführen ist. Dies lässt die Interpretation zu, dass der Bezug von Pflegegeld dazu beiträgt Einkommenseinbußen auszugleichen, die Haushalte mit pflegebedürftigen Angehörigen ansonsten zu gewärtigen hätten. Dies entspräche den Zielen dieser Leistung der Pflegeversicherung.

Hinweise auf einen Zusammenhang von ökonomischer Situation und dem Bezug von Pflegeleistungen ergeben sich vor allem aus Regionalanalysen zu Pflegeprävalenzen und Antragsverhalten, die tendenziell eine höhere Pflegeprävalenz und mehr Antragstellungen in einkommensschwächeren Regionen aufzeigen (Schütz & Schmitz, 2023; Schwinger et al., 2024; Haeger et al., 2024; Jürchott et al., 2026). Ein stärkerer Anstieg der Pflegeinzidenz ist zudem eher in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern zu beobachten (Rothgang & Müller, 2024). Die Korrelation von distalen Regionsmerkmalen, die teilweise auf Bundeslandebene die Einkommensstärke einer Region abbilden, wird jedoch nur teilweise der Fragestellung nach dem Einfluss der ökonomischen Situation auf die Beantragung von Pflegeleistungen gerecht. Auch wird in den zitierten Studien zwar häufig für die Alters- und Geschlechtsstruktur der jeweiligen Bevölkerung adjustiert, jedoch kann eine Konfundierung der Einkommensstärke der Bevölkerung mit deren Morbidität als Grund für eine höhere Pflegeprävalenz nicht ausgeschlossen werden.

Mit den quantitativen Daten des MD-Bund lässt sich näherungsweise auf Bundeslandebene (MD-Zuständigkeitsbereich) die Veränderung des Anteils der Erstgutachten bezogen auf die Bevölkerung der gesetzlich Versicherten nach

Altersgruppen abbilden (Abbildung 26, Abbildung 27, Abbildung 28 und Abbildung 29 im Anhang 6.1.1.1). Die Ergebnisse replizieren die beschriebenen Befunde von einem tendenziell stärkeren Anstieg des Anteils an Erstgutachten in einkommensschwächeren Bundesländern. Die erwähnten Limitationen der Konfundierung von Morbidität und der distalen Messung der ökonomischen Situation auf Bundeslandebene treffen jedoch auch auf diese Analyse zu.

In den qualitativen Datenerhebungen wird von allen befragten Zielgruppen ein Zusammenhang zwischen ökonomischer Situation und Antragstellung vermutet, möglicherweise vermittelt durch eine höhere Morbidität in stärker benachteiligten sozialen Schichten. Die Betroffenenverbände geben in diesem Zusammenhang an, dass Pflege oft mit Armut einher gehe und daher pflegende Angehörige auch aus finanziellen Nöten heraus einen Antrag stellen würden. Auch unter den Pflegekassen wird thematisiert, dass Krankheitslast und ökonomische Last zusammenhängen und sich der soziale Status auch auf Pflegebedürftigkeit auswirke. Ergänzend wird von den Leistungserbringerverbänden angemerkt, dass das mit dem Pflegegrad steigende Pflegegeld auch ökonomische Anreize setze. Die genannten Punkte werden auch in der Fokusgruppe und den Interviews mit den Begutachtungsdiensten aufgegriffen. So habe eine zunehmend schlechtere finanzielle Situation vieler Menschen, v. a. im Hinblick auf Altersarmut, auch einen Einfluss auf Morbidität und Pflegebedürftigkeit. Auch würden steigende Lebenshaltungskosten eine gesunde Ernährung und die Finanzierung von notwendigen Leistungen, die die Kranken- oder Pflegekassen nicht erstatten, erschweren. Insgesamt wird in den qualitativen Datenerhebungen die Attraktivität des Pflegegelds als Leistung der Pflegekasse hervorgehoben.

Zusammenfassend gibt es zwar Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang zwischen ökonomischer Situation und Antragstellung auf Pflegeleistungen, jedoch fehlt eine solide Datengrundlage, die die Konfundierung mit demographischen Faktoren und Morbidität adäquat berücksichtigt. Es lässt sich demnach nicht klar bewerten, inwiefern ökonomische Faktoren zum Anstieg der Pflegeinzidenz und -prävalenz beitragen.

3.2.1.5 Inanspruchnahme durch die Bevölkerung mit Migrationsgeschichte

THESE: Eine zunehmende Akkulturation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund führt zu mehr Antragstellungen auf Pflegeleistungen, da u. a. weniger familiäre Pflege stattfindet. Damit kommt es zu einem Anstieg der Pflegeinzidenz und -prävalenz.

Laut einem Forschungsbericht des BAMF (Kohls, 2012) kann der Migrationshintergrund einerseits aufgrund fehlenden Wissens über das Gesundheitssystem sowie Sprachbarrieren eine Zugangsbarriere zu Pflegeleistungen sein und andererseits aufgrund häufigerer Tätigkeit in physisch anspruchsvollen Berufen und geringerem sozialen Status ein Risiko für Pflegebedürftigkeit darstellen. Beispielhaft lässt sich die These der „Akkulturation“ anhand türkischstämmiger Einwandererfamilien darstellen. Laut Mogar und Kutzleben (2015) dominiert unter den

türkischstämmigen Migranten der ersten Generation die Pflege durch Familienangehörige. In den nachfolgenden Generationen könnte eine zunehmende Angleichung an die deutsche Mehrheitsbevölkerung erfolgen, d. h. eine Zunahme der Bereitschaft professionelle Pflege in Anspruch zu nehmen und damit auch eine wachsende Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung. Gleichzeitig zeigt ein Bericht der Agentur für Arbeit, dass zunehmend mehr Menschen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit in Pflegeberufen beschäftigt sind (2014: 85.000; 2024: 307.000; Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2025). Dies könnte einen erleichterten Zugang zum Pflegesystem in der jeweiligen Community schaffen.

Konkrete Studien zum Zusammenhang von Migrationsgeschichte und Pflegeprävalenz oder Beantragung von Pflegeleistungen wurden in der Literaturanalyse jedoch nicht identifiziert. Die Evaluation der Pflegeberatung zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI derzeit unterrepräsentiert sind, sie machten im Jahr 2022 nur 6 % des Beratungsaufkommens aus (Wolff et al., 2023). Gleichzeitig wurden zwischen 2019 und 2022 Beratungsstrukturen im Vor- und Umfeld von Pflege mit Spezialisierung auf diese Zielgruppe ausgebaut (Wolff et al., 2023). Letzteres weist trotz der geringen Inanspruchnahme des Beratungsangebots nach § 7a SGB XI auf eine zunehmende Verfügbarkeit von Informationen zur Pflegeversicherung für Menschen mit Migrationshintergrund hin.

In den qualitativen Datenerhebungen unter den Begutachtungsdiensten wird zudem häufig angemerkt, dass die seit dem Jahr 2015 aus Kriegs- und Krisengebieten eingewanderten Menschen nach fünf bis sechs Jahren Anspruch auf Sozialleistungen hätten und gleichzeitig häufiger psychische Problemlagen, wie eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), mitbrächten, die eine Pflegebedürftigkeit begründen könnten. Zudem hätten die aufgrund des Krieges in der Ukraine geflüchteten Menschen bereits frühzeitig Ansprüche auf Sozialleistungen und würden diese auch in Anspruch nehmen. In diesem Kontext wird aber auch darauf hingewiesen, dass dies nur Eindrücke der Gutachterinnen und Gutachter seien und es dafür bisher keine konkreten Zahlen gäbe. Die Leistungserbringerverbände geben zudem an, dass der gesamtgesellschaftliche Wertewandel in Bezug auf die steigende Inanspruchnahme von Sozialleistungen auch Menschen mit Migrationshintergrund betreffe und es immer mehr spezialisierte interkulturelle Angebote im Bereich Pflege für diese Personengruppe gebe. In den Fokusgruppen mit den Pflegekassen und Betroffenenverbänden wird das Thema von den Teilnehmenden dagegen nicht angesprochen.

Die quantitativen Daten können für die Beantwortung der These nicht herangezogen werden.

Zusammenfassend bietet die Studienlage keine ausreichende Evidenz für eine Bewertung der Frage, ob die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung unter Menschen mit Migrationshintergrund zunimmt und dies somit ein Treiber für die Pflegeinzidenz und -prävalenz sein kann.

3.2.1.6 Veränderte Morbiditätsentwicklung

THESE: Pflegebedürftigkeit nimmt aufgrund einer über die demographische Entwicklung hinausgehenden ungünstigen Morbiditätsentwicklung zwischen 2017 und 2024 zu.

Die Frage der Morbiditätskompression oder -expansion wird kontinuierlich erforscht, wobei es weder für die eine noch die andere Hypothese eine klare Evidenz gibt. Nowossadeck et al. (2024) zeigen für 46- und 65-jährige Männer von 2014 bis 2021 tendenziell eine Kompression der Morbidität, während für dieselbe Altersgruppe der Frauen eine Stagnation beobachtet wird. Die Effekte sind jedoch klein und daher sind keine starken Auswirkungen auf die Pflegeprävalenz und -inzidenz zu erwarten.

Rothgang und Müller (2024) haben mit Routinedaten der Versicherten der BARMER den Einfluss einer Vielzahl von Erkrankungen (sowie des Alters und Geschlechts) auf das Risiko pflegebedürftig zu sein untersucht. Dabei wurden die Daten der Jahre 2017 bis 2023 zusammen ausgewertet, so dass auch der spezifische Effekt des jeweiligen Kalenderjahrs auf die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein durch das Regressionsmodell geschätzt wird. Dabei zeigt sich erwartungsgemäß, dass zahlreiche Krankheiten mit Pflegebedürftigkeit assoziiert sind. Auffällig ist jedoch, dass ab 2017 mit jedem Kalenderjahr die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit steigt (Rothgang & Müller, 2024, Tabelle A 4, S. 191). Dies bedeutet, dass nach Kontrolle der Einflüsse von Alter, Geschlecht und Morbidität das Kalenderjahr einen unabhängigen zusätzlichen Effekt auf die Pflegeprävalenz hat.

Ein weiterer Treiber der Pflegeinzidenz und -prävalenz könnte die COVID-19-Pandemie sein. Im Zeitraum von 2017 bis 2024 zeigt sich ein deutlicher Effekt auf das Antragsverhalten, so werden in den Pandemie Jahren weniger Erstanträge gestellt, was jedoch durch höhere Antragszahlen in den Jahren darauf nachgeholt wurde (Rothgang et al., 2025). Studien, die einen Zusammenhang der morbiditätsassoziierten Folgen der COVID-19-Pandemie (bspw. Long-Covid-Fälle) und einem Anstieg der Pflegeinzidenz oder -prävalenz untersuchen, wurden in der Literaturanalyse nicht identifiziert.

Der Frage des Einflusses der Morbiditätsentwicklung auf die Pflegeinzidenz und -prävalenz kann anhand der verfügbaren quantitativen Daten nicht untersucht werden. Der bereits in der Literatur berichtete Aufholeffekt bei den Erstgutachten nach den Pandemie Jahren zeigt sich auch in den für diesen Bericht zur Verfügung gestellten Daten.

In den qualitativen Datenerhebungen wird in den Interviews und der Fokusgruppe mit den Begutachtungsdiensten angemerkt, dass eine geringere Gesundheitskompetenz und eine zunehmend schlechtere finanzielle Situation zu einem schlechteren Lebensstil führen könnten, der wiederum die Wahrscheinlichkeit für eine Pflegebedürftigkeit erhöhen kann. Folgen der COVID-19-Pandemie werden für Erwachsene nur selten als möglicher Treiber der Pflegeinzidenz und -prävalenz genannt (für die Ergebnisse für Kinder und Jugendliche vgl. Abschnitt 3.2.6).

Zusätzlich berichten die Leistungserbringerverbände, dass die Krankheitslast auch unabhängig von der Alterung der Bevölkerung zunehme. Auch sei das Gesundheitssystem wenig präventiv ausgerichtet, was ein Grund für Pflegebedürftigkeit und Chronifizierung von Krankheiten sein könne. Von den Betroffenenverbänden und Pflegekassen werden keine weiteren Punkte bezüglich des Einflusses der Morbiditätsentwicklung auf die Pflegeprävalenz genannt.

Zusammenfassend zeigt sich keine eindeutige Evidenz für einen Einfluss einer ungünstigen Morbiditätsentwicklung auf die Pflegeinzidenz oder -prävalenz.

3.2.2 Beantragung von Pflegeleistungen

3.2.2.1 Veränderungen im Kollektiv der Antragstellenden

THESE: Erstanträge auf Leistungen der Pflegeversicherung werden zunehmend von jüngeren und weniger beeinträchtigten Personen gestellt. Dadurch entsteht ein früher Zustrom in den Leistungsbezug der Pflegeversicherung, der sich kumulativ auch durch eine längere Verweildauer in der Pflege ausdrückt.

In Abschnitt 3.1 wird bereits dargestellt, dass die Pflegeinzidenz zunehmend seit 2018 bis 2024 in jüngeren Altersgruppen und mit einem geringeren Pflegegrad erfolgt. Für eine Veränderung im Kollektiv der Antragstellenden liegen zudem Ergebnisse der Literaturanalyse und der quantitativen Daten vor.

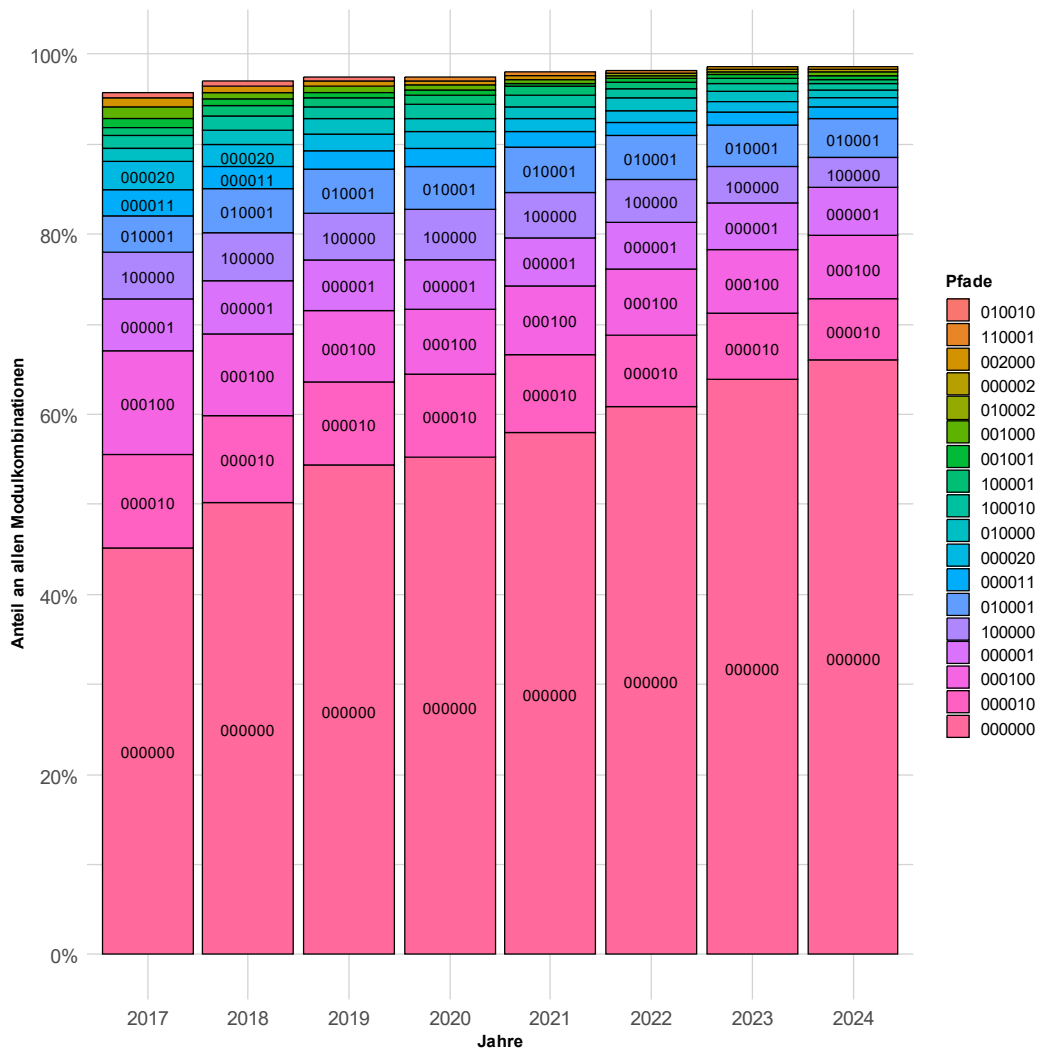
In einer Untersuchung des WIdO wird gezeigt, dass die Versicherten bei Erstbegutachtungen in zunehmendem Maße einen gewichteten Punktwert nur knapp über bzw. in der Nähe des Schwellenwertes vor allem des Pflegegrades PG 1 bzw. PG 2 erreichen (Jürchott et al., 2026). Dabei ist hervorzuheben, dass auch im Jahr 2019 die Häufigkeitsgipfel der gewichteten Punkte stets in der Nähe des Schwellenwertes lagen. Diese Gipfel sind in 2024 jedoch noch gewachsen. Für den Zeitraum 2019 bis 2024 wird in allen Pflegegraden eine zunehmende Konzentration der Begutachtungsergebnisse (gewichtete Gesamtpunktzahl) auf das Intervall von zwei Punkten oberhalb des Schwellenwerts des Pflegegrads beobachtet.

Die für unsere Untersuchung ausgewerteten Daten des MD Bund ermöglichen eine Darstellung der Entwicklung der mittleren gewichteten Gesamtpunktzahl über die Jahre 2017 bis 2024 (vgl. Anhang 6.1.2.1). Die Ergebnisse tragen aufgrund der hohen Aggregation der Daten wenig zum Erkenntnisgewinn bei. Der von Jürchott et al. (2026) berichtete zeitliche Trend zeigt sich insbesondere für nicht bewilligte Anträge und in der Tendenz für die Bewilligung von PG 1 auch auf dem aggregierten Niveau.

Weiterhin kann anhand der quantitativen Daten des MD-Bunds untersucht werden, welche Kombinationen von Modulen mit Beeinträchtigungen primär zur Bewilligung eines Pflegegrads beitragen. Damit kann einerseits die Diversität unterschiedlicher Modulkombinationen, mit denen Personen einen Pflegegrad erhalten, dargestellt werden. Andererseits kann geprüft werden, ob bestimmte Modulkombinationen besonders häufig der Bewilligung eines Pflegegrads

zugrunde liegen. In der Abbildung 12 und Abbildung 13 sind die Anteile der 15 häufigsten Modulkombinationen an allen Erstgutachten eines Jahres für die Jahre 2017 bis 2024 dargestellt. Die Modulkombinationen spiegeln dabei anhand der Ziffern 0 bis 4 den Grad der Beeinträchtigung auf den sechs Modulen wider.

Abbildung 12: Anteile der 15 häufigsten Modulkombinationen bei Erstgutachten ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach Jahren



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund
 Anmerkung: Analyse B5 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; die Ziffern in den Pfaden stellen den Grad der Beeinträchtigung in den Modulen 1 bis 6 dar. 0 = keine, 1 = geringe, 2 = erhebliche, 3 = schwere, 4 = vollständige Beeinträchtigung der Selbstständigkeit/Fähigkeit

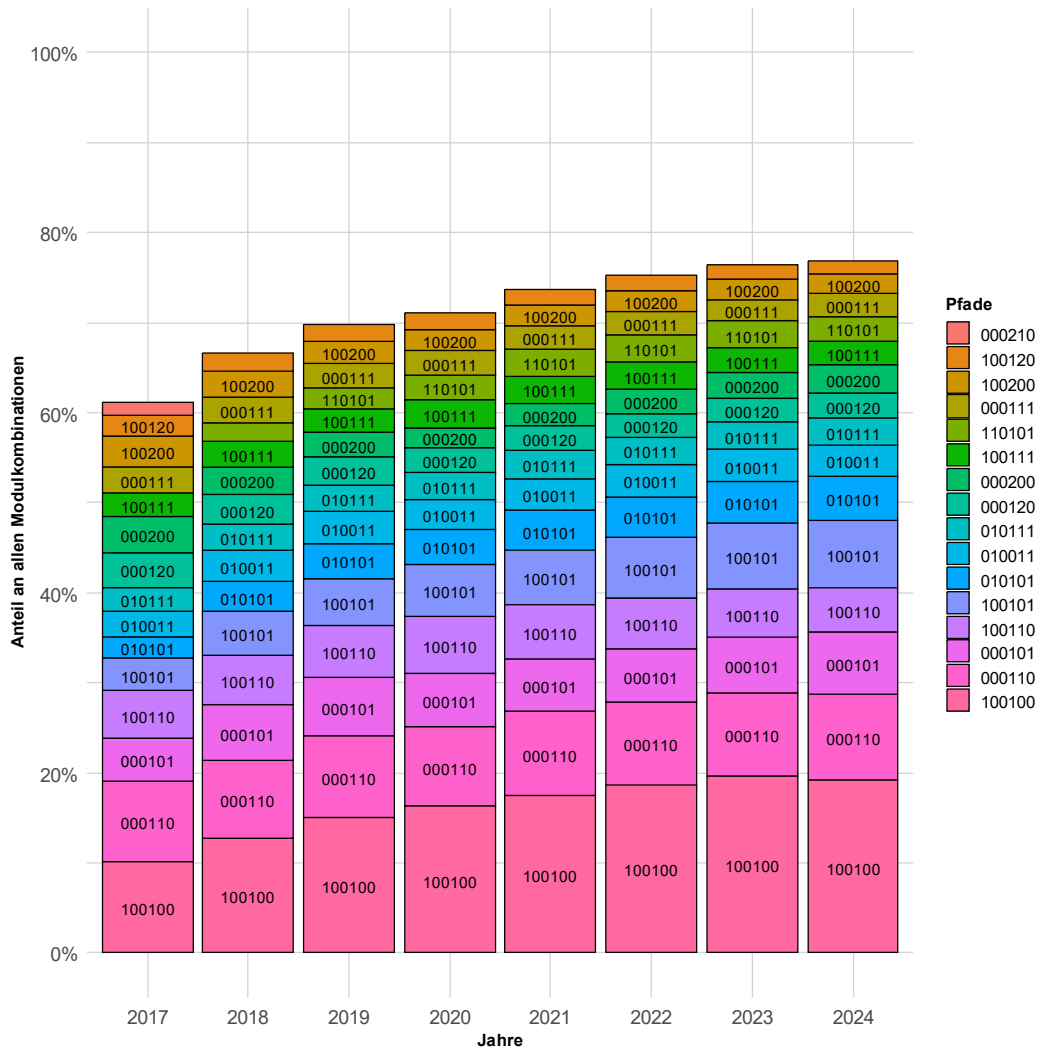
Für Erstgutachten ohne Feststellung eines Pflegegrads (Abbildung 12) zeigt sich deutlich, dass anteilig immer mehr Menschen ohne jegliche Beeinträchtigung auf einem der sechs Module des Begutachtungsinstruments (Modulkombination „000000“) einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen. Im Jahr 2017 lag der Anteil

bei 45 % und im Jahr 2024 bei 66 %. Unter den Gutachten ohne Pflegegrad summieren sich die Top 15 Modulkombinationen bereits im Jahr 2017 annähernd auf 100 % der Erstgutachten.

Im PG 1 nimmt die Diversität der Modulkombinationen ebenfalls im Zeitverlauf ab (Abbildung 13). Während im Jahr 2017 noch 61 % aller Erstgutachten mit Feststellung eines PG 1 auf die Top 15 fielen, waren es im Jahr 2024 77 %. Eine Zunahme ist vor allem für die Modulkombinationen 100100, 000101 und 100101 zu beobachten. Unter den Top 15 machen Erstgutachten, bei denen Modulkombinationen mit einer geringen Beeinträchtigung auf nur zwei Modulen vorliegen, einen hohen Anteil aus (100100, 000110 und 000101)¹⁷. Im Jahr 2017 sind es 24 % und im Jahr 2024 36 % aller Erstgutachten.

¹⁷ Aufgrund der Selektion der 15 häufigsten Modulkombinationen, kann es auch andere Modulkombinationen mit nur zwei Modulen mit geringen Beeinträchtigungen geben, die hier nicht dargestellt sind.

Abbildung 13: Anteile der 15 häufigsten Modulkombinationen bei Erstgutachten mit Feststellung PG 1 nach Jahren



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund
 Anmerkung: Analyse B5 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; die Ziffern in den Pfaden stellen den Grad der Beeinträchtigung in den Modulen 1 bis 6 dar; 0 = keine, 1 = geringe, 2 = erhebliche, 3 = schwere, 4 = vollständige Beeinträchtigung der Selbstständigkeit/Fähigkeit

Für PG 2 und PG 3 ist die entsprechende Darstellung im Anhang 6.1.2.1 zu finden. Die Heterogenität der Modulkombinationen für die Erreichung eines Pflegegrads steigt von PG 1 bis PG 3 deutlich an. Für PG 2 und PG 3 fällt die Summe der Anteile der Top 15 Modulkombinationen an allen Erstgutachten eines Jahres dementsprechend deutlich geringer aus (2017-2024; PG 2: 38 %-47 %; PG 3: 19 %-29 %). Gleichzeitig bleibt der Trend zu weniger Diversität der Modulkombinationen im Zeitverlauf auch bei PG 2 und PG 3 bestehen.

Die Darlegungen in Abschnitt 3.1 stützend finden sich auch in der Literatur sowie in den quantitativen Daten weitere Belege dafür, dass Erstanträge auf Pflegeleistungen zunehmend von Personen mit geringeren Beeinträchtigungen gestellt werden.

3.2.2.2 Vereinfachung der Antragstellung

THESE: Aufgrund der zunehmenden Niedrigschwelligkeit der Antragstellung werden mehr Anträge auf Pflegeleistungen gestellt, was zu einem Anstieg der Pflegeinzidenz und -prävalenz beiträgt.

Zu dieser These liegen ausschließlich Erkenntnisse aus den qualitativen Datenerhebungen vor, da sich weder in der Literaturanalyse noch durch die quantitativen Daten Evidenz zur Veränderung der Niedrigschwelligkeit der Antragstellung ableiten lässt.

In den Interviews und der Fokusgruppe mit den Begutachtungsdiensten wird betont, dass das unbürokratische Verfahren zur Antragstellung eine große Errungenschaft sei. Auch die anderen Zielgruppen bestätigen die Niedrigschwelligkeit des Antragsverfahrens. Sowohl von den Begutachtungsdiensten als auch von den Leistungserbringerverbänden und Pflegekassen wird in dem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Antragstellung auch vor 2017 und vor der Digitalisierung der Antragstellung schon niedrigschwellig gewesen sei. Es sei daher fraglich, ob dies ein Erklärungsfaktor für die steigende Pflegeprävalenz ist. Dennoch betonen die Pflegekassen, dass in den letzten Jahren der Zugang vereinfacht worden sei – eine Antragstellung sei nun zu jeder Tages- und Nachtzeit möglich. Die Betroffenenverbände ergänzen in diesem Zusammenhang, dass zwar die Antragstellung niedrigschwellig sei, aber die Begutachtung und die teilweise im Vorfeld auszufüllenden Fragebögen und Unterlagen auch abschreckend wirken könnten. Die Niedrigschwelligkeit werde aus ihrer Perspektive eher nicht als Erklärungsfaktor für die steigende Pflegeprävalenz gesehen.

Erwähnt wird von den Begutachtungsdiensten auch, dass die Antragstellung auf den Internetseiten der Krankenkassen bzw. auch durch einfachen Telefonanruf ohne jegliche Begründung sehr schnell möglich sei. Aufgrund dieser niedrigschwelligen und ohne Begründung oder Beratung gestellten Anträge bestünden häufig falsche Erwartungen bezüglich einer vorhandenen Pflegebedürftigkeit. Beispielsweise würde angenommen, dass allein eine bestimmte Erkrankung oder Diagnose bereits eine Pflegebedürftigkeit impliziere. Die Pflegeversicherung werde bisweilen fälschlicherweise als „Lastenausgleich bei Krankheit“ verstanden, indem angenommen wird, dass bei einer vorliegenden Krankheit oder Behinderung auch immer eine Pflegebedürftigkeit bestehe.

Insgesamt bestätigen die Erkenntnisse der qualitativen Datenerhebungen die Niedrigschwelligkeit der Antragstellung auf Pflegeleistungen. Zusammen mit den in Abschnitt 3.2.1 beschriebenen Erkenntnissen zur größeren Informiertheit und zunehmenden Hinweisen auf Leistungen der Pflegeversicherung ist davon auszugehen, dass auch die Niedrigschwelligkeit der Antragstellung einen Einfluss auf die

Pflegeinzidenz und -prävalenz hat. In welchem Ausmaß die Pflegeprävalenz dadurch beeinflusst wird, lässt sich nicht quantifizieren.

3.2.2.3 Ausdifferenzierung der SGB XI Leistungen

THESE: Die Attraktivität und Bekanntheit des Leistungsspektrums sowie dessen Ausdifferenzierung führen zu mehr Antragsstellungen auf Pflegeleistungen, wodurch die Pflegeinzidenz und -prävalenz steigen.

Eine leichte Zunahme der Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungsarten des SGB XI ist beispielsweise von 2020 bis 2023 bei der Tages- und Nachtpflege (2 % auf 3 %) und bei der Verhinderungspflege (7 % auf 8 %) zu beobachten (BMG, 2024), wobei allerdings keine Adjustierung für Alters- und Geschlechtsveränderungen im Kollektiv der Leistungsberechtigten vorgenommen wurde. Laut einer Auswertung des WIdO zur initialen pflegerischen Hauptleistung bei inzidenten Pflegebedürftigen mit mindestens PG 2 nimmt der Bezug von Pflegegeld bei über 60-Jährigen von 2017 bis 2024 zu, während der Bezug von Sachleistungen abnimmt (Jürchott et al., 2026). Daten zur Inanspruchnahme weiterer Leistungen des SGB XI unmittelbar nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit und deren Veränderung im Zeitverlauf könnten einen Hinweis auf die Anreizwirkung bestimmter SGB XI-Leistungen liefern – Studien dazu liegen jedoch bisher nicht vor.

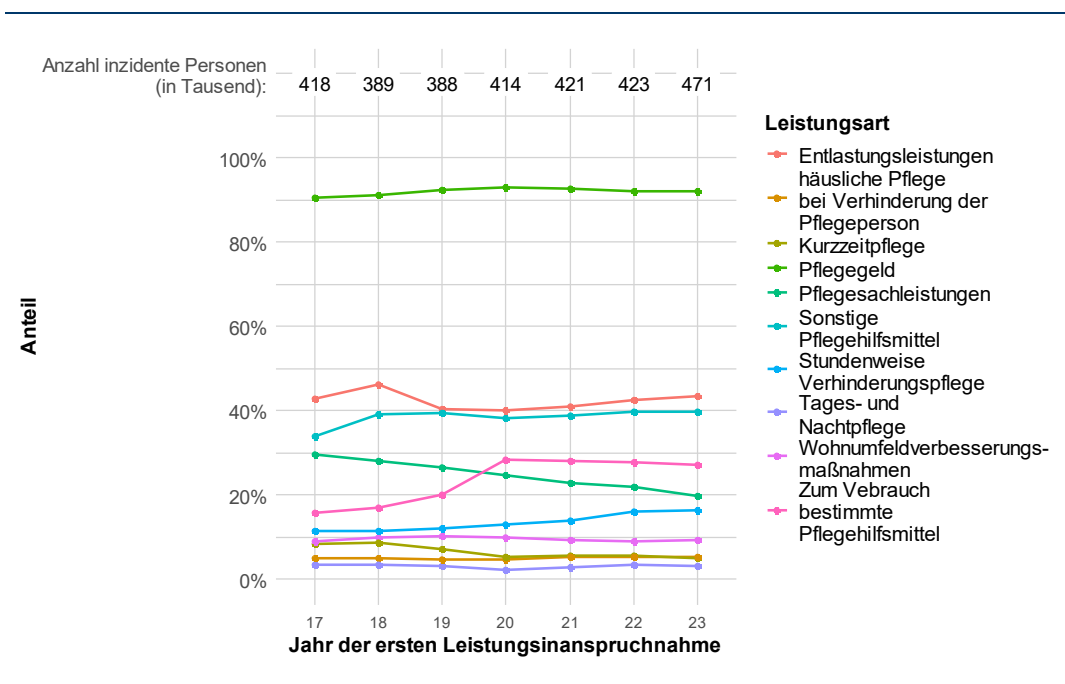
In den qualitativen Datenerhebungen zeigt sich ein gemischtes Bild hinsichtlich der Bedeutung des Leistungsspektrums für die Antragstellung. Laut den in den Interviews und der Fokusgruppe befragten Begutachtungsdiensten kennen weiterhin viele Antragstellende das Leistungsspektrum des SGB XI jenseits des Pflegegelds nicht. Daher sei das Leistungsspektrum insgesamt auch kein besonderer „Pull-Faktor“ für die Antragstellung. Die Betroffenenverbände betonen dagegen, dass auch bei PG 1 bereits wichtige Leistungen zur Stabilisierung der Pflegesituation, wie Wohnraumanpassung und Entlastungsbetrag, zur Verfügung stünden – allerdings würden diese Leistungen (auch aufgrund von Angebotsknappheit) wenig in Anspruch genommen und in ihrer Wahrnehmung habe sich das Leistungsspektrum des SGB XI seit 2017 kaum verändert.

Auch die Pflegekassen weisen darauf hin, dass die Leistungen des SGB XI derzeit nicht ausgeschöpft würden und sich das Spektrum auch seit dem Jahr 2017 kaum geändert habe und daher nicht davon auszugehen sei, dass es sich auf die Antragstellung auswirkt. Gleichzeitig wird von den Pflegekassen erwähnt, dass die Möglichkeit Entlastungsleistungen im PG 1 zu beziehen schon ausschlaggebend für eine Antragstellung sein könne. Meist sei den Personen bei Antragstellung aber auch gar nicht bekannt, worauf sie einen Anspruch haben. Ähnlich äußern sich auch die Leistungserbringerverbände. Für den PG 1 sei der Entlastungsbetrag möglicherweise ein Anreiz für die Antragstellung. Gleichzeitig bestehe aber das Problem, dass es Engpässe bei den Angeboten für Entlastungsleistungen und Sachleistungen gibt, so dass diese nicht in Anspruch genommen werden könnten.

Die quantitativen Daten der PG5-Statistik bieten die Möglichkeit die Leistungsanspruchnahme der SGB XI-Leistungen von pflegeinzidenten Personen über

12 Monate darzustellen. Dabei wird der Anteil an Personen, die in einem Beobachtungsjahr pflegeinzident wurden, und mindestens einmalig im Verlauf von 12 Monaten die jeweilige Pflegeleistung in Anspruch genommen haben, ausgewiesen. Für PG 2 ist dies für Personen, die in den Jahren 2017 bis 2023 pflegeinzident wurden, in Abbildung 14 dargestellt. Für das Pflegegeld steigt der anteilige Bezug leicht an, während die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen von im Jahr 2017 pflegeinzidenten Personen bis zu im Jahr 2023 pflegeinzident werdenden Personen deutlich um ca. 10 Prozentpunkte abnimmt (vgl. auch Abbildung 15). Beides ist konsistent mit den Befunden der Literaturanalyse. Für die anderen unterschiedlichen Leistungsarten zeigt sich kein zeitlicher Trend¹⁸ – demnach werden diese Leistungsarten von später pflegeinzident gewordenen Personen nicht häufiger genutzt, so dass sich auch keine Anreizwirkung dieser Leistungsarten für eine Beantragung eines Pflegegrads ableiten lässt. Für PG 3 nimmt sowohl der Anteil des Pflegegeldbezugs als auch der Anteil des Sachleistungsbezugs innerhalb von 12 Monaten nach Pflegeinzidenz zwischen 2017 bis 2023 ab – für die anderen Leistungsarten ist auch für die mit PG 3 in einem Jahr inzident werdenden Personen kein Trend über die Jahre ersichtlich (Anhang 6.1.2.2).

Abbildung 14: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 2; alle Leistungsarten

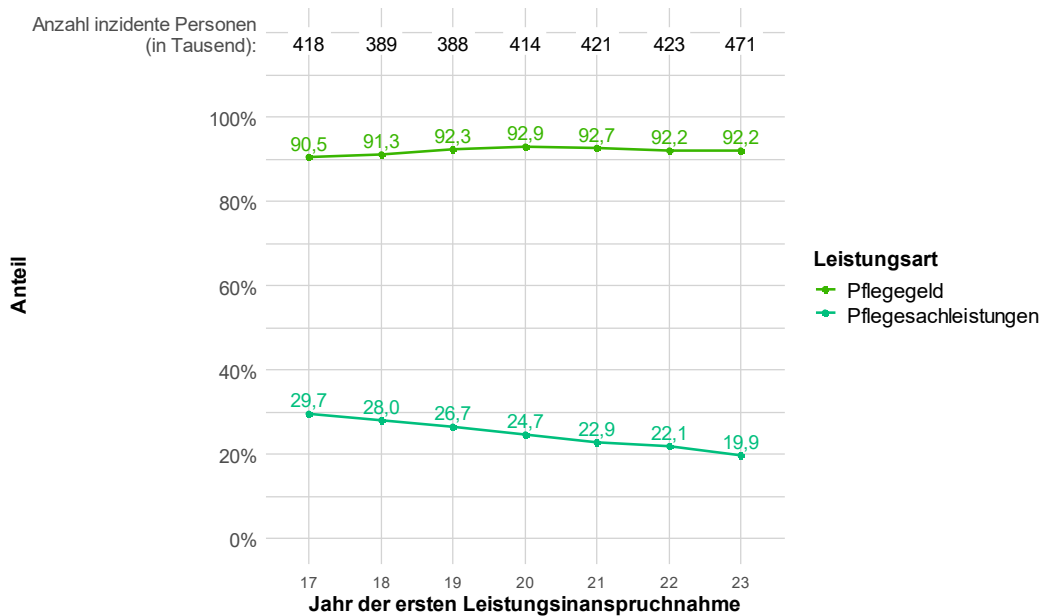


Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)

¹⁸ Entlastungsleistungen werden seit 2019/2020 anteilig seltener in Anspruch genommen, die Inanspruchnahmerate steigt in den Jahren danach aber wieder an, was vermutlich auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist. Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden seit dem Jahr 2020 anteilig häufiger in Anspruch genommen, was möglicherweise an der Einführung von Abo-Modellen für diese Leistung liegt.

Anmerkung: Analyse A1a (GKV-SV) des Datenanalysekonzepts

Abbildung 15: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 2; nur Pflegegeld und Pflegesachleistungen

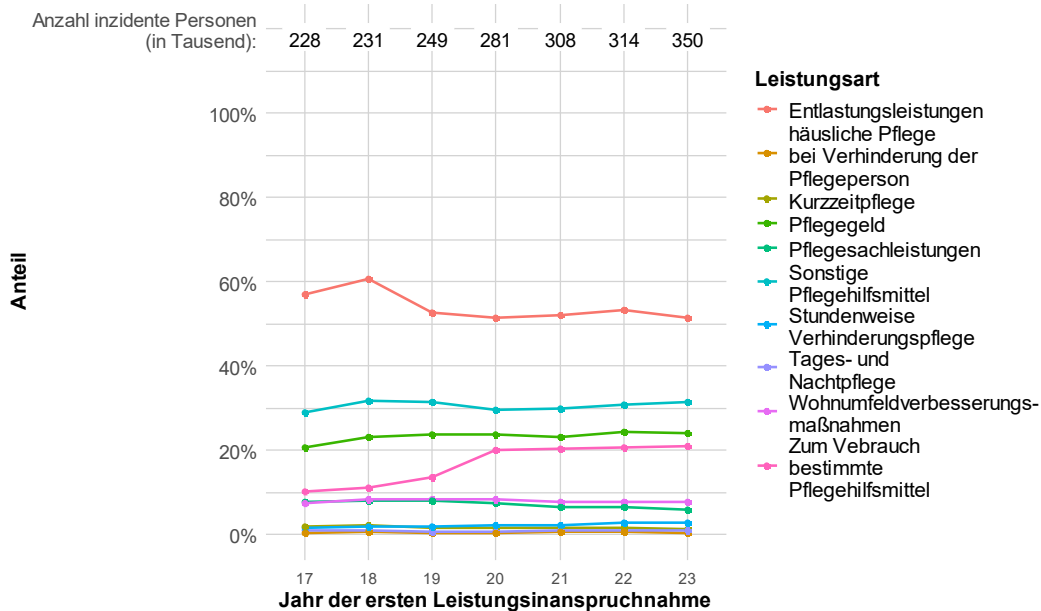


Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)

Anmerkung: Analyse A1a (GKV-Spitzenverband) des Datenanalysekonzepts

Für PG 1 besteht die Besonderheit, dass nur bestimmte Leistungen in Anspruch genommen werden können. Nichtsdestotrotz kann die Inanspruchnahme aller Pflegeleistungen über 12 Monate nach Pflegeinzidenz im PG 1 beobachtet werden, da diese durch erfolgte Höherstufungen zumindest von einem Teil der Personen innerhalb dieses Zeitraums genutzt werden können. Für Personen, die in den Jahren 2017 bis 2023 mit PG 1 pflegeinzident wurden, ist die Leistungsanspruchnahme über 12 Monate nach Pflegeinzidenz in Abbildung 16 dargestellt. Für das Pflegegeld steigt der anteilige Bezug um ca. 4 Prozentpunkte an, während die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen von im Jahr 2017 pflegeinzidenten Personen bis zum im Jahr 2023 pflegeinzident werdenden Personen um ca. 2 Prozentpunkte abnimmt (vgl. auch Abbildung 17). Für die anderen unterschiedlichen Leistungsarten zeigt sich, wie bei PG 2 und PG 3 kein zeitlicher Trend, der auf eine steigende Anreizwirkung bestimmter Leistungsarten hinweist. Beispielsweise werden wohnumfeldverbessernde Maßnahmen konstant von ca. 8 % der mit PG 1 inzident werdenden Personen in Anspruch genommen. Bei den Entlassungsleistungen sind es seit dem Jahr 2019 konstant etwa 52 %.

Abbildung 16: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 1; alle Leistungsarten

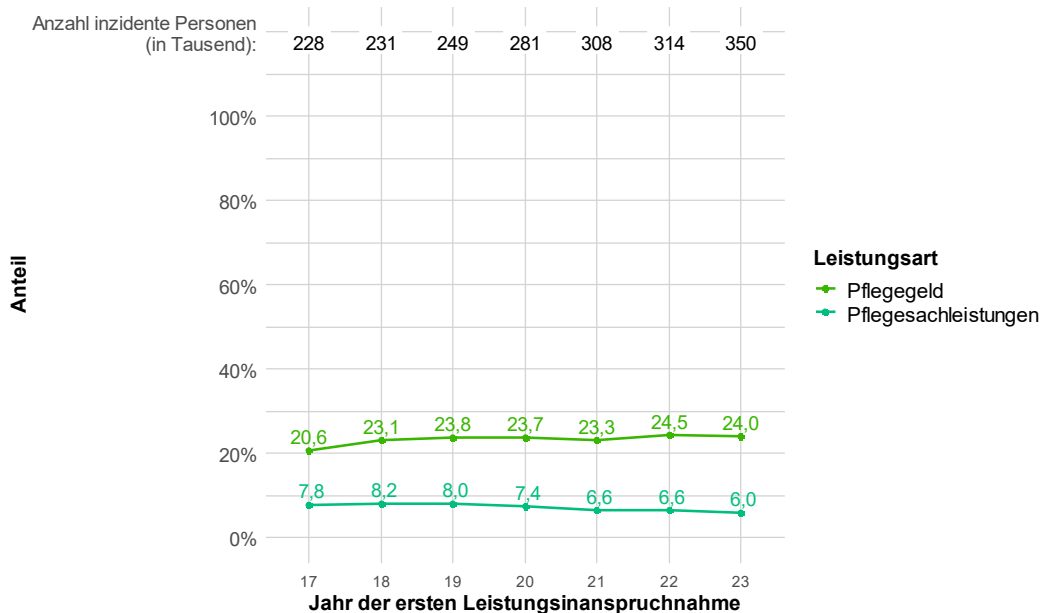


Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)

Anmerkung: Analyse A1a des Datenanalysekonzepts

Ein wichtiger Nebenbefund der Analyse ist in Abbildung 17 veranschaulicht. Von Personen, die in einem Jahr mit PG 1 pflegeinzident werden, wird im Jahr 2017 von etwa einem Fünftel und im Jahr 2023 von fast einem Viertel innerhalb von 12 Monaten bereits Pflegegeld in Anspruch genommen, d. h. innerhalb von 12 Monaten nach Pflegeinzidenz findet für diese Personengruppe eine Höherstufung in mindestens den PG 2 statt. Mit den vorliegenden Daten kann nicht beurteilt werden, ob die Höherstufung vorwiegend bereits früh nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit bspw. aufgrund eines Widerspruchs erfolgt oder sich der Grad der Selbstständigkeit innerhalb von 12 Monaten entsprechend verschlechtert. Die Zunahme der Höherstufungen im Zeitverlauf ist jedoch überraschend, da gleichzeitig in diesem Zeitraum eine deutliche Ausweitung der Neueintritte in den PG 1 stattgefunden hat und es zusätzlich Hinweise auf einen abnehmenden Grad der Beeinträchtigung dieser Neueintritte gibt (vgl. Abschnitte 3.1 und 3.2.2.1).

Abbildung 17: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 1; nur Pflegegeld und Pflegesachleistungen



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)

Anmerkung: Analyse A1a (GKV-Spitzenverband) des Datenanalysekonzepts

Zusammengenommen lassen die Erkenntnisse aus Literaturanalyse, qualitativer Datenerhebungen und quantitativer Daten nicht darauf schließen, dass – neben dem Pflegegeld – bestimmte Leistungsarten des SGB XI einen Anreiz für die Antragstellung auf Pflegeleistungen darstellen.

3.2.2.4 Durch Beratungsleistungen des SGB XI induzierte Antragstellung (Höherstufungen)

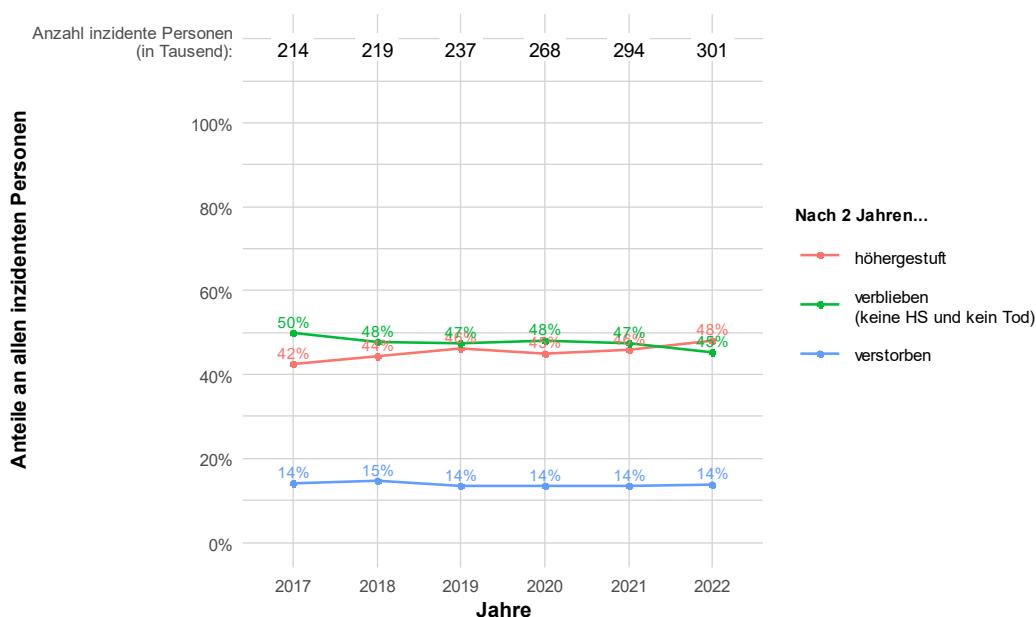
THESE: Durch die Beratungsleistungen des SGB XI werden Antragstellungen und Höherstufungen induziert, so dass die Pflegeinzidenz und -prävalenz steigen.

Zu dieser These liegen ausschließlich Erkenntnisse aus der Literaturanalyse vor (für Hinweise aus den qualitativen Datenerhebungen siehe auch Abschnitt 3.2.1.1). So wird in der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI im Jahr 2022 im Vergleich zu 2019 häufiger die Vorbereitung auf die Begutachtung auf Pflegebedürftigkeit (57 % vs. 65 %) oder die Anpassung des Pflegegrads (42 % vs. 61 %) thematisiert (Wolff et al., 2020; Wolff et al., 2023). Eine Anpassung des Pflegegrads wird bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI dagegen nicht häufiger thematisiert (Wolff et al., 2020; Wolff et al., 2023).

Mit den quantitativen Daten der PG 5 Statistik kann bewertet werden, ob innerhalb von 24 Monaten nach Pflegeinzidenz im Zeitverlauf häufiger eine Höherstufung erfolgt, was u. a. durch die Hinweise in den Beratungsleistungen des SGB XI

bedingt sein könnte. Für PG 1 zeigt sich ein Anstieg der Höherstufungen innerhalb von 24 Monaten im Zeitverlauf (Abbildung 18). Personen, die im Jahr 2017 mit PG 1 pflegeinzident wurden, haben zu 42 % eine Höherstufung innerhalb von 24 Monaten, während dies im Jahr 2022 48 % der mit PG 1 in diesem Jahr pflegeinzidenten Personen betrifft. Dargestellt sind außerdem der Anteil der Personen, die im PG 1 über 24 Monate verblieben sind (Abfall von 50 % in 2017 auf 45 % in 2022) und der Anteil der innerhalb von 24 Monaten verstorbenen Personen mit Pflegeinzidenz im PG 1 (konstant bei etwa 14 %).

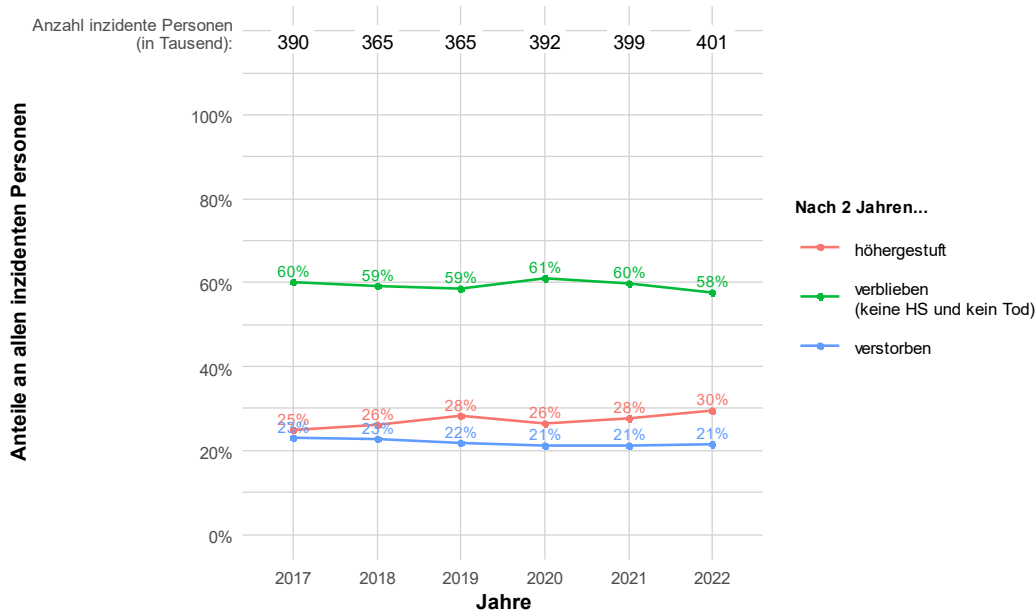
Abbildung 18: Anteile von Höherstufungen, Versterben und Verbleib nach 24 Monaten nach Pflegeinzidenz in PG 1 nach Jahren



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)
 Anmerkung: Analyse A2 des Datenanalysekonzepts; Personen, die als höhergestuft klassifiziert werden, können im weiteren Verlauf auch verstorben sein oder mehrfach höher- oder heruntergestuft werden

Abbildung 19 zeigt die Ergebnisse der gleichen Analyse für Personen, die in einem Jahr mit PG 2 pflegeinzident werden. Auch hier steigt der Anteil der Höherstufungen von 25 % in 2017 auf 30 % in 2022 an. Der Anteil an Personen, die im PG 2 über 24 Monate nach Pflegeinzidenz verbleiben, bleibt mit ca. 60 % in allen Beobachtungsjahren stabil. Innerhalb von 24 Monaten nach Pflegeinzidenz mit PG 2 versterben im Jahr 2017 23 % und im Jahr 2022 21 % der Betroffenen. Für PG 3 zeigt sich ein geringer Anstieg des Verbleibs bei einem entsprechenden Rückgang von anteiligen Höherstufungen und Versterben von 2019 auf 2020 – dieser Anstieg kehrt zwischen 2020 und 2022 auf das Niveau von 2018 zurück (Anhang 6.1.2.3).

Abbildung 19: Anteile von Höherstufungen, Versterben und Verbleib nach 24 Monaten nach Pflegeinzidenz in PG 2 nach Jahren



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)
 Anmerkung: Analyse A2 des Datenanalysekonzepts; Personen, die als höhergestuft klassifiziert werden, können im weiteren Verlauf auch verstorben sein oder mehrfach höher- oder heruntergestuft werden

Demnach werden anteilig mehr Höherstufungen innerhalb von 24 Monaten nach Pflegeinzidenz in PG 1 oder PG 2 beobachtet. Dies geht möglicherweise zumindest teilweise auf die vermehrte Thematisierung der Begutachtung in den Beratungsleistungen des SGB XI zurück, wobei die konkreten Auswirkungen der Beratungsleistungen nur schwer quantifiziert werden können. Die Zunahme der Höherstufungen ist insofern überraschend, da es Hinweise auf einen abnehmenden Grad der Beeinträchtigung der Neueintritte in die Pflegebedürftigkeit gibt (vgl. Abschnitte 3.1 und 3.2.2.1).

3.2.3 (Neuer) Pflegebedürftigkeitsbegriff

THESE: Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde eine Erweiterung der Anspruchsberechtigten auf Pflegeleistungen beabsichtigt. Die Auswirkungen dieser Reform auf die Pflegeprävalenz sind jedoch unterschätzt worden.

Für die Überprüfung dieser These werden nachfolgend vorwiegend die Ergebnisse der qualitativen Datenerhebungen herangezogen. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Literatur diesbezüglich erfolgte bereits in Abschnitt 1.4.

Alle in den Fokusgruppen und Interviews befragten Zielgruppen betonen, dass die Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs politisch gewollt war und dieses Ziel nun erreicht

worden sei. Auch sei der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eine Errungenschaft und ein großer Fortschritt hin zu einer ganzheitlicheren Betrachtung von Pflegebedürftigkeit. Ergänzend geben Betroffenenverbände an, dass bestehende Bedarfe nun besser als früher erkannt würden.

In den Fokusgruppen mit den Pflegekassen wird explizit erwähnt, dass die Auswirkungen der Reform bei der Einführung im Jahr 2017 vermutlich unterschätzt worden wären. So habe die Aufnahme der psychischen Erkrankungen ein „großes Tor“ für die Antragstellung geöffnet.

Vertreter der Pflegekassen und Leistungserbringerverbände betonen, dass es letztlich eine politische Entscheidung sei, ab welchem Grad von Beeinträchtigung der Selbständigkeit ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung besteht. Eine Anpassung der Schwelle für den Leistungsbezug stelle dabei das Konstrukt des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht grundsätzlich in Frage.

Auch Begutachtungsdienste betonen, dass die Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Konzept der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten sowie die damit verbundene Öffnung für psychische und kognitive Beeinträchtigungen sinnvoll und politisch gewollt gewesen wäre, aber vermutlich die Höhe des daraus resultierenden Anstiegs unterschätzt worden wäre. Eventuell sei man hier über das Ziel hinausgeschossen.

Insgesamt wird von Teilnehmenden aller befragten Zielgruppen die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als großer Erfolg dargestellt, bei der eine Ausweitung der Anspruchsberechtigten und damit eine höhere Pflegeprävalenz gewünscht waren. Lediglich die Größenordnung der Zunahme bzw. das immer noch die Demographie übersteigende Wachstum werden teilweise kritisch gesehen. Diese Einschätzung deckt sich mit der in Abschnitt 1.4 beschriebenen Zielsetzung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie der beschriebenen Problematik, dass im Vorfeld der Pflegereform die Zahl der möglichen Neuzugänge nicht adäquat abgeschätzt werden konnte.

3.2.4 Begutachtung, Begutachtungsverfahren

THESE: Die Durchführung des Begutachtungsverfahrens bzw. Unterschiede in den Verfahrensmodalitäten oder in der Handhabung des Verfahrens können Einfluss auf die Pflegeprävalenz haben bzw. zu regionalen Unterschieden beitragen.

Der Einfluss der Begutachtungsmodalität, insbesondere der telefonischen Begutachtung, auf die Bewilligungsrate, Verteilung der Pflegegrade oder Anstiegsrate von Höherstufungs-, Rückstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen wurde bereits mehrfach untersucht, wobei keine systematischen Auswirkungen der Modalität festgestellt werden konnten (Rothgang & Müller, 2021; Rothgang & Müller, 2022; Wingenfeld & Büscher, 2023).

Dagegen wurden andere Aspekte, wie Unterschiede in der Durchführung bzw. Handhabung des Begutachtungsverfahrens zwischen den Begutachtungsdiensten, bisher nicht systematisch untersucht. Als ein Hinweis auf solche Unterschiede kann

der Befund gewertet werden, dass es regionale Unterschiede zwischen den pflegebegründenden Diagnosen auf Bundeslandebene gibt, diese aber für Berlin und Brandenburg, für die nur ein Begutachtungsdienst zuständig ist, weniger stark ausfallen (Haeger et al., 2024). Auch gibt es deutliche Unterschiede in der Bewilligungsrate bzw. der zeitlichen Veränderung der Bewilligungsrate zwischen den MD (MD Bund, 2025a; 2018-2024).

Mit den quantitativen Daten des MD Bund kann untersucht werden, ob es Unterschiede in den mittleren erreichten gewichteten Punktzahlen und deren Veränderung über die Zeit gibt, was ein Hinweis auf ein unterschiedliches Vorgehen in der Begutachtung sein kann. Unterschiede zwischen den einzelnen MDs sind in den Ergebnissen nicht ersichtlich (Anhang 6.1.2.1).

In den qualitativen Datenerhebungen wird einhellig von allen Zielgruppen berichtet, dass sich das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bewährt habe. Laut den Begutachtungsdiensten seien Lerneffekte vor allem in der Anfangszeit nach der Einführung zu beobachten gewesen. Inzwischen habe sich in den Begutachtungsdiensten sowohl eine interne als auch eine MD-übergreifende Qualitätssicherung etabliert, die ein vergleichbares Vorgehen bei allen Begutachtungsdiensten sicherstelle. Insofern seien auch Unterschiede zwischen den MD hinsichtlich der Bewilligungsrate primär auf die Zusammensetzung der Bevölkerung vor Ort zurückzuführen und nicht auf unterschiedliche Vorgehensweisen der Begutachtungsdienste.

Einzelne Vertreterinnen bzw. Vertreter der Pflegekassen merken ergänzend an, dass sich das Verfahren bewährt habe, sofern die Begutachtungsdienste über ausreichende Kapazitäten verfügten. Kapazitätsprobleme würden dagegen zu vermehrten Begutachtungen nach Aktenlage oder telefonischen Begutachtungen führen, obwohl eine Einschätzung der Häuslichkeit nur vor Ort gut möglich wäre.

Auch die Leistungserbringerverbände geben an, dass eine Begutachtung nach Aktenlage nicht immer sinnvoll sei. Die Betroffenenverbände geben in dem Zusammenhang an, dass ein hoher Anteil an Begutachtungen nach Aktenlage aufgrund von Kapazitätsengpässen zu Widerspruchs- und Klageverfahren führen würden. Geprüft werden sollte in dem Zusammenhang auch ein verstärkter Einsatz von Videotelefonie für die Begutachtungen. Von Seiten der Betroffenenverbände wird der Vorschlag formuliert, dass die Modalität der Begutachtung dem Wunsch der Versicherten folgen sollte. Betont wird auch, dass der Hausbesuch der Goldstandard sei, da die Einschätzung der Lebenssituation am Telefon nur eingeschränkt möglich sei.

Demgegenüber wünschen sich die Begutachtungsdienste mehr Flexibilität bei der Auswahl der Begutachtungsmodalität. Bisherige Studien würden konsistent keine Verzerrung der Bewilligungen wegen der Begutachtungsmodalität zeigen. Aufgrund von Erfahrungswerten könnten die Begutachtungsdienste genau abwägen, welche Modalität in welchem Fall effizient und sachlich angemessen sei. Zu beachten sei auch ein ökonomischer Einsatz der Mittel, da die Begutachtungen aus Versicherungsgeldern finanziert würden. Eine größere Flexibilität würde auch

Engpässen in den Kapazitäten der Begutachtungsdienste entgegenwirken, wobei eine Abwägung der Begutachtungsmodalität immer eine Prüfung der vorliegenden Fallkonstellation voraussetze.

Von den Pflegekassen wird angemerkt, dass die Begutachtungsdienste häufig keine zusätzlichen Informationen oder Befunde anfordern bzw. einholen würden, obwohl dies hilfreich wäre. Dagegen geben die Begutachtungsdienste in den Interviews und der Fokusgruppe an, dass die vorgesehenen engen Fristen einer Einholung zusätzlicher Informationen oder Befunde im Rahmen der Begutachtung entgegenstünden. Auch sei das Antragsverfahren bewusst niedrigschwellig gehalten, was einer Bereitstellung weiterer Informationen im Rahmen der Antragstellung entgegenstünde. Mehrfach wird angemerkt, dass ein Zugang zur elektronischen Patientenakte (ePA) die Beschaffung von Befunden für die Begutachtungsdienste erleichtern würde.

Zur Einholung von Vorab-Informationen würden die Begutachtungsdienste zudem bereits häufig Fragebögen einsetzen. In diesem Zusammenhang merken die Betroffenenverbände an, dass das Ausfüllen der Fragebögen der Begutachtungsdienste bereits die Niedrigschwelligkeit des Verfahrens einschränken könne.

Von den Begutachtungsdiensten wird zudem berichtet, dass Anträge häufig ungefiltert eingingen, was teilweise auch zu Doppelaufträgen führen würde. Eine qualifizierte Vorab-Beratung oder ein „Orientierungsantrag vor dem eigentlichen Antrag“ könne hier auch bei Fällen mit geringen Erfolgsaussichten Abhilfe schaffen. Gleichzeitig dürfe die Antragstellung durch diese Maßnahmen nicht zu hochschwellig werden. Auch von den Pflegekassen wird eine Vorprüfung für Anträge angesprochen. Eine Prüfung auf Erfolgsaussichten müsse von qualifizierten Stellen gemacht werden, da die Kriterien des Begutachtungsinstruments nicht unbedingt für Laien nachvollziehbar seien. Die Betroffenenverbände merken an, dass eine gute Beratung im Antrags- und Begutachtungsprozess noch zu selten sei. Auch könnten die Gutachterinnen und Gutachter bei mehr vorab vorliegenden Informationen je nach Spezialisierung, auf bspw. bestimmte Diagnosen, gezielt für eine Begutachtung ausgewählt werden.

Im Rahmen der Interviews mit den Begutachtungsdiensten wird zudem angemerkt, dass die Vorbereitung auf die Begutachtung seitens der Antragstellenden zugenommen habe, die Beeinflussbarkeit des Ergebnisses dadurch aber begrenzt sei. Insgesamt sei eine Vorbereitung eher hilfreich für die Begutachtung, da in diesem Fall viele Informationen bereits vorlägen und der Prozess nicht mehr ausführlich erläutert werden müsse. Ergänzend zu dieser Thematik wird von den Betroffenenverbänden erwähnt, dass sich manche Eltern in den Begutachtungsprozess einarbeiten würden, so dass ein bestimmter Pflegegrad mit höherer Wahrscheinlichkeit erreicht werde.

Zusammenfassend hat sich das Begutachtungsverfahren aus Sicht der befragten Akteure bewährt. Auch wenn der Einfluss der Modalität der Begutachtung auf die Bewilligungsrate in den qualitativen Datenerhebungen kontrovers diskutiert wird, zeigen die dazu bereits durchgeführten Studien, dass die Modalität in der

derzeitigen Umsetzung keinen relevanten Einfluss auf die Bewilligungsrate hat. Für eine unterschiedliche Handhabung des Begutachtungsinstruments seitens der Begutachtungsdienste zeigt sich weder in der Literaturanalyse noch in den qualitativen Datenerhebungen oder den quantitativen Daten eine starke Evidenz.

3.2.5 Begutachtungsinstrument

3.2.5.1 Methodik des Begutachtungsinstruments

THESE: Messmethodische Schwächen des Begutachtungsinstruments begünstigen eine Zunahme der Neueintritte in Pflegebedürftigkeit.

Während der Entwicklungsphase des BI publizierte eine Arbeitsgruppe der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar eine grundlegende Kritik sowohl an der Vorgehensweise bei der Entwicklung als auch an dem schließlich vorgelegten BI bzw. – nach damaliger Diktion – dem NBA (Brühl, 2012; Brühl et al., 2016). Aus einer messmethodischen bzw. testtheoretischen Perspektive wurden zahlreiche Mängel des Instruments bzw. der Instrumentenentwicklung angeführt. U.a. wurde das Fehlen einer stringenten Ableitung der Kriterien (Items) aus einer übergeordneten Theorie der Pflegebedürftigkeit bemängelt, die es ermöglichte, die Eignung der Kriterien und des Messmodells empirisch zu überprüfen. Auf diese Kritik hat die Arbeitsgruppe der NBA-Entwickler ihrerseits reagiert und die Vorwürfe unter Hinweis auf Fehler und Missverständnisse in den Untersuchungen von Brühl und Mitarbeitenden zurückgewiesen (Wingenfeld et al., 2012).

Eine vertiefende Diskussion aller damals vorgetragenen Argumente beider Arbeitsgruppen kann in dem vorliegenden Gutachten nicht geleistet werden. Ein Kritikpunkt soll jedoch aufgegriffen werden, weil sich in der neueren Literatur dazu ein konkreter Anknüpfungspunkt findet. Die Arbeitsgruppe um Brühl kritisierte u.a. die mehrstufige Berechnungslogik der BI-Bewertungssystematik sowohl aus messmethodischer Perspektive als auch hinsichtlich der Validität der damit erzielten Einstufungsergebnisse. So wurde moniert, dass durch die Aggregationen und Gewichtungen zu viele der auf Ebene der Einzelkriterien vorhandenen Informationen verloren gingen, mit der Folge, dass die Pflegegrade nicht als Klassifikator für Menschen mit unterschiedlich hohem Pflegeaufwand geeignet seien. Die Autoren orientieren sich dabei offenbar an der Vorstellung, eine Klassifikation nach Art der Pflegegrade müsse zu „aufwandshomogenen Pflegegraden in Bezug auf den Pflegeaufwand“ führen (Brühl et al., 2016, S. 83).

Als einen Bezugspunkt für ihre Argumentation führen Brühl et al. (2016) auch die EVIS-Studie (Rothgang & Hasseler, 2015) an, deren Ergebnisse erwarten ließen, dass die Pflegegrade hinsichtlich des tatsächlichen Pflegeaufwands genauso inhomogen sein würden, wie die alten Pflegestufen. Als Messgröße wird dabei auf die in einem Regressionsmodell durch die Pflegegrade als Prädiktoren aufgeklärte Varianz des Pflegeaufwands abgehoben. Kern der EVIS-Studie war die Erfassung der tatsächlichen Versorgungsaufwände in der stationären Langzeitpflege, die in Beziehung zu den (damals noch in der Entwicklung befindlichen) Pflegegraden

gesetzt wurden, um Aussagen über die relativen Leistungshöhen zwischen den Pflegegraden ableiten zu können. Die EViS-Studie kam zu dem Ergebnis, dass sich die Menschen in stationärer Langzeitpflege zwar hinsichtlich des Mittelwerts des Versorgungsaufwands je nach Pflegegrad deutlich unterscheiden, dass wegen der großen Streuung dieser Mittelwerte aber gleichwohl weite Überschneidungsbereiche zwischen den Pflegegraden bestehen: „Das NBA trägt nicht dazu bei, die Heterogenität innerhalb der gleichen Einstufung von Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Diese Heterogenität ist dem Phänomen „Pflegebedürftigkeit“ selbst immanent und für Klassenbildungen unvermeidlich“ (Rothgang & Hasseler, 2015, S. 94). EViS kam zu dem Schluss, dass „Pflegebedürftigkeit“ im Sinne des Versorgungsaufwands ein Kontinuum darstellt, bei dem keine Cluster oder Stufen existieren, die zum quasi natürlichen Anknüpfungspunkt für eine Klassifikation genommen werden könnten (ebd.). Insofern wäre ohnehin nur eine limitierte Varianzaufklärung durch die Pflegegrade zu erwarten.

Zu der Kritik von Brühl et al. (2016) finden sich neuere empirische Befunde im Abschlussbericht des Projekts zur „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“ (SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik [SOCIUM] et al., 2020). In dieser Untersuchung wurde – anknüpfend an die in EViS entwickelte Methodik – für eine Stichprobe von über 1.200 Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen sowohl der tatsächliche als auch der fachlich angemessene Versorgungsaufwand (SOLL-Zeitmengen) ermittelt. Um zu eruieren, ob anstelle der Pflegegrade ggf. eine andere, auf den Rohdaten des BI (Einzelkriterien) aufsetzende, Klassifikation zu besseren Ergebnissen im Hinblick auf die Vorhersage des SOLL-Versorgungsaufwands in Frage kommt, wurden drei alternative Klassifikationen entwickelt. Als weitere Option wurde auch die Nutzung aller 64 BI-Einzelkriterien untersucht. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Varianzaufklärung durch die originalen Pflegegrade zum einen überraschend hoch ausfiel (adjustiertes Bestimmtheitsmaß r^2 von über 0,5) und zum anderen selbst in dem besten Vergleichsmodell mit allen 64 Einzelkriterien nur eine vergleichsweise geringe Verbesserung (adjustiertes r^2 von etwas über 0,6) resultierte (SOCIUM et al., 2020, S. 293ff). Der von Brühl et al. (2016) behauptete Informationsverlust durch die mehrstufige Bewertungssystematik ist zwar – wie bei jeder Informationsaggregation zu erwarten – vorhanden, er fällt nach den PeBeM-Befunden zumindest für das untersuchte Kollektiv von stationär gepflegten jedoch eher gering aus. Das PeBeM-Projekt kommt daher zu der Schlussfolgerung: „Festzuhalten ist, dass die Anwendung von Pflegegraden mit einer Varianzaufklärung von rund 55 % deutlich besser ist, als die empirischen Ergebnisse vorangegangener Studien (Brühl & Planer 2013 und 2019) zur Personalbemessung dies haben vermuten lassen.“ (SOCIUM et al., 2020, S. 297).

Abgesehen von diesem „Nebenbefund“ des PeBeM-Projekts konnten keine neueren Studien zu methodischen Eigenschaften des BI ermittelt werden. Im folgenden Abschnitt 3.2.6 zu den Hintergründen des Anstiegs der Pflegeprävalenz bei den

Kindern und Jugendlichen werden jedoch Analyseergebnisse vorgestellt, die auf messmethodische Defizite des BI speziell bei den Modulen 3 und 5 bei dieser Zielgruppe hinweisen.

Aus den qualitativen Datenerhebungen liegen Erkenntnisse zum Begutachtungsinstrument vor allem von den Begutachtungsdiensten und nur vereinzelt von den Fokusgruppen mit den anderen Zielgruppen vor. In den Interviews und der Fokusgruppe mit den Begutachtungsdiensten wird das Begutachtungsinstrument insgesamt in seiner Funktionalität positiv bewertet. Es „mache das, was es soll“. Dies wird auch von den Betroffenenverbänden so gesehen, auch wenn es immer Einzelfälle gebe, bei denen es nicht passe. Auch die Leistungserbringerverbände und Pflegekassen merken an, dass sich das Begutachtungsinstrument bewährt habe. Die Begutachtungsdienste geben zudem an, dass das Begutachtungsinstrument situationsunabhängig funktioniere, was ein großer Fortschritt zur Begutachtung vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sei. Nichtsdestotrotz könnten die in einer Begutachtungssituation vorliegenden Informationen (die ggf. auch von der Vorbereitung der Antragstellenden abhänge) die Wahrnehmung vor Ort beeinflussen. Bei vollständiger Informationslage würde das Begutachtungsinstrument immer gleich funktionieren. Eine Abhängigkeit des Ergebnisses von situativen Faktoren werde nicht gesehen. Als etwas problematisch wird die Bewertung der Hilfsmittelnutzung angesehen. So müssten Menschen, die sich weigern einen Rollator zu benutzen, als unselbstständig eingeschätzt werden. Auch würden schwankende Symptomatiken genaues Nachfragen erfordern und belastbare Bewertungen seien schwer durch die abgefragten wöchentlichen Häufigkeiten abzuleiten.

Die Module 1 und 4 des Begutachtungsinstruments werden konsistent von allen Begutachtungsdiensten als gut funktionierend beschrieben, weil die jeweiligen Kriterien gut objektiv beurteilbar wären. Auch in Modul 5 seien die meisten Kriterien gut definiert. Für eine Einschätzung würden aber teilweise ärztliche Unterlagen fehlen. Als problematisch wird zudem eine als unlogisch bewertete Gleichsetzung bestimmter Hilfsmittel (bspw. Anziehen von Kompressionsstrümpfen vs. Aufsetzen einer Brille) eingeschätzt. Laut den Leistungserbringerverbänden sollte eine Weiterentwicklung von Modul 5 hin zu einer besseren Verknüpfung mit Informationen aus der SGB V-Versorgung geprüft werden.

Modul 6 ist laut den Begutachtungsdiensten ebenfalls klar definiert. Allerdings würden sich hier teils Doppelbewertungen ergeben, d. h. bei bestimmten Einschränkungen, insbesondere in den Modulen 2 und 3, würden sich automatisch auch Einschränkungen im Modul 6 ergeben. Das Modul 6 sei also nicht unabhängig von den Bewertungen der vorangehenden Module. Beispielsweise führe eine Beeinträchtigung beim Kriterium „Antriebslosigkeit“ in Modul 3 automatisch auch zu Punkten bei den Kriterien „Interaktion mit Personen im direkten Kontakt“ sowie „Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes“ im Modul 6. Ähnliche Abhängigkeiten bestehen für Beeinträchtigungen der kommunikativen Fähigkeiten in Modul 2.

Für die Module 2 und 3 berichten die Begutachtungsdienste von einem größeren Interpretationsspielraum bei der Begutachtung. In Modul 2 sei beispielweise die Bewertung der Fähigkeit Risiken und Gefahren zu erkennen kontextabhängig und abstrakt. In Modul 3 bestünden die größten Probleme bei den Themen Ängste, Antriebslosigkeit und Aggression. Diese Einschränkungen seien häufig in der Begutachtungssituation nicht beobachtbar, daher sei die Bewertung angewiesen auf Selbstberichte oder Berichte von An- und Zugehörigen, die eine hohe Subjektivität aufwiesen. Die Abgrenzung von Normalität und Krankheit/Beeinträchtigung sei teilweise schwierig, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (vgl. auch Abschnitt 3.2.6).

Auch die Leistungserbringerverbände beschreiben, dass psychische Problemlagen von den Gutachterinnen und Gutachtern teilweise schwer zu beurteilen seien. Unter den Begutachtungsdiensten besteht insgesamt der Eindruck, dass kognitive und psychische Aspekte schnell zu höheren Pflegegraden führen würden. So wirke sich eine psychische Beeinträchtigung in Modul 3 auch auf die Module 2, 4, 5 und 6 aus. Bei einer Überprüfung des Begutachtungsinstruments solle die Ausgewogenheit von kognitiven sowie psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen beachtet werden.

Auch die Leistungserbringerverbände merken an, dass geprüft werden solle, ob es Personengruppen gebe, die fehleingeschätzt würden. Die Betroffenenverbände führen zusätzlich an, dass es gegenüber Personen, die sowohl psychische als auch kognitive Beeinträchtigungen haben, nicht gerecht wäre, wenn nur eins der beiden Module (Modul 2 oder Modul 3) in die Bewertung einfließe.

Insgesamt seien laut den Begutachtungsdiensten die Schwellenwerte für die Pflegegrade sehr niedrig. Insbesondere die benötigte Punktzahl für PG 1 sei schnell erreicht. Viele kleine Defizite würden zusammen zu einem Pflegegrad führen, obwohl das gewonnene Gesamtbild der Situation keinen ausgeprägten Hilfebedarf anzeige. Die sei zum Teil auf die hohe Gewichtung des Moduls 4 zurückzuführen. Auch sei der Schwellenwert bei der Häufigkeitsskala niedrig, so würde „einmal wöchentlich“ bereits für das Erreichen von Punkten ausreichen. Die Pflegekassen merken zudem an, dass die gewichteten Punktwerte häufiger direkt an der Pflegegradschwelle lägen. Die Leistungserbringerverbände regen an, dass die Gewichtung der Module untereinander genauer untersucht werden solle.

Die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse und den qualitativen Datenerhebungen weisen auf einen möglichen Anpassungsbedarf des Begutachtungsinstruments hin. Insbesondere gibt es Hinweise auf Abhängigkeiten unter den sechs Modulen und Probleme bei einzelnen Kriterien. Weitere Ergebnisse, die auf einen Revisionsbedarf des BI hinweisen, werden in Abschnitt 3.2.6 berichtet.

3.2.5.2 Bewertungssystematik des Begutachtungsinstruments

Die Bewertungssystematik des BI hat entscheidenden Einfluss darauf, wie viele Antragstellende überhaupt einen bzw. welchen Pflegegrad sie erreichen. Die einzelnen Komponenten der Bewertungssystematik sind in Abschnitt 1.4 detaillierter

dargestellt worden. Dort wurde auch beschrieben, dass bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des zugehörigen Begutachtungsinstruments durch das PSG II ein diskretionärer Eingriff in die Bewertungssystematik vorgenommen worden war. Die sowohl von dem 2006 eingesetzten „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ als auch von dem ab 2012 arbeitenden „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ auf Basis umfangreicher fachlicher und sozialpolitischer Beratungen und Abwägungen empfohlenen „Einstellungen“ der Bewertungssystematik wurden im Gesetzgebungsprozess verändert, um den Kreis der Leistungsbeziehenden der Pflegeversicherung zu vergrößern.

Die vertiefende Analyse der seit 2017 eingetretenen Entwicklung (vgl. Abschnitt 3.1) hat gezeigt, dass es seither zu einer unerwartet starken Zunahme der Pflegeprävalenz gekommen ist, weil vor allem eher jüngere und weniger beeinträchtigte Menschen vermehrt Leistungen der Pflegeversicherung beantragt und unter den geltenden Rahmenbedingungen – darunter nicht zuletzt der Bewertungssystematik des BI – vielfach auch einen Pflegegrad zuerkannt bekommen haben. Folge dieser Entwicklung ist eine markante Zunahme der durchschnittlichen Verweildauern in der Pflegebedürftigkeit, u.a. auch getrieben durch das besonders starke Wachstum der Pflegeprävalenz von Kindern und Jugendlichen.

Die seinerzeit vorgenommene „Öffnung“ der Pflegeversicherung durch Modifikation der Bewertungssystematik wurde in der Gesetzesbegründung zum PSG II damit begründet, dass mehr Versicherten „die Inanspruchnahme der präventiv ausgerichteten Leistungen des Pflegegrades 1“ ermöglicht werden sollte (Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), 2015, S. 113). Die Analysen der tatsächlichen Leistungsanspruchnahmen der Versicherten in den ersten 12 Monaten nach Zuerkennung eines Pflegegrads 1 (vgl. Tabelle 10 in Anhang 6.1.2) zeigen, dass zwischen 2017 und 2023 etwas mehr als die Hälfte der Versicherten (mit leicht abnehmender Tendenz) die Entlastungsleistungen genutzt haben. Etwa 7,5 % bis 8,5 % nehmen die vermutlich am ehesten als „präventiv“ zu wertende Leistung der „wohnumfeldverbessernden Maßnahmen“ in Anspruch. Inwieweit durch diese oder die anderen im Pflegegrad 1 möglichen Leistungsanspruchnahmen das Ziel einer besseren Prävention von höhergradiger Pflegebedürftigkeit befördert wird, lässt sich im Rahmen dieses Gutachtens nicht beantworten, erscheint uns jedoch eher wenig wahrscheinlich.

Insofern kann sich der aktuelle Vorschlag, den politischen Eingriff in die Bewertungssystematik durch das PSG II rückgängig zu machen bzw. zumindest zu überprüfen und stattdessen die Empfehlungen des Expertenbeirats zur Grundlage zu nehmen, auf gute Argumente stützen.

Der MD Bund und Medicproof haben dem IGES zusätzliche Analysen zur Verfügung gestellt, in denen simuliert wird, wie sich die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit unter der Annahme der vom Expertenbeirat (BMG, 2013) empfohlenen Schwellenwerte und/oder Intervallgrenzen der Moduleinzelpunkte entwickelt hätte. Die

Analysen von MD Bund und Medicproof werden getrennt dargestellt, da sich die Versichertenkollektive der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung und damit auch die Auswirkungen der Veränderung der Parameterwerte unterscheiden.

Die Analysen beziehen sich auf die Simulation der in den Erstgutachten erreichten Pflegegrade und differenzieren nach zwei Varianten: In *Variante 1* wird ausschließlich die Anpassung der Schwellenwerte zum Erreichen der Pflegegrade 1-3 berücksichtigt. In *Variante 2* sind zusätzlich zu den Anpassungen der Schwellenwerte auch die Anpassungen der Intervallgrenzen der Einzelpunkte in den Modulen 1, 4 und 6 umgesetzt (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2 in Abschnitt 1.4).

Ergebnisse des MD Bund

Tabelle 8 zeigt die durch den MD Bund ermittelten Zahlen für *Variante 1*. Die Ergebnisse für *Variante 2* sind in Tabelle 9 dargestellt. In den 2024 durchgeführten Erstbegutachtungen wurden gemäß den derzeit geltenden Schwellenwerten 237.493 Versicherte als nicht pflegebedürftig eingestuft. Legt man an diese Erstgutachten die empfohlenen Schwellenwerte des Expertenbeirats an, erhöht sich diese Zahl um 52 % auf 360.319 Versicherte – bei zusätzlicher Berücksichtigung der angepassten Intervallgrenzen sogar um 91,1 % (auf 453.584; *Variante 2*).

In *Variante 1* zeigt sich zudem eine Reduktion der Versichertenzahlen in den Pflegegraden 1 bis 3. In *Variante 2* wären etwas mehr Fälle in Pflegegrad 1 und weniger Fälle in den Pflegegraden 2 bis 5.

Tabelle 8: Abweichung der Ergebnisse von Erstgutachten unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenbeirats; *Variante 1*

Ergebnis	Gemäß Schwellenwerte des BI (2024)		Gemäß Schwellenwerte Empfehlung Expertenbeirat		Differenz	
	n	%	n	%	n	%
Nicht Pflegebed.	237.493	18,7%	360.395	28,4%	122.902	51,7%
Pflegegrad 1	366.319	28,9%	353.442	27,8%	-12.877	-3,5%
Pflegegrad 2	454.165	35,8%	389.115	30,7%	-65.050	-14,3%
Pflegegrad 3	156.574	12,3%	111.599	8,8%	-44.975	-28,7%
Pflegegrad 4	40.360	3,2%	40.360	3,2%	0	0,0%
Pflegegrad 5	14.220	1,1%	14.220	1,1%	0	0,0%
Gesamt*	1.269.131	100,0%	1.269.131	100,0%	0	0,0%
Pflegebedürftig	1.031.638		908.736	71,6%	-122.902	-11,9%

Quelle: MD Bund

Anmerkung: *Ausgeschlossen: 628 Fälle wegen fehlender ungültiger Angaben

Tabelle 9: Abweichung der Ergebnisse von Erstgutachten unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenbeirats; *Variante 2*

Ergebnis	Gemäß Schwellenwerte des BI (2024)		Gemäß Schwellenwerte Empfehlung Expertenbeirat		Differenz	
	n	%	n	%	n	%
Nicht Pflegebed.	237.390	19,5%	453.584	37,2%	216.194	91,1%
Pflegegrad 1	365.938	30,0%	379.800	31,2%	13.862	3,8%
Pflegegrad 2	447.931	36,8%	287.411	23,6%	-160.520	-35,8%
Pflegegrad 3	136.301	11,2%	75.171	6,2%	-61.130	-44,8%
Pflegegrad 4	24.551	2,0%	16.926	1,4%	-7.625	-31,1%
Pflegegrad 5	6.164	0,5%	5.383	0,4%	-781	-12,7%
Gesamt*	1.218.275	100,0%	1.218.275	100,0%		0,0%
Pflegebedürftig	980.885		764.691	62,8%	-216.194	-22,0%

Quelle: MD Bund

Anmerkung: *Ausgeschlossen: 1.241 Fälle wegen fehlender oder ungültiger Angaben; Zusätzlich wurden Aktenlagen bei nicht möglicher oder nicht zumutbarer persönlicher Befunderhebung (Verstorben; Hospiz) ausgeschlossen, da nach BI keine Angaben in den Kriterien gemacht werden und daher keine Einzelpunkte vorliegen. (50.243 Fälle)

Insgesamt würde die Anwendung der vom Expertenbeirat empfohlenen Parameterwerte je nach Ausgestaltung bei den Erstbegutachtungen zu einer deutlichen Reduktion der Anerkennung von Pflegebedürftigkeit führen: In Variante 1 um knapp 12%, in Variante 2 um etwa 22 %. Darüber hinaus würde es bei den Versicherten mit festgestellter Pflegebedürftigkeit zu einer Verschiebung der Verteilung der Pflegegrade kommen: In Variante 1 wäre die Verschiebung eher geringfügig, mit leichter Zunahme der Anteile der PG 1 (plus 3,4 Prozentpunkte) sowie PG 4 und PG 5 (zusammen plus 0,7 Prozentpunkte) und entsprechender Abnahme der Anteile der PG 2 (minus 1,2 Prozentpunkte) und PG 3 (minus 2,9 Prozentpunkte). Bei Anwendung aller Parametereinstellungen des Expertenbeirats (Variante 2) käme es unter den Versicherten mit anerkannter Pflegebedürftigkeit zu einer stärkeren Veränderung der Verteilung auf Pflegegrade: Der Anteil des PG 1 nähme um 12,3 Prozentpunkte zu, wogegen PG 2 (minus 8,1 Prozentpunkte) und PG 3 (minus 4,1 Prozentpunkte) entsprechend geringer besetzt wären (PG 4 und PG 5 nahezu unverändert).

In den ergänzenden Tabellen in Anhang 6.3 findet sich für die Erstgutachten eine Differenzierung der Ergebnisse aus Tabelle 8 und Tabelle 9 nach der beantragten Leistungsart. Ferner ist dargestellt, wie sich die Parameteränderungen bei Höherstufungsgutachten auswirken würden. Außerdem werden Differenzierungen nach

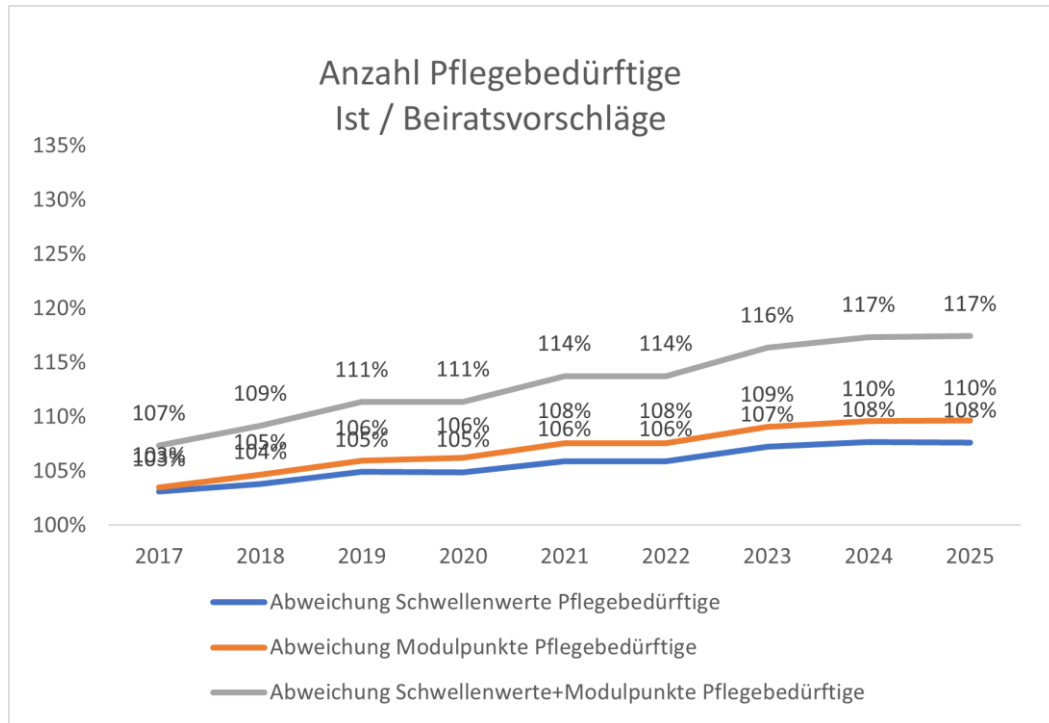
verschiedenen Subgruppen von Versicherten (Altersgruppen, Geschlecht, pflegebegründende Diagnose, Wohnsituation) geboten.

Demnach würden beide simulierten Varianten auch nennenswerten Einfluss auf die Ergebnisse von Höherstufungsbegutachtungen haben: Über alle Höherstufungsbegutachtungen hinweg würde in Variante 1 der Anteil von Versicherten, der als Ergebnis einen höheren Pflegegrad erhält als zuvor von ca. 72 % (in 2024) auf etwa 62 % sinken (Variante 2: 46 %), der Anteil mit unverändertem Pflegegrad dagegen von ca. 25 % auf ca. 33 % steigen (Variante 2: 44 %). In 2024 wurde in 0,9 % der Höherstufungsgutachten ein niedrigerer Pflegegrad als zuvor festgestellt. Bei Umstellung auf die Parameterwerte des Expertenbeirats würde dieser Anteil in Variante 1 auf etwa 5 % und in Variante 2 auf 10 % steigen.

Medicproof

Vergleichbare Berechnungen von Medicproof sind in Abbildung 20 dargestellt. Der Graph „Abweichung Schwellenwerte Pflegebedürftige“ repräsentiert die Berechnung gemäß *Variante 1*, während „Abweichung Schwellenwerte + Modulpunkte Pflegebedürftige“ die oben beschriebene *Variante 2* darstellt. Die Abbildung zeigt für die Jahre 2017 – 2024, bei wie vielen Erstgutachten nach den aktuell gültigen Schwellenwerten eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, im Verhältnis zu den Feststellungen von Pflegebedürftigkeit unter Anwendung der Schwellenwerte bzw. Intervallgrenzen aus den Empfehlungen des Expertenbeirats. Für 2024 ist zu sehen, dass bei Anwendung der aktuellen Schwellenwerte 8 % mehr Versicherte als pflegebedürftig eingestuft wurden als es bei Anwendung der vom Expertenbeirat empfohlenen Schwellenwerte der Fall gewesen wäre. Unter Annahme von *Variante 2* sind es 17 %.

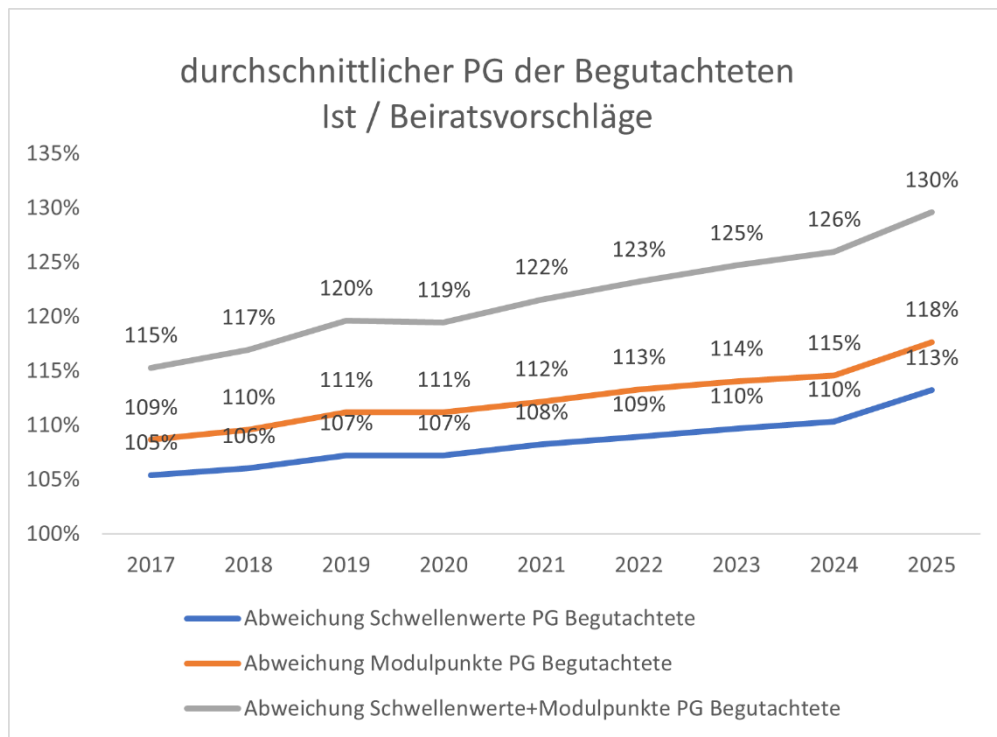
Abbildung 20: Abweichung der Pflegeprävalenz unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenbeirats; *Variante 1* und *Variante 2*



Quelle: Medicproof

In Abbildung 21 findet sich eine analoge Darstellung für den durchschnittlichen Pflegegrad, der in den Erstgutachten festgestellt wurde. Für 2024 ist zu erkennen, dass die im Mittel vergebenen Pflegegrade um 10 % über den mittlere Pflegegrade gemäß Schwellenwerten des Expertenbeirats liegen (*Variante 1*). Wenn zusätzlich die angepassten Intervallgrenzen berücksichtigt werden, liegt dieses Verhältnis bei plus 26 % (*Variante 2*).

Abbildung 21: Abweichung des durchschnittlichen Pflegegrades unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Expertenbeirats; *Variante 1* und *Variante 2*



Quelle: Medicproof

Die von MD Bund und Medicproof durchgeführten Simulationsrechnungen bestätigen somit, dass die Veränderung der Bewertungssystematik gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats erhebliche Auswirkungen auf die Pflegeprävalenz sowie die Verteilung der pflegebedürftigen Versicherten auf die Pflegegrade hatte. Bei einer Umstellung der Bewertungssystematik auf die Parametereinstellungen des Expertenbeirats wären entsprechend starke Effekte sowohl auf die administrative Epidemiologie der Pflegebedürftigkeit (Pflegeinzidenz und -prävalenz) als auch auf die Ausgaben der Pflegeversicherung zu erwarten.

3.2.5.3 Exkurs: Bewertung der Regelungen zu Pflegebedürftigen mit besonderen Bedarfskonstellationen

Die Regelungen zu besonderen Bedarfskonstellationen in Abschnitt F4.1.B der Begutachtungsrichtlinien (Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine) wird von den Begutachtungsdiensten sowohl in den Interviews als auch in der Fokusgruppe als angemessen bewertet. Vereinzelt wird angesprochen, ob das Vorliegen einer sehr schweren Demenz bei erhaltender Mobilität auch zu einer besonderen Bedarfskonstellation, und damit der Einstufung in PG 5, führen sollte. Allerdings würde eine Ausweitung der besonderen Bedarfskonstellationen „ein großes Fass aufmachen“ und es würden noch mehr Begehrlichkeiten für weitere

Ausnahmeregelungen provoziert. In der Diskussion wird einerseits angemerkt, dass die Entscheidung für die bestehende besondere Bedarfskonstellation bei der Entwicklung des Begutachtungsinstruments wissenschaftlich fundiert getroffen worden wäre, dass es aber andererseits auch legitim sei, getroffene Entscheidungen nach 10 Jahren zu reevaluieren.

Aus den anderen qualitativen Datenerhebungen, der Literaturanalyse oder den quantitativen Daten liegen zu der Frage keine Erkenntnisse vor.

3.2.5.4 Exkurs: Bewertung der vorzunehmenden Feststellung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung

Zur Frage, inwiefern die vorzunehmende Feststellung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung sich bewährt hat, liegen ausschließlich Daten aus den qualitativen Datenerhebungen vor.

Die Begutachtungsdienste weisen in den Interviews und der Fokusgruppe darauf hin, dass die Bewertung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung im Rahmen der Begutachtung (Abschnitte 6.1 und 6.2 des Begutachtungsinstruments) für die Antragstellenden irritierend sei, da diese Erhebungen für den Pflegegrad irrelevant sind, dies den Antragstellenden jedoch schwer zu vermitteln sei. Teilweise wird angemerkt, dass hier ein unnötiger Zeitaufwand in der Begutachtung entstünde und nicht klar sei, inwiefern die Daten von weiterführenden Beratungen oder zur Versorgungsplanung genutzt würden. Ein Potential zur Hebung von Effizienzen durch das Weglassen der Abschnitte 6.1 und 6.2 des Begutachtungsinstruments wird auch von den Pflegekassen erwähnt. Allerdings wird auch hervorgehoben, dass dies eigentlich wertvolle Informationen für das Case Management und die Pflegeberatung seien. Die Betroffenenverbände merken zudem an, dass die abgefragten Bereiche in den Abschnitten 6.1 und 6.2 diejenigen seien, bei denen zuerst Einschränkungen vorlägen und es deshalb schwer zu vermitteln sei, warum dies nicht in die Ermittlung des Pflegegrads einfließe. Die Bereiche sollten weiter erfasst werden, aber es solle auch sichergestellt werden, dass mit den Daten in der Folge gearbeitet wird. Auch die Leistungserbringerverbände weisen darauf hin, dass die erhobenen Daten zukünftig besser genutzt werden sollten.

3.2.5.5 Exkurs: Möglichkeit der Ableitung von Beratungsbedarfen, im Sinne eines Case-Managements

Fast alle in den Interviews befragten Begutachtungsdienste berichten, dass sie auf Basis der Begutachtungen sehr gut komplexe Bedarfe ableiten könnten und somit in der Begutachtung auch relevante Informationen für weiterführende Beratungen oder ein Case-Management gewonnen werden könnten. Dabei wird darauf hingewiesen, dass hier weniger die einzelnen Modulergebnisse, sondern vielmehr die persönliche Situation der Antragstellenden und das Gesamtbild entscheidend

seien. Teilweise wird das Modul 5 als besonders bedeutsam für die Identifikation von komplexen Bedarfssituationen eingeschätzt.

Aus den anderen qualitativen Datenerhebungen, der Literaturanalyse oder den quantitativen Daten liegen zu der Frage keine Erkenntnisse vor.

3.2.6 Besondere Aspekte in Bezug auf die Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen

THESEN: Die starke Zunahme der Pflegeprävalenz zwischen 2017 und 2024 bei Kindern und Jugendlichen ist insbesondere auf einen Anstieg von psychischen Beeinträchtigungen zurückzuführen. Neben vergleichbaren Treiberfaktoren wie bei den Erwachsenen könnten auch methodische Defizite des Begutachtungsinstruments bei dieser Altersgruppe eine Rolle spielen.

In Abschnitt 3.1.5 wurde bereits dargestellt, dass die Pflegeprävalenz bei Kindern und Jugendlichen in starkem Maße auf psychische und Verhaltensstörungen – insbesondere Diagnosen aus dem Bereich der hyperkinetischen Störungen (ICD 10 F90) sowie Autismus-Spektrum-Störungen (F84) – zurückgeht. Ein möglicher Erklärungsansatz wäre eine Zunahme dieser Störungsbilder in der Bevölkerung.

Epidemiologische Studien aus den USA zeigen eine deutliche Zunahme von ADHS- bzw. Autismus-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen (Zablotsky et al., 2019; Shenouda et al., 2023). Aus Deutschland liegt eine Analyse der handelskrankenkasse (hkk) zur Zahl der Versicherten (Betroffenenquote) mit einer Autismus-Diagnose vor. Demnach hat sich im Zeitraum 2013 bis 2022 die Betroffenenquote unter den hkk-Versicherten verdoppelt (von 0,4 % auf 0,8 %; hkk Krankenkasse, 2023). In Bezug auf die Häufigkeit von ADHS-Diagnosen bei 3- bis 17-Jährigen hatte das Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen seiner Gesundheitssurveys für den Zeitraum 2014 bis 2017 einen Rückgang der von Eltern angegebenen ADHS-Diagnosen gegenüber dem Zeitraum 2003 bis 2006 um etwa einen Prozentpunkt (von 5,3 % auf 4,4 %) festgestellt (Göbel et al., 2018).

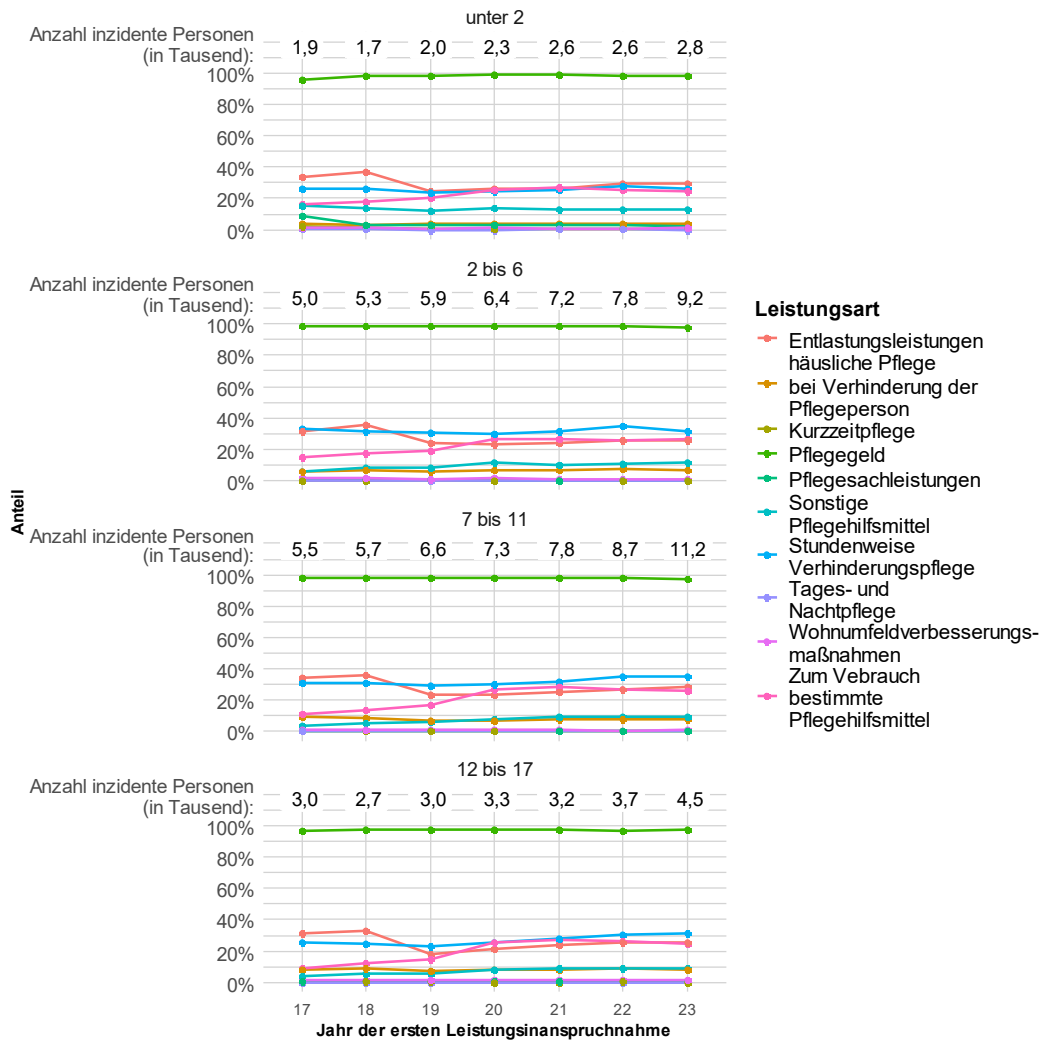
Eine neuere Studie aus Schweden hat gezeigt, dass die von Eltern berichteten Symptome von ADHS bzw. Autismus-Spektrum-Störungen im Vergleich der Geburtsjahrgänge 1993 bis 2001 bei Kindern weitgehend konstant geblieben sind, wogegen die Diagnose-Prävalenz stark gestiegen ist. Die Zunahme geht also weniger auf eine epidemiologische Zunahme der Krankheitsbilder als vielmehr auf eine häufigere Entdeckung bzw. Diagnosestellung zurück (Arvidsson et al., 2025). Bereits 2015 hatte eine dänische Studie gezeigt, dass etwa 60 % des Anstiegs der Autismus-Diagnosen allein durch Umstellungen der Diagnosekriterien und Berichtsroutinen erklärbar waren (Hansen et al., 2015).

Nicht nur eine reale epidemiologische Zunahme, sondern auch eine häufigere Entdeckung und Diagnosestellung von psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen kann dazu beitragen, dass Eltern vermehrt Pflegeleistungen für ihre Kinder beantragen. Um so mehr, wenn die betroffenen Familien die bestehenden Informations- und Vernetzungsangebote zu diesen Störungsbildern

nutzen, in denen die Möglichkeit der Beantragung von Pflegeleistungen i.d.R. dargestellt bzw. empfohlen wird.

Die Inanspruchnahme der verschiedenen SGB XI Leistungen kann ferner Anhaltspunkte liefern, ob bestimmte Leistungsarten einen Anreiz für die Beantragung von Pflegeleistungen darstellen (Abbildung 22). Dabei wird der Anteil an Personen, die in einem Jahr mit PG 2 pflegeinzident wurden, und mindestens einmalig im Verlauf von 12 Monaten die jeweilige Pflegeleistung in Anspruch genommen haben, ausgewiesen. Für alle Beobachtungsjahre (2017 bis 2023) dominiert die Inanspruchnahme des Pflegegelds in allen Altersgruppen. Jeweils über 95 % der pflegeinzidenten Kinder und Jugendlichen erhalten über 12 Monate nach Pflegeinzidenz zumindest teilweise Pflegegeld. Wie bereits bei den Analysen mit allen Menschen, die pflegeinzident werden (vgl. Abschnitt 3.2.2.3), zeigt sich keine Verschiebung in der Inanspruchnahme bestimmter Leistungsarten von mit PG 2 pflegeinzidenten Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2017 bis 2023. Die Befunde sind für die Kinder und Jugendlichen, die mit PG 3 inzident werden ähnlich; für PG 1 zeigt sich ebenfalls keine auffällige Veränderung der Leistungsanspruchnahme bestimmter SGB XI-Leistungen über die Zeit (vgl. Anhang 6.1.3). Demnach ist zu konstatieren, dass das Pflegegeld in allen Altersgruppen sowie über den gesamten Analysezeitraum für nahezu 100 Prozent der Pflegebedürftigen die Hauptleistung darstellt, Hinweise auf „Pull-Effekte“ anderer Leistungen haben sich nicht ergeben.

Abbildung 22: Anteilige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen und Jahren im PG 2



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)
 Anmerkung: Analyse A1b des Datenanalysekonzepts

In den qualitativen Datenerhebungen mit den Begutachtungsdiensten wird der Befund, dass psychische Erkrankungen für Kinder und Jugendliche vermehrt eine pflegebegründende Diagnose darstellen, ebenfalls gestützt. So wird beispielsweise angemerkt, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS, Autismus oder anderen Entwicklungsstörungen früher nicht anspruchsberechtigt gewesen seien. Dabei seien auch die Folgen der COVID-19-Pandemie verantwortlich für die Zunahme von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Auch die Leistungserbringerverbände und die Betroffenenverbände nennen eine höhere Diagnosequote bei psychischen Beeinträchtigungen als einen Grund für den Anstieg der Pflegeprävalenz bei Kindern und Jugendlichen. Von Seiten der Betroffenenverbände wird

ebenfalls darauf hingewiesen, dass sich in diesem Anstieg der Neurodivergenzen bei Kindern und Jugendlichen auch die Folgen der COVID-19-Pandemie zeigen würden. Im Zusammenhang mit der großen Bedeutung von psychischen Beeinträchtigungen für die Pflegeprävalenz bei Kindern und Jugendlichen wird von den Begutachtungsdiensten in den Interviews dargelegt, dass Modul 3 des Begutachtungsinstruments große Beurteilungsspielräume zulasse, da die abgefragten Kriterien häufig nicht direkt beobachtbar seien und insbesondere bei Kindern und Jugendlichen die Abgrenzung von Krankheit/Beeinträchtigung und normalen Variationen in der Entwicklung schwierig sei (vgl. auch Abschnitt 3.2.6).

Aus den Erkenntnissen der qualitativen Datenerhebungen ergeben sich Hinweise auf weitere Faktoren, die zum Anstieg der Pflegeprävalenz bei Kindern und Jugendlichen beitragen können. Insbesondere wird von allen Zielgruppen angesprochen, dass die Informiertheit von Familien bzw. Eltern über die Möglichkeit Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen sehr hoch sei. So geben die Betroffenenverbände an, dass Eltern gut über das Internet erreicht würden. Auch würde die verbesserte Information zu mehr Diagnostik und Diagnosen führen und mehr Widersprüche gegen Bescheide der Pflegekassen hervorrufen. Auch die Pflegekassen betonen, dass Eltern durch Internet und soziale Medien sehr gut vernetzt seien.

Nach Angaben der Leistungserbringerverbände würden Eltern auch einen Pflegegrad beantragen, um Zugang zu weiteren Förderprogrammen zu erhalten. Auch wird die Vermutung geäußert, dass die für das neue Begutachtungsinstrument speziell für Kinder und Jugendliche entwickelte Version Auswirkungen auf die Pflegeprävalenz haben könne. Die Begutachtungsdienste betonen in der Fokusgruppe und den Interviews ebenfalls die hohe informelle Vernetzung der Eltern von (potentiell) pflegebedürftigen Kindern. Auch würden Kinderärzte, Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) oder Schulen vermehrt auf die Möglichkeit der Diagnosestellung bei psychischen Beeinträchtigungen sowie der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen hinweisen. Die Pflegeversicherung würde dabei auch genutzt, da andere Hilfesysteme schwerer zugänglich seien.

Insgesamt stützen die Ergebnisse der qualitativen Datenerhebungen die eingangs formulierte These, dass eine Zunahme an psychischen Beeinträchtigungen ein Grund für die steigende Pflegeprävalenz unter Kindern und Jugendlichen ist. Zusätzlich wird die Antragsstellung vermutlich zu einem gewissen Grad durch starke Informationsnetzwerke der betroffenen Familien gefördert. Veränderungen von Anreizen aufgrund des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung im Zeitverlauf können dagegen mit den vorliegenden Daten nicht belegt werden. Die mit Abstand wichtigste Leistung für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche ist in allen betrachteten Jahren das Pflegegeld.

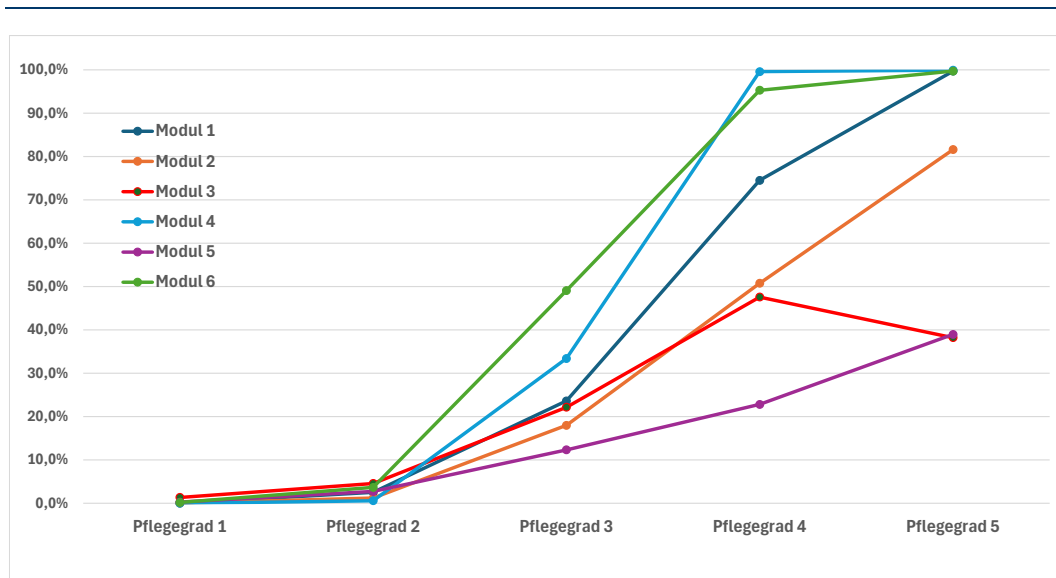
Auch wenn es wahrscheinlich ist, dass die Zunahme der Entdeckung und Diagnosestellung von psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen dazu beiträgt, dass vermehrt Pflegeleistungen für Kinder beantragen werden, folgt daraus nicht ohne weiteres eine Zunahme der Pflegeprävalenz. Unabhängig von der Art der Diagnose sollte durch das Begutachtungsinstrument sichergestellt

werden, dass nur Versicherte mit entsprechenden Einschränkungen der Selbständigkeit und personellem Hilfebedarf auch einen Pflegegrad erhalten.

Die Daten der Pflegeberichterstattung des MD Bund erlauben differenziertere Analysen der im Rahmen der Begutachtungen festgestellten Beeinträchtigungen nach den Modulen des BI sowie zur Ergebnisverteilung auf Ebene der Einzelkriterien. Dabei fällt auf, dass zwei Module bei den Versicherten unter 18 Jahren eine Ergebnisverteilung aufweisen, die sich deutlich von den anderen Modulen bzw. von der analogen Verteilung bei den erwachsenen Antragstellern unterscheidet.

Zur Einordnung zeigt Abbildung 23 zunächst für die erwachsenen Erstantragsteller (ab 18 Jahren) auf ambulante Leistungen im Jahr 2024 die Anteile von Versicherten, bei denen im jeweiligen BI-Modul „schwere“ oder „schwerste Beeinträchtigungen“ festgestellt wurden. Wie zu erwarten, finden sich in den Pflegegraden 1 und 2 praktisch keine Personen mit solch hochgradigen Beeinträchtigungen, ab dem PG 3 nimmt der Anteil kontinuierlich zu, mit Ausnahme eines Abfalls im Modul 3 zwischen PG 4 und PG 5.

Abbildung 23: Anteil Erstantragsteller (ambulante Leistungen) **ab 18 Jahren** mit „schweren“ oder „schwersten Beeinträchtigungen“ im betreffenden Modul des BI



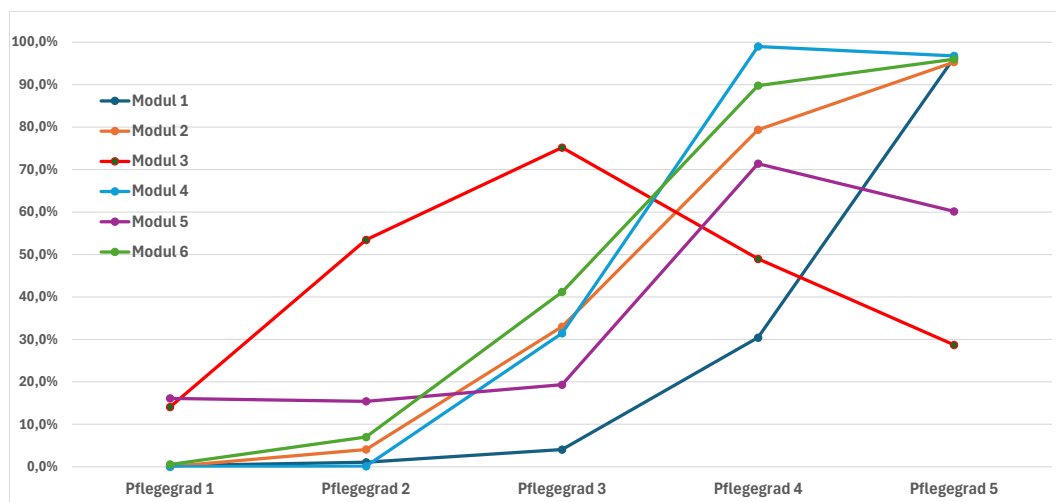
Quelle: Eigene Berechnungen IGES nach MD Bund Pflegeberichterstattung 2024

Diese Ergebnisverteilung entspricht dem Muster, das bei einem nach den Prinzipien der klassischen Testtheorie entwickelten Messinstrument zu erwarten ist bzw. bei der Konstruktion des Instruments angestrebt wird, sofern ein einziges latentes Konstrukt gemessen werden soll: Ein nicht direkt beobachtbares Konstrukt (hier: Pflegebedürftigkeit) wird durch messbare Parameter auf mehreren, das Konstrukt beschreibenden Dimensionen (Module des BI) operationalisiert. Das Messmodell sieht vor, dass die Parameterwerte sowie die aggregierten Werte auf den einzelnen

Modulen additiv bzw. über lineare Transformationen in einen Gesamtscore überführt werden können, weil höhere Messwerte als Ausdruck einer höheren Ausprägung des allen berücksichtigten Dimensionen kausal zugrunde liegenden Konstrukts „Pflegebedürftigkeit“ zu werten sind. Deshalb weisen die Messwerte auf den einzelnen Dimensionen des Instruments i.d.R. eine relevante Korrelation auf, wie es in Abbildung 23 auch gut erkennbar ist.

Die entsprechende Auswertung für die Versicherten unter 18 Jahren, also die Kinder und Jugendlichen, in Abbildung 24 zeigt jedoch Abweichungen von dieser regulär zu erwartenden Ergebnisverteilung.

Abbildung 24: Anteil Erstantragsteller (ambulante Leistungen) **unter 18 Jahren** mit „schweren“ oder „schwersten Beeinträchtigungen“ im betreffenden Modul des BI



Quelle: Eigene Berechnungen IGES nach MD Bund Pflegeberichterstattung 2024

Im Vergleich beider Auswertungen fällt bei den Kindern und Jugendlichen unmittelbar auf, dass der Anteil von Versicherten mit „schweren“ und „schwersten Beeinträchtigungen“ im Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) bereits bei Pflegegrad 3 den Gipfel (ca. 75 %) erreicht und auch in PG 2 (ca. 53 %) und sogar PG 1 (ca. 14 %) überraschend hohe Anteile von Versicherten hochgradige Beeinträchtigungen aufweisen. Der Häufigkeitsgipfel bei PG 3 geht dabei ganz überwiegend auf Versicherte mit „schwersten Beeinträchtigungen“ zurück (über 60 %) und auch in PG 2 und PG 4 weisen die meisten Versicherten die höchste Beeinträchtigungsstufe auf. Ein weiterer markanter Unterschied zu den in Abbildung 23 dargestellten älteren Versicherten ist der hohe Anteil (ca. 15-16 %) von Versicherten in PG 1 und PG 2, die bei Modul 5 (krankheits- oder therapiebedingte Anforderungen und Belastungen) in die beiden höchsten Beeinträchtigungskategorien fallen.

Modul 3 unterscheidet sich von den übrigen Modulen durch die große Spannweite der möglichen rohen Punktschritte (0 bis 65), wobei bereits mit sieben Punkten die

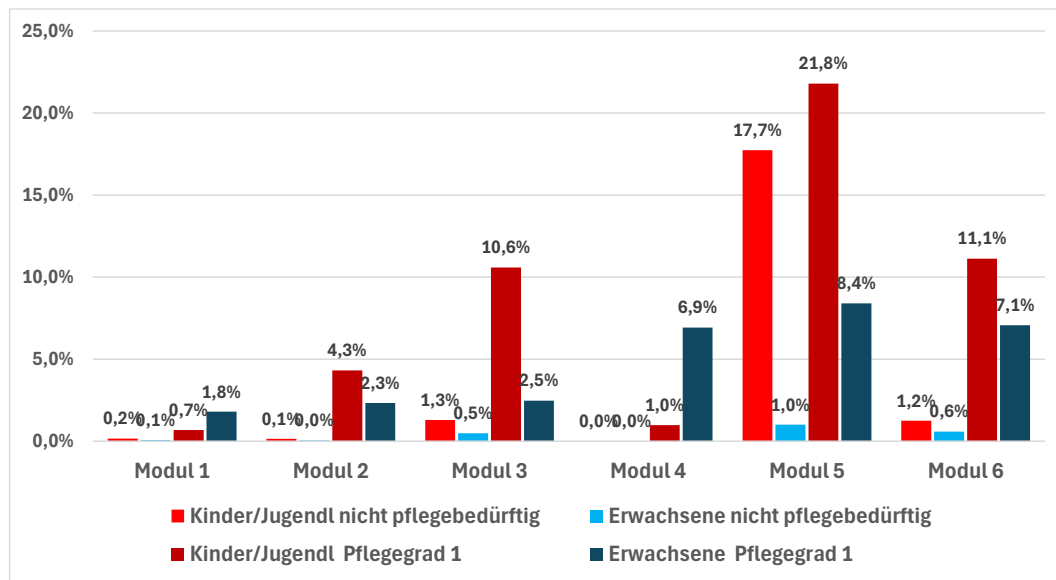
höchste Beeinträchtigungsstufe erreicht wird. Die BI-Entwickler haben durchaus bemerkt, dass die niedrige Punktzahl für das Erreichen der höchsten Beeinträchtigungsstufe ein Problem sein könnte: „Die geringen Punktzahlen werfen die Frage auf, ob angesichts dieses niedrigen Niveaus nicht ein „Deckeneffekt“ provoziert wird, d.h. Personen, die Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, überwiegend als „schwerstbeeinträchtigt“ beurteilt werden“ (Wingenfeld et al., 2008, S. 47). Aufgrund der seinerzeit vorliegenden empirischen Daten wurden Deckeneffekte jedoch für unwahrscheinlich gehalten bzw. es wurde auf die Erprobungsstudie verwiesen. Der Erprobungsstudie („Hauptphase 2“; Windeler et al., 2008) lassen sich zu dieser Frage jedoch keine Ergebnisse entnehmen.

Die auffällige Verteilung der „schweren“ und besonders der „schwersten Beeinträchtigungen“ bei Modul 3 – die nicht nur in den Daten des Jahres 2024, sondern auch in den Vorjahren in gleicher Weise vorliegt – entspricht nicht dem üblichen Bild von „Deckeneffekten“, insofern die Anteile von Personen mit den höchsten Beeinträchtigungen in den höheren Pflegegraden 4 und 5 wieder sinken. Dies dürfte dadurch zu erklären sein, dass sich in den – insgesamt bei den Erstantragstellern nur wenig besetzten – Pflegegraden 4 und 5 zu einem höheren Anteil Kinder und Jugendliche mit anderen pflegebegründenden Diagnosen finden, bei denen psychische Beeinträchtigungen eine geringere Rolle spielen.

Bei den Erwachsenen (Abbildung 23) zeigt sich die zu erwartende Korrelation der sechs Module im Anteil der am schwersten Beeinträchtigten nach Pflegegrad. Bei den Kindern und Jugendlichen ist das Modul 3 dagegen von den übrigen Modulen „entkoppelt“, in dem Sinne, dass bereits die höchsten Ausprägungen erreicht werden, wenn gleichzeitig auf den übrigen Modulen – ggf. mit Ausnahme von Modul 5 – deutlich geringere Beeinträchtigungen festzustellen sind.

Ein ähnlich geartetes Problem besteht bei den Kindern und Jugendlichen auch für das Modul 5, wo auch in den niedrigsten Pflegegraden bereits ein relativ hoher Anteil von Versicherten die höchsten Beeinträchtigungen aufweist. Die auffälligen Messeigenschaften des Moduls 5 bestätigt auch eine Betrachtung des Anteils von Versicherten mit „erheblichen“ Beeinträchtigungen, die keinen oder den Pflegegrad 1 erhalten haben. Abbildung 25 zeigt die entsprechenden Anteile mit „erheblichen Beeinträchtigungen“ nach den BI-Modulen sowie differenziert nach Kindern/Jugendlichen (bis 18 Jahre) bzw. Erwachsenen.

Abbildung 25: Anteil Erstantragsteller (ambulante Leistungen), bei denen kein Pflegegrad oder Pflegegrad 1 festgestellt wurde mit „erheblichen Beeinträchtigungen“ im betreffenden Modul des BI (differenziert nach Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen)



Quelle: Eigene Berechnungen IGES nach MD Bund Pflegeberichterstattung 2024

Selbst bei den Versicherten, bei denen keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, liegt bei den Kindern und Jugendlichen der Anteil mit „erheblichen Beeinträchtigungen“ im Modul 5 bei knapp 18 Prozent, im Pflegegrad 1 bei ca. 22 %. Bei den Erwachsenen liegen die entsprechenden Werte deutlich niedriger.

Die Module 3 und 5 weisen grundsätzliche Unterschiede gegenüber den anderen Modulen des BI auf: Beide Module sind unabhängig vom Alter des Kindes bzw. Jugendlichen zu beurteilen. Ferner spielt in beiden Modulen die Häufigkeit des Auftretens bei der Bewertung der einzelnen Kriterien eine Rolle, was bedeutet, dass Berichte der Betroffenen bzw. Eltern gegenüber unmittelbaren Beobachtungen der Gutachtenden eine größere Rolle spielen müssen (wie oft ein Verhalten oder eine Versorgung pro Woche/Monat auftritt lässt sich bei einem Hausbesuch nicht beobachten).

Insgesamt ergeben sich aus den dargestellten Analysen deutliche Hinweise, dass mindestens zwei Module des BI bei den Kindern und Jugendlichen nicht in der bei einem Messinstrument dieses Typs erwarteten Weise arbeiten. Die beschriebenen Auffälligkeiten wirken sich so aus, dass Versicherte trotz geringerer Beeinträchtigungen auf den Modulen 1, 2, 4 und 6 einen (höheren) Pflegegrad erreichen, weil sie vor allem im Modul 3, aber teilweise auch im Modul 5 als sehr stark beeinträchtigt eingestuft werden. Dies bedeutet nicht, dass die Begutachtungen in Bezug auf die Module 3 und 5 „falsch“ wären, sondern dass das BI bei den Kindern und Jugendlichen möglicherweise nicht nur ein latentes Konstrukt

(„Pflegebedürftigkeit“) misst, sondern noch mindestens ein weiteres, mit dem Konstrukt „Pflegebedürftigkeit“ im Sinne der anderen Module nicht bzw. nur geringfügig assoziiertes Konstrukt. Die Ursachen für die abweichenden Messeigenschaften des BI bei Kindern und Jugendlichen sollten eingehender untersucht werden. Angesichts der Tatsache, dass das BI ganz offensichtlich mit primärem Fokus auf Pflegebedürftigkeit bei älteren Erwachsenen entwickelt und dann in einem zweiten Schritt an die Begutachtung von Kindern und Jugendlichen angepasst wurde, sind möglicherweise mangels ausreichender Erprobungsdaten Anpassungsnotwendigkeiten übersehen worden.

3.3 Prognose und Projektion zur zukünftigen Entwicklung der Pflegeprävalenz

In der Literaturanalyse sind Prognosen der Pflegeprävalenz entweder auf Basis der Fortschreibung beobachteter Prävalenzen (z. B. Rothgang & Müller, 2021; Schwinger et al., 2020) oder auf Basis epidemiologischer Modellierungen (z. B. Haß et al., 2024) zu finden. Bei den Szenarien zur Fortschreibung werden die Pflegeprävalenzen basierend auf bestehenden geschlechts- und altersspezifischen Prävalenzen, teilweise auch unter Berücksichtigung regionaler Variationen, anhand unterschiedlicher Annahmen über die demographische Entwicklung bzw. die Bevölkerungsentwicklung (bspw. zur Lebenserwartung, Geburtenrate oder Migration) modelliert.

Das Problem der Prognosen ist, dass je länger sie zurückliegen, desto veralteter sind auch die zugrundeliegenden Daten und Annahmen. Bsp. werden bei Rothgang und Müller (2021) auf Basis der Prävalenzen aus dem Jahr 2019 in einem Szenario mit mittleren Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung 6,36 Mio. Pflegebedürftige für das Jahr 2060 prognostiziert. Mit bereits im Jahr 2023 5,69 Mio. Pflegebedürftigen (Destatis, 2024) ist zu erwarten, dass diese prognostizierte Zahl bereits deutlich früher erreicht wird. In der epidemiologischen Modellierung von Haß et al. (2024) werden Annahmen zur Mortalität und Pflegeinzidenzraten in die Prognosen aufgenommen. Die Pflegeprävalenz wird dabei anhand von Szenarien mit einer konstant steigenden Inzidenzrate von 2 % vs. einer stabilen Inzidenzrate sowie unterschiedlichen Mortalitätsraten für pflegebedürftige und nicht pflegebedürftige Menschen und verschiedenen Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung prognostiziert. Je nach den getroffenen Annahmen zu Mortalitätsraten und zur Bevölkerungsentwicklung variieren die für 2050 projizierten Zahlen pflegebedürftiger Menschen bei einer steigenden Inzidenzrate zwischen 12,5 Mio. und 14,0 Mio., während die prognostizierten Zahlen bei einer stabilen Inzidenzrate deutlich geringer ausfallen (5,6 bis 6,6 Mio.).

In den qualitativen Datenerhebungen wird mehrheitlich von einem weiteren Anstieg der Pflegeprävalenzen ausgegangen. So berichten die Pflegekassen, dass von einem weiteren Anstieg der Pflegeprävalenz auszugehen sei, u. a. dadurch, dass mit einer steigenden Affinität für digitale Prozesse noch schneller und einfacher Anträge gestellt werden könnten. Laut der Begutachtungsdienste spricht zusätzlich

für eine Zunahme der Pflegeprävalenz, dass durch den demographischen Wandel informelle Netzwerke für Pflege und Unterstützung aufgrund einer geringeren Anzahl jüngerer Menschen stärker belastet seien und Ein-Personen-Haushalte zukünftig zunehmen würden. Die Begutachtungsdienste merken zudem an, dass mehr Gründe für eine weitere Zunahme der Pflegeprävalenz sprächen. Auch würde schon länger vermutet, dass im jeweiligen Jahr ein Plateau erreicht sei, was jeweils nicht eingetreten sei.

Die Betroffenenverbände berichten, dass wenn immer mehr Menschen wüssten, welche Hilfemöglichkeiten es gibt, der Trend weitergehen müsse. Gleichzeitig würden sie dennoch davon ausgehen, dass auch ein Plateau durch weniger Neuzugänge erreicht würde. Die Leistungserbringerverbände geben ebenfalls an, dass das Erreichen eines Plateaus denkbar sei, da die Informationen zur Pflegeversicherung und zur Antragstellung bald alle relevanten gesellschaftlichen Gruppen erreicht hätten. Weiterhin erwähnen die meisten Zielgruppen, dass die Politik dem Anstieg der Pflegeprävalenzen durch gesundheitspolitische Entscheidungen nicht nur im Blick auf Schwellenwerte im Begutachtungsinstrument, sondern auch auf einen stärkeren Fokus auf Prävention entgegenwirken könne.

Zusammenfassend wird von allen Zielgruppen zunächst von einem weiteren Anstieg der Prävalenzen ausgegangen, wobei die Kernfrage ist, wann mit einem Einpendeln der Inzidenz gerechnet werden kann, weil die Reformeffekte auslaufen bzw. sich ein eventuell verändertes Antragsverhalten stabilisiert. Auch für die derzeit in der Literatur identifizierten Prognosen für die Entwicklung der Pflegeprävalenz bleibt diese Frage für eine adäquate Definition der Annahmen für eine Modellierung zentral, da insbesondere die Annahme einer weiter steigenden Inzidenz zu Prognosen von deutlich höheren zukünftigen Pflegeprävalenzen führt.

4. Handlungsempfehlungen und Fazit

4.1 Empfehlungen zum Verfahren der Beantragung von Pflegeleistungen

Das sehr niedrigschwellige Verfahren zur Beantragung von Pflegeleistungen – im Prinzip reicht ein Anruf oder ein „Klick“ auf der Website der Pflegekasse aus, um eine Begutachtung auszulösen – wurde von den befragten Stakeholdern einerseits positiv bewertet, andererseits wurde auch auf Nachteile hingewiesen (vgl. Abschnitt 3.2.2.2). Da eine Antragstellung nicht weiter begründet oder mit relevanten Dokumenten (Befundberichte o.ä.) fundiert werden muss und i.d.R. auch keine Beratung von Antragstellenden erfolgt, wird auch einer nicht gerechtfertigten Ausweitung des Antrags- und Begutachtungsaufkommens, d. h. zunehmend Anträge von Personen ohne Erfolgsaussichten, Vorschub geleistet (Abschnitt 3.2.4). Der Befund, dass zunehmend Begutachtungen durchgeführt werden, bei denen im Ergebnis keinerlei Einschränkungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (vgl. Abschnitt 3.2.2.1) festgestellt werden, stützt diese Einschätzung.

Es sollte daher geprüft werden, das Antragsverfahren durch eine obligatorische Beratungsstufe durch eine qualifizierte Stelle und/oder das Erfordernis einer Begründung bzw. Fundierung durch Dokumente oder Befunde zu modifizieren. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang auch eine digitale und somit ressourceneffizientere Lösung zur Selbsteinschätzung zu prüfen. Inwiefern diese obligatorisch sein kann, sollte jedoch genauesten abgewogen werden.

4.2 Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments

Eine vertiefte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Begutachtungsinstrument hat vor allem in der Phase der Entwicklung, d.h. vor der Einführung des BI durch das PSG II stattgefunden. Im Rahmen der Recherchen wurde lediglich ein Befund aus dem Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments gem. § 113c SGB XI (PeBeM; SOCIUM et al., 2020) identifiziert, der sich in den Kontext der methodischen Diskussion über das BI einordnen lässt. Nach diesem neueren Ergebnis erwies sich das BI hinsichtlich der Vorhersagekraft der Pflegegrade in Bezug auf den Versorgungsaufwand von stationär Gepflegten als leistungsfähiger, als zuvor vermutet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hier nicht der real erbrachte, sondern ein normativ als fachlich erforderlich definierter Versorgungsaufwand (Soll-Aufwand) untersucht wurde. Der Befund ist für die Fragestellung der Entwicklung der Pflegeprävalenz jedoch nicht relevant.

Die wissenschaftliche Diskussion in der Entwicklungsphase des BI (Brühl, 2012; Brühl et al., 2016) war vor allem auf grundlegende Fragen der theoretischen Fundierung und Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit sowie messmethodische Fragen der Instrumentenentwicklung fokussiert. Die aus der Arbeitsgruppe von Brühl damals vorgetragenen Argumente sollten bei einer Überprüfung und Revision des Begutachtungsinstruments in jedem Fall einbezogen werden.

Aus den qualitativen Ergebnissen haben sich Hinweise auf mögliche methodische Schwächen des BI ergeben, denen systematisch durch entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen nachgegangen werden sollte. Dies betrifft zum einen die berichteten Abhängigkeiten zwischen Modulen (Beeinträchtigungen in Modul 2 und/oder 3 führen „automatisch“ auch zur Feststellung von Beeinträchtigungen in Modul 6). Zum anderen sollte überprüft werden, welche Relevanz die ebenfalls berichteten Beurteilungsspielräume bzw. Bewertungsprobleme in Modul 2 und insbesondere in Modul 3 haben. Darüberhinaus wurden auch Fragen zur generellen „Kalibrierung“ des BI aufgeworfen. So wurde teilweise kritisch angemerkt, dass bei Feststellung von mehreren geringen Beeinträchtigungen die Schwelle zum Pflegegrad 1 rasch erreicht werde, obwohl das von den Gutachtenden gewonnene Gesamtbild der Situation keinen ausgeprägten Hilfebedarf anzeigt. Die hohe Gewichtung des Moduls 4 wurde in diesem Zusammenhang häufig als Hintergrund angeführt bzw. wurde insgesamt darauf hingewiesen, dass die Gewichtung der sechs Module geprüft werden sollte. Eine Überprüfung sollte dabei auch das ursprüngliche Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einer ausgewogenen Berücksichtigung von Beeinträchtigungen im kognitiven, psychischen und körperlichen Bereich evaluieren.

Konkrete Hinweise auf mögliche messmethodische Probleme haben sich ferner bei der Analyse von Daten der Pflegeberichterstattung des MD Bund in Bezug auf die Begutachtungsergebnisse bei den Kindern und Jugendlichen ergeben (vgl. Abschnitt 3.2.6). Die beschriebenen Auffälligkeiten in den Modulen 3 und 5 können dazu beitragen, dass eher ein Pflegegrad bzw. ein höherer Pflegegrad erreicht wird, als aufgrund der Ergebnisse auf den übrigen Modulen zu erwarten wäre. Das BI in der Version für den Einsatz bei der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen, insbesondere die Module 3 und 5, sollte daher überprüft und ggf. angepasst werden.

Eine wesentliche Ursache für die seit 2017 stark gestiegene Pflegeprävalenz ist die mit der Einführung durch PSG II festgelegte Bewertungssystematik. Die gegenüber den vom Expertenbeirat empfohlenen Parametern vorgenommenen Änderungen an mehreren Parametern haben insofern ihr Ziel erreicht, als dadurch mehr Menschen ein Zugang bzw. ein früherer Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung ermöglicht werden sollte. Es erscheint jedoch fraglich, dass die inzwischen eingetretenen Veränderungen im Antragsverhalten der Versicherten sowie die Auswirkungen auf die Entwicklung von Pflegeinzidenz und -prävalenz in diesem Ausmaß vorhergesehen und politisch gewollt waren. Insofern ist eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Bewertungssystematik zu empfehlen. Die potenziellen Auswirkungen einer Umstellung auf die vom Expertenbeirat 2013 empfohlenen Bewertungsparameter lassen sich aufgrund der Simulationsrechnungen von MD Bund und Medicproof abschätzen.

Resümierend ergeben sich folgende Empfehlungen mit Blick auf das Begutachtungsinstrument:

Die Bewertungssystematik sollte überprüft bzw. angepasst werden. Die spezifischen Auffälligkeiten beim Einsatz des BI bei Kindern und Jugendlichen sollten untersucht und ggf. Veränderungen am BI vorgenommen werden.

Darüber hinaus sollte eine grundlegende Überprüfung des BI erfolgen. Ausgangspunkt sollte eine Diskussion sein, welche Funktionen das BI in erster Linie erfüllen soll, um eine darauf bezogene Optimierung des Instruments realisieren zu können. Bei der Entwicklung des aktuellen BI wurden vielfältige, über die Tauglichkeit für die Zumessung von Leistungsansprüchen an die Pflegeversicherung deutlich hinausgehende, Anforderungen an das Instrument formuliert. Bei einer stärkeren Fokussierung auf die Kernfunktion der Zuordnung der Antragstellenden zu einer leistungsrechtlichen Anspruchskategorie (Pflegegrad), dürfte es möglich sein, in der Handhabung weniger komplexe, aber messmethodisch mindestens ebenso zuverlässige Instrumente zu entwickeln.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass „Pflegebedürftigkeit“ im Sinne des § 14 SGB XI ein rechtlich-administratives Konstrukt ist, das durch das BI operationalisiert wird. Veränderungen der sozialen Wirklichkeit können die Leistungsfähigkeit des Instruments sowohl im technischen Sinne (messmethodische Gütekriterien) als auch im Hinblick auf die sozialpolitischen Intentionen beeinflussen. Es ist daher – unabhängig von den konkreten Hinweisen, die in dieser Untersuchung gewonnen wurden – grundsätzlich zu empfehlen, das BI in regelmäßigen Zeitabständen einer Evaluation und ggf. Revision zu unterziehen.

4.3 Empfehlungen zur Verbesserung des Monitorings der Entwicklung der Pflegeprävalenz und zum Verständnis der Treiberfaktoren

Die Untersuchung hat gezeigt, dass zu vielen Sachverhalten, die möglicherweise Einfluss auf die Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung nehmen, nur wenig Informationen bzw. datengestützte Analysen vorliegen. Auch die beiden Datenquellen, die von den jeweiligen Datenhaltern (GKV-Spitzenverband bzw. MD Bund) für die Untersuchung ausgewertet wurden, ermöglichen nur begrenzte Einsichten in die Hintergründe der Entwicklung der Pflegeinzidenz und -prävalenz.

Um die Steuerungsfähigkeit der Pflegeversicherung als soziales Sicherungssystem zu verbessern, ist daher ein Ausbau der Datengrundlagen und Analysemöglichkeiten zu empfehlen. Im Folgenden werden mehrere konkrete Ansatzpunkte aufgeführt, die sich aus den Erkenntnissen dieses Gutachtens ableiten lassen, wobei die Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

1. Nutzung der Analysemöglichkeiten, die sich aus einer Verknüpfung der Prozessdaten von GKV und SPV ergeben sowie Erweiterung des Datenbestands durch die Begutachtungsdaten

Die an verschiedenen Stellen des Gutachtens zitierten Analysen auf Basis von verknüpften Daten der Kranken- und Pflegekassen – z. B. BARMER-Pflegereports,

Pflege-Reports und Analysen des WIdO – ermöglichen die Bearbeitung von Fragestellungen, die auf Basis der amtlichen Statistiken nicht beantwortbar sind. Dies betrifft insbesondere die Zusammenhänge zwischen der Morbidität von Versicherten (GKV-Daten) und der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen sowie die Untersuchung der Leistungsanspruchnahme von Pflegebedürftigen im Zeitverlauf. Auch die Untersuchung von regionalspezifischen Entwicklungen ist mit diesen Daten möglich.

Im Forschungsdatenzentrum Gesundheit sollen in naher Zukunft Daten beider Sozialversicherungszweige kassenübergreifend zur Verfügung stehen. Angesichts der demographiebedingten weiteren Zunahme der Pflegeprävalenz sowie der absehbaren gesetzlichen Weiterentwicklungen der Pflegeversicherung sollten analytische Konzepte und Modelle für ein erweitertes und regelmäßiges Monitoring auf Bundesebene für diesen Datenbestand entwickelt und implementiert werden.

Die Begutachtungsdaten liegen bisher beim MD Bund vor und werden im Rahmen des Datenträgeraustauschs an die einzelnen Pflegekassen übermittelt. Für vertiefende Analysen z. B. zum Zusammenhang zwischen Begutachtungsergebnissen und der tatsächlichen Inanspruchnahme von sowohl SGB XI als auch SGB V Leistungen wäre eine Verknüpfbarkeit mit den Daten im Forschungsdatenzentrum Gesundheit erforderlich. Die Begutachtungsdaten sollten von den Pflegekassen daher ebenfalls an das FDZ übermittelt werden, was eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen (§ 303b SGB V) voraussetzt.

Die routinemäßig an die Pflegekassen übermittelten Begutachtungsdaten sind für tieferegehende Analysen der Messeigenschaften des BI jedoch nicht detailliert genug, weil sie nur Informationen bis zur Ebene der BI-Module, aber nicht zu den Einzelkriterien enthalten. Im Kontext einer grundlegenden Überprüfung des BI – z.B. mit Blick auf die in Abschnitt 3.2.6 beschriebenen Hinweise in Bezug auf die Arbeitsweise des BI bei Kindern und Jugendlichen – wären jedoch Daten bis auf die Ebene der Einzelkriterien erforderlich. Entsprechende Daten müssen zumindest für entsprechende Studien zur Verfügung gestellt werden.

2. Berücksichtigung von Fragestellungen zur Epidemiologie der Pflegebedürftigkeit sowie zu relevanten gesellschaftlichen Entwicklungen in öffentlich geförderten Surveys und Kohortenstudien

Die Ergebnisse dieses Gutachtens deuten darauf hin, dass mangelnde Informationen über die reale Verbreitung und Verteilung von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten in der Bevölkerung sowie weiterer möglicher sozialer und gesellschaftlicher Determinanten, die zu einer vermehrten Beantragung von Pflegeleistungen beitragen, zu einer Unterschätzung der Auswirkungen der Pflegereform 2017 auf die Prävalenzentwicklung beigetragen haben. Diese Situation könnte verbessert werden, indem bei bevölkerungsbezogenen (epidemiologischen) Untersuchungen – Beispiele wären die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, der Deutsche Alterssurvey oder die Nationale Kohorte (NAKO-Gesundheitsstudie) – auch Fragestellungen zur Genese von Pflegebedürftigkeit oder zur deskriptiven Epidemiologie von Pflegebedürftigkeit begründenden

Beeinträchtigungen oder Diagnosen und zu relevanten sozialen Faktoren für die Beantragung von Pflegeleistungen (vgl. Abschnitt 4.5) gezielt adressiert würden.

Die mögliche Berücksichtigung von Fragestellungen, die für das Monitoring oder Prognose der Entwicklung der Pflegeprävalenz von Bedeutung sind in den genannten Studien erfordert eine konzeptionelle Vorbereitung. Im ersten Schritt wären die Fragestellungen aus Sicht der Pflegeversicherung zu präzisieren. Dann wäre zu prüfen, welche Untersuchungs- bzw. Erhebungsdesigns für die Beantwortung der einzelnen Fragen grundsätzlich in Betracht kommen (z.B. persönliche oder auch telefonische Interviews, qualifizierte Untersuchungen durch entsprechend geschultes Personal), welche Stichproben erforderlich wären usw. Erst nach Klärung dieser konzeptionellen Fragen sollte Kontakt mit den Verantwortlichen bzw. Entscheidungsträgern der jeweiligen Studien und Surveys aufgenommen und über eine Kooperation verhandelt werden. Grundlage bzw. Bestandteil dieser Vorbereitung sollte die Erarbeitung eines Gesamtkonzepts „Monitoring Pflegebedürftigkeit“ sein, welches die Epidemiologie der gesundheitlichen Ursachen von Hilfebedürftigkeit mit „Pflegebedürftigkeit“ im Sinne des SGB XI verknüpft.

3. Ausbau der pflegebezogenen Versorgungsforschung

In den Hypothesenkatalog des vorliegenden Gutachtens wurden zahlreiche Faktoren aufgenommen, die in fachlichen Diskussionen häufig auftauchen und auch eine gewisse Plausibilität beanspruchen können, jedoch bisher zu wenig untersucht wurden. Beispiele dafür wären die Entwicklung der informellen Pflegebereitschaft, die Zusammenhänge zwischen Wohn- und Lebenssituationen und der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung oder die Induktion von Pflegeanträgen durch Akteure der sozialen Sicherheit oder der gesundheitlichen Versorgung. Ferner war bei publizierten Untersuchungen mehrfach zu konstatieren, dass methodische Mängel – wie z. B. unzureichende Kontrolle von konfundierenden Faktoren – die Belastbarkeit der Ergebnisse einschränkten.

Es wird empfohlen die Versorgungsforschung im Bereich der Pflege unter dem Dach des SGB XI systematisch zu stärken und zu entwickeln. So könnte auch das Erkenntnispotenzial z. B. der verknüpften Routinedaten von GKV und SPV durch eine breitere qualifizierte Versorgungsforschung stärker ausgeschöpft werden. Mit den gesetzlichen Regelungen in § 8 Absatz 3 SGB XI steht eine Grundlage für die Förderung von entsprechenden Untersuchungen zur Verfügung. Es wäre zu prüfen, in diesem Rahmen einen speziellen Förderaufruf zu Fragestellungen im Kontext der Entwicklung der Pflegeinzidenz und -prävalenz zu formulieren.

4. Weiterentwicklung bestehender Datenkörper

Die beiden im Rahmen der Untersuchung genutzten Datenkörper – die PG 5 Statistik des GKV-Spitzenverbands sowie die Begutachtungsstatistik des MD Bund – sollten weiterentwickelt und für vertiefende Analysen verknüpfbar und verfügbar gemacht werden.

In Bezug auf die Begutachtungsstatistik sollte geprüft werden, inwieweit die Qualität und Vollständigkeit der Erhebung von bisher nicht obligatorisch zu

dokumentierenden Variablen mit vertretbarem Aufwand verbessert werden können. Dabei ist auch zu berücksichtigen, inwieweit durch Veränderungen an anderer Stelle sich bereits Verbesserungen ergeben. So wäre es bei Realisierung einer Verknüpfung der Begutachtungsdaten mit den Leistungsdaten des SGB V (vgl. oben Punkt 1.) vermutlich nicht sinnvoll in eine Steigerung der Datenqualität der pflegebegründenden Diagnosen zu investieren.

Bei den Begutachtungsdaten sollte eine Verknüpfbarkeit von Begutachtungen auf Personenebene hergestellt werden, um Verlaufsanalysen der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen.

Die PG 5 Statistik resultiert aus den Abrechnungsdaten der SPV. Trotz Fortschritten in der Qualität der durch die Pflegekassen gelieferten Daten, liegen teilweise noch uneinheitliche Kodierungen der Pflegekassen vor. Insbesondere eine einheitliche Kodierung der Pflegeleistungen und der Angaben zum Vitalstatus würden zu einer deutlich verbesserten Datengrundlage führen. Im bisherigen Datenbestand müssen Annahmen zum Versterben über das Ende des Leistungsbezugs der Personen getroffen werden. Dies führt in Kombination mit dem unterschiedlichen Vorgehen der SPV-Träger in Bezug auf die Kodierung von Bezugszeiten der Pflegeleistungen zum Verlust von Datenqualität und möglichen Verzerrungen.

Sofern eine zeitnahe Integration der Begutachtungsdaten in das Forschungsdatenzentrum Gesundheit nicht realistisch erscheint, wäre zudem eine Verknüpfbarkeit der Daten des MD Bund mit der PG 5 Statistik, um zumindest die SGB XI-Leistungsanspruchnahme mit den Daten der Begutachtung verknüpfen zu können, eine sinnvolle Weiterentwicklung der Datenbestände. Für gezielte Studien kann ggf. eine Verknüpfung mit Daten der GKV ad hoc erfolgen.

4.4 Empfehlungen zur Erstellung einer kurz-, mittel- und langfristigen Prognose der Pflegeprävalenz

Wie in Abschnitt 3.3 umrissen, folgen Projektionen zur Entwicklung der Pflegeprävalenz zwei Vorgehensweisen: Im ersten Fall werden die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeinzidenzen ab einem gewissen Zeitpunkt als konstant angenommen, wodurch die weitere demographische Entwicklung in den jeweiligen Prognosevarianten des Statistischen Bundesamtes zum einzigen Treiber der Pflegeprävalenz wird. Die aus dieser Vorgehensweise resultierenden Prognosen der Vergangenheit sind an der Tatsache gescheitert, dass die altersspezifische Pflegeinzidenz vor allem in jüngeren Altersgruppen seit 2017 von Jahr zu Jahr weiter gestiegen ist. Im zweiten Fall werden auch Annahmen zur Entwicklung der altersspezifischen Pflegeinzidenz bzw. zum Andauern der Steigerung der Pflegeinzidenz getroffen, was ggf. zu deutlich höheren prognostizierten Pflegeprävalenzen führt. Problem dieser Vorgehensweise ist die mangelnde empirische Grundlage für die Annahmen zur Entwicklung der Pflegeinzidenz.

Die im vorliegenden Gutachten dargestellten Ergebnisse für den Zeitraum von 2017 bis 2024 lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde nicht nur die Zahl der manifest

Pflegebedürftigen erhöht, sondern auch das „Reservoir“ von Versicherten, die einen Pflegegrad erhalten könnten, wenn sie einen entsprechenden Antrag stellen. Diese „Potenzialerweiterung“ wird durch ein verändertes Antragsverhalten vor allem von jüngeren und weniger schwer beeinträchtigten Versicherten seit 2017 zunehmend ausgeschöpft, was sich in der steigenden Pflegeprävalenz niederschlägt. Dabei ist unbekannt, wie groß das Potenzial tatsächlich ist bzw. zu welchem Ausmaß es durch die in 2024 beobachteten Antragsinzidenzen bereits ausgeschöpft wird.

Das Prognoseproblem könnte sich künftig somit wieder reduzieren, sobald sich die altersspezifischen Pflegeinzidenzen auf dem erreichten Niveau stabilisieren, so dass das übliche Vorgehen einer Annahme von konstanten altersspezifischen Inzidenzen wieder zu belastbaren Ergebnissen führt. Eine grundlegende Verbesserung wäre nur durch belastbare Erkenntnisse über die reale epidemiologische Prävalenz bzw. Inzidenz von Pflegebedürftigkeit bzw. den im Begutachtungsverfahren berücksichtigten Sachverhalten zu erreichen. Dies wäre ggf. durch die im vorangehenden Abschnitt empfohlene Integration entsprechender Fragestellungen in epidemiologische Surveys zu erreichen.

4.5 Empfehlungen für weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen

Empfehlungen zur messtheoretischen Überprüfung des BI und einem Monitoring epidemiologischer Faktoren der Pflegebedürftigkeit wurden bereits in den Abschnitten 4.2 und 4.3 erläutert. Bei der empfohlenen grundlegenden Überprüfung des BI sollten u.a. auch Argumente und Vorschläge gewürdigt werden, die im Kontext der wissenschaftlichen Diskussion bei Einführung des aktuellen BI von der Arbeitsgruppe um Brühl und Planer (Brühl, 2012) vorgetragen wurden. So sollte u.E. auch eine Umstellung auf die methodischen Konzepte der Item-Response-Theorie (anstelle der aktuell dem BI implizit zugrunde liegenden klassischen Testtheorie) geprüft werden, die u.a. auch operative Vorteile (z.B. adaptives Testen) ermöglichen würde.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse des Gutachtens auch weitere Forschungslücken auf, deren Beforschung zwar keine direkten Konsequenzen für Handlungsmöglichkeiten zur Dämpfung eines weiteren überproportionalen Anstiegs der Pflegeprävalenz hat, aber dennoch helfen kann, insbesondere gesellschaftliche Bedingungen des Antragsverhalten der Bevölkerung besser zu verstehen.

So ist nicht bekannt, von welchen Akteuren die Antragsstellenden primär auf die Möglichkeit der Beantragung von Pflegeleistungen hingewiesen wurden und ob sich diese Hinweisgeber oder Informationsquellen nach Gruppen von Antragstellenden (bspw. nach Alter) oder im Zeitverlauf unterscheiden. Eine systematische Erfassung des Anstoßes der Erstbegutachtungen würde im Rahmen der Begutachtungsdaten die Möglichkeit schaffen, dies zu untersuchen. Abzuwägen ist dabei, inwiefern dadurch für die Gutachterinnen und Gutachter unverhältnismäßig hohe Aufwände entstehen. Alternativ könnte zunächst eine zeitlich begrenzte Erhebung,

beispielsweise durch die Befragung einer repräsentativen Stichprobe, erfolgen. Dadurch könnten Erkenntnisse auf die Informationsquellen bzw. Hinweisgeber gewonnen werden – Ein Monitoring auf Veränderungen über die Zeit würde jedoch einen längeren Betrachtungszeitraum bzw. routinemäßige Erhebungen voraussetzen.

Eine häufig von den Stakeholdern vertretene These ist die, dass aufgrund demographischer Entwicklungen das Potential für eine Pflege durch Angehörige durch kleinere Familien zukünftig sinken wird und dadurch die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung weiter steigen wird. Bisher zeigen die Daten keinen solchen Trend auf – ein steigender Anteil an Pflegegeldbeziehenden spricht eher für eine Zunahme der Pflege durch An- und Zugehörige, auch verändert sich das Antragsverhalten von Alleinlebenden bisher nicht (vgl. Abschnitt 3.2.1.3). Die Pflege durch An- und Zugehörige ist eine zentrale Säule für das Funktionieren der sozialen Pflegeversicherung, daher sollte ein möglicher Rückgang im Potential der informellen Pflege auch weiter erforscht und geprüft werden, ob dies Teil eines regelmäßigen Monitorings in bestehenden Surveys (bspw. Deutscher Alterssurvey) werden sollte.

Auch weitere soziale Faktoren, die die Antragstellung oder das Risiko für Pflegebedürftigkeit betreffen, sind bisher unzureichend erforscht. Dies bezieht sich auch auf regionale Unterschiede in der Pflegeprävalenz, die derzeit zwar beobachtet aber nicht hinreichend erklärt werden können. So gibt es keine Untersuchungen zu der These, dass Veränderungen der Einkommenssituation der Versicherten das Antragsverhalten beeinflussen.

Keine Untersuchungen wurden auch zu möglichen Veränderungen der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung durch Bevölkerungsgruppen gefunden, die aufgrund einer Migrationsgeschichte eine stärkere Präferenz für familiäre Pflegearrangements haben. Dies ist unter anderem relevant bei einer zunehmend in das Alter mit einem steigenden Risiko für Pflegebedürftigkeit hineinwachsenden Generation von Aussiedlerinnen und Aussiedlern bzw. Arbeitsmigrantinnen und -migranten der 1960er Jahre. Auch sich verändernde Einstellungen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (Entstigmatisierung; siehe Abschnitt 3.2.1.2) sind bisher unzureichend untersucht.

4.6 Fazit

Dominierende Ursache für die deutliche und bis 2024 anhaltende Zunahme der Pflegeprävalenz ist die seit 2017 gestiegene Beantragung von Pflegeleistungen durch jüngere und im Durchschnitt weniger stark beeinträchtigte Versicherte, die im Rahmen der aktuellen Begutachtungssystematik zum ganz überwiegenden Teil zumindest den Pflegegrad 1 erreichen. In gewissem Widerspruch zu diesem Befund steht die Beobachtung, dass der Anteil von Versicherten zunimmt, die bei der Erstbegutachtung den Pflegegrad 1 erhielten, aber bereits vor Ablauf von 12 Monaten einen höheren Pflegegrad erreichen bzw. dass der Anteil an Höherstufungen innerhalb von 24 Monaten nach Pflegeinzidenz mit Pflegegrad 1 oder 2 zunimmt.

Bei einer durchschnittlich geringeren Beeinträchtigung der Neueintritte wäre eher mit einer sinkenden Rate von Höherstufungen innerhalb von ein bis zwei Jahren nach Eintritt in die Pflegebedürftigkeit zu rechnen.

Beide Befunde – die zunehmend frühere Beantragung von Pflegeleistungen sowie die raschere Höherstufung – wären erklärbar, wenn es Evidenz für eine nennenswerte Verschlechterung des Gesundheitszustands der Bevölkerung in Deutschland gäbe. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Ergebnisse der Untersuchung sprechen dafür, dass die Zunahme der Pflegeinzidenz vor allem Resultat eines veränderten Verhaltens der Bevölkerung in Bezug auf die Beantragung von Pflegeleistungen (Erstanträge sowie Anträge auf Höherstufungen) und nicht Ergebnis einer tatsächlich seit 2017 deutlich gewachsenen Verbreitung von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten ist. Im Zuge dieser Verhaltensänderung wird das durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im Vergleich zu der Zeit vor 2017 erweiterte Potenzial von Menschen, die mit Aussicht auf Erfolg Leistungen der Pflegeversicherung beanspruchen können, stärker ausgeschöpft. Dieser Entwicklung wurde ferner durch die politisch gewollte Veränderung der vom Expertenbeirat ursprünglich empfohlenen Bewertungssystematik Vorschub geleistet.

Die zu vermutenden Hintergründe für das veränderte Antragsverhalten sind überwiegend als grundlegende gesellschaftliche Entwicklungen – wie z. B. die Informationsverfügbarkeit durch Internet, soziale Medien usw. oder die Entstigmatisierung von Pflege und Pflegebedürftigkeit – einzustufen und daher kaum beeinflussbar. Insoweit die Untersuchung Hinweise auf Schwächen der Methodik oder des Verfahrens der Begutachtung gefunden hat, ist deren Beitrag zur Entwicklung der Pflegeprävalenz im Vergleich zu dem veränderten Antragsverhalten der Versicherten – abgesehen von der Situation bei den Kindern und Jugendlichen – als eher gering zu veranschlagen.

Als kurzfristige Handlungsmöglichkeiten zur Dämpfung einer weiteren Zunahme der Pflegeprävalenz kommen daher vor allem Maßnahmen in Betracht, die den Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung auf der Ebene der geltenden Verfahren – vor allem der Ausgestaltung der Bewertungssystematik des BI – neu justieren. Nicht zuletzt die Befunde in Bezug auf das BI bei der Teilgruppe der Kinder und Jugendlichen sprechen ferner dafür, das BI einer grundlegenden Überprüfung zu unterziehen, als es im Rahmen dieser als Vorstudie beauftragten Untersuchung möglich war. Dabei wäre auch zu prüfen, ob die vor etwa 20 Jahren entwickelten Lösungen für die Aufgabe der Zumessung von Leistungsansprüchen angesichts der zwischenzeitlichen methodischen Fortschritte und epidemiologischen Entwicklungen noch tragfähig sind.

5. Literaturverzeichnis

- Arvidsson, O., Brikell, I., Larsson, H., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Johnson, M., Gillberg, C. & Lundström, S. (2025). ASD and ADHD symptoms in 18-year-olds - A population-based study of twins born 1993 to 2001. *Psychiatry research*, 351, 116613. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116613>
- Blüher, S., Schilling, R., Stein, T. & Gellert, P. (2023). Prävention von Pflegebedürftigkeit : Analysen von Begutachtungsdaten des Medizinischen Dienstes [Preventing the need for long-term care : Analyses of assessment data from the medical service]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66(5), 490–497. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03685-5>
- Brühl, A. (Hrsg.). (2012). *Pflegebedürftigkeit messen? Herausforderungen bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)*. https://kidoks.bsz-bw.de/files/30/Bruehl_Pflegebeduerftigkeit_messen_2012.pdf
- Brühl, A., Planer, K. & Bensch, S. (2016). Zur Diskussion: Entwicklungsperspektiven für das Neue Begutachtungsassessment. *Pflege & Gesellschaft*, 21(1), 78–87.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2009a, 26. Januar). *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Bericht_Gesamt_26012009.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2009b, 20. Mai). *Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/2009_05_25_EF_Umsetzungsbericht_vom_BMG_Anlage_1.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2013, 27. Juni). *Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2024). *Achter Pflegebericht: Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Berichtszeitraum: 2020–2023*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Achter_Pflegebericht_bf.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2025a). *Amtliche Pflegestatistik (KM6)*.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2025b, 11. Dezember). *Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Zukunftspakt Pflege: Optionen für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung - Roadmap*.
-

- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Z/Zukunftspakt_Pflege/20251211_Ergebnisse_und_Roadmap.pdf
- Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) (2015). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/150907_PSGII_Gesetzentwurf.pdf
- Bünning, M. & Svinth, S. (2025). *Wohnentfernung zwischen 60- bis 90jährigen Menschen und ihren Kindern*. <https://doi.org/10.60922/781x-ks49>
- Eurostat (Hrsg.). (2025). *Employment rates by citizenship*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/lfsa_ergan/default/table?lang=de&category=labour.employ.lfsa.lfsa_emprt
https://doi.org/10.2908/LFSA_ERGAN
- Gesamtverband der Versicherer (Hrsg.). (2025, 17. September). *Statistiken zur deutschen Versicherungswirtschaft: Pflegepflichtversicherung*. <https://www.gdv.de/gdv/statistik/statistiken-zur-deutschen-versicherungswirtschaft-uebersicht/private-krankenversicherung/pflegepflichtversicherung-137904>
- Geyer, J., Haan, P. & Neitzsch, P. (2023). *Einkommen von Pflege- und anderen Haushalten fast identisch – große Unterschiede bei Vermögen*. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2023-43-1
- Göbel, K., Baumgarten, F., Kuntz, B., Hölling, H. & Schlack, R. (2018). *ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends*. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-078>
- Haeger, C., Baldenius, T., Schnitzer, S., Jürchott, K., Kuhlmeier, A., Blüher, S. & Schwinger, A. (2024). Charakteristika von Antragstellenden bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit – eine bundesweite Analyse von Pflegebegutachtungen von AOK-Versicherten ab 60 Jahren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s00391-024-02344-x>
- Hansen, S. N., Schendel, D. E. & Parner, E. T. (2015). Explaining the increase in the prevalence of autism spectrum disorders: the proportion attributable to changes in reporting practices. *JAMA pediatrics*, 169(1), 56–62. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.1893>
- Haß, L., Knippschild, S., Tönnies, T., Hoyer, A., Palm, R., Voß, S. & Brinks, R. (2024). Projected number of people in need for long-term care in Germany until 2050. *Frontiers in public health*, 12, 1456320. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1456320>
- hkk Krankenkasse (Hrsg.). (2023). *hkk-Datenanalyse: Immer mehr Kinder leiden unter Autismus*. <https://www.hkk.de/presse/pressemitteilungen/2023-07-18-hkk-datenanalyse-autismus>
- Jürchott, K., Seidinger, T., Messerle, R., Behrendt, S. & Wissenschaftliches Institut der AOK. (2026). *Pflegeeintritt und Erstbegutachtung bei betagten Menschen im Zeitverlauf*. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006527188>
-

- Kimmel, A., Schiebelhut, O., Kowalski, I., Bucker, U., Breuninger, K., Reif, K., Bachmann, S., Glasen, M. & Webers, A. (2015). *Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung. Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Bd. 12*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV_Schriftenreihe_Pflege_Band_12.pdf
- Kohls, M. (2012). *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel*. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.pdf?__blob=publicationFile&v=11
- Matzk, S., Tsiasioti, C [Chysanthi], Behrendt, S., Jürchott, K., Argüello Guerra, F. & Schwinger, A. (2024). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In A. Schwinger, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs & S. Behrendt (Hrsg.), *Pflege-Report 2024* (S. 269–304). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_19
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42
- Medizinischer Dienst Bund (Hrsg.). (2024). *Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches*. Richtlinien zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 17 Absatz 1 SGB XI.
- Medizinischer Dienst Bund. (2025a). *Pflegeberichterstattung & Begutachtungsstatistik: 2018 - 2024*. Unveröffentlicht. Zur Verfügung gestellt durch GKV-Spitzenverband.
- Medizinischer Dienst Bund. (2025b). *Report Pflegebedürftigkeit 2025: Entwicklung und Potenziale der Pflegebegutachtung*. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2025/2025_06_12/2025_06_12_REPORT_PFLEGELEDUERFTIGKEIT_BF.pdf
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.v. (Hrsg.). (2019). *Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung: Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit*. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-05-20_NBI_Pflegebeduerftigkeit_Fach-Info_22_12_16.pdf
- Medizinischer Dienst Nordrhein. (2024). *Report Pflegebegutachtung 2023*.
- Mogar, M. & Kutzleben, M. von (2015). Demenz in Familien mit türkischem Migrationshintergrund. Organisation und Merkmale häuslicher Versorgungsarrangements [Dementia in families with a Turkish migration background. Organization and characteristics of domestic care arrangements]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(5), 465–472. <https://doi.org/10.1007/s00391-014-0802-y>
-

- Nowossadeck, S., Nowossadeck, E., Tetzlaff, F. & Tetzlaff, J. (2024). Wie hat sich die Lebenserwartung ohne funktionelle Einschränkungen in Deutschland entwickelt? Eine Analyse mit Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) [How has life expectancy without functional limitations developed in Germany? An analysis with data from the German Ageing Survey (DEAS)]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 67(5), 564–571. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03875-9>
- Rothgang, H., Burfeindt, C., Czwikla, J. & Müller, R. (2025). *BARMER Pflegereport 2025: Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf*.
- Rothgang, H. & Hasseler, M. (2015). *Evaluation des NBA Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS)*. Endbericht (Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Pflege_EViS-Endbericht_mit_Anhang_05-2015.pdf
- Rothgang, H. & Müller, R. (2021). *Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: Bd. 32*. BARMER.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2022). *Stationäre Versorgung und COVID-19. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: Bd. 38*. BARMER.
- Rothgang, H. & Müller, R. (2024). *BARMER Pflegereport 2024: Pflegerisiko und Pflegedauer*.
- Schütz, J. & Schmitz, A. (2023). *Gender and regional inequalities in care needs: Novel insights from an analysis of German long-term care insurance data*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schwinger, A., Klauber, J. & Tsiasioti, C [Chrysanthi]. (2020). Pflegepersonal heute und morgen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019* (S. 3–21). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_1
- Schwinger, A., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Jacobs, K. & Behrendt, S. (Hrsg.). (2024). *Pflege-Report 2024*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8>
- Shenouda, J., Barrett, E., Davidow, A. L., Sidwell, K., Lescott, C., Halperin, W., Silenzio, V. M. B. & Zahorodny, W. (2023). Prevalence and Disparities in the Detection of Autism Without Intellectual Disability. *Pediatrics*, 151(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-056594>
- SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Institut für Arbeit und Wirtschaft & Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen. (2020). *Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*. https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2025). *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt.
-

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Alleinstehende, darunter Alleinlebende ab den Jahren 1996. Stand: 19. Mai 2025*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/4-3-Ir-alleinstehende.html>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2023, 23. November). *Statistischer Bericht - Kohortensterbetafel für Deutschland: 1923-2023*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/statistischer-bericht-kohortensterbetafel-5126101239005.html>
- Statistisches Bundesamt. (2024, 18. Dezember). *5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023*. Nr. 478 [Pressemitteilung]. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/12/PD24_478_224.html
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2026a, 3. Februar). *Einkommen und Lebensbedingungen, Armutsgefährdung: Armutsgefährdung (monetäre Armut) nach soziodemografischen Merkmalen [EU-SILC]*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefahrdung/Tabellen/armutsgef-sozdem-zvgl.html>
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2026b, 21. März). *Erfasste und hochgerechnete Personen, Nettoäquivalenzeinkommen, Armutsgefährdungsquote: Deutschland, Jahre (bis 2019), Geschlecht, Altersgruppen [EU-SILC]*. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/12241-9000/>
- Tesch-Römer, C., Cengia, A., Nowossadeck, S., Spuling, S. M., Wettstein, M., Blüher, S., Kuhlmeier, A., Stein, T. & Schilling, R. (2023). *Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit* (Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Nr. 20). GKV-Spitzenverband. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/94157/ssoar-2023-tesch-romer_et_al-Gesundheitsverlaufe_im_Alter_Wege_in.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2023-tesch-romer_et_al-Gesundheitsverlaufe_im_Alter_Wege_in.pdf
- Windeler, J., Görres, S., Thomas, S., Kimmel, A., Langner, I., Reif, K. & Wagner, A. (2008). *Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI: Hauptphase 2. Abschlussbericht*.
- Wingenfeld, K. & Büscher, A. (2023). *Analyse des Einsatzes der telefonisch gestützten Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI*.
- Wingenfeld, K., Büscher, A. & Gansweid, B. (2008). *Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI: Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments.
-

- Wingenfeld, K., Büscher, A. & Gansweid, B. (2011). *Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Bd. 2*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf
- Wingenfeld, K., Büscher, A. & Gansweid, B. (2012). *Stellungnahme zu Veröffentlichungen über das Neue Begutachtungsassessment (NBA)*. <https://de.readkong.com/page/stellungnahme-zu-veroeffentlichungen-uber-das-neue-9090084>
- Wingenfeld, K., Büscher, A. & Schaeffer, D. (2007). *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten*. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI. <https://www.unibielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/pflegebeduerftigkeit-bericht.pdf>
- Wolff, J. K., Pflug, C., Deborah, M., Roll, P., Dehl, T., Topalov, L. & Nolting, H.-D. (2023). *Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/eva_pflegeberatung_7a/2023-02_I-IGES_Abschlussbericht_Evaluation_Pflegeberatung_mit_korrigierten_Abbildungen.pdf
- Wolff, J. K., Pflug, C., Rellecke, J., Rieckhoff, S., Dehl, T. & Nolting, H.-D. (2020). *Weiterentwicklung der Pflegeberatung: Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI* (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 18). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_18_mit_Lesezeichen.pdf
- Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Kogan, M. D. & Boyle, C. A. (2019). Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017. *Pediatrics*, 144(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0811>
-

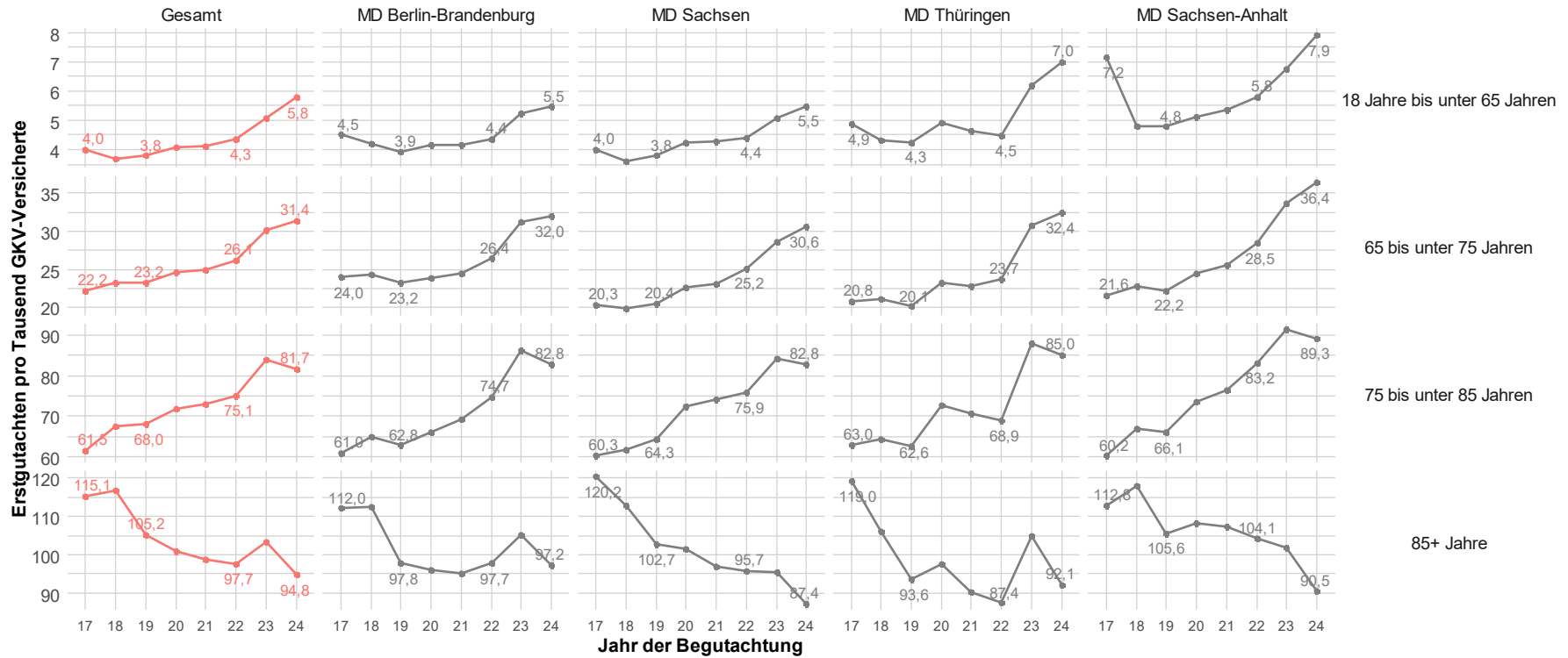
6. Anhang

6.1 Quantitative Datenanalysen: Einfluss- und Treiberfaktoren auf die Entwicklung der Pflegeprävalenz

6.1.1 Gesellschaftliche Entwicklungen und Morbiditätsentwicklungen

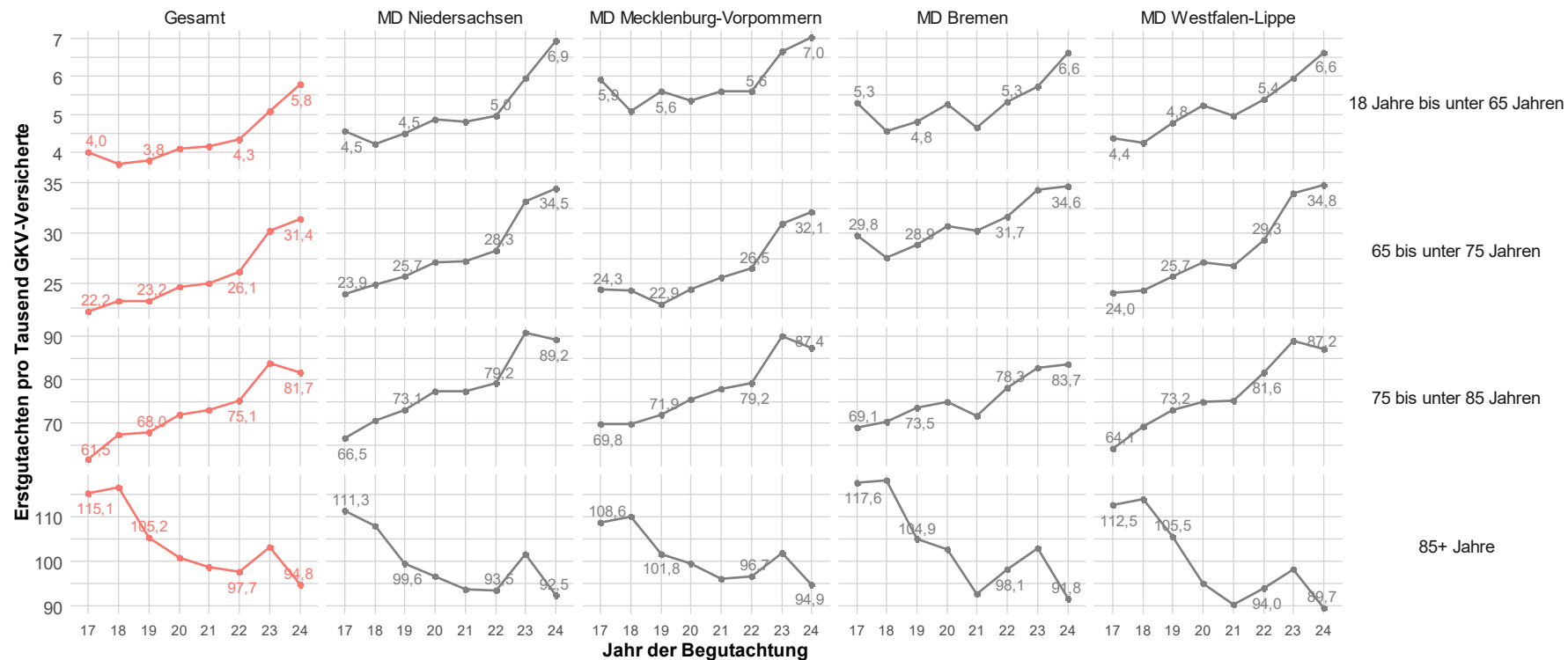
6.1.1.1 Ökonomische Einflussfaktoren und regionale Unterschiede

Abbildung 26: Anzahl der Erstgutachten pro Tausend GKV-Versicherte nach MD und Altersgruppen (1)



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund und Pflegeberichterstattung des Bun-des (KM6 Statistik)
 Anmerkung: Ergänzung zur Analyse B1 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; Rate der Altersgruppe 18 Jahre bis unter 65 Jahre berechnet mit Grundgesamtheit der GKV-Versicherten im Alter von 20 Jahren bis unter 65 Jahre

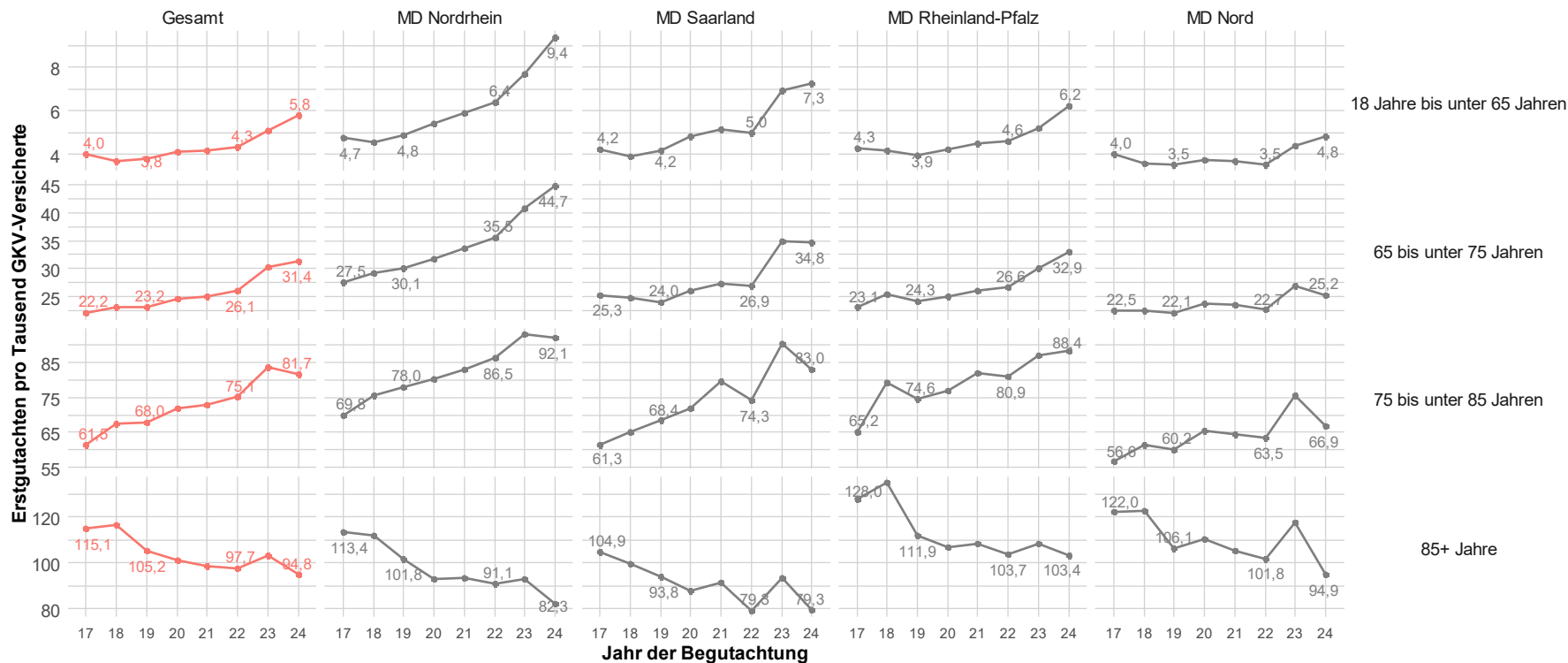
Abbildung 27: Anzahl der Erstgutachten pro Tausend GKV-Versicherte nach MD und Altersgruppen (2)



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund und Pflegeberichterstattung des Bundes (KM6 Statistik)

Anmerkung: Ergänzung zur Analyse B1 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; Rate der Altersgruppe 18 Jahre bis unter 65 Jahre berechnet mit Grundgesamtheit der GKV-Versicherten im Alter von 20 Jahren bis unter 65 Jahre

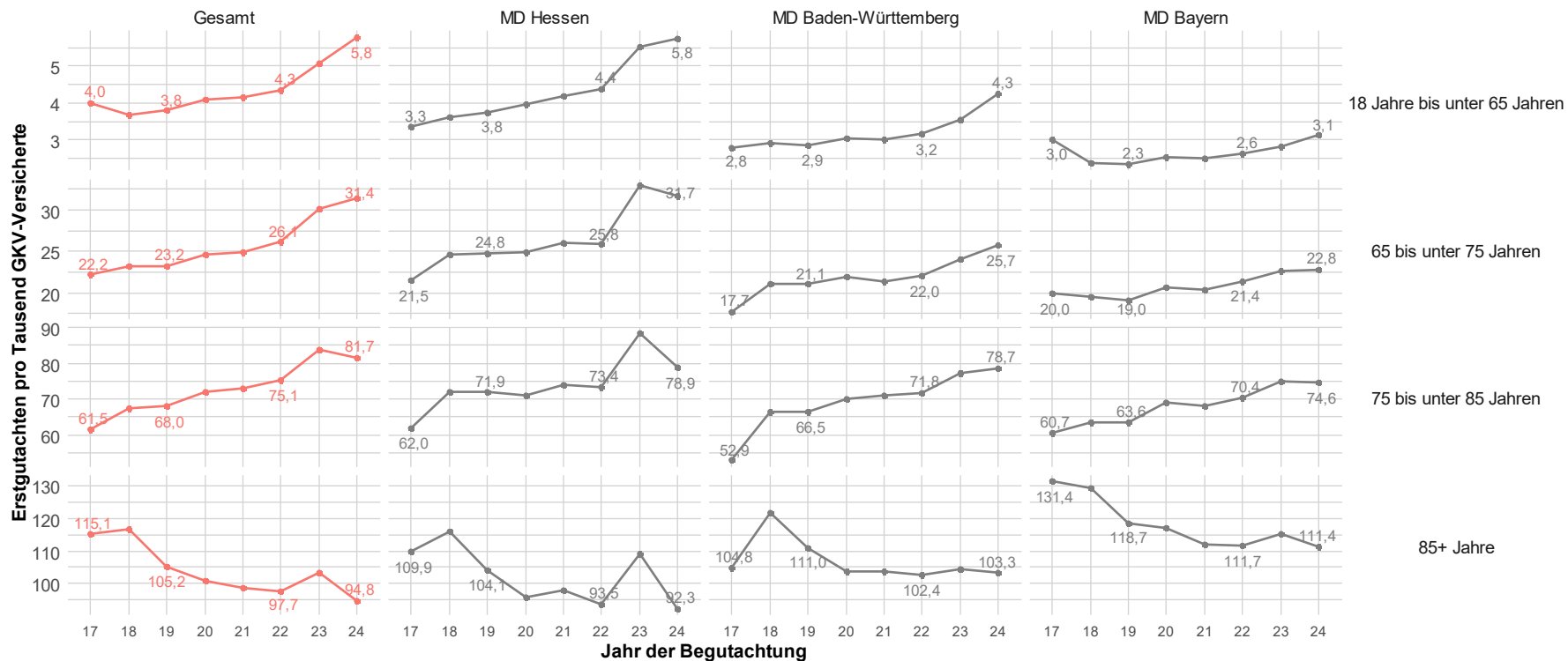
Abbildung 28: Anzahl der Erstgutachten pro Tausend GKV-Versicherte nach MD und Altersgruppen (3)



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund und Pflegeberichterstattung des Bundes (KM6 Statistik)

Anmerkung: Ergänzung zur Analyse B1 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; Rate der Altersgruppe 18 Jahre bis unter 65 Jahre berechnet mit Grundgesamtheit der GKV-Versicherten im Alter von 20 Jahren bis unter 65 Jahre

Abbildung 29: Anzahl der Erstgutachten pro Tausend GKV-Versicherte nach MD und Altersgruppen (4)

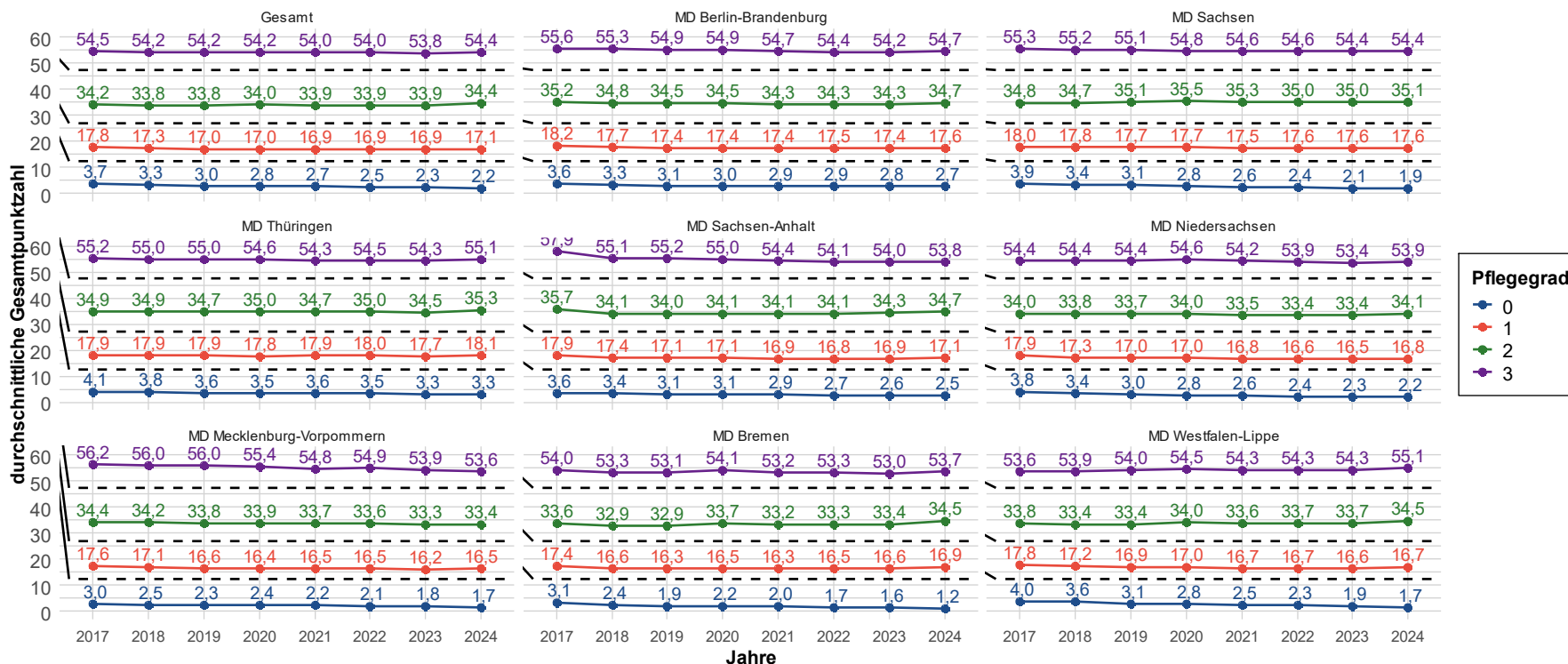


Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund und Pflegeberichterstattung des Bundes (KM6 Statistik)
 Anmerkung: Ergänzung zur Analyse B1 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; Rate der Altersgruppe 18 Jahre bis unter 65 Jahre berechnet mit Grundgesamtheit der GKV-Versicherten im Alter von 20 Jahren bis unter 65 Jahre

6.1.2 Beantragung von Pflegeleistungen

6.1.2.1 Veränderungen im Kollektiv der Antragstellenden

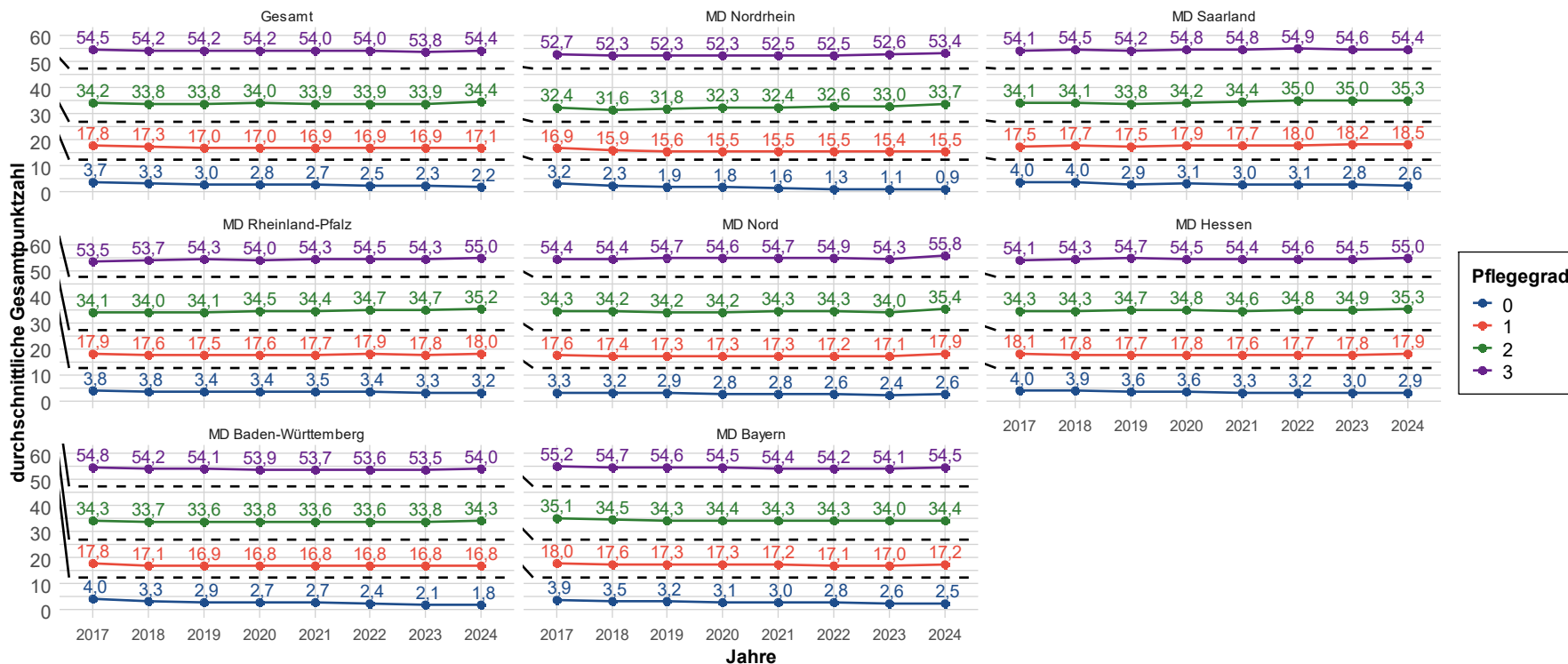
Abbildung 30: Durchschnittlich erreichte Gesamtpunktzahl in Erstgutachten nach MD und Pflegegrad (1)



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund

Anmerkung: Analyse B1 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; gestrichelte Linien stellen die Schwellenwerte der jeweiligen Pflegegrade dar; Durchschnitt aus auf Alters- und Geschlechtsebene aggregierten Daten und nicht Einzeldatensätzen

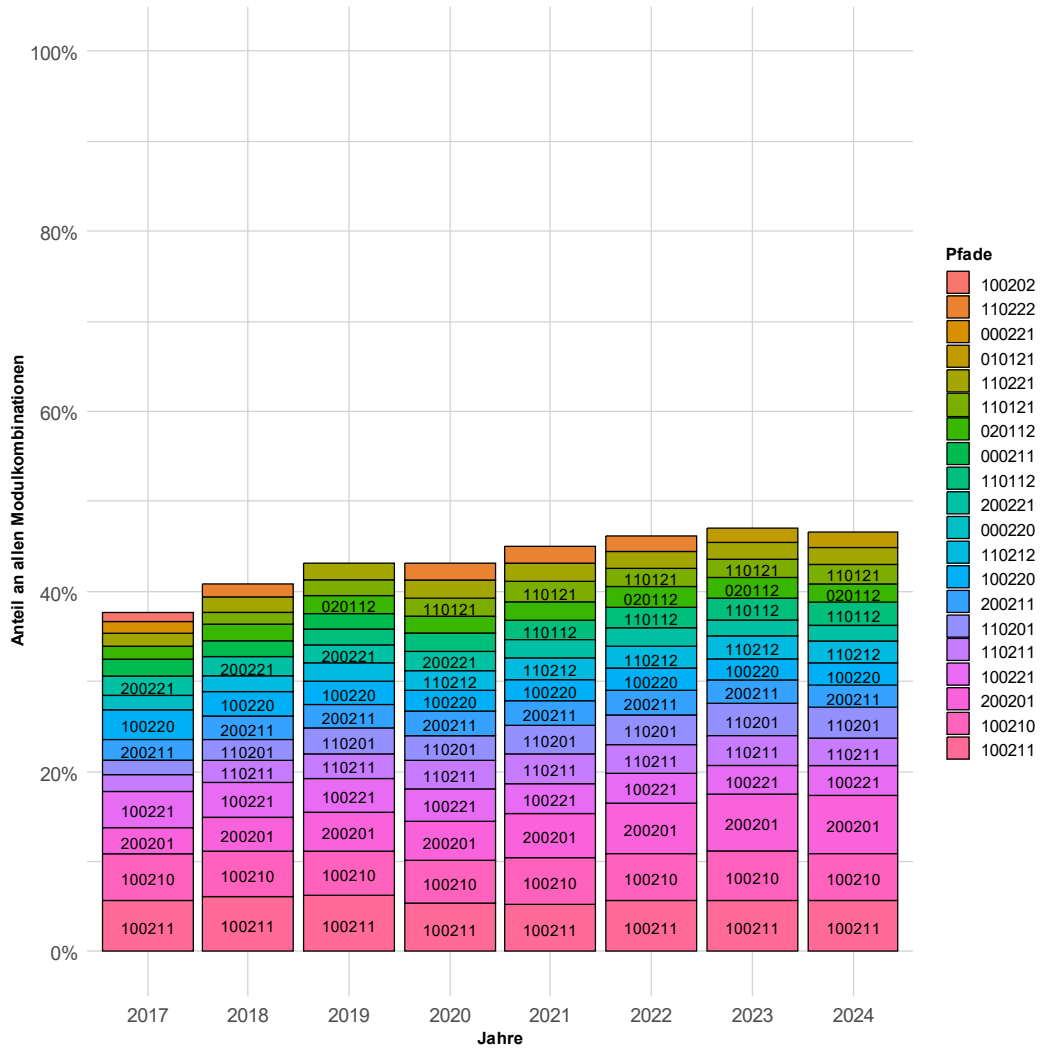
Abbildung 31: Durchschnittlich erreichte Gesamtpunktzahl in Erstgutachten nach MD und Pflegegrad (2)



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund

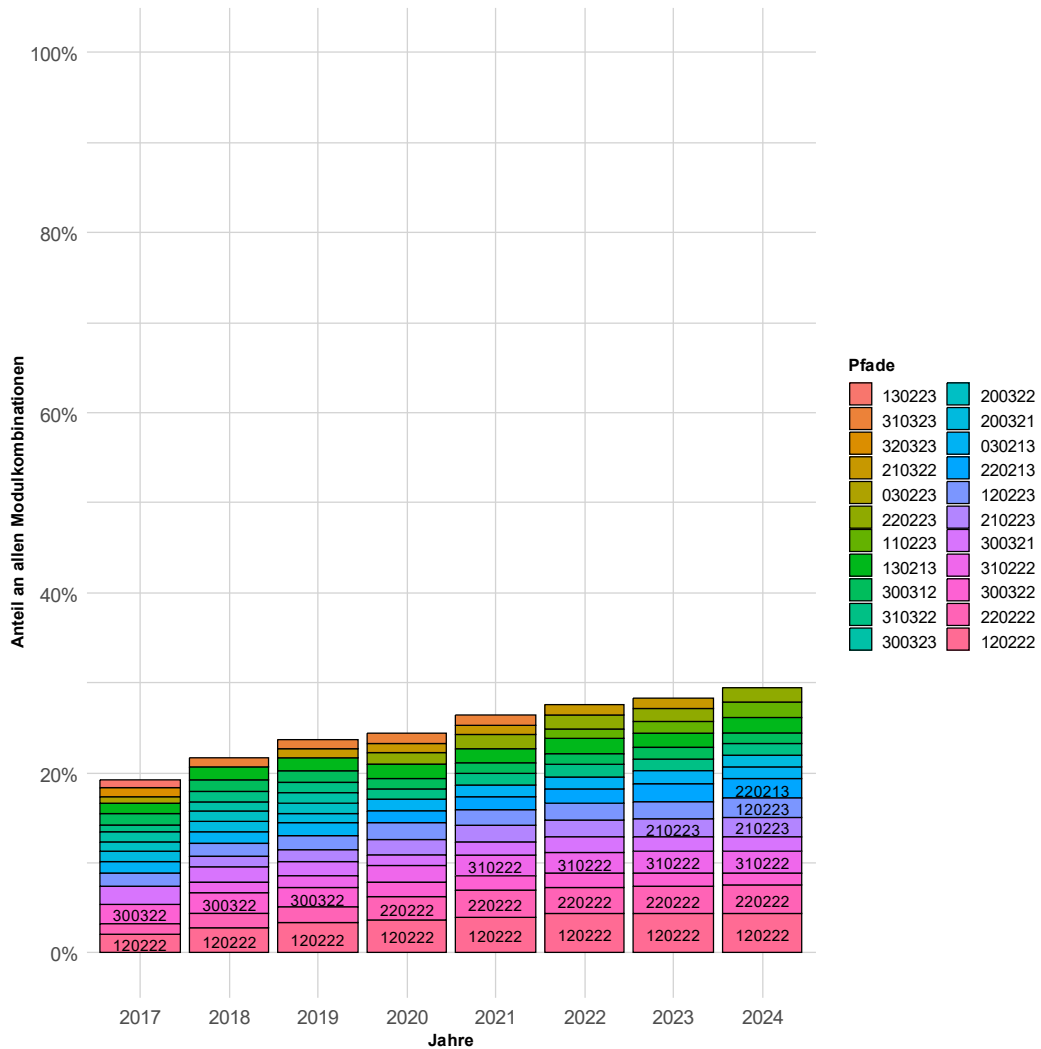
Anmerkung: Analyse B1 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; gestrichelte Linien stellen die Schwellenwerte der jeweiligen Pflegegrade dar; Durchschnitt aus Alters- und Geschlechtsebene aggregierten Daten und nicht Einzeldatensätzen

Abbildung 32: Anteile der 15 häufigsten Modulkombinationen bei Erstgutachten mit Feststellung PG 2 nach Jahren



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund
 Anmerkung: Analyse B5 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; die Ziffern in den Pfaden stellen den Grad der Beeinträchtigung in den Modulen 1 bis 6 dar; 0 = geringe, 1 = geringe, 2 = erhebliche, 3 = schwere, 4 = vollständige Beeinträchtigung der Selbstständigkeit/Fähigkeit

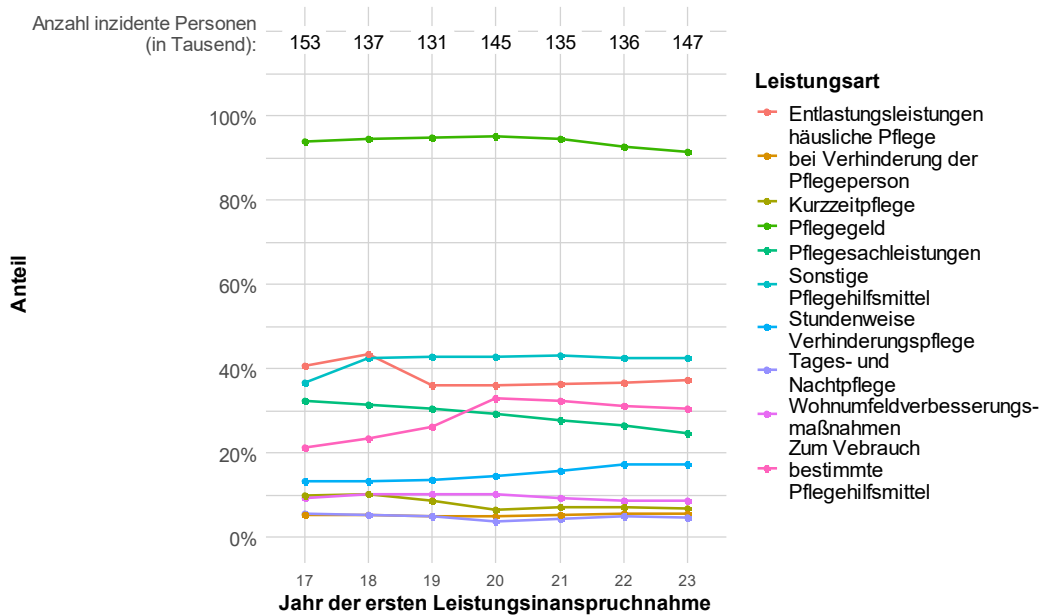
Abbildung 33: Anteile der 15 häufigsten Modulkombinationen bei Erstgutachten mit Bewilligung PG 3 nach Jahren



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund
 Anmerkung: Analyse B5 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; die Ziffern in den Pfaden stellen den Grad der Beeinträchtigung in den Modulen 1 bis 6 dar; 0 = keine, 1 = geringe, 2 = erhebliche, 3 = schwere, 4 = vollständige Beeinträchtigung der Selbstständigkeit/Fähigkeit

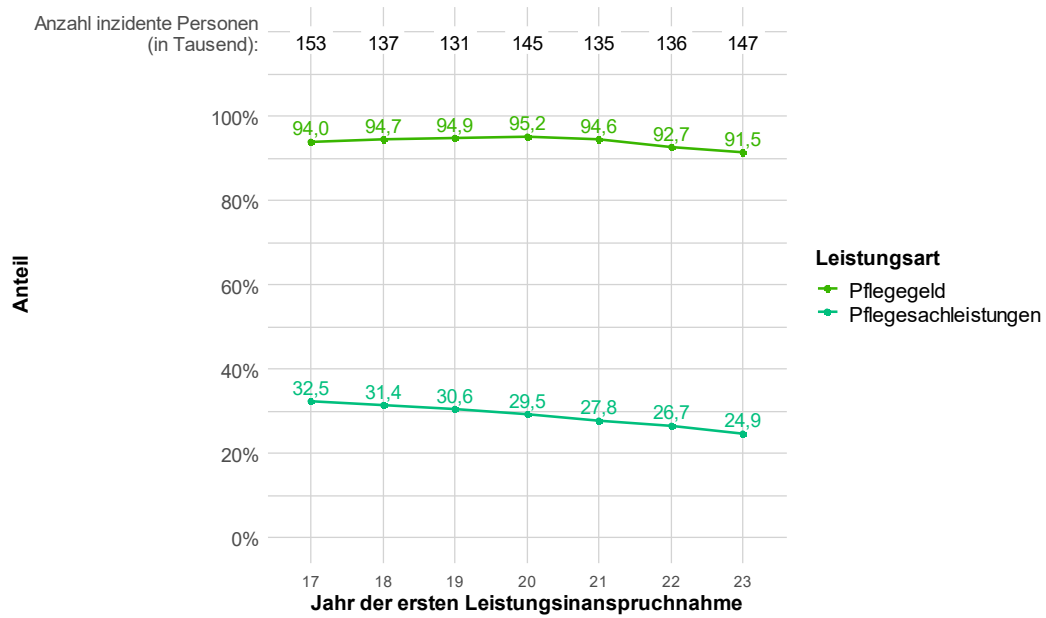
6.1.2.2 Ausdifferenzierung der SGB XI Leistungen

Abbildung 34: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 3; alle Leistungsarten



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)
 Anmerkung: Analyse A1a (GKV-Spitzenverband) des Datenanalysekonzepts

Abbildung 35: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 3; nur Pflegegeld und Pflegesachleistungen



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)
Anmerkung: Analyse A1a (GKV-Spitzenverband) des Datenanalysekonzepts

Tabelle 10: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 1; alle Leistungsarten

Leistungsart	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	(n = 227.683)	(n = 231.468)	(n = 249.280)	(n = 280.753)	(n = 308.090)	(n = 313.943)	(n = 349.653)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pflegesachleistungen	17.667 (7,8)	18.880 (8,2)	19.962 (8,0)	20.832 (7,4)	20.475 (6,6)	20.572 (6,6)	20.932 (6,0)
Pflegegeld	46.860 (20,6)	53.387 (23,1)	59.213 (23,8)	66.522 (23,7)	71.673 (23,3)	77.044 (24,5)	83.938 (24,0)
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1.294 (0,6)	1.686 (0,7)	1.465 (0,6)	1.822 (0,6)	2.065 (0,7)	2.257 (0,7)	2.187 (0,6)
Tages- und Nachtpflege	2.231 (1,0)	2.603 (1,1)	2.359 (0,9)	2.306 (0,8)	3.058 (1,0)	3.457 (1,1)	3.324 (1,0)
Kurzzeitpflege	4.625 (2,0)	4.992 (2,2)	4.450 (1,8)	4.502 (1,6)	4.819 (1,6)	4.914 (1,6)	4.816 (1,4)
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	17.079 (7,5)	19.258 (8,3)	21.167 (8,5)	23.502 (8,4)	24.411 (7,9)	24.074 (7,7)	26.808 (7,7)
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	23.256 (10,2)	26.125 (11,3)	33.960 (13,6)	56.672 (20,2)	62.882 (20,4)	65.010 (20,7)	73.772 (21,1)
Sonstige Pflegehilfsmittel	65.727 (28,9)	73.719 (31,8)	78.840 (31,6)	83.457 (29,7)	92.822 (30,1)	96.696 (30,8)	109.878 (31,4)
Stundenweise Verhinderungspflege	3.552 (1,6)	4.487 (1,9)	5.138 (2,1)	6.491 (2,3)	7.364 (2,4)	9.026 (2,9)	9.931 (2,8)
Entlastungsleistungen	130.070 (57,1)	140.363 (60,6)	131.286 (52,7)	144.886 (51,6)	160.509 (52,1)	167.150 (53,2)	179.581 (51,4)

Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)

Anmerkung: Analyse A1a (GKV-Spitzenverband) des Datenanalysekonzepts

Tabelle 11: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 2; alle Leistungsarten

Leistungsart	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	(n = 418.330)	(n = 388.826)	(n = 387.806)	(n = 414.490)	(n = 421.372)	(n = 423.009)	(n = 470.847)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pflegesachleistungen	124.287 (29,7)	108.984 (28,0)	103.498 (26,7)	102.240 (24,7)	96.392 (22,9)	93.382 (22,1)	93.843 (19,9)
Pflegegeld	378.707 (90,5)	355.049 (91,3)	357.940 (92,3)	385.096 (92,9)	390.571 (92,7)	390.011 (92,2)	433.935 (92,2)
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	21.793 (5,2)	20.325 (5,2)	18.852 (4,9)	19.815 (4,8)	22.149 (5,3)	23.080 (5,5)	25.341 (5,4)
Tages- und Nachtpflege	14.235 (3,4)	13.642 (3,5)	12.318 (3,2)	9.500 (2,3)	12.454 (3,0)	14.280 (3,4)	14.820 (3,1)
Kurzzeitpflege	35.690 (8,5)	33.571 (8,6)	27.615 (7,1)	21.844 (5,3)	24.199 (5,7)	23.513 (5,6)	24.221 (5,1)
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	38.081 (9,1)	38.915 (10,0)	39.583 (10,2)	41.242 (10,0)	39.413 (9,4)	38.603 (9,1)	44.064 (9,4)
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	66.043 (15,8)	66.887 (17,2)	78.431 (20,2)	117.288 (28,3)	118.926 (28,2)	118.081 (27,9)	127.679 (27,1)
Sonstige Pflegehilfsmittel	141.867 (33,9)	152.480 (39,2)	153.637 (39,6)	158.306 (38,2)	164.307 (39,0)	167.941 (39,7)	187.649 (39,9)
Stundenweise Verhinderungspflege	47.486 (11,4)	44.759 (11,5)	46.522 (12,0)	53.940 (13,0)	59.421 (14,1)	68.529 (16,2)	77.194 (16,4)
Entlastungsleistungen	179.639 (42,9)	179.806 (46,2)	156.405 (40,3)	165.954 (40,0)	172.195 (40,9)	180.081 (42,6)	205.243 (43,6)

Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)

Anmerkung: Analyse A1a (GKV-Spitzenverband) des Datenanalysekonzepts

Tabelle 12: Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz nach Jahren im PG 3; alle Leistungsarten

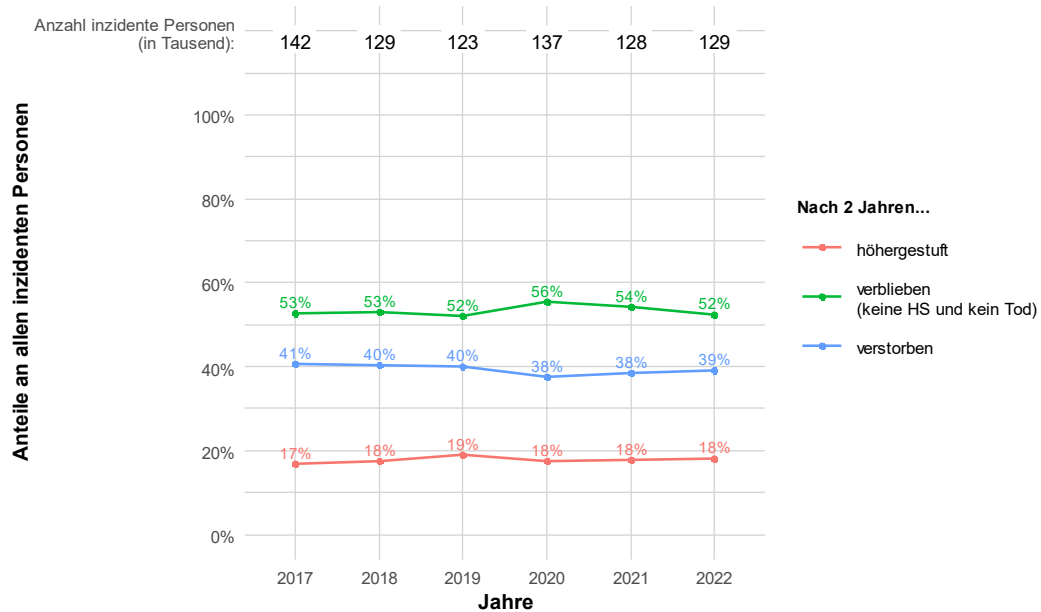
Leistungsart	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	(n = 152.565)	(n = 137.189)	(n = 130.614)	(n = 145.065)	(n = 135.279)	(n = 136.169)	(n = 147.101)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pflegesachleistungen	49.550 (32,5)	43.047 (31,4)	39.918 (30,6)	42.794 (29,5)	37.588 (27,8)	36.301 (26,7)	36.594 (24,9)
Pflegegeld	143.347 (94,0)	129.936 (94,7)	124.017 (94,9)	138.043 (95,2)	127.974 (94,6)	126.190 (92,7)	134.587 (91,5)
häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	8.265 (5,4)	7.613 (5,5)	6.741 (5,2)	7.341 (5,1)	7.354 (5,4)	7.705 (5,7)	8.321 (5,7)
Tages- und Nachtpflege	8.575 (5,6)	7.600 (5,5)	6.761 (5,2)	5.462 (3,8)	6.273 (4,6)	6.964 (5,1)	7.128 (4,8)
Kurzzeitpflege	15.381 (10,1)	13.943 (10,2)	11.476 (8,8)	9.588 (6,6)	9.664 (7,1)	9.724 (7,1)	10.302 (7,0)
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen	14.448 (9,5)	14.040 (10,2)	13.440 (10,3)	14.791 (10,2)	12.534 (9,3)	11.834 (8,7)	12.963 (8,8)
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	32.560 (21,3)	32.085 (23,4)	34.180 (26,2)	47.834 (33,0)	43.879 (32,4)	42.598 (31,3)	45.040 (30,6)
Sonstige Pflegehilfsmittel	56.144 (36,8)	58.506 (42,6)	56.009 (42,9)	62.136 (42,8)	58.529 (43,3)	58.099 (42,7)	62.688 (42,6)
Stundenweise Verhinderungspflege	20.570 (13,5)	18.515 (13,5)	17.726 (13,6)	21.118 (14,6)	21.477 (15,9)	23.519 (17,3)	25.573 (17,4)
Entlastungsleistungen	62.238 (40,8)	59.770 (43,6)	47.006 (36,0)	52.339 (36,1)	49.090 (36,3)	50.153 (36,8)	55.084 (37,4)

Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)

Anmerkung: Analyse A1a (GKV-Spitzenverband) des Datenanalysekonzepts

6.1.2.3 Durch Beratungsleistungen des SGB XI induzierte Antragstellung (Höherstufungen)

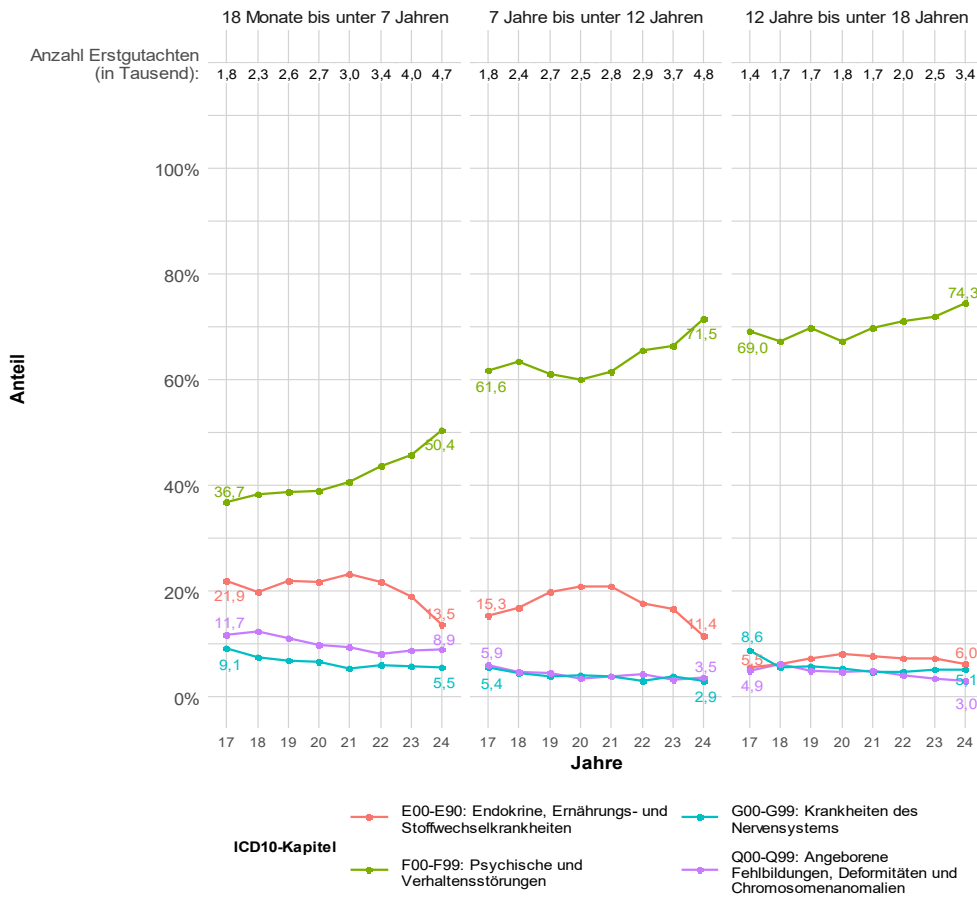
Abbildung 36: Anteile von Höherstufungen, Versterben und Verbleib nach 24 Monaten nach Pflegeinzidenz in PG 3 nach Jahren



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)
 Anmerkung: Analyse A2 des Datenanalysekonzepts; Personen, die als höhergestuft klassifiziert werden, können im weiteren Verlauf auch verstorben sein oder mehrfach höher- oder heruntergestuft werden

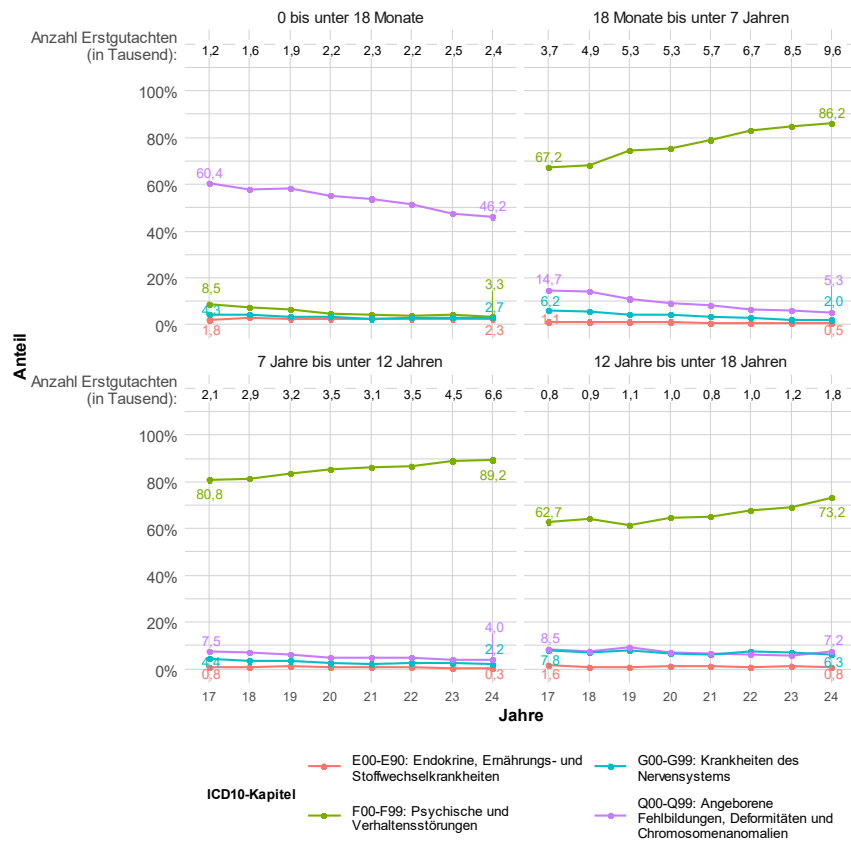
6.1.3 Exkurs: Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen

Abbildung 37: Anteil von pflegebegründenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen im PG 1



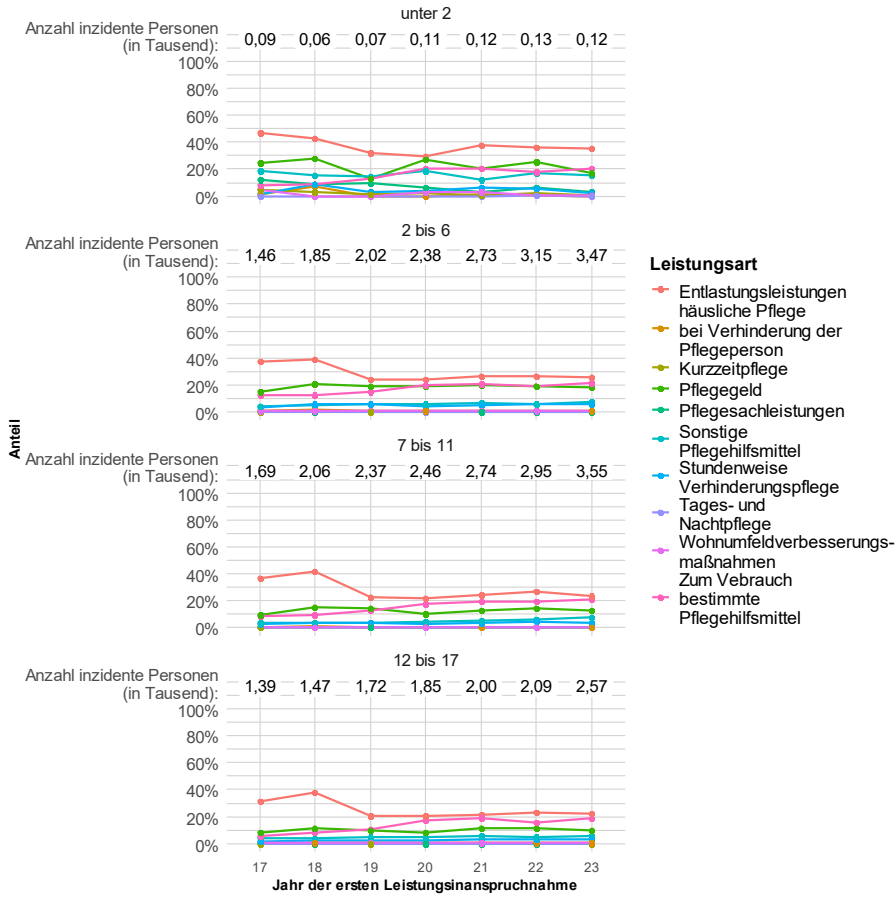
Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund
 Anmerkung: Analyse B2 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts; keine Darstellung der Altersgruppe unter 18 Monaten aufgrund sehr geringer Fallzahlen

Abbildung 38: Anteil von pflegebegründenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen im PG 3



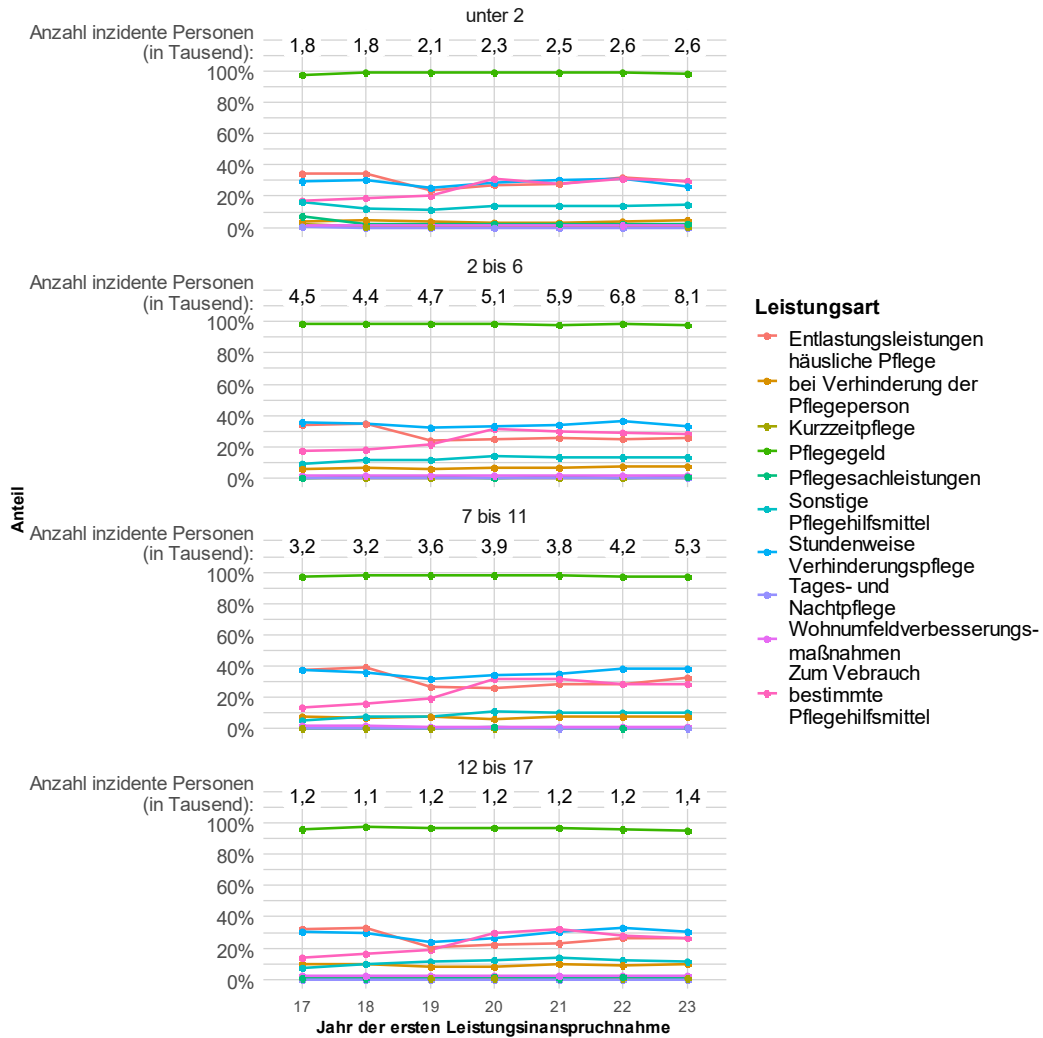
Quelle: IGES auf Basis von Analysen des MD Bund
 Anmerkung: Analyse B2 (MD Bund) des Datenanalysekonzepts

Abbildung 39: Anteilige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen und Jahren im PG 1



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)
 Anmerkung: Analyse A1b des Datenanalysekonzepts

Abbildung 40: Anteilige Inanspruchnahme von Pflegeleistungen 12 Monate nach Pflegeinzidenz bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen und Jahren im PG 3



Quelle: IGES auf Basis von Analysen des GKV-Spitzenverbands (Statistik PG 5)
 Anmerkung: Analyse A1b des Datenanalysekonzepts

6.2 Hypothesensammlung

6.2.1 Einflussfaktoren auf Einflussfaktoren auf die Pflegeprävalenz (unabhängig der Inzidenzentwicklung)

H01: Zunehmende Lebenserwartung erhöht die Anzahl der Begutachtungen

H23: Kumulationseffekt ist ausschließlich getrieben von frühzeitigeren Neueintritten in Pflegebedürftigkeit in niedrigen Pflegegraden (PG1, PG2)

H24: Kumulationseffekt ist auch getrieben von längerer Lebenserwartung von Menschen in den höheren Pflegegraden (geringere Mortalität)

6.2.2 Gesellschaftliche Entwicklungen

6.2.2.1 Extern induzierte Antragsstellung und Angebotsstrukturen

H10: Andere Sozialleistungsträger induzieren Antragsstellung (Eingliederungshilfe, Erweiterung der Beratung durch EUTB; Grundsicherung)

H11: Leistungserbringer induzieren Antragsstellung (Krankenhäuser, Entlassmanagement; niedergelassene Ärztinnen und Ärzte; Reha-Kliniken; Pflegedienste im Kontext häusliche Krankenpflege (HKP); Sonstige: Heilmittel, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden)

H12: Freie Pflegeberaterinnen und -berater induzieren Antragsstellung

H26: Gut ausgebaute Angebotsstruktur (an Pflegeleistungen) erhöht die Inanspruchnahme von Pflege (u.a. verantwortlich für regionale Prävalenzunterschiede)

6.2.2.2 Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit

H09: Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit macht Antragsstellung wahrscheinlicher

6.2.2.3 Verringerung der Pflege durch Angehörige

H02: Zunahme von Ein-Personen-Haushalten erhöht die Anzahl der Begutachtungen

H03: Zunehmende Anzahl von Menschen mit weiter entfernt wohnenden Angehörigen stellen häufiger Anträge erhöht die Anzahl der Begutachtungen

H04: Abnahme von Pflege durch Angehörige erhöht die Anzahl der Begutachtungen

H27: Zunehmende Frauenerwerbstätigkeit macht Inanspruchnahme professioneller Pflege wahrscheinlicher (vgl. H4)

6.2.2.4 Ökonomische Einflussfaktoren und regionale Unterschiede

H05: Zunahme von Haushalten mit niedrigem verfügbarem Haushaltseinkommen erhöht die Anzahl der Begutachtungen

H07: Eine ungünstige regionale Morbiditätsentwicklung in Regionen mit niedrigem sozioökonomischem Status erhöht die Pflegeprävalenz

6.2.2.5 Inanspruchnahme durch die Bevölkerung mit Migrationsgeschichte

H29: Die bisher unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch die Bevölkerung mit Migrationshintergrund nähert sich dem allgemeinen Bevölkerungsdurchschnitt an

6.2.2.6 Veränderte Morbiditätsentwicklung

H06: Eine Expansion der Morbidität erhöht die Pflegeprävalenz und Verweildauer; eine Kompression senkt sie trotz höherer Lebenserwartung

H26: Gut ausgebaute Angebotsstruktur (an Pflegeleistungen) erhöht die Inanspruchnahme von Pflege (u.a. verantwortlich für regionale Prävalenzunterschiede)

6.2.2.7 Exkurs: Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen

H25: Die Zunahme von Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen ist in starkem Maße beeinflusst durch Veränderungen in der Prävalenz und in der Bewältigung von bestimmten psychischen Erkrankungen (Autismusspektrum, ADHS)

6.2.3 Beantragung von Pflegeleistungen

H08: Die niedrigschwellige Antragsstellung durch Onlineverfahren erhöht die Anzahl der Begutachtungen

H13: Ausdifferenzierung der SGB XI Leistungen induziert höhere Inanspruchnahme

H14: Pflegestützpunkte, Informationsangebot erleichtern Antragstellung

H15: Beratungsbesuche nach § 37, Abs 3 SGB XI induzieren mehr Höherstufungen

6.2.4 (Neuer) Pflegebedürftigkeitsbegriff

H18: Erweiterung des Kreises der Leistungsberechtigten (Einbeziehung kognitiver/psychischer Einschränkungen; niedrigere Eintrittsschwelle (PG 1) vergrößert die „population at risk“

6.2.5 Begutachtung, Begutachtungsverfahren

H16: Ausweitung der Begutachtungsmodalitäten (z.B. telefonisch, nach Aktenlage) führt zu höherer Bewilligungsrate

H17: Regionale Unterschiede in der Pflegeinzidenz sind begründet durch unterschiedliche Handhabung des BI/Verfahrens durch die MD

6.2.6 Begutachtungsinstrument

H19: BI-Items mit niedriger Itemschwierigkeit haben starke Effekte auf die Erreichung eines PGs oder es lässt sich gut da-rauf vorbereiten

H20: Verfall der Itemschwierigkeit im Zeitverlauf begünstigt Antragsstellung auch bei niedrigem Bedarf

H21: Das BI-differenziert nicht gut im unteren und oberen Bereich von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit

H22: Niedrigere Schwellen zwischen den Pflegegraden machen Höherstufungsbegutachtungen und Wiederholungsbegutachtungen wahrscheinlicher

6.3 Ergänzende Analysen MD Bund

6.3.1 Betrachtung gemäß Variante 1: Vergleich Schwellenwerte (PG 1-3) gemäß BRi und Empfehlungen Expertengremium

Vergleich der Pflegegradverteilung der Einstufung nach Begutachtungsrichtlinie (BRi) mit neuer Variante; Basis: Pflegebegutachtungsergebnisse 2024 – Ergebnisse Erstgutachten

Grundgesamtheit: Begutachtungen 2024; Antragsteller ab dem 18. Lebensjahr; Daten der 15 Medizinischen Dienste;

Berechnung MD Bund 24.03.2026

Pflegebedürftige gemäß BRi

BRi	Geldleistung		Sachleistung		Kombileistung		Stationäre Leistung		Sonstige insb. §43a		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nicht Pflegebed.	154.018	20,1%	41.004	19,3%	40.740	16,8%	744	1,9%	987	11,0%	237.493	18,7%
Pflegegrad 1	237.703	31,0%	57.141	26,9%	68.544	28,3%	1.689	4,4%	1.242	13,9%	366.319	28,9%
Pflegegrad 2	279.234	36,4%	71.925	33,8%	88.871	36,7%	10.820	27,9%	3.315	37,0%	454.165	35,8%
Pflegegrad 3	78.642	10,3%	29.334	13,8%	32.426	13,4%	13.895	35,8%	2.277	25,4%	156.574	12,3%
Pflegegrad 4	13.596	1,8%	9.257	4,4%	8.816	3,6%	7.844	20,2%	847	9,4%	40.360	3,2%
Pflegegrad 5	3.284	0,4%	3.824	1,8%	3.039	1,3%	3.774	9,7%	299	3,3%	14.220	1,1%
Gesamt	766.477	100,0%	212.485	100,0%	242.436	100,0%	38.766	100,0%	8.967	100,0%	1.269.131	100,0%
Pflegebedürftig	612.459	79,9%	171.481	80,7%	201.696	83,2%	38.022	98,1%	7.980	89,0%	1.031.638	81,3%

Pflegebedürftige gemäß Variante 1

Variante 1	Geldleistung		Sachleistung		Kombileistung		Stationäre Leistung		Sonstige insb. §43a		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nicht Pflegebed.	232.682	30,4%	61.639	29,0%	63.387	26,1%	1.240	3,2%	1.447	16,1%	360.395	28,4%
Pflegegrad 1	227.240	29,6%	55.026	25,9%	66.542	27,4%	2.896	7,5%	1.738	19,4%	353.442	27,8%
Pflegegrad 2	235.695	30,8%	61.196	28,8%	77.367	31,9%	11.899	30,7%	2.958	33,0%	389.115	30,7%
Pflegegrad 3	53.980	7,0%	21.543	10,1%	23.285	9,6%	11.113	28,7%	1.678	18,7%	111.599	8,8%
Pflegegrad 4	13.596	1,8%	9.257	4,4%	8.816	3,6%	7.844	20,2%	847	9,4%	40.360	3,2%
Pflegegrad 5	3.284	0,4%	3.824	1,8%	3.039	1,3%	3.774	9,7%	299	3,3%	14.220	1,1%
Gesamt	766.477	100,0%	212.485	100,0%	242.436	100,0%	38.766	100,0%	8.967	100,0%	1.269.131	100,0%
Pflegebedürftig	533.795	69,6%	150.846	71,0%	179.049	73,9%	37.526	96,8%	7.520	83,9%	908.736	71,6%

Vergleich Pflegebedürftige gemäß BRi und Variante 1

Vergleich	Geldleistung		Sachleistung		Kombileistung		Stationäre Leistung		Sonstige insb. §43a		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nicht Pflegebed.	78.664	51,1%	20.635	50,3%	22.647	55,6%	496	66,7%	460	46,6%	122.902	51,7%
Pflegegrad 1	-10.463	-4,4%	-2.115	-3,7%	-2.002	-2,9%	1.207	71,5%	496	39,9%	-12.877	-3,5%
Pflegegrad 2	-43.539	-15,6%	-10.729	-14,9%	-11.504	-12,9%	1.079	10,0%	-357	-10,8%	-65.050	-14,3%
Pflegegrad 3	-24.662	-31,4%	-7.791	-26,6%	-9.141	-28,2%	-2.782	-20,0%	-599	-26,3%	-44.975	-28,7%
Pflegegrad 4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Pflegegrad 5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Gesamt	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Pflegebedürftig	-78.664	-12,8%	-20.635	-12,0%	-22.647	-11,2%	-496	-1,3%	-460	-5,8%	-122.902	-11,9%

fehlende Angaben

	Geldleistung	Sachleistung	Kombi- leistung	Stationäre Leistung	Sonstige insb. §43a	Gesamt
fehlende Angaben*	268	110	172	61	17	628
Gesamt	766.745	212.595	242.608	38.827	8.984	1.269.759

*628 Fälle wegen fehlender Werte ausgeschlossen; Im Vergleich zu vorhergehenden Auswertungen wurden Fälle mit besonderer Bedarfskonstellation hier berücksichtigt und PG5 zugeordnet.

Vergleich der Pflegegradverteilung der Einstufung nach Begutachtungsrichtlinie (BRi) mit neuer Variante; Basis: Pflegebegutachtungsergebnisse 2024 – Ergebnisse Höherstufungen

Beantragte Leistungen: Alle Leistungsarten

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	1.929	61.735	186.919	33.396	3.751	1.106	288.836
	PG2	1.024	3.810	154.189	357.675	50.859	10.858	578.415
	PG3	115	303	2.626	91.196	211.753	33.142	339.135
	PG4	13	19	109	840	24.490	79.177	104.648
Gesamt		3.081	65.867	343.843	483.107	290.853	124.283	1.311.034

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %				
	Höher	Gleich	Niedriger	Höher	Gleich	Niedriger	
PG1	225.172	61.735	1.929	PG1	78,0%	21,4%	0,7%
PG2	419.392	154.189	4.834	PG2	72,5%	26,7%	0,8%
PG3	244.895	91.196	3.044	PG3	72,2%	26,9%	0,9%
PG4	79.177	24.490	981	PG4	75,7%	23,4%	0,9%
	968.636	331.610	10.788		73,9%	25,3%	0,8%

nach Anpassung Variante 1		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflege- grad	PG1	18.102	94.121	149.289	22.467	3.751	1.106	288.836
	PG2	2.081	23.882	238.802	251.933	50.859	10.858	578.415
	PG3	200	583	12.647	80.810	211.753	33.142	339.135
	PG4	19	33	179	750	24.490	79.177	104.648
Gesamt		20.402	118.619	400.917	355.960	290.853	124.283	1.311.034

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %				
	Höher	Gleich	Niedriger	Höher	Gleich	Niedriger	
PG1	176.613	94.121	18.102	PG1	61,1%	32,6%	6,3%
PG2	313.650	238.802	25.963	PG2	54,2%	41,3%	4,5%
PG3	244.895	80.810	13.430	PG3	72,2%	23,8%	4,0%
PG4	79.177	24.490	981	PG4	75,7%	23,4%	0,9%
	814.335	438.223	58.476		62,1%	33,4%	4,5%

*Ausgeschlossen: 7.759 Fälle wg. fehlender oder ungültiger Angaben; v.a. zu bisherigem Pflegegrad

Beantragte Leistungen: Ambulante Geldleistungen

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	1.039	33.946	100.199	16.640	1.452	333	153.609
	PG2	709	2.430	93.980	193.639	21.762	4.056	316.576
	PG3	80	200	1.461	37.493	67.405	9.347	115.986
	PG4	6	11	50	369	6.569	15.567	22.572
Gesamt		1.834	36.587	195.690	248.141	97.188	29.303	608.743

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG				Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	118.624	33.946	1.039	PG1	77,2%	22,1%	0,7%
PG2	219.457	93.980	3.139	PG2	69,3%	29,7%	1,0%
PG3	76.752	37.493	1.741	PG3	66,2%	32,3%	1,5%
PG4	15.567	6.569	436	PG4	69,0%	29,1%	1,9%
	430.400	171.988	6.355		70,7%	28,3%	1,0%

nach Anpassung Variante 1		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	9.785	51.025	79.927	11.087	1.452	333	153.609
	PG2	1.384	15.119	140.850	133.405	21.762	4.056	316.576
	PG3	132	368	6.092	32.642	67.405	9.347	115.986
	PG4	10	12	86	328	6.569	15.567	22.572
Gesamt		11.311	66.524	226.955	177.462	97.188	29.303	608.743

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG				Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	92.799	51.025	9.785	PG1	60,4%	33,2%	6,4%
PG2	159.223	140.850	16.503	PG2	50,3%	44,5%	5,2%
PG3	76.752	32.642	6.592	PG3	66,2%	28,1%	5,7%
PG4	15.567	6.569	436	PG4	69,0%	29,1%	1,9%
	344.341	231.086	33.316		56,6%	38,0%	5,5%

Beantragte Leistungen: Ambulante Sachleistungen

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	538	14.631	42.445	6.974	749	221	65.558
	PG2	107	459	10.485	20.299	2.800	707	34.857
	PG3	4	22	203	4.722	9.349	1.352	15.652
	PG4	0	1	7	57	1.065	3.037	4.167
Gesamt		649	15.113	53.140	32.052	13.963	5.317	120.234

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG				Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	50.389	14.631	538	PG1	76,9%	22,3%	0,8%
PG2	23.806	10.485	566	PG2	68,3%	30,1%	1,6%
PG3	10.701	4.722	229	PG3	68,4%	30,2%	1,5%
PG4	3.037	1.065	65	PG4	72,9%	25,6%	1,6%
	87.933	30.903	1.398		73,1%	25,7%	1,2%

nach Anpassung Variante 1		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	4.684	22.336	32.888	4.680	749	221	65.558
	PG2	252	2.013	15.173	13.912	2.800	707	34.857
	PG3	15	50	821	4.065	9.349	1.352	15.652
	PG4	0	1	12	52	1.065	3.037	4.167
Gesamt		4.951	24.400	48.894	22.709	13.963	5.317	120.234

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG				Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	38.538	22.336	4.684	PG1	58,8%	34,1%	7,1%
PG2	17.419	15.173	2.265	PG2	50,0%	43,5%	6,5%
PG3	10.701	4.065	886	PG3	68,4%	26,0%	5,7%
PG4	3.037	1.065	65	PG4	72,9%	25,6%	1,6%
	69.695	42.639	7.900		58,0%	35,5%	6,6%

Beantragte Leistungen: Ambulante Kombinationsleistungen

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	322	12.284	40.780	7.577	908	288	62.159
	PG2	164	748	37.060	92.399	12.305	2.867	145.543
	PG3	18	58	702	25.828	56.971	9.250	92.827
	PG4	3	2	28	227	5.580	17.928	23.768
Gesamt		507	13.092	78.570	126.031	75.764	30.333	324.297

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	49.553	12.284	322
PG2	107.571	37.060	912
PG3	66.221	25.828	778
PG4	17.928	5.580	260
Gesamt	241.273	80.752	2.272

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	79,7%	19,8%	0,5%
PG2	73,9%	25,5%	0,6%
PG3	71,3%	27,8%	0,8%
PG4	75,4%	23,5%	1,1%
Gesamt	74,4%	24,9%	0,7%

nach Anpassung Variante 1		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	3.368	19.370	33.150	5.075	908	288	62.159
	PG2	351	5.501	59.863	64.656	12.305	2.867	145.543
	PG3	34	128	3.662	22.782	56.971	9.250	92.827
	PG4	4	9	42	205	5.580	17.928	23.768
Gesamt		3.757	25.008	96.717	92.718	75.764	30.333	324.297

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	39.421	19.370	3.368
PG2	79.828	59.863	5.852
PG3	66.221	22.782	3.824
PG4	17.928	5.580	260
Gesamt	203.398	107.595	13.304

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	63,4%	31,2%	5,4%
PG2	54,8%	41,1%	4,0%
PG3	71,3%	24,5%	4,1%
PG4	75,4%	23,5%	1,1%
Gesamt	62,7%	33,2%	4,1%

Beantragte Leistungen: Vollstationäre Leistungen

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	12	618	2.588	1.754	558	235	5.765
	PG2	29	110	11.944	49.411	13.267	3.063	77.824
	PG3	13	16	221	22.619	76.947	12.954	112.770
	PG4	4	2	22	165	11.053	42.266	53.512
Gesamt		58	746	14.775	73.949	101.825	58.518	249.871

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	5.135	618	12
PG2	65.741	11.944	139
PG3	89.901	22.619	250
PG4	42.266	11.053	193
Gesamt	203.043	46.234	594

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	89,1%	10,7%	0,2%
PG2	84,5%	15,3%	0,2%
PG3	79,7%	20,1%	0,2%
PG4	79,0%	20,7%	0,4%
Gesamt	81,3%	18,5%	0,2%

nach Anpassung Variante 1		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	163	960	2.543	1.306	558	235	5.765
	PG2	67	1.116	21.791	38.520	13.267	3.063	77.824
	PG3	19	24	1.950	20.876	76.947	12.954	112.770
	PG4	4	9	33	147	11.053	42.266	53.512
Gesamt		253	2.109	26.317	60.849	101.825	58.518	249.871

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	4.642	960	163
PG2	54.850	21.791	1.183
PG3	89.901	20.876	1.993
PG4	42.266	11.053	193
Gesamt	191.659	54.680	3.532

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	80,5%	16,7%	2,8%
PG2	70,5%	28,0%	1,5%
PG3	79,7%	18,5%	1,8%
PG4	79,0%	20,7%	0,4%
Gesamt	76,7%	21,9%	1,4%

Beantragte Leistungen: Sonstige (§43a)

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	18	256	907	451	84	29	1.745
	PG2	15	63	720	1.927	725	165	3.615
	PG3	0	7	39	534	1.081	239	1.900
	PG4	0	3	2	22	223	379	629
Gesamt		33	329	1.668	2.934	2.113	812	7.889

	Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG		
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	1.471	256	18
PG2	2.817	720	78
PG3	1.320	534	46
PG4	379	223	27
Gesamt	5.987	1.733	169

	Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %		
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	84,3%	14,7%	1,0%
PG2	77,9%	19,9%	2,2%
PG3	69,5%	28,1%	2,4%
PG4	60,3%	35,5%	4,3%
Gesamt	75,9%	22,0%	2,1%

nach Anpassung Variante 1		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	102	430	781	319	84	29	1.745
	PG2	27	133	1.125	1.440	725	165	3.615
	PG3	0	13	122	445	1.081	239	1.900
	PG4	1	2	6	18	223	379	629
Gesamt		130	578	2.034	2.222	2.113	812	7.889

	Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG		
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	1.213	430	102
PG2	2.330	1.125	160
PG3	1.320	445	135
PG4	379	223	27
Gesamt	5.242	2.223	424

	Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %		
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	69,5%	24,6%	5,8%
PG2	64,5%	31,1%	4,4%
PG3	69,5%	23,4%	7,1%
PG4	60,3%	35,5%	4,3%
Gesamt	66,4%	28,2%	5,4%

Prozentualer Anteil von Änderung "Betroffener" nach Subgruppen (ermöglicht Vergleich welche Gruppen eher von den Änderungen betroffen wären) - Ergebnisse aller durchgeführten Begutachtungen (alle Gutachtenarten, Leistungsarten)

Anwendung auf Begutachtungsdaten 2024; Grundgesamtheit: Antragstellende ab dem 18. Lebensjahr)

Betroffene: niedrigerer Pflegegrad als Ergebnis in der neuen Variante als bei der Anwendung der aktuellen BRi

Legende Diagnosegruppen

Diagnosegruppen
1=bestimmte infektiöse Krankheiten
2=Neubildungen
3=Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
4=Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
5=Psychische und Verhaltensstörungen
6=Krankheiten des Nervensystems
7=Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
8=Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
9=Krankheiten des Kreislaufsystems
10=Krankheiten des Atmungssystems
11=Krankheiten des Verdauungssystems
12=Krankheiten der Haut und der Unterhaut
13=Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u.d. Bindegewebes
14=Krankheiten des Urogenitalsystems
15=Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
16=Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben
17=Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
18=Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind
19=Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
20=Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
21=Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Gewichtete Anteile

PG BRi	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Gesamt	0,0%	31,5%	22,3%	26,6%	0,0%	0,0%	18,8%
Altersgruppe							
18-u35	0,0%	22,5%	21,3%	28,1%	0,0%	0,0%	15,4%
35-u45	0,0%	26,1%	22,0%	26,9%	0,0%	0,0%	16,4%
45-u55	0,0%	28,1%	22,2%	26,7%	0,0%	0,0%	17,8%
55-u65	0,0%	31,1%	22,8%	27,0%	0,0%	0,0%	19,3%
65-u75	0,0%	32,9%	23,4%	26,5%	0,0%	0,0%	20,2%
75-u85	0,0%	32,6%	22,8%	27,4%	0,0%	0,0%	20,1%
85+	0,0%	31,0%	20,7%	25,9%	0,0%	0,0%	17,0%
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	0,0%	31,8%	20,5%	25,5%	0,0%	0,0%	17,4%
Kapitel 2	0,0%	31,5%	23,2%	24,8%	0,0%	0,0%	17,4%
Kapitel 3	0,0%	39,9%	24,8%	29,8%	0,0%	0,0%	22,3%
Kapitel 4	0,0%	28,4%	21,6%	27,6%	0,0%	0,0%	18,9%
Kapitel 5	0,0%	24,2%	15,1%	24,9%	0,0%	0,0%	12,7%
Kapitel 6	0,0%	29,9%	20,1%	23,4%	0,0%	0,0%	16,3%
Kapitel 7	0,0%	32,5%	17,7%	29,5%	0,0%	0,0%	19,6%
Kapitel 8	0,0%	23,7%	21,2%	34,3%	0,0%	0,0%	18,7%
Kapitel 9	0,0%	32,7%	22,5%	25,7%	0,0%	0,0%	19,1%
Kapitel 10	0,0%	40,8%	26,0%	28,7%	0,0%	0,0%	23,9%
Kapitel 11	0,0%	32,2%	23,0%	25,9%	0,0%	0,0%	17,9%
Kapitel 12	0,0%	23,7%	20,8%	28,3%	0,0%	0,0%	17,1%
Kapitel 13	0,0%	33,2%	26,6%	31,2%	0,0%	0,0%	24,0%
Kapitel 14	0,0%	29,8%	17,9%	26,6%	0,0%	0,0%	17,0%
Kapitel 15	0,0%	42,9%	8,3%	12,5%	0,0%	0,0%	8,8%
Kapitel 16	0,0%	24,6%	16,3%	23,3%	0,0%	0,0%	13,2%
Kapitel 17	0,0%	28,8%	19,8%	25,8%	0,0%	0,0%	16,1%
Kapitel 18	0,0%	31,5%	21,5%	26,6%	0,0%	0,0%	19,7%
Kapitel 19	0,0%	30,2%	24,2%	26,2%	0,0%	0,0%	19,2%
Kapitel 20	0,0%	23,3%	25,3%	23,4%	0,0%	0,0%	17,4%
Kapitel 21	0,0%	29,8%	23,2%	28,6%	0,0%	0,0%	17,3%
NOKAP	0,0%	29,5%	17,2%	26,9%	0,0%	0,0%	17,3%
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	0,0%	28,0%	12,4%	18,7%	0,0%	0,0%	7,8%
Stat Einrichtung nach §43a	0,0%	27,9%	17,2%	25,6%	0,0%	0,0%	15,3%
Ambulant allein	0,0%	34,7%	24,5%	32,0%	0,0%	0,0%	23,7%

PG BRi	Gesamt						0-5
	0	1	2	3	4	5	
Ambulant mit weiteren Pers.	0,0%	29,3%	21,4%	26,5%	0,0%	0,0%	19,2%
Keine Angabe	0,0%	22,0%	20,4%	24,2%	0,0%	0,0%	12,8%
Geschlecht							
Mann	0,0%	31,2%	21,2%	26,0%	0,0%	0,0%	18,1%
Frau	0,0%	31,7%	22,9%	27,0%	0,0%	0,0%	19,3%
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	0,0%	31,0%	22,3%	28,8%	0,0%	0,0%	20,7%
Ambulant - Sachleistung	0,0%	33,9%	25,6%	27,8%	0,0%	0,0%	22,1%
Ambulant - Kombileistung	0,0%	31,2%	21,1%	26,4%	0,0%	0,0%	18,1%
Vollstationäre Leistungen	0,0%	27,6%	12,5%	17,9%	0,0%	0,0%	6,9%
Sonstige Leistungen (§43a)	0,0%	34,6%	25,7%	25,3%	0,0%	0,0%	11,3%

Deskriptive Analyse der Betroffenen der Anwendung von Variante 1 - Ergebnisse aller durchgeführten Begutachtungen (alle Gutachtenarten, Leistungsarten)

Anwendung auf Begutachtungsdaten 2024; Grundgesamtheit: Antragstellende ab dem 18. Lebensjahr)

Betroffene: niedrigerer Pflegegrad als Ergebnis in der neuen Variante als bei der Anwendung der aktuellen BRI

Absolut

	Bisheriger Pflegegrad nach BRI						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	0	157.331	197.457	185.244	0	0	540.032
PG neu							
NP	0	157.331	0	0	0	0	157.331
PG 1	0	0	197.457	0	0	0	197.457
PG 2	0	0	0	185.244	0	0	185.244
PG 3	0	0	0	0	0	0	0
PG 4	0	0	0	0	0	0	0
PG 5	0	0	0	0	0	0	0
Altersgruppe							
18-u35	0	2.581	2.899	1.919	0	0	7.399
35-u45	0	3.299	3.369	2.034	0	0	8.702
45-u55	0	7.147	7.483	4.933	0	0	19.563
55-u65	0	20.680	21.562	14.911	0	0	57.153
65-u75	0	34.583	39.144	27.942	0	0	101.669
75-u85	0	57.844	71.752	62.562	0	0	192.158
85+	0	31.197	51.248	70.943	0	0	153.388
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	0	299	376	324	0	0	999
Kapitel 2	0	9.972	17.499	18.444	0	0	45.915
Kapitel 3	0	258	254	168	0	0	680
Kapitel 4	0	3.209	3.614	2.599	0	0	9.422
Kapitel 5	0	12.632	15.465	32.127	0	0	60.224
Kapitel 6	0	8.696	11.871	13.398	0	0	33.965
Kapitel 7	0	2.804	2.390	2.539	0	0	7.733
Kapitel 8	0	968	945	720	0	0	2.633
Kapitel 9	0	22.779	30.223	27.837	0	0	80.839
Kapitel 10	0	10.723	11.485	8.167	0	0	30.375
Kapitel 11	0	1.044	1.204	935	0	0	3.183
Kapitel 12	0	324	355	238	0	0	917
Kapitel 13	0	48.192	57.782	34.770	0	0	140.744
Kapitel 14	0	877	1.044	1.301	0	0	3.222

	Bisheriger Pflegegrad nach BRi						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Kapitel 15	0	3	1	1	0	0	5
Kapitel 16	0	28	34	49	0	0	111
Kapitel 17	0	350	384	441	0	0	1.175
Kapitel 18	0	22.637	28.355	26.328	0	0	77.320
Kapitel 19	0	4.856	6.069	3.819	0	0	14.744
Kapitel 20	0	14	21	11	0	0	46
Kapitel 21	0	1.653	1.738	1.339	0	0	4.730
NOKAP	0	5.013	6.348	9.689	0	0	21.050
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	0	965	3.855	17.212	0	0	22.032
Stat Einrichtung nach §43a	0	445	396	680	0	0	1.521
Ambulant allein	0	81.470	88.689	61.608	0	0	231.767
Ambulant mit weiteren Pers.	0	70.255	91.749	77.890	0	0	239.894
Keine Angabe	0	4.196	12.768	27.854	0	0	44.818
Geschlecht							
Mann	0	56.154	72.694	73.541	0	0	202.389
Frau	0	101.173	124.754	111.690	0	0	337.617
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	0	101.015	121.072	104.268	0	0	326.355
Ambulant - Sachleistung	0	27.239	33.501	17.798	0	0	78.538
Ambulant - Kombileistung	0	27.615	37.944	44.933	0	0	110.492
Vollstationäre Leistungen	0	823	3.578	16.875	0	0	21.276
Sonstige Leistungen (§43a)	0	639	1.362	1.370	0	0	2.015

In %

	Bisheriger Pflegegrad nach BRi						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	0	157.331	197.457	185.244	0	0	540.032
PG neu							
NP		100,0%	0,0%	0,0%			29,1%
PG 1		0,0%	100,0%	0,0%			36,6%
PG 2		0,0%	0,0%	100,0%			34,3%
PG 3		0,0%	0,0%	0,0%			0,0%
PG 4		0,0%	0,0%	0,0%			0,0%
PG 5		0,0%	0,0%	0,0%			0,0%
Altersgruppe							
18-u35		1,6%	1,5%	1,0%			1,4%
35-u45		2,1%	1,7%	1,1%			1,6%
45-u55		4,5%	3,8%	2,7%			3,6%
55-u65		13,1%	10,9%	8,0%			10,6%
65-u75		22,0%	19,8%	15,1%			18,8%
75-u85		36,8%	36,3%	33,8%			35,6%
85+		19,8%	26,0%	38,3%			28,4%
Diagnosegruppe							
Kapitel 1		0,2%	0,2%	0,2%			0,2%
Kapitel 2		6,3%	8,9%	10,0%			8,5%
Kapitel 3		0,2%	0,1%	0,1%			0,1%
Kapitel 4		2,0%	1,8%	1,4%			1,7%
Kapitel 5		8,0%	7,8%	17,3%			11,2%
Kapitel 6		5,5%	6,0%	7,2%			6,3%
Kapitel 7		1,8%	1,2%	1,4%			1,4%
Kapitel 8		0,6%	0,5%	0,4%			0,5%
Kapitel 9		14,5%	15,3%	15,0%			15,0%
Kapitel 10		6,8%	5,8%	4,4%			5,6%
Kapitel 11		0,7%	0,6%	0,5%			0,6%
Kapitel 12		0,2%	0,2%	0,1%			0,2%
Kapitel 13		30,6%	29,3%	18,8%			26,1%
Kapitel 14		0,6%	0,5%	0,7%			0,6%
Kapitel 15		0,0%	0,0%	0,0%			0,0%
Kapitel 16		0,0%	0,0%	0,0%			0,0%
Kapitel 17		0,2%	0,2%	0,2%			0,2%
Kapitel 18		14,4%	14,4%	14,2%			14,3%
Kapitel 19		3,1%	3,1%	2,1%			2,7%
Kapitel 20		0,0%	0,0%	0,0%			0,0%
Kapitel 21		1,1%	0,9%	0,7%			0,9%
NOKAP		3,2%	3,2%	5,2%			3,9%

	Bisheriger Pflegegrad nach BRI						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung		0,6%	2,0%	9,3%			4,1%
Stat Einrichtung nach §43a		0,3%	0,2%	0,4%			0,3%
Ambulant allein		51,8%	44,9%	33,3%			42,9%
Ambulant mit weiteren Pers.		44,7%	46,5%	42,0%			44,4%
Keine Angabe		2,7%	6,5%	15,0%			8,3%
Geschlecht							
Mann		35,7%	36,8%	39,7%			37,5%
Frau		64,3%	63,2%	60,3%			62,5%
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung		64,2%	61,3%	56,3%			60,4%
Ambulant - Sachleistung		17,3%	17,0%	9,6%			14,5%
Ambulant - Kombileistung		17,6%	19,2%	24,3%			20,5%
Vollstationäre Leistungen		0,5%	1,8%	9,1%			3,9%
Sonstige Leistungen (§43a)		0,4%	0,7%	0,7%			0,4%

Deskriptive Analyse der nicht Betroffenen der Anwendung von Variante 1 - Ergebnisse aller durchgeführten Begutachtungen (alle Gutachtenarten, Leistungsarten)

Anwendung auf Begutachtungsdaten 2024; Grundgesamtheit: Antragstellende ab dem 18. Lebensjahr)

Betroffene: niedrigerer Pflegegrad als Ergebnis in der neuen Variante als bei der Anwendung der aktuellen BRi

Absolut

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	280.344	341.859	689.590	510.893	355.171	147.234	2.325.091
PG neu							
NP	280.344	0	0	0	0	0	280.344
PG 1	0	341.859	0	0	0	0	341.859
PG 2	0	0	689.590	0	0	0	689.590
PG 3	0	0	0	510.893	0	0	510.893
PG 4	0	0	0	0	355.171	0	355.171
PG 5	0	0	0	0	0	147.234	147.234
Altersgruppe							
18-u35	13.050	8.902	10.688	4.909	2.125	853	40.527
35-u45	14.206	9.341	11.914	5.517	2.314	972	44.264
45-u55	24.080	18.272	26.217	13.569	5.887	2.319	90.344
55-u65	50.992	45.765	73.000	40.411	20.793	8.055	239.016
65-u75	63.224	70.402	128.294	77.400	44.884	17.745	401.949
75-u85	81.260	119.750	243.086	166.107	108.670	43.714	762.587
85+	33.532	69.427	196.391	202.980	170.498	73.576	746.404
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	763	640	1.458	947	624	315	4.747
Kapitel 2	17.954	21.653	57.886	55.788	44.527	20.202	218.010
Kapitel 3	537	388	769	395	199	81	2.369
Kapitel 4	9.261	8.105	13.131	6.810	2.683	557	40.547
Kapitel 5	30.654	39.635	86.866	96.819	108.384	52.293	414.651
Kapitel 6	14.844	20.385	47.173	43.742	32.877	15.397	174.418
Kapitel 7	5.999	5.829	11.139	6.079	2.367	408	31.821
Kapitel 8	2.981	3.112	3.522	1.380	395	60	11.450
Kapitel 9	38.718	46.963	104.038	80.378	50.685	21.372	342.154
Kapitel 10	15.650	15.584	32.752	20.277	9.869	2.794	96.926
Kapitel 11	3.422	2.194	4.022	2.678	1.647	643	14.606
Kapitel 12	1.105	1.045	1.355	604	255	76	4.440
Kapitel 13	77.789	96.971	159.766	76.806	28.050	5.895	445.277

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Kapitel 14	2.415	2.067	4.798	3.591	2.140	740	15.751
Kapitel 15	26	4	11	7	3	1	52
Kapitel 16	79	86	175	161	153	78	732
Kapitel 17	1.073	867	1.553	1.266	983	387	6.129
Kapitel 18	30.449	49.168	103.717	72.748	42.979	16.661	315.722
Kapitel 19	14.126	11.213	19.043	10.742	5.089	1.765	61.978
Kapitel 20	55	46	62	36	14	6	219
Kapitel 21	7.213	3.903	5.751	3.346	1.653	750	22.616
NOKAP	5.231	12.001	30.603	26.293	19.595	6.753	100.476
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	1.172	2.484	27.156	74.681	101.873	51.382	258.748
Stat Einrichtung nach §43a	977	1.151	1.900	1.981	1.757	632	8.398
Ambulant allein	132.370	153.647	273.434	130.916	46.016	9.378	745.761
Ambulant mit weiteren Pers.	136.871	169.742	337.384	216.203	113.262	34.492	1.007.954
Keine Angabe	8.954	14.835	49.716	87.112	92.263	51.350	304.230
Geschlecht							
Mann	108.241	123.860	270.245	209.297	144.223	58.229	914.095
Frau	172.091	217.981	419.313	301.562	210.919	88.992	1.410.858
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	186.761	224.683	421.097	258.012	121.579	35.577	1.247.709
Ambulant - Sachleistung	46.510	52.998	97.563	46.210	24.161	9.553	276.995
Ambulant - Kombileistung	45.002	60.814	142.029	124.998	90.275	35.499	498.617
Vollstationäre Leistungen	953	2.157	24.972	77.622	116.101	65.457	287.262
Sonstige Leistungen (§43a)	1.118	1.207	3.929	4.051	3.055	1.148	14.508

In %

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	280.344	341.859	689.590	510.893	355.171	147.234	2.325.091
PG neu	0	0	0	0	0	0	
NP	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,1%
PG 1	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,7%
PG 2	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,7%
PG 3	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	22,0%
PG 4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	15,3%
PG 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	6,3%
Altersgruppe							
18-u35	4,7%	2,6%	1,5%	1,0%	0,6%	0,6%	1,7%
35-u45	5,1%	2,7%	1,7%	1,1%	0,7%	0,7%	1,9%
45-u55	8,6%	5,3%	3,8%	2,7%	1,7%	1,6%	3,9%
55-u65	18,2%	13,4%	10,6%	7,9%	5,9%	5,5%	10,3%
65-u75	22,6%	20,6%	18,6%	15,1%	12,6%	12,1%	17,3%
75-u85	29,0%	35,0%	35,3%	32,5%	30,6%	29,7%	32,8%
85+	12,0%	20,3%	28,5%	39,7%	48,0%	50,0%	32,1%
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Kapitel 2	6,4%	6,3%	8,4%	10,9%	12,5%	13,7%	9,4%
Kapitel 3	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Kapitel 4	3,3%	2,4%	1,9%	1,3%	0,8%	0,4%	1,7%
Kapitel 5	10,9%	11,6%	12,6%	19,0%	30,5%	35,5%	17,8%
Kapitel 6	5,3%	6,0%	6,8%	8,6%	9,3%	10,5%	7,5%
Kapitel 7	2,1%	1,7%	1,6%	1,2%	0,7%	0,3%	1,4%
Kapitel 8	1,1%	0,9%	0,5%	0,3%	0,1%	0,0%	0,5%
Kapitel 9	13,8%	13,7%	15,1%	15,7%	14,3%	14,5%	14,7%
Kapitel 10	5,6%	4,6%	4,7%	4,0%	2,8%	1,9%	4,2%
Kapitel 11	1,2%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,4%	0,6%
Kapitel 12	0,4%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Kapitel 13	27,7%	28,4%	23,2%	15,0%	7,9%	4,0%	19,2%
Kapitel 14	0,9%	0,6%	0,7%	0,7%	0,6%	0,5%	0,7%
Kapitel 15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Kapitel 17	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%
Kapitel 18	10,9%	14,4%	15,0%	14,2%	12,1%	11,3%	13,6%
Kapitel 19	5,0%	3,3%	2,8%	2,1%	1,4%	1,2%	2,7%
Kapitel 20	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 21	2,6%	1,1%	0,8%	0,7%	0,5%	0,5%	1,0%

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
NOKAP	1,9%	3,5%	4,4%	5,1%	5,5%	4,6%	4,3%
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	0,4%	0,7%	3,9%	14,6%	28,7%	34,9%	11,1%
Stat Einrichtung nach §43a	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%
Ambulant allein	47,2%	44,9%	39,7%	25,6%	13,0%	6,4%	32,1%
Ambulant mit weiteren Pers.	48,8%	49,7%	48,9%	42,3%	31,9%	23,4%	43,4%
Keine Angabe	3,2%	4,3%	7,2%	17,1%	26,0%	34,9%	13,1%
Geschlecht							
Mann	38,6%	36,2%	39,2%	41,0%	40,6%	39,5%	39,3%
Frau	61,4%	63,8%	60,8%	59,0%	59,4%	60,4%	60,7%
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	66,6%	65,7%	61,1%	50,5%	34,2%	24,2%	53,7%
Ambulant - Sachleistung	16,6%	15,5%	14,1%	9,0%	6,8%	6,5%	11,9%
Ambulant - Kombileistung	16,1%	17,8%	20,6%	24,5%	25,4%	24,1%	21,4%
Vollstationäre Leistungen	0,3%	0,6%	3,6%	15,2%	32,7%	44,5%	12,4%
Sonstige Leistungen (§43a)	0,4%	0,4%	0,6%	0,8%	0,9%	0,8%	0,6%

Deskriptive Analyse aller Begutachtungen bei Anwendung von Variante 1 - Ergebnisse aller durchgeführten Begutachtungen (alle Gutachtenarten, Leistungsarten)

Anwendung auf Begutachtungsdaten 2024; Grundgesamtheit: Antragstellende ab dem 18. Lebensjahr)

Betroffene: niedrigerer Pflegegrad als Ergebnis in der neuen Variante als bei der Anwendung der aktuellen BRi

Absolut

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	280.344	499.190	887.047	696.137	355.171	147.234	2.865.123
PG neu							
NP	280.344	157.331	0	0	0	0	437.675
PG 1	0	341.859	197.457	0	0	0	539.316
PG 2	0	0	689.590	185.244	0	0	874.834
PG 3	0	0	0	510.893	0	0	510.893
PG 4	0	0	0	0	355.171	0	355.171
PG 5	0	0	0	0	0	147.234	147.234
Altersgruppe							
18-u35	13.050	11.483	13.587	6.828	2.125	853	47.926
35-u45	14.206	12.640	15.283	7.551	2.314	972	52.966
45-u55	24.080	25.419	33.700	18.502	5.887	2.319	109.907
55-u65	50.992	66.445	94.562	55.322	20.793	8.055	296.169
65-u75	63.224	104.985	167.438	105.342	44.884	17.745	503.618
75-u85	81.260	177.594	314.838	228.669	108.670	43.714	954.745
85+	33.532	100.624	247.639	273.923	170.498	73.576	899.792
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	763	939	1.834	1.271	624	315	5.746
Kapitel 2	17.954	31.625	75.385	74.232	44.527	20.202	263.925
Kapitel 3	537	646	1.023	563	199	81	3.049
Kapitel 4	9.261	11.314	16.745	9.409	2.683	557	49.969
Kapitel 5	30.654	52.267	102.331	128.946	108.384	52.293	474.875
Kapitel 6	14.844	29.081	59.044	57.140	32.877	15.397	208.383
Kapitel 7	5.999	8.633	13.529	8.618	2.367	408	39.554
Kapitel 8	2.981	4.080	4.467	2.100	395	60	14.083
Kapitel 9	38.718	69.742	134.261	108.215	50.685	21.372	422.993
Kapitel 10	15.650	26.307	44.237	28.444	9.869	2.794	127.301
Kapitel 11	3.422	3.238	5.226	3.613	1.647	643	17.789
Kapitel 12	1.105	1.369	1.710	842	255	76	5.357
Kapitel 13	77.789	145.163	217.548	111.576	28.050	5.895	586.021

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Kapitel 14	2.415	2.944	5.842	4.892	2.140	740	18.973
Kapitel 15	26	7	12	8	3	1	57
Kapitel 16	79	114	209	210	153	78	843
Kapitel 17	1.073	1.217	1.937	1.707	983	387	7.304
Kapitel 18	30.449	71.805	132.072	99.076	42.979	16.661	393.042
Kapitel 19	14.126	16.069	25.112	14.561	5.089	1.765	76.722
Kapitel 20	55	60	83	47	14	6	265
Kapitel 21	7.213	5.556	7.489	4.685	1.653	750	27.346
NOKAP	5.231	17.014	36.951	35.982	19.595	6.753	121.526
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	1.172	3.449	31.011	91.893	101.873	51.382	280.780
Stat Einrichtung nach §43a	977	1.596	2.296	2.661	1.757	632	9.919
Ambulant allein	132.370	235.117	362.123	192.524	46.016	9.378	977.528
Ambulant mit weiteren Pers.	136.871	239.997	429.133	294.093	113.262	34.492	1.247.848
Keine Angabe	8.954	19.031	62.484	114.966	92.263	51.350	349.048
Geschlecht							
Mann	108.241	180.014	342.939	282.838	144.223	58.229	1.116.484
Frau	172.091	319.154	544.067	413.252	210.919	88.992	1.748.475
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	186.761	325.698	542.169	362.280	121.579	35.577	1.574.064
Ambulant - Sachleistung	46.510	80.237	131.064	64.008	24.161	9.553	355.533
Ambulant - Kombileistung	45.002	88.429	179.973	169.931	90.275	35.499	609.109
Vollstationäre Leistungen	953	2.980	28.550	94.497	116.101	65.457	308.538
Sonstige Leistungen (§43a)	1.118	1.846	5.291	5.421	3.055	1.148	17.879

In %

	Gesamt						
PG BRI	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	280.344	499.190	887.047	696.137	355.171	147.234	2.865.123
PG neu	0	0	0	0	0	0	
NP	100,0%	31,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,3%
PG 1	0,0%	68,5%	22,3%	0,0%	0,0%	0,0%	18,8%
PG 2	0,0%	0,0%	77,7%	26,6%	0,0%	0,0%	30,5%
PG 3	0,0%	0,0%	0,0%	73,4%	0,0%	0,0%	17,8%
PG 4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	12,4%
PG 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	5,1%
Altersgruppe							
18-u35	4,7%	2,3%	1,5%	1,0%	0,6%	0,6%	1,7%
35-u45	5,1%	2,5%	1,7%	1,1%	0,7%	0,7%	1,8%
45-u55	8,6%	5,1%	3,8%	2,7%	1,7%	1,6%	3,8%
55-u65	18,2%	13,3%	10,7%	7,9%	5,9%	5,5%	10,3%
65-u75	22,6%	21,0%	18,9%	15,1%	12,6%	12,1%	17,6%
75-u85	29,0%	35,6%	35,5%	32,8%	30,6%	29,7%	33,3%
85+	12,0%	20,2%	27,9%	39,3%	48,0%	50,0%	31,4%
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Kapitel 2	6,4%	6,3%	8,5%	10,7%	12,5%	13,7%	9,2%
Kapitel 3	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Kapitel 4	3,3%	2,3%	1,9%	1,4%	0,8%	0,4%	1,7%
Kapitel 5	10,9%	10,5%	11,5%	18,5%	30,5%	35,5%	16,6%
Kapitel 6	5,3%	5,8%	6,7%	8,2%	9,3%	10,5%	7,3%
Kapitel 7	2,1%	1,7%	1,5%	1,2%	0,7%	0,3%	1,4%
Kapitel 8	1,1%	0,8%	0,5%	0,3%	0,1%	0,0%	0,5%
Kapitel 9	13,8%	14,0%	15,1%	15,5%	14,3%	14,5%	14,8%
Kapitel 10	5,6%	5,3%	5,0%	4,1%	2,8%	1,9%	4,4%
Kapitel 11	1,2%	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,4%	0,6%
Kapitel 12	0,4%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Kapitel 13	27,7%	29,1%	24,5%	16,0%	7,9%	4,0%	20,5%
Kapitel 14	0,9%	0,6%	0,7%	0,7%	0,6%	0,5%	0,7%
Kapitel 15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Kapitel 17	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%
Kapitel 18	10,9%	14,4%	14,9%	14,2%	12,1%	11,3%	13,7%
Kapitel 19	5,0%	3,2%	2,8%	2,1%	1,4%	1,2%	2,7%
Kapitel 20	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 21	2,6%	1,1%	0,8%	0,7%	0,5%	0,5%	1,0%
NOKAP	1,9%	3,4%	4,2%	5,2%	5,5%	4,6%	4,2%

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	0,4%	0,7%	3,5%	13,2%	28,7%	34,9%	9,8%
Stat Einrichtung nach §43a	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%	0,4%	0,3%
Ambulant allein	47,2%	47,1%	40,8%	27,7%	13,0%	6,4%	34,1%
Ambulant mit weiteren Pers.	48,8%	48,1%	48,4%	42,2%	31,9%	23,4%	43,6%
Keine Angabe	3,2%	3,8%	7,0%	16,5%	26,0%	34,9%	12,2%
Geschlecht							
Mann	38,6%	36,1%	38,7%	40,6%	40,6%	39,5%	39,0%
Frau	61,4%	63,9%	61,3%	59,4%	59,4%	60,4%	61,0%
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	66,6%	65,2%	61,1%	52,0%	34,2%	24,2%	54,9%
Ambulant - Sachleistung	16,6%	16,1%	14,8%	9,2%	6,8%	6,5%	12,4%
Ambulant - Kombileistung	16,1%	17,7%	20,3%	24,4%	25,4%	24,1%	21,3%
Vollstationäre Leistungen	0,3%	0,6%	3,2%	13,6%	32,7%	44,5%	10,8%
Sonstige Leistungen (§43a)	0,4%	0,4%	0,6%	0,8%	0,9%	0,8%	0,6%

6.3.2 Betrachtung gemäß Variante 2: Vergleich Schwellenwerte (PG 1-3) gemäß BRi und Empfehlungen Expertengremium sowie Berücksichtigung der Anpassung der Modulbewertungen für die Module 1, 4 und 6

Grundgesamtheit: Begutachtungen 2024; Antragsteller ab dem 18. Lebensjahr; Daten der 15 Medizinischen Dienste;

Berechnung MD Bund 24.03.2026

Vergleich der Pflegegradverteilung der Einstufung nach Begutachtungsrichtlinie (BRi) mit neuer Variante; Basis: Pflegebegutachtungsergebnisse 2024 – Ergebnisse Erstgutachten

Pflegebedürftige gemäß BRi

BRi	Geldleistung		Sachleistung		Kombileistung		Stationäre Leistung		Sonstige insb. §43a		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nicht Pflegebed.	153.969	20,5%	40.980	20,6%	40.721	17,7%	734	2,2%	986	11,8%	237.390	19,5%
Pflegegrad 1	237.475	31,7%	57.066	28,7%	68.472	29,7%	1.685	5,2%	1.240	14,8%	365.938	30,0%
Pflegegrad 2	276.589	36,9%	70.165	35,3%	87.404	37,9%	10.507	32,2%	3.266	39,0%	447.931	36,7%
Pflegegrad 3	71.458	9,5%	23.286	11,7%	27.571	12,0%	11.916	36,5%	2.070	24,7%	136.301	11,2%
Pflegegrad 4	8.449	1,1%	4.969	2,5%	4.969	2,2%	5.548	17,0%	616	7,4%	24.551	2,0%
Pflegegrad 5	1.373	0,2%	2.064	1,0%	1.320	0,6%	2.291	7,0%	193	2,3%	7.241	0,6%
Gesamt	749.313	100,0%	198.530	100,0%	230.457	100,0%	32.681	100,0%	8.371	100,0%	1.219.352	100,0%
Pflegebedürftig	595.344	79,5%	157.550	79,4%	189.736	82,3%	31.947	97,8%	7.385	88,2%	981.962	80,5%

Pflegebedürftige gemäß Variante 2

Variante 2	Geldleistung		Sachleistung		Kombileistung		Stationäre Leistung		Sonstige insb. §43a		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nicht Pflegebed.	293.086	39,1%	76.308	38,4%	80.948	35,1%	1.605	4,9%	1.637	19,6%	453.584	37,2%
Pflegegrad 1	241.514	32,2%	59.228	29,8%	72.308	31,4%	4.567	14,0%	2.183	26,1%	379.800	31,1%
Pflegegrad 2	170.864	22,8%	44.920	22,6%	57.505	25,0%	11.401	34,9%	2.721	32,5%	287.411	23,6%
Pflegegrad 3	37.726	5,0%	12.566	6,3%	15.111	6,6%	8.575	26,2%	1.193	14,3%	75.171	6,2%
Pflegegrad 4	4.970	0,7%	3.612	1,8%	3.438	1,5%	4.442	13,6%	464	5,5%	16.926	1,4%
Pflegegrad 5	1.153	0,2%	1.896	1,0%	1.147	0,5%	2.091	6,4%	173	2,1%	6.460	0,5%
Gesamt	749.313	100,0%	198.530	100,0%	230.457	100,0%	32.681	100,0%	8.371	100,0%	1.219.352	100,0%
Pflegebedürftig	456.227	60,9%	122.222	61,6%	149.509	64,9%	31.076	95,1%	6.734	80,4%	765.768	62,8%

Vergleich Pflegebedürftige gemäß BRi und Variante 2

Vergleich	Geldleistung		Sachleistung		Kombileistung		Stationäre Leistung		Sonstige insb. §43a		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nicht Pflegebed.	139.117	90,4%	35.328	86,2%	40.227	98,8%	871	118,7%	651	66,0%	216.194	91,1%
Pflegegrad 1	4.039	1,7%	2.162	3,8%	3.836	5,6%	2.882	171,0%	943	76,0%	13.862	3,8%
Pflegegrad 2	-105.725	-38,2%	-25.245	-36,0%	-29.899	-34,2%	894	8,5%	-545	-16,7%	-160.520	-35,8%
Pflegegrad 3	-33.732	-47,2%	-10.720	-46,0%	-12.460	-45,2%	-3.341	-28,0%	-877	-42,4%	-61.130	-44,8%
Pflegegrad 4	-3.479	-41,2%	-1.357	-27,3%	-1.531	-30,8%	-1.106	-19,9%	-152	-24,7%	-7.625	-31,1%
Pflegegrad 5	-220	-16,0%	-168	-8,1%	-173	-13,1%	-200	-8,7%	-20	-10,4%	-781	-10,8%
Gesamt	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Pflegebedürftig	-139.117	-23,4%	-35.328	-22,4%	-40.227	-21,2%	-871	-2,7%	-651	-8,8%	-216.194	-22,0%

fehlende Angaben

	Geldleistung	Sachleistung	Kombi- leistung	Stationäre Leistung	Sonstige insb. §43a	Gesamt
fehlende Anga- ben*	208	461	223	325	24	1.241
Verstorben/Hos- piz	17.353	14.042	12.094	6.141	613	50.243
Gesamt	766.745	212.595	242.608	38.827	8.984	1.269.759

*164 Fälle wegen fehlender Werte ausgeschlossen. Zusätzlich wurden Aktenlagen bei nicht möglicher oder nicht zumutbarer persönlicher Befunderhebung (Verstorben; Hospiz) ausgeschlossen, da nach BRi keine Angaben in den Kriterien gemacht werden und daher keine Einzelpunkte vorliegen, Auswirkungen nicht berechnet werden können. (50.243 Fälle)

Vergleich der Pflegegradverteilung der Einstufung nach Begutachtungsrichtlinie (BRi) mit neuer Variante; Basis: Pflegebegutachtungsergebnisse 2024 – Ergebnisse Höherstufungen

Beantragte Leistungen: Alle Leistungsarten

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	1.928	61.561	184.964	30.775	2.438	421	282.087
	PG2	1.021	3.807	153.238	343.238	39.013	5.215	545.532
	PG3	108	302	2.619	90.135	189.828	20.732	303.724
	PG4	13	19	109	830	23.779	63.688	88.438
Gesamt		3.070	65.689	340.930	464.978	255.058	90.056	1.219.781

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	218.598	61.561	1.928	77,5%	21,8%	0,7%
PG2	387.466	153.238	4.828	71,0%	28,1%	0,9%
PG3	210.560	90.135	3.029	69,3%	29,7%	1,0%
PG4	63.688	23.779	971	72,0%	26,9%	1,1%
Gesamt	880.312	328.713	10.756	72,2%	26,9%	0,9%

nach Anpassung Variante 2		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	32.932	122.665	109.144	15.394	1.584	368	282.087
	PG2	3.121	51.684	273.147	188.312	24.888	4.380	545.532
	PG3	264	989	29.385	114.917	141.720	16.449	303.724
	PG4	24	43	286	3.631	29.481	54.973	88.438
Gesamt		36.341	175.381	411.962	322.254	197.673	76.170	1.219.781

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	126.490	122.665	32.932	44,8%	43,5%	11,7%
PG2	217.580	273.147	54.805	39,9%	50,1%	10,0%
PG3	158.169	114.917	30.638	52,1%	37,8%	10,1%
PG4	54.973	29.481	3.984	62,2%	33,3%	4,5%
Gesamt	557.212	540.210	122.359	45,7%	44,3%	10,0%

*Ausgeschlossen: 5571 Fälle wg. fehlender oder ungültiger Angaben; v.a. zu bisherigem Pflegegrad

Zusätzlich wurden Aktenlagen bei nicht möglicher oder nicht zumutbarer persönlicher Befunderhebung (Verstorben; Hospiz) ausgeschlossen, da nach BRi keine Angaben in den Kriterien gemacht

werden und daher keine Einzelpunkte vorliegen und Auswirkungen so nicht berechnet werden können. (93.441 Fälle)

Beantragte Leistungen: Ambulante Geldleistungen

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	1.039	33.851	99.304	15.537	967	114	150.812
	PG2	709	2.430	93.544	187.289	16.683	1.780	302.435
	PG3	75	200	1.459	37.256	60.471	5.594	105.055
	PG4	6	11	50	369	6.443	12.270	19.149
Gesamt		1.829	36.492	194.357	240.451	84.564	19.758	577.451

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG				Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	115.922	33.851	1.039	PG1	76,9%	22,4%	0,7%
PG2	205.752	93.544	3.139	PG2	68,0%	30,9%	1,0%
PG3	66.065	37.256	1.734	PG3	62,9%	35,5%	1,7%
PG4	12.270	6.443	436	PG4	64,1%	33,6%	2,3%
	400.009	171.094	6.348		69,3%	29,6%	1,1%

nach Anpassung Variante 2		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	17.957	66.596	57.879	7.672	612	96	150.812
	PG2	2.059	32.249	160.584	96.498	9.572	1.473	302.435
	PG3	173	607	13.671	45.660	40.566	4.378	105.055
	PG4	13	15	131	1.417	7.391	10.182	19.149
Gesamt		20.202	99.467	232.265	151.247	58.141	16.129	577.451

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG				Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	66.259	66.596	17.957	PG1	43,9%	44,2%	11,9%
PG2	107.543	160.584	34.308	PG2	35,6%	53,1%	11,3%
PG3	44.944	45.660	14.451	PG3	42,8%	43,5%	13,8%
PG4	10.182	7.391	1.576	PG4	53,2%	38,6%	8,2%
	228.928	280.231	68.292		39,6%	48,5%	11,8%

Beantragte Leistungen: Ambulante Sachleistungen

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	537	14.597	42.027	6.342	460	92	64.055
	PG2	106	458	10.435	19.316	2.013	371	32.699
	PG3	4	22	202	4.691	8.364	909	14.192
	PG4	0	1	7	56	1.042	2.513	3.619
Gesamt		647	15.078	52.671	30.405	11.879	3.885	114.565

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	48.921	14.597	537	76,4%	22,8%	0,8%
PG2	21.700	10.435	564	66,4%	31,9%	1,7%
PG3	9.273	4.691	228	65,3%	33,1%	1,6%
PG4	2.513	1.042	64	69,4%	28,8%	1,8%
	82.407	30.765	1.393	71,9%	26,9%	1,2%

nach Anpassung Variante 2		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	8.205	28.590	23.834	3.066	284	76	64.055
	PG2	373	4.076	16.591	9.979	1.359	321	32.699
	PG3	18	89	1.841	5.169	6.344	731	14.192
	PG4	1	2	17	225	1.167	2.207	3.619
Gesamt		8.597	32.757	42.283	18.439	9.154	3.335	114.565

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	27.260	28.590	8.205	42,6%	44,6%	12,8%
PG2	11.659	16.591	4.449	35,7%	50,7%	13,6%
PG3	7.075	5.169	1.948	49,9%	36,4%	13,7%
PG4	2.207	1.167	245	61,0%	32,2%	6,8%
	48.201	51.517	14.847	42,1%	45,0%	13,0%

Beantragte Leistungen: Ambulante Kombinationsleistungen

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	322	12.241	40.205	6.901	560	91	60.320
	PG2	163	746	36.747	88.215	9.036	1.218	136.125
	PG3	17	58	702	25.468	50.568	5.391	82.204
	PG4	3	2	28	226	5.403	13.859	19.521
Gesamt		505	13.047	77.682	120.810	65.567	20.559	298.170

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %				
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	47.757	12.241	322	PG1	79,2%	20,3%	0,5%
PG2	98.469	36.747	909	PG2	72,3%	27,0%	0,7%
PG3	55.959	25.468	777	PG3	68,1%	31,0%	0,9%
PG4	13.859	5.403	259	PG4	71,0%	27,7%	1,3%
	216.044	79.859	2.267		72,5%	26,8%	0,8%

nach Anpassung Variante 2		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	6.333	25.626	24.472	3.460	347	82	60.320
	PG2	572	12.273	68.621	47.899	5.718	1.042	136.125
	PG3	49	218	8.726	31.492	37.372	4.347	82.204
	PG4	4	13	82	1.000	6.446	11.976	19.521
Gesamt		6.958	38.130	101.901	83.851	49.883	17.447	298.170

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %				
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	28.361	25.626	6.333	PG1	47,0%	42,5%	10,5%
PG2	54.659	68.621	12.845	PG2	40,2%	50,4%	9,4%
PG3	41.719	31.492	8.993	PG3	50,8%	38,3%	10,9%
PG4	11.976	6.446	1.099	PG4	61,3%	33,0%	5,6%
	136.715	132.185	29.270		45,9%	44,3%	9,8%

Beantragte Leistungen: Vollstationäre Leistungen

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	12	616	2.526	1.561	379	109	5.203
	PG2	28	110	11.794	46.537	10.609	1.707	70.785
	PG3	12	15	217	22.187	69.404	8.632	100.467
	PG4	4	2	22	157	10.671	34.706	45.562
Gesamt		56	743	14.559	70.442	91.063	45.154	222.017

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	4.575	616	12
PG2	58.853	11.794	138
PG3	78.036	22.187	244
PG4	34.706	10.671	185
Gesamt	176.170	45.268	579

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	87,9%	11,8%	0,2%
PG2	83,1%	16,7%	0,2%
PG3	77,7%	22,1%	0,2%
PG4	76,2%	23,4%	0,4%
Gesamt	79,3%	20,4%	0,3%

nach Anpassung Variante 2		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	296	1.274	2.248	991	293	101	5.203
	PG2	83	2.850	26.079	32.584	7.769	1.420	70.785
	PG3	21	56	4.962	31.879	56.720	6.829	100.467
	PG4	5	11	50	927	14.270	30.299	45.562
Gesamt		405	4.191	33.339	66.381	79.052	38.649	222.017

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	3.633	1.274	296
PG2	41.773	26.079	2.933
PG3	63.549	31.879	5.039
PG4	30.299	14.270	993
Gesamt	139.254	73.502	9.261

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger
PG1	69,8%	24,5%	5,7%
PG2	59,0%	36,8%	4,1%
PG3	63,3%	31,7%	5,0%
PG4	66,5%	31,3%	2,2%
Gesamt	62,7%	33,1%	4,2%

Beantragte Leistungen: Sonstige (§43a)

Ergebnis aktuelle BRi		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	18	256	902	434	72	15	1.697
	PG2	15	63	718	1.881	672	139	3.488
	PG3	0	7	39	533	1.021	206	1.806
	PG4	0	3	2	22	220	340	587
Gesamt		33	329	1.661	2.870	1.985	700	7.578

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG				Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	1.423	256	18	PG1	83,9%	15,1%	1,1%
PG2	2.692	718	78	PG2	77,2%	20,6%	2,2%
PG3	1.227	533	46	PG3	67,9%	29,5%	2,5%
PG4	340	220	27	PG4	57,9%	37,5%	4,6%
Gesamt	5.682	1.727	169	Gesamt	75,0%	22,8%	2,2%

nach Anpassung Variante 2		Ergebnis: Pflegegrad nach Höfersufungsbegutachtung						Gesamt
		NP	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	
bisheriger Pflegegrad	PG1	141	579	711	205	48	13	1.697
	PG2	34	236	1.272	1.352	470	124	3.488
	PG3	3	19	185	717	718	164	1.806
	PG4	1	2	6	62	207	309	587
Gesamt		179	836	2.174	2.336	1.443	610	7.578

Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG				Pflegegrad neu vs. Bisheriger PG in %			
	Höher	Gleich	Niedriger		Höher	Gleich	Niedriger
PG1	977	579	141	PG1	57,6%	34,1%	8,3%
PG2	1.946	1.272	270	PG2	55,8%	36,5%	7,7%
PG3	882	717	207	PG3	48,8%	39,7%	11,5%
PG4	309	207	71	PG4	52,6%	35,3%	12,1%
Gesamt	4.114	2.775	689	Gesamt	54,3%	36,6%	9,1%

Prozentualer Anteil von Änderung "Betroffener" nach Subgruppen (ermöglicht Vergleich welche Gruppen eher von den Änderungen betroffen wären) - Ergebnisse aller durchgeführten Begutachtungen (alle Gutachtenarten, Leistungsarten)

Anwendung auf Begutachtungsdaten 2024; Grundgesamtheit: Antragstellende dem 18. Lebensjahr; ohne bereits verstorbene und Hospizfälle)

Betroffene: niedrigerer Pflegegrad als Ergebnis in der neuen Variante als bei der Anwendung der aktuellen BRi

Legende Diagnosegruppen

Diagnosegruppen
1=bestimmte infektiöse Krankheiten
2=Neubildungen
3=Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
4=Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
5=Psychische und Verhaltensstörungen
6=Krankheiten des Nervensystems
7=Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
8=Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
9=Krankheiten des Kreislaufsystems
10=Krankheiten des Atmungssystems
11=Krankheiten des Verdauungssystems
12=Krankheiten der Haut und der Unterhaut
13=Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems u.d. Bindegewebes
14=Krankheiten des Urogenitalsystems
15=Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
16=Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben
17=Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
18=Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind
19=Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
20=Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
21=Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Gewichtete Anteile

	Bisheriger Pflegegrad nach BRi					
	1	2	3	4	5	0-5
Gesamt	55,7%	46,5%	46,7%	28,6%	15,1%	40,3%
Altersgruppe						
18-u35	36,3%	40,0%	47,8%	35,7%	8,0%	28,6%
35-u45	44,1%	42,9%	49,1%	37,1%	10,1%	31,6%
45-u55	48,8%	45,1%	48,4%	37,0%	11,3%	35,5%
55-u65	53,7%	46,8%	50,0%	35,6%	13,1%	39,3%
65-u75	57,4%	48,0%	50,3%	33,1%	15,3%	42,3%
75-u85	57,9%	47,4%	47,2%	28,9%	15,4%	42,2%
85+	56,6%	44,9%	44,1%	26,1%	15,4%	39,1%
Diagnosegruppe						
Kapitel 1	58,1%	45,1%	52,7%	29,3%	13,7%	40,1%
Kapitel 2	58,5%	49,6%	51,6%	35,3%	17,2%	44,5%
Kapitel 3	62,8%	48,8%	53,0%	34,7%	14,6%	42,5%
Kapitel 4	53,4%	46,4%	50,5%	35,7%	18,6%	39,3%
Kapitel 5	37,3%	32,6%	36,0%	26,1%	14,6%	28,7%
Kapitel 6	53,2%	43,6%	45,3%	28,5%	13,4%	38,0%
Kapitel 7	56,0%	42,1%	52,3%	33,2%	15,7%	40,2%
Kapitel 8	50,0%	48,1%	50,3%	35,6%	21,1%	38,3%
Kapitel 9	58,2%	47,4%	47,6%	26,8%	13,8%	41,4%
Kapitel 10	66,5%	52,3%	54,6%	40,2%	20,1%	48,0%
Kapitel 11	57,4%	47,8%	52,4%	31,2%	16,2%	38,8%
Kapitel 12	47,3%	50,1%	50,1%	30,3%	11,8%	37,6%
Kapitel 13	58,7%	51,6%	53,9%	29,3%	19,2%	45,7%
Kapitel 14	56,6%	46,1%	48,8%	36,1%	19,9%	40,8%
Kapitel 15	57,1%	58,3%	37,5%	50,0%	0,0%	26,8%
Kapitel 16	39,5%	43,1%	41,1%	25,3%	2,8%	31,3%
Kapitel 17	49,3%	43,7%	47,1%	32,2%	14,2%	36,0%
Kapitel 18	57,8%	47,4%	47,9%	30,4%	16,9%	43,0%
Kapitel 19	56,3%	49,0%	49,2%	25,7%	13,6%	39,4%
Kapitel 20	46,7%	51,2%	42,2%	16,7%	0,0%	35,1%
Kapitel 21	57,3%	49,3%	51,7%	34,5%	13,6%	36,4%
NOKAP	50,2%	38,9%	40,7%	26,3%	16,3%	36,5%
Wohnsituation						
Vollstationäre Einrichtung	47,5%	30,2%	34,6%	21,4%	14,2%	25,8%
Stat Einrichtung nach §43a	38,6%	33,2%	39,0%	32,4%	13,4%	31,0%
Ambulant allein	59,7%	51,2%	54,8%	37,9%	18,0%	46,1%

	Bisheriger Pflegegrad nach BRi					
	1	2	3	4	5	0-5
Ambulant mit weiteren Pers.	53,3%	45,3%	47,8%	34,9%	16,6%	40,7%
Keine Angabe	36,6%	33,9%	37,6%	19,7%	13,3%	29,9%
Geschlecht						
Mann	54,9%	45,0%	46,1%	30,4%	15,9%	39,6%
Frau	56,1%	47,4%	47,2%	27,4%	14,7%	40,7%
Beantragte Leistung						
Ambulant - Geldleistung	55,0%	46,7%	49,6%	36,1%	18,2%	42,3%
Ambulant - Sachleistung	58,3%	51,2%	51,0%	28,4%	12,0%	43,8%
Ambulant - Kombileistung	55,9%	45,1%	46,7%	29,2%	15,1%	40,3%
Vollstationäre Leistungen	47,9%	29,5%	33,0%	20,6%	14,2%	24,6%
Sonstige Leistungen (§43a)	49,2%	45,0%	44,7%	30,9%	12,1%	20,6%

Deskriptive Analyse der Betroffenen der Anwendung von Variante 2 - Ergebnisse aller durchgeführten Begutachtungen (alle Gutachtenarten, Leistungsarten)

Anwendung auf Begutachtungsdaten 2024; Grundgesamtheit: Antragstellende dem 18. Lebensjahr; ohne bereits verstorbene und Hospizfälle)

Betroffene: niedrigerer Pflegegrad als Ergebnis in der neuen Variante als bei der Anwendung der aktuellen BRI

Absolut

	Bisheriger Pflegegrad nach BRI						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	0	277.323	407.601	306.301	85.699	15.646	1.092.570
PG neu							
NP	0	277.323	1.913	0	0	0	279.236
PG 1	0	0	405.688	0	0	0	405.688
PG 2	0	0	0	306.301	0	0	306.301
PG 3	0	0	0	0	85.699	0	85.699
PG 4	0	0	0	0	0	15.646	15.646
PG 5	0	0	0	0	0	0	0
Altersgruppe							
18-u35	0	4.168	5.422	3.226	717	60	13.593
35-u45	0	5.560	6.510	3.552	726	75	16.423
45-u55	0	12.390	15.064	8.454	1.788	179	37.875
55-u65	0	35.584	43.705	25.581	5.693	681	111.244
65-u75	0	60.198	79.347	48.896	11.678	1.726	201.845
75-u85	0	102.601	147.726	101.925	26.608	4.747	383.607
85+	0	56.822	109.827	114.667	38.489	8.178	327.983
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	0	544	810	600	132	23	2.109
Kapitel 2	0	18.349	35.538	29.935	8.443	1.252	93.517
Kapitel 3	0	405	489	266	42	6	1.208
Kapitel 4	0	6.025	7.695	4.498	790	63	19.071
Kapitel 5	0	19.459	33.191	45.594	26.638	6.257	131.139
Kapitel 6	0	15.471	25.615	25.376	8.749	1.711	76.922
Kapitel 7	0	4.826	5.663	4.385	714	50	15.638
Kapitel 8	0	2.040	2.135	1.019	125	8	5.327
Kapitel 9	0	40.511	62.856	47.700	10.809	2.006	163.882
Kapitel 10	0	17.474	22.854	14.472	3.016	285	58.101
Kapitel 11	0	1.854	2.386	1.502	282	37	6.061
Kapitel 12	0	647	851	396	59	6	1.959
Kapitel 13	0	85.179	111.526	58.391	7.262	790	263.148
Kapitel 14	0	1.661	2.634	2.136	542	64	7.037

	Bisheriger Pflegegrad nach BRi						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Kapitel 15	0	4	7	3	1	0	15
Kapitel 16	0	45	90	85	38	2	260
Kapitel 17	0	599	845	799	312	50	2.605
Kapitel 18	0	41.463	62.279	45.991	11.517	2.001	163.251
Kapitel 19	0	9.037	12.213	6.801	1.108	174	29.333
Kapitel 20	0	28	42	19	2	0	91
Kapitel 21	0	3.177	3.621	2.166	449	61	9.474
NOKAP	0	8.525	14.261	14.167	4.669	800	42.422
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	0	1.639	9.353	31.601	21.265	6.879	70.737
Stat Einrichtung nach §43a	0	616	763	1.035	569	83	3.066
Ambulant allein	0	140.433	185.275	104.582	16.721	1.517	448.528
Ambulant mit weiteren Pers.	0	127.983	194.162	139.745	38.516	5.383	505.789
Keine Angabe	0	6.652	18.048	29.338	8.628	1.784	64.450
Geschlecht							
Mann	0	98.581	152.158	121.038	35.720	6.064	413.561
Frau	0	178.735	255.425	185.246	49.975	9.582	678.963
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	0	178.933	250.940	171.749	36.879	4.194	642.695
Ambulant - Sachleistung	0	46.727	65.922	28.612	4.992	747	147.000
Ambulant - Kombileistung	0	49.335	80.127	74.423	21.910	3.507	229.302
Vollstationäre Leistungen	0	1.422	8.257	29.216	21.087	7.086	67.068
Sonstige Leistungen (§43a)	0	906	2.355	2.301	831	112	3.483

In %

	Bisheriger Pflegegrad nach BRi						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	0	277.323	407.601	306.301	85.699	15.646	1.092.570
PG neu							
NP		100,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	25,6%
PG 1		0,0%	99,5%	0,0%	0,0%	0,0%	37,1%
PG 2		0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	28,0%
PG 3		0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	7,8%
PG 4		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	1,4%
PG 5		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Altersgruppe							
18-u35		1,5%	1,3%	1,1%	0,8%	0,4%	1,2%
35-u45		2,0%	1,6%	1,2%	0,8%	0,5%	1,5%
45-u55		4,5%	3,7%	2,8%	2,1%	1,1%	3,5%
55-u65		12,8%	10,7%	8,4%	6,6%	4,4%	10,2%
65-u75		21,7%	19,5%	16,0%	13,6%	11,0%	18,5%
75-u85		37,0%	36,2%	33,3%	31,0%	30,3%	35,1%
85+		20,5%	26,9%	37,4%	44,9%	52,3%	30,0%
Diagnosegruppe							
Kapitel 1		0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%
Kapitel 2		6,6%	8,7%	9,8%	9,9%	8,0%	8,6%
Kapitel 3		0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
Kapitel 4		2,2%	1,9%	1,5%	0,9%	0,4%	1,7%
Kapitel 5		7,0%	8,1%	14,9%	31,1%	40,0%	12,0%
Kapitel 6		5,6%	6,3%	8,3%	10,2%	10,9%	7,0%
Kapitel 7		1,7%	1,4%	1,4%	0,8%	0,3%	1,4%
Kapitel 8		0,7%	0,5%	0,3%	0,1%	0,1%	0,5%
Kapitel 9		14,6%	15,4%	15,6%	12,6%	12,8%	15,0%
Kapitel 10		6,3%	5,6%	4,7%	3,5%	1,8%	5,3%
Kapitel 11		0,7%	0,6%	0,5%	0,3%	0,2%	0,6%
Kapitel 12		0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Kapitel 13		30,7%	27,4%	19,1%	8,5%	5,0%	24,1%
Kapitel 14		0,6%	0,6%	0,7%	0,6%	0,4%	0,6%
Kapitel 15		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 16		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 17		0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%
Kapitel 18		15,0%	15,3%	15,0%	13,4%	12,8%	14,9%
Kapitel 19		3,3%	3,0%	2,2%	1,3%	1,1%	2,7%
Kapitel 20		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 21		1,1%	0,9%	0,7%	0,5%	0,4%	0,9%
NOKAP		3,1%	3,5%	4,6%	5,4%	5,1%	3,9%

	Bisheriger Pflegegrad nach BRi						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung		0,6%	2,3%	10,3%	24,8%	44,0%	6,5%
Stat Einrichtung nach §43a		0,2%	0,2%	0,3%	0,7%	0,5%	0,3%
Ambulant allein		50,6%	45,5%	34,1%	19,5%	9,7%	41,1%
Ambulant mit weiteren Pers.		46,1%	47,6%	45,6%	44,9%	34,4%	46,3%
Keine Angabe		2,4%	4,4%	9,6%	10,1%	11,4%	5,9%
Geschlecht							
Mann		35,5%	37,3%	39,5%	41,7%	38,8%	37,9%
Frau		64,5%	62,7%	60,5%	58,3%	61,2%	62,1%
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung		64,5%	61,6%	56,1%	43,0%	26,8%	58,8%
Ambulant - Sachleistung		16,8%	16,2%	9,3%	5,8%	4,8%	13,5%
Ambulant - Kombileistung		17,8%	19,7%	24,3%	25,6%	22,4%	21,0%
Vollstationäre Leistungen		0,5%	2,0%	9,5%	24,6%	45,3%	6,1%

Deskriptive Analyse der nicht Betroffenen der Anwendung von Variante 2 - Ergebnisse aller durchgeführten Begutachtungen (alle Gutachtenarten, Leistungsarten)

Anwendung auf Begutachtungsdaten 2024; Grundgesamtheit: Antragstellende dem 18. Lebensjahr; ohne bereits verstorbene und Hospizfälle)

Betroffene: niedrigerer Pflegegrad als Ergebnis in der neuen Variante als bei der Anwendung der aktuellen BRI

Absolut

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	280.069	220.996	469.533	349.107	213.973	87.671	1.621.349
PG neu							
NP	280.069	0	0	0	0	0	280.069
PG 1	0	220.996	0	0	0	0	220.996
PG 2	0	0	469.533	0	0	0	469.533
PG 3	0	0	0	349.107	0	0	349.107
PG 4	0	0	0	0	213.973	0	213.973
PG 5	0	0	0	0	0	87.671	87.671
Altersgruppe							
18-u35	13.043	7.308	8.121	3.524	1.294	693	33.983
35-u45	14.197	7.057	8.676	3.679	1.230	668	35.507
45-u55	24.066	12.980	18.326	9.004	3.041	1.409	68.826
55-u65	50.943	30.725	49.681	25.580	10.301	4.504	171.734
65-u75	63.156	44.598	85.946	48.225	23.561	9.546	275.032
75-u85	81.168	74.692	163.798	113.896	65.373	26.051	524.978
85+	33.496	43.636	134.985	145.199	109.173	44.800	511.289
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	762	393	988	539	318	145	3.145
Kapitel 2	17.897	12.997	36.160	28.043	15.467	6.036	116.600
Kapitel 3	534	240	513	236	79	35	1.637
Kapitel 4	9.254	5.264	8.873	4.417	1.420	276	29.504
Kapitel 5	30.636	32.752	68.757	80.940	75.478	36.531	325.094
Kapitel 6	14.833	13.583	33.174	30.698	21.945	11.037	125.270
Kapitel 7	5.996	3.796	7.786	4.003	1.436	269	23.286
Kapitel 8	2.981	2.038	2.304	1.008	226	30	8.587
Kapitel 9	38.664	29.107	69.686	52.493	29.557	12.513	232.020
Kapitel 10	15.633	8.793	20.821	12.035	4.480	1.134	62.896
Kapitel 11	3.416	1.378	2.603	1.365	621	192	9.575
Kapitel 12	1.105	720	849	395	136	45	3.250

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Kapitel 13	77.752	59.819	104.782	50.011	17.529	3.331	313.224
Kapitel 14	2.410	1.272	3.078	2.240	960	258	10.218
Kapitel 15	26	3	5	5	1	1	41
Kapitel 16	79	69	119	122	112	69	570
Kapitel 17	1.072	616	1.087	897	658	303	4.633
Kapitel 18	30.425	30.295	69.054	49.972	26.390	9.846	215.982
Kapitel 19	14.108	7.008	12.715	7.029	3.200	1.106	45.166
Kapitel 20	55	32	40	26	10	5	168
Kapitel 21	7.208	2.371	3.731	2.021	852	389	16.572
NOKAP	5.223	8.450	22.408	20.612	13.098	4.120	73.911
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung Stat Einrichtung nach §43a	1.170	1.808	21.597	59.684	78.148	41.427	203.834
Ambulant allein	977	980	1.534	1.617	1.185	535	6.828
Ambulant mit weiteren Pers.	132.367	94.665	176.490	86.340	27.395	6.921	524.178
Keine Angabe	136.869	111.998	234.723	152.740	71.977	27.127	735.434
Geschlecht	8.686	11.545	35.189	48.726	35.268	11.661	151.075
Mann	108.106	81.062	186.033	141.558	81.797	32.029	630.585
Frau	171.951	139.919	283.478	207.521	132.154	55.632	990.655
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	186.597	146.223	286.752	174.455	65.225	18.862	878.114
Ambulant - Sachleistung	46.464	33.365	62.830	27.507	12.585	5.485	188.236
Ambulant - Kombileistung	44.956	38.929	97.360	84.884	53.250	19.679	339.058
Vollstationäre Leistungen	936	1.545	19.715	59.417	81.058	42.830	205.501
Sonstige Leistungen (§43a)	1.116	934	2.876	2.844	1.855	815	10.440

In %

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	280.069	220.996	469.533	349.107	213.973	87.671	1.621.349
PG neu	0	0	0	0	0	0	
NP	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	17,3%
PG 1	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,6%
PG 2	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,0%
PG 3	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	21,5%
PG 4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	13,2%
PG 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	5,4%
Altersgruppe							
18-u35	4,7%	3,3%	1,7%	1,0%	0,6%	0,8%	2,1%
35-u45	5,1%	3,2%	1,8%	1,1%	0,6%	0,8%	2,2%
45-u55	8,6%	5,9%	3,9%	2,6%	1,4%	1,6%	4,2%
55-u65	18,2%	13,9%	10,6%	7,3%	4,8%	5,1%	10,6%
65-u75	22,6%	20,2%	18,3%	13,8%	11,0%	10,9%	17,0%
75-u85	29,0%	33,8%	34,9%	32,6%	30,6%	29,7%	32,4%
85+	12,0%	19,7%	28,7%	41,6%	51,0%	51,1%	31,5%
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%
Kapitel 2	6,4%	5,9%	7,7%	8,0%	7,2%	6,9%	7,2%
Kapitel 3	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
Kapitel 4	3,3%	2,4%	1,9%	1,3%	0,7%	0,3%	1,8%
Kapitel 5	10,9%	14,8%	14,6%	23,2%	35,3%	41,7%	20,1%
Kapitel 6	5,3%	6,1%	7,1%	8,8%	10,3%	12,6%	7,7%
Kapitel 7	2,1%	1,7%	1,7%	1,1%	0,7%	0,3%	1,4%
Kapitel 8	1,1%	0,9%	0,5%	0,3%	0,1%	0,0%	0,5%
Kapitel 9	13,8%	13,2%	14,8%	15,0%	13,8%	14,3%	14,3%
Kapitel 10	5,6%	4,0%	4,4%	3,4%	2,1%	1,3%	3,9%
Kapitel 11	1,2%	0,6%	0,6%	0,4%	0,3%	0,2%	0,6%
Kapitel 12	0,4%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Kapitel 13	27,8%	27,1%	22,3%	14,3%	8,2%	3,8%	19,3%
Kapitel 14	0,9%	0,6%	0,7%	0,6%	0,4%	0,3%	0,6%
Kapitel 15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Kapitel 17	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Kapitel 18	10,9%	13,7%	14,7%	14,3%	12,3%	11,2%	13,3%
Kapitel 19	5,0%	3,2%	2,7%	2,0%	1,5%	1,3%	2,8%
Kapitel 20	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 21	2,6%	1,1%	0,8%	0,6%	0,4%	0,4%	1,0%

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
NOKAP	1,9%	3,8%	4,8%	5,9%	6,1%	4,7%	4,6%
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	0,4%	0,8%	4,6%	17,1%	36,5%	47,3%	12,6%
Stat Einrichtung nach §43a	0,3%	0,4%	0,3%	0,5%	0,6%	0,6%	0,4%
Ambulant allein	47,3%	42,8%	37,6%	24,7%	12,8%	7,9%	32,3%
Ambulant mit weiteren Pers.	48,9%	50,7%	50,0%	43,8%	33,6%	30,9%	45,4%
Keine Angabe	3,1%	5,2%	7,5%	14,0%	16,5%	13,3%	9,3%
Geschlecht							
Mann	38,6%	36,7%	39,6%	40,5%	38,2%	36,5%	38,9%
Frau	61,4%	63,3%	60,4%	59,4%	61,8%	63,5%	61,1%
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	66,6%	66,2%	61,1%	50,0%	30,5%	21,5%	54,2%
Ambulant - Sachleistung	16,6%	15,1%	13,4%	7,9%	5,9%	6,3%	11,6%
Ambulant - Kombileistung	16,1%	17,6%	20,7%	24,3%	24,9%	22,4%	20,9%
Vollstationäre Leistungen	0,3%	0,7%	4,2%	17,0%	37,9%	48,9%	12,7%

Deskriptive Analyse aller Begutachtungen bei Anwendung von Variante 2 - Ergebnisse aller durchgeführten Begutachtungen (alle Gutachtenarten, Leistungsarten)

Anwendung auf Begutachtungsdaten 2024; Grundgesamtheit: Antragstellende dem 18. Lebensjahr; ohne bereits verstorbene und Hospizfälle)

Betroffene: niedrigerer Pflegegrad als Ergebnis in der neuen Variante als bei der Anwendung der aktuellen BRi

Absolut

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	280.069	498.319	877.134	655.408	299.672	103.317	2.713.919
PG neu							
NP	280.069	277.323	1.913	0	0	0	559.305
PG 1	0	220.996	405.688	0	0	0	626.684
PG 2	0	0	469.533	306.301	0	0	775.834
PG 3	0	0	0	349.107	85.699	0	434.806
PG 4	0	0	0	0	213.973	15.646	229.619
PG 5	0	0	0	0	0	87.671	87.671
Altersgruppe							
18-u35	13.043	11.476	13.543	6.750	2.011	753	47.576
35-u45	14.197	12.617	15.186	7.231	1.956	743	51.930
45-u55	24.066	25.370	33.390	17.458	4.829	1.588	106.701
55-u65	50.943	66.309	93.386	51.161	15.994	5.185	282.978
65-u75	63.156	104.796	165.293	97.121	35.239	11.272	476.877
75-u85	81.168	177.293	311.524	215.821	91.981	30.798	908.585
85+	33.496	100.458	244.812	259.866	147.662	52.978	839.272
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	762	937	1.798	1.139	450	168	5.254
Kapitel 2	17.897	31.346	71.698	57.978	23.910	7.288	210.117
Kapitel 3	534	645	1.002	502	121	41	2.845
Kapitel 4	9.254	11.289	16.568	8.915	2.210	339	48.575
Kapitel 5	30.636	52.211	101.948	126.534	102.116	42.788	456.233
Kapitel 6	14.833	29.054	58.789	56.074	30.694	12.748	202.192
Kapitel 7	5.996	8.622	13.449	8.388	2.150	319	38.924
Kapitel 8	2.981	4.078	4.439	2.027	351	38	13.914
Kapitel 9	38.664	69.618	132.542	100.193	40.366	14.519	395.902
Kapitel 10	15.633	26.267	43.675	26.507	7.496	1.419	120.997
Kapitel 11	3.416	3.232	4.989	2.867	903	229	15.636
Kapitel 12	1.105	1.367	1.700	791	195	51	5.209
Kapitel 13	77.752	144.998	216.308	108.402	24.791	4.121	576.372

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Kapitel 14	2.410	2.933	5.712	4.376	1.502	322	17.255
Kapitel 15	26	7	12	8	2	1	56
Kapitel 16	79	114	209	207	150	71	830
Kapitel 17	1.072	1.215	1.932	1.696	970	353	7.238
Kapitel 18	30.425	71.758	131.333	95.963	37.907	11.847	379.233
Kapitel 19	14.108	16.045	24.928	13.830	4.308	1.280	74.499
Kapitel 20	55	60	82	45	12	5	259
Kapitel 21	7.208	5.548	7.352	4.187	1.301	450	26.046
NOKAP	5.223	16.975	36.669	34.779	17.767	4.920	116.333
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	1.170	3.447	30.950	91.285	99.413	48.306	274.571
Stat Einrichtung nach §43a	977	1.596	2.297	2.652	1.754	618	9.894
Ambulant allein	132.367	235.098	361.765	190.922	44.116	8.438	972.706
Ambulant mit weiteren Pers.	136.869	239.981	428.885	292.485	110.493	32.510	1.241.223
Keine Angabe	8.686	18.197	53.237	78.064	43.896	13.445	215.525
Geschlecht							
Mann	108.106	179.643	338.191	262.596	117.517	38.093	1.044.146
Frau	171.951	318.654	538.903	392.767	182.129	65.214	1.669.618
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	186.597	325.156	537.692	346.204	102.104	23.056	1.520.809
Ambulant - Sachleistung	46.464	80.092	128.752	56.119	17.577	6.232	335.236
Ambulant - Kombileistung	44.956	88.264	177.487	159.307	75.160	23.186	568.360
Vollstationäre Leistungen	936	2.967	27.972	88.633	102.145	49.916	272.569
Sonstige Leistungen (§43a)	1.116	1.840	5.231	5.145	2.686	927	16.945

In %

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
Anzahl	280.069	498.319	877.134	655.408	299.672	103.317	2.713.919
PG neu	0	0	0	0	0	0	0
NP	100,0%	55,7%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	20,6%
PG 1	0,0%	44,3%	46,3%	0,0%	0,0%	0,0%	23,1%
PG 2	0,0%	0,0%	53,5%	46,7%	0,0%	0,0%	28,6%
PG 3	0,0%	0,0%	0,0%	53,3%	28,6%	0,0%	16,0%
PG 4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	71,4%	15,1%	8,5%
PG 5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	84,9%	3,2%
Altersgruppe							
18-u35	4,7%	2,3%	1,5%	1,0%	0,7%	0,7%	1,8%
35-u45	5,1%	2,5%	1,7%	1,1%	0,7%	0,7%	1,9%
45-u55	8,6%	5,1%	3,8%	2,7%	1,6%	1,5%	3,9%
55-u65	18,2%	13,3%	10,6%	7,8%	5,3%	5,0%	10,4%
65-u75	22,6%	21,0%	18,8%	14,8%	11,8%	10,9%	17,6%
75-u85	29,0%	35,6%	35,5%	32,9%	30,7%	29,8%	33,5%
85+	12,0%	20,2%	27,9%	39,6%	49,3%	51,3%	30,9%
Diagnosegruppe							
Kapitel 1	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Kapitel 2	6,4%	6,3%	8,2%	8,8%	8,0%	7,1%	7,7%
Kapitel 3	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
Kapitel 4	3,3%	2,3%	1,9%	1,4%	0,7%	0,3%	1,8%
Kapitel 5	10,9%	10,5%	11,6%	19,3%	34,1%	41,4%	16,8%
Kapitel 6	5,3%	5,8%	6,7%	8,6%	10,2%	12,3%	7,5%
Kapitel 7	2,1%	1,7%	1,5%	1,3%	0,7%	0,3%	1,4%
Kapitel 8	1,1%	0,8%	0,5%	0,3%	0,1%	0,0%	0,5%
Kapitel 9	13,8%	14,0%	15,1%	15,3%	13,5%	14,1%	14,6%
Kapitel 10	5,6%	5,3%	5,0%	4,0%	2,5%	1,4%	4,5%
Kapitel 11	1,2%	0,6%	0,6%	0,4%	0,3%	0,2%	0,6%
Kapitel 12	0,4%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Kapitel 13	27,8%	29,1%	24,7%	16,5%	8,3%	4,0%	21,2%
Kapitel 14	0,9%	0,6%	0,7%	0,7%	0,5%	0,3%	0,6%
Kapitel 15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 16	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Kapitel 17	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Kapitel 18	10,9%	14,4%	15,0%	14,6%	12,6%	11,5%	14,0%
Kapitel 19	5,0%	3,2%	2,8%	2,1%	1,4%	1,2%	2,7%
Kapitel 20	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kapitel 21	2,6%	1,1%	0,8%	0,6%	0,4%	0,4%	1,0%

PG BRI	Gesamt						
	0	1	2	3	4	5	0-5
NOKAP	1,9%	3,4%	4,2%	5,3%	5,9%	4,8%	4,3%
Wohnsituation							
Vollstationäre Einrichtung	0,4%	0,7%	3,5%	13,9%	33,2%	46,8%	10,1%
Stat Einrichtung nach §43a	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,6%	0,6%	0,4%
Ambulant allein	47,3%	47,2%	41,2%	29,1%	14,7%	8,2%	35,8%
Ambulant mit weiteren Pers.	48,9%	48,2%	48,9%	44,6%	36,9%	31,5%	45,7%
Keine Angabe	3,1%	3,7%	6,1%	11,9%	14,6%	13,0%	7,9%
Geschlecht							
Mann	38,6%	36,0%	38,6%	40,1%	39,2%	36,9%	38,5%
Frau	61,4%	63,9%	61,4%	59,9%	60,8%	63,1%	61,5%
Beantragte Leistung							
Ambulant - Geldleistung	66,6%	65,3%	61,3%	52,8%	34,1%	22,3%	56,0%
Ambulant - Sachleistung	16,6%	16,1%	14,7%	8,6%	5,9%	6,0%	12,4%
Ambulant - Kombileistung	16,1%	17,7%	20,2%	24,3%	25,1%	22,4%	20,9%
Vollstationäre Leistungen	0,3%	0,6%	3,2%	13,5%	34,1%	48,3%	10,0%
Sonstige Leistungen (§43a)	0,4%	0,4%	0,6%	0,8%	0,9%	0,9%	0,6%

6.4 Datenanalysekonzept

Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf Be- gutachtungsinstrument

Datenanalysekonzept

Stand: 01.12.2025

Kontakt:

Hans-Dieter Nolting
T +49 30 230 809 62
hans-dieter.nolting@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Inhalt

1.	Allgemeine Hinweise	3
2.	Datenanalysekonzept für PG-5 Statistik	4
2.1	Grundlegende Gruppierungen	4
2.2	Übersicht der Analysen	4
2.3	Darstellung der Analysen	5
2.3.1	A1a: pflegeinzidente Personen nach Leistungsart	5
2.3.2	A1b: Pflegeinzidente Personen unter 18 Jahren nach Leistungsart mit detaillierter Altersaufstellung	8
2.3.3	A2: Bildung von Alterskohorten pflegeinzidenter Personen	9
3.	Datenanalysekonzept für Daten des MD Bund	12
3.1	Grundlegende Gruppierungen	12
3.2	Übersicht der Analysen	12
3.3	Detaillierte Darstellung der Analysen	14
3.3.1	B1: Durchschnittlich erreichte gewichtete und ungewichtete Punktzahl pro Modul nach Pflegegrad und MD	14
3.3.2	B2: Anteile der pflegebegründenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen	15
3.3.3	B3: Anteile der verkürzten Begutachtungsfristen	17
3.3.4	B4: Anteile der Wohnsituationen	18
3.3.5	B5: Kombinationen von Modulpunkten zur Erreichung eines Pflegegrads	19

1. Allgemeine Hinweise

Datenformat

Die Bereitstellung der Datentabellen sollte als CSV im UTF-8 Format mit Spaltennamen in der ersten Zeile entsprechend den Tabellen erfolgen. Je Datensatz wird eine Zeile mit folgenden Eigenschaften übermittelt:

- Zeilenende: CR/LF
- Trennzeichen: Semikolon (;)
- Strings/Texte in Anführungszeichen („STRING“)
- Dezimaltrennzeichen: Komma (,)
- Datumsformate in TT.MM.JJJJ

Datenübermittlung

Die Tabellen werden mit den Analysenummern und dem entsprechenden Datenjahr betitelt (A1a_2017, A1a_2018, A1a_2019, ...).

2. Datenanalysekonzept für PG-5 Statistik

2.1 Grundlegende Gruppierungen

Um für demografische Einflüsse zu kontrollieren, werden, sofern nicht anders angegeben, alle Analysen getrennt für nachstehenden Merkmale dargestellt:

Merkmal	Gruppierung
Altersgruppen	unter 18 Jahre 18 bis unter 65 Jahren 65 bis unter 75 Jahren, 75 bis unter 85 Jahren, 85+ Jahre
Geschlecht	weiblich, männlich <i>(In Bezug auf Ausprägungen „divers“ und „fehlende Geschlechtsangabe“ bestehendes Standardvorgehen wählen.)</i>
Jahr	2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024

Eine Berechnung der altersspezifischen Prävalenzen bzw. Inzidenzen erfolgte bereits auf Basis der uns zur Verfügung stehenden Daten im Rahmen des Workshops, weswegen eine erneute Berechnung anhand der veränderten Altersgruppierungen nicht zwingend notwendig erscheint. Eine Vergleichbarkeit zu den Datenauswertungen des MD hat eine höhere Priorität.

2.2 Übersicht der Analysen

Nachstehend ist eine Übersicht der vorgeschlagenen Analysen für die Daten der PG-5 Statistik aufgeführt. Die Reihenfolge entspricht der von IGES präferierten Priorisierung der Analysen.

Nr.	Beschreibung	Zu prüfende Annahme	Hypothesen
A1a	Nur Personen, die nicht vollstationäre Leistungen innerhalb der ersten 12 Monate beziehen: Leistungsmix bei pflegeinzidenten Personen nach Pflegegrad	Zu- oder Abnahme des Anteils bestimmter Leistungsarten unter Personen, die erstmalig pflegebedürftig werden, im Zeitverlauf	H2, H3, H4, H5, H13, H27
A1b	Nur Personen, die nicht vollstationäre Leistungen	Zu- oder Abnahme des Anteils bestimmter Leistungsarten unter	H25

	innerhalb der ersten 12 Monate beziehen:	Personen (unter 18 Jahren), die erstmalig pflegebedürftig werden im Zeitverlauf	
	Leistungsmix bei pflegeinzidenten Personen unter 18 Jahren mit detaillierter Altersaufstellung		
A2	Bildung von Alterskohorten pflegeinzidenter Personen nach Pflegegrad für Berichtsjahre 2017, 2018, 2019, 2020 und 2021: Betrachtung des Anteils an Höherstufungen/Versterben/Verbleib nach 24 Monaten	Mangelnde Differenzierungsfähigkeit des Begutachtungsinstruments kann Höherstufungen begünstigen (v.a. in niedrigeren PGs) Zunahme an früheren Neueintritten kann Zeit bis zur Höherstufung aber auch verzögern.	H21, H22

2.3 Darstellung der Analysen

2.3.1 A1a: pflegeinzidente Personen nach Leistungsart

Ziel der Analyse

Ziel ist es zu prüfen, ob eine Diversifizierung des Leistungsmix im ersten Jahr der Pflegebedürftigkeit im ambulanten Sektor über die Zeit erfolgt. Dies kann einen Hinweis auf eine bessere Informiertheit über SGB XI-Leistungen und die Anreizwirkung der Leistungen geben. Da im stationären Sektor keine Diversifizierung von Leistungen beobachtet werden kann und auch stationär werdende Fälle die Beobachtungszeit, in der eine Diversifizierung der Leistungsanspruchnahme beobachtet werden kann, einschränken, wird eine stationäre Leistungsanspruchnahme im ersten Jahr der Pflegebedürftigkeit ausgeschlossen.

Weiterhin kann die Zu- oder Abnahme bestimmter Leistungsarten einen Hinweis auf vermehrte oder verminderte informelle Pflege geben. Der Mehrwert gegenüber den Darstellungen des BARMER-Pflegereports wäre, dass die Analysen nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad erfolgen. Eine Zunahme der Diversifizierung von Leistungen (neben Geldleistungen) würde tendenziell für eine Abnahme der informellen Pflege sprechen.

Datenanforderung

Selektion von pflegeinzidenten Personen: Person gilt als inzident in einem Kalenderjahr, wenn erstmalig ein Pflegegrad festgestellt wird, nachdem 12 Monate vorher kein Pflegegrad (bzw. in 2016 keine Pflegestufe 0-III) vorlag. Ausgeschlossen werden inzidente Fälle, die in den ersten 12 Monaten vollstationäre Leistungen in

Anspruch genommen haben (Leistungsart = 06, 08 oder 09). Hintergrund ist, dass eine Einbeziehung dieser Fälle die Verteilung der ambulanten Leistungsarten systematisch verzerren würde, da diese Personen keine ausreichende ambulante Beobachtungszeit für eine Analyse der Leistungsdiversifizierung aufweisen.

Die Auswertung erfolgt zudem getrennt für alle Personen und Personen, die innerhalb der 12 Monate nach Pflegeinzidenz nicht verstorben sind (siehe Darstellung des Outputs unten).

Leistungsanspruchnahme wird über Tage der Inanspruchnahme über 12 Monate ab Tag der Inzidenz der Pflegebedürftigkeit operationalisiert. Eine Person nimmt eine Leistung in Anspruch, wenn sie mindestens einen Tag im Zeitraum von 12 Monaten diese Leistung in Anspruch genommen hat. Weiterhin wird die Summe der Tage der Inanspruchnahme über alle Personen abgefragt.

Eine Person wird als verstorben gezählt ab dem ersten Monat, in dem an keinem Tag eine Leistungsart dokumentiert ist. Dieser Monat gilt dann als Sterbemonat.

Die Auswertung erfolgt für folgende Leistungsarten.

- 01 = Pflegesachleistung
- 02 = Pflegegeld
- 03 = häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- 04 = Tages- und Nachtpflege
- 05 = Kurzzeitpflege
- 11 = Wohnumfeldverbesserungsmaßnahme
- 12 = Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
- 13 = Sonstige Pflegehilfsmittel
- 15 = Stundenweise Verhinderungspflege
- 16 = Entlastungsleistungen¹
 - 17= Entlastungsleistungen Tages- und Nachtpflege
 - 18 = Entlastungsleistungen Kurzzeitpflege
 - 19 = Entlastungsleistungen ambulante Pflegedienste
 - 21 = Entlastungsleistungen nach Landesrecht
- 20 = Genehmigter Pflegegrad 1

¹Da für die Jahre 2017 und 2018 keine Aufschlüsselung der Entlastungsleistungen (Ausprägungen 17-19 sowie 21) erfolgt ist bzw. die korrekte Aufschlüsselung für spätere Jahre nicht garantiert ist, werden die Leistungsarten 16, 17, 18, 19 und 21 unter „Entlastungsleistungen“ zusammengefasst bzw. als Ausprägung „16“ rekodiert.

Output mit separaten Tabellen entsprechend der nachfolgenden Definition für Überleben und Datenjahre:

- Gesamt (alle Personen)
 - 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023
- Überlebende (Personen, die innerhalb von 12 Monaten nach Pflegeinzidenz nicht verstorben sind)

- 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023

Tabellenbenennung:

A1a_gesamt_2017, A1a_gesamt_2018, ...

A1a_ueberleben_2017, A1a_ueberleben_2018, ...

Spalten Nr.	Spalte	Indikator/Variable
1	Anzahl	Anzahl pflegeinzidenter Personen nach obenstehender Definition (Grundgesamtheit; invariant über Zeilen)
2	Geschlecht	Geschlecht gemäß Abschnitt 1.2
3	Alter	Altersgruppen gemäß Abschnitt 1.2
4	Pflegegrad	Erstmalig erhaltener Pflegegrad: PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5
5	Anzahl_PG	Anzahl pflegeinzidenter Personen nach obenstehender Definition nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad
6	Leistungsart	Leistungsart: 01 = Pflegesachleistung 02 = Pflegegeld 03 = häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson 04 = Tages- und Nachtpflege 05 = Kurzzeitpflege 11 = Wohnumfeldverbesserungsmaßnahme 12 = Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel 13 = Sonstige Pflegehilfsmittel 15 = Stundenweise Verhinderungspflege 16 = Entlastungsleistungen 20 = Genehmigter Pflegegrad 1
7	Anzahl_IN	Anzahl Personen aus Spalte 5 mit Inanspruchnahme der Leistung gemäß Spalte 6 an mind. einem Tag in den 12 Monaten nach Pflegeinzidenz für jede Leistungsart nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad
8	Anzahl_noIN	Anzahl Personen aus Spalte 5 ohne Inanspruchnahme der Leistung gemäß Spalte 6 an mind. einem Tag in den 12 Monaten nach Pflegeinzidenz für jede

		Leistungsart nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad
9	Tage_IN	Summe der Tage der Inanspruchnahme der Leistung gemäß Spalte 6 über alle Personen in den 12 Monaten nach Pflegeinzidenz für jede Leistungsart nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad Nur Leistungsarten 01, 02, 03, 04, 05, 20
10	Tage_noIN	Summe der Tage ohne Inanspruchnahme der Leistung gemäß Spalte 6 über alle Personen in den 12 Monaten nach Pflegeinzidenz für jede Leistungsart nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad Nur Leistungsarten 01, 02, 03, 04, 05, 20
11	MEAN_IN_Tage	Berechnung $\text{mean}(\text{IN_Tage})$ der Inanspruchnahme der Leistung gemäß Spalte 6 über Personen mit mind. einem Tag der Inanspruchnahme der Leistung in den 12 Monaten nach Pflegeinzidenz (Spalte 7) für jede Leistungsart nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad Nur Leistungsarten 01, 02, 03, 04, 05, 20
12	VAR_IN_Tage	Varianz des Mittelwerts (MEAN_IN_Tage) für jede Leistungsart nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad Nur Leistungsarten 01, 02, 03, 04, 05, 20
13	MEAN_tage	Mittelwert der Beobachtungszeit nach Alter, Pflegegrad; gemessen in Tagen vom Tag der Inzidenz bis zum letzten Tag des Monats des Versterbens oder bei Überlebenden 365 Tage.
14	VAR_tage	Varianz von MEAN_tage nach Alter, Pflegegrad

2.3.2 A1b: Pflegeinzidente Personen unter 18 Jahren nach Leistungsart mit detaillierter Altersaufstellung

Ziele der Analyse

Die Analyse A1a wird für die Gruppe der jungen Pflegebedürftigen aufgeschlüsselt, um eine mögliche Veränderung des Leistungsmix in dieser Gruppe beobachten zu können. Eine Zunahme an anderen Leistungsarten neben Geldleistungen könnte ein Hinweis auf schwerere Fälle der Pflegebedürftigkeit oder eine stärkere Informiertheit der Angehörigen über die SGB XI-Leistungen ein. Dafür werden in inhaltlich interpretierbare Altersgruppen, die auch mit den Analysen der MD-Daten vergleichbar sind, gewählt.

Datenanforderung

Analyse entspricht A1a. Das heißt die Selektion und Definition der Leistungsanspruchnahme kann gemäß Abschnitt 2.3.1 erfolgen. Dies gilt auch für die Strukturierung des Outputs. Eine separate Betrachtung der Gruppen „Gesamt“ und „Überlebenden“ wie in A1a ist nicht vorgesehen, da erwartet wird, dass sich die Fallzahlen hier nur gering unterscheiden.

Für diese Analyse werden im Gegensatz zu A1a nur Personen betrachtet, die am Tag der Pflegeinzidenz unter 18 Jahre alt waren. Zudem ist eine abweichende Altersgruppierung vorgesehen (Spalte 3):

- unter 2 Jahren
- 2 bis unter 7 Jahren
- 7 Jahre bis unter 12 Jahren
- 12 Jahre bis unter 18 Jahren

Diese Altersaufstellung soll Kinder- und Jugendliche in inhaltlich interpretierbare Altersgruppe teilen (z. B. Kleinkinder vs. Grundschulkind), da bestimmte pflegebegründende Diagnosen möglicherweise erst ab der Schulzeit relevant werden. Falls die Gruppierung zu geringen Zellbesetzungen führen sollte (Datenschutz), würden wir gerne mögliche alternative Einteilungen diskutieren.

2.3.3 A2: Bildung von Alterskohorten pflegeinzidenter Personen

Ziel der Analyse

Anhand der Daten kann dargestellt werden, ob häufiger und früher nach Pflegeinzidenz eine Höherstufung erfolgt. Die Ergebnisse geben einen Hinweis darauf, ob ein früherer Einstieg in die Pflegebedürftigkeit die Höherstufung verzögert oder (tendenziell) ob die mangelnde Differenzierungsfähigkeit des BI zu mehr und frühzeitigeren Höherstufungsanträgen führt. Vollstationäre Fälle werden ausgeschlossen, weil die häufigere und zeitnähere Höherstufung für diesen Leistungsbezug bereits bekannt ist.

Datenanforderung

Für diese Analyse soll für Alterskohorten der Jahre 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 und 2022 betrachtet werden, ob und wann sie innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten nach Pflegeinzidenz mit PG1-4 eine Höherstufung des Pflegegrads erhalten, im Pflegegrad verbleiben und/oder versterben (siehe untenstehende Tabelle). Es soll eine separate Aufstellung für alle Personen und für Personen, die innerhalb des Zeitraums von 24 Monaten nicht versterben (Überlebende), erfolgen.

Person gilt als inzident in einem Jahr, wenn erstmalig ein Pflegegrad 1, 2, 3 oder 4 festgestellt wird, nachdem 12 Monate vorher kein Pflegegrad (bzw. in 2016 keine Pflegestufe 0-III) vorlag. Personen, die innerhalb von 24 Monaten nach erstmaliger Feststellung eines Pflegegrades vollstationäre Leistungen (Leistungsart = 06, 08 oder 09) erhalten, werden nicht in die Analyse einbezogen, da ihre Versorgungssituation im stationären Kontext nicht mit ambulanten Fällen vergleichbar ist.

Operationalisierung der Höherstufung

Es zählt jeweils die erste Höherstufung im Beobachtungszeitraum.

Output mit separaten Tabellen entsprechend der nachfolgenden Definition für Überleben und Datenjahre:

- Gesamt (alle Personen)
 - 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022
- Überleben (Personen, die innerhalb von 24 Monaten nach Pflegeinzidenz nicht verstorben sind)
 - 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022

Tabellenbenennung:

A2_gesamt_2017, A2_gesamt_2018, ...

A2_ueberleben_2017, A2_ueberleben_2018, ...

Spalten Nr.	Spalte	Indikator/Variable
1	Anzahl	Anzahl pflegeinzidente Personen nach obenstehender Definition (Grundgesamtheit; invariant über Zeilen)
2	Geschlecht	Geschlecht gemäß Abschnitt 1.2
3	Alter	Altersgruppen gemäß Abschnitt 1.2
4	Pflegegrad	Erstmalig erhaltener Pflegegrad: PG 1 PG 2 PG 3 PG 4
5	Anzahl_PG	Anzahl pflegeinzidente Personen nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad
7	Anzahl_HS	Anzahl Personen mit mindestens einer Höherstufung des Pflegegrads über 24 Monate nach Pflegeinzidenz, nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad
8	Anzahl_tod	Anzahl verstorbene Personen über 24 Monate nach Pflegeinzidenz, nach Alter, Pflegegrad; Sollte bei Gruppe der Überlebenden 0 sein
9	Anzahl_verbleib	Anzahl Personen, die über 24 Monate nach Pflegeinzidenz weder versterben noch den PG wechseln, nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad
10	n_tage_hs	Summe der Anzahl Tage bis zur ersten Höherstufung über 24 Monate nach Pflegeinzidenz über alle Personen, nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad

11	MEAN_Tage_HS	Berechnung über Personen, die 24 Monate nach Pflegeinzidenz mind. eine Höherstufung hatten: $\text{mean}(n_Tage_hs)$, nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad
12	VAR_Tage_HS	Varianz von MEAN_Tage_HS nach Alter, Geschlecht Pflegegrad
13	MEAN_tage	Mittelwert der Beobachtungszeit nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad; gemessen in Tagen vom Tag der Inzidenz bis zum letzten Tag des Monats des Versterbens oder bei Überlebenden 730 Tage
14	VAR_tage	Varianz von MEAN_tage nach Alter, Geschlecht, Pflegegrad

3. Datenanalysekonzept für Daten des MD Bund

3.1 Grundlegende Gruppierungen

Sofern nicht anders beschrieben werden alle Analysen getrennt für nachstehende Items dargestellt. Für die Gruppierung nach Altersgruppen wird abhängig von der Analyse eine der beiden abgebildeten Einteilungen verwendet.

Merkmal	Gruppierung
Altersgruppen_1 (ab 18 Jahren)	18 bis unter 65 Jahren 65 bis unter 75 Jahren, 75 bis unter 85 Jahren, 85+ Jahre
Altersgruppen_2 (Einschließlich Kinder und Jugendliche)	0 bis unter 18 Monate 18 Monate bis unter 7 Jahren 7 Jahre bis unter 12 Jahren 12 Jahre bis unter 18 Jahren 18 Jahre bis unter 65 Jahren 65 bis unter 75 Jahren, 75 bis unter 85 Jahren, 85+ Jahre
Geschlecht	weiblich, männlich
Berichtsjahr	2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024

3.2 Übersicht der Analysen

Nachstehend findet sich eine Übersicht der möglichen Analysen für die Daten des MD Bund. Die Reihenfolge entspricht der Priorisierung der Analysen.

Nr.	Beschreibung	Zu prüfende Annahme	Hypothesen
B1	Erstgutachten (V006 == 10 ODER 11) und kein Pflegegrad bzw. PG1-5 (V173 == 0, 1, 2, 3, 4 oder 5): Durchschnittlich erreichte gewichtete und ungewichtete Punktzahl pro Modul nach Pflegegrad und MD, Alter und Geschlecht.	Zu- bzw. Abnahme der durchschnittlich erreichten Punktzahlen nach PG im Zeitverlauf; systematische regionale Unterschiede	H17

B2	<p>Erstgutachten (V006 == 10 ODER 11) und kein Pflegegrad bzw. PG1-5 (V173 == 0, 1, 2, 3, 4 oder 5) & Alter < 18</p> <p>Anteile der pflegebegründenden Diagnosen (Kapitelzusammenfassung gemäß ICD-10) nach Pflegegrad</p>	<p>Anteilige Zunahme bestimmter Diagnosegruppen bei Kindern und Jugendlichen</p>	H25
B3	<p>Erstgutachten (V006 == 10 oder 11).</p> <p>Anteile der verkürzten Begutachtungspflichten (V004)</p>	<p>Höherer Anteil von Erstbegutachtungen mit verkürzter Begutachtungsfrist aufgrund von Krankenhaus-/Reha-Aufenthalt</p>	H11
B4	<p>Erstgutachten (V006 == 10 ODER 11) und kein Pflegegrad bzw. PG1-5 (V173 == 0, 1, 2, 3, 4 oder 5):</p> <p>Anteile der Wohnsituationen (V029)</p>	<p>Zunahme des Anteils von Erstgutachten durch Personen in „ambulanten Situation allein“</p>	H2
B5	<p>Erstgutachten (V006 == 10 ODER 11) und kein Pflegegrad bzw. PG1-5 (V173 == 0, 1, 2, 3, 4 oder 5):</p> <p>Ermittlung der 50 häufigsten Pfade (Kombinationen aus gewichteten Modulpunkten) nach Stratifizierungsvariablen.</p>	<p>Ermittlung der empirisch am häufigsten beobachteten Kombinationen von Modulusprägungen je Pflegegrad in Erstgutachten.</p>	explorativ

3.3 Detaillierte Darstellung der Analysen

3.3.1 B1: Durchschnittlich erreichte gewichtete und ungewichtete Punktzahl pro Modul nach Pflegegrad und MD

Ziel der Analyse

Mit dieser Analyse soll untersucht werden, ob sich die Verteilung der gewichteten Gesamtpunkte sowie der ungewichteten Rohpunkte in den einzelnen Modulen im Zeitverlauf und zwischen den regionalen Medizinischen Diensten unterscheidet.

Eine Verschiebung der Verteilung in Richtung der jeweiligen Mindestschwellenwerte der gewichteten Gesamtpunkte (z. B. 12,5 Punkte für Pflegegrad 1) kann darauf hindeuten, dass Fälle im Zeitverlauf näher an der unteren Grenze des jeweiligen Pflegegrades liegen und somit bei gleichen oder geringeren Rohpunkten eine vergleichbare Einstufung erreichen.

Auf Ebene der ungewichteten Rohpunkte soll überprüft werden, ob sich in einzelnen Modulen eine Verschiebung hin zu geringeren Rohpunktwerten zeigt, die dennoch zur gleichen Beeinträchtigungskategorie führen. Beispielhaft werden in Modul 4 (Selbstversorgung) geringe Beeinträchtigungen mit 3–7 Rohpunkten bewertet. Eine Verschiebung der Rohpunktverteilungen im Zeitverlauf in Richtung des unteren Bereichs einer Kategorie (hier 3 Punkte) könnte auf „Lerneffekte“ hindeuten.

Regionale Unterschiede in diesen Verschiebungen können Hinweise auf unterschiedliche Begutachtungspraxen oder verschiedene regionale Rahmenbedingungen liefern. Eine Unterscheidung nach Altersgruppen sollte auf Grund der unterschiedlichen Begutachtungsrichtlinien für Kinder/Jugendliche und Erwachsene erfolgen.

Selektion der Erstgutachten

Es werde nur Erstgutachten eingeschlossen (V006 = 10 oder 11). Es werden alle Pflegegrade sowie die Ausprägung „kein Pflegegrad“ berücksichtigt. Zudem werden alle Altersgruppen eingeschlossen und es erfolgt eine Altersgruppierung nach Altersgruppen_2 siehe Abschnitt 3.1. Da das Begutachtungsinstrument ein unterschiedliches Vorgehen bei der Begutachtung von bestimmten Altersgruppen vorsieht, ist die Interpretierbarkeit der Modulpunkte für diese Gruppierung gegebenenfalls eingeschränkt. Gerne kann diesbezüglich eine alternative Einteilung diskutiert werden.

Analysen:

Auswertung Gesamt (deutschlandweit), pro MD und Jahr; jeweils eine separate Auswertung für Kinder und Jugendliche (unter 18 J.) und Erwachsene (ab 18 J.)

- Jahre: 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024

Output mit separaten Tabellen entsprechend der nachfolgenden Definition für MDs:

Pro MD eine Tabelle sowie eine Tabelle für alle Gutachten (Gesamt)

Spalten Nr.	Spalte	Indikator/Variable
1	Jahr	2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024
2	Anzahl	Anzahl der Erstgutachten gemäß oben genannter Definition nach Jahr
3	Geschlecht	Geschlecht
4	Alter	Altersgruppen gemäß Abschnitt 3.1 (Altersgruppen_2)
5	Pflegegrad	Pflegegrad als Ergebnis der Begutachtung (V173) nach Geschlecht und Altersgruppe
6	Anzahl_PG	Anzahl der Erstgutachten für jeden Pflegegrad nach Geschlecht und Altersgruppe
7	Modul	Modul 1-6 für jeden Pflegegrad nach Geschlecht und Altersgruppe
8	Gewichtet	Durchschnitt der gewichteten Punktzahl (V067, V080, V095, V118, V162, V170) nach Pflegegrad und Modul sowie Geschlecht und Altersgruppe
9	Ungewichtet	Durchschnitt der ungewichteten Punktzahl (V066, V079, V094, V117, V161, V169) nach Pflegegrad und Modul sowie Geschlecht und Altersgruppe

Ob die Daten für alle MDs separat geliefert werden können, ist noch in der Klärung. Falls diese Tabellen nicht geliefert werden können, werden wir stattdessen MD-spezifische Auswertungen anfordern.

3.3.2 B2: Anteile der pflegebegründenden Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen

Ziel der Analyse

Ziel der Analyse ist Informationen über die pflegebegründenden Diagnosen von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen zu erhalten.

Selektion der Erstgutachten

Es werde nur Erstgutachten eingeschlossen (V006 = 10 oder 11). Es werden alle Pflegegrade sowie die Ausprägung „kein Pflegegrad“ berücksichtigt. Zudem werden nur Personen unter 18 Jahren eingeschlossen und es erfolgt eine

Altersgruppierung nach Altersgruppen_2 (Ausschließlich Altersgruppen unter 18 Jahren) siehe Abschnitt 3.1.

Kapitelzusammenfassung der pflegebegründenden Diagnosen

Die pflegebegründenden Diagnosen (V058) werden wie folgt in die entsprechenden ICD-10 Kapitel auf ICD Einsteller-Ebene zusammengefasst. Es wird nur die erste Diagnose betrachtet, unter der Annahme, dass die Datenqualität für diese besser ist.

Kapitelnummer	Kodebereich
I	A00-B99
II	C00-D48
III	D50-D89
IV	E00-E90
V	F00-F99
VI	G00-G99
VII	H00-H59
VIII	H60-H95
IX	I00-I99
X	J00-J99
XI	K00-K93
XII	L00-L99
XIII	M00-M99
XIV	N00-N99
XV	O00-O99
XVI	P00-P96
XVII	Q00-Q99
XVIII	R00-R99
XIX	S00-T98
XX	V01-Y98
XXI	Z00-Z99

Output mit separaten Tabellen entsprechend der nachfolgenden Definition für Jahre der Begutachtung:

- 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024

Spalten Nr.	Spalte	Indikator/Variable
1	Anzahl	Anzahl der Erstgutachten (Grundgesamtheit, invariant über die Zeilen)
2	Geschlecht	Geschlecht
3	Alter	Altersgruppen gemäß Abschnitt 3.1 (Altersgruppen_2)
4	Pflegegrad	Pflegegrad (V173) nach Altersgruppe
5	Anzahl_PG	Anzahl der Gutachten nach Geschlecht, Altersgruppe und Pflegegrad
6	Diagnosen	pflegebegründende Diagnosen ICD-Einsteller nach Pflegegrad, Geschlecht und nach Altersgruppe
7	Anzahl_PG_DIA	Anzahl der Gutachten nach Pflegegrad und Diagnosen sowie Geschlecht und Altersgruppe (für jede Diagnose gemäß Spalte 6)
8	Anteil_PG_DIA	Anteil der Gutachten mit einer bestimmten Diagnose an der Anzahl der Gutachten nach Altersgruppe, Geschlecht und nach Pflegegrad

3.3.3 B3: Anteile der verkürzten Begutachtungsfristen

Ziel der Analyse

Ziel der Analyse ist zu identifizieren, ob vermehrt Erstbegutachtungen aus dem stationären Versorgungskontext initiiert werden.

Selektion der Erstgutachten

Es werden alle Erstgutachten einbezogen (V006 = 10 oder 11). Erstgutachten mit verkürzten Fristen (V006 = 11) werden mit ausgewertet, jedoch ohne Pflegegradeinstufung, da der endgültige Pflegegrad erst in einer späteren Begutachtung festgelegt wird. Zudem werden nur Personen ab 18 Jahren eingeschlossen und es erfolgt eine Altersgruppierung nach Altersgruppen_1, siehe Abschnitt 3.1. Alle Ausprägungen von V004 werden in der Grundgesamtheit berücksichtigt.

Definition der verkürzten Begutachtungsfrist:

Dummyvariable verk = 1, wenn V004 == 1 | V004 == 2 | V004 ==6, sonst verk = 0.

Output mit separaten Tabellen entsprechend der nachfolgenden Definition für Jahr der Begutachtung:

- 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024

Spalten Nr.	Spalte	Indikator/Variable
1	Anzahl	Anzahl der Erstgutachten (Grundgesamtheit, invariant über die Zeilen)
2	Geschlecht	Geschlecht
3	Alter	Altersgruppen gemäß Abschnitt 3.1 (Altersgruppen_1)
4	Verkürzte Begutachtungsfrist (verk)	Dummyvariable gebildet aus V004 gemäß Definition oben nach Altersgruppe, Geschlecht und Pflegegrad
5	Anzahl_verk	Anzahl der Gutachten mit verkürzter Begutachtungsfrist (verk = 1) nach Altersgruppe, Geschlecht und Pflegegrad
6	Anteil_verk	Anteil der Gutachten mit verkürzter Begutachtungsfrist (verk = 1) an allen Erstgutachten nach Altersgruppe, Geschlecht und Pflegegrad

3.3.4 B4: Anteile der Wohnsituationen

Ziele der Analyse

Ziel der Analyse ist es systematisch nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad darzustellen, inwiefern bei Alleinlebenden Erstgutachten initiiert werden.

Selektion der Erstgutachten

Es werde nur Erstgutachten eingeschlossen (V006 = 10 oder 11). Es werden alle Pflegegrade sowie die Ausprägung „kein Pflegegrad“ berücksichtigt. Es werden nur Personen ab 18 Jahren eingeschlossen und es erfolgt eine Altersgruppierung nach Altersgruppen_1 gemäß Abschnitt 3.1.

Definition der Wohnsituation

Alle Ausprägungen von V029 verbleiben in der Grundgesamtheit; ausgewiesen werden jedoch nur die ambulanten Wohnsituationen (V029 = 3 und V029 = 4).

Output mit separaten Tabellen entsprechend der nachfolgenden Definition für Jahr der Begutachtung:

- 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024

Spalten Nr.	Spalte	Indikator/Variable
1	Anzahl	Anzahl der Erstgutachten (Grundgesamtheit, invariant über die Zeilen)
2	Anzahl_wohn	Anzahl der Erstgutachten mit validen Angaben zur Wohnsituation (Grundgesamtheit, invariant über die Zeilen)
4	Geschlecht	Geschlecht
5	Alter	Altersgruppen gemäß Abschnitt 3.1 (Altersgruppen_1)
6	Pflegegrad	Pflegegrad (V173 = 0 bis 5) nach Altersgruppe und Geschlecht
7	Wohnsituation (V029)	Ausweisung von V029 = 3 und V029 = 4 nach Altersgruppe und Geschlecht
8	n_wohn	Anzahl der Gutachten nach Wohnsituation (jeweils V029 = 3 bzw. V029 = 4) nach Altersgruppe, Geschlecht und Pflegegrad
9	Anteil_wohn	Anteil der Gutachten nach Wohnsituation (jeweils V029 = 3 bzw. V029 = 4) nach Altersgruppe, Geschlecht und Pflegegrad

3.3.5 B5: Kombinationen von Modulpunkten zur Erreichung eines Pflegegrads

Ziel der Analyse

Ermittlung der empirisch am häufigsten beobachteten Kombinationen von Modulausprägungen je Pflegegrad in Erstgutachten. Die Ergebnisse dienen der Beschreibung der wahrscheinlichsten Muster je Pflegegrad (bzw. Pflegegrad und Stratifizierungsmerkmal).

Selektion der Erstgutachten

Es werden nur Erstgutachten eingeschlossen (V006 = 10 oder 11). Es werden alle Pflegegrade sowie die Ausprägung „kein Pflegegrad“ berücksichtigt. Zudem werden alle Altersgruppen eingeschlossen und es erfolgt eine Altersgruppierung nach Altersgruppen_2 sowie nach Geschlecht, siehe Abschnitt 3.1.

Definition zur Abbildung der Modulausprägungen

Aus den gewichteten Modulpunkten (M1 - V067, der höhere Wert aus M2/M3 - V171, M4 - V118, M5 - V162, M6 - V170) wird für jeden Fall der Grad der Beeinträchtigung auf dem jeweiligen Modul gebildet:

M1 - V067: 0=0 (keine); 2,5=1 (geringe); 5,0=2 (erhebliche); 7,5=3 (schwere); 10,0=4 (schwerste)

M2/M3: Auswahl der höheren Punktzahl aus V080 und V095, dann Kodierung 0=0 (keine); 3,75=1 (geringe); 7,5=2 (erhebliche); 11,25=3 (schwere); 15,0=4 (schwerste)

M4 – V118: 0=0 (keine); 10=1 (geringe); 20=2 (erhebliche); 30=3 (schwere); 40=4 (schwerste)

M5 – V162: 0=0 (keine); 5=1 (geringe); 10=2 (erhebliche); 15=3 (schwere); 20=4 schwerste)

M6 – V170: 0=0 (keine); 3,75=1 (geringe); 7,5=2 (erhebliche); 11,25=3 (schwere); 15,0=4 (schwerste)

Jedem Fall wird ein verketteter String zugewiesen (Variable „Pfad“), der die Beeinträchtigung auf jedem Modul abbildet. Beispiel: „210223“ entspricht: erhebliche Beeinträchtigungen auf Modul 1; geringe Beeinträchtigungen auf Modul 2; keine Beeinträchtigung auf Modul 3; erhebliche Beeinträchtigungen auf Modul 4; erhebliche Beeinträchtigungen auf Modul 5; schwere Beeinträchtigungen auf Modul 6.

Output:

Eine Tabelle pro Jahr für alle Gutachten (Gesamt), nach den unten genannten Stratifizierungsvariablen. Es werden jeweils nur die 30 häufigsten Kombinationen benötigt.

Spalten Nr.	Spalte	Indikator/Variable
1	Jahr	2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024
2	Anzahl	Anzahl der Erstgutachten gemäß oben genannter Definition nach Jahr
3	Geschlecht	Geschlecht
4	Alter	Altersgruppen gemäß Abschnitt 3.1 (Altersgruppen_2)
5	Pflegegrad	Pflegegrad als Ergebnis der Begutachtung (V173)
6	Anzahl_PG	Anzahl der Erstgutachten für jeden Pflegegrad nach Geschlecht und Altersgruppe
7	Pfad	6-stelliger String der Ausprägungen auf den Modulen (siehe oben)
8	n_Pfad	Absolute Häufigkeit der Kombination nach PG, Geschlecht, Alter
9	P_Pfad	Anteil der Kombination an Anzahl PG: n_Pfad/Anzahl_PG
10	Rang	Rangplatz (1-30) nach p_Pfad

11	kumul	Kumulierter Anteil der Pfade bis zum jeweiligen Rangplatz (Interpretation z. B.: „20 % aller Pfade in PG 1 entfallen auf die ersten 10 Pfade.)
----	-------	--



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com

