



Kathrin Jürchott · Tim Seidinger · Robert Messerle · Susann Behrendt

Pflegeeintritt und Erstbegutachtung bei betagten Menschen im Zeitverlauf

Ein empirischer Beitrag auf Basis von
Daten der Sozialen Pflegeversicherung
und der Medizinischen Dienste

WIdO e-Paper 8 (2026)

WIdO | Wissenschaftliches
Institut der AOK

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Pflegeeintritt und Erstbegutachtung bei betagten Menschen im Zeitverlauf
Ein empirischer Beitrag auf Basis von Daten der Sozialen Pflegeversicherung
und der Medizinischen Dienste
WIdO e-Paper 8 (2026)

Berlin, 26.03.2026

Kathrin Jürchott¹, Tim Seidinger¹,
Robert Messerle, Susann Behrendt
¹ geteilte Erstautorenschaft

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft
von Körperschaften des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<https://www.aok.de/pp/impressum/>
Registergericht Berlin (Charlottenburg), GsR 634 B

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Melanie Hoberg
Satz: Melanie Hoberg



Copyright: © 2026 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
Creative Commons: Namensnennung - 4.0 International (CC BY 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

DOI: <https://doi.org/10.4126/FRL01-006527188>

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <http://www.wido.de>

Inhalt

Zusammenfassung / Abstract.....	4
Zusammenfassung	4
Abstract.....	4
1 Einleitung.....	6
2 Begutachtungsinstrument und Datengrundlage.....	8
2.1 Begutachtungsinstrument	8
2.2 Datengrundlage und Berechnungen.....	10
3 Ergebnisse.....	12
3.1 Daten zu Erstbegutachtungen (MD-Daten)	12
3.1.1 Entwicklung und Verteilung der Erstgutachten	13
3.1.2 Ergebnisse der Erstgutachten	16
3.2 Erstmals Pflegebedürftige und ihre initialen pflegerischen Versorgungsleistungen nach SGB XI	18
3.2.1 Erstmals Pflegebedürftige	18
3.2.2 Initiale pflegerische Leistungen nach SGB XI bei erstmals Pflegebedürftigen	21
4 Diskussion und Fazit.....	25
Anhang.....	28
Literaturverzeichnis.....	30
Abbildungsverzeichnis.....	32
Tabellenverzeichnis.....	33

Zusammenfassung / Abstract

Zusammenfassung

Angesichts einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und wachsender Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) zählt die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und langfristig finanzierbaren Versorgung zu den großen sozial- und gesundheitspolitischen Herausforderungen. Während öffentliche Diskurse und wissenschaftliche Analysen bislang überwiegend die steigende Anzahl von Pflegebedürftigen diskutieren (prävalenzbasiert), untersucht dieser Beitrag den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit bei Betagten und Hochbetagten, die vor dem Hintergrund des demografischen Wandels kontinuierlich wächst und gleichzeitig das höchste Pflegerisiko aufweist. Konkret werden die Ergebnisse von Erstbegutachtungen der Medizinischen Dienste (MD) und die Eintritte in die Pflege basierend auf SPV-Daten untersucht. Dabei werden Personen ab 60 Jahren betrachtet, die erstmals Leistungen der SPV in Anspruch nehmen. Die Auswertung bundesweiter Routinedaten der AOK-Pflegekassen zeigt ein weitgehend stabiles Niveau jährlicher Pflegeeintritte, jedoch deutliche Veränderungen in der Struktur der Neuzugänge. Das bedeutet: Abgesehen von dem Einmaleffekt durch die Umstellung der Zugangssystematik 2017, zeigen die Ergebnisse seit 2019 keine Zunahme der jährlichen Neuzugänge in die Pflegeversicherung bei AOK-versicherten Personen im Alter von mindestens 60 Jahren. Gleichwohl waren Menschen mit Pflegebeginn im Jahr 2024 jünger als fünf Jahren zuvor und wiesen zunehmend niedrigere Pflegegrade bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit auf. Parallel hierzu steigt insbesondere bei den Pflegegraden 2 und 3 der Anteil der Personen, die zunächst Geldleistungen beziehen. Mit Blick auf die Begutachtungssystematik der Medizinischen Dienste (MD) zeigen die Analysen die regionale Varianz der Erstbegutachtungsrate und ihrer Entwicklung sowie erstmals die bundesweite Verteilung der Punktwerte an den leistungsrelevanten Schwellenwerte für das Erreichen der Pflegegrade für die Jahre 2019 bis 2024. Um zu klären, inwieweit die beobachteten Muster u. a. auf eine frühere Leistungsanspruchnahme, definitorische bzw. verhaltensökonomische Effekte oder eine veränderte Morbiditätsstruktur zurückzuführen sind, sind weiterführende Analysen notwendig. Die Betrachtung der Pflegeeintritte als Kennzahl ist für die Finanzierung und Versorgungsstrukturplanung eine zentrale empirische Ergänzung, weil sie zum einen sehr sensitiv für die Dynamik der Fallzahlentwicklung in der SPV als auch qualitativ Veränderungen in der Struktur neuer Pflegebedürftiger und damit Veränderungen von Versorgungsbedarfen spezifisch, frühzeitig und kontinuierlich abbilden kann.

Abstract

Given the rising number of people in need of long-term care and the increasing expenditures of the Long-Term Care Insurance (SPV), ensuring high-quality care that is financially sustainable in the long term is one of the major challenges facing social and health policy. While public discourse and academic analyses have predominantly focused on the rising number of people in need of care (prevalence-based), this article examines the onset of care dependency among the elderly and the very elderly, a group that is growing steadily against the backdrop of demographic change and simultaneously presents the highest risk of requiring care. Specifically, the results of initial assessments by the Medical Services (MD) and new admissions to long-term care based on SPV data are examined. The analysis focuses on individuals aged 60 and older who are utilizing SPV services for the first time. The analysis of nationwide routine data from the AOK long-term care funds shows a largely stable level of annual admissions to long-term care, but significant changes in the structure of new admissions. This means: Apart from the one-time effect caused by the change in the admission system in 2017, the results since 2019 show no increase in annual new admissions to long-term care insurance among AOK-insured individuals aged 60 or older. Nevertheless, people who began receiving long-term care in 2024 were younger than five years earlier and exhibited increasingly lower care levels upon becoming eligible for long-term care. In parallel, the proportion of individuals initially receiving cash benefits is rising, particularly in care levels 2 and 3. With regard to the assessment system of the MD, the analyses show

the regional variation in the initial assessment rate and its development, as well as, for the first time, the nationwide distribution of point values at the performance-relevant thresholds for reaching care levels for the years 2017 through 2024. Further analyses are necessary to clarify to what extent the observed patterns can be attributed to, among other things, prior use of services, definitional or behavioral economic effects, or a changed morbidity structure. The analysis of individuals requiring care for the first time, in the form of new care admissions, serves as a crucial empirical supplement for financing and care structure planning because it can specifically, early, and continuously capture both the dynamics of case number trends within the SPV and qualitative changes in the structure of new care recipients—and thus changes in care needs.

1 Einleitung

Die flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung und die langfristige Finanzierbarkeit der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) gehören angesichts einer wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen sowie dynamisch steigender Leistungsausgaben zu den großen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit. Wenn im vorliegenden Beitrag von Pflegebedürftigkeit die Rede ist, dann im Sinne des sozialrechtlich definierten Konstrukts. Pflegebedürftig ist demnach, wer Leistungen der SPV in Anspruch nimmt. Seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 beschreibt und reguliert das Elfte Sozialgesetzbuch (SGB XI) dieses Verständnis von Pflege und die Voraussetzungen des damit einhergehenden Leistungsanspruchs (Schwinger et al. 2023). Im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II, 2017) vor nunmehr zehn Jahren erfolgte die Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, ein Paradigmenwechsel weg von einer primär defizitorientierten Betrachtung somatischer Beeinträchtigungen hin zu einer ganzheitlicheren Erfassung des Grades der individuellen Selbstständigkeit und einem ressourcenorientierten Verständnis. Die Pflegestufen wurden durch fünf Pflegegrade ersetzt. Damit sollte insbesondere der strukturellen Benachteiligung von Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen entgegengewirkt werden und bspw. Menschen mit einer Demenz einen verbesserten Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung ermöglichen (Kantar 2019).

Seit Einführung der Pflegegrade im Jahr 2017 bis zum Jahr 2024 stieg die Pflegeprävalenz um 70 % auf bundesweit 5,6 Millionen Pflegebedürftige (Bundesministerium für Gesundheit 2025). Neben dem demografischen Wandel ist davon auszugehen, dass diese gesetzliche Neuausrichtung 2017 einen deutlichen Effekt auf die Entwicklung der Pflegeinzidenz und -prävalenz in Deutschland besitzt (GKV-SV 2025). Es unterstreicht, wie gesellschaftlich formierend die sozialrechtliche Normierung von Pflegebedürftigkeit ist (Hasseler 2022). Mit der Zunahme der Pflegeprävalenz verschärft sich die Finanzlage der SPV. Bei Einnahmen von 66,7 Milliarden Euro im Jahr 2024 stiegen die Leistungsausgaben auf 68,2 Milliarden Euro. Die SPV schloss mit einem Defizit von -1,5 Milliarden Euro und einem Mittelbestand von rund einer Monatsausgabe (Bundesministerium für Gesundheit 2025).

Auch die Pflegebegutachtung selbst steht zehn Jahre nach PSG II wieder im Fokus der Legislative. Seit 2017 stieg die Anzahl der Pflegebegutachtungen bundesweit stark – von knapp 1,9 Millionen im Jahr 2017 auf rund 3,0 Millionen im Jahr 2024 (Medizinischer Dienst Bund 2025). Die Prüfung des Leistungsanspruchs, und damit die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Bewertung der Pflegeschwere, durch den Medizinischen Dienst hat dabei eine maßgebliche Steuerungsfunktion.

Trotz der Tragweite dieser Reformbemühungen stützte sich die bisherige Diskussion, sofern sie denn datenbasiert geführt wird, zumeist auf räumlich oder zeitlich begrenzte empirische Befunde. Lediglich singular finden sich in der hiesigen Forschungslandschaft Studien mit Begutachtungsdaten der MD. Blüher et al. (2021) und Blüher et al. (2023) analysierten MD-Erstbegutachtungen in Berlin und Brandenburg. Die erste Studie von Blüher 2021 nutzt Daten aus 2017 und fokussiert sich auf Erstbegutachtungen von Personen, die einen Pflegegrad zugewiesen bekommen haben sowie in ihrem eigenen Zuhause wohnen und untersucht deren Wohnsituation. Die Studie aus dem Jahr 2023 erweitert den Betrachtungszeitraum um die Jahre 2018 und 2019, baut aber auf den Ergebnissen der ersten Studie auf. Sie untersucht die soziodemografischen und gesundheitsbezogenen Determinanten im Hinblick auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Einen regionalen Fokus legten auch Schütz et al. (2024) sowie Schütz und Wetzel (2025), die 2019er Daten des MD Bayern verwendeten. Während die erste Studie Charakteristika wie die Verteilung der Pflegegrade, medizinische Diagnosen und den Grad der Selbstständigkeit beschreibt, fokussiert der zweite Beitrag auf den Vergleich von älteren Menschen mit und ohne Pflegegrad. Aktuellere, auf eine spezifische Versichertengemeinschaft bezogene MD-Begutachtungsdaten aus dem Jahr 2021 werteten Haeger et al. (2025) aus, um u. a. pflegebegründende Diagnosen nach Alter, Geschlecht und Bundesland zu identifizieren. Rothgang & Müller (2024) und Rothgang et al. (2025) wiesen auf Basis hochgerechneter Routinedaten der Barmer für die Gesamtbevölkerung eine

steigende Zahl an Pflegeeintritten sowie eine steigende Inzidenz (im Verhältnis zu den nicht-Pflegebedürftigen) im Zeitraum 2017 bis 2024 aus.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer teils virulent geführten Reformdiskussion widmet sich der vorliegende Beitrag den erstmals pflegebedürftigen Betagten und Hochbetagten (60+ Jahre) und damit auf jene kontinuierlich wachsende Gruppe der Bevölkerung, die das höchste Pflegerisiko aufweist. Dabei stehen die Erstbegutachtungen und die initial bewilligte pflegerische Leistungsart, beides zentrale Ausgangspunkte der Pflegeverläufe für betagte Menschen, im Mittelpunkt der Betrachtungen. Der Beitrag möchte den wissenschaftlichen und pflegepolitischen Diskurs um drei zentrale Perspektiven erweitern:

1. **Erweiterter Zeithorizont (2017–2024):** Während bisherige Studien überwiegend einzelne Jahre betrachteten, deckt diese Analyse den gesamten Zeitraum seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab und macht so Trends in der Antrags- und Bewilligungsdynamik sichtbar.
2. **Hybride Datengrundlage aus Routinedaten der Pflegekassen und der MD:** Über die reine Begutachtungsanalyse hinaus ermöglicht die Einbeziehung von Routinedaten nach SGB XI eine tiefere Analyse der Versorgungsrealität und der Bewilligung von Leistungen im Anschluss an die erfolgreiche Erstbegutachtung.
3. **Bundesweite Perspektive:** Im Gegensatz zu den meist auf ein bis zwei Bundesländer begrenzten Analysen (z. B. Berlin/Brandenburg oder Bayern) bietet diese Arbeit eine bundesweite Auswertung, die auch regionale Varianzen in den Blick nimmt.

2 Begutachtungsinstrument und Datengrundlage

2.1 Begutachtungsinstrument

Im Kontext der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) fungiert der Medizinische Dienst (MD) als zentrales Begutachtungs- und Beratungsorgan, dessen Rolle durch das MDK-Reformgesetz im Jahr 2020 neu definiert wurde. Der MD wurde organisatorisch von den gesetzlichen Krankenkassen gelöst und als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts konstituiert.¹ Der Kontakt zwischen der gesetzlich versicherten Person und dem MD wird dabei stets über die Pflegekasse initiiert. Nach der Einreichung eines Antrags beauftragt die Kasse den MD mit der Erstellung eines pflegefachlichen Gutachtens². Zur Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung unterliegt das Verfahren strengen gesetzlichen Fristen gemäß § 18c SGB XI. Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Antragseingang einen schriftlichen Bescheid zuzustellen. In besonders dringlichen Fällen, etwa bei einem Aufenthalt im Krankenhaus, einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder im Hospiz, gelten verkürzte Begutachtungsfristen von einer Woche bzw. fünf Arbeitstagen, sofern dies zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung erforderlich ist. Bei einer schuldhaften Überschreitung der 25-Arbeitstage-Frist durch die Pflegekasse steht den Versicherten nach § 18c Abs. 5 SGB XI eine Entschädigung von 70 Euro für jede angefangene Woche der Verzögerung zu.

Die Begutachtung selbst findet im Regelfall im Rahmen eines strukturierten, etwa einstündigen Hausbesuchs (auch im Krankenhaus und Pflegeheim möglich) statt, um u. a. ein Bild der häuslichen Pflegesituation zu gewinnen. In begründeten Ausnahmefällen sehen die Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zudem die Möglichkeit einer Begutachtung per Telefoninterview, Videotelefonie oder rein nach Aktenlage vor. Letzteres ist insbesondere dann praktikabel, wenn durch eine vorherige Begutachtung und aktuelle klinische Dokumente eine Veränderung der Situation bereits hinreichend belegt ist. Während des Termins, bei dem die Anwesenheit einer vertrauten Bezugsperson ausdrücklich empfohlen wird, identifizieren die Gutachterinnen und Gutachter neben dem Pflegegrad auch Bedarfe für Hilfsmittel oder wohnraumverbessernde Maßnahmen. Nach Abschluss der Evaluation übermittelt der MD seine fachliche Empfehlung an die Pflegekasse, welche auf dieser Basis den formalen Bescheid erlässt. Gegen diese Entscheidung steht den Versicherten innerhalb eines Monats der Rechtsweg des Widerspruchs offen.

Seit PSG II basiert das Begutachtungsverfahren als methodische Messung auf dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA)³ zur ganzheitlichen Erfassung des Grades der individuellen Selbstständigkeit unter Berücksichtigung somatischer, psychischer und kognitiver Ressourcen. Wie in Abbildung 1 dargestellt, erfolgt die methodische Prüfung auf Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI in sechs zentralen Lebensbereichen (Modulen), die jeweils eine spezifische Anzahl an Items zur detaillierten Erfassung des Hilfebedarfs umfassen.⁴ Innerhalb der Module 1–4 und 6 bewerten die Begutachtenden die Selbstständigkeit der Versicherten auf einer vierstufigen Skala. In Modul 5 wird die Anzahl an notwendigen Maßnahmen und die Häufigkeit von Hilfebedarfen abgefragt. Die resultierenden Rohpunkte werden anschließend gemäß einer modulspezifischen Berechnungsregel in gewichtete Punkte überführt (siehe

¹ Für privat versicherte Personen erfolgt die Begutachtung des Pflegebedarfs durch die Medicproof GmbH, den medizinischen Dienst der privaten Versicherer.

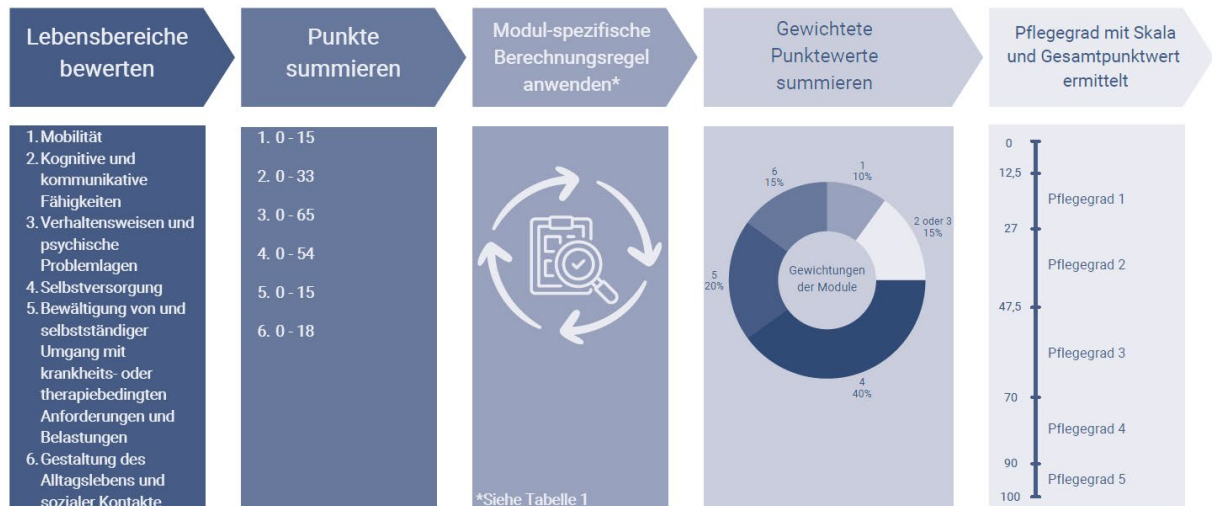
² Unterschieden werden Erstanträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Höherstufungsanträge primär bei verschlechtertem Gesundheitszustand bzw. abnehmender Selbstständigkeit oder turnusmäßige Wiederholungsbegutachtungen zur Überprüfung des Pflegegrades (Medizinischer Dienst Bund 2024).

³ Details zum NBA finden Sie hier: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-05-20_NBI_Pflegebeduerftigkeit_Fach-Info_22_12_16.pdf. Zugriffen: 25.02.2026

⁴ Eine Übersicht, über die aktuellen Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vom 21. August 2024 finden Sie hier: <https://md-bund.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/pflegebegutachtung-rechtliche-grundlagen.html>. Zugriffen: 16.02.2026

Tabelle 1). Dabei geht Modul „Mobilität“ (10 %) mit dem geringsten Gewichtsanteil in den Gesamtscore ein, Modul „Selbstversorgung“ mit dem größten Anteil ein (40 %).

Abbildung 1: Bewertungslogik nach dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA)



Quelle: eigene Darstellung

© WIdO 2026

Dementsprechend nimmt Modul 4 eine zentrale Stellung für die Begutachtungsentscheidung ein. Bei den Modulen „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ sowie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ fließt im Sinne einer Günstigerprüfung lediglich der höhere gewichtete Punktwert (maximal 15 Punkte) in die Gesamtwertung ein. Eine Übersicht über die Gewichtung der Module kann Abbildung 1 entnommen werden. Die Summe der gewichteten Einzelwerte ergibt einen Gesamtscore von bis zu 100 Punkten, der die Grundlage für die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade bildet:

- **Pflegegrad 1**
Geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (12,5 bis unter 27 Punkte)
- **Pflegegrad 2**
Erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 27 Punkte)
- **Pflegegrad 3**
Schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 47,5 Punkte)
- **Pflegegrad 4**
Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 70 Punkte)
- **Pflegegrad 5**
Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 Punkte).

Beträgt der Wert weniger als 12,5 Punkte, wird kein Pflegegrad vergeben und damit keine Pflegebedürftigkeit anerkannt.

Tabelle 1: Überblick über rohe und gewichtete Punkte

Module	Punkte-Typ	Grad der Beeinträchtigung				
		keine (0)	geringe (1)	erhebliche (2)	schwere (3)	vollständige (4)
1. Mobilität (6 Items)	Roh	0–1	2–3	4–5	6–9	10–15
	Gewichtet	0	2,5	5	7,5	10
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (11 Items)	Roh	0–1	2–5	6–10	11–16	17–33
	Gewichtet	0	3,75	7,5	11,25	15
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (13 Items)	Roh	0	1–2	3–4	5–6	7–65
	Gewichtet	0	3,75	7,5	11,25	15
4. Selbstversorgung (13 Items)	Roh	0–2	3–7	8–18	19–36	37–54
	Gewichtet	0	10	20	30	40
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (16 Items)	Roh	0	1	2–3	4–5	6–15
	Gewichtet	0	5	10	15	20
6. Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte (6 Items)	Roh	0	1–3	4–6	7–11	12–18
	Gewichtet	0	3,75	7,5	11,25	15

Quelle: Eigene Darstellung nach § 15 SGB XI

© WIdO 2026

2.2 Datengrundlage und Berechnungen

Die Analysen basieren auf anonymisierten Abrechnungsdaten der AOK für die Soziale Pflegeversicherung (SPV-Daten) und anonymisierten Daten für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MD nach § 18 SGB XI (MD-Daten) für den Zeitraum 2017 bis 2024. Diesen Daten ist der Personenbezug entzogen. Sie können aber jahresübergreifend analysiert werden. Die Analysen wurden auf die Altersgruppe ab 60 Jahren beschränkt⁵.

Für die MD-Daten wurden im jeweiligen Jahr nur Datensätze eingeschlossen, die Angaben zur Summe der gewichteten Punkte enthielten. Es wurden ausschließlich abgeschlossene Erstbegutachtungen aufgegriffen und auf Person und Antragseingang je Jahr verdichtet. Dadurch ergab sich für jede erstbegutachtete Person pro Jahr ein Datensatz. Durch diesen Ansatz wird die Anzahl der abgeschlossenen Anträge im Jahr vor allem in Bezug auf nicht bewilligte und wiederholt nicht bewilligte Anträge unterschätzt. Für die Analyse der SPV-Daten wurden Pflegebedürftige aus vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI ausgeschlossen. Das erstmalige Auftreten in den SPV-Daten wurde als Beginn der Pflege (inzidente Pflegebedürftige) definiert. Die pflegerischen Hauptleistungen (Pflegegeld, Sach- und Kombinationsleistungen, vollstationäre Pflege) sind den Bewilligungen der Pflegekasse für den Monat des Pflegeeintritts entnommen.

Die Datenanalysen wurden auf Jahresebene durchgeführt. Für die MD-Daten stellt der Zeitpunkt der abgeschlossenen Erstbegutachtung und für die SPV-Daten der Eintritt in die Pflege das Bezugsjahr dar.

Bei 8,1 % (2021) bis 12,7 % (2023) der MD-Begutachtungsdatensätze liegt das Jahr der Antragstellung vor dem Jahr der abgeschlossenen Begutachtung. Das Datum der Antragstellung definiert bei erfolgreicher Begutachtung den Zeitpunkt der Zuerkennung des Pflegegrades und damit den Pflegeeintritt bei Erstbegutachtungen, der in Abhängigkeit vom Berichtsjahr in 8,1 bis 12,7 % der Fälle vor dem Berichtsjahr liegt. Darüber hinaus wurden in der Analyse ausschließlich Datensätze eingeschlossen, die als

⁵ Die statistischen Berechnungen und grafischen Aufbereitungen wurden mit Hilfe der Statistiksoftware R (Version 4.4.2) durchgeführt.

Erstbegutachtung identifiziert wurden. Widersprüche gegen das Ergebnis der Begutachtungen sind hier nicht berücksichtigt. Erfolgreiche Widersprüche können zur Zuerkennung eines Pflegegrades bei zuvor abgelehnten Anträgen bzw. einen höheren Pflegegrad bei zuvor bewilligten Anträgen führen. (Medizinischer Dienst Bund 2025).

Daher kann aus den vorgestellten Daten der Analyse der MD-Daten nicht unmittelbar auf alle Pflegeeintritte geschlossen werden. Die Entwicklung von Erstbegutachtungen (MD-Daten) und Pflegeeintritten (SPV-Daten) wird im Zeitverlauf von 2017 bis 2024 in der Altersgruppe ab 60 Jahren dargestellt. Die zeitlichen Veränderungen werden für den Zeitraum 2019 bis 2024 ausgewiesen und diskutiert. Damit setzen wir den Schwerpunkt auf zeitliche Entwicklungen unabhängig von direkten Einführungseffekten, die unmittelbar mit der Etablierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Umstellung auf ein neues Begutachtungssystem verknüpft sind.

Die zugrunde liegenden administrativen Routinedaten des Medizinischen Dienstes und der AOK-Pflegekassen bilden in erster Linie Entscheidungs- und Zugangsprozesse ab. Insofern reflektieren die Befunde nicht nur Bedarfe, sondern auch Anreiz-, Regel- und Verfahrenslogiken sowie regionale Organisations- und Dokumentationspraktiken. Der auf fünf bzw. sieben Jahre begrenzte Beobachtungszeitraum limitiert die Beurteilung längerfristiger Entwicklungen; kurzfristige Schwankungen, z. B. als Folge der COVID-19-Pandemie, könnten strukturelle Trends überlagern.

Hinzu kommt, dass die vorliegende Fokussierung auf Erstbegutachtungen bzw. auf erstmals Pflegebedürftige lediglich einen Ausschnitt des Versorgungsgeschehens erfasst. Abgebildet werden Zugänge in das System, während Bestandsfälle, Folge- und Wiederholungsbegutachtungen, Widerspruchs- und Nachprüfverfahren außerhalb des Fokus liegen. Methodisch ist dabei zu beachten, dass die Exklusion dieser Bereiche zu Selektionseffekten führen und die Interpretation regionaler Unterschiede beeinflussen kann, wenn z. B. Begutachungskapazitäten oder Verfahrenspraktiken regional variieren.

Die datentechnisch zum Teil herausfordernde Abgrenzung von Erst- und Wiederholungsbegutachtungen, Stichtagsfestlegungen und administrative Verzögerungen bergen dabei auch das Risiko von Fehlinterpretationen und erschweren die präzise Datierung von Inzidenzen.

3 Ergebnisse

3.1 Daten zu Erstbegutachtungen (MD-Daten)

In Tabelle 2 sind die absoluten und relativen Beobachtungszahlen der erstbegutachteten Personen aller AOK-Versicherten im Alter von mindestens 60 Jahren nach Geschlecht, Altersgruppen und Pflegegrad dargestellt – für die einzelnen Jahre von 2017 bis 2024 sowie aufsummiert für den Gesamtzeitraum. Insgesamt liegen der Analyse die Informationen von mehr als 3 Millionen Personen mit Erstbegutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zugrunde.

Die Mehrheit der Antragstellenden ist weiblich (Gesamtzeitraum: 59,8 %), mehr als die Hälfte der Erstbegutachteten sind mit einem Alter von mindestens 80 Jahren hochbetagt (56,0 %). Die 60- bis 69-Jährigen verzeichnen den stärksten Anstieg über die Zeit von 14,6 % auf 20,9 %. Der Anteil der über 90-Jährigen sinkt kontinuierlich von ursprünglich 10,3 % auf 7,2 %.

Auch bei den Pflegegraden zeigt sich eine klare, über die Zeit stabile Rangfolge: Mit 38,3 % aller Beobachtungen über alle Jahre hinweg wird der Pflegegrad 2 am häufigsten festgestellt, gefolgt von Pflegegrad 1 mit etwas mehr als einem Viertel der Fälle (26,4 %). Die Anzahl der erstbegutachteten Personen, die keinen Pflegegrad⁶ oder Pflegegrad 3 erhielten, ist mit jeweils ca. 15,0 % etwa gleich hoch. Die Pflegegrade 4 und 5 werden bei einer Erstbegutachtung mit 4,5 % bzw. 1,5 % am seltensten festgestellt.

Tabelle 2: AOK-Versicherte mit Erstbegutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit im zeitlichen Verlauf, differenziert nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Gesamt
Anzahl	379.822	396.498	381.499	390.457	383.450	378.852	414.600	411.811	3.136.989
Geschlecht									
männlich	37,7 %	38,4 %	39,2 %	39,9 %	40,3 %	41,2 %	41,9 %	42,4 %	40,2 %
weiblich	62,3 %	61,6 %	60,8 %	60,1 %	59,7 %	58,8 %	58,1 %	57,6 %	59,8 %
Altersgruppe									
60–69	14,6 %	13,9 %	14,9 %	15,8 %	16,3 %	17,3 %	18,8 %	20,9 %	16,6 %
70–79	28,3 %	27,5 %	26,8 %	26,5 %	25,9 %	26,8 %	27,8 %	29,3 %	27,4 %
80–89	46,8 %	48,3 %	48,5 %	48,3 %	48,9 %	47,4 %	45,7 %	42,6 %	47,0 %
90+	10,3 %	10,3 %	9,8 %	9,4 %	9,0 %	8,5 %	7,7 %	7,2 %	9,0 %
Pflegegrad									
kein PG	15,8 %	13,8 %	14,0 %	12,6 %	14,5 %	14,5 %	14,5 %	15,4 %	14,4 %
PG 1	24,4 %	24,3 %	25,9 %	24,8 %	27,0 %	27,5 %	28,1 %	29,0 %	26,4 %
PG 2	37,9 %	39,4 %	38,9 %	39,8 %	37,8 %	37,3 %	37,9 %	37,6 %	38,3 %
PG 3	15,8 %	16,0 %	14,9 %	16,1 %	14,5 %	14,6 %	14,1 %	13,2 %	14,9 %
PG 4	4,8 %	4,9 %	4,8 %	5,0 %	4,5 %	4,5 %	4,1 %	3,6 %	4,5 %
PG 5	1,4 %	1,6 %	1,6 %	1,7 %	1,6 %	1,6 %	1,4 %	1,2 %	1,5 %

Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

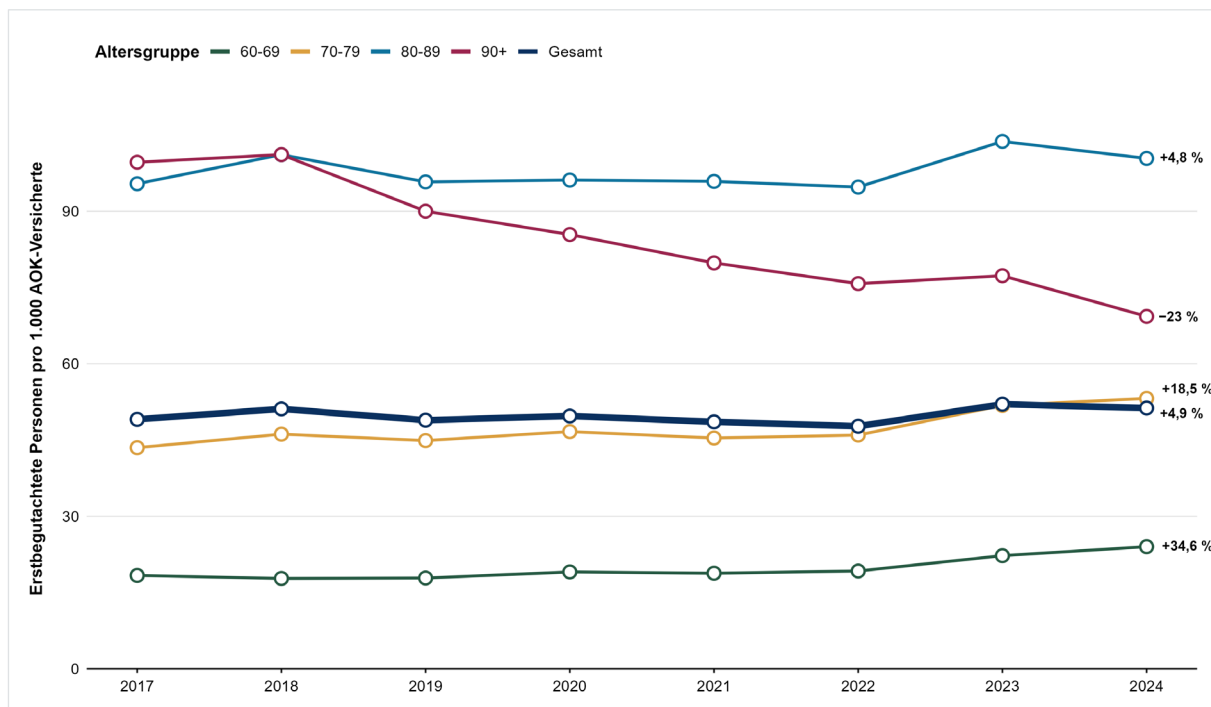
⁶ Diese Gruppe umfasst Personen, die eine Erstbegutachtung abgeschlossen haben, jedoch aufgrund einer gewichteten Punktzahl von unter 12,5 keinen Pflegegrad erhielten.

3.1.1 Entwicklung und Verteilung der Erstgutachten

Im vorliegenden Beitrag wird der Begriff Erstbegutachtungsrate für die Anzahl erstbegutachteter Personen pro 1.000 AOK-Versicherte im Alter ab 60 Jahren verwendet. Die in Abbildung 2 dargestellten Erstbegutachtungsraten verdeutlichen eine Heterogenität zwischen den einzelnen Alterskohorten. Innerhalb der Altersgruppen 60–69 und 70–79 Jahre verlief die Entwicklung zwischen 2017 und 2022 zunächst weitgehend stabil. Ein starker Anstieg vollzog sich im Übergang zum Jahr 2023: Hier verzeichneten die 60- bis 69-Jährigen einen Zuwachs von 15,7 %, während die Rate in der Gruppe der 70- bis 79-Jährigen um 12,7 % anstieg. Dieser Aufwärtstrend setzte sich im Folgejahr weiter fort. Eine ähnliche Dynamik zeigte sich bei den 80- bis 89-Jährigen, die im Jahr 2023 ebenfalls ihren stärksten Zuwachs erfuhren, wenngleich die Rate im Jahr 2024 wieder leicht sank. Seit 2018 weist diese Gruppe die höchste Erstbegutachtungsrate auf, mit einem aktuellen Wert von 100,4. Im Gegensatz zu diesen Zuwächsen ist bei den Hochbetagten ab 90 Jahren ein kontinuierlicher Abwärtstrend festzustellen. In dieser Gruppe sank die Erstbegutachtungsrate im Gesamtzeitraum deutlich von ursprünglich 96,6 auf 69,3.

Bei Betrachtung der Veränderungsraten der Erstbegutachtungsrate von 2019 zu 2024 (in Abbildung 2 ganz rechts zu sehen) wird deutlich, dass die Gruppe der 60- bis 69-Jährigen den stärksten Anstieg (34,6 %) verzeichnet, während die Hochbetagten ab 90 Jahren die einzige Gruppe mit einem Rückgang der Erstbegutachtungsrate sind. Der Gesamtdurchschnitt war bis 2022 durch geringfügige Schwankungen gekennzeichnet. Analog zu den jüngeren Altersgruppen liegt im Jahr 2023 die höchste Wachstumsrate vor, gefolgt von einem moderaten Rückgang im Jahr 2024. Trotz der zwischenzeitlichen Volatilität erweist sich die Gesamtrate im Langzeitvergleich zwischen 2017 (51,1) und 2024 (51,3) als nahezu stabil.

Abbildung 2: Erstbegutachtete Personen pro 1.000 Versicherte im Zeitverlauf nach Altersgruppen



Anmerkungen: Die Zahlen hinter den Datenpunkten des Jahres 2024 entsprechen den Veränderungsraten von 2019 zu 2024.

Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Abbildung 3 stellt die regionale Verteilung der Erstbegutachtungsrate im Jahr 2024 sowie deren prozentuale Veränderung seit 2019 auf Ebene der Landkreise gegenüber. Wie in der vorherigen Abbildung werden nur Personen im Alter von 60 Jahren oder älter berücksichtigt. Die Regionsgrenzen der Kassenärztlichen Vereinigungen, nahezu identisch mit der Ebene der Bundesländer mit Ausnahme der Differenzierung von Nordrhein-Westfalen, sind schwarz hervorgehoben. Aufgrund der deutlichen Effekte direkt nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit des NBA im Jahr 2017 wurde vorliegend ein Betrachtungszeitraum ab 2019 gewählt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass dieser Zeitraum potenzielle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie umfasst.⁷

Die linke Karte zeigt die Erstbegutachtungsrate im Jahr 2024: Während Süddeutschland, insbesondere zusammenhängende Gebiete in Bayern und Baden-Württemberg, vergleichsweise niedrige Raten aufweist, konzentrieren sich hohe Werte vor allem im Nordosten, in der westlichen Grenzregion Nordrhein-Westfalens sowie im Saarland. Auf Bundeslandebene verzeichnet das Saarland mit 67,5 die höchste Erstbegutachtungsrate, gefolgt von Brandenburg (60,4) und Mecklenburg-Vorpommern (59,6). Die niedrigsten Werte finden sich in Bayern (45,8), Hamburg (46,2) und Baden-Württemberg (46,6). Ein ausgeprägtes lokales Gefälle zeigt sich in Bayern: Während der Landkreis Landshut die bundesweit geringste Erstbegutachtungsrate (35,1) aufweist, verzeichnet die kreisfreie Stadt Landshut mit 84,2 den Höchstwert.

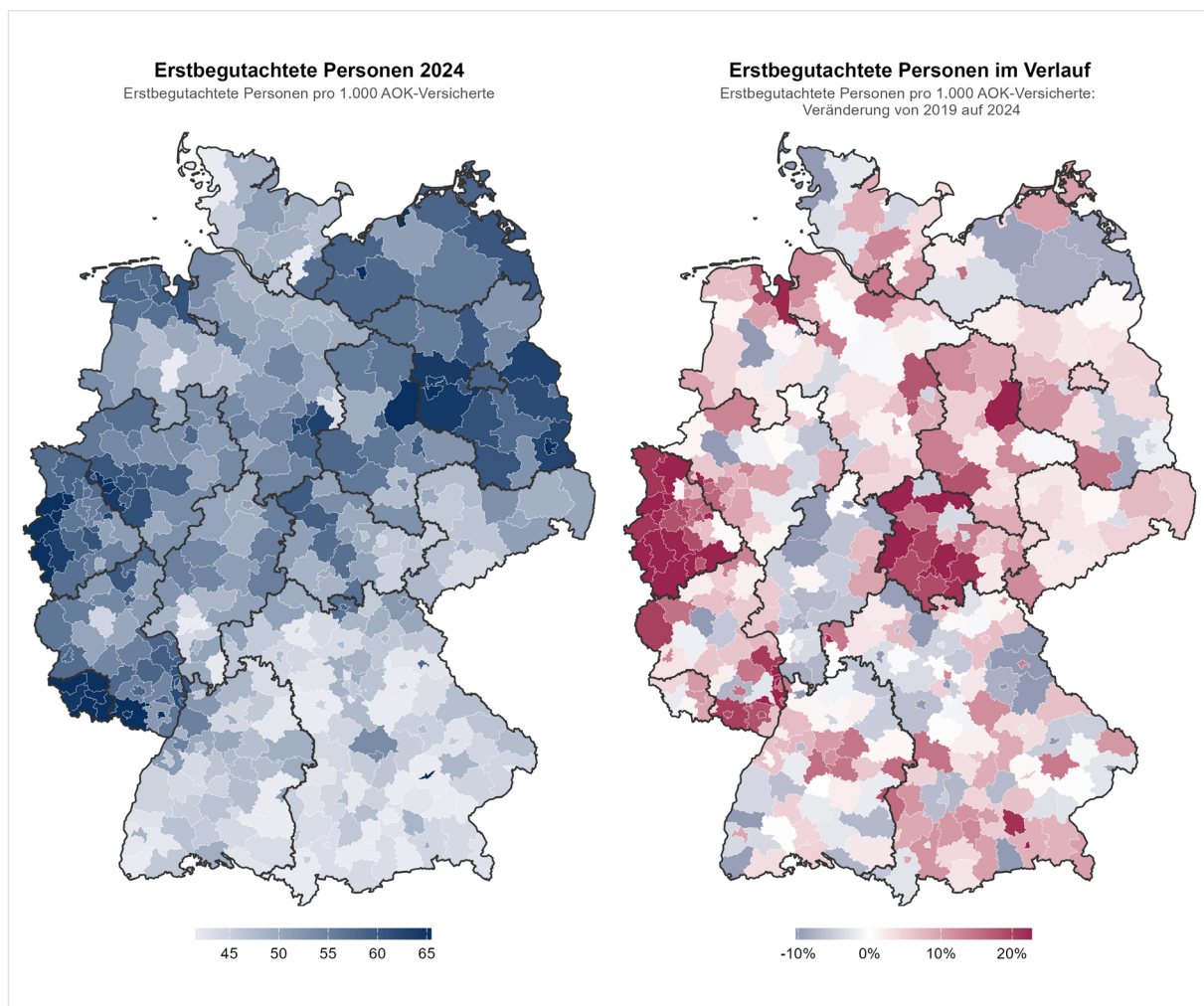
Die rechte Karte zeigt die Veränderungen im Fünfjahreszeitraum 2019–2024 und zeichnet ein heterogenes Bild: Ein starker Anstieg der Rate von über 20,0 % ist vor allem in westlichen Regionen sowie in Thüringen erkennbar. Demgegenüber verzeichnen einige Gebiete im Nordosten, die bereits ein hohes Niveau im Jahr 2024 zeigten, ein moderates Wachstum oder leichte Rückgänge, was ein Hinweis auf eine Konsolidierung auf hohem Niveau sein kann. Auf Bundeslandebene weisen Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Thüringen und Rheinland-Pfalz eine Wachstumsrate von über 10,0 % auf. In Hessen und Mecklenburg-Vorpommern hingegen sinkt die Erstbegutachtungsrate im Durchschnitt leicht. Tabelle 3 stützt diese Beobachtungen deskriptiv und zeigt eine Zunahme relevanter Metriken im Zeitverlauf. Die erste Zeile bezieht sich auf die Erstbegutachtungsrate im Jahr 2019. Die zweite Zeile beschreibt die Rate für das Jahr 2024 (linke Karte von Abbildung 3).

Abbildung 12 im Anhang zeigt die Streuung der Erstbegutachtungsrate differenziert nach Pflegegraden (PG) für die Jahre 2019 und 2024. Grundsätzlich steigen sowohl die Rate als auch deren Streuung bis zum Pflegegrad 2 an und nehmen dann mit zunehmender Pflegeschwere wieder ab.

Im Zeitvergleich zeigt sich eine Verschiebung: Während die Raten in der Kategorie „kein PG“ sowie bei PG 1 tendenziell ansteigen, verläuft die Entwicklung in den höheren Pflegegraden (PG 3–5) stagnierend oder leicht rückläufig. Dies deutet darauf hin, dass der Zuwachs an Erstbegutachtungen primär im Bereich geringerer Pflegebedürftigkeit stattfindet, eine Beobachtung, die durch die Analysen basierend auf den SPV-Daten noch einmal stärker herausgestellt wird (siehe 3.2).

Die regionale Varianz der Erstbegutachtungsrate bleibt weitgehend stabil. Kreise, die im Jahr 2019 eine sehr hohe (bzw. geringe) Rate aufwiesen, wechselten bis 2024 nur in seltenen Ausnahmefällen in das entgegengesetzte Extrem. Detaillierte Erläuterungen und Daten hierzu finden sich in Tabelle 5 im Anhang sowie in den zugehörigen Ausführungen.

⁷ Für eine bessere Darstellung wurden die Skalen für die Legenden jeweils auf das 5 % und 95 % Quantil fixiert.

Abbildung 3: Regionale Verteilung und Entwicklung der AOK-Versicherten mit Erstbegutachtung (60+ Jahre)

Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Tabelle 3: Deskriptive Statistik der regionalen Variation der Erstbegutachtungsraten

	Min	Max	MW	SD	Q01	Q05	Q25	Q50	Q75	Q95	Q99
Erstbegutachtete Personen 2019	32,6	79,9	49,3	6,4	36,6	39,8	44,7	49,1	53,0	60,5	65,9
Erstbegutachtete Personen 2024	35,1	84,2	51,7	7,4	38,0	41,6	46,1	50,6	56,8	65,4	69,0

Anmerkungen: Die Spalten enthalten: Minimum (Min), Maximum (Max), Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD) und das 1 %, 5 %, 25 %, 50 %, 75 %, 95 % und 99 % Quantil (Q).

Quelle: Eigene Berechnungen

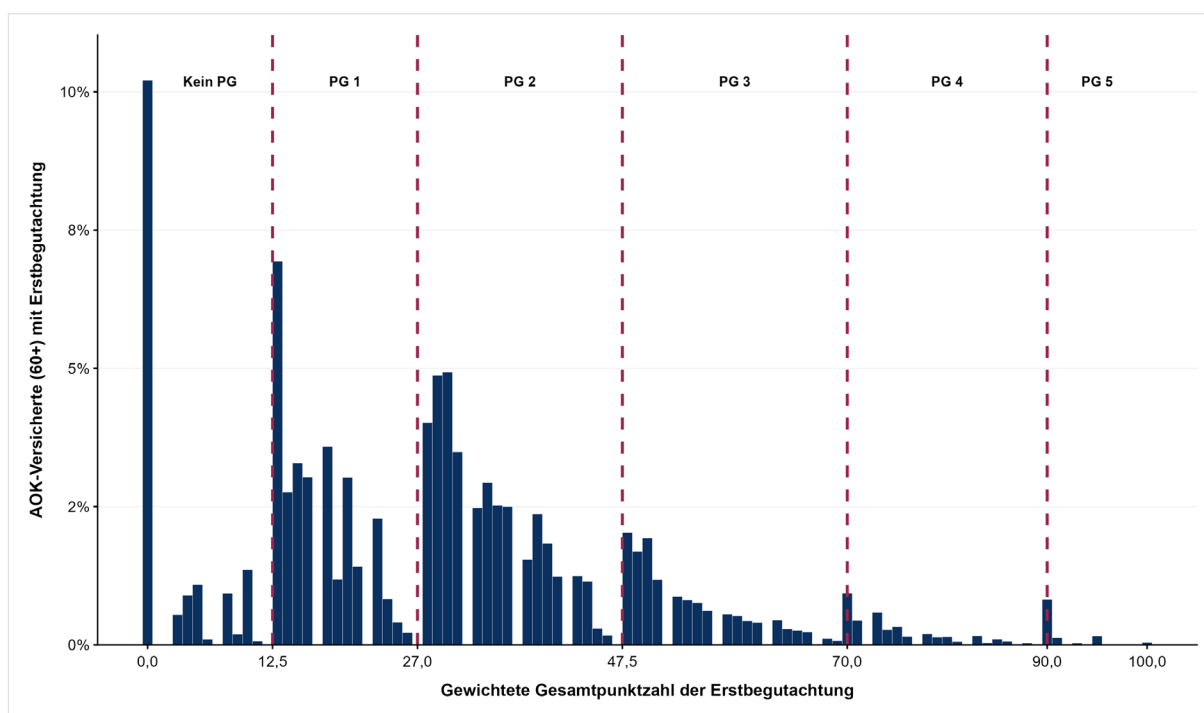
© WIdO 2026

3.1.2 Ergebnisse der Erstgutachten

Anknüpfend an die Analyse der Studienpopulation und der Erstbegutachtungsrückmeldung rücken im nächsten Schritt die Ergebnisse der Begutachtungen, d. h. die Summe der Begutachtungspunkte, in den Fokus. Die Untersuchung beschränkt sich dabei auf die gewichteten Gesamtpunkte (siehe 2.1).

Abbildung 4 zeigt die Verteilung der gewichteten Punkte für das Jahr 2024. Die gestrichelten roten Linien stellen jeweils die Schwellenwerte für die einzelnen Pflegegrade dar. Deutlich ist der hohe Anteil von 10,2 % der erstbegutachteten AOK-Versicherten (60+ Jahre), die einen Gesamtpunktwert von Null aufweisen. Aufgrund der Vorgehensweise in der Datenaggregation wird dieser Anteil wahrscheinlich unterschätzt (siehe 2.2). Von jenen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird, ist der Anteil der Menschen mit einer Punktzahl von 12,5 direkt über dem Eintrittsschwellenwert bei Pflegegrad 1 mit 6,9 % am höchsten. Die Gesamtschau der gewichteten Punkte bei diesen erstbegutachteten Personen zeigt generell: Beim jeweiligen Pflegegrad sind die Eintrittsschwellenwerte bzw. die Punktwerte direkt darüber stets am stärksten besetzt. Im jeweiligen Pflegegradintervall sinken anschließend die Anteile je Punktwert bis zur Eintrittsschwelle des nächsten Pflegegrads. Dieses Bild wiederholt sich bei allen Pflegegraden, wobei aufgrund der abnehmenden Häufigkeit der höheren Pflegegrade das absolute Delta zwischen dem Anteil der begutachteten Personen mit Austrittspunktwert eines Pflegegrads und derjenigen mit Eintrittspunktwert für den folgenden Pflegegrad geringer ausfällt als bei niedrigeren Pflegegraden.

Abbildung 4: AOK-Versicherte (60+ Jahre) mit Erstbegutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit differenziert nach gewichteter Gesamtpunktzahl im Jahr 2024, in %



Quelle: Eigene Berechnungen

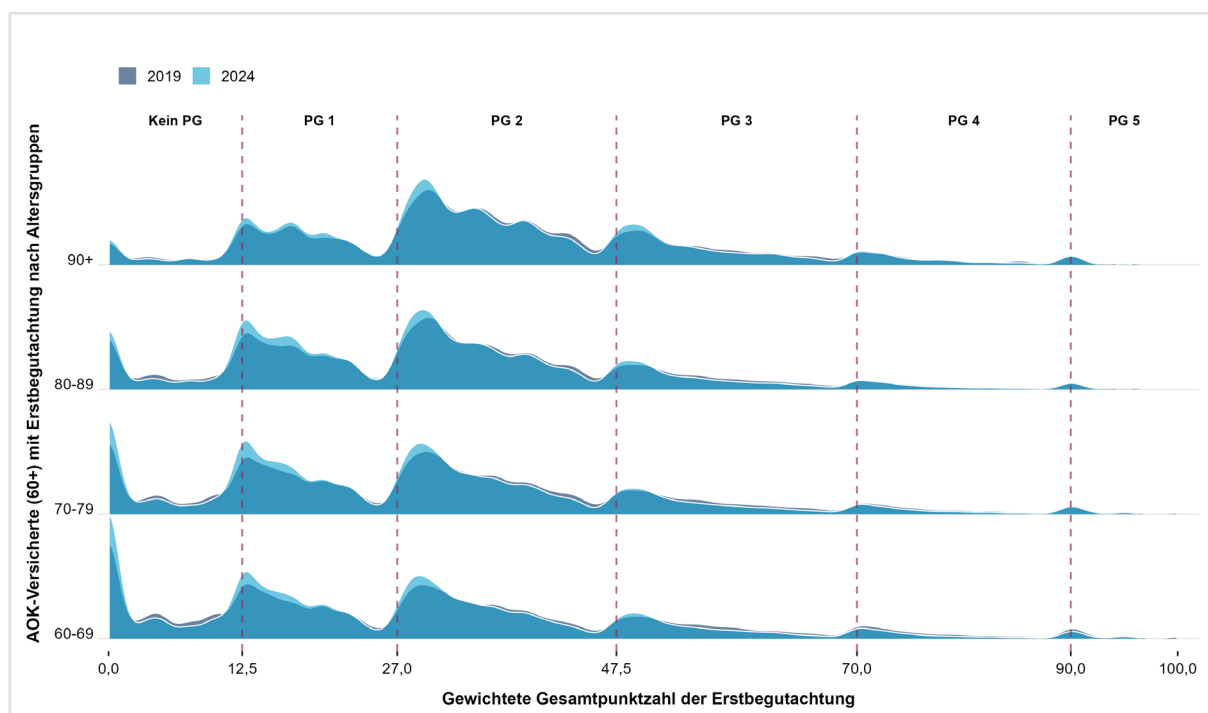
© WIdO 2026

Diese Häufung (Bunching) direkt über den Eintrittsschwellenwerten ist auch bei einer Differenzierung nach Alterskohorten ersichtlich (Abbildung 5). Zusätzlich werden Verteilungsveränderungen im Fünfjahreszeitraum durch die Überlagerung der Anteilskurven aus den Jahren 2019 (Dunkelblau) und 2024 (hellblau) visualisiert. Die vertikalen, rot gestrichelten Referenzlinien markieren erneut die Schwellenwerte für die Überleitung in die Pflegegrade.

Die Verteilungskurven weisen über alle Altersgruppen hinweg eine charakteristische Multimodalität auf, wobei die lokalen Maxima, wie in Abbildung 4, unmittelbar über den gesetzlichen Schwellenwerten liegen. Besonders ausgeprägt sind diese Häufungen auch bei der Betrachtung nach Altersgruppen bei den Werten 12,5 (Einstieg Pflegegrad 1) und 27,0 (Einstieg Pflegegrad 2).

Im Vergleich der Jahre zeigt sich für 2024 eine durchgängige Verschiebung der Anteile je Punktwert hin zu den Schwellenwerten. In fast allen Altersgruppen und bei nahezu jedem Schwellenwert weist die hellblaue Fläche (2024) gegenüber der dunkelblauen Fläche (2019) eine höhere Amplitude unmittelbar oberhalb der Grenzwerte auf. Dies ist besonders deutlich im Bereich zwischen 27 und 47,5 Punkten zu beobachten.

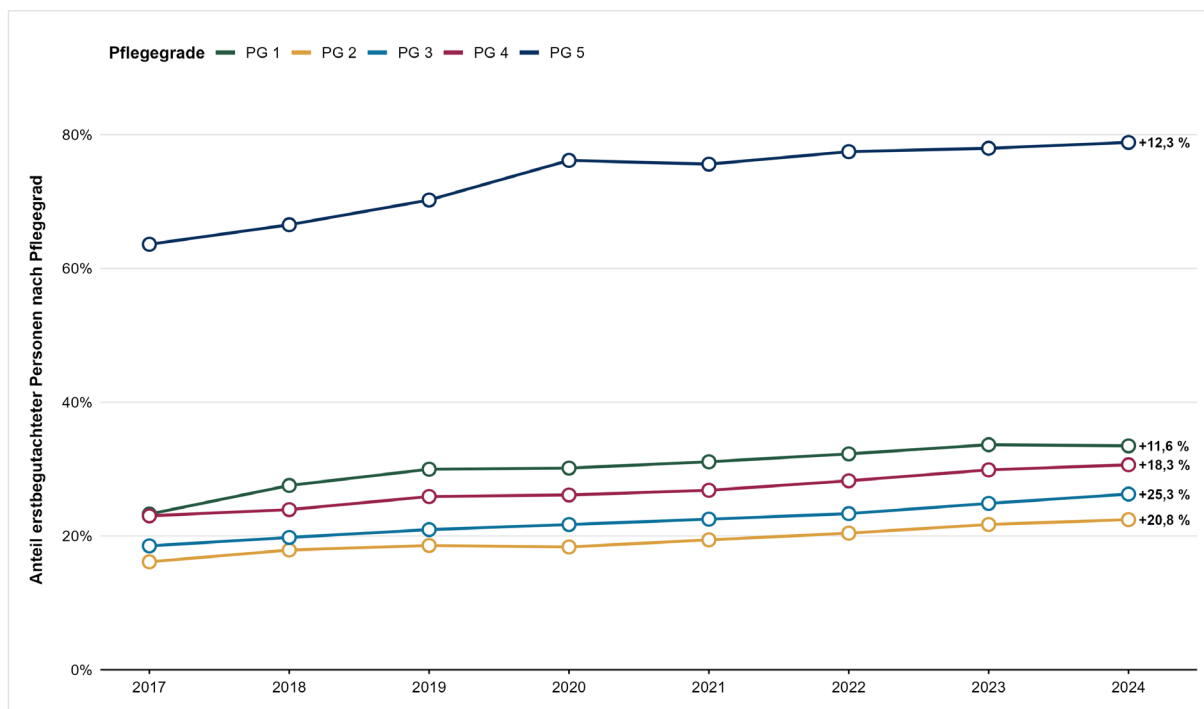
Abbildung 5: Vergleich der Verteilungen der gewichteten Modulpunkte 2019 vs. 2024



Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Um die Entwicklung der Konzentration über den Schwellenwerten genauer quantifizieren zu können, wird der Anteil der Personen innerhalb jeden Pflegegrades identifiziert, deren gewichtete Punktzahl in einem Bereich von zwei Punkten direkt über dem jeweiligen Schwellenwert liegt (für PG 1 also die Spanne von 12,5 bis 14,5 Punkten; für eine grafische Darstellung der Bereiche siehe Abbildung 13 im Anhang). Diese relativen Häufigkeiten werden für jedes Berichtsjahr separat berechnet, um die jährliche Veränderung der Konzentration innerhalb der Grade vergleichbar zu machen. Zusätzlich wird für jede Zeitreihe die Veränderungsrate von 2019 zu 2014 ermittelt und am Ende jeder Linie ausgewiesen. Das Ergebnis wird in Abbildung 6 dargestellt.

Abbildung 6: Konzentration der Verteilung über den Schwellenwerten (2-Punkte Intervall) im Zeitverlauf

Anmerkungen: Es wird der Anteil der Personen innerhalb jedes Pflegegrades identifiziert, deren gewichtete Punktzahl in einem Bereich von zwei Punkten direkt über dem jeweiligen Schwellenwert liegt (für PG1 also die Spanne von 12,5 bis 14,5 Punkten; für eine grafische Darstellung der Bereiche siehe Abbildung 13 im Anhang). Die Zahlen hinter dem Jahr 2024 entsprechen den Veränderungsraten von 2019 zu 2024.

Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Die Grafik zeigt für alle fünf Pflegegrade einen kontinuierlichen Aufwärtstrend der Konzentrationsmaße über den gesamten Beobachtungszeitraum. Absolut betrachtet ist besonders die Entwicklung bei Pflegegrad 5 auffällig. Hier ist der Anteil der Personen knapp über dem Schwellenwert von etwa 63 % im Jahr 2017 auf über 70 % im Jahr 2024 angestiegen. Bei den übrigen Pflegegraden (PG 1–4) liegen die Anteile auf einem deutlich niedrigeren Niveau zwischen circa 15 % und 33 %. Die Betrachtung der Veränderungsraten zwischen 2019 und 2024 zeigen hingegen, dass es vor allem bei den Pflegegraden 2–4 einen starken relativen Anstieg der Konzentration gab.

Insgesamt deutet die Analyse der Punkteverteilung auf eine zunehmende Konzentration der Begutachtungsergebnisse an den Schwellenwerten hin. Eine Anhebung dieser Grenzen hätte ceteris paribus einen sehr großen Einfluss auf die Verteilung der Pflegegrade.

Eine Erhöhung der Schwellenwerte um zwei Punkte, wie in Abbildung 6 entlang der Pflegegrade dargestellt, hätte im Jahr 2024 bereits 24,6 % aller erstbegutachteten AOK-Versicherten über 60 betroffen.

3.2 Erstmals Pflegebedürftige und ihre initialen pflegerischen Versorgungsleistungen nach SGB XI

3.2.1 Erstmals Pflegebedürftige

Auf Basis der Routinedaten aller AOK-Pflegekassen für die Jahre 2017 bis 2024 (zur Datengrundlage siehe Abschnitt 2.2) lassen sich zunächst die erstmals Pflegebedürftigen – weiterhin im Alter von mindestens 60 Jahren – und schließlich ihre erste, nachfolgend als „initiale“, Leistungsbewilligung nach SGB XI bezeichnen, feststellen. Zwischen 2019 und 2024 liegt die Zahl der AOK-versicherten Pflegebedürftigen ab 60 Jahren, die erstmals in die Pflege eingetreten sind, relativ konstant bei durchschnittlich

351.867 mit Abweichungen von -8.341 (-2,4 %) im Jahr 2022 und +6.874 (+1,9 %) im Jahr 2023. Aufgrund der Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 im Rahmen des PNG II und der damit verbundenen Auswirkungen für einen erleichterten Zugang in die Pflege, bspw. im Hinblick auf kognitiv beeinträchtigte Menschen (siehe Abschnitt 2.1), sind die Jahre 2017 und 2018 zwar vorliegend aufgeführt, jedoch bei der Betrachtung der zeitlichen Entwicklung weitgehend exkludiert, um Einmaleffekte durch die veränderte Systematik weitestgehend auszuschließen.

Tabelle 4 fasst die Basischarakteristika der erstmals pflegebedürftigen AOK-Versicherten ab 60 Jahren für die Jahre 2017 bis 2024 zusammen. Zentral zeigt sich: Die Zusammensetzung der Kohorte hat sich im Zeitverlauf insbesondere im Hinblick auf das Eintrittsalter und die Eintrittsschwere deutlich verändert. Im Jahr 2024 stellten die 80- bis 89-Jährigen den erwartbar größten Anteil der erstmals Pflegebedürftigen mit 44,0 %, gefolgt von den 70- bis 79-Jährigen mit 29,1 %. Ein Fünftel der Pflegebedürftigen (19,5 %) war im Alter zwischen 60 und 69 Jahren. Dabei ist zu beobachten, dass sowohl die Anzahl als auch der Anteil dieser Altersgruppe an allen erstmals Pflegebedürftigen im Zeitverlauf deutlich und kontinuierlich ansteigt – im Jahr 2024 eine Zunahme um 40,3 % gegenüber dem 2019er-Anteil für diese Gruppe (Tabelle 4). Demgegenüber liegt der Anteil der mindestens 90-Jährigen bei den erstmals Pflegebedürftigen mittlerweile im einstelligen Bereich (2024: 7,5 %). Es dominieren die niedrigeren Pflegegrade 1 und vor allem Pflegegrad 2, mit 46,1% (2024) der häufigste Pflegegrad bei Pflegeeintritt. Der Anteil von Pflegegrad 1 stieg von 2019 bis 2024 deutlich. Zusammen mit Pflegegrad 2 betreffen diese Pflegeschwere im Jahr 2019 drei Viertel (75,8 %), sieben Jahre später vier von fünf (79,9 %) aller pflegeinzidenten AOK-Versicherten (60+ Jahre). Schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit (mit besonderen Anforderungen für die pflegerische Versorgung, Pflegegrad 4 und 5) wiesen 2024 rund 5 % auf. Bezüglich der Geschlechterzusammensetzung ist der Anteil der Frauen leicht gesunken.

Tabelle 4: Erstmals Pflegebedürftige (60+ Jahre) nach SGB XI im Zeitverlauf und differenziert nach Geschlecht, Alter und Pflegeschwere (2017–2024)

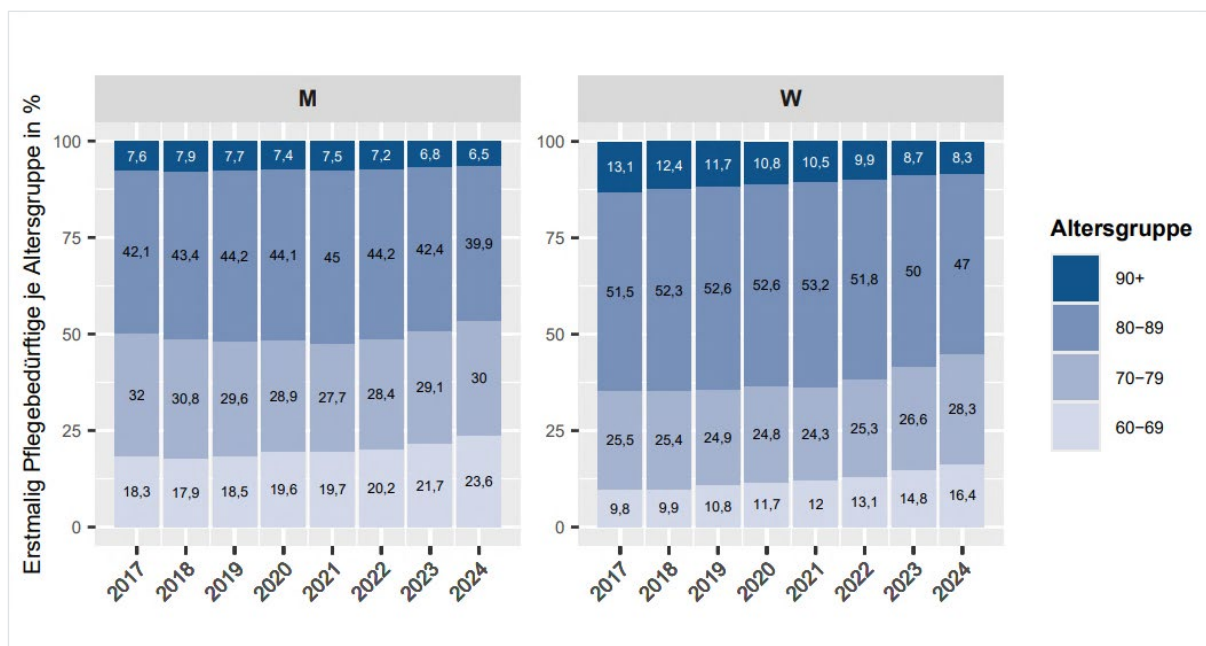
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Gesamt
Anzahl	397.439	359.740	350.683	350.780	358.328	343.526	358.741	349.142	2.868.379
Geschlecht									
männlich	38,3 %	39,1 %	39,9 %	40,6 %	40,9 %	41,8 %	42,4 %	42,9 %	40,7 %
weiblich	61,7 %	60,9 %	60,1 %	59,4 %	59,1 %	58,2 %	57,6 %	57,1 %	59,3 %
Altersgruppe									
60–69	13,1 %	13,0 %	13,9 %	14,9 %	15,2 %	16,1 %	17,7 %	19,5 %	15,4 %
70–79	28,0 %	27,5 %	26,8 %	26,5 %	25,7 %	26,6 %	27,7 %	29,1 %	27,2 %
80–89	47,9 %	48,8 %	49,2 %	49,2 %	49,8 %	48,6 %	46,8 %	44,0 %	48,0 %
90+	11,0 %	10,6 %	10,1 %	9,5 %	9,3 %	8,8 %	7,9 %	7,5 %	9,4 %
Pflegegrad									
PG 1	26,6 %	27,1 %	29,0 %	27,6 %	30,5 %	31,4 %	32,2 %	33,8 %	29,7 %
PG 2	46,5 %	47,1 %	46,8 %	47,1 %	46,1 %	45,8 %	46,4 %	46,1 %	46,5 %
PG 3	19,0 %	18,2 %	17,0 %	18,0 %	16,6 %	16,4 %	15,7 %	15,0 %	17,0 %
PG 4	6,1 %	5,7 %	5,4 %	5,4 %	5,0 %	4,8 %	4,2 %	3,8 %	5,1 %
PG 5	1,8 %	2,0 %	1,8 %	1,9 %	1,7 %	1,7 %	1,4 %	1,3 %	1,7 %

Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Bei Eintritt in die Pflege hat die Altersgruppe 80–89, wie oben berichtet, in beiden Geschlechtern den größten Anteil (Abbildung 7). Dieser ist jedoch bei Frauen mit 47,0 % deutlich größer als bei Männern (39,9 %, 2024). Die Altersgruppe 70–79 hat bei Pflegeeintritt im Jahr 2024 den zweitgrößten Anteil bei beiden Geschlechtern auf vergleichbarem Niveau mit 30,0 % bei den Männern sowie 28,3 % bei den Frauen. Drittstärkste Altersgruppe sind die 60–69-Jährigen mit Anteilen von 23,6 % bei den Männern und 16,4 % bei den Frauen im Jahr 2024. Die Altersgruppe 90+ hat mit 6,5 % bei den Männern und 8,3 % bei den Frauen nur einen geringen Anteil an den erstmals Pflegebedürftigen.

Abbildung 7: Erstmals Pflegebedürftige (60+ Jahre) nach Altersgruppe und Geschlecht



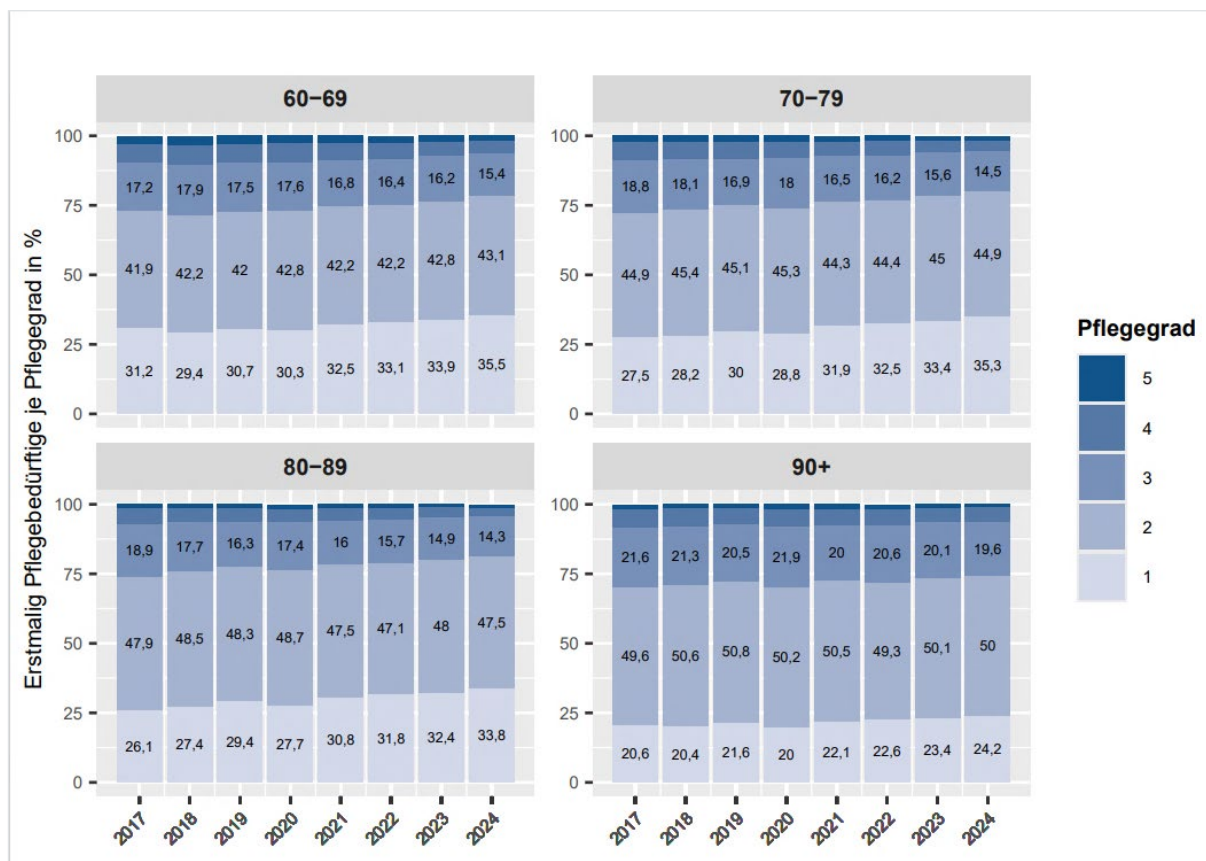
Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Die Veränderungen bei Pflegeeintritt bezogen auf die Altersgruppe sind zwischen 2019 und 2024 bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern. Bei den Frauen stieg vor allem zwischen 2022 und 2024 der Anteil der Altersgruppe 60–69 sehr stark (2022: 13,1 % 2024: 16,4 %; + 25 % Veränderung) und in der Altersgruppe 70–79 stark (2022: 25,5 %, 2024: 28,3 %; +11 % Veränderung) an. Bei den Männern ist ebenfalls ein Anstieg des Anteils in der Altersgruppe 60–69 (2022: 20,2 %, 2024: 23,6 %; +16,8 % Veränderung) zu beobachten. Der Anteil der hohen Altersgruppen 80–89 und 90+ sinkt bei den Männern im Zeitverlauf leicht, bei den Frauen stärker.

In allen Altersgruppen, auch in der Altersgruppe 90+, dominieren bei Pflegeeintritt die Pflegegrade 1 bis 3 (Abbildung 8). Pflegegrad 2 ist in allen Altersgruppen der häufigste Pflegegrad. Sein Anteil stieg mit dem Alter von 43,1 % bei den 60- bis 69-Jährigen bis 50,0 % bei den mindestens 90-Jährigen im Jahr 2024, blieb aber im Zeitverlauf innerhalb der jeweiligen Altersgruppe relativ konstant. Der Anteil von Pflegegrad 1 betrug 2024 für die Altersgruppen 60–69, 70–79 und 80–89 zwischen 35,5 % und 33,8 %, er lag nur in der Altersgruppe 90+ mit 24,2 % deutlich niedriger. Der Anteil von Pflegegrad 1 stieg zwischen 2019 und 2024 in allen Altersgruppen, besonders deutlich in den Altersgruppen 70–79 (2019: 30,0 %, 2024: 35,3 %) und 80–89 (2019: 29,4 %, 2024: 33,8 %). Der Anteil der hohen Pflegegrade 4 und 5 war bei Pflegeeintritt sehr niedrig (zusammen im Jahr 2024: 5,1 %) und sank kontinuierlich seit 2017 bei allen Altersgruppen.

Abbildung 8: Erstmals Pflegebedürftige (60+ Jahre) nach Pflegegrad und Altersgruppe



Quelle: Eigene Berechnungen

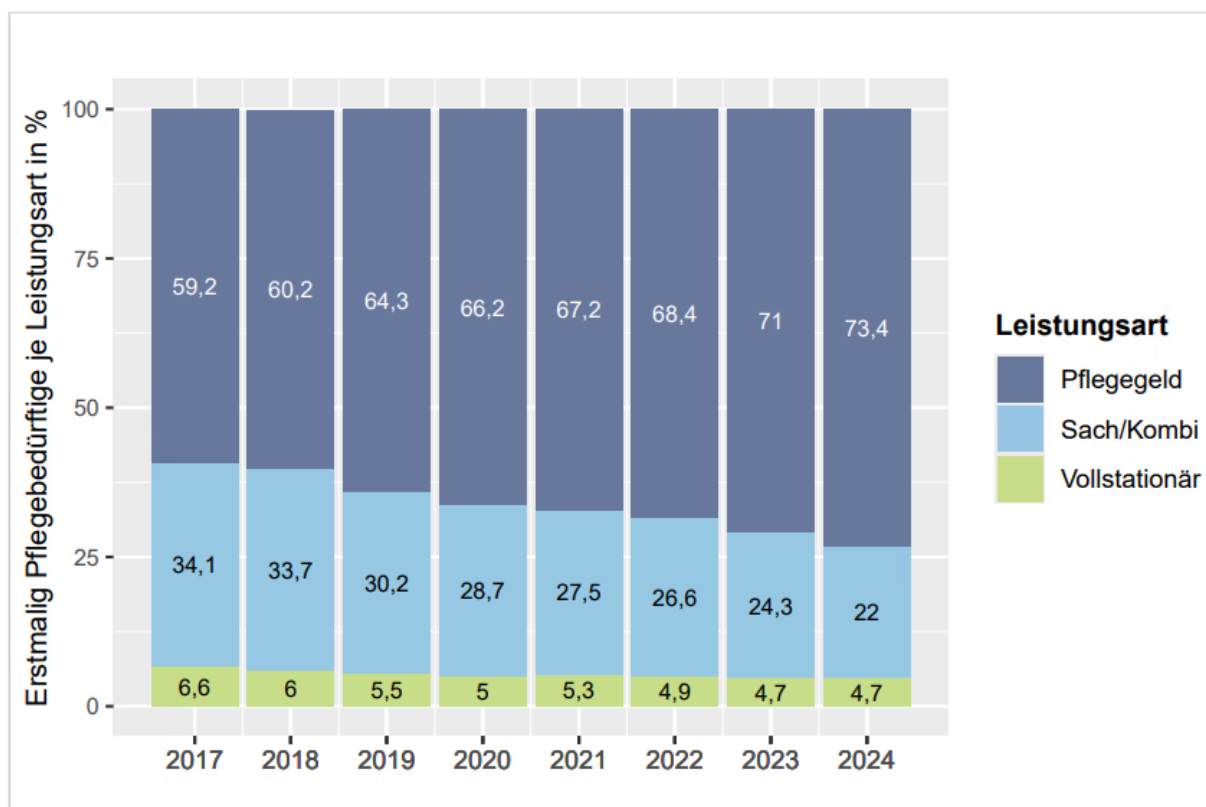
© WIdO 2026

3.2.2 Initiale pflegerische Leistungen nach SGB XI bei erstmals Pflegebedürftigen

Die Analysen zeigen einen deutlichen Anstieg von Pflegegrad 1 in allen Altersgruppen. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 haben nur Anspruch auf den Entlastungsbetrag (seit 2025 131 Euro pro Monat). Da der Schwerpunkt der folgenden Analysen auf den pflegerischen Hauptleistungsarten (Pflegegeld, Sach- und Kombinationsleistung, vollstationäre Pflege) liegt, werden in den folgenden Auswertungen nur erstmals Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, d. h. gemäß sozialrechtlicher Definition jene mit erheblicher Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, eingeschlossen. Die Leistungsart bei Pflegeeintritt meint hier die erste bewilligte Leistung im SGB XI-Kontext nach erfolgreicher Erstbegutachtung auf Pflegebedürftigkeit.

Der Anteil derjenigen, die Geldleistungen bei Pflegeeintritt empfangen, stieg zwischen 2019 und 2024 deutlich, wie Abbildung 9 zeigt. So betrug der Anteil bei Pflegebedürftigen ab 60 Jahren bei Pflegebeginn im Jahr 2019 64,3 %, im Jahr 2024 73,4 %. Das entspricht einer Steigerung um 14,2 %. Der Anteil von Sach- und Kombinationsleistungen sank von 30,2 % auf 22,0 % (Abnahme um 27,2 %), der Anteil an vollstationärer Pflege von 5,5 % auf 4,7 % (Abnahme um 14,5 %).

Abbildung 9: Entwicklung der initialen pflegerischen Hauptleistungen (Bewilligung) bei erstmals Pflegebedürftigen (60+ Jahre, 2017 bis 2024)

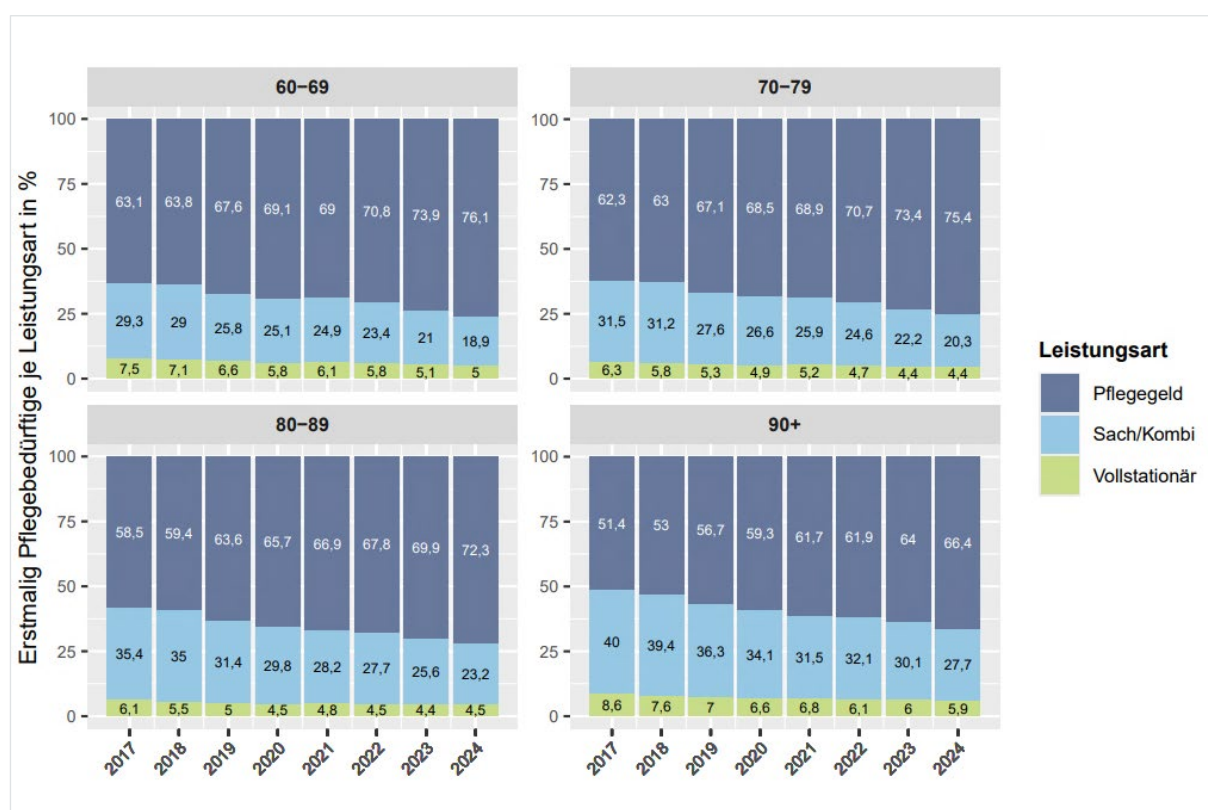


Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Betrachtet man die Hauptleistungen nach Altersgruppen, hatte im Jahr 2024 das Pflegegeld mit 76,1 % in der Altersgruppe 60–69 und 66,4 % in der Altersgruppe 90+ den größten Anteil an den drei Hauptleistungsarten bei Pflegeeintritt (Abbildung 10). Der Anteil an Sach- und Kombinationsleistungen stieg kontinuierlich mit dem Alter und erreichte in der Altersgruppe 90+ einen Anteil von 27,7 %. Auch der Anteil von stationärer Pflege stieg mit dem Alter und war am größten in der Altersgruppe 90+ mit 5,9 %. Im Zeitverlauf stieg der Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger in allen Altersgruppen, die Anteile von Sach- und Kombinationsleistungen und vollstationärer Pflege sinken.

Abbildung 10: Initiale pflegerische Hauptleistung (Bewilligung) bei erstmals Pflegebedürftigen nach Altersgruppen im Zeitverlauf (2017 bis 2024)



Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

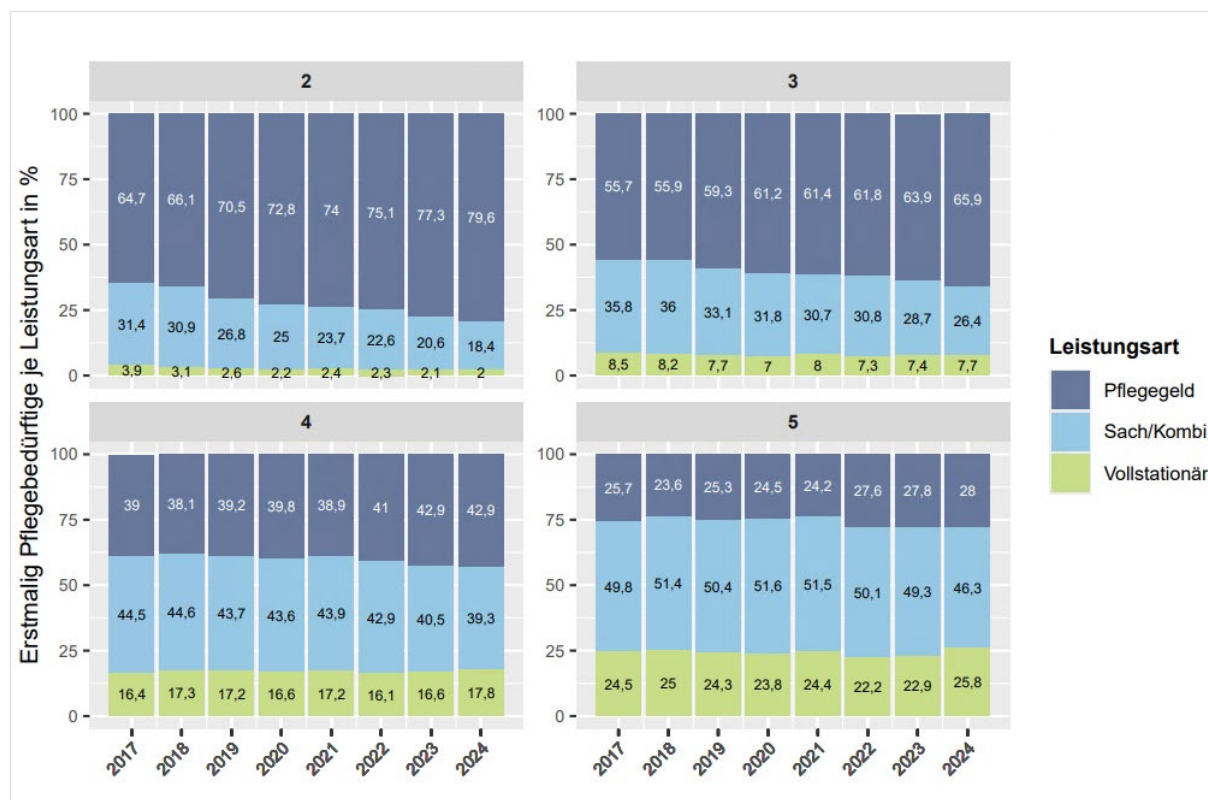
Die Inanspruchnahme von Geldleistung, Sach- und Kombinationsleistung und vollstationärer Pflege ist stark mit dem Pflegegrad korreliert (Abbildung 11). Der Anteil von Pflegegeld dominierte bei den Pflegegraden 2 und 3 (2024: 79,6 % bzw. 65,9 %) deutlich gegenüber dem Anteil an Sach- und Kombinationsleistungen (2024: 18,4 % bzw. 26,4 %). Bei Pflegegrad 4 waren Anteile von Pflegegeld und Sach- und Kombinationsleistungen auf einem vergleichbaren Niveau (2024: 42,9 % bzw. 39,3 %). Bei Pflegegrad 5 lag der Anteil an Sach- und Kombinationsleistungen deutlich über dem Anteil an Pflegegeld. Der Anteil an vollstationärer Pflege war 2024 bei Pflegegrad 4 mit 17,8 % und Pflegegrad 5 mit 25,8 % deutlich höher als bei Pflegegrad 2 und 3 (2,0 % bzw. 7,7 %).

Die größten Veränderungen im Zeitverlauf sind bei Pflegegrad 2 und 3 zu beobachten. Bei Pflegegrad 2 stieg der Anteil an Pflegegeld von 70,5 % im Jahr 2019 auf 79,6 % im Jahr 2024. Der Anteil an Sach- und Kombinationsleistungen sank von 26,8 % im Jahr 2019 auf 18,4 % im Jahr 2024. Vollstationäre Pflege hat im Pflegegrad 2 nur einen sehr geringen Anteil. Dieser Anteil sank von 2019 bis 2024 von 2,6 % auf 2,0 %.

Die Tendenz zu mehr Geldleistungen zeigt sich auch deutlich für Pflegegrad 3. Hier stieg der Anteil an Pflegegeld zwischen 2019 und 2024 von 59,3 % auf 65,9 %, der Anteil an Sach- und Kombinationsleistungen sank von 33,1 % auf 26,4 %, der Anteil an vollstationärer Pflege blieb mit 7,7 % stabil. Für Pflegegrad 4 traten zwischen 2019 und 2024 deutlich geringe Veränderungen mit einer leichten Zunahme der Geldleistungen (von 39,2 % auf 42,9 %), einer leichten Abnahme von Sach- und

Kombinationsleistungen von 43,7 % auf 39,3 % und einem leichten Anstieg an vollstationärer Pflege (von 17,2 % auf 17,8 %). Auch bei Pflegegrad 5 ist eine leichte Zunahme des Anteils von Pflegegeld (von 25,3 % auf 28,0 %) und eine leichte Abnahme des Anteils von Sach- und Kombinationsleistungen (von 50,4 % auf 46,3 %) zu beobachten.

Abbildung 11: Initiale pflegerische Hauptleistung (Bewilligung) bei erstmals Pflegebedürftigen (60+ Jahre) nach Pflegegrad im Zeitverlauf (2017 bis 2024)



Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

4 Diskussion und Fazit

Die Diskussion um die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland wird bislang in der Regel auf Basis von Kennzahlen wie Inzidenz, Prävalenz oder der Pflegequote geführt. Dabei wird die Anzahl der (neu) Pflegebedürftigen ins Verhältnis zur Gesamtbevölkerung oder der Versichertengesamtheit der SPV gesetzt. Die vorliegende Analyse legte explizit den Fokus auf die „Eintritte“ in die SPV und zwar der Menschen, für die real pro Jahr via Erstbegutachtung durch den MD und durch die Pflegekasse eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Dabei konzentrierte sich die Analyse auf die Betagten und Hochbetagten (60+ Jahre) und damit auf die Gruppe der Bevölkerung, die vor dem Hintergrund des demografischen Wandels hochrelevant ist und das höchste Pflegerisiko aufweist. Vereinzelt entwickelten altersspezifische Modelle und zeigten bereits, dass die Inzidenz der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter deutlich ansteigt (Haß et al. 2023; Rothgang und Müller 2024; Rothgang et al. 2025). Eine Hochrechnung von Barmer-Routinedaten zeigt zudem sowohl ein Ansteigen der Pflegeinzidenz, indem sie die inzidenten Pflegefälle zu den Nicht-Pflegebedürftigen in der Allgemeinbevölkerung setzt, als auch eine Zunahme der Anzahl an Eintritten in die Pflege für den Zeitraum 2017 bis 2024 (Rothgang und Müller 2024; Rothgang et al. 2025).

Der vorliegende Beitrag richtet seinen Blick auf die Betagten und Hochbetagten und damit auf jene, vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, kontinuierlich wachsende Gruppe der Bevölkerung mit dem höchsten Pflegerisiko. Im Zentrum standen demnach Menschen im Alter von mindestens 60 Jahren, die erstmals pflegebedürftig werden. Die Analysen zeigen auf Basis sowohl der bundesweiten Begutachtungsdaten der Medizinischen Dienste als auch der Routinedaten aller AOK-Pflegekassen im zeitlichen Verlauf für diese Alterskohorte: Von einem allgemeinen Pflegebedürftigkeitsschub kann nicht die Rede sein. Abgesehen von dem Einmaleffekt durch die Umstellung der Zugangssystematik im Jahr 2017, zeigen die Ergebnisse seit 2019 keine Zunahme der Neuzugänge in die Pflegeversicherung. Gleichzeitig geht die zeitlich stabile Zahl der Pflegeeintritte für die Alterskohorte älter als 60 Jahre mit einer weiter steigenden Pflegeprävalenz einher, die nicht Gegenstand der vorliegenden Analysen ist. Bekannt ist, dass nur ein Teil des Prävalenzanstiegs auf die demografische Entwicklung zurückzuführen ist (Behrendt et al. 2024) und längere Verweildauern in der Pflegebedürftigkeit ein relevanter Faktor sind.

Inzidente Pflegebedürftige

Zwischen 2019 und 2024 lag die Zahl der AOK-versicherten Pflegebedürftigen im Alter von mindestens 60 Jahren, die pro Jahr erstmals im Rahmen einer Erstbegutachtung einen Pflegegrad erhielten, durchschnittlich bei 351.867 mit Abweichungen von -8.341 (-2,4%) im Jahr 2022 und +6.874 (+1,9%) im Jahr 2023. Die Zunahme der Pflegeprävalenz, die auch im Zukunftspakt Pflege zentraler Ausgangspunkt der Optionen, Eckpunkte und Roadmap darstellt, steht einer stabilen Zahl von Pflegeeintritten gegenüber, jedoch mit einer deutlichen Verschiebung der Zusammensetzung der Gruppe der erstmals Pflegebedürftigen. Insbesondere der Anteil niedriger Pflegegrade und jüngerer Alterskohorten steigt. Diese Befunde sprechen für eine strukturell veränderte Komposition innerhalb der Gruppe der erstmals Pflegebedürftigen und weniger für eine konstante epidemiologische Risikostruktur. Befunde aus MD-Analysen, u. a. von Haeger et al. (2025), Schütz et al. (2024) und dem Medizinischer Dienst Bund (2025) selbst, ebenso wie die Analysen auf Basis der Barmer-Routinedaten von Rothgang et al. (2025) bestätigen die Predominanz geringerer Pflegegrade bei erstmals begutachteten Pflegebedürftigen. Sie stellten zudem seit 2017 eine Steigerung der Verweildauern in der Pflege fest. Kurzum: die Menschen kommen früher in die Pflege und verbleiben länger in der Pflegebedürftigkeit. Es ist im Weiteren empirisch zu prüfen, inwieweit die hier beobachtete Dynamik neben Effekten der veränderten Begutachtungssystematik als Hinweis auf eine frühere Inanspruchnahme von Leistungen oder ebenso auf eine potenziell veränderte Morbiditätsstruktur in den jüngeren Alterskohorten verstanden werden kann. Ferner wären mögliche Einflüsse durch veränderte Inanspruchnahmestrukturen, eine potenziell geringere Stigmatisierung für die Beantragung von Pflegebedürftigkeit sowie lebensweltliche und sozioökonomische Faktoren in den Blick zu nehmen.

Für die Versorgungs- und Finanzierungsdebatte sind nicht allein die Fallzahlen, sondern ebenso die Struktur der Neuzugänge maßgeblich. Eine frühere Einstufung bei geringerer Schwere vor dem Hintergrund allgemein steigender Pflegeprävalenzen könnte die Leistungsbezugsdauer – selbst bei unveränderter Progressionsrate in höhere Pflegegrade – zusätzlich verlängern. Es stellt sich die Frage, ob die SPV-Kostendynamik nicht weniger durch die Anzahl der Neuzugänge als durch Dauer- und Leistungsintensitätseffekte determiniert wird. Es erscheint daher umso wichtiger, frühzeitig wirkungsvolle Präventionsmaßnahmen ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu ergreifen, um einer Zunahme der Beeinträchtigungen entgegenzuwirken bzw. diese hinauszuzögern.

Eine Verschiebung hin zu geringeren Schweregraden bei den Neuzugängen in die Pflegeversicherung impliziert ebenso eine Veränderung der Versorgungsbedarfe, insbesondere im ambulanten Bereich und in der Unterstützung informeller Pflegearrangements. Reformdiskussionen sollten daher stärker zwischen Fallzahldynamik und der Strukturveränderung innerhalb der Gruppe der inzidenten Pflegebedürftigen (60+) differenzieren. Die vorliegende Analyse zeigt über alle Pflegegrade, am deutlichsten bei Pflegegrad 2, steigende Anteile im Pflegegeldbezug bei erstmals Pflegebedürftigen im Alter von mindestens 60 Jahren.

Erstbegutachtung

Der vor zehn Jahren mit dem PNG II verbundene Paradigmenwechsel vom Defizit- zum Ressourcenmodell und die Einführung des Neuen Begutachtungsinstruments zielten damals auf eine Ausweitung der Anspruchsberechtigung mit verbesserter, systematischer Berücksichtigung kognitiver und psychischer Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen. Der Zugang wurde bewusst niedrigschwelliger gestaltet. Seither ist der jährliche Anteil an Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 bei den hier analysierten Erstbegutachteten im Alter von mindestens 60 Jahren von 24 % auf 29 % (2017 auf 2024) gestiegen. Unsere Ergebnisse legen einen Vorverlagerungseffekt nahe, bei dem Unterstützungsbedarfe früher formalisiert werden.

Während die Zahl der Pflegeeintritte im Fünfjahreszeitraum 2019 bis 2024 relativ stabil bleibt, steigt demgegenüber der Anteil derjenigen 60- bis 69-Jährigen, die sich zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit erstbegutachten lassen und bestätigen im Wesentlichen die Ergebnisse basierend auf den SGB XI-Daten. Die auf den Daten der Medizinischen Dienste für alle AOK-Versicherten basierenden Analysen fundieren empirisch die im Rahmen der avisierten Pflegereform vielfach diskutierten Anpassungen der Pflegebegutachtung, indem sie zunächst Transparenz zu den erreichten Punkten je Begutachteten und damit zur Dynamik der Graduierung liefern.

Die Auswertung zeigt hierbei zwei auffällige Muster: **(1)** einen erhöhten Anteil von Antragstellenden mit Punktwerten unmittelbar oberhalb des leistungsrelevanten Schwellenwerts sowie **(2)** eine ausgeprägte regionale Varianz in Höhe und Entwicklung der Zahl der Erstbegutachtungen. Beide Befunde werfen Fragen nach der Wirkung von institutionellen Faktoren wie den Schwellenwerten und den regionalen Struktur- bzw. Verfahrenseinflüssen auf. Die vorliegenden Analysen ergänzen die oben genannten Befunde zur deutlichen Zunahme niedriger Pflegegrade und der Verschiebung der Schwereverteilung, indem sie auf eine Konzentration direkt an der Zugangsschwelle je Pflegegrad – auch hier vor allem bei den niedrigeren Pflegegraden – hinweisen.

Die Gründe für diese Häufungen an den Schwellenwerten, die teilweise als potenzielle aus der Evaluationsforschung und ökonomischen Betrachtungen bekannten Bunching-Effekte diskutiert werden (Reif et al. 2018; Jürges und Köberlein 2015), ebenso wie die Schwellenwert-Level sind Teil der aktuellen pflegepolitischen Debatte.

Die unbeabsichtigten Folgen diskreter Sprungfunktionen und ihrer Modifikationen sind sowohl theoretisch als auch empirisch gut belegt (Einav et al. 2017; Hernández-Pizarro et al. 2020) und sollten bei der Ausgestaltung entsprechend systematisch berücksichtigt werden. Die hier beobachteten Häufungen können ein Hinweis sein, dass die feine Abgrenzung zwischen den Pflegegraden, die eine faire Verteilung der Leistungsansprüche gewährleisten soll, in der Praxis mitunter schwer umsetzbar ist. Geringsfügige Bewertungsunterschiede können zu deutlich unterschiedlichen Leistungsansprüchen führen. Eine Schwellenwertanpassung, wie sie aktuell im reformpolitischen Kontext in Erwägung gezogen

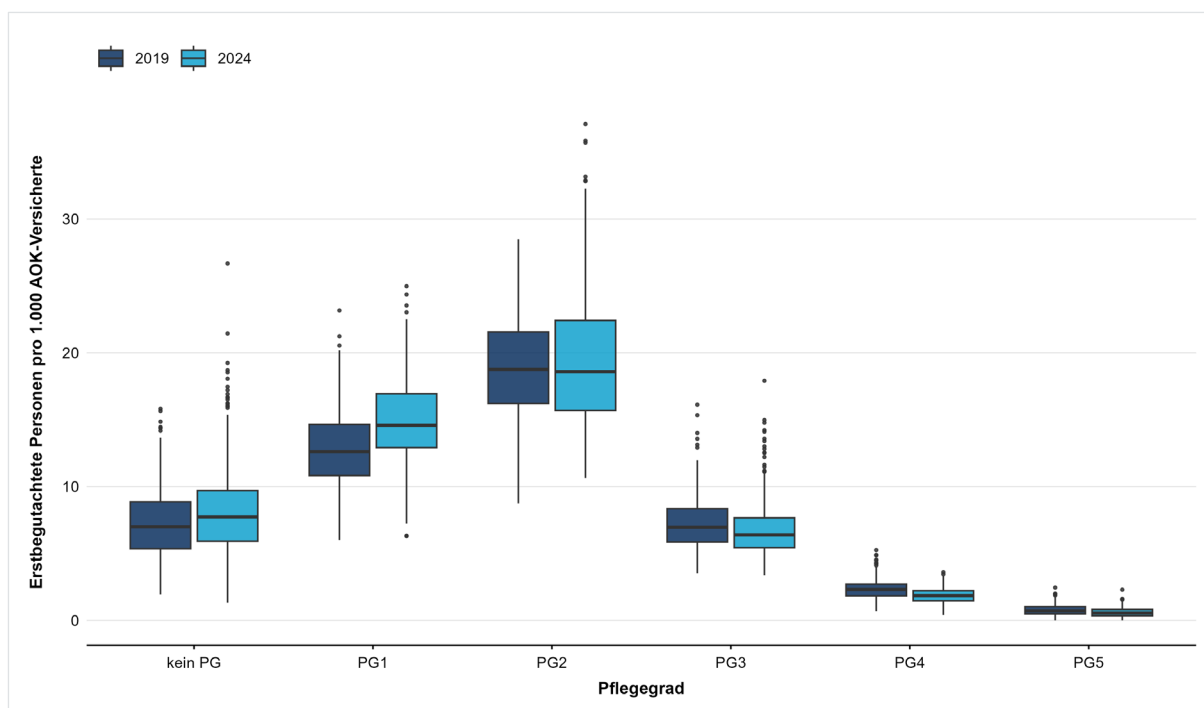
wird, könnte die Voraussetzungen für diesen Leistungsanspruch nach zehn Jahren erstmals wieder grundlegend verändern; wenn unterstellt wird, dass die Unterschiede sich im Wesentlichen aus Attributen der Versicherten bzw. der Spezifität des Bewertungsinstruments ableiten. Wird ein anreizbedingtes Bunching unterstellt, würde eher eine Verschiebung der Verteilung erwartet, die sich wiederum an neuen Schwellenwerten orientieren würde. Notwendig erscheint daher eine vertiefte Analyse der dem an den Schwellenwerten beobachteten Bunching zugrunde liegenden Wirkzusammenhänge.

Ein interessanter Befund der vorliegenden Analyse zeigt eine teils ausgeprägte, über die Zeit durchaus stabile Varianz im Anteil der erstbegutachteten Personen auf Kreisebene. Dass Pflegeprävalenzen selbst nach Berücksichtigung demografischer Faktoren regional unterschiedlich sind, zeigten unter anderem Behrendt et al. (2024). Es ist zu vermuten, dass sich diese Varianz bereits auf Ebene der Erstbegutachtung manifestiert. Diese Unterschiede beim regionalen Anteil der Erstbegutachteten an allen mindestens 60-jährigen AOK-Versicherten bestehen trotz eines bundesweit einheitlichen Rechtsrahmens und standardisierter Begutachtungsinstrumente. Der Befund legt nahe, dass neben morbiditätsgetriebenen Erklärungen ebenso strukturelle, institutionelle und verhaltensbezogene Faktoren eine Rolle spielen. Dabei sind demografische und sozioökonomische Unterschiede zwischen den Regionen zu berücksichtigen. Altersstruktur, Einpersonenhaushalte, Vorhandensein und Erwerbsbeteiligung von Angehörigen sowie Einkommensniveaus wären hier als relevante Einflussfaktoren zu untersuchen, ob Unterstützungsbedarf informell ohne Begutachtung oder formalisiert wird. Analysen zeigen, dass Pflegebedürftigkeit nicht allein durch Morbidität determiniert ist, sondern ebenso durch Informationsstand, soziale Unterstützungssysteme und Beratungspraxis (Haeger et al. 2025; Hajek et al. 2017; Geyer 2021; Tesch-Römer et al. 2023). Unterschiede in der lokal-kommunalen Beratungsinfrastruktur, in hausärztlicher Steuerung oder in der Krankenhausentlassplanung könnten ebenso die Wahrscheinlichkeit einer Antragstellung auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit beeinflussen. Darüber hinaus sind angebotsseitige Effekte vorstellbar. Auch potenzielle Variationen in der Begutachtungspraxis selbst – trotz standardisierter Module des NBA – können nicht ausgeschlossen werden. Für die Versorgungsforschung impliziert die beobachtete regionale Varianz, dass die regional variierende Erstbegutachtungsrate – ebenso wie die Zahl der Pflegeeintritte – Ergebnis eines multifaktoriellen Zugangsprozesses ist. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung regionaler Versorgungskontexte bei der Bewertung von Inzidenz- und Zugangsindikatoren – sowie letztlich von Präventionschancen.

Gleichzeitig ist für die vorliegende deskriptive Auswertung zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse keine kausalen Zuschreibungen erlauben. Beobachtete Unterschiede und zeitliche Veränderungen sind vor dem Hintergrund mehrstufiger sozialrechtlicher Bewertungs- und Inanspruchnahmeprozesse zu interpretieren. Ferner sind die daten- methodenbedingten Limitationen (vgl. Abschnitt 2.2) zu berücksichtigen. Als fortführender Forschungsbedarf ist insbesondere die Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren, um die methodisch anspruchsvolle Interpretation zeitlicher Trends umfassender zu ermöglichen, zu nennen. Künftig sollte systematisch geprüft werden, inwieweit Populationsverschiebungen, institutionelle und angebotsseitige Faktoren sowie Morbiditätsveränderungen die beobachteten Verläufe beeinflussen. Zentral ist eine alters- und geschlechtsstandardisierte Betrachtung sowohl für regionale Vergleiche als auch für die zeitliche Entwicklung der Pflegeeintritte, um Struktur- von Demografieeffekten zu trennen

Anhang

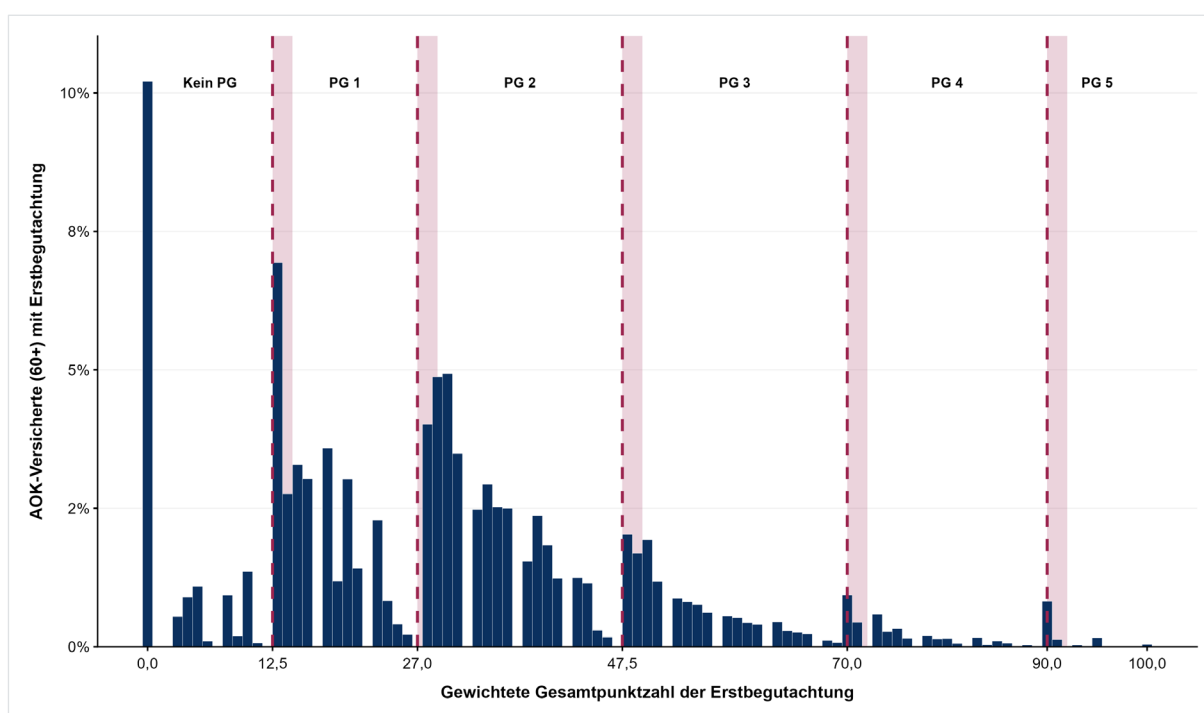
Abbildung 12: Vergleich der regionalen Variation der Erstbegutachtungsrates zwischen 2019 und 2024



Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Abbildung 13: Verbildlichung der Schwellenwertbereiche im Rahmen der MD-Erstbegutachtung (2024)



Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Tabelle 5: Dynamik der Erstbegutachtungsrates: Veränderung der Quintilszuordnung je Kreis von 2019 zu 2024

Quintil 2019 \ Quintil 2024	1	2	3	4	5
1	44 (55,0 %)	22 (27,5 %)	12 (15,0 %)	2 (2,5 %)	0 (0,0 %)
2	28 (35,0 %)	29 (36,2 %)	10 (12,5 %)	6 (7,5 %)	7 (8,8 %)
3	6 (7,5 %)	18 (22,5 %)	29 (36,2 %)	18 (22,5 %)	9 (11,2 %)
4	1 (1,2 %)	8 (10,0 %)	22 (27,5 %)	32 (40,0 %)	17 (21,2 %)
5	1 (1,2 %)	3 (3,8 %)	7 (8,8 %)	22 (27,5 %)	47 (58,8 %)

Quelle: Eigene Berechnungen

© WIdO 2026

Ausführungen zu Tabelle 5:

Um die zeitliche Entwicklung der Erstbegutachtungsraten auf Kreisebene zu analysieren, wurden alle Kreise für die Jahre 2019 und 2024 in Quintile unterteilt. Tabelle 5 zeigt die entsprechenden Wechselraten: Die Zeilen repräsentieren dabei die Quintile des Jahres 2019, die Spalten die des Jahres 2024.

Das erste Quintil umfasst die 20 % der Kreise mit den niedrigsten Raten, während das fünfte Quintil diejenigen mit den höchsten Raten bündelt. Die Tabelleneinträge nennen jeweils zuerst die absolute Anzahl der Kreise und anschließend deren prozentualen Anteil am jeweiligen Ausgangsquintil von 2019.

Die höchsten Werte finden sich auf der Diagonalen; sie markieren jene Kreise, die in ihrem ursprünglichen Quintil verblieben sind. Wechsel über mehr als zwei Quintile hinweg betreffen unabhängig vom Startwert nur etwa 15 % der Beobachtungen. Extreme Sprünge vom ersten in das fünfte Quintil traten nicht auf; lediglich ein einziger Kreis wechselte vom fünften in das erste Quintil.

Literaturverzeichnis

- Behrendt S, Tsiasioti C, Schwinger A (2024) Pflegeprävalenzen und Inanspruchnahme in der räumlichen Verortung. In: Schwinger A, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Jacobs K, Behrendt S (Hrsg) Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 3-25. doi:10.1007/978-3-662-70189-8_1
- Blüher S, Schilling R, Stein T, Gellert P (2023) Prävention von Pflegebedürftigkeit. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66 (5):490-497. doi:10.1007/s00103-023-03685-5
- Blüher S, Stein T, Schnitzer S, Schilling R, Grittner U, Kuhlmei A (2021) Care Dependency Factors—Analyses of Assessment Data from the Medical Service of German Statutory Health Insurance Providers. Dtsch Arztebl Int 118 (33-34):563-564. doi:10.3238/arztebl.m2021.0263
- Bundesministerium für Gesundheit (2025) Zahlen, Daten und Fakten zur Pflegeversicherung.
- Einav L, Finkelstein A, Schrimpf P (2017) Bunching at the kink: Implications for spending responses to health insurance contracts. Journal of Public Economics 146:27-40. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2016.11.011>
- Geyer J, de Haan, PW, Kröger H, Schaller M (2021) Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. DIW Wochenbericht 88 (44):727-734. doi:10.18723/diw_wb:2021-44-1
- GKV-SV (2025) Entwicklung der Pflegebedürftigkeit wird wissenschaftlich untersucht. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2085888.jsp. Zugegriffen: 06.03.2026
- Haeger C, Baldenius T, Schnitzer S, Jürchott K, Kuhlmei A, Blüher S, Schwinger A (2025) Charakteristika von Antragstellenden bei erstmaliger Feststellung einer Pflegebedürftigkeit – eine bundesweite Analyse von Pflegebegutachtungen von AOK-Versicherten ab 60 Jahren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 58 (1):46-54. doi:10.1007/s00391-024-02344-x
- Hajek A, Brettschneider C, Ernst A, Posselt T, Mamone S, Wiese B, Weyerer S, Werle J, Pentzek M, Fuchs A, Stein J, Luck T, Bickel H, Mösch E, Kleineidam L, Hesel K, Maier W, Scherer M, Riedel-Heller SG, König HH (2017) Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt (Longitudinal Predictors of the Need for Care). Gesundheitswesen 79 (02):73-79. doi:10.1055/s-0041-111841
- Haß L, Tulka S, Tönnies T, Hoyer A, Palm R, Knippschild S, Brinks R, Haß L, Tulka S, Tönnies T, Hoyer A, Palm R, Knippschild S, Brinks R (2023) Age-specific incidence of need for long-term care for men and women in Germany 2015: Cross-sectional study comprising 82 million people, Bd 12. F1000Research 2023 12:102. doi:10.12688/f1000research.129434.1
- Hasseler M (2022) Die Pflegeberufe stärken über die Transparenz ihrer Wirkung. Gesundheits-und Sozialpolitik 76:15-22. doi:<https://doi.org/10.5771/1611-5821-2022-4-5-15>
- Hernández-Pizarro HM, Nicodemo C, Casanovas GL (2020) Discontinuous system of allowances: The response of prosocial health-care professionals. Journal of Public Economics 190:104248. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104248>
- Jürges H, Köberlein J (2015) What explains DRG upcoding in neonatology? The roles of financial incentives and infant health. Journal of Health Economics 43:13-26. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.06.001>
- Kantar (2019) Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf. Zugegriffen: 25.03.2026
- Medizinischer Dienst Bund (2024) Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.
- Medizinischer Dienst Bund (2025) Report Pflegebedürftigkeit 2025 - Entwicklung und Potenziale der Pflegebegutachtung.
- Reif S, Wichert S, Wuppermann A (2018) Is it good to be too light? Birth weight thresholds in hospital reimbursement systems. Journal of Health Economics 59:1-25. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.007>
- Rothgang H, Burfeindt C, Czwikla J, Müller R (2025) BARMER Pflegereport 2025, Bd 48. Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf. BARMER
- Rothgang H, Müller R (2024) BARMER Pflegereport 2024, Bd 47. Pflegerisiko und Pflegedauer. BARMER
- Schütz J, Redlich MC, Fischer F (2024) Pflegebedürftigkeit analysieren – Potential der Daten aus Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes Bayern für Public Health-Forschung und -Praxis. Gesundheitswesen 86 (5):371-379. doi:10.1055/a-2189-2064
- Schütz J, Wetzel LD (2025) An der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit – ein Vergleich von älteren Menschen mit und ohne Pflegegradempfehlung in Bayern. Z Gerontol Geriatr. doi:10.1007/s00391-025-02457-x

- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C, Matzk S, Behrendt S, Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C, Matzk S, Behrendt S (2023) Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2023 66:5 66 (5). doi:10.1007/s00103-023-03693-5
- Tesch-Römer C, Cengia A, Nowossadeck S, Spuling SM, Wettstein M, Blüher S, Kuhlmei A, Stein T, Schilling R (2023) Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit, Bd 20. Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Deutschland, Berlin

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bewertungslogik nach dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA)	9
Abbildung 2: Erstbegutachtete Personen pro 1.000 Versicherte im Zeitverlauf nach Altersgruppen.....	13
Abbildung 3: Regionale Verteilung und Entwicklung der AOK-Versicherten mit Erstbegutachtung (60+ Jahre)	15
Abbildung 4: AOK-Versicherte (60+ Jahre) mit Erstbegutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit differenziert nach gewichteter Gesamtpunktzahl im Jahr 2024, in %	16
Abbildung 5: Vergleich der Verteilungen der gewichteten Modulpunkte 2019 vs. 2024.....	17
Abbildung 6: Konzentration der Verteilung über den Schwellenwerten (2-Punkte Intervall) im Zeitverlauf.....	18
Abbildung 7: Erstmals Pflegebedürftige (60+ Jahre) nach Altersgruppe und Geschlecht	20
Abbildung 8: Erstmals Pflegebedürftige (60+ Jahre) nach Pflegegrad und Altersgruppe	21
Abbildung 9: Entwicklung der initialen pflegerischen Hauptleistungen (Bewilligung) bei erstmals Pflegebedürftigen (60+ Jahre, 2017 bis 2024)	22
Abbildung 10: Initiale pflegerische Hauptleistung (Bewilligung) bei erstmals Pflegebedürftigen nach Altersgruppen im Zeitverlauf (2017 bis 2024)	23
Abbildung 11: Initiale pflegerische Hauptleistung (Bewilligung) bei erstmals Pflegebedürftigen (60+ Jahre) nach Pflegegrad im Zeitverlauf (2017 bis 2024).....	24
Abbildung 12: Vergleich der regionalen Variation der Erstbegutachtungsrate zwischen 2019 und 2024	28
Abbildung 13: Verbildlichung der Schwellenwertbereiche im Rahmen der MD-Erstbegutachtung (2024)	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über rohe und gewichtete Punkte	10
Tabelle 2: AOK-Versicherte mit Erstbegutachtung zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit im zeitlichen Verlauf, differenziert nach Geschlecht, Alter und Pflegegrad	12
Tabelle 3: Deskriptive Statistik der regionalen Variation der Erstbegutachtungsraten.....	15
Tabelle 4: Erstmals Pflegebedürftige (60+ Jahre) nach SGB XI im Zeitverlauf und differenziert nach Geschlecht, Alter und Pflegeschwere (2017–2024)	19
Tabelle 5: Dynamik der Erstbegutachtungsrate: Veränderung der Quintilszuordnung je Kreis von 2019 zu 2024	29