
Forschung am ivwKöln
Band 3/2025

Analyse der Begutachtungsdaten privatversicherter Pflegebedürftiger und mögliche Implikationen für die gesetzliche Pflegeversicherung

Christine Arentz, Henri Winter, Jan-Henrik Simon

ivwKöln

Institut für Versicherungswesen

Fakultät für Wirtschafts-
und Rechtswissenschaften

Technology
Arts Sciences
TH Köln

Analyse der Begutachtungsdaten privatversicherter Pflegebedürftiger und mögliche Implikationen für die gesetzliche Pflegeversicherung

Zusammenfassung

Hintergrund: Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 ist die Anzahl der Leistungsempfänger in der gesetzlichen Pflegeversicherung deutlich über das demografisch zu erwartende Ausmaß angestiegen. In der Folge sind die Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung und die Prämien in der Privaten Pflegepflichtversicherung wiederholt gestiegen. Dieser Beitrag analysiert die Charakteristika der Erstantragsteller in der privaten Pflegepflichtversicherung mit einem Fokus auf Pflegegrad 1, um Präventionspotentiale für die Versicherten und Reformelemente für die gesetzliche Pflegeversicherung zu identifizieren.

Methodik: Die Datenerhebung erfolgte durch die Medicproof GmbH im Rahmen der Pflegebegutachtung der Privatversicherten in Deutschland, die von 2017-2023 einen Erstantrag auf Leistungen der Privaten Pflegepflichtversicherung stellten. Die Daten wurden in aggregierter Form zur Verfügung gestellt und mit deskriptiven Methoden ausgewertet.

Ergebnisse: Über 70% der Erstanträge enden in einer Einstufung in Pflegegrad 1 oder 2. Versicherte in höheren Pflegegraden sind eher männlich und tendenziell jünger. Sie erhalten ein hohes Maß an professioneller Pflege, wohingegen Versicherte in Pflegegrad 1 zu 83% ausschließlich von privaten Pflegepersonen gepflegt werden. Versicherte in Pflegegrad 1 haben vor allem leichte Einschränkungen im Bereich der Mobilität. Daraus ergeben sich Einschränkungen im Bereich der Selbstversorgung und im Umgang mit Krankheits- und therapiebedingten Anforderungen. 30% der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 werden bereits innerhalb eines Jahres hochgestuft, dabei verschlechtern sich vor allem die Mobilität sowie kognitive und kommunikative Fähigkeiten.

Schlussfolgerung: Von dem erleichterten Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung profitieren in Pflegegrad 1 vor allem Pflegebedürftige mit leichten Einschränkungen, die vor allem Unterstützung bei der Selbstversorgung und dem Umgang mit Krankheits- und therapiebedingten Anforderungen benötigen. Diese Gruppe benötigt häufig noch keine inhärente pflegerische Unterstützung. Allerdings werden viele innerhalb eines Jahres aufgrund von Verschlechterungen in präventionssensitiven Bereichen in einen höheren Pflegegrad eingestuft. Die zunehmende finanzielle Beanspruchung der Pflegeversicherung unterstreicht die Notwendigkeit, Ressourcen bedarfsgerechter einzusetzen und Prävention als zentralen Bestandteil der Leistungserbringung zu stärken.

Abstract

Background: In Germany, individuals in need of long-term care are entitled to benefits from the long-term care insurance system. In recent years, the number of beneficiaries has risen far beyond the level that could be expected from demographic trends. This development already places a considerable financial burden on the system and is projected to intensify further in the future. This study analyzes the characteristics of first-time applicants in the private long-term care insurance scheme, with a particular focus on Care Degree 1, in order to identify both preventive potential for insured individuals and possible reform elements for the insurance system.

Methods: Data were collected by Medicproof GmbH in the context of care assessments for privately insured individuals in Germany who submitted a first-time application for long-term care insurance benefits between 2017 and 2023. The data was provided in aggregated form and analyzed using descriptive methods.

Results: More than 70% of first-time applications result in classification into Care Levels 1 or 2. Individuals classified into higher care levels are more likely to be male and, on average, somewhat younger. They typically receive a substantial amount of professional care, whereas 83% of those in Care Level 1 are cared for exclusively by informal caregivers. Care Level 1 beneficiaries exhibit primarily minor mobility impairments, which in turn lead to limitations in self-care (Module 6) and in managing disease- and therapy-related demands (Module 5). Approximately 30% of individuals in Care Level 1 are reassigned to a higher care level within one year. The most pronounced increases in assessment scores occur in Module 1 (Mobility) and Module 2 (Cognitive and Communicative Abilities).

Conclusion: The facilitated access to long-term care benefits primarily supports individuals in Care Level 1 with mild impairments who mainly require assistance with self-care and managing disease- and therapy-related demands. This group frequently does not yet require inherent nursing support. However, about 30% of them are reassigned to a higher care level within one year due to deterioration in prevention-sensitive domains. Given the substantial financial strain on the long-term care insurance system, it is advisable to allocate resources more strategically and to orient Care Level 1 more strongly toward preventive measures.

Inhaltsverzeichnis

Motivation	2
Untersuchungsmethodik.....	5
Analyseergebnisse	7
Diskussion der Ergebnisse.....	15
Fazit und Ausblick	18
Literaturverzeichnis	20

Motivation

Die gesetzliche Pflegeversicherung steht seit einigen Jahren zunehmend unter Reformdruck. In der sozialen Pflegeversicherung (SPV) mussten in kurzer Folge die Beitragssätze angehoben werden. Auch die private Pflegepflichtversicherung (PPV) musste wiederholt die Prämien anpassen. Diese Prämien- und Beitragssatzsteigerungen sind dabei noch nicht auf demografische Verschiebungen zurückzuführen, sondern sind bedingt durch die Ausweitung des Leistungsempfängerkreises und wiederholten Erhöhungen des Leistungsniveaus.

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff in die gesetzliche Pflegeversicherung eingeführt, der körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen im Begutachtungsverfahren gleichwertig und umfassend berücksichtigen sollte. Das neue Leistungsrecht sollte auch bedarfsgerechte Hilfen zur Verfügung stellen, die darauf abzielen, die Selbstständigkeit und Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen zu erhalten und zu stärken. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde der Kreis der Anspruchsberechtigten deutlich erweitert. Bis heute ist eine hohe Dynamik in der Entwicklung der Leistungsempfänger, insbesondere in unteren Pflegegraden, zu verzeichnen. Allein in Pflegegrad 1 ist die Anzahl der Leistungsbezieher in der SPV von etwas mehr als 190.000 in 2017 auf knapp 860.000 in 2024 gestiegen (vgl. BMG 2025a). In der PPV haben sich die Leistungsempfängerzahlen in Pflegegrad 1 bis 2024 fast versechsfacht (vgl. PKV Zahlenportal (2025a) und BMG (2025b)).

Die aktuelle Bundesregierung hat eine grundlegende Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung angekündigt (CDU, CSU und SPD 2025). Angesichts der dynamischen Entwicklung der Leistungsempfänger seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist es zielführend zu analysieren, welche Merkmale diese Leistungsempfänger aufweisen und ob das Ziel erreicht wurde, durch frühzeitige Erkennung von Pflegerisiken eine längere Erhaltung der Selbstständigkeit bei den Leistungsempfängern zu realisieren. Dabei ist es sinnvoll, sowohl die in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) als auch die in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versicherten Pflegebedürftigen systematisch in den Blick zu nehmen, um etwaige Probleme zu identifizieren, die unabhängig von der Versichertenstruktur und Finanzierungsweise des Systems bestehen.

Untersuchungen zu soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmalen von Pflegebedürftigen wurden bisher weit überwiegend mit Daten der sozialen Pflegeversicherung durchgeführt (vgl. Blüher et al. 2023; Haeger et al. 2024; Keck et al. 2024; Schütz et al. 2024; Tsiasioti et al. 2020). Eine aktuelle Auswertung von Daten Privatversicherter gibt es lediglich in Bezug auf

Pflegegrad 1 (vgl. Medicproof 2024). Die vorliegende Auswertung bezieht auch die höheren Pflegegrade mit ein, analysiert soweit möglich Verlaufsdaten der Pflegebedürftigkeit und untersucht, welche Rückschlüsse für strukturelle Reformen sich aus den Analyseergebnissen für die Pflegeversicherung ziehen lassen.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz waren vor allem drei Reformkomplexe verbunden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 1f.):

- Erstens die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der seitdem nicht mehr nur vorrangig körperliche, sondern auch kognitive und psychische Einschränkungen berücksichtigt.
- Zweitens die Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade sowie der ausdrückliche Fokus auf Prävention und die Förderung der Selbstständigkeit – insbesondere im Pflegegrad 1 –, um den Verlauf der Pflegebedürftigkeit zu verlangsamen und einen schnellen Übergang in höhere, kostenintensivere Pflegegrade möglichst zu vermeiden.
- Drittens die Einführung eines neuen Begutachtungsassessments, das den Grad der individuellen Selbstständigkeit in den Mittelpunkt stellt. Die Beurteilung erfolgt anhand von sechs Modulen, in denen unterschiedliche Aspekte dieser Selbstständigkeit bewertet werden.

Die Module des Assessments umfassen folgende Bereiche (vgl. Medizinischer Dienst Bund, 2023, S. 51–91):

1. **Mobilität (10 % Gewichtung):** Dieses Modul bewertet, inwieweit eine Person ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einnehmen oder wechseln sowie sich fortbewegen kann.
2. **Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (15 % Gewichtung):** Erfasst werden kognitive Prozesse wie Erkennen, Entscheiden und Verarbeiten äußerer Reize. Auch Hör-, Sprech- und Sprachstörungen fließen in die Bewertung ein.
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (15 % Gewichtung):** Dieses Modul betrachtet die Fähigkeit einer Person, ihr Verhalten eigenständig zu steuern. Dabei werden dauerhafte psychische Problemlagen berücksichtigt, vorübergehende Beeinträchtigungen hingegen nicht.¹

¹ Für die Bestimmung des Pflegegrades wird der jeweils höhere Wert aus den Modulen „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ sowie „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ herangezogen.

4. **Selbstversorgung (40 % Gewichtung):** Hier werden grundlegende alltägliche Aktivitäten wie Ernährung, Kontrolle von Blase und Darm sowie weitere Aspekte der Selbstversorgung erfasst. Sowohl motorische als auch psychische Einschränkungen können sich auf dieses Modul auswirken.
5. **Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen (20 % Gewichtung):** Dieses Modul wurde eingeführt, um Aktivitäten zu erfassen, die im früheren Pflegebedürftigkeitsassessment unberücksichtigt blieben. Bewertet wird die Fähigkeit, krankheitsbezogene Aufgaben selbstständig zu bewältigen – etwa die Kontrolle von Symptomen, Erkrankungen und die Durchführung therapeutischer Maßnahmen wie die Medikamenteneinnahme.
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 % Gewichtung):** Untersucht wird, inwieweit eine Person ihren Alltag selbstständig gestalten und soziale Kontakte pflegen kann. Eine Unterscheidung zwischen physischen und mentalen Einschränkungen erfolgt dabei nicht.

Innerhalb der Module gibt es Kriterien, nach denen die Selbstständigkeit individuell bewertet wird. Die daraus resultierende Punktzahl wird gewichtet, sodass der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit je Modul in fünf Kategorien eingeordnet werden kann: keine, geringe, erhebliche, schwere oder schwerste Beeinträchtigung.

Aus den gewichteten Punkten ergibt sich die Gesamtpunktzahl. Diese liegt zwischen 0 und 100 und bestimmt die Einstufung in einen Pflegegrad. Eine Pflegebedürftigkeit wird ab einer Gesamtpunktzahl von 12,5 anerkannt. Die Zuordnung zu den Pflegegraden erfolgt nach folgendem Schema (vgl. Medizinischer Dienst Bund, 2023, S. 92ff.):

- **Pflegegrad 1:** geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten (12,5 bis unter 27 Punkte)
- **Pflegegrad 2:** erhebliche Beeinträchtigungen (27 bis unter 47,5 Punkte)
- **Pflegegrad 3:** schwere Beeinträchtigungen (47,5 bis unter 70 Punkte)
- **Pflegegrad 4:** schwerste Beeinträchtigungen (70 bis unter 90 Punkte)
- **Pflegegrad 5:** schwerste Beeinträchtigungen mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (90 bis 100 Punkte)

Diese Reform sollte die Begutachtung umfassender gestalten und eine individuellere Betrachtung der Pflegebedürftigkeit ermöglichen – insbesondere mit Blick auf kognitive und psychische Beeinträchtigungen. Die Auswirkungen dieser Reform auf die privatversicherten Pflegebedürftigen werden im Folgenden analysiert.

Untersuchungsmethodik

Die Datengrundlage dieser Untersuchung basiert auf den anonymisierten Einstufungsdaten von Medicproof, dem medizinischen Dienst der privaten Pflegeversicherungen. Der betrachtete Zeitraum erstreckt sich von 2017 bis 2023 und umfasst insgesamt 613.275 Begutachtungen, wobei allein im Jahr 2023 95.698 Einstufungen vorgenommen wurden.

Bestimmte Personengruppen wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Hierzu zählen Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren, da für sie aufgrund abweichender Bewertungskriterien eine separate Einstufung erfolgt. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Personen, die zwischen der Antragstellung und der Begutachtung verstorben sind. Trotz dieser Einschränkungen handelt es sich um eine nahezu vollständige Erhebung aller durch Medicproof erstellten Gutachten. Die Daten wurden nach verschiedenen Merkmalen in aggregierter Form bereitgestellt.

Untersuchungsvariablen

- **Alter:** Klassifikation der Pflegegrade nach Altersklassen (*18–59 Jahre, <70 Jahre, <80 Jahre, <90 Jahre, 90+ Jahre*).
- **Geschlecht:** Verschiedene Merkmale, wie Pflegegrad, Alter, Versorgungsart differenziert nach Geschlecht.
- **Versorgungsstrukturen:** Analyse der Versorgungsform innerhalb eines Pflegegrades.
- **Pflegebegründende Diagnosen:**
 - Diagnose, die maßgeblich zur Pflegebedürftigkeit beiträgt (vgl. Medizinischer Dienst Bund, 2023, S. 44).
 - Analyse der Häufigkeit von ICD-10-Diagnosen innerhalb der einzelnen Pflegegrade.
 - Kategorisierung der Diagnosen in folgende Gruppen: motorische Einschränkungen, kognitive Beeinträchtigungen, Krebserkrankungen, sonstige Diagnosen.
- **Modulpunkte:** Bewertung nach den sechs Modulen des Begutachtungsassessments.

Die vorliegende Analyse beschränkt sich auf deskriptive Auswertungen. Bei der Datenanalyse wurde die Entwicklung zentraler Merkmale im Zeitraum von 2017 bis 2023 als auch die Charakteristika einzelner Variablen für das zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Analyse aktuellste vorliegende Jahr 2023 untersucht.

Analyse des Verlaufs der Pflegebedürftigkeit bei Personen mit Pflegegrad 1

Ein besonderer Fokus der Untersuchung liegt auf dem Verlauf der Pflegebedürftigkeit von Personen, die bei der Ersteinstufung dem Pflegegrad 1 zugeordnet wurden. Betrachtet wurden der Zeitraum bis zum Änderungsgutachten sowie Veränderungen in den Modulbewertungen im Zeitverlauf.

Für die Analyse des Pflegeverlaufs wurden ausschließlich Änderungsgutachten ausgewertet – also solche, die auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erstellt wurden. Eine methodische Einschränkung besteht darin, dass nach der Erstbegutachtung keine weiteren Daten erfasst werden, sofern kein Folgegutachten beantragt wird. Unklar bleibt daher, ob die übrigen Pflegebedürftigen deshalb kein weiteres Gutachten beantragt haben, weil sich ihr Zustand nicht verschlechtert hat – oder ob sie seit dem Erstantrag verstorben sind, da Medicproof keine Information darüber erhält, wenn ein Todesfall eintritt. Die Daten von Medicproof können daher nur für Aussagen darüber verwendet werden, wie sich der Verlauf von Pflegebedürftigkeit für noch Lebende entwickelt. Die Daten sind jedoch dafür geeignet zu identifizieren, welche Einschränkungen bei Einstufung in den Pflegegrad 1 vorliegen und welche Faktoren zu einer Hochstufung führen können. Damit können Rückschlüsse auf das Präventionspotential gezogen werden, sowohl, was den Eintritt als auch das Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit betrifft.

Analyseergebnisse

Im Jahr 2023 wurden insgesamt 107.085 Erstbegutachtungen durch Medicproof durchgeführt. In 90 % der Fälle (95.698 Erstbegutachtungen) wurde eine Pflegebedürftigkeit festgestellt und ein Pflegegrad bewilligt. Die Mehrheit der bewilligten Anträge entfiel auf die Pflegegrade 1 und 2 (ca. 70 %), gefolgt von Pflegegrad 3 mit 22 %. Nur 8 % wurden den höchsten Pflegegraden 4 und 5 zugeordnet.

Tabelle 1: Sozioökonomische Daten nach Pflegegrad (2023)

2023		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	Gesamt
	n	26.535	40.933	20.930	5.606	1.694	95.698
	%	27,7%	42,8%	21,9%	5,9%	1,8%	100,00%
ØAlter		79,8	79,4	78,4	77,6	75,6	
Median Alter		82	81	80	79	78	
Altersgruppen	% von PG 1	% von PG 2	% von PG 3	% von PG 4	% von PG 5	% von Gesamt	
18-59	3,1%	3,4%	4,5%	5,6%	8,6%	3,8%	
60-69	8,2%	9,4%	11,7%	13,7%	17,8%	9,9%	
70-79	27,9%	28,7%	29,9%	30,7%	30,2%	28,9%	
80-89	53,1%	49,9%	45,5%	40,7%	36,1%	49,0%	
90+	7,8%	8,6%	8,5%	9,2%	7,3%	8,4%	
Geschlecht							
Männlich	47,6%	57,3%	64,4%	64,6%	66,4%	56,8%	
Weiblich	52,4%	42,7%	35,6%	35,4%	33,6%	43,2%	
Wohnarrangements							
Alleinlebend	45,0%	31,5%	17,4%	8,1%	3,5%	30,3%	
nicht alleinlebend	55,0%	68,5%	82,7%	91,9%	96,5%	69,7%	

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des zur Verfügung gestellten Medicproof-Datensatzes.

Die am häufigsten vertretene Altersgruppe liegt zwischen 80 und 89 Jahren (49 %). Begutachtungen in der Altersgruppe von 18 bis 59 Jahren wurden hingegen mit einem Anteil von knapp 4 % am seltensten durchgeführt. Das Durchschnittsalter fällt in den höheren Pflegegraden geringer aus als in den niedrigeren: Antragsteller mit Pflegegrad 5 sind im Durchschnitt 4,2 Jahre jünger als jene mit Pflegegrad 1. Die Altersgruppen 18-69 Jahren sind in Pflegegrad 5 deutlich stärker vertreten, deren Anteil liegt 15 bzw. 14 Prozentpunkte höher als in Pflegegrad 1 bzw. 2.

Über alle Pflegegrade hinweg wurden insgesamt 56,8 % der Begutachtungen bei männlichen Personen durchgeführt. In Pflegegrad 1 ist der Anteil weiblicher Pflegebedürftiger höher, während in den Pflegegraden 2 bis 5 mehr Männer als Frauen eingestuft werden – mit dem höchsten Männeranteil in Pflegegrad 5.

Die Wohnsituation variiert deutlich je nach Pflegegrad: Insgesamt leben 69,7 % der begutachteten Personen mit mindestens einer weiteren Person zusammen. Im Pflegegrad 1 sind noch 45 % alleinlebend; mit zunehmendem Pflegegrad sinkt dieser Anteil stetig – bis auf 3,5 % in Pflegegrad 5.

Versorgung der Pflegebedürftigen

Die informelle Pflege spielt in den unteren Pflegegraden eine zentrale Rolle. In Pflegegrad 1 wurden 2023 92 % der neu eingestuften Personen unter anderem von einer privaten Pflegeperson betreut, davon 83 % ausschließlich durch solche. Seit 2017 ist der Anteil der ausschließlich durch private Pflegepersonen Betreuten in Pflegegrad 1 um 10 Prozentpunkte gestiegen, während der Anteil derer, die ambulante Pflegeleistungen nutzen, seit 2017 um 10 Prozentpunkte gesunken ist. Gleichzeitig hat sich der Anteil der Personen ohne jegliche Pflegeperson von 2 % auf 4 % verdoppelt. Auch in Pflegegrad 2 und 3 ist die Nutzung ambulanter Pflegedienste zurückgegangen, wenn auch nicht so stark wie in Pflegegrad 1. Ein Anstieg des Anteils der Versorgung ausschließlich durch private Pflegepersonen ist in allen Pflegegraden über die Jahre zu verzeichnen. Die Nutzung ambulanter Dienste steigt über die Jahre nur in Pflegegrad 5. Die stationäre Versorgung nimmt in allen Pflegegraden ab.

In Pflegegrad 1 lag bei 44 % der Pflegebedürftigen bereits eine Heilmittelversorgung vor. Zusätzliche Heilmittel wurden nur in 9 % der Fälle empfohlen. Mit höheren Pflegegraden steigt auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit vorhandener Heilmittelversorgung, die Empfehlung weiterer Heilmittel steigt gegenüber Pflegegrad 1 für die Pflegegrade 2 bis 4 an (vgl. Tabelle 2). Die Empfehlung betraf in der großen Mehrheit ambulante Einzelmaßnahmen. Lag noch keine Heilmittelversorgung vor, wurden in Pflegegrad 1 in 37 % der Fälle Empfehlungen für weitere Maßnahmen ausgesprochen, in Pflegegraden 2 und 3 in 39 % der Fälle.

Tabelle 2: Heilmittelversorgung 2023

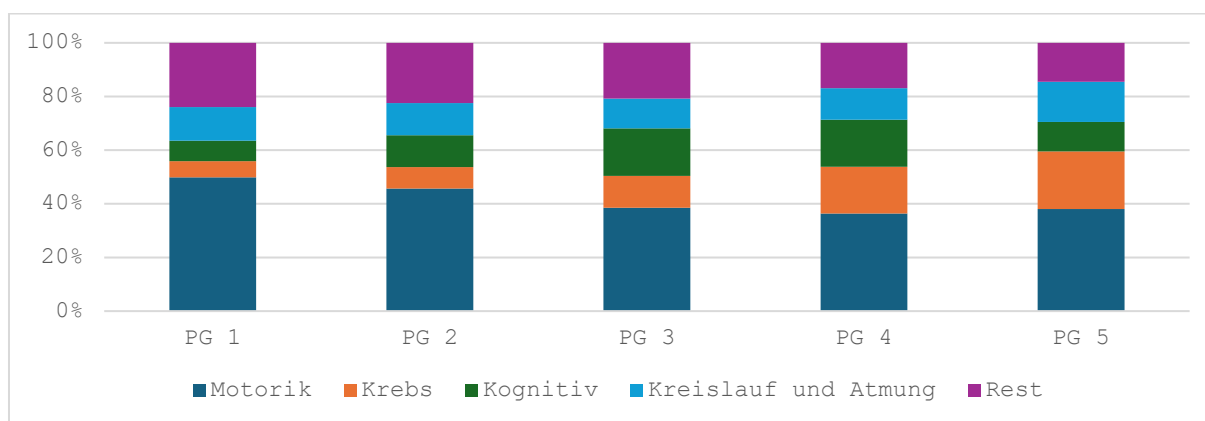
Heilmittelversorgung 2023 Anteil der Pflegebedürftigen (%)	PG1	PG2	PG3	PG4	PG 5
Ja	44%	46%	49%	50%	54%
Nein	56%	54%	51%	50%	46%
Zusätzliche Heilmittel notwendig					
Ja	9%	10%	11%	11%	9%
Nein	91%	90%	89%	89%	91%
Empfehlung weitere Maßnahmen, wenn keine Heilmittelversorgung vorlag					
Ja	37%	39%	39%	32%	24%
Nein	63%	61%	61%	68%	76%

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des zur Verfügung gestellten Medicproof-Datensatzes.

Pflegebegründende Diagnosen

Im Rahmen der Begutachtung werden bis zu zwei pflegebegründende Diagnosen durch den Begutachtenden systematisch erfasst.² Die Analyse nach Diagnosekategorien zeigt, dass motorische Diagnosen über alle Pflegegrade hinweg am häufigsten vorkommen. Besonders in Pflegegrad 1 dominiert diese Kategorie mit einem Anteil von 50 % der Fälle (vgl. Abb. 1). Mit zunehmendem Pflegegrad ist eine stärkere Differenzierung der Diagnosen zu beobachten. In den höheren Pflegegraden verschiebt sich der Schwerpunkt zunehmend von motorischen hin zu kognitiven Diagnosen sowie zur Diagnosekategorie Krebs.

Abbildung 1: Relative Häufigkeit der Diagnosekategorien nach Pflegegrad.



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des zur Verfügung gestellten Medicproof-Datensatzes.

² Etwa 20 % der Begutachteten erhält nur eine Diagnose. Je höher der Pflegegrad, desto eher liegen zwei Diagnosen vor.

Eine detailliertere Auswertung der wichtigsten Diagnosen nach Pflegegrad findet sich in Tabelle 3. Hierfür wurden Erst- und Zweitdiagnosen zusammengeführt und die Anteile innerhalb der einzelnen Pflegegrade betrachtet.

Tabelle 3: Relative Häufigkeit der Top 10 Diagnosen nach Pflegegrad

Pflegegrad 1		Pflegegrad 2	
28,9%	Störungen des Ganges und der Mobilität	29,2%	Störungen des Ganges und der Mobilität
5,1%	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	4,6%	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
3,6%	Schwindel und Taumel	4,5%	Nicht näher bezeichnete Demenz
3,5%	Polyarthrose, nicht näher bezeichnet	3,0%	Senilität
3,3%	Leichte kognitive Störung	2,8%	Leichte kognitive Störung
3,2%	Senilität	2,6%	Polyarthrose, nicht näher bezeichnet
2,9%	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	2,5%	Kognitive Funktionseinschränkung
2,2%	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	2,4%	Schwindel und Taumel
2,1%	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	2,3%	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
1,8%	Nicht näher bezeichnete Demenz	2,2%	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet
Pflegegrad 3		Pflegegrad 4	
26,1%	Störungen des Ganges und der Mobilität	20,2%	Störungen des Ganges und der Mobilität
8,8%	Nicht näher bezeichnete Demenz	10,2%	Nicht näher bezeichnete Demenz
3,3%	Kognitive Funktionseinschränkung	8,2%	Immobilität
3,3%	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	3,1%	Kognitive Funktionseinschränkung
3,0%	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet	2,5%	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
2,9%	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet	2,4%	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet
2,3%	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	2,3%	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
2,2%	Senilität	2,2%	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
2,0%	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	2,2%	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
1,7%	Leichte kognitive Störung	2,2%	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
Pflegegrad 5			
23,2%	Immobilität		
6,4%	Nicht näher bezeichnete Demenz		
6,0%	Störungen des Ganges und der Mobilität		
4,7%	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet		
3,3%	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet		
3,2%	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge		
3,0%	Bösartige Neubildung des Gehirns		
2,8%	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet		
2,7%	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet		
1,9%	Bösartige Neubildung des Pankreas		

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des zur Verfügung gestellten Medicproof-Datensatzes.

In den Pflegegraden 1 bis 4 stellt die Störung des Ganges und der Mobilität (ICD-10: R26) die häufigste pflegebegründende Diagnose dar. Besonders in den Pflegegraden 1 und 2 zeigt sich mit einem Anteil von jeweils 29 % eine hohe Prävalenz dieser Diagnose. In den höheren Pflegegraden nimmt ihr Anteil jedoch deutlich ab: In Pflegegrad 5 liegt die Häufigkeit der Diagnose R26 nur noch bei 6 %, womit sie dort an dritter Stelle rangiert. An ihre Stelle tritt die spezifischere Diagnose R26.3 „Immobilität“, die in Pflegegrad 5 mit 23 % der Fälle die häufigste pflegebegründende Diagnose darstellt.

Kognitive Diagnosen, insbesondere Demenz, gewinnen mit steigendem Pflegegrad an Bedeutung. Die Gruppe der Demenzpatienten wird durch die ICD-10-Codes F00 bis F03 abgebildet, welche verschiedene Formen der Erkrankung umfassen (Demenz bei Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, Demenz bei sonstigen Krankheiten sowie nicht näher bezeichnete Demenz). Die höchste Prävalenz dieser Diagnosen zeigt sich in den Pflegegraden 3 und 4, in denen in Summe 12,6 % bzw. 13,9 % der Pflegebedürftigen eine Demenzdiagnose erhalten. Die Diagnose F03 „Nicht näher bezeichnete Demenz“ spielt in Pflegegrad 1 mit einem Anteil von 1,8 % noch eine untergeordnete Rolle, während sie in Pflegegrad 5 mit 6,4 % bereits die zweithäufigste pflegebegründende Diagnose darstellt.

Die frühere Definition von Pflegebedürftigkeit wurde vielfach kritisiert, da sie vor allem motorische Einschränkungen berücksichtigte. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und angepassten Begutachungskriterien sollten auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 1). Die aktuelle Verteilung der Diagnosen in höheren Pflegegraden zeigt, dass diese Reform wirkt und Menschen mit Demenz inzwischen verstärkt höhere Pflegegrade erhalten.

Schweregrad der Beeinträchtigungen

Neben dem medizinischen Befund liefert die Analyse der Beeinträchtigungen, die im Rahmen der Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad führt, Informationen über den Grad der Einschränkungen pflegebedürftiger Personen. Dieser kann anhand der gewichteten Punkte je Modul gemessen werden. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Modulen trotz unterschiedlicher maximaler Punktwerte zu gewährleisten, wurde der prozentuale Anteil der durchschnittlichen Punktzahl an der maximal möglichen Punktzahl je Modul berechnet. Zudem wurden die Punktwerte kategorisiert nach Schweregrad für die einzelnen Module differenziert nach Pflegegrad dargestellt (vgl. Tabelle 4).

Grundsätzlich zeigt sich erwartungsgemäß, dass mit steigender Pflegegradempfehlung auch stärkere Beeinträchtigungen einhergehen – über alle Module hinweg erhöht sich der Mittelwert

der Punkte mit zunehmendem Pflegegrad. Allerdings bestehen Unterschiede zwischen den einzelnen Modulen, was deren Bedeutung hinsichtlich der Schwere der Einschränkungen angeht.

Die Personen, die eine Empfehlung für den Pflegegrad 5 erhielten, haben in Modul 1 fast immer die schwersten motorischen Einschränkungen (96 %). In Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sind dagegen nur 33 % der in PG 5 eingestuften schwerst eingeschränkt, in Modul 5 „Umgang mit krankheitsspezifischen und therapiebedingten Anforderungen“, weisen nur 45 % schwere bis schwerste Einschränkungen auf.

Ein weiteres auffälliges Muster zeigt sich in der Schweregradverteilung innerhalb der Module: Während in den Modulen 1, 2, 4 und 6 mit steigendem Pflegegrad erwartungsgemäß die häufigste Schweregradkategorie zunimmt, zeigt sich in Modul 3 selbst im Pflegegrad 5 ein abweichendes Bild. Hier liegt der Anteil der Betroffenen ohne Einschränkungen mit 39 % am höchsten, gefolgt von 33 % mit schwersten Einschränkungen. Pflegebedürftige mit einem hohen Pflegegrad und wenigen Punkten in Modul 3 haben die maximale Punktzahl in Modul 2 oft bereits erreicht. Im Modul 5 „Umgang mit krankheitsspezifischen bzw. therapiebedingten Anforderungen“ zeigt sich hingegen, dass für Pflegegrad 3 bis 5 am häufigsten erhebliche Einschränkungen auftreten, während die höchsten Schweregrade seltener vorliegen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass aufgrund der Immobilität bei dieser Gruppe Therapiemaßnahmen entfallen, weswegen die höchste Punktzahl nicht mehr vergeben wird.

Mit Fokus auf Pflegegrad 1 ergibt sich folgendes Bild: Die Betroffenen weisen überwiegend keine oder nur geringe kognitive sowie motorische Einschränkungen auf und zeigen kaum psychische Problemlagen. Die größten Beeinträchtigungen sind in den Modulen 5 und 6 (Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Gewichtung und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte), was sich durch einen vergleichsweise höheren Anteil an erheblichen Einschränkungen in diesen Modulen widerspiegelt. Auffällig ist auch, dass trotz der hohen Relevanz motorischer Diagnosen in Pflegegrad 1 der Unterstützungsbedarf der Versicherten in Modul 1 vergleichsweise gering ausfällt.

Tabelle 4: Häufigkeit des Schweregrads nach Modulbereichen und Pflegegrad

2023		PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
MODUL 1: MOBILITÄT						
MITTELWERT	(ANTEIL	1,08	2,32	4,16	7,34	9,89
PUNKT/MAX PUNKTE)	GEW.	(10,80%)	(23,15%)	(41,46%)	(73,43 %)	(98,89%)
SCHWEREGRAD DER EINSCHRÄNKUNGEN						
KEINE		60,26%	32%	16%	4%	0%
GERINGE		36,48%	46%	28%	6%	0%
ERHEBLICHE		3,21%	19%	32%	17%	0%
SCHWERE		0,05%	3%	20%	39%	4%
SCHWERSTE		0,00%	0%	3%	34%	96%
MODUL 2: KOGNITIVE UND KOMMUNIKATIVE FÄHIGKEITEN						
MITTELWERT		1,82	3,35	6,01	8,82	12,84
		(12,17 %)	(22,31 %)	(40,05%)	(58,80%)	(85,63%)
SCHWEREGRAD DER EINSCHRÄNKUNGEN						
KEINE		58,75%	39%	22%	14%	6%
GERINGE		34,23%	39%	28%	18%	4%
ERHEBLICHE		6,62%	18%	25%	18%	5%
SCHWERE		0,38%	4%	17%	19%	9%
SCHWERSTE		0,01%	0%	8%	31%	75%
MODUL 3: VERHALTENSWEISEN UND PSYCHISCHE PROBLEMLAGEN						
MITTELWERT		1,17	2,40	5,30	8,27	7,77
		(7,80%)	(16,03%)	(35,33%)	(55,10%)	(51,79 %)
SCHWEREGRAD DER EINSCHRÄNKUNGEN						
KEINE		83%	71%	48%	30%	39%
GERINGE		7%	8%	6%	3%	1%
ERHEBLICHE		7%	11%	16%	11%	6%
SCHWERE		3%	7%	17%	26%	21%
SCHWERSTE		1%	3%	13%	29%	33%
MODUL 4: SELBSTVERSORGUNG						
MITTELWERT		7,60	15,37	22,90	32,15	39,90
		(18,99 %)	(38,42 %)	(57,24%)	(80,37%)	(99,75%)
SCHWEREGRAD DER EINSCHRÄNKUNGEN						
KEINE		27,10%	3%	0%	0%	0%
GERINGE		69,83%	42%	2%	0%	0%
ERHEBLICHE		3,06%	55%	68%	2%	0%
SCHWERE		0,00%	1%	30%	75%	1%
SCHWERSTE		0,00%	0%	0%	23%	99%
MODUL 5: UMGANG MIT KRANKHEITSSPEZIFISCHEN BZW. THERAPIEBEDINGTEN ANFORDERUNGEN						
MITTELWERT		3,43	6,85	9,77	11,34	12,70
		(17,15 %)	(34,24%)	(48,84%)	(56,59%)	(63,50%)
SCHWEREGRAD DER EINSCHRÄNKUNGEN						
KEINE		48,47%	16%	2%	0%	1%
GERINGE		35,26%	40%	26%	13%	2%
ERHEBLICHE		15,43%	37%	49%	55%	53%
SCHWERE		0,83%	7%	19%	24%	32%
SCHWERSTE		0,02%	0%	4%	9%	12%
MODUL 6: GESTALTUNG DES ALLTAGSLEBENS SOWIE SOZIALER KONTAKTE						
MITTELWERT		2,94	5,55	9,49	12,99	14,87
		(19,62%)	(37,01%)	(63,26%)	(86,61%)	(99,14%)

SCHWEREGRAD DER EINSCHRÄNKUNGEN					
KEINE	36%	9%	0%	0%	0%
GERINGE	51%	44%	8%	0%	0%
ERHEBLICHE	13%	39%	35%	4%	0%
SCHWERE	1%	8%	50%	44%	3%
SCHWERSTE	0%	0%	6%	51%	97%
N	26.544	40.949	20.943	5.609	1.694

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des zur Verfügung gestellten Medicproof-Datensatzes

Verlaufsdaten in Pflegegrad 1

Für die Beurteilung der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ferner von Interesse, ob die früher einsetzende Vergabe von Pflegegraden dazu führt, dass das Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit verlangsamt wird.

Der längste Betrachtungszeitraum ergibt sich für die Kohorte, die im Jahr 2017 in Pflegegrad 1 eingestuft wurde. Die Auswertung zeigt sowohl die durchschnittliche Dauer bis zur Höherstufung als auch jene Module, in denen bei einer Höherstufung die stärksten Verschlechterungen der Selbstständigkeit auftreten.

Von den im Jahr 2017 in Pflegegrad 1 eingestuften Personen haben 68 % innerhalb der darauffolgenden fünf Jahre eine erneute Begutachtung in Anspruch genommen (Männer: 65 %, Frauen: 71 %). Unklar bleibt jedoch, ob die übrigen 32% keine Verschlechterung wahrgenommen haben oder ob sie in der Zwischenzeit verstorben sind. 30% der Folgegutachten wurde bereits innerhalb eines Jahres nach der Erstbegutachtung durchgeführt (Männer: 31 %, Frauen 29 %). Der Anteil der in Pflegegrad 1 eingestuften mit Folgegutachten innerhalb eines Jahres ist in den Jahren 2018 bis 2021 ähnlich hoch, mit abnehmender Tendenz. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass in den Jahren kurz nach der Einführung der Pflegegrade die Begutachteten im Durchschnitt noch stärker eingeschränkt waren. Die durchschnittliche Anzahl der Modulpunkte lag in PG1 2018 leicht höher als 2021.

Unabhängig vom Zeitraum bis zur Änderungsbegutachtung resultierte diese mit über 50 % in einer Höherstufung in Pflegegrad 2, gefolgt von etwa 25 % in Pflegegrad 3.

Wenn eine Höherstufung erfolgte, zeigte sich die deutlichste Veränderung im Modul 1 „Mobilität“, in dem die gewichteten Modulpunkte im Durchschnitt um 225 % anstiegen. Die zweithöchste Zunahme der Beeinträchtigungen wurde im Modul 2 „Kognitive und kommunikative Einschränkungen“ beobachtet, in dem die durchschnittliche Punktzahl um 196 % anstieg. Die Werte sind für die in Folgejahren hochgestuften Personen ähnlich. Damit verstärken sich die Einschränkungen in Bereichen, die präventionssensitiv sind.

Diskussion der Ergebnisse

In der privaten und sozialen Pflegeversicherung gelten dieselben Begutachtungsrichtlinien und Leistungsniveaus für die Pflegegrade 1 bis 5. Allerdings unterscheiden sich die Versicherten in ihren soziodemografischen Merkmalen wie Einkommen und Bildungsniveau (vgl. Rothgang, 2023, S. 503). Deshalb ist es auch interessant zu analysieren, ob diese Unterschiede auch zu Unterschieden in pflegebegründenden Diagnosen oder Verläufen führen. Wo entsprechende Daten aus der SPV vorliegen, werden diese daher herangezogen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten. Dies ist insbesondere geboten, wenn aus der Analyse Rückschlüsse für mögliche Reformen gezogen werden sollten, die beide Systeme betreffen würden.

Die Analyse der privatversicherten Pflegebedürftigen hat gezeigt, dass das Durchschnittsalter bei der Erstbegutachtung in den höheren Pflegegraden niedriger ist als in den geringeren Pflegegraden – jüngere Antragsteller sind in den höheren Pflegegraden überproportional vertreten. Eine Hypothese ist, dass in jüngeren Jahren eine Pflegebedürftigkeit durch schwerwiegende Erkrankungen ausgelöst wird. Um dies zu verifizieren, wäre eine detaillierte Analyse, die spezifische Diagnosen mit dem Alter verknüpft erforderlich, kann aber auf Basis der vorliegenden Datenstruktur nicht erfolgen. Anhaltspunkte ergeben sich jedoch aus Studien zu sozialversicherten Pflegebedürftigen: Insbesondere jüngere Männer erhalten häufiger schwerwiegende Diagnosen, wie etwa Neubildungen, und werden dementsprechend in die Pflegegrade 3 bis 5 eingestuft (vgl. Haeger et al., 2024, S. 6). Die höheren Anteile von Krebserkrankungen in höheren Pflegegraden zeigen sich auch in den Medicproof-Daten.

In der PPV werden mehr Männer als Frauen als pflegebedürftig eingestuft. Dies steht im Kontrast zu Daten aus der SPV, wo der Anteil der pflegebedürftigen Frauen deutlich höher ist als der der Männer (vgl. Schütz et al. (2023), Blüher et al. (2021), Haeger et al. (2024)). Der Unterschied lässt sich aber durch die geschlechtsspezifische Versichertenstruktur der PPV und SPV erklären. So waren im Jahr 2023 rund 60 % der vollversicherten Personen in der privaten Krankenversicherung männlich (vgl. PKV-Zahlenportal 2025b), in der SPV hingegen die Mehrheit weiblich (52 %) (vgl. BMG 2025c).

In Übereinstimmung mit den PPV-Daten, nimmt auch in der SPV der Frauenanteil mit steigendem Pflegegrad ab (vgl. Blüher et al., 2023, S. 493; Haeger et al., 2024, S. 3). Diese Beobachtung beschreibt lediglich die Geschlechterverteilung innerhalb der Pflegegrade. Für Aussagen über mögliche Unterschiede in den Einstufungswahrscheinlichkeiten zwischen Frauen und Männern sind zusätzliche Analysen erforderlich. Hinweise aus der Morbiditätsforschung sprechen jedoch dafür, dass solche Unterschiede plausibel sind. Frauen werden häufiger nach einem Schlaganfall pflegebedürftig und erkranken aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung öfter an geriatrischen Erkrankungen (vgl. Schnitzer et al., 2019, S. 357f.). Nach dem soge-

nannten Male-Female-Health-Mortality-Paradox leben Frauen zwar länger, leiden aber häufiger an chronischen oder altersbedingten Erkrankungen, die meist weniger schwerwiegend verlaufen (vgl. Di Lego et al., 2020, S. 1).

Auch die Wohnsituation ist ein wesentlicher Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit – unter anderem, weil sie den Aktivitätsstatus beeinflusst. So kann eine bestehende Partnerschaft etwa die körperliche Beweglichkeit fördern (vgl. Schnitzer et al., 2019, S. 357), während das Alleinleben die geistige und körperliche Aktivität reduzieren kann. Die hohe Prävalenz motorischer Diagnosen in Kombination mit dem hohen Anteil alleinlebender Personen in Pflegegrad 1 stützt diese Annahme. Der Anteil Alleinlebender ist unter Frauen deutlich höher als unter Männern, da diese häufig ihren Partner überleben. Wie in der vorliegenden Analyse gezeigt, findet sich bei Männern im Vergleich zu Frauen ein höherer Pflegegrad im Erstgutachten, weswegen diese trotz ihres jüngeren Alters nach kürzerer Zeit in der Pflegebedürftigkeit versterben. Der höhere Pflegegrad bei der Erstbegutachtung bei Männern lässt sich auch dadurch erklären, dass die (Ehe)-Partnerin den anfänglichen Unterstützungsbedarf ohne Leistungen aus der Pflegeversicherung kompensiert hat. Frauen hingegen sind zu Beginn der Pflegebedürftigkeit bereits eher alleinlebend und benötigen dadurch früher Unterstützung durch die Pflegeversicherung.

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass informelle Pflege in den unteren Pflegegraden eine zentrale Rolle spielt. Dies zeigt sich in einem über die Jahre steigenden Anteil privater Pflegepersonen sowie einem Rückgang der Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste. Unklar bleibt jedoch, ob diese Entwicklung auf eine geringere Nachfrage – etwa mangels Notwendigkeit professioneller Pflege – oder auf ein verringertes Angebot ambulanter Leistungen zurückzuführen ist.

Umfragen zu Folge sind fehlende Angebotskapazitäten jedoch nicht der Hauptgrund für eine fehlende Inanspruchnahme ambulanter Dienste, vielmehr bestimmt der fehlende Bedarf und der Wunsch der Pflegebedürftigen, nicht von Fremden gepflegt zu werden, die geringe Inanspruchnahme. Fehlende Angebotskapazitäten spielen eine geringere Rolle (vgl. Schwinger/Zok, 2024, S. 7). Dies spricht nicht für ein deutlich gesunkenes Angebot – vielmehr liegt nahe, dass der Rückgang in der Nutzung ambulanter Dienste in den niedrigeren Pflegegraden primär auf eine geringere Notwendigkeit zurückzuführen ist.

Diese Annahme wird durch eine Umfrage unter Medicproof-Gutachtern aus dem Jahr 2024 gestützt: Über 83 % der Befragten gaben an, dass nicht-alleinlebende Personen in Pflegegrad 1 überwiegend oder fast immer selbstständig versorgt sind (vgl. Medicproof, 2024, S. 5).

Ein Blick auf die dokumentierten Schweregrade und Diagnosen zeigt: Ähnlich zu Auswertungen SPV-versicherter Pflegebedürftiger sind in unteren Pflegegraden Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dominierend (vgl. bspw. Haeger et al. 2024). Insbesondere in Pflegegrad

1 und 2 spielt in der PPV die ICD-10-Diagnose R26 „Störung des Ganges und der Mobilität“ eine zentrale Rolle. Gangstörungen zählen im höheren Alter zu den häufigsten Symptomen motorischer Erkrankungen. So zeigen 80 % der Menschen in Deutschland im Alter von 85 Jahren entsprechende Symptome. Diese gehen mit erhöhter Sturzgefahr, Mobilitätseinschränkung und sozialer Isolation mit negativen Auswirkungen auf die kognitive Gesundheit einher (vgl. Jahn et al., 2010; Blake et al., 2009; Wöhl et al., 2018). Dies wird durch die vorliegenden Verlaufsdaten der PPV-Versicherten gestützt, die zeigen, dass Höherstufungen aus Pflegegrad 1 häufig mit zunehmenden Einschränkungen in Modul 1 (Mobilität) und Modul 2 (kognitive Fähigkeiten) einhergehen.

Die Analyse der Modulpunkte in Pflegegrad 1 zeigt, dass die motorischen Einschränkungen vorrangig die Bereiche Selbstversorgung, krankheitsbedingte Anforderungen und soziale Teilhabe betreffen (Module 4 bis 6). Daraus lässt sich die Hypothese formulieren, dass durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs viele Personen mit typischen altersbedingten motorischen Einschränkungen nun in Pflegegrad 1 eingestuft werden, die aber noch nicht zu starken Beeinträchtigungen führen. Bei fehlender Prävention ist jedoch die Gefahr gegeben, dass die Selbstständigkeit schnell abnimmt, was sich an schnellen Hochstufungen bei knapp 30 % der Leistungsempfänger niederschlägt.

Die Einschätzungen von Medicproof-Gutachtern deuten auf eine Diskrepanz zwischen Leistungsangebot und Inanspruchnahme hin: In einer Umfrage aus dem Jahr 2024 gaben 66 % der Befragten an, dass Antragsteller vorrangig finanzielle Leistungen erwarteten. Demgegenüber wurden Sachleistungen wie pflegerische Unterstützung (16 %), Hilfsmittel (10 %), wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (7 %) und Heilmittel (0,25 %) deutlich seltener als Motiv für den Antrag genannt (vgl. Medicproof, 2024, S. 8f.). Ähnliches zeigen auch Umfragen unter Pflegebedürftigen der SPV: Hier nennen knapp 83 % der Pflegebedürftigen, dass der Entlastungsbetrag für Haushaltshilfen eingesetzt wird (vgl. Büscher et al. 2023, S. 82). Pflegerische Unterstützungsleistungen und Maßnahmen zur Förderung der Selbstständigkeit stehen im Pflegegrad 1 demnach nicht im Vordergrund.

Hieraus ergibt sich ein Dilemma: Eine Gruppe gefährdeter Versicherter hat mit zunehmendem Alter eine hohe Wahrscheinlichkeit, Pflegeleistungen zu erhalten – und dass sich deren Zustand ohne präventive bzw. rehabilitative Maßnahmen häufig schnell verschlechtert. Der Hauptanreiz für die Antragstellung ist jedoch nicht die Wiederherstellung der Selbstständigkeit, sondern finanzielle Unterstützung, vor allem für Hilfen im Haushalt.

Fazit und Ausblick

Die Wirksamkeit präventiver Interventionen im Pflegebereich ist gut belegt. Gezielte Maßnahmen zur Erhaltung der körperlichen Funktion, zur Sturzprävention und zur Verzögerung weiterer Einschränkungen zeigen signifikante Erfolge (vgl. GKV-Spitzenverband, 2020). Eine flächendeckende Umsetzung umfassender präventiver Programme steht hingegen bis heute aus, obwohl ausreichend internationale Evidenz für die Effektivität von Prävention vorliegt und die Implementierung geeigneter Präventionsmaßnahmen dringend empfohlen wird (vgl. bspw. Gellert et al. 2024).

Neben den Effekten auf die Lebensqualität für die Betroffenen und die Verzögerung des Fortschreitens des Pflegebedürftigkeit können solche Programme auch positive Effekte für die Attraktivität des Pflegeberufs haben: Eine dänische Studie zeigte, dass Pflegekräfte durch vermehrte präventive Tätigkeiten eine höhere Arbeitszufriedenheit erlebten und ihre Arbeit als sinnvoller empfanden (vgl. Rostgaard, 2016, S. 79).

Ob präventive Maßnahmen im Bereich der Pflegeversicherung auch zu einer Reduktion der Gesamtkosten führen können, wird in der Literatur uneinheitlich bewertet. Während Studien aus Großbritannien und Dänemark eine Verringerung des Pflegebedarfs belegen, zeigen sie zugleich, dass die damit verbundenen Einsparpotenziale durch die Kosten der präventiven Maßnahmen weitgehend neutralisiert wurden, sodass unter dem Strich keine Nettoeinsparungen nachweisbar waren (vgl. Glendinning, 2010, S. 90ff.; Rostgaard, 2016, S. 79). Andere empirische Analysen hingegen berichten von signifikanten Kosteneffekten – etwa infolge verkürzter Leistungsbezugsdauern oder reduzierter stationärer Aufenthalte (vgl. Szanton et al., 2018 für den US-amerikanischen Kontext; Bauer et al., 2019 für England).

In Anbetracht der gesundheitlichen Vorteile und eventuell möglicher Kostensenkungen könnte eine Reform der Pflegeversicherungsleistungen nach dem Grundsatz *„Prävention bzw. Rehabilitation vor Leistung“* diskutiert werden. So könnten vor der Leistungsgewährung oder Höherstufung verpflichtende Präventionsmaßnahmen verordnet werden, sofern diese die Wahrscheinlichkeit erhöhen, den Hilfebedarf zu reduzieren. Eine entsprechende Umsetzung könnte sich am dänischen Modell orientieren, bei dem Personen, die ambulante Leistungen in Anspruch nehmen möchten, zunächst eine Therapiephase durchlaufen müssen. Dieses Programm beinhaltete ein zwölfwöchiges Training – mit dem Ergebnis, dass in 60 % der Fälle anschließend kein Pflegebedarf mehr bestand (vgl. WHO, 2019, S. 21f.). Dies stärkt nicht nur die Selbstständigkeit, sondern könnte auch zu weniger Leistungsanträgen führen bei Personen, die sich vom Antrag ausschließlich monetäre Unterstützung versprechen.

Vor dem Hintergrund der schwierigen Finanzierungssituation der Pflegeversicherung könnte auch über weitergehende Reformen diskutiert und eine Fokussierung der Leistungen auf Pflegebedürftige fokussiert werden, die einen größeren pflegerischen Unterstützungsbedarf haben. Da Pflegegrad 1 überwiegend leichte, altersbedingte Einschränkungen erfasst, ohne im engeren Sinne eine Pflegebedürftigkeit im Sinne substantieller Hilfeleistungen zu begründen, könnte auch eine Streichung der Leistungen bzw. eine Konzentration der Leistungen auf Pflegeberatung und Leistungen mit präventivem Charakter erwogen werden. Die Finanzierung der mit dem Entlastungsbetrag besonders häufig finanzierten Haushaltshilfen wäre in diesem Fall den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen und somit aus dem eigenen Einkommen oder Vermögen zu tragen. Die Einordnung dieser Unterstützungsleistungen im Haushalt als originäre Aufgabe der Pflegeversicherung erscheint insgesamt zumindest diskutabel, auch wenn sie gegenwärtig durch das SGB XI abgedeckt sind.

Die Analyse der Einstufungsdaten der privatversicherten Pflegebedürftigen zeigt, dass insbesondere in den unteren Pflegegraden motorische Diagnosen dominieren, insbesondere in Pflegegrad 1 jedoch häufig nur geringe Einschränkungen der Selbstständigkeit vorliegen. Gleichzeitig weisen Verlaufsdaten auf eine rasche Höherstufung bei einem nicht unerheblichen Teil der Betroffenen hin. Die Verschlechterungen der Selbstständigkeit treten zudem in mobilitäts- und kognitionsbezogenen und damit in präventionssensitiven Bereichen auf. Die dazu bestehende Forschung zeigt, dass gezielte Präventionsmaßnahmen effektiv dazu beitragen können, die Mobilität und Selbstständigkeit älterer Menschen zu erhalten und das Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit zu verlangsamen.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind in PPV und SPV die Zahlen der Leistungsempfänger stark angestiegen und die Dynamik ist bisher ungebrochen. Das mit der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs verknüpfte Ziel, Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen und durch rechtzeitige Interventionen deren Fortschreiten zu verlangsamen, wird jedoch bislang nicht im intendierten Maße realisiert. Die Inanspruchnahme entsprechender präventiver Leistungen stehen weder in der PPV noch in der SPV im Fokus der Antragsteller. Eine konsequente Ausrichtung auf präventive Interventionen – etwa durch verpflichtende Teilnahme an Präventions- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen vor Leistungsgewährung erscheint vor diesem Hintergrund ebenso diskussionswürdig wie eine grundsätzliche Neubewertung der Leistungsgewährung bei lediglich altersbedingten, leichten Einschränkungen. Diese Diskussion ist im Hinblick auf die Dynamik der Zahl der Leistungsempfänger notwendig, um die langfristige Finanzierbarkeit der Pflegekostenrisiken in beiden Systemen zu gewährleisten.

Literaturverzeichnis

- Arbeitgeberverband Pflege. (2024). Verband AGVP zählt 143 ambulante Insolvenzen. <https://www.haeusliche-pflege.net/verband-agvp-zaehlt-143-ambulante-insolvenzen/>. Zuletzt abgerufen am 14.08.2025.
- Bauer, A., Fernandez, J.-L., Henderson, C., Wittenberg, R., & Knapp, M. (2019). Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), 1241–1250. <https://doi.org/10.1111/hsc.12756>.
- Blake, H., Mo, P., Malik, S., & Thomas, S. (2009). How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 23(10), 873–887. <https://doi.org/10.1177/0269215509337449>.
- Blüher, Stefan; Schilling, Ralph; Stein, Thomas; Gellert, Paul (2023). Prävention von Pflegebedürftigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66 (5), S. 490–497. DOI: 10.1007/s00103-023-03685-5.
- Büscher A. et al., (2023): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. Abrufbar unter: https://www.vdk.de/assets/bundesverband/dokumente/publikationen_vdk/Pflegestudie_2021/VdK-Pflegestudie_Abschlussbericht_Februar_2023_inkl_Anhang.pdf, zuletzt abgerufen am 13.06.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015). Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PSG_II_-_Referentenentwurf_22-06-2015.pdf, zuletzt abgerufen am 14.08.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025a). Leistungsempfänger nach Pflegestufen/Pflegegraden 1995-2024. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>. Zuletzt abgerufen am 13.6.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025b). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-Fakten_Pflegeversicherung.pdf. Zuletzt abgerufen am 14.08.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit BMG (2025c). Versicherte nach Altersgruppen und Geschlecht. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>, zuletzt abgerufen am 13.6.2025.

- CDU, CSU und SPD (2025). Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag 21. Legislaturperiode. Abrufbar unter <https://www.koalitionsvertrag2025.de/>. Zuletzt abgerufen am 13.06.2025.
- Gellert, Paul; Brandenburg, Hermann; Franke, Annette; Kessler, Eva-Marie; Krupp, Sonja; Pantel, Johannes et al. (2024). Prävention und Gesundheitsförderung im und für das Alter stärken. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 57 (3), S. 199–206. DOI: 10.1007/s00391-023-02262-4.
- GKV-Spitzenverband. (2020). Prävention in der ambulanten Pflege. Abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/schriftenreihe/Schriftenreihe_Pflege_Band_16.pdf. Zuletzt abgerufen am 21.6.2025.
- Glendinning, C. (2010). Home care re-ablement services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study). University of York. Working Paper No. DHR 2438.
- Haeger, C., Baldenius, T., Schnitzer, S., Jürchott, K., Kuhlmei, 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, 58(1), 46–54. <https://doi.org/10.1007/s00391-024-02344-x>.
- Jahn, K., Zwergal, A., & Schniepp, R. (2010). Gait Disturbances in Old Age. Deutsches Ärzteblatt international. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0306>.
- Keck, Antonia; Pendergrass, Anna; Gräbel, Elmar (2024): Pflegebedürftigkeit im Alter: Angehörigen- und Versorgungssituation im Zusammenhang mit den Pflegegraden bei häuslicher Pflege. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 86 (S 01), S3-S12. DOI: 10.1055/a-2183-7198.
- Medicproof (2024). Pflegegrad 1 in der Begutachtung—Datenanalyse und Gutachterbefragung. https://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/Unternehmen/Wissenschaftliches_Dossier_-_Pflegegrad_1_in_der_Begutachtung.pdf. Zuletzt abgerufen am 14.8.2025.
- Medizinischer Dienst Bund. (2023). Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. <https://md-bund.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/pflegebegutachtung-rechtliche-grundlagen.html>. Zuletzt abgerufen am 14.08.2025.
- PKV Zahlenportal (2025a): Leistungsempfänger für ambulante Pflege in Pflegegrad 1. <http://www.pkv-zahlenportal.de>. Zuletzt abgerufen am 14.08.2025.

- PKV Zahlenportal (2025b): Pflegeversicherte. <http://www.pkv-zahlenportal.de>, zuletzt abgerufen am 14.08.2025.
- Rostgaard, T. (2016). Socially investing in older people – Reablement as a social care policy response? *Finnish Journal of Social Research*, 9, 77–80. <https://doi.org/10.51815/fjsr.110759>.
- Rothgang, H. (2023). Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(5), 498–507. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03695-3>.
- Schnitzer, S., Blüher, S., Teti, A., Schaeffner, E., Ebert, N., Martus, P., Suhr, R., & Kuhlmei, A. (2019). Risk Profiles for Care Dependency: Cross-Sectional Findings of a Population-Based Cohort Study in Germany. *Journal of Aging and Health*, 32(5–6), 352–360. <https://doi.org/10.1177/0898264318822364>.
- Schwinger, A, und Zok, K. (2024): Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. *WldO-Monitor* 21, Nr. 1. Abrufbar unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WldOmonitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf. Zuletzt abgerufen am 6.6.2025.
- Schütz, J., Redlich, M.-C., & Fischer, F. (2024). Pflegebedürftigkeit analysieren – Potential der Daten aus Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes Bayern für Public Health-Forschung und -Praxis. *Das Gesundheitswesen*, 86(05), 371–379. <https://doi.org/10.1055/a-2189-2064>.
- Szanton, S. L., Alfonso, Y. N., Leff, B., Guralnik, J., Wolff, J. L., Stockwell, I., Gitlin, L. N., & Bishai, D. (2018). Medicaid Cost Savings of a Preventive Home Visit Program for Disabled Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(3), 614–620. <https://doi.org/10.1111/jgs.15143>.
- Tsiasioti, Chrysanthi; Behrendt, Susann; Jürchott, Kathrin; Schwinger, Antje (2020). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2019*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 257–311.
- Wöhl, C., Siebert, H., & Blättner, B. (2018). Körperliche Aktivität zur Stärkung kognitiver Ressourcen: Systematische Übersicht der Wirksamkeit in Pflegeheimen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(1), 32–38. <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0612-3>.

World Health Organization. (2019). DENMARK Country case study on the integrated delivery of long-term care. <https://iris.who.int/handle/10665/352847>. Zuletzt abgerufen am 14.08.2025.

Impressum

Diese Veröffentlichung erscheint im Rahmen der Online-Publikationsreihe „Forschung am **ivwKöln**“.
Eine vollständige Übersicht aller bisher erschienenen Publikationen findet sich am Ende dieser
Publikation und kann [hier](#) abgerufen werden.

Forschung am ivwKöln, 3/2025
ISSN (online) 2192-8479

Christine Arentz, Henri Winter, Jan-Henrik Simon:
**Analyse der Begutachtungsdaten privatversicherter Pflegebedürftiger und mögliche
Implikationen für die gesetzliche Pflegeversicherung**

Köln, Oktober 2025

Schriftleitung / editor's office:

Prof. Dr. Ralf Knobloch

Schmalenbach Institut für Wirtschaftswissenschaften /
Schmalenbach Institute of Business Administration

Fakultät für Wirtschafts- und Rechtswissenschaften /
Faculty of Business, Economics and Law

Technische Hochschule Köln /
University of Applied Sciences

Gustav Heinemann-Ufer 54
50968 Köln

Mail ralf.knobloch@th-koeln.de

Herausgeber der Schriftenreihe / Series Editorship:

Prof. Dr. Benedikt Funke
Prof. Dr. Ralf Knobloch
Prof. Dr. Michael Völler

Kontakt Autor / Contact author:

Prof. Dr. Christine Arentz

Institut für Versicherungswesen /
Institute for Insurance Studies

Fakultät für Wirtschafts- und Rechtswissenschaften /
Faculty of Business, Economics and Law

Technische Hochschule Köln /
University of Applied Sciences

Gustav Heinemann-Ufer 54
50968 Köln

Tel. +49 221 8275-5329

Fax +49 221 8275-3277

Mail christine.arentz@th-koeln.de

Web www.ivw-koeln.de

Publikationsreihe „Forschung am ivwKöln“

Die Veröffentlichungen der Online-Publikationsreihe "Forschung am ivwKöln" (ISSN: 2192-8479) werden üblicherweise über [Cologne Open Science](#) (Publikationsserver der TH Köln) veröffentlicht. Die Publikationen werden hierdurch über nationale und internationale Bibliothekskataloge, Suchmaschinen sowie andere Nachweisinstrumente erschlossen.

Alle Publikationen sind auch kostenlos abrufbar unter www.ivw-koeln.de.

2025

- 2/2025 Strobel: Vorschläge zur Reform der Alterssicherung in Deutschland (Langfassung)
1/2025 Knobloch: Risikoquantifizierung: Charakteristische Funktion und numerische Methoden als Alternative zur Monte-Carlo-Simulation - Fallbeispiele zu kombinierten Verteilungen

2024

- 6/2024 Haarhoff, Wolf: Alternative Ausgestaltungsmöglichkeiten der Steuer- und Fördersystematik privater Altersvorsorge im Hinblick auf Transparenz und Gerechtigkeit
5/2024 Heep-Altiner, Land, Sebold-Bender, Schüte: Flächendeckende Absicherung von Elementarrisiken
4/2024 Arentz, Wolf: Analyse des Rentenpakets II: Trotz Kapitaldeckung einseitige Belastung jüngerer Generationen
3/2024 Günther: Der Versicherungssenat des Reichsgerichtes, Heinrich Himmler und die Führerscheinklausel
2/2024 Knobloch: Aggregation in einem Risikoportfolio mit Abhängigkeitsstruktur
1/2024 Institut für Versicherungswesen: Forschungsbericht für das Jahr 2023

2023

- 2/2023 Völler, Müller-Peters: InsurTech Karte ivwKöln 2023 - Beiträge zu InsurTechs und Innovation am ivwKöln
1/2023 Institut für Versicherungswesen: Forschungsbericht für das Jahr 2022

2022

- 4/2022 Goecke: Collective Defined Contribution Plans – Backtesting Based on German Capital Market Data 1950 - 2022
3/2022 Knobloch, Miebs: Aktuelle Herausforderungen an das actuarielle und finanzielle Risikomanagement durch COVID-19 und die anhaltende Niedrigzinsphase. Proceedings zum 16. FaRis & DAV-Symposium am 10. Dezember 2021
2/2022 Knobloch: Ein Portfolio von inhomogenen Markov-Ketten mit Abhängigkeitsstruktur
1/2022 Institut für Versicherungswesen: Forschungsbericht für das Jahr 2021

2021

- 4/2021 Institut für Versicherungswesen: Risiko im Wandel als Herausforderung für die Versicherungswirtschaft
3/2021 Völler, Müller-Peters: InsurTech Karte ivwKöln 2021 - Beiträge zu InsurTechs und Innovation am ivwKöln
2/2021 Knobloch: Die quantitative Risikobewertung bei einem Portfolio von dichotomen Risiken mithilfe des zentralen Grenzwertsatzes
1/2021 Institut für Versicherungswesen: Forschungsbericht für das Jahr 2020

2020

- 7/2020 Müller-Peters, Schmidt, Völler: Revolutionieren Big Data und KI die Versicherungswirtschaft? 24. Kölner Versicherungssymposium am 14. November 2019
- 6/2020 Schmidt: Künstliche Intelligenz im Risikomanagement. Proceedings zum 15. FaRis & DAV Symposium am 6. Dezember 2019 in Köln
- 5/2020 Müller-Peters: Die Wahrnehmung von Risiken im Rahmen der Corona-Krise
- 4/2020 Knobloch: Modellierung einer Cantelli-Zusage mithilfe einer bewerteten inhomogenen Markov-Kette
- 3/2020 Müller-Peters, Gatzert: Todsicher: Die Wahrnehmung und Fehlwahrnehmung von Alltagsrisiken in der Öffentlichkeit
- 2/2020 Völler, Müller-Peters: InsurTech Karte ivwKöln 2020 - Beiträge zu InsurTechs und Innovation am ivwKöln
- 1/2020 Institut für Versicherungswesen: Forschungsbericht für das Jahr 2019

2019

- 5/2019 Muders: Risiko und Resilienz kollektiver Sparprozesse – Backtesting auf Basis deutscher und US-amerikanischer Kapitalmarktdaten 1957-2017
- 4/2019 Heep-Altiner, Berg: Mikroökonomisches Produktionsmodell für Versicherungen. Teil 2: Renditemaximierung und Vergleich mit klassischen Optimierungsansätzen.
- 3/2019 Völler, Müller-Peters: InsurTech Karte ivwKöln 2019 - Beiträge zu InsurTechs und Innovation am ivwKöln
- 2/2019 Rohlf, Pütz, Morawetz: Risiken des automatisierten Fahrens. Herausforderungen und Lösungsansätze für die Kfz-Versicherung. Proceedings zum 14. FaRis & DAV-Symposium am 7.12.2018 in Köln.
- 1/2019 Institut für Versicherungswesen: Forschungsbericht für das Jahr 2018