

Susann Behrendt · Chrysanthi Tsiasioti · David Scheller-Kreinsen

A photograph showing a caregiver in a grey polo shirt assisting an elderly woman with her clothing. The woman is wearing a light-colored cardigan over a yellow top and is seated on a bed with a patterned coverlet. The caregiver is leaning over her, adjusting the cardigan. The text 'WIdOmonitor' is overlaid in white on the bottom left of the image.

WIdOmonitor

## Zur Lage pflegender Angehöriger

Ergebnisse einer bundesweiten  
Befragung unter Berücksichti-  
gung regionaler Unterschiede

**WIdO e-Paper 12 (2026)**

**WIdO** | Wissenschaftliches  
Institut der AOK

# Impressum

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

WIdOmonitor: Zur Lage pflegender Angehöriger  
Ergebnisse einer bundesweiten Befragung unter Berücksichtigung regionaler Unter-  
schiede  
WIdO e-Paper 12 (2026)

Berlin, 11.05.2026

Susann Behrendt  
Chrysanthi Tsiasioti  
David Scheller-Kreinsen

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
im AOK-Bundesverband eGmbH – 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: Silke Heller-Jung  
Grafik: AOK Medien GmbH/Désirée Gensrich, Nicola Gerndt  
Titelfoto: istockphoto/SolStock



Copyright: © 2026 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).  
Creative Commons: Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 In-  
ternational (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>  
Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in allen Formen ge-  
nutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemess-  
sen angegeben werden.

DOI: 10.4126/FRL01-006527856

E-Mail: [wido@wido.bv.aok.de](mailto:wido@wido.bv.aok.de)  
Internet: <https://www.wido.de>

# Zusammenfassung/Abstract

## Zusammenfassung

Die vorliegende Befragung gibt Auskunft über die aktuelle Lage pflegender Angehöriger in Deutschland und stellt die vierte Erhebung des WIdO zu diesem Thema dar. Die Ergebnisse der diesjährigen Befragung von rund 1.500 pflegenden Angehörigen zeigen, dass die informelle Pflege weiterhin nicht geschlechtsneutral organisiert ist und weitreichende Folgen für die Erwerbsbiografien, das Einkommen und die Gesundheit der Betroffenen hat. Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen (63 Prozent) sind täglich in die Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Person eingebunden, 45 Prozent der Befragten reduzierten dafür die eigene Erwerbstätigkeit. Dennoch werden bestehende gesetzliche Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nur selten genutzt. Es zeigen sich Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sowie zwischen städtischen und ländlichen Räumen, die sowohl die sozioökonomische Lage der pflegenden Angehörigen als auch die Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten betreffen. Besonders kritisch ist die hohe, auf Basis einer validierten Pflegeskala erhobene Belastung bei rund 43 Prozent der pflegenden Angehörigen. Sie liegt insbesondere, so die vorliegenden Analysen, bei hoher Pflegeintensität, langer Pflegedauer, eingeschränkter Erwerbstätigkeit und oftmals fehlender Unterstützung vor. Gleichzeitig verzichten die Befragten häufig auf zusätzliche Hilfe, beispielsweise durch ambulante Dienste. Die Ergebnisse unterstreichen die Relevanz einer bedarfsorientierten Information und niedrigschwelliger Beratung zu Unterstützungsangeboten sowie einer bedarfsorientierten Ausgestaltung dieser Angebote für Angehörige – auch vor dem Hintergrund längerer Pflegedauern – und einer Stärkung wohnortnaher Unterstützungsstrukturen wie lokale Netzwerke und nachbarschaftliche Hilfe.

## Abstract

This survey, the fourth study on this topic conducted by WIdO, provides insights into the current situation of family caregivers in Germany. This year's survey of around 1,500 family caregivers reveals that informal caregiving remains gendered and has significant implications for the employment histories, income and health of those affected. Two-thirds (63 percent) of family caregivers provide daily care and support for the person in need of care; 45 percent of respondents reduced their own working hours as a result. Nevertheless, existing legal options for balancing caregiving and work are rarely utilised. There are differences between eastern and western Germany, as well as between urban and rural areas. These differences relate to the socio-economic situation of family caregivers and the availability of support services. Of particular concern is the high level of burden experienced by around 43 percent of family caregivers, as measured using a validated care scale. According to the available analyses, this is particularly the case when intensive care, a long duration of care, limited employment opportunities, and a lack of support occur. At the same time, respondents often forego additional help, such as outpatient services. These findings highlight the importance of providing better information and more accessible counselling on support services, as well as tailoring these services to the needs of family caregivers – particularly in view of longer care durations – and strengthening community-based support structures, such as local networks and neighbourly assistance.

# Einleitung

Laut Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2025 knapp 5,7 Millionen Menschen pflegebedürftig, von denen 86 Prozent in der sogenannten Häuslichkeit lebten und nicht in einem Pflegeheim versorgt wurden (Destatis 2024). Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) zeigten in den letzten Jahren mehrfach den starken – und über die Alterung der Gesellschaft hinausgehenden – Anstieg der Pflegeprävalenz (Behrendt et al. 2024; Matzk et al. 2025). Die Ankunft der Babyboomer in den Alterskohorten mit dem höchsten Risiko, pflegebedürftig zu werden, wird diese Zunahme zukünftig einerseits potenzieren und das Versorgungssystem andererseits durch einen steigenden Personalmangel vor drastische Herausforderungen stellen (Schwinger et al. 2024). Elling et al. (2025:297) beschreiben hier eine „wachsende Diskrepanz zwischen Pflegebedarf und Pflegeverfügbarkeit, wobei die formellen und informellen Pflegesysteme – und die Menschen in diesen Systemen – schon heute unter Druck stehen“. Pflegende Angehörige und Zugehörige sind in diesem System eine „zentrale Säule der Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in Deutschland“ (Wimmer und Augustin 2026:36). Das XI. Sozialgesetzbuch definiert sie in § 19 als Pflegepersonen, die „nicht erwerbstätig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen“.

Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit weisen ein selbstorganisiertes Setting auf (Destatis 2024). Jürchott et al. (2026) zeigten mit Blick auf AOK-Versicherte ab 60 Jahren, dass der Anteil der informell Gepflegten (60+ Jahre), die bei Eintritt in die Pflege ausschließlich Geldleistungen bezogen, zwischen 2019 und 2024 von 64,3 auf 73,4 Prozent stieg – und damit auch die Bedeutung der Versorgung für die pflegenden Angehörigen. Häusliche Pflegearrangements sind dabei ein oftmals hochbelastetes Konglomerat, in dem Pflegende selbst Unterstützung und Entlastung benötigen. Die Wissenschaft richtet den Blick zunehmend auf die physischen, psychischen und finanziellen Belastungen dieser Bevölkerungsgruppe und beschreibt die Vorteile sowie vor allem die zahlreichen Herausforderungen für Haushalte und Pflegepersonen (Scheuermann et al. 2024; Schwinger und Zok 2024; ZQP 2023; Büscher et al. 2023; Kuhlmeiy und Budnick 2023; Keck et al. 2024). Dem Zentrum für Qualität in der Pflege (2023) zufolge besitzen pflegende Angehörige ein erhöhtes Risiko für Stress- und Anpassungsstörungen, Depressionen, Erkrankungen der Wirbelsäule und Schmerzen (vgl. auch Gräßel und Behrnt 2016). Ein Viertel der pflegenden Angehörigen reduziert oder beendet die Berufstätigkeit aufgrund der Übernahme der Pflege (Rothgang und Müller 2018).

Auch Politik und Selbstverwaltung haben den hohen Stellenwert der informellen häuslichen Pflege sowie die Notwendigkeit der Stärkung pflegender Angehörige erkannt. Für sie stehen verschiedene Entlastungsangebote zur Verfügung: Dazu zählen unter anderem Unterstützung durch ambulante Pflegedienste, Haushaltshilfen, Tages- und Nachtpflege, Verhinderungs-, Ersatz- und Kurzzeitpflege, Betreuungsdienste sowie Edukationsprogramme durch professionell Pflegende zur Förderung der Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und Senkung des Belastungsempfindens (Löffler et al. 2023). Mit dem im Jahr 2023 in Kraft getretenen Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurden die Geld- und Sachleistungen erhöht, das Entlastungsbudget für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege flexibilisiert und der jährliche Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zeitlich ausgedehnt. Weitere gesetzliche Regelungen zielen auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie ab, insbesondere das Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und das Familienpflegegesetz (FPfZG).

Wissenschaftliche Befunde zeigen jedoch, dass trotz hoher Belastungen viele Entlastungsangebote nur sehr selten in Anspruch genommen werden (Wimmer und Augustin 2026; Schwinger und Zok 2024). Die Schlussfolgerung im Deutschen Alterssurvey von Ehrlich et al. (2024): Die gesetzlichen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erreichen nur einen Bruchteil der Menschen, an die sie sich richten.

Der vorliegende WIdOmonitor setzt hier an und untersucht die Belastungen pflegender Angehöriger sowie assoziierte Merkmale der Befragten, wie Erwerbstätigkeit, Alter, Geschlecht oder auch Haushaltssituation. Was kennzeichnet insbesondere die hochbelasteten Menschen in diesem Kontext? Weiterhin stehen die Nutzung von Entlastungsangeboten und ebenso die Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme dieser Angebote im Fokus, um Optimierungspotenziale zu identifizieren.

Der vorliegende Beitrag ist damit die vierte Erhebung des WIdO zur Lage pflegender Angehöriger seit 2016.

# Befragungsergebnisse

## 1.1 Datengrundlage

Vom 30. September bis zum 21. Oktober 2025 wurden Personen befragt, die als informelle Hauptpflegepersonen Angehörige mit anerkanntem Pflegegrad im häuslichen Umfeld versorgen. Die Stichprobe wurde über das Online-Panel forsa.omninet rekrutiert, wobei auch Teilnehmende der Erhebungen von 2019 und 2023 angefragt wurden. Insgesamt umfasst die Auswertung 1.490 gültige Fälle. Zur Sicherung der Repräsentativität wurden die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Pflegegrad der gepflegten Person auf Basis der amtlichen Pflegestatistik (Destatis 2024) gewichtet. Zudem ermöglicht die Befragung eine differenzierte Betrachtung von Ost- und Westdeutschland sowie der vier siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR): kreisfreie Großstadt, städtischer Kreis, ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen, dünn besiedelter ländlicher Kreis.

## 1.2 Pflegehaushalte

### Informelle Pflege weiterhin größtenteils „Frauensache“

Die befragten pflegenden Angehörigen sind in der Mehrzahl (67,2 Prozent) zwischen 20 und 64 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter bei 59 Jahren liegt (Tabelle 1a). Dabei leisten Frauen weiterhin in hohem Maße die informelle Pflege. Diese geschlechtsspezifische Konzentration von Sorgearbeit verweist auf bestehende strukturelle Ungleichheiten und das Fortbestehen traditioneller Rollenbilder. 60,4 Prozent der pflegenden Angehörigen sind weiblich (2023: 63,1 Prozent; 2019: 62,6 Prozent). Informelle Pflege ist somit nicht geschlechtsneutral organisiert, sondern eingebettet in bestehende soziale und kulturelle Erwartungsstrukturen, die insbesondere Frauen in die Verantwortung nehmen (Geyer et al. 2024; Rocard und Llana-Nozal 2022; BMFSFJ 2020).

Pflegende Angehörige betreuen vor allem Vater oder Mutter (42 Prozent), gefolgt vom Partner beziehungsweise der Partnerin mit einem Drittel (29 Prozent) aller Pflegenden. Mehr als jede zehnte befragte Person (12 Prozent) pflegt das eigene Kind. Rund 85 Prozent der versorgten Pflegebedürftigen sind erheblich (Pflegegrad 2) oder schwerwiegend (Pflegegrad 3) beeinträchtigt. Mehr als jeder zehnte (13,1 Prozent) weist Pflegegrad 4 oder 5 und damit schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit mit einem sehr beziehungsweise außergewöhnlich hohen Pflegebedarf auf. Knapp 16 Prozent der Pflegebedürftigen sind demenziell erkrankt.

Informelle Pflege ist dabei kein kurzfristiges Engagement: Die Hälfte der Befragten (50,7 Prozent) pflegt seit ein bis fünf Jahren in der Häuslichkeit, ein Drittel (38,3 Prozent) sogar länger. Etwa jeder zweite pflegende Angehörige (51,8 Prozent) lebt mit der pflegebedürftigen Person im gleichen Haushalt. Trifft dies nicht zu, so wohnen 54,7 Prozent zumindest in der gleichen Stadt beziehungsweise im gleichen Ort. Bei mehr als jedem Vierten (28 Prozent) befinden sich die Wohnorte von gepflegter und pflegender Person jedoch in unterschiedlichen Städten beziehungsweise Orten, was eine koordinierte Versorgung über eine gewisse Distanz hinweg erfordert. In 52,6 Prozent der Haushalte sind neben den befragten Hauptpflegepersonen weitere Personen in die Betreuung und Pflege eingebunden.

In Tabelle 1b im Anhang sind zusätzlich die Charakteristika der Pflegehaushalte mit regionaler (westdeutsche und ostdeutsche Bundesländer) und siedlungsstruktureller Differenzierung (Großstadt bis stark ländliche Regionen) aufgeführt.

Tabelle 1a: Befragte pflegende Angehörige: Soziodemografie und Rahmenbedingungen der Pflege

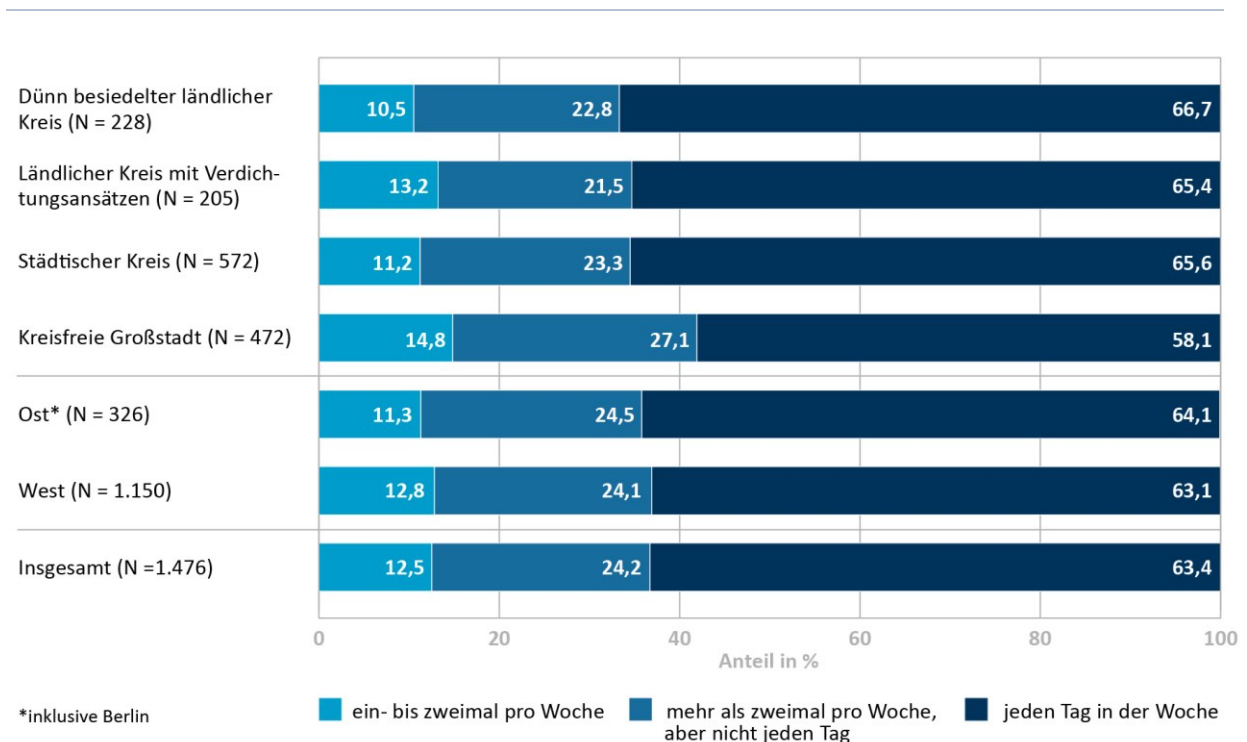
Hauptpflegeperson	N 1.490		Jahr 2025 (N = 1.490)
Alter	1.490	20–49 Jahre	22,2%
		50–64 Jahre	45,0%
		65+ Jahre	32,8%
		Mittelwert in Jahren	59,1
Geschlecht	1.477	männlich	39,1%
		weiblich	60,4%
		divers	0,5%
Dauer der Pflege	1.488	mindestens 5 Jahre	38,3%
		mindestens 1 Jahr, weniger als 5 Jahre	50,7%
		weniger als 1 Jahr	11,0%
Erwerbstätigkeit	1.479	vollzeiterwerbstätig	31,3%
		teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig	27,7%
		Auszubildende(r)/Lehrling/Umschüler(in)	0,0%
		zurzeit nicht erwerbstätig (einschließlich: Studium, Arbeitslosigkeit, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rente)	41,0%
Haushaltseinkommen	1.341	< 2.000 Euro	10,3%
		2.000 bis < 4.000 Euro	47,0%
		4.000 Euro und mehr	42,7%
Schulbildung	1.484	ohne Abschluss/Hauptschulabschluss	8,4%
		Mittlere Reife/weiterführende Schule oder Abitur/POS	42,7%
		Abitur/Hochschulreife/EOS	47,7%
<b>Pflegebedürftige</b>	<b>1.490</b>		
Alter	1.489	0–19 Jahre	8,7%
		20–59 Jahre	9,6%
		60–69 Jahre	7,8%
		70–79 Jahre	18,5%
		80–89 Jahre	36,5%
		90+ Jahre	18,9%
		Mittelwert in Jahren	72,7
Geschlecht	1.485	männlich	40,6%
		weiblich	59,3%
		divers	0,1%
Pflegegrad	1.490	Pflegegrad 1	2,3%
		Pflegegrad 2	51,6%
		Pflegegrad 3	33,0%
		Pflegegrad 4	10,0%
		Pflegegrad 5	3,1%
Demenz	1.468	ja	15,7%
Haushaltsgröße	1.461	eine Person	12,9%
		zwei Personen	52,2%
		mindestens drei Personen	35,0%
Weitere (Neben-)Pflegepersonen eingebunden	1.483	ja	52,6%
Hauptpflegeperson und Pflegebedürftiger leben im selben Haushalt	1.486	ja	51,8%
Wohnort des Pflegebedürftigen, wenn nicht im selben Haushalt	718	in einer anderen Wohnung im selben Haus	17,3%
		nicht im selben Haus, aber im selben Ort/in derselben Stadt	54,7%
		in einem anderen Ort/einer anderen Stadt	28,0%
Verwandtschaftsgrad zur pflegenden Person	1.486	Ehemann/-frau bzw. Lebenspartner/in	29,0%
		Vater/Mutter	42,0%
		Schwiegervater/Schwiegermutter	6,0%
		Sohn/Tochter	12,0%
		sonst verwandt	7,0%
		ein Freund, ein Nachbar (kein verwandtschaftliches Verhältnis)	4,0%

## 1.3 Pflegeumfang

### Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen pflegen täglich

Die zeitliche Beanspruchung bildet als zentrale Dimension informeller Pflegearrangements den Umfang der regelmäßig übernommenen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen im Alltag der pflegenden Angehörigen ab. Die in unserer Studie erfragten zeitlichen Ressourcen, die die Befragten für Betreuung und Pflege aufwenden, sind dabei enorm: Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen (63,4 Prozent) sind diesbezüglich jeden Tag in der Woche aktiv, knapp jede vierte Person mehr als zweimal wöchentlich (Abbildung 1).

**Abbildung 1: Frequenz der geleisteten Pflege innerhalb einer Woche: Gesamt- und Regionalvergleich, in %**

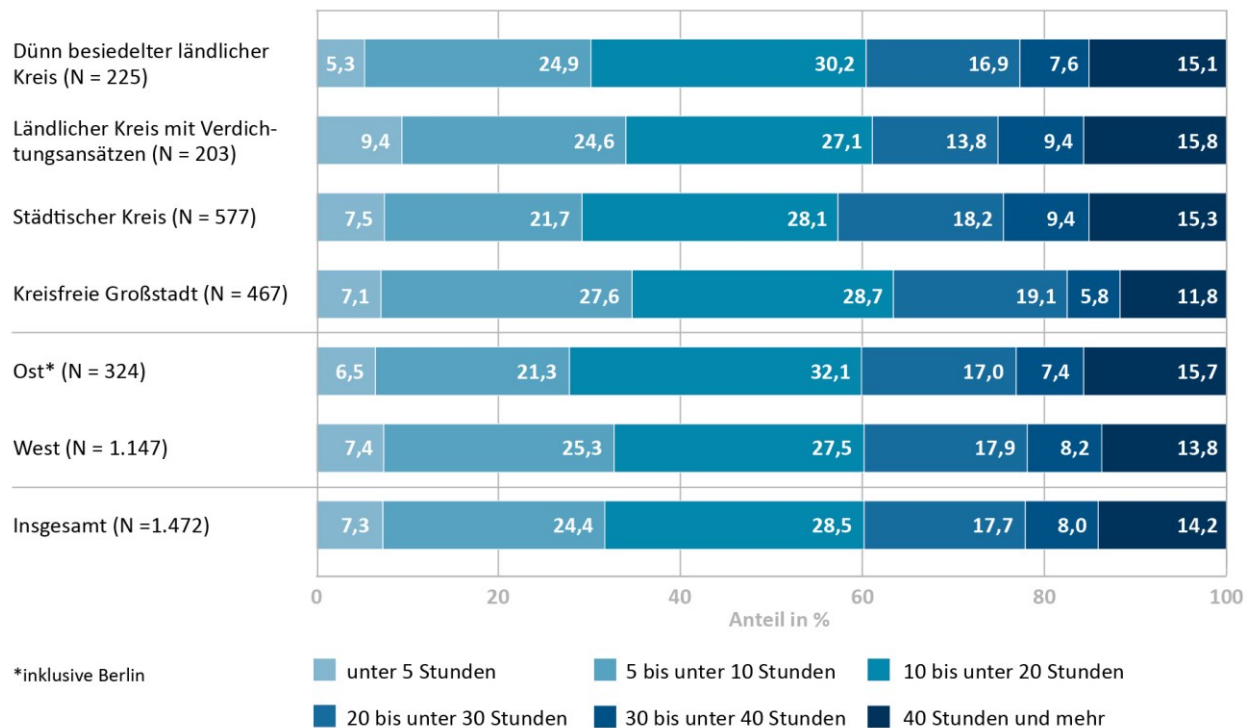


© WIdO 2026

Neben der Frequenz ist auch die wöchentliche Stundenzahl ein relevanter Marker für den Pflegeumfang der Angehörigen. Mehr als jede zehnte befragte Person (14,2 Prozent) pflegt nach eigenen Aussagen mindestens 40 Stunden pro Woche, jede fünfte (22,2 Prozent) mindestens 30 Stunden (siehe Abbildung 2). Dies verweist auf die Wahrnehmung einer kontinuierlichen Einbindung, die einem nahezu vollzeit-äquivalenten Zeitaufwand entspricht und das Ausmaß der gefühlten Verantwortung als pflegender Angehöriger unterstreicht. Hinsichtlich des zeitlichen Umfangs der Pflege zeigen sich insgesamt keine ausgeprägten Unterschiede zwischen den Befragten aus Ost- und Westdeutschland. Allerdings deutet sich eine tendenziell höhere zeitliche Belastung in stark ländlichen Regionen im Vergleich zu großstädtischen Räumen an. Während Befragte in dünn besiedelten Kreisen hier mit 66,7 Prozent den höchsten Wert an täglicher Pflege aufweisen, zeigt sich für den großstädtischen Raum der niedrigste Anteil mit 58,1 Prozent. Ein möglicher Erklärungsansatz kann hier in unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen gesehen werden: In ländlichen Regionen könnten unter anderen eine potenziell geringere Dichte an und längere Wege zu Unterstützungsangeboten dazu führen, dass bestimmte Versorgungs- und Entlastungsleistungen stärker durch informelle Pflegearrangements kompensiert werden müssen. In (groß-)städtischen Räumen ist demgegenüber häufig von einer besseren Erreichbarkeit und

Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten auszugehen, was eine teilweise zeitliche Entlastung der pflegenden Angehörigen ermöglichen könnte (SVR 2014).

**Abbildung 2: Umfang der geleisteten Pflege in Stunden: Gesamt- und Regionalvergleich, in %**



© WIdO 2026

Differenziert nach Pflegesetting, das zeigen vertiefende Analysen, pflegt rund ein Viertel der Befragten (27 Prozent) mit selbstorganisiertem Setting (ausschließlich Pflegegeld) mindestens 30 Stunden wöchentlich. Bei Befragten in Settings mit Einbindung eines ambulanten Pflegediensts (Sach- und Kombinationsleistung) reduziert sich dieser Anteil erheblich, auf 15,9 Prozent.

## 1.4 Erwerbstätigkeit

### Knapp die Hälfte der Teilzeiterwerbstätigen reduzierten aufgrund der Pflege

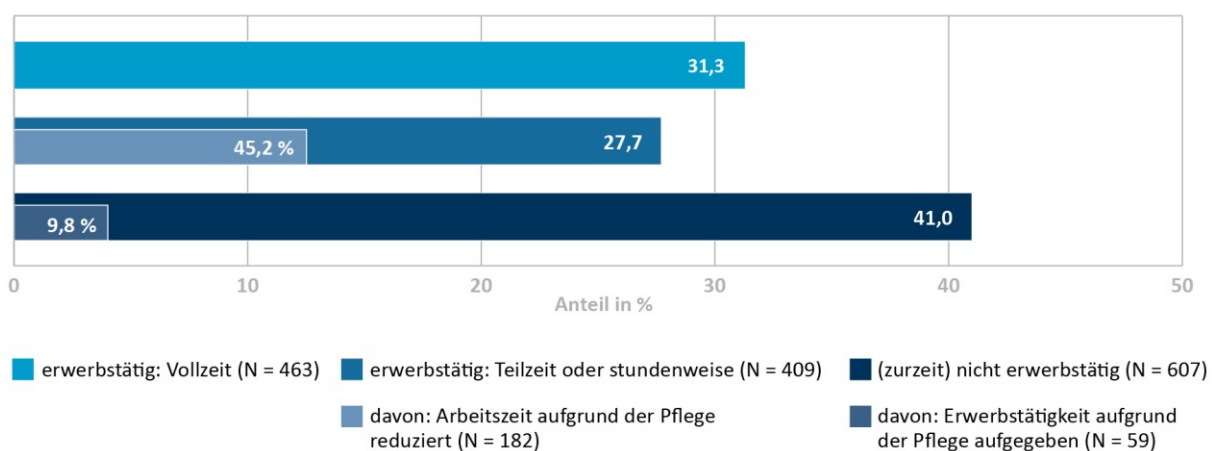
Informelle Pflege ist mit erheblichen zeitlichen, gesundheitlichen und ökonomischen Belastungen verbunden (unter anderem Schwinger und Zok 2023; BMFSFJ 2020). Studien auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigen, dass pflegende Angehörige ihre Erwerbsarbeitszeit signifikant reduzieren oder ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen, was zu Einkommenseinbußen und langfristigen Nachteilen in der Alterssicherung führen kann (Brandt et al. 2025). Menschen mit einer Pflegeverantwortung für Angehörige sind im Vergleich zu Nicht-Pflegenden seltener erwerbstätig beziehungsweise arbeiten häufiger in Teilzeit (Gärtner et al. 2020).

Gemäß dem aktuellen WIdOmonitor ist mehr als die Hälfte der Befragten (59 Prozent) erwerbstätig, ein Drittel aller Befragten (31,3 Prozent) in Vollzeit (Abbildung 3). Rund jede vierte befragte Person (27,7 Prozent) arbeitet in Teilzeit. Knapp die Hälfte von ihnen (45,2 Prozent) gibt an, die Erwerbstätigkeit aufgrund der Übernahme der Pflege reduziert zu haben. Dabei zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede bei den Hauptpflegepersonen (hier nicht abgebildet): Während 65,7 Prozent der Männer in Vollzeit arbeiten, sind es bei den Frauen lediglich 33,5 Prozent. Letztere sind stattdessen mit 48,6

Prozent deutlich häufiger in Teilzeit beschäftigt (Männer: 20,1 Prozent). Der Anteil pflegender Frauen im dünn besiedelten Raum ist im Vergleich aller Regionstypen mit 64,5 Prozent am höchsten (Anhang: Tabelle 1b). Weiterhin lässt sich für den stark ländlichen Raum feststellen, dass die Befragten hier seltener vollzeiterwerbstätig sind.

Unsere Ergebnisse verweisen damit auf ein ambivalentes Muster im Kontext der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbsarbeit: Einerseits reduzieren viele Befragte ihre Arbeitszeit infolge der Pflegeverpflichtungen, andererseits bleibt ein deutlicher Anteil trotz hoher zeitlicher Beanspruchung weiterhin erwerbstätig. Diese Beobachtung verweist auf einen potenziell strukturell bedingten Vereinbarkeitskonflikt, in dem pflegende Angehörige zwischen ökonomischer Absicherung und beruflicher Lebenswelt sowie Sorgeverantwortung navigieren müssen.

**Abbildung 3: Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson, in %**



© WIdO 2026

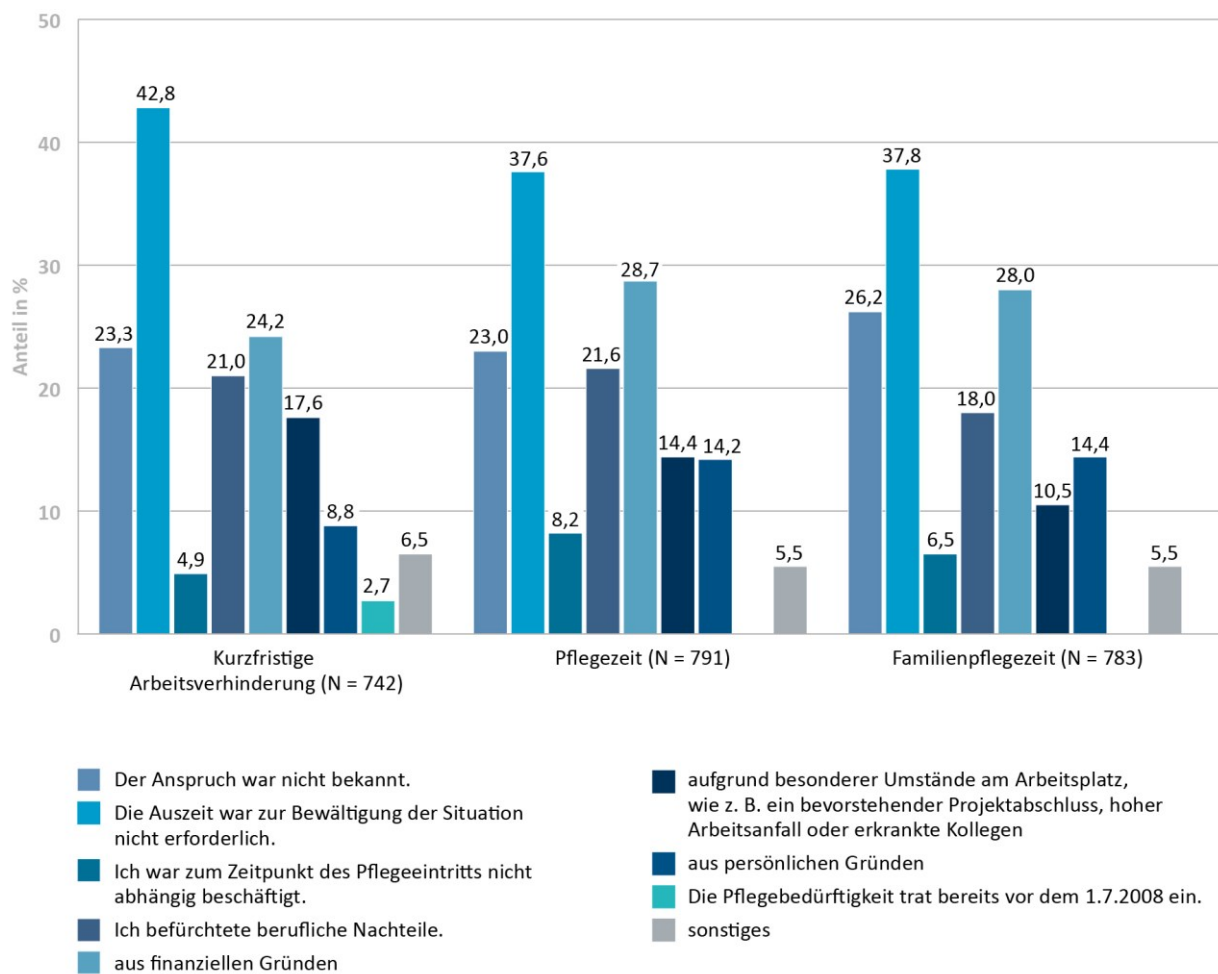
## Gesetzliche Auszeiten für Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kaum genutzt

In diesem Kontext sind gesetzliche Regelungen zur Vereinbarkeit von Sorgearbeit und bezahlter Tätigkeit hochrelevant. In akuten Pflegesituationen ermöglicht es die kurzzeitige Arbeitsverhinderung gemäß § 2 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) Beschäftigten, unabhängig von der Betriebsgröße für bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu organisieren oder sicherzustellen. In dieser Zeit kann das sogenannte Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung beantragt werden. Ergänzend dazu sieht die Pflegezeit nach § 3 PflegeZG die Möglichkeit einer vollständigen oder teilweisen Freistellung für die Dauer von bis zu sechs Monaten vor. Dieser Rechtsanspruch besteht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten. Für eine längerfristige Entlastung kann zudem die Familienpflegezeit gemäß § 2 FPfZG in Anspruch genommen werden. Dabei wird die wöchentliche Arbeitszeit über einen Zeitraum von maximal 24 Monaten auf bis zu 15 Stunden reduziert. Dieser Anspruch greift jedoch erst in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten (ausgenommen Auszubildende). Zur finanziellen Absicherung während dieser Phasen sieht der Gesetzgeber neben dem Pflegeunterstützungsgeld für die Akutphase zinslose Darlehen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) vor.

Vor diesem Hintergrund ist die geringe Inanspruchnahme dieser gesetzlich verankerten Unterstützungsinstrumente durch die erwerbstätigen Befragten auffällig. Lediglich 12,5 Prozent der Erwerbstätigen nutzten bisher die Möglichkeit mindestens einer Pflege-Auszeit. Dabei dominiert die kurzzeitige Arbeitsverhinderung: Von diesen insgesamt 109 erwerbstätigen Befragten machten 87,1 Prozent von der kurzzeitigen Freistellung Gebrauch. Die Pflegezeit sowie die Familienpflegezeit nutzten rund jeweils ein Fünftel der 109 Befragten (22,7 beziehungsweise 20 Prozent).

Fazit: Der Großteil der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen nutzt die vorhandenen Regulationen zur Vereinbarkeit nicht. Es besteht eine Diskrepanz zwischen formaler Verfügbarkeit und tatsächlicher Inanspruchnahme. Neben möglichen Informationsdefiziten sind es anscheinend ökonomische und berufliche Faktoren, die die Inanspruchnahme faktisch limitieren (Abbildung 4). Jeder vierten befragten erwerbstätigen und pflegenden Person waren diese Angebote nicht bekannt (zwischen 23 und 26,2 Prozent). Als weitaus häufigsten Grund, ihren Anspruch nicht geltend zu machen, führten die Befragten den fehlenden Bedarf an (zwischen 37,6 und 42,8 Prozent). Etwa jeder Vierte (24,2 bis 28,7 Prozent) entschied sich aus finanziellen Gründen gegen diese Angebote. Die Befürchtung beruflicher Nachteile ist ein weiterer relevanter Grund dafür, diese Angebote nicht zu nutzen (18 bis 21,6 Prozent).

**Abbildung 4: Barrieren der Vereinbarkeit: Warum gesetzliche Pflege-Auszeiten oft nicht genutzt werden (Mehrfachnennungen möglich), in %**



## 1.5 Inanspruchnahme von pflegerischen Unterstützungsleistungen

### Überwiegend selbstorganisierte Pflegesettings

Anknüpfend an die geringe Nutzung von Vereinbarkeitsangeboten zeigt sich auch im Bereich pflegerischer Unterstützungsleistungen ein ähnliches Muster. Der Fokus lag hierbei explizit auf jenen Leistungen, die unmittelbar zur Entlastung der häuslichen Pflegesituation beitragen. Die ambulante Pflegesachleistung gemäß § 36 SGB XI, das heißt, die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes, bildet hierbei das Fundament. Zur zeitweisen Entlastung im Tagesverlauf dient die teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI. Sie ermöglicht eine professionelle Betreuung in einer Einrichtung, ohne dass die eigene Wohnung aufgegeben werden muss. Für Phasen, in denen die private Pflegeperson durch Urlaub oder Krankheit die Versorgung vorübergehend nicht übernehmen kann, bietet die Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI eine flexible Ersatzpflege im vertrauten Wohnumfeld. Davon abzugrenzen ist die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI. Sie sieht eine zeitlich befristete vollstationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung zur Überbrückung von Krisensituationen oder nach Krankenhausaufenthalten vor.

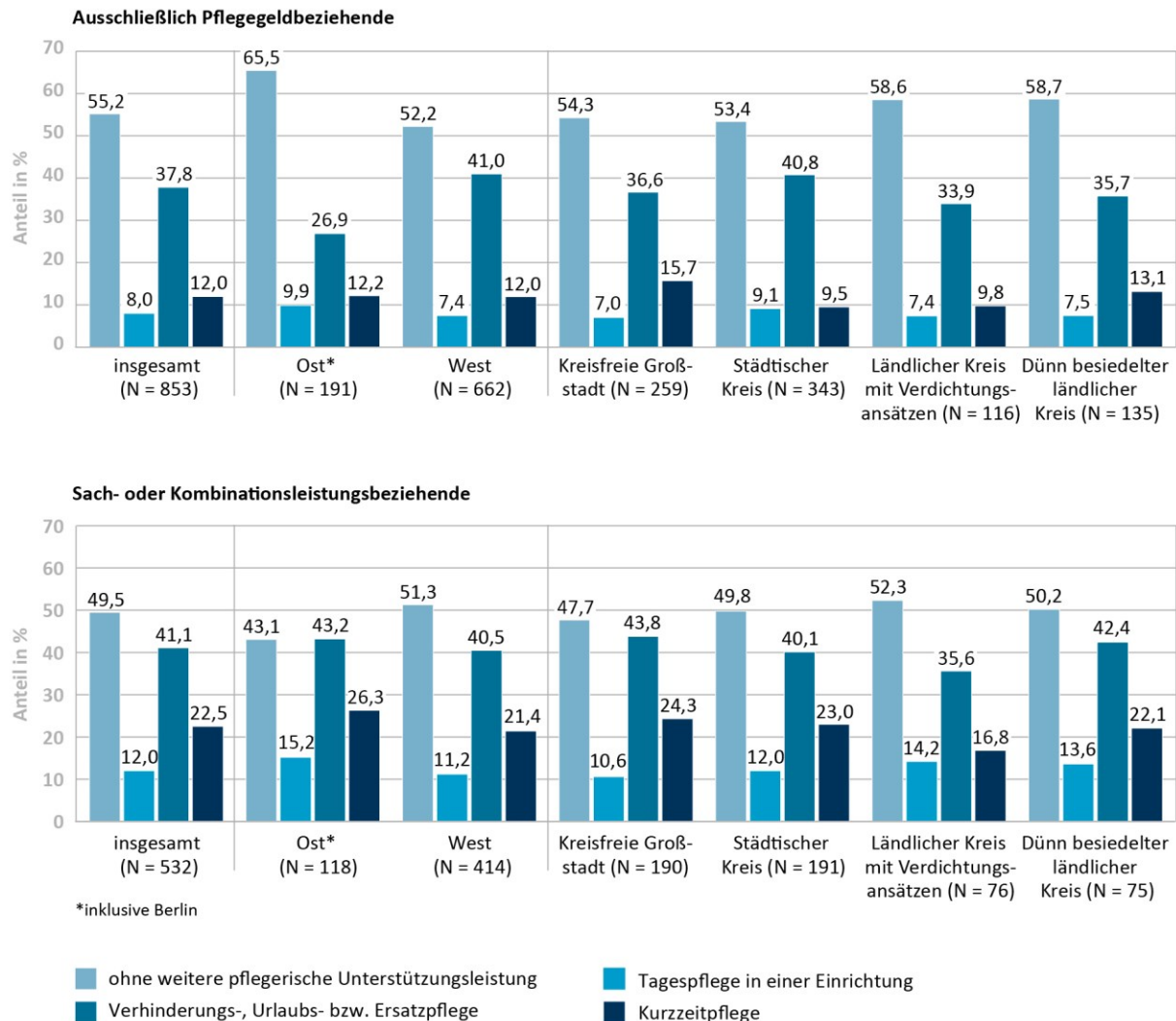
In der Mehrheit der Pflegearrangements (55,2 Prozent) nehmen die Pflegebedürftigen ausschließlich Pflegegeldleistungen und keine weiteren pflegerischen Unterstützungsleistungen in Anspruch (Abbildung 5). Die Organisation der Pflege erfolgt in diesen Fällen weitgehend eigenständig durch die Angehörigen; die Alltagsorganisation und die Koordination der Versorgung verbleiben überwiegend im privaten Haushalt. Dieses Muster entspricht der in Deutschland dominierenden Struktur informeller häuslicher Pflege, in der finanzielle Leistungen die familiäre Pflege unterstützen, jedoch nicht durchgehend durch formelle Sach- oder Entlastungsleistungen ergänzt werden.

Die Ergebnisse weisen auch darauf hin, dass die Häufigkeit solcher selbst organisierten Settings regional variiert, und bestätigen damit empirisch vorliegende Befunde. Während in Ostdeutschland 65,5 Prozent der Befragten ausschließlich Pflegegeld beziehen, sind es in Westdeutschland 52,2 Prozent. In der Forschung ist dieses Gefälle bekannt: Ostdeutsche Regionen weisen tendenziell höhere Anteile an selbst organisierten Settings auf (Behrendt et al. 2024; Klie 2025; Tsiasioti et al. 2024).

Deutliche Ost-West-Unterschiede zeigen sich bei denjenigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, auch bei der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege. Diese scheint bei den Befragten in Westdeutschland mit 41 Prozent verbreiteter zu sein als bei den ostdeutschen Befragten mit 26,9 Prozent. Bei Befragten in Settings, in denen auch Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden, finden sich diesbezüglich hingegen keine starken Unterschiede. Die Inanspruchnahme von Tagespflege betrifft regionsübergreifend bei beiden Gruppen – Pflegegeld- ebenso wie Sachleistungsbezug – den geringsten Teil.

Die Gründe für diese Varianzen sind bisher nicht hinreichend untersucht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sie vielfältig sind. Morbiditätsbezogene, soziodemografische und -ökonomische sowie historisch-kulturelle Faktoren können dabei ebenso eine Rolle spielen wie das Vorliegen unterschiedlicher Versorgungsstrukturen und die Verfügbarkeit von professionellen Entlastungsangeboten (Behrendt et al. 2024). In der aktuellen Forschungsliteratur stehen hier Unterschiede zwischen den Bundesländern (Klie 2025; Klie 2022; Büscher und Klie 2024; Tsiasioti et al. 2024), Stadt-Land-Vergleiche beziehungsweise Wohnortgrößenanalysen (pflege.de 2024, Büscher et al. 2023, Schulz 2025) oder generell Erreichbarkeiten, etwa bei der Nutzung von Tagespflegeangeboten, im Vordergrund (Bösl et al. 2024).

**Abbildung 5: Ergänzende Pflegeleistungen<sup>1</sup> – Inanspruchnahme nach Leistungsart:  
Gesamt- und Regionalvergleich (Mehrfachnennungen möglich), in %**



© WiDO 2026

## Durchschnittlich 470 Euro pro Monat für Pflegeleistungen werden privat getragen

Vor dem Hintergrund dieser teilweise geringen Inanspruchnahme gewinnt die Betrachtung der zusätzlich zu den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) von den Versicherten selbst getragenen Kosten an Bedeutung. Darum wurden in der Befragung neben der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen auch die mit der Pflege verknüpften monatlichen Kosten erfasst, die nicht von der Pflegeversicherung getragen werden.<sup>2</sup> Mehr als zwei Fünftel der Befragten (43,6 Prozent), die mindestens eine der oben genannten Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen hatten, geben zusätzliche private Kosten von im Schnitt 469 Euro pro Monat an (Tabelle 2).

Für Pflegedienste beträgt die monatliche Zuzahlung durchschnittlich 277 Euro, für die Tagespflege rund 397 Euro. Da es sich bei der Kurzzeit- und Verhinderungspflege um zeitlich begrenzte Leistungen handelt, wurden – anders als in den Vorstudien – die finanziellen Eigenanteile monatlich erhoben, um

<sup>1</sup> Bezieht sich ausschließlich auf Bezug von Leistungen bei vorliegendem Pflegegrad 2 bis 5.

<sup>2</sup> Die Aufwendungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege wurden ebenfalls auf monatlicher Basis erhoben – im Gegensatz zu vorangegangenen Erhebungen, in denen die Kosten für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege retrospektiv für einen Zeitraum von zwölf Monaten abgefragt wurden.

eine zeitnahe Erfassung der tatsächlichen Belastungen zu ermöglichen. Bei der Kurzzeitpflege zahlten 32 Prozent im Schnitt 677 Euro in diesem Monat privat zu. Bei 30,2 Prozent der Befragten, die angaben, bei der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege Kosten selbst zu tragen, beliefen sich die Zuzahlungen im Schnitt auf 307 Euro im Monat.

Die angegebenen Eigenbeteiligungen zeigen eine große Varianz und somit eine erhebliche Variabilität der monatlichen Kosten um den Mittelwert, wie in Tabelle 2 zu sehen ist. Dies spiegelt die heterogene Inanspruchnahme der Pflegeleistungen wider, wobei die finanziellen Belastungen zwischen den Befragten stark divergieren. Einzelne befragte Pflegenden mit überdurchschnittlich hohen privaten zusätzlichen Kosten beeinflussen hierbei maßgeblich den Mittelwert.

**Tabelle 2: Privat getragene Versorgungskosten im Pflegehaushalt: Häufigkeit und Verteilungskennzahlen**

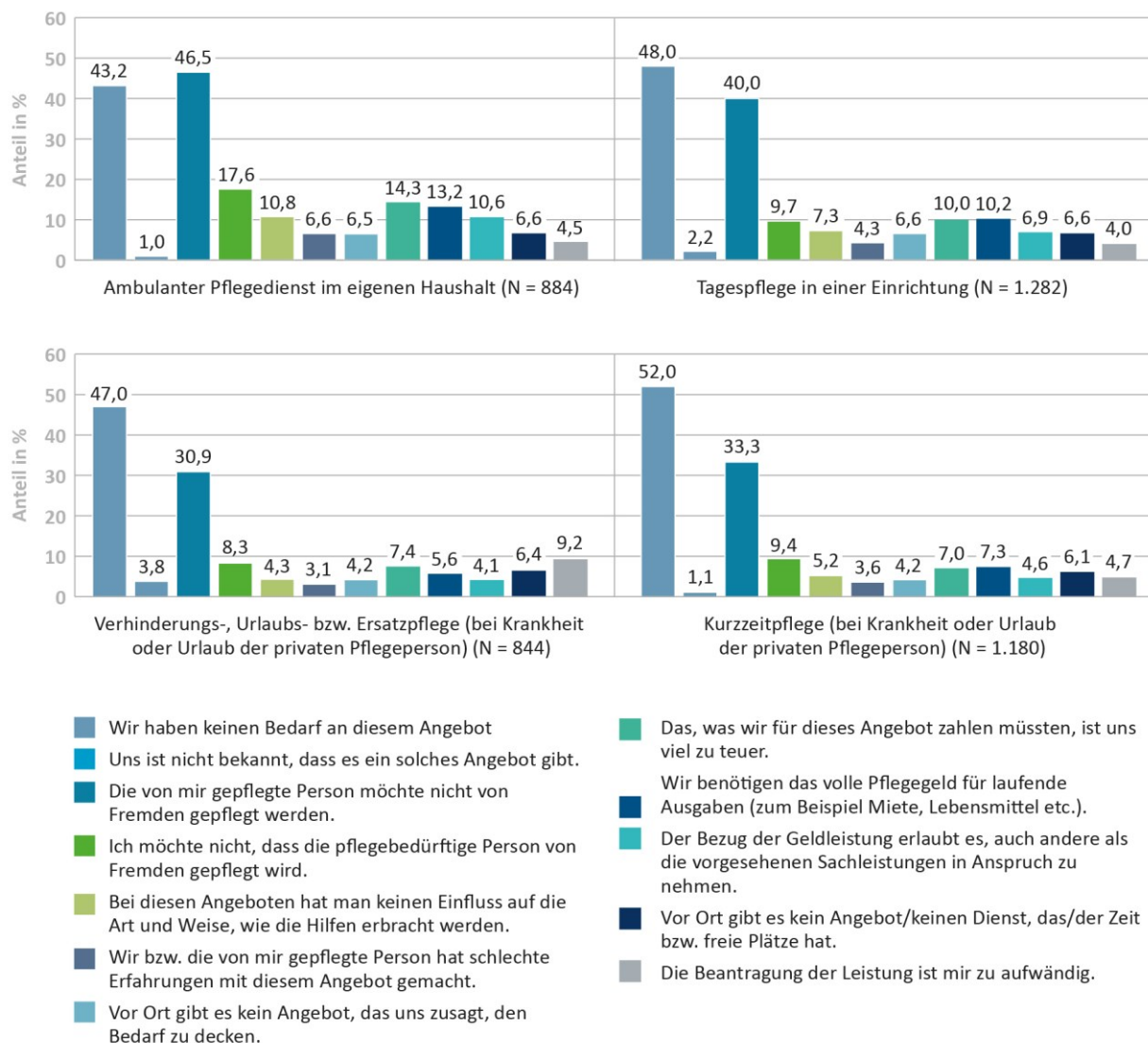
	Anteil Befragte mit Angaben von selbst getragenen Kosten in Prozent	Selbst getragene Kosten in Euro pro Monat		
		Mittelwert	Median	Standardabweichung
Pflegedienst (N = 197)	39,5	277	100	435
Tagespflege (N = 88)	67,2	397	212	432
Verhinderungspflege (N = 131)	30,2	307	200	366
Kurzzeitpflege (N = 55)	32,0	677	318	830
Insgesamt (N = 356)	43,6	469	200	725

© WIdO 2026

### **Hauptgründe für die Nicht-Nutzung: primär fehlender Bedarf und die Ablehnung professioneller Hilfe. Finanzielle Hürden und fehlende Angebote spielen eine untergeordnete Rolle**

Zudem wurden die Hauptpflegepersonen, die die Angebote der Pflegeversicherung nicht nutzen, hinsichtlich ihrer Beweggründe für den Verzicht auf die Leistung befragt. Hauptpflegepersonen verzichten demnach oft auf Angebote der Pflegeversicherung, weil etwa die Hälfte der Nicht-Nutzenden keinen Bedarf sieht (Pflegedienst: 43,2 Prozent bis Kurzzeitpflege: 52 Prozent) oder die Pflegebedürftigen keine Fremden zur Betreuung und Pflege wünschen (Verhinderungspflege: 30,9 Prozent bis Pflegedienst: 46,5 Prozent) (Abbildung 6). Finanzielle Gründe, wie die Nutzung des Pflegegelds für Fixkosten (Verhinderungspflege: 5,6 Prozent bis Pflegedienst: 13,2 Prozent) oder hohe Eigenanteile (Kurzzeitpflege: 7 Prozent bis Pflegedienst: 14,3 Prozent), spielen eine Rolle, jedoch wesentlich seltener. Weiterführende Informationen zu den Gründen der Nicht-Nutzung, wie fehlende lokale Angebote (circa 6 Prozent), schlechte Erfahrungen (Verhinderungspflege: 3,1 Prozent bis Pflegedienst: 6,6 Prozent) oder Unkenntnis (Pflegedienst: 1 Prozent bis Verhinderungspflege: 3,8 Prozent), werden nur in Einzelfällen genannt.

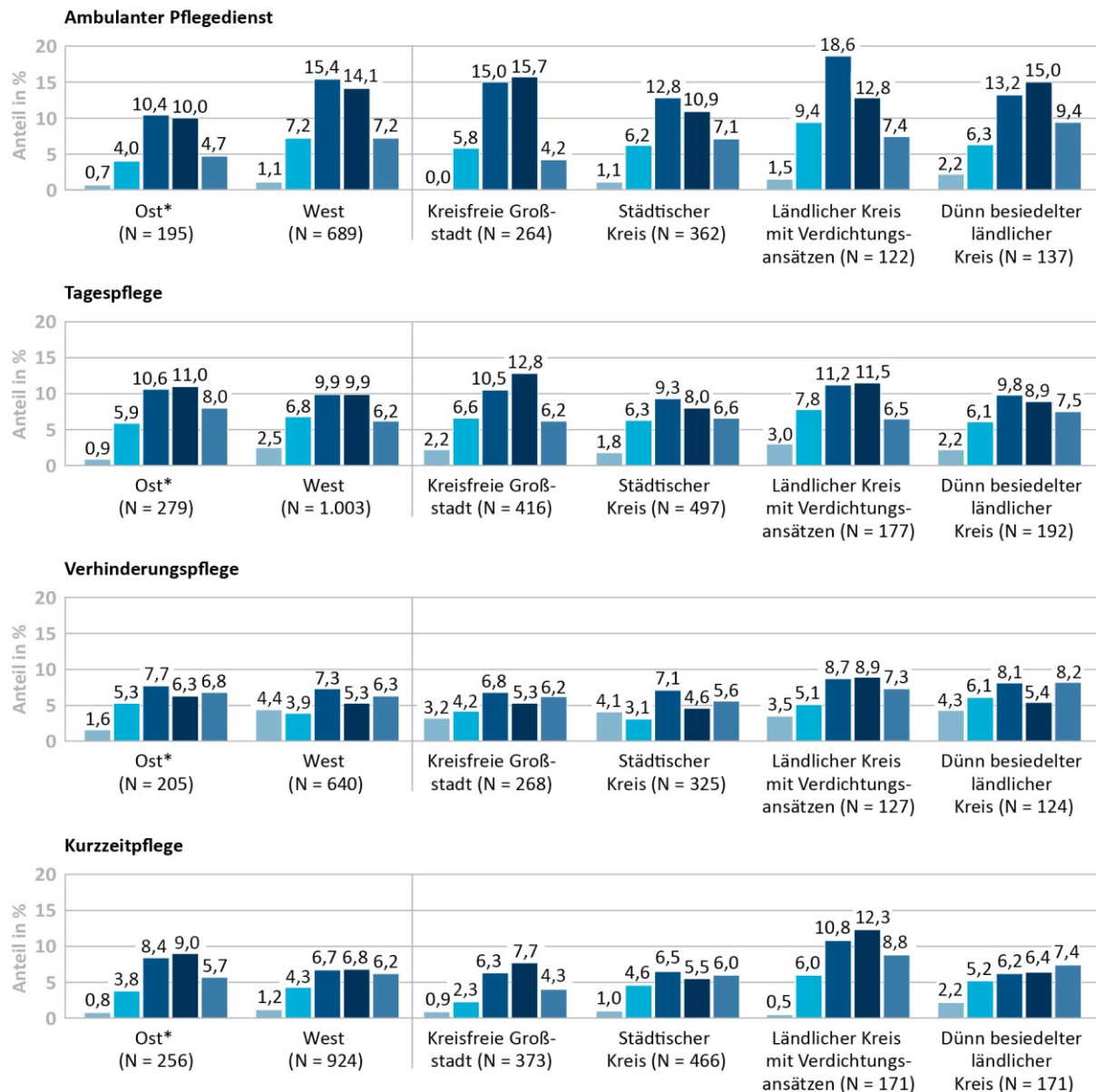
**Abbildung 6: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen: Gesamtvergleich (Mehrfachnennungen möglich), in %**



© WIdO 2026

Abbildung 7 zeigt regional differenziert ausgewählte Gründe, die sich mit finanziellen Argumenten und Angebotsverfügbarkeiten befassen. Auch auf dieser Ebene sind strukturelle und finanzielle Hürden durchaus relevant, sie dominieren jedoch nicht als Begründung für eine fehlende Inanspruchnahme. Die regionale Divergenz ist größtenteils gering und unterstreicht damit, dass die Nicht-Nutzung kein spezifisches Infrastrukturproblem einzelner Regionen ist, sondern ein flächendeckendes Muster darstellt. Auch bei den fehlenden regionalen Angeboten zeigt sich ein einheitliches Bild: Mit Werten im niedrigen Bereich (unter 10 Prozent) und einer geringen regionalen Schwankungsbreite von maximal etwa 3 Prozentpunkten ist der Mangel an Infrastruktur flächendeckend scheinbar kaum ausschlaggebend für die Nicht-Nutzung.

**Abbildung 7: Ausgewählte Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen: Regionalvergleich (Mehrfachnennungen möglich), in %**



\*Inklusive Berlin

- Uns ist nicht bekannt, dass es ein solches Angebot gibt.
- Vor Ort gibt es kein Angebot, das uns zusagt, den Bedarf zu decken.
- Das, was wir für dieses Angebot zahlen müssten, ist uns viel zu teuer.
- Wir benötigen das volle Pflegegeld für laufende Ausgaben (zum Beispiel Miete, Lebensmittel etc.).
- Vor Ort gibt es kein Angebot/keinen Dienst, das/der Zeit bzw. freie Plätze hat.

© WIdO 2026

Die Befragung der Hauptpflegepersonen verdeutlicht somit, dass organisatorische oder finanzielle Hürden seltener zur Nicht-Nutzung führen als persönliche Vorlieben. Dies bestätigen auch weitere wissenschaftliche Befunde, vor allem die Ergebnisse aus der Befragung von Schwinger und Zok (2024), aber auch die Erkenntnisse in Scheerbaum et al. (2024) und Keck et al. (2024). Auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit des oder der zu betreuenden Angehörigen und die Pflegesituation können relevante Faktoren bei der Entscheidung über eine Inanspruchnahme darstellen (Scheerbaum et al. 2024). So fällt sowohl bei einem höheren Pflegegrad (Rothgang und Müller 2024) als auch in Konstellationen,

bei denen pflegende und gepflegte Person nicht in einem Haushalt leben, eher die Entscheidung zugunsten einer pflegerischen Unterstützungsleistung (Scheerbaum et al. 2024).

Um die Akzeptanz von pflegerischen Entlastungsangeboten zu steigern, müssten Berührungspunkte durch vertrauensbildende Maßnahmen abgebaut und die Beratung auf die Entlastung Angehöriger ausgerichtet werden. Diese Informationen müssten frühzeitig, proaktiv und in einfacher Sprache übermittelt werden, um eine bedarfsgerechte Nutzung von pflegerischen Unterstützungsleistungen zu fördern, bevor es zu einer akuten Überlastung der pflegenden Angehörigen kommt.

## 1.6 Belastung

### Flächendeckend größtenteils hochbelastet

Vor dem Hintergrund einer teilweise sehr geringen Nutzung geeigneter Entlastungsangebote lässt sich eine erhebliche Belastungssituation bei pflegenden Angehörigen feststellen. Insgesamt lag bei 43,3 Prozent der Befragten eine Hochbelastung vor – und zwar flächendeckend (siehe Abbildung 8). Legt man die Handlungsempfehlung des etablierten Screenings zur Belastungsmessung zugrunde, sollten sie dringend ihre Beschwerden abklären lassen und sich Unterstützung suchen (DEGAM 2018). Das Screening basiert auf der Häuslichen Pflege-Skala (Kurzversion/HPS-K), einem psychometrischen Instrument zur Erfassung der subjektiven Belastung pflegender Angehöriger in Form einer Selbsteinschätzung. Der HPS-Score erfasst die subjektive Belastung pflegender Angehöriger über zehn vierstufig skalierte Items. Abgefragt werden unter anderem Einbußen der Lebenszufriedenheit, körperliche Erschöpfung, Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands, Rollenkonflikte und soziale Isolation im Kontext der Pflegebelastung (Pendergrass et al. 2018; Gräbel et al. 2014).<sup>3</sup> Einen niedrigen HPS-Score und damit eine geringe bis sehr geringe Belastung wiesen lediglich 17,2 Prozent der Befragten auf (Abbildung 8). Informelle Pflege erscheint angesichts dieser Belastungsprävalenzen eine potenziell gesundheitsgefährdende Tätigkeit der Befragten.

<sup>3</sup> Die zehn Aussagen der HPS-K werden für jede Person mit Punkten bewertet und aufsummiert. Der daraus resultierende Summenwert (0–30 Punkte) korreliert dabei positiv mit dem Grad der subjektiven Belastung. Die Einordnung erfolgt in drei empirisch validierte Risikostufen (Pendergrass et al. 2018): kein erhöhtes Risiko für somatische Beschwerden – keine bis geringe subjektive Belastung (0–4 Punkte), erhöhtes Risiko für somatische Beschwerden – mittlere subjektive Belastung (5–14 Punkte) sowie stark erhöhtes Risiko für somatische Beschwerden – starke bis sehr starke Belastung (15–30 Punkte). Abweichend von Schwinger et al. (2024) und Råker et al. (2020) erfolgt die Klassifikation der Pflegebelastung nun nach den aktuelleren Kriterien von Pendergrass et al. (2018). Dadurch ist es möglich, eine höhere Sensitivität hinsichtlich psychischer Folgerisiken zu gewährleisten. In älteren Versionen wurden abweichende Cut-off-Werte zur Belastungsermittlung herangezogen.

**Abbildung 8: Belastung von Hauptpflegepersonen: Gesamt- und Regionalvergleich, in %**

© WIdO 2026

## Pflegesituation der Hochbelasteten

Gleichzeitig wird deutlich, dass das Belastungserleben durch mehrere strukturelle und soziale Faktoren beeinflusst wird. Die Analyse zeigt hier signifikante Unterschiede zwischen hoch und niedrig belasteten Pflegepersonen (siehe Tabelle 3). Ein wesentlicher Faktor ist die Dauer der Pflegesituation: In der Gruppe mit hoher Belastung pflegen 45,1 Prozent bereits seit mindestens fünf Jahren (Vergleichsgruppe: 33,7 Prozent). Als Angehörige längere Pflegeverläufe zu begleiten geht in der Regel mit einer zunehmenden Verdichtung von Anforderungen und einer stärkeren Kumulation von Belastungen einher (DEGAM 2018). Deutlich zeigt sich auch der Zusammenhang von intensiver Pflege im Sinne der wöchentlich geleisteten Stunden und der Belastung: Ein Drittel aller hochbelasteten Befragten (30,9 Prozent) pflegen mindestens 30 Stunden pro Woche. Bei geringbelasteten Pflegenden betrifft dies nur 12,4 Prozent.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse geschlechtsspezifische Unterschiede: Während der Frauenanteil bei den Hochbelasteten 66,5 Prozent beträgt, liegt er in der Gruppe mit niedrigem Belastungsscore bei 49,8 Prozent. Dies bestätigt die Forschung rund um den sogenannten Gender Care Gap, der die ungleiche Verteilung unbezahlter Sorgearbeit zwischen den Geschlechtern systematisch abbildet (BMFSFJ 2020). Frauen übernehmen demnach nicht nur häufiger Pflegeverantwortung, sondern sind ebenso stärker von Konflikten rund um die Vereinbarkeit betroffen.

Zudem zeigt sich eine stärkere Betroffenheit von Personen im erwerbsfähigen Alter (75,1 gegenüber 54,5 Prozent). Aber auch bei der tatsächlichen Erwerbstätigkeit lässt sich eine signifikante Differenz zwischen den Gruppen feststellen (63,6 zu 47,6 Prozent). Schließlich spielt der Pflegegrad der betreuten Person eine zentrale Rolle für das Belastungserleben der Befragten: Unter den Hochbelasteten betreuen 19,1 Prozent Schwerstpflegebedürftige (Pflegegrad 4 und 5), während dieser Anteil in der Vergleichsgruppe lediglich bei 6 Prozent liegt. Somit sind die Personen mit einem stark erhöhten Risiko für somatische Beschwerden mehrheitlich Frauen, Personen im erwerbsfähigen Alter, Personen, die länger pflegen, und diejenigen mit einem schwerstpflegebedürftigen Angehörigen. Insgesamt verdeutlichen die Befunde ein multifaktorielles Belastungsprofil. Die Mehrzahl dieser Eigenschaften gehören zu den sogenannten Yellow Flags, die die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (2018, aktuell in

Überarbeitung) in ihrer S3-Leitlinie zu pflegenden Angehörigen von Erwachsenen als „Risikofaktoren für ungünstige Verläufe bei pflegenden Angehörigen“ auflistet.

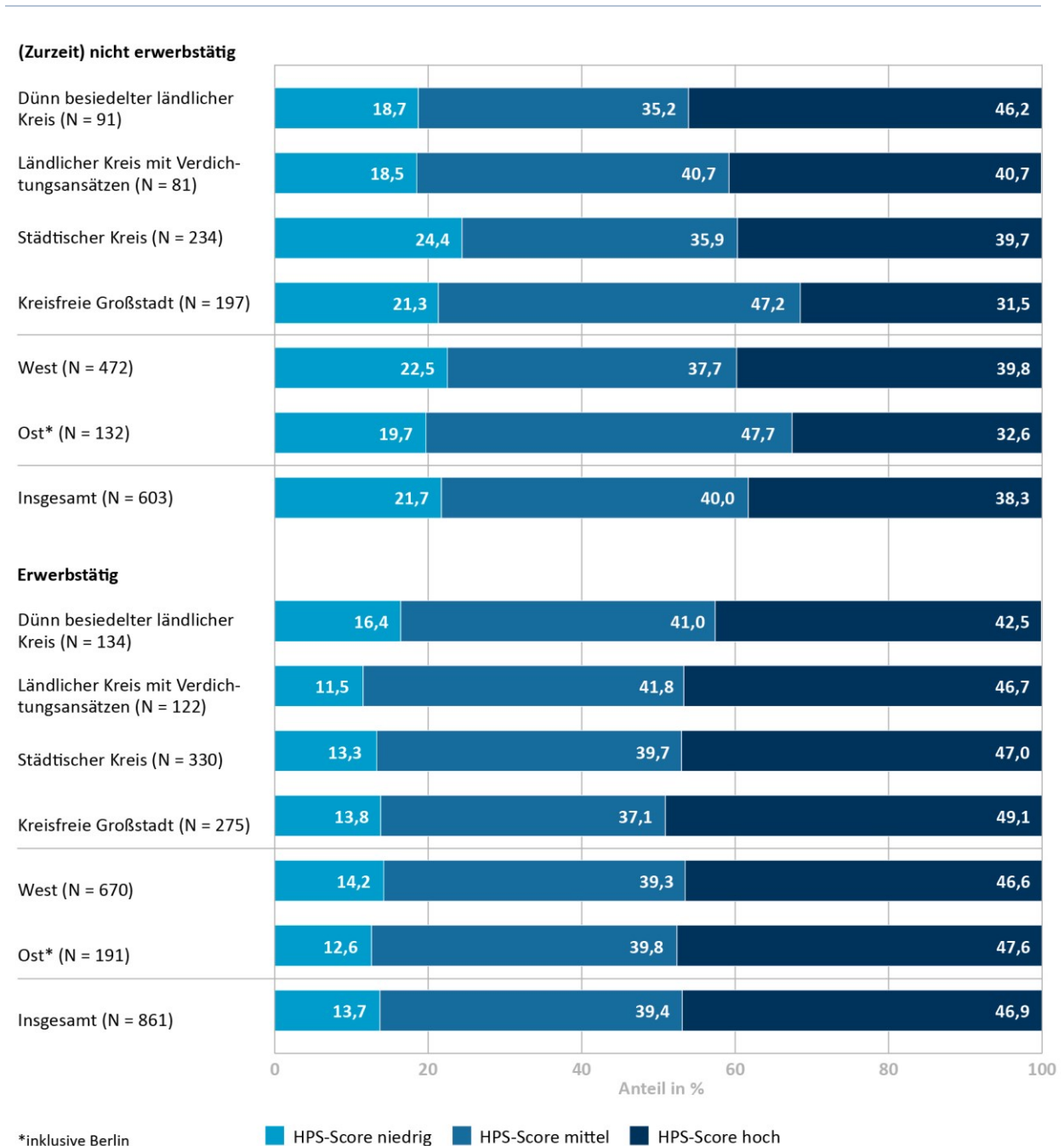
**Tabelle 3: Unterschiede in Sozioökonomie und Pflegesituation zwischen den Belastungsprofilen von Hauptpflegepersonen**

Hauptpflegeperson		HPS-Score niedrig (Anzahl)	HPS-Score niedrig	HPS-Score hoch (Anzahl)	HPS-Score hoch	P-value (Pearson Chi-Quadrat-Test)
<b>Alter</b>	20–49 Jahre		14,6%		25,9%	sig.***
	50–64 Jahre	253	39,9%	638	49,2%	
	65+ Jahre		45,5%		24,9%	
<b>Geschlecht</b>	männlich		50,2%		32,9%	sig.***
	weiblich	249	49,8%	632	66,5%	
	divers		0,0%		0,6%	
<b>Dauer der Pflege</b>	mindestens 5 Jahre		33,7%		45,1%	sig.*
	mindestens 1 Jahr, weniger als 5 Jahre	252	54,4%	638	43,6%	
	weniger als 1 Jahr		11,9%		11,3%	
<b>Umfang der Pflege pro Woche</b>	unter 5 Stunden		12,4%		2,8%	sig.***
	5 bis unter 10 Stunden		37,2%		17,7%	
	10 bis unter 20 Stunden	250	26,0%	632	29,7%	
	20 bis unter 30 Stunden		12,0%		18,8%	
	30 bis unter 40 Stunden		5,6%		10,0%	
<b>Erwerbstätigkeit</b>	40 Stunden und mehr		6,8%		20,9%	sig.***
	vollzeiterwerbstätig		27,6%		31,8%	
	teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig	250	20,0%	635	31,8%	
	Auszubildende(r)/Lehrling/Umschüler(in)		0,0%		0,0%	
	zurzeit nicht erwerbstätig (einschließlich: Studium, Arbeitslosigkeit, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rente)		52,4%		36,4%	
<b>Pflegegrad</b>	Pflegegrad 1		4,0%		1,9%	sig.***
	Pflegegrad 2		61,9%		43,8%	
	Pflegegrad 3	252	28,2%	637	35,2%	
	Pflegegrad 4		4,4%		15,2%	
	Pflegegrad 5		1,6%		3,9%	
<b>Pflegebedürftiger mit Demenz</b>	ja	18	7,2%	134	21%	sig.***
<b>Schulbildung</b>	ohne Abschluss/Hauptschulabschluss		13,1%		8,0%	sig.*
	Mittlere Reife/weiterführende Schule oder Abitur/POS	253	43,9%	635	40,8%	
	Abitur/Hochschulreife/EOS		42,7%		49,5%	
<b>Haushaltsgröße</b>	eine Person		15,4%		13,3%	sig.*
	zwei Personen	247	55,1%	623	48,2%	
	mindestens drei Personen		29,6%		38,5%	

Anmerkung: sig.: Signifikanzniveau: \* p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\* p<0,001. n. s. = nicht signifikant (p≥0,05).

Insbesondere die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege wird als zentrale Belastungssituation erlebt. Angehörigenpflege ist häufig mit Arbeitszeitreduktionen oder beruflichen Einschränkungen verbunden (de Jong et al. 2023). Knapp die Hälfte der befragten Erwerbstätigen (46,9 Prozent) sind gemäß der vorliegenden Befragung hochbelastet. Auch auf ein Drittel der Nicht-Erwerbstätigen (38,3 Prozent) trifft das zu. Die Ergebnisse deuten hierbei auf ein differenziertes Muster der Belastung hin, das sich zwischen ländlichen und städtischen Regionen und in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus unterscheidet (Abbildung 9). Während nicht erwerbstätige pflegende Angehörige in ländlichen Regionen tendenziell stärker belastet sind als in städtischen Räumen (46,2 Prozent bis 31,5 Prozent), zeigt sich bei den erwerbstätigen Befragten eine leicht umgekehrte Verteilung der Hochbelastung (49,1 Prozent bis 42,5 Prozent). Diese Unterschiede könnten Hinweise auf die Relevanz struktureller Versorgungsbedingungen, sozio-ökonomischer Ressourcen und Vereinbarkeitsbedingungen sein. In städtischen Räumen könnte eine höhere Dichte ambulanter Dienste sowie eine bessere Erreichbarkeit weiterer unterstützender Angebote potenziell entlastend wirken. Gleichzeitig kann Erwerbstätigkeit als strukturierender Faktor den Pflegealltag teilweise stabilisieren. In ländlichen Regionen können hingegen potenziell längere Wege und geringere Flexibilitäten die Vereinbarkeit zusätzlich erschweren und damit belastungssteigernd wirken (Neumeier 2022).

**Abbildung 9: Subjektive Belastung von Hauptpflegepersonen nach Erwerbsstatus: Gesamt- und Regionalvergleich, in %**



© WIdO 2026

Die Differenzierung der Nicht-Erwerbstätigen entsprechend der Renteneinstiegsgrenze (65+ Jahre) macht deutlich: Die am stärksten belastete Gruppe der befragten pflegenden Angehörigen ist jene, die durchaus im erwerbsfähigen Alter wäre, aber keiner Tätigkeit nachgeht (Tabelle 4). Für mehr als die Hälfte von ihnen (56,4 Prozent) ergibt sich ein hoher HPS-Score und damit ein Ausmaß an Belastung in der eigenen Pflegesituation, das dringenden Unterstützungsbedarf indiziert. Demgegenüber weisen die – vermutlich berenteten – mindestens 65-jährigen pflegenden Angehörigen mit einer Hochbelastungsrate von 31,6 Prozent zwar ebenfalls erhebliche Werte auf. Im Gruppenvergleich sind sie jedoch am wenigsten belastet.

**Tabelle 4: Belastungsprofile von Hauptpflegepersonen nach Erwerbsstatus bei Differenzierung der Nicht-Erwerbstätigen nach Alter**

	Nicht erwerbstätig: 65+ Jahre (N = 440)	Nicht erwerbstätig: 20-64 Jahre (N = 165)
HPS-Score niedrig	24,5%	14,5%
HPS-Score mittel	43,9%	29,1%
HPS-Score hoch	31,6%	56,4%

© WiDO 2026

## Deutliche Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zwischen Gering- und Hochbelasteten

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zeigen sich deutliche Diskrepanzen zwischen Befragten mit hoher und eher geringer Belastung. Während bei Personen mit niedriger Belastung verstärkt die reine Pflegegeldleistung ohne weitere oder nur punktuelle Unterstützungsleistungen vertreten ist, zeigt sich bei den hochbelasteten pflegenden Angehörigen eine signifikante Tendenz zu komplexeren Leistungskombinationen. Gemäß Tabelle 5 beziehen demzufolge zwei Drittel der befragten wenig belasteten Pflegenden (67,6 Prozent) ausschließlich Pflegegeld ohne weitere pflegerische Unterstützungsleistung. Im Gegensatz dazu trifft dies bei Personen mit hohem HPS-Score nur auf knapp die Hälfte zu (47,6 Prozent). Insgesamt nutzen pflegende Personen mit einem hohen HPS-Score überdurchschnittlich häufiger die Pflegegeldleistung beziehungsweise die Sach- oder Kombinationsleistung in Verbindung mit mindestens einer weiteren Unterstützungsleistung als weniger belastete Pflegepersonen.

**Tabelle 5: Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen nach Belastungsprofilen von Hauptpflegepersonen (Mehrfachnennungen möglich)**

Unterstützungsleistung nach Pflegeart		HPS-Score niedrig (Anzahl)	HPS-Score niedrig	HPS-Score hoch (Anzahl)	HPS-Score hoch	P-value (Pearson Chi-Quadrat-Test)
<b>Pflegegeldempfangende</b>	Tagespflege	167	3,4%	347	11,8%	sig.***
	Verhinderungspflege		28,7%		44,3%	
	Kurzzeitpflege		8,0%		15,7%	
	ohne weitere pflegerische Unterstützungsleistung		67,6%		47,6%	
<b>Sach- oder Kombinationsleistungsempfangende</b>	Tagespflege	66	10,4%	249	12,1%	n.s.
	Verhinderungspflege		35,6%		41,6%	
	Kurzzeitpflege		17,6%		25,3%	
	ohne weitere pflegerische Unterstützungsleistung		54,1%		49,3%	

Anmerkung: sig.: Signifikanzniveau: \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001. n. s. = nicht signifikant (p≥0,05).

© WiDO 2026

In ländlichen Räumen können formelle Pflege- und Unterstützungsangebote in geringerem Umfang verfügbar sein, was insbesondere nicht erwerbstätige Personen stärker auf eigenständige Pflegearrangements im privaten Haushalt verweist. Das BMFSFJ (2020) benennt hier regionale Versorgungsunterschiede insbesondere im Zugang zu ambulanten und teilstationären Angeboten (vgl. auch BMFSFJ 2025). Informelle Pflege, so das RKI (2015), geht insbesondere dann mit erhöhten psychischen und physischen Belastungen einher, wenn externe formelle Unterstützungsstrukturen nicht ausreichend verfügbar sind.

Auch die sozioökonomische Situation ist als potenzieller Einflussfaktor einzubeziehen. Empirische Befunde deuten darauf hin, dass pflegende Angehörige in ländlichen Regionen häufiger über geringere finanzielle Ressourcen verfügen, was die Abhängigkeit von informeller Eigenorganisation der Pflege verstärken kann. Au und Hagen (2018) weisen ebenfalls darauf hin, dass sozioökonomische Ressourcen ein relevanter Prädiktor für die Bewältigung der Pflegeaufgaben sind. Entsprechende regionale Disparitäten in der vorliegenden Befragtengruppe bestätigen sich insbesondere bei der Schulbildung und dem Haushaltseinkommen der Pflegenden (Anhang: Tabelle 1b). Die finanzielle Situation der Haushalte unterscheidet sich zwischen allen vier Regionstypen deutlich, am stärksten zwischen dünn besiedelten und städtischen Kreisen: Mehr als jeder zehnte Haushalt (12,5 Prozent) hat im dünn besiedelten Raum ein monatliches Haushaltseinkommen von weniger als 2.000 Euro, in den städtischen Kreisen sind es 7,8 Prozent.

## Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass informelle Pflege in Deutschland weiterhin ein zentraler, aber strukturell belasteter Pfeiler der Versorgung von Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit ist. Sie ist keineswegs geschlechtsneutral organisiert, sondern folgt nach wie vor tradierten Mustern der Arbeitsteilung, in denen Frauen den Großteil der Verantwortung tragen. Diese geschlechtsspezifische Verteilung zeigt sich nicht nur in der hohen Beteiligung von Frauen an der Pflege, sondern auch in ihrer überdurchschnittlichen Belastungssituation. Informelle Pflege bleibt damit überwiegend „Frauensache“, und sie hat weitreichende Folgen für Erwerbsbiografien, Einkommen und Gesundheit (Geyer et al. 2024).

Auffällig ist zugleich die hohe Intensität der Pflege: Zwei Drittel der pflegenden Angehörigen sind täglich eingebunden, und ein erheblicher Anteil reduziert dafür die eigene Erwerbstätigkeit. Dennoch werden bestehende gesetzliche Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nur selten genutzt. Dies verweist auf eine deutliche Lücke zwischen politischem Anspruch und praktischer Realität. Gründe hierfür liegen unter anderem in mangelnder Bekanntheit und unzureichender Passfähigkeit der Angebote sowie Befürchtungen hinsichtlich beruflicher Nachteile und finanzieller Belastungen.

Die Ergebnisse geben Hinweise auf soziale und regionale Ungleichheiten: Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sowie zwischen städtischen und ländlichen Räumen betreffen sowohl die sozio-ökonomische Lage der pflegenden Angehörigen als auch teilweise die Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten. Während in ländlichen Regionen Angebote schwerer zugänglich und Frauen noch stärker in die Pflege eingebunden sind, zeigen sich in urbanen Räumen möglicherweise auch andere Problemlagen, etwa eine geringere Einbindung in soziale Netzwerke (Klie 2025). Insgesamt wird deutlich, dass Versorgungsstrukturen stärker regional differenziert gedacht und gestaltet werden müssen.

Besonders kritisch ist die hohe Belastung vieler pflegender Angehöriger, die sich aus der Kombination von Pflegeintensität, langer und zeitintensiver Pflegedauer, eingeschränkter Erwerbstätigkeit und oftmals fehlender Unterstützung ergibt. Dass gleichzeitig häufig auf zusätzliche Hilfe – etwa ambulante Dienste – verzichtet wird, birgt die Gefahr, dass die Gesundheit der Pflegenden nachhaltig beeinträchtigt wird und damit langfristig zusätzliche Belastungen für das Gesundheitssystem entstehen.

Vor diesem Hintergrund lassen sich Handlungsempfehlungen auf mehreren Ebenen ableiten. Erstens bedarf es einer besseren Information und niedrigschwelligen Beratung, um bestehende Unterstützungsangebote transparenter und zugänglicher zu machen. Zweitens müssen diese Angebote stärker an den tatsächlichen Bedürfnissen der Angehörigen ausgerichtet werden, insbesondere im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit, und eine kontinuierliche Beratung und Unterstützung ermöglichen, die auch veränderte Bedarfe bei längerer Pflegedauer adressieren. Drittens scheint ein Ausbau wohnortnaher Unterstützungsstrukturen erforderlich, etwa im Sinne sogenannter Caring Communities, die lokale Netzwerke und nachbarschaftliche Hilfe stärken.

Nicht zuletzt verschärfen demografischer Wandel und Fachkräftemangel die Dringlichkeit, nachhaltige Lösungen zu entwickeln. Informelle Pflege wird auch künftig eine tragende Rolle spielen. Doch ohne gezielte Entlastung, bessere Rahmenbedingungen und eine gerechtere Verteilung der Verantwortung droht eine Überforderung der Betroffenen. Eine zukunftsfähige Pflegepolitik muss daher auch die Situation pflegender Angehöriger konsequent in den Mittelpunkt stellen – als Voraussetzung für eine stabile und solidarische Gesundheitsversorgung insgesamt.

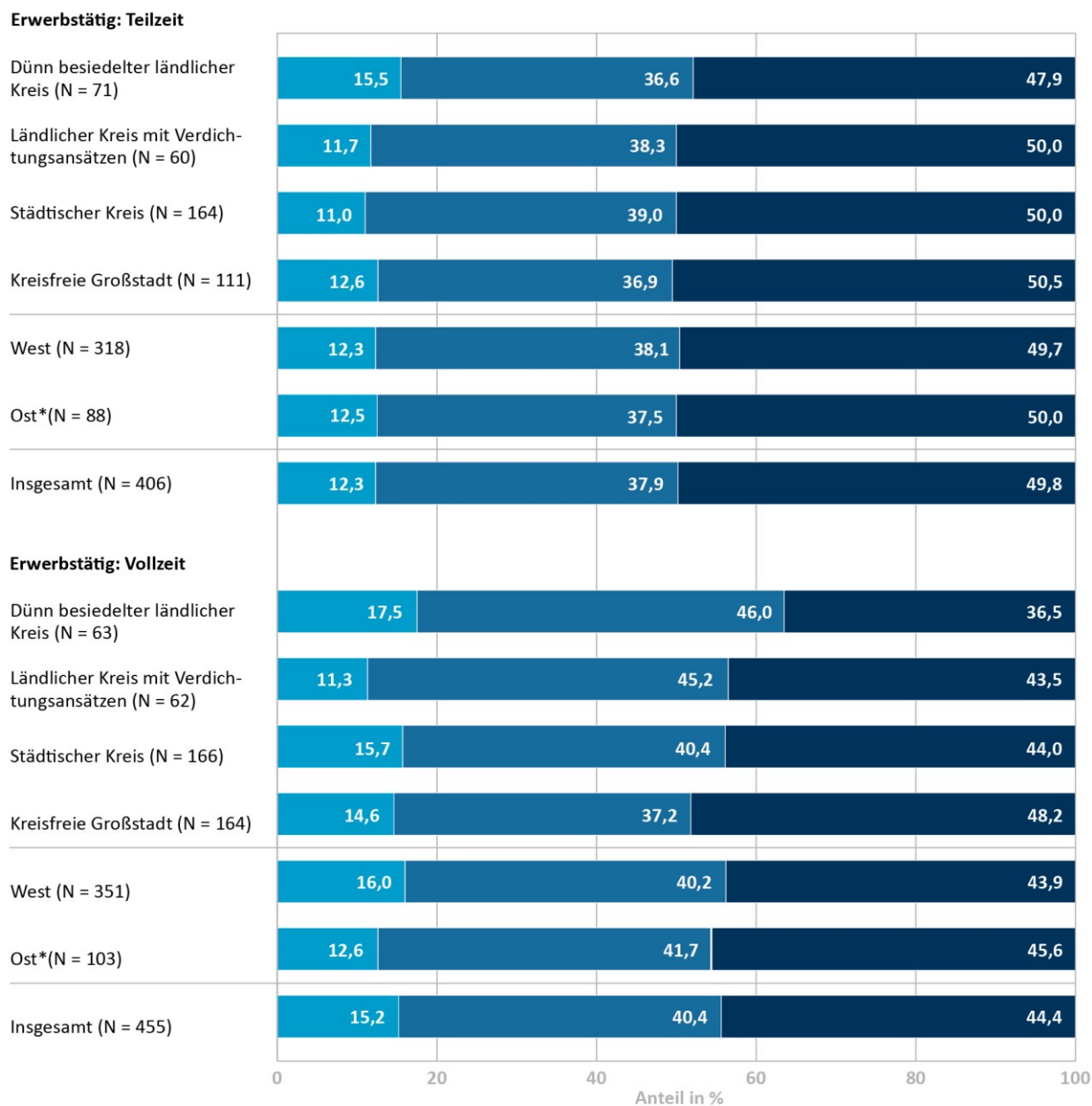
# Anhang

**Tabelle 1b: Stichprobenbeschreibung: Soziodemografie und Rahmenbedingungen der Pflege im Regionalvergleich**

Hauptpflegeperson	N 1.490		Region		Kreistypen			
			West	Ost	Kreisfreie Großstadt	Städtischer Kreis	Ländlicher Kreis	Dünnbesiedelter ländlicher Kreis
<b>Insgesamt Anteil Befragter an Gesamtstichprobe</b>	100%		78%	22%	32%	39%	14%	15%
<b>Alter</b>	1.490	20–49 Jahre	22,0%	22,9%	23,7%	20,0%	22,0%	25,2%
		50–64 Jahre	45,8%	41,9%	41,6%	47,0%	46,3%	45,2%
		65+ Jahre	32,2%	35,2%	34,7%	33,0%	31,7%	29,6%
		Mittelwert in Jahren	59	60	60	59	59	58
<b>Geschlecht</b>	1.477	männlich	38,3%	42,3%	37,8%	41,1%	40,7%	35,5%
		weiblich	61,1%	57,7%	60,7%	58,9%	59,3%	64,5%
		divers	0,6%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Dauer der Pflege</b>	1.488	mindestens 5 Jahre	37,5%	41,4%	40,6%	35,9%	35,3%	41,5%
		mindestens 1 Jahr, weniger als 5 Jahre	50,8%	50,3%	49,3%	52,5%	53,4%	46,7%
		weniger als 1 Jahr	11,7%	8,3%	10,1%	11,6%	11,3%	11,8%
<b>Erwerbstätigkeit</b>	1.479	vollzeiterwerbstätig	31,0%	32,4%	34,9%	29,5%	30,9%	28,5%
		teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig	27,8%	26,9%	23,6%	29,1%	29,4%	31,1%
		Auszubildende(r)/ Lehrling/Umschüler(in)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
		zurzeit nicht erwerbstätig (einschließlich: Studium, Arbeitslosigkeit, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rente)	41,1%	40,7%	41,5%	41,4%	39,7%	40,4%
<b>Migrationshintergrund</b>	1.485	ja	12,0%	9,2%	11,6%	13,0%	9,3%	8,7%
<b>Haushaltseinkommen</b>	1.341	< 2.000 Euro	9,1%	14,3%	11,8%	7,8%	11,3%	12,5%
		2.000 bis < 4.000 Euro	44,6%	55,6%	47,8%	43,2%	51,6%	50,5%
		4.000 Euro u. mehr	46,4%	30,0%	40,4%	48,9%	37,1%	37,0%
<b>Schulbildung</b>	1.484	ohne Abschluss/ Hauptschulabschluss	9,9%	2,5%	8,7%	8,5%	6,3%	8,8%
		Mittlere Reife/weiterführende Schule oder Abitur/POS	40,7%	50,0%	36,9%	43,5%	47,1%	49,3%

		Abitur/Hochschulreife/EOS	48,1%	46,0%	53,6%	47,0%	45,1%	39,6%
<b>Pflegebedürftiger</b>	1.490							
<b>Alter</b>	1.489	0–19 Jahre	8,2%	10,4%	7,1%	8,3%	10,2%	11,4%
		20–59 Jahre	10,7%	5,8%	9,9%	10,0%	5,8%	11,4%
		60–69 Jahre	8,6%	4,9%	4,0%	9,7%	10,7%	8,3%
		70–79 Jahre	18,8%	17,7%	23,1%	15,4%	15,0%	20,1%
		80–89 Jahre	34,7%	42,8%	37,8%	37,3%	38,8%	29,7%
		90+ Jahre	19,1%	18,3%	18,1%	19,3%	19,4%	19,2%
		Mittelwert in Jahren	72	74	74	73	73	70
<b>Geschlecht</b>	1.485	männlich	41,4%	37,7%	38,6%	41,1%	38,5%	45,9%
		weiblich	58,5%	62,3%	61,4%	58,9%	61,0%	54,1%
		divers	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%
<b>Pflegegrad</b>	1.490	Pflegegrad 1	2,3%	2,1%	1,9%	2,4%	2,5%	2,6%
		Pflegegrad 2	50,2%	56,3%	55,7%	46,6%	54,4%	53,3%
		Pflegegrad 3	33,4%	31,5%	29,8%	36,6%	31,4%	32,3%
		Pflegegrad 4	10,4%	8,9%	11,1%	10,2%	7,8%	8,7%
		Pflegegrad 5	3,6%	1,2%	1,5%	4,1%	3,9%	3,1%
<b>Demenz</b>	1.468	ja	15,3%	17,1%	16,5%	15,8%	15,3%	14,2%
<b>Haushaltsgröße</b>	1.461	eine Person	13,0%	12,5%	16,1%	11,6%	12,9%	9,0%
		zwei Personen	51,1%	56,1%	54,6%	50,4%	51,5%	51,8%
		mindestens drei Personen	36,0%	31,3%	29,3%	38,0%	35,6%	39,2%
<b>Weitere (Neben-) Pflegepersonen eingebunden</b>	1.483	ja	53,2%	50,3%	55,1%	49,5%	55,9%	52,6%
<b>Hauptpflegeperson und Pflegebedürftiger leben im selben Haushalt</b>	1.486	ja	52,2%	50,5%	49,0%	52,5%	52,7%	54,8%
<b>Wohnort des Pflegebedürftigen, wenn nicht im selben Haushalt</b>	718	in einer anderen Wohnung im selben Haus	15,3%	24,2%	15,9%	19,0%	14,6%	18,1%
		nicht im selben Haus, aber im selben Ort/in derselben Stadt	54,6%	55,3%	64,1%	51,5%	50,0%	45,7%
		in einem anderen Ort/einer anderen Stadt	30,2%	20,5%	20,0%	29,6%	35,4%	36,2%

**Abbildung 10: Subjektive Belastung von Hauptpflegepersonen nach Arbeitszeitumfang (Vollzeit/Teilzeit): Gesamt- und Regionalvergleich, in %**



\*inklusive Berlin

■ HPS-Score niedrig ■ HPS-Score mittel ■ HPS-Score hoch

# Literaturverzeichnis

- Statistisches Bundesamt (Destatis, 2024): Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2023. Wiesbaden. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/statistischer-bericht-pflege-deutschlandergebnisse-5224001239005.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/statistischer-bericht-pflege-deutschlandergebnisse-5224001239005.xlsx?__blob=publicationFile&v=2)
- Behrendt S, Tsiasioti C, Schwinger A (2024): Pflegeprävalenzen und Inanspruchnahme in der räumlichen Verortung. In: Schwinger A, Kuhlmei A, Greß S et al. (Hrsg.) (2024): Pflege-Report 2024. Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_1)
- Matzk S, Tsiasioti C, Behrendt S et al. (2025): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. Transparenz durch Routinedaten. WIdO e-Paper 4 (2025). Berlin. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006526474>
- Schwinger S, Kuhlmei A, Greß S et al. (Hrsg.) (2024): Pflege-Report 2024. Ankunft der Babyboomer: Welche Pflegestrukturen sind zu gestalten? Berlin, Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8>
- Elling J, Hetzel C, Hampel S et al. (2025): Wie steht es um die Gesundheit pflegender erwerbstätiger Personen? Z Gerontol Geriat 2025;58:296–302. <https://doi.org/10.1007/s00391-024-02387-0>
- Wimmer C, Augustin M (2026): Bedeutung und Nutzen der informellen Pflege in Deutschland – wie müssen wir unterstützen? Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2026;31(01):36–43. <https://doi.org/10.1055/a-2774-7473>
- Jürchott K, Seidinger T, Messerle R et al. (2026): Pflegeeintritt und Erstbegutachtung bei betagten Menschen im Zeitverlauf. Ein empirischer Beitrag auf Basis von Daten der Sozialen Pflegeversicherung und der Medizinischen Dienste. [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung\\_Projekte/Pflege/wido\\_pfl\\_epa-per8\\_pflegeeintritt\\_03\\_2026.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Pflege/wido_pfl_epa-per8_pflegeeintritt_03_2026.pdf)
- Scheuermann JS, Gräßel E, Pendergrass A (2024): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege: Einflussfaktoren auf eine pflegebedingte Erwerbstätigkeitsreduktion und arbeitsbezogene Wünsche pflegender Angehöriger. Gesundheitswesen 2024;86 (Suppl. 1):45–53. <https://doi.org/10.1055/a-2191-2074>
- Schwinger A, Zok K (2024): Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WIdOmonitor, 1, 1–12. [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produnkte/WIdOmonitor/wido-monitor\\_1\\_2024\\_pflegehaushalte.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/WIdOmonitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf)
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2023): Pflegende Angehörige in Deutschland. <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/>
- Büscher A, Peters L, Stelzig S et al. (2023): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht Februar 2023. [https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/VdK-Pflegestudie\\_Abschlussbericht\\_Feb\\_2023.pdf](https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/VdK-Pflegestudie_Abschlussbericht_Feb_2023.pdf)
- Kuhlmei A, Budnick A (2023): Pflegende Angehörige in Deutschland: Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Bundesgesundheitsbl 2023; 66:550–556. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03687-3>
- Keck A, Pendergrass A, Gräßel E (2024): Pflegebedürftigkeit im Alter: Angehörigen- und Versorgungssituation im Zusammenhang mit den Pflegegraden bei häuslicher Pflege. Gesundheitswesen, Supplement 2023;86:3–12. <https://doi.org/10.1055/a-2183-7198>
- Gräßel E, Behrnt EM (2016): Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: Jacobs J, Kuhlmei A, Greß S et al. (Hrsg.) (2016): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart, S. 169–187. [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produnkte/Buchreihen/Pflegereport/2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido\\_pr2016\\_kap11.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/Buchreihen/Pflegereport/2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_pr2016_kap11.pdf)
- Rothgang H, Müller R (2018): Pflege-Report 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 12, Berlin. <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2018/barmer-pflegereport-2018.pdf>

- Löffler K, Jerusalem A, Goldgruber J et al. (2023): Pflege von Profis lernen. *Z Gerontol Geriat* 2023;56:215–220. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02033-7>
- Ehrlich U, Bünning M, Kelle N (2024): Doppelbelastung ohne Entlastung? Herausforderungen und gesetzliche Maßnahmen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in einer alternden Gesellschaft (Deutscher Alterssurvey). *dza aktuell deutscher alterssurvey Heft 03/2024*. [https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA\\_Aktuell/DZA-Aktuell\\_03\\_2024\\_Vereinbarkeit\\_fin.pdf](https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/DZA_Aktuell/DZA-Aktuell_03_2024_Vereinbarkeit_fin.pdf)
- Geyer J, Haan P, Teschner M (2024): Ausbau der Pflegeversicherung könnte Gender Care Gap in Deutschland reduzieren. *DIW Wochenbericht Nr. 7/2024*. DOI: [https://doi.org/10.18723/diw\\_wb:2024-7-1](https://doi.org/10.18723/diw_wb:2024-7-1)
- Rocard E, Llena-Nozal A (2022): Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind. *OECD Health Working Papers No. 140*. <https://dx.doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020): Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt. Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/154696/bb7b75a0b9090bb4d194c2faf63eb6aa/gender-care-gap-forschungsbericht-data.pdf>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2014/>
- Brandt M, Ehrlich U, Geyer J et al. (2025): Größter Pflegedienst in Deutschland: Millionen Menschen pflegen Angehörige inner- und außerhalb ihres Haushalts. *DIW Wochenbericht Nr. 37/2025*. DOI: [https://doi.org/10.18723/diw\\_wb:2025-37-1](https://doi.org/10.18723/diw_wb:2025-37-1)
- Gärtner D, Lange K, Stahlmann A (2020): Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt. Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/154696/bb7b75a0b9090bb4d194c2faf63eb6aa/gender-care-gap-forschungsbericht-data.pdf>
- Klie T (2025): DAK-Pflegereport 2025: Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Band 54. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/134854/data/fe64bfbae6c8d1d49b23a908abfe5110/dak-pflegereport-2025-ebook.pdf>
- Tsiasioti S, Behrendt S, Schwinger A (2024): Versorgungslagen selbst organisierter Pflegesettings. Routinedatenanalysen im Kontext einer wissenschaftlichen Studie zur Wirkungsweise des Pflegegeldes. [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido\\_pfl\\_Pflegegeldstudie\\_12\\_2024.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_Pflegegeldstudie_12_2024.pdf)
- Klie T (2022): DAK Pflegereport 2022: Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Band 41. [https://www.vmdo.de/fileadmin/\\_dokumente/2022/DAK\\_Pflegereport.pdf](https://www.vmdo.de/fileadmin/_dokumente/2022/DAK_Pflegereport.pdf)
- Büscher A, Klie T (2024): Pflegegeld und privat organisierte Pflegearrangements. In: Schwinger A, Kuhlmei A, Greß S et al. (Hrsg.) (2024): *Pflege-Report 2024*. Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8\\_17](https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_17)
- Schulz C (2025): Determinanten und Herausforderungen einer nachhaltigen Netzwerkarbeit in Demenznetzwerken in Sachsen. Bachelorarbeit. Westsächsische Hochschule Zwickau Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften Studiengang Pflegemanagement. [https://libdoc.whz.de/opus4/files/18701/Bachelorarbeit\\_Schulz\\_Caroline\\_45220.pdf](https://libdoc.whz.de/opus4/files/18701/Bachelorarbeit_Schulz_Caroline_45220.pdf)
- Bösl S, Diehl K, Pendergrass A et al. (2024): Tagespflege: Wer nutzt sie und wer möchte sie nutzen? Multivariable Analyse der aktuellen und zukünftigen Inanspruchnahme der Tagespflege bei der häuslichen Pflege. *Gesundheitswesen* 2024;86(Suppl. 1): 29–36. <https://doi.org/10.1055/a-2183-7096>

Rothgang H, Müller R (2024): Pflege-Report 2024. Pflegerisiko und Pflegedauer. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 47. Berlin. <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2024/barmer-pflegereport-2024.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2018): Pflegende Angehörige von Erwachsenen. S3-Leitlinie AWMF-Register-Nr. 053-006 DEGAM-Leitlinie Nr. 6. [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-006\\_Pflegende%20Angehoeerige/oeffentlich/053-006l\\_s3\\_pflegende-angehoerige-von-erwachsenen\\_2019-03-abgelaufen.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-006_Pflegende%20Angehoeerige/oeffentlich/053-006l_s3_pflegende-angehoerige-von-erwachsenen_2019-03-abgelaufen.pdf) (in Überarbeitung)

Pendergrass A, Rohleder N, Gräbel E (2018): Predictive validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s). *BMC Geriatr* 2018;18(1):1–9.

Gräbel E, Berth H, Lichte T et al. (2014): Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatr* 2014 Feb 20;14:23. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-23>

Räker M, Schwinger A, Klauber J (2020): Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S et al. (Hrsg.) (2020): Pflege-Report 2020. Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7_5)

de Jong L, Schmidt T, Stahmeyer J (2023): Informal care and occupation: Factors influencing the willingness to provide care. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2023;178:29–36.

Neumeier S (2022): Erreichbarkeit durch ambulante Pflegedienste und Erreichbarkeit von Tagespflegeeinrichtungen in Deutschland. Thünen Working Papers 203, Johann Heinrich von Thünen Institute, Federal Research Institute for Rural Areas, Forestry and Fisheries. <https://www.econs-tor.eu/bitstream/10419/268641/1/182401497X.pdf>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2025): Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen - Erkenntnisse und Empfehlungen des Neunten Altersberichts der Bundesregierung. <https://www.publikationen-bundesregierung.de/pp-de/publikationssuche/altersbericht-2025-2329580>

Robert Koch Institut (RKI) (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 03/2015. <https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Au C, Hagen C (2018): Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. In: Tesch-Römer C, Hagen C (Hrsg.) (2018): Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland. DZA Fact Sheet. [https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact\\_Sheets/FactSheet\\_Inform\\_haeusl\\_Pflege.pdf](https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/FactSheet_Inform_haeusl_Pflege.pdf)

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR): Siedlungsstruktureller Kreistyp. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html>