

Pflege in Deutschland: Faktoren, die mit Pflegebedürftigkeit assoziiert sind und Betrachtung der Situation informell Pflegender

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Im Zuge des demografischen Wandels steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland kontinuierlich an. Pflegebedürftigkeit betrifft vor allem ältere und hochaltrige Menschen. Gleichzeitig werden die meisten Pflegeleistungen weiterhin im häuslichen Umfeld erbracht, mehrheitlich durch An- und Zugehörige.

Die Ergebnisse der bevölkerungsbezogenen Studien des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass Risiken für Pflegebedürftigkeit, insbesondere gesundheitliche Einschränkungen, chronische Erkrankungen, Multimorbidität sowie körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen im höheren Alter weit verbreitet sind. Darüber hinaus finden sich deutliche soziale Unterschiede: Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status oder ungünstigeren Lebens- und Arbeitsbedingungen sind häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Soziale Unterstützung stellt demgegenüber einen wichtigen Schutzfaktor dar.

Nach Ergebnissen des bundesweiten RKI-Panels 2024 werden informelle Pflegeleistungen häufiger von Frauen als von Männern erbracht (12,7 % versus 7,9 %). Der größte Anteil pflegender An- und Zugehöriger findet sich in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen. Rund ein Drittel der Pflegenden (34,2 %) fühlt sich durch die Pflege stark oder sehr stark belastet. Zudem weisen pflegende An- und Zugehörige häufiger einen eingeschränkten Gesundheitszustand, chronische Erkrankungen, Schlafprobleme, Erschöpfung und depressive Symptome auf als Personen ohne Pflegeverantwortung.

Die Ergebnisse verweisen auf die Bedeutung von Maßnahmen zur Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit über den gesamten Lebensverlauf hinweg. Gesundheitsförderung und Prävention sollten sowohl strukturelle als auch verhaltensbezogene Ansätze umfassen und Gesundheits-

chancen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen durch verbesserte Teilhabe an gesunden Lebens- und Arbeitswelten erhöhen. Weiterhin sollte die Gesundheitskompetenz stärker gefördert werden, da sie als ein Faktor gilt, der gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen kann. Neben Maßnahmen zur Erhaltung und Stärkung von Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter können dazu Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen sowie eine frühzeitige Erkennung von Risiken für Pflegebedürftigkeit beitragen.

1. Einleitung – Pflege im gesellschaftlichen Wandel

Eine Person gilt nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, § 14 (1) als pflegebedürftig, wenn sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten für voraussichtlich mindestens sechs Monate aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Dabei handelt es sich um körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen, die nicht selbständig kompensiert oder bewältigt werden können. Eine anerkannte Pflegebedürftigkeit berechtigt zum Erhalt von Leistungen der Pflegeversicherung. Diese umfassen verschiedene Unterstützungs-, Betreuungs- und Versorgungsangebote für Menschen, die aufgrund gesundheitlich bedingter Einschränkungen dauerhaft auf Hilfe im Alltag angewiesen sind. Ziel der Pflege ist es, die Lebensqualität zu erhalten und die Eigenständigkeit der Betroffenen zu bewahren bzw. zu fördern.

Die Alterung der Bevölkerung wird voraussichtlich in den nächsten Jahren zu einem erheblichen Anstieg der Anzahl an pflegebedürftigen Menschen in Deutschland führen. Ursächlich dafür sind zwei Prozesse: Die Anzahl älterer Menschen und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird weiter steigen und immer mehr Menschen werden ein höheres

Lebensalter erreichen. 19 Millionen (Mio.) Menschen in Deutschland sind aktuell 65 Jahre alt oder älter. Bis 2030 wird diese Zahl auf bis zu 21 Mio. und bis 2040 auf bis zu 23 Mio. Menschen steigen. Der Anstieg wird insbesondere die Hochaltrigen (≥ 80 Jahre) betreffen (vgl. Abb. 1). Damit steigt das Risiko für chronische Erkrankungen und infolgedessen auch das für Pflegebedürftigkeit. Schätzungen zufolge wird die Zahl der Pflegebedürftigen im Alter ab 65 Jahren von derzeit 4,4 Mio. bis 2040 um bis zu 31 % ansteigen, das entspricht einer Zahl von 5,8 Mio. Pflegebedürftigen.¹ Für die Pflege durch ambulante Pflegedienste wird ein Anstieg von bis zu 36 % und für die vollstationäre Pflege von bis zu 29 % erwartet.¹

In einem Bericht des GKV-Spitzenverbandes (GKV: Gesetzliche Krankenversicherung) (2023) werden, ausgehend von zahlreichen Studien, empirisch gut belegte Schutz- und Risikofaktoren für funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit angeführt.² Dazu zählen körperliche Erkrankungen und psychische Störungen, körperliche und kognitive Funktionseinschränkungen, das Gesundheitsverhalten, aber auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie soziale Netzwerke. In internationalen Studien finden sich Hinweise darauf, dass es nur selten gelingt, nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit, die mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

einhergeht, wieder Pflegefreiheit zu erreichen,³ weshalb der Prävention eine besondere Bedeutung zukommt.

Der demografische Wandel hat zugleich Auswirkungen auf den Pflegearbeitsmarkt. Es muss mit einem Rückgang der Anzahl an beruflichen Pflegekräften gerechnet werden. Die Zahl der Personen im Erwerbsalter, aus denen sich die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen rekrutieren, wird bis 2030 um knapp 5 % und bis 2040 um rund 10 % sinken. Dies ist insbesondere für die Pflege von Pflegebedürftigen mit höheren Pflegegraden relevant.¹

Der überwiegende Teil der Pflegeleistungen in Deutschland wird durch An- und Zugehörige pflegebedürftiger Personen erbracht. Motive für die Übernahme von Pflegeleistungen sind in erster Linie eine persönliche Verbundenheit mit der pflegebedürftigen Person, Dankbarkeit oder Pflichtgefühl, gelegentlich aber auch das Fehlen oder die Erschwinglichkeit von Betreuungsalternativen.⁴ Die Pflege von Angehörigen ist jedoch mit vielfältigen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden.

Grundsätzlich werden, um den vielschichtigen und komplexen Themenbereich Pflege und Pflegebedürftigkeit angemessen abzubilden, Daten verschiede-

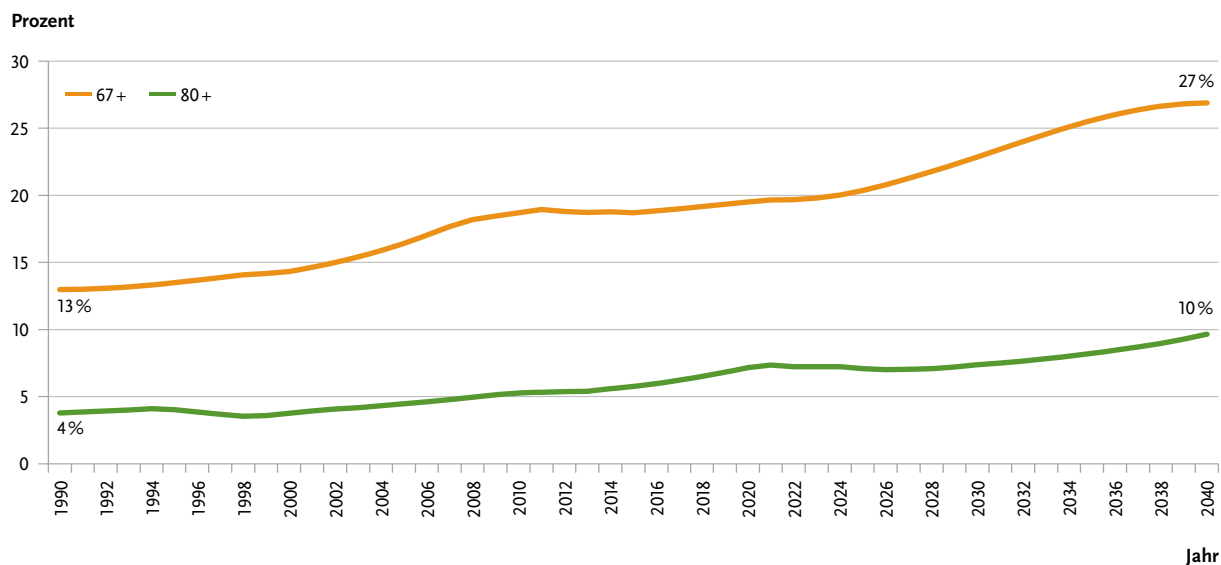


Abb. 1 | Entwicklung des Anteils der Altersgruppen 67+ und 80+ von 1990 bis 2040. Datenquelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsforschung und 16. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.

dener Datenhalter benötigt. Erst die Kombination verschiedener Statistiken, Studien und Berichte liefert ein umfassendes Bild von Pflegepraxis, Versorgungsbereichen, Strukturen und Entwicklungen. Daten zur Anzahl und zum Anteil Pflegebedürftiger (Beziehende von Pflegeleistungen) an der Bevölkerung stellt die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts zur Verfügung.^{1,5} Insbesondere Analysen von Krankenkassendaten (z. B. der Pflege-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK⁶) liefern wichtige zusätzliche Erkenntnisse.

Ziel des Beitrags ist es, auf Basis der am RKI verfügbaren Daten darzustellen, welche gesundheitsbedingten Einschränkungen, Risiko- und Schutzfaktoren mit Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung assoziiert sind, die Situation pflegender An- und Zugehöriger in den Fokus zu nehmen und abschließend Ansatzpunkte zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Verbesserung der Situation pflegender An- und Zugehöriger herauszustellen.

2. Methode

2.1 Datengrundlagen

Analysiert wurden Daten aus folgenden bevölkerungsbezogenen Primärdatenerhebungen des RKI:

- ▶ Jahrerhebung 2024 des Panels „Gesundheit in Deutschland“ des RKI (RKI-Panel 2024, je nach Fragebogenmodul zwischen $n=27.468$ und $n=27.635$)⁷
- ▶ Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA): Wellen 2019/2020 – European Health Interview Survey (EHIS) (GEDA 2019/2020-EHIS, $n=23.001$),⁸ 2022 (GEDA 2022, Modul, $n=2.148$ ab 65 Jahren), 2023 (GEDA 2023, Modul, $n=9.941$)
- ▶ International Health Policy Survey 2023, Erhebung für Deutschland (IHP-Survey 2023, $n=1.090$)⁹
- ▶ Studie „Gesundheit 65+“, Personen ab 65 Jahren, Basiserhebung 2021–2023 (Gesundheit 65+, $n=3.694$)¹⁰
- ▶ Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ 2021–2022 (GEDA-Fokus, $n=6.038$)¹¹

2.2 Verwendete Indikatoren und Instrumente

Die Erfassung der Angaben basierte jeweils auf Selbstangaben der Befragten. Eine ausführliche

Darstellung der verwendeten Indikatoren findet sich im [Anhang](#).

Zur Darstellung des **Gesundheitszustands** wurden die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit, lang andauernde (chronische) Gesundheitsprobleme oder Krankheiten sowie Multimorbidität herangezogen. Multimorbidität wurde auf Basis von Selbstangaben zu zehn verschiedenen altersrelevanten chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen in den letzten 12 Monaten erfragt. Als Multimorbidität wurde das Vorliegen von zwei oder mehr Krankheiten und Gesundheitsproblemen definiert.

Körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit wurde über die Indikatoren Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten, Mobilitätseinschränkungen (Schwierigkeiten beim Laufen oder Treppensteigen) und kognitive Einschränkungen (Verschlechterung des Gedächtnisses und entsprechende Sorgen darüber),¹² eine schlechte Schlafqualität und Erschöpfung (eine Frage aus dem Short Form-36 (SF-36) Fragebogen¹³) erfasst.

Für Personen ab 65 Jahren wurden zusätzlich Einschränkungen in **instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens** (zum Beispiel große Schwierigkeiten oder nicht in der Lage sein, Hausarbeit oder Einkäufe zu erledigen) verwendet und, als ein weiterer Indikator für Vulnerabilität, Stürze in den letzten 12 Monaten erhoben.

Zu den Faktoren, die die **psychische Gesundheit** charakterisieren, zählten das Vorliegen einer depressiven Symptomatik (Patient Health Questionnaire in der 8- oder 9-Item-Version [PHQ-9]¹⁴) und einer Angstsymptomatik (Fragebogen Generalized Anxiety Disorder 7-item scale [GAD-7]¹⁵). Ein Skalensummenwert von zehn oder höher wurde sowohl im PHQ¹⁶ als auch im GAD-7 entsprechend vorliegender klinischer Validierungen als Hinweis auf das Vorliegen einer depressiven bzw. Angstsymptomatik gewertet, von ≥ 15 als Schwellenwert für eine schwerere depressive oder Angstsymptomatik genutzt.¹⁵

Für **verhaltensbezogene Faktoren und Gesundheitskompetenz** wurden herangezogen: ausreichende körperliche Aktivität, Obst- und Gemüseverzehr,

geringer oder kein Alkoholkonsum, Nicht-Rauchen und ein Körpergewicht im Normalbereich basierend auf Selbstangaben. Die allgemeine **Gesundheitskompetenz** gibt Auskunft über den themenübergreifenden Umgang mit Gesundheitsinformationen. Die Messung erfolgte mit dem Instrument HLS19-Q12.¹⁷ Der HLS19-Q12 wurde im Rahmen der „HLS19 – The International Health Literacy Population Survey 2019–2021“ vom M-POHL-Netzwerk („Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy“) entwickelt und validiert.^{17,18} Das Instrument bildet die subjektive Bewältigung gesundheitsbezogener Anforderungen im Umgang mit Gesundheitsinformationen in unterschiedlichen Lebenskontexten ab und ermöglicht in bevölkerungsbezogenen Studien Bevölkerungsgruppen mit niedriger, eher niedriger (zusammengefasst geringer), eher hoher und hoher Gesundheitskompetenz zu unterscheiden.

Die **lebensweltbezogenen Faktoren** Bildung, Einkommen, Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit, Erhalt sozialer Unterstützung (Oslo-3-Item Social Support Scale¹⁹) und Einsamkeit wurden in die Analysen einbezogen. **Informelle Pflege** lag vor, wenn Befragte angaben, derzeit eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person zu betreuen oder zu pflegen. Eine Belastung durch Pflege bestand, wenn Pflegende angaben, sich dadurch stark oder sehr stark belastet zu fühlen.

Die Ergebnisse werden auf Basis verschiedener RKI-Surveys dargestellt, die entsprechende Datenquelle ist jeweils in Klammern vermerkt.

3. Ergebnisse

3.1 Gesundheitsbedingte Einschränkungen, Risiko- und Schutzfaktoren für Pflegebedürftigkeit

Im Folgenden werden Ergebnisse zu möglichen Risiko- und Schutzfaktoren für Pflegebedürftigkeit vorgestellt. Eine Übersicht über alle vorgestellten Indikatoren samt Verweis zu detaillierten Ergebnissen findet sich in [Tabelle 1](#). Je nach Indikator stammen die Daten aus unterschiedlichen Erhebungsjahren.

3.1.1 Gesundheitszustand

35,9 % der Erwachsenen schätzten ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig bis sehr schlecht ein (Frauen 38,2 %; Männer 33,4 %). 53,7 % der Erwachsenen waren 2024 chronisch erkrankt (Frauen 57,2 %; Männer 50,0 %) (RKI-Panel 2024). Mit steigendem Alter war auch Multimorbidität häufig, 2021/2022 waren 65,2 % der Menschen ab 65 Jahren davon betroffen (Gesundheit 65+).

3.1.2 Körperliche und kognitive Funktionsfähigkeiten

Im Jahr 2024 gaben 7,0 % der Erwachsenen Einschränkungen beim Gehen oder Treppensteigen an (Frauen 8,7 %; Männer 5,3 %). Ältere (65- bis 79-Jährige 9,8 %; 80-Jährige und älter 35,4 %) sowie Personen aus niedrigeren Bildungsgruppen (14,4 %) waren signifikant häufiger beim Gehen oder Treppensteigen eingeschränkt (mittlere Bildungsgruppe 3,7 %; hohe Bildungsgruppe 2,4 %) (RKI-Panel 2024). 15,9 % der Erwachsenen gaben 2023 eine subjektive Gedächtnisverschlechterung an. Diese kognitiven Einschränkungen betrafen Frauen deutlich häufiger als Männer (18,3 % versus 13,2 %). Frauen der niedrigen Bildungsgruppe (23,6 %) geben an, häufiger von subjektiver Gedächtnisverschlechterung betroffen zu sein als Frauen der mittleren (16,9 %) und hohen Bildungsgruppe (15,0 %). Der Anteil von Personen, die eine subjektive Gedächtnisverschlechterung angaben, nahm im Lebensverlauf zu und war in der Altersgruppe ab 80 Jahren am höchsten (21,4 %) (GEDA 2023).

38,4 % der Erwachsenen gaben an, aufgrund eines gesundheitlichen Problems in den letzten sechs Monaten bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens mäßig oder stark eingeschränkt gewesen zu sein. Auf Frauen traf das häufiger zu als auf Männer (40,7 % versus 36,0 %). Auch höhere Altersgruppen berichteten häufiger Einschränkungen als jüngere (49,5 % der 65- bis 79-Jährigen; 66,7 % der 80-Jährigen und Älteren). Personen der niedrigen Bildungsgruppe gaben wesentlich häufiger ein gesundheitliches Problem an (50,0 %) als Personen der hohen Bildungsgruppe (27,0 %) (RKI-Panel 2024).

16,2 % der Menschen ab 65 Jahren waren 2019/2020 bei der Ausübung von instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt. Auf Frauen traf dies häufiger zu als auf Männer (20,1 % versus 11,3 %).

Tab. 1 | Prävalenzen ausgewählter Risiko- und Schutzfaktoren mit potenziellem Bezug zu Pflegebedürftigkeit

Potenzielle Risikofaktoren	Prävalenz	Datengrundlage	Detaillierte Ergebnisse*
Gesundheitszustand			
Eingeschränkter Gesundheitszustand	35,9% (♀ 38,2%; ♂ 33,4%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/selbsteingeschaetzte-allgemeine-gesundheit
Chronische Erkrankungen	53,7% (♀ 57,2%; ♂ 50,0%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/chronisches-kranksein
Multimorbidität (ab 65 Jahren)	65,2% (♀ 68,2%; ♂ 61,5%)	Gesundheit 65+	Gärtner et al. ³⁹
Körperliche und kognitive Funktionsfähigkeit			
Einschränkungen beim Gehen, Treppensteigen	7,0% (♀ 8,7%; ♂ 5,3%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/koerperliche-einschraenkungen
Kognitive Einschränkungen	15,9% (♀ 18,3%; ♂ 13,2%)	GEDA 2023	www.gbe.rki.de/kognitive-einschraenkungen
Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten	38,4% (♀ 40,7%; ♂ 36,0%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/gali
Ab 65 Jahren			
Einschränkungen in instrumentellen Aktivitäten	16,2% (♀ 20,1%; ♂ 11,3%)	GEDA-EHIS 2019/20	www.gbe.rki.de/iadl
Stürze	23,8% (♀ 26,8%; ♂ 19,7%)	GEDA 2022	www.gbe.rki.de/stuerze
Psychische Einschränkungen			
Depressive Symptomatik	21,9% (♀ 24,4%; ♂ 19,0%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/depressive-symptomatik
Angstsymptomatik	14,3% (♀ 16,5%; ♂ 11,9%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/angstsymptome
Lebens- und Arbeitsbedingungen			
Armutsrisiko (geringes Einkommen)	16,2% (♀ 17,2%; ♂ 15,3%)	Mikrozensus 2024	www.gbe.rki.de/armutsrisikoquote
Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit	25,3% (♀ 23,6%; ♂ 26,9%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/gesundheitsgefaehrung-durch-erwerbsarbeit
Einsamkeit (ab 65 Jahren)	19,2% (♀ 22,3%; ♂ 15,2%)	Gesundheit 65+	Gärtner et al. ³⁹
Potenzielle Schutzfaktoren			
Verhaltensbezogene Faktoren und Gesundheitskompetenz			
Erreichen der WHO-Empfehlungen für Ausdaueraktivität (mind. 150 Minuten pro Woche)	48,0% (♀ 44,8%; ♂ 51,2%)	GEDA-EHIS 2019/20	www.gbe.rki.de/bewegungsverhalten
Alkoholkonsum (pro Tag bei Frauen ≤ 10 g und bei Männern ≤ 20 g reiner Alkohol)	86,5% (♀ 88,9%; ♂ 83,9%)	GEDA-EHIS 2019/20	Richter et al. ²¹
Kein aktuelles Rauchen	71,1% (♀ 76,0%; ♂ 66,1%)	GEDA-EHIS 2019/20	Richter et al. ²¹
Einhalten eines Körpergewichtes im Normalbereich (BMI zwischen 18,5 und ≤ 25 kg/m²)	44,2% (♀ 50,0%; ♂ 38,3%)	GEDA-EHIS 2019/20	Richter et al. ²¹
Tägl. Verzehr Obst/Gemüse	34,8% (♀ 45,1%; ♂ 24,1%)	GEDA-EHIS 2019/20	www.gbe.rki.de/obst-und-gemuesekonsum
Hohe Gesundheitskompetenz	18,8% (♀ 18,7%; ♂ 19,0%)	RKI-Panel 2024	www.gbe.rki.de/allgemeine-gesundheitskompetenz
Lebens- und Arbeitsbedingungen			
Hochschulbildung	21,8% (♀ 20,0%; ♂ 23,7%)	Mikrozensus 2022	www.gbe.rki.de/hochschulbildung
Starke soziale Unterstützung	37,3% (♀ 40,8%; ♂ 33,8%)	GEDA 2023	www.gbe.rki.de/soziale-unterstuetzung

* Die aufgeführten Prävalenzen entstammen größtenteils dem Webportal der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, zu finden unter www.gbe.rki.de. Auf den jeweiligen Seiten zu den aufgeführten Indikatoren finden sich nach Alter, Geschlecht und Bildung aufgeschlüsselte Prävalenzen mit Konfidenzintervallen und detaillierte Informationen zur Stichprobengröße und Methodik.

Hochaltrige ab 80 Jahren waren häufiger eingeschränkt (30,1 %) als 65- bis 79-Jährige (10,1 %). Personen der niedrigen (19,0 %) und der mittleren Bildungsgruppe (14,8 %) berichteten häufiger Einschränkungen als Personen der hohen Bildungsgruppe (8,6 %) (GEDA 2019/2020-EHIS). 23,8 % der Personen ab 65 Jahren gaben 2022 an, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal gestürzt zu sein, 9,9 % stürzten mehrmals (GEDA 2022).

3.1.3 Psychische Gesundheit

2024 wiesen 21,9 % der Erwachsenen (Frauen 24,4 %; Männer 19,0 %) eine depressive Symptomatik (PHQ-9 ≥ 10) und 7,1 % (Frauen 8,1 %; Männer 5,9 %) eine mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik (PHQ-9 ≥ 15) auf. Für die Altersgruppe 65 bis 79 Jahre betrug der Anteil von Personen mit depressiver Symptomatik 12,2 % (Frauen 12,9 %; Männer 11,5 %), für die Altersgruppe der 80-Jährigen und älter lag er bei 20,1 % (Frauen 22,2 %; Männer 16,8 %) (RKI-Panel 2024).²⁰

Insgesamt 14,3 % (Frauen 16,5 %; Männer 11,9 %) wiesen eine Angstsymptomatik (GAD-7 ≥ 10) und 4,1 % (Frauen 5,2 %; Männer 2,8 %) eine schwerere Angstsymptomatik (GAD-7 ≥ 15) auf. Für die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen betrug der Anteil von Personen mit Angstsymptomatik 6,7 % (Frauen 7,7 %; Männer 5,7 %), für Personen ab 80 Jahren 9,5 % (Frauen 10,5 %; Männer 8,0 %). Die Häufigkeit von depressiver Symptomatik war bei Personen mit niedriger (24,9 %) und mittlerer Bildung (22,6 %) höher als bei Personen mit hoher Bildung (15,4 %), ebenso von einer Angstsymptomatik (niedrig 15,1 %; mittel 15,0 %; hoch 11,4 %) (RKI-Panel 2024).²⁰

Insgesamt 8,4 % (Frauen 9,8 %, Männer 6,9 %) zeigten eine depressive und/oder Angstsymptomatik in einer schweren Ausprägung.²⁰

3.1.4 Verhaltensbezogene Faktoren und Gesundheitskompetenz

Als gesundheitsförderlicher Lebensstil wird ein Lebensstil verstanden, der durch die Umsetzung verschiedener gesundheitsfördernder Verhaltensweisen gekennzeichnet ist. Dazu zählen insbesondere regelmäßige körperliche Aktivität entsprechend den Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), regelmäßiger Obst- und Gemüse-

konsum, ein risikoarmer bzw. kein Alkoholkonsum, Nichtrauchen sowie die Aufrechterhaltung eines Körpergewichts im Normalbereich.²¹ Je mehr dieser Verhaltensweisen umgesetzt werden, desto geringer ist das Risiko beispielsweise an Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen zu erkranken oder frühzeitig zu sterben. Eine Risikoreduktion von bis zu 66 % wäre bei einer Kombination dieser gesundheitsfördernden Verhaltensweisen im Vergleich zu keiner oder nur einer dieser Verhaltensweisen potenziell möglich.^{22,23}

Bereits in jüngeren Jahren werden wichtige Grundlagen für die Gesundheit im Alter gelegt. In Deutschland setzen die meisten Erwachsenen jedoch nur zwei oder drei dieser gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen um (56,2 % der Frauen und 62,5 % der Männer). Jeder fünfte Mann im Alter zwischen 45 bis 64 Jahren erfüllt nur eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise.²¹ Personen der niedrigen Bildungsgruppe setzen seltener einen gesundheitsförderlichen Lebensstil um als Personen der hohen Bildungsgruppe. Bei über 65-Jährigen erreichen lediglich 7,7 % der Frauen und 5,2 % der Männer alle untersuchten Aspekte des gesunden Lebensstils.²¹ In dieser Altersgruppe ist der Anteil der Personen, der nicht raucht, höher als in jüngeren Jahren, ebenso wie der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse. Jedoch wird die Empfehlung für die körperliche Aktivität seltener erreicht, ebenso wie das Einhalten des Normalgewichtes (GEDA-EHIS 2019/2020).

Gesundheitskompetenz kann dabei unterstützen, gesundheitsförderliches Verhalten im Alltag zu entwickeln.²⁴ Doch nur für 18,7 % der Frauen und 19,0 % der Männer in Deutschland ergab sich 2024 eine hohe allgemeine Gesundheitskompetenz. Es fand sich kein eindeutiger Altersgradient. Eine geringe Gesundheitskompetenz war in der niedrigen Bildungsgruppe häufiger zu beobachten²⁵ (RKI-Panel 2024).

3.1.5 Lebens- und Arbeitsbedingungen

Prekäre Lebens- und Arbeitsbedingungen wie Armut, schlechte Bildungs- und Erwerbschancen sind eng mit physischen, psychischen und psychosozialen Belastungen verbunden. Diese Aspekte stellen Risikofaktoren für eine Vielzahl von Gesundheits-

problemen und schwerwiegende Erkrankungen dar, die wiederum die Wahrscheinlichkeit für Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf erhöhen.^{26,27} In sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen sind diese Risikofaktoren besonders verbreitet: Personen aus niedrigen Einkommensgruppen sind etwa 1,5- bis 4-mal so häufig von chronischen Krankheiten betroffen wie Personen mit hohem Einkommen²⁸ (GEDA 2019/2020-EHIS). Dabei lässt sich diese soziale Ungleichheit über ein breites Spektrum von verschiedenen Erkrankungen und Krankheitsgruppen feststellen, die mit erhöhten Risiken für Funktionseinschränkungen und daraus folgenden Pflegebedarfen einhergehen.^{28–32}

Mit Blick auf die Arbeitswelt zeigt sich, dass 25,3 % der Erwerbstätigen in Deutschland eine starke oder sehr starke Gesundheitsgefährdung durch ihre Arbeit wahrnehmen; besonders hoch liegt dieser Anteil bei erwerbstätigen Männern mit niedriger formaler Bildung³³ (RKI-Panel 2024). Sowohl umgebungsbezogene, körperliche als auch psychische und psychosoziale Arbeitsbelastungen sind dafür von Bedeutung.³⁴ Die Folgen hoher Arbeitsbelastungen in niedrigen beruflichen Positionen spiegeln sich bereits während des aktiven Erwerbslebens im Auftreten von gesundheitlichen Problemen und Funktionseinschränkungen wider: Während die Prävalenz gesundheitsbedingter Einschränkungen bei 45- bis 64-jährigen Frauen, die eine berufliche Tätigkeit mit niedrigem Anforderungsniveau (Hilfs-/Anlernetätigkeiten) ausüben, bei 41,2 % liegt, beträgt sie bei Gleichaltrigen mit hoch komplexen Spezialtätigkeiten 19,9 %. Bei Männern ist dieser Unterschied mit 42,7 % gegenüber 15,1 % noch stärker ausgeprägt (GEDA 2019/2020-EHIS).

Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass insbesondere eingewanderte Menschen überproportional häufig in niedrigen beruflichen Positionen und unter den damit verbunden Arbeitsbelastungen arbeiten,^{35,36} z. B. aufgrund von Problemen bei der Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen und Diskriminierung im Arbeitsmarkt und Bildungssystem. Ansatzpunkte für strukturelle Prävention von Risiken für Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit bestehen somit bereits in frühen Phasen des Erwerbslebens, z. B. durch die

Förderung gesunder, gerechter und inklusiver Arbeitswelten.

Mit Blick auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen ist das Eingebundensein in soziale Netzwerke ein wichtiger Schutzfaktor für Gesundheit, insbesondere im höheren Alter. Dabei stehen sowohl **objektive** Faktoren wie die Größe des Netzwerks, die erhaltene soziale Unterstützung oder soziale Isolation als auch die **subjektive** Wahrnehmung von sozialer Unterstützung, sozialer Exklusion oder Einsamkeit mit psychischer, physischer und funktionaler Gesundheit sowie Pflegebedürftigkeit in Zusammenhang.³⁷ Im Jahr 2023 verfügten 38,3 % der 65- bis 79-Jährigen über eine starke soziale Unterstützung (Frauen 40,5 %; Männer 35,7 %), während dies bei Personen ab 80 Jahren nur auf 29,1 % zutraf (Frauen 30,4 %; Männer 26,6 %) (GEDA 2023).³⁸ Von Einsamkeit berichteten 2021/2022 19,2 % der Menschen ab 65 Jahren; Frauen gaben dabei häufiger als Männer an, einsam zu sein (22,3 % versus 15,2 %) und im Alter ab 80 Jahren fühlten sich sogar 29,0 % der Frauen und 17,5 % der Männer einsam³⁹ (Gesundheit 65+).

Das Risiko für Einsamkeit steigt zudem, wenn Angehörige pflegebedürftig werden oder versterben.⁴⁰ Insbesondere unter älteren Erwachsenen, die selbst in Langzeitpflegeeinrichtungen leben, sind soziale Isolation und Einsamkeit weit verbreitet.⁴¹

3.2 Pflege durch An- und Zugehörige und deren Situation: aktuelle Erkenntnisse des RKI-Panels 2024

3.2.1 Wer leistet (informelle) Pflege?

Insgesamt 10,4 % der Befragten des RKI-Panels 2024 gaben an, derzeit eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person zu pflegen. Frauen erbrachten häufiger Pflege für An- und Zugehörige als Männer (12,7 % versus 7,9 %). Personen, die Pflege leisteten, waren im Durchschnitt mit 54,5 Jahren etwas älter als Nicht-Pflegende (50,1 Jahre). Die meisten pflegenden An- und Zugehörigen fanden sich in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen. In der niedrigen (10,8 %) und mittleren Bildungsgruppe (11,1 %) wurde häufiger Pflege geleistet als in der hohen Bildungsgruppe (8,1 %) (RKI-Panel 2024). Zudem wird informelle Pflege besonders häufig in migrantischen Haushalten geleistet⁴² (GEDA Fokus).

3.2.2 Wie belastet fühlen sich Menschen, die Pflege erbringen?

Die Pflege von An- oder Zugehörigen war für Personen, die Pflege leisten, mit vielfältigen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden. 2024 gaben insgesamt 34,2 % der pflegenden An- und Zugehörigen an, sich durch die Pflege stark oder sehr stark belastet zu fühlen, wobei sich Frauen und Männer nicht hinsichtlich des Belastungserlebens unterschieden: (Frauen: 33,7 %, Männer 34,9 %). Unter den 45- bis 64-Jährigen erschien das Belastungserleben mit 38,3 % am höchsten (RKI-Panel 2024). 2012 berichteten Personen, die Angehörige in einem Umfang von mindestens zwei Stunden täglich pflegten, deutlich häufiger, dass sie mindestens 14 Tage innerhalb der letzten vier Wochen wegen ihres seelischen Befindens in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten beeinträchtigt waren („starke seelische Belastung“) als nicht-pflegende Personen.⁴

In eine ähnliche Richtung weisen Ergebnisse aus 2023, hier gab knapp ein Drittel der befragten pflegenden Personen an, die Pflege oder Unterstützung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds als sehr bzw. extrem belastend zu erleben, ein weiteres

Drittel empfand die Pflege als „ein bisschen belastend“, wobei der Frauenanteil in beiden Kategorien erhöht war.⁹

Analysen sowohl auf Basis von GEDA 2012 als auch GEDA 2019/2020-EHIS legen nahe, dass die Pflege von Angehörigen mit geringerer wahrgenommener sozialer Unterstützung, einhergeht.^{4,43}

3.2.3 Wie geht es Menschen, die informelle Pflege leisten, gesundheitlich?

Menschen, die informelle Pflege leisteten, gaben 2024 in verschiedenen Bereichen häufiger gesundheitliche Einschränkungen an als Menschen, die keine Pflege leisteten. Wie [Abbildung 2](#) zeigt, beschrieben sie ihren Gesundheitszustand öfter als eingeschränkt, hatten mehr chronische Erkrankungen und fühlten sich dadurch auch häufiger eingeschränkt, hatten eine schlechtere Schlafqualität, waren häufiger erschöpft und wiesen häufiger eine depressive Symptomatik auf. Einzig hinsichtlich des Übergewichts unterschieden sich die beiden Gruppen nicht (RKI-Panel 2024). Ähnliche Ergebnisse zur gesundheitlichen Lage Pflegenden zeigten auch die Analysen mit GEDA 2019/2020-EHIS.⁴³

Angaben in %

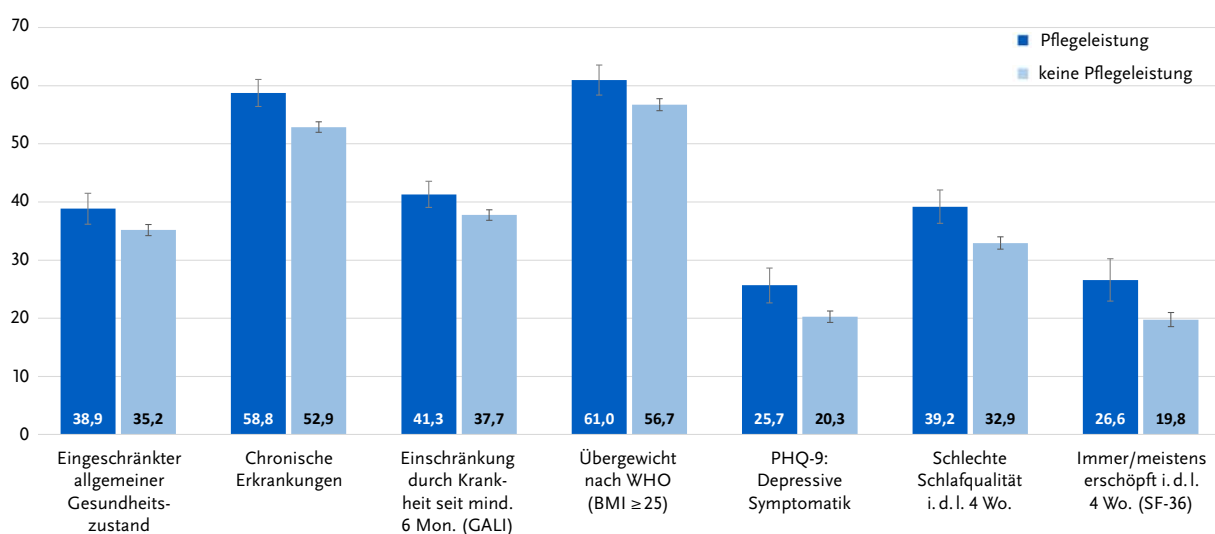


Abb. 2 | Gesundheitliche Lage von pflegenden An- und Zugehörigen in Deutschland. (Alters- und geschlechtsadjustierte, gewichtete Anteile in % mit 95 % Konfidenzintervallen). Datenquelle: RKI Panel 2024.

GALI: Global Activity Limitation Indicator, PHQ-9: Patient Health Questionnaire in der 9-Item-Version, WHO: Weltgesundheitsorganisation, BMI: Body Mass Index, SF-36: Short Form-36 Fragebogen

4. Diskussion – Ansatzpunkte zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger

Die Risiken für die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in Deutschland sind hoch, insbesondere wenn mehrere Faktoren vorhanden sind und zusammenwirken. Inwieweit eine Häufung verschiedener Risikofaktoren zu Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit führt, lässt sich anhand der aktuell vorhandenen Querschnittsdaten des RKI nicht beantworten. Dazu sind Daten aus mehreren Erhebungswellen über einen größeren Zeitraum erforderlich, wie sie mit dem RKI-Panel künftig vorliegen werden.

Die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit stellt in vielerlei Hinsicht eine Herausforderung dar. Nach aktuellem Stand leidet mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung an chronischen Erkrankungen, rund ein Drittel beschreibt den eigenen Gesundheitszustand als eingeschränkt und ein Fünftel weist eine depressive Symptomatik auf. Ab 65 Jahren ist mehr als die Hälfte der Menschen von Multimorbidität und Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens betroffen, fast ein Viertel hat im vorangegangenen Jahr einen Sturz erlebt und knapp ein Fünftel berichtete über subjektive Gedächtnisverschlechterungen. Da Demenzen die häufigsten pflegebegründenden Erstdiagnosen darstellen, ist der Erhalt kognitiver Fähigkeiten gerade mit Blick auf Pflegebedürftigkeit von sehr hoher Relevanz. Zudem bewegt sich ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung zu wenig, mehr als die Hälfte ist übergewichtig und isst mehrheitlich zu wenig Obst und Gemüse. Dies erhöht das Risiko für die Entstehung chronischer Erkrankungen und gesundheitlicher Einschränkungen und beeinflusst damit letztendlich auch das Risiko für Pflegebedürftigkeit. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Maßnahmen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit insbesondere dann wirksam sind, wenn sie frühzeitig einsetzen und mehrere Risikofaktoren gleichzeitig adressieren. So konnte die finnische FINGER-Studie zeigen, dass eine Intervention aus körperlicher Aktivität, Ernährungsberatung, kognitivem Training und Management vaskulärer Risikofaktoren die kognitive Leistungsfähigkeit älterer Menschen verbessert und funktionelle Einschränkungen hinauszögern kann.⁴⁴

In den USA verringerte ein strukturiertes Bewegungsprogramm im Rahmen der LIFE-Studie das Risiko schwerwiegender Mobilitätseinschränkungen.⁴⁵

Für alle untersuchten Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit gilt, dass Frauen sowie sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen häufiger Risikofaktoren aufweisen und gesundheitlich belastet sind, was sich bereits in früheren Lebensphasen wie dem Erwerbsalter zeigt und als Risiko über den Lebensverlauf akkumuliert. Die Ergebnisse aus den RKI-Studien liefern wichtige Hinweise, wo lang- und mittelfristig wirkende Maßnahmen ansetzen könnten, um Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung zu verringern.

Bei der Bewältigung der gegenwärtig und künftig anfallenden Pflegeleistungen nehmen die pflegenden An- und Zugehörigen eine zentrale Rolle ein. Bei funktionalen Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit bieten insbesondere nahe An- und Zugehörige wie (Ehe-)Partnerinnen und -Partner, Kinder und Eltern Unterstützung.⁴⁶ Insbesondere ältere Männer werden häufig durch die (Ehe-)Partnerin unterstützt und gepflegt.⁴⁶ Die angegebene Belastung bei 45- bis 64-jährigen Pflegenden kann möglicherweise als Ausdruck der in dieser Phase der *Rush Hour* des Lebens besonders bedeutsamen Herausforderung der Vereinbarkeit von Pflege mit der eigenen Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, der Fürsorge und Betreuung von Kindern sowie der Bewältigung bürokratischer Erfordernisse interpretiert werden.^{4,47}

Es ist wenig wahrscheinlich, dass der zu erwartende Engpass in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen durch pflegende An- und Zugehörige allein kompensiert werden wird. Angesichts der mit der Pflege verbundenen Gesundheitsrisiken und finanziellen Belastungen für pflegende An- und Zugehörige ist auch zu bedenken, dass pflegende Personen aufgrund der multiplen Belastungen später selbst ein höheres Risiko aufweisen, pflegebedürftig zu werden. Bisherige Entlastungsangebote, wie etwa Pflegeurlaub oder Selbsthilfegruppen, können dazu beitragen, die Risiken zu verringern. Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung spielen auch für die Gesundheit pflegender An- und Zugehöriger eine wichtige Rolle. Pflegende An- und Zugehörige,

die über ausreichend soziale Unterstützung verfügen, geben weniger Stress und eine bessere psychische und physische Gesundheit an als weniger gut unterstützte Pflegende.⁴⁸ Die Förderung einer anhaltenden sozialen Einbindung (z. B. über regelmäßige Kontakte, Austausch und gegenseitige Unterstützung in der Nachbarschaft³⁷) stellt somit eine wichtige Strategie dar, um die Gesundheit von informell pflegenden Personen sowie auch von Personen mit funktionalen Einschränkungen zu schützen.^{49–51} Zudem kommt der Beziehungsqualität zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person eine große Bedeutung zu.⁴⁸

Insgesamt gibt es deutliches Verbesserungspotenzial für die Sicherstellung der Pflegeleistungen: Hier könnten die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende, wie z. B. bessere Personalschlüssel und gerechtere Entlohnung,^{52–54} Unterstützung durch Betreuungspersonen aus dem Ausland, neue Wohn- und Versorgungsformen, finanzielle Aspekte und zugängliche Entlastungsangebote vor Ort hilfreich sein.^{55,56}

Um der Herausforderung der Zunahme der Anzahl von Personen mit Pflegebedarf als Folge des demografischen Wandels entgegenzuwirken, zeigen die Erkenntnisse aus internationalen Studien^{57,58} die Notwendigkeit der Umsetzung umfassender Strategien. Diese verbinden übergeordnete politische Strategien mit Maßnahmen auf Gemeinde- und Individualebene und zielen darauf, durch Veränderungen der Lebensbedingungen die Entscheidung zur gesünderen Lebensführung zu erleichtern. Um beispielsweise körperliche Aktivität zu fördern, bieten verhaltenspräventive Maßnahmen in den Lebenswelten und flankierende Maßnahmen wie die Schaffung eines bewegungsfreundlichen Wohnumfelds und Nachbarschaftszentren, das meiste Potenzial, bevölkerungsweite positive Effekte zu erreichen. Neben Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen sollte die Gesundheitskompetenz gestärkt werden, da sie als ein Faktor gilt, der gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen kann. Hierbei empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation, den Schwerpunkt nicht primär auf individuelle Maßnahmen zu legen, sondern auf normative Vorgaben, institutionelle Rahmenbedingungen und politische Regelungen, die

die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig prägen.⁵⁹

Um gesundheitliche Chancengerechtigkeit bezüglich Pflegebedürftigkeit von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu fördern, sollte mit Verhältnisprävention zur Verbesserung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen angesetzt werden (z. B. im Betrieb oder in der Kommune). So kann gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen, die das Risiko für Pflegebedürftigkeit erhöhen, bereits in früheren Lebensphasen wie dem Erwerbsalter vorgebeugt werden.

Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit können an verschiedenen Zeitpunkten der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit ansetzen.⁶⁰ Sie sollten als langfristige bevölkerungsweite Strategie mit einem *Health-in-all-Policies*-Ansatz zusammenwirken, da die Handlungsfelder für Prävention nicht allein im Gesundheitssektor, sondern in vielen Politikbereichen verortet sind:

- ▶ Gesundheitsförderung und Primärprävention für die Allgemeinbevölkerung, insbesondere auch für ältere Personen, zur Vermeidung des Neuauftretens chronischer Erkrankungen: Maßnahmen (z. B. Förderung von Bewegung und des Nichtrauchens) sollten verhältnisorientiert und lebensweltbezogen (z. B. Förderung von Chancengerechtigkeit bei Teilhabe an gesunden Arbeitswelten und Wohnbedingungen) umgesetzt und auf besondere Lebenssituationen von älteren Menschen (einschließlich des Abbaus von Barrieren) hin ausgerichtet werden.
- ▶ Risikoerkennung bei drohender Pflegebedürftigkeit, z. B. bei der Zunahme von körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen und funktionalen Einbußen: Ein evidenzbasiertes Screening kann in medizinischen Einrichtungen erfolgen, zum Beispiel in der Hausarztpraxis oder bei der Entlassung aus dem Krankenhaus, damit adäquate Maßnahmen z. B. durch Beratung zur Erhaltung von Muskelkraft oder eine Wohnraumanpassung eingeleitet werden können. Aktuelle internationale Empfehlungen und die Evidenz aus Interventionsstudien unterstreichen, dass Prävention von Pflegebedürftigkeit besonders wirksam ist, wenn bevölkerungsbezo-

gene Maßnahmen mit einer frühzeitigen Risikoerkennung und einer personenzentrierten Versorgung kombiniert werden. So empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation mit dem Programm *Integrated Care for Older People* ein systematisches Screening auf funktionelle Einbußen in der Primärversorgung mit anschließenden individuell abgestimmten Interventionen zur Erhaltung der Selbstständigkeit.⁶¹ Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit mit Netzwerk-Metaanalyse von 129 randomisierten Studien zeigt zudem, dass insbesondere gemeindebasierte komplexe Interventionen mit individualisierter Versorgungsplanung, regelmäßiger Nachverfolgung und Medikationsoptimierung die Selbstständigkeit älterer Menschen länger erhalten können.⁶²

- Interventionen im Pflegesetting: Maßnahmen wie z. B. geriatrische Rehabilitation, um weitere Selbstständigkeitsverluste bei pflegebedürftigen Menschen hinauszuzögern.

Es gibt bereits verschiedene Empfehlungen zu politischen Maßnahmen, z. B. hinsichtlich Sturzprävention, Tabakprävention, Bewegungsförderung sowie Förderung gesunder Ernährung, die in Deutschland möglichst zielgruppengerecht und soziallyagenbezogen in die Lebenswelten eingebettet werden sollten. Ziel aller Maßnahmen sollte ein längerer Erhalt von Selbstständigkeit sein, wodurch Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden kann. Dadurch könnten mehr gesunde und selbstbestimmte Lebensjahre gewonnen sowie die Teilhabe und Lebensqualität älterer Menschen erhalten werden. Gleichzeitig könnten pflegende An- und Zugehörige sowie die Gesundheits- und Pflegesysteme entlastet und die gesellschaftlichen Folgen des demografischen Wandels abgemildert werden. Insgesamt sprechen diese Erkenntnisse dafür, Prävention von Pflegebedürftigkeit langfristig, sektorenübergreifend und lebensphasenübergreifend auszurichten sowie Maßnahmen auf individueller und struktureller Ebene miteinander zu verknüpfen.

Literatur

- 1 Statistisches Bundesamt: Pflegebedürftige, u.a. nach Region, Alter und Geschlecht. 2025; www.gbe-bund.de (Abrufdatum: 28.07.2026)
- 2 GKV-Spitzenverband: Gesundheitsverläufe im Alter – Wege in die Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. 2023, Köln: CW Haarfeld GmbH. 1
- 3 Hasseler, M., et al.: Social inequalities in health care and long-term care for the very old: a scoping review. *Journal of Public Health* 2026(34): 1649–1664
- 4 Wetzstein, M., A. Rommel, C. Lange: Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt*, 2015. 6(3)
- 5 Statistisches Bundesamt: Mehr Pflegebedürftige. 2026; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>. (Abrufdatum: 28.07.2026)
- 6 WidO, Pflege-Report 2024: Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. 2024, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg
- 7 Lemcke, J., et al.: Panel „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts – Hintergrund und Methode der Jahreserhebung 2024. *Journal of Health Monitoring*, 2025(4): 16
- 8 Allen, J., et al.: Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. 2021(3): 72–87

- 9 Ellert, U., *et al.*: IHP-Survey Deutschland 2023. Erfahrungen der Erwachsenen in Deutschland mit dem Gesundheitssystem: Ergebnisse des International Health Policy Surveys 2023. 2025, Robert Koch-Institut: Berlin
- 10 Fuchs, J., *et al.*: Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland (Gesundheit 65+): Zielsetzung, Konzeption und Durchführung. *Journal of Health Monitoring*, 2023(3): 66–90
- 11 Koschollek, C., *et al.*: German Health Update Fokus (GEDA Fokus) among Residents with Croatian, Italian, Polish, Syrian, or Turkish Citizenship in Germany: Protocol for a Multilingual Mixed-Mode Interview Survey. *JMIR Res Protoc*, 2023. 12: e43503
- 12 Jessen, F., *et al.*: Patterns of subjective memory impairment in the elderly: association with memory performance. *Psychol Med*, 2007. 37(12): 1753–62
- 13 Ware JEJ, K.M., Bjorner JB *et al*, User's manual for the SF-36v2 health survey, 2. Aufl. 2007, Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated
- 14 Kroenke, K., R.L. Spitzer, J.B. Williams: The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 2001. 16(9): 606–13
- 15 Spitzer, R.L., *et al.*: A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 2006. 166(10): 1092–7
- 16 Wu, Y., *et al.*: Equivalency of the diagnostic accuracy of the PHQ-8 and PHQ-9: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychol Med*, 2020. 50(8): 1368–1380
- 17 Pelikan, J.M., *et al.*: Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. 19(21): 14129
- 18 Bielefeld University for HLS19, HLS19-Q12-DE_German – The German instrument for measuring health literacy in the general population. 2020, M-POHL: Bielefeld
- 19 Dalgard, O.S., *et al.*: Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2006. 41(6): 444–51
- 20 Walther, L., *et al.*: Depressive und Angstsymptomatik bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse aus dem Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024. *Journal of Health Monitoring*, 2025. 10(4): e13554
- 21 Richter, A., *et al.*: Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 2021(3): 28–48
- 22 Barbaresko, J., J. Rienks, U. Nöthlings: Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 2018. 55(4): 555–564
- 23 Loefer, M., H. Walach: The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 2012. 55(3): 163–170
- 24 Jordan, S., *et al.*: Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten – Einblicke in ein sich ausdifferenzierendes Forschungs- und Handlungsfeld für Public Health. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 2025. 68(3): 255–263
- 25 Jordan, S., S. Löbl: Die allgemeine Gesundheitskompetenz Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024. *Journal of Health Monitoring*, 2026. 11(4): 1–5
- 26 Lampert, T., J. Hoebel: Socioeconomic differences in health and need for care among the elderly. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2019. 62(3): 238–246
- 27 Lampert, T., *et al.*: Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. 2017, Robert Koch-Institut. S. 124
- 28 Hoebel, J., *et al.*: Gesundheitliche Ungleichheit, in *Sozialbericht 2024: Ein Datenreport für Deutschland*, Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, and Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Editors. 2024, Bundeszentrale für politische Bildung (bpb): Bonn. 314–319
- 29 Lampert, T.: Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken *APuZ*, 2018. 24/2018: 12–18
- 30 Hoebel, J., *et al.*: Socioeconomic Inequalities in Total and Site-Specific Cancer Incidence in Germany: A Population-Based Registry Study. *Front Oncol*, 2018. 8: 402
- 31 Tetzlaff, F., *et al.*: Widening socioeconomic inequalities in cancer incidence and related

- potential to reduce cancer between 2008 and 2019 in Germany. *Sci Rep*, 2025. 15(1): 32232
- 32 Santi, I., *et al.*: Occupation and educational inequalities in laryngeal cancer: the use of a job index. *BMC Public Health*, 2013. 13: 1080
- 33 Beese, F., *et al.*: Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch Erwerbsarbeit in Deutschland in den Jahren 2014/2015 und 2024. *Journal of Health Monitoring*, 2026: 7
- 34 Kroll, L.E., S. Müters, N. Dragano: Arbeitsbelastungen und Gesundheit, in GBE kompakt 2011, Robert Koch-Institut
- 35 Khalil S, L.A., Mayer SJ Systemrelevant und prekär beschäftigt: Wie Migrant*innen unser Gemeinwesen aufrechterhalten. *DeZIM Research Notes*, 2020. 3/20
- 36 OECD and European Commission: Indicators of Immigrant Integration 2023: Settling In, OECD Publishing, Editor. 2023: Paris
- 37 Bundesministerium für Familie, S.: Frauen und Jugend (Hrsg.), Neunter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabe. Bericht der Sachverständigenkommission an das BMFSFJ. 2024
- 38 Robert Koch-Institut: Soziale Unterstützung (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2024
- 39 Gaertner, B., *et al.*: Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+. *Journal of Health Monitoring*, 2023(3): 7–31
- 40 Luhmann, M., S. Buecker, M. Rüsberg: Loneliness across time and space. *Nat Rev Psychol*, 2023. 2(1): 9–23
- 41 Victor, C.R.: Loneliness in Care Homes: A Neglected Area of Research? *Aging Health*, 2012. 8(6): 637–646
- 42 Koschollek, C., *et al.*: Limitations in activities of daily living among older people with selected citizenships in Germany: results of the interview survey GEDA Fokus. *European Journal of Public Health*, 2025. 35(Supplement_6): ckaf180.221
- 43 Fuchs, J., *et al.*: Informal caregivers in Germany – who are they and which risks and resources do they have? *Frontiers in Public Health*, 2023. 11: 1058517
- 44 Ngandu, T., *et al.*: A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FIN-GER): a randomised controlled trial. *Lancet*, 2015. 385(9984): 2255–63
- 45 Pahor, M., *et al.*: Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *Jama*, 2014. 311(23): 2387–96
- 46 Unger, R., K. Giersiepen, M. Windzio: Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld, in *Social Demography Forschung an der Schnittstelle von Soziologie und Demografie*, K. Hank and M. Kreyenfeld, Editors. 2016, Springer Fachmedien Wiesbaden: Wiesbaden. 193–215
- 47 Deutscher Bundestag: Siebter Familienbericht. Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik, in Drucksache 16/1360. 2006, Deutscher Bundestag: Berlin
- 48 Kunzler, A., N. Skoluda, U. Nater: Die Bedeutung von Resilienzfaktoren für pflegende Angehörige von Demenzpatienten – eine Übersicht zu ausgewählten Faktoren. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2018. 68(01): 10–21
- 49 Sohn, M., M.S. Kim: Cognitive vulnerability and social support among aging women caregivers. *J Women Aging*, 2026: 1–13
- 50 Ho, I.S., *et al.*: Examining the social networks of older adults receiving informal or formal care: a systematic review. *BMC Geriatr*, 2023. 23(1): 531
- 51 Yu, T., *et al.*: Social support interventions for life satisfaction of older adults in long-term care: A systematic review and meta-analysis. *Aging and Health Research*, 2026. 6(1): 100275
- 52 Hans Böckler Stiftung (Hrsg.). Arbeitsbedingungen in der Pflege. 2024; <https://www.boeckler.de/de/auf-einen-blick-17945-zahlen-und-studien-zum-pflegenotstand-und-wege-hinaus-17962.htm> (Abrufdatum: 28.07.2026)
- 53 IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, W.G., contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH, Ruhr-Universität Bochum (Hrsg.); Endbericht zur Studie

„Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege“ Los 1: Analyse, Befragungen und Maßnahmenempfehlungen zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2022

54 Nowossadeck, E.: Pflegekräfte in Zeiten des demografischen Wandels. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2013. 56(8): 1037–1039

55 Büscher, A., *et al.*: Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK Pflegestudie. 2023, Sozialverband VdK Deutschland e.V.: Osnabrück

56 Schwinger, A., K. Zok: Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WIdO-monitor, 2024. 21(1): 1–12

57 World Health Organization (WHO): Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Second edition ed. 2024, Geneva: WHO

58 AOK-Bundesverband und Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Public Health Index: Präventionspolitik im internationalen Vergleich 2025, AOK-Bundesverband und Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Berlin

59 World Health Organization (WHO): Health literacy development for the prevention and control of non-communicable diseases. Volume 1. Overview., WHO, Editor. 2022 Geneva

60 Nolting, H.-D., J. Marschall: Prävention von Pflegebedürftigkeit. Dokumentation von Fachgesprächen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich. 2025, IGES Institut: Berlin

61 World Health Organization: Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2024

62 Crocker, T.F., *et al.*: Community based complex interventions to sustain independence in older people: systematic review and network meta-analysis. Bmj, 2024. 384: e077764

Autoren

Dr. Judith Fuchs | Dr. Jens Hoebel |
Dr. Susanne Jordan | Dr. Carmen Koschollek |
Prof. Dr. Julika Loss | PD Dr. Hannelore Neuhauser |
Dr. Enno Nowossadeck | Petra Rattay | Dr. Anja Schienkiewitz | Dr. Robert Schlack | Dr. Anne Starker |
Martin Thißen

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenz: fuchsj@rki.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

Fuchs J, Hoebel J, Jordan S, Koschollek C, Loss J, Neuhauser H, Nowossadeck E, Rattay P, Schienkiewitz A, Schlack R, Starker A, Thißen M: Pflege in Deutschland: Faktoren, die mit Pflegebedürftigkeit assoziiert sind und Betrachtung der Situation informell Pflegender

Epid Bull 2026;31:4-17 | DOI 10.25646/14310

Open access



Creative Commons Namensnennung.
4.0 International