DEGAM

S2k-Leitlinie

Pflegende Angehörige von Erwachsenen

AWMF-Register-Nr. 053-006
Version 3.0

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin

Leitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen, die Grundlagen für die gemeinsame Entscheidung von Ärzt:innen und deren Patient:innen zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung darstellen. Eine Leitlinie kann verständlicherweise nicht alle denkbaren individuellen Situationen erfassen. In begründeten Fällen kann oder muss sogar von einer Leitlinie abgewichen werden. Leitlinien sind juristisch nicht bindend.

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Grundversorgung.

Unbenommen bleibt dabei, dass Hausärzt:innen auch Spezialgebiete beherrschen können und dann dementsprechend in Einzelbereichen eine Spezialversorgung anbieten können; diese hat dann allerdings den Leitlinien einer spezialisierten Versorgung zu folgen.

Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen von allen Seiten herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

© DEGAM 2026

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Bereich Allgemeinmedizin
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

E-Mail: leitlinien@degam.de
Tel.: 0351 458 89234 oder 0351 458 89228

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin DEGAM, S2k-Leitlinie Pflegende Angehörige von Erwachsenen, Stand 08/2026, Version 3.0),
AWMF-Register-Nr. 053-006, verfügbar unter: https://www.degam.de/leitlinie-s2k-053-006

Autorinnen und Autoren

Dr. med. Robin John, Jessy Haupt, Anna-Lena Hegele, Dr. Kerstin Köhler, Natascha Köstler, Antje Liesener, Anita Marini, Prof. Dr. Notburga Ott, Andrea Perner, Vicky Schmelzer, Gerlinde Strunk-Richter, Prof. em. Dr. med. Thomas Lichte

Paten und Unterstützende

Prof. Dr. med. Erika Baum

Unter Mitarbeit von

Katja Bachmann, Dr. med. Marianne Schneemilch

Beteiligte Fachgesellschaften/Organisationen/ Patientenvertretungen/Experten/Panels

Institution	Name
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)	Dr. med. Robin John, Prof. em. Dr. med. Thomas Lichte, Priv.-Doz. Dr. rer. hum. biol. Cathleen Muche-Borowski, Prof. Dr. med. Erika Baum
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)	Dr. Kerstin Köhler
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)	Antje Liesener, Jessy Haupt
Wir pflegen – Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e. V.	Prof. Dr. Notburga Ott
Universitätsklinikum Magdeburg	Andrea Perner, Anna-Lena Hegele, Katja Bachmann, Dr. med. Marianne Schneemilch
Verband medizinischer Fachberufe e. V.	Anita Marini
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA)	Vicky Schmelzer
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft	Gerlinde Strunk-Richter, Natascha Köstler

*abstimmende Mandatstragende

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion

Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

Stand 31.08.2026
Revision geplant 30.08.2031

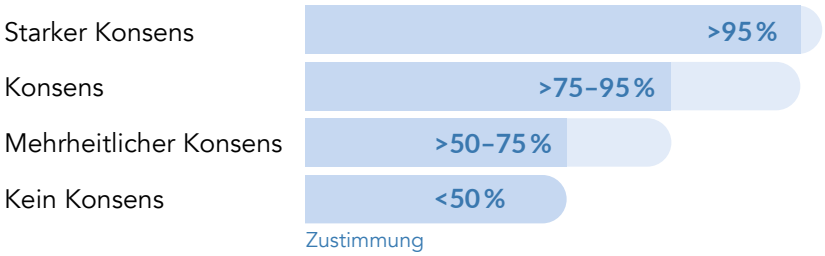
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autor:innen und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie. Die DEGAM übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche

Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Klassifikation der Konsensusstärke



Hinweis

Ergänzende Angaben und Ergebnisse zur methodischen Vorgehensweise, entsprechend einer S2k-Leitlinie, finden sich in einem separaten Leitlinienreport.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Begriff
AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ACP	Advance Care Planning
DIPA	Digitale Pflegeanwendungen
EK	Expert:innenkonsens
FARBE	Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung
GEDA	Studie zur gesundheitlichen Lage von Erwachsenen in Deutschland
HPS	Häusliche Pflege-Skala
MFA	Medizinische Fachangestellte/ Medizinischer Fachangestellter
NÄPA	Nichtärztliche Praxisassistentin/ Nichtärztlicher Praxisassistent
NVL	Nationale Versorgungsleitinie
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SBAR	Situation-Background-Assessment-Recommendation
SPV	Spezialisierte Palliativversorgung
VERAH	Versorgungsassistentin/Versorgungsassistent in der Hausarztpraxis
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Was gibt es Neues?

Die vorliegende S2k-Leitlinie stellt eine umfassend überarbeitete Neufassung der vorherigen Version dar. Im Unterschied zur vorherigen S3-Leitlinie ist sie thematisch breiter angelegt und weniger demenzspezifisch ausgerichtet. Obwohl sich die Struktur und die grundlegende thematische Ausrichtung an der Vorgängerleitlinie orientiert, wurden sämtliche Kapitel inhaltlich grundlegend neu erarbeitet und aktualisiert. Alle Empfehlungen wurden neu formuliert und konsentiert. Änderungen betreffen daher die gesamte Leitlinie einschließlich aller Kapitel und Empfehlungstexte.

Inhalt

1 Versorgungsproblem 7

2 Zielgruppe, Adressaten und Ziel der Leitlinie 9

3 Zusammenfassung der Empfehlungen 10

4 Definition und Epidemiologie des Gesundheitsproblems 15

4.1 Pflegende Angehörige in Deutschland 15

4.2 Gesundheitliche Lage von pflegenden Angehörigen 16

4.2.1 Körperliche Gesundheit 16
4.2.2 Psychische Gesundheit 16
4.2.3 Psychosoziale Gesundheit und soziale Lage 17

4.3 Mangelnde Inanspruchnahme von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten oder mangelndes Angebot? 18

5 Qualifizierung des Praxisteams: Kommunikation und kompetente Verweisberatung 20

6 Diagnostisches Vorgehen: Beschwerden, Belastungen und Bedürfnisse identifizieren 22

6.1 Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis identifizieren 22

6.2 Anamnesegespräche in der Hausarztpraxis/des Praxisteams 25

6.3 Körperliche Untersuchung 27

6.4 Assessment-Instrumente 28

6.5 Yellow flags/Red flags 30

7 Therapeutisches Vorgehen und Interventionsmöglichkeiten 32

7.1 Ärztliche Interventionen 34

7.1.1 Ärzt:innen-Patient:innen-Gespräch 34
7.1.2 Medikamentöse Therapie oder „Strategien zur Linderung typischer Beschwerden“ . . . 35
7.1.3 Physiotherapie, Aktivität/Sport 36
7.1.4 Gesundheitliche Vorsorgeplanung 37
7.1.5 Rehabilitation 38
7.1.6 Psychoedukation 40
7.1.7 Psychotherapie 41
7.1.8 Palliativmedizinische Beratung und Begleitung, Palliativversorgung (AAPV/SPV) 42

7.2 Information und Beratung zum Thema Pflegebedürftigkeit 43

7.3 Unterstützungsleistungen nach den Sozialgesetzbüchern 47
7.3.1 Pflegegrad: Voraussetzung für Leistungen der Pflegekassen (SGB XI) 47
7.3.2 Leistungen der Pflegekassen für eingetragene Pflegepersonen des anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen. 48
7.3.3 Leistungen der Pflegekassen für anspruchsberechtigte pflegebedürftige Personen 48
7.3.4 Hilfe zur Pflege nach SGB XII 49
7.3.5 Leistungen nach dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz 49
7.4 Weitere Unterstützungs- und Entlastungsangebote 49
7.4.1 Externe Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung 49
7.4.2 Psychosoziale Beratung. 50
7.4.3 Gemeinschaftliche Selbsthilfe 51
7.4.4 Ehrenamtliche Unterstützungsangebote und Freiwilligendienste 52
7.5 Pflegekurse 52
7.6 Digitale Unterstützungsleistungen 52
8 Anhang 57
8.1 Assessmentbaum 57
8.2 Fallbeispiele 57
8.2.1 Fall I: Hilfe bei Schmerz und Angst: Palliativversorgung bei metastasiertem Krebs 59
8.2.2 Fall II: Langsame Demenz: Eine Herausforderung für das Leben zu zweit 60
8.2.3 Fall III: Plötzliche Pflegebedürftigkeit nach Schlaganfall 60
8.2.4 Fall IV: Unterstützung und Entlastung für ein älteres Ehepaar in labiler häuslicher Situation 61
8.2.5 Fall V: Von der stationären Versorgung zur häuslichen Pflege: Eine immobile Patientin mit Adipositas und multiplen Wundinfektionen 62
8.2.6 Fall VI: Die stille Belastung: Wenn die Bedürfnisse der Ehefrau nicht gehört werden 63
8.2.7 Fall VII: Komplexe Versorgung einer Patientin mit schnell zunehmender Demenz und ambulanter sowie stationärer Pflege 64
8.3 Das FARBE-Instrument 64
8.4 Die Häusliche Pflege-Skala – HPS 69
8.5 Psychische Auswirkungen auf pflegende Angehörige – Aspekte zur Förderung der Empathie im hausärztlichen Praxisteams 71
9 Forschungsbedarf 72
Referenzen 73

1 Versorgungsproblem

Der Großteil der rund 6 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wird von pflegenden Angehörigen versorgt (Abb. 1). In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Pflegebedürftigen dabei deutlich angestiegen (Abb. 2) [1]. Die häusliche Pflege findet größtenteils in ausschließlich selbst organisierten Pflegesettings statt und ist nach wie vor überwiegend Frauensache [2].

Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2023

in %, insgesamt 5,7 Millionen

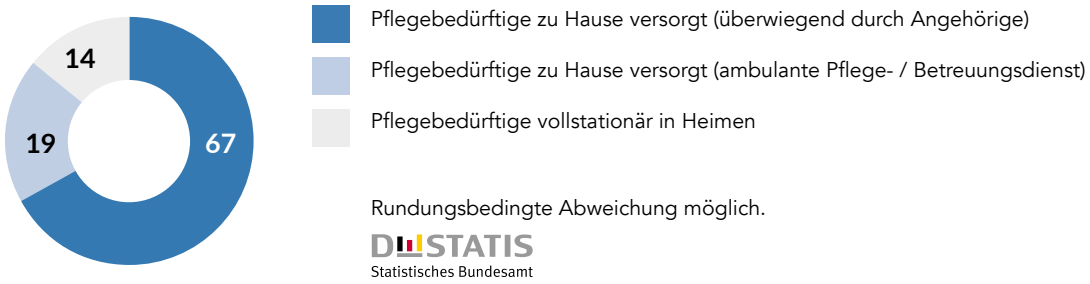


Abbildung 1: Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2023 in %, insgesamt 5,7 Millionen

Pflegebedürftige

in Millionen

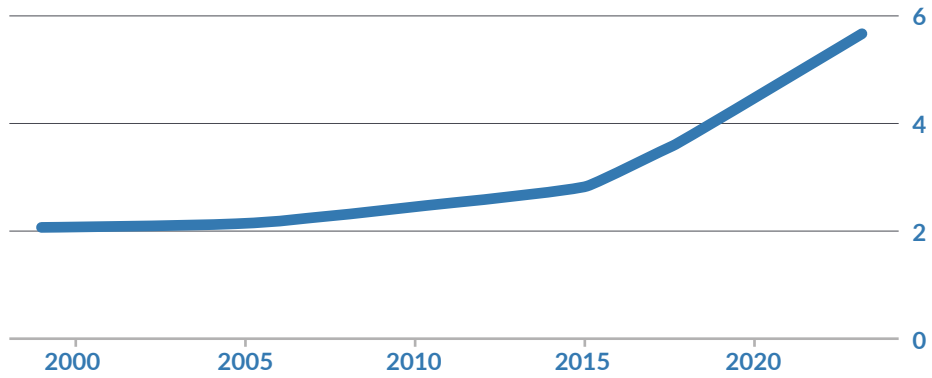


Abbildung 2: Pflegebedürftige in Millionen

Aktuelle Analysen zeigen mit durchschnittlich 49 Stunden pro Woche eine intensive Einbindung der Hauptpflegeperson in die Pflege und Betreuung. Die Belastungen, die aus der Pflege- und Betreuungsarbeit entstehen, sind entsprechend hoch: Jede:r Vierte gibt an, die Pflegesituation „eigentlich gar nicht mehr" oder „nur unter Schwierigkeiten" bewältigen zu können (Tab. 1). Dies tritt bei Haushalten mit einem hohen Score der Häuslichen Pflege-Skala (HPS), der einer stark subjektiv empfundenen psychischen und physischen Belastung entspricht, überproportional häufig auf (ca. 60 %) [2]. Der Score kann mithilfe der in Kapitel 6.4 beschriebenen HPS bestimmt werden.

Tabelle 1: Einschätzung der häuslichen Pflegesituation (2023 und 2019)

Wie schätzen Sie die häusliche Pflegesituation insgesamt ein?
Anteil „nur noch unter Schwierigkeiten" oder „eigentlich gar nicht mehr zu bewältigen"

Jahr	Gesamt	Demenz	Pflegegrad >=3	Pflegedauer >=5 Jahre	HPS-Score hoch	Gleicher Haushalt	Erwerbs-tätigkeit	Haushaltsein-kommen hoch
2023	27,7	36,0	32,3	28,2	60,6	23,3	30,5	25,9
2019	24,9	33,9	31,6	28,0	49,4	21,2	28,3	27,1

Angaben in Prozent
© WldO-Monitor 2024; 21 (1):1–12

Pflegende, die Unterstützung erhalten, wünschen sich mehr davon. Hinzu kommen finanzielle Belastungen durch privat getragene Kosten. Gleichzeitig stellt die Pflege von Angehörigen den Hauptgrund für die Reduzierung oder Beendigung der eigenen Berufstätigkeit dar. Mehr als jede:r zweite pflegende Angehörige mit einer Teilzeittätigkeit hat die eigene Erwerbstätigkeit pflegebedingt reduziert. Mehr als ein Viertel der nicht erwerbstätigen pflegenden Angehörigen gibt die Care-Arbeit als Aufgabegrund der eigenen Berufstätigkeit an (ebd.). Fehlende, unpassende und zu teure Betreuungsmöglichkeiten werden zudem als Grund angegeben, die Arbeit nicht wieder aufzunehmen bzw. die Arbeitszeit nicht zu erhöhen [3]. Diese individuelle Belastung ist auch strukturell bedingt, da die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung den tatsächlichen Versorgungsbedarf häufig nicht vollständig abdecken und dadurch ein erheblicher Teil der pflegerischen sowie finanziellen Last von pflegenden Angehörigen getragen wird [4].

Die Unterstützungsbedarfe sind vielfältig. Sie betreffen medizinische, psychologische, soziale und finanzielle Fragestellungen. Bei der Bedarfserkennung und -erhebung, der zielgerichteten Informationsvermittlung, der Integration nichtärztlicher Angebote in Prävention, Beratung und Rehabilitation, der psychosozialen (Krisen-)Beratung und hinsichtlich des emotionalen Beistands kommt dem hausärztlichen Team eine Schlüsselfunktion zu.

2 Zielgruppe, Adressaten und Ziel der Leitlinie

Ziel dieser Leitlinie ist es, das hausärztliche Team sowie weitere relevante Fachkräfte darin zu unterstützen,

- pflegende Angehörige und deren gesundheitsbezogene und psychosoziale Bedürfnisse möglichst frühzeitig zu erkennen und im weiteren Verlauf zu begleiten,
- körperliche, psychische und soziale Befunde als Anlässe für die Beratung von pflegenden Angehörigen zu nutzen,
- präventive Beratung zu individuellen Herausforderungen sowie pflegeentlastenden bzw. -unterstützenden Maßnahmen anzubieten,
- weitere Unterstützungsangebote zu kennen und pflegende Angehörige gezielt an geeignete Angebote zu vermitteln.

Dabei fokussiert die Leitlinie auf Handlungen durch das hausärztliche Praxisteam bzw. externe Interventionen, die:

- direkt bei den pflegenden Angehörigen, sowie bei der Beziehung zwischen pflegebedürftiger und pflegender Person ansetzen,
- diese Pflegepersonen entlasten, indem der Umfang der Pflegezeit zeitweise oder dauerhaft verkürzt bzw. Pflegeaufgaben erleichtert oder ganz delegiert werden,
- durch Koordination/Übergangsmanagement die gesamte Pflegesituation zum Wohle der Gepflegten als auch der Pflegenden verbessern.

Im Kontext dieser Leitlinie wird nicht auf die medizinische Grundversorgung der pflegenden Angehörigen eingegangen, sondern auf Bedürfnisse im Rahmen der Pflegesituation. Die Sterbephase sowie Unterstützungsbedarfe nach dem Tod der pflegebedürftigen Person sind ebenfalls nicht Bestandteil dieser Leitlinie.

Zielgruppe sind pflegende Angehörige. Damit sind grundsätzlich alle Personen gemeint, die einen pflegebedürftigen Menschen aus dem familiären oder erweiterten Umfeld unentgeltlich und längerfristig körperlich pflegen und/oder hauswirtschaftlich versorgen und/oder psychosozial betreuen. Im weiteren Text wird der Begriff pflegende Angehörige auch für solche Personen verwendet, die nicht verwandtschaftlich verbunden sind (Zugehörige).

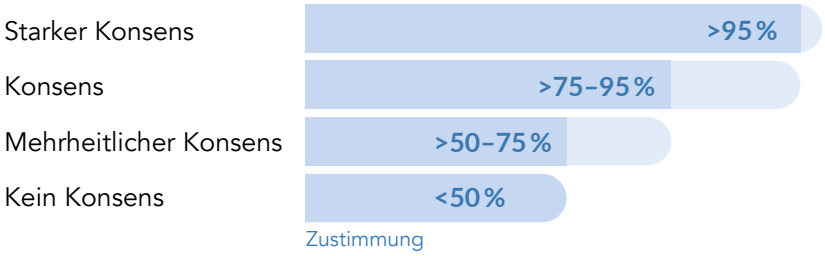
Der Versorgung durch das hausärztliche Praxisteam kommt bei der Identifizierung, Bedarfserhebung und Intervention eine Schlüsselfunktion zu. Diese Leitlinie richtet sich daher vorrangig an das hausärztliche Team (Hausärzt:innen nebst medizinischen Fachangestellten (MFA, VERAH, NÄPA, Akademische Assistenzberufe und weitere). Weiterhin sind Fachkräfte angesprochen, die Pflegebedürftige und/oder ihre Angehörigen in ihren jeweiligen Kontexten beraten und betreuen, wie z. B. Fachärzt:innen, Pflegefachkräfte, Therapeut:innen, Psycholog:innen und Sozialarbeiter:innen bzw. Sozialpädagog:innen. Darüber hinaus richtet sich diese Leitlinie auch direkt an pflegende Angehörige. Im Anhang werden beispielhafte Fallszenarien dargestellt.

3 Zusammenfassung der Empfehlungen

Die Stärke der Empfehlung wird bei S2k-Leitlinien rein sprachlich ausgedrückt. Eine Vergabe von Empfehlungsgraden und Levels of Evidenz ist nicht vorgesehen. Hinweise zur Formulierung der Empfehlungen (siehe auch Erläuterungen im Template Leitlinienreport).

Empfehlungsgrad	Syntax
starke Empfehlung **A**	soll/soll nicht
Empfeh-lung **B**	sollte/sollte nicht
Offene Empfehlung **C**	kann erwogen/ kann verzichtet werden

Klassifikation der Konsensusstärke



Leitlinienempfehlungen auf Basis eines Expertenkonsenses:

5 Qualifizierung des Praxisteams: Kommunikation und kompetente Verweisberatung

5.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team sollte ein verantwortliches Teammitglied benennen, das regionale Hilfeangebote Unterstützungsangebote recherchiert, Kontakte zu relevanten Einrichtungen aufbaut und Informationsmaterial für das Team und die Patient:innen zusammenstellt.

5.2 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Regelmäßige Fortbildungen zu Gesprächsführung und -techniken sollten zur Sensibilisierung des Praxisteams durchgeführt werden.

6 Diagnostisches Vorgehen: Beschwerden, Belastungen und Bedürfnisse identifizieren

6.1 Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis identifizieren

6.1.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team soll für den jeweiligen Praxiskontext geeignete Maßnahmen zur Identifizierung von pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis entwickeln und umsetzen.

6.1.2 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team soll pflegende Angehörige aktiv ansprechen und gezielt nach körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen fragen.

6.3 Körperliche Untersuchung

6.3.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Gesundheitsuntersuchungen sollten für einen Kontaktaufbau zu pflegenden Angehörigen genutzt werden, um Hinweise auf gesundheitliche Belastungen im Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit zu erfassen.

6.3.2 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Schmerzen, Stressreaktionen oder wiederkehrende Gesundheitsprobleme können Hinweise auf eine Belastung pflegender Angehöriger sein und sollten als mögliche Warnsignale erkannt werden.

6.4 Assessment-Instrumente

6.4.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Bei bekannter Angehörigenpflege sollte initial sowie bei Bedarf, z. B. bei Veränderungen der Pflegesituation, ein strukturiertes Belastungsassessment erfolgen. Empfehlenswerte Instrumente sind der Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE) sowie die Kurzversion der Häuslichen Pflege-Skala (HPS).

6.5 Yellow flags/Red flags

6.5.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Im Kontakt mit pflegenden Angehörigen soll auf das Auftreten von „Yellow flags“ oder „Red flags“ geachtet werden.

7 Therapeutisches Vorgehen und Interventionsmöglichkeiten

7.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Zur Identifikation von Handlungsfeldern und Festlegung von Verantwortlichkeiten innerhalb des Praxisteams im Kontakt mit pflegenden Angehörigen sollte die Tabelle 3 in Kapitel 7 genutzt werden.

7.1 Ärztliche Interventionen
7.1.1 Ärzt:innen-Patient:innen-Gespräch

7.1.1.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Bei pflegenden Angehörigen soll geprüft werden, ob gesundheitliche Beschwerden (z. B. Schmerzen, Schlafstörungen oder emotionale Belastung) im Zusammenhang mit der Pflegesituation stehen. Wird ein solcher Zusammenhang vermutet oder festgestellt, soll das hausärztliche Team ein Gespräch über mögliche entlastende Maßnahmen anbieten und ggf. den Kontakt zu geeigneten Unterstützungsangeboten initiieren.

7.1.4 Gesundheitliche Vorsorgeplanung

7.1.4.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team soll Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige frühzeitig, proaktiv sowie situativ zur gesundheitlichen Vorsorgeplanung der zu pflegenden Person beraten. Ziel ist es, die Erstellung einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zu unterstützen, um individuelle Wünsche für den Fall des Verlusts der Einwilligungsfähigkeit festzuhalten. Bei Bedarf sollte zusätzlich an externe Beratungsstellen verwiesen werden.

7.1.5 Rehabilitation

7.1.5.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Pflegenden Angehörigen soll bei medizinisch festgestelltem Bedarf eine medizinische Rehabilitation empfohlen werden. Die pflegebedürftige Person kann in die Maßnahme einbezogen werden.

7.1.8 Palliativmedizinische Beratung und Begleitung, Palliativversorgung (AAPV/SPV)

7.1.8.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Bei fortgeschrittener, nicht heilbarer Erkrankung oder stetiger Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu pflegenden Person sollen pflegende Angehörige durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt und das Praxisteam im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung beraten und unterstützt werden.

7.2 Information und Beratung zum Thema Pflegebedürftigkeit

7.2.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team soll pflegende Angehörige über die Möglichkeit der Beantragung eines Pflegegrads als Voraussetzung für Unterstützungs- und Entlastungsleistungen der Pflegekassen informieren und bei weiterem Informations- und Beratungsbedarf gezielt an den örtlichen Pflegestützpunkt, die Pflegeberatung der Pflegekassen bzw. andere geeignete Beratungsstellen verweisen und entsprechendes Informationsmaterial mitgeben.

7.4 Weitere Unterstützungs- und Entlastungsangebote
7.4.3 Gemeinschaftliche Selbsthilfe

7.4.3.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Pflegende Angehörige sollen gezielt auf Angebote der Gemeinschaftlichen Selbsthilfe für pflegende Angehörige hingewiesen werden und allgemeine Informationen zur örtlichen Selbsthilfekontaktstelle erhalten.

Die Wahl geeigneter medizinischer und psychosozialer Handlungsoptionen erfolgt in gemeinsamer Entscheidung mit den pflegenden Angehörigen und auf der Grundlage der individuellen Lebens- und Pflegesituation, der daraus resultierenden Belastungen und Bedürfnisse, sowie weiteren diagnostischen Befunden.

4 Definition und Epidemiologie des Gesundheitsproblems

4.1 Pflegende Angehörige in Deutschland

2024 waren rund 6 Millionen Menschen in Deutschland im Rahmen der Pflegeversicherung anerkannt pflegebedürftig, wovon die überwiegende Mehrheit (85 % bzw. 5,1 Millionen) zu Hause und dort wiederum überwiegend oder ausschließlich von Angehörigen versorgt wurde [1]. Lediglich 7 % der Betroffenen geben an, keine private Pflegeperson zu haben [5]. Bei einem Viertel der zu Hause Gepflegten ist ein ambulanter Pflege- und Betreuungsdienst involviert, wobei auch in dieser Konstellation die Angehörigen den größten Teil der praktischen Pflegeleistungen erbringen. Nach einer Befragung der AOK aus dem Jahr 2019 beträgt der Anteil der in der häuslichen Pflege insgesamt eingesetzten Zeit durch Pflegedienste lediglich 8,4 % [6]. Auf Basis der Daten des WidO (wissenschaftliches Institut der AOK) ergibt sich eine Anzahl von etwa 4,4 Millionen pflegenden Angehörigen als Hauptpflegepersonen [7]. In etwa 80 % der Versorgungsarrangements sind neben der Hauptpflegeperson weitere Angehörige in die Pflege eingebunden [5], [6]. Insgesamt ist daher für das Jahr 2023 von etwa 7,8 Millionen pflegenden Angehörigen auszugehen [8]. Ebenso gibt es Pflege- und Betreuungsbedarf bei Personen, die nicht in der Pflegeversicherung gemeldet sind. Zu ihnen und ihrer Versorgung durch Angehörige liegen keine zuverlässigen Daten vor.

Pflegende Angehörige sind in der Regel enge Verwandte. Die beiden größten Gruppen sind (Ehe-)Partner:innen und (Schwieger-)Kinder, die in rund 70 % der Versorgungsarrangements die Pflege übernehmen. In gut 20 % der Arrangements werden Kinder und junge Erwachsene von ihren Eltern gepflegt. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die Erwachsene mit Pflegebedarf unterstützen, werden in dieser Leitlinie nicht berücksichtigt [9].

Wenn (Ehe-)Partner:innen pflegen, so sind sie meist Hauptpflegeperson und leben mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt. Zu zwei Dritteln ist in diesen Arrangements keine weitere Pflegeperson eingebunden, falls doch handelt es sich überwiegend um Kinder [5]. Insgesamt lebt die Hälfte der pflegenden Angehörigen mit dem Pflegebedürftigen im gleichen Haushalt, bei Pflegegrad 5 sind es 90 %. Zunehmend entstehen jedoch auch sogenannte Distance-Caregiving-Arrangements, in denen Angehörige Pflege und Unterstützung über größere räumliche Distanzen hinweg koordinieren; diese Form bringt spezifische organisatorische und emotionale Anforderungen mit sich [10].

Nach einer Untersuchung aus dem Jahr 2024 sind knapp zwei Drittel der Hauptpflegepersonen weiblich, jede dritte pflegende Person ist erwerbstätig [2]. Von denjenigen im erwerbsfähigen Alter sind 80 % erwerbstätig. Der zeitliche Umfang der Berufstätigkeit unterscheidet sich erheblich zwischen Männern mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 39,5 Stunden und Frauen mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von knapp 29 Stunden [11]. 45 % der Hauptpflegepersonen betreuen ihre Angehörigen bereits seit mehr als 5 Jahren. Die zeitliche Belastung der Hauptpflegepersonen ist groß. Durchschnittlich wenden sie 49 Wochenstunden für die Pflege und Versorgung auf. Der wöchentliche Zeitaufwand variiert dabei erheblich. Das Zehntel mit dem geringsten Pflegeaufwand leistet bis zu acht Stunden pro Woche, während das am stärksten belastete Zehntel mindestens 102 Stunden wöchentlich aufbringt [2]. Für weitere private Pflegepersonen gibt es vergleichbare Zahlen nicht. Nach Ergebnissen früherer Studien sind sie jedoch erst bei höheren Pflegegraden eingebunden und auch ihre zeitliche Belastung ist deutlich geringer und entspricht etwa 40 % der zeitlichen Belastung der Hauptpflegeperson [5].

4.2 Gesundheitliche Lage von pflegenden Angehörigen

Die informelle Pflege wird häufig von Personen übernommen, die selbst schon älter sind. Diese stehen nicht nur vor der Herausforderung, die Bedürfnisse ihrer zu versorgenden Angehörigen zu erfüllen, sondern auch ihre eigenen gesundheitlichen Bedürfnisse und Einschränkungen im Blick zu behalten. Laut der „Studie zur gesundheitlichen Lage von Erwachsenen in Deutschland" (GEDA) des Robert Koch Instituts geben knapp zwei Drittel der über 65-Jährigen eine chronische Erkrankung an und nur die Hälfte berichtet über eine subjektiv gute Gesundheit [12].

Nach Daten des Deutschen Alterssurvey 2020/2021 fühlen sich 70 % der über 50-Jährigen durch Pflege- und Unterstützungsleistungen stark oder sehr stark belastet [13]. Auch andere Untersuchungen stützen diese Zahlen [14], [15]. In einer Studie zu zielgruppenspezifischen Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige gab zudem fast die Hälfte an, durch die Pflege körperlich überfordert und gesundheitlich belastet zu sein [16].

In der differenzierten Betrachtung der „Studie Gesundheit 65 +" des Robert Koch Instituts wurden Mobilitätseinschränkungen mit und ohne Sturzereignisse, Harn- und Stuhlinkontinenz, subjektive Gedächtnisverschlechterung, Seh- und Höreinschränkungen sowie chronische Schmerzen und Depressivität als gesundheitliche Einschränkungen identifiziert [17]. Zudem berichteten 11,8 % der Befragten eine nahestehende Person pflegerisch zu versorgen. Als mögliche Auswirkungen einer informellen Pflegearbeit wird die Abnahme der physischen und psychischen Gesundheit [18], erhöhte Depressionsraten [19] sowie eine zunehmende soziale Isolation oder negative finanzielle Folgen für die pflegenden Angehörigen berichtet [20].

4.2.1 Körperliche Gesundheit

Bei einer informellen Pflegearbeit von mehr als zwei Stunden pro Tag berichten Pflegende zu höheren Anteilen gesundheitliche Einschränkungen im Vergleich zu Personen ohne Betreuungsaufwand [15].

Aus Pflegetätigkeiten im Bereich der Selbstversorgung nach § 14, Absatz 2, Nr. 4 können muskuloskelettale Beschwerden wie Rücken- oder Gelenkbeschwerden resultieren. Aus den Daten der GEDA 2019/2020-EHIS Befragung berichteten intensiv pflegende Frauen und Männer (mehr als 10 Stunden Pflege pro Woche) signifikant häufiger über Rückenbeschwerden oder andere chronische Rückenprobleme als Nicht-Pflegende (Frauen: 43,0 % versus 32,4 %, Männer: 41,8 % versus 28,7 %) [21]. Weiterhin kann es zu krankheitsbedingten Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens kommen. Zudem sind informell Pflegende im Vergleich zu Nicht-Pflegenden häufiger von chronischen Erkrankungen und Gesundheitsrisiken betroffen, wie z. B. körperlicher Inaktivität oder Übergewicht (ebd.).

4.2.2 Psychische Gesundheit

Depressionen und Angststörungen sind in der Bevölkerung die beiden häufigsten psychischen Störungen, gefolgt von Störungen durch Alkohol- und Medikamentenmissbrauch [22]. Dies trifft entsprechend auch für pflegende Angehörige zu. Im Alter sind es Demenzen und Depressionen, gefolgt von Angststörungen [23]. Dabei treten psychischen Störungen im Alter häufiger bei Frauen und bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau auf [24].

In der klinischen Praxis kommt es immer wieder vor, dass psychische Symptome älterer Menschen aufgrund ihrer Überlappung mit körperlichen Symptomen nicht adäquat erfasst und in der Folge psychische Störungen fehldiagnostiziert sowie nicht angemessen behandelt

werden [25]. Auch Altersstereotype von Behandler:innen tragen dazu bei, dass psychische Symptome bei älteren Patient:innen oft nicht richtig erfasst werden [26]. Scham, erlebtes Stigma und der Anspruch an sich selbst, Probleme allein bewältigen zu müssen beziehungsweise zu können, führen dazu, dass ältere Menschen psychische Symptome seltener berichten.

Psychische Erkrankungen im Alter und soziale Teilhabe beeinflussen sich wechselseitig [27]. Ein hohes soziales Engagement und soziale Aktivitäten verringern das Risiko für psychische Erkrankungen und kognitiven Abbau, lindern Depressionen und fördern subjektives Wohlbefinden. Umgekehrt führen psychische Erkrankungen zu erheblichen Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe älterer Menschen, insbesondere als Folge von sozialem Rückzug der Betroffenen, Überforderungen der Bezugspersonen und/oder Stigmatisierung [23].

4.2.3 Psychosoziale Gesundheit und soziale Lage

Sorgearbeit kann eine physische und psychische Belastung, aber auch eine Quelle für die Stärkung des Selbstwertgefühls, der Bindung und des Sinnerlebens sein. Wie sich informelle Pflege auf das Wohlbefinden auswirkt, wird unter anderem durch die autonome Motivation und Entscheidung zur Pflegeübernahme bestimmt [28]. Pflegebeziehungen sind häufig von Ambivalenz geprägt: Neben persönlichem Wachstum, Verbundenheit mit der gepflegten Person und dem Erleben, etwas zurückgeben zu können, können Überforderung, depressive Symptome und Erschöpfung auftreten. In Familien können sich Rollen verändern; insbesondere zwischen Eltern und erwachsenen Kindern kann es zu einer schrittweisen Verantwortungs- und Rollenverschiebung kommen. In Partnerschaften können Pflegeaufgaben Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität verändern. Es ist daher angebracht, Konflikte, Rückzug oder Sprachlosigkeit über eigene Bedürfnisse aktiv und sensibel zu erfragen [29].

Maßgeblich für die psychosoziale Gesundheit ist die gleichberechtigte, selbstbestimmte und mitverantwortliche Teilhabe. Pflege- und Sorgeaufgaben verändern das Leben der Beteiligten häufig über einen langen Zeitraum und können mit Beteiligung in anderen Bereichen (wie etwa Erwerbstätigkeit, Bildung, soziale Partizipation) in Widerspruch stehen, beziehungsweise diese einschränken. Dies gilt vor allem dann, wenn Sorgearbeit das gewünschte oder umsetzbare Maß übersteigt, was häufig aufgrund unrealistischer Ansprüche der pflegebedürftigen Person oder der Angehörigen selbst geschieht, aber auch aufgrund von unbekanntem oder fehlendem Unterstützungsangebot. Für Ältere ist hier insbesondere die eigene gesundheitliche Belastung eine Hürde [30]; für Erwerbstätige ist die (sozial ungleich verteilte) Problematik der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Sorgearbeit eine große Herausforderung [31], [32], [33].

Die Problematik der Vereinbarkeit hat im beruflichen Kontext häufig nicht nur Folgen für die finanzielle und soziale Sicherheit, sondern auch für das Wohlergeben und die physische und psychische Gesundheit [14], [23].

42 % der Befragten schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter ein als den von Gleichaltrigen. Insbesondere wird die alltägliche Grundpflege als emotional schwierig und körperlich belastend erlebt [34]. Emotionale und organisatorische Belastungen (z. B. Anträge oder Behandlungstermine) wogen dabei meist schwerer als physische Belastungen [35]. Insgesamt sind viele der pflegenden Angehörigen von Einschränkungen ihrer sozialen Teilhabe betroffen; wenigen gelingt es überhaupt, Entlastungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. 68 % nahmen ihre Privatsphäre, 75 % ihre Freizeitaktivitäten und ihr Sozialleben als eingeschränkt wahr [16]. Die Art des Pflegearrangements (Unterstützungsbedarf, Freiwilligkeit sowie Vereinbarkeit mit anderen Lebensbereichen) beeinflusst maßgeblich die Belastungen und Teilhabeeinschränkungen pflegender Angehöriger [30], [36]. Ob und welche Entlastungs- und Unterstützungsangebote wahrgenommen werden, hängt dabei unmittelbar vom sozio-ökonomischen Status ab [2].

Die Übernahme von unbezahlter Sorgearbeit führt(e) insbesondere für heute hochaltrige Frauen über den Lebenslauf hinweg zu Überlastungen und Einschränkungen in der gesundheitlichen, materiellen und sozialen Teilhabe, die im Alter kumulieren können. Wenn dies mit Migrationsgeschichte, geringer Bildung und/oder geringer sozialer Einbettung zusammentrifft, sind gesundheitliche Einschränkungen, Armut und Einsamkeit im Alter die wahrscheinliche Folge [23].

Die Pflege eines nahestehenden Menschen kann auch mit erheblichen Belastungen für die Beziehungsqualität verbunden sein [29]. Eine frühzeitige Wahrnehmung veränderter Beziehungsdynamiken sowie ein koordiniertes Zusammenwirken geeigneter Unterstützungsangebote tragen dazu bei, partnerschaftliche und sexuelle Belastungen besser zu bewältigen. Eine ausführlichere Darstellung findet sich im Anhang unter „8.4 Psychische Auswirkungen auf pflegende Angehörige – Aspekte für verbesserte Empathie-Fähigkeiten des Hausarztteams".

4.3 Mangelnde Inanspruchnahme von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten oder mangelndes Angebot?

Ein individuell abgestimmter „Hilfe-Mix" aus professionellen Dienstleistern sowie Unterstützung aus Familie, Nachbarschaft und Ehrenamt, kann dazu beitragen, dass Sorgearbeit besser leistbar und auf das gewollte Maß begrenzt werden kann [23]. Daten aus dem Jahr 2023 zeigen, dass trotzdem fast zwei Drittel der Hauptpflegepersonen die Pflege ohne Unterstützung durch einen Pflegedienst sicherstellen [2]. In etwa jedem zweiten Fall (48,5 %) wird der Entlastungsbetrag für alltagsnahe Unterstützungsleistungen genutzt. Nur rund ein Drittel (33,8 %) lässt sich im Rahmen der Verhinderungspflege ab und zu für eine Auszeit oder einen Urlaub vertreten. Tagespflege und Kurzzeitpflege wird in weniger als 10 % (7,7 und 8,2 %) in Anspruch genommen [2].

Dabei kann jede vierte Hauptpflegeperson (27,7 %) nach eigener Aussage die Pflegesituation „eigentlich gar nicht mehr" oder „nur unter Schwierigkeiten" bewältigen. Besonders trifft dies auf psychisch hochbelastete Pflegende (60 %) sowie auf Pflegesituationen zu, bei denen Demenzpatienten (36 %) oder Personen mit einem Pflegegrad von 3 und höher gepflegt werden [2].

Der individuelle Wunsch nach Entlastung führt dabei jedoch nicht unbedingt dazu, dass auch die Notwendigkeit von Unterstützung gesehen wird. Wie in Abbildung 3 zu sehen, wünscht sich zwar die Mehrheit der pflegenden Angehörigen mehr Unterstützung, insbesondere in den Bereichen „Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität" (62,5 %), „Betreuung und Beschäftigung im Alltag" (56,5 %) und „Hilfe bei der Führung des Haushalts" (59,1 %).

Besteht bei Ihnen der Wunsch nach mehr Unterstützung (bezahlt oder unbezahlt) in diesem Bereich?

Anteil „ja, auf jeden Fall“ und „eher ja“	2023	2019
Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität	62,5	48,9
Hilfe bei Medikamenten/anderen ärztlichen Verordnungen	37,5	26,5
Betreuung und Beschäftigung im Alltag	56,5	47,7
Hilfe bei der Führung des Haushalts	59,1	50,1
Hilfe in der Nacht	23,4	21,5
Hilfe bei Organisation/Koordination/ Verwaltung der Pflege	38,3	32,0

Angaben in Prozent Quelle: WIdO 2024

Abbildung 3: Wunsch nach mehr Unterstützung (2019 und 2023).

Gleichzeitig wird jedoch als häufigster Grund für die Nichtinanspruchnahme fehlender Bedarf genannt (bei ambulanten Pflegediensten: 51 %, bei der Kurzzeitpflege: 57,5 %). Als weiterer wichtiger Grund wird angegeben, dass der zu Pflegende „nicht von Fremden gepflegt werden wolle“ (bei Verhinderungs- und Kurzzeitpflege: rund 32 %, bei ambulanten Pflegediensten: 46 %) [2]. Hier können subjektive Entlastungsbedarfe der Pflegepersonen mit den Erwartungen der zu Pflegenden oder auch familiären oder gesellschaftlichen Erwartungen im Konflikt stehen [37].

Schließlich haben auch die sozioökonomischen Ressourcen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen: Mit steigendem Haushaltseinkommen, Vermögen und Bildungsniveau der Pflegepersonen werden Unterstützungsleistungen durch Fachkräfte tendenziell häufiger, bei geringeren Ressourcen eher seltener in Anspruch genommen [2], [38], [39], [40]. So pflegen Personen mit niedrigeren Einkommen ihre Angehörigen häufiger und intensiver selbst [6], [15]. Dies ist zu einem Großteil auch darauf zurückzuführen, dass die Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflege eingeschränkt oder ganz aufgegeben wird, womit dann das Einkommen niedriger ausfällt. So zeigt sich auch, dass es v.a. die erwerbstätigen Pflegepersonen sind, die die Unterstützung durch Pflegefachkräfte in Anspruch nehmen [2].

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen wird vielfach davon ausgegangen, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen diese Unterstützungsmöglichkeiten aus persönlichen Gründen nicht in Anspruch nehmen wollen oder sie die Angebote nicht kennen. Insbesondere für die stark belasteten Angehörigen wird daher eine bessere Beratung zur Nutzung dieser Angebote empfohlen. In jüngerer Zeit haben jedoch auch die objektiven Beschränkungen des Angebots zugenommen. In der AOK-Studie nennen 18 % zu hohen Zuzahlungen und 8 % finden keinen oder keinen geeigneten Platz für professionelle Pflege. Unbekannt sind die Angebote dagegen kaum (weniger als 2 %) [2].

Die Zahlen der Pflegestatistik zeigen einen deutlichen Rückgang der Versorgungsmöglichkeiten mit professionellen Unterstützungsangeboten in den letzten Jahren. Zwischen 2017 und 2023 ist die Anzahl der Plätze sowohl in Pflegeheimen als auch bei ambulanten Diensten nur sehr gering gestiegen und hat mit der Zunahme der Pflegebedürftigkeit nicht Schritt gehalten. Die Versorgungsquote fiel daher in diesem Zeitraum von 26 % auf 16 % im stationären Bereich, bei den ambulanten Diensten von 24 % auf 19 % und bei den Tagespflegeplätzen von 2 % auf 1,7 % [41].

Es ist also zunehmend das begrenzte Angebot, v.a. als Folge des Fachkräftemangels, das zu einer zu hohen Belastung der pflegenden Angehörigen führt.

5 Qualifizierung des Praxisteams: Kommunikation und kompetente Verweisberatung

Bei der Beratung von pflegenden Angehörigen ist auf eine einfühlsame Kommunikation zu achten. Hierbei dienen die Prinzipien der Klient:innenzentrierten Beratung nach C. Rogers als Orientierung [42]. Die Techniken des Aktiven Zuhörens erleichtern eine vertrauensvolle Kommunikation mit den Angehörigen. Mit dieser Basis wird ein Raum für die Angehörigen geschaffen, in dem sie ihre Belastung äußern können. Für die Sensibilisierung des Praxisteams ist es hilfreich, pflegende Angehörige nicht nur als belastete Personen, sondern auch als Expert:innen ihrer Pflegesituation wahrzunehmen. Ambivalenzen, Scham, Schuldgefühle, moralische Verpflichtungen und Loyalitätskonflikte sind mögliche Themen bei Fortbildungen zu Gesprächsführung und -techniken für Praxispersonal. Diese werden zum Beispiel durch die Landesärztekammern, kassenärztlichen Vereinigungen, Fachgesellschaften, Berufsverbände und private Bildungsträger in unterschiedlicher Tiefe angeboten.

Zudem stärkt eine regelmäßige interne Reflexion und Fortbildung die Sensibilität des Praxisteams für die Situation pflegender Angehöriger Dabei ist es hilfreich, Zuständigkeiten und Rollen für die Planung und Durchführung dieser internen Fortbildungen klar zu benennen, beispielsweise durch die Qualifizierung einer Ansprechperson. Dies schließt je nach Praxisstruktur Hausärzt:innen, MFA, VERAH, NÄPA, Akademische Assistenzberufe oder andere qualifizierte Teammitglieder ein. Didaktische Methoden für praxisinterne Fortbildungen können sein:

- Kollegiale Beratung [43]
- Fallbesprechung mit aktuellen Fallbeispielen oder Fallvignetten zum Beispiel aus dieser Leitlinie anhand des SBAR-Tools (siehe Erläuterung unten) [44]
- Kopfstandmethode, Brainstorming, One Minute Wonder (BPS Bildungsportal Sachsen GmbH, 2025) [45]

Die kollegiale Beratung folgt einem festen Aufbau und zeitlichen Ablauf (max. 45 Minuten), um zeitliche Ressourcen und Aufwand in der Vorbereitung und Durchführung so gering wie möglich zu halten.

Das SBAR-Tool ermöglicht es, Fallbesprechungen zu strukturieren. Dabei wird der Fall in die Aspekte „Situation", „Background" (Hintergrund), „Assessment" (Einschätzung) und „Recommendation" (Empfehlung) unterteilt und im Praxisteam diskutiert. Zur abschließenden Lösungsfindung und Ergebnissicherung bieten sich etablierte Moderationstechniken wie Brainstorming, Kopfstandmethode und One-Minute-Paper an (vgl. BPS Bildungsportal Sachsen GmbH, 2025) an. Letzteres ist eine Kurzzusammenfassung von fachlichen Inhalten, das für die Mitarbeitenden gut sichtbar ausgehängt wird.

Die Sensibilisierung anhand der o. g. Methoden ist auch durch den Austausch im jeweiligen (über-)regionalen Praxis-Netzwerk oder -Verbund umsetzbar. Hierfür ist ebenfalls die Benennung von verantwortlichen Ansprechpersonen und ggf. die Schulung in digitalen Besprechungsformaten und Bereitstellung der entsprechenden Technik für die Durchführung virtueller oder hybrider Fortbildungen, notwendig. Die lokal vorhandenen Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind häufig abhängig von landesrechtlichen Vorgaben und der kommunalen Haushaltslage. Um pflegenden Angehörigen passgenaue Hilfen vermitteln zu können, informiert sich das Praxisteam regelmäßig über aktuelle Angebote und ihre Ansprechpartner vor Ort und behält somit einen groben Überblick über die aktuelle Rechtslage. Praxisteams sind daher aufgefordert, sich stetig fortzubilden und Netzwerkarbeit zu betreiben. Es bietet sich an, Kooperationen z. B. mit dem örtlichen Pflegestützpunkt, der nächsten Selbsthilfekontaktstelle oder Angeboten der kommunalen Altenhilfe aufzubauen. Auf diese Weise werden Zuweisungspfade für bestimmte Zielgruppen oder Entlastungsangebote abgestimmt und zielgerichtete Verweisberatung gesichert.

Die Fallvignetten im Anhang unterstützen das Praxisteam bei der Aufteilung der Aufgaben und bei der Ermittlung des Schulungs- oder Informationsbedarfs.

5.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke **100 %**

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team sollte ein verantwortliches Teammitglied benennen, das regionale Hilfeangebote Unterstützungsangebote recherchiert, Kontakte zu relevanten Einrichtungen aufbaut und Informationsmaterial für das Team und die Patient:innen zusammenstellt.

5.2 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke **100 %**

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Regelmäßige Fortbildungen zu Gesprächsführung und -techniken sollten zur Sensibilisierung des Praxisteams durchgeführt werden.

6 Diagnostisches Vorgehen: Beschwerden, Belastungen und Bedürfnisse identifizieren

Für die hausärztliche Versorgung pflegender Angehöriger sind je nach Konstellation besondere Schwerpunkte zu setzen.

a. **Der Hausarzt/die Hausärztin betreut einen pflegenden Angehörigen/eine pflegende Angehörige, ist aber nicht der versorgende Arzt/die versorgende Ärztin des/der Pflegebedürftigen.**
Pflegende Angehörige als solche überhaupt zu identifizieren stellt in dieser Konstellation oftmals eine besondere Herausforderung dar.

b. **Der Hausarzt/die Hausärztin betreut sowohl den/die Pflegebedürftigen als auch den pflegenden Angehörigen/die pflegende Angehörige.**
In dieser Konstellation sind Besonderheiten im triadischen Verhältnis Hausarzt/Hausärztin – Pflegebedürftiger/Pflegebedürftige – pflegende Angehörige – zu reflektieren. Ziel ist, sich über mögliche Interessenkonflikte klar zu werden, die Interessen aller an der Pflegesituation Beteiligten anzuhören und bestmöglich zu berücksichtigen. Hausärzte/Hausärztinnen können in dieser triadischen-Konstellation dazu tendieren, pflegende Angehörige ausschließlich in Bezug auf die gepflegte Person wahrzunehmen [46], [47].

c. **Der Hausarzt/die Hausärztin betreut einen Pflegebedürftigen/eine Pflegebedürftige, dessen/deren pflegender Angehöriger/pflegende Angehörige dem Hausarzt/der Hausärztin bekannt ist, der/die aber die Leistungen eines anderen primärversorgenden Arztes/einer anderen primärversorgenden Ärztin in Anspruch nimmt.**
Hier wird die Situation beobachtet, bei Auffälligkeiten des/der pflegenden Angehörigen (beispielsweise offensichtliche körperliche oder psychische Belastungen oder Beschwerden) das Gespräch mit den Angehörigen gesucht und – falls dies hilfreich erscheint – mit Einverständnis des/der Angehörigen Kontakt mit dem zuständigen Hausarzt/der zuständigen Hausärztin oder auch der zu pflegenden Person oder weiteren Bezugspersonen aufgenommen werden [48].

6.1 Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis identifizieren

Hausärztinnen und Hausärzte sowie ihre Teams sind häufig die zentralen und ersten Ansprechpartner für pflegende Angehörige [49]. Die Identifizierung von pflegenden Angehörigen ist oftmals herausfordernd, denn pflegende Angehörige besitzen keine nach außen ersichtlichen Merkmale, die sie als solche kennzeichnen: Sie stellen eine äußerst heterogene Gruppe dar in Bezug auf Alter, Geschlecht, Beziehung zur gepflegten Person, Versorgungsumfang, wohnliche Nähe zur gepflegten Person etc. [50]. Abbildung 4 gibt einen Einblick in die Vielfalt der Versorgungssituationen.

6.1.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team soll für den jeweiligen Praxiskontext geeignete Maßnahmen zur Identifizierung von pflegenden Angehörigen in der Hausarztpraxis entwickeln und umsetzen.

6.1.2 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team soll pflegende Angehörige aktiv ansprechen und gezielt nach körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen fragen.

- Esmeralda (30 Jahre) pflegt ihre an Multipler Sklerose erkrankte Mutter (58 Jahre).
- Kurt (86 Jahre) pflegt seine Ehefrau (89 Jahre), die kürzlich gestürzt ist.
- Thomas (50 Jahre) kümmert sich um seinen demenzkranken Vater (82 Jahre).
- Layla (40 Jahre) unterstützt ihre schwerbehinderte Schwester (35 Jahre) im Alltag.
- Frieda (65 Jahre) pflegt ihre an Krebs erkrankte Frau (63 Jahre) während ihrer Therapie.
- Julia (20 Jahre) hilft ihrem Großvater (75 Jahre), der nach einem Schlaganfall auf Unterstützung angewiesen ist.
- Martina (59 Jahre) pflegt ihren behinderten Sohn (25 Jahre) und unterstützt ihn bei täglichen Aktivitäten.
- Markus (45 Jahre) betreut seine an Parkinson erkrankte Tante (70 Jahre).
- Mariam (60 Jahre) kümmert sich um ihre an Alzheimer erkrankte Schwiegermutter (84 Jahre).
- Lea (14 Jahre) unterstützt ihre depressive Mutter und kümmert sich derzeit viel um den Haushalt und ihre beiden jüngeren Geschwister.
- Mika (52 Jahre) organisiert von München aus Unterstützung für seine in Bielefeld lebenden Eltern (82 und 84 Jahre).

Abbildung 4: Vielfalt an Versorgungssituationen mit Bezug zur Hausarztpraxis.

Herausforderungen

Die frühzeitige Identifizierung von pflegenden Angehörigen stellt aus verschiedenen Gründen für das Praxisteam eine Herausforderung dar [49], [51]:

- Nicht alle pflegenden Angehörigen geben sich gegenüber ihrem Hausarzt bzw. ihrer Hausärztin oder gegenüber dem Praxisteam als solche zu erkennen, zumal der Übergang zur informellen Pflege oft fließend ist und nicht adhoc eintritt [46], [50].
- Manche Angehörige, die Pflegeaufgaben übernehmen, nehmen sich selbst nicht als „pflegende Angehörige“ wahr. Sie definieren sich in erster Linie durch die Beziehung zu der Person, die sie pflegen (z. B. als Ehepartner, Sohn, Schwiegertochter etc.) [50], [52].
- Unzureichende aktive/proaktive Ansprache der pflegenden Angehörigen durch das Praxisteam. Häufig erfolgt keine systematische und initiative Erfassung von pflegenden Angehörigen, sondern reaktive Erfassung z. B. wenn Überforderung auffällt.

- Unzureichende Selbstidentifizierung durch die pflegenden Angehörigen. Diese sind häufig unsicher, ob das Sprechen über ihre persönliche Versorgungssituation/Pflegesituation angemessen sei, ob die Hausärztin/der Hausarzt bzw. das Praxisteam überhaupt zuständig sei und ob es nicht zu viel Zeit beanspruche, darüber zu berichten.
- Mangelnde zeitliche Ressourcen in der Hausarztpraxis erschweren den Prozess der Identifizierung von pflegenden Angehörigen
- Besonders schwierig gestaltet sich die Identifizierung, wenn der Patient/die Patientin und der/die pflegende Angehörige unterschiedliche Hausärzte/Hausärztinnen haben (Beachtung des Datenschutzes sowie des Vertrauensverhältnisses zu den Patientinnen und Patienten, ggf. Klärung des Behandlungsauftrags).

Maßnahmen

Um auf die Bedarfe und Bedürfnisse pflegender Angehöriger eingehen und ihnen adäquate Unterstützung anbieten zu können (z. B. durch Assessments, vgl. Kap. 6.4), ist es unerlässlich, sie als solche zu erkennen bzw. zur Selbstidentifizierung zu ermutigen [50], [51]. Die Forschungsergebnisse der letzten Jahre deuten darauf hin, dass ein ganzheitlicher Praxisansatz unter Einbezug des Praxisteams besonders dafür geeignet ist [51]. Die Identifizierung von pflegenden Angehörigen gelingt zunehmend besser, wenn das gesamte Praxisteam oder eine Person hauptverantwortlich („carer champion") in den komplexen Prozess einbezogen wird [51]. Die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V" regelt die Möglichkeiten und Anforderungen der Übertragbarkeit von ärztlichen Leistungen [53]. In Handlungsleitfäden [54] sowie in einem systematischen Review [51] werden folgende Maßnahmen zur Verbesserung der frühzeitigen und langfristigen Fremd- und Selbstidentifizierung pflegender Angehöriger in Hausarztpraxen vorgeschlagen (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Maßnahmen zur Identifizierung von Pflegepersonen.

Hausärztin/Hausarzt
• Signalisieren Sie, dass die Anliegen von pflegenden Angehörigen in ihren hausärztlichen Zuständigkeitsbereich gehören. • Berücksichtigen Sie die Auswirkungen des aktuellen Gesundheitszustands der Patientin/des Patienten auf deren/dessen Familie und erkundigen Sie sich proaktiv und wiederkehrend bei der Patientin/dem Patienten, ob und durch wen sie Unterstützung/Versorgung/Pflege erhält (z. B. bei Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen). • Finden Sie bei der Diagnose einer Langzeiterkrankung oder Behinderung heraus, wer die Pflege übernimmt. • Erkundigen Sie sich im Rahmen von Krankenhauseinweisungen und -entlassung über Angaben zu Pflegepersonen. • Achten Sie auf Anzeichen/subtile Hinweise, die auf eine verdeckte Betreuerrolle hinweisen können (z. B. Rückenprobleme, Stress, Vernachlässigung der eigenen Gesundheit, beeinträchtigte psychische Gesundheit, Schlafprobleme, gehäufte oder längere Arbeitsunfähigkeit). • Nutzen Sie die Gelegenheit bei Hausbesuchen die Anwesenden als mögliche Pflegepersonen zu identifizieren. • Informieren Sie sich bei interdisziplinären Zusammenkünften mit anderen Gesundheitsdienstleistern nach Einzelheiten zu den pflegenden Angehörigen. • Bitten Sie einen oder mehrere Mitarbeitende aus dem Praxisteam, die Hauptverantwortung für die Identifizierung von pflegenden Angehörigen zu übernehmen und qualifizieren Sie ihn/sie entsprechend dieser Aufgabe.

Praxisteam

- Ermutigen Sie Menschen, sich selbst oder ihre Pflegepersonen als pflegende Angehörige zu identifizieren, indem Sie:
- mehrsprachige Informationen (Broschüren, Plakate, Flyer, Aushänge etc.) im Empfangsbereich, Wartezimmer und auf der Website anzeigen
- die Personen, die eine Patientin/einen Patienten zu Terminen begleitet, danach fragen, ob sie sich häufiger kümmern
- beachten, wer Termine vereinbart/Rezepte bestellt, und nachfragen, ob sie/er die Versorgung innehat
- pflegende Angehörige aus Gruppen wie ethnischen Minderheiten, der LGBTQIA+-Gemeinschaft, Betreuende von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Substanzmissbrauch oder Betreuende mit eigenen Beeinträchtigungen beachten
- Erarbeiten Sie als Praxisteam ein Maßnahmenpaket zur Identifizierung von pflegenden Angehörigen, entwickeln Sie eine Strategie zur Implementierung der Maßnahmen, evaluieren Sie diese regelmäßig und steuern Sie bei Bedarf nach.

Dokumentation

- Fügen Sie eine Frage zur Neupatient:innenregistrierung hinzu. Hierbei zurückhaltend mit dem Begriff „pflegende Angehörige" umgehen. Stattdessen mögliche Tätigkeiten o. ä. anführen (bspw. „Kümmern Sie sich unbezahlt um einen kranken, behinderten oder gebrechlichen Angehörigen oder Bekannten?" oder „Haben Sie einen pflegebedürftigen Angehörigen, um den Sie sich kümmern?").
- Wenn entsprechende Formulare (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung etc.) vorliegen, achten Sie darauf, ob und wer als pflegender Angehöriger angegeben ist.
- Notieren Sie alle relevanten Angaben zur Pflegeperson aus dem Schriftverkehr mit anderen Spezialist:innen/Berufsgruppen oder bringen Sie entsprechende Verweise an.

6.2 Anamnesegespräche in der Hausarztpraxis/des Praxisteams

Zur Identifikation pflegender Angehöriger ist es wichtig, neben der Perspektive der Hausärzt:innen auch die des gesamten Praxisteams (z. B. MFA, VERAH, Akademische Assistenzberufe) einzubeziehen. Teammitglieder können im Rahmen der Anamneseassistenz Gespräche vorbereiten, ergänzende Fragen stellen und auf niedrigschwelliger Ebene zusätzliche Informationen zur Pflegesituation gewinnen. Dabei ist ein sensibler Blick auf psychosoziale und körperliche Belastungen hilfreich, um unterschiedliche Formen der Beschwerdeschilderung angemessen einordnen zu können.

Als Einstieg und zum Kontaktaufbau eignet sich eine offene Frage, die eine erste Einschätzung der Pflegesituation ermöglicht, etwa:

- „Wie geht es Ihnen (im Augenblick/zur Zeit) mit der Pflegesituation?" (Offene Frage im Erst- bzw. Verlaufskontakt) [55]

Im weiteren Gespräch lassen sich die vordringlichen Bedürfnisse sowie psychosoziale und körperliche Probleme der pflegenden Angehörigen erfassen. Da diese nicht immer unmittelbar benannt werden, dient das Gespräch auch dazu, Belastungen und Unterstützungsbedarfe gemeinsam herauszuarbeiten. Zur Strukturierung und zur Vermeidung von Lücken bieten Gesprächsleitfäden Orientierung, beispielsweise der folgende:

- Angebot eines individuellen Gesprächs · Einbestellen eines/einer Angehörigen · Abfragen der Situationsentwicklung und eigener Reaktionen · Eigene Ideen und Wünsche zur Entlastung bzw. Hilfe · Zielplanungen · Abstimmung über nächste Zukunft

Auf der Leitlinienseite der DEGAM findet sich darüber hinaus der sogenannte „Assessmentbaum", eine visualisierte Zusammenfassung zentraler Gesprächsaspekte zur Unterstützung der Identifikation prioritärer Bedürfnisse im Gespräch mit pflegenden Angehörigen. Der Umfang eines hausärztlichen Gesprächs wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, darunter die Vorkenntnis der Pflegesituation (z. B. wenn pflegende Angehörige und pflegebedürftige Person in derselben Hausarztpraxis betreut werden), erste Hinweise auf eine stärkere Belastung der pflegenden Angehörigen sowie die von ihnen geäußerten Bedürfnisse. Auf Grundlage der individuellen Bedarfs- und Bedürfnislage ist es möglich, gemeinsam mit den Pflegenden konkrete Maßnahmen abzuleiten.

Auf der Leitlinien-Seite der DEGAM findet sich darüber hinaus der sogenannte „Assessmentbaum", eine visualisierte Zusammenfassung von Gesprächsaspekten, um dabei zu unterstützen prioritäre Bedürfnisse im Gespräch mit pflegenden Angehörigen zu identifizieren. Der Umfang der Erfassung in der Hausarztpraxis hängt dabei von diversen Faktoren ab, wie Vorkenntnis der gesamten Pflegesituation (bspw. wenn pflegende Angehörige und Gepflegte in derselben Hausarztpraxis betreut werden), ersten Anzeichen auf eine stärkere Belastung der pflegenden Angehörigen und geäußerten Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen abhängig. Auf Grundlage der individuellen Bedarfs- und Bedürfnislage werden gemeinsam mit den Pflegenden konkrete Maßnahmen abgeleitet. Je nach Situation finden auch Gespräche mit Angehörigen oder der Familie statt. Voraussetzung ist die Einwilligung aller Beteiligten unter Beachtung der Schweigepflicht. In diesen Gesprächen werden Erwartungen, Entlastungsmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt. Neben Gesprächen helfen Screening-Fragen insbesondere bei subjektiv (intuitiv) empfundenen Veränderungen der Pflegenden schwer erkennbare psychische Veränderungen (Depression) frühzeitig aufzudecken. Zwei Fragen haben sich in systematischen Untersuchungen für die Aufdeckung manifester Depression (major depression) als sensitiv und praktikabel erwiesen [56]:

- Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos gefühlt?
- Haben Sie im letzten Monat oft wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten gehabt?

Wird mindestens eine dieser Fragen bejaht, ist in einem ausführlichen Gespräch eine weitere Suche nach einer möglichen Depression indiziert [56]. Auch in der Allgemeinbevölkerung relativ häufig auftretende generalisierte Angststörungen [56] können als Komorbidität bei überlasteten pflegenden Angehörigen auftreten und erfordern eine frühzeitige Erkennung. Bei Verdacht auf das Vorliegen einer generalisierten Angststörung bieten sich folgende in der S3 Leitlinie „Behandlung von Angststörungen" aufgeführte Fragen an:

- „Fühlen Sie sich nervös oder angespannt? Machen Sie sich häufig über Dinge mehr Sorgen als andere Menschen?
- Haben Sie das Gefühl ständig besorgt zu sein und dies nicht unter Kontrolle zu haben?
- Befürchten Sie oft, dass ein Unglück passieren könnte?" [57]

Zur Differentialdiagnostik der generalisierten Angststörung verweisen wir auf die DEGAM-Praxisempfehlung „Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst“ [58]. Liegen schwere Depressionen und/oder generalisierte Angststörungen vor, sind im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung Konsile bei Psychiatern/Psychiaterinnen, Psychosomatikern/Psychosomatikerinnen bzw. Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen zu erwägen [59].

6.3 Körperliche Untersuchung

Somatische Erkrankungen und Beschwerden werden bei pflegenden Angehörigen auch im Zusammenhang mit einer belastenden Pflegesituation betrachtet. Kontrollkontakte einschließlich körperlicher Untersuchungen dienen der frühzeitigen Erkennung gesundheitlicher Probleme und Überforderungssituationen sowie zur Ableitung geeigneter kurativer und präventiver Maßnahmen. Präventive Untersuchungen durch Hausärzt:innen (Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V nur alle drei Jahre möglich), ermöglichen zugleich einen intensiveren Kontaktaufbau und geben einen guten Überblick über den gesundheitlichen Zustand des Pflegenden [60]. Besonderes Augenmerk gilt dabei dem oft extrem geforderten Bewegungsapparat (Rücken, Knie, Schultergürtel) sowie kardiovaskuläre Risiken gerichtet werden [61]. Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sowie depressive Episoden treten bei pflegenden Angehörigen im Vergleich zu Nicht-pflegenden häufiger auf [62]. Zum anderen können neu aufgetretene Veränderungen erstmalig auf Überlastungen – besonders durch Pflege – aufmerksam machen. Auch außerhalb dieser Konstellation sind solche Interventionen und Beratungen, wenn auch stärker fokussiert auf die aktuellen Probleme, empfehlenswert und oft erforderlich.

6.3.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Gesundheitsuntersuchungen sollten für einen Kontaktaufbau zu pflegenden Angehörigen genutzt werden, um Hinweise auf gesundheitliche Belastungen im Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit zu erfassen.

6.3.2 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Schmerzen, Stressreaktionen oder wiederkehrende Gesundheitsprobleme können Hinweise auf eine Belastung pflegender Angehöriger sein und sollten als mögliche Warnsignale erkannt werden.

Allgemeiner Gesundheitszustand/Gesundheitliche Einschränkungen

Der allgemeine Gesundheitszustand wird von Angehörigen, die mindestens zwei Stunden täglich pflegen, signifikant häufiger als von Nichtpflegenden als „nicht gut“ beschrieben. Nach Kontrolle der Variablen Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung besteht dieser Unterschied nur noch für Frauen. Der allgemeine Gesundheitszustand wurde auf der Basis der subjektiven Selbsteinschätzung ermittelt und hat sich als Indikator für die zukünftige

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und das Auftreten chronischer Krankheiten bewährt. „Gesundheitliche Einschränkungen" gelten als Indikator dafür, inwieweit Menschen in der Lage sind, ihre alltäglichen Tätigkeiten auszuüben [15].

Angehörige, die die Pflegeaufgaben alleine übernehmen, schätzen ihre Gesundheit seltener, als gemeinsam mit anderen Angehörigen, Bekannten oder Pflegediensten Pflegende als „sehr gut" bzw. „gut" ein. Beide Gruppen liegen unter dem Wert der Allgemeinbevölkerung (Abb. 5) [63].

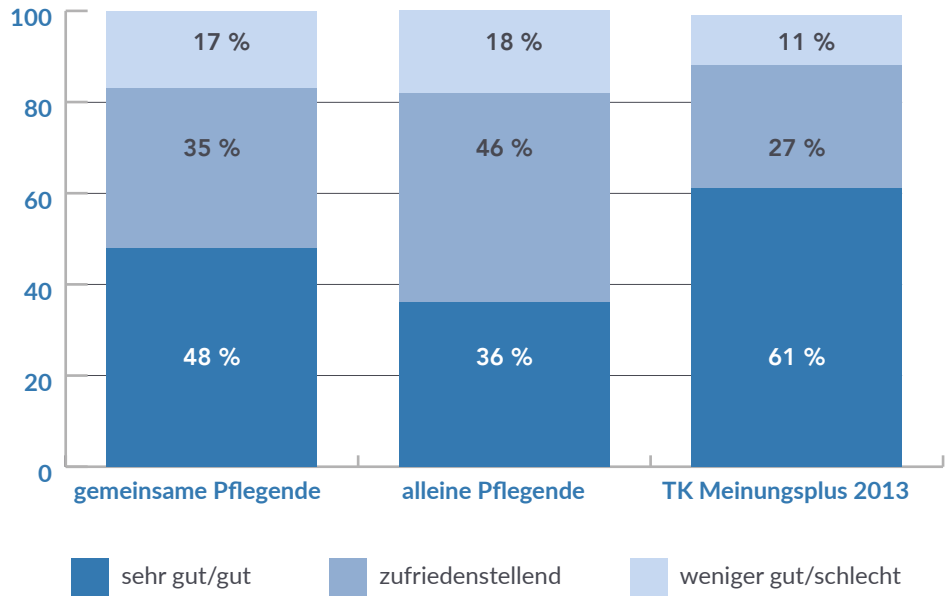


Abbildung 5: Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben? (N=1.007) Unterschieden nach allein Pflegenden, gemeinsam Pflegenden und der Gesamtbevölkerung [61].

42 % der Befragten schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter ein als den von Gleichaltrigen. Insbesondere wird die alltägliche Grundpflege als emotional schwierig und körperlich belastend erlebt [34]. Emotionale und organisatorische Belastungen (z. B. Anträge oder Behandlungstermine) wogen dabei meist schwerer als physische Belastungen [35]. Insgesamt sind viele der pflegenden Angehörigen von Einschränkungen ihrer sozialen Teilhabe betroffen; wenigen gelingt es überhaupt, Entlastungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. 68 % nahmen ihre Privatsphäre, 75 % ihre Freizeitaktivitäten und ihr Sozialleben als eingeschränkt wahr [16].

6.4 Assessment-Instrumente

In Ergänzung zu Anamnesegesprächen mit der Hausärztin/dem Hausarzt oder mit weiteren verantwortlichen geschulten Mitarbeiter:innen (etwa NÄPAs, VERAHs, Akademische Assistenzberufe) stellen Angehörigen-Assessments eine sinnvolle Erweiterung der Diagnostik dar. Sie ermöglichen es, systematisch ein Bild sowohl von der Versorgungssituation als auch von der Belastung der pflegenden Angehörigen zu gewinnen und deren Auswirkungen einzuschätzen. Auf Basis der Ergebnisse lassen sich Entlastungsangebote und Unterstützungsmaßnahmen ableiten, die dem individuellen Bedarf des/der pflegenden Angehörigen entsprechen.

6.4.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Bei bekannter Angehörigenpflege sollte initial sowie bei Bedarf, z. B. bei Veränderungen der Pflegesituation, ein strukturiertes Belastungsassessment erfolgen. Empfehlenswerte Instrumente sind der Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE) sowie die Kurzversion der Häuslichen Pflege-Skala (HPS).

Es steht eine Vielzahl standardisierter Assessment-Instrumente für pflegende Angehörige zur Verfügung, die ein breites Spektrum von mit der Angehörigenpflege assoziierten Aspekten erfassen können. Allerdings sind die wenigsten Assessmentinstrumente spezifisch für den Einsatz in der hausärztlichen Praxis entwickelt und erprobt. Für die hausärztliche Praxis ist es entscheidend, solche Instrumente auszuwählen, die trotz begrenzter Zeitressourcen praktikabel sind und zugleich konkrete Handlungsperspektiven eröffnen. Grundsätzlich eignen sich daher Assessment-Instrumente, die kurz und damit zeitökonomisch durchführbar sind und aus denen sich konkrete Handlungsempfehlungen für die pflegenden Angehörigen selbst und/oder für weitere unterstützende professionelle Akteure im Versorgungsarrangement ableiten lassen [51].

Vor diesem Hintergrund stellt diese Leitlinie zwei ausgewählte Instrumente vor, die für die hausärztliche Praxis besonders geeignet sind. Instrumente, die den Gesundheitsstatus und konkreten Unterstützungsbedarf der gepflegten Person erheben, sind nicht Gegenstand dieser Leitlinie. Empfehlungen zu entsprechenden Assessments für pflegebedürftige Menschen können themenverwandten Leitlinien (beispielhaft der S1 Leitlinie Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis oder den S3 Leitlinien Multimorbidität sowie Demenzen) entnommen werden.

Die nachfolgend vorgestellten Angehörigen-Assessments sind eine Auswahl aus der Fülle existierender Instrumente. Es liegt in der Verantwortung der einzelnen Hausarztpraxis, den Nutzen der empfohlenen Instrumente in ihrem spezifischen Kontext zu reflektieren und deren Durchführung in die Abläufe in der eigenen Praxis zu integrieren.

Empfehlenswert ist der vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) entwickelte Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE), sowie die Kurzversion der Häuslichen Pflege-Skala (HPS). Diese Instrumente eignen sich sowohl für eine Ersteinschätzung als auch für wiederholte Verlaufskontrollen.

Assessment zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE)

Der vom Zentrum für Qualität in der Pflege entwickelte und psychometrisch getestete Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung [64], [65] erfasst Belastungs- und Resilienzfaktoren durch vier Skalen mit jeweils fünf Items und ermöglicht eine differenzierte Interpretation von Belastungs- und Resilienzfaktoren im Verhältnis zueinander. Angehörige mit erhöhtem Gesundheitsrisiko können identifiziert und gezielt Themen für eine individuelle Beratung sowie bedarfsgerechte Unterstützungsmaßnahmen abgeleitet werden. FARBE wurde für die Anwendung in verschiedenen professionellen Beratungssettings konzipiert und eignet sich auch für den Einsatz in der hausärztlichen Praxis.

Auf der Webseite www.zqp.de/angebot/fragebogen-farbe stehen umfassende Materialien zur Verfügung: Neben dem Fragebogen selbst sind ein Anwender-Manual, eine Excel-Datei zur Unterstützung der Auswertung und grafischen Darstellung der Ergebnisse, sowie Schulungs- und Informationsmaterialien für Anwender:innen verfügbar.

Assessment mit der Häuslichen Pflege-Skala (HPS)

Ergänzend dazu wurde mit der Häuslichen Pflege-Skala ein in Deutschland entwickeltes Instrument etabliert, das speziell die Belastungen im Kontext der häuslichen Pflege systematisch erfasst. Neben der umfassenden Originalversion mit 28 Items [66] wurde eine Kurzfassung mit 10 Items entwickelt, die für den Einsatz in der hausärztlichen Praxis besonders geeignet ist. Beide Versionen des Instruments haben sich in psychometrischen Tests als zuverlässig erwiesen [67], [68], [69]. Die HPS ermöglicht die Ermittlung eines Gesamtscores, der Aufschluss über die Schwere der Belastung der pflegenden Angehörigen gibt. Hohe Werte bei einzelnen Items weisen auf spezifische Probleme hin und ermöglichen die Ableitung gezielter Maßnahmen zur Entlastung und Unterstützung. Für die standardisierte Erfassung von Belastungen steht die Kurzversion der Häuslichen Pflege-Skala inklusive Informationen zur Auswertung auf der Webseite www.caregiver-scales.de/haeusliche-pflege-skala-kurzform zur Verfügung.

6.5 Yellow flags/Red flags

6.5.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Im Kontakt mit pflegenden Angehörigen soll auf das Auftreten von „Yellow flags" oder „Red flags" geachtet werden.

„Yellow flags" – Risikofaktoren für pflegenden Angehörigen

Das sind Risikofaktoren für vermehrte Morbidität pflegender Angehöriger:

- Schlechterer körperlicher Gesundheitszustand von pflegenden Angehörigen steht u. a. in Zusammenhang mit höherem Alter, dem Zusammenwohnen mit der pflegebedürftigen Person, höherem Grad von herausforderderndem Verhalten und kognitiven Einschränkungen der Gepflegten, längerer Dauer der Pflegetätigkeit, niedrigerem Einkommen oder Bildungsniveau, geringerer Inanspruchnahme professioneller Unterstützungsangebote (z. B. Pflegedienste oder Beratungsangebote) sowie höheren Belastungs- und Depressionswerten.
- (Ehe-)Partner und Partnerinnen weisen häufig einen schlechteren körperlichen Gesundheitszustand auf als pflegende erwachsene (Schwieger-)Kinder.
- Höhere Depressionswerte korrelieren mit höheren Belastungswerten. Partner:innen sind häufiger von Depressionen betroffen als pflegende erwachsene Kinder. Pflegende Frauen weisen einen höheren Grad von Belastungen und Depressionen, einen schlechteren körperlichen Gesundheitsstatus und ein niedrigeres subjektives Wohlbefinden auf.
- Die Pflege von Menschen mit Demenz ist oft mit einem erhöhten Stresslevel verbunden und geht mit einem hohen Risiko für einen schlechteren psychischen und physischen Gesundheitsstatus der angehörigen Person einher.
- Eine neu aufgetretene Verschlechterung der Beziehungsqualität zwischen der pflegebedürftigen und der pflegenden Person sowie die Verschlechterung der Pflegesituation können Hinweise auf eine mögliche Überlastung des/der Angehörigen [70], [71], [72], [73], [74], [75].

„Red flags“ – Warnhinweise im Sinne für häufige abwendbar gefährliche Verläufe

Von pflegenden Angehörigen ausgeübtes schädigendes Verhalten bis hin zu Gewalt (psychisch, physisch und in Form von Vernachlässigung) gegenüber Pflegebedürftigen (und teilweise auch umgekehrt) ist oftmals Ausdruck von Verzweiflung, Überlastung und angestauter Aggression [76]. Insbesondere bei hoher Belastung und unzureichender Unterstützung können kritische Versorgungssituationen entstehen, die das Risiko für grenzüberschreitendes Verhalten im Pflegekontext erhöhen [77]. Einen ersten Überblick, wie Ärzte und Ärztinnen Gewalt gegen alte Menschen erkennen und darauf reagieren können, gibt z. B. ein Leitfaden der Landesärztekammer Baden-Württemberg [78]. Folgende Veränderungen können wichtige wegweisende Informationen auf potenzielle akute Gefährdungen geben:

- Reduzierter Allgemeinzustand
- Erhebliche Schlafstörungen und Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen, Depressivität mit Hinweisen auf Suizidgedanken, ungewollte Gewichtsabnahme, sozialer Rückzug der pflegenden Person
- Hinweise auf Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch
- neu auftretende Verschlechterung der Beziehungsqualität
- Vernachlässigung sozialer Beziehungen
- unerklärte Befindens-Verschlechterung oder Verletzungen der zu pflegenden Person.

Frühzeitiges Erkennen von „Red flags“ und damit oft abwendbar gefährlichen Verläufen, z. B. durch regelmäßige Kontrollen insbesondere in Form von Hausbesuchen und das Angebot kurzfristig möglicher (entlastender) Gespräche, hat hier eine wichtige Funktion im Sinne der (Sekundär-)Prävention [79]. Bei Vorliegen oben genannter Warnhinweise eignen sich - je nach Art und Ausprägung - folgende Maßnahmen, um einen abwendbar gefährlichen Verlauf zu erkennen und adäquat zu intervenieren:

- Zur Entlastung bei drohender oder aktueller Überforderung bieten sich folgende Optionen an: ambulante professionelle Pflege, haushaltsnahe Dienstleistungen, zeitweilige Verhinderungspflege, Nutzung von teilstationären Angeboten (wie Tagespflege), stationären Angeboten (wie Kurzzeitpflege), Weiterleitung an Beratungsstellen sowie verstärkte Einbindung weiterer Angehöriger.
- Gespräche mit Angehörigen (analysierend, empathisch, therapeutisch) und evtl. mit den Pflegebedürftigen und weiteren pflegenden Personen (allein/gemeinsam), ggf. zeitnahes Anbieten von Familienkonferenzen oder -gesprächen zur Klärung der häuslichen und pflegerischen Situation.
- Eine Qualifizierung in psychosomatischer Grundversorgung (obligatorisch für Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin) stellt eine wichtige Basis dar.
- Unterbrechung/Abbruch der häuslichen Pflege durch stationäre Maßnahmen (Pflegeeinrichtung – gegebenenfalls in Form von Kurzzeitpflege – evtl. vorübergehend Krankenhaus), wenn andere Maßnahmen nicht ausreichend erscheinen.
- Prüfung einer Indikation für medikamentöse bzw. gebietsärztliche Behandlung der pflegenden Angehörigen (insbesondere durch Psychiater:innen, Psychosomatiker:innen bzw. Psychotherapeut:innen).

7 Therapeutisches Vorgehen und Interventionsmöglichkeiten

Bei Interventionen durch das hausärztliche Praxisteam ist eine sorgfältige Abklärung der Situation pflegender Angehöriger erforderlich, da diese häufig unter hoher psychischer und körperlicher Belastung stehen. Die folgende Tabelle bietet hierzu eine strukturierte Übersicht über zentrale Interventionsmöglichkeiten entlang verschiedener Versorgungsbereiche. Gemeinsam mit den im Anhang beschriebenen Fallbeispielen unterstützt sie das Team dabei, gemeinsam relevante Handlungsfelder zu identifizieren, Zuständigkeiten innerhalb der Praxis festzulegen und geeignete Maßnahmen für die Versorgung pflegender Angehöriger abzuleiten. Zusätzlich steht auf der DEGAM-Seite ein übersichtliches Trainingsdokument mit diesen Inhalten zur Verfügung.

Tabelle 3: Handlungsfelder und Verantwortlichkeiten des Praxisteams im Kontakt mit pflegenden Angehörigen.

Handlungsfelder (Information zum Thema = I; Beratung zum Thema = B; Sofortmaßnahmen = S; im Verlauf = V, trifft nicht zu = X)	**Intern: Praxisteam** MFA	VERAH	Ärzt:in	Weitere	**Extern** Kontakt/ Wer
Diagnostik und Versorgung					
Identifikation pflegende Angehörige					
Einbindung Fachärzt:in: Demenzdiagnostik					
Einbeziehung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) inkl. 24/7 Rufbereitschaft					
Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Pflegediensten und Sozialstationen					
Durchführung FARBE-Assessment					
Durchführung HPS					
Psychosoziale Beratung und Psychoedukation					
Psychoedukative Maßnahmen für Angehörige					
Psychotherapeutische Maßnahmen für Angehörige					

Handlungsfelder (Information zum Thema = I; Beratung zum Thema = B; Sofortmaßnahmen = S; im Verlauf = V, trifft nicht zu = X)	**Intern: Praxisteam** MFA	VERAH	Ärzt:in	Weitere	**Extern** Kontakt/ Wer
Entlastungs- und Unterstützungs-angebote					
Beratungsstellen für pflegende Angehörige (Pflegestützpunkte, Sozialstationen, etc.)					
Selbsthilfe-Kontaktstelle – Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige					
Kurse für pflegende Angehörige, Allgemeine oder spezifische z. B. Wundmanagement					
Anpassung des Wohnraums und finanzielle Zuschüsse, Hilfsmittel-versorgung					
Möglichkeit der Kurzzeit- und Tagespflege					
Möglichkeit einer kurzfristigen Freistellung vom Arbeitsplatz inkl. Lohnersatzleistungen					
Ernährungsberatung für pflegende Angehörige					
Reha für pflegende Angehörige					
Beratung zum Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen bei Demenz					
Rechtliche und vorsorgliche Maßnahmen					
Erstellung rechtlicher Vorsorge-maßnahmen (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung)					
Erstellung eines individuellen Notfallplans					

*Bezeichnend NÄPA, Entlastende Versorgungsassisten:innen oder alle anderen nichtärztlichen Mitarbeiter:innen

7.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Zur Identifikation von Handlungsfeldern und Festlegung von Verantwortlichkeiten innerhalb des Praxisteams im Kontakt mit pflegenden Angehörigen sollte die Tabelle 3 in Kapitel 7 genutzt werden.

7.1 Ärztliche Interventionen

7.1.1 Ärzt:innen-Patient:innen-Gespräch

Die Wirksamkeit von Ärzt:innen-Patient:innen-Gesprächen und hausärztlicher Betreuung für pflegende Angehörige wurde bisher kaum untersucht. Bestehende Studien befassen sich meist mit der Betreuung von Angehörigen von Demenzkranken.

Für die Behandlung von gesundheitlichen Beschwerden durch die Pflegesituation empfehlen wir die Vorgehensweisen aus anderen Leitlinien, wie der DEGAM S3-Leitlinie Müdigkeit [80], der DEGAM-Praxisempfehlung zur Versorgung bei Angst [57], der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression [81], der S3-Leitlinie Palliativmedizin [82] und der NVL unspezifischer Kreuzschmerz [83]. Zur Patient:innen-zentrierten Kommunikation s. auch S3-Leitlinie Psychoonkologie [84].

7.1.1.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Bei pflegenden Angehörigen soll geprüft werden, ob gesundheitliche Beschwerden (z. B. Schmerzen, Schlafstörungen oder emotionale Belastung) im Zusammenhang mit der Pflegesituation stehen. Wird ein solcher Zusammenhang vermutet oder festgestellt, soll das hausärztliche Team ein Gespräch über mögliche entlastende Maßnahmen anbieten und ggf. den Kontakt zu geeigneten Unterstützungsangeboten initiieren.

Hintergrund

Bei Beschwerden im Zusammenhang mit Pflegebelastung sind zeitnahe Gespräche zu entlastenden Maßnahmen im Rahmen der Grundversorgung sinnvoll. Dies kann Kooperationen oder Weiterbehandlungen durch Fachspezialist:innen und Psychotherapeut:innen einschließen [59].

Gespräche mit pflegenden Angehörigen über positive Lebensziele und die Sinnhaftigkeit der Pflege können depressive Symptome oder sozialen Rückzug verringern. Ermutigungen und Wertschätzung tragen zur emotionalen Entlastung bei [60]. Im Mittelpunkt des Gesprächs stehen die Würdigung der Belastungssituation und die Wertschätzung der Pflegeleistung. Pflegende Angehörige gelten dabei als Expert:innen der alltäglichen Pflegesituation; ihre Einschätzung zu Ressourcen, Beziehungskonflikten und Grenzen der häuslichen Versorgung bildet eine wichtige Grundlage für das weitere Vorgehen.

Ein Ende der Pflegesituation, etwa durch den Tod des zu Pflegenden, geht häufig mit weiteren Interventionserfordernissen einher, die hier nicht im Detail behandelt werden.

7.1.2 Medikamentöse Therapie oder „Strategien zur Linderung typischer Beschwerden“

Pflegende Angehörige sind durch die anspruchsvolle Betreuungssituation häufig von Schlafstörungen, depressiver Verstimmung, Angstzuständen, chronischen Schmerzen und allgemeiner psychischer Überlastung betroffen. Entsprechend existieren evidenzbasierte Leitlinien der AWMF, die sowohl medikamentöse Therapien als auch nicht-medikamentöse Maßnahmen für diese typischen Beschwerden empfehlen.

Bei Schlafstörungen (Insomnie) empfehlen Leitlinien vorrangig nicht-pharmakologische Interventionen. So rät die S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen – Insomnie bei Erwachsenen (AWMF-Register-Nr. 063-003) primär zu schlafhygienischen Maßnahmen und kognitiver Verhaltenstherapie, während eine langfristige pharmakologische Behandlung mit Hypnotika ausdrücklich nicht empfohlen wird [85].

Diese Leitlinie betont, dass eine generelle Empfehlung zur Langzeitbehandlung von Insomnien mit Schlafmitteln aufgrund limitierter Evidenz und möglicher Nebenwirkungen und Abhängigkeitsentwicklungen nicht ausgesprochen werden kann [85]. Damit wird deutlich, dass zur Behandlung von Schlafproblemen pflegender Angehöriger zunächst nicht-medikamentöse Ansätze wie Schlafhygiene und Verhaltenstherapie im Vordergrund stehen und Schlafmittel – wenn überhaupt – nur zeitlich begrenzt einzusetzen [85].

Depressive Symptome treten bei pflegenden Angehörigen deutlich häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung. Die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (AWMF-Register-Nr. nvl-005) empfiehlt ein gestuftes Vorgehen je nach Schweregrad der Depression [81]. Bei leichten depressiven Episoden stehen Psychoedukation, aktiv abwartende Begleitung und ggf. psychosoziale Unterstützungsangebote im Vordergrund. Bei mittelschweren und schweren Depressionen werden evidenzbasiert Psychotherapie (insbesondere kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonelle Therapie) und/oder Antidepressiva eingesetzt. Die Leitlinie betont die gemeinsame Entscheidungsfindung und regelmäßige Verlaufskontrolle. Insgesamt wird also auch für pflegende Angehörige mit depressiven Symptomen empfohlen, zunächst nicht-medikamentöse Maßnahmen wie psychotherapeutische Unterstützung auszuschöpfen und bei Bedarf eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva (z. B. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) leitliniengerecht zu erwägen [81]. Auch Angststörungen (z. B. generalisierte Angst, Panikstörung) können bei überlasteten pflegenden Angehörigen auftreten [57]. Die S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (AWMF-Register-Nr. 051-028) empfiehlt hier ebenfalls vorrangig Psychotherapie. Insbesondere ist bei einer diagnostizierten Angststörung eine kognitive Verhaltenstherapie indiziert, die als wirksamste nicht-medikamentöse Behandlung gilt. Ergänzend kommen Anxiolytika/Antidepressiva zum Einsatz: Laut Leitlinie sollen selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer als erste Wahl angeboten werden [57]. Für verschiedene Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angst, soziale Phobie) ist die Wirksamkeit dieser Antidepressiva gut belegt, und sie werden mit hoher Empfehlungsstärke (A+) in der Leitlinie benannt [57]. Demgegenüber wird von einer Langzeitanwendung von Benzodiazepinen abgeraten: Obwohl Benzodiazepine Angst symptomatisch lindern können, sollen sie aufgrund des hohen Abhängigkeitsrisikos und anderer gravierender Nebenwirkungen bei Angststörungen nicht routinemäßig eingesetzt werden. In Ausnahmefällen – etwa bei akuter schwerer Angst und Kontraindikationen gegenüber Antidepressiva – können Benzodiazepine kurzfristig und mit sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung erwogen werden [57].

Bei chronischen Schmerzen (etwa Rückenschmerzen durch körperliche Belastung) wird ein multimodaler Behandlungsansatz empfohlen. Die NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (AWMF-Register-Nr. nvl-007) betont die Bedeutung nicht-medikamentöser Therapiebausteine

zur Schmerzbewältigung. So soll beispielsweise bei chronischen Rückenschmerzen auf körperliche Aktivität, Physiotherapie und Entspannungsverfahren gesetzt werden – unter anderem wird Progressive Muskelentspannung als wirksame Maßnahme empfohlen [83]. Analgetika wie nichtsteroidale Antirheumatika sollen dagegen nur mit der kleinstmöglichen wirksamen Dosis und so kurz wie möglich verabreicht werden [83], da ihr Nutzen vor allem in der akuten Phase gesehen wird und Langzeitanwendungen mit Risiken verbunden sind. Insbesondere die Dauertherapie mit Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen wird kritisch bewertet. In der S3-Leitlinie „LONTS" – Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (AWMF-Register-Nr. 145-003) wird betont, dass Opioide nur zurückhaltend und unter strenger Indikationsstellung eingesetzt werden sollen. Opioidanalgetika bleiben demnach eine Reserveoption für Fälle, in denen nicht-medikamentöse Maßnahmen und üblichere Analgetika keine ausreichende Linderung erzielen oder kontraindiziert sind [86]. Ihr Einsatz muss regelmäßig reevaluiert werden.

Insgesamt raten die Leitlinien für chronische Schmerzen bei pflegenden Angehörigen zu einer Kombination aus physikalischer Therapie, Bewegung und psychologischer Unterstützung sowie einem wohldosierten Einsatz von Schmerzmitteln – starken Opioiden nur in ultima ratio [83].

7.1.3 Physiotherapie, Aktivität/Sport

Pflegende Angehörige sind im Alltag häufig durch körperlich belastende Tätigkeiten gefordert. Dazu gehört insbesondere das wiederholte Heben, Tragen und Umlagern von Pflegebedürftigen. Solche sogenannten Transfers beziehen sich auf den Wechsel der Körperposition, etwa vom Bett in den Rollstuhl oder vom Stuhl ins Badezimmer. Diese Bewegungen erfolgen oft mit direkter körperlicher Kraftanstrengung der Angehörigen, manchmal auch mit einfachen Hilfsmitteln wie Drehhilfen, Rutschbrettern oder Gurt-Systemen. Diese Belastungen führen nicht selten zu muskuloskelettalen Beschwerden, chronischen Schmerzen und funktionellen Einschränkungen, die das Risiko für Arbeitsunfähigkeit und sekundäre Erkrankungen erhöhen [21]. Entsprechend haben physiotherapeutische Interventionen und Bewegungsangebote sowie Schulungen eine besondere Bedeutung sowohl für die Prävention als auch für die Behandlung solcher Beschwerden.

Die Heilmittel-Richtlinie eröffnet Hausärztinnen und Hausärzten die Möglichkeit, bei pflegenden Angehörigen mit typischen Beschwerdebildern wie Gangstörungen, chronischem Schmerzsyndrom oder degenerativen Gelenkerkrankungen Physiotherapie im Rahmen des sogenannten „Besonderen Verordnungsbedarfs" oder „Langfristigen Heilmittelbedarfs" zu verordnen. Damit wird eine kontinuierliche physiotherapeutische Behandlung ermöglicht, ohne dass die hausärztliche Praxis durch Regressrisiken belastet wird, insbesondere bei älteren pflegenden Angehörigen [87]. Dies gilt eben auch für zu pflegende ältere Patientinnen und Patienten, bei denen Mobilitätseinschränkungen die Pflegefähigkeit deutlich reduzieren.

Darüber hinaus können pflegende Angehörige mit anhaltenden Beschwerden oder chronischen Schmerzerkrankungen von Rehabilitationssport oder Funktionstraining profitieren, die gemäß § 43 SGB V auf ärztliche Verordnung von den Krankenkassen finanziert werden. Gruppenangebote, die unter physiotherapeutischer oder sporttherapeutischer Anleitung stattfinden, können sowohl körperliche Leistungsfähigkeit als auch psychosoziales Wohlbefinden verbessern [88].

Ein weiteres Instrument stellt die ambulante geriatrische Rehabilitation dar, die seit 2022 bundesweit als Kassenleistung nach § 40 SGB V eingeführt wurde (vgl. Kapitel 7.1.5.). Sie kann durch Hausärztinnen und Hausärzte mit Muster 61 verordnet werden und unterliegt der Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst ist nicht vorgesehen. Die ambulante geriatrische Rehabilitation eignet sich insbesondere für

pflegende Angehörige über 70 Jahre, um deren funktionelle Leistungsfähigkeit gezielt zu verbessern und damit die häusliche Pflegefähigkeit zu erhalten.

Wesentlich für den Erfolg physiotherapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen ist deren Kombination mit wirksamen Entlastungsangeboten. Denn ohne temporäre Entlastung der Pflegeaufgaben ist die Teilnahme an Physiotherapie, Rehasport oder Rehabilitation für viele pflegende Angehörige praktisch nicht möglich. Eine abgestimmte Verordnungspraxis, die physiotherapeutische Förderung mit Beratungs- und Entlastungsangeboten verzahnt, trägt dazu bei, pflegende Angehörige nachhaltig zu stabilisieren und ihre Pflegefähigkeit zu sichern.

Neben formal verordneten Maßnahmen können auch niedrigschwellige Bewegungsangebote wie Sportvereine, Volkshochschulkurse oder offene Bewegungsgruppen zur Entlastung pflegender Angehöriger beitragen. Studien zeigen, dass regelmäßige körperliche Aktivität in gemeinschaftlichen Kontexten – etwa Walking-Gruppen, Yoga-Kurse oder Schwimmangebote – nicht nur die körperliche Fitness, sondern auch soziale Teilhabe und psychisches Wohlbefinden fördert [88]. Gerade jüngere und mittelalte pflegende Angehörige profitieren von niedrigschwelligen Angeboten, da sie flexibel nutzbar sind, keine ärztliche Verordnung voraussetzen und zugleich eine Möglichkeit zum sozialen Austausch eröffnen. Hierzu übernehmen entsprechend geschulte Mitarbeitende (z. B. VERAH, NÄPA, Akademische Assistenzberufe) die Beratung oder es erfolgt der Verweis auf regionale Pflegestützpunkte und kommunale Anlaufstellen, die über lokale Kurse und Unterstützungsangebote Auskunft geben.

7.1.4 Gesundheitliche Vorsorgeplanung

Unabhängig davon, ob ein Sterbeprozess langsam und schleichend oder plötzlich einsetzt – die meisten Menschen eint der Wunsch nach Kontrolle über das eigene Lebensende [88]. Zur Festlegung individueller Präferenzen und Vorstellungen der Patient:innen hinsichtlich der zukünftigen Gesundheitsversorgung wird rechtzeitig ein Vorsorgeplan für das Lebensende erstellt. Eine umfassende und frühzeitige Vorsorgeplanung ermöglicht es, bewusste Entscheidungen zu Therapiemaßnahmen zu treffen und sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten im Falle eines Verlusts der Entscheidungsfähigkeit entsprechend ihrer Wünsche medizinisch versorgt und betreut werden.

Eine zentrale Rolle kommt hierbei dem Advance Care Planning (ACP) zu. Die wichtigsten Elemente der Vorsorge in diesem Zusammenhang sind derzeit die Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung [50], [89], [90]. Ziel des ACP ist es, sicherzustellen, dass Menschen, die ihre Entscheidungsfähigkeit (vorübergehend oder dauerhaft) verloren haben, gemäß ihren Wünschen behandelt und gepflegt werden [91]. Für Advance Care Planning besteht derzeit ausschließlich in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 132g SGB V eine direkte Refinanzierung. In der hausärztlichen Versorgung existiert bislang keine eigene EBM-Ziffer für ACP. Eine Umsetzung ist jedoch über speziell qualifizierte Mitarbeitende – etwa VERAH, NÄPA, Akademische Assistenzberufe oder andere entsprechend fortgebildete MFAs – möglich. Deren Tätigkeit kann im Rahmen von Sondervereinbarungen wie hausarztzentrierte Versorgung über bestehende Zuschläge für delegierte Leistungen oder Strukturförderungen vergütet werden und stellt somit eine indirekte Finanzierungsoption dar. Wünschenswert ist eine bessere Darstellung von Leistungen des nichtärztlichen Praxispersonals im Rahmen zukünftiger Änderungen in Vergütungsstrukturen.

Seit Januar 2023 gibt es ein sogenanntes Notvertretungsrecht für Ehe- bzw. Lebenspartner:innen gemäß § 1358 BGB [92]. Dieses tritt in Kraft, wenn ein Ehepartner/eine Ehepartnerin aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit nicht in der Lage ist, seine/ihre gesundheitlichen Angelegenheiten selbst zu regeln. Es beschränkt sich jedoch auf Gesundheitsfragen und Entscheidungen zu kurzfristigen freiheitsentziehenden Maßnahmen und gilt nur für einen Zeitraum von maximal **sechs Monaten** sowie nur für Ehe- bzw. Lebenspartner:innen. Daher

bleibt eine umfassende Beratung zu vorausschauenden Regelungen in Gesundheitsangelegenheiten weiterhin unerlässlich.

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen in der vorausschauenden medizinischen Beratung ihrer Patientinnen und Patienten sowie deren Angehöriger häufig eine koordinierende Rolle ein und begleiten Prozesse der Festlegung von Vorsorgevorstellungen [90], [93], [94]. Viele Situationen, die durch progrediente Verläufe zum Abbau kognitiver Fähigkeiten führen oder auch akut zum Verlust der Einwilligungsfähigkeit führen können, sind vonseiten des Arztes/der Ärztin absehbar (Demenzen, Hirntumoren, zerebrale Ischämien etc.) – und verdeutlichen die Wichtigkeit für Hausärztinnen und Hausärzte, das Thema Vorsorgeplanung frühzeitig anzusprechen [90]. Da viele Patientinnen und Patienten und deren Angehörige sich der Bedeutung und der Möglichkeiten einer Vorsorgevollmacht nicht bewusst sind, können Hausärztinnen und Hausärzte durch proaktive Beratung das Bewusstsein für dieses Thema schärfen und dazu anregen, entsprechende Vorkehrungen zu treffen und damit auch Angehörige entlasten. Auch die **deutsche Ärztekammer** empfiehlt, Ärztinnen und Ärzte mit ihren Patientinnen und Patienten über die Erstellung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen zu sprechen, um ihnen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen und ihre Autonomie zu wahren [95].

Bei Beratungsbedarf abseits von Gesundheitsangelegenheiten – wie beispielsweise den Bereichen der Vermögenssorge oder Versicherungsangelegenheiten innerhalb der Vorsorgevollmacht – verweisen Hausärztinnen und Hausärzte auf entsprechend qualifizierte regionale Beratungsangebote. Aufgrund möglicher Veränderungen von Wünschen und gesundheitlichen Umständen im Lebenslauf erfordern bereits erstellte Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung. Eine empathische Kommunikation ist bei diesem Thema unerlässlich, um mögliche emotionale Belastungen der Patientinnen und Patienten zu minimieren.

7.1.4.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke **100 %**

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team soll Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige frühzeitig, proaktiv sowie situativ zur gesundheitlichen Vorsorgeplanung der zu pflegenden Person beraten. Ziel ist es, die Erstellung einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zu unterstützen, um individuelle Wünsche für den Fall des Verlusts der Einwilligungsfähigkeit festzuhalten.
Bei Bedarf sollte zusätzlich an externe Beratungsstellen verwiesen werden.

7.1.5 Rehabilitation

Die Rehabilitation stellt für pflegende Angehörige ein bedeutendes Instrument zur Erhaltung und Wiederherstellung ihrer gesundheitlichen Ressourcen dar. Da insbesondere ältere Menschen häufig die Pflege von Angehörigen übernehmen, ist hier explizit der Zusammenhang mit der gesundheitlichen Belastung älterer Pflegender hervorzuheben (Kapitel 4.2).

Geriatrische Rehabilitation (stationär oder ambulant)

Die stationäre geriatrische Rehabilitation ist ein etabliertes Angebot in Deutschland, welches insbesondere auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten ist. Sie erfolgt in spezialisierten Einrichtungen, deren Versorgungsauftrag durch § 40 SGB V geregelt ist. Dennoch wird diese Rehabilitationsform von pflegenden Angehörigen selten genutzt. Gründe dafür liegen vor allem in dem zusätzlichen Zeitaufwand und der räumlichen Trennung, wodurch längere Abwesenheiten vom Pflegeort notwendig werden. Diese sind jedoch aufgrund emotionaler

Bindungen und Verantwortungsgefühlen gegenüber der gepflegten Person für viele Pflegende nicht tragbar [15].

Ein bundesweiter Anspruch auf ambulante geriatrische Rehabilitation existiert seit Juli 2022. Sie basiert ebenfalls auf § 40 SGB V und wird von dem Hausarzt/der Hausärztin verordnet. Die Kostenübernahme erfolgt durch die Krankenkassen. Für pflegende Angehörige bietet die ambulante Rehabilitation klare Vorteile, da sie parallel zur Pflegesituation durchgeführt werden kann und somit keine langfristige räumliche Trennung erforderlich ist. Dies entspricht den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen deutlich besser und trägt zur besseren Akzeptanz bei [96].

Die Beantragung erfolgt mittels Formular 61. Die Hausärztin/der Hausarzt erstellt die Verordnung und begründet darin detailliert den medizinischen Bedarf. Der Antrag wird anschließend bei der Krankenkasse eingereicht. Trotz des klar geregelten Rechtsanspruchs ist die ambulante geriatrische Rehabilitation jedoch bundesweit nicht flächendeckend verfügbar, was einen erheblichen Missstand darstellt.

Nicht-geriatrische Rehabilitation (stationär oder ambulant)

Pflegende Angehörige haben gemäß § 40 SGB V grundsätzlich Anspruch auf medizinische Rehabilitation, unabhängig von Alter oder Erwerbsstatus. Seit Änderung des § 40 Abs. 3c SGB V (2023) besteht zudem die Möglichkeit, die pflegebedürftige Person während der Rehabilitationsmaßnahme mitzunehmen, sofern dies für den Erfolg der Maßnahme oder zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Dieses Recht trägt dazu bei, Hemmnisse für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei pflegenden Angehörigen zu verringern (vgl. GKV-Spitzenverband 2024; BMG 2023).

Berufstätige Menschen, die Angehörige pflegen, unterliegen einer doppelten Belastung durch Beruf und Pflege [14]. Hier sind häufig Rehabilitationen notwendig, die nicht-geriatrischer Natur sind und primär auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit abzielen. Kostenträger hierfür ist i. d. R. die Deutsche Rentenversicherung, geregelt nach § 15 SGB VI. Der Antragsprozess ist hier anders strukturiert: Versicherte stellen direkt einen Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung. Anschließend erfolgt eine medizinische Prüfung und gegebenenfalls die Bewilligung der Maßnahme. Schwierigkeiten entstehen hier häufig durch lange Bearbeitungszeiten und unklare Zuständigkeiten zwischen Rentenversicherung und Krankenkassen, was zu Verzögerungen und Versorgungslücken führen kann [32].

Vorsorgemaßnahmen (Kuren)

Neben Rehabilitationsmaßnahmen spielen Vorsorgemaßnahmen (sog. Kuren) eine wesentliche Rolle für die Gesundheitsprävention pflegender Angehöriger. Kostenträger ist hier meist ebenfalls die Rentenversicherung (§ 23 Abs. 2 SGB V, § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI).

Berufstätige Pflegepersonen: Sind pflegende Angehörige erwerbstätig, übernimmt in der Regel die Deutsche Rentenversicherung die Kosten für Vorsorgemaßnahmen. Dies basiert auf § 15 SGB VI, der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte regelt, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist.

Nicht erwerbstätige Pflegepersonen: Für pflegende Angehörige, die nicht im Erwerbsleben stehen, wie beispielsweise Rentner:innen, ist die gesetzliche Krankenkasse zuständig. Gemäß § 23 Abs. 2 SGB V können Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen stationäre Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen.

Weitere relevante Aspekte

Regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit ambulanter und stationärer Rehabilitationseinrichtungen stellen eine erhebliche Zugangshürde dar und wirken sich negativ auf die Inanspruchnahme aus. Besonders in ländlichen Gebieten sind Versorgungsdefizite zu beobachten [97]. Des Weiteren wirken sich komplexe Antragsverfahren und lange Wartezeiten negativ auf die Nutzung dieser Angebote aus [96].

Erfolgsfaktoren für eine nachhaltige Rehabilitation von pflegenden Angehörigen sind neben der Erreichbarkeit insbesondere eine frühzeitige Information und Unterstützung durch das hausärztliche Team, eine enge Verzahnung der Rehabilitation mit ambulanten Unterstützungsangeboten und eine individuell zugeschnittene Nachsorge, die die spezifische Belastungssituation von Pflegenden berücksichtigt.

Abschließend ist es essentiell, dass Gesetzgebende und Versorgungstragende ihrer Verantwortung nachkommen und eine verlässliche, wohnortnahe und flächendeckende Versorgungsstruktur sicherstellen, um die bestehenden gesetzlichen Ansprüche auch praktisch umsetzbar zu machen.

7.1.5.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Pflegenden Angehörigen soll bei medizinisch festgestelltem Bedarf eine medizinische Rehabilitation empfohlen werden. Die pflegebedürftige Person kann in die Maßnahme einbezogen werden.

7.1.6 Psychoedukation

Psychoedukative Gespräche unterstützen Angehörige dabei, psychische und körperliche Beschwerden besser zu verstehen. Sie helfen, Patient:innen und Angehörige zu Expert:innen ihrer Erkrankung bzw. der Erkrankung eines Angehörigen zu machen und frühe Zeichen einer Krise zu erkennen. Außerdem geben sie Orientierung zu Behandlung und Unterstützung. Dabei werden auch eigene und familiäre Stärken in den Blick genommen.

Neben der wesentlichen Information über die Hintergründe einer Erkrankung (z. B. Genese, Diagnostik, Therapie und Prognose) und ihren Behandlungsmöglichkeiten beinhaltet eine ärztlich-psychologisch ausgerichtete psychoedukative Intervention auch psychotherapeutische Anteile. Überwiegend mit verhaltenstherapeutischen Methoden wird die Kompetenz der Patient:innen und der Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung verbessert [98]. Psychoedukation steht für verschiedene psychiatrische, psychosomatische und somatische Erkrankungen meist in manualisierter Form zur Verfügung.

In der hausärztlichen Praxis ist Psychoedukation auch in vereinfachter Form möglich, etwa durch kurze, strukturierte Gespräche zur Krankheitsakzeptanz, Stressbewältigung oder zum Umgang mit Überforderung. Solche niedrigschwelligen Ansätze orientieren sich an den Prinzipien psychoedukativer Interventionen, ohne ein vollständiges Programm zu erfordern, und lassen sich im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung oder durch geschulte Praxismitarbeitende umsetzen [14], [99]. Wichtig ist eine verständliche Erklärung in angemessenem Umfang, wobei sich die Inhalte an der konkreten Pflegesituation ausrichten. Entscheidungsoptionen werden gemeinsam erarbeitet.

7.1.7 Psychotherapie

Bei pflegenden Angehörigen mit klinisch auffälligen psychischen Symptomen (z. B. depressive Symptome, Erschöpfungszustände) ist eine spezifische Unterstützung zu erwägen. Psychotherapeutische Begleitung kann insbesondere dabei helfen, herausfordernde Alltagssituationen zu bewältigen, belastende Emotionen zu verarbeiten und persönliche Ressourcen zu stärken. Sie unterstützt pflegende Angehörige beispielsweise darin, nicht veränderbare Beeinträchtigungen zu akzeptieren, sich mit Sterben und Tod auseinanderzusetzen, entmutigende Gedanken zu verändern, Emotionen zu regulieren und Prioritäten zu setzen. Darüber hinaus werden die Angehörigen zu Selbstfürsorge und einem achtsamen Umgang mit den eigenen Ressourcen angeregt. Der Zugang zu Psychotherapie kann für pflegende Angehörige mit Unsicherheit, Scham oder Versagensgefühlen verbunden sein. Hinzu kommt, dass Termine zusätzliche zeitliche Ressourcen erfordern und als Konkurrenz zur Pflegeaufgabe erlebt werden können. Eine niedrigschwellige hausärztliche Ansprache ist hilfreich, um Psychotherapie als legitime Entlastung und nicht als persönliches Scheitern zu rahmen.

Psychotherapeutische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige – so zeigen aktuelle Reviews [100], [101], [102] – haben nachweislich gesundheitsfördernde Effekte. Dazu zählen insbesondere die Reduktion des Belastungserlebens, depressiver Symptome und Ängste sowie die Steigerung des subjektiven Wohlbefindens. In Deutschland liegen erprobte Interventionskonzepte vor, beispielsweise aus Forschungsprojekten wie Tele.TAnDem [103], [104], oder BerTA [100], [105]. Allerdings finden solche psychotherapeutischen Interventionen bislang nur wenig Beachtung in der praktischen Versorgung [99]. Insbesondere für präventive psychotherapeutische Angebote für pflegende Angehörige ohne Diagnose einer psychischen Störung fehlen bis dato entsprechende (finanzierungs-)rechtliche Voraussetzungen [106].

In der Psychotherapie können Ressourcenaktivierung sowie eine positive Beziehungsgestaltung gezielt gefördert werden. Obwohl pflegende Angehörige erheblichen Anforderungen ausgesetzt sind, empfinden nicht alle die Pflegesituation als gleichermaßen belastend, wofür vor allem Unterschiede in der Einschätzung der verfügbaren Ressourcen wie etwa Zeit, Unterstützung oder die Fähigkeit zur Selbstfürsorge ausschlaggebend scheinen. Pflegende Angehörige räumen einer Psychotherapie häufig keine Priorität ein, da sie ihre Zeit und Energie überwiegend der Versorgung ihres pflegebedürftigen Angehörigen widmen. Umso wichtiger ist es, die Bedeutung psychotherapeutischer Unterstützung als Investition in die eigenen Ressourcen zu vermitteln: Sie kann nicht nur die Resilienz der Angehörigen stärken, sondern langfristig auch die Pflegequalität und das Wohlbefinden des/der zu Pflegenden positiv beeinflussen.

Sinnzentrierte Psychotherapie

Verantwortliche Vertreter des Gesundheitswesens (in den USA) erkannten die Notwendigkeit auch (zukünftigen) pflegenden Angehörigen für die zu erwartenden Belastungen, die aus Pflege und Betreuung resultieren, Entlastungen anzubieten. Derzeit gibt es nur wenige Interventionen, die sich speziell auf diese Bedürfnisse fokussieren. Um 2009 wurde die Sinnzentrierte Psychotherapie entwickelt, ein existenzzentriertes Modell, das sich mit den existenziellen Fragen von Leiden, Schuld und Tod befasst. Durch neues wertschätzendes Sinnerleben bei einem existenziellen Leiden eines Pflegbedürftigen können intensiv neue positive Emotionen, ein Gefühl der Verbundenheit bzw. psychisches Wachstum einhergehen.

Die Sinnzentrierte Psychotherapie kann pflegenden Angehörigen helfen sich mit ihren unterschiedlichen Sinnquellen (wieder) zu verbinden: vier Sinnquellen, die in dieser Therapie angesprochen werden, sind: lebensgeschichtliche, einstellungsbezogene, kreative und erfahrungsbezogene Ressourcen [107].

7.1.8 Palliativmedizinische Beratung und Begleitung, Palliativversorgung (AAPV/SPV)

Die palliativmedizinische Beratung ist ein integraler Bestandteil der Versorgung. Sie umfasst neben der symptomorientierten medizinischen Betreuung auch die psychosoziale Begleitung, die Aufklärung über Versorgungsoptionen sowie die Information über Möglichkeiten und Grenzen palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgungsangebote. Darüber hinaus beinhaltet sie die Erstellung eines individuellen Notfallplanes im Sinne des Advance Care Planning und unterstützt Patientinnen und Patienten bei Entscheidungsprozessen im Krankheitsverlauf. Im Sinne des palliativmedizinischen Prinzips der „Unit of Care" („Sorgeeinheit") werden dabei die Bedürfnisse und Bedarfe der Angehörigen gleichberechtigt berücksichtigt. Angehörige werden aktiv in Beratungen und Entscheidungen einbezogen, da sie einen wesentlichen Bestandteil der palliativen Versorgung darstellen [82].

In der palliativmedizinischen Versorgung werden Angebote in allgemeine und spezialisierte Palliativversorgungsangebote kategorisiert:

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)

Die AAPV ist die Basis der palliativmedizinischen Versorgung im ambulanten Bereich. Sie ist vorrangig Aufgabe der hausärztlichen Versorgung und umfasst neben der symptomorientierten Behandlung auch eine kontinuierliche Begleitung der Patient:innen und ihrer Angehörigen. Sie kann ohne Zusatzqualifikation über die hausärztlichen Palliativziffern nach EBM abgerechnet werden. Hierzu gehören die 03370 (Ersterhebung des Patientenstatus und Behandlungsplan), 03371 (palliativmedizinische Betreuung in der Praxis), 03372 (Zuschlag für palliativmedizinische Betreuung bei Hausbesuch) und 03373 (Zuschlag bei dringendem Hausbesuch). Ergänzend stehen die allgemeinen Hausbesuchsleistungen (01410 ff.) einschließlich NÄPA- und MFA-Besuchen zur Verfügung. Ärzt:innen mit Zusatzqualifikation „Palliativmedizin" und Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung können darüber hinaus Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten Palliativmedizin (BQKPV) erbringen [108], [109].

Spezialisierte Palliativversorgung (SPV)

Die SPV wird dann erforderlich, wenn der Bedarf an palliativmedizinischen Leistungen über das hinausgeht, was im Rahmen der AAPV geleistet werden kann, beispielsweise bei komplexem Symptomgeschehen, hoher Belastung der Betroffenen oder intensivem Koordinationsbedarf multiprofessioneller Maßnahmen. Kennzeichnend für die SPV ist eine strukturierte, multiprofessionelle Versorgung durch Teams mit spezieller Qualifikation und oft 24-Stunden-Rufbereitschaft.

Im ambulanten Bereich ist die SPV als spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gesetzlich verankert und durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt verordnungsfähig. Anspruch auf eine SAPV nach § 132d Abs. 2 SGB V haben alle Patient:innen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung bei begrenzter Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen und dennoch ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden können [102]. Dabei müssen alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen einschließlich ihrer Koordination darauf abzielen, die Betreuung der Versicherten in der häuslichen
Umgebung zu ermöglichen. An dieser Stelle ist es hilfreich, in der Palliativmedizin spezialisierte Ärzt:innen zur Indikationsbegründung hinzu zu ziehen.

Die SAPV umfasst unter anderem eine 24-stündige Notfall- und Kriseninterventionsbereitschaft, die Beratung, Anleitung und Begleitung der betroffenen Menschen und deren Angehörigen

sowie die Beratung der Leistungserbringer:innen der Primärversorgung. Zudem schließt sie psychosoziale Unterstützungsangebote in Zusammenarbeit mit Seelsorge, Sozialarbeit und ambulanten Hospizdiensten ein. Je nach individuellem Versorgungsbedarf erfolgt die SAPV als Beratungsleistung, zur Koordination der Versorgung, als ergänzende Teilversorgung oder als vollständige Versorgung.

Ergänzend zur spezialisierten ambulanten Versorgung bestehen im stationären Bereich weitere Angebote der SPV. Dazu zählt die Aufnahme auf eine Palliativstation als Form der spezialisierten stationären Palliativversorgung. Darüber hinaus unterstützen Palliativdienste als multiprofessionelle Teams Patientinnen und Patienten auf anderen Krankenhausstationen durch Beratung, Symptommanagement und interdisziplinäre Koordination [82].

Stationäres Hospiz und ambulante Hospizdienste

Ergänzend zu den palliativmedizinischen Versorgungsformen bestehen eigenständige hospizliche Angebote, wie stationäre Hospize oder ambulante Hospizdienste.

Die Versorgung in einem stationären Hospiz setzt die Anerkennung einer Hospizversorgungsbedürftigkeit voraus und kommt dann in Betracht, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung weder im häuslichen Umfeld noch in einer anderen stationären Pflegeeinrichtung möglich ist, etwa aufgrund einer zu großen Belastung für die Familie, eines hohen pflegerischen Aufwands oder schwerwiegender palliativpflegerischer Probleme. Zudem darf eine Krankenhausbehandlung nicht indiziert sein. Grundlage der hospizlichen Versorgung ist die Aufklärung der Patient:innen und, wann immer möglich, auch ihrer Angehörigen über die Nichtheilbarkeit der Erkrankung sowie die begrenzte Lebenserwartung und deren Zustimmung zur Versorgung im Hospiz. Ziel der hospizlichen Versorgung ist die Begleitung von Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase [82].

Ambulante Hospizdienste bieten Unterstützung und psychosoziale Begleitung im häuslichen Umfeld. Geschulte ehrenamtliche Mitarbeitende begleiten Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige bedarfsorientiert und tragen insbesondere zur emotionalen Entlastung sowie zur Unterstützung pflegender Angehöriger bei.

7.1.8.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Bei fortgeschrittener, nicht heilbarer Erkrankung oder stetiger Verschlechterung des Gesundheitszustands der zu pflegenden Person sollen pflegende Angehörige durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt und das Praxisteam im Rahmen der ambulanten Palliativversorgung beraten und unterstützt werden.

7.2 Information und Beratung zum Thema Pflegebedürftigkeit

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit eines/einer Angehörigen besteht in den meisten Fällen ein großes Informationsbedürfnis [110]. Die Hausärztin/Der Hausarzt ist dabei häufig die erste

Anlaufstelle für Informationen und Beratung sowie für die Weitervermittlung an entsprechende Pflegeberatungsstellen oder andere geeignete Ansprechpartner:innen (z. B. Krankenhaussozialdienste während eines stationären Aufenthalts des/der Pflegebedürftigen, vgl. Kapitel 7.6).

Für eine verlässliche Vernetzung ist eine aktive Kontaktaufnahme des hausärztlichen Teams mit regionalen Pflegeberatungsstellen, Pflegestützpunkten und weiteren relevanten Anlaufstellen erforderlich. Eine solche Kooperation ermöglicht die gezielte Vermittlung wohnortnaher Unterstützungsangebote und erleichtert pflegenden Angehörigen den Zugang zu passgenauer Beratung und Entlastung.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege stellt ein softwarebasiertes Assessment zur Prävention und Intervention in der häuslichen Pflege (PIP-Assessment) bereit, das den Beratungsbedarf in einem Pflegefall ermittelt [111]. Darin sind neben einem Basisassessment zur Einschätzung für eine Erstberatung auch Instrumente zu speziellen Beratungsbedarfen enthalten.

7.2.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Das hausärztliche Team soll pflegende Angehörige über die Möglichkeit der Beantragung eines Pflegegrads als Voraussetzung für Unterstützungs- und Entlastungsleistungen der Pflegekassen informieren und bei weiterem Informations- und Beratungsbedarf gezielt an den örtlichen Pflegestützpunkt, die Pflegeberatung der Pflegekassen bzw. andere geeignete Beratungsstellen verweisen und entsprechendes Informationsmaterial mitgeben.

Hintergrund

Ein systematischer Review liefert Hinweise, dass im primären Versorgungsbereich durchgeführte psychosoziale Interventionen, die v. a. die Bereitstellung von Informationen und Schulungsmaterial sowie Aufklärung beinhalten, einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz haben können [112]. Auch wenn die Evidenzlage bislang vorwiegend auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz bezogen ist, sprechen die Ergebnisse dafür, dass vergleichbare Interventionen grundsätzlich auch für andere Gruppen pflegender Angehöriger wirksam sein können.

Der Informationsbedarf pflegender Angehöriger ist hoch [113]. Welche Informationen sie sich in welchem Umfang konkret wünschen, hängt stark mit der individuellen Situation sowie der Grunderkrankung der von ihnen gepflegten Person zusammen. Eine gemeinsame Diskussion von Informationen im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung sowie andere Formen der Unterstützung zum besseren Verständnis entspricht dem Anliegen vieler Angehöriger mehr als die reine Bereitstellung der Informationen. Die Verwendung von medizinisch-technischem Vokabular kann – je nach Voraussetzungen des/der pflegenden Angehörigen – eine Barriere beim Verstehen der Informationen darstellen.

Zur genaueren Einschätzung des Beratungsbedarfs eignen sich die unter Abschnitt 6.4 beschriebenen Assessment-Instrumente. Sie ermöglichen eine systematische Erfassung der Versorgungssituation, sowie der Belastung pflegender Angehöriger.
Krankheitsübergreifend wünschen **sich pflegende Angehörige älterer Menschen mit unterschiedlichen chronischen Grunderkrankungen** leicht zugängliche und zeitnahe Informationen. Diese sind allgemeinerer Natur wie bspw. Informationen über die Erkrankung des/der Gepflegten inklusive Ätiologie, Diagnose, grundsätzlicher Prognose und Behandlungsoptionen, Dienste und andere entlastende Angebote für Pflegende und Gepflegte sowie finanzielle

Unterstützungsmöglichkeiten. Viele pflegende Angehörige nennen ein Bedürfnis nach Fakten, Erklärungen und Ratschlägen, die spezifisch auf die jeweiligen individuellen Umstände zugeschnitten sind.

Des Weiteren werden Informationsbedürfnisse zu Pflegeeinrichtungen und krankheitsspezifischen Unterstützungsangeboten, zur Tagesgestaltung des/der Gepflegten, aber auch zur Selbstpflege geäußert [114].

McCabe et al. bestätigen dies für **pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz** [115]. Diese wünschen sich adäquate Informationen über die Diagnose, den weiteren Verlauf der Erkrankung, Symptome sowie mit Demenz in Zusammenhang stehende Gesundheits- und Verhaltensänderungen. Auch wird das Bedürfnis geäußert, Informationen über Methoden und Strategien zum Managen der physischen und psychischen Gesundheitseinschränkungen des/der Gepflegten, über das physische und kognitive Funktionieren (wie Gedächtnisverlust), das herausfordernde Verhalten, die Medikation des/der Gepflegten sowie über Zugangsmöglichkeiten zu Pflegedienstleistungen zu erhalten. Gleichzeitig berichten pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz auch davon, sich von einer großen Menge an Informationen überwältigt zu fühlen.

Für die hausärztliche Praxis ergibt sich daraus die Aufgabe, pflegende Angehörige bedarfsorientiert und schrittweise mit relevanten Informationen zu versorgen – orientiert am aktuellen Belastungserleben und am jeweiligen Krankheitsverlauf. Hinweise aus Studien zu pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz [116] legen nahe, dass eine abgestufte Informationsvermittlung die Aufnahmefähigkeit verbessert und Überforderung vorbeugt. Daraus ergibt sich die Aufgabe von hausärztlichen Praxisteams, pflegende Angehörige mit relevanten Informationen zum jeweils geeigneten Zeitpunkt zu versorgen – anstatt sämtliche Informationen undifferenziert und gleichzeitig bereitzustellen.

Überblick zu Beratungsstellen zum Thema Pflegebedürftigkeit

Nicht allen Informationsanliegen pflegender Angehöriger kann das hausärztliche Team entsprechen, insbesondere zu psychosozialen oder sozialrechtlichen Fragestellungen [49]. Da die Leistungsansprüche sehr komplex sind und fortlaufenden rechtlichen Änderungen unterliegen, kann in der Hausarztpraxis i. d. R. keine umfassende und rechtssichere Beratung erfolgen. Im hausärztlichen Gespräch erfolgt bei Bedarf eine Weitervermittlung pflegender Angehöriger an entsprechend qualifizierte Beratungsstellen. Darüber hinaus umfasst die Versorgung auch die Bereitstellung allgemeiner Informationen zu möglichen Unterstützungs- und Entlastungsleistungen durch die Pflegekasse.

Daraus ergibt sich die Aufgabe von Hausärztinnen und Hausärzten, pflegende Angehörige mit relevanten Informationen zum jeweils geeigneten Zeitpunkt zu versorgen – orientiert am aktuellen Belastungserleben – anstatt sämtliche Informationen undifferenziert und gleichzeitig zur Verfügung zu stellen (vgl. dazu Kapitel 5).

Bundesweit existieren gute Möglichkeiten der Pflegeberatung. Je nach Kontext sind pflegende Angehörige auf folgende Beratungsangebote hinzuweisen:

- Die Pflegekassen bieten Versicherten und ihren Angehörigen allgemeine Informationen über Leistungen und Hilfen bei Pflegebedürftigkeit (§ 7 SGB XI)
- **Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI für Pflegebedürftige (ohne und mit Pflegegrad) und ihre Angehörigen** zur wohnortnahen Information, Beratung, Versorgung und Betreuung rund um die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, wie z. B. der Beantragung eines Pflegegrads (vgl. Kapitel 7.3.1) oder der Beantragung und Koordinierung

von Leistungen der Pflegekassen (Kapitel 7.3.2). Pflegestützpunkte sind mit regionalen Hilfsangeboten vernetzt und können konkrete Anlaufstellen für die weitere Unterstützung nennen. Das Zentrum für Qualität in der Pflege unterhält eine bundesweite Adressdatenbank aller Pflegestützpunkte und weitere Beratungsangebote https://www.zqp.de/beratung-pflege
In einigen Bundesländern gibt es statt Pflegestützpunkten andere Formen der Beratung (z. B. in Sachsen-Anhalt die Pflegeberatung Sachsen-Anhalt: https://www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de/beratungsstellen)

- **Pflegeberatung nach § 7a für Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad oder die erstmalig Leistungen der Pflegekasse beantragt haben:** Die Pflegekassen sind verpflichtet, ihren Versicherten – nach Feststellung eines Pflegegrades bzw. bei erstmaliger Beantragung einer Leistung – einen zuständigen Pflegeberater bzw. die entsprechende Beratungsstelle zu nennen. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird von entsprechend qualifiziertem Personal erbracht, insbesondere von Pflegefachkräften, Sozialversicherungsfachangestellten oder Sozialarbeiter:innen bzw. Sozialpädagog:innen mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Sie informieren und beraten zu Leistungen der Pflegekassen (SGB XI) und anderen Sozialgesetzbüchern, sofern sie für die Pflege und Versorgung relevant sind (z. B. Hilfe zur Pflege nach SGB XII, siehe weiter unten). In der Pflegeberatung wird der konkrete Hilfebedarf erfasst und geklärt, welche Leistungen (Sach-, Geld- oder Kombinationsleistungen) im Einzelfall bedarfsgerecht sind. Gemeinsam wird ein individueller Versorgungsplan erarbeitet und die Pflegebedürftigen darin unterstützt, passende Leistungserbringer zu finden. Die Beratung erfolgt zu allen relevanten Leistungen der Sozialgesetzbücher (s. Kapitel 7.3). Auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person werden auch Angehörige oder weitere Personen in die Beratung einbezogen und bei Bedarf zu Hause sowie wiederholt beraten. Häufig wird die Pflegeberatung im Rahmen der o.g. Pflegestützpunkte angeboten. Wird **Pflegegeld** in Anspruch genommen, **ist eine halbjährliche Pflegeberatung** nach § 7a SGB XI im häuslichen Umfeld **verpflichtend** (§ 37 SGB XI), um die Qualität der häuslichen Pflege sicherzustellen und bei praktischen pflegefachlichen Fragen zu unterstützen.
- **Privat Versicherte** erhalten Pflegeberatung über compass-Pflegeberatung (https://www.compass-pflegeberatung.de/).
- **Beratungsstellen der kommunalen Altenhilfe, von Wohlfahrtsverbänden und freien Trägern** bieten unabhängige, i. d. R. ebenfalls kostenlose Beratung an und ergänzen das Beratungsangebot insbesondere in Regionen mit wenigen Pflegestützpunkten. Entsprechende Stellen sind ebenfalls in der Datenbank des ZQP zu finden.
- **Indikationsspezifische Informations- und Unterstützungsangebote** werden von den entsprechenden Selbsthilfeorganisationen bereitgestellt, z. B.
  - Schlaganfall-Hilfe https://www.schlaganfall-hilfe.de/
  - ALS Heimpflege https://als.be/de/Heimpflege,
  - ACHSE - Allianz Chronischer seltener Erkrankungen (https://www.achse-online.de/) bietet eine Übersicht zu Beratungsangeboten bei seltenen Erkrankungen.
  - Beratungsangebote für Angehörige von Menschen mit Demenz werden von der Alzheimer-Gesellschaft bereit gestellt (https://www.deutsche-alzheimer.de/)

7.3 Unterstützungsleistungen nach den Sozialgesetzbüchern

7.3.1 Pflegegrad: Voraussetzung für Leistungen der Pflegekassen (SGB XI)

Die Feststellung eines Pflegegrads ist Voraussetzung für Leistungen der Pflegekassen (vgl. § 7 SGB XI). Dies betrifft sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte. Sofern bei einer pflegebedürftigen Person noch kein Pflegegrad vorliegt, sind pflegende Angehörige regelhaft auf die Möglichkeit einer Pflegeeinstufung hinzuweisen und zur Inanspruchnahme einer entsprechenden Beratung bei einem Pflegestützpunkt zu ermutigen.

Hintergrund

Viele Pflegebedürftige und pflegende Angehörige scheuen sich einen Pflegegrad zu beantragen, z. B. weil sie die Situation als noch nicht schwerwiegend genug einschätzen und nicht erwarten, dass bereits ein Anspruch auf Unterstützung besteht.

Pflegebedürftigkeit ist in § 14 Absatz 1 SGB XI definiert. Sie trifft für Personen zu, die „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.“ (ebd.) Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit wird in fünf Pflegegraden abgebildet von Pflegegrad 1 mit geringen Beeinträchtigungen bis hin zu Pflegegrad 5 mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (vgl. § 15 SGB XI).

Leistungen der Pflegekasse kann in Anspruch nehmen, wer mindestens Pflegegrad 1 hat. Der Antrag auf Einstufung eines Pflegegrades wird bei der zuständigen Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen gestellt. Diese vereinbart daraufhin mit dem Medizinischen Dienst einen Begutachtungstermin, der i. d. R. in der Häuslichkeit des Antragstellenden, telefonisch oder online durchgeführt wird. Hierbei werden die Fähigkeiten und Einschränkungen in sechs Modulen bewertet (vgl. § 15 SGB XI):

- Mobilität,
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Neben einer Empfehlung zur Einstufung des Pflegegrades, der den Umfang des Anspruchs auf Unterstützungsleistungen bestimmt, spricht der Medizinische Dienst auch Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation, zu Hilfsmitteln und zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen aus. Auf Grundlage dieser Begutachtung legt die Pflegekasse den Pflegegrad fest.

7.3.2 Leistungen der Pflegekassen für eingetragene Pflegepersonen des anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen

a. Pflegende Angehörige und andere informell Pflegende können auch direkt Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Voraussetzung ist, dass sie als Pflegepersonen nach § 19 SGB X eingetragen sind, d. h. dass sie nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen.
b. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung, Rentenpunkte, ggf. Zuschüsse zur Krankenversicherung).
c. Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (Lohnersatzleistung) für maximal 10 Tage.

7.3.3 Leistungen der Pflegekassen für anspruchsberechtigte pflegebedürftige Personen

a. Bei häuslicher Versorgung:
   - Pflegesachleistungen (körperbezogene Pflege, pflegerische Betreuung, Hilfen im Haushalt) durch einen ambulanten Pflegedienst oder Pflegegeld, sofern die Pflege durch Angehörige erfolgt.
   - Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Hilfe im Haushalt, stundenweise Betreuung oder Alltagsbegleitung)
   - Pflegehilfsmittel zum Verbrauch
   - Technische und sonstige Pflegehilfsmittel (Pflegebett, Rollstuhl, Patientenlifter etc.) (auf Antrag)
   - Wohnumfeldverbesserung (auf Antrag)
   - Digitale Pflegeanwendungen (s. u.)
b. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege: Die Unterscheidung zwischen teil- und vollstationärer Pflege ist bedeutsam, da teilstationäre Angebote grundsätzlich häusliche Versorgung voraussetzen und diese ergänzen, während vollstationäre Pflege eine eigenständige Versorgungsform darstellt, wenn die häusliche Pflege nicht mehr sichergestellt werden kann.
   - Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)
   - Kurzzeitpflege (vollstationär) bis zu 8 Wochen im Jahr, wenn die häusliche Pflege nicht gesichert ist.
   - Verhinderungspflege (ambulante Ersatzpflege) im Umfang von bis zu 6 Wochen im Jahr bei Verhinderung der Hauptpflegeperson.
c. Vollstationäre Pflege: Die Kosten für einen Pflegeheimplatz setzen sich aus verschiedenen Kosten zusammen: Kosten für die Pflege, für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten. Die pflegebedingten Kosten werden zum Teil von den Pflegekasse je nach Pflegegrad und Dauer des Aufenthalts übernommen. Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen müssen privat getragen werden [117]. Ist dies nicht möglich, besteht die Möglichkeit zur Beantragung auf Hilfe zur Pflege nach SGB XII.
d. Digitale Pflegeanwendungen (DIPA): Digitale Pflegeanwendungen sind Apps oder browserbasierte Webanwendungen, die darauf ausgelegt sind Pflegebedürftige und pflegende Angehörige im Pflegealltag zu unterstützen. Durch Informationen und Präventionsanwendungen mit Übungen können Beeinträchtigungen der Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person gemindert werden oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt werden. Andere Anwendungen helfen, die Organisation der Pflege zu verbessern oder die Kommunikation zwischen pflegebedürftigen Personen mit pflegenden Angehörigen und Pflegefachkräften, zwischen Angehörigen und Pflegefachkräften wie auch zwischen Pflegenden untereinander zu vereinfachen und verbessern.

DIPA können durch die Pflegekasse auf Antrag erstattet werden, sofern sie im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Pflegeanwendungen (DIPA-Verzeichnis) gelistet sind. Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer DIPA, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für DIPA nach § 40a SGB XI sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a SGB XI bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat. Das Verzeichnis der zugelassenen DIPAs soll demnächst auf der Seite des BfArM (https://www.bfarm.de) veröffentlicht werden.

7.3.4 Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Hilfe zur Pflege ist eine Sozialhilfeleistung nach SGB XII, die beim Sozialamt beantragt werden kann und wird gewährt,

- wenn finanzielle Leistungen von anderen, zum Beispiel aus der Pflegeversicherung, nicht ausreichen und
- wenn die erforderlichen Hilfen nicht vom eigenen Einkommen oder Vermögen bezahlt werden können.

Die Leistung kann beantragt werden für:

- Ambulante Hilfe im häuslichen Bereich
- Tagespflege
- Kurzzeitpflege
- Vollstationäre Pflege

Wer in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert ist oder eine private Pflegeversicherung abgeschlossen hat, sollte zunächst dort klären, welche Leistungen in welcher Höhe für die erforderliche Hilfe gezahlt werden. Wenn diese Leistungen nicht ausreichen, kann finanzielle Hilfe zur Pflege beantragt werden. Ansprechpartner sind die örtlichen Sozialämter.

7.3.5 Leistungen nach dem Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz

Pflegende Angehörige haben unter bestimmten Bedingungen Anspruch zur Reduzierung der Arbeitszeit, zur Freistellung von der Arbeit und auf ein Pflegeunterstützungsdarlehen nach dem Pflegezeitgesetz oder Familienpflegezeitgesetz.

a. Pflegezeit: Freistellung oder Teilzeit bis max. 6 Monate
b. Familienpflegezeit: Teilzeit bis max. 24 Monate
c. Pflegeunterstützungsdarlehen nach Pflegezeit- oder Familienpflegezeitgesetz bei Freistellung von der Berufstätigkeit

7.4 Weitere Unterstützungs- und Entlastungsangebote

7.4.1 Externe Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung

Ein systematisches Review mit Metaanalyse aus Deutschland [118] identifiziert insbesondere **Mehrkomponenteninterventionen** und **kognitive Verhaltenstherapie** als relevante nichtpharmakologische Interventionen zur Förderung der Gesundheit pflegender Angehöriger:

- **Kognitive Verhaltenstherapie** kann demnach zu einer kurzfristigen Reduktion depressiver Symptome von pflegenden Angehörigen beitragen, jedoch nur leicht und nicht nachhaltig.

- **Mehrkomponenteninterventionen**, die auf Stressbewältigungsmodellen basieren und z. B. Psychoedukation, Entspannungsübungen, Selbstmanagement, Austausch und soziale Unterstützung mit Gleichbetroffenen inkludieren, sind geeignet, die psychische Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig, bis zu 12 Monate nach Interventionsbeginn zu verbessern. Dabei scheint der psychoedukative Aspekt von MKI weniger wichtig als die soziale Unterstützung durch andere Betroffene.
- Auf die körperliche Lebensqualität hatten weder kognitive Verhaltenstherapie noch Mehrkomponenteninterventionen Einfluss.

Mehrkomponenteninterventionen werden in Deutschland sowohl ambulant (z. B. in Form von spezifischen Gesundheitsförderungs-Angeboten für pflegende Angehörige), als auch stationär (z. B. als Vorsorgekur oder Rehabilitationsmaßnahme) angeboten. Seit April 2020 besteht bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige nach §§ 23 und 40 SGB V zudem die Möglichkeit, die pflegebedürftige Person mitzunehmen bei gleichzeitiger Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Aktuell ermöglichen dies allerdings nur wenige Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen [119]. Die internationale Studienlage deutet darauf hin, dass diese dyadischen Interventionen effektiver sein könnten als Ansätze, die sich ausschließlich auf die pflegenden Angehörige konzentrieren [118]. Für Deutschland fehlt bislang der wissenschaftliche Nachweis, beispielsweise durch eine entsprechende Begleitevaluation.

Als wesentliche Hürde für die Inanspruchnahme von Mehrkomponenteninterventionen wird neben den beschränkt zur Verfügung stehenden Plätzen auch die oftmals unübersichtliche und undurchsichtige Angebotsstruktur beschrieben. Neben der Bereitstellung von aktuellen Informationen zu regionalen Angeboten sind pflegende Angehörigen daher bei Bedarf aktiv zu unterstützten passende Angebote zu identifizieren und auszuwählen [120]. Ziel dieser Maßnahme ist es, pflegende Angehörige gezielt in ihrer psychischen Gesundheit und sozialen Teilhabe zu unterstützen, Belastungen frühzeitig zu erkennen und depressiven Symptome vorzubeugen sowie ihre Lebensqualität und Selbstwirksamkeit zu stärken.

7.4.2 Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung bezeichnet einen multidimensionalen Beratungsansatz, der Menschen in emotional, sozial und/oder wirtschaftlich belastenden Lebenslagen und psychosozialen Krisen unterstützt. Sie wird von qualifizierten Berufsgruppen durchgeführt, insbesondere von Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagog:innen, Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen [121], [122], [123]. Auch in der hausärztlichen Versorgung findet psychosoziale Beratung statt. Insbesondere erfolgt dies durch Hausärzt:innen sowie durch entsprechend qualifizierte Praxismitarbeiter:innen, etwa VERAH oder Akademische Assistenzberufe, sofern diese für die jeweilige Beratungssituation geschult sind. Psychosoziale Beratung für pflegende Angehörige hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, eigene Bewältigungsstrategien und tragfähige Lösungen sowie eine gesunde Lebensführung zu entwickeln. Dafür wird bei Bedarf der Zugang zu institutionellen und informellen Unterstützungsangeboten angebahnt und durch vertrauensbildende Beziehungsarbeit bestehende Netzwerke mit Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft oder Arbeit aktiviert und gestärkt. Psychosoziale Beratung umfasst auch die gemeinsame Betrachtung belastender Kommunikations- und Beziehungsmuster innerhalb der Pflegekonstellation. Daraus ergeben sich konkrete nächste Schritte, die mit den Beteiligten vereinbart werden. Dies schließt Einzelgespräche mit pflegenden Angehörigen ebenso ein, wie moderierte Gespräche mit weiteren Familienmitgliedern, sofern dies gewünscht und umsetzbar ist.

Die multidimensionale Herangehensweise ermöglicht es sowohl individuelle, als auch strukturelle Bedingungs- und Belastungsfaktoren von Gesundheit zu bearbeiten. Auf diese Weise werden psychische und soziale Stabilität gefördert, emotionale Belastung reduziert und eine nachhaltige Veränderung der Lebenssituation erzielt.

Durch die Fokussierung auf alltägliche Problemlagen sowie die aktive Einbindung sozialer Netzwerke und weiterführender Unterstützungsangebote unterscheidet sich die Beratung von (psycho)therapeutischen Interventionen.

Psychosoziale Beratung kann in Beratungsstellen von freien Trägern oder Kommunen i. d. R. kostenfrei in Anspruch genommen werden. Die Angebote sind vielfältig und richten sich häufig entweder an besondere Zielgruppen (z. B. Pflegende Angehörige, Senior:innen, ältere Menschen) oder befassen sich mit spezifischen Fragestellungen (Gewalt in der Pflege, Schulden, Sucht).

Im Rahmen eines stationären Aufenthalts des Pflegebedürftigen bieten viele Krankenhäuser auch den Angehörigen eine psychosoziale Beratung durch den Krankenhaussozialdienst an.

7.4.3 Gemeinschaftliche Selbsthilfe

Pflegenden Angehörigen kann der Austausch mit anderen Personen in gleicher oder ähnlicher Situation helfen. Selbsthilfegruppen und -organisationen für pflegende Angehörige bieten Information, Beratung und gegenseitige Unterstützung. Pflegeselbsthilfe stärkt die Gesundheit von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, indem sie einen geschützten Raum für Austausch bietet, die Selbstfürsorge fördert, soziale Kontakte ermöglicht und Strategien zur Bewältigung der Pflegesituation unterstützt. Neben örtlichen Selbsthilfegruppen, die sich regelmäßig persönlich treffen, gibt es z. B. bundesweite digitale Selbsthilfegruppen, die ortsunabhängigen Austausch ermöglichen.

Auskunft über die vor Ort vorhandenen Angebote geben die bundesweit 250 Selbsthilfekontaktstellen. Sie bieten zudem Beratung und Unterstützung bei der Gründung neuer Selbsthilfegruppen. In den Bundesländern Berlin, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden zudem spezielle Selbsthilfekontaktstellen für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige gegründet. Eine Übersicht aller Selbsthilfekontaktstelle bietet die NAKOS - Nationale Information- und Kontaktstellen für Selbsthilfe (https://www.nakos.de/adressen/rot).

Digitale Selbsthilfe für pflegende Angehörige wird unter anderem vom Verband „wir pflegen - Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e. V." angeboten. Neben regelmäßigen digitalen Selbsthilfegruppen (teilweise zu bestimmten Pflegesituationen wie beispielsweise pflegenden Eltern) werden offene digitale Austauschforen und digitale Cafés mit thematischen Inputs durch Referierende durchgeführt (https://www.wir-pflegen.net/helfen/digitale-selbsthilfe). Die App in.kontakt ermöglicht pflegenden Angehörigen einen orts- und zeitunabhängigen Erfahrungsaustausch und Vernetzung in Gruppen oder im 1:1 Chat (www.wir-pflegen.net/helfen/in-kontakt-app-fuer-pflegende-angehoerige).

7.4.3.1 | Expert:innenkonsens

Konsensstärke 100 %

Empfehlung (Neu Stand 2026)

Pflegende Angehörige sollen gezielt auf Angebote der Gemeinschaftlichen Selbsthilfe für pflegende Angehörige hingewiesen werden und allgemeine Informationen zur örtlichen Selbsthilfekontaktstelle erhalten.

7.4.4 Ehrenamtliche Unterstützungsangebote und Freiwilligendienste

Wohnortnah existiert eine Vielzahl unterschiedlicher ehrenamtlich organisierter Angebote von Kommunen, Wohlfahrtsverbänden, Kirchen oder der Nachbarschaft. Diese übernehmen Besuchs- und Begleitdienste, helfen bei der Hauswirtschaft, übernehmen Betreuungsaufgaben u. a. m. Informationen zu den jeweiligen Angeboten werden bei den Beratungseinrichtungen vor Ort, insbesondere den regionalen Pflegestützpunkten und den Sozialämtern der Kommunen, eingeholt. Für einen erfolgreichen Netzwerkaufbau ist die Recherche vorhandener Anlaufstellen vor Ort hilfreich.

7.5 Pflegekurse

Pflegekurse sind ein gesetzlich verankertes Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI. Sie werden von den Pflegekassen unentgeltlich angeboten und vermitteln pflegenden Angehörigen fachliche und praktische Kenntnisse, erleichtern die häusliche Pflege und reduzieren körperliche und psychische Belastungen. Die Angebote umfassen inhaltlich unter anderem Grundfertigkeiten der Körperpflege, Mobilisation, Umgang mit Hilfsmitteln, aber auch Beratung, Erfahrungsaustausch und Selbstfürsorge. Pflegekurse werden regional z. B. über Pflegekassen, Pflegestützpunkte, Pflegedienste, Volkshochschulen oder Wohlfahrtsverbände organisiert und können sowohl vor Ort als auch digital stattfinden.

7.6 Digitale Unterstützungsleistungen

Viele der in diesem Kapitel beschriebenen Unterstützungs- und Entlastungsangebote stehen inzwischen auch in digitaler Form zur Verfügung. Die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnet pflegenden Angehörigen neue Wege, Informationen, Beratung, Schulung und praktische Hilfen orts- und zeitunabhängig zu nutzen. Digitale Anwendungen können dabei den Zugang zu bestehenden Versorgungsstrukturen erleichtern, Wartezeiten verkürzen und die Selbstständigkeit von Pflegenden wie Gepflegten fördern. Beispiele sind digitale Pflegekurse, psychologische Onlineberatungen, Such- und Informationsportale oder assistive Technologien im häuslichen Umfeld. Diese Angebote können die persönliche Beratung und Begleitung sinnvoll ergänzen, indem sie Wissen vertiefen, Sicherheit im Pflegealltag fördern und den Austausch mit Fachkräften oder anderen Betroffenen unterstützen. Zugleich ersetzen sie die persönliche Betreuung nicht, sondern sind als Baustein einer integrierten, sowohl analogen als auch digitalen Versorgungsstruktur zu verstehen.

Datenbanken und Suchportale lotsen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen durch das unübersichtliche Angebot an Pflegeeinrichtungen und erleichtern das Auffinden regionaler Angebote. Entsprechende Datenbanken werden bundesweit beispielsweise vom Zentrum für Qualität in der Pflege (**https://www.zqp.de/beratung-pflege/)** sowie von vielen Pflegekassen bereit gestellt (z. B. AOK Navigator https://www.aok.de/pk/pflegenavigator/, vdek Pflegeloste https://www.pflegelotse.de/). In den Bundesländern finden sich ebenfalls solche Datenbanken, die meist noch weitere Informationen über regionale Angebote wie z. B. Selbsthilfegruppen beinhalten (z. B. Pflegewegweiser-NRW https://www.pflegewegweiser-nrw.de/, Pflegenetz Sachsen https://www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/, u. v. a. m.). Auch viele Kommunen stellen mittlerweile Übersichten über die lokalen Angebote digital bereit.

Eine psychologische Onlineberatung für pflegende Angehörige wird für gesetzlich Versicherte informell Pflegende durch das „Zentrum ÜBERLEBEN" angeboten und von den gesetzlichen Pflegekassen finanziert (https://www.pflegen-und-leben.de/). Hierbei handelt es sich um eine niedrigschwellige individuelle Beratung in psychisch belastenden Pflegesituationen, die auch über mehrere Sitzungen erfolgt, jedoch keine Psychotherapie ersetzt.

Digitale Pflegekurse werden in jüngerer Zeit zunehmend angeboten. Mit Hilfe von Videos und Fotos können konkrete Pflegetechniken, wie die Ganzkörperwäsche oder rückenschonende Lagerungstechniken erlernt werden. Der Nachteil dieser Kurse ist, dass die Techniken nicht unter fachlicher Anleitung geübt werden können. Der Vorteil ist, dass sie orts- und zeitunabhängig genutzt werden können. Sie sind daher insbesondere zur Auffrischung von Wissen zu empfehlen. Verschiedene Pflegekassen bieten zertifizierte digitale Pflegekurse kostenlos an.

Digitale Pflegehilfsmittel oder auch Ambient Assistent Living Systeme (AAL-Systeme) sind technik- und internetgestützte Assistenzsysteme für das Wohnumfeld, die dabei helfen sollen, dass Pflegebedürftige länger und sicherer in ihrem Zuhause wohnen können. Hierzu zählen Systeme wie Sturzerkennung, Lichtsteuerung, Herdüberwachung, intelligente Systeme zur Türöffnung, Notfalluhren u. a. Außer intelligenten Hausnotrufsystemen werden solche Hilfsmittel zurzeit noch nicht von den Pflegeversicherungen finanziert.

Angebot	Inhalt	Wo?	Kontakt
"Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI (auch ohne Pflegegrad)“	Information und Beratung zur Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und zur Beantragung eines Pflegegrads	Pflegestützpunkte oder ähnliche Beratungsstellen	ZQP bietet eine bundesweite Datenbank zu Angeboten der Pflegeberatung, psychosozialen und psychologischen Beratung, Krisenintervention und Selbsthilfe rund um das Thema Pflege https://www.zqp.de/beratung-pflege/#/ Regionale Datenbanken: Pflegewegweiser NRW: **www.pflegewegweiser-nrw.de/**, Pflegenetz Sachsen **www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/**
„Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (ab Pflegegrad 1)“	Information, Beratung und Koordination von Leistungen der Pflegekassen nach SGB XI (Sach- und Geldleistungen, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege) und weiterer SGB (z. B. Hilfe zur Pflege SGB XII Pflegeberatung wird nur von anerkannten Pflegeberater:innen durchgeführt.	Angebot der Kranken- und Pflegekassen i. d. R. im Rahmen der Pflegestützpunkte (s.o.) oder in deren Auftrag durchgeführt in Beratungsstellen von Sozial- und Wohlfahrtsverbänden oder Kommunen	
Wohnraumberatung	Information und Beratung zur Anpassung von Wohnraum bei Pflegebedürftigkeit, Behinderung, Demenz	Beratungsstellen in diverser Trägerschaft (z. B. Freie Träger, Sozial- und Wohlfahrtsverbände, Kommunen)	
Hilfe zur Pflege nach SGB XII	Nachrangige, finanzielle Hilfen zur sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit	Sozialamt	
Psychosoziale Beratung und Krisendienste (speziell oder auch für pflegende Angehörige)	psychosoziale Beratung und / oder Krisenintervention i. S. einer umfassenden Beratung in verschiedenen Lebenslagen (z. B. als Senior:innenberatung, Schuldner:innenberatung, Beratung bei häuslicher Gewalt, Gewalt in der Pflege, Sucht etc.)	Beratungsstellen in diverser Trägerschaft (z. B. freie Träger, Wohlfahrtsverbände, Kommunen) Stationär: Sozialdienst Unter **www.awo-pflegeberatung.de** bietet der AWO Bundesverband e. V. unabhängige, kostenlose und auf Wunsch anonyme Beratung für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige	
Psychologische Online-Beratung für pflegende Angehörige		**www.pflegen-und-leben.de**	

Angebot	Inhalt	Wo?	Kontakt
Leistungen für pflegende Angehörge nach SGB XI und PflegeZG / FPfZG			
Pflegekurse	Schulungen zu praktischen Pflegetechniken, Umgang mit Pflegebedürftigen, Entlastungsmöglichkeiten und Selbstfürsorge	regional	Pflegestützpunkte, Pflegekassen Kommunen, Volkshochschulen
Leistungen zur sozialen Sicherung	Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung, Rentenpunkte, Zuschüsse zur Krankenversicherung	Pflegekassen	zuständige Pflegekasse
Leistungen bei Pflegezeit / kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	Pflegeunterstützungsdarlehen für max. 10 Tage	Pflegekassen	zuständige Pflegekasse
Freistellung bzw. Reduzierung der Arbeitszeit	krzzt. Arbeitsverhinderung: bis zu 10 Tage Pflege-/ Familienpflegezeit: Freistellung o. Teilzeit bis max. 24 Monate	Arbeitgeber:innen	Arbeitgeber:innen
Leistungen nach SGB für Pflegebedürftige, die pflegende Angehörige entlasten			
Stationäre Vollzeitpflege	Umfassende Pflege und Versorgung der pflegebedürftigen Person bei Heimunterbringung	Vollstationäre Einrichtungen	Pflegestützpunkte, Heimfinder-Portale (werden in allen Bundesländern angeboten), lokale Pflegeberatung
Ambulante Pflegesachleistungen	Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilisation und hauswirtschaftliche Tätigkeiten	ambulante Pflegedienste	Pflegestützpunkte, lokale Pflegeberatung
Verhinderungspflege	ambulante Ersatzpflege bis zu 6 Wochen im Jahr bei Verhinderung der Hauptpflegeperson	ambulante Pflegedienste	Pflegestützpunkte, lokale Pflegeberatung
Kurzzeitpflege	vollstationäre Pflege bis zu 8 Wochen im Jahr, wenn die häusliche Pflege vorübergehend nicht gesichert ist	Zugelassene Pflegeheime, Kurzzeitpflegeinrichtungen	Pflegekasse, Pflegeheim, Pflegestützpunkt oder kommunale Pflegeberatung
Teilstationäre Pflegesachleistungen	Tages- und Nachtpflege	Tagespflege- oder Nachtpflegeeinrichtungen	Pflegekasse, Pflegestützpunkte, Tagespflege- oder Nachtpflegeeinrichtungen
Pflegehilfsmittel	Digitale und technische Assistenzsysteme		

S. 55

Angebot	Inhalt	Wo?	Kontakt
Weitere Unterstützungsmöglichkeiten			
Gemeinschaftliche Selbsthilfe	Selbsthilfe pflegender Angehöriger	www.wir-pflegen.net App in.kontakt	Bundesweite Datenbank des ZQP www.zqp.de/beratung-pflege/#/ Pflegewegweiser NRW: www.pflegewegweiser-nrw.de/, Pflegenetz Sachsen www.pflegenetz.sachsen.de/pflegedatenbank/
Ehrenamtliche Unterstützung und Freiwilligendienste	z. B. Ehrenamtliche Besuchsdienste, Begleitung im Alltag	lokal organisiert durch u. a. Nachbarschafts- und Begegnungshäuser, Freiwilligenagenturen, Selbsthilfekontaktstellen etc.	Wohlfahrtsverbände, kommunale Stellen, Selbsthilfekontaktstellen
Digitale Pflegeanwendungen		BfArM - Digitale Pflegeanwendungen	
Videosprechstunden	Hausärztliche und psychotherapeutische Beratung	Hausärzt:innen und Psychotherapeut:innen	
Allgemeine Informationsseiten und Datenbanken			
Pflege-Navigator, Pflegelotse	Bundesweite Datenbanken der Krankenkassen	Pflegeangebote der AOK: www.aok.de/pk/pflegenavigator/ Pflegelotse des vdek: www.pflegelotse.de	
Pflege zu Hause	Verbraucherorientierte Informationen und Auswahlhilfen z. B. zu Pflegediensten und Pflegeheimen	www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-zu-hause	

8 Anhang

8.1 Assessmentbaum

Auf der DEGAM-Seite zu dieser Leitlinie findet sich eine visualisierte Zusammenfassung des Gesprächsleitfadens für ein Assessment, der sogenannte „Assessmentbaum" zum Herunterladen. Dieser bietet eine Möglichkeit, gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen prioritäre Bedürfnisse zu identifizieren.

8.2 Fallbeispiele

Die folgenden Fallbeispiele veranschaulichen die Vielfalt möglicher Situationen pflegender Angehöriger. Sie unterstützen das hausärztliche Praxisteam dabei, sich mit unterschiedlichen Versorgungssituationen auseinanderzusetzen, Handlungsoptionen zu reflektieren sowie Abläufe und Zuständigkeiten innerhalb des Teams zu strukturieren. Dies ermöglicht es, die in dieser Leitlinie beschriebene Vorgehensweise praxisnah anzuwenden und die eigenen Kompetenzen weiterzuentwickeln.

Zur Nachvollziehbarkeit der empfohlenen Interventionsmaßnahmen und ihrer Umsetzung im Praxisteam bietet Tabelle 3 eine strukturierte Grundlage für die gemeinsame Bearbeitung im Team.

Ausfüllhinweise für die Tabelle:

- Für die Umsetzung der empfohlenen Interventionsmaßnahmen bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten:
  1. Das Praxisteam **informiert** die Patient:innen und/oder deren Angehörige über ein **externes** Beratungsangebot zu einer Thematik und verweist auf die entsprechenden Kontakte. (Tragen Sie ein „I" = Information ein bei demjenigen, der die Informationen an Patient:innen und/ oder deren Angehörige weitergibt und vermerken Sie die Kontaktadresse/Telefonnummer bei „extern")
  2. Das **Praxisteam** übernimmt die Beratung zu einer Thematik/ führt die Intervention durch. (Tragen Sie ein „B" = Beratung in der entsprechenden Spalte ein.)
- Bitte priorisieren Sie dabei die Reihenfolge der empfohlenen Interventionsmaßnahmen bei eigenen Fällen nach Dringlichkeit der genannten Maßnahmen. Einige Aspekte werden gegebenenfalls erst in einem Folgetermin thematisiert. (Tragen Sie ein „S" = für Sofortmaßnahmen ein und ein „V" für erst im Verlauf anstehende Themen)
- Die Tabelle enthält bewusst keine Hinweise zur Therapie der erkrankten Person und keine konkreten Lösungsvorschläge für die weitere Versorgung. Der Fokus liegt auf der Unterstützung und Begleitung pflegender Angehöriger im hausärztlichen Setting.

Tabelle 3: Handlungsfelder und Verantwortlichkeiten des Praxisteams im Kontakt mit pflegenden Angehörigen.

Handlungsfelder (Information zum Thema = I; Beratung zum Thema = B; Sofortmaßnahmen = S; im Verlauf = V, trifft nicht zu = X)	**Intern: Praxisteam** MFA	VERAH	Ärzt:in	Weitere	**Extern** Kontakt/ Wer
Diagnostik und Versorgung					
Identifikation pflegende Angehörige					
Einbindung Fachärzt:in: Demenzdiagnostik					
Einbeziehung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) inkl. 24/7 Rufbereitschaft					
Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Pflegediensten und Sozialstationen					
Durchführung FARBE-Assessment					
Durchführung HPS					
Psychosoziale Beratung und Psychoedukation					
Psychoedukative Maßnahmen für Angehörige					
Psychotherapeutische Maßnahmen für Angehörige					
Entlastungs- und Unterstützungsangebote					
Beratungsstellen für pflegende Angehörige (Pflegestützpunkte, Sozialstationen, etc.)					
Selbsthilfe-Kontaktstelle – Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige					
Kurse für pflegende Angehörige, Allgemeine oder spezifische z. B. Wundmanagement					

S. 58

Handlungsfelder (Information zum Thema = I; Beratung zum Thema = B; Sofortmaßnahmen = S; im Verlauf = V, trifft nicht zu = X)	**Intern: Praxisteam** MFA	VERAH	Ärzt:in	Weitere	**Extern** Kontakt/ Wer
Anpassung des Wohnraums und finanzielle Zuschüsse, Hilfsmittelversorgung					
Möglichkeit der Kurzzeit- und Tagespflege					
Möglichkeit einer kurzfristigen Freistellung vom Arbeitsplatz inkl. Lohnersatzleistungen					
Ernährungsberatung für pflegende Angehörige					
Reha für pflegende Angehörige					
Beratung zum Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen bei Demenz					
Rechtliche und vorsorgliche Maßnahmen					
Erstellung rechtlicher Vorsorgemaßnahmen (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung)					
Erstellung eines individuellen Notfallplans					

8.2.1 Fall I: Hilfe bei Schmerz und Angst: Palliativversorgung bei metastasiertem Krebs

Anamnese: Herr Becker (73 Jahre) leidet seit 15 Monaten an einem lymphogen, pulmonal und ossär metastasiertem Bronchialkarzinom und erhielt seither eine onkologische palliative Erstlinientherapie. Vor zweieinhalb Wochen ist er am Wochenende notfallmäßig mit zunehmender Dyspnoe, Rückenschmerzen und starker Schwäche ins Krankenhaus aufgenommen worden. Man stellte einen deutlichen Progress der Tumorerkrankung fest, etablierte eine Symptom-lindernde Therapie und leitete eine onkologische Zweilinientherapie ein. Er ist stark geschwächt und benötigt Unterstützung, insbesondere bei Dyspnoe und Schmerzen. Seine Frau ist überfordert mit der Pflege.

Beratungssituation in der Hausarztpraxis:

- **Interaktion mit Herrn Becker:** Der Patient beklagt große Angst aufgrund seiner sich wiederholenden v.a. nächtlichen Dyspnoe-Attacken und gelegentlich dekompensierender Schmerzen. Vor allem aber sei er weiterhin sehr geschwächt und könne sich nur mit Hilfe seiner Frau versorgen.

- **Interaktion mit Frau Becker:** Seine Frau gibt an, dass sie mit der Versorgung ihres Ehemannes überfordert sei. Sie habe selbst seit Jahren Rückenprobleme. Außerdem bekomme sie oft Angst, wenn ihr Mann Symptome wie Luftnot entwickelt. Die Vielzahl an Medikamenten sei verwirrend und sie habe Angst, Fehler zu machen. Sie traue sich so jetzt kaum noch aus dem Haus, um ihren Mann nicht allein zu lassen. Eine Beratung zu Möglichkeiten der Unterstützung in der häuslichen Versorgung, etwa zu einem Pflegedienst oder Hilfsmitteln, sowie eine Beratung zu Möglichkeiten der Palliativ- und Hospizversorgung sei bisher noch nicht erfolgt.

8.2.2 Fall II: Langsame Demenz: Eine Herausforderung für das Leben zu zweit

Anamnese: Herr und Frau Wagner, beide 70 Jahre alt, leben gemeinsam in einer Wohnung. Herr Wagner zeigt erste Anzeichen einer Demenz, die sich durch zunehmende Gedächtnislücken und Orientierungsprobleme äußern. Er bemerkt diese Veränderungen selbst. Im letzten Urlaub hat er sich bereits einmal verlaufen, was bei beiden Sorgen ausgelöst hat. Zusätzlich leidet Herr Wagner an Bluthochdruck und Arthrose, die seine Mobilität einschränkt. Dennoch unternimmt das Paar weiterhin gemeinsam Reisen von bis zu zwei Wochen. In schlechten Phasen ist der Ehemann oft verbal ungehalten. Diese für ihn untypische Aggressivität belastet Frau Wagner emotional.

Die Paarbeziehung ist gut, jedoch ist die finanzielle Situation angespannt. Frau Wagner ist körperlich fit, aber die Sorgen vor dem Krankheitsverlauf einer Demenz und der möglichen Pflegesituation belasten sie sehr. Dennoch ist sie entschlossen, ihren Mann so lange wie möglich zu Hause zu betreuen.

Beratungssituation in der Hausarztpraxis:

- **Interaktion mit Herrn Wagner:** Er äußert Sorge über seine Gedächtnislücken, insbesondere über das Vergessen von Namen und wichtigen Terminen, sowie über die zunehmende Unsicherheit, sich in vertrauten Umgebungen zurechtzufinden. Diese Veränderungen führen bei ihm zu Ängsten bezüglich der Zukunft und seiner Unabhängigkeit.
- **Interaktion mit Frau Wagner:** Sie berichtet von wachsender Überforderung durch die Vielzahl an Sorgen, insbesondere bezüglich der Verantwortung für die mögliche Pflege ihres Mannes, der Unsicherheit über den Verlauf der Krankheit und der damit verbundenen Belastung für ihre eigene körperliche und emotionale Gesundheit. Insbesondere die zunehmende Aggressivität ihres Mannes verunsichert sie sehr.

8.2.3 Fall III: Plötzliche Pflegebedürftigkeit nach Schlaganfall

Anamnese: Frau Müller, 78 Jahre alt, wurde nach einem schweren Schlaganfall ins Krankenhaus eingeliefert. Sie hat eine lange Vorgeschichte mit Bluthochdruck und Diabetes. Nach einer erfolgreichen Akutbehandlung wird sie in einem stark pflegebedürftigen Zustand entlassen. Frau Müller ist teilweise gelähmt, inkontinent und benötigt Unterstützung bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens. Ihr Ehemann, Herr Müller, 75 Jahre alt, und seine beiden erwachsenen Kinder, Thomas und Sabine, stehen plötzlich vor der Herausforderung, die Pflege zu organisieren und durchzuführen. Während Frau Müller vor dem Schlaganfall weitgehend selbständig war, benötigt sie jetzt umfassende Pflege – einschließlich Körperpflege, Mobilisation und Ernährung über PEG. Herr Müller berichtet zudem über gelegentliche leichte Gelenkschmerzen in Knien und Händen, vor allem morgens, die sich im Tagesverlauf bessern.

Beratungssituation in der Hausarztpraxis:

- **Interaktion mit Frau Müller:** Das plötzliche Ereignis „Schlaganfall" hat Frau Müller völlig verzweifeln lassen. Bisher hat sie alles im zwei-Personen-Haushalt trotz ihrer chronischen Krankheiten gut erledigen können. Das Paar hatte eine harmonische Beziehung mit vielen gemeinsamen Erlebnissen. Jetzt hat sie zusätzlich ein deprimierendes Gefühl, da Mann und Kinder jetzt sehr belastet würden und die Nähe zum Mann schwierig wird.
- **Interaktion mit Herrn Müller:** Herr Müller ist überwältigt und fühlt sich von der Situation überfordert. Er berichtet von Schlaflosigkeit und zunehmender Erschöpfung. Sein Hauptanliegen ist praktische Unterstützung und Entlastung, um die Pflege seiner Ehefrau mit seinem eigenen Gesundheitszustand vereinbaren zu können.
- **Interaktion mit Thomas Müller:** Thomas, der Sohn, wohnt nicht weit entfernt von seinen Eltern, ist berufstätig und hat eigene familiäre Verpflichtungen. Er ist besorgt über den Gesundheitszustand seiner Mutter und die Belastung seines Vaters. Thomas möchte wissen, wie er die Pflege mit seiner Arbeit vereinbaren kann und welche Möglichkeiten es gibt, seinen Vater zu entlasten. Insbesondere interessiert er sich für die Beantragung einer Kurzzeitpflege und die Anpassung der häuslichen Umgebung an die Bedürfnisse seiner Mutter.
- **Interaktion mit Sabine Müller:** Sabine, die Tochter, lebt weiter entfernt und kann nicht regelmäßig vor Ort sein. Sie wirkt oft gestresst und drängt darauf, dass alle rechtlichen Aspekte, wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, sofort geklärt werden. Sabine möchte auch wissen, wie sie aus der Ferne die Pflege organisieren kann, z. B. durch die Beauftragung professioneller Pflegekräfte oder Betreuungsdienste. Ihr Auftreten und ihre ständigen Nachfragen setzen die Familie und das Praxisteam unter Druck, schnell Lösungen zu finden.

8.2.4 Fall IV: Unterstützung und Entlastung für ein älteres Ehepaar in labiler häuslicher Situation

Anamnese: Herr Schmidt, 85 Jahre alt, ist stark beim Gehen eingeschränkt und kann seine Schultern nicht mehr richtig bewegen. Er leidet an fortgeschrittener Arthrose in den Knien und Schultern, was seine Beweglichkeit stark einschränkt. Die Dinge des alltäglichen Lebens kann er für sich selbst einigermaßen bewältigen. Seine Ehefrau, Frau Schmidt, 83 Jahre alt, ist jedoch noch stärker beeinträchtigt. Sie hat eine fortgeschrittene Demenz und ist stark körperlich eingeschränkt, was die Notwendigkeit intensiver Pflege bedingt. Sie kann sich nicht mehr selbst waschen und kann nur noch kleine Portionen essen.

Das Ehepaar lebt in einem Haus in einer dörflichen Region. Mit dem Auto fährt Herr Schmidt nicht mehr. Einkäufe erledigt er mit dem Elektromobil. Ihr Sohn, Michael, arbeitet als Manager in der nächst größeren Stadt und kann oder will nicht helfen. Herr Schmidt pflegt seine Frau schon seit einiger Zeit allein und das Praxisteam der Hausarztpraxis stellt sich zunehmend die Frage, wie lange er diese Belastung noch tragen kann. Herr Schmidt möchte seine Frau weitgehend selber zu Hause pflegen. Er habe das bis jetzt immer gut selbst hinbekommen.

Beratungssituation in der Hausarztpraxis:

- **Interaktion mit Herrn Schmidt:** Herr Schmidt wirkt erschöpft und berichtet von körperlicher Überlastung und Schlafproblemen. Sein Hauptanliegen ist es, Unterstützung bei der Pflege seiner Frau zu erhalten, um selbst Entlastung zu erfahren.
- **Interaktion mit Michael Schmidt:** Michael, der Sohn, ist berufstätig und hat aufgrund seiner Arbeit und eigener familiärer Verpflichtungen keine Möglichkeit, regelmäßig zu helfen. Er zeigt sich besorgt über die Belastung seines Vaters.

8.2.5 Fall V: Von der stationären Versorgung zur häuslichen Pflege: Eine immobile Patientin mit Adipositas und multiplen Wundinfektionen

Anamnese: Frau G. ist Anfang 60 und lebt nach einem früheren Krankenhausaufenthalt und zunehmender Immobilität (aufgrund von Schmerzen und Wundinfektionen) nun bereits seit über einem Jahr bei ihrer Tochter. Frau G. leidet an Adipositas permagna, einer ausgeprägten Stauungsdermatitis beider Unterschenkel, multiplen Wundinfektionen, Arthrose und starken Schmerzen in den Beinen. Aufgrund ihres sehr schlechten pflegerischen Zustands ist ein erneuter Krankenhausaufenthalt erforderlich gewesen. Zu Beginn des stationären Aufenthaltes war sie immobil und bettlägerig. Eine Magenverkleinerung zur Reduzierung des Körpergewichts hat sie bisher aufgrund von Angst abgelehnt. Das Krankenhausteam hat mit der Patientin und ihrer Familie ein umfassendes Behandlungs- und Versorgungsprotokoll erarbeitet.

Die Tochter, die für die Pflege der Patientin verantwortlich ist, beschreibt die Pflege als sehr belastend, da Frau G. aufgrund ihres Übergewichts und der gesundheitlichen Einschränkungen bei der Körperpflege Hilfe benötigt. Die Patientin hat Pflegegrad 3 und wird von einem Pflegedienst alle zwei Tage zur Wundversorgung sowie zweimal wöchentlich zur Körperpflege unterstützt.

Während des stationären Aufenthalts zeigt sich Frau G. sehr antriebslos. Sie lehnt häufig Mobilisierungs- und pflegerische Maßnahmen aufgrund der starken Schmerzen ab. Die Patientin äußerte bei einem Psychiatrie-Konsil eine depressive Verstimmung sowie ein ausgeprägtes Schamgefühl aufgrund ihres Körpergewichts und ihrer eingeschränkten Mobilität.

Maßnahmen, die im Krankenhaus erfolgt sind:

- **Medizinische Behandlung:** Die Stauungsdermatitis und die Wundinfektionen wurden im Krankenhaus behandelt und konnten deutlich verbessert werden.
- **Schmerzmanagement:** Eine Optimierung der Schmerzmedikation wurde durchgeführt, um die Mobilisierungsfähigkeit der Patientin zu verbessern.
- **Psychische Unterstützung:** Ein Psychiatrie-Konsil ergab eine depressive Verstimmung, die im Zusammenhang mit dem Körpergewicht und der eingeschränkten Mobilität der Patientin steht. Es wurde ein Behandlungsangebot hinsichtlich ihrer Adipositas gemacht mit evtl. Magenverkleinerungstherapie neben einer medikamentösen antidepressiven Therapie.
- **Physiotherapie und Mobilisierung:** Weitere Mobilisierungsmaßnahmen durch die Physiotherapie wurden ergriffen, die Patientin konnte mit Unterstützung aufstehen und mit einem Rollator einige Schritte gehen.

Beratungssituation in der Hausarztpraxis:

- **Interaktion mit Tochter:** Im Gespräch mit der Tochter wird deutlich, dass sie die Verantwortung für die Pflege der Patientin übernommen hat. Die Tochter berichtet von einer zunehmenden Belastung, da sie mit ihrem Mann und zwei kleinen Kindern in einer Mietwohnung lebt und die Pflege der Mutter als Übergangslösung betrachtet hatte. Frau G. ist aufgrund ihrer körperlichen Verfassung nicht in der Lage, selbstständig zu duschen oder in die Wanne zu steigen. Ein Pflegebett ist vorhanden. Die Tochter ist jedoch zunehmend unsicher, ob ihre Mutter jemals wieder eigenständig leben kann. Nachdem die Verordnung für die Schmerz- und Physiotherapie sowie das Wundmanagement für die Patientin geklärt sind, können folgende Empfehlungen in Form von individuell erarbeiteter professioneller Pflege auch für die Entlastung der Tochter organisiert werden.

8.2.6 Fall VI: Die stille Belastung: Wenn die Bedürfnisse der Ehefrau nicht gehört werden

Anamnese: Herr Lang, 82 Jahre alt, leidet seit vielen Jahren unter verschiedenen schweren gesundheitlichen Problemen, darunter ein Zustand nach Bronchialkarzinom, Multiples Myelom, COPD, Arterieller Hypertonus und Zustand nach Humerusfraktur mit mehreren Operationen. Zusätzlich hat Herr Lang in der Vergangenheit stark geraucht und einen problematischen Umgang mit Alkohol gepflegt. Er ist auf Hilfe angewiesen beim An- und Auskleiden sowie bei der Körperpflege. Herr Lang schätzt seinen Pflegebedarf jedoch deutlich geringer ein und ist der Ansicht, dass ihm lediglich beim Strümpfe an- und ausziehen geholfen werden müsse. Diese Einschätzung steht jedoch im Widerspruch zur Realität, da er die Praxis nur in Begleitung seiner Frau aufsuchen kann und beim Entkleiden für Untersuchungen ebenfalls Unterstützung benötigt.

Seine Ehefrau, Frau Lang, 81 Jahre alt, pflegt ihn täglich, ist jedoch zunehmend körperlich und psychisch belastet. Aufgrund der intensiven Pflegebedürftigkeit benötigt sie dringend eine Auszeit. Diese erfordert die vorübergehende Unterbringung von Herrn Lang in einer Kurzzeit-pflegeeinrichtung, was von ihm jedoch abgelehnt wird.

Beratungssituation in der Praxis:

- **Interaktion mit Herrn Lang:** Herr Lang ist sehr erbost, dass seiner Frau vor einigen Wochen eine Rehabilitationsmaßnahme verordnet bekam und diese auch bewilligt wurde. Er droht damit, sich das Leben zu nehmen, sollte er für die Zeit der Rehabilitaions-maßnahme seiner Frau in einer Kurzzeitpflege untergebracht werden. Frau Lang hat die Unterbringung in einer Kurzzeitpflege schon organisiert, der Patient meint, er könne auch allein zu Hause zurechtkommen. Ihm wird erklärt, dass seine Frau die Pflege nicht mehr lange aufrechterhalten kann, wenn sie nicht Kraft tanken wird. Beide verlassen die Praxis, ohne dass die Situation geklärt wird. Frau Lang wird angeboten sich einen kurzfristigen Termin ohne ihren Mann in der Praxis zu vereinbaren.
- **Interaktion mit Frau Lang:** Einen Tag später stellt sich Frau Lang allein in der Praxis vor. Sie wirkt verzweifelt und sucht nach Rat. Ihr Sohn wohnt 200 km weit weg und kann aus beruflichen und privaten Gründen die Betreuung des Vaters nicht komplett abdecken. Es werden mit ihr Optionen besprochen und ihr angeraten die Rehabilitationsmaßnahme auf jeden Fall anzutreten. Frau Lang kommt etwa zwei Wochen später erneut in die Praxis. Es wurde eine Unterbringung in einer Kurzzeitpflege in Wohnortnähe des Sohnes vereinbart. Dieser Lösung hat auch Herr Lang zugestimmt.

Problemlage: Die angespannte Situation zwischen den Eheleuten wirkt sich auch auf die Beratungsgespräche in der Praxis aus. Beide sind in der Praxis Patient und Patientin. Wenn Herr Lang in Begleitung seiner Frau die Praxis besucht, stehen seine Probleme und Belange im Vordergrund, er fordert dies auch aktiv ein. Seine Frau beantwortet nur Fragen zur aktuellen Pflegesituation und zu Beschwerden des Patienten. Ihre eigenen Beschwerden finden häufig keine Beachtung. Es zeigt sich eine enorme psychische Belastung durch die Pflegesituation. Die Ehefrau fühlt die Belastung durch die zunehmende Pflege und die Aggression gegenüber ihrem Ehemann, der seine Situation selbst mit verschuldet habe.

Über die Lösung einer Kurzzeitpflege nah beim Sohn ist die Ehefrau sehr erleichtert; so kann sie bei eh schlechterer Beziehung Kräfte sammeln und in Ruhe über die zukünftige Versorgung ihres Mannes – evtl. auch in einem Pflegeheim – nachdenken. Ergänzend kann der Fall genutzt werden, um aufzuzeigen, dass in langjährigen Partnerschaften Pflegebedürftigkeit auch Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität verändern kann. Dies sollte nicht routinemäßig, aber bei Hinweisen auf Beziehungsbelastung sensibel und nicht wertend ansprechbar sein.

8.2.7 Fall VII: Komplexe Versorgung einer Patientin mit schnell zunehmender Demenz und ambulanter sowie stationärer Pflege

Anamnese: Frau S., 76 Jahre alt, zog vor Kurzem in das Dorf ihrer Tochter, Frau A.. Frau S. stellt sich erstmalig in der neuen Hausarztpraxis vor. Sie berichtet, dass sie zunehmend merkt, älter zu werden und dass ihre Tochter ihr geraten habe, in einer „Betreuten Wohnen"-Anlage in der Nähe zu leben. Vor dem Umzug hatte Frau S. immer wieder Schwindel, Gangunsicherheit und gelegentliche Gedächtnisstörungen bemerkt. Sie bringt mehrere Tablettenpackungen mit, kann aber nicht mehr genau erklären, wofür sie diese Medikamente einnimmt. Sie vergisst ihr Handy zu Hause und hat Schwierigkeiten, zu sagen, ob ihre Tochter in der Praxis Patientin ist. Durch sorgfältige Recherche wird schließlich der Name und die Adresse ihrer Tochter gefunden. Frau S. zeigt Anzeichen einer schnell zunehmenden Demenz, die sich durch Gedächtnisstörungen, Orientierungsprobleme und Verwirrtheit manifestiert.

Vor dem Umzug lebte sie in einer eigenen Wohnung, war jedoch zunehmend auf Unterstützung angewiesen, ohne diese jedoch explizit zu suchen. Ihre Tochter ist die primäre pflegende Angehörige, lebt jedoch nicht direkt vor Ort. Zudem gibt es Unsicherheiten und Konflikte bezüglich der medizinischen Versorgung und Pflegeplanung. Die Situation macht eine enge Zusammenarbeit mit der Tochter und eine detaillierte Versorgung durch das Hausarztteam erforderlich, um den sich schnell entwickelnden demenziellen Zustand zu managen.

Beratungssituation in der Hausarztpraxis:

- **Interaktion mit Frau S.:** Frau S. präsentiert sich bei ihrem ersten Besuch als noch weitgehend selbstständig, obwohl sie in der Praxis anzeigt, dass sie zunehmend Schwierigkeiten mit ihrer Gesundheit hat. Sie wehrt sich gegen die Vorstellung, pflegebedürftig zu sein und reagiert negativ auf Vorschläge der Tochter, die sie als bevormundend empfindet. In der Praxis wird ein erstes Gespräch mit ihr und der Tochter geführt, um die Versorgungssituation zu klären und die medizinischen sowie rechtlichen Schritte zu besprechen.
- **Interaktion mit Frau A. (Tochter):** Frau A. ist 44 Jahre alt, berufstätig, verheiratet und hat zwei Kinder im jugendlichen Alter. Sie ist überfordert mit der Pflege ihrer Mutter und fühlt sich emotional belastet. Nach ersten Konflikten über die Schweigepflicht der Ärztin und die Unterstützungsmöglichkeiten wird ein Gespräch mit Frau A. und einer speziell geschulten MFA, VERAH oder Akademische Assistenzberufe in Gerontologie geführt. Ziel ist es, den Bedarf an Pflege und Unterstützung zu klären und mögliche weitere Schritte zu besprechen.
- **Konflikte und Kommunikation innerhalb der Familie:** Im Verlauf entstehen Spannungen zwischen Frau S. und ihrer Tochter, da Frau S. ihre Selbstständigkeit betonen möchte und sich von der Tochter kontrolliert fühlt. Diese Spannungen sind ein Zeichen für die Herausforderungen, die bei der Betreuung von Angehörigen mit Demenz auftreten können. Ein respektvoller Dialog wird empfohlen, um Missverständnisse auszuräumen und ein „Zukunftskonzept" für die Pflege zu entwickeln.

8.3 Das FARBE-Instrument

Zur strukturierten Einschätzung der Belastung und Resilienz pflegender Angehöriger kann das FARBE-Instrument eingesetzt werden. Es unterstützt dabei, relevante Resilienzfakoren und Belastungsfaktoren und Ressourcen systematisch zu erfassen und die Beratung gezielt auszurichten [124].

Das Instrument ist über folgenden Link abrufbar:
www.zqp.de/wp-content/uploads/FARBE_Fragebogen_ZQP.pdf

Angaben zu meiner Person

Alter	**Jahre**	
Geschlecht	O weiblich O männlich	O divers
Verhältnis zur pflegebedürftigen Person (Ich bin deren ...)	O Partner/Partnerin O Elternteil	O Kind O anderes:
Wohnsituation	O mit der pflegebedürftigen Person O mit eigener Familie, Partnerschaft	O allein O anderes:
höchster Schulabschluss	O (Fach-)Abitur O Realschule O Volksschule/Hauptschule	O in Schulausbildung O kein Abschluss
Erwerbstätigkeit	O in Rente/Pension O in Vollzeit beschäftigt O in Teilzeit beschäftigt	O in Ausbildung/Studium O nicht erwerbstätig
Beginn der Pflege (Ich pflge seit ...)	Woche/Monat/Jahr	
Zeitaufwand für die Pflege (Ich pflege ...)	Stunden pro Woche	
Unterstützung bei der Pflege	O keine Unterstützung O mit Unterstützung von Verwandeten, Bekannten, Nachbarschaft	O mit professioneller Unterstützung O ambulanter Pflegedienst O stundenweise Betreuung O Tages- oder Nachtpflege O 24-Stunden-Pflege O Betreutes Wohnen O Senioren-/Pflege-WG O Pflegeheim O anderes:

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Alter	**Jahre**	
Geschlecht	O weiblich O männlich	O divers
Erkrankungen, Einschränkungen	O Herz-Kreislauf-Erkrankung, z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall O körperliche, chronische Erkrankung, z. B. Rheuma, Arthrose O psychische/neurologische Erkrankung, z. B. Demenz, Parkinson, Depression O andere:	
Unterstützungsbedarf	O Bewegung O Kommunikation und geistige Fähigkeiten, z. B. Gedächtnis, Verstehen O psychische Probleme, z. B. Traurigkeit, Aggressivität, Unruhe O Selbstversorgung, z. B. Waschen, Anziehen, Haushalt O medizinische Versorgung, z. B. Tabletteneinnahme, Arztbesuche, Nutzung von Hilfsmitteln O Gestaltung des Alltags und sozialer Kontakte	
Wohnsituation	O zu Hause, allein O zu Hause, mit Familie/ Partnerschaft	O Pflegeheim O anderes:
Pflegegrad	O 1 O 2 O3 O4 O5 Okein Pflegegrad	

Meine Kraftspender

1. Meine innere Haltung

	ja	eher ja	eher nein	nein
1. Ich habe mich freiwillig und bewusst entschieden, die Pflege zu übernehmen.	O	O	O	O
2. Durch die Pflege entdecke ich neue, positive Seiten an mir, der pflegebedürftigen Person und/oder unserem Verhältnis zueinander.	O	O	O	O
3. Ich erhole mich schnell von Stress.	O	O	O	O
4. Ich fühle mich kompetent in meiner Pflegeleistung. Beispielsweise habe ich mich über das Krankheitsbild der pflegebedürftigen Person und über Hilfsangebote informiert.	O	O	O	O
5. In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	O	O	O	O

S. 66

2. Meine Energiequellen

	ja	eher ja	eher nein	nein
6. Es gelingt mir trotz erhöhter Anforderungen, eigene Interessen zu verfolgen, z. B. Hobbys, Sport.	○	○	○	○
7. Ich nehme Unterstützung bei der Pflege in Anspruch, z. B. von Familienmitgliedern, Freunden, professionell Pflegenden, externen Betreuungsangeboten.	○	○	○	○
8. Ich bekomme unterstützende Rückmeldungen für meine Leistungen als Pflegeperson.	○	○	○	○
9. Ich habe Menschen, auf die ich mich immer verlassen kann.	○	○	○	○
10. Ich empfinde im Alltag Freude, z. B. wenn ich angenehmen Aktivitäten nachgehe.	○	○	○	○

Meine Kräftezehrer

3. Schwierigkeiten im Umgang mit der pflegebedürftigen Person

	ja	eher ja	eher nein	nein
11. Die pflegebedürftige Person ist körperlich eingeschränkt. Sie benötigt Unterstützung im Alltag, die ich nur schwer leisten kann, z. B. beim Anziehen, Waschen, Essen oder bei der Bewegung.	○	○	○	○
12. Die pflegebedürftige Person zeigt schwierige Verhaltensweisen, die mich belasten, z. B.: Sie lehnt Hilfe ab, ist aggressiv, hat Schlafprobleme, ist antriebslos.	○	○	○	○
13. Ich kann die pflegebedürftige Person keine Stunde allein lassen.	○	○	○	○
14. Die pflegebedürftige Person hat sich durch die Erkrankung nachteilig verändert, z. B.: Sie ist reizbar, weniger mitfühlend, eher negativ eingestellt, weniger geistig fit.	○	○	○	○
15. Im Alltag ergeben sich viele Konflikte und Streitigkeiten mit der pflegebedürftigen Person.	○	○	○	○

4. Allgemeine Belastungen meiner Lebenssituation

	ja	eher ja	eher nein	nein
16. Neben den Pflegeaufgaben bin ich im Alltag zusätzlich belastet, z. B. durch eigene Gesundheit, Sorge um weitere Familienmitglieder, Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.	○	○	○	○
17. Ich leide täglich an körperlichen Beschwerden, z. B. Schmerzen, Atemnot, Herzrasen, Schwindel.	○	○	○	○
18. Meine finanzielle Situation bereitet mir Sorgen.	○	○	○	○
19. Ich vernachlässige meine eigene Gesundheit, z. B. achte ich nicht auf meine Ernährung, ausreichend Schlaf oder Vorsorgeuntersuchungen.	○	○	○	○
20. Ich habe das Gefühl, der Vielfalt an Anforderungen in meinem Alltag nicht gerecht zu werden. Dies kann sich z. B. durch Antriebslosigkeit, Schlafprobleme, Freudlosigkeit oder Gereiztheit äußern.	○	○	○	○

Das möchte ich noch mitteilen:

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Auswertung

Die Auswertung erfolgt mittels Punktesystem, wobei jeder Antwort ein Punktwert zugeordnet wird. Anschließend wird zu jeder der vier Skalen der Summenwert gebildet. Er kann pro Skala zwischen 0 und 15 variieren. Die Werte der vier Skalen werden nicht zusammengerechnet, es gibt also keinen Gesamtwert. Hohe Werte auf den Resilienzskalen bedeuten hohe Resilienz. Hohe Werte auf den Belastungsskalen bedeuten hohe Belastung. Die Beratungsschwelle liegt dabei bei einem Summenwert von 7,5 pro Skala. Das heißt: Wenn der Summenwert auf der Resilienzskala unter 7,5 beziehungsweise bei einer Belastungsskala über 7,5 liegt, sollte der Berater oder die Beraterin Beratungsthemen der jeweiligen Skala auswählen [125].

Das zugehörige **Manual mit genaueren Informationen** zur Interpretation der Ergebnisse sowie Ableitungen von Handlungsempfehlungen finden Sie unter:
www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_FARBE_Manual.pdf

8.4 Die Häusliche Pflege-Skala – HPS

Angaben zu Ihrer Person Datum:

Name:	Geb.datum:	Geschlecht:

Angaben zu der von Ihnen betreuten/gepflegten Person

Name:	Geb.datum:	Geschlecht:

Ursache der Pflegebedürftigkeit (wenn möglich in Form der ärztlichen Diagnose):

Zu den nachfolgenden Aussagen bitten wir Sie um Angaben, die in Zusammenhang mit Ihrer gegenwärtigen Situation stehen. In den Aussagen wird nicht zwischen Betreuung und Pflege unterschieden. Mit dem Wort „Pflege" ist beides gemeint. Kreuzen Sie zu jeder Aussage die Spalte an (rechts daneben), die für Sie am ehesten zutrifft. Beantworten Sie bitte jede Frage!

	Stimmt genau	Stimmt überwiegend	Stimmt ein wenig	Stimmt nicht
Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	○	○	○	○
Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	○	○	○	○
Ich habe hin und wieder den Wunsch, aus meiner Situation „auszubrechen".	○	○	○	○
Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst".	○	○	○	○
Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	○	○	○	○
Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	○	○	○	○
Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	○	○	○	○

Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z. B. Familie) und den Anforderungen durch die Pflege.	○	○	○	○
Ich sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	○	○	○	○
Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	○	○	○	○

HPS (nach Gräßel 1993) Übernahme für die DEGAM-Leitlinie „Pflegende Angehörige“

Interpretation des HPS-k-Summenwertes

HPS-k Summenwert:	Interpretation
0–4 Punkte	**Keine bis geringe subjektive Belastung** Das bedeutet: Die betroffene Person hat im Vergleich zu ihrer Altersgruppe kein erhöhtes Risiko für körperliche Beschwerden.
5–14 Punkte	**Mittlere subjektive Belastung** Das bedeutet: Die betroffene Person hat im Vergleich zu ihrer Altersgruppe ein erhöhtes Risiko für körperliche Beschwerden.
15–30 Punkte	**Starke bis sehr starke Belastung** Das bedeutet: Die betroffene Person hat im Vergleich zu ihrer Altersgruppe ein stark erhöhtes Risiko für körperliche Beschwerden.

Bemerkungen

- Der Summenwert der Häuslichen Pflege-Skala stellt ein globales Maß für die wahrgenommene Belastung durch die häusliche Pflege dar.
- Die Häusliche Pflege-Skala liefert objektive, d. h. vom Anwender bzw. der Anwenderin unabhängige Ergebnisse.
- Die Werte für die Zuverlässigkeit liegen zwischen 0,8 und 0,9, die Werte der Gültigkeit um 0,5. Sie entsprechen damit denen eines „psychometrisch gut konstruierten Tests“.
- Der HPS-Summenwert differenziert zwischen verschiedenen Schweregraden der pflegerischen Belastung.
- Die Häusliche Pflege-Skala ist für wiederholte Befragungen zur Erfassung von Belastungsveränderungen geeignet.
- Durch die standardisierte Auswertung mit Hilfe einer Schablone kann der Summenwert schnell errechnet werden.
- Die Beurteilung des HPS-Summenwertes erfolgt nach den Kategorien „niedrige“, „mittlere“ und „hohe pflegerische Belastung“ durch festgelegte Summenwert-Bereiche.
- Die Häusliche Pflege-Skala dient der Feststellung des Ausmaßes der pflegerischen Belastung sowie der Abschätzung, wie dringlich Entlastung benötigt wird. Außerdem können zeitliche Veränderungen der Belastung, insbesondere im Sinne von „Erfolgskontrollen“ bei Interventionsmaßnahmen jeglicher Art registriert werden.

S. 70

8.5 Psychische Auswirkungen auf pflegende Angehörige – Aspekte zur Förderung der Empathie im hausärztlichen Praxisteams

Die Übernahme von Pflegeverantwortung durch Angehörige kann sowohl positive als auch negative psychische Auswirkungen haben. Zu den positiven Effekten zählen unter anderem persönliches Wachstum, eine gestärkte Verbundenheit mit der gepflegten Person sowie das Erleben von Sinn und Dankbarkeit durch die Möglichkeit, Fürsorge zu leisten. Demgegenüber stehen häufig Belastungen wie Überforderung, depressive Symptome, emotionale Erschöpfung und psychosozialer Stress [29].

Für das hausärztliche Praxisteam ist ein vertieftes Verständnis dieser Ambivalenz von zentraler Bedeutung, um pflegende Angehörige empathisch zu begleiten und angemessen zu unterstützen. Die therapeutische Haltung umfasst dabei insbesondere die Anerkennung pflegender Angehöriger als Pflegeexpert:innen, die Wertschätzung ihrer Leistung sowie die Würdigung ihrer individuellen Belastungssituation. Psychotherapeutische und beratende Interventionen bieten eine Möglichkeit, den Umgang mit belastenden Alltagssituationen und Emotionen zu erleichtern und vorhandene Ressourcen zu stärken.

Ein fundiertes Hintergrundwissen ermöglicht pflegenden Angehörigen:

- eine aktivere Beteiligung am Versorgungs- und Behandlungsprozess,
- ein besseres Verständnis für die Entstehung und Dynamik psychischer Erkrankungen,
- das Erkennen von Krisen- und Warnzeichen,
- die Orientierung über psychotherapeutische und medizinische Behandlungsmöglichkeiten,
- den Zugang zu geeigneten Unterstützungsangeboten sowie
- die Stärkung eigener Kompetenzen und Bewältigungsressourcen.

Neben diesen individuellen Belastungen können sich Pflegebeziehungen im Verlauf deutlich verändern. Insbesondere in partnerschaftlichen Pflegesituationen zeigen sich häufig Veränderungen in Nähe, Kommunikation und Sexualität. Probleme im sexuellen Bereich, zunehmende Konflikte, eingeschränkte Gesprächsqualität sowie ein Mangel an emotionaler und körperlicher Zuwendung können die Beziehungszufriedenheit erheblich beeinträchtigen. Dabei lassen sich unter anderem sexuelle Funktionsstörungen der pflegebedürftigen Person, ambivalente emotionale Reaktionen der Pflegenden sowie Kommunikationsbarrieren im Umgang mit Sexualität als zentrale Problembereiche identifizieren (ebd.).

Insgesamt ist die Pflege eines nahestehenden Menschen im höheren Lebensalter häufig mit erheblichen psychischen Belastungen für beide Seiten verbunden und beeinträchtigt die Partnerschaftsqualität. Eine frühzeitige und koordinierte Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher Versorgung, psychotherapeutischen Angeboten sowie psychosozialen und seelsorgerischen Unterstützungsstrukturen ist daher wesentlich, um eine adäquate Bewältigung dieser Herausforderungen zu ermöglichen.

Zudem gilt es, Betroffenen niedrigschwellige Möglichkeiten zu bieten, Unterstützung und Entlastung in Anspruch zu nehmen. Aus ärztlicher Sicht umfasst dies insbesondere die zeitnahe Abklärung und Behandlung krankheitsbedingter oder medikamentöse induzierterter psychischer Erkrankungen. Psychotherapeutische Ansätze fokussieren dabei vor allem die Förderung von Krankheitsverarbeitung, Kommunikation und Coping-Strategien. Hierzu zählt auch die Beratung bei moralischen Bedenken hinsichtlich alternativer Beziehungs- und Lebensformen [29].

9 Forschungsbedarf

Es besteht weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich pflegebedürftiger Menschen ohne spezifische Diagnose, da sich sowohl die bisherige S3-Leitlinie „Pflegende Angehörige von Erwachsenen“ als auch Forschungsarbeiten vor allem auf die Versorgung von Menschen mit Demenz konzentrieren. Eine breitere Betrachtung unterschiedlicher pflegerischer Bedarfslagen erscheint daher notwendig.

Darüber hinaus besteht Bedarf an einer systematischen Erfassung der Ist-Situation in der Versorgung pflegender Angehöriger. Unklar ist dabei, in welchem Umfang entsprechende Unterstützungs- und Entlastungsangebote flächendeckend verfügbar sind und in welcher Qualität diese tatsächlich umgesetzt werden. Ein weiterer Forschungsbedarf ergibt sich im Hinblick auf die Wirksamkeit und praktische Umsetzung ambulanter Entlastungsmaßnahmen. Dabei gilt es zu untersuchen, inwiefern bestehende Angebote in der ambulanten Versorgung tatsächlich greifen, von Betroffenen erreicht werden und zu einer spürbaren Entlastung beitragen.

Referenzen

[1] Bundesministerium für Gesundheit, „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung". Zugegriffen: 18. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-Fakten_Pflegeversicherung.pdf

[2] A. Schwinger and K. Zok, „Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände", WIdO, vol. 2024, no. 1, p. 12, Mai 2024 [Online]. Zugegriffen: März 18, 2026. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido-monitor_1_2024_pflegehaushalte.pdf

[3] R.-M. Karrasch and M. Reichert, „Auswirkungen der Pflege eines Partners auf Partnerschaft und Sexualität", Zeitschrift für Familienforschung, vol. 23(1), pp. 102–116, 2011, Zugegriffen: 10. Juni, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-376478

[4] Prof. Dr. N. Ott, „Pflegegrade, Leistungsansprüche, Eigenanteile – wie gerecht ist die Soziale Pflegeversicherung?", Dez. 2025. Zugegriffen: 20. Mai, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.sowi.ruhr-uni-bochum.de/mam/fak/lehre/sozpol/wie_gerecht_ist_die_spv.pdf

[5] Kantar Public Division Deutschland, „Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI)", Abschlussbericht, Sept. 2019. Zugegriffen: 21. Jan., 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf

[6] Dr. M. Räker, Dr. rer. pol. A. Schwinger, and J. Klauber, „5. Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden", in Pflege-Report 2020, Springer Berlin Heidelberg, 2020.

[7] A. Hoff, S. Höse, M. Knoll, and O. Notburga, „Der monetäre Wert der Pflegeleistungen von An- und Zugehörigen in Deutschland", GAT Working Paper Series, GAT-WP 01/2025, Apr. 2025. Zugegriffen: 10. Feb., 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://gat.hszg.de/fileadmin/NEU/Redaktion-GAT/Aktuelle_Projekte/GAT-WP_Series/Hoff_Hoese_Knoll___Ott_2025_-_Monet %C3%A4rer_Wert_infl_Pflegeleistung.pdf

[8] J. Herrmann, Dr. L. Calahorrano, M. Praet, and M. Rebaudo, „Daten zur Informellen Pflege - Pflegebedürftige und Pflegende", Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik (FIT), Nov. 2023. Zugegriffen: 21. Jan., 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://publica-rest.fraunhofer.de/server/api/core/bitstreams/b55b85da-c6a4-4425-be2f-f746eb91a83e/content

[9] U. Ehrlich and N. Kelle, „Hilfe- und Pflegetätigkeiten im Lebensverlauf: Wer pflegt, für wen, wo und wie?", Deutsches Zentrum für Altersfragen, DZA-Fact Sheet, Apr. 2019. Zugegriffen: 18. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/FactSheet_Hilfe_und_Pflegetaetigkeiten.pdf

[10] S. Eggert and C. Teubner, „Distance Caregiving", Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), ZQP-Analyse, Aug. 2022. doi: 10.71059/DDMW3703.

[11] „Zweiter Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf", Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, 1, Juli 2023. Zugegriffen: 18. März, 2026.[Online]. Verfügbar unter: https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/228544/822bf9b9987dfaa1fe5f33fa3631dbc2/zweiter-bericht-des-unabhaengigen-beirats-fuer-die-vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf-data.pdf

[12] C. Heidemann et al., „Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS", Robert Koch-Institut, Sept. 2021. doi: 10.25646/8456.

[13] L. Kortmann, „Lebenssituationen im Alter - Empirische Befunde: Tabellenband zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung (Expertisen zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung).", Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen., 2024. Zugegriffen: 17. Nov.,

2025. [Online]. Verfügbar unter: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-98982-9
[14] Kuhlmey and A. Budnick, „Pflegende Angehörige in Deutschland: Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit", Bundesgesundheitsbl, vol. 66, no. 5, pp. 550–556, Mai 2023, doi: 10.1007/s00103-023-03687-3.
[15] M. Wetzstein, A. Rommel, and C. Lange, „Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst", Robert Koch-Institut, 2016, doi: 10.17886/RKI-GBE-2016-018.
[16] S. Bohnet-Joschko and K. Bidenko, „Pflegende Angehörige: Hoch belastet und gefühlt allein gelassen", Deutsches Ärzteblatt Online, Nov. 2019, doi: 10.3238/PersOnko.2019.11.15.04.
[17] B. Gaertner, C. Scheidt-Nave, C. Koschollek, and J. Fuchs, „Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+", 2023, doi: 10.25646/11564.
[18] R. Schulz and P. R. Sherwood, „Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving", AJN, American Journal of Nursing, vol. 108, no. 9, pp. 23–27, Sept. 2008, doi: 10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c.
[19] L. D. Clyburn, M. J. Stones, T. Hadjistavropoulos, and H. Tuokko, „Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer"sdisease', The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, vol. 55, no. 1, pp. S2-13, Jan. 2000, doi: 10.1093/geronb/55.1.S2.
[20] H. Brodaty, A. Green, and A. Koschera, „Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Caregivers of People with Dementia", J American Geriatrics Society, vol. 51, no. 5, pp. 657–664, Mai 2003, doi: 10.1034/j.1600-0579.2003.00210.x.
[21] J. Fuchs, B. Gaertner, A. Rommel, and A. Starker, „Informal caregivers in Germany – who are they and which risks and resources do they have?", Front. Public Health, vol. 11, p. 1058517, Feb. 2023, doi: 10.3389/fpubh.2023.1058517.
[22] DGPPN e. V., „Basisdaten Psychische Erkrankungen", DGPPN e. V. Zugegriffen: 11. Mai, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html
[23] Bundesregierung, „Neunter Altersbericht Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen", Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Referat Öffentlichkeitsarbeit, Jan. 2025. Zugegriffen: 17. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.neunter-altersbericht.de/fileadmin/Redaktion/Bericht_Broschuere_Deckblaetter/neunter-altersbericht-bundestagsdrucksache_final.pdf
[24] B. N. Renn, P. A. Areán, and J. Unützer, „Epidemiology of selected mental disorders in later life", in Handbook of Mental Health and Aging, Elsevier, 2020, pp. 7–22. doi: 10.1016/B978-0-12-800136-3.00002-8.
[25] U. Hapke, J. Bretschneider, and J. Thom, „Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde", Robert Koch-Institut, 2017, doi: 10.17886/EPIBULL-2017-018.
[26] E.-M. Kessler and C. E. Bowen, „Images of Aging in the Psychotherapeutic Context: A Conceptual Review", GeroPsych, vol. 28, no. 2, pp. 47–55, Juni 2015, doi: 10.1024/1662-9647/a000129.
[27] Y. Ding, L. Chen, and Z. Zhang, „The relationship between social participation and depressive symptoms among Chinese middle-aged and older adults: A cross-lagged panel analysis", Front. Public Health, vol. 10, p. 996606, Okt. 2022, doi: 10.3389/fpubh.2022.996606.
[28] H. Dombestein, A. Norheim, and A. M. Lunde Husebø, „Understanding informal caregivers" motivation from the perspective of self-determination theory: an integrative review', Scandinavian Caring Sciences, vol. 34, no. 2, pp. 267–279, Juni 2020, doi: 10.1111/scs.12735.
[29] R.-M. Karrasch and M. Reichert, „Auswirkungen der Pflege eines Partners auf Partnerschaft und Sexualität", Zeitschrift für Familienforschung, vol. 23(1), pp. 102–116, 2011, Zugegriffen: 10. Juni, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-376478

S. 74

[30] J. Kaschowitz and M. Brandt, „Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach“, Social Science & Medicine, vol. 173, pp. 72–80, Jan. 2017, doi: 10.1016/j.socscimed.2016.11.036.
[31] U. Ehrlich, „The Association between Family Care and Paid Work among Women in Germany: Does the Household Economic Context Matter?“, Work, Employment and Society, vol. 37, no. 1, pp. 117–136, Feb. 2023, doi: 10.1177/09500170211069841.
[32] U. Ehrlich, L. Minkus, and M. Hess, „Einkommensrisiko Pflege? Der Zusammenhang von familiärer Pflege und Lohn“, Z Gerontol Geriat, vol. 53, no. 1, pp. 22–28, Feb. 2020, doi: 10.1007/s00391-019-01666-5.
[33] W. Keck, „Pflege und Beruf Ungleiche Chancen der Vereinbarkeit“, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, WZBrief Arbeit 09, Jan. 2011. Zugegriffen: 09. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://bibliothek.wzb.eu/wzbrief-arbeit/WZBriefArbeit092011_keck.pdf
[34] Prof. Dr. S. Bohnet-Joschko, Was pflegende Angehörige wirklich brauchen – kommunale Maßnahmen und zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote. Witten, 2019. Zugegriffen: 18. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/386501328_Was_pflegende_Angehorige_wirklich_brauchen_-_kommunale_Massnahmen_und_zielgruppenspezifische_Unterstutzungsangebote
[35] K. Loboiko, M. Steiner, and S. Bohnet-Joschko, „Understanding informal care burden domains“ impact on overall burden – a structural equation modeling approach with cross-sectional data from Germany', J. Soc. Pol., vol. 54, no. 3, pp. 1012–1028, Juli 2025, doi: 10.1017/S0047279423000302.
[36] M. Brandt, „INTERGENERATIONAL HELP AND PUBLIC ASSISTANCE IN EUROPE“, European Societies, vol. 15, no. 1, pp. 26–56, Feb. 2013, doi: 10.1080/14616696.2012.726733.
[37] J. Kubitza, V. Steinmaier, and E. Frick, „Zwischen Sinnfindung und Selbstverwirklichung: eine qualitative Studie zur Inanspruchnahme von Hilfe aus Sicht der pflegenden Angehörigen“, Z Gerontol Geriat, vol. 58, no. 7, pp. 583–589, Nov. 2025, doi: 10.1007/s00391-025-02437-1.
[38] N. Englert, „Soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege: Handlungsansätze für das Community Health Nursing“, Kongress Armut und Gesundheit (Berlin), März 2024. Zugegriffen: 17. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Kongress/Kongress_2024/Dokumentation_2024/349_Englert_PP.pdf
[39] M. Lera, K. Taxtsoglou, A. Frantzana, and L. Kourkouta, „Nurses“ Attitudes Toward Lifelong Learning via New Technologies', Asian Pac Isl Nurs Js, vol. 5, no. 2, pp. 89–102, Sept. 2020, doi: 10.31372/20200502.1088.
[40] L. Brandt, S. Liu, C. Heim, and A. Heinz, „The effects of social isolation stress and discrimination on mental health“, Transl Psychiatry, vol. 12, no. 1, p. 398, Sept. 2022, doi: 10.1038/s41398-022-02178-4.
[41] DESTATIS, „Pflege“, DESTATIS: Statistisches Bundesamt. Zugegriffen: 17. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html
[42] C. R. Rogers, E. Dorfman, T. Gordon, and N. Hobbs, Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, 21. Auflage: Februar 2021. in Fischer-Taschenbücher Geist und Psyche, no. 42175. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2021.
[43] A. Kocks and T. Segmüller, Eds, Kollegiale Beratung im Pflegeteam: Implementieren – Durchführen – Qualität sichern. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2019. doi: 10.1007/978-3-662-57789-9.
[44] S. Pilz et al., „SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation“, GQMG, Aug. 2020. Zugegriffen: 18. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_02.2a._SBAR_16.08.20.pdf

[45] „KoKoN - Ihr kollaborativer Methodenkoffer—OPAL [Interactive Resource]. Bildungsprotal Sachsen.“, BPS Bildungsportal Sachsen GmbH, B. Zugegriffen: 21. Okt., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://bildungsportal.sachsen.de/opal/auth/RepositoryEntry/40734949377/CourseNode/1718332315903519004

[46] N. Greenwood, A. Mackenzie, R. Harris, W. Fenton, and G. Cloud, „Perceptions of the role of general practice and practical support measures for carers of stroke survivors: a qualitative study“, BMC Fam Pract, vol. 12, no. 1, p. 57, Dez. 2011, doi: 10.1186/1471-2296-12-57.

[47] L. H. Burridge, G. K. Mitchell, M. Jiwa, and A. Girgis, „Consultation etiquette in general practice: a qualitative study of what makes it different for lay cancer caregivers“, BMC Fam Pract, vol. 12, no. 1, p. 110, Dez. 2011, doi: 10.1186/1471-2296-12-110.

[48] Doctors of BC, „Organizing Your Practice to Support Familiy Caregivers - A Toolkit for Doctors“, Policy Paper, Okt. 2016. Zugegriffen: 09. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.doctorsofbc.ca/sites/default/files/family_caregiver_resource_guide_for_physicians_-_toolkit.pdf

[49] J. Wangler and M. Jansky, „General practitioners, attitudes, procedures and challenges towards supporting family caregivers – results of a survey of primary care physicians“, März 2024. doi: 10.1055/a-1671-8621.

[50] E. Carduff et al., „Understanding the barriers to identifying carers of people with advanced illness in primary care: triangulating three data sources“, BMC Fam Pract, vol. 15, no. 1, p. 48, Dez. 2014, doi: 10.1186/1471-2296-15-48.

[51] M. Cronin, K. McLoughlin, T. Foley, and S. McGilloway, „Supporting family carers in general practice: a scoping review of clinical guidelines and recommendations“, BMC Prim. Care, vol. 24, no. 1, p. 234, Nov. 2023, doi: 10.1186/s12875-023-02188-1.

[52] NICE guideline, „Supporting adult carers“, 150, Jan. 2020. Zugegriffen: 18. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.nice.org.uk/guidance/ng150

[53] „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V“. Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband, Jan. 2015. Zugegriffen: 18. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag_1/bmv_anlagen/BMV_Anlage_Nr_24_Delegation.pdf

[54] „Supporting Carers: An action guide for general practitioners and their teams“, The Princess Royal Trust for Carers, 2. Edition. Zugegriffen: 04. Dez., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.kentcarersmatter.co.uk/wp-content/uploads/2017/12/supporting-carers-an-action-guide-for-general-practitioners-and-their-teams-second-edition-5877.pdf

[55] Y. Takemura, R. Atsumi, and T. Tsuda, „Identifying Medical Interview Behaviors that Best Elicit Information from Patients in Clinical Practice“, Tohoku J. Exp. Med., vol. 213, no. 2, pp. 121–127, 2007, doi: 10.1620/tjem.213.121.

[56] M. A. Whooley, A. L. Avins, J. Miranda, and W. S. Browner, „Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many“, J Gen Intern Med, vol. 12, no. 7, pp. 439–445, Juli 1997, doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x.

[57] „Behandlung von Angststörungen - S3-Leitlinie“. AWMF, Apr. 2021. Zugegriffen: 18. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028

[58] „Hausärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Angst.“ Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Zugegriffen: 10. Feb., 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.degam.de/degam-praxisempfehlungen

[59] K. Fritzsche, W. Geigges, D. Richter, and M. Wirsching, Eds, Psychosomatische Grundversorgung, 2., Vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. in SpringerLink Bücher. Berlin Heidelberg: Springer, 2016.

[60] M. E. Schneemilch, „Pflegende Angehörige in der Hausarztpraxis“, Doktorarbeit, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Medizinischen Fakultät der

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, 2018.
[61] T. Lichte, M. Beyer, P. Mand, and G. C. Fischer, „Die neue DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pflegende Angehörige“ “, Z Allg Med, vol. 81, no. 2, pp. 79–84, Feb. 2005, doi: 10.1055/s-2005-836320.
[62] „Pflege-Report 2015“, DAK Forschung. Zugegriffen: 17. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.dak.de/dak/download/pflegereport-2015-1701160.Pdf
[63] B. Bestmann, E. Wüstholz, and F. Verheyen, „Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt“, 2015. Zugegriffen: 02. Dez., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/doi/10.13140/RG.2.1.1390.5441
[64] A. Lübben, L. Peters, M. Przysucha, and A. Büscher, „Einfluss von Faktoren auf die Resilienz und Belastung pflegender Angehöriger (FARBE) – Fragenbogen zur Angehörigenresilienz und - belastung“, Präv Gesundheitsf, vol. 19, no. 4, pp. 590–595, Nov. 2024, doi: 10.1007/s11553-023-01076-x.
[65] A. Wuttke-Linnemann, S. Palm, L. Scholz, K. Geschke, and A. Fellgiebel, „Introduction and Psychometric Validation of the Resilience and Strain Questionnaire (ResQ-Care)— A Scale on the Ratio of Informal Caregivers“ Resilience and Stress Factors’, Front. Psychiatry, vol. 12, p. 778633, Nov. 2021, doi: 10.3389/fpsyt.2021.778633.
[66] E. Gräßel and M. Leutbecher, Häusliche Pflege-Skala: HPS; zur Erfassung der Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. Ebersberg: Vless, 1993.
[67] E. Gräßel, H. Berth, T. Lichte, and H. Grau, „Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s“, BMC Geriatr, vol. 14, no. 1, p. 23, Dez. 2014, doi: 10.1186/1471-2318-14-23.
[68] H. Grau, E. Graessel, and H. Berth, „The subjective burden of informal caregivers of persons with dementia: extended validation of the German language version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC)“, Aging & Mental Health, vol. 19, no. 2, pp. 159–168, Feb. 2015, doi: 10.1080/13607863.2014.920296.
[69] A. Pendergrass, C. Malnis, U. Graf, S. Engel, and E. Graessel, „Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home“, BMC Health Serv Res, vol. 18, no. 1, p. 229, Dez. 2018, doi: 10.1186/s12913-018-3047-4.
[70] M. Pinquart and S. Sörensen, „Associations of Stressors and Uplifts of Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis“, The Journals of Gerontology: Series B, vol. 58, no. 2, pp. P112–P128, März 2003, doi: 10.1093/geronb/58.2.P112.
[71] M. Pinquart and S. Sörensen, „Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis.“, Psychology and Aging, vol. 18, no. 2, pp. 250–267, 2003, doi: 10.1037/0882-7974.18.2.250.
[72] M. Pinquart and S. Sorensen, „Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis“, The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, vol. 61, no. 1, pp. P33–P45, Jan. 2006, doi: 10.1093/geronb/61.1.P33.
[73] M. Pinquart and S. Sorensen, „Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?“, International Psychogeriatrics, vol. 18, no. 4, pp. 577–595, Dez. 2006, doi: 10.1017/S1041610206003462.
[74] M. Pinquart and S. Sorensen, „Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis“, The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, vol. 62, no. 2, pp. P126–P137, März 2007, doi: 10.1093/geronb/62.2.P126.
[75] M. Pinquart and Silvia Sörensen, „Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison.“, Psychology and Aging, vol. 26, no. 1, pp. 1–14, März 2011, doi: 10.1037/a0021863.
[76] „Gewalt in der häuslichen Pflege vermeiden“, gesund.bund.de. Zugegriffen: 28. Jan., 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://gesund.bund.de/gewalt-pflege
[77] U. Hoffmann, V. Clemens, J. M. Fegert, E. Brähler, and A. Eberhardt, „Helplessly at the

mercy of others? Violence within the context of informal care in Germany: prevalence and risk factors", J Public Health (Berl.), März 2026, doi: 10.1007/s10389-026-02719-x.
[78] „Gewalt gegen Alte", Landesärztekammer Baden-Württemberg, Leitfaden, März 2010. Zugegriffen: 11. Feb., 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://files.aerztekammer-bw.de/fc3619cd0c90653f/cf74430697c3/Gewalt_gegen_alte_Menschen.pdf
[79] E. Gräßel, H. Orbens, and T. Senf, „A concept for relieving family caregivers--the Dreycedern Project: a prototype facility for demented patients", Rehabilitation (Stuttg), vol. 32, no. 2, pp. 134–138, Mai 1993.
[80] Prof. Dr. med. E. Baum et al., „Müdigkeit S3-Leitlinie", DEGAM, AWMF-Register-Nr. 053-002 DEGAM-Leitlinie Nr. 2, 2022. Zugegriffen: 04. Dez., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-002_Leitlinie %20Muedigkeit/oeffentlich/Aktualisierung %20Dezember %20 2022%20- %20Dokumente %20Homepage/Langfassung %20Leitlinie %20Muedigkeit.pdf
[81] „Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression". Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., Okt. 2022. Zugegriffen: 10. Feb., 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005l_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf
[82] „Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung", Leitlinienprogramm Onkologie, Sept. 2020. Zugegriffen: 04. Dez., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf
[83] „Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (Langfassung)". AWMF, 2017. Zugegriffen: 18. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-007l_S3_Kreuzschmerz_2017-03-abgelaufen.pdf#:~:text=Das %20Entspannungsverfahren %20%E2%80%9EProgressive %20Muskelrelaxation %E2%80%9C %20,170%5D %20%E2%87%91
[84] „S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen". AWMF, DKG und DKH, Aug. 2023. Zugegriffen: 20. Mai, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Psychoonkologie/Version_2/LL_Psychoonkologie_Langversion_2.1.pdf
[85] K. Spiegelhalder et al., „Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen" - Update 2025", AWFM online, (AWMF-Register-Nr. 063-003) Version 2.0, 2025. Zugegriffen: 09. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/063-003l_S3_Insomnie-bei-Erwachsenen_2025-04.pdf
[86] Prof. Dr. med. W. Häuser, Prof. Dr. med. D. Ziegler, Dr. med. A. Viniol, Prof. Dr. med. M. Schäfer, Dr. med. K. Hupfer, and Prof. Dr. med. S. Freys, „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS)", Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS), AWMF online, Leitlinie AWMF-Leitlinien-Register Nr. 145/003, 2020. Zugegriffen: 09. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/145-003l_S3_LONTS_2020-10.pdf
[87] „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung". G-BA, Aug. 2025. Zugegriffen: 18. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/12/
[88] C. Cardoso, M. J. Lumini, and T. Martins, „Effects of physical exercise in reducing caregivers burden: a systematic review", Front. Public Health, vol. 13, p. 1474913, Feb. 2025, doi: 10.3389/fpubh.2025.1474913.
[89] G. D. Borasio, Über das Sterben: Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen, 11th ed. München: C.H. Beck, 2017.
[90] R. J. Jox, H.-J. Heßler, and G. D. Borasio, „Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung", Nervenarzt, vol. 79, no. 6, pp. 729–739, Juni 2008,

doi: 10.1007/s00115-008-2451-0.
[91] I. A. Scott, G. K. Mitchell, E. J Reymond, and M. P. Daly, „Difficult but necessary conversations — the case for advance care planning“, Medical Journal of Australia, vol. 199, no. 10, pp. 662–666, Nov. 2013, doi: 10.5694/mja13.10158.
[92] Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 1358 Gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitssorge. Zugegriffen: 27. Nov., 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1358.html
[93] T. Sitte, Ratgeber Lebensende und Sterben: Informationen für unheilbar Kranke und deren Begleiter - von der Diagnose bis zum Tod. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018. doi: 10.1007/978-3-662-56029-7.
[94] S. Wurm, S. M. Spuling, A.-K. Reinhard, and U. Ehrlich, „Verbreitung von Patientenverfügungen bei älteren Erwachsenen in Deutschland“, 2023, doi: 10.25646/11568.
[95] „Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag“, Bundesärztekammer/Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (Deutsches Ärzteblatt), vol. 115, no. 51–52, Okt. 2018. Zugegriffen: 19. Nov., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Hinweise_Patientenverfuegung.pdf
[96] N. Englert, L. Peters, M. Przysucha, M. Noelle, M. Hülsken-Giesler, and A. Büscher, „Häusliche Pflegearrangements: Untersuchung der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status“, Bundesgesundheitsbl, vol. 66, no. 5, pp. 540–549, Mai 2023, doi: 10.1007/s00103-023-03684-6.
[97] M. Wagner and M. Brandt, „Long-term Care Provision and the Well-Being of Spousal Caregivers: An Analysis of 138 European Regions“, The Journals of Gerontology: Series B, vol. 73, no. 4, pp. e24–e34, Apr. 2018, doi: 10.1093/geronb/gbx133.
[98] J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen, and G. Pitschel-Walz, Handbuch der Psychoedukation: für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, [1. Aufl.]. Stuttgart, Germany: Schattauer, 2016.
[99] G. Wilz and K. Pfeiffer, „Psychotherapie mit älteren pflegenden Angehörigen“, Nervenarzt, vol. 88, no. 11, pp. 1246–1251, Nov. 2017, doi: 10.1007/s00115-017-0410-3.
[100] K. Pfeiffer et al., „Relieving distressed caregivers (ReDiCare study): study protocol of a randomized pragmatic trial“, BMC Geriatr, vol. 21, no. 1, p. 4, Jan. 2021, doi: 10.1186/s12877-020-01941-w.
[101] S.-T. Cheng, A. Au, A. Losada, L. W. Thompson, and D. Gallagher-Thompson, „Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned“, Curr Psychiatry Rep, vol. 21, no. 7, p. 59, Juli 2019, doi: 10.1007/s11920-019-1045-9.
[102] M. D. Hopkinson, J. Reavell, D. A. Lane, and P. Mallikarjun, „Cognitive Behavioral Therapy for Depression, Anxiety, and Stress in Caregivers of Dementia Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis“, The Gerontologist, vol. 59, no. 4, pp. e343–e362, Juli 2019, doi: 10.1093/geront/gnx217.
[103] G. Wilz, M. Reder, F. Meichsner, and R. Soellner, „The Tele.TAnDem Intervention: Telephone-based CBT for Family Caregivers of People With Dementia“, The Gerontologist, vol. 58, no. 2, pp. e118–e129, März 2018, doi: 10.1093/geront/gnx183.
[104] G. Wilz, D. Schinköthe, and T. Kalytta, Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz: das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm, 1. Aufl. in Therapeutische Praxis. Göttingen Bern Wien: Hogrefe, 2015.
[105] K. Pfeiffer, J. Köhler, M. Diepold, and G. Wilz, „BerTA – Beratung und telefonische Therapie für pflegende Angehörige: Ein gestuftes Interventionsprogramm“, PiA, vol. 18, no. 4, pp. 459–471, Okt. 2021, doi: 10.30820/1613-2637-2021-4-459.
[106] G. Wilz, „Psychotherapeutische Unterstützung für Angehörige von Menschen mit Demenz“, in Angehörige von Menschen mit Demenz: Forschungsergebnisse und Perspektiven, 1. Auflage., vol. 1, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen

and Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Eds, in Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz, vol. 1. , Weinheim Basel: Beltz Juventa, 2025, pp. 284–300.
[107] A. J. Applebaum and W. S. Breitbart, „Introductions and Sources of Meaning“, in Meaning-Centered Psychotherapy for Cancer Caregivers, 1st edn, Oxford University Press-New York, 2024, pp. 25–37. doi: 10.1093/med/9780197640777.003.0003.
[108] Dr. S. Frohnes, T. Schumacher, Dr. C. Claus, and M. Eckert, „Palliativ-Spickzettel“. Sept. 09, 2020. Zugegriffen: 17. Nov., 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://www.hausaerztlichepraxis.digital/wp-content/uploads/2020/10/Palliativ-Spicker_021020.pdf
[109] Prof. Dr. H. Rothgang, T. Kalwitzki, and B. Preuß, „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung III (AAPV III)“. März 2025. Zugegriffen: 09. Dez., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2025-03-11_Gutachten_AAPV_3_END.pdf
[110] S. Strube-Lahmann, F. Müller, D. Liersch-Mazan, M. Haink, U. Müller-Werdan, and N. A. Lahmann, „Unterstützungsbedarfe pflegeempfangender Menschen: Erhebung allgemeiner und spezieller Informations-, Hilfe- und Unterstützungsbedarfe pflegeempfangender Menschen und ihrer Angehörigen“, Z Gerontol Geriat, vol. 56, no. 4, pp. 301–308, Juli 2023, doi: 10.1007/s00391-022-02068-w.
[111] „Assessment zur Prävention und Intervention in der häuslichen Pflege (PIP-Assesment), Leitfaden für die professionelle Beratung“, Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Zugegriffen: 08. Dez., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/angebot/pip-assessment/
[112] N. Greenwood, F. Pelone, and A.-M. Hassenkamp, „General practice based psychosocial interventions for supporting carers of people with dementia or stroke: a systematic review“, BMC Fam Pract, vol. 17, no. 1, p. 3, Dez. 2016, doi: 10.1186/s12875-015-0399-2.
[113] K. T. Washington, S. E. Meadows, S. G. Elliott, and R. J. Koopman, „Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions“, Patient Education and Counseling, vol. 83, no. 1, pp. 37–44, Apr. 2011, doi: 10.1016/j.pec.2010.04.017.
[114] A. L. Silva, H. J. Teixeira, M. J. C. Teixeira, and S. Freitas, „The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review“, Scandinavian Caring Sciences, vol. 27, no. 4, pp. 792–803, Dez. 2013, doi: 10.1111/scs.12019.
[115] M. McCabe, E. You, and G. Tatangelo, „Hearing Their Voice: A Systematic Review of Dementia Family Caregivers“ Needs', GERONT, vol. 56, no. 5, pp. e70–e88, Okt. 2016, doi: 10.1093/geront/gnw078.
[116] H. Brodaty and M. Donkin, „Family caregivers of people with dementia“, Dialogues in Clinical Neuroscience, vol. 11, no. 2, pp. 217–228, Juni 2009, doi: 10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty.
[117] A. Liebmann and C. Liebeck, „Wie setzen sich die Pflegeheimkosten zusammen?“, Sozialverband VdK. Zugegriffen: 05. Dez., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.vdk.de/aktuelles/tipp/wie-setzen-sich-die-pflegeheimkosten-zusammen/
[118] P. Janson et al., „Wie wirksam sind nicht-pharmakologische Interventionen für pflegende Angehörige? Ein systematisches Review mit Metaanalysen“, Gesundheitswesen, vol. 87, no. 02, pp. 145–160, Feb. 2025, doi: 10.1055/a-2340-1560.
[119] „Vorsorge- und Reha-Angebote für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz“, Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Reha-Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, Juni 2025. Zugegriffen: 05. Dez., 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Flyer_und_Dokumente/rehaliste_DAlzG.pdf
[120] E. Foitzik, S. Langner, and H. Hassel, „Bedarfsgerechte Gesundheitsförderung von älteren pflegenden Angehörigen“, in Pflege& Gesellschaft, vol. 27, 2022. Zugegriffen: 09. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2023/06/PG-2_2022.pdf
[121] B. Killersreiter, „Beratung und Begleitung in der Sozialen Arbeit“, in Grundwissen Soziale Arbeit, M. Buntrock and K. Peinemann, Eds, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2023, pp. 247–266. doi: 10.1007/978-3-658-39707-4_11.

S. 80

[122] F.-C. Schubert, D. Rohr, and R. Zwicker-Pelzer, Beratung: Grundlagen – Konzepte – Anwendungsfelder. in Basiswissen Psychologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2019. doi: 10.1007/978-3-658-20844-8.
[123] P. Busch, „Grundlegungen einer Definition der psychosozialen Beratung als Beispielkonstrukt“, in Ökologische Lernpotenziale in Beratung und Therapie, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011, pp. 27–50. doi: 10.1007/978-3-531-92754-1_2.
[124] A. Wuttke, K. Geschke, and A. Fellgiebel, „Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung (FARBE).“ Berlin: Zentrum für Qualität in Pflege (ZQP)., 2024. Zugegriffen: 25. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: www.zqp.de/wp-content/uploads/FARBE_Fragebogen_ZQP.pdf
[125] A. Wuttke, K. Geschke, A. Fellgiebel, D. Väthjunker, and L. Kühnlein, „Manual für die professionelle Beratung. Berlin: Zentrum für Qualität in Pflege (ZQP).“ Berlin: Zentrum für Qualität in Pflege (ZQP)., 2024. Zugegriffen: 25. März, 2026. [Online]. Verfügbar unter: www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_FARBE_Manual.pdf[doi.org/10.1507/endocrj.k10e-144][PMID: 20683172]