

Informelle Pflege und Erwerbstätigkeit

Pflegebedingte Erwerbsverluste bis 2045 und
Ansatzpunkte für eine bessere Vereinbarkeit



Impressum

© Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Oktober 2026

Herausgeber

Bertelsmann Stiftung

Carl-Bertelsmann-Straße 256, 33311 Gütersloh

www.bertelsmann-stiftung.de

Programm

Nachhaltige Soziale Marktwirtschaft

Frank Frick

Director

Verantwortlich

Michaela Hermann

Project Manager

Autor:innen

Eva Moser, Paula Kostrzewa und Dr. Stefan Moog

Lektorat

Dr. Ute Gräber-Seissinger

Zitationshinweis

Moser, E.; Kostrzewa, P. und S. Moog (2026). Informelle Pflege und Erwerbstätigkeit. Pflegebedingte Erwerbsverluste bis 2045 und Ansatzpunkte für eine bessere Vereinbarkeit. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh

Layout

Linda Wedi

DOI 10.11586/2026143

ID_3193

Titelbild: © Paul Feldkamp

Informelle Pflege und Erwerbstätigkeit

Pflegebedingte Erwerbsverluste bis 2045 und Ansatzpunkte für eine bessere Vereinbarkeit

Eva Moser, Prognos AG

Paula Kostrzewa, Prognos AG

Dr. Stefan Moog, Prognos AG

Inhalt

Zentrale Ergebnisse auf einen Blick	6
Key findings at a glance	7
1. Wachsender Pflegebedarf trifft auf knapper werdende Erwerbspotenziale	8
2. Informelle Pflege und Erwerbstätigkeit in Deutschland: Ausmaß, Strukturen und Datenlage	9
2.1 Pflegebedürftige	9
2.2 Informell Pflegende	10
2.3 Entwicklung des (informellen) Pflegebedarfs	13
3. Pflegebedingte Erwerbsverluste	16
3.1 Erwerbsbeteiligung und Erwerbsumfang informell Pflegender	16
3.2 Formen und Ausmaßpflegebedingter Erwerbsanpassungen	18
3.3 Methodik der Schätzung pflegebedingter Erwerbsverluste	20
3.4 Pflegebedingte Verluste von Erwerbsvolumen bis 2045	24
3.5 Einordnung der Ergebnisse	27
4. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf fördern	28
4.1 Einflussfaktoren pflegebedingter Erwerbsanpassungen	28
4.2 Zentrale Ansatzpunkte zur Verbesserung der Vereinbarkeit	30
4.3 Bestehende Ansätze und Instrumente	31
4.4 Handlungsfelder für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	36
Literaturverzeichnis	40
Anhang A	44
Anhang B	48

Abbildungen

ABBILDUNG 1	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2045	13
ABBILDUNG 2	Entwicklung informell Pflegender im Erwerbsalter bis 2045	15
ABBILDUNG 3	Schätzung des pflegebedingten Erwerbsvolumenverlusts 2026 bis 2045	25
ABBILDUNG 4	Zusammensetzung des pflegebedingten Erwerbsvolumenverlusts 2045 nach Geschlecht und Pflegeintensität	26
ABBILDUNG 5	Einflussfaktoren auf Pflegeentscheidungen und Anpassungen der Erwerbstätigkeit informell Pflegender	28

Tabellen

TABELLE 1	Pflegegrade der Pflegebedürftigen in unterschiedlichen Pflegearrangements	10
TABELLE 2	Informell pflegende Personen nach Geschlecht und Erwerbsstatus	11
TABELLE 3	Erwerbsstruktur der Gruppe erwerbsfähiger Pflegender und Nichtpflegender nach Geschlecht	12
TABELLE 4	Verteilung der erwerbsfähigen Pflegenden mit hoher Pflegeintensität nach Geschlecht	16
TABELLE 5	Erwerbsstruktur der Gruppe erwerbsfähiger Pflegenden nach Pflegeintensität und Geschlecht	17
TABELLE 6	Pflegebedingte Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit	22
TABELLE 7	Pflegebedingte Ausstiege aus der Erwerbstätigkeit	23
TABELLE 8	Pflegebedingter Erwerbsvolumenverlust nach Verlustkomponente	25
TABELLE 9	Arbeitsrechtliche Regelungen im Überblick	32
TABELLE 10	Übersicht über bestehende Angebote	37
TABELLE 11	Literaturüberblick – Erwerbsfolgen informeller Pflege Tätigkeit (iP)	44

Methodenboxen

METHODENBOX 1	Datengrundlage: Die amtliche Pflegestatistik	9
METHODENBOX 2	Datengrundlage: Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP)	11
METHODENBOX 3	Pflegevorausberechnung	14
METHODENBOX 4	Informeller Pflege-Quotient: Einordnung	15
METHODENBOX 5	Berechnung des verlorenen Erwerbsvolumens in Vollzeitäquivalenten	21
METHODENBOX 6	Explorative Fachgespräche	31

Zentrale Ergebnisse auf einen Blick

Die informelle Pflege ist eine zentrale Säule des deutschen Pflegesystems, stellt Erwerbstätige jedoch vor erhebliche Vereinbarkeits Herausforderungen. Im Jahr 2023 leisteten rund 4,6 Millionen Menschen im Erwerbsalter informelle Pflege. Aufgrund des demografisch bedingten Anstiegs der Pflegebedürftigkeit könnte diese Zahl bis 2045 auf rund 6,4 Millionen steigen. Frauen übernehmen dabei nicht nur häufiger Pflegeverantwortung, sondern leisten im Durchschnitt auch mehr Pflegestunden und sind insbesondere unter den Pflegenden mit hoher Pflegeintensität deutlich überrepräsentiert.

Die Studie untersucht, in welchem Umfang informelle Pflege mit Einschränkungen der Erwerbstätigkeit verbunden ist und wie sich die daraus resultierenden Erwerbsverluste bis 2045 entwickeln könnten. Hierzu werden eigene Auswertungen des Sozio-oekonomischen Panels, eine Vorausberechnung der Zahl Pflegebedürftiger und informell Pflegenden sowie Befunde der Forschungsliteratur miteinander verbunden. Auf dieser Grundlage wird das pflegebedingt nicht realisierte Erwerbsarbeitsvolumen geschätzt. Bereits für 2026 ergibt sich ein Verlust von rund 184.000 Vollzeitäquivalenten, der bis 2045 auf rund 229.000 Vollzeitäquivalente steigt. Die Verluste entstehen überwiegend durch pflegebedingte Nichterwerbstätigkeit und konzentrieren sich auf Personen mit hoher Pflegeintensität. Rund drei Viertel des geschätzten Erwerbsvolumenverlusts entfallen auf Frauen.

Die Ergebnisse unterstreichen, dass eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nicht nur zur Entlastung informell Pflegenden beiträgt, sondern auch für die Sicherung von Erwerbspotenzialen und die Verringerung geschlechtsspezifischer finanzieller und beruflicher Nachteile von Bedeutung ist. Aufbauend auf einer Dokumentenanalyse und Fachgesprächen mit Expertinnen und Experten werden vier zentrale Handlungsfelder identifiziert: der Ausbau und die bessere Verzahnung professioneller Unterstützungs- und Beratungsstrukturen, pflegesensible betriebliche Rahmenbedingungen, eine bessere Absicherung pflegebedingter Erwerbsrisiken sowie Anreize für eine gleichmäßigere Verteilung von Pflegeverantwortung zwischen Frauen und Männern.

Key findings at a glance

Informal care is a cornerstone of Germany's long-term care system, but combining caregiving responsibilities with paid work remains a major challenge. In 2023, around 4.6 million working-age people provided informal care. As the number of people requiring long-term care increases due to demographic change, the number of informal caregivers could rise to around 6.4 million by 2045. Women are not only more likely to take on caregiving responsibilities, but also provide more hours of care on average and are particularly overrepresented among those providing high-intensity care.

This study examines the extent to which informal caregiving affects employment and how the resulting loss of labour supply could develop through 2045. The analysis combines original analyses of data from the German Socio-Economic Panel (SOEP) with projections of the number of people requiring care and the number of informal caregivers, as well as evidence from the existing literature. Based on these sources, the study estimates the volume of paid work forgone as a result of informal caregiving. In 2026, the estimated loss amounts to around 184,000 full-time equivalents (FTEs), rising to approximately 229,000 FTEs by 2045. Most of this loss is associated with caregivers not being in paid employment and is concentrated among those providing high-intensity care. Women account for around three quarters of the estimated loss.

The findings show that enabling people to better combine informal care with paid work is important not only for reducing the burden on caregivers, but also for maintaining labour supply and reducing the financial and career disadvantages that disproportionately affect women. Drawing on a document review and interviews with experts, the study identifies four key areas for action: expanding and better coordinating professional care, support and advisory services; creating more caregiver-friendly working conditions; improving financial and social protection against the employment-related consequences of caregiving; and encouraging a more equal sharing of caregiving responsibilities between women and men.

1. Wachsender Pflegebedarf trifft auf knapper werdende Erwerbspotenziale

Die informelle Pflege bildet eine tragende Säule des deutschen Pflegesystems. Der überwiegende Teil der informell Pflegenden ist im erwerbsfähigen Alter, ein Großteil von ihnen geht neben der Pflege Tätigkeit einer Erwerbstätigkeit nach. Erwerbstätige Pflegenden stabilisieren das Pflegesystem damit in doppelter Hinsicht: Als Beitrags- und Steuerzahlende tragen sie zur Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme bei, als informell Pflegenden stellen sie zugleich einen wesentlichen Teil der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sicher.

Eine Reihe von Studien aus den letzten Jahren zeigt, dass Pflegeverantwortung eine hohe Belastung für die Betroffenen darstellt, die häufig negative körperliche, seelische, soziale und finanzielle Folgen hat – und die aktuell häufiger von Frauen getragen wird. Klar ist auch, dass diese Belastung in Zukunft steigen wird. Mit dem demografischen Wandel gerät die informelle Pflege zunehmend unter Druck. Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt, während die Gruppe der Personen im erwerbsfähigen Alter, die den informellen Pflegebedarf abdecken, im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung kleiner wird. Gleichzeitig wird der Arbeitsmarkt künftig in noch stärkerem Maße auf eine hohe Erwerbsbeteiligung angewiesen sein. Dabei leisten gegenwärtig gerade jene Bevölkerungsgruppen, von denen in Zukunft zusätzliche Erwerbspotenziale erwartet werden – insbesondere Frauen und Menschen im rentennahen Alter –, einen großen Teil der informellen Pflege. In dieser Konstellation zeichnet sich ein zunehmender (persönlicher wie politischer) Zielkonflikt zwischen der Sicherung informeller Pflege einerseits und der Ausweitung der Erwerbsbeteiligung andererseits ab (Fischer & Müller, 2020).

Die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf gewinnt vor diesem Hintergrund an Bedeutung. Ihr Ziel ist es, einerseits pflegebedingte Einschränkungen der Erwerbstätigkeit und Ausstiege aus dem Erwerbsleben zu vermeiden und andererseits die Bereitschaft von Erwerbstätigen zur Übernahme von Pflegeverantwortung zu erhöhen. Darüber hinaus können entsprechende Maßnahmen dazu beitragen, individuelle Belastungen informeller Pflege zu verringern und die gegebenen Belastungen gleichmäßiger zwischen Frauen und Männern zu verteilen. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist damit weit mehr als eine familienpolitische Frage (Ehrlich, 2025). Sie stellt einen zentralen Ansatzpunkt dar, um in den kommenden Jahrzehnten Erwerbspotenziale zu sichern, Fachkräftengpässen entgegenzuwirken, das Pflegesystem zu stabilisieren und geschlechtsspezifische Ungleichheiten bei Einkommen und Rente zu reduzieren.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Frage, wie viel Erwerbspotenzial durch Pflege verloren geht und mit welchen Verlusten infolge der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten zu rechnen ist, sofern keine zusätzlichen Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ergriffen werden. Daran anschließend werden – ausgehend von den Herausforderungen, vor denen informell Pflegenden stehen, die zugleich erwerbstätig sind – Ansatzpunkte zur Förderung der Vereinbarkeit und vier Handlungsfelder beschrieben, in denen Politik und Unternehmen tätig werden können. Die Analyse baut auf vorhandene Daten und Erkenntnisse auf und führt diese zusammen.

2. Informelle Pflege und Erwerbstätigkeit in Deutschland: Ausmaß, Strukturen und Datenlage

Um die Auswirkungen informeller Pflege auf Erwerbsbeteiligung und Arbeitsumfang schätzen zu können, werden zunächst zentrale Eckdaten zur Zahl der Pflegebedürftigen und der informell Pflegenden sowie zu deren voraussichtlicher Entwicklung dargestellt.

2.1 Pflegebedürftige

Die amtliche Pflegestatistik bietet einen Ausgangspunkt zur Ermittlung der Zahl der Pflegebedürftigen. Dort sind Pflegebedürftige erfasst, sofern sie einen anerkannten Pflegegrad und/oder Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben. Die Anerkennung erfolgt auf der Grundlage der Definition der Pflegebedürftigkeit im Zehnten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB X). Als pflegebedürftig gelten demnach Personen, die aufgrund gesundheitlich bedingter Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten auf die Hilfe anderer angewiesen sind (siehe Methodenbox 1).

Drei Viertel der Pflegebedürftigen sind mindestens 65 Jahre alt, mehr als die Hälfte mindestens 80 Jahre

Im Jahr 2023 lebten in Deutschland rund 5,7 Millionen pflegebedürftige Menschen. Die Pflegestatistik

umfasst Menschen aller Altersstufen, also auch pflegebedürftige Kinder und Jugendliche. Die Pflegebedürftigkeit konzentriert sich stark auf die höheren Altersgruppen. Rund drei Viertel aller Pflegebedürftigen waren im betrachteten Jahr 65 Jahre oder älter, mehr als die Hälfte 80 Jahre oder älter. Quantitativ betrachtet liegt der Schwerpunkt der Pflege damit auf der Versorgung älterer und hochaltriger Menschen (DESTATIS, 2024b). Jüngere Pflegebedürftige sind häufig Menschen mit Beeinträchtigungen oder (chronischen) Krankheiten, die häufig von ihren Eltern zu Hause gepflegt werden (Rothgang et al., 2025).

85 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt

Der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen wird zu Hause versorgt. Rund 4,9 Millionen der 5,7 Millionen Pflegebedürftigen wurden im Jahr 2023 häuslich gepflegt, während etwa 800.000 Personen vollstationär in Pflegeheimen betreut wurden. Rund 3,1 Millionen Pflegebedürftige wurden ausschließlich durch Angehörige versorgt. Weitere 1,1 Millionen Menschen erhielten Unterstützung sowohl durch Angehörige als auch durch ambulante Pflegedienste. Es ist davon auszugehen, dass auf diese beiden Gruppen, die zusammen 75 Prozent aller Pflegebedürftigen

METHODENBOX 1

Datengrundlage: Die amtliche Pflegestatistik

Die Zahl der in der Pflegestatistik erfassten Pflegebedürftigen ist abhängig vom Pflegebedürftigkeitsbegriff. Das wird nicht zuletzt daran deutlich, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen seit der Pflegereform 2017 und den damit verbundenen Neuregelungen im Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) verdoppelt hat.

Nur ein kleiner Teil dieses Anstiegs ist auf die Alterung der Gesellschaft zurückzuführen (Rothgang & Müller, 2021), ein Teil darauf, dass mit der Reform der Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst wurde, auf dessen Grundlage die Einstufung in Pflegegrade

erfolgt. Dadurch wurde der Kreis der als pflegebedürftig Anerkannten erweitert und es werden seither Personen in der Statistik geführt, die dort zuvor nicht geführt wurden. Weitere Gründe für die Zunahme sind beispielsweise bessere Information über die Pflegeversicherung sowie eine zunehmende Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit, die dazu führt, dass mehr, auch jüngere Personen mit eher geringen Einschränkungen Anträge stellen (Nolting et al., 2026).

Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit dürfte mit dazu geführt haben, dass heute ein größerer Teil

der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik erfasst wird (Geyer et al., 2023). Zusätzlich Dennoch gibt es weiterhin Personen mit Pflegebedarf, jedoch ohne anerkannten Pflegegrad, die folglich in der Statistik nicht erfasst sind. So geben im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) 26 Prozent der informell Pflegenden an, Personen ohne anerkannten Pflegegrad außerhalb des eigenen Haushalts zu unterstützen (Brandt et al., 2025). Zur Größe dieser Dunkelziffer gibt es keine belastbare Schätzung.

TABELLE 1

Pflegegrade der Pflegebedürftigen in unterschiedlichen Pflegearrangements (2023, in Tausend)

Pflegegrade	Häusliche Versorgung				Stationäre Versorgung
	Gesamt	Selbstorgani- sierte Pflege (nur Pflegegrad 1)	Pflege durch Angehörige (ab Pflegegrad 2)	Pflege durch Angehörige und/oder Pflegedienste	Vollstationäre Pflege
insgesamt	4.889 (100 %)	685 (100 %)	3.103 (100 %)	1.101 (100 %)	800 (100 %)
PG1	781 (16 %)	685 (100 %)	–	96 (9 %)	4 (1 %)
PG2	2.168 (44 %)	–	1.714 (55 %)	455 (41 %)	132 (17 %)
PG3	1.388 (28 %)	–	1.025 (33 %)	364 (33 %)	298 (37 %)
PG4	421 (9 %)	–	283 (9 %)	138 (12 %)	249 (31 %)
PG5	130 (3 %)	–	82 (3 %)	48 (4 %)	114 (14 %)

Hinweis: Die Tabelle basiert auf der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes. Die Kategorie „Selbstorganisierte Pflege (Pflegegrad 1)“ umfasst Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die keine oder ausschließlich landesrechtliche Leistungen erhalten, sowie teilstationär versorgte Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1. Die Kategorie „Pflege durch Angehörige (ab Pflegegrad 2)“ entspricht den vom Statistischen Bundesamt als „allein durch Angehörige gepflegt“ ausgewiesenen Pflegebedürftigen. Diese beziehen ausschließlich Pflegegeld, das erst ab Pflegegrad 2 gewährt wird. Die Kategorie „Pflege durch Angehörige und/oder Pflegedienste (alle Pflegegrade)“ umfasst zu Hause versorgte Pflegebedürftige, die zusammen mit oder durch ambulante Pflege- bzw. Betreuungsdienste versorgt werden. Die Kategorie „Stationäre Pflege (alle Pflegegrade)“ umfasst Pflegebedürftige, die vollstationär in Heimen versorgt werden.

Quelle: Pflegestatistik, DESTATIS 2024b, eigene Auswertung

ausmachen, der größte Teil der informellen Pflege entfällt. Wie viele Pflegebedürftige tatsächlich von Angehörigen oder nahestehenden Personen versorgt werden, lässt sich aus der Pflegestatistik allerdings nicht genau bestimmen.¹

Auch der Pflegegrad wird in der Statistik ausgewiesen. Dieser gibt bereits Hinweise auf die Intensität des Pflegebedarfs. Es ist davon auszugehen, dass mit steigendem Pflegegrad der Umfang und die Anforderungen der benötigten Pflege zunehmen. Insgesamt hat knapp die Hälfte der häuslich gepflegten Pflegebedürftigen Pflegegrad 2 (Tabelle 2). Mit zunehmendem Pflegegrad steigt die Bedeutung professioneller Pflegeleistungen. Während lediglich 0,5 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 stationär versorgt werden, trifft dies bei Pflegegrad 5 auf 47 Prozent zu. Auch innerhalb der häuslichen Pflege nimmt der Anteil der Personen, die zusätzlich professionelle Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, kontinuierlich von 12 Prozent bei Pflegegrad 1 auf 37 Prozent bei Pflegegrad 5 zu.

2.2 Informell Pflegende

Wie viele Menschen informelle Pflege leisten und damit dazu beitragen, den Pflegebedarf zu decken und das Pflegesystem zu sichern, lässt sich nicht ohne Weiteres bestimmen. Im weitesten Sinne zählen zu den informell Pflegenden all jene, die Menschen mit gesundheitlich bedingten Einschränkungen unentgeltlich unterstützen und versorgen, seien es Angehörige, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn oder andere Personen aus dem privaten Umfeld.

Informelle Pflege kann dabei ein breites Spektrum an Aufgaben umfassen. Sie reicht von pflegerischen Tätigkeiten im engeren Sinne wie Hilfe bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden, bei der Nahrungsaufnahme oder der Mobilität (Aktivitäten des täglichen Lebens, ADL) bis hin zu hauswirtschaftlichen Unterstützungsleistungen, etwa Einkaufen, Kochen, Putzen oder Wäschepflege. Darüber hinaus umfasst sie häufig organisatorische und koordinierende Aufgaben, beispielsweise die Vereinbarung von und Begleitung zu Arztterminen, die Kommunikation mit Pflege- und

¹ Bei stationär Versorgten werden zwar wesentliche Pflegeaufgaben durch die stationäre Einrichtung übernommen, Angehörige leisten jedoch häufig weiterhin Unterstützung im Alltag. In der Gruppe der Pflegebedürftigen, die ambulante Pflege- oder Betreuungsleistungen beziehen, ist davon auszugehen, dass zwar ein Großteil informell unterstützt wird, teilweise auch sehr hoher Pflegebedarf besteht, ein Teil aber ausschließlich professionelle Hilfe erhält. Bei häuslich gepflegten Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1, die keine oder nur landesrechtliche Leistungen beziehen, dürfte der Umfang informeller Pflege noch vergleichsweise gering sein.

TABELLE 2
Informell pflegende Personen nach Geschlecht und Erwerbsstatus (2023)

Merkmal	Insgesamt	Frauen	Männer
Pflegende insgesamt	7,0 Mio.	4,4 Mio. (62,5 %)	2,6 Mio. (37,5 %)
Erwerbsfähige Pflegende ^a	4,6 Mio.	2,9 Mio. (63,5 %)	1,7 Mio. (36,5 %)
Ø Pflegestunden/Woche	13,4 Std.	15,7 Std.	9,4 Std.
Davon erwerbstätige Pflegende ^b	3,6 Mio.	2,3 Mio. (62,6 %)	1,4 Mio. (37,4%)

a) Zu den erwerbsfähigen Pflegenden zählen Personen im Alter von 18 bis 67 Jahren ohne Rentenbezug, die mindestens eine Stunde informelle Pflege pro Woche leisten und für die eine gültige Erwerbsstatuszuordnung vorliegt.

b) Erwerbstätig sind Personen in Vollzeit, Teilzeit sowie sonstiger Erwerbstätigkeit (z. B. Ausbildung, geringfügige Beschäftigung oder Kurzarbeit).

Quelle: SOEP v40.1, Erhebungsjahr 2023; eigene Auswertung

Krankenkassen, die Organisation professioneller Unterstützungsangebote sowie die Koordination verschiedener Hilfen (instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL). Auch soziale und emotionale Unterstützung, etwa Gesellschaft leisten, Gespräche führen, Aufsicht übernehmen oder die Sicherstellung von Sicherheit und Teilhabe im Alltag, sind wesentliche Bestandteile informeller Pflege.

4,6 Millionen – rund 9 Prozent der Menschen im Erwerbsalter – leisten informelle Pflege

Je nach Definition und Datengrundlage unterscheiden sich die vorliegenden Angaben zur Anzahl der informell Pflegenden in Deutschland erheblich. In der

amtlichen Statistik wird nur der Teil der informell Pflegenden erfasst, die einen Anspruch auf Rentenversicherungsbeiträge durch die Pflegeversicherung haben.² Für 2023 wurden 1,1 Millionen Pflegepersonen ermittelt (Rothgang et al., 2025).

Eine deutlich weitere Definition von informeller Pflege legt das SOEP zugrunde (siehe Methodenbox 2). Laut SOEP leisteten 2023 rund 7 Millionen Menschen in Deutschland informelle Pflege. 4,6 Millionen, etwa zwei Drittel dieser Personen waren erwerbsfähig, das sind rund 9 Prozent der erwerbsfähigen Bevölkerung.³ Rund 3,6 Millionen Menschen verbinden Pflegeverantwortung mit einer Erwerbstätigkeit (siehe

METHODENBOX 2

Datengrundlage: Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP)

Eine wichtige Quelle zur Schätzung der Zahl informell Pflegenden ist das SOEP, das bereits mehreren neueren Analysen zur informellen Pflege zugrunde liegt (z. B. Calahorrano u. a., 2025; Ehrlich, 2023; Sachverständigenrat Wirtschaft, 2026; Stockhausen 2025). Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte in Deutschland. Für die vorliegende Analyse wird die Datenausgabe SOEP v40.1 verwendet, deren Hochrechnungen auf dem Zensus 2022 basieren und die Informationen

bis einschließlich jener aus dem Erhebungsjahr 2023 enthält (SOEP, 2025).

Als informell Pflegenden gelten Personen, die an einem durchschnittlichen Werktag Zeit für die Versorgung oder Betreuung pflegebedürftiger Menschen aufwenden. So wie die Frage im SOEP gestellt ist, umfasst die „Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Personen“ neben der Unterstützung bei der Körperpflege auch Hilfen im Haushalt und Betreuungsleistungen. Die Erfassung erfolgt unabhängig von einem anerkannten Pflegegrad,

einem bestimmten Verwandtschaftsverhältnis oder der Wohnsituation der gepflegten Person. Das SOEP bildet dadurch einen vergleichsweise breiten Kreis informell Pflegenden ab (Stockhausen, 2025).

2 Der besagte Anspruch besteht nur dann, wenn die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage, pflegt und die gepflegte Person mindestens Pflegegrad 2 hat.

3 Laut Statistischem Bundesamt waren 2023 53 Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 67 (DESTATIS, 2025)

Tabelle 2); gemessen an der Gesamtzahl der erwerbstätigen Bevölkerung 2023 von 45,9 Millionen (DESTATIS, 2024a) machen sie einen Anteil von rund 8 Prozent aus. Informelle Pflege ist damit für einen relevanten Teil der erwerbstätigen Bevölkerung Bestandteil des Alltags und muss mit der Erwerbstätigkeit vereinbart werden.

Pflegeverantwortung ist ungleich zwischen Frauen und Männern verteilt

Den größeren Anteil an der Bewältigung des bestehenden Pflegebedarfs übernehmen Frauen. Sie stellen rund 63 Prozent der informell Pflegenden und übernehmen im Durchschnitt rund 6 Stunden mehr Pflege als Männer (Tabelle 2). Die ungleiche Verteilung der Pflegeverantwortung verstärkt sich mit zunehmendem Pflegeaufwand (siehe im Detail Kapitel 3).

Noch deutlicher wird der Unterschied, wenn informell Pflegende mit hoher Pflegeintensität, d. h. mehr als 10 Pflegestunden pro Woche, betrachtet werden (siehe Tabelle 3). Von den rund 2,1 Millionen erwerbsfähigen Pflegenden mit hoher Pflegeintensität sind knapp 78 Prozent Frauen. Mehr als die Hälfte aller erwerbsfähigen pflegenden Frauen (56 Prozent) leisten mindestens zehn Stunden informelle Pflege pro Woche, bei den Männern trifft dies auf rund 28 Prozent zu. Zudem liegt der durchschnittliche wöchentliche Pflegeumfang von Frauen mit hoher Pflegeintensität mit 24,2 Stunden über dem entsprechenden Wert der Männer (knapp 21 Stunden).

Erwerbstätige Pflegende sind mehrheitlich zwischen 50 und 65 Jahre alt und pflegen die eigenen Eltern
Informelle Pflege wird überwiegend innerhalb familiärer Beziehungen erbracht. Die Pflege der eigenen

Eltern beziehungsweise Schwiegereltern stellt die häufigste Pflegekonstellation dar, gefolgt von der Pflege von Ehe- oder Lebenspartnerinnen/-partnern. In der Altersgruppe der 40- bis 64-Jährigen pflegen größtenteils Kinder ihre Eltern, informell Pflegende über 65 Jahre pflegen überwiegend ihren (Ehe-)Partner beziehungsweise ihre (Ehe-)Partnerin. Die Pflege von (erwachsenen) Kindern sowie die Pflege von Freundinnen und Freunden, Bekannten oder Nachbarinnen und Nachbarn demgegenüber eine geringere, gleichwohl nicht zu vernachlässigende Rolle (Behrendt et al., 2026; Brandt et al., 2025; Ehrlich & Kelle, 2019; Geiss et al., 2019). Insgesamt ist die Mehrheit der informell Pflegenden im Alter zwischen 50 und 65 Jahren (Behrendt et al., 2026; Rothgang et al., 2025). Für die Frage der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sind insbesondere jene Pflegearrangements relevant, in denen Pflege von Personen im erwerbsfähigen Alter übernommen wird. Dies betrifft vor allem die Pflege der eigenen (Schwieger-)Eltern sowie die Pflege von (erwachsenen) Kindern mit dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen.

Informelle Pflege wird häufig von mehreren Personen getragen

Die Pflegeverantwortung für eine pflegebedürftige Person wird dabei häufig nicht von einer einzigen Person allein übernommen. In vielen Pflegearrangements gibt es eine Hauptpflegeperson, die den größten Teil der Pflege- und Koordinationsaufgaben erfüllt, während weitere Angehörige, Bekannte oder auch professionelle Dienste unterstützend eingebunden sind. Mit zunehmender Pflegeintensität steigt in der Regel die Zahl der beteiligten Personen. Gleiches gilt für die Fälle, in denen eine professionelle Unterstützung hinzutritt (Geiss et al., 2019; Schütz & Wetzel, 2024).

TABELLE 3
Verteilung der erwerbsfähigen Pflegenden mit hoher Pflegeintensität nach Geschlecht (2023)

Merkmal	Insgesamt	Frauen	Männer
Erwerbsfähige Pflegende mit hoher Pflegeintensität ^a	2,1 Mio.	1,6 Mio. (77,9 %)	0,5 Mio. (22,1 %)
Anteil innerhalb der (Geschlechter-)Gruppe ^b	45,8 %	55,8 %	27,5 %
Ø Pflegestunden/Woche	23,5 Std.	24,2 Std.	20,9 Std.

a) Hohe Pflegeintensität = mindestens zehn Stunden informelle Pflege pro Woche
b) Die Werte für Männer und Frauen beziehen sich jeweils auf alle erwerbsfähigen Pflegenden des entsprechenden Geschlechts. Beispiel: Von allen pflegenden erwerbsfähigen Frauen pflegen 55,8 Prozent mit einer hohen Pflegeintensität.

Quelle: SOEP v40.1, Erhebungsjahr 2023; eigene Auswertung

Dennoch verbleibt die Hauptverantwortung häufig bei einer Person, die einen erheblichen Teil der zeitlichen und organisatorischen Belastungen trägt. Die Rolle der Hauptpflegeperson übernehmen mehrheitlich Frauen (Geiss et al., 2019).

2.3 Entwicklung des (informellen) Pflegebedarfs

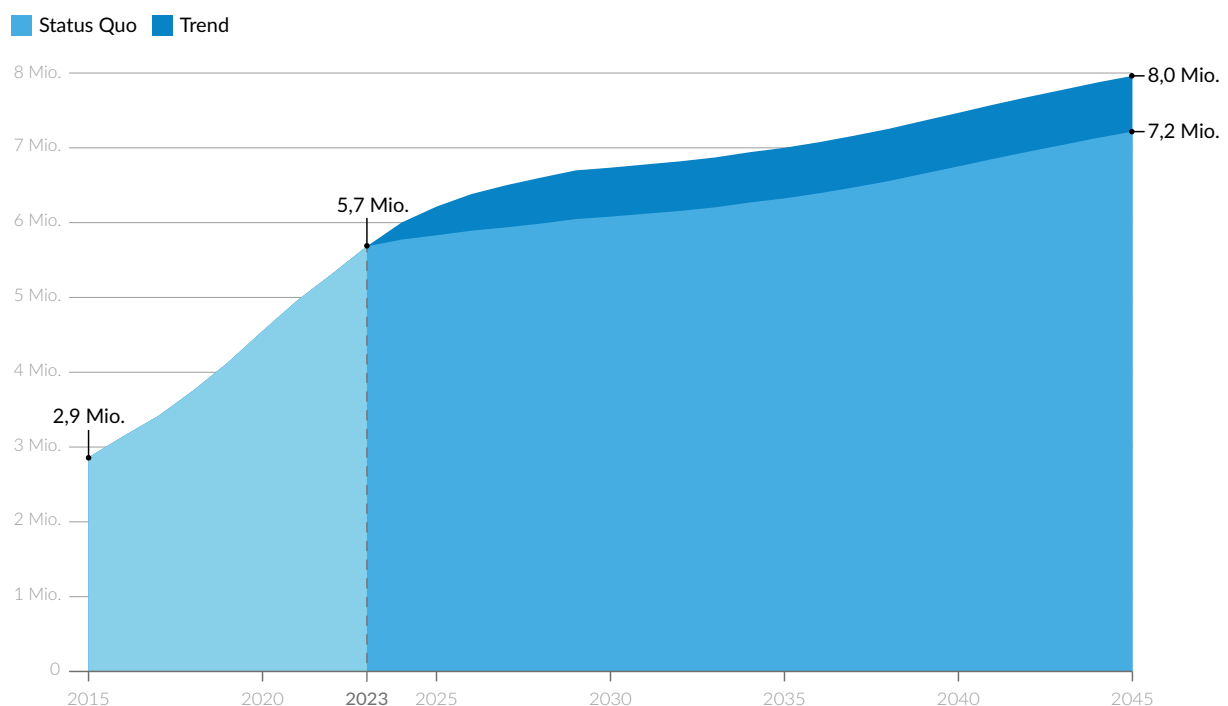
Infolge des demografischen Wandels wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen in den kommenden Jahren weiter steigen. Da die meisten Pflegebedürftigen zu Hause versorgt werden, wächst auch der Bedarf an häuslicher Pflege. Solange sich die Versorgungsstrukturen nicht grundlegend verändern, müssen Angehörige und andere nahestehende Personen einen großen Teil dieses Bedarfs decken. Entsprechend wird auch die Zahl der informell Pflegenden zunehmen. Um die Folgen für das Erwerbsarbeitsvolumen abschätzen zu können, ist zunächst zu klären, wie viele erwerbsfähige Menschen künftig informell pflegen und potenziell Pflege und Beruf vereinbaren werden.

Die Projektion erfolgt in zwei Schritten. Zunächst wird die künftige Entwicklung der Pflegebedürftigen berechnet. Sie lässt sich anhand der altersspezifischen Pflegequoten und der erwarteten Altersstruktur der Bevölkerung vergleichsweise verlässlich bestimmen (siehe Methodenbox 3). Daraus wird anschließend die Zahl der informell Pflegenden abgeleitet. Dabei wird ein konstantes Verhältnis von informell Pflegenden zu Pflegebedürftigen angenommen (siehe Methodenbox 4).

Bis 2045 könnte die Zahl der Pflegebedürftigen auf knapp 8 Millionen anwachsen

Auf Basis der amtlichen Pflegestatistik und der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung ist bis 2045 mit einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen um 1,5 bis 2,3 Millionen Personen zu rechnen (siehe Abbildung 1). Die Spannweite ergibt sich aus zwei Varianten der Vorausberechnung. Die „Status-quo“-Variante berücksichtigt ausschließlich die demografische Entwicklung. Danach hätten im Jahr 2045 etwas mehr als 7 Millionen Menschen einen Pflegebedarf. Die „Trend“-Variante schreibt zusätzlich die Entwicklung der vergangenen Jahre fort, in denen die Zahl der Pflegebedürftigen stärker gestiegen ist, als es die

ABBILDUNG 1
Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis 2045



Quelle: Pflegestatistik, Bevölkerungsfortschreibung, 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2), eigene Berechnung

BertelsmannStiftung

METHODENBOX 3

Pflegevorausberechnung

Grundlage der Pflegevorausberechnung für die Jahre 2024 bis 2045 bilden die Ergebnisse der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (kBV) des Statistischen Bundesamts. Alle Ergebnisse der vorliegenden Studie beruhen auf der geschätzten Entwicklung der Bevölkerungszahlen nach Alter und Geschlecht entsprechend der mittleren Variante (Variante 2) der 16. kBV.

Neben den Ergebnissen der 16. kBV liegen der Pflegevorausberechnung Pflegequoten nach Alter, Geschlecht und Art der Versorgung für den Zeitraum 2019 bis 2023 zugrunde. Zur Berechnung der Pflegequoten wurden die folgenden Daten herangezogen:

- Zahl der Pflegebedürftigen nach Alter(-sgruppen), Geschlecht und Art der Versorgung in den Jahren 2019, 2021 und 2023 entsprechend der amtlichen Pflegestatistik;
- Bevölkerungsstand nach Alter und Geschlecht entsprechend der Bevölkerungsfortschreibung auf der Basis des Zensus 2022 für die Jahre 2021, 2023 und 2024;

- Bevölkerungsstand nach Alter und Geschlecht entsprechend der Bevölkerungsrückrechnung auf der Basis des Zensus 2022 für das Jahr 2019.

Status-quo-Variante

Die Status-quo-Variante bildet ausschließlich den Einfluss der demografischen Entwicklung ab. Es wird unterstellt, dass sich die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung im Vorausrechnungszeitraum nicht verändert und derjenigen im Jahr 2023 entspricht. Die zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen ergibt sich dementsprechend aus der Entwicklung der Bevölkerungszahlen in den Jahren 2024 bis 2045 und den beobachteten Pflegequoten im Jahr 2023.

Trendvariante

Die Pflegequoten sind in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Besonders hohe Zuwächse gab es nach der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017. Diese waren zwar

erwartet worden, setzen sich jedoch bis heute fort. So überschritt die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung bereits 2023 den Wert, der ursprünglich für 2050 prognostiziert worden war (Nolting et al., 2026). Als Gründe gelten ein Nachwirken der Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten (Rothgang et al., 2025), ein besserer Informationsstand über die Leistungen der Pflegeversicherung und eine zunehmende Entstigmatisierung von Pflegebedürftigkeit (Nolting et al., 2026). Die Trendvariante der Pflegevorausberechnung unterstellt daher, dass sich der zwischen 2019 und 2023 beobachtete Anstieg der Pflegequoten bis 2029 fortsetzt und die Quoten anschließend konstant bleiben. Da die Ursachen des Anstiegs fortwirken dürften, erscheint diese Annahme realistischer als ein abrupter Stillstand, wie ihn die Status-quo-Variante unterstellt. Zugleich wird der Trend nicht unbegrenzt fortgeschrieben.

demografische Entwicklung allein erklären kann. (siehe Methodenbox 3). Nach dieser Variante könnte es im Jahr 2045 knapp 8 Millionen Pflegebedürftige geben. Im Folgenden beziehen wir uns ausschließlich auf die Trendvariante.

Im Jahr 2045 könnten 13 Prozent der Menschen im Erwerbsalter informelle Pflege leisten

Ausgehend von der Entwicklung der Pflegebedürftigen (in der Trend-Variante, siehe Methodenbox 3) lässt sich auch die Entwicklung der informell Pflegenden abschätzen. Dazu wird die Zahl der Pflegebedürftigen, die informell versorgt werden, der Zahl der erwerbsfähigen informell Pflegenden gegenübergestellt. Berücksichtigt werden dabei Pflegebedürftige, die laut Pflegestatistik allein durch Angehörige oder zusammen mit bzw. durch ambulante Pflege- oder Betreuungsdienste versorgt werden. Im Jahr 2023 waren das 4,2 Millionen Personen (siehe Tabelle 1, Kapitel 2.1). Ihnen werden 4,6 Millionen erwerbsfähige informell Pflegendе aus dem SOEP gegenübergestellt (siehe Kapitel 2.2). Daraus ergibt sich ein

informeller Pflege-Quotient von rund 1 zu 1,1. Das bedeutet, dass an der Versorgung einer pflegebedürftigen Person im Schnitt 1,1 erwerbsfähige informell Pflegendе beteiligt sind (siehe Methodenbox 4).

Unter der vereinfachenden Annahme, dass sich die Versorgungsstrukturen nicht grundlegend verändern und der informelle Pflege-Quotient bis 2045 stabil bleibt, würden im Jahr 2045 rund 6,4 Millionen Erwerbsfähige informelle Pflege leisten. Das wären etwa 1,7 Millionen mehr als 2023. Für 2045 erwartet die 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts eine Erwerbsbevölkerung von 46 bis 48 Millionen Personen (DESTATIS, 2025). Damit könnte fast jede siebte Person im Erwerbsalter vor der Herausforderung stehen, Pflege und Beruf zu vereinbaren (Abbildung 2).

Die Schätzung der Entwicklung basiert, wie beschrieben, auf der Annahme eines bis 2045 stabilen informellen Pflege-Quotienten. Diese Annahme ist mit Unsicherheiten verbunden. Unterschiedliche

METHODENBOX 4

Informeller Pflege-Quotient: Einordnung

Im Vergleich mit anderen Schätzungen ist das angenommene Verhältnis von 1,1 erwerbsfähigen informell Pflegenden auf eine pflegebedürftige Person plausibel. Rothgang et al. (2025) gehen beispielsweise von etwa zwei informell Pflegenden je pflegebedürftiger Person aus, Hoff et al. (2025) von 1,6 bis 1,7. Diese Werte schließen allerdings auch nicht erwerbsfähige Pflegenden ein. Je nach Quelle sind zwei Drittel (Behrendt et al., 2026) bis drei Viertel (Calahorrano et al., 2025) der informell Pflegenden im erwerbsfähigen Alter. Überträgt man diese Anteile auf die genannten Schätzungen, ergibt sich ein Verhältnis von etwa 1 zu 1,1 bis 1 zu 1,5. Der hier verwendete Quotient von 1 zu 1,1 liegt am unteren Rand dieser Spanne und ist daher eher konservativ.

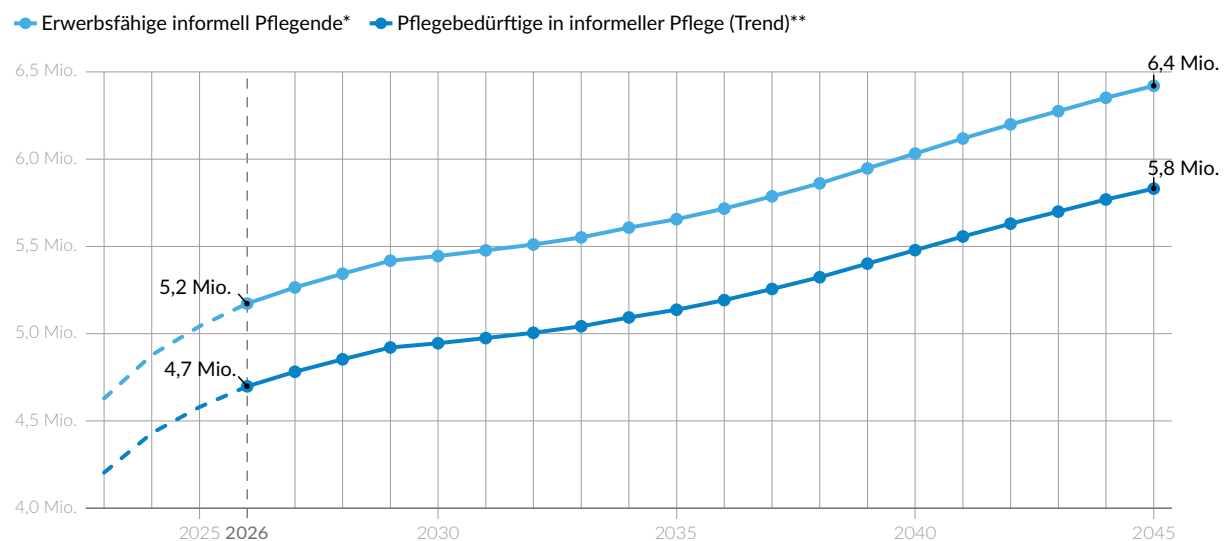
Entwicklungen könnten dazu führen, dass zukünftig mehr oder weniger erwerbsfähige Personen für die Versorgung eines Pflegebedürftigen zuständig sind und sich der Pflege-Quotient verändert. Beispielsweise könnten veränderte Einstellungen und Wünsche hinsichtlich der eigenen Pflege zu einer geringeren

„Nachfrage“ an informeller Pflege führen. Aktuelle Befragungen deuten darauf hin, dass zukünftige Generationen pflegebedürftiger Menschen tendenziell seltener erwarten, von Angehörigen gepflegt zu werden; sie wollen eher vermeiden, diesen „zur Last zu fallen“, und sind im Umkehrschluss professioneller Unterstützung gegenüber aufgeschlossener als frühere Generationen (Haumann, 2022). Davon ausgehend könnte ein größerer Teil des zusätzlichen Pflegebedarfs durch professionelle Angebote oder andere Unterstützungsformen außerhalb der Familie gedeckt werden – vorausgesetzt diese sind vorhanden – und die Anzahl der informell Pflegenden würde sinken.

Unabhängig davon, wie sich das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu informell Pflegenden entwickelt, spricht vieles dafür, dass die Belastung derjenigen zunimmt, die eine Pflegetätigkeit ausüben. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen und Menschen im rentennahen Alter wird voraussichtlich weiter steigen. Dadurch werden jene Bevölkerungsgruppen, die heute einen großen Teil der informellen Pflege leisten, weniger freie Zeit für Pflege haben. In Zukunft werden mehr Personen vor der Herausforderung stehen, informelle Pflege und Beruf zu vereinbaren.

ABBILDUNG 2

Entwicklung informell Pflegender im Erwerbsalter bis 2045



* Erwerbsfähige informell Pflegende umfassen Personen im Alter von 18 bis 67 Jahren ohne Rentenbezug mit gültiger Angabe zum Erwerbsstatus, die mindestens eine Stunde pro Woche informelle Pflege leisten. Berücksichtigt werden dabei sowohl erwerbstätige als auch nicht erwerbstätige Personen.

** Nur derjenige Teil Pflegebedürftigen wird berücksichtigt, bei dem eine wesentliche Beteiligung informell Pflegender anzunehmen ist. Dies ist auf Basis der Pflegestatistik nicht eindeutig bestimmbar. Um eine Überschätzung zu vermeiden, wurden Personen mit Pflegegrad 1, die ausschließlich landesrechtliche oder gar keine Leistungen erhalten, sowie Personen mit Pflegegrad 1 in teilstationärer Pflege ebenso wie stationär versorgte Pflegebedürftige ausgenommen (siehe Kapitel 2.1).

3. Pflegebedingte Erwerbsverluste

Ein großer Teil der informell Pflegenden ist im erwerbsfähigen Alter und muss Pflege mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren. Da Pflege häufig viele Stunden pro Woche beansprucht, ist davon auszugehen, dass sie sich auf die Erwerbstätigkeit der Pflegenden auswirkt. Wie stark Pflege die Erwerbsbeteiligung und den Erwerbsumfang von Frauen und Männern beeinflusst und welches Erwerbsarbeitsvolumen dadurch verloren geht, steht im Mittelpunkt dieses Kapitels. Ausgangspunkt sind deskriptive Befunde auf Basis des SOEP, die mit zentralen Ergebnissen der Forschungsliteratur zu pflegebedingten Erwerbsanpassungen zusammengeführt werden. Darauf aufbauend werden Annahmen zur Verringerung der Erwerbsarbeitszeit und zum Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit abgeleitet, die als Grundlage für eine Schätzung des pflegebedingt entfallenden Erwerbsvolumens dienen. Verknüpft mit der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen und der informell Pflegenden lässt sich schließlich beziffern, wie sich dieser Verlust bis 2045 entwickeln könnte, sofern sich die Struktur des Pflegesystems nicht grundlegend ändert und/oder keine zusätzlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit ergriffen werden.

3.1 Erwerbsbeteiligung und Erwerbsumfang informell Pflegender

Eigene SOEP-Auswertungen zeigen bereits, dass sich die Erwerbssituation der Pflegenden von jener der Nichtpflegenden unterscheidet (Tabelle 4). Informell Pflegende sind häufiger teilzeitbeschäftigt und arbeiten im Durchschnitt weniger Stunden in Erwerbsarbeit als Personen ohne Pflegeverantwortung. Spiegelbildlich dazu ist Vollzeitbeschäftigung unter Pflegenden seltener. So beträgt der Vollzeitanteil unter den erwerbsfähigen Pflegenden 47,5 Prozent gegenüber 56,2 Prozent bei den Nichtpflegenden. Gleichzeitig liegt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten bei Pflegenden mit 25,1 Prozent über dem entsprechenden Wert für die Gruppe der Nichtpflegenden (21 Prozent). Folglich fällt auch die durchschnittliche Wochenerwerbsarbeitszeit mit 35,2 Stunden geringer aus als bei den Nichtpflegenden (36,5 Stunden). Damit deuten die Ergebnisse auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Pflegeverantwortung und Erwerbsumfang hin.

TABELLE 4

Erwerbsstruktur der Gruppe erwerbsfähiger Pflegender und Nichtpflegender nach Geschlecht (2023)

Erwerbsmerkmal	Nicht-pflegende insgesamt	Pflegende insgesamt	Nicht-pflegende Frauen	Pflegende Frauen	Nicht-pflegende Männer	Pflegende Männer
Vollzeit	56,2 %	47,5 %	38,8 %	34,7 %	72,4 %	69,6 %
Teilzeit	21 %	25,1 %	34,1 %	34,3 %	8,7 %	9,2 %
Sonstige^a	6,8 %	7,8 %	7,8 %	10,1 %	5,9 %	3,9 %
Nicht erwerbstätig	16,1 %	19,6 %	19,4 %	20,9 %	13 %	17,3 %
Ø Erwerbsarbeitszeit^b	36,5 Std.	35,2 Std.	33,1 Std.	32,1 Std.	39,5 Std.	40,3 Std.

a) Sonstige Erwerbsformen umfassen Ausbildung, unregelmäßige oder geringfügige Beschäftigung, Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung sowie Kurzarbeit.

b) Die durchschnittliche Erwerbsarbeitszeit bezieht sich ausschließlich auf Erwerbstätige mit gültiger Angabe zur Erwerbsarbeitszeit im Alter von 18–67 Jahren.

Quelle: SOEP v40.1, Erhebungsjahr 2023; eigene Auswertung

Pflegende Frauen sind seltener in Vollzeit beschäftigt als nichtpflegende Frauen. Pflegende Männer sind seltener erwerbstätig als nicht pflegende Männer.

Tabelle 4 zeigt zudem, dass die Unterschiede zwischen Pflegenden und Nichtpflegenden je nach Geschlecht variieren. Bei Frauen zeigt sich der deutlichste Unterschied im Anteil der Vollzeitbeschäftigten. Pflegende Frauen sind seltener vollzeitbeschäftigt als Frauen ohne Pflegeverantwortung (34,7 Prozent gegenüber 38,8 Prozent) und weisen zudem eine etwas geringere durchschnittliche Wochenerwerbsarbeitszeit auf (32,1 gegenüber 33,1 Stunden). Bei Männern fallen die Unterschiede in den Erwerbsformen insgesamt geringer aus. Der größte Unterschied zeigt sich hier im Anteil der Nichterwerbstätigen: Dieser beträgt bei pflegenden Männern 17,3 Prozent und liegt damit deutlich über dem Wert der nichtpflegenden Männer (13 Prozent). Die Vollzeitquoten unterscheiden sich in geringerem Ausmaß (69,6 Prozent gegenüber 72,4 Prozent). Auffällig ist zudem, dass pflegende Männer eine etwas höhere durchschnittliche Wochenarbeitszeit haben (40,3 gegenüber 39,5 Stunden).

Hohe Pflegeintensität geht mit geringerer Erwerbsbeteiligung einher

Deutlicher als beim allgemeinen Vergleich von Pflegenden und Nichtpflegenden treten Unterschiede bei einer Differenzierung nach Pflegeintensität hervor. Mit zunehmendem zeitlichen Pflegeaufwand verändert sich die Erwerbsstruktur der Pflegenden sichtbar (Tabelle 5). So liegt der Vollzeitanteil bei Pflegenden mit hoher Pflegeintensität bei 38,2 Prozent und damit

deutlich unter dem entsprechenden Wert von Pflegenden mit geringer Pflegeintensität (55,2 Prozent). Gleichzeitig sind Personen mit hoher Pflegeintensität häufiger nicht erwerbstätig (22,9 Prozent gegenüber 16,8 Prozent) und arbeiten, sofern sie erwerbstätig sind, im Durchschnitt weniger Stunden pro Woche (32,7 gegenüber 37 Stunden).

Diese Muster zeigen sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern, allerdings in unterschiedlicher Ausprägung. Frauen mit hoher Pflegeintensität sind seltener vollzeitbeschäftigt als Frauen mit geringer Pflegeintensität (32 Prozent gegenüber 38,2 Prozent) und häufiger nicht erwerbstätig (23,6 Prozent gegenüber 17,6 Prozent) als Frauen mit geringer Pflegeintensität. Zugleich fällt ihre durchschnittliche Wochenerwerbsarbeitszeit niedriger aus (31,4 gegenüber 32,9 Stunden). Bei Männern zeigen sich die Unterschiede vor allem in der Erwerbsform. Der Vollzeitanteil sinkt von 73,2 auf 60 Prozent, während sich der Teilzeitanteil von 7,1 auf 14,8 Prozent mehr als verdoppelt. Gleichzeitig arbeiten Männer mit hoher Pflegeintensität im Durchschnitt weniger Stunden als Männer mit geringerer Pflegebelastung (41,3 gegenüber 37,4 Stunden pro Woche).

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Intensität der Pflege eine wichtige Rolle für die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit spielt. Mit zunehmendem zeitlichen Pflegeaufwand sinken die Vollzeitquoten, während Teilzeitbeschäftigung und Nichterwerbstätigkeit zunehmen.

TABELLE 5

Erwerbsstruktur der Gruppe erwerbsfähiger Pflegenden nach Pflegeintensität und Geschlecht (2023)

Erwerbsmerkmal	Hohe Pflegeintensität, ^a gesamt	Geringe Pflegeintensität, ^b gesamt	Frauen, geringe Pflegeintensität	Frauen, hohe Pflegeintensität	Männer, geringe Pflegeintensität	Männer, hohe Pflegeintensität
Vollzeit	38,2 %	55,2 %	38,2 %	32 %	73,2 %	60 %
Teilzeit	28,7 %	22,2 %	36,4 %	32,6 %	7,1 %	14,8 %
Sonstige^c	10,2 %	5,8 %	7,9 %	11,8 %	3,6 %	4,6 %
Nicht erwerbstätig	22,9 %	16,8 %	17,6 %	23,6 %	16 %	20,6 %
Ø Erwerbsarbeitszeit^d	32,7 Std.	37 Std.	32,9 Std.	31,4 Std.	41,3 Std.	37,4 Std.

a) Hohe Pflegeintensität = mindestens zehn Stunden informelle Pflege pro Woche

b) Niedrige Pflegeintensität = mindestens eine, aber weniger als zehn Stunden informelle Pflege pro Woche

c) Sonstige Erwerbsformen umfassen Ausbildung, unregelmäßige oder geringfügige Beschäftigung, Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung sowie Kurzarbeit.

d) Die durchschnittliche Erwerbsarbeitszeit bezieht sich ausschließlich auf Erwerbstätige mit gültiger Angabe zur Erwerbsarbeitszeit.

Quelle: SOEP v40.1, Erhebungsjahr 2023; eigene Auswertung

Die stärksten Unterschiede zeigen sich nach Geschlecht und Pflegeintensität

Die dargestellten Befunde beschreiben Zusammenhänge zwischen Pflegeverantwortung, Pflegeintensität und Erwerbstätigkeit, lassen aber keine Aussagen über Ursache und Wirkung zu. Deutlich wird dennoch, dass die Unterschiede vor allem entlang zweier Dimensionen verlaufen, nämlich Geschlecht und Pflegeintensität. Zwischen Pflegenden und Nichtpflegenden unterscheidet sich bei Frauen insbesondere der Erwerbsumfang, bei Männern insbesondere die Erwerbsbeteiligung. Zugleich nehmen die Abstände mit wachsendem Pflegeaufwand insgesamt zu. Da Frauen auch ohne Pflegeverantwortung häufiger in Teilzeit arbeiten, bleibt offen, ob Pflege den Erwerbsumfang verringert oder ob Personen mit geringerem Erwerbsumfang eher Pflege übernehmen.

Wie sich informelle Pflege tatsächlich auf die Erwerbstätigkeit auswirkt, lässt sich anhand von Analysen beurteilen, die individuelle Erwerbsverläufe über die Zeit verfolgen und kausale Effekte identifizieren.

3.2 Formen und Ausmaß pflegebedingter Erwerbsanpassungen

Der folgende Abschnitt führt daher die zentralen Befunde der Literatur zu pflegebedingten Erwerbsanpassungen zusammen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Zusammenhänge zwischen Pflegeintensität, Form der Erwerbsanpassung und Geschlecht. Die Ergebnisse dienen anschließend als Grundlage für die Ableitung der Annahmen zur Schätzung des pflegebedingten Erwerbsverlusts. Bei der Interpretation der Studienergebnisse ist zu berücksichtigen, dass sich die zugrunde liegenden Untersuchungen sowohl hinsichtlich ihrer *Datengrundlage* als auch hinsichtlich der betrachteten *Pflegekonstellation* unterscheiden. Diese Unterschiede erklären Abweichungen in den berichteten Werten. Über die verschiedenen Studien hinweg zeigen sich dennoch vergleichbare Größenordnungen der pflegebedingten Erwerbsanpassungen.

- Ein Teil der Studien basiert auf bevölkerungsrepräsentativen Paneldaten wie dem SOEP oder dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) und untersucht Pflege im Kontext allgemeiner Erwerbs- und Lebensverläufe (u. a. Ehrlich, 2023; Ehrlich et al., 2020; Geyer, 2016; Heger & Korfhage, 2020; Korfhage & Fischer-Weckemann, 2024; Schmitz & Westphal, 2017; Stockhausen, 2025).

- Daneben stehen themenspezifische Befragungen pflegender Personen beziehungsweise von Pflegehaushalten, die detaillierte Informationen zu Pflegesituation und Erwerbsverhalten erfassen (u. a. Behrendt et al., 2026; Geiss et al., 2019; Haumann, 2022; Scheuermann et al., 2024b, 2024a; Schneekloth et al., 2017; Schwinger et al., 2016; Schwinger & Zok, 2024).
- Ergänzt wird die Evidenz durch registerdatenbasierte Analysen der Tätigkeit besonders intensiv Pflegender (u. a. Keck, 2016; Schütz & Wetzel 2024).

Was die jeweils betrachtete Pflegekonstellation angeht, so erfassen einige der zuvor angeführten Untersuchungen Angehörigenpflege allgemein. Demgegenüber beziehen sich andere gezielt auf die Pflege von Eltern bzw. Schwiegereltern oder auf Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten. Die SOEP-basierten Studien erfassen Pflegetätigkeiten dagegen beziehungsneutral über den zeitlichen Pflegeaufwand und erlauben keine Aussage zur Beziehung zwischen pflegender und gepflegter Person. Zudem umfasst der Kreis der Pflegenden je nach Studie ausschließlich Angehörige oder schließt auch Freunde, Bekannte und Nachbarn ein. Eine systematische Übersicht über die berücksichtigten Studien enthält Tabelle 11 im Anhang.

Die Mehrheit der Pflegenden bleibt erwerbstätig

Die Studienlage weist insgesamt darauf hin, dass die Übernahme informeller Pflegeaufgaben die Erwerbstätigkeit beeinflussen kann. Sowohl Befragungen, in denen Pflegende direkt nach den Gründen für Arbeitszeitreduktionen oder Erwerbsausstiege gefragt werden, als auch Längsschnitt- und Paneldatenanalysen zeigen entsprechende Zusammenhänge. Gleichzeitig verdeutlichen die Befunde, dass die Mehrheit der informell Pflegenden ihre Erwerbstätigkeit weiterhin aufrechterhält. Pflege führt somit nicht zwangsläufig zu Erwerbsanpassungen, erhöht jedoch deren Wahrscheinlichkeit.

Etwa ein Viertel der erwerbstätigen Pflegenden reduzieren ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege

Eine Reihe von Befragungen untersucht den Anteil der erwerbstätigen Pflegenden, die ihre Arbeitszeit aufgrund von Pflege reduzieren. Die Werte beziehen sich teilweise auf unterschiedliche Bezugsgruppen. So berichten Behrendt et al., dass 45 Prozent der Teilzeitbeschäftigten aufgrund der Pflege in Teilzeit arbeiten, bei Schwinger und Zok geben 51,8 Prozent der in

Teilzeit oder stundenweise Erwerbstätigen eine pflegebedingte Reduzierung an. Andere Studien beziehen ihre Angaben auf alle Erwerbstätigen oder auf die zu Pflegebeginn Erwerbstätigen. Um die Ergebnisse vergleichbar zu machen, werden die Angaben, soweit anhand der berichteten Fallzahlen möglich, auf alle zum Befragungszeitpunkt Erwerbstätigen bezogen. Danach haben je nach Studie rund 19 bis 32 Prozent der erwerbstätigen informell Pflegenden ihren Erwerbsumfang aufgrund der Pflege reduziert. Für Behrendt et al. ergibt sich beispielsweise ein Anteil von rund 21 Prozent, für Schwinger und Zok von rund 19 Prozent und für Geiss et al. von rund 32 Prozent; Scheuermann et al. berichten einen Anteil von rund 25 Prozent (Behrendt et al., 2026; Geiss et al., 2019; Haumann, 2022; Scheuermann et al., 2024b; Schneekloth et al., 2017).

Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit münden in spürbaren Stundenverlusten

Je nach der betrachteten Studie fällt die Verringerung der Erwerbsarbeitszeit unterschiedlich groß aus. Dies ist unter anderem auf Unterschiede in Bezug auf Datenbasis, Pflegekonstellation und Definition der betrachteten Gruppen zurückzuführen.

Studien, die auf Basis bevölkerungsrepräsentativer Paneldaten individuelle Erwerbsverläufe über die Zeit betrachten, zeigen Erwerbsarbeitszeiteffekte im Bereich von wenigen Stunden pro Woche. So nennt Geyer (2016) für Frauen mit Pflegetätigkeit Einschränkungen der Erwerbsarbeit im Umfang von rund zwei bis vier Stunden pro Woche, je nach Pflegeintensität und Wohnsituation. Heger und Korfhage (2020) stellen für Frauen mit dauerhafter Pflegeverantwortung eine Verringerung der Erwerbsarbeitszeit um rund 14 Prozent fest.

Scheuermann et al. (2024b) zeigen anhand von Befragungsergebnissen für Pflegepersonen, die ihre Arbeitszeit reduziert haben, einen Rückgang der durchschnittlichen Wochenerwerbsarbeitszeit von 35,5 auf 24,7 Stunden und damit eine Verringerung um rund 30 Prozent bzw. knapp 11 Stunden pro Woche. Dieser Wert bezieht sich ausschließlich auf die Gruppe der Teilzeitarbeitenden. Bezogen auf die gesamte Gruppe der Erwerbstätigen in der Studie ergibt sich ein durchschnittlicher Erwerbsarbeitszeitverlust von rund 9 Prozent.

Rund ein Drittel der nicht erwerbstätigen Pflegenden im Erwerbsalter ist aufgrund der Pflege nicht erwerbstätig

Auch die Angaben zur pflegebedingten Nichterwerbstätigkeit beruhen in den Studien auf unterschiedlichen Bezugsgruppen. Beispielsweise weisen Behrendt et al. einen Anteil von 9,8 Prozent an allen Nichterwerbstätigen aus; diese Gruppe umfasst jedoch auch Personen im Ruhestand oder Vorruhestand. Andere Studien betrachten die bei Pflegebeginn Erwerbstätigen oder grenzen die Nichterwerbstätigen bereits auf Personen im Erwerbsalter ein. Für die vorliegende Analyse werden die Angaben daher, soweit anhand der verfügbaren Zahlen möglich, auf eine gemeinsame Bezugsgruppe harmonisiert: die zum Befragungszeitpunkt nicht erwerbstätigen informell Pflegenden im Erwerbsalter. Auf dieser Grundlage ergibt sich bei Behrendt et al. ein Anteil von rund 36 Prozent, während Schwinger und Zok 28 Prozent ausweisen und sich aus den Angaben von Geiss et al. ein Anteil von rund 34 Prozent ableiten lässt. Die verfügbaren Ergebnisse deuten damit darauf hin, dass etwa 30 bis 35 Prozent der nicht erwerbstätigen informell Pflegenden im Erwerbsalter aufgrund der Pflege nicht erwerbstätig sind (Behrendt et al., 2026; Geiss et al., 2019; Haumann, 2022; Scheuermann et al., 2024a; Schneekloth et al., 2017; Schwinger & Zok, 2024). Die Befunde deuten darauf hin, dass Ausstiege aus der Erwerbstätigkeit insbesondere bei hoher Pflegeintensität auftreten (Ehrlich 2023, siehe nächster Abschnitt).

Die Pflegeintensität hat Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit pflegebedingter Erwerbsanpassungen

Wenn Erwerbsanpassungen erfolgen, dann geschieht dies häufiger in Form einer Verringerung der Erwerbsarbeitszeit als durch einen vollständigen Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit. Zugleich weisen die Studien übereinstimmend darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit solcher Erwerbsanpassungen mit zunehmender Pflegeintensität deutlich ansteigt. Während ein geringerer Pflegeumfang häufig noch mit einer Erwerbstätigkeit vereinbar ist, gewinnen bei längeren Pflegezeiten sowohl Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit als auch der vollständige Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit an Gewicht. Besonders ausgeprägt sind die negativen Erwerbseffekte bei täglicher oder nahezu täglicher Pflege, beim Zusammenleben mit der pflegebedürftigen Person, bei höheren Pflegegraden sowie bei einem hohen Unterstützungsbedarf (Behrendt et al., 2026; Ehrlich, 2023; Heger & Korfhage, 2020; Scheuermann et al., 2024b). Oberhalb eines Pflegeaufwands von etwa zehn Wochenstunden

verdoppelt sich die Wahrscheinlichkeit eines vollständigen Ausstiegs (Ehrlich, 2023). Darüber hinaus steigt die Wahrscheinlichkeit einer Erwerbsanpassung auch mit der Dauer der Pflegesituation (Heger & Korfhage, 2020; Sachverständigenrat Wirtschaft, 2026; Schmitz & Westphal, 2017)

Frauen reduzieren häufiger ihre Erwerbsarbeitszeit, Männer geben häufiger ihre Erwerbstätigkeit auf

Männer und Frauen reagieren auf die Übernahme informeller Pflege in unterschiedlicher Weise. Das gilt sowohl für die Frage, *ob* sie ihre Erwerbstätigkeit anpassen, als auch für jene, *wie* sie dies tun.

Frauen passen ihre Erwerbstätigkeit vor allem über eine Reduktion der Erwerbsarbeitszeit an, ohne den Arbeitsmarkt vollständig zu verlassen. Geyer (2016) zeigt auf der Basis des SOEP, dass pflegende Frauen in Pflegehaushalten ihre Wochenerwerbsarbeitszeit im Durchschnitt um rund drei Stunden verringern – bei geringem Pflegeaufwand um etwa zwei, bei intensiver Pflege um bis zu 3,6 Stunden. Heger und Korfhage (2020) bestätigen dieses Muster im europäischen Vergleich (SHARE-Daten, Erwerbstätige im Alter von 50 bis 70 Jahren): Bei kontinuierlicher, also über mehrere Jahre andauernder Pflege reduzieren Frauen die Zahl ihrer Erwerbsarbeitsstunden um rund 14 Prozent und sind seltener vollzeitbeschäftigt. Die Erwerbsbeteiligung sinkt zwar auch bei Frauen (kurzfristig um 5,4 Prozentpunkte), der dominierende Anpassungsmechanismus bleibt jedoch die Verringerung der Erwerbsarbeitszeit.

Pflegende Männer hingegen passen laut Heger und Korfhage (2020) ihre Erwerbsarbeitszeit praktisch nicht signifikant an; stattdessen steigt bei kontinuierlicher Pflege ihre Wahrscheinlichkeit eines vollständigen Ausstiegs aus der Erwerbsarbeit um 14 Prozentpunkte und die eines vorzeitigen Ruhestands um 7,5 Prozentpunkte. Auch Geyer (2016) stellt fest, dass Männer bei hohem Pflegeaufwand die Erwerbstätigkeit eher ganz aufgeben; ihre Erwerbswahrscheinlichkeit sinkt mit Eintritt des Pflegefalls um 6,5 Prozentpunkte und damit stärker als bei Frauen (rund 4 Prozentpunkte).

Zugespitzt durchlaufen Frauen einen abgestuften Anpassungsprozess. Sie verringern zunächst ihre Erwerbsarbeitszeit und ziehen sich erst bei sehr intensiver oder dauerhafter Pflege vollständig zurück.

Männern fehlt diese Zwischenstufe weitgehend. Bei geringerer Belastung setzen sie ihre meist vollzeitnahe Beschäftigung unverändert fort, bei hoher Belastung steigen sie ganz aus oder gehen vorzeitig in den Ruhestand. Während Frauen einen graduellen Übergang wählen, folgen Männer eher dem Prinzip „Alles oder nichts“ (vgl. auch Au & Hagen, 2018).

Pflege beeinflusst den Erwerbsverlauf über die Pflegephase hinaus

Au und Hagen (2018) weisen darauf hin, dass die unterschiedlichen Muster der Erwerbsanpassung von Frauen und Männern vor dem Hintergrund ihrer unterschiedlichen Arbeitsmarktpartizipation zu interpretieren sind. Frauen arbeiten bereits vor Pflegebeginn häufiger in Teilzeit. Erwerbsfolgen zeigen sich bei ihnen daher nicht nur in Form von zusätzlichen Kürzungen der Erwerbsarbeitszeit, sondern auch von verhinderten Ausweitungen, einer Verstetigung bestehender Teilzeitarrangements sowie erschwerten Übergängen in Vollzeitbeschäftigung.

Mehrere Studien, die ausschließlich Frauen betrachten, weisen darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit, nach dem Ende einer Pflegephase die dem Erwerb gewidmete Erwerbsarbeitszeit wieder auszuweiten oder in eine Vollzeitbeschäftigung zurückzukehren, reduziert ist. Auch nach der Beendigung der Pflege bleiben Erwerbsbeteiligung, Erwerbsarbeitszeitumfang oder die Rückkehr in eine Vollzeitbeschäftigung oftmals hinter dem vorherigen Niveau zurück. Die Auswirkungen informeller Pflege sind also nicht auf die Dauer der Pflegephase beschränkt. Vielmehr können sie den weiteren Erwerbsverlauf langfristig prägen (Ehrlich et al., 2020; Korfhage & Fischer-Weckemann, 2024; Schmitz & Westphal, 2017).

3.3 Methodik der Schätzung pflegebedingter Erwerbsverluste

3.3.1 Datengrundlage und Vorgehensweise

Wollte man die pflegebedingten Erwerbsverluste unmittelbar berechnen, so müsste für alle erwerbsfähigen informell Pflegenden bekannt sein, ob sie ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege reduziert oder aufgegeben haben und in welchem Umfang sie ohne Pflegeverantwortung erwerbstätig wären.

METHODENBOX 5**Berechnung des verlorenen Erwerbsvolumens in Vollzeitäquivalenten**

Der Verlust durch **Reduzierung der Erwerbsarbeitszeit** ergibt sich aus der folgenden Formel:

$$VZ\ddot{A}_{\text{reduziert}} = \frac{N_{\text{et}} \times AR \times UR \times AZ_{\text{ref}}}{VZ}$$

Der Verlust durch den pflegebedingten **Entfall einer Erwerbstätigkeit** ergibt sich aus der folgenden Formel:

$$VZ\ddot{A}_{\text{Ausstieg}} = \frac{N_{\text{net}} \times AE \times AZ_{\text{ref}}}{VZ}$$

Das **gesamte verlorene Erwerbsvolumen** ergibt sich aus folgender Formel:

$$VZ\ddot{A}_{\text{Gesamt}} = VZ\ddot{A}_{\text{Reduktion}} + VZ\ddot{A}_{\text{Ausstieg}}$$

mit

- N_{et} = Zahl der erwerbstätigen Pflegenden der jeweiligen Gruppe
- N_{net} = Zahl der nicht erwerbstätigen, aber erwerbsfähigen Pflegenden der jeweiligen Gruppe
- AE = Durchschnittlicher Anteil der pflegebedingt Nichterwerbstätigen (Erwerbsausstiege)
- AR = Durchschnittlicher Anteil mit pflegebedingter Reduzierung der Erwerbsarbeitszeit
- AZ_{ref} = Durchschnittliche Wochenarbeitszeit vergleichbarer nichtpflegender Erwerbstätiger desselben Geschlechts
- VZ = Vollzeitreferenz (38,2 Wochenstunden)

Entsprechende Informationen liegen in den verfügbaren Daten jedoch nicht vollständig vor.⁴ Deshalb führen wir die dargestellten Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen zusammen.

- Ausgangspunkt sind die Auswertungen des SOEP, sie liefern Größe und Struktur der Gruppe der informell Pflegenden im Jahr 2023 (z. B. Geschlechteranteile, Erwerbsbeteiligung und -formen,

Pflegeintensität in Stunden, siehe Kapitel 3.1).⁵ Für jedes Prognosejahr wird die in Kapitel 2.3 vorausberechnete Gesamtzahl erwerbsfähiger informell Pflegender (Abbildung 2) anhand der für das Referenzjahr 2023 ermittelten Gruppenanteile auf die Modellgruppen verteilt.

- Aus der in Kapitel 3.2 dargestellten Literatur lassen sich Modellannahmen dazu ableiten, wie groß der Anteil der erwerbstätigen informell Pflegenden ist, die ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege reduziert haben, und wie hoch die Reduzierung prozentual im Durchschnitt ausfällt.
- Außerdem sind Modellannahmen dazu möglich, wie groß der Anteil der nicht erwerbstätigen Pflegenden im Erwerbsalter ist, die die Erwerbstätigkeit auf Grund der Pflege aufgeben.
- Zur Annäherung an den Erwerbsumfang, der ohne pflegebedingte Einschränkungen realisiert werden würde, wurden die auf der Basis des SOEP für das Jahr 2023 ermittelten durchschnittlichen Wochenarbeitszeiten erwerbstätiger Nichtpflegender desselben Geschlechts als Referenz herangezogen. Diese betragen 33,1 Wochenstunden für Frauen und 39,5 Wochenstunden für Männer. Die Werte dienen als Näherung für den Erwerbsumfang, den Pflegende realisieren würden, wenn Pflege uneingeschränkt mit dem Beruf vereinbar wäre.

Auf dieser Basis ist eine Schätzung möglich, wie hoch das Erwerbsarbeitsvolumen in Wochenstunden ist, das aufgrund von informeller Pflege verloren geht.

1. Dazu wurde zunächst die Anzahl der erwerbstätigen Pflegenden bestimmt, die ihre Erwerbstätigkeit nach den Modellannahmen aufgrund der Pflege reduzieren (Verlustkomponente 1) sowie
2. die Anzahl der nicht erwerbstätigen Pflegenden (im Erwerbsalter), die ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben haben (Verlustkomponente 2).

4 Der Mikrozensus erfasst Gründe für Teilzeit bzw. Nichterwerbstätigkeit sowie Mehrarbeitswünsche. Da hier jedoch nur ein Hauptgrund für Erwerbs Einschränkungen angegeben werden kann, können Personen unberücksichtigt bleiben, bei denen Pflege zwar zur Einschränkung der Erwerbstätigkeit beiträgt, dies jedoch aufgrund der Beschränkung auf einen Hauptgrund nicht gesondert ausgewiesen wird. Zum anderen werden als Personen mit Mehrarbeitswunsch nur diejenigen gezählt, die angeben, zum jetzigen Zeitpunkt ihre Arbeitszeit erhöhen zu wollen (auch unter unveränderten Rahmenbedingungen). Die vorliegende Analyse wählt daher einen anderen Ansatz.

5 In der Schätzung wurden Personen berücksichtigt, die im SOEP eindeutig als erwerbstätig (einschließlich „Sonstige“) oder als nicht erwerbstätig eingeordnet werden können.

3. Anschließend wurde geschätzt, wie viele Erwerbsarbeitsstunden im Vergleich mit der geschlechtsspezifischen Referenzarbeitszeit bei den „Reduzierenden“ und bei den „Aufgebenden“ verloren gehen. Bei Erwerbstätigen ergibt sich dieser Verlust aus der angenommenen Verringerung der Erwerbsarbeitszeit, bei pflegebedingt Nichterwerbstätigen aus dem vollständigen Wegfall der angenommenen Referenzarbeitszeit. Die jeweiligen Stundenzahlen wurden zu einem Gesamtverlust summiert.

4. Die Anzahl verlorener Erwerbsarbeitsstunden wurde in Vollzeitäquivalente umgerechnet, der Umrechnung liegt die durchschnittliche (tarifliche oder betriebsübliche) Wochenerwerbsarbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten entsprechend der IAB-Arbeitszeitrechnung von rund 38,2 Stunden zugrunde (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), 2026).

3.3.2 Modellannahmen

Bei der Schätzung der Erwerbsvolumenverluste wird entsprechend der Literaturbefunde berücksichtigt, dass Erwerbsanpassungen zum einen abhängig von der Pflegeintensität erfolgen, zum anderen geschlechterspezifische Muster der Erwerbsanpassung aufweisen. Entsprechend wurden differenzierte Modellannahmen zum

- Anteil der erwerbstätigen Pflegenden, die ihre Erwerbsarbeitszeit aufgrund der Pflege reduzieren,
- Umfang der Reduzierung der Erwerbsarbeitszeit,
- Anteil der nicht erwerbstätigen Pflegenden im Erwerbsalter, die ihre Erwerbsarbeitszeit aufgrund der Pflege aufgeben,

für die folgenden vier Gruppen getroffen:

- Frauen mit geringer Pflegeintensität,
- Frauen mit hoher Pflegeintensität,
- Männer mit geringer Pflegeintensität,
- Männer mit hoher Pflegeintensität.

Tabelle 6 und Tabelle 7 zeigen die konkreten Modellannahmen.

Die Modellannahmen orientieren sich an den zuvor dargestellten Literaturbefunden, können jedoch nicht unmittelbar aus den dort berichteten Anteilen übernommen werden. Die zugrunde liegenden Befragungen betrachten häufig Hauptpflegepersonen oder Personen mit vergleichsweise hoher Pflegebelastung, während das SOEP einen breiteren Kreis informell Pflegenden erfasst. Für die Übertragung auf die Modellpopulation werden daher neben den berichteten Anteilen weitere in der Literaturanalyse identifizierte Muster berücksichtigt, insbesondere Unterschiede nach Pflegeintensität und Geschlecht. Die folgenden Werte stellen damit literaturbasierte, auf die Modellpopulation übertragene Annahmen dar. Um den mit der Schätzung verbundenen Unsicherheiten darüber hinaus Rechnung zu tragen, werden die Modellannahmen jeweils als Bandbreite abgebildet, wobei Variante 1 (v1) die Untergrenze und Variante 2 (v2) die Obergrenze darstellt.

Pflegebedingte Verringerung der Erwerbsarbeitszeit

Nach Harmonisierung der unterschiedlichen Bezugsgruppen zeigen die Literaturbefunde, dass rund 19 bis 32 Prozent der erwerbstätigen informell Pflegenden ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege reduzieren.

TABELLE 6

Pflegebedingte Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit (Abgeleitete Annahmen)

Gruppe Erwerbstätiger	Anteil mit Reduktion (AR) v1/v2 ^a	Umfang der Reduktion (UR) v1/v2 ^a
Frauen, geringe Pflegeintensität	5 % bis 10 %	-5 % bis -10 %
Frauen, hohe Pflegeintensität	20 % bis 25 %	-10 % bis -15 %
Männer, geringe Pflegeintensität	0 % bis 2,5 %	-5 % bis -10 %
Männer, hohe Pflegeintensität	15 % bis 20 %	-10 % bis -15 %

a) v1 ist der angenommene Mindest-, v2 der angenommene Maximalanteil bzw. -umfang

Quelle: eigene abgeleitete Setzung, eigene Darstellung

Zugleich zeigen die Studien, dass Arbeitszeitreduktionen mit zunehmender Pflegeintensität häufiger auftreten und Frauen ihre Erwerbsarbeitszeit häufiger reduzieren als Männer (siehe Kapitel 3.2). Entsprechend werden für Frauen Reduktionsanteile von 5 bis 10 Prozent bei geringer und 20 bis 25 Prozent bei hoher Pflegeintensität angenommen. Für Männer werden 0 bis 2,5 Prozent bei geringer und 15 bis 20 Prozent bei hoher Pflegeintensität angesetzt (Tabelle 6).

Auch für den Umfang der Arbeitszeitreduktion weist die Literatur auf stärkere Einschränkungen bei höherer Pflegeintensität hin. Darauf aufbauend wird bei geringer Pflegeintensität eine Verringerung des Erwerbsumfangs um 5 bis 10 Prozent, bei hoher Pflegeintensität um 10 bis 15 Prozent angenommen. Zwischen Frauen und Männern wird beim Umfang der Reduktion nicht unterschieden (Tabelle 6).

Pflegebedingte Nichterwerbstätigkeit

Für die pflegebedingte Nichterwerbstätigkeit wurden die Literaturangaben zunächst auf die für das Modell relevante Bezugsgruppe der nicht erwerbstätigen informell Pflegenden im Erwerbsalter harmonisiert. Daraus ergibt sich eine Spannweite von rund 28 bis 36 Prozent, die aufgrund der Pflege nicht erwerbstätig sind. Zugleich zeigen die Literaturbefunde, dass vollständige Erwerbsausstiege insbesondere bei hoher Pflegeintensität auftreten und sich geschlechtsspezifische Unterschiede in den Erwerbsanpassungen zeigen. Für Frauen mit hoher Pflegeintensität wird daher angenommen, dass 30 bis 35 Prozent aufgrund der Pflege nicht erwerbstätig sind, für Männer mit hoher Pflegeintensität 35 bis 40 Prozent. Bei geringer Pflegeintensität werden mit 0 bis 2,5 Prozent bei Frauen und 0 bis 5 Prozent bei Männern deutlich niedrigere Anteile angesetzt (Tabelle 7).

3.3.3 Schätzung der Entwicklung pflegebedingter Erwerbsverluste

Anhand der in Kapitel 2 dargestellten Vorausberechnung der Zahl pflegebedürftiger Menschen sowie informell Pflegender bis 2045 lässt sich auch das künftig pflegebedingt nicht realisierte Erwerbsarbeitsvolumen abschätzen. Hierzu wurde die prognostizierte Zahl erwerbsfähiger informell Pflegender (vgl. Kapitel 2.3) unter Beibehaltung der im SOEP 2023 beobachteten Strukturen nach Geschlecht und Pflegeintensität ("Modellpopulation") in die Zukunft fortgeschrieben. Für jedes Jahr wurde so die Zahl informell pflegender Frauen und Männer mit hoher beziehungsweise niedriger Pflegeintensität ermittelt. Auf dieser Grundlage wurden die in diesem Kapitel dargestellten Formeln zur Schätzung des verlorenen Arbeitsvolumens angewendet (siehe Methodenbox 5).

Die in Vollzeitäquivalenten ausgewiesenen Verluste sind als jährliche Bestandsgrößen zu interpretieren. Sie geben für jedes Jahr an, welches Erwerbsarbeitszeitvolumen unter den jeweiligen Annahmen aufgrund von Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit und pflegebedingter Nichterwerbstätigkeit nicht realisiert wird. Eine Addition der Ergebnisse über die Jahre wäre nicht sachgerecht, da dieselben Personen beziehungsweise fortbestehende Erwerbsbeschränkungen in mehreren Jahren enthalten sein können.

Auf diese Weise lässt sich eine Größenordnung abschätzen, wie viel Erwerbsarbeitsvolumen künftig verloren gehen könnte, sofern sich weder die geschlechtsspezifische Verteilung der Pflegeverantwortung noch die Verteilung der geleisteten Pflegestunden wesentlich verändern. Die Ergebnisse verdeutlichen zugleich, welches Erwerbspotenzial grundsätzlich von den bestehenden

TABELLE 7

Pflegebedingte Ausstiege aus der Erwerbstätigkeit (Abgeleitete Annahmen)

Gruppe nicht erwerbstätiger Erwerbsfähiger	Anteil mit Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit (AE) $v1/v2^a$
Frauen, geringe Pflegeintensität	0 % bis 2,5 %
Frauen, hohe Pflegeintensität	30 % bis 35 %
Männer, geringe Pflegeintensität	0 % bis 5 %
Männer, hohe Pflegeintensität	35 % bis 40 %

a) $v1$ ist der angenommene Mindest-, $v2$ der angenommene Maximalanteil bzw. -umfang.

Quelle: eigene abgeleitete Setzung, eigene Darstellung

Vereinbarkeitsherausforderungen betroffen ist und damit zumindest teilweise durch wirksamere Vereinbarkeitsmaßnahmen sowie eine ausgewogenere Verteilung von Pflegeaufgaben erhalten oder zurückgewonnen werden könnte.

3.3.4 Grenzen der Schätzung

Die vorliegende Schätzung stellt eine auf Modellannahmen beruhende Schätzung des Erwerbsarbeitszeitvolumens dar, das unter den getroffenen Annahmen aufgrund von informeller Pflege verloren gehen könnte. Die Ergebnisse beruhen auf einer Kombination aus SOEP-Daten, der Fortschreibung der Zahl der informell Pflegenden sowie literaturbasierten Annahmen zu pflegebedingten Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit und Ausstiegen aus der Erwerbstätigkeit, nicht auf unmittelbaren empirischen Beobachtungen. Die ausgewiesenen Bandbreiten bilden Unsicherheiten hinsichtlich des tatsächlichen Ausmaßes pflegebedingter Erwerbsanpassungen ab.

Eine zentrale Einschränkung ergibt sich aus der Datengrundlage. Im SOEP wird informelle Pflege breit gefasst und mittels Selbstauskunft erhoben. Dieser Ansatz schließt auch Personen mit vergleichsweise geringem Pflegeumfang ein und setzt weder einen anerkannten Pflegegrad noch ein bestimmtes Verwandtschaftsverhältnis oder einen gemeinsamen Haushalt voraus. Ein großer Teil der Literatur untersucht hingegen Hauptpflegepersonen oder andere Gruppen mit vergleichsweise hoher Pflegebelastung. Die Studienergebnisse lassen sich deshalb nicht unmittelbar auf die SOEP-Population übertragen. Dieser Unterschied wird bei der Ableitung der Modellannahmen berücksichtigt, indem zwischen Pflegenden mit hoher und niedriger Pflegeintensität unterschieden wird.

Unsicherheiten bestehen zudem bei der Ableitung der Annahmen zu pflegebedingten Erwerbsausstiegen. Die hierfür benötigten Anteile werden in den zugrundeliegenden Studien teilweise nicht unmittelbar berichtet und wurden daher auf eine einheitliche Bezugsgruppe harmonisiert. Zudem liefern die Studien

zwar insgesamt vergleichbare Größenordnungen, jedoch beruhen einzelne Befunde auf vergleichsweise geringen Fallzahlen. Dieser Unsicherheit wird in der Modellierung durch die Verwendung einer Unter- und einer Obergrenze Rechnung getragen.

Eine weitere Unsicherheit ergibt sich aus der Fortschreibung bis zum Jahr 2045. Die Schätzung unterstellt, dass zentrale Strukturmerkmale und Verhaltensmuster über den gesamten Betrachtungszeitraum konstant bleiben. Dies betrifft insbesondere die Verteilung der Pflegenden nach Geschlecht und Pflegeintensität sowie die angenommenen Zusammenhänge zwischen Pflege und Erwerbsbeteiligung. Mögliche Veränderungen in der Organisation von Pflege, der Erwerbsbeteiligung von Frauen und Männern, den Arbeitsmarktbedingungen oder den politischen Rahmenbedingungen werden nicht abgebildet. Die Ergebnisse sind daher als Szenario unter Fortschreibung heutiger Strukturen zu verstehen.

3.4 Pflegebedingte Verluste von Erwerbsvolumen bis 2045

Zunächst wird die geschätzte Entwicklung des gesamten pflegebedingten Erwerbsverlusts bis 2045 dargestellt. Anschließend erfolgt eine Differenzierung nach Erwerbsreduzierung und Erwerbsausstiegen sowie nach Frauen und Männern. Die dargestellten Ergebnisse zeigen, welches Erwerbsvolumen unter den getroffenen Annahmen aufgrund informeller Pflege nicht realisiert werden kann.

Bis 2045 steigt der pflegebedingte Erwerbsvolumenverlust um rund ein Viertel auf 229.000 bis 327.000 Vollzeitäquivalente an

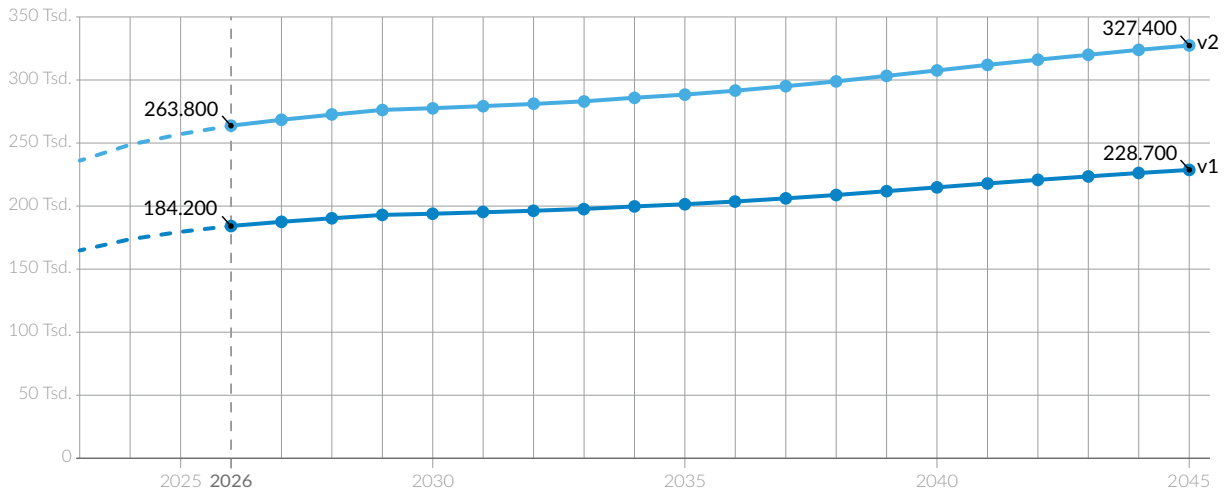
Abbildung 3 zeigt die Entwicklung des geschätzten pflegebedingten Erwerbsvolumenverlusts im Zeitraum von 2026 bis 2045. Unter den genannten Annahmen und empirischen Grundlagen ergibt sich bereits für das Ausgangsjahr 2026 ein pflegebedingter Verlust von rund 184.000 bzw. 264.000 Vollzeitäquivalenten (VZÄ).⁶ Bis 2045 steigt der Verlust entsprechend der demografischen Entwicklung der

⁶ Die Größenordnung der projizierten Erwerbsverluste liegen deutlich höher als die im Jahresgutachten des Sachverständigenrats ausgewiesenen Potenziale informell Pflegenden (Sachverständigenrat Wirtschaft, 2026). Hier werden für 2023 insgesamt 60.250 VZÄ ausgewiesen, die aufgrund informeller Pflege nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse sind jedoch nur eingeschränkt miteinander vergleichbar, da beide Ansätze unterschiedliche Fragestellungen, Datenquellen und Messkonzepte verwenden. Während der Sachverständigenrat auf der Grundlage des Mikrozensus kurzfristig aktivierbare Erwerbsarbeitskräftepotenziale auf der Basis aktuell geäußelter Erwerbs- und Mehrarbeitswünsche betrachtet, schätzt die vorliegende Analyse auf der Basis von SOEP-Daten und literaturgestützten Annahmen das Erwerbsvolumen, das infolge informeller Pflege langfristig nicht realisiert wird. Die Ergebnisse widersprechen sich daher nicht, sondern beleuchten unterschiedliche Aspekte desselben Phänomens.

ABBILDUNG 3

Schätzung des pflegebedingten Erwerbsvolumenverlusts 2026 bis 2045

In Vollzeitäquivalenten, Abbildung der Unter- und Obergrenze der Modellannahmen v1 und v2



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von SOEP v40.1, Pflegestatistik und 16. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung; eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

Pflegebedürftigen auf rund 229.000 bzw. 327.000 VZÄ im Jahr 2045. Dies entspricht in beiden Modellvarianten einem Anstieg von etwa 24 Prozent.

Der Erwerbsvolumenverlust nimmt dabei über den gesamten Schätzzeitraum kontinuierlich zu, allerdings mit abnehmender Dynamik. Während die jährlichen Zuwachsraten zu Beginn des Schätzzeitraums noch bei 2,6 Prozent liegen, sinken sie bis zum Jahr 2045 auf 1,1 Prozent. Ursache dafür ist, dass zwar auch die Pflegevorausberechnung weiterhin steigende Zahlen von Pflegebedürftigen ausweist, die jährlichen Zuwächse jedoch im Zeitverlauf geringer ausfallen. Über den gesamten Schätzzeitraum von 2026 bis 2045 beläuft sich der durchschnittliche jährliche Erwerbsvolumenverlust auf rund 205.000 VZÄ in der unteren Modellvariante (v1) beziehungsweise 294.000 VZÄ in der oberen Modellvariante (v2). Die Ergebnisse verdeutlichen damit, dass pflegebedingte Erwerbsverluste

nicht nur langfristig zunehmen, sondern bereits heute eine erhebliche Größenordnung erreichen.

Der überwiegende Teil des Erwerbsvolumenverlusts entfällt auf pflegebedingte Nichterwerbstätigkeit und nicht auf Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit

Der überwiegende Teil des Erwerbsvolumens entfällt im Jahr 2045 auf pflegebedingte Nichterwerbstätigkeit. Insgesamt gehen hierauf rund 187.000 bis 239.000 VZÄ zurück. Damit ist pflegebedingte Nichterwerbstätigkeit der wichtigste Treiber des Erwerbsvolumenverlusts und macht je nach Modellvariante rund 73 bis 82 Prozent des gesamten Verlusts aus. Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit tragen mit rund 41.000 bis 89.000 VZÄ beziehungsweise 18 bis 27 Prozent ebenfalls zum Gesamtergebnis bei, fallen jedoch deutlich geringer aus (Tabelle 8).

TABELLE 8

Pflegebedingter Erwerbsvolumenverlust nach Verlustkomponente (2045)

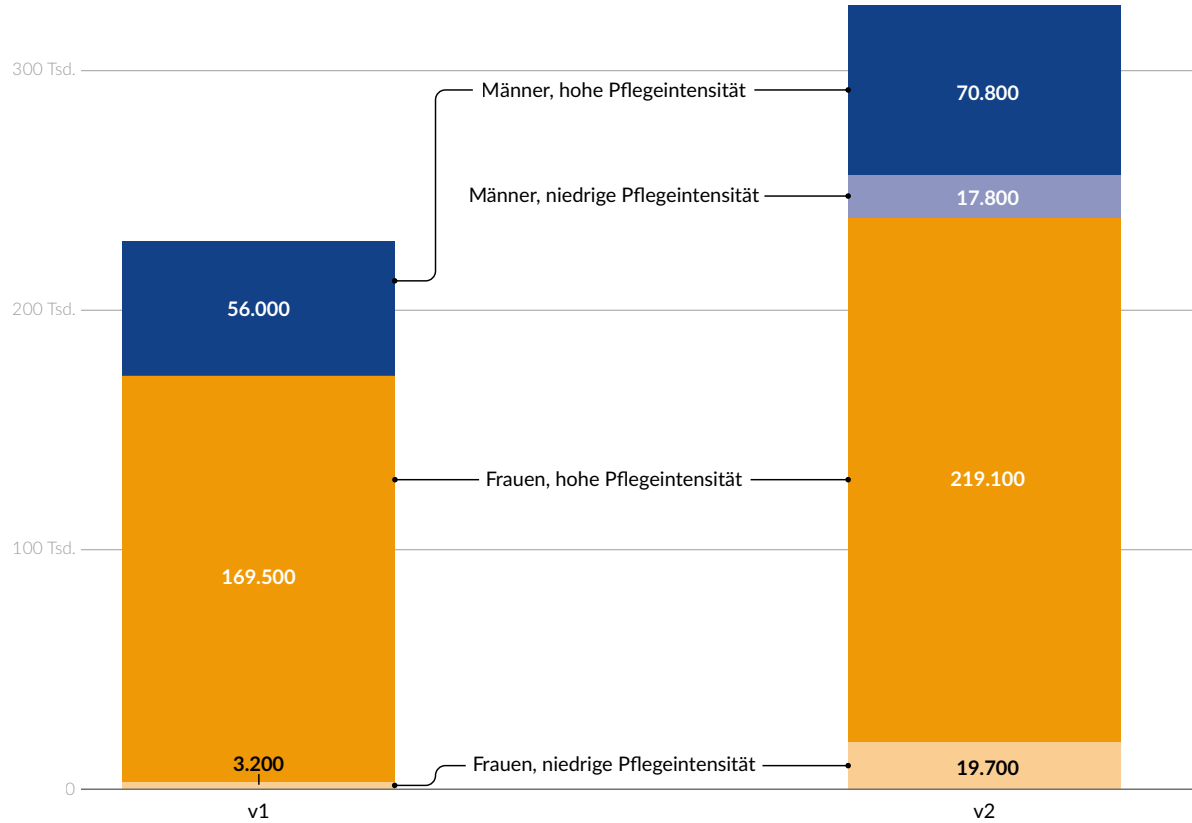
Verlustkomponente	Ergebnis v1 in VZÄ	Anteil am Gesamtverlust	Ergebnis v2 in VZÄ	Anteil am Gesamtverlust
Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit	41.300	18,1 %	88.900	27,2 %
Pflegebedingte Nichterwerbstätigkeit	187.400	81,9 %	238.500	72,8 %
Gesamt	228.700	100 %	327.400	100 %

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von SOEP v40.1, Pflegestatistik und 16. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung; eigene Darstellung

ABBILDUNG 4

Zusammensetzung des pflegebedingten Erwerbsvolumenverlusts 2045 nach Geschlecht und Pflegeintensität

In Vollzeitäquivalenten, Abbildung der Unter- und Obergrenze der Modellannahmen v1 und v2



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von SOEP v40.1, Pflegestatistik und 16. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung; eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

Der höhere Beitrag der pflegebedingten Nichterwerbstätigkeit bedeutet dabei nicht, dass der Ausstieg aus der Erwerbsaustätigkeit häufiger auftritt als Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit. Vielmehr wird bei pflegebedingter Nichterwerbstätigkeit das gesamte potenziell realisierbare Erwerbsarbeitsvolumen der betroffenen Personen berücksichtigt, während bei Verringerungen der Erwerbsarbeitszeit nur ein Teil der bisherigen, dem Erwerb gewidmeten Erwerbsarbeitszeit entfällt.

Die geschätzten Erwerbsverluste konzentrieren sich überwiegend auf Personen mit hoher Pflegeintensität, rund drei Viertel des bis 2045 projizierten Erwerbsvolumenverlusts entfallen auf Frauen

Die differenzierte Auswertung zeigt, dass sich die Erwerbsvolumenverluste stark auf Personen mit hoher Pflegeintensität konzentrieren. Abbildung 4 stellt die Zusammensetzung des Erwerbsvolumenverlusts im Jahr 2045 nach Geschlecht und Pflegeintensität dar.

Im Jahr 2045 entfallen in der unteren Modellvariante rund 169.000 VZÄ auf Frauen mit hoher Pflegeintensität und weitere 56.000 VZÄ auf Männer mit hoher Pflegeintensität. Zusammen machen diese beiden Gruppen rund 99 Prozent des gesamten geschätzten Erwerbsvolumenverlusts aus. In der oberen Modellvariante liegen die entsprechenden Werte bei rund 219.000 VZÄ beziehungsweise 71.000 VZÄ. Gemeinsam entfallen damit rund 89 Prozent des Gesamtergebnisses auf Personen mit hoher Pflegeintensität.

Die Gruppen mit geringer Pflegeintensität tragen insbesondere in der unteren Modellvariante nur in begrenztem Umfang zum Gesamtergebnis bei. Hier entfallen auf Frauen mit geringer Pflegeintensität rund 3.000 VZÄ und auf Männer keine Verluste. In der oberen Modellvariante steigen die entsprechenden Werte auf rund 20.000 beziehungsweise 18.000 VZÄ.

Insgesamt entfallen rund drei Viertel des geschätzten Erwerbsvolumenverlusts auf Frauen. Im Jahr 2045 beträgt der Verlust bei Frauen je nach Modellvariante rund 173.000 bzw. 239.000 VZÄ, bei Männern rund 56.000 bzw. 89.000 VZÄ. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen sowohl einen größeren Anteil der Pflegenden stellen als auch deutlich häufiger hohe Pflegeintensitäten aufweisen. Zur Einordnung kann die Schätzung illustrativ auf die Zahl der potenziell betroffenen Personen bezogen werden: Im Jahr 2045 könnte es nach den Modellannahmen dazu kommen, dass rund 583.000 bzw. 779.000 Frauen ihre Erwerbstätigkeit pflegebedingt reduzieren oder aufgrund der Pflege auf eine Erwerbstätigkeit verzichten.

Die Ergebnisse zeigen, dass der projizierte Erwerbsvolumenverlust vor allem durch Personen mit hoher Pflegeintensität sowie durch pflegebedingte Nichterwerbstätigkeit geprägt wird. Mit dem demografisch bedingten Anstieg der Zahl Pflegebedürftiger nimmt der Umfang des nicht realisierten Erwerbsarbeitsvolumens bis 2045 deutlich zu. Die Ergebnisse verdeutlichen damit die zunehmende Bedeutung informeller Pflege für das gesamtwirtschaftlich verfügbare Erwerbspotenzial.

3.5 Einordnung der Ergebnisse

Die vorangegangenen Analysen zeigen, dass informelle Pflege bereits heute mit erheblichen Erwerbsverlusten verbunden ist und diese bis 2045 voraussichtlich weiter zunehmen werden. Unter den getroffenen Annahmen gehen bereits im Jahr 2026 rund 184.000 bis 264.000 Vollzeitäquivalente verloren. Über den gesamten Betrachtungszeitraum beläuft sich der durchschnittliche Erwerbsvolumenverlust auf 205.000 Vollzeitäquivalente pro Jahr in der unteren und rund 294.000 Vollzeitäquivalente in der oberen Modellvariante. Mit durchschnittlich rund 200.000 Vollzeitäquivalenten pro Jahr bindet informelle Pflege Erwerbspotenziale in einer Größenordnung, die auch gesamtwirtschaftlich relevant ist.

Die Erwerbsverluste entstehen dabei überwiegend durch pflegebedingte Nichterwerbstätigkeit und konzentrieren sich insbesondere auf Frauen sowie auf Personen mit hoher Pflegeintensität.

Die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zielt darauf ab, solche pflegebedingten Erwerbsanpassungen möglichst zu vermeiden oder zu begrenzen und damit Erwerbspotenziale zu erhalten. Da voraussichtlich auch künftig ein erheblicher Teil der pflegerischen Versorgung informell durch Angehörige erbracht werden wird, geht es dabei nicht darum, die Übernahme von Pflegeverantwortung zu verhindern. Vielmehr gilt es, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Pflege möglichst ohne dauerhafte Einschränkungen der Erwerbstätigkeit ausgeübt werden kann – wenn dies gewünscht und/oder erforderlich ist.

4. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf fördern

4.1 Einflussfaktoren pflegebedingter Erwerbsanpassungen

Damit Maßnahmen passgenau und wirksam sind, müssen sie an den Faktoren ansetzen, die dazu führen, dass Pflegendе ihre Erwerbstätigkeit anpassen. Wie bereits gezeigt wurde, ist die Pflegeintensität ein zentraler Einflussfaktor. Pflegebedingte Einschränkungen der Erwerbstätigkeit oder Ausstiege aus dem Erwerbsleben lassen sich jedoch nicht allein durch den zeitlichen Pflegeaufwand erklären. Die Entscheidung, Pflegeverantwortung zu übernehmen, damit verbundene Belastungen zu akzeptieren und gegebenenfalls die eigene Erwerbstätigkeit einzuschränken, entsteht vielmehr im Zusammenspiel individueller Orientierungen, familiärer und beruflicher Handlungsspielräume, der

finanziellen Situation sowie der daraus resultierenden Opportunitätskosten (Budnick, 2024). Während die Pflegeintensität bestimmt, wie viele zeitliche Ressourcen gebunden werden und wie hoch der Anpassungsdruck deshalb ausfällt, beeinflussen die übrigen Faktoren, ob und in welcher Form Pflegendе auf diesen Druck reagieren wollen, können oder müssen. Abbildung 5 fasst die zentralen Einflussfaktoren pflegebedingter Erwerbsanpassungen und ihr Zusammenwirken überblicksartig zusammen.

Motive, Werte und Normen prägen, wer Pflege übernimmt

Individuelle Orientierungen umfassen Werte, Motive sowie Vorstellungen von der und Ansprüche an die Gestaltung des eigenen Lebens. Die Motivation,

ABBILDUNG 5

Einflussfaktoren auf Pflegeentscheidungen und Anpassungen der Erwerbstätigkeit informell Pflegendеr



Hinweis: PB = Pflegebedürftige Person

Quelle: eigene Darstellung, orientiert an Gärtner et al., 2020

BertelsmannStiftung

Pflegeverantwortung zu übernehmen und damit verbundene Belastungen einschließlich möglicher Einschränkungen der Erwerbstätigkeit hinzunehmen, reicht von autonomen Motiven wie Liebe, Verbundenheit und Fürsorge bis hin zu einem Gefühl sozialer oder moralischer Verpflichtung (Überblick bei Budnick, 2024). Einfluss haben daneben berufliche Ambitionen und Karriereziele. Je stärker diese ausgeprägt sind, desto geringer ist tendenziell die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen und die eigene Erwerbstätigkeit zu reduzieren oder aufzugeben (Keck, 2012).

Neben Werten und Motiven stellt die subjektiv wahrgenommene Belastung einen eigenständigen Aspekt individueller Orientierungen dar. Sie steht nicht zwangsläufig in direktem Zusammenhang mit dem objektiven zeitlichen Pflegeaufwand, sondern kann durch vielfältige Faktoren, beispielsweise das Pflegemotiv oder die Beziehung zur pflegebedürftigen Person beeinflusst werden. Pflegepersonen können daher selbst bei vergleichbarer Pflegesituation unterschiedlich hohe Belastungen erleben (Behrendt et al., 2026). Eine hohe subjektiv wahrgenommene Belastung dürfte jedoch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, Erwerbsanpassungen als notwendig wahrzunehmen.

Berufliche, familiäre und finanzielle Spielräume entscheiden über Erwerbsanpassungen

Unmittelbar ausschlaggebend ist außerdem die *berufliche Situation*. Menschen in höheren beruflichen Positionen übernehmen seltener Pflege und passen ihre Erwerbstätigkeit seltener an (Keck, 2012). Neben einer stärkeren Priorisierung der eigenen beruflichen Tätigkeit dürften dabei auch unterschiedliche Handlungsspielräume ausschlaggebend sein. In höheren beruflichen Positionen lässt sich Erwerbsarbeit häufiger zeitlich flexibel und ortsunabhängig organisieren und damit besser mit Pflege vereinbaren, ohne die vertraglich vereinbarte Erwerbsarbeitszeit zu verändern. Fehlen diese Spielräume, etwa bei Präsenzpflichten, Schichtsystemen oder eng getakteten Arbeitsabläufen, so bleibt die formale Reduktion der Erwerbsarbeitszeit häufig die einzige verfügbare Anpassungsform. Daneben kann auch die unmittelbare Erwerbsarbeitsumgebung eine Rolle spielen. Ein Führungsstil, der die Bedürfnisse von Pflegenden berücksichtigt, sowie verlässliche Planung, Koordination und Konfliktlösung stehen beispielsweise in einem negativen Zusammenhang mit der Absicht, die Erwerbstätigkeit aufzugeben, und zwar besonders ausgeprägt bei Pflegenden (Montano & Peter, 2022). Das heißt:

Je stärker die Ausprägung der genannten Faktoren, desto geringer ist die Neigung, die Erwerbstätigkeit aufzugeben.

Die Abwägung persönlicher Prioritäten und beruflicher Anforderungen erfolgt zudem im Rahmen der *familiären Konstellation*. Relevant ist insbesondere, ob Pflegeverantwortung innerhalb der Familie geteilt werden kann, etwa mit Partnerinnen oder Partnern, Geschwistern oder weiteren Angehörigen. Wird die Pflege auf mehrere Personen verteilt, so sinkt die individuelle zeitliche Belastung, während die psychische Resilienz gegenüber Belastungen steigt (Büscher et al., 2023; Geiss et al., 2019), was die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erleichtert. Gleichzeitig prägen familiäre Erwartungen und tradierte Rollenverteilungen, wer innerhalb der Familie Pflegeaufgaben tatsächlich übernimmt (Barigozzi et al. 2020).

Die *finanzielle Lage* bestimmt, welche Folgen eine Einschränkung oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit für den Haushalt hätte, und wirkt dabei in zwei gegenläufige Richtungen. Ein höheres *individuelles Einkommen* erhöht die Opportunitätskosten einer Verringerung der Erwerbsarbeitszeit und macht diese damit unwahrscheinlicher, während ein höheres *Haushaltseinkommen* die finanziellen Folgen abfedert und Erwerbsanpassungen eher ermöglicht. Erwerbsanpassungen erfolgen entsprechend vor allem dort, wo der Einkommensausfall über den Haushalt abgesichert ist, etwa durch die Ehe oder ein höheres Haushaltseinkommen, wobei häufig die Person mit dem geringeren Einkommen ihre Erwerbstätigkeit einschränkt (Au & Hagen, 2018; Ehrlich, 2023; Keck, 2012). Zugleich ermöglicht ein höheres Einkommen die Finanzierung professioneller Unterstützung bei der Pflege, die vor allem von ökonomisch besser ausgestatteten Haushalten in Anspruch genommen wird (Büscher et al., 2023; Hausmann, 2022), was wiederum seltener Anpassungen der Erwerbstätigkeit erforderlich macht.

Schließlich wird die Entscheidung für Erwerbsanpassungen durch *pflegepolitische und infrastrukturelle Rahmenbedingungen* beeinflusst. Stehen professionelle Pflegeangebote zur Verfügung und sind diese zugänglich und finanzierbar, so werden sie häufiger genutzt und der individuelle Pflegeaufwand sinkt. So weisen Pflegesysteme mit einer stärker ausgebauten professionellen Pflegeinfrastruktur eine höhere Erwerbsbeteiligung informell Pflegenden auf (Geyer et al., 2024; Heß et al., 2020).

Kulturelle und strukturelle Rahmenbedingungen beeinflussen die Pflegeentscheidung und verstärken geschlechtsspezifische Muster

Die Entscheidung, eine Pflegetätigkeit auszuüben und dafür Einschränkungen der Erwerbstätigkeit in Kauf zu nehmen, wird im Kontext kulturell geprägter, gesellschaftlicher Strukturen getroffen, die diese Entscheidung beeinflussen und dazu beitragen können, dass Frauen häufiger betroffen sind.

Pflege wird vielfach als moralische Verantwortung gegenüber Angehörigen verstanden und insbesondere von Töchtern eher erwartet als von Söhnen (Barigozzi et al., 2020). Entsprechend fallen die sozialen und normativen Kosten einer Ablehnung von Pflegeverantwortung für Frauen höher aus. Zugleich steigt die Wahrscheinlichkeit der Pflegeübernahme mit einer stärkeren individuellen Orientierung an tendenziell weiblich konnotierten Werten wie Fürsorge, Wohlwollen und Verantwortung (Zarzycki et al., 2023; Zwar et al., 2023). Kulturelle Rollenbilder und familiäre Erwartungen wirken damit sowohl auf die Motivation zur Pflegeübernahme als auch auf die Verteilung der Aufgaben innerhalb der Familie.

Auch die innerfamiliäre Abwägung von Opportunitätskosten erfolgt vor dem Hintergrund eines Arbeitsmarkts, auf dem Frauen häufiger in Teilzeit und in dem weiblich dominierte Berufe, insbesondere in der Kinderbetreuung und Pflege, geringer entlohnt werden. Weiterhin schlägt sich frühere Sorgearbeit auf die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten nieder und kann ebenfalls zu geringeren Einkommen führen – so entsteht ein Gender Pay Gap, der sich in der Lebensspanne vom Gender Care Gap entkoppelt (Schäper et al., 2023). In der familiären Kosten-Nutzen-Abwägung sind dadurch Frauen häufiger diejenigen, für die eine Einschränkung der Erwerbstätigkeit aus ökonomischer Sicht naheliegt. Individuelle Entscheidungen sind insofern auch Ergebnis vorgelagerter struktureller Ungleichheiten.

Hinzu kommen Anreize der deutschen Sorgpolitik. Familiäre Pflege wird über das Pflegeversicherungssystem und insbesondere durch Pflegegeldleistungen institutionell gestützt, sodass häusliche Pflege der Regelfall ist und selbst zeitintensive Pflege häufig in der Familie verbleibt (Heß et al., 2020; Theobald, 2020). Zusätzlich wirken steuerliche Regelungen wie das Ehegattensplitting auf die Aufteilung von Erwerbs- und Sorgearbeit innerhalb von Haushalten (Geyer et al., 2024; Herrmann et al., 2026).

Dass eine stärker dienstleistungsorientierte Sorgpolitik mit einer höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen einhergeht, zeigen internationale Vergleiche, etwa mit Schweden (Geyer et al., 2024). Vergleichbare Entwicklungen zeigen sich in Deutschland bislang vor allem im Bereich der Kinderbetreuung, etwa durch die Einführung des Elterngelds und den Ausbau der Betreuungsinfrastruktur. Für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf existieren entsprechende Unterstützungsstrukturen bislang nur in geringerem Umfang (siehe Kapitel 4.3).

Insgesamt sind pflegebedingte Erwerbsanpassungen nicht auf eine einzelne Ursache zurückzuführen. Ausschlaggebend ist das Zusammenspiel von Pflegeintensität, subjektiv wahrgenommener Belastung, beruflichen Handlungsspielräumen, familiären Ressourcen, finanziellen Anreizen und gesellschaftlichen Rollenerwartungen.

4.2 Zentrale Ansatzpunkte zur Verbesserung der Vereinbarkeit

Vor diesem Hintergrund lassen sich folgende zentrale Ansatzpunkte identifizieren, an denen Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ansetzen können, um Erwerbspotenziale zu sichern und pflegende Angehörige nachhaltig zu entlasten.

- Der erste Ansatzpunkt betrifft die *zeitliche Entlastung*. Da hohe Pflegeintensität und der damit verbundene Zeitaufwand die zentralen Triebkräfte von Erwerbsanpassungen sind, kann die Vereinbarkeit vor allem dort verbessert werden, wo der zeitliche Aufwand der Pflege verringert wird.
- Dazu gehört auch die Unterstützung bei der *Bewältigung der Pflegesituation*. Nicht allein der objektive Pflegeaufwand, sondern auch die subjektiv wahrgenommene Belastung entscheidet darüber, ob und in welchem Umfang die eigene Erwerbstätigkeit eingeschränkt wird. Zur Entlastung trägt daher auch bei, Pflegenden in ihrer Resilienz und Handlungsfähigkeit zu stärken und Überforderung vorzubeugen, auch dort, wo sich die Pflegesituation selbst kurzfristig nicht verändern lässt.

- Neben der Freisetzung zeitlicher Kapazitäten sollten Vereinbarkeitsmaßnahmen auch zur *Absicherung gegen pflegebedingte Risiken* beitragen. Das deutsche Pflegesystem basiert auf informeller Pflege und wäre in seiner aktuellen Form ohne den Beitrag informell Pflegenden kaum denkbar. Gleichzeitig werden die finanziellen, gesundheitlichen und langfristigen sozialen Folgekosten weitgehend von den Pflegenden selbst getragen werden. Eine bessere Kompensation von Einkommens-, Erwerbs- und Rentennachteilen zielt daher darauf ab, die mit der Pflege verbundenen Risiken zu begrenzen und zu verhindern, dass die Übernahme von Pflegeverantwortung dauerhaft zu finanziellen Nachteilen oder Brüchen in der Erwerbsbiografie führt. Da von diesen Folgen gegenwärtig überwiegend Frauen betroffen sind, tragen Maßnahmen zur Absicherung gegen pflegebedingte Risiken zugleich zur Geschlechtergerechtigkeit bei.

- Daran anknüpfend sollte die Förderung von Vereinbarkeit auch eine *gleichmäßigere Verteilung von Pflegeverantwortung zwischen Frauen und Männern* bewirken. Gegenwärtig verstärkt informelle Pflege bestehende geschlechtsspezifische Ungleichheiten in Erwerbsbeteiligung, Einkommen und Rente. Eine gleichmäßigere Verteilung von Pflegeverantwortung könnte diese Ungleichheiten verringern und wäre insofern ein geeignetes Mittel, um die Erwerbsfolgen der Pflege gleichmäßiger auf beide Geschlechter zu verteilen. Zugleich würde dadurch der Kreis potenzieller Pflegepersonen größer werden und somit eine häusliche Pflege zusätzlich absichern. Darüber hinaus würde eine partnerschaftliche Aufteilung der Pflege die Pflegeverantwortung auf mehrere Schultern verteilen, einzelne Pflegepersonen entlasten und könnte damit dazu beitragen, die Häufigkeit pflegebedingter Erwerbsanpassungen zu verringern (siehe Methodenbox 6).

4.3 Bestehende Ansätze und Instrumente

Deutschland verfügt über verschiedene Instrumente zur Unterstützung informeller Pflege, die sich auch auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf positiv auswirken. Dazu zählen arbeitsrechtliche Regelungen, Leistungen der Pflegeversicherung, Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie einzelne Förderprogramme von Bund und Ländern. Auch in Unternehmen gewinnt das Thema zunehmend an Aufmerksamkeit.

METHODENBOX 6

Explorative Fachgespräche

Zur Identifikation von Herausforderungen in Bezug auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie möglicher Ansatzpunkte zu deren Bewältigung wurden wissenschaftliche Literatur, fachliche und politische Dokumente sowie bestehende gesetzliche Regelungen analysiert. Ergänzend fanden Hintergrundgespräche mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Beratung und betrieblicher Praxis statt. Diese dienten der Einordnung und Ergänzung der Dokumentenanalyse, insbesondere mit Blick auf aktuelle Herausforderungen, Unterstützungsbedarfe und Reformansätze. Die Gespräche wurden nicht als eigenständige empirische Datenerhebung ausgewertet. Die Liste der Gesprächspartnerinnen und -partner ist im Anhang wiedergegeben.

4.3.1 Arbeitsrechtliche Regelungen

Freistellungsregelungen ermöglichen Anpassungen in unterschiedlichen Pflegephasen

Eine Reihe arbeitsrechtlicher Freistellungsregelungen bildet den zentralen gesetzlichen Rahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Die Regelungen ermöglichen Beschäftigten, ihre Erwerbstätigkeit in unterschiedlichen Phasen eines Pflegeverlaufs zeitweise anzupassen, ohne das Beschäftigungsverhältnis vollständig aufgeben zu müssen, beziehungsweise um nach einer Unterbrechung wieder in den Beruf zurückzukehren. Für akut auftretende Pflegesituationen besteht mit der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung die Möglichkeit, der Arbeit bis zu zehn Arbeitstage fernzubleiben, um die Versorgung einer pflegebedürftigen Person zu organisieren oder sicherzustellen. Während dieser Zeit kann Pflegeunterstützungsgeld als kurzfristige Lohnersatzleistung bezogen werden. Darüber hinaus eröffnet die Pflegezeit eine vollständige oder teilweise Freistellung von bis zu sechs Monaten, während die Familienpflegezeit eine längerfristige Reduzierung der Arbeitszeit für bis zu 24 Monate ermöglicht.

Die Regelungen sollen in erster Linie dazu dienen, erwerbsbezogene Risiken abzufedern. Sie sichern den Arbeitsplatz während der Freistellung und sollen damit verhindern, dass Beschäftigte aufgrund von Pflegeverpflichtungen dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Insbesondere bei plötzlich eintretenden Pflegefällen oder in besonders belastenden Pflegephasen können sie dazu beitragen, den Verbleib im beziehungsweise die Rückkehr ins Erwerbsleben zu erleichtern.

TABELLE 9

Arbeitsrechtliche Regelungen im Überblick

	Pflegezeitgesetz			Familienpflegezeitgesetz
	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	Pflegezeit	Begleitung in der letzten Lebensphase	
Rechtsanspruch gilt für Arbeitnehmende ...	alle	in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten	in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten	in Betrieben mit mehr als 25 Beschäftigten
Dauer: bis zu ...	10 Tage	6 Monate	3 Monate	24 Monate
Mindestarbeitszeit pro Woche	0 Std.	0 Std.	0 Std.	15 Std.
Lohnersatz(-option)	Lohnersatzzahlung (90 % des Nettolohns)	zinsloses Darlehen (kompensiert 50 % des Verdienstaufschlags)		

Quelle: Ehrlich, 2025

Die Inanspruchnahme bleibt gering

Trotz dieses Potenzials werden die Pflegezeit- und Familienpflegezeitregelung in der Praxis vergleichsweise selten genutzt. Verschiedene Studien zeigen, dass eine Mehrheit informell Pflegenden keinen Bedarf zur Nutzung sieht, ein erheblicher Teil kennt die Maßnahmen nicht oder hat keinen gesetzlichen Anspruch darauf, befürchtet berufliche Nachteile und finanzielle Einbußen oder scheut den bürokratischen Aufwand (Behrendt et al., 2026; Ehrlich et al., 2024).

Die Reformdiskussion zielt auf Flexibilisierung, Vereinfachung und Lohnersatz ab

Vor diesem Hintergrund wird eine Weiterentwicklung der bestehenden Regelungen diskutiert. In den Fachgesprächen wurden insbesondere eine stärkere Flexibilisierung der Freistellungsregelungen sowie eine bessere finanzielle Absicherung pflegender Angehöriger gefordert. Mehrere Expertinnen argumentieren, dass Pflegeverläufe häufig deutlich länger andauern als die derzeit vorgesehenen Freistellungszeiträume und sich nur begrenzt planen lassen. Die bestehenden Regelungen seien daher zu stark auf klar abgrenzbare Zeiträume ausgerichtet und würden den dynamischen Verläufen informeller Pflege nur unzureichend gerecht. In diesem Zusammenhang werden die Zusammenführung von Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz, die Ausweitung der Anspruchsberechtigung sowie der Abbau bürokratischer Hürden als zentrale Reformoptionen genannt

„Das Problem ist weniger, dass es gar keine Instrumente gibt, sondern dass sie nicht zu den Dynamiken passen.“

Zudem wird die Einführung einer einkommensabhängigen Lohnersatzleistung analog zum Elterngeld beziehungsweise eines Familienpflegegeldes als möglicher Reformansatz diskutiert, um Einkommensverluste abzufedern, Erwerbsbiografien zu stabilisieren und Altersarmut vorzubeugen – Zeit allein sei nicht ausreichend.

Gleichzeitig zeigen die Interviews, dass Lohnersatzleistungen in Anlehnung an das Familiengeld nicht unumstritten sind. Während in einigen Gesprächen Lohnersatzleistung als wichtiger Baustein für die Vereinbarkeit hervorgehoben wird, geben andere mögliche negativen Erwerbsanreize zu bedenken und plädieren für eine Priorisierung des Ausbaus professioneller Unterstützungsstrukturen (siehe folgender Abschnitt).

4.3.2 Leistungen der Pflegeversicherung

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) bilden die zentrale sozialrechtliche Säule zur Unterstützung häuslicher Pflege. Anders als die arbeitsrechtlichen Regelungen richten sie sich nicht an die erwerbstätigen Pflegenden, sondern an die pflegebedürftige Person und sind in erster Linie darauf ausgerichtet, die häusliche Versorgung zu ermöglichen. Gleichwohl können zahlreiche dieser Leistungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf informell Pflegenden beitragen.

Pflegegeld und Rentenbeiträge federn finanzielle Folgen nur indirekt ab

Zentrale Säule zur Absicherung eines Pflegebedarfs ist das Pflegegeld. Das *Pflegegeld* (§ 37 SGB XI) erhalten Pflegebedürftige zur eigenständigen Organisation der häuslichen Pflege. Es wird in vielen Fällen an pflegende Angehörige weitergegeben (Büscher et al., 2023). Es ist jedoch nicht als Entgeltersatz konzipiert, sondern an die pflegebedürftige Person gebunden und nach Pflegegrad gestaffelt, sodass es Erwerbsausfälle nur in geringem Umfang kompensiert.

Eine gewisse Absicherung bieten zudem die *Beiträge zur Rentenversicherung* (§ 44 SGB XI i. V. m. § 3 SGB VI), die die Pflegekasse dann übernimmt, wenn Angehörige eine pflegebedürftige Person mit mindestens Pflegegrad 2 nicht erwerbsmäßig und regelmäßig mindestens zehn Stunden pro Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, pflegen und dabei nicht mehr als 30 Stunden pro Woche erwerbstätig sind. Diese Regelungen kompensieren langfristige Erwerbsfolgen jedoch nur teilweise und ersetzen kein laufendes Erwerbseinkommen.

Sach- und Entlastungsleistungen können den zeitlichen Pflegeaufwand für informell Pflegende verringern

Neben dem Pflegegeld gibt es eine Reihe von Leistungen, die ergänzend zur informellen Pflege genutzt werden und die zur Entlastung pflegender

Angehöriger beitragen können. Es handelt sich aktuell (Stand September 2026)⁷ im Einzelnen um:

- **Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI).** Sie ermöglichen die Einbindung ambulanter Pflegedienste und verringern den Umfang der von Angehörigen selbst zu erbringenden Pflegeleistungen.
- **Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege, § 41 SGB XI).** Sie schafft planbare Betreuungszeiten in einer professionellen Einrichtung und eröffnet damit verlässliche Zeitfenster für Erwerbstätigkeit.
- **Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§§ 39, 42 SGB XI).** Diese beiden Leistungen überbrücken kurzfristige Ausfälle der Pflegeperson sowie besonders belastende Phasen, etwa nach einem Krankenhausaufenthalt.
- **Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI).** Über ihn lassen sich bisher bereits ab Pflegegrad 1⁸ niedrigschwellige Unterstützungsleistungen im Alltag finanzieren (Behrendt et al. 2026; Büscher et al. 2023).

Die Leistungen senken den zeitlichen Aufwand informeller Pflege oder verlagern Pflegeverantwortung auf professionelle Angebote. Empirische Befunde zeigen, dass die Einbindung professioneller Unterstützung die Belastung der Hauptpflegeperson reduziert (Behrendt et al., 2026) und damit potenziell auch das Risiko pflegebedingter Erwerbsanpassungen verringern kann.

Die Entlastungswirkung bleibt hinter dem Potenzial zurück

In der Praxis wird das Potenzial der verschiedenen Leistungen zur Entlastung und Verbesserung von Vereinbarkeit nur teilweise ausgeschöpft (Behrendt et al., 2026). Als zentrale Gründe für die Nichtnutzung werden ein fehlender Bedarf, der Wunsch der Pflegebedürftigen, nicht von Fremden betreut zu werden, oder fehlendes Vertrauen in die Qualität der professionellen Pflegenbieter genannt. Eigenanteile und zusätzliche Kosten halten zudem gerade einkommensschwächere Haushalte von einer Nutzung ab. Ein weiterer

⁷ Der aktuelle Kabinettsentwurf des Pflege neuordnungsgesetzes (PNOG) vom 30.09.2026 sieht eine umfassende Neuordnung der Leistungen der häuslichen Pflege vor. Geplant sind unter anderem höhere Pflegegeldleistungen, die Zusammenführung bisheriger Einzelleistungen in Budgets sowie die Einführung einer fachlichen Pflegebegleitung. Das Gesetzgebungsverfahren läuft derzeit. Die konkreten Auswirkungen auf die Unterstützung pflegender Angehöriger sind noch nicht abschließend absehbar und werden weiterhin fachlich und politisch diskutiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2026).

⁸ Der aktuelle Entwurf des PNOG sieht eine Abschaffung des Entlastungsbetrags für Pflegegrad 1 vor, für die weiteren Pflegegrade soll es ein „Sozialraumbudget“ geben, mit dem flexibler als bisher auf individuelle Versorgungsbedarfe reagiert werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2026).

wichtiger Grund ist die unzureichende Verfügbarkeit, insbesondere bei der Kurzzeitpflege und teilweise auch bei der Tagespflege, wobei diese nicht auf strukturelle Unterschiede zwischen Regionen (zum Beispiel Stadt/Land) zurückgeht, sondern ein flächendeckendes Problem darstellt (Behrendt et al., 2026; Büscher et al., 2023; Haumann, 2022).

Erschwerend wirkt, dass Entlastungsleistungen bislang nur begrenzt am individuellen Bedarf Erwerbstätiger ausgerichtet sind und beispielsweise professionelle Pflegeangebote, sofern sie überhaupt zur Verfügung stehen, übliche Erwerbsarbeitszeiten nicht vollständig abdecken. Zudem ist die Kombination verschiedener Leistungen sowohl in der Organisation als auch in der Abrechnung bürokratisch und komplex. In der Folge werden Leistungen oft erst dann in Anspruch genommen, wenn die Belastung bereits sehr hoch ist.

Beratung und Pflegekurse unterstützen die Anstrengungen zur Bewältigung der Pflegesituation

Ebenfalls zu den Leistungen der Pflegeversicherung zählen aktuell⁹ die *Pflegeberatung* (§ 7a SGB XI) sowie die *Pflegestützpunkte* (§ 92c SGB XI), ergänzt um Pflegekurse und häusliche Pflegeschulungen (§ 45 SGB XI). Sie setzen weniger am zeitlichen Aufwand als an der Bewältigung der Pflegesituation an und schaffen Orientierung, informieren über Leistungsansprüche und vermitteln Angehörigen pflegerische Kompetenzen. Indirekt können sie damit auch insofern zur zeitlichen Entlastung beitragen, als sie je nach Fall die Inanspruchnahme passender, entlastender Leistungen überhaupt erst ermöglichen.

Das Beratungsangebot hätte das Potenzial, auch bei der Vereinbarkeit zu unterstützen, und wird grundsätzlich genutzt und als hilfreich bewertet (Büscher u. a., 2023). Allerdings ist die Beratungslandschaft fragmentiert, Beratung meist nur punktuell statt begleitend und zu wenig auf die Bedarfe informell Pfleger, insbesondere im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, ausgerichtet.

Die Reformdiskussion zielt auf Ausbau, verbesserte Koordinierung und Flexibilisierung der Infrastruktur

Die in den Fachgesprächen diskutierten Reformansätze weisen in eine ähnliche Richtung:

Pflegegeld und Rentenversicherungsbeiträge werden grundsätzlich als wichtige Formen der Anerkennung informeller Pflege betrachtet, da sie finanzielle Belastungen zumindest teilweise abfedern. Zugleich wird darauf hingewiesen, dass insbesondere die Rentenkpunkte die tatsächlichen Vereinbarkeitsprobleme nicht lösen und mit der 30-Stunden-Grenze möglicherweise sogar Fehlanreize für die Erwerbsbeteiligung vor allem von Frauen setzen.

Als wichtigste „Baustelle“ zur Verbesserung von Vereinbarkeit wird der Ausbau der Pflegeinfrastruktur betrachtet. Verlässliche ambulante Pflegedienste, Tagespflege, Kurzzeitpflege und weitere Entlastungsangebote werden als zentrale Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf benannt.

„Wir brauchen Investitionen in die Infrastruktur, damit die Leute überhaupt ihre Entscheidung treffen können.“

Dabei wird betont, dass viele Pflegebedürftige weiterhin zu Hause leben möchten, jedoch zunehmend unter Einbeziehung professioneller Unterstützung. Gleichzeitig müsse die Nutzung entsprechender Angebote auch für Menschen mit geringen Einkommen möglich bleiben.

Ein weiterer wiederkehrender Aspekt betrifft die Organisation von Pflege auf kommunaler Ebene. Es wird dafür plädiert, Pflege nicht länger als Aufgabe einer einzelnen Hauptpflegeperson, sondern als Netzwerkaufgabe zu verstehen. Pflegearrangements bestehen häufig aus Angehörigen, Freundinnen, Nachbar*innen und professionellen Diensten. Mit quartiersbezogenen und kommunalen Versorgungsstrukturen verbinden die Expert*innen zudem die Hoffnung, knappe Ressourcen effizienter einzusetzen und bestehende Versorgungsangebote besser zu koordinieren.

In diesem Zusammenhang werden Beratungs- und Begleitungsangeboten eine zentrale Rolle beigemessen. Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und die im Pflegeneuordnungsgesetz vorgesehene

⁹ Der aktuelle Entwurf des PNOG sieht eine Neuausrichtung der Beratungs- und Unterstützungsstrukturen in der Pflege vor. Die bisherige Pflegeberatung soll zunächst fortgeführt werden; die Einführung einer neuen Pflegebegleitung ist nach aktuellem Stand ab 2029 vorgesehen – wie genau sie umgesetzt werden soll, steht noch nicht fest. (Bundesministerium für Gesundheit, 2026)

Pflegebegleitung werden als wichtige Instrumente angesehen, um Orientierung zu schaffen, organisatorische Belastungen zu reduzieren und Überforderung vorzubeugen. Auch Prävention und Gesundheitsförderung für Pflegebedürftige ebenso wie für pflegende Angehörige werden als bislang unterschätzte Handlungsfelder hervorgehoben.¹⁰

4.3.3 Betriebliche Maßnahmen und unterstützende Förderprogramme

Unternehmen verfügen über ein breites, aber unverbindliches Instrumentarium

Auf betrieblicher Ebene reichen die Ansätze von flexiblen Erwerbsarbeitszeiten und Homeoffice-Regelungen über pflegesensible Führung und Notfallpläne für akute Pflegesituationen bis hin zu betrieblichen Pflegelotsen oder internen Beratungsangeboten. Anders als die gesetzlichen Freistellungsansprüche beruhen diese Maßnahmen auf freiwilligen betrieblichen Entscheidungen. Eine Befragung von 341 Unternehmen im Rahmen des nordrhein-westfälischen Landesprogramms „Vereinbarkeit Beruf & Pflege“¹¹ zeigt beispielsweise, dass Homeoffice, mobiles Arbeiten und flexible Erwerbsarbeitszeiten zu den am weitesten verbreiteten Maßnahmen zählen, während rund drei Viertel der teilnehmenden Betriebe über Notfallregelungen für akute Pflegesituationen verfügen.

Ergänzt werden betriebliche Ansätze durch Landesprogramme, die bei Unternehmen für eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Pflege werben. Neben dem bereits erwähnten Landesprogramm in NRW, ist „Beruf und Pflege vereinbaren. Die Hessische Initiative“ hervorzuheben, die bereits 2013 vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, der AOK Hessen und weiteren Akteuren ins Leben gerufen wurde¹². Beide Programme zielen darauf ab, Unternehmen für das Thema zu sensibilisieren, ihnen praxisnahe Werkzeuge und Handlungshilfen zur

Verfügung zu stellen und den Erfahrungsaustausch zwischen Unternehmen über Netzwerke und Veranstaltungen zu fördern. Sie setzen damit weniger an individuellen Ansprüchen als an der Organisations- und Personalpolitik von Betrieben an.

Betriebliche Unterstützung wirkt über Zeitspielräume und Entlastung im Erwerbsarbeitsumfeld und Unterstützung beim Wiedereinstieg nach einer Pflegephase

Betriebliche Maßnahmen können entscheidend zur Entlastung informell Pflegender beitragen, indem die zeitlichen Handlungsspielräume Pflegender erweitert werden. Zugleich können durch Anerkennung, Beratung und Unterstützung im Arbeitsumfeld informell Pflegende bei der Bewältigung der Pflegesituation unterstützt werden. Anders als sozialrechtliche Leistungen reduzieren sie nicht den Pflegeaufwand selbst, sondern verbessern die Vereinbarkeit auf der Erwerbsseite, indem Arbeitszeit und Arbeitsort an die Pflegesituation angepasst werden können, ohne die vertragliche Arbeitszeit dauerhaft zu reduzieren. Ein weiteres wichtiges Angebot ist, im Sinne einer lebensphasenorientierten Personalpolitik, während pflegebedingten Pausen Kontakt zu Mitarbeitenden zu halten und sie beim Wiedereinstieg zu unterstützen.

Unternehmen können davon profitieren, wenn entsprechende Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit strategisch verankert und sichtbar kommuniziert werden. Beispielsweise wird die allgemeine Sensibilisierung für das Thema in der Belegschaft gestärkt, betroffene Beschäftigte erhalten schneller Unterstützung, Unternehmen verzeichnen geringere Fehlzeiten und es müssen weniger kurzfristige Notfalllösungen entwickelt werden. Aus betrieblicher Perspektive stehen dabei vor allem die Bindung von Fachkräften und die Vermeidung von Ausfallzeiten im Vordergrund (Evans-Borcher et al. 2024).

10 Der aktuelle Entwurf des PNOG greift einige dieser Aspekte auf. Er sieht vor, die Leistungen der Pflegeversicherung neu zu ordnen und durch stärker gebündelte beziehungsweise pauschalisierte Budgets zu vereinfachen. Zudem sollen die Beratungs- und Unterstützungsstrukturen weiterentwickelt werden. Vorgesehen sind unter anderem eine fachliche Pflegebegleitung, die Pflegebedürftige und Angehörige bei der Organisation, Koordination und Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen unterstützt, sowie ein digitales „Pflege-Cockpit“, das Leistungen, Ansprüche und verfügbare Unterstützungsangebote übersichtlich bündelt und so den Zugang zu Informationen erleichtern soll. Inwiefern dadurch informell Pflegende entlastet werden, ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abschließend bewertbar.

11 Das nordrhein-westfälische Landesprogramm „Vereinbarkeit Beruf & Pflege“ fördert eine pflegefreundliche Ausrichtung von Unternehmen und unterstützt Beschäftigte mit Pflegeverantwortung durch betriebliche Ansprechpersonen, Informationsangebote und die Vernetzung mit regionalen Unterstützungsstrukturen, siehe <https://berufundpflege-nrw.de/>.

12 Weitere Informationen auf der Homepage der Initiative: <https://berufundpflege.hessen.de/die-initiative/>

Verfügbarkeit und Nutzung hängen stark von Unternehmensgröße und -kultur ab

Untersuchungen zeigen, dass sich Unternehmen nach Umfang und Systematik ihrer Maßnahmenportfolios deutlich voneinander unterscheiden, das Thema aber zunehmend Beachtung findet. Dennoch werden Pflegesituationen in vielen Betrieben häufig eher zufällig oder erst im Notfall bekannt, sodass Unterstützung häufig reaktiv statt vorausschauend erfolgt (Völz et al. 2023). Besonders in kleinen und mittleren Unternehmen bestehen nur selten systematische Unterstützungsstrukturen. Trotz der größeren Herausforderung werden auch in vielen kleinen und mittleren Unternehmen individuelle, pragmatische Lösungen im Einzelfall unbürokratisch entwickelt und praktiziert (Knauth 2025).

Die Diskussion zielt auf Verstetigung und breitere Verankerung

Da betriebliche Unterstützung überwiegend freiwillig gewährt wird, kann Politik vor allem Impulse setzen, etwa durch Sensibilisierung, Beratung, Vernetzung und praxisnahe Hilfestellungen, ggf. auch durch Anreize wie die Steuerfreiheit von Arbeitgeberleistungen für Beratungs- und Vermittlungsangebote sowie für die kurzfristige Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger (§ 3 Nr. 34a EStG).

In den Gesprächen wird betont, dass betriebliche Unterstützung weniger von formalen Regelungen als von Unternehmenskultur, Führungskräften und der Sichtbarkeit des Themas abhängt. Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass viele Beschäftigte ihre Pflegesituation im Betrieb nicht offen ansprechen und Unternehmen daher häufig gar nicht wissen, welche Mitarbeitenden Pflegeverantwortung tragen. Unterstützungsangebote wie Pflegelotsen oder Pflegeguides werden vor diesem Hintergrund als besonders hilfreich bewertet, da sie einen niedrigschwelligen Zugang zu Informationen und regionalen Unterstützungsangeboten schaffen.

„Unternehmen können Vereinbarkeit nicht allein gestalten, und die Versorgungslandschaft kann nicht allein auffangen, dass alle Mitarbeitenden in ihren Betrieben bleiben.“

Gleichzeitig wird in den Fachgesprächen deutlich, dass Unternehmen wichtige Beiträge leisten können, die strukturellen Herausforderungen der Vereinbarkeit jedoch nicht allein lösen können. Vielmehr werden betriebliche Maßnahmen als Teil eines größeren Unterstützungsnetzwerks verstanden, das Unternehmen, Kommunen, Beratungsstellen und weitere Versorgungsakteure miteinander verbindet. Ziel sei es, Beschäftigten den Zugang zu bestehenden Hilfs- und Entlastungsangeboten zu erleichtern und Vereinbarkeit stärker als gemeinsame Aufgabe von Arbeitswelt und Versorgungsstrukturen zu verstehen.

4.4 Handlungsfelder für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Die zuvor aufgezeigten pflegebedingten Erwerbsverluste machen deutlich, welches Potenzial in einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf liegt. Um pflegebedingte Einschränkungen der Erwerbstätigkeit möglichst zu begrenzen, sollten die Rahmenbedingungen für Vereinbarkeit von informeller Pflege und Beruf entsprechend weiterentwickelt werden. Die Analyse bestehender Instrumente zeigt, dass die größten Herausforderungen weniger im Fehlen einzelner Maßnahmen liegen als in ihrer begrenzten Reichweite, mangelnden Verzahnung und teilweise unzureichenden Ausrichtung auf die Bedarfe Erwerbstätiger. Hinzu kommt, dass eine partnerschaftliche Verteilung von Sorgearbeit bislang nicht explizit adressiert wird (siehe Tabelle 10). Die Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erfordert daher keine einzelne Reform, sondern ein Bündel aufeinander abgestimmter Maßnahmen, die an unterschiedlichen Stellschrauben ansetzen und in ihrem Zusammenwirken die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf wie auch eine gleichmäßigere Verteilung der Pflegeverantwortung zwischen Männern und Frauen fördern. Daraus lassen sich vier zentrale Handlungsfelder ableiten, die im Folgenden skizziert werden.

Handlungsfeld 1: Unterstützungsstrukturen ausbauen und Pflegenden wirksam entlasten

Das erste Handlungsfeld ist auf die pflegesystembezogene Seite der Vereinbarkeit gerichtet. Professionelle Unterstützungsangebote und Beratungsstrukturen sollten stärker ausgebaut und besser miteinander verzahnt werden. Im Mittelpunkt stehen dabei die Verbesserung der Verfügbarkeit entlastender

TABELLE 10

Übersicht über zentrale bestehende Angebote

Ansätze	Zentrale rechtliche Regelungen	(Landes-/bundes-) politische Förderprogramme (Auswahl)	Betriebliche Maßnahmen	Pflegeversicherung
Zeitliche Belastung reduzieren	Regelungen zur Pflegeversicherung im SGB XI	Landesprogramme (Nordrhein-Westfalen, Hessen), Bundesförderprogramm Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	flexible Erwerbsarbeitszeiten, Homeoffice und mobiles Arbeiten; Arbeitszeitkonten und Auszeitmodelle; Notfallregelungen für akute Pflegesituationen	Pflegesachleistungen (=ambulanter Pflegedienst), Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, Tages-/Nachtpflege, Entlastungsbetrag
Bewältigung von Pflege stärken	Regelungen zur Pflegeversicherung im SGB XI	Landesprogramme (Nordrhein-Westfalen, Hessen), Pflegenetzwerk Bayern, Pflegestützpunkte	pflegesensible Führung, betriebliche Ansprechpersonen bzw. Pflegelotsinnen und Pflegelotsen, Entlastungsangebote im Betrieblichen Gesundheitsmanagement	Pflegeberatungen der Kassen, Pflegestützpunkte
Pflegebedingte Risiken absichern	Pflegezeitgesetz (PflegeZG), Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)	Landespflegegeld Bayern	–	Pflegeunterstützungsgeld, Pflegegeld, Rentenversicherungsbeiträge
Pflege gleichmäßiger verteilen	keine expliziten Maßnahmen			

Hinweis: Die Tabelle enthält eine Auswahl wesentlicher Maßnahmen zur Entlastung informell Pflegenden und zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Quelle: eigene Darstellung

Angebote, die Weiterentwicklung von Pflegeberatung zu einer kontinuierlichen Pflegebegleitung, die Stärkung kommunaler Vernetzungsstrukturen sowie der Abbau von Zugangs- und Nutzungshürden. Ziel ist es, die zeitlichen und organisatorischen Belastungen informell Pflegenden zu reduzieren und die Nutzung verfügbarer Leistungen zu erleichtern.

Die vorliegenden Studien zeigen, dass viele Unterstützungsangebote bereits existieren, ihr Potenzial jedoch aufgrund mangelnder Verfügbarkeit, hoher Komplexität und begrenzter Bekanntheit häufig nicht ausgeschöpft wird. Zugleich verweisen zahlreiche kommunale und regionale Praxisbeispiele darauf, dass eine bessere Koordination von Leistungen, Beratungsangeboten und lokalen Unterstützungsnetzwerken erhebliche Entlastungspotenziale erschließen kann, ohne dass hierfür zwangsläufig neue Strukturen oder Angebote geschaffen werden müssen.

Handlungsfeld 2: Betriebe sensibilisieren und unterstützen

Die Bedingungen im Arbeitsalltag sind ein wichtiger Baustein für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Deshalb sollte die betriebliche Ebene stärker als bisher in den Blick genommen werden. Flexible Erwerbsarbeitszeiten, mobiles Arbeiten, pflegesensible Führung, betriebliche Ansprechpersonen oder interne Unterstützungsangebote können dazu beitragen, Pflegeverantwortung mit Erwerbstätigkeit zu vereinbaren und Überlastungssituationen frühzeitig zu begegnen. Für Unternehmen liegt darin zugleich eine Möglichkeit, Beschäftigte mit Pflegeverantwortung im Erwerbsleben zu halten und damit zur Sicherung von Arbeitskräften beizutragen.

Da betriebliche Unterstützung überwiegend freiwillig gewährt wird, hängt ihre Verbreitung maßgeblich davon ab, ob Unternehmen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf als eigenes betriebliches Handlungsfeld erkennen. Politische Maßnahmen können hier vor allem Impulse setzen, etwa durch Information, Beratung, Vernetzung, Erfahrungsaustausch sowie die Verbreitung guter Praxis. Besonders kleine und mittlere Unternehmen benötigen Unterstützung bei der Entwicklung pflegesensibler Strukturen, da sie häufig über geringere personelle und organisatorische Ressourcen verfügen.

Handlungsfeld 3: Pflegerisiken besser absichern und kompensieren

Informelle Pflege bringt erhebliche Einkommens-, Erwerbs- und Rentenrisiken mit sich, die bislang nur teilweise kompensiert werden. Ein zentrales Reformfeld besteht daher in einer stärkeren Verknüpfung von Zeitrechten und finanzieller Absicherung. Diskutiert werden insbesondere einkommensabhängige Lohnersatzleistungen während längerer Pflegephasen, eine Weiterentwicklung der Freistellungsregelungen sowie eine stärkere sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger. Zugleich ist darauf zu achten, dass die Maßnahmen keine Anreize für eine Reduzierung der Erwerbstätigkeit setzen und dem Ziel einer partnerschaftlichen Aufteilung von Sorgearbeit nicht entgegenwirken.

Ziel sollte es sein, die mit einer Übernahme von Pflegeverantwortung verbundenen finanziellen Risiken zu senken und langfristige Nachteile im Erwerbsverlauf zu begrenzen. Gleichzeitig verdeutlichen die aktuellen Reformdiskussionen und die angespannte Haushaltslage der Sozialversicherungen, dass zusätzliche finanzielle Leistungen nur begrenzte Realisierungschancen haben. Umso wichtiger erscheint es, vorhandene Mittel möglichst wirksam einzusetzen und finanzielle Absicherung gezielt dort zu verstärken, wo sie nachweislich zur Stabilisierung von Erwerbsverläufen beiträgt.

Handlungsfeld 4: Anreize für eine partnerschaftliche Verteilung von Pflege schaffen

Die geschlechtsspezifische Verteilung von Pflegeverantwortung berührt alle anderen angesprochenen Handlungsfelder. Die bestehenden Instrumente treffen auf Rahmenbedingungen, die bereits durch erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede bei Einkommen, Erwerbsarbeitszeit und Sorgearbeit geprägt sind.

Künftige Reformen sollten deshalb systematisch im Hinblick darauf geprüft werden, wie sie die Verteilung von Pflegeverantwortung beeinflussen. Langfristig kann eine gleichmäßigere Verteilung von Pflege zwischen Frauen und Männern dazu beitragen, geschlechtsspezifische Erwerbs- und Einkommensnachteile zu verringern, die Belastungen einzelner Pflegepersonen zu reduzieren und das insgesamt verfügbare informelle Pflegepotenzial zu erhöhen. Die Förderung partnerschaftlicher Pflegeverantwortung sollte daher als Querschnittsziel aller Vereinbarkeitsmaßnahmen verstanden werden.

Ausblick: Vereinbarkeit als Prüfstein künftiger Reformen

Die Pflegepolitik ist derzeit in Bewegung. Am 30. September 2026 hat das Bundeskabinett den Entwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG) beschlossen, das zum 1. Januar 2027 in Kraft treten soll. Vorrangiges Ziel ist es, die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung zu stabilisieren. Ohne Gegenmaßnahmen rechnet die Bundesregierung für 2027 mit einem Defizit von rund 7,6 Milliarden Euro und für 2028 mit mehr als 15 Milliarden Euro (Bundesministerium für Gesundheit, 2026)

Auf der Versorgungsseite soll ein digitales Pflegecockpit Orientierung aus einer Hand bieten, bisherige Einzelleistungen sollen in Budgets gebündelt werden. Ab 2029 ist zudem eine fachliche Pflegebegleitung vorgesehen, die ausdrücklich auch pflegende Angehörige unterstützen und entlasten soll. Hinzu kommt eine Stärkung von Früherkennung und Rehabilitation, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Damit greift die Reform Handlungsfelder auf, die sich förderlich auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auswirken können. Zugleich treffen die geplanten Einsparungen auch Leistungen, die Angehörige bislang entlasten können, etwa den Entlastungsbetrag für Pflegegrad 1. Wohlfahrtsverbände befürchten zudem, dass die Budgets vor allem in den Pflegegraden 2 und 3 faktisch zu Leistungskürzungen führen (Der Paritätische, 2026). Da gleichzeitig auch die Eigenanteile in der stationären Pflege steigen, könnten sich die finanziellen Risiken informeller Pflege eher verschärfen als verringern.

Wie sich die Reform letztlich auf die Vereinbarkeit auswirkt, ist offen. Das parlamentarische Verfahren ist noch nicht abgeschlossen. Darüber hinaus versteht die Bundesregierung das PNOG ausdrücklich als ersten Schritt. Grundlegende Reformen soll eine Strukturkommission Pflege erarbeiten, die ab Oktober 2026 ihre Arbeit aufnehmen soll (Bundesministerium für Gesundheit, 2026). Ob Vereinbarkeit von Pflege und Beruf dabei Berücksichtigung findet, ist angesichts der angespannten Haushaltslage ebenso fraglich wie die Umsetzung weiterer vereinbarkeitspolitischer Vorhaben des Koalitionsvertrags, etwa des Familienpflegegelds oder eines Familienbudgets für haushaltsnahe Dienstleistungen.

Gerade unter restriktiven Rahmenbedingungen sollte Vereinbarkeit jedoch einen hohen Stellenwert haben. Der eingangs beschriebene Zielkonflikt zwischen der Sicherung informeller Pflege und der Ausweitung der Erwerbsbeteiligung wird sich, wie gezeigt wurde, demografisch bedingt weiter verschärfen. Erwerbstätige Pflegende stabilisieren das System in doppelter Hinsicht, als Beitrags- und Steuerzahlende ebenso wie als tragende Säule der Versorgung. Maßnahmen, die ihre Erwerbsbeteiligung sichern, sind daher auch eine volkswirtschaftliche Investition.

Aktuellen Reformvorhaben, nicht nur in der Pflegepolitik, sollten auf ihre Folgen für die Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Erwerbstätigkeit geprüft werden. Potenzial liegt zudem darin, Leistungen besser zu verzahnen und Bestehendes wirksamer zu gestalten. Doch auch das gelingt nicht zum Nulltarif, sondern erfordert Investitionen in Digitalisierung sowie den Aufbau von Koordinations- und Beratungsstrukturen. Entscheidend wird weniger sein, zusätzliche Einzelleistungen zu schaffen, als vorhandene Ressourcen so einzusetzen, dass Pflegebedürftige, Angehörige, Betriebe und Sozialstaat gleichermaßen profitieren.

Literaturverzeichnis

Au, C., & Hagen, C. (2018). Kapitel 4: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. In *Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland*. Deutsches Zentrum für Altersfragen. https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/FactSheet_Inform_haeusl_Pflege.pdf

Barigozzi, F., Cremer, H., & Roeder, K. (2020). Caregivers in the family: Daughters, sons and social norms. *European Economic Review*, 130, 103589. <https://doi.org/10.1016/j.eurocorev.2020.103589>

Behrendt, S., Tsiasioti, C., & Scheller-Kreinsen, D. (2026). Zur Lage pflegender Angehöriger. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede (WIdO e-Paper 12) [WIdO Monitor]. Wissenschaftliches Institut der AOK. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Projekte/WIdOMonitor/wido-monitor_1_2026_lage_pfleger_angehoeriger.pdf

Brandt, M., Ehrlich, U., Geyer, J., Haan, P., & Kelle, N. (2025). Größter Pflegedienst in Deutschland: Millionen Menschen pflegen Angehörige inner- und außerhalb ihres Haushalts (Nr. 37; Version 2.0, Wochenbericht). DIW - Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2025-37-1

Budnick, A. (2024). Gender Care Gap: Situation, Ursachen und Maßnahmen zur Verringerung. In A. Schwinger, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, K. Jacobs, & S. Behrendt (Hrsg.), *Pflege-Report 2024* (S. 213–222). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_15

Bundesministerium für Gesundheit. (2026, September 30). Kabinett beschließt Pflege neuordnungsgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/kabinett-beschliesst-pflegeneuordnungsgesetz>

Büscher, A., Peters, L., Stelzig, S., Lübken, A., & Yalyomova, I. (2023). Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit Die VdK-Pflegestudie. https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Buescher/VdK-Pflegestudie_Abschlussbericht_Feb_2023.pdf

Calahorrano, Dr. L., Hausmann, K., Praet, M., & Rebaudo, Dr. M. (2025). Daten zur informellen Pflege. Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik (FIT). <https://publica-rest.fraunhofer.de/server/api/core/bitstreams/6efe715c-4193-42e9-8850-3936305f4e9c/content>

Der Paritätische. (2026). Pflege neuordnungsgesetz (PNOG)—Stellungnahmen des Paritätischen und der BAGFW zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (10.06.2026). <https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/pflegeneuordnungsgesetz-pnog-referentenentwurf-eines-gesetzes-zur-neuordnung-der-pflegeversicherung-veroeffentlicht/>

DESTATIS. (2024a). Erwerbstätigkeit erreicht im Jahr 2023 neuen Höchststand.

DESTATIS. (2024b). Pflegestatistik—Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2023 [Datensatz].

DESTATIS (Hrsg.). (2025). Bevölkerungsfortschreibung auf Basis Zensus 2022–2023. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Publikationen/Downloads-Bevoelkerungsstand/statistischer-be-richt-bevoelkerungsfortschreibung-zensus-2022-ja-ehrich-5124108237005.xlsx?__blob=publicationFile&v=4

Ehrlich, U. (2023). The Association between Family Care and Paid Work among Women in Germany: Does the Household Economic Context Matter? *Work, Employment and Society*, 37(1), 117–136. <https://doi.org/10.1177/09500170211069841>

Ehrlich, U. (2025). Doppelbelastung ohne Entlastung? Herausforderungen und gesetzliche Maßnahmen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in einer alternden Gesellschaft. In Braunschweiger Pflegekonferenz. https://www.braunschweig.de/politik_verwaltung/fb_institutionen/fachbereiche_referate/ref0500/Vortrag-Braunschweig-Pflegekonferenz-2025-Dr.Ulrike-Ehrlich.pdf

- Ehrlich, U., Bünning, M., & Kelle, N. (2024). Doppelbelastung ohne Entlastung? Herausforderungen und gesetzliche Maßnahmen für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in einer alternden Gesellschaft. deutscher alterssurvey, 2024(3).
- Ehrlich, U., & Kelle, N. (2019). Pflegende Angehörige in Deutschland: Wer pflegt, wo, für wen und wie? Zeitschrift für Sozialreform, 65(2), 175–203. <https://doi.org/10.1515/zsr-2019-0007>
- Ehrlich, U., Möhring, K., & Drobnič, S. (2020). What Comes after Caring? The Impact of Family Care on Women's Employment. Journal of Family Issues, 41(9), 1387–1419. <https://doi.org/10.1177/0192513X19880934>
- Fischer, B., & Müller, K.-U. (2020). Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kann Zielkonflikt zwischen Renten- und Pflegepolitik lösen. DIW Wochenbericht, 87, S. 853860. https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2020-46-1
- Gärtner, D., Lange, K., & Stahlmann, A. (2020). Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt. Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/154696/bb7b75a0b9090bb4d194c2faf63e-b6aa/gender-care-gap-forschungsbericht-data.pdf>
- Geiss, S., Pupeter, M., & Schneekloth, U. (2019). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) - [Abschlussbericht für das Gesundheitsministerium (BMG) von Kantar]. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf
- Geyer, J. (2016). Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In Vereinbarkeit von Beruf und Pflege (S. 25–45). Zentrum für Qualität in der Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Pflegende_Angehoerige.pdf
- Geyer, J., Haan, P., & Neitzsch, P. (2023). Einkommen von Pflege- und anderen Haushalten fast identisch – große Unterschiede bei Vermögen. DIW Wochenbericht, 90, S. 597603. https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2023-43-1
- Geyer, J., Haan, P., & Teschner, M. (2024). Ausbau der Pflegeversicherung könnte Gender Care Gap in Deutschland reduzieren (Nr. 7; DIW Wochenbericht). https://doi.org/https://doi.org/10.18723/diw_wb:2024-7-1
- Haumann, W. (2022). Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. In Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland Analysen, Befunde, Perspektiven (Bd. 41). medhochzwei. https://www.vmdo.de/fileadmin/dokumente/2022/DAK_Pflegereport.pdf
- Heger, D., & Korfhage, T. (2020). Short- and Medium-Term Effects of Informal Eldercare on Labor Market Outcomes. Feminist Economics, 26(4), 205–227. <https://doi.org/10.1080/13545701.2020.1786594>
- Herrmann, F., Kinne, L., & Wrohlich, K. (2026). Erwerbsbeteiligung von Frauen ab 45 Empirische Evidenz zum Einfluss finanzieller Anreize. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Erwerbsbeteiligung_von_Frauen_ab_45_Bertelsmann_Stiftung.pdf
- Heß, M., De Tavernier, W., & Naegel, L. (2020). Culture Matters – Normen, Erwerbstätigkeit und informelle Pflege von älteren Frauen in Europa. Sozialer Fortschritt, 69(10), 667–686. JSTOR.
- Hoff, A., Höse, S., Knoll, M., & Ott, N. (2025). Der monetäre Wert der Pflegeleistungen von An- und Zugehörigen in Deutschland (GAT Working Paper Series 01/2025). 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
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). (2026). Durchschnittliche Arbeitszeit und ihre Komponenten. https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/AZ_Komponenten.xlsx

- Keck, W. (2012). Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf (1. Aufl.). Huber.
- Keck, W. (2016). Was kommt nach der Pflege? Die Pflege eines Angehörigen senkt Beschäftigungschancen von Pflegepersonen nachhaltig. Sozialer Fortschritt, 65(5), 112–119. <https://doi.org/10.3790/sfo.65.5.112>
- Korfhage, T., & Fischer-Weckemann, B. (2024). Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance. Journal of Health Economics, 96, 102884. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2024.102884>
- Montano, D., & Peter, R. (2022). Informal care-giving and the intention to give up employment: The role of perceived supervisor behaviour in a cohort of German employees. European Journal of Ageing, 19(3), 575–585. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00660-4>
- Nolting, H.-D., Roll, P., & Wolff, J. K. (2026). Entwicklung der Pflegeprävalenzen und Weiterentwicklungsbedarf des Begutachtungsinstruments. https://www.iges.com/sites/igesgruppe/iges/content/e2622/e2634/e16852/e22413/e16986/e16988/attr-obj17298/Entwicklung_Pflegepraevalenz_Abschlussbericht_final-2026-04-29_ger.pdf
- Rothgang, H., Burfeindt, C., Czwikla, J., & Müller, R. (2025). BARMER Pflegereport 2025. Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 48).
- Rothgang, H., & Müller, R. (2021). BARMER Pflege-report 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse 32). <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2021/barmer-pflegereport-2021.pdf>
- Sachverständigenrat Wirtschaft. (2026). Frühjahrsgutachten 2026. https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/fg2026/FG2026_Gesamtausgabe.pdf
- Schäper, C., Schrenker, A., & Wrohlich, K. (2023). Gender Pay Gap und Gender Care Gap steigen bis zur Mitte des Lebens stark an. DIW Wochenbericht, 90, S. 99105. https://doi.org/10.18723/DIW_WB:2023-9-1
- Scheuermann, J.-S., Gräßel, E., & Pendergrass, A. (2024a). Pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger: Identifikation eines Risikoprofils. Gesundheitswesen, 86(1), 37–44. <https://doi.org/10.1055/a-2183-6741>
- Scheuermann, J.-S., Gräßel, E., & Pendergrass, A. (2024b). Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege: Einflussfaktoren auf eine pflegebedingte Erwerbstätigkeitsreduktion und arbeitsbezogene Wünsche pflegender Angehöriger. Gesundheitswesen, 86(1), 45–53.
- Schmitz, H., & Westphal, M. (2017). Informal care and long-term labor market outcomes. Journal of Health Economics, 56, 1–18. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.09.002>
- Schneekloth, U., Geiss, S., & Pupeter, M. (2017). Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) [Abschlussbericht. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit]. TNS Infratest Sozialforschung, Universität Bremen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf
- Schütz, J., & Wetzel, L. (2024). Wer hat pflegende Angehörige – und wenn ja, wie viele? : Überblick und Analysen zu Konstellationen und Soziodemografie pflegender Angehöriger und Pflegebedürftiger (Nummer 07|2024). Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten. <https://doi.org/10.60785/opus-2304>
- Schwinger, A., Tsiasioti, C., & Klauber, J. (2016). Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege—Eine Befragung pflegender Angehöriger. In Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus (S. 275–328). https://www.researchgate.net/publication/330225585_Unterstützungsbedarf_in_der_informellen_Pflege_-_eine_Befragung_pflegender_Angehöriger
- Schwinger, A., & Zok, K. (2024). Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), WIdO-monitor. Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, 21(1), 1–12.

Stockhausen, M. (2025). Erwerbsarbeit und Pflege: Wie werden Erwerbstätigkeit und private Pflege miteinander vereinbart? (Nr. 4/2025; IW-Trends Jahrgang 52). Institut der deutschen Wirtschaft. <https://doi.org/10.2373/1864-810X.25-04-01>

Theobald, H. (2020). Sorgepolitiken und die Konsequenzen für die Gleichstellung von pflegenden Familienangehörigen: Deutschland und Schweden im Vergleich. *Sozialer Fortschritt*, 69(3), 183–201. <https://doi.org/10.3790/sfo.69.3.183>

Zarzycki, M., Morrison, V., Bei, E., & Seddon, D. (2023). Cultural and societal motivations for being informal caregivers: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Health Psychology Review*, 17(2), 247–276. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2032259>

Zwar, L., König, H.-H., & Hajek, A. (2023). Personal human values, informal caregiving and the relevance of gender and age: Findings from the population-based German Aging Survey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 110, 104968. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104968>

Anhang A

TABELLE 11

Literaturüberblick – Erwerbsfolgen informeller Pflegetätigkeit (iP)

Autor (Jahr): Titel	Datenbasis und Methodik; Fokus	Pflege- konstellationen	Auswirkungen Erwerbstätigkeit ¹	Link
Behrendt et al. (2026): Zur Lage pflegender Angehöriger. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede	WIdO-Monitor 2026; bundesweite Befragung von Hauptpflegepersonen pflegebedürftiger Angehöriger mit anerkanntem Pflegegrad; gewichtete Auswertung; Fokus auf zeitlichen, psychischen und finanziellen Belastungen sowie Auswirkungen auf Erwerbstätigkeit	Angehörigenpflege; Hauptpflegepersonen; häusliche Pflege; überwiegend Personen mit erheblicher Pflegeverantwortung	Von den bei Pflegebeginn Erwerbstätigen reduzierten rund 20 Prozent ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege, rund 6 Prozent gaben sie vollständig auf. Insgesamt berichteten rund 26 Prozent über eine pflegebedingte Erwerbsanpassung. Erwerbsanpassungen treten besonders häufig bei hohem Pflegeaufwand und hoher Belastung auf. Die Ergebnisse bestätigen die Bedeutung der Pflegeintensität als zentralen Einflussfaktor für Erwerbsverluste	https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Produkte/WIdOmonitor/wido-monitor_1_2026_lage_pfleger_angehoeriger.pdf
Ehrlich (2023): The Association between Family Care and Paid Work among Women in Germany: Does the Household Economic Context Matter?	SOEP 2004–2017; Frauen im Haupterwerbsalter (25–59 J.); rund 21.600 Erwerbsepisoden; ereignisanalytisches Cox-Shared-Frailty-Modell (Übergangsrisiken / hazard rates). Fokus: abwärts gerichtete Übergänge (VZ → TZ, VZ → Nichterwerb, TZ → Nichterwerb) während der Pflege	Beziehungsneutral (SOEP-Zeitverwendungsfrage, nur Stundenumfang; keine Zuordnung zur Pflegebeziehung); Pflegeort nicht erfasst; Intensität ≤ 10 vs. > 10 Std./Woche	iP bis 10 Std./Woche: häufiger Wechsel VZ → TZ (Risiko +41 Prozent ggü. Nichtpflegenden); über 10 Std./Woche zunehmend Übergänge in Nichterwerbstätigkeit (VZ-Ausstiegsrisiko verdoppelt, TZ +89 Prozent)	https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/09500170211069841
Ehrlich et al. (2020): What Comes after Caring? The Impact of Family Care on Women's Employment	SOEP 2001–2013; Frauen im Haupterwerbsalter (25–59 J.); 4.296 Hausfrauen- und 10.173 TZ-Episoden; ereignisanalytisches Cox-Shared-Frailty-Modell (Übergangsrisiken/hazard rates). Fokus: aufwärts gerichtete Übergänge (Nichterwerb → Erwerb, TZ → VZ) sowie Verhalten nach Pflegeende	s. o.	Für in Teilzeit beschäftigte Frauen mit intensiver Pflege (> 10 Std./Woche) gilt eine um rund 39 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit, von TZ auf VZ zu wechseln; geringere Pflege (≤ 10 Std.) ohne signifikanten Effekt. Bei Hausfrauen kein Effekt auf den Erwerbseinstieg. Nach Ende der informellen Pflege steigt die Wahrscheinlichkeit, eine Beschäftigung aufzunehmen oder die Arbeitszeit auszuweiten, nicht an	https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0192513X19880934
Geiss et al. (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI) – [Abschlussbericht für das Gesundheitsministerium (BMG) von Kantar]	Bundesweite Repräsentativerhebung im Auftrag des BMG (Kantar); computergestützte telefonische Befragung (CATI) von Pflegebedürftigen bzw. auskunftsfähigen Haushaltsmitgliedern in Privathaushalten (Modul 1); n = 1.830; Erhebungsjahr 2018. Fokus: Evaluation des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (PSG II); Erwerbszahlen als Teilergebnis der Haushaltsbefragung	Angehörigenpflege (überwiegend enge Angehörige, vereinzelt Nachbarn/Bekannte); Privathaushalt; gemeinsamer oder getrennter Haushalt	Bei Pflegebeginn waren 44 Prozent der Hauptpflegepersonen nicht erwerbstätig. Von den zu Pflegebeginn Erwerbstätigen setzten 53 Prozent ihre Erwerbstätigkeit unverändert fort, 24 Prozent schränkten sie pflegebedingt ein und 13 Prozent gaben sie ganz auf (weitere 9 Prozent veränderten sie aus anderen Gründen). Mit steigendem Pflegebedarf zu Pflegebeginn nahmen Einschränkung und Aufgabe zu. Bezieht sich auf Vollzeit und Teilzeit gemeinsam; bestätigt die Vorwelle (siehe Schneekloth et al. 2017)	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/Evaluierung/Abschlussbericht_Los_2_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf

¹ Reduktion/Umfang/Ausstieg/weitere Befunde

Geyer (2016): Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten	SOEP 2001–2012; Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (16–64 J.); n = 1.093; deskriptive Auswertungen und multivariate Fixed-Effects-Schätzungen (kontrollieren beobachtete und unbeobachtete zeitkonstante Unterschiede). Fokus: informelle Pflege und ihre Auswirkungen auf die Erwerbsbeteiligung	beziehungsneutral (SOEP-Zeitverwendungsfrage, nur Stundenumfang; keine Zuordnung zur Pflegebeziehung); differenziert nach Wohnsituation (gemeinsamer vs. getrennter Haushalt)	Erwerbstätigkeit ist für Pflegende im Erwerbsalter um rund 2 Prozentpunkte unwahrscheinlicher als für die übrige Erwerbsbevölkerung. Übersteigt die informelle Pflege 1 Std./Tag, sinkt die Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein, um rund 5 Prozentpunkte (Pp.). (Männer im Pflegehaushalt –6 Pp.; Frauen –knapp 5 Pp.). Frauen reduzieren eher die Wochenarbeitszeit (im Pflegehaushalt –3 Std./Woche im Schnitt; bei geringem Aufwand –2 Std., bei intensiver Pflege –3,6 Std.; außerhalb –1,2 Std.). Männer ziehen sich bei hoher Belastung eher ganz aus dem Erwerbsleben zurück. Mit Eintritt des Pflegefalls sinkt die Erwerbswahrscheinlichkeit um 5 Pp.; bei Männern stärker (–6,5 Pp.) als bei Frauen (gut –4 Pp.); mit zunehmender Pflegedauer weiter sinkend (z. B. Männer nach 3 J. Pflege –5 Pp. zusätzlich)	https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Pflegende_Angehoerige.pdf
Haumann (2022): Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach	bevölkerungsweite Selbstbefragung (Institut für Demoskopie Allensbach); n = 5.468 (16–70 J.), DAK-Pflegereport 2022; ausgewertet: berufstätige pflegende Angehörige (Selbstauskunft). Fokus: Erfahrungen, Einstellungen und Forderungen zur häuslichen Pflege; Erwerbsfolgen im Kontext finanzieller Belastungen	Angehörigenpflege breit gefasst (auch Freunde/Bekannte); häusliche Pflege, überwiegend in der Wohnung der gepflegten Person, teils bei Angehörigen (kumulierende Verlaufsperspektive, auch Heimphasen)	21 Prozent der berufstätigen pflegenden Angehörigen schränken ihre Erwerbstätigkeit ein, 7 Prozent gaben sie ganz auf; Da ein Teil der Personen im Lebensverlauf sowohl eine Arbeitszeitverringerung als auch einen späteren Ausstieg erlebt haben kann, ergibt sich ohne Doppelzählungen insgesamt ein Anteil von 23 %, die von einer pflegebedingten beruflichen Veränderung betroffen waren	https://www.vmdo.de/fileadmin/dokumente/2022/DAK_Pflegereport.pdf
Heger & Korfhage (2020): Short- and Medium-Term Effects of Informal Eldercare on Labor Market Outcomes	SHARE (15 europ. Länder + Israel), fünf Wellen 2004–2015; Personen 50–70 J. (n = 9.543 Frauen, 6.752 Männer); lineare Wahrscheinlichkeitsmodelle mit Instrumentvariablen-Ansatz (kausal). Fokus: kurz- und mittelfristige Erwerbsfolgen der Elternpflege, differenziert nach Geschlecht	Elternpflege [(Schwieger-)Eltern]; im gemeinsamen oder getrennten Haushalt; differenziert nach nur aktueller / nur früherer / kontinuierlicher Pflege	Kurzfristig sinkt Beschäftigungswahrscheinlichkeit bei Frauen um 5,4 Prozentpunkte (Pp.), bei Männern um 7,6 Pp. Bei kontinuierlicher Pflege reduzieren Frauen ihre Arbeitszeit um rund 14 Prozent und sind um 4,8 Pp. seltener vollzeitsbeschäftigt, während Männer eher ganz aus dem Erwerbsleben ausscheiden (+14,0 Pp.) bzw. in Rente gehen (+7,5 Pp.). Nach Pflegeende bleiben Frauen um 3,8 Pp., Männer um 6,4 Pp. seltener erwerbstätig; nur Frauen reduzieren zusätzlich dauerhaft die Arbeitsstunden (–6,6 Prozent)	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13545701.2020.1786594
Keck (2016): Was kommt nach der Pflege? Die Pflege eines Angehörigen senkt Beschäftigungschancen von Pflegepersonen nachhaltig	Versichertenkontenstichprobe der Deutschen Rentenversicherung (2012); rentenversicherte Intensivpflegende (≥ 14 Std./Woche, < 30 Std. erwerbstätig), 35–59 J.; n = 4.467; Vergleich mit gematchter Kontrollgruppe (Coarsened Exact Matching). Fokus: dauerhafte Erwerbsfolgen nach Ende einer Intensivpflege (Beschäftigungschancen im Zeitverlauf)	Intensivpflege von Angehörigen in häuslicher Umgebung (Registerdaten; Pflege im Sinne des § 19 SGB XI, für die Rentenbeiträge gezahlt wird)	Nach Beendigung der informellen Pflege liegt die Beschäftigungsquote zuvor beschäftigter Pflegepersonen 6 bzw. 12 Monate später um rund 8 Prozentpunkte unter der einer vergleichbaren Kontrollgruppe, ohne dass ein Erholungseffekt eintritt. Das Risiko eines dauerhaften Erwerbsausstiegs steigt mit der Pflegedauer (–11 Prozent Beschäftigungschance je zusätzlichem Pflegejahr) und mit dem Alter (–6 Prozent je Jahr). Kein signifikanter Geschlechterunterschied in den Folgen – erklärt durch die Negativauswahl besonders belasteter pflegender Männer	kein open Access

Korfhage & Fischer-Weckermann (2024): Long-run consequences of informal elderly care and implications of public long-term care insurance	SOEP 2002–2019; nur Frauen 55–67 J.; n = 30.331 Beobachtungen (10,9 Prozent mit Pflege); dynamisches strukturelles diskretes Entscheidungsmodell (DSDC) zu Arbeitsangebot, Renteneintritt und Pflege; Pflegebeziehungen ergänzend über SHARE. Fokus: kurz- und langfristige Kosten informeller Pflege in Form von Auswirkungen auf Arbeitsangebot, Lebensarbeitsseinkommen und Renten sowie Rolle der Pflegeversicherung	Angehörigenpflege (SOEP beziehungsneutral, über SHARE als Eltern-/Partner-/sonstige Pflege eingeordnet); im gemeinsamen oder getrennten Haushalt; leichte (≤ 14 Std.) vs. intensive Pflege (> 14 Std.)	Pflegebeginn mit 55 J. senkt die Vollzeitbeschäftigung kurzfristig um rund 12 Prozentpunkte (Pp.), mit 61 J. um 8 Pp.; dieser Rückgang bleibt dauerhaft, da der Wiedereinstieg erschwert ist. Im gesamten Kreis der betrachteten Frauen (55–67 J.) sinken die Arbeitsstunden pflegebedingt um 2,6 Prozent, verbunden mit dauerhaften Einkommensverlusten (davon rund 40 Prozent erst langfristig). Die Pflegeversicherung federt die Einbußen teilweise ab, vor allem bei niedrigen Einkommen	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629624000298?via%3Dihub
Scheuermann et al. (2024a): Pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger: Identifikation eines Risikoprofils	Fragebogenbefragung (Selbstauskunft) pflegender Angehöriger; Verteilung über Pflegegutachtende des Medizinischen Dienstes Bayern, ohne Vorauswahl; regional auf Bayern begrenzt; Okt. 2019 – März 2020; n = 481; binär-logistische Regression. Fokus: Risikoprofil der pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit	Angehörigenpflege (gerontologische Pflege, pflegebedürftige Person ≥ 65 J.); häusliche Pflege, gemeinsamer oder getrennter Haushalt	Rund jede neunte pflegende Person (11,4 Prozent; n = 55) gab die Erwerbstätigkeit pflegebedingt vollständig auf. Das Ausstiegsrisiko war bei Frauen deutlich höher als bei Männern (bei Männern rund 14-mal geringer) sowie bei Zusammenleben mit der pflegebedürftigen Person (knapp vierfaches Risiko), höherem Pflegegrad und jüngerem Alter der pflegebedürftigen Person	https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2183-6741.pdf
Scheuermann et al. (2024b): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege: Einflussfaktoren auf eine pflegebedingte Erwerbstätigkeitsreduktion und arbeitsbezogene Wünsche pflegender Angehöriger	Fragebogenbefragung (Selbstauskunft) pflegender Angehöriger; Verteilung über Pflegegutachtende des Medizinischen Dienstes Bayern, ohne Vorauswahl; regional auf Bayern begrenzt; Okt. 2019 – März 2020; n = 426 (erwerbstätig); binär-logistische Regression. Fokus: Einflussfaktoren der pflegebedingten Erwerbsreduktion sowie arbeitsbezogene Wünsche	Angehörigenpflege (gerontologische Pflege, pflegebedürftige Person ≥ 65 J.); häusliche Pflege, gemeinsamer oder getrennter Haushalt	Ein Viertel der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen (25,4 Prozent; n = 108) reduzierte pflegebedingt die Arbeitszeit – im Durchschnitt von 35,5 auf 24,7 Wochenstunden (≈ -11 Std. bzw. -30 Prozent). Erhöhtes Reduktionsrisiko bei höherem Arbeitsstundenumfang, höherem ADL ² -Aufwand ($\sim 1,2$ -fach) und Zusammenleben mit der pflegebedürftigen Person (~ 2 -fach)	https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2191-2074.pdf
Schmitz & Westphal (2017): Informal care and long-term labor market outcomes	SOEP 2001–2013; Frauen im Erwerbsalter (25–64 J.); n = ca. 9.355 Frauen; Propensity-Score-Matching und Inverse-Probability-Weighting, zusätzlich dynamische Sequenzmodelle für Pflegeepisoden von bis zu drei Jahren. Fokus: kurz- und langfristige Erwerbsfolgen informeller Pflege bis zu acht Jahre nach Pflegebeginn	Beziehungsneutral (SOEP-Zeitverwendungsfrage, nur Stundenumfang; keine Zuordnung zur Pflegebeziehung); keine Angabe zum Pflegeort	Pflegebeginn reduziert die Wahrscheinlichkeit einer Vollzeitbeschäftigung kurzfristig um rund 4 Prozentpunkte; dieser Effekt bleibt über bis zu acht Jahre persistent. Die Effekte beruhen vor allem auf Übergängen von Vollzeit- in Teilzeitbeschäftigung. Bei intensiver Pflege (≥ 3 Std./Tag) sind die langfristigen Effekte deutlich stärker (-9 bis -15 Prozentpunkte Vollzeit; -8 bis -15 Pp. Erwerbsbeteiligung). Kurzfristig zeigen sich keine signifikanten Lohneffekte, langfristig jedoch ein Lohnverlust von rund 1 bis 2 Euro pro Stunde. Frauen kehren nach Pflegeende häufig nicht in frühere Vollzeitarrangements zurück	kein open Access

2 ADL = „Aktivitäten des täglichen Lebens“: Hilfe, die für grundlegende, körpernahe Alltagsverrichtungen der pflegebedürftigen Person aufgewendet wird (zum Beispiel Waschen, Ankleiden, Essen, Toilette)

Schneekloth et al. (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegegeldgesetzes (PSG I) [Abschlussbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit]	bundesweite Repräsentativerhebung im Auftrag des BMG (TNS Infratest); CATI- und ergänzend Face-to-face-Befragung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten bzw. deren Angehörigen (Modul 1); n = 1.479; Erhebungsjahr 2016. Fokus: Evaluation von PNG und PSG I; Erwerbszahlen als Teilergebnis	Angehörigenpflege (überwiegend enge Angehörige, vereinzelt Nachbarn/Bekannte); Privathaushalt; gemeinsamer oder getrennter Haushalt	Bei Pflegebeginn waren 40 Prozent der Hauptpflegepersonen nicht erwerbstätig. Von den zu Pflegebeginn Erwerbstätigen setzten 54 Prozent ihre Erwerbstätigkeit unverändert fort, 23 Prozent schränkten sie pflegebedingt ein und 14 Prozent gaben sie ganz auf (weitere 8 Prozent veränderten sie aus anderen Gründen). Mit steigendem Pflegebedarf zu Pflegebeginn nahmen Einschränkung und Aufgabe zu. Bezieht sich auf Voll- und Teilzeitbeschäftigungen gemeinsam	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf
Schwinger et al. (2016): Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – Eine Befragung pflegender Angehöriger	CATI-Befragung (Gesellschaft für Konsumforschung); Sept.–Okt. 2015; n = 1.000; Hauptpflegepersonen von zu Hause versorgten Leistungsempfängern der Pflegeversicherung; Stichprobe quotiert nach Pflegestufe und Demenz. Fokus: Bekanntheit, Inanspruchnahme und Bewertung von Unterstützungsangeboten; Erwerbstätigkeit als Teilaspekt	Angehörigenpflege (überwiegend enge Verwandte, vor allem (Schwieger-)Eltern); häusliche Pflege; gemeinsamer oder getrennter Haushalt	Von den in Teilzeit beziehungsweise stundenweise Erwerbstätigen hat fast die Hälfte (49,8 Prozent) die Arbeitszeit pflegebedingt reduziert. Von den zuvor Erwerbstätigen, die zum Befragungszeitpunkt nicht mehr erwerbstätig waren, gaben rund 70 Prozent an, ihre Berufstätigkeit aufgrund der Pflege aufgegeben zu haben. Haushaltseffekt: bei Zusammenleben mit pflegebedürftiger Person 50,7 Prozent nicht erwerbstätig / nur 19 Prozent vollzeitbeschäftigt – bei getrenntem Haushalt 15 Prozent / 47 Prozent	https://www.researchgate.net/publication/330225585_Unterstützungsbedarf_in_der_informellen_Pflege_-_eine_Befragung_pflegender_Angehoeriger
Schwinger & Zok (2024): Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände	Online-Panel-Befragung (forsa omninet); Aug./Sept. 2023; n = 1.008; Hauptpflegepersonen (informelle Pflege von Leistungsempfängern in der Häuslichkeit, teils Wiederbefragte aus 2019); strukturgewichtet nach Pflegegrad, Alter, Geschlecht. Fokus: zeitliche, psychische und finanzielle Belastungen; Erwerbstätigkeit als Teilaspekt	Angehörigenpflege; häusliche Pflege; gemeinsamer oder getrennter Haushalt	Von den teilzeit- oder stundenweise Erwerbstätigen hat gut die Hälfte (51,8 Prozent) die Arbeitszeit pflegebedingt reduziert (Männer: 61,9 Prozent, Frauen: 50,1 Prozent). Von den Nichterwerbstätigen berichteten 27,9 Prozent, ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege reduziert oder aufgegeben zu haben	https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/WldOmonitor/1_2024_pflegehaushalte.pdf
Stockhausen (2025): Erwerbsarbeit und Pflege: Wie werden Erwerbstätigkeit und private Pflege miteinander vereinbart?	SOEP v39, Erhebungsjahr 2022 (vorläufige Hochrechnungsfaktoren); rund 5,65 Mio. private Pflegenden, davon ~4,2 Mio. im Erwerbsalter (18–< 66 J.); deskriptive Übergangsmatrix (Erwerbsumfang vor vs. bei Pflegebeginn), Poststratifizierung gegen Panelausfälle. Fokus: Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – ausdrücklich deskriptiv, keine Kausalität	beziehungsneutral (SOEP-Zeitverwendungsfrage, nur Stundenumfang; keine Zuordnung zur Pflegebeziehung); pflegebedürftige Person im eigenen Haushalt oder außerhalb davon (auch Heim/betreutes Wohnen); Wochenendpflege nicht erfasst	Von den ~4 Mio. Pflegenden im Erwerbsalter reduzierten rund 15,5 Prozent (~625.000) ihren Erwerbsumfang (Wechsel Vollzeit → Teilzeit, VZ → Nichterwerb oder TZ/sonstige → Nichterwerb). Beschränkt auf den vollständigen Wechsel in die Nichterwerbstätigkeit: rund 10 Prozent (~405.000). Gleichzeitig weiteten ~11 Prozent (~440.000) ihren Erwerbsumfang aus. Der Großteil verändert den Erwerbsumfang mit Pflegebeginn kaum (zum Beispiel waren 90 Prozent der vollzeitbeschäftigten Pflegenden bereits zuvor in VZ)	https://www.iwkoeln.de/studien/maximilian-stockhausen-wie-werden-erwerbs-taetigkeit-und-private-pflege-miteinander-vereinbart.html

Quelle: Eigene Darstellung

Anhang B

Gesprächspartnerinnen und -partner der explorativen Fachgespräche

- **Dr. Ulrike Ehrlich**, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) *Empirische Perspektive auf Pflegeübernahme, Erwerbsfolgen informeller Pflege, Geschlechterunterschiede und Vereinbarkeitspolitik*
- **Prof. Dr. Anette Franke**, Professorin für Soziale Arbeit und Gesundheit an der Hochschule RheinMain, Vorsitzende des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf *Reform- und Systemperspektive auf bestehende Vereinbarkeitsinstrumente, soziale Sicherung, Pflegeinfrastruktur und familienpolitische Handlungsoptionen*
- **Sarah Hampel**, Servicezentrum des Landesprogramms „Vereinbarkeit Beruf und Pflege NRW“ *Praxis- und Transferperspektive zu betrieblichen Unterstützungsangeboten, Pflegeguides, regionalen Netzwerken und kommunalen Strukturen*
- **Oliver Schmitz**, Geschäftsführer der berufundfamilie GmbH *Betriebliche Perspektive auf die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, insbesondere zu Arbeitszeitgestaltung, Führung, Unternehmenskultur und betrieblichen Unterstützungsangeboten*
- **Dr. Kirsten Wendland**, Referatsleiterin „Pflege und Beruf, Familienpflegezeitgesetz, Pflegezeitgesetz“ im Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend *Bundespolitische Perspektive auf bestehende Regelungen, Reformoptionen und die Umsetzbarkeit von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*
- **Prof. Dr. Martin Werding**, Professor für Sozialpolitik und öffentliche Finanzen an der Ruhr-Universität Bochum, Mitglied des Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung *Volkswirtschaftliche Perspektive auf Erwerbspotenziale, Fachkräftemangel, Pflegefinanzierung und die Organisation pflegerischer Versorgung*

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
bertelsmann-stiftung.de

Michaela Hermann
Project Manager
Nachhaltige Soziale Marktwirtschaft
E-Mail: michaela.hermann@bertelsmann-stiftung.de
Telefon: +49 30 275788-197

Eric Thode
Senior Advisor
Nachhaltige Soziale Marktwirtschaft
E-Mail: eric.thode@bertelsmann-stiftung.de
Telefon: +49 5241 81-81581

[www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/beschaeftigung-im-wandel/
erwerbspotenziale-von-frauen-heben](http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/beschaeftigung-im-wandel/erwerbspotenziale-von-frauen-heben)