

Fragen zu Schutzlücken und Stellungnahme zum Referentenentwurf Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) Strukturelle Schutzrisiken für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen

Sehr geehrte Frau Bundesgesundheitsministerin Warken,

wir vertreten Menschen, deren Pflegebedarf durch anhaltende Belastungen des Zentralnervensystems entsteht — durch fluktuierende, belastungsabhängige und nach außen nicht erkennbare Funktionseinschränkungen. Betroffen sind u.a. Menschen mit psychischen, neurologischen und chronischen Erkrankungen, Angst- und Panikstörungen, Schmerz- und Traumafolgen, ME/CFS, Autismus, ADHS, FASD, Long Covid und Sinnesbeeinträchtigungen, soweit daraus relevante Teilhabeeinschränkungen entstehen. Es handelt sich um eine diagnostisch heterogene Gruppe, die an ähnlichen invisiblen Barrieren scheitert: Reizbelastung, Kommunikationshürden, fehlende Verlaufsbetrachtung und mangelnde Anpassung von Verfahren. Nach der Schwerbehindertenstatistik 2023 entfallen große Anteile anerkannter Behinderungen auf Kategorien wie innere Organe, psychische/seelische Einschränkungen und neurologische Erkrankungen, die häufig nicht unmittelbar sichtbar sind. Eine amtliche Sichtbarkeitsstatistik fehlt — und ist Teil des Problems.

Aus unserer Prüfung ergeben sich **23 Schutzrisiken**, die diese Gruppe systematisch benachteiligen. Der Entwurf verschiebt Leistungen in Richtung Prävention, Beratung, Digitalisierung und standardisierte Begleitung. Gerade diese Instrumente können für Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen selbst zu Zugangshürden werden, wenn Fluktuation, Masking, Reizbelastung, Kommunikationsbarrieren, Trauma und kognitive Erschöpfung nicht ausdrücklich operationalisiert werden. Zum Begriff: Wesentliche Regelungen des Entwurfs enthalten finanzpolitisch motivierte Zugangshürden und Leistungseinschränkungen, die im Namen „Neuordnungsgesetz“ nicht erkennbar sind.

■ **S = Systemisch** ■ **E = Erheblich** ■ **St = Strukturell** — P = Psychisch · N = Neurologisch · C = Chronisch/Schmerz/Kognitiv · S = Sinnesbeeinträchtigungen

A — Begutachtung und Zugang

- **A1 §§ 14, 15, Anlage 2** [P·N·C·S] Stichtagslogik, Setting und fehlende Verlaufsdokumentation bilden fluktuierende Bedarfe nicht ab. Am Gesprächstag scheinbar kompensiert, im Alltag schwer eingeschränkt. Eine ausdrückliche Verlaufsmessung fehlt im Normtext. [1]
- **A2 § 15 Mod. 2+4** [N·P] Masking nicht adressiert. Kompensationsstrategien können im Begutachtungsgespräch reale Einschränkungen verbergen — mit erheblichen Erschöpfungsfolgen. [2]
- **A3 § 14 Abs. 1 S. 3** [C·N·P] "Hohe Wahrscheinlichkeit" der Sechsmonatsprognose verschärft den Ausschluss chronischer Verläufe. ME/CFS ist definitionsgemäß durch länger anhaltende Symptomatik und PEM geprägt; Funktionsverläufe sind häufig nicht-linear. Verbesserungspotenziale dürfen nicht schematisch gegen die Anerkennung eines Pflegebedarfs gewertet werden. [3]
- **A4 § 18a** [S·N·P·C] Das Begutachtungssetting selbst ist eine Barriere. Keine Pflicht zur reizarmen, chemisch belastungsfreien oder kommunikationsangepassten Gestaltung des Gesprächs — eine echte Normlücke. Bei ME/CFS ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass viele im medizinischen Bereich Tätige die Erkrankung und die Risiken von Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausreichend kennen. Bei Betroffenen kann Rehabilitation nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer Verschlechterung führen; der Entwurf sollte daher nicht pauschal von Rehabilitationspotenzialen ausgehen, sondern die Möglichkeit einer Schädigung ausdrücklich mitdenken.
- **A5 §§ 18a, 18b** [S·N·P] Kein ausdrücklicher, spezifischer Anspruch auf kommunikationsangepasste Begutachtung für auditive, neurokognitive oder sprachliche Kommunikationsbarrieren. Tinnitus, auditive Verarbeitungsstörung, Aphasie, Mutismus: strukturell benachteiligt.
- **A6 § 18 (neu)** [P·N·C] Evidenzkontrolle setzt Selbstauskunftsfähigkeit voraus. Wer Pflegebedarf aufgrund von Anosognosie, Depression oder ADHS nicht überzeugend benennen kann, kann durch das Beratungsverfahren im Einzelfall dazu bewegt werden, den Antrag zurückzunehmen (§ 18 Satz 3), obwohl ein realer Pflegebedarf besteht.

B — Leistungen und Budgets

■ **B1 § 37 Abs. 2** [alle] Entlastungsbudget in den ersten drei Monaten nach Erstfeststellung halbiert (§ 37 Abs. 2 Satz 5). Gerade bei neu aufgetretenen Einschränkungen — psychiatrischem Ersteinbruch, neurologischem Onset oder ME/CFS-Beginn — ist diese Phase besonders instabil und der Unterstützungsbedarf hoch. Bei ME/CFS ist zudem zu beobachten, dass Betroffene in der frühen Krankheitsphase vorhandene Energie zunächst für existenzsichernde Aktivitäten wie Erwerbsarbeit oder medizinische Abklärung einsetzen und andere Bereiche, insbesondere Haushaltsführung und Alltagsorganisation, stark reduzieren oder ganz einstellen. Dies geschieht häufig über längere Zeiträume vor einer Pflegegradeinstufung und führt dazu, dass bei Eintritt der Leistungsberechtigung ein erheblicher Nachhol- und Unterstützungsbedarf im Bereich Haushalt besteht. Eine Reduktion des Entlastungsbudgets in dieser Phase steht daher im Widerspruch zum tatsächlichen Bedarf.

■ **B2 § 28a, § 45b** [alle] Entlastungsbetrag PG 1 gestrichen; Sozialraumbudget gilt ab PG 2. Pflegebedürftige mit PG 1 werden auf Pflegebegleitung verwiesen. Bei fluktuierenden und nicht sichtbaren Einschränkungen besteht ein erhöhtes Risiko niedriger Einstufung — der Wegfall flexibler, niedrigschwelliger Entlastungsleistungen in PG 1 ist deshalb besonders prüfbedürftig. Bei Autismus, FASD und ME/CFS ist zu berücksichtigen, dass die Diagnose häufig erst nach längerer Symptombdauer gestellt wird und Betroffene bis dahin oft bereits funktionell deutlich eingeschränkt sind. In dieser Phase kann der Unterstützungsbedarf besonders hoch sein, etwa weil Haushalt, Versorgung und Alltagsorganisation über längere Zeit nicht mehr ausreichend bewältigt wurden. Vor diesem Hintergrund ist der Wegfall niedrigschwelliger Entlastungsleistungen in Pflegegrad 1 besonders problematisch.

■ **B3 § 45b** [P·C·S] Sozialraumbudget zweckgebunden für anerkannte niedrigschwellige Angebote. Für Menschen mit ME/CFS, MCS, sozialer Phobie oder sensorischer Überempfindlichkeit sind Standardgruppenangebote strukturell unzugänglich — ohne gesetzliche Vorgabe zu Reizarmut oder chemischer Verträglichkeit.

■ **B4 § 43c** [P·N] Verlängerte Verweildauerstufen: Der höchste Leistungszuschlag wird erst nach 54 statt 36 Monaten erreicht. Menschen mit Demenz, schwerer psychischer Erkrankung oder komplexen nicht sichtbaren Behinderungen könnten hiervon besonders betroffen sein, wenn sie überdurchschnittlich lange stationär versorgt werden. Gruppenspezifische Daten fehlen im Entwurf.

C — Pflegebegleitung

■ **C1 §§ 7c, 7d Abs. 2** [alle] Keine Qualifikationsvorgaben für nicht unmittelbar sichtbare bzw. schwer einschätzbare Erkrankungsbilder (z. B. psychische Erkrankungen, neurokognitive Einschränkungen, Autismus, CFS) im Normtext. Dies erhöht das Risiko, dass Bedarfe als "Verweigerung" fehlgedeutet werden. [4][5]

■ **C2 § 7c Abs. 6** [P·N] Verpflichtende Pflegebegleitung ohne Härtefallregelung. § 7c Abs. 6 koppelt das Entlastungsbudget an das Abrufen der Begleitung; Nicht-Abrufen kann leistungsrechtliche Nachteile auslösen. Für Menschen mit sozialer Angststörung, Autismus, Depression oder ME/CFS stellt dies eine strukturelle Hürde dar. Insbesondere bei neurodivergenten Profilen oder ME/CFS kann bereits die Teilnahme an Gesprächen oder Terminen aufgrund von Belastungsintoleranz zu einer erheblichen Symptomverschlechterung führen, sodass notwendige Leistungen faktisch nur unter Inkaufnahme gesundheitlicher Risiken abrufbar wären.

■ **C3 § 18b Abs. 1 Nr. 3b** [P·N] Belastungsempfehlungen erfolgen nur bei "gezielter Nachfrage" und aktiver Selbstauskunft. Bei Alexithymie, Dissoziation, kognitiver Verlangsamung oder exekutiven Funktionsstörungen strukturell nicht zuverlässig erfüllt.

■ **C4 § 7c Abs. 6** [P·N·C·S] Die verpflichtende Pflegebegleitung soll in der häuslichen Umgebung stattfinden. Für Menschen mit Trauma, Autismus, sozialer Angst, MCS/MCAS oder häuslichen Belastungskontexten kann der Hausbesuch selbst eine Barriere darstellen. Auch bei ME/CFS kann je nach Schweregrad bereits ein solcher Termin aufgrund von Reiz- und Belastungsintoleranz zu einer deutlichen Symptomverschlechterung führen oder praktisch nicht durchführbar sein. Ein Anspruch auf alternative Formate — schriftlich, telefonisch, digital oder an neutralem Ort — fehlt.

D — Akutversorgung

■ **D1 § 39 Abs. 2, § 39a** [P·N·C·S] Nervensystembezogene Krisen — PEM-Einbruch, Traumadekompensation, sensorische Überlastung, suizidale Zuspitzung — sind nicht ausdrücklich als Auslöser operationalisiert. Es droht eine uneinheitliche Auslegung, obwohl solche Krisen akuten pflegerischen Unterstützungsbedarf auslösen. [6]

■ **D2 § 39a Abs. 4** [alle] Nachgelagerte Richtlinien drohen die Lücke zu verfestigen: Ohne gesetzlichen Auftrag zu nervensystembezogenen Auslösern werden diese in der standardisierten Dokumentation voraussichtlich nicht erscheinen.

■ **D3 § 39 Abs. 2** [C·S] Chemische Auslöser nicht operationalisiert. Duftstoffe oder Desinfektionsmittel können bei einzelnen Betroffenen mit MCS/MCAS erhebliche gesundheitliche Reaktionen auslösen — ohne dass dies im Entwurf als Akutauslöser definiert wäre.

E — Digitale Zugänge

■ **E1 § 7a Abs. 1 S. 4** [P·N·C·S] Geltende Standards (WCAG 2.1, BITV 2.0, EN 301 549) adressieren Wahrnehmbarkeit und Bedienbarkeit, operationalisieren aber fluktuierende Nutzbarkeit, kognitive Erschöpfung, Reizüberempfindlichkeit und exekutive Belastung nicht ausreichend. [7]

■ **E2 § 7a Abs. 3** [alle] Analoge Zugangswege werden erwähnt, aber nicht als gleichwertiger, niedrigschwelliger und barrierefreier Anspruch konkretisiert. Für Menschen mit kognitiver Verlangsamung, Lichtempfindlichkeit oder Lese-Rechtschreibstörung fehlt ein durchsetzbares Äquivalent.

F — Pflegende Angehörige und Schutz

■ **F1 §§ 7c, 18b, 37, 45b** [P·N·C·S] Pflegende Angehörige mit eigener nicht sichtbarer Behinderung werden nicht als Risikogruppe operationalisiert. Der Entwurf stärkt häusliche Pflege, ohne systematisch zu erfassen, ob pflegende Angehörige selbst psychische, neurologische, chronische oder sensorische Einschränkungen haben. Überlastung, Versorgungsabbrüche und Suizidrisiken bleiben präventiv unadressiert. [8]

■ **F2 § 7c Abs. 6** [P·N·C·S] Die verpflichtende Häuslichkeit der Pflegebegleitung kann bei Menschen mit Trauma, häuslichen Belastungskontexten, Scham oder Angst selbst zur Schutzlücke werden: Fehlversorgung, Gewalt oder Vernachlässigung werden unter diesen Bedingungen schwerer erkannt.

G — Governance

■ **G1 Begr. S. 142, § 44 GGO** [alle] Eine spezifische Prüfung nicht sichtbarer Behinderungen ist im Entwurf nicht erkennbar dokumentiert. Dies wirft Fragen zur Beteiligungs- und Datengrundlage nach Art. 4 Abs. 3 und Art. 31 UN-BRK auf.

■ **G2 § 18f Abs. 3** [alle] § 18f Abs. 3 benennt sieben Beiratsmitglieder: fünf Wissenschaft, ein GKV-Spitzenverband, ein Medizinischer Dienst. Keine verbindliche Betroffenenvertretung — Masking und Fluktuation drohen in der Weiterentwicklung strukturell zu fehlen. (Art. 4 Abs. 3 UN-BRK)

■ **G3 PNOG Begr. S. 6, Finanztabelle S. 4–6** [alle] Kostenverlagerungseffekte nicht ressortübergreifend bilanziert. Die Begründung weist Mehrausgaben für Länder/Kommunen (SGB XII) von rund 1 Mrd. Euro 2027 aus — ohne Gesamtrechnung über SPV, SGB XII, SGB IX und SGB V.

■ **G4 §§ 7a, 18, 18f, 39a** [alle] Barrierearme Beschwerde- und Widerspruchswegen fehlen. Neue digitale, beratende und gutachterliche Steuerungsinstrumente brauchen niedrigschwellige Korrekturwege. Für Menschen mit Erschöpfung, kognitiver Verlangsamung oder Kommunikationsbarrieren sind Fehlentscheidungen faktisch schwerer korrigierbar.

Unsere Fragen an das Bundesministerium

1. Hat das BMG nach § 44 GGO geprüft, ob der Entwurf Menschen mit nicht sichtbaren Behinderungen nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG und Art. 9, 25 UN-BRK ausreichend schützt?
2. Welche Norm erfasst fluktuierende Pflegebedarfe — belastungsabhängig, nicht stabil, nach außen nicht erkennbar — verlässlich?
3. Wie begründet das BMG, dass § 14 Abs. 1 ("hohe Wahrscheinlichkeit") keine mittelbare Diskriminierung chronisch-nicht-linearer Krankheitsverläufe darstellt?
4. Warum enthält § 18f keine verbindliche Betroffenenvertretung, obwohl Art. 4 Abs. 3 UN-BRK Beteiligung verpflichtend vorschreibt?
5. Warum wird das Entlastungsbudget in den ersten drei Monaten nach Erstfeststellung halbiert (§ 37 Abs. 2), gerade wenn nach psychiatrischem Ersteinbruch oder neu aufgetretener Einschränkung der Unterstützungsbedarf am höchsten ist?
6. Wie wird verhindert, dass die Streichung des Entlastungsbetrags in Pflegegrad 1 und die Bindung des Sozialraumbudgets an Pflegegrad 2 (§§ 28a, 45b) Menschen mit fluktuierenden, nicht sichtbaren Einschränkungen ohne Entlastung lassen — und dass zweckgebundene Gruppenangebote für ME/CFS, MCS, soziale Phobie oder sensorische Überempfindlichkeit faktisch nicht nutzbar sind?
7. Wie wird verhindert, dass die verlängerte Verweildauer bis zum höchsten Leistungszuschlag (54 statt 36 Monate, § 43c) Menschen mit Demenz, schwerer psychischer Erkrankung oder komplexen nicht sichtbaren Bedarfen benachteiligt?
8. Besteht in der Pflegebegutachtung (§§ 18a, 18b) ein Anspruch auf reizarmes, chemisch belastungsarmes und kommunikationsangepasstes Setting, auf Deutsche Gebärdensprache bzw. Schriftdolmetschen und auf Leichte Sprache, damit gehörlose, kognitiv beeinträchtigte und nicht sichtbar behinderte Menschen ihren Bedarf darlegen können?

9. Sofern eine Prüfung nach Frage 1 stattgefunden hat, bitten wir um Mitteilung der tragenden Erwägungen und Normverweise. Sofern sie nicht erfolgt ist, bitten wir um Nachholung vor Kabinettsbefassung.

Sofern die aufgeführten Schutzrisiken im Entwurf adressiert sind, bitten wir um Verweis auf die entsprechenden Normen. Die Problemlage und die beschriebenen Schutzrisiken wurden dem Bundesministerium für Gesundheit durch unser Konzept LIORA seit März 2026 auf unterschiedlichen Kanälen übermittelt. Wir bitten ausdrücklich darum, diese Hinweise im weiteren Gesetzgebungsverfahren nachvollziehbar zu prüfen und zu dokumentieren.

Zur strukturellen Ursache

Prävention bei Herzerkrankungen, Demenz, ernährungsbedingten Erkrankungen, Sucht u.v.m. wäre fiskalisch anders handhabbar — wenn Industrie, Lebensmittelwirtschaft, Pharmaunternehmen und Arbeitsmarktstrukturen in anteilsgerechter Mitverantwortung genommen würden. Das geschieht nicht. Stattdessen werden die Kosten chronischer Erkrankungen auf Pflegebedürftige, Angehörige und Sozialsysteme abgewälzt. Wir haben eine IFG-Anfrage gestellt, die die Zusammenhänge der Konsolidierungspotenziale klären soll.

Bei Neurodivergenz, FASD, ME/CFS und strukturell bedingten Erkrankungen kommt ein weiteres hinzu: Wer Barrieren früh anerkennt, kann chronisches Leid reduzieren. Wer Barrieren ignoriert und Diagnosen verzögert, produziert Pflegebedarf. Ein Mensch mit Autismus, der jahrzehntelang in Umgebungen ohne angemessene Unterstützung funktionieren musste, entwickelt sekundäre psychische Erkrankungen, Erschöpfungszusammenbrüche und Pflegebedarf — nicht wegen seiner Diagnose, sondern wegen des Fehlens von Strukturen, die längst hätten geschaffen werden können. Wir haben diese Schutzlücken in LIORA beschrieben. Das BMAS hat mitgeteilt, dass es die Architektur nicht bearbeitet. Die Schutzlücken bleiben bestehen. Das PNOG operiert am Ende der in Konvera beschriebenen Kaskade — und spart genau dort, wo die Kaskade bereits voll wirksam ist. Eine echte Neuordnung würde früher ansetzen: bei der Anerkennung unsichtbarer Barrieren als Rechts- und Normierungskategorie.

Wir bitten um Berücksichtigung im weiteren Gesetzgebungsverfahren und stehen für ein Gespräch gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Rebecca Lefèvre

Leitung, Initiative Stille Stunde / gemeinsam zusammen e.V.

Sprecherin AG Neurodivergenz und neurologische Vielfalt, NaSPro

post@stille-stunde.com · www.stille-stunde.com

Fachpapiere LIORA (Vertiefung, keine externe Evidenz): KONVERA-Modell v14, FEMORA v12, PRAEVIO v3, MEDIRA, INVERSIO — https://www.stille-stunde.com/wp-content/uploads/2026/04/LIORA_Uebersicht.pdf — gemeinsam zusammen e.V., März 2026. www.stille-stunde.com

Evidenzgrundlage — Zitierfähige Referenzen

Vollständige Angaben mit DOI, Studiendesign und Qualitätsbewertung für alle im Brief zitierten Quellen.

[1] Nacul, L.C., Lacerda, E.M., Campion, P. et al. (2011). The functional status and well being of people with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and their carers. BMC Public Health, 11, 402. DOI: 10.1186/1471-2458-11-402

Design: Querschnittsstudie, n=170 ME/CFS-Betroffene + 44 pflegende Angehörige, SF-36v2; London School of Hygiene & Tropical Medicine | **Qualität:** Hoch — peer-reviewed, Open Access. Kernbefund: ME/CFS stärker einschränkend als Krebs oder Herzerkrankung. Einschränkung: belegt Schwere, nicht direkt Stichtagslogik — Übertragung logisch plausibel.

[2] Hull, L., Petrides, K.V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C. & Mandy, W. (2017). 'Putting on My Best Normal': Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. Journal of Autism and Developmental Disorders, 47(8), 2519–2534. DOI: 10.1007/s10803-017-3166-5

Design: Qualitative Thematische Analyse, n=92 autistische Erwachsene; University College London & Autism Research Centre Cambridge | **Qualität:** Hoch — Open Access, über 2.000 Zitationen. Kernbefund: Masking führt zu Erschöpfung, Burnout, Bedrohung der Selbstwahrnehmung. Einschränkung: keine direkte Pflegebegutachtungsstudie.

[3] Lim, E.J. & Son, C.G. (2020). Review of case definitions for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS). Journal of Translational Medicine, 18, 289. DOI: 10.1186/s12967-020-02455-0

Design: Narratives Review, 25 Falldefinitionen analysiert; Daejeon University, Südkorea | **Qualität:** Mittel — peer-reviewed, Open Access. Belegt: Chronizität und PEM sind definitionskonstitutive Merkmale. Für A3 als konzeptuelle Grundlage ausreichend, keine Prognosestudie.

[4] Ratto, A.B., Kenworthy, L., Yerys, B.E. et al. (2018). What about the girls? Sex-based differences in autistic traits and adaptive skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1698–1711. DOI: 10.1007/s10803-017-3413-9

Design: Querschnittsstudie, n=228, ADOS/VABS-II/SRS; Children's National Health System, Washington D.C. | **Qualität:** Hoch — peer-reviewed. Kernbefund: Autistische Mädchen werden von außen als kompetenter wahrgenommen als sie adaptiv funktionieren. Einschränkung: primär Kinder/Jugendliche.

[5] National Institute for Health and Care Excellence (2021). Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. NICE Guideline NG206. London: NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng206>

Design: Evidenzbasierte nationale Leitlinie, systematische Literaturrecherche, Expertenkonsens, strukturierte Patientenbeteiligung | **Qualität:** Sehr hoch — methodisch vergleichbar mit deutschen S3-Leitlinien. Explizite Schulungspflicht zu PEM. Für Deutschland nicht bindend, aber internationaler Evidenzstandard.

[6] Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P. & Bölte, S. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232–238. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.160192

Design: Populationsbasierte Kohortenstudie, n=27.122 autistische Personen, n=2.672.185 Kontrollen; Karolinska Institutet Stockholm | **Qualität:** Sehr hoch — größte Mortalitätsstudie zu Autismus. Suizid-OR: 7,55 für ASD insgesamt; 9,40 für ASD ohne Intelligenzminderung, 2,41 mit Intelligenzminderung. Einschränkung: Risikohintergrund für D1, kein Direktbeweis der Normenlücke.

[7] British Standards Institution (2022). PAS 6463:2022. Design for the mind – Neurodiversity and the built environment. London: BSI. Ergänzend: W3C WCAG 2.1 (2018); Europäische Norm EN 301 549 v3.2.1 (2021).

Design: PAS 6463: normgebender Standard (gebaute Umwelt); WCAG 2.1: W3C-Standard; EN 301 549: bindende EU-Norm für digitale Barrierefreiheit | **Qualität:** Hoch (Standards) — Kernargument: Keiner dieser Standards operationalisiert fluktuierende Nutzbarkeit, Reizüberempfindlichkeit oder exekutive Belastung ausreichend.

[8] Soh, X.C., Hartanto, A., Ling, N., Reyes, M., Sim, L. & Majeed, N.M. (2025). Prevalence of depression, anxiety, burden, burnout, and stress in informal caregivers: An umbrella review of meta-analyses. *Archives of Gerontology and Geriatrics Plus*, 2(3), 100197. DOI: 10.1016/j.aggp.2025.100197

Design: Umbrella Review (Review of Meta-Analysen); Singapore Management University | **Qualität:** Hoch — Umbrella Reviews stehen methodisch über einzelnen Meta-Analysen. Mediane Prävalenz: 33,35 % Depression, 35,25 % Angst, 49,26 % Belastungserleben. Für F1 relevant; nicht als Beleg für Kostenverlagerung (G3).

Weitere Hintergrundquellen (nicht primäre Forschungsliteratur)

[A] Rothgang, H. & Müller, R. (Hrsg.) (2018). *Pflegereport 2018*. Barmer. — Anstieg psychischer Erkrankungen bei pflegenden Angehörigen 2013–2018.

[B] Schwinger, A. & Zuk, K. (2024). *AOK-Monitor 2024 zur häuslichen Pflege*. WIdO, Berlin.

[C] pflege.de (2025). Studie 2025: Wie geht es pflegenden Angehörigen? n=1.048. www.pflege.de/studien/

[D] DZPG (2026). Pressemitteilung: Wenn Pflege zur Dauerbelastung wird. Berlin. www.dzpg.org

Hinweis: Quellen [A]–[D] sind Versorgungsberichte und Befragungen, keine peer-reviewten Primärstudien. Sie kontextualisieren das Versorgungsgeschehen in Deutschland.