

Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung der Live-in-Versorgung in Deutschland

Autor*innen: Dr. Milena von Kutzleben (Carl von Ossietzky Universität Oldenburg), Prof. em. Dr. Jo Reichertz (Kulturwissenschaftliches Institut Essen), Prof. Dr. Mark Schweda (Carl von Ossietzky Universität Oldenburg), Dr. Anna-Eva Nebowsky (Carl von Ossietzky Universität Oldenburg), Matthias Hauer (Carl von Ossietzky Universität Oldenburg), Nadine Giesbrecht (Kulturwissenschaftliches Institut Essen), Prof. Dr. Sabine Nover (Universität Koblenz), Prof. Dr. Simone Leiber (Universität Duisburg Essen), Dr. Ewa Palenga-Möllenbeck (Goethe-Universität Frankfurt), Prof. em. Dr. Barbara Städtler-Mach (Evangelische Hochschule Nürnberg), Dr. Milena Kriegsmann-Rabe (Bonn), Katharina Bertzbach (organisierende Angehörige, Fischerhude), Prof. Dr. Ronald Kurt (Evangelische Hochschule Bochum), Sebastian Fischer (wir pflegen! Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e.V.), Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (Köln)

Hintergrund

Sogenannte Live-in-Hilfen, also Betreuungshilfen meist aus dem osteuropäischen Raum, die für einen begrenzten Zeitraum eine hilfe- oder pflegebedürftige Person im eigenen Zuhause versorgen und mit ihr leben, spielen schon jetzt eine tragende Rolle in der häuslichen Versorgung älterer Menschen in Deutschland. Mit der Ankunft der geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer-Generation in einem Alter, in dem Hilfe- und Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher werden, wird dieses Versorgungsmodell an Relevanz noch zunehmen (Leiber 2024). Da für diese Arbeitskräfte keine Registrierungspflicht besteht und die Arrangements oft informell sind, kann die Zahl der in Pendelmigration lebenden Live-in-Hilfen in Deutschland allerdings nur geschätzt werden. Die Angaben bewegen sich zwischen ca. 300.000 und ca. 700.000 Personen (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022, S. 77).

Live-in-Versorgung bringt mit ihrer aktuell marktförmigen Organisation bei fehlender staatlicher Regulierung hohe Rechtsunsicherheit und missbräuchliche Praktiken und damit eine Vielzahl von praktischen Problemen und moralischen Konflikten mit sich. Die Regelung durch das EU-Freizügigkeitsabkommen und das deutsche Arbeitszeitgesetz ist unzureichend und gewährleistet weder Fairness der Arbeitsbedingungen noch eine qualitative hochwertige Versorgung und die längerfristige Tragfähigkeit von Live-in-Versorgungsarrangements.

Wir, die Verfasser*innen, sehen die Live-in-Praxis als Symptom einer Krise im Langzeitversorgungssystem, die sich angesichts der demographischen Entwicklung und des Fachkräftemangels noch verschärfen wird. Allerdings wäre es aus unserer Sicht weder ethisch verantwortlich noch realistisch und zielführend, das Live-in-Modell komplett abschaffen zu wollen. Live-in-Versorgung ist schon jetzt eine Versorgungsrealität in Deutschland und es ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil häuslicher Versorgungsarrangements auf diesem Modell basiert und von ihm abhängig ist. Auch wenn das Live-

in-Modell mangels bezahlbarer Alternativen momentan unverzichtbar erscheint, besteht angesichts massiver Probleme und Missbrauchspraktiken (Salami et al. 2017) allerdings dringender Handlungs- und Regulierungsbedarf.

Dabei sind Live-in-Versorgungsarrangements als eine Versorgungsstruktur zu betrachten, die von verschiedenen Perspektiven und Interessen, aber auch von verschränkten Vulnerabilitäten, Machtasymmetrien und Sorgeverantwortlichkeiten geprägt sind (Ulitsa et al. 2025). Um eine faire, für alle Beteiligten akzeptable Gestaltung des Arrangements zu ermöglichen und damit dessen Tragfähigkeit zu fördern, sind die Bedürfnisse und Bedarfe aller Beteiligten angemessen zu berücksichtigen und die in diesen Arrangements geleistete Interaktionsarbeit unterstützend zu adressieren. Darüber hinaus bedarf es belastbarer wissenschaftlicher Evidenzgrundlagen, fairer öffentlicher Verständigung und offener politischer Auseinandersetzung.

Die in diesem Papier formulierten Empfehlungen zur Ausgestaltung der Live-in-Versorgung sind das Ergebnis einer Diskussion im Rahmen der Arbeitstagung „Live-in-Versorgung: Zukunfts- oder Auslaufmodell“ des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekts TriaDe „Osteuropäische Live-In-Hilfen in häuslichen Versorgungstriaden bei Demenz“ (Leitung Dr. Milena von Kutzleben, Prof. Dr. Jo Reichertz und Prof. Dr. Mark Schweda, Projektnummer 509885213). Gemeinsam mit 35 Expert*innen aus Wissenschaft und Praxis sowie mit versorgenden Angehörigen mit Live-in-Erfahrung haben wir vom 27.–28.11.2025 am Kulturwissenschaftlichen Institut Essen über das Thema diskutiert und basierend auf den Erkenntnissen der zahlreichen Forschungsprojekte zum Live-in-Modell der Beteiligten sowie ihres Erfahrungswissens und unter Berücksichtigung des internationalen Stands der Forschung die folgenden Empfehlungen erarbeitet:

1) Besondere Vulnerabilität der versorgten Person berücksichtigen

Der überwiegende Teil der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wird zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2022) – mit steigender Tendenz über alle Pflegegrade hinweg (Becker 2023, S. 8). Dies entspricht zum einen den Präferenzen der Betroffenen (Büscher et al. 2023), ist aber auch in Zusammenhang mit den hohen privaten Kosten im Falle einer stationären Versorgung zu betrachten (Kalwitzki & Rothgang 2022). Vor diesem Hintergrund scheint Live-in-Versorgung für betroffene Familien oftmals alternativlos (Grenz & von Kutzleben 2024).

Personen, die in Live-in-Versorgungsarrangements versorgt werden, bedürfen aufgrund ihrer Abhängigkeit von der Unterstützung durch Dritte im Alltag mit fortschreitender körperlicher und/oder kognitiver Beeinträchtigung besonderen Schutzes. Für viele Betroffene und ihre Familien ist der Verbleib in der eigenen Wohnumgebung prioritär. Die Potenziale häuslicher Versorgung wie Erhalt und Förderung von Autonomie und Teilhabechancen sowie der kognitiven Fähigkeiten könnten durch eine gezielte Unterstützung und rechtssichere Rahmung von Live-in-Versorgungsarrangements genutzt und gefördert werden. Hierzu bedarf es entsprechender gesetzliche Rahmenbedingungen ebenso wie Schulung und

ggfs. Qualifizierung von Live-in-Hilfen, Qualitätsstandards und Monitoring der Versorgungsprozesse sowie strukturelle Entlastung (z. B. im Rahmen gemischter Versorgungsarrangements).

2) Live-in-Hilfen brauchen klare und sichere Arbeitsbedingungen in gemischten Versorgungsarrangements

Live-in Hilfen sind auf ihre Beschäftigung in Deutschland meist finanziell angewiesen und sind angesichts ihrer prekären Lebens- und Arbeitsbedingungen ebenfalls als vulnerabel anzusehen. Es bedarf zunächst der Sicherstellung formeller Verträge mit klar definierten Rechten und Pflichten. Dies beinhaltet Regelungen zu Arbeitszeiten, Privatsphäre und Freizeit sowie transparente Lohnzahlungsmechanismen, einschließlich bezahlten Urlaubs sowie Steuern und Sozialversicherungsabgaben auf die komplette Vergütung. Außerdem sollten die Aufgaben von Live-in-Arbeitskräften klar definiert und deutlich von medizinisch-pflegerischen Maßnahmen oder erweiterten Haushaltsdienstleistungen abgegrenzt werden. Dafür bedarf es ausformulierter Stellenbeschreibungen.

Live-in-Versorgungsarrangements, die eine Alleinzuständigkeit für eine Person rund um die Uhr, also tagsüber und in der Nacht, voraussetzen, sind nicht akzeptabel und verstoßen gegen geltendes deutsches Arbeitsrecht. Zur Entlastung der Live-in-Hilfen und Vermeidung ausbeuterischer Arbeitsbedingungen bei gleichzeitiger Sicherstellung der Versorgung müssen Familien Zugang zu niedrigschwelligen und erschwinglichen Betreuungsmöglichkeiten haben, ohne Kosten und Risiken auf die Live-in-Hilfen abzuwälzen. Live-in-Versorgung sollte in einen interprofessionellen Versorgungsmix eingebettet werden. In diesem Rahmen muss die Zusammenarbeit von Medizin (insbesondere hausärztliche Versorgung), ambulanten Diensten, zusätzlichen Betreuungsangeboten wie z. B. Tagespflege und häuslicher Versorgung geklärt und strukturell gefördert werden.

Einen rechtssicheren Rahmen könnte im deutschen Kontext insbesondere das Angestelltenmodell (vgl. Leiber 2024) bieten, weshalb dieses Modell Vorrang vor dem Entsende- und dem Selbständigenmodell haben sollte. Hier kann auf die Erfahrungen von Modellprojekten von Wohlfahrtsverbänden wie CariFair¹ (Caritas) und FairCare² (Diakonie) zurückgegriffen werden, die Live-in-Hilfen als Angestellte ausschließlich in Kombination mit weiteren Diensten (die auch der Qualitätskontrolle dienen) als komplementäre Lösung im Rahmen eines gemischten Pflegearrangements vorsehen.

¹ <https://www.caritas.de/hilfeundberatung/ratgeber/alter/pflege/haushaltshilfen-legal-beschaeftigen>

² <https://vij-wuerttemberg.de/faircare>

3) Angehörige in ihrer Rolle stärken, qualitätsgesicherte Unterstützung durch offizielle und unabhängige Mittlerstellen

Live-in-Versorgungsarrangements sind auf Angehörige als Manager*innen und Ko-Pflegende in einem gemischten Setting angewiesen. Versorgende Angehörige brauchen finanzielle Unterstützung sowie Information und Beratung zu Gestaltung und Management des Arrangements sowie verbesserte Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Um das Modell zukunftsfähig zu machen, muss der Funktionswandel der Familie berücksichtigt werden und das Verständnis von Familie muss entsprechend den gesellschaftlichen Realitäten (z. B. long distance caregiving Patchworkfamilien, gleichgeschlechtliche Partnerschaften mit und ohne Kinder etc.) erweitert werden, was sich dann auch in Unterstützungsleistungen und -angeboten widerspiegeln muss.

Für längerfristig tragfähige Live-in-Versorgungsarrangements bedarf es einer beziehungsorientierten Unterstützung. Angehörige und Live-in-Hilfen müssen auf ihre Rolle vorbereitet werden. Sorgeverantwortung und Verantwortungsbereiche müssen geklärt werden und es bedarf einer Vermittlung bei Konflikten – auch mit den Agenturen. Dies kann durch eigens dafür eingerichtete unabhängige Stellen mit Mittlerfunktion übernommen werden, z. B. auf kommunaler Ebene (z. B. bei den Pflegestützpunkten) oder als Funktionsübernahme durch Personen aus Wohlfahrtseinrichtungen (z. B. die Caritas mit CariFair oder die Diakonie mit FairCare). Ein solches Angebot sollte kontinuierlich und begleitend bestehen und bei einer direkten staatlichen Förderung (vgl. Leiber & Rossow 2022) des Arrangements verpflichtend sein.

Die direkt in die Live-in-Versorgungsarrangements involvierten Akteure benötigen eine stabile Basis für Abstimmung und Beratung. Die Sozialpartner sollten eine wichtige Rolle spielen und stärker in die Überwachung und Regulierung des Sektors einbezogen werden. Die Gewerkschaften, die sich bereits jetzt aktiv dafür einsetzen, Live-In-Hilfen zu vertreten, sollen in ihrer transnationalen Zusammenarbeit mit den Sendeländern unterstützt werden.

4) Qualifizierung und Bildung der Live-in-Hilfen und beteiligter Akteure

Qualifizierungs- und Bildungsmaßnahmen für Live-in-Hilfen, die sich an einheitlichen und rechtsverbindlichen Mindeststandards orientieren, sind sowohl vor Antritt einer solchen Tätigkeit als auch begleitend unerlässlich. Dies umfasst die Definition von Kernkompetenzen, Aufgabenbereichen und Qualitätsanforderungen.

Standardisierte Qualifizierungsprogramme sollten neben der Vermittlung sprachlicher und interkultureller Kompetenzen grundpflegerische Fähigkeiten, Verantwortlichkeiten und Aufklärung über Arbeitnehmerrechte beinhalten, damit Live-in-Hilfen effektiv kommunizieren, ihre Rechte geltend machen und Versorgungsaufgaben sicher für sich selbst und die versorgte Person ausführen können. Die Programme sollten auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen (z. B. Versorgung von Menschen mit Demenz) und die strukturellen Herausforderungen der Betreuungskräfte zugeschnitten sein. Präventive

Ansätze wie Resilienz- und Selbstwirksamkeitstraining und Konfliktprävention sollten integriert werden.

Ein solches einheitliches und transnationales Ausbildungs- und Zertifizierungsprogramm für internationale Live-In-Hilfen sollte staatlich kontrolliert und staatlich gefördert werden und grundsätzlich nach dem Prinzip „der Arbeitgeber zahlt“ funktionieren.

Aus- und Weiterbildungskonzepte sollten nicht nur Live-in-Hilfen, sondern auch versorgende Familien adressieren. Gemeinsame Lehr- und Lernformate, die die gemeinsame Bewältigung von Versorgungsaufgaben thematisieren, sollten erprobt und evaluiert werden. Neben Angehörigen sollten auch weitere für das Versorgungsarrangement relevante Akteure, z. B. Vertreter*innen von Vermittlungsagenturen, ambulante Pflegedienste und Hausärzt*innen, von Aus- und Weiterbildungsangeboten angesprochen werden. Neben formalen Inhalten zu den rechtlichen Rahmenbedingungen von Live-in-Versorgungsarrangements sollten diese Maßnahmen insbesondere auch Aspekte wie alltäglicher Rassismus, Sexismus und diskriminierende Praktiken sowie eine kritische Reflexion über unterschiedliche Auffassungen von Sorge und Versorgung umfassen (Palenga-Möllenbeck & Fiebig-Spindler 2025).

5) Private Vermittlungsagenturen als Akteure in die Pflicht nehmen

Die Vermittlung ist als eine notwendige Komponente des Live-in-Modells zu betrachten, die nicht abgeschafft werden kann. Sie ist jedoch staatlich zu regeln und zu kontrollieren. Außerdem bedarf es einer obligatorischen Registrierung der in Deutschland tätigen Agenturen und Live-in-Hilfen. Agenturen müssen Mindeststandards hinsichtlich Erreichbarkeit, Qualität und regelmäßiger Beratung der Arbeitskräfte und der Familien, auch in Konfliktfällen, sowie der Qualifizierung der Live-in-Hilfen erfüllen. Um eine für die Nutzenden notwendige Transparenz herzustellen, empfehlen wir eine entsprechende Zertifizierung der Agenturen. Öffentliche Förderung sollte bei agenturvermittelten Live-in-Arrangement an die Erfüllung dieser Mindeststandards geknüpft werden.

Hauptziele einer guten Vermittlungspraxis sind u.a. die Vermittlung zwischen widersprüchlichen Erwartungen, Verhandlung von Sprachkompetenzen, Sicherung der Kontinuität der Versorgung und guter Arbeitsbedingungen, kontinuierliche Beratung, Schulung und Verwaltung transnationaler bürokratischer Anforderungen, die sowohl Arbeitnehmer als auch Haushalte betreffen.

Um faire und transparente Einstellungspraktiken zu gewährleisten, kann der Globale Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal als Vorbild dienen (WHO 2010) und an nationale, EU- und transnationale Rechtsrahmen angepasst werden.

6) Einbettung von Live-in-Versorgung in nationale, länderspezifische und kommunale Pflegeplanung

Live-in-Hilfen nehmen einen wachsenden Stellenwert in der häuslichen Versorgung ein, ihre Zahl dürfte mittlerweile in etwa mit der im ambulanten Bereich beschäftigten Pflegekräfte vergleichbar sein (Statistisches Bundesamt 2023). Umso erstaunlicher ist es angesichts der Relevanz des Live-in-Modells für die Sicherung und Aufrechterhaltung der häuslichen Langzeitversorgung, dass diese Ressource im Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe *Zukunftspakt Pflege und den darin enthaltenen* Empfehlungen nicht adressiert wird. Das Bundesministerium für Gesundheit will im Rahmen einer Pflegereform die *„Durchführung einer bürokratiearmen und zielorientierten kommunalen Pflegeplanung“* fördern und *„sukzessive einen möglichst einheitlichen, bundesweit gültigen Standard für eine wirkungsorientierte Pflegebedarfsplanung etablieren“*. Gleichzeitig soll gemeinsam mit den Ländern *„eine kommunale (integrierte) Pflege- und Sozialplanung“* gefördert werden³. Hierbei sollte die Frage der Ausgestaltung und Einbettung der Live-in-Versorgung in Deutschland in die Umsetzung einer nachhaltigen Pflegereform mit integrierter nationaler, länderspezifischer und kommunaler Pflege- und Sozialplanung unbedingt mitgedacht werden.

Für die europäische und Bundesebene gilt es hier insbesondere Fragen der transnationalen Verantwortung und arbeitsrechtlicher Regulierungen zu klären und Rahmenbedingungen für eine Qualitätssicherung und für die Regulierung von Vermittlungsagenturen zu schaffen. Auf die Pflegeplanung auf Länderebene entfallen die Anwendung von Qualitätskriterien, Förderprogramme, Landespflegepläne und das Monitoring der Live-In Entwicklung. Für die kommunale Pflegeplanung wird die praktische Umsetzung, Integration und Entlastung mittels Bedarfsermittlung, Schulungen, gemischten Versorgungsangebote und lokalen Registern wichtiger Bestandteil sein.

7) Transnationale Perspektive

Bei der zukünftigen Regelung und Ausgestaltung der Live-in-Versorgung sind nationale und internationale wissenschaftliche Evidenz systematisch zu berücksichtigen. Für effektive und faire Lösungen ist das Modell der Live-in-Versorgung unter einer transnationalen Perspektive zu diskutieren und zu gestalten. Es sind transnationale Absprachen und Regelungen bzgl. Care Chains (globale Betreuungsketten) und Care Drains (Abwanderung von Versorgungspotenzial aus den Herkunftsländern der Live-in-Hilfen) auf Basis länderübergreifender und länderspezifischer Evidenz erforderlich. Die Zusammenarbeit mit den Entsendeländern muss forciert werden, um sich gemeinsam mit den sozialen und wirtschaftlichen Kosten dieser Form von Migration auseinanderzusetzen und Verantwortung für Live-in-Hilfen zu übernehmen, die durch Pendelmigration und Entsendung weiterhin Beiträge zum heimatlichen Sozialsystem

³ Zukunftspakt Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/zukunftspakt-pflege-11-12-2025>

leisten und gleichzeitig die häusliche Langezeitversorgung in Deutschland stabilisieren (Palenga-Möllenbeck & Fiebig-Spindler 2025).

8) Modellprojekte und Forschungsförderung

Darüber hinaus sollte der Bund geeignete Förderformate für weitere Forschung zur Live-in-Versorgung aufsetzen. Ziel muss zunächst eine präzisere Beschreibung und Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes in Deutschland sein. Dazu gehören belastbare quantitative Erhebungen zur Anzahl, Struktur und Verteilung der Arrangements. Daneben ist vertiefende qualitative Forschung zu den Dynamiken und Konflikten in Live-in-Triaden sowie Forschung zur Konzeption, Umsetzung und Evaluation von Pilot- und Modellprojekten zu prüfen. Um das „Unlösbarkeits-Dilemma“ bezüglich der Einhaltung von Arbeitszeiten im Live-in-Modell aufzulösen und die Prekarität des Privathaushalts als Ort entgrenzter Arbeit zu beheben, sind explizit auch Möglichkeiten zur Etablierung von Live-out-Settings, die Arbeitsort und Wohnort trennen, zu entwickeln und zu prüfen. Die Realisierung solcher Alternativen sind in kommunale Verantwortung zu geben (vgl. Grenz et al. 2025).

Die wissenschaftliche Begleitforschung ist interdisziplinär anzulegen, wobei sowohl sozial- und geistes- als auch versorgungs- und gesundheitswissenschaftliche Perspektiven zu berücksichtigen sind. Weitere Forschung hat keine aufschiebende Wirkung für die dringend notwendige Reformierung der Live-in-Versorgung und ihrer Rahmenbedingungen!

Literatur

- Becker, P. (2023). Die „vierte Säule“ der Pflege – Aktuelle Bedarfe und Erwartungen von 24-Stunden-Betreuungskräften (Live-ins) in Bezug auf ihre Arbeit in Deutschland. Working Paper 05. Minor – Projektkontor für Bildung und Forschung, Berlin
- Büscher, A., Peters, L., Stelzig, S., Lübben, A., Yalymova, I. (2023). Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. Hochschule Osnabrück
- Grenz, A., Schweda, M.; von Kutzleben, M. (2025). Live-in-Versorgung in Deutschland: eine qualitative Inhaltsanalyse gesellschaftlicher und politischer Diskurse. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 192: 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2024.10.007>
- Grenz, A., von Kutzleben, M. (2024). Conceptualisations of good care and conflicts in live-in migrant care arrangements for people with dementia – perspectives of family caregivers in Germany. *BMC Geriatrics* 24, 702. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05283-9>
- Kalwitzki, T., Rothgang, H. (2022). Finanzierung von stationärer Langzeitpflege. *Public Health Forum* 30(3):54–157. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2022-0059>
- Leiber, S. (2024). Die Ankunft der Babyboomer: Was tun mit der „24-Stunden-Pflege“? In: Schwinger, A., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Jacobs, K., Behrendt, S. (eds) *Pflege-Report 2024*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_6
- Leiber S, Rossow V (2022) Beschäftigung von Migrantinnen in der sogenannten „24-Stunden-Betreuung“ in Privathaushalten. Expertise im Auftrag des Sachverständigenrats für Integration und Migration für das SVR-Jahresgutachten. Berlin. (Verfügbar unter: https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/12/Leiber_Rossow_Expertise_fuer-SVR-Jahresgutachten-2022.pdf, letzter Zugriff 25.03.2026)
- Palenga-Möllenbeck, E., Fiebig-Spindler, R. (2025). ‘Emerging home care markets in Central and Eastern Europe: Transformations of senior care, labour mobility and housing in Poland and Germany’, in: Aulenbacher, B., Novy B., Baumgartner, B., Fröhlich, V. and Volmary H. (eds.) *Special Issue Transformative change: Care and housing in Europe*. *Berliner Journal für Soziologie* 35: 549–564. <https://doi.org/10.1007/s11609-025-00579-y>
- Sachverständigenrat für Integration und Migration (2022). *Jahresgutachten 2022: Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland*. (Verfügbar unter: <https://www.svr-migration.de/publikation/jahresgutachten-2022/>, letzter Zugriff 24.03.2026)
- Salami B., Duggleby W., Rajani F. (2017) The perspective of employers/families and care recipients of migrant live-in Caregivers: a scoping review. *Health and Social Care in the Community* 25(6): 1667–1678. <https://doi.org/10.1111/hsc.12330>

Statistisches Bundesamt (2022): Pflegestatistik 2021. (Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002219005.html>, letzter Zugriff 24.03.2026)

Statistisches Bundesamt (2023). Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten binnen 20 Jahren mehr als verdoppelt. Pressemitteilung Nr. N029 vom 11. Mai 2023 (Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23_N029_23.html, letzter Zugriff 25.03.2026)

Ulitsa, N., Nebowsky, AE., Ayalon, L., Schweda, M., von Kutzleben, M. (2025) Vulnerabilities in migrant live-in care arrangements for people with dementia: a comparative analysis of experts' insights from Germany and Israel. *Frontiers in Psychiatry* 16:1485270. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1485270>

World Health Organization (WHO) (2010). WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. World Health Organization. (Verfügbar unter: <https://iris.who.int/handle/10665/3090>, letzter Zugriff 24.03.2026)

Zitierhinweis

Bitte zitieren Sie dieses Papier wie folgt:

von Kutzleben, M. et al. (2026): Empfehlungen zur zukünftigen Ausgestaltung der Live-in-Versorgung in Deutschland. Ergebnispapier der Arbeitstagung „Live-in-Versorgung: Zukunfts- oder Auslaufmodell“ vom 27.–28.12.2025 am Kulturwissenschaftlichen Institut Essen. S. 1–9. URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:715-oops-74910>

Kontakt

Dr. Milena von Kutzleben

Abteilung Präventions- und Rehabilitationsforschung
Department für Versorgungsforschung
Fak. VI Medizin und Gesundheitswissenschaften
Carl von Ossietzky University of Oldenburg
Ammerländer Heerstr. 140
26129 Oldenburg (Germany)

Phone: +49 (0)441 798 4540

Email: milena.von.kutzleben@uni-oldenburg.de

<https://uol.de/praevention-rehabilitation>