

Hilfe, die nicht ankommt: Armut in der häuslichen Pflege

Teil 1: Fachpolitische Bewertung der Studie
von Thorsten Mittag, Der Paritätische
Gesamtverband

Teil 2: Explorative Studie „Pflegearmut“
von Prof. Dr. habil. jur. Thomas Klie,
AGP Sozialforschung/Social Research



März 2026

Inhalt

Teil 1:

1. Einleitung und Verortung der Studie	3
2. Ergebnisse der explorativen Studie	5
2.1 Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege	6
2.2 Modellrechnung zum Anspruch Pflegebedürftiger auf Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen	8
2.3 Vertiefende Analysen der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege in ausgewählten Bundesländern	10
2.4 Fazit	10
3. Empfehlungen der explorativen Studie und Forderungen des Paritätischen	14
4. Anmerkungen zur Aktualität der Forderung nach einer solidarischen Pflegevollversicherung und zum Betrachtungsfeld der Hilfe zur Pflege	15
Literaturverzeichnis	18
Anlage 1 – Voraussetzungen & Wechselwirkungen von Hilfe zur Pflege, Grundsicherungs- und Pflegeversicherungsleistungen	19

Teil 2:

Explorative Studie „Pflegearmut“ von Prof. Dr. habil. jur. Thomas Klie	22ff
--	------

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.
 Tempelhofer Damm 156 | 12099 Berlin
 Telefon +49 (0)30 24636-0
 Telefax +49 (0)30 24636-110
 E-Mail: info@paritaet.org
 Internet: www.paritaet.org

Inhaltlich Verantwortlicher gemäß Presserecht: Dr. Joachim Rock

Fachpolitische Bewertung:

Thorsten Mittag, Der Paritätische Gesamtverband

Studie „Pflegearmut“:

Prof. Dr. habil. jur. Thomas Klie, AGP Sozialforschung/Social Research
 unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Fabio Di Cianno

Titelbild: © Stockfotos - AdobeStock

1. Auflage, März 2026

Die Studie „Pflegearmut“ von Prof. Dr. habil. jur. Thomas Klie, AGP Sozial-
 forschung/Social Research wurde im Rahmen der Glücksspirale gefördert.

Gefördert durch die



1. Einleitung und Verortung der Studie

Der Paritätische Gesamtverband fordert seit vielen Jahren, dem Risiko der Pflegearmut konsequent mit sozial- und pflegepolitischen Maßnahmen zu begegnen. Wer professionelle Pflege in einem Pflegeheim in Anspruch nimmt, muss einen Teil der pflegebedingten Kosten selbst bezahlen (Eigenanteil), denn die Leistungen der Pflegeversicherung reichen in der Regel nicht aus, um die Kosten und damit den Bedarf zu decken. Dieser pflegebedingte Eigenanteil ist in den letzten Jahren so stark gestiegen, dass er für viele die durchschnittlichen Einkommen im Alter übersteigt. Zu den pflegebedingten Kosten kommen noch weitere Kosten wie Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten hinzu, die von den Pflegebedürftigen gestemmt werden müssen.¹ Anders als in der ambulanten bzw. häuslichen Pflege ist dies in der vollstationären Pflege alles messbar und objektiv nachvollziehbar. Das heißt, wie hoch die Eigenanteile sind, ist hinlänglich bekannt, denn mehrmals im Jahr veröffentlichen unterschiedliche Studien und Stellen aktuelle Zahlen. Die „Pflegearmutsdebatte“ über steigende Eigenanteile in Verbindung mit der Inanspruchnahme von Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) wird daher fast ausschließlich in Bezug auf Pflegeheimbewohner*innen geführt.

Alle pflegebedürftigen Menschen haben sozialhilferechtliche Ansprüche auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung und das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, die Bedarfe zu decken bzw. für die Kosten aufzukommen.

In der ambulanten oder häuslichen Pflege nimmt nur ein kleiner Teil der Pflegebedürftigen professionelle Pflege durch Pflegedienste in Anspruch oder kombiniert dies mit der Inanspruchnahme von Pflegegeld. Überwiegend wird nur das Pflegegeld in Anspruch genommen.² Die Höhe von tat-

sächlich gezahlten pflegebedingten Eigenanteilen oder diese, die gezahlt werden müssten, um über die Pflegeversicherungsleistungen hinaus den tatsächlichen Bedarf an Unterstützung in der Häuslichkeit zu decken, wird nicht statistisch erhoben oder ausgewiesen und ist überdies bisher kaum erforscht.³ Dies gilt insbesondere auch für das Inanspruchnahmeverhalten bei der Hilfe zur Pflege. Weil dieses alles unbekannt ist, wird die Debatte über steigende Eigenanteile oder „Pflegearmut“ nicht in der ambulanten oder häuslichen Pflege geführt. Dieses ist eine erste wesentliche Unterscheidung zum vollstationären Bereich und ein Ausgangspunkt für die vorliegende explorative Studie.

Um diese Lücke zu schließen, hat der Paritätische Gesamtverband die explorative Studie „Pflegearmut“ bei Prof. Dr. habil. jur. Klie in Auftrag gegeben. Hilfe zur Pflege ist ein Indikator für pflegebedingte Armut. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Hilfe zur Pflege im ambulanten bzw. häuslichen Bereich zur Stärkung der häuslichen Pflege mit wenigen Ausnahmen untergeordnet stattfindet und stark vom Wohnort abhängig ist. Allerdings klaffen offensichtlich Anspruchsberechtigung und Gewährung weit auseinander. Errechnete Dunkelziffern zeigen, dass in der häuslichen Pflege bei Erfüllung der Voraussetzungen im Bundesdurchschnitt weniger als 20 Prozent ihre Ansprüche realisieren. D.h. knapp 316.000 Pflegebedürftige, die ggf. Anspruch auf Hilfe zur Pflege in häuslichen Settings haben, nehmen diese aus unterschiedlichen Gründen nicht in Anspruch.

Eine weitere Betrachtungsebene ergibt sich in Bezug auf pflegende Angehörige oder vergleichbar Nahestehende und auf Ehegatt*innen. Auch sie stehen bisher weniger im Fokus beim Thema pflegebedingter Armut, sind aber in unterschiedlichen Settings von Armut bedroht. Die vorliegende Studie zeigt schließlich auf, dass Pflegearmut diffe-

1 Die monatliche Eigenbeteiligung im ersten Aufenthaltsjahr beträgt zu Jahresbeginn 2026 im Bundesdurchschnitt 3.245 Euro. Das ist eine Steigerung von 9 % im Vergleich zum Vorjahr. Der Eigenanteil für pflegebedingte Kosten liegt darin bei 1685 Euro, vgl. vdek (2026).

2 3,1 Mio. Pflegebedürftige (mithin 86 % aller Pflegebedürftigen) werden zu Hause allein durch Angehörige versorgt, was der Anzahl der Pflegegeldbezieher*innen nach § 37 SGB XI entspricht. Dies sind knapp 55 % aller Pflegebedürftigen bzw. 63 % der in der Häuslichkeit Versorgten. Lediglich 19 % nehmen in der Häuslichkeit

Betreuungsdienste oder ambulante Sachleistungen von Pflegediensten (in Kombination mit Pflegegeld oder ausschließlich) in Anspruch, vgl. Statistisches Bundesamt (2024).

3 Vgl. Sozialverband VdK Bayern (2025).

renziert betrachtet werden muss:

- **Pflegebedürftigkeit unter Armutsbedingungen:** Problematisch sind die Zunahme von Altersarmut und die Einengung von Spielräumen einkommensschwacher Haushalte durch steigende Wohn- und Lebenshaltungskosten – insbesondere auch in ostdeutschen Bundesländern. Zusammenhang von Altersarmut und Pflegebedürftigkeit: 60 Prozent der Berechtigten (inkl. Aufstocker) nehmen Grundsicherungsleistungen im Alter nicht in Anspruch und schränken damit eigene Möglichkeiten ein.⁴
- **Armut durch Pflege:** Problematisch sind insbesondere Ausgaben für Pflege, Reduktion oder Aufgabe von Erwerbsarbeit vorwiegend von Frauen mit entsprechenden Folgen für Rente und Volkswirtschaft, Abwägung von Kosten in niedrigen und mittleren Einkommenshaushalten, steigende Pflegekosten.⁵
- **Armut nach Pflegebedürftigkeit:** Problematisch insbesondere, wenn durch pflegebedürftige Haushaltszugehörige mittlere Einkommen und durchschnittliche Vermögenswerte durch Pflegeheimkosten aufgezehrt werden – entweder vor Inanspruchnahme von Sozialhilfe oder danach. Der mit den Heranziehungsregelungen der Hilfe zur Pflege und Sozialhilfe einhergehende Vermögensverbrauch und die Einbeziehung des gesamten Haushaltseinkommens von Ehepartnern führt, ggf. auch nach einer Phase der Übernahme von Pflege zu Hause vor Heimeintritt durch dieselben, zum Armutsrisiko für Ehegatt*innen.⁶
- **Absolute Armut und Pflegebedürftigkeit:** Problematisch ist hier das Fehlen sozialleistungsrechtlicher Ansprüche oder das Fehlen eines gesicherten Aufenthaltsstatus von Menschen in Obdachlosigkeit, Asylsuchender oder geduldeter Personen.⁷

In der vollstationären Pflege, in der rd. 800.000

Pflegebedürftige versorgt werden, hat die Politik das Armutsproblem erkannt bzw. ist einer starken öffentlichen Debatte gefolgt, um schließlich u.a. mit Zuschlagsregelungen nach § 43c SGB XI zu versuchen, die Quote der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege zu stabilisieren. Die umgesetzten Maßnahmen reichen jedoch nicht aus, um das Problem zu lösen.⁸ Im ambulanten oder häuslichen Bereich, indem 4,9 Mio. Pflegebedürftige durch (wesentlich mehr) pflegende Angehörige oder vergleichbar Nahestehende⁹ und unter Mithilfe von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, wird das Problem immer noch nicht erkannt und es gibt auch keine Tendenz, dass dies in einer kommenden Pflegereform eine Rolle spielen könnte.

Die Empfehlungen aus der Bund-Länder-AG zum „Zukunftspakt Pflege“ stellen zwar die ambulante und häusliche Pflege explizit in den Mittelpunkt, allerdings werden in Bezug auf die Armutsthematik die gravierenden Unterschiede gegenüber dem vollstationären Bereich fast vollständig ausgeklammert. Anknüpfungspunkte gibt es hinsichtlich der Optionen zur Einführung von Sachleistungs- und Entlastungsbudgets, bei denen die Folgen für die Hilfe zur Pflege „geprüft“ werden sollen (siehe Ziffer 3.3.). Schließlich wird in Ziffer 5.8. ein Prüfauftrag formuliert, der mit Blick auf ein „Gefühl“ der Stigmatisierung von Bürgerinnen und Bürgern und hinsichtlich des Interesses einer Vereinfachung für Leistungserbringer und Leistungsempfänger eine stärkere Verschränkung der sozialen Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege fokussiert.¹⁰ Explizite Aussagen zum ambulanten bzw. häuslichen Bereich und vertiefende Hinweise werden nicht gegeben, obwohl die Tragweite des Prüfauftrages groß ist. Für den ambulanten bzw. häuslichen Bereich ist dies aufgrund der ungenügenden Daten- und Forschungslage bisher auch nicht möglich. Hier sieht der Paritätische im Augenblick einen der größeren Widersprüche in den Empfehlungen, wenn man die häuslichen Pflegesettings tatsächlich in den Mittelpunkt stellen und stabilisie-

4 Vgl. Klie (2026), S. 4 ff.

5 Vgl. Klie (2026); S. 6.

6 Vgl. ebd.

7 Vgl. Klie (2026), S. 7.

8 Vgl. Rothgang & Domhoff (2024), S. 4 ff. Und: Die Eigenanteilsbegrenzung ist verteilungspolitisch problematisch, denn über Beitragsfinanzierung werden Menschen mit geringem Einkommen belastet. Vermögendere Haushalte werden durch den Schutz ihres Vermögens begünstigt, vgl. Klie (2026), S. 22.

9 Genaue Zahlen sind unklar. Das SOEP geht 2021 von 7,1 Mio. pflegenden Angehörigen aus, vgl. ZQP (2026).

10 Vgl. BMG (2025), S. 3., S. 16 ff., S. 25.

ren will. Daraus folgt schließlich maßgeblicher politischer Handlungsbedarf.

Die vorliegende explorative Studie zur Pflegearmut deckt Konstellationen verhäuslichter Pflegearmut auf, die das vorhandene Sozialhilfesystem ganz oft nicht oder nicht ausreichend beantwortet. Im vollstationären Bereich kommt mit der Hilfe zur Pflege in der Regel ein Automatismus in Gang, bei dem „Restkosten“, sofern diese nicht selbst getragen werden können, übernommen werden. Auf einer Stufe davor gewinnt Wohngeld zunehmend an Bedeutung. In der häuslichen Pflege hingegen stellt sich die Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen als große Blackbox dar, weil die amtliche Datenlage/Sozialhilfestatistik diesen Bereich überwiegend unterbelichtet lässt. Die vorhandenen Daten lassen aber darauf schließen, dass in zahlreichen Haushalten Formen der Unterversorgung und Überforderung vorliegen. Die explorative Studie fokussiert auf Grundlage von Auswertungen der Sozialhilfestatistiken die Gewährung von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen sowie modellhaft in Verbindung mit Grundsicherungsdaten die Dunkelziffer von darüberhinausgehenden Anspruchsberechtigten

und nähert sich so Armutsphänomenen und Lebenslagen pflegebedürftiger Menschen und Ihrer Angehörigen an. Die sicherlich mit Bedacht zu interpretierenden Ergebnisse stellen den Grundsatz ambulant vor stationär auf den Kopf. Auch einer modernen Sichtweise von gleichberechtigten Wohn- und Versorgungsformen unabhängig vom Wohnort stehen die Ergebnisse konträr entgegen.

Mit der Veröffentlichung der vorliegenden explorativen Studie wird in der aktuellen Debatte zur zukünftigen Ausrichtung der Pflege (Zukunftspakt Pflege/Große Pflegereform) ein bisher nur annäherungsweise und wenig spezifiziertes Feld adressiert: Die Rolle der Hilfe zur Pflege – insbesondere in häuslichen Pflegesettings. Überdies wird auch entschieden adressiert, dass der Armutsgefährdung pflegender Angehöriger in beiden Bereichen (ambulant und stationär) Rechnung getragen werden muss. Damit stellt diese Studie insgesamt einen weiteren Beitrag dar, der bei den anstehenden sozial- und pflegepolitischen Entscheidungen im Rahmen einer Pflegereform Konsequenzen nach sich ziehen muss.

2. Ergebnisse der explorativen Studie

Die in dieser Studie genutzten Zahlen zur Veranschaulichung der Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege nach Versorgungsort in den Bundesländern beruhen aus Gründen einer eingeschränkten Datenverfügbarkeit auf Durchschnittszahlen auf Bundesebene, die den Hochrechnungen der Daten auf Landesebene entsprechen. Sie weisen dementsprechende Unterschiede zu bundesweiten Durchschnittszahlen auf, die sich auf Basis von Stichtagszählungen ergeben¹¹, was zu einer Überschätzung der ansonsten bekannten Zahlen führt.¹² In Deutschland erhalten den Zahlen in die-

ser Studie zufolge 7,2 Prozent der Pflegebedürftigen Hilfe zur Pflege, mithin 410.680 Menschen.¹³ Davon erhalten 76.165 Pflegebedürftige außerhalb von Einrichtungen Hilfe zur Pflege.¹⁴ Die nachfolgenden Ergebnisse zeigen Kartografierungen und Abbildungen von Armutsphänomenen im Zusammenhang mit einer Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege und darüber hinaus im Zusammenhang mit einer Anspruchsberechtigung im ambulanten und häuslichen Bereich, die von den Betroffenen aber nicht realisiert wird.

¹¹ Vgl. Klie (2026), S. 41.

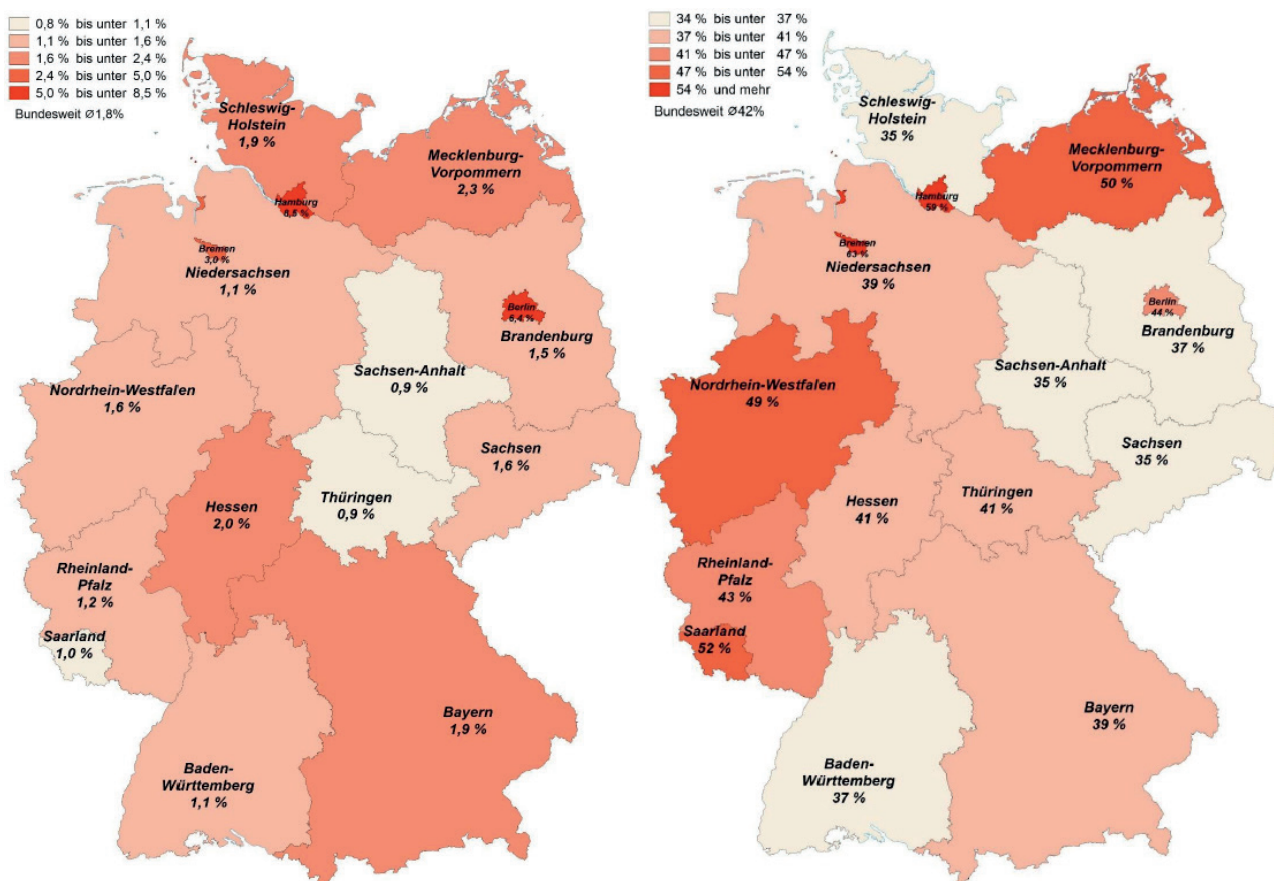
¹² Die bekannten Zahlen des Bundesamtes für Statistik zu den Bezieher*innen beruhen auf einer Stichtagsbetrachtung. Demnach fielen im Jahre 2023 von den insgesamt 315.000 Bezieher*innen der Hilfe zur Pflege 58.000 auf den ambulanten und 258.000 auf den stationären Bereich. Dies verursachte ambulant Nettoaussgaben für Hilfe zur Pflege von knapp 1,4 Mrd. € und stationär von knapp 3,1 Mrd. €, vgl. Klie (2026), S. 16.

¹³ Vgl. Klie (2026), S. 42.

¹⁴ Zu Grunde gelegt werden hier Pflegebedürftige mit Pflegegrad 2-5 außerhalb von Einrichtungen. Die sind 4,2 Mio. Pflegebedürftige. Davon ausgenommen sind Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die ganz überwiegend nicht für Hilfe zur Pflege in Betracht kommen (siehe auch § 63 SGB XII), vgl. Klie (2026), S. 44.

2.1 Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege

Dargestellt wird zunächst die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege, getrennt für den häuslichen Bereich (links)¹⁵ und für den vollstationären Bereich (rechts)¹⁶ nach Bundesländern:



Von rd. 4,9 Mio. Pflegebedürftigen, die im Jahre 2023 außerhalb von Einrichtungen lebten, erhielten 1,3 Prozent Hilfe zur Pflege. Für Hilfe zur Pflege kommen allerdings Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 in der Regel nicht in Betracht, daher entspricht die Quote der Hilfe-zur-Pflege-Beziehenden bei 4,2 Mio. Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2-5 außerhalb von Einrichtungen 1,8 Prozent.

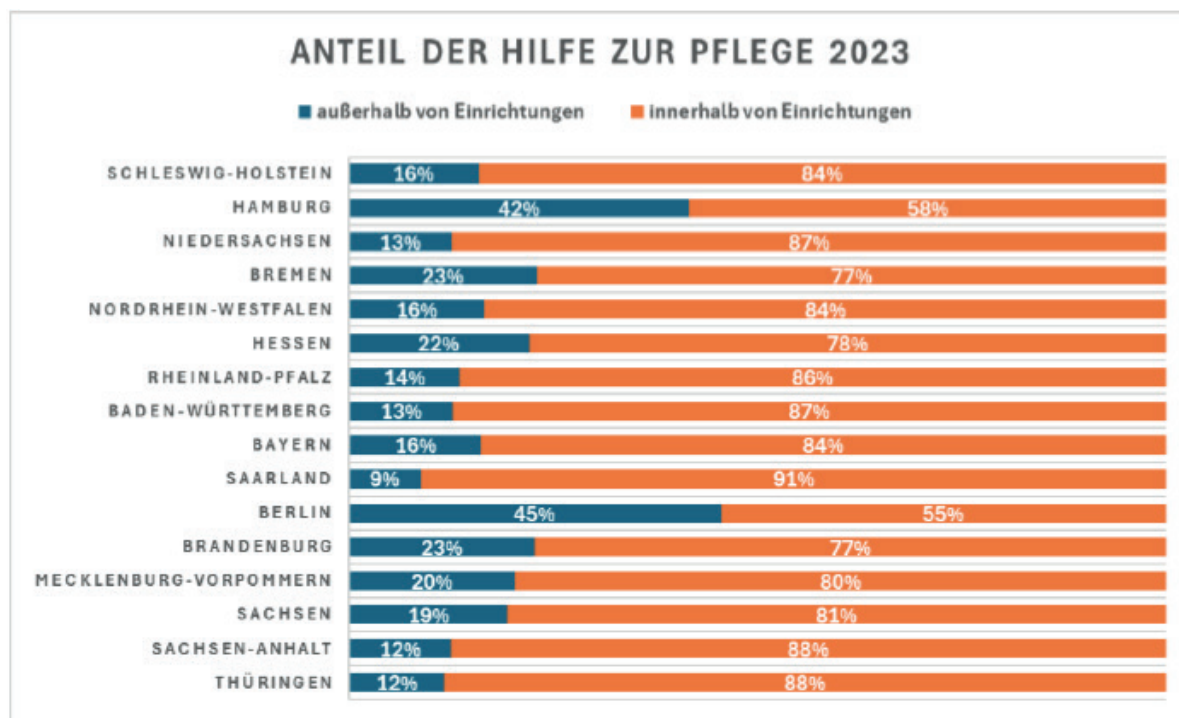
¹⁵ Klie (2026), S. 45, Abbildung 25: Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Pflegeeinrichtungen an Pflegebedürftigen mit PG 2-5 außerhalb von Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2023.

¹⁶ Klie (2026), S. 46, Abbildung 26: Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege innerhalb von Pflegeeinrichtungen an Pflegebedürftigen innerhalb von Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2023.

Im Gegensatz dazu sind es von rund 800.000 Pflegebedürftigen in Pflegeheimen laut der vorliegenden Studie 42 Prozent. Bezogen auf alle Pflegebedürftigen (ambulant und stationär) erhalten 6 Prozent der Pflegeheimbewohnenden Hilfe zur Pflege. Es lässt sich feststellen, dass die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich zur Stärkung der häuslichen Pflege untergeordnet stattfindet, mit Ausnahme der Stadtstaaten Berlin und Hamburg.¹⁷

¹⁷ Vgl. Klie (2026), S. 44 ff.

Die folgende Abbildung zeigt eine weitere Aufteilung der Fälle von gewährter Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen nach Bundesländern¹⁸:



In dieser Abbildung werden die regionalen Unterschiede noch deutlicher. In den Stadtstaaten Hamburg und Berlin wird tendenziell Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen gewährt, die in Richtung der Gewährungspraxis in Einrichtungen geht. Unterdurchschnittlich wird Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Saarland, Sachsen, Thüringen, Baden-Württemberg und Niedersachsen sowie Rheinland-Pfalz gewährt.¹⁹ Es gibt bisher keine hinreichenden Untersuchungen, mit denen diese Unterschiede in der Gewährung erklärt werden können. In der vorliegenden Studie werden Hinweise darauf herausgearbeitet, die hier unter 2.4. in das Fazit einfließen.

¹⁸ Klie (2026), S. 44, Abbildung 24: Anteilige Verteilung der Fälle von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen nach Bundesländern im Jahresverlauf 2023.

¹⁹ Vgl. Klie (2026), S. 44.

2.2 Modellrechnung zum Anspruch Pflegebedürftiger auf Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen

Auch die Inanspruchnahme(-möglichkeit) ist aus bisher wenig untersuchten Gründen sehr verschieden. Vollstationär findet dies im hohen, steigenden Umfang statt; in der häuslichen Pflege ist die Inanspruchnahme im Verhältnis dazu deutlich geringer, ist regional sehr viel unterschiedlicher und die Zahl der Empfänger*innen stagniert mehr oder weniger seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017²⁰, obwohl die Kosten in diesem Bereich genauso wie im stationären Bereich gestiegen sind und somit weniger Pflegedienstleistungen von den Pflegesachleistungen eingekauft werden können. Die Dynamisierung der ambulanten Sachleistungen konnten den Kaufkraftverlust durch den Preisanstieg nicht auffangen und bekanntermaßen wurden im ambulanten Bereich auch keine Zuschussregelungen umgesetzt, die Erleichterung hätten bringen können.²¹

Folglich gibt es Grund zur Annahme, dass im ambulanten bzw. häuslichen Bereich eine große Dunkelziffer vorhanden ist. Das heißt, viele pflegebedürftige Menschen, die Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben, machen sie in der Häuslichkeit nicht geltend oder erhalten sie nicht. Die vorliegende Studie präsentiert unter Verwendung von Grundsicherungsdaten Modellrechnungen²², mit denen eine Annäherung an das Verhältnis der tatsächlich gewährten Hilfe zur Pflege und der potenziellen Zahl der anspruchsberechtigten und somit von Pflegearmut betroffenen Menschen er-

möglicht wird²³: (siehe Karte auf Seite 9 der fachpolitischen Bewertung)

Sichtbar wird, dass außerhalb von Einrichtungen eine Abweichung bei der Gewährung der Hilfe zur Pflege und einem anzunehmenden Anspruch darauf besteht, der in allen Bundesländern sehr hoch ist und in den meisten Bundesländern sogar einen Unterschied von mehreren hundert Prozent ausmacht. Diese Ergebnisse und die vermeintlichen Gründe müssen diskutiert werden.

Die Studie differenziert dann nochmal mit Abbildung 30 auf S. 51 modellhaft nach Fällen außerhalb von Einrichtungen, in denen auf Hilfe zur Pflege anspruchsberechtigte Pflegebedürftige auch Sachleistungen durch ambulante Pflegedienste nach dem SGB XI und nicht nur Pflegegeld in Anspruch nehmen. Der „ergänzende“ Leistungsbezug von Hilfe zur Pflege ist in diesen Fällen auffällig höher. In einigen Bundesländern zeigt sich, dass die Gewährung von Hilfe zur Pflege höher als die Inanspruchnahme ausfällt. Dies kann u.a. damit erklärt werden, dass gerade in ambulant betreuten Wohngemeinschaften Personen Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen, die keinen Grundsicherungsanspruch haben, aber die Kosten in Wohngemeinschaften nicht aufbringen können.²⁴ Diese Verzerrung entsteht also, weil die Grundlagen der Modelle Grundsicherungsdaten sind. Mittelstandshaushalte sind in diese nicht eingeschlossen. Sie kommen aufgrund der Kosten von Pflege dennoch in finanzielle Schwierigkeiten. Hier kommt zum Ausdruck, dass die Eigenanteilsproblematik die Mittelschicht erfasst und pflegebedingte Armut auslöst.

20 Vgl. Klie (2026), Abbildung 8, S. 19.

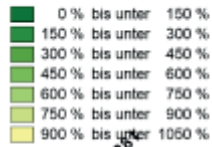
21 Bspw. sind ambulante Sachleistungen seit 2017 in den Pflegegraden 2 und 3 um rd. 13,5 % gestiegen. Das Pflegegeld sogar noch weniger (2024: 5 %, 2025: 4,5 %). Der Preisanstieg in ambulanten Pflegediensten betrug alleine aufgrund der Tariforientierung ein Vielfaches.

22 Darin wurde der Anteil an Grundsicherungsempfängern an der Bevölkerung im Alter 65+ um die dort bekannte Dunkelziffer von 60 % derjenigen erweitert, die zwar Anspruch auf Grundsicherung haben, diese aber nicht beanspruchen. Im Weiteren wurde angenommen, dass dieser Anteil Grundsicherung im Alter inkl. Dunkelziffer auch dem Anteil von potenziell Leistungsberechtigten in der Pflege entspricht, wodurch sich bei Reduzierung auf die Zahlen außerhalb von Einrichtungen dieses Bild ergibt. Einschränkend ist festzuhalten, dass das Merkmal „über 65 Jahre“ in der zu Grunde gelegten Sozialhilfestatistik nicht zur Verfügung steht, vgl. Klie (2026), S. 47 ff.

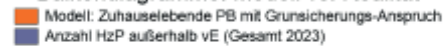
23 Klie (2026), S. 49, Abbildung 29: Vergleich zwischen zuhause lebenden Pflegebedürftigen mit Grundsicherungs-Anspruch vs. Realität der HzP-Gewährung außerhalb von Einrichtungen.

24 Vgl. Klie (2026), S. 51 ff.

Abweichung in Prozent (außerhalb v. Einrichtungen):
Modell GiA vs. Realität HzP-Bezug



Balkendiagramme: Modell vs. Realität



2.3 Vertiefende Analysen der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege in ausgewählten Bundesländern

Die vertiefenden Analysen in Baden-Württemberg (inkl. eines Land- und eines Stadtkreises), in Berlin, in Brandenburg und in Hamburg zeigen einmal mehr, dass die Vorschriften der Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII) unterschiedlich zur Anwendung kommen bzw. ausgelegt werden (auch innerhalb der Länder), was auch für die darin liegenden Steuerungsoptionen gilt – also Vermeidung von Heimeintritten etc. Die Ergebnisse zeigen, dass Hamburg für den häuslichen Bereich auf Grundlage einheitlicher Verwaltungsvorschriften in einer Form Sozialhilfeleistungen gewährt, die der Gesetzeslage entsprechen kann. Dazu trägt ggf. auch ein Prinzip der leistungerschließenden Beratung von Pflegediensten bei. Dadurch sticht die Freie Hansestadt Hamburg als Positivbeispiel hervor. Ansonsten zeigt sich andernorts, dass die Höhe der Sozialhilfeausgaben gegebenenfalls dem Vorhandensein von Pflege-Wohngemeinschaften folgt – dies wird besonders in Berlin deutlich, wo die Pflege im großen Maße durch diese Angebotsform sichergestellt wird. Pflegebedürftige in ambulanten Wohngemeinschaften stellen insoweit bei der Anspruchsberechtigung auf Hilfe zur Pflege eine Sondergruppe dar, weil sie zwar außerhalb von „Einrichtungen“ leben und versorgt werden, aber ähnlich wie im vollstationären Bereich für sie eine „leistungserbringungsrechtlich abgesicherte Gewährungspraxis“ etabliert ist und sie unter „Armuts Gesichtspunkten“ nicht unter klassische Definitionen relativer Armut fallen müssen (Stichwort Mittelschichtshaushalte). Die Fälle in der ambulanten bzw. häuslichen Pflege sind dagegen deutlich geringer ausgeprägt. In Berlin fällt zudem ein Rückgang der Empfänger*innenzahlen auf, der unter anderem auch im Zusammenhang mit unbesetzten Stellen in den Bezirksämtern stehen könnte. In Brandenburg ist eine ähnliche Korrelation von Hilfe-zur-Pflege-Ausgaben mit dem Vorhandensein von Pflege-WGs zu beobachten. Daneben stellen Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf im Erwerbsalter eine weitere besondere Personengruppe dar, deren Bedarfe an Hilfe zur Pflege sich in unterschiedlicher Weise in den Sozialhilfestatistiken niederschlagen.²⁵

²⁵ Vgl. Klie (2026), S. 62 ff.

2.4 Fazit

- Für alle pflegebedürftigen Menschen eröffnet das Sozialhilferecht Ansprüche auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung und das eigene Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, die Bedarfe zu decken bzw. für die Kosten in Pflegeheimen aufzukommen. Einkommensschwache Haushalte können bei Pflegebedürftigkeit eines Haushaltsmitglieds mit den Hilfen zur Pflege gemäß § 61 ff. SGB XII weitgehende Möglichkeiten im Sinne von ergänzenden Leistungen realisieren (i.d.R. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gem. § 64b SGB XII auch neben Pflegegeldleistung gem. § 64a SGB XII).²⁶ Mit wenigen Ausnahmen folgen die Regelungen der Hilfe zur Pflege zwar den Pflegeversicherungsleistungen in der Sache, allerdings nicht in der Höhe: Der quantitative Mehrbedarf wird von den Sozialhilfeträgern im Bedarfsfall getragen.²⁷
- Im vollstationären Bereich findet dies mit 42 Prozent bzw. bei 334.515 Hilfe-zur-Pflege-Beziehenden im hohen und steigenden Maße Anwendung, im ambulanten bzw. häuslichen Bereich mit einem Anteil von lediglich 1,8 Prozent bzw. 76.165 Leistungsbeziehenden ungleich weniger. Es lässt sich feststellen, dass die Hilfe zur Pflege im ambulanten bzw. häuslichen Bereich zur Stärkung der häuslichen Pflege mit wenigen Ausnahmen untergeordnet stattfindet.
- Da gemäß den Modellrechnungen im ambulanten bzw. häuslichen Bereich die Zahl der potenziell Anspruchsberechtigten mit knapp 392.000 aber deutlich höher ist und zudem die Pflegekosten dort ebenfalls gestiegen sind, liegt die Vermutung nahe, dass es eine hohe Dunkelziffer von Pflegebedürftigen gibt, bei denen die Hilfe zur Pflege keine Antwort auf ungedeckte Bedarfe gibt. Hier haben wir es mit „verdeckter Pflegearmut“ zu tun. Mit

²⁶ Vgl. Klie (2026), S. 5. & Anlage 1

²⁷ Vgl. Klie (2026), S. 36; siehe auch S. 37: „Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung dem Umfang nach nicht aus, tritt der Sozialhilfeträger für den nicht gedeckten Bedarf respektive die entstehenden Kosten ein, wenn die Leistungsfähigkeit des Pflegebedürftigen aus eigenem Einkommen und Vermögen bzw. nach Heranziehung Unterhaltspflichtiger nicht ausreicht, § 63 SGB XII.“ & Anlage 1

den Worten des Autors der Studie: „*Pflegesituation von einkommensschwachen Haushalten werden in aller Regel nicht durch Leistung der Hilfe zur Pflege unterstützt.*“²⁸

- Gemäß diesen Dunkelziffern zeigt sich, dass im Bundesdurchschnitt weniger als 20 % ihre Ansprüche realisieren. D.h. knapp 316.000 Pflegebedürftige, die Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben, tun dies nicht.
- Die politische und mediale Unterschätzung des Phänomens liegt auch an der hohen Nichtinanspruchnahme.²⁹
- Möglichkeiten der Inanspruchnahme und amtliche Gewährungspraktiken bei der Hilfe zur Pflege im ambulanten bzw. häuslichen Bereich

28 Klie (2026), S. 68.

29 Vgl. Klie (2026), S. 34.

scheinen sich zudem in allen Bundesländern und innerhalb der Bundesländer im stärkeren Maße voneinander zu unterscheiden, was Fragen nach dem Vollzug eines bundesweit geltenden Gesetzes und nach Gleichbehandlung aufwirft, wenn gleiche Sachverhalte nicht ungleich behandelt werden dürfen. Zudem „[...] lässt sich feststellen, dass es bezogen auf den Personenkreis von einkommensschwachen Haushalten und Pflegebedarf deutliche Vollzugsdefizite auf der Ebene der Sozialhilfeträger gibt.“³⁰ Dieses Phänomen muss stärker untersucht werden. Die Unterschiede werden anhand der Dunkelziffern je Bundesland in der nachfolgenden Tabelle deutlich, wobei der Aussagegehalt vor dem Hintergrund der genannten Limitationen der Datenverfügbarkeit ausdrücklich eingeschränkt ist und als „Annäherung“ an dieses Themenfeld verstanden werden muss:

30 Klie (2026), S. 69.

	Pflegebedürftige mit Grundsicherungsanspruch	Gewährte Hilfe zur Pflege	Differenz	Realisierte Hilfe zur Pflege in %
Baden-Württemberg	32961	4975	27986	15,09%
Bayern	35036	8360	26676	23,86%
Berlin	26370	10140	16230	38,45%
Brandenburg	7112	2565	4547	36,07%
Bremen	7075	1090	5985	15,41%
Hamburg	17426	6105	11321	35,03%
Hessen	37795	6610	31185	17,49%
Mecklenburg-Vorpommern	5078	2400	2678	47,26%
Niedersachsen	43590	5290	38300	12,14%
Nordrhein-Westfalen	124381	16415	107966	13,20%
Rheinland-Pfalz	16094	2495	13599	15,50%
Saarland	6111	580	5531	9,49%
Sachsen	10795	4225	6570	39,14%
Sachsen-Anhalt	6406	1390	5016	21,70%
Schleswig-Holstein	10506	2225	8281	21,18%
Thüringen	5055	1300	3755	25,72%
Bund	391791	76165	315626	19,44%

unter 10 %
10 - 20 %
20 - 30 %
30 - 40 %

(Eigene Darstellung auf Grundlage von Abbildung 29 der vorliegenden Studie)

- Es ist vom Wohnort abhängig, wie die zunehmend schwerer aus eigenen Mitteln zu finanzierende Pflege in einkommensschwachen Haushalten durch Hilfe zur Pflege unterstützt wird. Im Saarland realisieren gemessen an den Dunkelziffern nicht einmal 9,5 Prozent ihren Anspruch auf Hilfe zur Pflege. In Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Brandenburg, Hamburg, Brandenburg und Berlin tun dies diesen Daten zufolge zwischen 35 Prozent und 39 Prozent der Betroffenen. Allerdings zeigt sich darin, dass die Daten vorsichtig interpretiert werden müssen, denn für Sachsen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern kann aufgrund der anderen ausgewiesenen Ergebnisse (insbesondere auch aufgrund der Vertiefungen in ausgewählten Bundesländern) in Frage gestellt werden, dass die Performance vergleichsweise gut ist. Hier zeigt sich, dass in der Statistik gewährter Hilfe zur Pflege Fallkonstellationen enthalten sein können, die nicht mit den Grundsicherungsdaten auf der anderen Seite korrelieren (so. z.B. jüngere Personen, Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf unter 65 Jahren usw., Pflegebedürftige in WG's die keinen Grundsicherungsanspruch hätten)³¹ und es deshalb insbesondere bei den Zahlen der Gewährung von Hilfe zur Pflege zu Verzerrungen kommt. Alle anderen Bundesländer fallen ungeachtet dessen dahinter zurück. Dies führt bspw. dazu, dass allein im bevölkerungsreichsten Bundesland NRW eine Dunkelziffer von potenziell über 100.000 Pflegebedürftigen keine Ansprüche auf Unterstützung zur Verbesserung der Pflegesituation geltend machen. Zusammengekommen mit der rein nach Häufigkeit ausgewiesenen Gewährung der Hilfe zur Pflege im Vergleich zum vollstationären Bereich (Abbildung 24 der Studie), haben Pflegebedürftige in der Häuslichkeit in Hamburg und Berlin die besten Karten. Die Ergebnisse zeigen, dass gerade Hamburg für den häuslichen Bereich (und insbesondere außerhalb von Pflege-WGs) auf Grundlage einheitlicher Verwaltungsvorschriften in einer Form Sozialhilfeleistungen gewährt, die der Gesetzeslage entsprechen kann.³²
- Ansonsten steht die Gewährung von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen oft im Zusammenhang mit ambulanten Pflege-Wohngemeinschaften, für die wie im vollstationären Bereich eine „leistungserbringungsrechtlich abgesicherte Gewährungspraxis“ etabliert ist, und in Abgrenzung dazu eben kaum für eine Gewährung in der eigenen privaten Häuslichkeit.
- Festgehalten werden kann, dass einkommensschwachen Haushalten häufig das Wissen zur Inanspruchnahme fehlt. *„Auch ist ähnlich wie bei der Grundsicherung im Alter die Scham verbreitet, im Alter Sozialhilfeleistungen in Anspruch zu nehmen. Eine leistungerschließende Beratung im Bereich der Hilfe zur Pflege ist weder im Rahmen der Pflegeberatung gemäß § 7 SGB XI verbreitet, noch durch die zuständigen Sozialhilfeträger.“*³³ Weitere Faktoren sind bürokratische Hürden, *„[...] Hemmungen in der Rechtswahrnehmung und Rechtsdurchsetzung, lange Verfahrensdauern, Prozessrisiken [...]“*.³⁴
- Zudem legen die Modellrechnungen nahe, dass Pflegebedürftige in der Häuslichkeit, die Sachleistungen durch ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen, was auf 15-25 Prozent zutrifft, im Zuge leistungerschließender Beratung durch diese, häufiger Hilfe zur Pflege erhalten, als wenn sie nur Pflegegeld in Anspruch nehmen. Aber auch hier wirkt sich hemmend aus, dass ambulante Pflegedienste ohne eine (i.d.R. lange dauernde) Bewilligung des Sozialhilfeträgers wg. dem Ausfallrisiko derartige Leistungen oft nicht erbringen „können“. Eine entsprechende Regelung wie im vollstationären Bereich, die das wirtschaftliche Risiko reduziert, fehlt (§ 19 SGB XII).³⁵
- Außerhalb von Einrichtungen müssen schließlich drei Gruppen unterschieden werden: Hilfe zur Pflege für Grundsicherungsberechtigte, Hilfe zur Pflege für Personen unterhalb der Einkommens- und Vermögensgrenze, die keinen Anspruch auf Grundsicherung haben und

31 Vgl. Klie (2026), S. 51 ff.

32 Vgl. Klie (2026), S. 63 ff.

33 Klie (2026), S. 5.

34 Klie (2026), S. 68.

35 Vgl. Klie (2026), S. 71 ff.

Hilfe zur Pflege für Personen oberhalb der Einkommens- und Vermögensgrenzen, wenn die Kosten für eine bedarfsdeckende Pflege nicht vollständig aufgebracht werden können.³⁶

- Demzufolge kommen bei einem Teil der Anspruchsberechtigten Grundsicherungsleistungen und Pflegegeldleistungen nach dem SGB XI zusammen. Eine Besonderheit liegt hier darin, dass das Pflegegeld nicht auf die Grundsicherung angerechnet wird.³⁷ Es entsteht dann aber kein Anspruch auf Pflegegeldleistungen nach den §§ 61 ff. SGB XII.
- Haushalte mit niedrigem Einkommen nutzen häufig das Pflegegeld der Pflegeversicherung. Ob das wenig ausgeprägte Inanspruchnahmeverhalten bei der Hilfe zur Pflege bei reinen Pflegegeldbezieher*innen bedeutet, dass das Pflegegeld ausreicht, um die Pflege zu organisieren, wird zwar gerne von politischen Entscheidungsträgern angenommen, dürfte aber damit nicht belegt sein. Klar ist, eine Inanspruchnahme von Sachleistungen führt zu Kürzungen des Pflegegeldes und wird auch deswegen seltener in Anspruch genommen. Das Pflegegeld stabilisiert in einkommensschwachen Haushalten das Einkommen.³⁸ Dabei ist weniger bekannt, dass bei Ausschöpfung der Sachleistungen der Pflegeversicherung, ein (anteiliger) Pflegegeldanspruch gem. §§ 64a, 63b Abs. 5 SGB XII im Rahmen der Hilfe zur Pflege verbleibt.³⁹

- Liegt das Einkommen über der individuellen Einkommensgrenze (§ 85 SGB XII), muss der übersteigende Teil anteilig für die Pflege eingesetzt werden. Bei häuslicher Pflege bleibt das Einkommen unter der Grenze anrechnungsfrei, was weniger bekannt ist. Dies ist ein Unterschied zur Hilfe zur Pflege in der vollstationären Pflege, bei der auch das Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze gem. § 85, 88 SGB XII berücksichtigt wird (es verbleibt ein Taschengeld).⁴⁰
- Für Haushalte an der Grenze der Sozialhilfebedürftigkeit liegen hemmende Aspekte vor, Leistungen in Anspruch zu nehmen: Vermögensverlust durch Sozialhilferegress einschließlich der darin steckenden Entwürdigung von Lebensleistung; Heranziehung Unterhaltsverpflichteter.⁴¹

36 Vgl. Klie (2026), S. 53.

37 Vgl. Klie (2026), S. 30 & Anlage 1.

38 Vgl. Klie (2026), S. 68.

39 Vgl. Klie (2026), S. 35 & Anlage 1.

40 Siehe Anlage 1

41 Vgl. Klie (2026), S. 5.

3. Empfehlungen der explorativen Studie und Forderungen des Paritätischen

Das Gebot der Stunde in der kommenden Pflegereform muss sein, die Realisierbarkeit von Hilfe zur Pflege in häuslichen Pflegesettings flächendeckend zu überprüfen und mit den Ergebnissen einen Maßstab an die Sicherstellung der häuslichen Pflege zu stellen, der auch dort Existenzsicherung, Selbstbestimmtheit, Menschenwürde und Teilhabe ermöglicht und gleichzeitig „Pflegearmut“ differenziert beantwortet. Dabei kann und sollte man sich an der Praxis in Hamburg orientieren.

Die Betrachtung einer vergleichsweise geringen Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege in häuslichen Pflegesettings, muss in die öffentliche Debatte über steigende Eigenanteile bei zunehmenden Pflegekosten einbezogen werden und zur Beantwortung der Frage führen, wie in dieser Hinsicht der Grundsatz ambulant vor stationär ausgestaltet und über dies hinaus Pflege gleichberechtigt unabhängig vom Wohnort organisiert werden kann?

In den Fokus rücken müssen dabei von Pflegearmut bedrohte oder in Pflegearmut lebende Pflegebedürftige, mit Pflegebedürftigkeit konfrontierte einkommensschwache Haushalte, pflegende Angehörige mit eigenen pflegebedingten Armutsrisiken und Sondergruppen von einkommensschwachen und in absoluter Armut lebenden Menschen, wie obdachlose, suchtkranke und psychisch erkrankte Menschen, pflegebedürftige Kinder und ihre Eltern mit ihren unterschiedlichen Bedarfslagen.⁴² Das geschieht heute mit Blick auf die anzunehmenden „Dunkelziffern“ bei der Nichtinanspruchnahme der Hilfe zur Pflege offensichtlich nicht.

Voraussetzung für eine Praktizierung der Hilfe zur Pflege entsprechend der Gesetzeslage ist, dass örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe dazu auch finanziell in die Lage versetzt werden müssen.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass leistungserschließend beraten wird. Die Priorisierung der häuslichen Pflege in den Eckpunkten zum Zukunftspakt Pflege muss beinhalten, dass der vorgesehene Ausbau der (pflege-)fachlichen Begleitung und Unterstützung bei der Pflege dieses realisiert und die Thematik auch von einer stärkeren Rolle der Kommunen in der Pflege getragen wird.

Eine Sonderrechtsnachfolge muss für ambulante bzw. häusliche Pflege analog der Regelung wie im vollstationären Bereich gem. § 19 Abs. 6 SGB XII eingeführt werden, so dass Pflegedienste bei offenen Bewilligungsverfahren der Hilfe zur Pflege nicht das Ausfallrisiko tragen, wenn Sozialhilfeberechtigte versorgt werden. Dies ist umso bedeutender, als dass die Prüfung der Anträge sehr lange – mit hin viele Monate – dauert. Daher ist dringend eine Beschleunigung der Prüfverfahren (auch für den vollstationären Bereich, der regelm. unter hohen Ausständen leidet) umzusetzen. Alternativ muss flächendeckend ein Abschlagszahlungsverfahren etabliert werden.

Über den Fokus der häuslichen Pflegesettings hinaus muss auch die problematische Armutsgefährdung der Ehegatt*innen von Pflegeheimbewohnenden Rechnung getragen werden, die aufgrund des Sozialhilferegress bis auf Schonbeträge vollständig mit Einkommen und Vermögen herangezogen werden.⁴³ Auch an diesen Fällen festigen sich in der vorliegenden Studie Fragen nach stigmatisierenden und diskriminierenden Folgen der Hilfe zur Pflege.

Insoweit problematisiert die Studie auch bestehende Unterschiede der Hilfe zur Pflege bei Einkommensregeln und Vermögensanrechnung gegenüber der Eingliederungshilfe, die dort aus Sicht der Betroffenen günstiger sind. In der Diskussion ist daher ab jetzt, ob eine Anpassung der Einkommensregeln und Vermögensanrechnung an die Ein-

42 Vgl. Klie (2026), S. 70.

43 Vgl. Klie (2026), S. 6 & Anlage 1.

gliederungshilfe die Hilfe zur Pflege verbessert und die Akzeptanz erhöhen kann (Entstigmatisierung). Der Studienautor sieht auch die Möglichkeit einer „großen Lösung“, indem die Hilfe zur Pflege in das SGB XI als „Teil“ integriert wird, analog dem BTHG-Prozess.⁴⁴ Der Paritätische wird die Problembeschreibungen und Empfehlungen hierzu aufgreifen und weiter diskutieren.

44 Vgl. Klie (2026), S. 72 ff.

Schließlich offenbart diese explorative Studie, dass es auf unterschiedlichen Ebenen einer Verbesserung der Datenlage, mehr Differenzierungsmöglichkeiten, mehr Regionalisierung und einer Vereinheitlichung bedarf, um differenzierte Betrachtungen anzustellen, die vor Ort für Planung und Sicherstellung der Versorgung benötigt wird. Weitere Forschung ist nötig. Dies ist mit Blick auf kommunale Pflegestrukturplanung auch dringend geboten.

4. Anmerkungen zur Aktualität der Forderung nach einer solidarischen Pflegevollversicherung und zum Betrachtungsfeld der Hilfe zur Pflege

Der Paritätische fordert, dass der Eigenanteilsproblematik in der ambulanten und stationären Pflege und damit dem Risiko „Pflegearmut“ mit der Übernahme aller pflegebedingten Kosten durch die Pflegeversicherung begegnet werden muss und dass die Einnahmeseite der Pflegeversicherung entsprechend verbreitert wird. Dafür ist ein Systemwechsel erforderlich. Ein konkreter Reformvorschlag des Paritätischen ist zusammen mit einem großen Bündnis aus Verbänden und Gewerkschaften⁴⁵ die solidarische Pflegevollversicherung, unter Einbeziehung der Privatversicherten in die Sozialversicherung, der Einbezug weiterer Einkommensarten und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Wie das geht, hat eine Studie, die von diesem Bündnis in Auftrag gegeben wurde, gezeigt: Das Gutachten⁴⁶ zu den Beitragssatzeffekten einer solchen „Pflege-Bürgervollversicherung“ zeigt, wie sich die Beitragssatzentwicklung und die Finanzen der Pflegeversicherung bei steigenden

Ausgaben stabil halten lassen. Die angestellten Berechnungen zeigen, dass die durch die Bürgerversicherung generierten Mehreinnahmen auch langfristig ausreichend sind, um die Vollversicherung (vollständige Übernahme der pflegebedingten Kosten in der stationären Pflege und eine bedarfsgerechte Leistungserhöhung im ambulanten Bereich) zu finanzieren. Für die Pflegeversicherung führen die Bürgerversicherungselemente zu einer Beendigung der strukturellen Einnahmeschwäche und stabilisieren die Finanzierung dieses Systems daher auch nachhaltig.

Die Argumente, die i.d.R. gegen eine Pflegevollversicherung vorgetragen werden, sind neben Zweifeln an der Finanzierbarkeit (die wir auf Grundlage des o.g. Gutachtens nicht teilen) hauptsächlich Gerechtigkeitsaspekte, wie z.B. Schonung Vermögender und Erbenschutz. Auch der Autor der vorliegenden Studie formuliert dazu stellenweise Kritikpunkte. Die vorliegenden Zahlen und Gutachten zur Belastungssituation der betroffenen Menschen belegen jedoch den Handlungsbedarf nachdrücklich.⁴⁷ Eine bessere Absicherung auf einer breiteren und solidarischen Finanzierungsbasis ist deshalb dringend notwendig. Der Pari-

45 Bündnis für eine solidarische Pflegevollversicherung. Siehe: <https://www.der-paritaetische.de/themen/gesundheit-teilhabe-und-pflege/pflege-aber-sicher/>

46 „Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnisses für eine solidarische Pflegevollversicherung“. Autoren: Prof. Dr. Rothgang & Dominik Domhoff (2024): Universität Bremen. Hier abrufbar: <https://www.der-paritaetische.de/themen/gesundheit-teilhabe-und-pflege/pflege-aber-sicher/#c24814>.

47 Vgl. Stockhausen & Pimpertz (2024).

tätische weist dabei insbesondere auf folgende Punkte hin:

- Erstens, Erbschafts- und Vermögensfragen sollen nicht am „Pflegebett“ gelöst werden. Dafür gibt es bessere Instrumente, wie die Erbschafts- und Vermögenssteuer.
- Zweitens verfolgt der Ansatz einer solidarischen Pflegevollversicherung nicht nur die Übernahme pflegebedingter Eigenanteile, sondern auf der Einnahmeseite auch die wesentlich stärkere Beteiligung größerer Einkommen und aller Einkommensarten – insbesondere auch von denjenigen, die sich bisher nicht an dem Solidarsystem beteiligen.
- Drittens sieht der Paritätische darin eine große Lösung für beide Bereiche (die ambulante bzw. häusliche und vollstationäre Pflege).
- Viertens wird damit die Wiederherstellung des sozialstaatlichen Auftrages und das Ziel der sozialen Pflegeversicherung verfolgt, die Abhängigkeit von der Sozialhilfe / Hilfe zur Pflege zu verringern bzw. weitestgehend zu verhindern.
- Fünftens kann argumentiert werden, dass die Konzeption der sozialen Pflegeversicherung als TeileLeistungsversicherung per Definition, übrigens auf Grundlage des Dreiteilungsvorschlages der AWO aus dem Jahre 1976, bei Einführung im Durchschnitt die pflegebedingten Kosten decken sollte und die anderen „Teile“ den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten entsprechen.⁴⁸
- Sechstens, das Wesen einer Sozialversicherung ist es, Lebensrisiken abzusichern – in diesem Fall Risiken, die sich aus Pflegebedürftigkeit ergeben. Im Bereich der Krankenversicherung wird dieser weitgehende Schutz nicht in Frage gestellt. Das Prinzip muss auch für die Pflegeversicherung gelten.

Vor diesem Hintergrund ist die Forderung nach einer solidarischen Pflegevollversicherung eine ausgewogene Lösung. Und schließlich kann noch

ein siebter Aspekt auf Grundlage der vorliegenden Studienergebnisse hinzugezählt werden: Hohe Dunkelziffern nicht realisierter Unterstützungsansprüche aus dem Sozialhilfenetz zeigen einmal mehr, wie wichtig eine Pflegevollversicherung gerade in der ambulanten bzw. häuslichen Pflege ist, wenn man das Ziel der sozialen Pflegeversicherung erreichen will.

Seitens des Paritätischen sehen wir aber gleichzeitig den dringenden Handlungsbedarf, sich um das Betrachtungsfeld der Hilfe zur Pflege zu kümmern. Das der Paritätische und der Studienautor in den Abgrenzungsfragen zu einer solidarischen Pflegevollversicherung nicht die gleiche Auffassung vertreten, steht dem in keiner Weise entgegen. Die Zusammenarbeit auf diesem Feld ist nicht zuletzt auch Ausdruck des gemeinsamen Ziels, beim Thema Pflegearmut sozialpolitische Lösungen in dieser Legislatur zu befördern.

Um die Armuts- und schließlich auch die Versorgungsproblematik in der Pflege zu lösen, kommt man unter den gegebenen Umständen nicht an der Systematik der Hilfe zur Pflege und insbesondere nicht an der Systematik der Inanspruchnahme in der ambulanten bzw. häuslichen Pflege bzw. dem häuslichen Pflegesetting, die im Mittelpunkt der vorliegenden explorativen Studie steht, vorbei.

Der Paritätische möchte, dass die Quote der Sozialhilfeempfänger*innen im Bereich der Pflege sinkt. Aber das Betrachtungsfeld führt zwangsläufig dazu zu hinterfragen, warum dieses vorhandene soziale Absicherungsnetz im häuslichen Bereich in so großem Maße nicht in Anspruch genommen wird, warum es regionale Disparitäten gibt und ob es deswegen der Änderungen bedarf? Schließlich ziehen die Studienergebnisse und die gegenwärtige pflegepolitische Situation die Verpflichtung nach sich, die Problembeschreibung in Bezug auf Hilfe zur Pflege in die Öffentlichkeit zu bringen und auch im Interesse der Betroffenen Forderungen zur schnellen Verbesserung des Systems aufzustellen, denn gegenwärtig ist im Deutschen Bundestag keine politische Mehrheit vorhanden, das aus Sicht des Paritätischen wichtige Thema einer solidarischen Pflegevollversicherung anzugehen. Im schlechtesten Fall wird im Rahmen der kommenden Pflegereform auf Grundlage des

⁴⁸ Vgl. Rothgang & Domhoff (2024), S. 3.

Zukunftspakt Pflege eine verpflichtende private Zusatzversicherung beschlossen. Was dagegen spricht, wurde seitens des Paritätischen bereits ausführlich diskutiert und sie ist auch keine Option für die ambulante bzw. häusliche Pflege.⁴⁹ Sollte eine Eigenanteilsbegrenzung für den vollstationären Bereich beschlossen werden, die zu einem verpflichtenden, aber definierten Sockelbetrag bei den Eigenanteilen führt (Sockel-Spitze-Tausch), ist die Funktion der Hilfe zur Pflege weiterhin von großer Wichtigkeit. Zum einen steht für den vollstationären Bereich ein Eigenanteil als Sockel im Raum, der immer noch so hoch ist, dass Hilfe zur Pflege auch in Zukunft im erheblichen Umfang in Anspruch genommen werden müsste. Zum anderen ändert sich an der Situation für die ambulante bzw. häusliche Pflege auch dann rein gar nichts und der Bedarf ist genauso hoch wie vorher. Das heißt, im Rahmen der kommenden Pflegereform müssen Rahmenbedingungen erreicht werden, die eine deutliche Verbesserung implizieren. Und so liegt es nahe, als Paritätischer für eine flächendeckende ordnungsgemäße Umsetzung der gesetzlich bereits vorgesehenen Ansprüche und Regelungen zur Hilfe zur Pflege einzutreten, die derzeit anscheinend so nicht vorhanden sind. Dies zieht aber zwangsläufig eine Diskussion nach sich über die Gleichsetzung von Sozialhilfebedürftigkeit mit Armut vs. einer Sozialhilfe zur Vermeidung von absoluter Armut und somit zur Sicherung menschenwürdiger Pflege. Das darüberhinausgehende sozialpolitische Ziel eines Systemwechsels hin zu einer solidarischen Pflegevollversicherung wird dadurch nicht aufgegeben.

49 Vgl. Mittag (2025): Wer keine verpflichtende private Zusatzversicherung will, muss jetzt laut werden. In: SozialwirtschaftAktuell, Ausgabe 17, S. 4, Nomos Verlag, Baden-Baden.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2025): Fachliche Eckpunkte für eine nachhaltige Struktur- und Finanzierungsreform in der Pflegeversicherung vom 11.12.2025. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/zukunftspakt-pflege-11-12-2025>, letzter Zugriff 20.02.2026.

Klie (2026): Pflegearmut. Eine explorative Studie u. Mitarb. v. Pablo Rischard und Fabio Di Cianno. Studie im Auftrag des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., AGP Sozialforschung/Social Research, Freiburg, Berlin.

Mittag (2025): Wer keine verpflichtende private Zusatzversicherung will, muss jetzt laut werden. In: SozialwirtschaftAktuell, Ausgabe 17, S. 4, Nomos Verlag, Baden-Baden.

Rothgang & Domhoff (2024): Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung. Gutachten im Auftrag des Bündnisses für eine solidarische Pflegevollversicherung. Universität Bremen, Bremen.

Sozialverband VdK Bayern (2025): Kosten steigen stärker als das Pflegegeld. In: VdK-Zeitung vom 01.02.2025. Online verfügbar unter <https://bayern.vdk.de/mitgliedschaft/vdk-zeitung/kosten-steigen-staerker-als-das-pflegegeld/>, letzter Zugriff 08.02.2026.

Statistisches Bundesamt (2024): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2023. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>, letzter Zugriff 08.02.2026.

Stockhausen & Pimpertz (2024): Vorsorge für den stationären Pflegefall – Wie lange reichen Vermögen und Einkommen deutscher Rentnerhaushalte? Studie des Instituts der Deutschen Wirtschaft (IW) im Auftrag der PKV, Köln.

Verband der Ersatzkassen – vdek (2026): Grafische Übersicht zur Entwicklung der Eigenbeteiligung, Pressemitteilung vom 22.01.2026. Online verfügbar unter <https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2026/eigenanteile-pflegeheim-auswertung.html>, letzter Zugriff 08.02.2026.

Zentrum für Qualität in der Pflege – ZQP (2026): Pflegende Angehörige in Deutschland. In: Stiftungsmagazin ZQP diskurs – das Magazin der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege, Ausgabe 2026. Online verfügbar unter <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/>, letzter Zugriff 08.02.2026.

Anlage 1 – Voraussetzungen & Wechselwirkungen von Hilfe zur Pflege, Grundsicherungs- und Pflegeversicherungsleistungen

Die nachfolgenden Tabellen veranschaulichen mit Fokus auf häusliche Pflegesettings Voraussetzungen und Wechselwirkungen der Hilfe zur Pflege mit Grundsicherung, der Hilfe zur Pflege mit Pflegeversicherungsleistungen und des Pflegegeldes als Pflegeversicherungsleistung mit Grundsicherungsleistungen.⁵⁰ Wohngeld als eine weitere Hilfeleistung wurde in dieser Übersicht nicht berücksichtigt.

Hilfe zur Pflege gem. § 61 ff. SGB XII	Grundsicherung im Alter gem. § 41 - 46 SGB XII
Pflegebedürftigkeit gem. § 61 – 63 ff. SGB XII. Ergänzende Funktionen. Einkommen und Vermögen reichen zur Deckung des Bedarfs nicht aus.	Erreichen der Altersgrenze: Die Altersgrenze liegt je nach Geburtsjahrgang zwischen 65 und 67 Jahren (§ 41 Abs. 2 SGB XII). Einkommen und Vermögen reichen zur Deckung des Lebensunterhalts nicht aus (Bedürftigkeitsprüfung unter Berücksichtigung von Freibeträgen).
Die Einkommensgrenze (§ 85 SGB XII) berechnet sich aus einem Grundbetrag in Höhe des Zweifachen der Regelbedarfsstufe 1 (also 1126 €) sowie der Kosten der Unterkunft bzw. angemessener Wohnkosten ohne Heizung. Hinzu kommt ein Familienzuschlag: Für Ehe-/Lebenspartner oder unterhaltsberechtigte Personen ca. 70 % der Regelbedarfsstufe 1 (395 € in 2026).	Alle Einkommen werden auf den Bedarf angerechnet, z. B. Renten, Einkünfte aus Vermietung, kleine Nebenverdienste – nicht aber Pflegegeld.
	Monatlicher Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts, die den Regelsätzen bei Sozialhilfe/Bürgergeld entsprechen. Sie betragen aktuell (2025) 563 €.
	Angemessene Wohnkosten (Miete + Heizkosten) werden zusätzlich zum Regelbedarf übernommen, soweit sie „angemessen“ sind, § 42 a SGB XII.
Der Einsatz des Vermögens richtet sich gemäß § 90 SGB XII auf ein Schonvermögen in Höhe von 10.000 €, bei Ehepartner 20.000 €. Ein angemessener Hausrat, ein angemessenes Hausgrundstück bleiben vom Vermögenseinsatz verschont, § 90 Abs. 2 SGB XII.	Vermögen wird bis zu den Vermögensgrenzen gem. §§ 90f SGB XII angerechnet (10.000 €).
Unterhaltspflichten gegen Kinder/Eltern bleiben seit dem Angehörigenentlastungsgesetz grundsätzlich unberücksichtigt, es sei denn, deren Einkommen übersteigt ein jährliches Bruttoeinkommen von 100.000 €. Vermögen der Kinder wird hierbei nicht berücksichtigt.	Unterhaltspflichten gegen Kinder/Eltern bleiben seit dem Angehörigenentlastungsgesetz grundsätzlich unberücksichtigt, es sei denn, deren Einkommen übersteigt ein jährliches Bruttoeinkommen von 100.000 €.

⁵⁰ Eigene Darstellung u.a. in Anlehnung an Klie (2026), S. 29 ff.

Hilfe zur Pflege gem. § 61 ff. SGB XII	Pflegeversicherung SGB XI
Pflegeversicherte und nicht Versicherte (Bsp. Geflüchtete). Pflegegrad 1 bis 5. Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 1. Pflegehilfsmittel (§ 64d), 2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e), 3. digitale Pflegeanwendungen (§ 64j), 4. ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 64k) und 5. einen Entlastungsbetrag (§ 66). Daraus folgt rein praktisch, dass Pflegegrad 1-Empfänger*innen für Hilfe zur Pflege i.d.R. nicht in Betracht kommen (wenn sie versichert und Vorversicherungszeiten erfüllt sind).	Pflegeversicherte / Beachtung von Vorversicherungszeiten. Pflegegrad 1 bis 5.
Überwiegend gespiegelter Leistungskatalog wie SGB XI, daher hinzutretend, aber grundsätzlich hinsichtlich der Quantität weitergehend. Ergänzende Funktionen. Persönliches Budget nach § 63 Abs. 3 SGB XII möglich.	Leistungen der Pflegeversicherung sind nicht bedarfsdeckend.
Individuelle Feststellung des Pflegebedarfes gem. § 63a SGB XII. (Ausrichtung und der Umfang der Leistungen, Leistungsart. Feststellung der „Heimbedürftigkeit“. Mehrkostenvorbehalt gemäß § 9 SGB XII / Einschränkung der Wahlmöglichkeiten möglich, unter Berücksichtigung Verpflichtung zur personenzentrierten und individualisierten Bedarfsfeststellung und Leistungsgestaltung (Abwägung).	Bedarfsfeststellung anhand von Pflegegraden.
Liegt das Einkommen über der individuellen Einkommensgrenze (§ 85 SGB XII), muss der übersteigende Teil anteilig für die Pflege eingesetzt werden. Bei häuslicher Pflege bleibt das Einkommen unter der Grenze anrechnungsfrei⁵¹.	Nachrang des SGB XII gegenüber den Regelungen des SGB XI.
Es verbleibt ein eigenständiger Pflegegeldanspruch in Höhe von mindestens einem Drittel des jeweiligen Pflegegeldes (§§ 64a, 63b Abs. 5 SGB XII im Rahmen der Hilfe zur Pflege).	Ausschöpfung des vollständigen Sachleistungsbezug nach § 36 SGB XI.

⁵¹ In der vollstationären Pflege nicht.

Pflegeversicherung § SGB XI	Grundsicherung im Alter gem. § 41 - 46 SGB XII
Pflegegeld gem. § 37 SGB XI.	Keine Anrechnung auf Grundsicherung.

Aus den Regelungen der Grundsicherung im Alter, der Hilfe zur Pflege und der Pflegeversicherung lassen sich einige Merkmale hervorheben, die für die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege von besonderer Relevanz sind:

- Die besonderen Einkommensgrenzen in der Hilfe zur Pflege (§ 85 SGB XII) bewirken, dass der Kreis der Leistungsberechtigten deutlich höher ist als der für die Berechtigten auf Leistungen der Grundsicherung im Alter gemäß § 42 SGB XII.⁵²
- Pflegebedürftige bzw. einkommensschwache Haushalte können bei Pflegebedürftigkeit eines Haushaltsmitglieds mit den Hilfen zur Pflege gemäß § 61 ff. SGB XII weitgehende Möglichkeiten im Sinne von ergänzenden Leistungen realisieren.⁵³ Mit wenigen Ausnahmen folgen die Regelungen der Hilfe zur Pflege den Pflegeversicherungsleistungen, allerdings nicht in der Höhe: Der quantitative Mehrbedarf wird von den Sozialhilfeträgern im Bedarfsfall getragen.⁵⁴ Die Hilfe zur Pflege ermöglicht ggf. auch ein persönliches Budget.⁵⁵
- Anders als in der Pflegeversicherung werden bei der Hilfe zur Pflege konkrete Bedarfe festgelegt, wodurch aber auch i.V.m. einem Mehrkostenvorbehalt des Sozialhilfeträgers Wahlmöglichkeiten eingeschränkt werden können.
- Auch wenn Sachleistungen der Pflegeversicherung ausgeschöpft werden, verbleibt ein (anteiliger) Pflegegeldanspruch gem. §§ 64a, 63b Abs. 5 SGB XII im Rahmen der Hilfe zur Pflege.⁵⁶
- Für Haushalte an der Grenze der Sozialhilfebedürftigkeit liegen hemmende Aspekte vor, Leistungen in Anspruch zu nehmen: Vermögensverlust durch Sozialhilferegress einschließlich der darin steckenden Entwürdigung von Lebensleistung; Heranziehung Unterhaltsverpflichteter.⁵⁷
- Das Pflegegeld nach § 37 SGB XI wird nicht auf die Grundsicherung angerechnet.⁵⁸

⁵² Vgl. Klie (2026), S. 53.

⁵³ Vgl. Klie (2026), S. 5.

⁵⁴ Vgl. Klie (2026); S. 36; siehe auch S. 37: „Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung dem Umfang nach nicht aus, tritt der Sozialhilfeträger für den nicht gedeckten Bedarf respektive die entstehenden Kosten ein, wenn die Leistungsfähigkeit des Pflegebedürftigen aus eigenem Einkommen und Vermögen bzw. nach Heranziehung Unterhaltspflichtiger nicht ausreicht, § 63 SGB XII.“

⁵⁵ Vgl. Klie (2026), S. 40.

⁵⁶ Vgl. Klie (2026), S. 36.

⁵⁷ Vgl. Klie (2026), S. 5.

⁵⁸ Vgl. Klie (2026), S. 30.

Pflegearmut

Eine explorative Studie

Prof. Dr. habil. jur. Thomas Klie

Unter Mitarbeit von:

Pablo Rischard

Fabio Di Cianno

Auftraggeber:

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband– Gesamtverband e. V.
(Der Paritätische)

Oranienburger Str. 13– 14

10178 Berlin

Februar 2026

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Einleitung: Auftrag und Anliegen.....	1
1. Teil: Annäherung an das Thema Pflegearmut.....	2
1.1 Begriffsklärungen.....	2
1.1.1 Armut – worüber sprechen wir?.....	2
1.1.2 Pflegearmut: Erste Differenzierungen	3
1.2 Forschungslage zur Alters- und Pflegearmut.....	7
1.2.1 Recherchestrategie	7
1.2.2 Pflege und Armut.....	7
1.2.3 Care und Armut.....	9
1.2.4 Alter und Armut	10
1.2.5 Armut und pflegende Angehörige	11
1.3 Perspektiven der Armuts-, Alters- und Pflegeberichterstattung.....	12
1.3.1 Entwurf des Siebten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung	12
1.3.2 Neunter Altersbericht der Bundesregierung	12
1.3.3 WIdO Pflegereporte 2023 und 2024.....	14
1.3.4 Barmer Pflegereporte 2023 bis 2025.....	15
1.3.5 DAK-Pflegereporte	16
1.3.6 IGES-Studie zur Eigenanteilsbegrenzung in der vollstationären Pflege.....	17
1.3.7 IGES-Studie Entbürokratisierung des Verfahrens zum Wohngeldbezug für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der stationären Langzeitpflege.....	21
1.4 Zusammenfassung.....	25
2. Teil: Pflegearmut im Lichte der Sozialhilfestatistik	28
2.1 Annahmen	28
2.2 Grundsicherung im Alter	28
2.2.1 Voraussetzungen und Leistungen der Grundsicherung im Alter.....	28
2.2.2 Grundsicherung im Alter in der Sozialhilfestatistik	30
2.2.3 Dunkelziffer: Hohe Nichtinanspruchnahme	32
2.3 Hilfe zur Pflege.....	34
2.3.1 Hilfe zur Pflege als Teil der sozialen Pflegesicherung	34
2.3.2 Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfestatistik.....	41

2.3.3 Dunkelziffer: Modellrechnung ambulant.....	46
2.3.4 Limitationen durch begrenzte Verfügbarkeit von Daten.....	54
2.4 Vertiefungen in vier Bundesländern.....	55
2.4.1 Ziel und Auswahl von Bundesländern.....	55
2.4.2 Baden-Württemberg.....	55
2.4.3 Berlin	59
2.4.4 Brandenburg	61
2.4.5 Freie und Hansestadt Hamburg	63
2.4.6 Zusammenfassung der exemplarischen Vertiefungen	64
2.5 Zusammenfassung (vorläufiger) Befunde	67
3. Teil: Ausblick und Empfehlungen	68
3.1 Differenzierungen gefragt	68
3.2 Empfehlungen und Implikationen	70
4. Nachtrag	73
Literaturverzeichnis	76

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Pflegearmut – Differenzierungen	3
Abbildung 2:	Einschlägige Studien zum Thema Armut und pflegende Angehörige	11
Abbildung 3:	Zentrale Handlungsfelder und Aufgabenbereiche einer integrierten Politik für ein gutes Leben im Alter (Auswahl)	14
Abbildung 4:	Sozialhilfe für "Hilfe zur Pflege"– Pflegebedürftige und Nettoausgaben (basierend auf: Rothgang et al. 2025)	16
Abbildung 5:	Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2023 (basierend auf: Rothgang et al. 2025)	16
Abbildung 6:	Annahmen zur Entwicklung der durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (Änderungsrate ggü. Vorjahr)	18
Abbildung 7:	Entwicklung der Zahlungen für Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI über den Projektionszeitraum (Summe in Mrd. €)	18
Abbildung 8:	Entwicklung der Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege, 1995 – 2023 (jeweils am 31.12.) ..	19
Abbildung 9:	Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an den Pflegebedürftigen, 1999 – 2023	20
Abbildung 10:	Anteil der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege an den Ausgaben für Sozialhilfe insgesamt, 2005 – 2023	21
Abbildung 11:	Überblick Sozialleistungen für Heimbewohnerinnen und -bewohner, deren Einkommen/Vermögen für die selbst zu tragenden Heimkosten nicht ausreicht	22
Abbildung 12:	Entwicklung der Wohngeldhaushalte von 2021 – 2023, Stichtag jeweils 31.12.	23
Abbildung 13:	Anteil der Heimbewohner*innen an Wohngeldhaushalten im Jahr 2023 nach Bundesländern ..	24
Abbildung 14:	Durchschnittlicher Wohngeldanspruch in Euro 2021 bis 2023	24
Abbildung 15:	Typische Sozialleistungen von Heimbewohner*innen	25
Abbildung 16:	Einschätzung zu Wegfall/Verringerung von Hilfe zur Pflege (in %, n=53)	25
Abbildung 17:	Differenzierungen Pflegearmut	26
Abbildung 18:	Armutsrisiken	27
Abbildung 19:	Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter an Einwohner*innen ab 65 Jahren nach Bundesländern im Jahr 2023	31
Abbildung 20:	Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter außerhalb von Pflegeeinrichtungen an der Gesamtzahl der Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter nach Bundesländern im Jahr 2023	32
Abbildung 21:	Profil Hilfe zur Pflege	34
Abbildung 22:	Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Deutschland im Zeitverlauf	42
Abbildung 23:	Prozentualer Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an Pflegebedürftigen nach Bundesländern im Jahr 2023 in Prozent	43
Abbildung 24:	Anteilige Verteilung der Fälle von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen nach Bundesländern im Jahresverlauf 2023	44
Abbildung 25:	Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Pflegeeinrichtungen an Pflegebedürftigen mit PG 2-5 außerhalb von Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2023	45
Abbildung 26:	Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege innerhalb von Pflegeeinrichtungen an Pflegebedürftigen innerhalb von Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2023	46
Abbildung 27:	Grundsicherung im Alter an der Bevölkerung 65+ Real und Modell	47
Abbildung 28:	Vergleich aller Fälle Hilfe zur Pflege ab 65 Jahren – Modell vs. Realität	48
Abbildung 29:	Vergleich zwischen zuhause lebenden Pflegebedürftigen mit Grundsicherungs-Anspruch vs. Realität der HzP-Gewährung außerhalb von Einrichtungen	49
Abbildung 30:	Vergleich der Fälle Hilfe zur Pflege (ambulant) – Modell vs. Realität	51
Abbildung 31:	Gruppen von Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege	53

Abbildung 32: Leistungsarten und -orte	54
Abbildung 33: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Baden-Württemberg im Zeitverlauf.....	56
Abbildung 34: Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald nach Versorgungsort	57
Abbildung 35: Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege im Stadtkreis Ulm nach Versorgungsort in Prozent mit Stichtag 31.12.2023.	58
Abbildung 36: Verteilung der Pflegegrade bei Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege vollstationär nach Altersgruppen zum Stichtag 31.12.2023 im Stadtkreis Ulm	59
Abbildung 37: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Berlin im Zeitverlauf.....	60
Abbildung 38: Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege ab 65 Jahren an den Pflegebedürftigen ab 65 Jahren in Berlin nach Bezirken im Jahr 2023.....	61
Abbildung 39: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Brandenburg im Zeitverlauf	62
Abbildung 40: Ambulante Pflege – 2025 Prognose (Stand 18.12.2025)	64
Abbildung 41: Monatsdurchschnittliche Fallzahlen 2025	64

Einleitung: Auftrag und Anliegen

Der Paritätische Gesamtverband ist wie für die Wohlfahrtsverbände in Deutschland insgesamt typisch nicht nur ein Dachverband für Leistungserbringer und eine intermediäre Instanz der Verschränkung von zivilgesellschaftlichen Aktivitäten und Organisationsformen in der Gestaltung gesellschaftlicher Solidarität und sozialstaatlicher Aufgaben. Den Wohlfahrtsverbänden und auch und gerade dem Paritätischen Gesamtverband kommt eine advokatorische Rolle für besonders vulnerable und potenziell marginalisierte Gruppen der Gesellschaft zu. Der Paritätische betont diese in einem explizit sozialpolitischen Selbstverständnis immer wieder. In diesem Zusammenhang hat sich der Paritätische Gesamtverband 2025 nicht zuletzt mit Blick auf den Pflegekongress des Paritätischen am 18.11.2025 dem Thema Pflegearmut gewidmet – einem weithin vernachlässigten Thema in der deutschen Sozialpolitik. Der Paritätische Gesamtverband hat den Autor beauftragt, eine explorative Studie zur Pflegearmut zu erstellen und dies mit dem Fokus auf die häusliche Pflege. So war auch der Vortrag des Autors auf dem Paritätischen Pflegekongress im November mit dem Titel versehen: „Verhäuslichte Pflegearmut“.

Gegenstand der explorativen Studie ist zum einen eine Darstellung der aktuellen Forschungs- und Datenlage zur Pflegearmut auf der Grundlage eines Reviews. Dabei wird zum einen der Diskussionsstand in der Sozialpolitikwissenschaft aufgegriffen, zum anderen aber auch die Diskussionsstände in der sozialen Gerontologie und sozialwissenschaftlich ausgerichteten Forschung zu Pflegefragen. Weiterhin werden verfügbare empirische Daten zu dem Komplex Pflegearmut, soweit sie in der wissenschaftlichen Literatur aufgearbeitet und veröffentlicht wurden, gesichtet. Auf diese Weise wird die Grundlage für eine differenzierende Betrachtung des Phänomens der Pflegearmut geschaffen.

Das Thema Pflegearmut wird so dann systematisiert und unterschiedliche Gruppen mit Armutsrisiken im Zusammenhang mit Armut im Kontext von Pflegebedürftigkeit identifiziert und beschrieben. Es sind nicht nur auf Pflege angewiesene Menschen selbst, die von Armut betroffen sind, sondern auch und gerade pflegende Angehörige und gegebenenfalls Hinterbliebene. Auch der aktuelle „Armutsdiskurs“ im Kontext von Pflege, der sich im Wesentlichen auf das Thema Heimkosten bezieht, wird aufgegriffen.

In einem zweiten Teil der explorativen Studie wird der Fokus auf Fragen der Grundsicherung im Alter und des Bezuges der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen gelegt. Die vorliegenden Datensätze werden analysiert und nach Bundesländern aufbereitet, sodass eine von dem Paritätischen Gesamtverband gewünschte Kartografierung von Armutsphänomenen auf der Basis von Grundsicherungs- und Hilfe zur Pflege-Daten erfolgen kann. Dabei war und ist es voraussetzungsvoll, die entsprechenden Daten in auswertungsfähiger Weise verfügbar zu machen. In vertiefenden Analysen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin und Brandenburg werden Einzelphänomenen von häuslicher Pflegearmut nachgegangen. Auf diese Weise soll ein erster datengestützter Überblick über Phänomene der Pflegearmut auf der Basis von Grundsicherungs- und Hilfe zur Pflege-Daten gegeben werden.

In einem dritten Teil werden Schlussfolgerungen aus den ersten beiden Teilen gezogen, die zum einen Forschungsdesiderate benennen und zum anderen Maßnahmen als Reaktion auf Phänomene der Pflegearmut zusammenfassen.

1. Teil: Annäherung an das Thema Pflegearmut

1.1 Begriffsklärungen

1.1.1 Armut – worüber sprechen wir?

Der Armutsbegriff ist ein auslegungsfähiger und -bedürftiger Begriff. Das, was in der öffentlichen Debatte als Armut oder Armutsgefährdung diskutiert wird, deckt sich keineswegs immer mit soziologischen und sozialpolitischen Definitionen von Armut. Mit dem Armutsbegriff wird auf der einen Seite Aufmerksamkeit erzeugt und sozialpolitischer Handlungsbedarf markiert. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, die sich aktuell in der Bürgergeld- und Grundsicherungsdebatte aktualisiert, dass Abwertungsdynamiken bestimmter Bevölkerungsgruppen befördert werden. Auch beim Thema Pflegearmut gilt es, dem Armutsbegriff Konturen zu geben.

Unterschieden werden grundsätzlich die absolute und die relative Armut. Unter absoluter Armut versteht man, wenn Menschen in ihrer Subsistenz gefährdet sind, d. h. nicht einmal die grundlegenden physischen Bedürfnisse befriedigen können – also nicht ausreichend Nahrung, Kleidung, Wohnung, gesundheitliche Versorgung etc. erhalten. Als relative Armut wird Einkommensarmut verstanden. Er ist der dominierende Ansatz in Deutschland (oft auch „Armutsgefährdung“ genannt): Ein Haushalt oder eine Person gilt dann als armutsgefährdet, wenn das Einkommen unter einer bestimmten Schwelle liegt – typischerweise weniger als 60 % des mittleren (Median-)Haushaltsnettoeinkommens (vgl. Brenke 2018). Diese Schwelle wird äquivalisiert – das heißt: Sie berücksichtigt Haushaltsgröße und Zusammensetzung. Laut Statistischem Bundesamt (für 2024) lag die Armutsgefährdungsgrenze für eine alleinlebende Person bei etwa 1.378 Euro netto/Monat. Für einen Haushalt mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern (unter 14 Jahren) lag der Schwellenwert bei etwa 2.893 Euro/Monat (vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) 29.01.2025). Entsprechend dieser Definition galten 2024 rund 15,5 % der Bevölkerung bzw. etwa 13,1 Millionen Menschen in Deutschland als armutsgefährdet. Gerade für das Thema Pflegearmut ist ein mehrdimensionaler bzw. nicht allein monetärer Armutsbegriff relevant, der auch Formen sozialer Ausgrenzung einbezieht. Neben der Einkommensarmut finden Definitionen, die auch materielle und soziale Teilhabe bzw. Entbehrung berücksichtigen – also ob Menschen etwa nicht genug Geld für grundlegende Alltagsbedürfnisse haben, kaum gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen können oder in Haushalten mit geringer Erwerbsbeteiligung leben. Auf sie wird noch näher einzugehen sein. Laut dem EU-weiten Maßstab (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2025) (EU-SILC) gilt jemand als von „Armut oder sozialer Ausgrenzung“ bedroht, wenn mindestens eine der drei Bedingungen zutrifft: unter der Armutsgefährdungsgrenze leben, materielle/seelische Entbehrung oder sehr geringe Erwerbsbeteiligung. 2024 waren nach dieser erweiterten Definition etwa 20,9 % der Bevölkerung (17,6 Millionen Menschen) in Deutschland von Armut oder sozialer Ausgrenzung betroffen (Statistisches Bundesamt (Destatis) 29.01.2025). Der relative Armutsbegriff orientiert sich daran, was in einer Gesellschaft als „normaler Lebensstandard“ gilt: Damit lässt sich messen, wer bei den Verteilungsergebnissen deutlich zurückfällt. Die Verwendung der 60-Prozent-Schwelle ist international weit verbreitet (EU-Standard) und erlaubt Vergleiche zwischen Ländern und über die Zeit hinweg. Der Schwellenwert wird auf das „Nettoäquivalenzeinkommen“ bezogen – also Einkommen nach Steuern und Sozialabgaben, und angepasst an Haushaltsgröße und Zusammensetzung.

In Deutschland waren 2024 etwa 15,5 % der Bevölkerung armutsgefährdet. Rund 20,9 % waren nach der weiter gefassten Definition von Armut oder sozialer Ausgrenzung betroffen. Besonders gefährdet sind bestimmten Gruppen: Alleinerziehende, Menschen mit Migrationshintergrund, Personen mit geringem Bildungsabschluss, Rentner*innen mit niedrigen Renten, Familien mit mehreren Kindern.

Der Armutsbegriff ist vielschichtig und vieldeutig. Welche Definition zugrunde liegt, beeinflusst erheblich, wie viele und welche Menschen als „arm“ gelten – und damit indirekt, wie groß der politische Handlungs- und Unterstützungsbedarf wahrgenommen wird. Der relative Ansatz kann Armut als strukturelles Verteilungsproblem sichtbar machen – z. B. Einkommensungleichheit, soziale Teilhabe, Kinderarmut, „Working Poor“. Wird hingegen nur absolute Armut betrachtet, würde der Fokus auf existenziell Notleidende liegen – und strukturelle Benachteiligungen (z. B. von Geringverdienenden oder bestimmten Gruppen) könnten übersehen werden. Der erweiterte, mehrdimensionale Ansatz wiederum fordert die Sozialpolitik heraus, nicht nur Transferleistungen zu gewähren, sondern auch Teilhabe, Bildung, Arbeitsmarktintegration, Wohn- und Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Das Thema Pflegearmut ist in der sozialpolitischen Diskussion um Armut kaum präsent. Das gilt sowohl für Menschen, die in absoluter Armut leben und mit Pflegebedarfen konfrontiert sind – wie etwa Geflüchtete, die sich illegal in Deutschland aufhalten oder Obdach- und Wohnungslose (Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg (KGC) in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HaG) 2016; Stadt Karlsruhe Sozial- und Jugendbehörde, Fachstelle Wohnungssicherung 2024). Das gilt aber auch für Menschen mit Pflegebedarf oder pflegende An- und Zugehörige, die in relativer Armut leben. Im Folgenden werden erste Differenzierungen zum Thema Pflegearmut vorgenommen.

1.1.2 Pflegearmut: Erste Differenzierungen

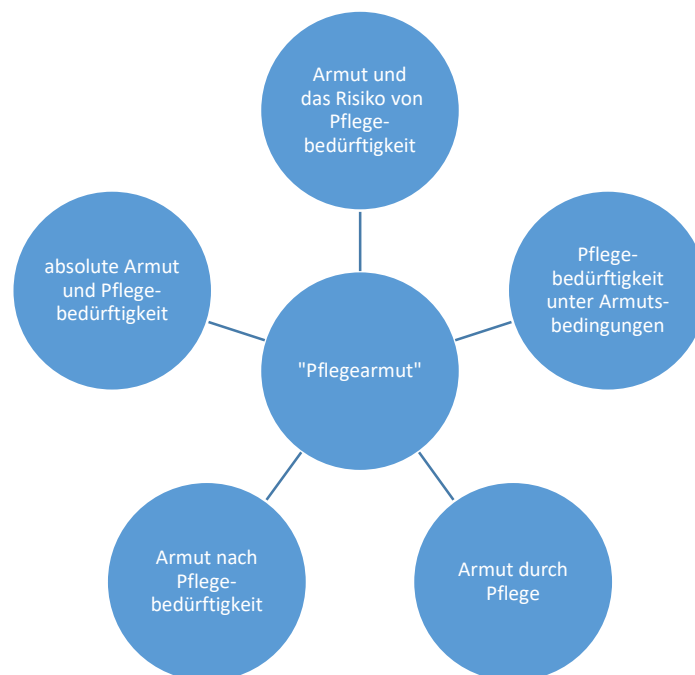


Abbildung 1: Pflegearmut – Differenzierungen
Quelle: eigene Darstellung

Literaturreview und Analyse von Pflegearmutsberichten und -reporten machen deutlich, wie vielfältig und komplex das Thema Armut, Alter und Pflegebedürftigkeit ist. Es ist in vielfältiger Weise verschränkt mit komplexen Lebenslagen, in denen sich insbesondere einkommensschwache Haushalte befinden und mit denen sie zurechtkommen müssen. Es zeigen sich mit benachteiligten Bevölkerungsgruppen verbundene Gesundheitsrisiken, die zu einer höheren Wahrscheinlichkeit von chronischen Krankheiten im Alter und damit auch zur Pflegebedürftigkeit führen. Deutlich werden

geschlechtsspezifische Unterschiede, Unterschiede zwischen Ost und West und eine besondere Problematik von bestimmten Gruppen von Menschen mit Migrationsgeschichte. Aktuelle und kontrovers geführte Diskussionen um die Alterssicherung machen deutlich, wie relevant sozialpolitische Rahmenbedingungen und Programme sind, um Phänomene der Alters- und Pflegearmut vorzubeugen. In der Diskussion wird überdies deutlich, wie wichtig ein weiter Armutsbegriff ist, der sich nicht nur auf materielle Sicherung beschränkt, sondern im Sinne des Capability Approaches einem weiten Ressourcen- und Fähigkeitsverständnis verpflichtet ist. Die explorative Studie zur Pflegearmut erwirkt in ihrer begrenzten Ausstattung und Ausrichtung nicht das Ziel einer auch nur annähernd umfassenden und vollständigen Analyse von Wechselwirkungen zwischen Alter, Armut und Pflegebedürftigkeit. Sie fokussiert ganz wesentlich Phänomene, Hintergründe und Ursachen sowie Auswirkungen von Armut und ihrem Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit. Der Begriff der Pflegearmut ist vielfältig und verlangt nach einer systematisierenden und differenzierenden Betrachtungsweise. Fünf durchaus voneinander zu unterscheidende, aber zum Teil auch miteinander verschränkte Blickwinkel auf das Thema Pflegearmut sollen nachfolgend skizziert werden.

1. Armut und das Risiko der Pflegebedürftigkeit

Gerade, wenn man einem weiten Armutsverständnis folgt, wird deutlich, dass ungünstige Lebenslagen im Lebenslauf einen negativen Einfluss auf die Gesundheit haben, die Lebenserwartung deutlich verkürzen, chronische Krankheiten wahrscheinlicher machen und damit auch den Eintritt von aus chronischen Krankheiten resultierender Pflegebedürftigkeit als Einschränkung der Selbstständigkeit. Dies gilt für die einzelne Person, das gilt aber auch für Personengruppen und Regionen, in denen sich soziale Risiken und Armut kumulieren. Ungünstige Wohnverhältnisse, Einschränkungen im Konsum, weniger verfügbare soziale Netze, Phänomene der Einsamkeit erhöhen sowohl das Risiko pflegebedürftig zu werden, als auch die Schwierigkeiten, mit den Folgen der Pflegebedürftigkeit in einer Weise umzugehen, die ein gutes und präferenzorientiertes Leben verspricht. Eine Sozial- und Pflegepolitik, die sich der Vermeidung, aber auch der Begegnung von Pflegearmut verpflichtet, wird Fragen der sozialen Ungleichheit in der Ausrichtung ihrer Politiken und Maßnahmen konsequent zu berücksichtigen haben. Das gilt sowohl für Personengruppen, für die Ausrichtung gesundheitlicher Präventionen, aber auch im Sinne der Verhältnisprävention für die Gestaltung von Lebensverhältnissen in Form einer von Armutspopulation geprägten Region oder einem Stadtteil oder Dorf. Die starke Fokussierung auf Fragen der Verhaltensprävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit reflektiert Aspekte der strukturellen sozialen Ungleichheit und der Einflüsse der Lebensverhältnisse nicht (hinreichend).

2. Pflegebedürftigkeit unter Armutsbedingungen

Ob nun infolge biografischer Kontinuität von Benachteiligung oder im Alter eingetretener Armut, die insbesondere Frauen betrifft, ist der Perspektive der Lebensgestaltung und -bewältigung unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit für einkommensschwache Personen besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Altersarmut, insbesondere im Sinne von relativer Armut, ist verbreitet und wird in den nächsten Jahren, insbesondere auch in den ostdeutschen Bundesländern, deutlich zunehmen. Durch steigende Wohnkosten, durch Steigerung der Lebenshaltungskosten auch und insbesondere im konsumtiven Bereich, werden die ökonomischen Handlungsspielräume einkommensschwacher Personen geringer. Mit Phänomenen chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbundene Lebenslagen erhöhen die Kosten. Das gilt für Sonderausgaben im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit – Transportkosten, Kosten einer aufwändigen Ernährung etc. pp. Das ab Pflegegrad 2 gewährte Pflegegeld leistet einen Beitrag dazu, pflegebedingte Mehrausgaben zu kompensieren, so

es im entsprechenden Ausgabenbereich eingesetzt wird oder werden kann. Im Zusammenhang mit Altersarmut und Pflegebedürftigkeit ist von besonderer Relevanz, dass 60 % der Berechtigten Grundsicherungsleistungen im Alter nicht in Anspruch nehmen und damit – auch gerade bei „Aufstockern“ – ihre finanziellen Handlungsmöglichkeiten deutlich einschränken. Den Hintergründen der nicht Inanspruchnahme von Grundsicherungsleistungen wird noch gesondert nachzugehen sein. Für Haushalte mit niedrigen Einkommen sieht das Sozialhilferecht bedarfsdeckende Leistungen auch im Falle der Pflegebedürftigkeit vor. Die Hilfen zur Pflege gemäß § 61 ff. SGB XII bieten gerade für einkommensschwache Haushalte recht weitgehende Möglichkeiten, Bedarfen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit Rechnung zu tragen und sie zu beantworten. Das gilt im Vorfeld der Pflege auch für die Leistungen der Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII. Dabei ist der Personenkreis der Leistungsberechtigten für die Leistungen der Hilfe zur Pflege und Altenhilfe, aber auch der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes gemäß § 70 SGB XII deutlich größer als der der Grundsicherungsleistungsempfänger – wobei die unterschiedliche Behandlung von Vermögen eine fehlende Harmonisierung im Sozialrecht offenlegt. Nun verfügen allerdings gerade einkommensschwache Haushalte häufig nicht über das Wissen, dass sie Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege haben (können). Auch ist ähnlich wie bei der Grundsicherung im Alter die Scham verbreitet, im Alter Sozialhilfeleistungen in Anspruch zu nehmen. Eine leistungerschließende Beratung im Bereich der Hilfe zur Pflege ist weder im Rahmen der Pflegeberatung gemäß § 7 SGB XI verbreitet, noch durch die zuständigen Sozialhilfeträger. Das zeigen die im Einzelnen darzulegenden Sozialhilfestatistiken deutlich: Die Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich zur Stärkung der häuslichen Pflege findet, mit Ausnahme einiger insbesondere städtischer Regionen, so gut wie nicht statt. Das gilt auch für die in § 71 SGB XII vorgesehenen Transferleistungen im „vorpflegerischen“ Bereich (vgl. Engler et al. 2023; Klie 2022a). An sich stehen Hilfe zur Pflege-leistungsberechtigte Personen in der Organisation und Finanzierung von Pflegeleistungen deutlich besser dar als Haushalte an der Grenze zu Sozialhilfebedürftigkeit, da hier zumindest haushaltsökonomische Abwägungen nicht in der gleichen Weise ihre Barrieren der Inanspruchnahme entfalten. Mittelschichtsfamilien befürchten den Verlust ihres Vermögens und ggf. auch die Heranziehung Unterhaltsverpflichteter. Wie die Allensbach-Befragung 2025 (vgl. Klie 2025b) erkennen lässt, ist die Befürchtungen im Zusammenhang mit einer Heimversorgung Hausgrundstück und Vermögen zu verlieren in der Bevölkerung hochausgeprägt. „Bedroht“ ist die Würdigung der Lebensleistung, die ggf. einem Sozialhilferegress zum Opfer fallenden Vermögenswerte. Die Verwiesenheit auf Sozialhilfe wird vielfach als Demütigung erfahren – nicht zuletzt aber vor dem Hintergrund der Delegitimierung von Grundsicherungsleistungen im aktuellen politischen Diskurs in diese Richtung „getrieben“. Die Einführung der Sozialhilfe, als Würde sichernde Sozialleistung wird kaum mehr gesehen (vgl. Cremer 2025). Sozialhilfe als „Dein gutes Recht“ wird kaum mehr kommuniziert. Dabei ist es eine sozialstaatliche Errungenschaft, dass gerade einkommensschwache Haushalte über die Sozialhilfe die Garantie erhalten, dass ihnen notwendige und bedarfsgerechte Leistungen zur Verfügung gestellt und finanziert werden. Sozialhilfebedürftigkeit mit Armut gleichzusetzen, ist – worauf Cremer (2025) zurecht hinweist – problematisch. Dient doch die Sozialhilfe gerade der Vermeidung von (absoluter) Armut und Gefährdung einer menschenwürdigen Existenz. Insofern ist Vorsicht geboten, die Verwiesenheit auf Sozialhilfe zu skandalisieren. Das schränkt das Spektrum politischer Gestaltungsperspektiven ein. Und noch wichtiger: Ein entsprechender Diskurs stellt sich als weitere Barriere der Inanspruchnahme existenzsichernder Leistungen für hilfeberechtigte Personen dar. Verbunden mit dem Narrativ der leeren Kassen droht es fast unanständig zu werden, das gute Recht auf Sozialhilfe zu nutzen. Auch die Sachbearbeiter*innen und Beratungsstellen sehen sich durch einen entsprechenden Kontext nicht gerade ermutigt und aufgefordert, Leistungen der Sozialhilfe, gerade im Bereich der ambulanten Versorgung, zugänglich zu machen.

3. Armut durch Pflege

Eine zweite Gruppe von Armut bedrohter Personen im Kontext der Pflege sind pflegende Angehörige, die mit Sonderausgaben im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit ihrer Angehörigen konfrontiert sind und häufig auf Erwerbsarbeit verzichten oder sie reduzieren, was typischerweise bei Frauen der Fall ist. Insbesondere in Haushalten mit niedrigen und mittleren Einkommen laufen haushaltsökonomischen Abwägungen, wie die Aufwände im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit von Angehörigen bewältigt werden, darauf hinaus, dass zumeist Frauen ihre Erwerbsarbeit einschränken oder aufgeben. Dies kann mit einer fehlenden bedarfsgerechten Infrastruktur zu tun haben. Zunehmend gewinnen auch die hohen Kosten für Pflegedienste an Bedeutung – über 80 € pro Stunde –, die häufiger zur Abwahl von Pflegeleistungen durch pflegende Familien führen. Der Gender Pay Gap trägt das Seine dazu bei, dass es vor allem Frauen sind, die Erwerbsarbeit zugunsten von Care-Aufgaben zurückstellen – verbunden mit klassischen Rollenmustern. Die Folgen reduzierter oder aufgegebenen Erwerbsarbeit sind nicht selten Armutsphänomene pflegender Angehöriger. Ihre Alterssicherung ist, trotz des Anspruchs auf Rentenanwartschaften für Pflegepersonen, vorprogrammiert. Auch wird die Vermittlung in den Arbeitsmarkt, insbesondere dann, wenn eine längere Unterbrechung der Erwerbstätigkeit eintritt, schwieriger. Pflegearmut heißt daher, auch dies wurde dargelegt, oftmals Armut pflegender Angehörige. Dass durch den Verzicht auf Erwerbsarbeit oder seine Reduzierung auch für den Wirtschaftsstandort Deutschland sowie für die Sicherung der Einzahlungen in das Sozialversicherungssystem Folgen verbunden sind, sei nur ergänzend vermerkt. Eine besonders von Armut durch Pflegebedürftigkeit betroffene Gruppe von pflegenden Angehörigen bildet die, die sich jungen Pflegebedürftigen widmet, für die häufig kaum suffiziente Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen vorhanden sind.¹

4. Armut nach Pflegebedürftigkeit

Ein spezifisches Armutsrisiko entsteht für Haushalte, die vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit von Haushaltsangehörigen durchaus über ein mittleres Einkommen und durchschnittliche Vermögenswerte verfügten, durch die Heranziehungsregelungen im Recht der Hilfe zur Pflege und der Sozialhilfe. Ist der Eintritt in ein Heim für eine pflegebedürftige Person unvermeidbar, reichen die mittleren Renteneinkommen in der Regel nicht aus, um die laufenden Eigenanteile zu zahlen. Sodann ist Vermögensverbrauch angezeigt. Die Sozialhilfeträger verlangen den umfassenden Vermögenseinsatz. Den Ehepartnern bleibt außer einem eigenständigen Schonvermögen von 10.000 € kein eigenständiger Freibetrag. Es wird das gesamte Haushaltseinkommen von Ehepartnern bei der Berechnung der Unterhaltsverpflichtungen zugrunde gelegt. Bei den monatlichen Eigenanteilen von 4.000 Euro im Monat ist es mindestens ein Kleinwagen per anno, der für die Heimkosten eingesetzt werden muss. Dies führt bei längeren Heimaufenthalten zum vollständigen Vermögensverbrauch. Die hinterbliebenen Ehepartner sind nach dem Versterben ihres Partners, aber gegebenenfalls auch schon zu Lebzeiten, mit eigener Armut konfrontiert und können ihren bisherigen Lebensstandard nicht mehr aufrechterhalten. Wenn dann noch einem Heimaufenthalt jahrelange Pfl egetätigkeit vorausging, wird dies als ungerecht und demütigend empfunden. Ausweichstrategien, insbesondere bei Besitz von Grundeigentum, sind bekannt und werden sowohl im Internet als auch in Zeitschriften vermittelt (Preker 2025). Diese Erbenschutzstrategien verfolgen nun nicht nur Ehepartnerinnen und Ehepartner, sondern vielmehr auch die sonstigen Erben, insbesondere Kinder. Diesem Phänomen respektive dieser Perspektive von Armut durch Pflegebedürftigkeit ist ihrerseits differenziert zu beleuchten. Auch wenn

¹ Vgl. https://www.bundestag.de/ausschuesse/a13_Bildung-Familie-Senioren-Frauen-und-Jugend/kiko/anhoerungen/1132120-1132120 (Abruf vom 03.02.2026).

Norbert Blüm bei Einführung der Pflegeversicherung versprochen hatte, die Pflegeversicherung würde zur Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit führen, ist dies 30 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung als Versprechen so kaum zu halten und unter den Gesichtspunkten sozialer Gerechtigkeit auch nicht in jeder Hinsicht plausibel, wenngleich die Bevölkerung, wie der DAK-Pflegereport 2026 (vgl. Klie 2026 im Erscheinen) sichtbar gemacht hat, in der Pflegeversicherung auch eine „Versicherung gegen Sozialhilfebedürftigkeit“ sieht. Mit den Konzepten einer Pflegevollversicherung respektive dem sogenannten Sockel-Spitze-Tausch soll zumindest für die pflegebedingten Aufwendungen das Versprechen von Norbert Blüm weiterverfolgt werden (Rothgang und Kalwitzki 2019a). Letztlich geht es aber bei dieser Frage nicht um Armut, sondern um den Schutz erworbenen Vermögens der Mittelschicht. Um Armut handelt es sich dann, wenn die Ehepartner durch den Verbrauch ihrer eigenen Vermögenswerte, respektive den gemeinsam mit dem Ehepartner aufgebauten, während und insbesondere nach Ende der Pflegebedürftigkeit und dem Tod des Partners mit Armut konfrontiert sind.

5. Absolute Armut und Pflegebedürftigkeit

Eine eigene, in sich heterogene Gruppe von armutsbetroffenen Pflegebedürftigen sind die in absoluter Armut lebenden Menschen wie Obdachlose oder gegebenenfalls auch Asylsuchende und Geduldete ohne gesicherten Aufenthaltsstatus und damit ohne sozialleistungsrechtliche Ansprüche. Einige Kommunen wie etwa die Freie und Hansestadt Hamburg haben Sonderprogramme, aber auch Institutionen geschaffen, die sich der Versorgung und Unterstützung dieser in absoluter Armut befindlichen, auf Pflege angewiesenen Menschen annehmen. Die Dunkelziffer dieser Gruppe ist beträchtlich (Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg (KGC) in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HaG) 2016; Stadt Karlsruhe Sozial- und Jugendbehörde, Fachstelle Wohnungssicherung 2024).

Diese fünf unterschiedlichen Perspektiven auf das, was unter dem Thema Pflegearmut verhandelt wird oder werden kann, wird sowohl als Kondensat der oben dargestellten Forschungslage verstanden als auch als Referenzrahmen für die nachfolgenden Analysen und am Ende zu formulierenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

1.2 Forschungslage zur Alters- und Pflegearmut

1.2.1 Recherchestrategie

Im Rahmen der hier vorgelegten explorativen Studie wurde in den einschlägigen Datenbanken mit unterschiedlichen Suchstrategien der Forschungs- und Diskursstand zum Thema Armut und Pflege recherchiert. Die Aufbereitung der Recherche geschieht nach den jeweils in den Suchstrategien eingegebenen Begriffen Pflege und Armut, Care und Armut, Alter und Armut sowie Armut und pflegende Angehörige.

1.2.2 Pflege und Armut

Die Einbettung des Themas Pflege und Care in die großen gesellschaftlichen Fragestellungen und Dynamiken wird in dem Buch von Brigitte Aulenbacher und Marie Dammayr (2014) sichtbar und zusammengetragen. Mit Recht lässt sich von einer Krise von Care in der modernen, kapitalistischen Gesellschaft sprechen. Demografische Dynamiken, zunehmende soziale Ungleichheit, aber auch klassische Rollenkonzepte werfen Fragen nach der Zukunft von Care auf, wobei es nicht nur um die Fürsorge und das Kümern um andere, sondern auch die Selbstfürsorge geht. Care, Demokratie und

Ökonomie, Ethik und Ökonomie, Gleichheit und Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat: Mit all diesen Fragen sind die Care-Fragen und sind Fragen der Care-Armut verbunden. Dabei gilt es, das macht der Band deutlich, Fragen der Care-Arbeit, der Care-Armut auch in trans- und internationale Zusammenhänge zu stellen und die Sorgearbeit im konservativen Wohlfahrtsstaat zu analysieren, der implizit Armutsrisiken, insbesondere für Care-Worker mit sich bringt (Aulenbacher und Dammayr 2014).

Die strukturelle Benachteiligung von Frauen, nicht zuletzt der Boomer-Generation und ihre Zusammenhänge zur Care-Arbeit und Pflegearmut wird in dem Buch von Christina Bylow und Kristina Vaillant (2016) herausgearbeitet. Zwar hat sich das Bildungsniveau auch von Frauen in der Nachkriegszeit deutlich erhöht, viele Frauen konnten aber keine ihrem Qualifikationsniveau entsprechende Erwerbstätigkeit finden und landeten in schlecht bezahlten Tätigkeiten unter ihrem Bildungsniveau. Die Doppelbelastung von Care-Arbeit und Beruf, verbreitete Teilzeitarbeit – nicht zuletzt im Zusammenhang mit Care-Aufgaben und steuerlicher Benachteiligung – erhöhen das Risiko von Altersarmut, aber auch von Pflegearmut im Sinne von Armut als pflegende Angehörige. Das Thema Pflegearmut ist, das machen Bylow und Vaillant deutlich, immer auch und zuvorderst ein Frauenthema.

Altern findet in Nachbarschaften statt. Das unmittelbare Wohnumfeld bietet Ressourcen, schafft aber auch Barrieren für eine selbstbestimmte Lebensführung (Apitzsch und Schmidbaur 2010). Älterwerden und die Bewältigung von Pflegeaufgaben unter Bedingungen von sozialer Benachteiligung ist ein zentrales Thema für eine kommunal und sozialräumlich ausgerichtete Pflegepolitik, die sich in besonderer Weise den Themen Migration, Leben in ländlichen und städtischen Räumen von einkommensschwachen Haushalten mit auf Pflege angewiesenen Menschen zu widmen hat. Eine Politik, die das Thema Pflegearmut adressiert, wird sich nicht nur an die jeweilige Person, sondern auch und gerade an das soziale Umfeld, an Quartiere, Dörfer und Stadtteile wenden müssen und sich hier für die Entwicklung lebenswerter, altersfreundlicher Sozialräume und einer menschenwürdigen Versorgung von armutsgefährdeten, alten Menschen befassen müssen. Dem Thema nachbarschaftliche Versorgung und den Grenzen der Pflege und Sorge im Dienstleistungsjahrhundert hat sich auch Klaus Dörner (2012) gewidmet. Auch seine auf den sogenannten Bürger-Profi-Mix ausgerichteten Ansätze und Strategien sind nicht nur durch einen inklusiven Blick, sondern auch durch eine besondere Awareness für Fragen der sozialen Ungleichheit ausgestattet. Auch aus dem Dörnerschen Ansatz ergibt sich für eine auf Pflegearmut hin ausgerichtete Politik die konsequente Ausrichtung auf (benachteiligte) Sozialräume. Wenn von einer neuen Kultur der Hilfe die Rede ist, wie es auch in der Pflegeversicherung der Fall ist (§ 8 Abs. 2 SGB XI) dann hat sich die neue „Hilfekultur“ auch und gerade an von Armut betroffenen, auf Pflege angewiesenen und Menschen mit Behinderungen zu richten. Mittelbar wird jedes Problem der Selektivität von Konzepten sorgender Gemeinschaften angesprochen (vgl. Klie 2025a).

Wie sieht der Alltag von sozial benachteiligten, pflegebedürftigen alten Menschen aus? Dieser Frage widmet sich Katrin Falk (2011) in einer ausführlichen Fallstudie und lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedingungsgefüge eines Lebens mit Pflegebedürftigkeit unter Armutsbedingungen und der Frage, welche verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten einen Beitrag zu mehr Selbstbestimmung und zur aktiven Teilhabe an sozialräumlichen Ressourcen eröffnen. Dabei wird deutlich, dass die soziale Lage das Nutzungsverhalten von alltagsbezogenen und sozialen Angeboten, aber auch die von gesundheitsbezogenen Institutionen, determiniert. Dies gilt sowohl für ländliche als auch großstädtische Räume. Lokale Akteurskonfigurationen und kollektives, soziales Kapital werden sowohl als Ressourcen als auch als Barrieren für den Autonomiegehalt ausgemacht und milieuspezifische Strategien für die Sicherung der Selbstbestimmung identifiziert. Care-Arbeit, auch in deutschen

Pflegehaushalten, ist zunehmend von transnationalen Dynamiken geprägt. Dies gilt insbesondere für Mittelschichtsfamilien, die selbst nicht einkommensarm sind, sich aber zumindest im deutschen Verständnis von relativer Armut betroffener, einkommensschwacher – zumeist Frauen aus Osteuropa, aber auch aus anderen Teilen der Welt – „bedienen“.

Dem Thema Care und Migration und dort speziell den transnationalen Versorgungsketten (Care Chains) gehen Ursula Apitzsch und Marianne Schmidbauer (2010) nach. Auch dieses Thema hat mit Care und Armut zu tun, da Armutssituationen in den Herkunftsfamilien und Haushalten der osteuropäischen Haushaltshilfen hiermit reflektiert werden, die schon Tine Haubner (2017) als Ausbeutungsverhältnisse identifiziert hat. Das Systemversagen des Pflegemarktes, wenn man ihn an dem sozialpolitischen Versprechen der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger misst (§ 76 SGB XI), führt zu der großen Zahl osteuropäischer Haushaltshilfen, die in ihrem Arbeitszeitvolumen das der ambulanten Dienste in Deutschland übersteigen. Hierdurch wird noch einmal in besonderer Weise das Thema soziale Ungleichheit in der Pflege in Deutschland virulent, da man sich osteuropäische Haushaltshilfen leisten können muss. Insofern sind und bleiben sie ein Mittelschichtphänomen. Einkommensschwache Haushalte haben kaum Chancen auf durch osteuropäische Haushaltshilfen stabilisierte Pflegearrangements, es sei denn, die Sozialhilfeträger übernehmen im Einzelfall die Kosten. Gleichzeitig sind bei diesem international verbreiteten Modell auch die Armutsgefährdungen der Care-Worker mitzudenken.

In den Pflegewissenschaften ist das Thema soziale Ungleichheit und Pflege eher ein Randthema. Ulrich Bauer und Andreas Büscher haben sich allerdings schon vergleichsweise früh mit Ungleichheitsfragen in der Pflege befasst (2008) und den seinerzeitigen Diskussionsstand zu Aspekten der sozialen Ungleichheit zusammengetragen. Die sich aus diesen Erkenntnissen ergebenden praktischen Implikationen für die Pflegepolitik, aber auch Pflegepraxis, werden ebenso beleuchtet wie die konsequente Betrachtung milieuspezifischer Präferenzen und Strategien in der Gestaltung von Pflegearrangements (vgl. Blinkert und Klie 2008).

1.2.3 Care und Armut

Bei der Recherche unter den Suchbegriffen Care und Armut wird der Blick etwas weiter gelenkt, wenngleich auch bei Pflege und Armut Care-Fragen wie dargelegt in vielfältiger Weise aufgegriffen und in entsprechende Forschung sichtbar wurden. Cordula Barth (2012) hat in ihrem Buch „Arme Menschen sterben kränker und früher“ Fragen der lebenslangen Benachteiligung und ihre Konsequenzen für die Konfrontation mit Pflegebedürftigkeit herausgearbeitet. Schon 2000 hat sich Uwe Helmert mit der Frage beschäftigt, müssen Arme früher sterben? Helmert et al. (2000) stellt die aktuellen medizinischen, soziologischen und sozial epidemiologischen Forschungsergebnisse zur sozialen Ungleichheit zusammen. Er lenkt den Blick darauf, dass die gesundheitliche Versorgung in Deutschland rechtlich keine oder kaum sozial bedingten Barrieren kennt. Und der Slogan „Weil du arm bist, musst du früher sterben“ ist eine These, die der Vergangenheit angehören sollte.

Der Gesundheitszustand wie auch die subjektive Gesundheit eines Menschen wird von seiner ökonomischen Lage wie auch seinem Bildungsstand beeinflusst. Diese Erkenntnis gewinnt in höherem Alter an Bedeutung, da Benachteiligungen ebenso wie Privilegien im Laufe des Lebens kumulieren. So hat die im vorigen Jahrhundert gewonnene sozialmedizinische Erkenntnis „Arme Menschen sind weniger gesund und sterben früher“ nichts an ihrer Brisanz verloren und zeigt sich auch heute in allen relevanten Statistiken (vgl. Helmert et al. 2000).

Die Realität sieht leider anders aus. Daher wird dem Ziel der nachhaltigen Reduktion der sozialen Ungleichheit der Gesundheit von der Weltgesundheitsorganisation ein sehr hoher Stellenwert

beigemessen. Die deutsche Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitspolitik haben sich nur unzureichend mit dem Thema beschäftigt.

1.2.4 Alter und Armut

Altersarmut ist ein wesentlicher Prädiktor für Pflegearmut, insbesondere bei auf Pflege angewiesenen Menschen, aber auch für die An- und Zugehörigen, die Pflegeaufgaben übernehmen. Für sie erwachsen im Alter besondere Armutsrisiken, wenn sie etwa auf Erwerbsarbeit verzichten (müssen).

Claudia Vogel und Harald Künemund (2014) attestieren dem Thema Altersarmut eine beunruhigende Konjunktur. Es handele sich um ein expandierendes Problem. Sie machen deutlich, dass die künftige Altersarmut politisch induziert ist. Dazu passt die Debatte aus der aktuellen Rentendiskussion, in der die Entkopplung der Alterssicherung von der Lebensstandardsicherung insbesondere für niedrige Einkommensgruppen die Gefahr der Altersarmut deutlich erhöht. Gerade für sie können Altersvorsorgelücken durch betriebliche und private Vorsorge nicht geschlossen werden. Mit Problemen der Altersarmut im Zusammenhang mit Niedriglohnbeschäftigung in Haupt- und Nebenjobs für das Thema Alterssicherung beschäftigen sich Markus Grabka und Thorsten Kalina (2014). Sie beziffern das Ausmaß des Niedriglohnsektors unter Hinzunahme sämtlicher Nebentätigkeiten. Die Analyse der Niedriglohnbeschäftigung nach Personen und arbeitsplatzbezogenen Merkmalen macht die Bedeutung des Niedriglohnsektors im Care-Sektor ebenso deutlich wie das sich aus dem Niedriglohnsektor ergebende Problem des Armutsrisikos. Der Niedriglohnsektor hat in bestimmten Bereichen der Care-Arbeit ein großes Ausmaß erreicht. Gerade in den betreuenden, an der Grenze der Ehrenamtlichkeit befindlichen Formen der Hilfen. Für den Kernbereich professionell pflegerischer Aufgaben ist das Problem nicht virulent, aber für hauswirtschafts- und assistenzbezogene Tätigkeitsformen. Christoph Butterwegge (2012) widmet sich dem Thema Armut im Alter ebenfalls im Zusammenhang mit der Expansion des Niedriglohnsektors. Auch er kritisiert den Abschied vom grundlegenden Prinzip der Lebensstandardsicherung in der Rentenversicherung mit den absehbaren Folgen für eine noch stärkere Polarisierung der Gesellschaft in Arm und Reich sowie einer in „Reseniorisierung“ der Armut. Mit den von Butterwegge vorgestellten Analysen lässt sich das Ausmaß zunehmender Altersarmut prognostizieren, dass dann auch mit der Folge der Pflegearmut verbunden sein wird. In einem weiter verstandenen mehrdimensionalen Armutsbegriff, orientiert am Lebenslagenkonzept widmen sich Britta Bertermann, Gerhard Naegle und Elke Olbermann (2012) dem Thema Armut und Alter und beschreiben Altersarmut als ein komplexes Problem, das sich als Unterversorgung in verschiedenen Lebensbereichen äußert. Der Ausstattung mit ökonomischen Ressourcen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da gerade sie die Handlungsspielräume in anderen Lebensbereichen wesentlich mitbestimmen. Altersarmut in einem Verständnis von Lebenslagen als Handlungsspielräume lenkt den Blick auf Einschränkungen in der Mobilität, in Sachen Wohnung, Begrenzungen in den konsumtiven Optionen, den Fähigkeiten, sich personenbezogene Dienstleistungen auch präventiv zu besorgen und die Möglichkeiten des Sozial- und Gesundheitssystems mit ihren Angeboten zu nutzen. Christoph Reinprecht (2006) widmet sich dem auch für das Thema Pflegearmut relevanten Thema des Älterwerdens in der Migration. Die Erwartungen von Migrant*innen an die Zeit nach ihrer Pensionierung, die prägenden Rahmenbedingungen für ihre Lebenssituation und ihre Ressourcen für die Alltagsbewältigung, aber auch die Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit werden von ihm herausgearbeitet. Dabei wird deutlich, wie bedeutsam familiäre Netzwerke für Menschen mit Migrationsgeschichte sein können. Zwischen Assimilation und Marginalität, zwischen ethnischem Rückzug und transnationaler Mobilität fragt Reinprecht nach der mehrdeutigen Struktur kultureller Orientierung, Zugehörigkeit und Identität.

1.2.5 Armut und pflegende Angehörige

Während die Forschungslage zu Armut im Alter vergleichsweise entfaltet ist – auch der Neunte Altersbericht der Bundesregierung hat sich mit dem Thema auseinandergesetzt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2025), gilt dies nicht für das Thema pflegende Angehörige und Armut. Der internationale Forschungsstand, der kursorisch in der nachfolgenden Übersicht abgebildet wird, macht deutlich, dass pflegende Angehörige eine Risikogruppe für soziale und wirtschaftliche Benachteiligung bilden und damit auch mit Armutspotential ausgestattet sind. Die psychischen, aber auch physischen Belastungsfaktoren wirken sich auch negativ auf die Erwerbsarbeit und die Chancen auf dem Arbeitsmarkt aus. Ihre Teilhabechancen minimieren sich: Insofern lassen sich auch in einem weiten Armutsverständnis vielfältige Armutsrisiken für pflegende Angehörige identifizieren.

	Studie (Autor*innen, Jahr)	Stichprobe / Fokus	Hauptbefunde / Ergebnis	Relevanz für Armut bei Pflege-/ Betreuungsbedürftigen
1	Long-term care needs and the risk of household poverty across Europe: a comparative secondary data study (Casanova et al., 2024)	Haushalte in acht europäischen Ländern (AT, FI, DE, NL, IT, ES, PL, RO) mit Bedarf an Langzeitpflege (LTC)	Es besteht eine signifikante Korrelation zwischen LTC-Bedarf und Haushaltsarmutsrisiko: z. B. steigende private Ausgaben für Pflege/gesundheitliche Unterstützung sind mit höherem Armutsrisiko verbunden.	Direkt relevant: Pflegebedarf (bei alten Menschen oder mit Behinderung) geht über Einkommen hinaus und führt zu Teilhabeeinschränkungen & materiellen Risiken.
2	Poor labour market prospects due to intensive caregiving? Informal elderly care and labour supply in Germany (Hamann, 2024)	Deutschland-Analyse: informelle Pflege älterer Menschen, Erwerbstätigkeit der Pflegenden	Intensive Pflege kann Erwerbstätigkeit beeinträchtigen – was langfristig Einkommenseinbußen und damit Armut erhöhen kann.	Relevant für pflegende Angehörige: Nicht nur direkte Kosten/Bedarf, sondern auch Einkommensverluste und damit Armut oder Teilhabeschwierigkeiten.
3	The Well-Being Costs of Informal Caregiving (DIW, 2023)	Daten aus dem deutschen Haushalts-Panel (SOEP) zu informellen Pflege-Leistungen	Pflegeleistung geht mit Belastungen einher: z. B. reduzierte Erwerbsbeteiligung, geringere Ressourcenausstattung.	Verdeutlicht: Pflegende Angehörige sind eine Risikogruppe für soziale und wirtschaftliche Benachteiligung – damit verbunden mit Armutspotenzial.
4	The roles of employment status and income in the mental health of informal caregivers (Scheuermann et al., 2024)	Deutschland; n≈3.053 informelle Hauptpflegepersonen, Erhebung im SOEP	Pflegende mit Vollzeitjob berichten bessere psychische Gesundheit als arbeitslose bzw. geringbeschäftigte – Haushaltsnettoeinkommen moderiert diesen Zusammenhang.	Verbindung zwischen Einkommen/Erwerbsstatus und Gesundheit bei Pflegenden. Wirtschaftliche Schwäche kann Teilhabe und Gesundheit beeinträchtigen – ein Aspekt weiter Armut.
5	Arm, alt und pflegebedürftig – Formen von Armut bei älteren Menschen im häuslichen Umfeld (Messer, 2019)	Qualitative Studie in Deutschland: ältere, häuslich gepflegte Menschen	Ältere Pflegebedürftige berichten über Einschränkungen in Teilhabe, erhöhten Ausgaben (Pflege, Hilfsmittel), soziale Isolation – Armut nicht nur finanziell, sondern materiell/sozial.	Betont den weiten Armutsbegriff: Teilhabemängel, Isolation, Hilfemangel – wichtige Ergänzung zur reinen Einkommensarmutsforschung.

Abbildung 2: Einschlägige Studien zum Thema Armut und pflegende Angehörige
Quelle: eigene Zusammenstellung

1.3 Perspektiven der Armuts-, Alters- und Pflegeberichterstattung

Neben der überblicksartig vorgestellten Literaturrecherche wurde dem Thema Pflege, Alters- und Pflegearmut auch in zentralen vorliegenden Berichterstattungen und -reporten in den Themenfeldern Armut einerseits und Alters- und Pflegeberichterstattungen andererseits nachgegangen. Die Ergebnisse werden nachfolgend in kondensierter Form vorgestellt.

1.3.1 Entwurf des Siebten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung

Im 4. Kapitel *Bedürftigkeitsgeprüfte und einkommensorientierte Sozialleistungen* findet das Thema Hilfe zur Pflege (Kapitel 4.2.1.4) Erwähnung. Hier heißt es, dass Ende 2023 315.185 Personen Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhielten. Das entspricht 5,55 % aller Pflegebedürftigen. Seit 2019 stieg die Zahl der Leistungsempfänger um 4,5 %, ihr Anteil an allen Pflegebedürftigen sank jedoch von 7,2 auf 5,55 %. Rund 90 % der Beziehenden erhielten zusätzlich Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung (2019: 88 %). Etwa 82 % bekamen ihre Leistungen in stationären Einrichtungen (2019: 83 %). Bei rund 74 % der Empfänger wurde Einkommen angerechnet. Das durchschnittlich berücksichtigte Einkommen lag im Dezember 2023 bei 1.115 Euro – bei Männern bei 1.021 Euro, bei Frauen 1.165 Euro (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2025).

1.3.2 Neunter Altersbericht der Bundesregierung

Der Neunte Altersbericht widmet sich in sehr differenzierter Weise Fragen der sozialen Ungleichheit, aber auch der Diversität im Alter. Dabei wird auch das Thema Pflegearmut respektive Pflege und Sozialhilfe thematisiert, ohne dass allerdings insbesondere dem Thema Pflegearmut in der häuslichen Pflege besonders nachgegangen würde. Es fehlen schlicht die Zahlen – auch zu diesem Befund kommen die Autor*innen des Neunten Altenberichtes. Das Thema Hilfe zur Pflege wird im Kontext der ambulanten Pflege angesprochen. Der Befund: Insbesondere sozial benachteiligte Gruppen sind häufig unzureichend versorgt. Im Zusammenhang mit der Hilfe zur Pflege zeigt sich, dass die Zahl derjenigen, die diese Sozialhilfeleistung tatsächlich in Anspruch nehmen, sehr gering ist – im Jahr 2022 waren es nur 53.610 Personen in ganz Deutschland. Wie viele pflegebedürftige Menschen tatsächlich Anspruch darauf hätten, ist unklar. Die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII soll finanzielle Lücken schließen, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen und eigenes Einkommen oder Vermögen fehlen. In der Praxis nutzen viele pflegebedürftige Menschen diese Möglichkeit nicht, oft aufgrund mangelnder Information, bürokratischer Hürden oder fehlender Beratung. Dadurch entstünden besonders bei Menschen mit niedrigem Einkommen, geringem Bildungsniveau oder anderen sozialen Nachteilen ein hohes Risiko für Unterversorgung.

Pflegedienste können solche Versorgungslücken in der Regel nicht kompensieren, da sie weder dafür qualifiziert noch finanziert sind. Dadurch bleibt die Hilfe zur Pflege häufig ungenutzt, obwohl sie gezielt Armut und Versorgungslücken im Pflegebereich abfedern soll. Um diesem Problem zu begegnen, werden neue niedrigschwellige Unterstützungsangebote entwickelt – etwa Gesundheitskioske, das Konzept der „Community Health Nurse“ oder Programme wie „Gemeindeschwester^{plus}“. Diese sollen den Zugang zu Pflege- und Sozialleistungen erleichtern und insbesondere vulnerablen Gruppen helfen, Unterstützung wie die Hilfe zur Pflege besser zu nutzen.

Auch im Kontext der stationären Pflege wird Hilfe zur Pflege thematisiert. Hier heißt es, dass in der stationären Pflege der Bezug von Hilfe zur Pflege deutlich häufiger ist. Die Eigenanteile im Pflegeheim sind stark gestiegen, sodass ein großer Teil der Bewohnerinnen und Bewohner auf Sozialhilfe angewiesen ist. Wer Hilfe zur Pflege erhält, muss Einkommen und Vermögen weitgehend offenlegen und einsetzen, wodurch nur ein sehr geringer Betrag zur freien Verfügung bleibt. Das erhöht das

Armutsrisiko, schränkt Teilhabe und Selbstbestimmung ein und führt dazu, dass manche Menschen trotz hohen Pflegebedarfs aus Angst vor der sozialen und finanziellen Entwertung zu lange zu Hause in problematischen Pflegesituationen verbleiben.

Die soziale Pflegeversicherung sei ursprünglich eingeführt worden, um genau eine Abhängigkeit von Hilfe zur Pflege zu verhindern. Die Realität zeige jedoch, dass die gesetzlich begrenzten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung die tatsächlichen Pflegekosten – insbesondere im Heim – nicht decken und die Hilfe zur Pflege zu einer unverzichtbaren, aber belastenden letzten Sicherungslinie geworden ist. Neue niedrigschwellige Beratungs- und Versorgungsangebote sowie rehabilitative Konzepte könnten dazu beitragen, Unterversorgung zu reduzieren, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern und den Einsatz von Hilfe zur Pflege gezielter und weniger stigmatisierend zu gestalten (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2025, S. 145-147).

Der Neunte Altersbericht arbeitet heraus, dass das Leben im Pflegeheim für die Bewohnerinnen und Bewohner mit hohen Kosten für Pflege, Unterkunft, Verpflegung, Investitionen und Ausbildungsanteile verbunden ist. Ein großer Teil kann diese Ausgaben nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen tragen: 2021 waren 36,8 % der Heimbewohnenden auf Hilfe zur Pflege nach SGB XII angewiesen, wodurch ihnen nur wenig finanzieller Spielraum für Dinge des täglichen Bedarfs bleibt. Prognosen gehen davon aus, dass trotz politischer Reformen die Eigenanteile und damit auch der Anteil der Personen, die Hilfe zur Pflege benötigen, weiter steigen werden und sich die sogenannte pflegebedingte Verarmung fortsetzt. Ein Umzug ins Heim bedeutet für viele Betroffene daher nicht nur eine tiefgreifende Veränderung ihres Alltags, sondern auch das Risiko, von Sozialhilfeleistungen abhängig zu werden, was ihre Entscheidungs-, Gestaltungs- und Teilhabechancen zusätzlich einschränken kann (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2025, S. 242f.).

Eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter, die im Neunten Altersbericht gefordert wird, sieht die sozialen Sicherungssysteme als wesentliche Rahmenbedingungen für gesellschaftliche Teilhabe. Dabei spielt auch die Hilfe zur Pflege eine wichtige Rolle und wird als eines der zentralen Handlungsfelder und Aufgabenbereiche einer integrierten Politik für ein gutes Leben im Alter identifiziert (Abbildung 3) (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2025, S. 251).

Materielle Absicherung - Ausgestaltung und Verknüpfung materieller Leistungen (Rentenversicherung, Wohngeld, Grundsicherung im Alter, Hilfe zur Pflege) - Reduzierung der Nicht-Inanspruchnahme von Transferleistungen - Soziale Schuldner*innenberatung - Verbraucherberatung - Zusätzliche Angebote und Vergünstigungen für einkommensschwache ältere Menschen	Wohnen, Nachbarschaft, Mobilität - Wohnraumversorgung: bedarfsgerechte (altersgerechte, barrierefreie, bezahlbare) Wohnangebote - Nachbarschaft, Wohnumfeld, Infrastrukturen: Entwicklung altersgerechter Quartiere, Infrastruktur- und Stadtplanung, Nahraumversorgung, barrierearme Ausgestaltung des öffentlichen Raumes - Mobilität: altersgerechte Mobilitätskonzepte und -dienstleistungen, barrierearmer ÖPNV
Gesundheit und Pflege - Gesundheitsförderung und Prävention: Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Sportangebote - Diversitätssensible Ausgestaltung von Zugängen zum Gesundheits- und Pflegesystem - Ausgestaltung der lokalen Pflegestrukturen: Pflegeberatung, Wohnberatung, haushaltsnahe Dienstleistungen etc. - Unterstützung pflegender Angehöriger - Teilhabe von Menschen mit Demenz - Hospiz- und Palliativversorgung	Soziale Eingebundenheit und gesellschaftliche Partizipation - Angebote und Orte der Begegnung, Freizeit und Geselligkeit - Offene Altenarbeit, Gemeinwesenarbeit, Besuchs- und Begleitdienste - Ehrenamt und Engagementförderung - Politische Partizipation - Bildung und kulturelle Teilhabe - Förderung des Miteinanders von Alt und Jung – generationenübergreifende Konzepte

Abbildung 3: Zentrale Handlungsfelder und Aufgabenbereiche einer integrierten Politik für ein gutes Leben im Alter (Auswahl)

Quelle: BMFSFJ 2025

1.3.3 WIdO Pflegereporte 2023 und 2024

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat sich Verdienste um eine regional differenzierte Darstellung der Versorgungssituation auf Pflege angewiesener Menschen erworben, die im Pflegeatlas abgebildet wird. Die sehr differenzierten GKV- und SPV-Routinedaten-gestützten Angaben zur Pflegeprävalenz und Versorgungsformen (Matzk et al. 2024) verweisen auf die großen Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsform und Versorgungsintensität, aber auch Prävalenz von Pflegebedürftigkeit – allerdings ohne jeden Hinweis auf Aspekte sozialer Ungleichheit, die sich aus den GKV- und SPV-Routinedaten so nicht ablesen lassen.

Das 9. Kapitel des Pflegereports 2023 *Auswirkungen des ordnungspolitischen Rahmens der Pflegeversicherung auf die Qualität der pflegerischen Versorgung* zeigt, dass die Pflegeversicherung bei ihrer Einführung aus finanziellen Gründen bewusst so gestaltet wurde, dass sie die Bedarfe der Langzeitpflege nicht vollständig abdeckt. Diese Begrenzung des Leistungsumfangs führt dazu, dass weiterhin ein erheblicher Bedarf an Hilfe zur Pflege durch die Sozialhilfe besteht. Im ambulanten Bereich können Pflegebedürftige zwar zwischen Sachleistungen und Pflegegeld wählen, doch verdeckt diese Wahlmöglichkeit, dass eine umfassende Finanzierung professioneller ambulanter Pflege politisch nicht durchsetzbar war. Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus, müssen Sozialhilfeträger einspringen und Unterstützung im Rahmen der Hilfe zur Pflege leisten.

Auch in der stationären Pflege übernimmt die Pflegeversicherung nur die pflegebedingten Aufwendungen, während Kosten für Unterkunft und Verpflegung weiterhin von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind. Können sie diese Eigenanteile nicht finanzieren, entsteht ein unmittelbarer Bedarf an Hilfe zur Pflege. Der Gesetzgeber wollte zudem erreichen, dass Pflegebedürftige bei den Investitionskosten entlastet werden und sah dafür die Bundesländer in der Pflicht. Gemäß § 9 SGB XI sollen diese eine ausreichende und wirtschaftliche Pflegeinfrastruktur sicherstellen, um dadurch auch die Sozialhilfeträger zu entlasten. Im Pflegereport 2024 wird das Thema Hilfe zur Pflege maßgeblich in ihrem Beitrag *Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung – Steuerungsoptionen der Pflegekassen und Kommunen* thematisiert. Daneben wird in Kapitel 5 *Neue Wohnformen in der Langzeitpflege – Entwicklung und Berücksichtigung im SGB XI* in der Auseinandersetzung mit der Pflegeversicherung auch Hilfe zur Pflege behandelt. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Vorbehalte gegenüber stationären Einrichtungen suchen Politik und Gesellschaft zunehmend nach Wohn- und Versorgungsformen, die Autonomie und Versorgungssicherheit verbinden und dadurch Alternativen zwischen häuslicher Pflege und Heimunterbringung bieten. Der Text verweist darauf, dass der Gesetzgeber hierzu bereits Maßnahmen ergriffen hat und dass weitere Impulse im SGB XI denkbar sind, um neue Wohn- und Versorgungsangebote gezielt zu fördern und damit die Hilfe zur Pflege in ihrer Ausgestaltung weiterzuentwickeln (Schölkopf 2024).

1.3.4 Barmer Pflegereporte 2023 bis 2025

Nicht nur die AOK mit dem Wissenschaftlichen Institut, sondern auch die Barmer Ersatzkasse erstellt regelmäßig Pflegereporte, die ebenfalls Aspekte sozialer Ungleichheit aufgreifen.

Der Barmer-Pflegereport widmet sich der Hilfe zur Pflege im Kapitel Pflege im Spiegel der Statistik. Die Hilfe zur Pflege wird in den vergangenen Pflegereporten nach demselben Schema thematisiert.

Der Report (Rothgang et al. 2025) beschreibt die Rolle der Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe, ihre Entwicklung sowie die Verteilung der öffentlichen und privaten Ausgaben im Pflegesystem für das Jahr 2023. Zu Beginn wird erläutert, dass die Sozialhilfe – ebenso wie die Pflegeversicherung – nach Pflegegraden unterscheidet und dass Leistungen der Sozialhilfe nachrangig sind: Erst wenn Leistungen der Pflegeversicherung sowie eigenes Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, wird Hilfe zur Pflege gewährt. Die Pflegeversicherung sollte ursprünglich die Zahl der auf Sozialhilfe angewiesenen Pflegebedürftigen senken, was zunächst gelang. Seit einigen Jahren steigt die Zahl der Leistungsbeziehenden jedoch wieder – besonders im stationären Bereich, während die ambulanten Fälle stagnieren. Der Anstieg im Heim erklärt sich vor allem durch steigende Eigenanteile. Die 2022 eingeführten Zuschläge je nach Pflegedauer im Heim senkten zwar kurzfristig die Zahl der Sozialhilfempfänger, der Effekt blieb jedoch nicht dauerhaft.

Auch die Ausgaben der Sozialhilfe entwickeln sich dynamisch: Zwischen 2017 und 2021 stiegen die Nettoausgaben stärker als die Fallzahlen, die durchschnittlichen Leistungen pro Person nahmen zu. 2022 fielen die stationären Ausgaben wieder auf das Niveau von 2017 zurück, stiegen danach aber erneut. Insgesamt wuchs der Anteil der Heimbewohnenden, die Hilfe zur Pflege beziehen, bis 2023 leicht auf 32,3 % an. Ambulant blieb der Anteil seit 2017 stabil.

Im Finanzierungsteil wird dargestellt, wie sich die gesamten pflegebedingten Ausgaben 2023 auf 82,87 Milliarden Euro summieren. Etwa ein Fünftel davon wird privat getragen. Die privaten Kosten entstehen im stationären Bereich vor allem durch Eigenanteile von insgesamt 4,55 Milliarden Euro, im ambulanten Bereich durch selbst getragene Ausgaben von 13,24 Milliarden Euro. Nicht berücksichtigt sind zusätzliche Belastungen durch Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten, die real oft ebenfalls pflegebedingt sind und somit die privaten Kosten unterschätzen.

Bei den öffentlichen Ausgaben trägt die soziale Pflegeversicherung (SPV) mit 87,4 % den größten Anteil, während Sozialhilfe, private Pflegeversicherung (PPV) und Kriegsopferfürsorge deutlich geringere Anteile übernehmen. Dennoch deckt die SPV nur rund 68,7 % der gesamten Pflegekosten ab; SPV und PPV gemeinsam finanzieren 71,6 % – ein klarer Ausdruck des Teilversicherungscharakters der Pflegeversicherung. Die familienbezogenen Opportunitätskosten sowie nicht erstattete Wohn- und Lebenshaltungskosten bleiben weitgehend unberücksichtigt.

Jahr	Anzahl Pflegebedürftiger mit "Hilfe zur Pflege" am 31.12. in Tausend			Nettoausgaben im Berichtsjahr für "Hilfe zur Pflege" in Millionen Euro		
	insgesamt ¹	ambulant	stationär	insgesamt	ambulant	stationär
2017	287	55	234	3.391	939	2.453
2018	299	55	245	3.472	937	2.535
2019	302	52	250	3.777	971	2.806
2020	316	54	263	4.307	1.027	3.280
2021	315	52	263	4.737	1.077	3.660
2022	291	54	238	3.524	1.105	2.419
2023	315	58	258	4.483	1.390	3.094

Abbildung 4: Sozialhilfe für "Hilfe zur Pflege" – Pflegebedürftige und Nettoausgaben (basierend auf: Rothgang et al. 2025)

Ausgabenträger	in Milliarden Euro	Anteil an öffentlichen/privaten Ausgaben in Prozent	Anteil an den Gesamtausgaben in Prozent
öffentliche Ausgaben	65,08	100	78,5
SPV	56,91	87,4	68,7
PPV	2,4	3,7	2,9
Beamtenbeihilfe	1,2	1,8	1,5
Sozialhilfe	4,48	6,9	5,4
Kriegsopferfürsorge	0,08	0,1	0,1
private Ausgaben	17,79	100	21,5
Pflegeheim	4,55	25,6	5,5
häusliche Pflege	13,24	74,4	16
insgesamt	82,87		100

Abbildung 5: Leistungsausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle im Jahr 2023 (basierend auf: Rothgang et al. 2025)

1.3.5 DAK-Pflegereporte

Die von der DAK-Gesundheit in Auftrag gegebenen Pflegereporte beschäftigen sich in ihren Bevölkerungsumfragen regelmäßig auch mit Fragen der sozialen Ungleichheit im Kontext der Pflege. Dabei werden sowohl Unterschiede in der Pflegevorsorge sichtbar (Haumann 2024, S. 44) als auch hinsichtlich der Antizipation von möglicher Pflegearmut im Alter (a. a. O., S. 47). So sind die „Befürchtungen“, bei einem Heimaufenthalt Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen, bei einem niedrigen sozialen Status mit 37 % deutlich höher ausgeprägt als beim hohen Status mit 10 % (a. a. O., S. 50). Die Bereitschaft, Aufgaben der Pflege gegenüber anderen Zugehörigen, aber auch Nachbarn zu

übernehmen, ist zwischen den sozialen Milieus weitgehend gleich verteilt. Im Pflegereport 2022 konnte mithilfe einer Bevölkerungsbefragung herausgearbeitet werden, wodurch und in welchem Umfang pflegenden Angehörigen Kosten für die Pflege entstehen, die als belastend empfunden werden. Auch bei niedrigen Haushaltseinkommen spielen Ausgaben für Aufgaben der Pflege eine große Rolle (vgl. Haumann 2022, S. 50). Unterschiedliche Einstellungen zeigen sich auch je nach sozialem Status und Einkommen hinsichtlich der Erwartungen an die künftige Finanzierung der Pflegeversicherung. So präferieren niedrige und mittlere Einkommen für eine stärkere Heranziehung von vermögenden und einkommensstarken Bevölkerungsgruppen – sowohl bezogen auf die Beitragszahlungen als auch die Übernahme von Kosten der Pflege (vgl. Klie 2025b). Auch was die Verwendung des Pflegegeldes anbelangt, gibt es deutliche Unterschiede je nach sozialer „Schicht“. Während einkommensschwache Haushalte das Pflegegeld eher für die allgemeinen Haushaltskosten nutzen, nutzen Haushalte mit höheren Einkommen das Pflegegeld zum Ausgleich von Einkommenseinbußen von pflegenden Angehörigen, setzen es für osteuropäische Haushaltshilfen ein oder finanzieren berufliche Hilfen mit dem Pflegegeld (vgl. Klie 2024). Auch zeigen sich Unterschiede in der Einstellung zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und der Wahrnehmung staatlicher Aufgaben nach Lebenslage und Parteienpräferenzen. So fordern diejenigen, die mit der Demokratie in besonderer Weise unzufrieden sind, die Einlösung der (alleinigen) Verantwortung des Staates für diese Form der Pflege – besonders ausgeprägt bei Wählerinnen und Wählern populistischer Parteien. Während Personen, die insgesamt zufrieden(er) sind, mit der Demokratie die Erwartung an den Staat deutlich niedriger ausfallen und die Bereitschaft zum Engagement höher ausgeprägt ist. Die Kombination von niedrigen Einkommen und fehlendem Systemvertrauen und Unzufriedenheit mit der Demokratie führen zu den ausgeprägtesten Erwartungen an eine staatliche Einlösung der Verantwortung für die Sicherung der Pflege.

1.3.6 IGES-Studie zur Eigenanteilsbegrenzung in der vollstationären Pflege

Die IGES-Studie „Eigenanteilsbegrenzung in der vollstationären Pflege“ (vgl. Albrecht et al. 2025) analysiert umfassend die finanzielle Wirkung der Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI, die seit 2022 von der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) gezahlt werden, um die Eigenanteile pflegebedürftiger Menschen in Pflegeheimen zu begrenzen. Die Studie zeigt, dass die Eigenanteile in den letzten Jahren stark angestiegen sind – von durchschnittlich 616 Euro monatlich im Jahr 2017 auf 1.751 Euro im Jahr 2024.

Die Leistungszuschläge reduzieren die Eigenanteile abhängig von der Dauer des Heimaufenthalts: Im ersten Jahr 15 %, im zweiten Jahr 30 %, im dritten Jahr 50 % und ab dem vierten Jahr 75 %. Diese Zuschläge führten 2024 zu Ausgaben von etwa 6,4 Mrd. Euro und entlasten vor allem langjährige Pflegebedürftige erheblich.

Die Studie modelliert die zukünftige Entwicklung bis 2035 in drei Szenarien (günstiges Szenario, Basisszenario, ungünstiges Szenario) und zeigt, dass die Eigenanteile trotz Zuschlägen weiter steigen, wobei die Anzahl der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege ebenfalls zunimmt. Die durchschnittlichen monatlichen Eigenanteile können durch die Zuschläge langfristig zwar gesenkt werden, bleiben aber eine erhebliche finanzielle Belastung für viele Menschen.

Bezüglich der Hilfe zur Pflege (HzP) nach SGB XII zeigt die Studie, dass trotz der hohen Eigenanteile die Zahl der HzP-Bezieher in stationären Einrichtungen relativ stabil bei etwa einem Drittel der Pflegebedürftigen liegt (2023 ca. 32,3 %). Die Ausgaben für Hilfe zur Pflege steigen parallel an und werden bis 2035 auf rund 5,2 Mrd. Euro geschätzt.

Die Studie diskutiert auch die Wirksamkeit der Eigenanteilsbegrenzung: Zwar reduziert sie das Risiko der finanziellen Überforderung Pflegebedürftiger und verringert in gewissem Maß den Bedarf an ergänzenden Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege). Allerdings profitieren auch Pflegebedürftige,

die ihre Eigenanteile selbst tragen könnten, von den Zuschlägen, was die Zielgenauigkeit der Maßnahme einschränkt. Insgesamt bleibt die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen hoch, und die Hilfe zur Pflege bleibt eine wichtige, ergänzende Leistung zur Absicherung.

Die Studie hebt außerdem hervor, dass die begrenzte Ausweitung der Eigenanteilsbegrenzung verteilungspolitisch problematisch ist, weil sie über Beitragsfinanzierung auch Menschen mit geringem Einkommen belastet, während vermögendere Haushalte durch den Schutz ihres Vermögens begünstigt werden.

Szenario	2025	2026	2027	ab 2028
günstig	+8,0 %	+5,3 %	+1,8 %	ca. +2,6 %
Basis	+12,0 %	+8,0 %	+2,7 %	ca. +2,9 %
ungünstig	+16,0 %	+10,7 %	+3,6 %	ca. +3,0 %

Abbildung 6: Annahmen zur Entwicklung der durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile je vollstationär versorgten Pflegebedürftigen (Änderungsrate ggü. Vorjahr)

Quelle: IGES

Projektionen weisen auf die deutlich steigenden Ausgaben für die Leistungszuschläge gem. § 43c SGB XI hin, die bei den Finanzierungsproblemen der sozialen Pflegeversicherung Fragen nach der Priorisierung von Leistungen zwischen ambulant und stationär aufwerfen. Bei den Leistungszuschlägen gem. § 43c SGB XI handelt es sich etwa um eine nachträglich ergänzte Leistung, die auch in eine steuerfinanzierte überführt werden könnte.

Szenario	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035
günstig				7,1	7,6	7,9	7,9	8,2	8,5	9,9
Basis	3,6	4,5	6,4	7,3	8,0	8,5	8,4	8,8	9,2	10,8
ungünstig				7,6	8,5	9,1	8,9	9,4	9,8	11,7

Abbildung 7: Entwicklung der Zahlungen für Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI über den Projektionszeitraum (Summe in Mrd. €)

Quelle: IGES

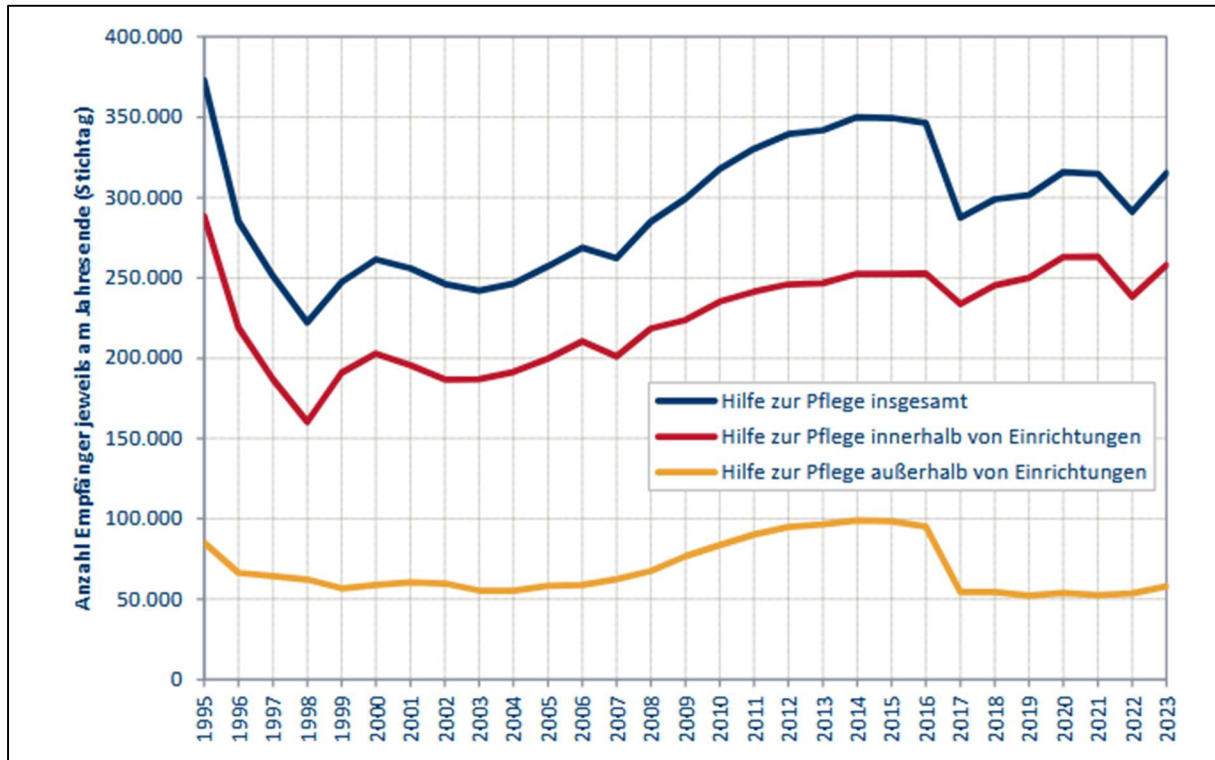


Abbildung 8: Entwicklung der Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege, 1995 – 2023 (jeweils am 31.12.)

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die Dynamiken der Anteile von Empfänger*innen der Hilfe zu Pflege Bezieher*innen unterliegt in den Abbildungen veranschaulichten durch gesetzliche Interventionen unterbrochenen Anstiegen, die sich in der Zukunft fortsetzen werden. Durch den Anstieg der Heimkosten wird die Zahl der Leistungsberechtigten weiter steigen.

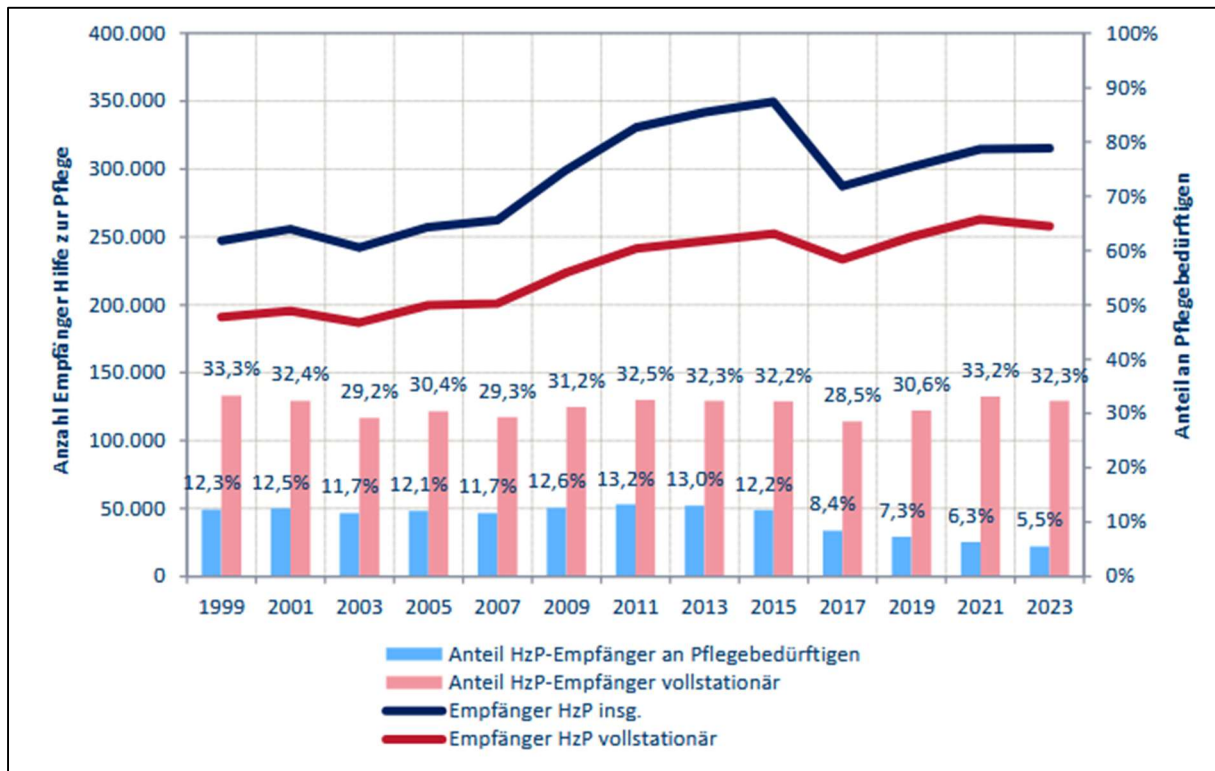


Abbildung 9: Entwicklung des Anteils der HzP-Empfänger an den Pflegebedürftigen, 1999 – 2023
Quelle: IGES

Auch wenn die Zahl von Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege deutlich zunimmt (vor allem in Einrichtungen) – was öffentlich immer wieder herausgestellt wird – macht die nachfolgende Abbildung deutlich, dass der Anteil der Hilfe zur Pflege-Ausgaben an den Gesamtkosten der Sozialhilfe häufig überschätzt wird.

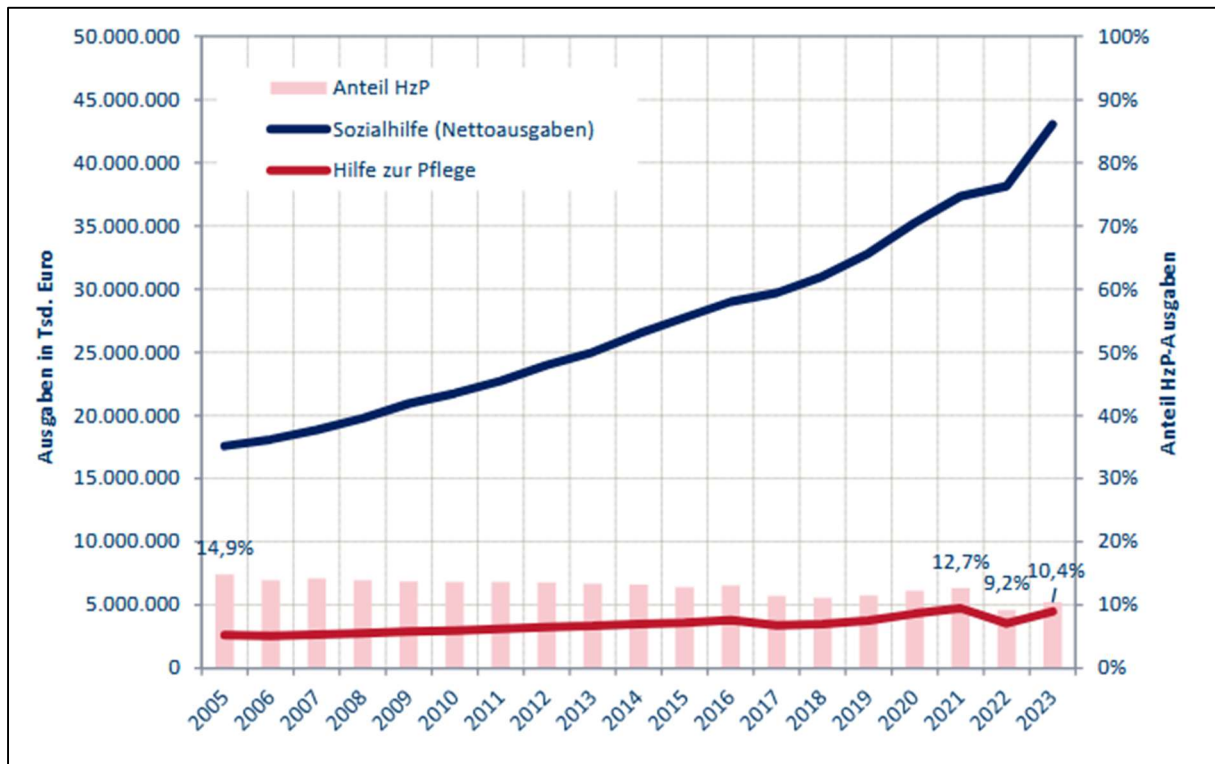


Abbildung 10: Anteil der Nettoausgaben für Hilfe zur Pflege an den Ausgaben für Sozialhilfe insgesamt, 2005 – 2023
Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes und des BMAS

1.3.7 IGES-Studie Entbürokratisierung des Verfahrens zum Wohngeldbezug für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der stationären Langzeitpflege

Die Studie des IGES-Instituts mit dem Titel "Entbürokratisierung des Verfahrens zum Wohngeldbezug für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der stationären Langzeitpflege" (Braeseke et al. 2025) befasst sich ausführlich mit Hilfen zur Pflege im Kontext von Wohngeld und Sozialhilfeleistungen. Sie zeigt, dass viele pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und -bewohner Hilfe zur Pflege nach SGB XII in Anspruch nehmen, da ihr Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, um die Heimkosten vollständig zu decken. Wichtig ist, dass Wohngeld vorrangig gegenüber Grundsicherungsleistungen ist und zur Entlastung der Betroffenen beitragen kann, indem es die finanzielle Belastung durch Unterkunftskosten in Pflegeeinrichtungen mindert.

Die Studie verdeutlicht, dass die Antrags- und Bewilligungsverfahren für Wohngeld komplex und bürokratisch sind, besonders wenn Pflegebedürftige bereits Sozialhilfe beziehen, wie eben die Hilfe zur Pflege. Dies führt zu einem hohen Bearbeitungsaufwand bei Wohngeldbehörden, Sozialämtern und Pflegeeinrichtungen. Es wird empfohlen, das Verfahren zu vereinfachen, etwa durch einheitliche Antragsformulare, längere Bewilligungszeiträume von bis zu 24 Monaten und eine bessere digitale Vernetzung der Behörden. Außerdem sollte die Information über den Anspruch auf Wohngeld bei Heimbewohnern, die Hilfe zur Pflege beziehen, deutlich verbessert werden, um mehr Menschen zur Antragstellung zu befähigen.

Die Wechselwirkungen zwischen Wohngeld und Hilfe zur Pflege stellen Herausforderungen dar, da die Leistungen gegenseitig angerechnet werden können und teilweise aufwändige Abstimmungen benötigen. Dennoch bietet die Studie auch Best Practice-Beispiele, wie kommunale Kooperationen zwischen Wohngeldbehörden und Sozialhilfeträgern erfolgversprechend sind, um Doppelprüfungen und Kosten zu reduzieren. Insgesamt zeigt die Untersuchung, dass Hilfe zur Pflege ein zentraler

Bestandteil der finanziellen Unterstützung pflegebedürftiger Heimbewohner ist und dass eine Entbürokratisierung und bessere Informationspolitik die praktische Umsetzung und den Zugang zu diesen Leistungen wesentlich verbessern könnten.

Die nachfolgende Übersicht veranschaulicht die Entgeltbestandteile der Heimkosten und den sozialleistungsrechtlichen Finanzierungsmix.

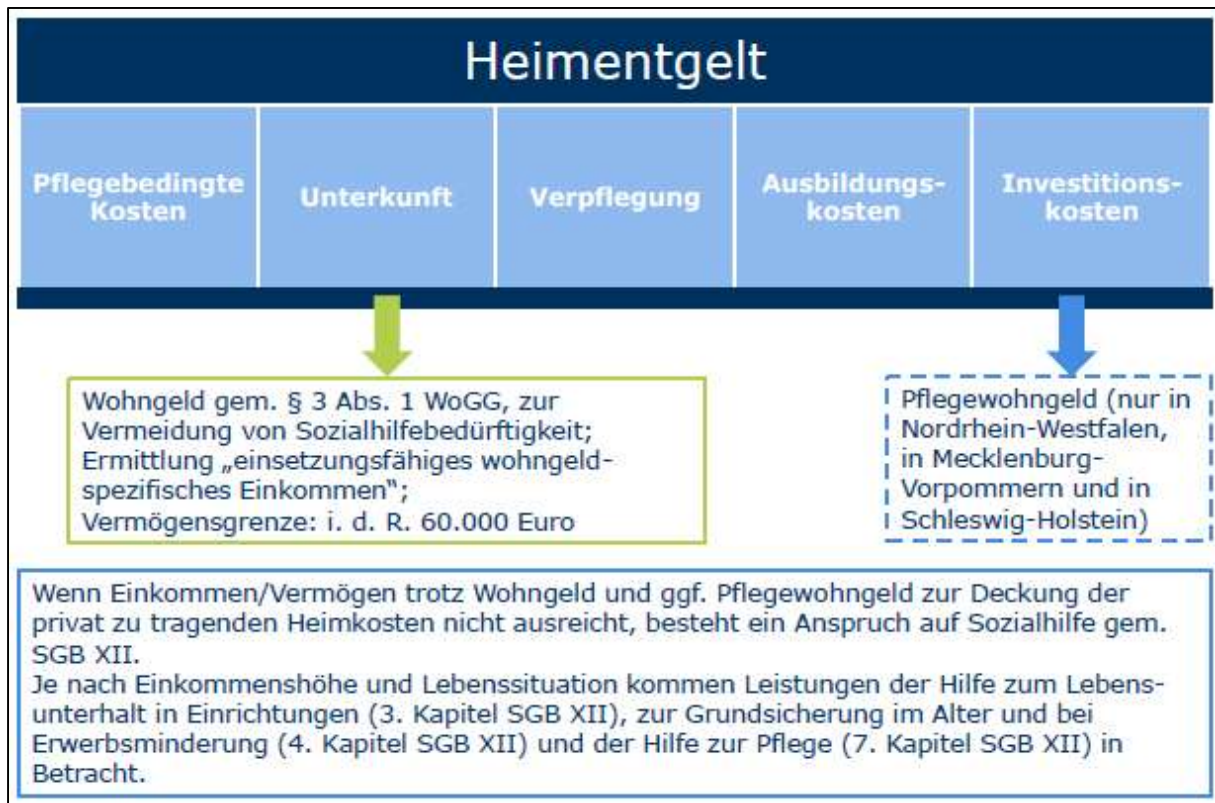


Abbildung 11: Überblick Sozialleistungen für Heimbewohnerinnen und -bewohner, deren Einkommen/Vermögen für die selbst zu tragenden Heimkosten nicht ausreicht
Quelle: IGES

Die Rechtsansprüche auf Wohngeldleistungen werden in der öffentlichen Kommunikation häufig nicht mitreflektiert. Die nachfolgend wiedergegebenen Zahlen weisen die Zahl der Wohngeldempfänger*innen in Heimen aus. Sie lassen eine durchaus beträchtliche Dunkelziffer für plausibel erscheinen.

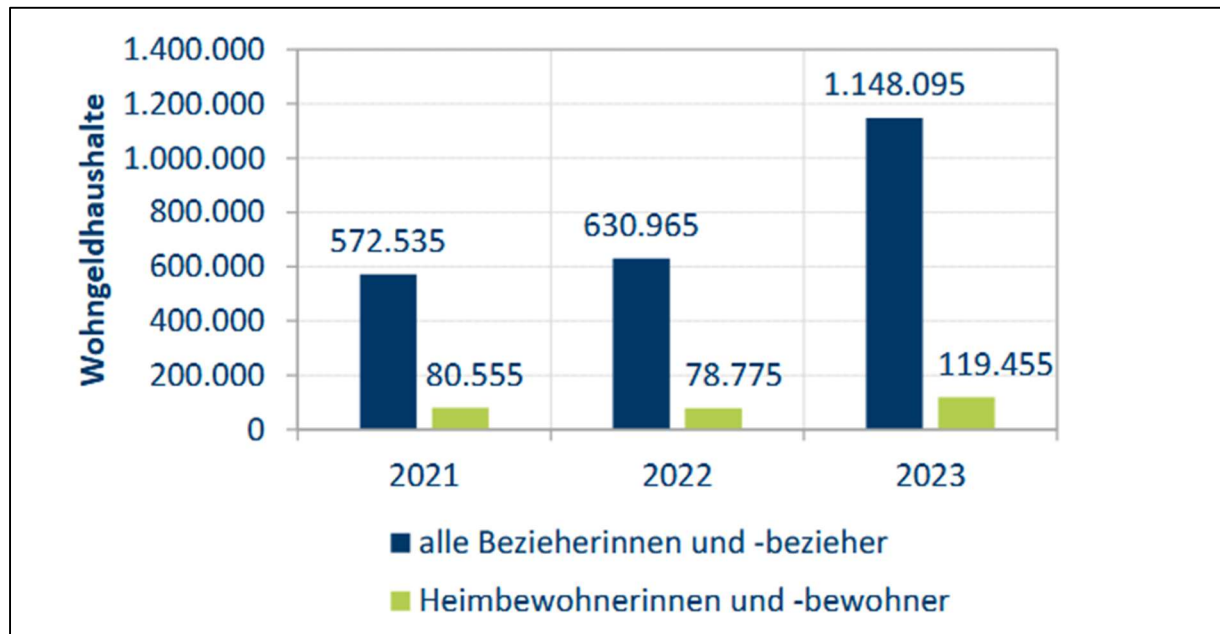


Abbildung 12: Entwicklung der Wohngeldhaushalte von 2021 – 2023, Stichtag jeweils 31.12.
Quelle: IGES

Bundesland	Anzahl der Heimbewohnerinnen/-bewohner mit Wohngeld (n)	Anteil der Heimbewohnerinnen/-bewohner an Wohngeldhaushalten (in %)
Baden-Württemberg	15.315	14,8 %
Bayern	13.775	13,6 %
Berlin	2.165	4,3 %
Brandenburg	4.840	10,7 %
Bremen	770	6,8 %
Hamburg	500	1,8 %
Hessen	7.825	10,9 %
Mecklenburg-Vorpommern	1.655	3,7 %
Niedersachsen	13.385	11,1 %
Nordrhein-Westfalen	26.055	8,9 %
Rheinland-Pfalz	5.900	13,6 %
Saarland	1.555	12,8 %
Sachsen	11.385	12,2 %
Sachsen-Anhalt	5.495	12,1 %
Schleswig-Holstein	3.370	7,6 %
Thüringen	5.460	13,1 %
Gesamt	119.455	10,4 %

Abbildung 13: Anteil der Heimbewohner*innen an Wohngeldhaushalten im Jahr 2023 nach Bundesländern
Quelle: IGES

Jahr	Alle Wohngeldhaushalte (in €)	Heimbewohnerinnen und -bewohner (in €)
2021	192	165
2022	191	175
2023	297	272

Abbildung 14: Durchschnittlicher Wohngeldanspruch in Euro 2021 bis 2023
Quelle: IGES

Die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege-Leistungen und Leistungen der Grundsicherung im Alter wird in dem nachfolgenden Schaubild dokumentiert. Dabei wird erkennbar, dass der Anteil der Grundsicherungsempfänger*innen unter den Hilfe zur Pflege-Bezieher*innen gering ist. Es handelt

sich damit überwiegend nicht um von Armut Betroffenen, die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen erhalten, sondern um Personen mit deutlich über der Armutsgrenze liegenden (Alters-)Einkommen (vgl. Typen von „Pflegearmut“ in Abbildung 1).

Leistung	Anteil in % (n)			
	Fast immer	häufig	selten	Keine Angabe
Hilfe zur Pflege	28,3 (62)	56,6 (124)	9,1 (20)	5,9 (13)
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	5,0 (11)	36,1 (79)	37,0 (81)	21,9 (48)
Eingliederungshilfe	4,6 (10)	8,2 (18)	39,7 (87)	47,5 (104)

Abbildung 15: Typische Sozialleistungen von Heimbewohner*innen
Quelle: IGES

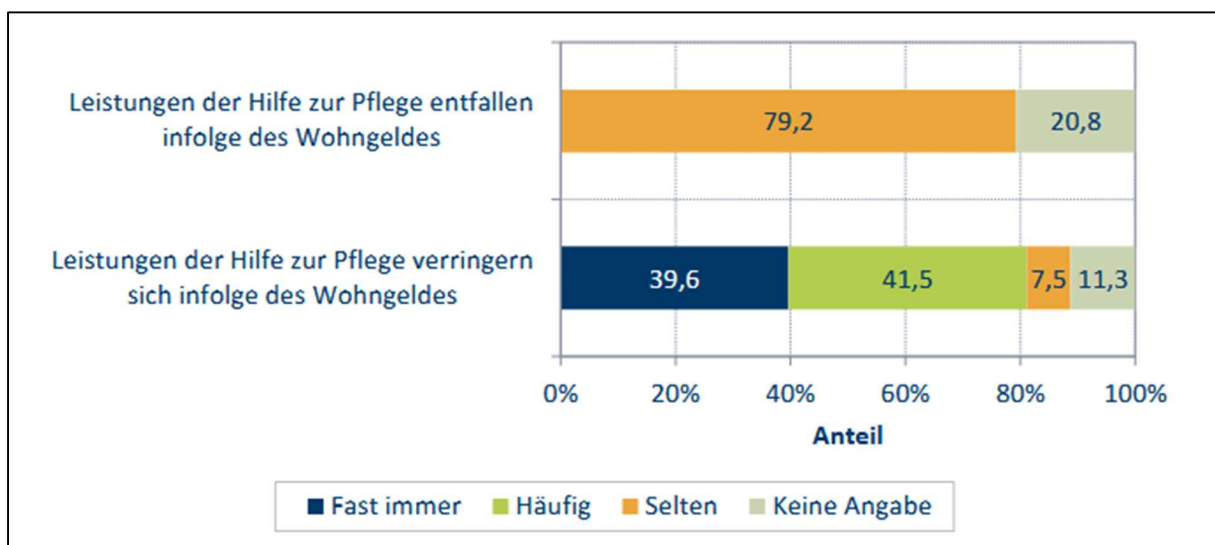


Abbildung 16: Einschätzung zu Wegfall/Verringerung von Hilfe zur Pflege (in %, n=53)
Quelle: IGES

1.4 Zusammenfassung

Die Literaturanalyse macht zum einen deutlich, dass es sich bei dem Phänomen von Pflegearmut und Armut im Alter um ein komplexes Thema handelt, dass ein weiterer Armutsbegriff zielführend ist, gerade wenn es um die Bewältigung von Aufgaben der Pflege für die auf Pflege Angewiesenen selbst und ihre An- und Zugehörigen geht. Das Thema Pflegearmut ist in den Zusammenhang von Care-Work und seiner genderspezifischen Aufgabenverteilung in der Gesellschaft zu stellen. Die Literaturrecherche sensibilisiert für Aspekte der Armutsdebatte im Kontext von Pflege, sie macht zugleich deutlich, dass

es sich beim Thema Pflegearmut um ein Forschungsdesiderat handelt, dem begegnet werden muss, wenn man der erwartbar zunehmenden Pflegearmut strukturell und strategisch entgegenwirken will.

Die Durchsicht der Armuts- und Altenberichterstattung sowie der Reporte zum Thema Pflege zeigt zum einen, dass insbesondere im Neunten Altenbericht, dem Thema sozialer Ungleichheit und Vielfalt, die sich auch in sozialer Ungleichheit zeigt, besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde – häufig allerdings eher programmatischer als analytischer Natur, da es an relevanten Datensätzen vielfach fehlt. Das zeigt sich auch in den Reporten zur Situation auf Pflege angewiesener Menschen. An tiefergehenden Analysen zum Thema Pflegearmut fehlt es meist. Die GKV-/ SPV-Datenanalysen erlauben keine Untersuchungen hinsichtlich des sozialen Status der auf Pflege angewiesenen Menschen, dabei ist der Befund mehrfach belegt, dass Haushalte mit niedrigem Einkommen deutlicher und früher vom Pflegerisiko betroffen sind und weniger Zugang zum Pflege- und Gesundheitssystem haben. Der Befund der Nichtinanspruchnahme von Sozialleistungen wird insbesondere im Neunten Altenbericht betont. Ansonsten wird bei der Assoziation vom Thema Pflegearmut und Sozialhilfe im Wesentlichen die Thematik der Heimkosten als Armutsrisiko für Mittelschichtsfamilien thematisiert und diskutiert. Diese Diskussion steht auch in der pflegepolitischen Debatte im Vordergrund. Dass es Unterschiede in den Bewältigungs- und Copingstrategien von Pflegehaushalten je nach Einkommenslage und sozialem Status gibt, dies wird insbesondere in Bevölkerungsbefragungen deutlich und belegt. Dabei sind die Unterschiede nicht so prägnant, wie sie gegebenenfalls zu vermuten gewesen wären.

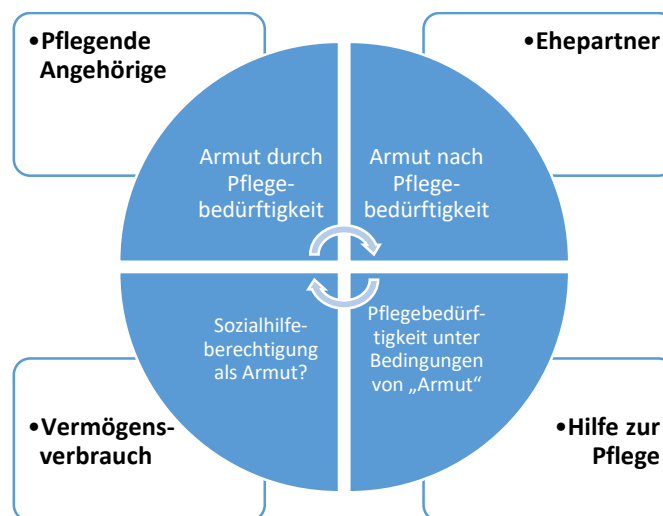


Abbildung 17: Differenzierungen Pflegearmut
Quelle: eigene Darstellung

Armutsrisiken der Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf	Armutsrisiken von pflegenden An- und Zugehörigen
• Hohe Ausgaben für Pflege und Assistenz, begrenzte Leistungen der Pflegeversicherung in der ambulanten Versorgung – Privilegierungen AKI • Rückgriff auf Einkommen und Vermögen – Weitgehend bei Hilfe zur Pflege – Eingeschränkt in der Eingliederungshilfe • Bei vollstationärer Versorgung – Einsatz des Einkommens unter der Einkommensgrenze – Barbetrag/Taschengeld • Sozialhilferegress – Antizipation und „rechtzeitiger“ Übertrag von Vermögen – Vermeidung	• Eingeschränkte/aufgegebene Erwerbstätigkeit • Hohe Kosten für Pflege, Assistenz Mobilität, etc pp • Doppelbelastung Kinder und pflegebedürftige Eltern • Vernachlässigung eigener Alterssicherung • Für Ehepartner: vollständige Heranziehung von gemeinsamen Einkommen und Vermögen in der Hilfe zur Pflege – Armut als Lohn für die Pflege? • „Ausbeutung“ von osteuropäischen Hilfen

Abbildung 18: Armutsrisiken
Quelle: eigene Darstellung

2. Teil: Pflegearmut im Lichte der Sozialhilfestatistik

2.1 Annahmen

Die explorative Studie Pflegearmut fokussiert Armutsphänomene in der Pflege (zurecht) in der häuslichen Pflege und Lebenslagen von auf Pflege angewiesene Menschen und ihren An- und Zugehörigen in ihrer eigenen Häuslichkeit. Die Auswertung der Sozialhilfestatistiken fokussieren daher die Gewährung von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen.

Die Sozialhilfestatistik auf Bundesebene weist aus, dass lediglich 1 % der Pflegebedürftigen Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen erhalten. Es muss vor dem Hintergrund dieser statistischen Befunde davon ausgegangen werden, dass nicht alle Pflegebedürftigen die von (relativer) Armut betroffen sind, Leistungen der Hilfe zur Pflege für die Stabilisierung ihrer häuslichen Pflegesituation erhalten. Vor diesem Hintergrund erfolgt die Auswertung der Sozialhilfestatistik in mehreren Schritten. Es werden die Leistungen zur Grundsicherung im Alter differenziert nach Bundesländern ausgewertet und dabei auch die bekannte Problematik der Dunkelziffer von Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter mitberücksichtigt und im Rahmen von Modellrechnungen länderbezogen dokumentiert. Die Zahl der Grundsicherungsberechtigten wird dann auch zur Grundlage von Modellrechnungen für die Leistungen der Hilfe zur Pflege herangezogen. Die Sozialhilfestatistiken der Länder werden hinsichtlich der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen – soweit verfügbar – analysiert. In Modellrechnungen werden die möglichen Berechtigten der Hilfe zur Pflegeleistungen außerhalb von Einrichtungen mit Hilfe von Prävalenzzahlen der Pflegebedürftigkeit ermittelt und diese wiederum in Zahlen der Gewährung von Hilfe zur Pflege-Leistungen in den Bundesländern gegenübergestellt. Die Auswertungen basieren auf der Annahme, dass es zu einem großen Unterschied in der Gewährung von Hilfe zur Pflege-Leistungen außerhalb von Einrichtungen zwischen den Bundesländern gibt. Zum anderen davon, dass es nicht nur in der Grundsicherung, sondern auch in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen Dunkelziffern gibt, die mithilfe von Modellrechnungen approximativ ermittelt werden. Angesichts der vergleichsweise unvollständigen Datenlage handelt es sich um Annäherungen an das Phänomen von Altersarmut häuslich versorgter Pflegebedürftiger mithilfe der Auswertung von Sozialhilfestatistiken und Dunkelzifferberechnung.

2.2 Grundsicherung im Alter

2.2.1 Voraussetzungen und Leistungen der Grundsicherung im Alter

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung stellt ein zentrales Element des deutschen Wohlfahrtsstaates dar. Sie soll gewährleisten, dass ältere Menschen, deren Einkommen und Vermögen nicht zur Sicherung des Existenzminimums ausreichen, ein menschenwürdiges Leben führen können. Trotz dieses Rechtsanspruchs auf staatliche Unterstützung zeigt die Forschung, dass ein signifikanter Anteil der Anspruchsberechtigten die Leistung nicht in Anspruch nimmt. Diese Differenz zwischen den tatsächlich Leistungsberechtigten und denjenigen, die Leistungen beziehen, wird als Dunkelziffer des Nichtbezugs (Non-Take-Up) bezeichnet. Studien gehen davon aus, dass etwa 40 bis 60 % aller Berechtigten keine Grundsicherung beantragen. Dieses Phänomen stellt ein sozialpolitisches Problem dar, da es verdeckte Armut im Alter begünstigt und sozialstrukturelle Ungleichheiten verstärkt.

Rechtsrahmen und Zielsetzung der Grundsicherung

Die Grundsicherung im Alter wird seit 2003 gemäß dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) gewährt. Anspruchsberechtigt sind Personen ab der Regelaltersgrenze sowie dauerhaft voll erwerbsgeminderte Menschen, deren Einkommen und Vermögen die gesetzlich definierte Bedarfsgrenze nicht decken. Ziel ist die Verhinderung von Armut und sozialer Exklusion. Durch die Grundsicherung soll Betroffenen ermöglicht werden, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Sie soll gewährleisten, dass Menschen in einem Alter, in dem Arbeit nicht mehr zumutbar ist und eigenes Einkommen/Pension nicht ausreicht, den notwendigen Lebensunterhalt bestreiten können, um ein menschenwürdiges Dasein zu führen. Sie dient:

- der Verhinderung von Altersarmut: Sicherstellung eines Mindestmaßes an finanzieller Sicherheit, wenn die Rente nicht ausreicht,
- der Gewährleistung des soziokulturellen Existenzminimums: Menschen sollen auch im Alter am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, ohne in eine extreme Notlage zu geraten,
- dem sozialen Ausgleich: Ab fälligen Lebensunterhaltsleistungen wird unabweisbar der Bedarf gedeckt, falls andere Ansprüche (z. B. Unterhalt von Angehörigen) nicht realisierbar sind.

Die Grundsicherung im Alter ist in den §§ 41–46 SGB XII geregelt:

- Leistungsberechtigte (Alter, Erwerbsminderung),
- Antragspflicht und Beginn des Anspruchs,
- Berechnung und Anrechnung von Einkommen/Vermögen,
- Verfahren und Sonderregelungen .

Die Grundsicherung ist Teil der Sozialhilfe nach dem SGB XII, kennt aber eigene Regelungen für das Alter und eine dauerhafte Erwerbsminderung.

Um Grundsicherung im Alter zu erhalten, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Erreichen der Altersgrenze: Die Altersgrenze liegt je nach Geburtsjahrgang zwischen 65 und 67 Jahren (§ 41 Abs. 2 SGB XII),
- Einkommen und Vermögen reichen zur Deckung des Lebensunterhalts nicht aus (Bedürftigkeitsprüfung unter Berücksichtigung von Freibeträgen).

Die Grundsicherung umfasst:

a) Regelbedarf

Ein monatlicher Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts, der den Regelsätzen bei Sozialhilfe/Bürgergeld – künftig (wieder: Grundsicherung) entspricht. Er beträgt aktuell (2025) 563 €.

b) Kosten der Unterkunft und Heizung

Angemessene Wohnkosten (Miete + Heizkosten) werden zusätzlich zum Regelbedarf übernommen, soweit sie „angemessen“ sind, § 42a SGB XII.

c) Zusätzliche Leistungen und Mehrbedarfe

Bei gesundheitlichen Einschränkungen, Alter oder anderen Bedarfen gem. § 30 SGB XII.

Bei der Berechnung werden folgende Grundsätze berücksichtigt:

- Alle Einkommen werden auf den Bedarf angerechnet, z. B. Renten, Einkünfte aus Vermietung, kleine Nebenverdienste – nicht aber Pflegegeld.
- Vermögen wird bis zu den Vermögensgrenzen gem. §§ 90 f. SGB XII angerechnet (10.000 €).
- Unterhaltspflichten gegen Kinder/Eltern bleiben seit dem Angehörigenentlastungsgesetz grundsätzlich unberücksichtigt, es sei denn, deren Einkommen übersteigt ein jährliches Bruttoeinkommen von 100.000 €.

2.2.2 Grundsicherung im Alter in der Sozialhilfestatistik

Die Daten zur Inanspruchnahme von Grundsicherung im Alter stammen aus der Statistik der Empfänger von Grundsicherungsleistungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2026a). Diese Statistik weist die Fallzahlen in der regionalen Tiefe der Kreise und kreisfreien Städte aus und differenziert zugleich nach Geschlecht. Darüber hinaus erfolgt eine Abgrenzung nach der Altersgrenze für die Grundsicherung im Alter, sodass die für diese Studie relevanten Personengruppen präzise identifiziert werden können. Zusätzlich wird nach dem Leistungsort unterschieden: Es wird getrennt nach Leistungsbeziehenden außerhalb und innerhalb von Einrichtungen berichtet, jeweils wiederum differenziert nach der Altersgrenze. Schließlich ermöglicht die Statistik eine Auswertung nach Staatsangehörigkeit und gibt damit einen Überblick über das Verhältnis von deutschen und ausländischen Empfänger*innen von Grundsicherungsleistungen.

Ausgehend von den Daten der Grundsicherung im Alter werden im Folgenden die wichtigsten Entwicklungen und strukturellen Merkmale nach Bundesländern aufgearbeitet. Dazu wurden die verfügbaren Angaben der Sozialhilfestatistik und der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamts (2026a) zusammengetragen, bereinigt und für die Analyse nach Ländern und nach relevanten demografischen Merkmalen differenziert. Die auf dieser Grundlage erstellten Grafiken veranschaulichen die Verbreitung der Grundsicherung im Alter in der Bevölkerung der über 65-Jährigen und den Anteil der Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter außerhalb von Pflegeeinrichtungen.

Abbildung 19 zeigt den prozentualen Anteil aller Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter an Einwohner*innen ab 65 Jahren im Jahr 2023. Bundesweit beziehen im Durchschnitt 3,7 % der über 65-Jährigen Grundsicherungsleistungen im Alter, insgesamt rund 690.000 Personen. Über dem Bundesdurchschnitt liegen die Stadtstaaten Hamburg mit 9,7 %, Bremen mit 7,8 % und Berlin mit 6,6 %. Unterhalb des Bundesdurchschnitts liegen vor allem die ostdeutschen Flächenländer wie Sachsen (1,6 %), Thüringen (1,4 %) und Brandenburg (1,7 %) sowie Mecklenburg-Vorpommern (2 %).

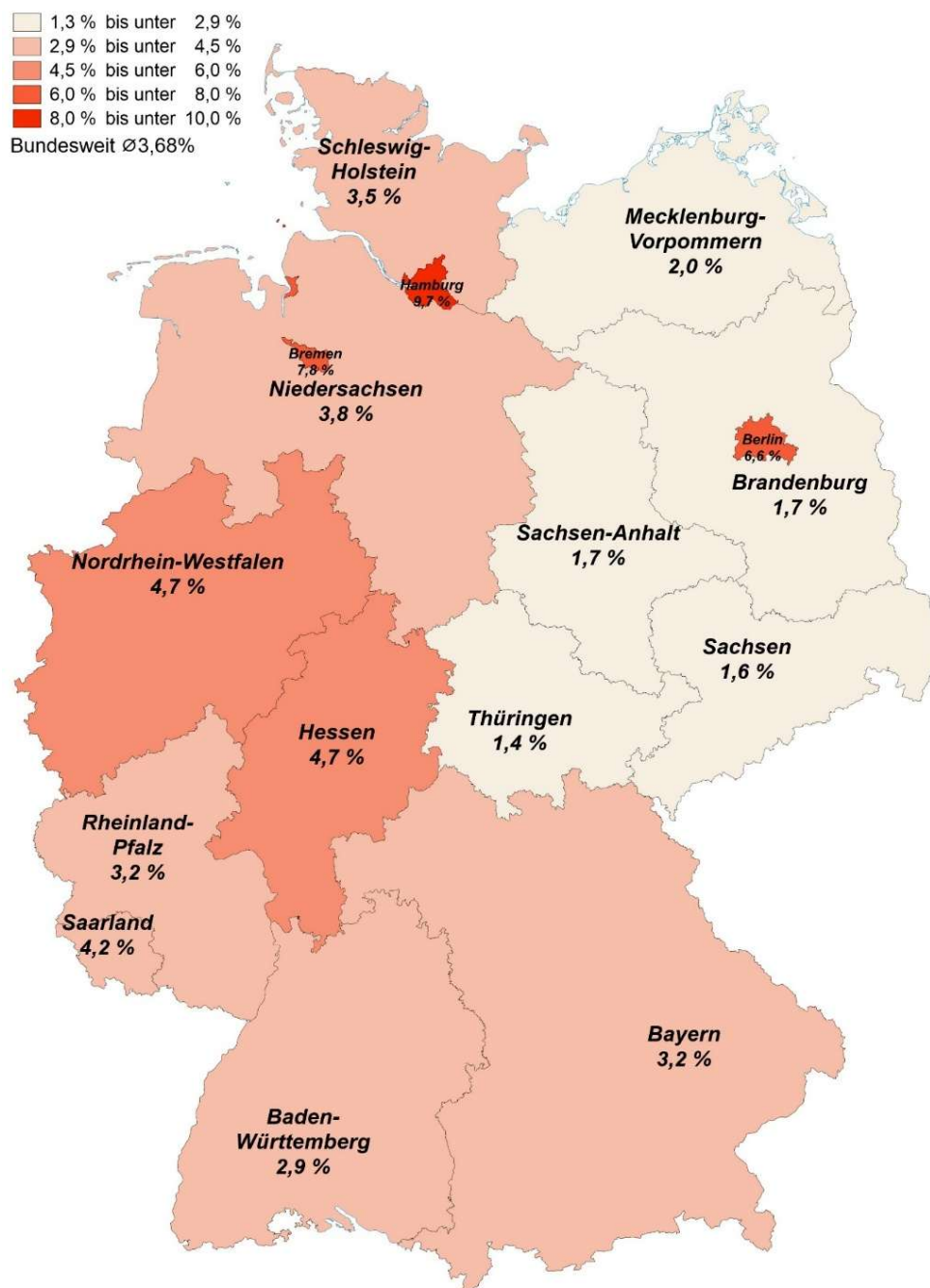


Abbildung 19: Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter an Einwohner*innen ab 65 Jahren nach Bundesländern im Jahr 2023

Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis Online, Tabelle 12411-0017; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland, Tabelle 22151-01-02-4

Der Großteil der Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter lebt außerhalb von Pflegeeinrichtungen (Abbildung 20). Der bundesweite Durchschnitt beträgt 93 %. Auffällig ist bei der Betrachtung der Daten auf Länderebene, dass die Werte in allen Ländern mindestens 90 % betragen.

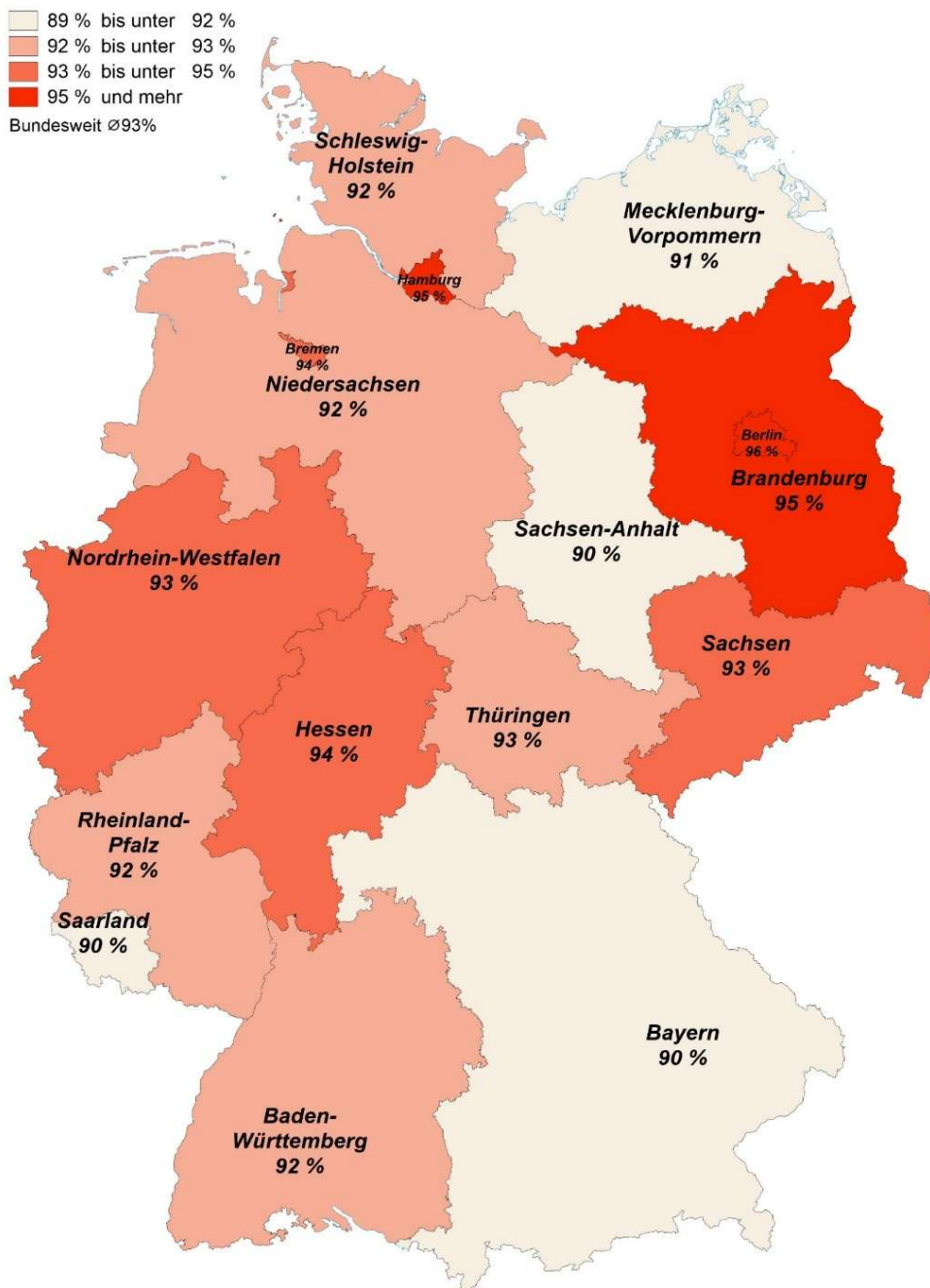


Abbildung 20: Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter außerhalb von Pflegeeinrichtungen an der Gesamtzahl der Leistungsempfänger*innen von Grundsicherung im Alter nach Bundesländern im Jahr 2023

Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis Online, Tabelle 12411-0017; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland, Tabelle 22151-01-02-4

2.2.3 Dunkelziffer: Hohe Nichtinanspruchnahme

Empirische Evidenz zur Dunkelziffer

Die Anzahl der Leistungsbezieher*innen im Bereich der Grundsicherung im Alter in Deutschland beläuft sich aktuell auf etwa 690.000 Personen – etwa 3,7 % der über 65-Jährigen. Auswertungen bspw. des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zeigen jedoch, dass der tatsächliche

Anteil Anspruchsberechtigter deutlich höher liegt – bei etwa 9 % (Buslei et al. 2019). Daraus ergibt sich eine äußerst hohe Nichtinanspruchnahmequote von rund 60 % aller Anspruchsberechtigten – womit etwa 1,75 Millionen ältere Menschen einen Anspruch auf Grundsicherung im Alter hätten. Von der Nichtinanspruchnahme besonders häufig betroffen sind:

- alleinlebende Frauen (insbesondere verwitwete Frauen mit gebrochenen Erwerbsbiografien),
- Menschen mit geringer formaler Bildung,
- Personen mit Migrationshintergrund,
- ältere Menschen in ländlichen Regionen.

Ursachen der Nichtinanspruchnahme

Die Gründe der Nichtinanspruchnahme sind vielfältig und ineinandergreifend. Die Forschung unterscheidet insbesondere fünf Problembereiche (vgl. Huppertz et al. 2024):

1. Unwissenheit und Informationsdefizite
Viele ältere Menschen kennen ihre Ansprüche nicht oder schätzen ihr Einkommen falsch ein. Informationskampagnen sind häufig zu komplex oder erreichen vulnerable Gruppen nicht.
2. Soziale und kulturelle Barrieren (Scham und Stigma)
Der Bezug staatlicher Fürsorgeleistungen wird von vielen als „Almosen“ wahrgenommen. Besonders die Generation, die nach dem Zweiten Weltkrieg aufwuchs, verbindet Selbstwertgefühl stark mit wirtschaftlicher Eigenständigkeit. Der Begriff „Grundsicherung“ ist historisch mit Sozialhilfe assoziiert – und somit mit Scham.
3. Administrativer Aufwand und Bürokratiehürden
Der Antrag ist komplex, erfordert die Offenlegung persönlicher und finanzieller Details und wird häufig als entwürdigend empfunden. Für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder geringer administrativer Kompetenz stellt dies eine erhebliche Zugangshürde dar.
4. Fehleinschätzungen des eigenen Vermögens und der Bedürftigkeit
Viele Betroffene glauben, sie besäßen zu viel Vermögen oder Einkommen, obwohl kleine Vermögensfreibeträge und anrechenbare Wohnkosten sie dennoch berechtigen würden.
5. Erwartung geringer Leistungsansprüche
Manche Betroffene machen von ihrem Anspruch keinen Gebrauch, da sie nur geringe Ansprüche erwarten – sei es zu Recht oder zu Unrecht. Dadurch bleiben vermutlich gerade viele Personen, die knapp über der Armutsgrenze leben, von Leistungen ausgeschlossen.

Gesellschaftliche und sozialpolitische Folgen

Die Nichtinanspruchnahme von Grundsicherung im Alter führt zu verdeckter Altersarmut, mit weitreichenden Folgen:

- Einschränkungen bei Ernährung, Wohnen und Mobilität,
- geringere gesellschaftliche Teilnahme,
- erhöhte gesundheitliche Risiken und psychosozialer Stress,
- Verschärfung von sozialer Ungleichheit zwischen sozialen Klassen und Geschlechtern.

Zudem untergräbt das Phänomen das sozialpolitische Ziel des Wohlfahrtsstaates, soziale Sicherheit universal zugänglich zu machen. Durch die hohe Nichtinanspruchnahme von Leistungen wird das Problem Altersarmut zusätzlich politisch wie auch medial deutlich unterschätzt.

Lösungsansätze

Zur Verringerung der Dunkelziffer werden insbesondere folgende Maßnahmen diskutiert:

Maßnahme	Wirkung
Automatisierte Leistungsgewährung („antragslose Grundsicherung“)	Reduziert Bürokratie und Stigmatisierung
Verbesserte Sozialberatung und aufsuchende soziale Arbeit	Erreicht isolierte und vulnerable ältere Menschen
Umbenennung und kommunikative Entstigmatisierung	Reduziert Scham und Scheu vor Antragstellung
Digital- und Papierformulare vereinfachen	Niedrigere administrative Hürden

2.3 Hilfe zur Pflege

2.3.1 Hilfe zur Pflege als Teil der sozialen Pflegesicherung

2.3.1.1 Profil der Hilfe zur Pflege

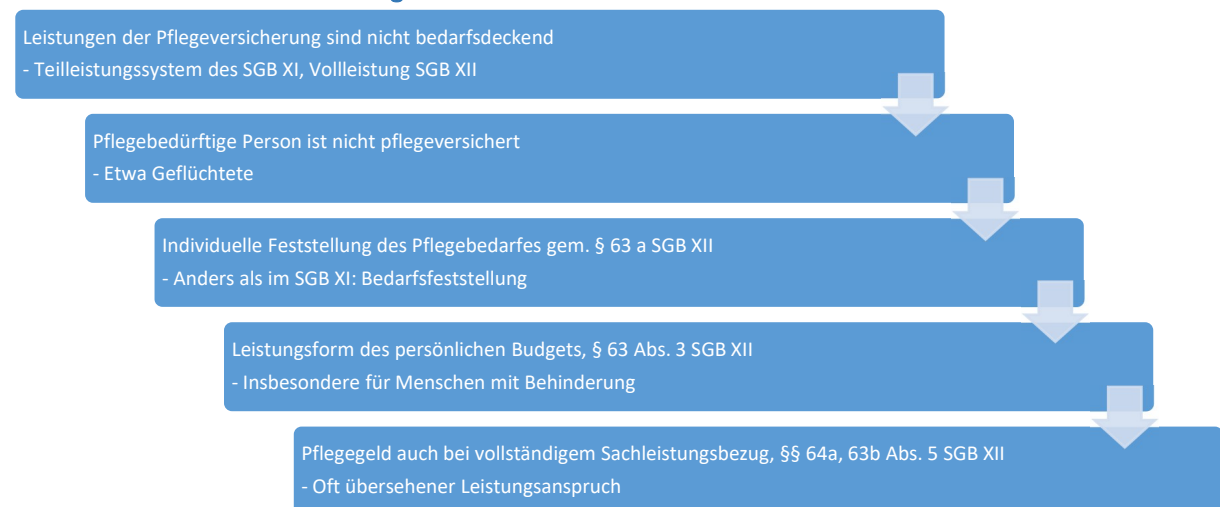


Abbildung 21: Profil Hilfe zur Pflege
Quelle: eigene Darstellung

Auch wenn es das Ziel des Gesetzgebers bei Einführung der Pflegeversicherung war, Menschen mit Pflegebedarf weitgehend von Hilfebedürftigkeit zu schützen, spielt die Hilfe zur Pflege weiterhin und eine zunehmend große Rolle. Das gilt im Wesentlichen für den Bereich der stationären Pflege und dies nicht zuletzt angesichts der hohen Heimkosten. Das gilt aber, zumindest von der Bedarfssituation her, auch für die in dieser explorativen Studie im Mittelpunkt stehende häusliche Versorgung. Wie die nachfolgende Übersicht deutlich macht, zeichnet sich die Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII durch ergänzende Funktionen, eigenständige Sicherungsaufträge und Besonderheiten aus. Die Hilfe zur Pflege ist zunächst für pflegeversicherte Personen zuständig, so das eigene Vermögen und Einkommen nicht ausreicht, den (zusätzlichen) Bedarf an pflegerischen Leistungen zu finanzieren. Einen

eigenständigen Sicherungsauftrag übernimmt die Hilfe zur Pflege gegenüber nicht-pflegeversicherten Personen. Dazu gehören etwa auch Geflüchtete. Anders als in der Pflegeversicherung, in der nur Pflegegrade festgestellt werden, aber keine Pflegebedarfe, kennt das Recht der Hilfe zur Pflege die individuelle Feststellung des Pflegebedarfs gemäß § 63a SGB XII. Die Ausrichtung und der Umfang der Leistungen sind ebenso festzustellen wie die Leistungsart. So können auch Sozialhilfeträger im Rahmen der Pflegebedarfsfeststellung entweder die „Heimbedürftigkeit“ feststellen oder auch gerade nicht, das heißt den Zugang zu vollstationären Pflegeeinrichtungen regulieren. Zu trennen von der individuellen Bedarfsfeststellung, die sich als Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege darstellt (vgl. Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) 2024), steuert der Träger der Hilfe zur Pflege auch über den sogenannten Mehrkostenvorbehalt gemäß § 9 SGB XII, der sich als Einschränkung der Wahlmöglichkeiten für sozial berechnete Personen darstellen kann. Gleichwohl kennt das Sozialhilferecht die Verpflichtung zur personenzentrierten und individualisierten Bedarfsfeststellung und Leistungsgestaltung, sodass nicht allein mit Verweis auf Mehrkosten bestimmte Versorgungsformen wie etwa in ambulant betreuten Wohngemeinschaften abgelehnt werden können. Das, was in der Pflegeversicherung (noch) ausgeschlossen ist, kennt das Recht der Hilfe zur Pflege: Die Möglichkeit, Pflegeleistungen in der Leistungsform des persönlichen Budgets zu gewähren, § 63 Abs. 3 SGB XII. Einige Sozialhilfeträger ermöglichen in diesem Rahmen auch Live-Ins-Finanzierungen bei besonders hohem Pflegebedarf. Die mit Pflegebedürftigkeit häufig verbundenen Mehraufwendungen, auch die Möglichkeit, sich Angehörigen und Nachbarn erkenntlich zu zeigen, wird im Sozialhilferecht angesichts der niedrigen Einkommen von Sozialhilfeberechtigten dadurch reflektiert, dass ihnen auch bei vollständigem Sachleistungsbezug ein eigenständiger Pflegegeldanspruch in Höhe von mindestens einem Drittel des jeweiligen Pflegegeldes verbleibt. Die Hilfe zur Pflege ist anders als die Grundsicherung an die besonderen Einkommensgrenzen gemäß § 85 SGB XII gebunden. Die Einkommensgrenze berechnet sich aus einem Grundbetrag in Höhe des Zweifachen der Regelbedarfsstufe 1 sowie der Kosten der Unterkunft. Damit ist der Kreis der Leistungsberechtigten deutlich höher als der Leistungsberechtigten der Grundsicherung im Alter gemäß § 42 SGB XII. Der Einsatz des Vermögens richtet sich gemäß § 90 SGB XII auf ein Schonvermögen in Höhe von 10.000 €, bei Ehepartner 20.000 €. Ein angemessener Hausrat, ein angemessenes Hausgrundstück bleiben vom Vermögenseinsatz verschont, § 90 Abs. 2 SGB XII.

2.3.1.2 Hilfe zur Pflege gem. §§ 61 ff. SGB XII– Abgrenzungen, Novellierungen, Dynamiken

Eines der wesentlichen Ziele, das der seinerzeitige Gesetzgeber mit der Pflegeversicherung verfolgte, bestand darin, dass „Armutsrisiko Pflegebedürftigkeit“ zu vermeiden und die Sozialhilfeträger finanziell zu entlasten. Das Ziel wurde zunächst erreicht. Aktuell steigen die Ausgaben, wie gezeigt wurde, wieder und Leistungen der Hilfe zur Pflege werden für eine größere Zahl von Bürger*innen relevant. Die Umsetzung der Hilfe zur Pflege-Leistungen in der Praxis, die stets mit zahlreichen Auslegungsfragen konfrontiert war, wurde durch die Novellierung der §§ 61 ff. SGB XII durch das PSG III vor neue Herausforderungen gestellt: Die strenge Akzessorietät zum SGB XI, die Ansprüche der nach dem SGB XI nicht leistungsberechtigten pflegebedürftigen Personen und die durch das BTHG insbesondere durch das Inkrafttreten des SGB IX Teil 2 aufgeworfenen Abgrenzungsfragen stellen die Sozialhilfeträger aber auch Leistungserbringer vor neue Herausforderungen.

2.3.1.3 Hilfe zur Pflege nach altem Recht: Auffangnetz

Während die Leistungen der Hilfe zur Pflege vor Einführung der Pflegeversicherung die maßgeblichen und prägenden Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich waren, wenn es um die soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit ging, hat sich die Bedeutung der Hilfe zu Pflege-Leistungen gemäß § 61 ff. SGB XII sowohl nach Einführung der Pflegeversicherung als auch mit dem Pflegestärkungsgesetz III grundlegend geändert. Durch Einführung des BTHG und dort vor allem mit

Inkrafttreten des SGB IX Teil 2 und dem Herauslösen der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe werden die Abgrenzungsprobleme zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe in neuer Weise und Qualität (Lebenslagenmodell) aufgeworfen, vgl. § 103 SGB IX.

Die Hilfe zur Pflege fungierte unter Geltung des verrichtungsbezogenen und damit selektiven Pflegebedürftigkeitsbegriffes als Auffangnetz für den quantitativen und qualitativen Mehrbedarf für auf Pflege angewiesene Menschen. Es wurden sowohl die durch die Pflegeversicherung von der Leistungshöhe nicht abgedeckten Bedarfe finanziert als auch Pflegebedarfe, die nicht unter den Pflegebedürftigkeitsbegriff der §§ 14, 15 SGB XI subsumierbar waren, berücksichtigt (Pflegestufe 0, „andere Verrichtungen“).

2.3.1.4 Hilfe zur Pflege nach dem PSG III: weithin „akzessorisch“

Durch das PSG III wurde das bis dahin eigenständige Leistungsprofil der Hilfe zur Pflege dem Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Leistungsrecht der Pflegeversicherung unterstellt und eine grundlegende Neuregelung und Neustrukturierung der Hilfe zur Pflege in den § 61 ff. SGB XII notwendig. Die Regelungen der Hilfe zur Pflege sind durch strenge Akzessorietät zum SGB XI charakterisiert. Dies gilt zunächst hinsichtlich des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Feststellungen des Medizinischen Dienstes entfalten eine strikte Bindungswirkung. Auch bei eigenständiger Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei nicht pflegeversicherten Personen ist die Sozialhilfe auf die Anwendung des NBI und der entsprechenden Begutachtungsrichtlinien verwiesen. Ähnliches gilt für die im SGB XI eingeräumten Leistungsansprüche. Mit wenigen Ausnahmen folgen die Regelungen der Hilfe zur Pflege diesen in der Sache, allerdings nicht in der Höhe: Der quantitative Mehrbedarf wird weiterhin von den Sozialhilfeträgern im Bedarfsfall getragen. Zwar wurden die Leistungen und Leistungsansprüche in den §§ 61 ff. SGB XII eigenständig und fast ohne Verweis auf das SGB XI geregelt. Sie entsprechen aber inhaltlich den Vorgaben des SGB XI. Es gibt nur geringe Abweichungen. So erhalten Personen, die nicht pflegeversichert sind, keine Leistungen, wenn ihre Pflegebedürftigkeit den Pflegegrad 2 nicht erreicht. Auch ein gesonderter WG-Zuschlag gemäß § 38a SGB XI kennt die Hilfe zur Pflege nicht. Dafür steht Bezieher*innen der Hilfe zur Pflege in der häuslichen Versorgung stets ein anteiliger Pflegegeldanspruch zu, auch bei Inanspruchnahme der vollständigen Sachleistungen gem. § 36 SGB XI, § 63b Abs. 5 SGB XII (vgl. Klie in: Hauck und Noftz § 63 b Rz 6).

Nicht nur die Leistungsansprüche, sondern auch die leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben aus dem Versorgungsvertragsrecht sind grundsätzlich für den Sozialhilfeträger verbindlich, § 75 Abs. 5 SGB XII. Die durch das PSG III eingeführten Regelungen der Hilfe zur Pflege kennen auch zusätzliche Aufgaben für die Sozialhilfeträger. Diese bestehen insbesondere in einer eigenständigen Bedarfsprüfung gemäß § 63a SGB XII. Sie wurde erforderlich, da aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Zuordnung zu einem Pflegegrad keine Hinweise auf den (zeitlich/inhaltlichen) Pflegebedarf abgeleitet werden können. Insofern sind die Sozialhilfeträger aufgefordert, ähnlich wie in der Eingliederungshilfe, eine eigene Pflegebedarfsplanung vorzunehmen, die in einigen Bundesländern schon vor dem PSG III bekannt war, vgl. Klie in: Hauck und Noftz § 63a SGB XII Rz 5).

Vor dem Hintergrund der deutlichen Zunahme der Sozialhilfeausgaben im Bereich der Hilfe zur Pflege (Rischard 2019) enthalten die neuen Regelungen durchaus auch fiskalisch motivierte Bestimmungen, die sich zum einen bei einem Zusammentreffen von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen zeigen, zum anderen in dem Vorrang häuslicher und pflegegeldbasierter Pflegearrangements, § 64 SGB XII (zur Problematik vgl. ausführlich Klie in: Hauck und Noftz § 64 SGB XII Rz. 4). Durch die am formalen Subsidiaritätsgrundsatz (vgl. Heinze et al. 2015) orientierte und dem Nachrangprinzip, § 2 SGB XII,

folgende Ausrichtung dürfen allerdings keineswegs Ansprüche auf bedarfsgerechte und die fachliche Qualität der Versorgung sicherstellende Hilfen eingeschränkt werden.

Eine gewisse Eigenständigkeit weisen die Regelungen der Hilfe zur Pflege dort auf, wo sie Pflegeleistungen für Menschen mit Behinderungen reflektieren. Dies geschieht etwa in § 64f Abs. 5 SGB XII bezogen auf Menschen mit Behinderung, die ihre Pflegeleistungen im Arbeitgebermodell sicherstellen. Ähnliches gilt auch für die in § 63 Abs. 3 SGB XII eingeräumte Berechtigung, Leistungen der Hilfe zur Pflege in der Leistungsform des Persönlichen Budgets in Anspruch zu nehmen, § 63 Abs. 3 SGB XII.

2.3.1.5 Zielgruppen der Hilfe zur Pflege

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege kennen tatsächlich und programmatisch unterschiedliche Klient*innengruppen, deren spezifische Lebenssituationen, deren individuelle Bedarfe sowie die für sie typischen leistungsrechtlichen Gemengelagen Rechnung getragen werden muss.

Zunächst richten sich die Leistungen der Hilfe zur Pflege an den Kreis von Leistungsberechtigten, den auch die Pflegeversicherung in das Zentrum ihrer Konzeption der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsrechts stellt, die sogenannten Alters- oder Gebrechlichkeitspflegebedürftigen (Udsching 2000). Dabei wurde durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit Aufnahme teilhabeorientierter Aspekte, die für die Ermittlung der Pflegegrade eine zwar untergeordnete Rolle spielen, aber doch Relevanz erhalten haben, von einem eher defizitorientierten Konzept der Pflegebedürftigkeit, das sich im Wesentlichen auf verrichtungsbezogene Unterstützungsbedarfe ausgerichtet hatte, Abstand genommen. Gleichwohl bleibt das Konzept der Pflegebedürftigkeit im Wesentlichen orientiert an den Einschränkungen der Selbstständigkeit, die für im Alter pflegebedürftig gewordene Personen – und dort nun auch die Menschen mit Demenz – typisch ist. Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung dem Umfang nach nicht aus, tritt der Sozialhilfeträger für den nicht gedeckten Bedarf respektive die entstehenden Kosten ein, wenn die Leistungsfähigkeit des Pflegebedürftigen aus eigenem Einkommen und Vermögen bzw. nach Heranziehung Unterhaltspflichtiger nicht ausreicht, § 63 SGB XII. Dabei wurden die Unterhaltsverpflichtungen für die Kinder von pflegebedürftigen Personen durch das Angehörigenentlastungsgesetz deutlich minimiert und wird in der sozialhilferechtlichen Praxis davon ausgegangen, dass das in § 94 Abs. 1 a SGB XII festgelegte Unterhaltsverpflichtungen ausschließende Einkommen von 100.000 € nicht erreicht wird. Deutlich strenger sind die Unterhaltsverpflichtungen für Ehepartner, die mit ihrem gesamten Vermögen und Einkommen herangezogen werden – mit der Folge drohender Armut.

Aufstockende Sozialhilfe wird insbesondere in vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß §§ 43, 71 SGB XI gezahlt. Die Höhe wird maßgeblich durch den in den Bundesländern höchst unterschiedlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil bestimmt (vgl. Rischard 2019). Auch im ambulanten Bereich, in der häuslichen Pflege kommt es, wenngleich in einem wesentlich geringeren Ausmaß, zu ergänzenden Sozialhilfeleistungen, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den pflegerischen Bedarf abzudecken. Das, was bei Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf typisch ist – der Sozialhilfebezug – ist im Bereich der Hilfe zur Pflege für alte und hochbetagte Menschen eher die Ausnahme.

Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf bilden die zweite Klient*innengruppe, die im Sozialhilferecht eine entscheidende Rolle spielt (Marburger 2020). Im Wesentlichen körperbehinderte Personen, aber auch mehrfach Behinderte benötigen fachpflegerische und pflegerische Assistenzleistungen, die fehlende Alltagskompetenzen kompensieren. Ihnen stehen regelmäßig auch andere Rehabilitationsleistungen zu, ggf. auch solche der Eingliederungshilfe. In ihrer kompensatorischen Ausrichtung konkurrieren sie nicht mit Teilhabeleistungen, sofern nicht die

Verfolgung von Teilhabezielen bei der Erbringung von pflegerischen Leistungen im Vordergrund steht (Training des Toilettengangs, Training eigenständiger Haushaltsführung, Förderung der Kompetenzen in der Alltagshygiene, etwa bei geistig behinderten Personen). In der Praxis stellen sich erhebliche Abgrenzungsprobleme zwischen Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe. § 13 Abs. 3 Satz 4 SGB XI ordnet an, dass es keine Gleichrangigkeit zwischen beiden Leistungen gibt. Leistungen der Pflegeversicherung gehen denen der Eingliederungshilfe vor. Auch ist ein Nebeneinander von Leistungen der Eingliederungshilfe und Pflege gemäß § 91 SGB IX mit dem Ziel erschwert worden, einer Zersplitterung des Leistungsgeschehens durch die Leistungen unterschiedlicher Sozialleistungsträger entgegenzutreten. Dabei wird aber nicht hinreichend berücksichtigt, dass die individuelle Bedarfsdeckung stets im Vordergrund zu stehen hat und dass unterschiedliche Aufgaben und Ziele mit Leistungen der Eingliederungshilfe hier und Leistungen der Pflege dort verfolgt werden (Fuchs 2016, S. 347). Die in § 103 SGB IX vorgesehenen Abgrenzungen zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege nach dem Lebenslagenmodell (vgl. Deutscher Bundestag 2016, S. 60) werfen zahlreiche bislang nicht abschließend geklärte Fragen auf und begegnen unter dem Gesichtspunkt der Altersdiskriminierung erheblichen Bedenken (vgl. Klie 2013).

Eine weitere besondere Klient*innengruppe der Hilfe zu Pflege-Leistungen bilden Menschen mit Behinderungen, die im Alter (auch) pflegebedürftig werden. Die Biografie geistig Behinderter nähert sich immer stärker der Normalbiografie älter werdender Menschen in Deutschland an. Nicht zuletzt vor dem historischen Hintergrund, dass – anders als nach den nationalsozialistischen Euthanasieaktionen an geistig Behinderten – auch geistig Behinderte ein hohes Alter erreichen, stellt sich die Herausforderung für die Sozialhilfeträger, dem Teilhabebedarf älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung ebenso Rechnung zu tragen wie der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und der Realisierung des Vorrangs der Pflegeleistungen. § 43a SGB XI gibt Anreize für den Sozialhilfeträger, alt gewordene Menschen mit Behinderungen mit Pflegebedarf, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, in das Regime der vollstationären Pflege gemäß § 43 SGB XI zu verlagern. Die Vorschrift des § 43a SGB XI begegnet erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken und dies unter anderem auch dadurch, dass sie in der Lage ist, das Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich des Wohnortes für im Alter pflegebedürftig gewordene Menschen mit Behinderung einzuschränken (vgl. ausführlich: Fuchs 2016, S. 346, aber auch SG Hamburg, Urteil vom 04.12.2018, S 28 SO 279/14).

In der Praxis waren und sind in unterschiedlicher Weise Lösungen für die Verbindung von Eingliederungshilfe und Leistungen der Hilfe zur Pflege sowie der Pflegeversicherung innerhalb und außerhalb von Einrichtungen zu finden (vgl. Schäper et al. 2019; Klie 2017). Die z. T. pragmatischen Regelungen reichen von der sogenannten Binnendifferenzierung von Behinderteneinrichtungen über Eingliederungshilfeszuschläge für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die im Lichte des § 91 SGB IX besonders legitimationsbedürftig geworden sind, bis hin zur Integration von älter gewordenen Menschen mit Behinderungen in Angebotsstrukturen der Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII.

Auch im Alter pflegebedürftig gewordene Personen sind im Rechtssinne Menschen mit Behinderung gemäß § 2 SGB IX (vgl. Fuchs 2016, S. 345; Klie 2026 i.E.). Ihr genereller Ausschluss aus Leistungen der Eingliederungshilfe stellt sich als eine BRK-widrige und verfassungsrechtlichen Bedenken ausgesetzte Diskriminierung alter Menschen dar (vgl. ausführlich Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2010a; Klie 2013). Pflegebedürftige Menschen im hohen Alter können Teilhabebedarfe aufweisen, die angesichts des nicht konsequent teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Rahmen der Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege nicht beantwortet werden können (vgl. Rosenow 2009; Klie 2014). Ein Ausschluss von im Alter von einer Behinderung betroffenen Menschen aus Leistungen der Eingliederungshilfe, wie dies nunmehr vorgesehen ist – Abgrenzung zwischen Leistungen der Hilfe zur Pflege und

Eingliederungshilfe nach Erreichen der Altersgrenze – wirft verfassungsrechtliche Fragen der Diskriminierung auf. Auch ältere Menschen haben Teilhabebedürfnisse und Bedarfe, die nicht durch die Pflegeversicherung und die Leistung der Hilfe zur Pflege abgedeckt werden. Der Gesetzgeber folgt hier einem defizitären Altersbild, dem die Bundesregierung etwa in Folge des Sechsten Altenberichts der Bundesregierung (a. a. O.) entschieden entgegengetreten ist.

Generell stellen sich schwierige Abgrenzungsfragen zwischen Leistungen der Eingliederungshilfe und Pflege. Die sog. Betreuungsleistungen des SGB XI, etwa pflegerische Betreuungsleistungen gem. §§ 36, zusätzliche nach § 43b, und Betreuungsleistungen gem. §§ 45a ff. SGB XI weisen erhebliche Schnittmengen auf. Von einer klaren Zuordnung nach Leistungskatalogen des jeweiligen Leistungsrechts, § 91 SGB IX, wird man sich keineswegs eine eindeutige Klärung erwarten dürfen (vgl. zur Problematik: Rosenow 2021 in: Fuchs/Ritz/Rosenow § 103 Rz 94 f). Im Sinne der Unterstützung einer selbstständigen Lebensplanung und Stärkung der Selbstbestimmung wird man den Leistungsberechtigten ein Wahlrecht zusprechen müssen (so auch: Rosenow Rz 96).

Besteht ein Pflegebedarf bei Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen und kann dieser nicht sichergestellt werden – aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen (vgl. Rosenow 2021 in: Fuchs/Ritz/Rosenow § 103 Rz. 44 ff. i. E.) – regelt § 103 Abs. 1 S. 2 SGB IX die Anpassung der Verträge nach dem WBVG bzw. den Abschluss von Vereinbarungen zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und der Pflegekasse – dies ggf. im Rahmen eines Gesamtplanverfahrens. Für Personen, die noch nicht die Regelaltersgrenze erreicht haben, regelt § 103 Abs. 2 SGB IX, dass – soweit Eingliederungshilfeziele im Rahmen des Gesamtplanes erreicht werden können – der Träger der Eingliederungshilfe auch Leistungen der Hilfe zur Pflege erbringt.

Eine weitere besondere Klient*innengruppe stellen schließlich pflegebedürftige Kinder dar. Bei dieser Zielgruppe handelt es sich um eine in sich ausgesprochen heterogene Gruppe (vgl. etwa Klie und Bruker 2016). Für diese treffen regelmäßig unterschiedliche Leistungen zusammen. Sie reichen von Eingliederungshilfeleistungen der Jugendhilfe, § 35a SGB VIII über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bis hin zu Leistungen der Pflegeversicherung bzw. der Hilfe zur Pflege, zu den Forderungen nach einer Einbeziehung aller jugendlichen Menschen mit Behinderung in die Jugendhilfe.²

2.3.1.6 Leistungserbringungsrecht

Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Klient*innengruppen, für die Leistungen der Hilfe zur Pflege von großer Relevanz sind, stellen sich eine Reihe von leistungserbringungsrechtlichen Fragen. § 75 Abs. 5 SGB XII ordnet an, dass die Sozialhilfeträger grundsätzlich an die versorgungsvertraglichen Vorgaben aus dem Pflegeversicherungsrecht gebunden sind. Dies kann bezogen auf die vorgenannten Klient*innengruppen allerdings im Konflikt zum Rechtsanspruch auf den Einzelfall abgestellte Leistungen und der Beachtung des Bedarfsdeckungsprinzips aus § 9 SGB XII stehen. Das Leistungserbringungsrecht der Pflegeversicherung passt in vielfältiger Weise nicht auf Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf. Körperbehinderte Menschen mit einem über den Tag verteilten Pflegebedarf, geistig und mehrfachbehinderte Menschen, bei denen Leistungen der Eingliederungshilfe tatsächlich verwoben sind und von denselben Personen erbracht werden, passen nicht in die bislang dominante Sachleistungslogik der Pflegeversicherung, der die Sozialhilfeträger gemäß § 75 Abs. 5 SGB XII grundsätzlich zu folgen haben. Auch werden regelmäßig andere Leistungserbringer als die der zugelassenen Pflegedienste von der Leistungserbringung

² Vgl. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Menschen_mit_Behinderungen/Appell_Exklusion-beenden-Jugendhilfe-fuer-alle_Aug-2019.pdf (Abruf vom 03.02.2026).

ausgeschlossen, wenn sie ihrerseits nicht die Voraussetzungen für die Zulassung als Pflegedienst im Sinne des § 72 SGB XI erfüllen. Die Kooperation zwischen zugelassenen Leistungserbringern und Assistenzdiensten der Eingliederungshilfe wird zudem durch manche Landesverbände der Pflegekassen dadurch erschwert, dass eine solche Kooperation als unzulässig erachtet wird. Auch in der Leistungserbringung in Wohngemeinschaften für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf können sich erhebliche Probleme leistungserbringungsrechtlicher Art stellen, wenn das Versorgungsvertragsrecht dem besonderen Leistungsgeschehen vor Ort nicht durch eigene Komplexleistungen Rechnung trägt (Klie 2018). Sozialhilfeberechtigte Personen haben vielerorts keinen Zugang zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften, da Sozialhilfeträger die Kostenübernahme ablehnen (vgl. SG Reutlingen Urteil vom 18.10.2024 Az.: S 4 SO 546/24).

Auf Antrag des Hilfeberechtigten können die Leistungen der Hilfe zur Pflege auch in der Form des persönlichen Budgets erbracht werden. Auf diese Weise können andere Pflegearrangements als die ansonsten üblichen leistungserbringungsrechtlich vorgesehenen ermöglicht und kann dem Individualisierungsgrundsatz aus § 9 SGB XII Rechnung getragen werden. In der zu erstellenden Zielvereinbarung gem. § 29 SGB IX ist auf die individuelle Bedarfssituation und die Notwendigkeit einer daraufhin angepassten Leistungserbringung einzugehen. In der Praxis ergeben sich, auch und gerade im Zusammenhang mit der Umstellung vom alten auf das neue Recht, erhebliche Probleme, die auch vermehrt zu sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen führen werden.

2.3.1.7 Anpassungserfordernisse

Mit der Einführung der Neuregelungen zur Hilfe zur Pflege ergaben sich eine Reihe von Umstellungsproblemen, insbesondere durch den Verlust an Flexibilität in der Leistungsgewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege. Durch den Wegfall der Öffnungsklausel („andere Einrichtungen“), durch die Anpassung des Leistungsrechts und der Leistungsansprüche an die der Pflegeversicherung entfallen die Optionen, andere Leistungen gemäß § 65 a. F. SGB XII zur Flexibilisierung des Leistungsgeschehens mit Hilfe zur Pflege zu nutzen. Hier kommt der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes gem. § 70 SGB XII und der Altenhilfe gem. § 71 SGB XII besondere Bedeutung zu (vgl. Klie 2022b).

Umstellungs- und Anpassungsprobleme ergaben sich auch dadurch, dass Personen mit einem Pflegebedarf, die die Voraussetzung des Pflegegrades 2 nicht erfüllen, von Leistungen der Hilfe zur Pflege (weitestgehend) ausgeschlossen sind (vgl. auch SG Koblenz Urteil vom 16.08.2019 Az. S 1 SO 143/17). Betroffen waren bzw. sind nach Schätzungen etwa 80.000 Pflegebedürftige in Alten- und Pflegeheimen (vgl. Fuchs 2016, S. 351).

Dadurch, dass das PSG III Abstand nimmt von einer umfassend konzipierten Pflegehilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege, entstehen Sicherungslücken, die im Konflikt zum Bedarfsdeckungsgrundsatz aus § 9 SGB XII stehen. Leistungen für Personen unterhalb des Pflegegrades 2 haben ggf. Ansprüche aus anderen Leistungstatbeständen, sei es der Eingliederungshilfe, der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, § 67 SGB XII und in anderen Lebenslagen, § 73 SGB XII.

Mit dem PSG III wurden grundlegende Probleme in der Sicherung pflegerischer Hilfen für sozialhilfeberechtigte Personen produziert. Sie bestehen zum einen darin, dass nunmehr nicht mehr alle pflegerischen Bedarfe über Leistungen der Pflegeversicherung bzw. der Hilfe zur Pflege abgedeckt werden. Insofern nimmt das PSG III Abstand von einer umfassend konzipierten Pflegehilfe. Ob und wie die Bedarfe durch andere Regelungen kompensiert werden können, ist schwer absehbar. In jedem Fall wird der Grundsatz der Bedarfsdeckung gemäß § 9 SGB XII in verfassungsrechtlich erheblicher Weise tangiert, Artikel 1 Abs. 1 GG.

Ein weiteres Problem der PSG III-Regelung liegt in dem Verhältnis zur Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist nicht konsequent teilhabeorientiert ausgerichtet. Es stellen sich in der Praxis nicht wirklich lösbare Abgrenzungsprobleme und diese für unterschiedliche Klient*innengruppen in sehr unterschiedlicher Art und Weise.

In den PSG III-Regelungen zur Hilfe zur Pflege aktualisieren sich die Konstruktionsprinzipien der Pflegeversicherung als sockelfinanzierte Sozialversicherungsleistung, die den über den von der Pflegeversicherung abgedeckten Hilfebedarf sowohl den betroffenen Bürger*innen als auch im Bedarfsfall den Sozialhilfeträgern überantwortet. Die damit verbundenen Probleme würden dann aufgehoben, wenn die seit Langem geforderte Umstellung der Leistungskonzeption der Pflegeversicherung von einer Sockelfinanzierung der Pflegeversicherung auf eine Sockelfinanzierung der Pflegebedürftigen mit einer über dem Sockel hinausgehenden Bedarf abdeckenden Leistungsverpflichtung der Pflegeversicherung umgestellt würde (vgl. hierzu über Klie und Schmidt 1999; <https://www.pro-pflegereform.de/die-reform/> (Abruf vom 03.02.2026), Rothgang und Kalwitzki 2019b, Klie 2019).

2.3.2 Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfestatistik

2.3.2.1 Datenlage

Im Rahmen dieser Studie wurden die vorliegenden Datensätze zur Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege analysiert und nach Bundesländern aufbereitet. Die folgenden Auswertungen basieren auf amtlichen Sozialhilfestatistiken des Statistischen Bundesamts (2026a, 2026b) sowie der Statistischen Landesämter (2026b). Da auf Länderebene die Stichtagsdaten zur Hilfe zur Pflege nur nach Geschlecht differenziert vorliegen, war es für die Untersuchung und Darstellung nach Versorgungsort erforderlich, die Fallzahlen von Hilfe zur Pflege im Jahresverlauf heranzuziehen. Diese wurden den Stichtagszahlen der pflegebedürftigen Personen zum 31.12.2023 gegenübergestellt, um differenzierte Aussagen auf Länderebene treffen zu können. Durch dieses Vorgehen ergibt sich eine methodische Einschränkung: Die im Jahresverlauf berichteten Zahlen zur Hilfe zur Pflege liegen bundesweit etwa 100.000 Fälle über den Stichtagszahlen, was zu Überschätzungen führt. Unterschiede zu anderen Berichten (vgl. Kapitel 1.3.1) resultieren aus dieser unterschiedlichen Betrachtungsweise. Die in diesem Kapitel ausgewiesenen Durchschnittszahlen auf Bundesebene entsprechen der Hochrechnung der Daten auf Landesebene und weisen dementsprechende Unterschiede zu bundesweiten Durchschnittszahlen auf Basis von Stichtagszählungen aus. Die im Verlauf der Datenbeschaffung aufgetretenen Desiderate in der Verfügbarkeit von Daten, werden in Kapitel 2.3.4 ausgeführt.

Den Auswertungen dieses Kapitels liegen Daten des Statistischen Bundesamts zur Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege zugrunde. Diese werden im Rahmen der Statistik der Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII erhoben und auf der Ebene der Bundesländer bereitgestellt. Die Statistik differenziert nach den einzelnen Leistungsarten der Kapitel 5 bis 9 SGB XII sowie nach dem Ort der Leistungserbringung („außerhalb von Einrichtungen“ bzw. „in Einrichtungen“). Eine weitere Aufschlüsselung nach Alter oder Geschlecht der Leistungsempfänger*innen ist mit diesen Daten hingegen nicht möglich. Als Bezugsgröße für die Darstellung der Inanspruchnahme wurde die Anzahl der pflegebedürftigen Personen der Länder herangezogen. Auf dieser Grundlage lassen sich die Empfangsquoten zur Hilfe zur Pflege in Deutschland regional differenziert bestimmen (Abbildung 23). Das Datenmaterial der Pflegestatistik ermöglicht zusätzlich, die Hilfe zur Pflege mit der Verbreitung verschiedener Leistungsarten der Pflegeversicherung in Beziehung zu setzen und die Unterschiede in den Versorgungsarten zu berücksichtigen (vgl. Abbildung 24– Abbildung 26).

Abbildung 22 zeigt die Anzahl der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Deutschland im Zeitverlauf zwischen 2005 und 2024. Die Anzahl der Leistungsempfänger*innen schwankte zwischen 361.000 und 473.000. Ein deutlicher Anstieg ist bis etwa 2014 zu verzeichnen, gefolgt von Schwankungen mit tendenziell rückläufigen und wieder ansteigenden Zahlen bis 2024.

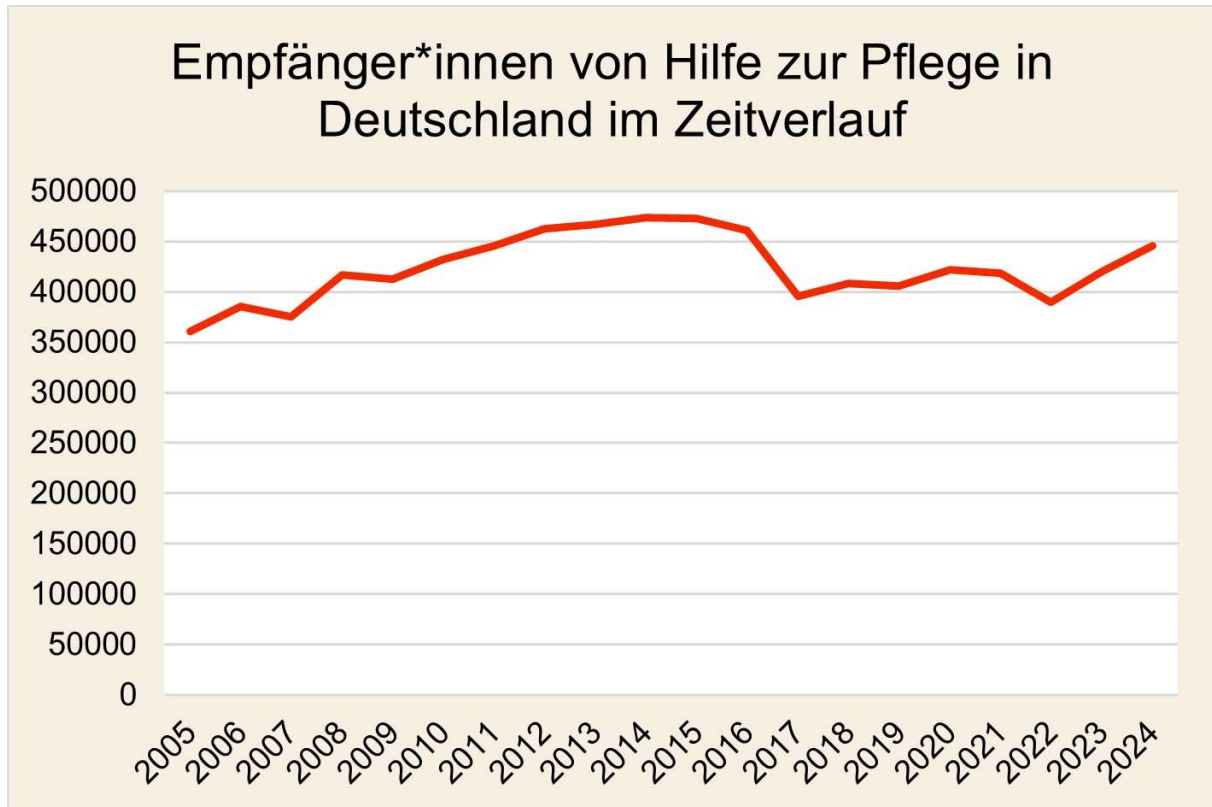


Abbildung 22: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Deutschland im Zeitverlauf
 Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis Online, Tabelle 22131-0012

Am Ende des Jahres 2023 empfangen in Deutschland insgesamt 410.680 Menschen Hilfe zur Pflege. Das entspricht 7,2 % der Pflegebedürftigen. Abbildung 23 zeigt den prozentualen Anteil der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen in Deutschland. Der Anteil liegt in Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit jeweils 5 bis 6 % aller Pflegebedürftigen am niedrigsten und erreicht seinen Höhepunkt in Hamburg (15,2 %). Eine zweistellige Inanspruchnahmequote erreichen außerdem die Stadtstaaten Bremen (10 %) und Berlin (10,5 %).

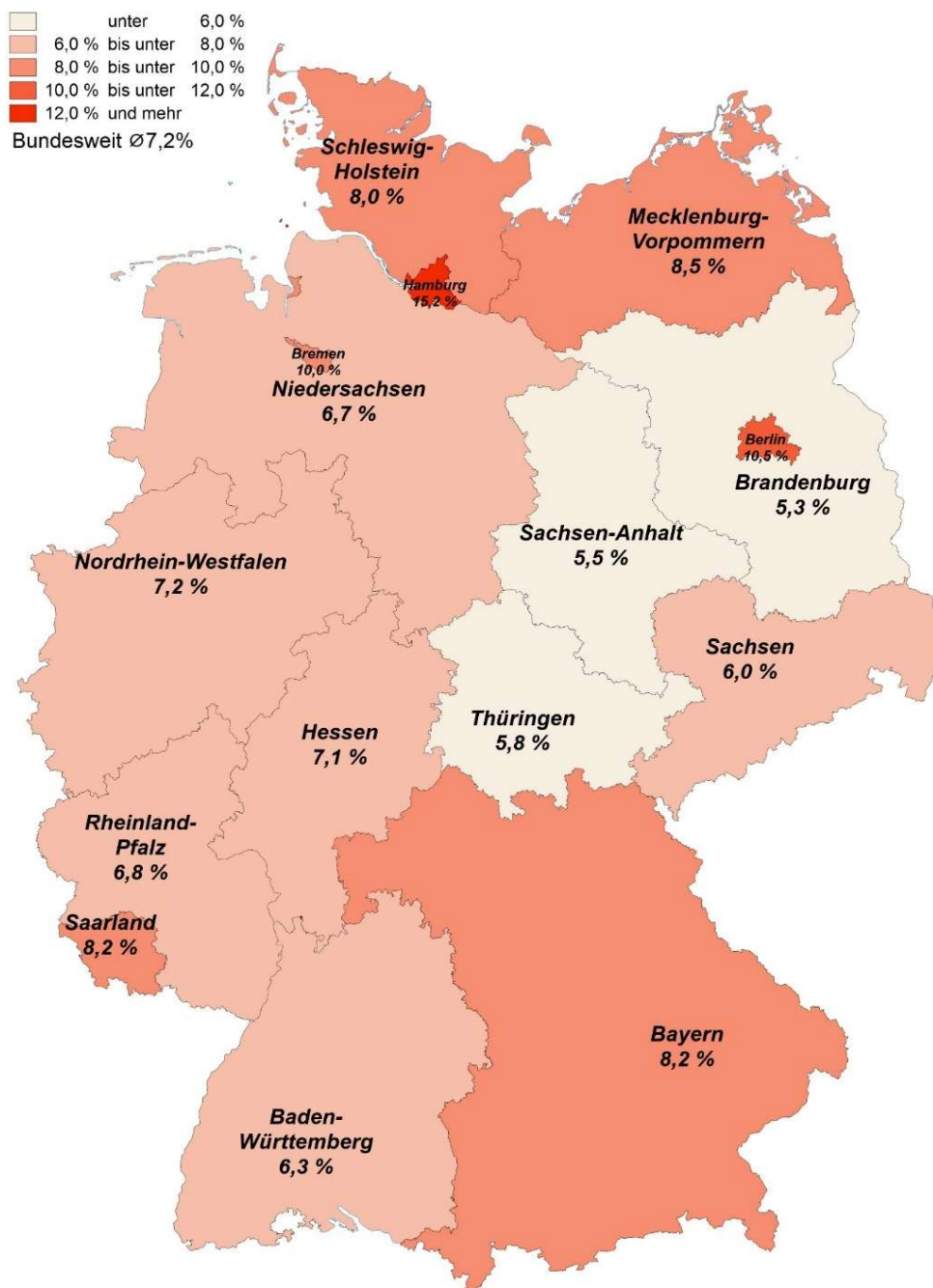


Abbildung 23: Prozentualer Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege an Pflegebedürftigen nach Bundesländern im Jahr 2023 in Prozent

Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis Online, Tabelle 12411-0017, 22131-0012; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland, Tabelle 22411-02-05-4

2.3.2.2 Hilfe zur Pflege stationär und häuslich

Außerhalb von Pflegeeinrichtungen erhielten zum Zeitpunkt Ende 2023 insgesamt 76.165 Menschen Hilfe zur Pflege. Damit werden im Schnitt in Deutschland etwa 19 % der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Pflegeeinrichtungen versorgt. Die Gewährung von Hilfe zur Pflege im häuslichen Bereich unterscheidet sich dabei sehr deutlich zwischen den Bundesländern. Insbesondere in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg scheint die Gewährungspraxis eine ganz andere zu sein als in den Flächenstaaten und in Bremen. Denn in Hamburg und Berlin entspricht der Anteil der

Fälle von Gewährung außerhalb von Einrichtungen in der Tendenz fast dem Anteil der Gewährung innerhalb von Einrichtungen. 42 % aller Gewährleistungen von Hilfe zur Pflege in Hamburg und 45 % aller Gewährleistungen in Berlin findet außerhalb von Einrichtungen statt. Bundesweit liegt das Verhältnis durchschnittlich bei 81 % (stationär) zu 19 % (ambulant). Insbesondere das Saarland (9 %), Thüringen (12 %), Baden-Württemberg und Niedersachsen (je 13 %) sowie Rheinland-Pfalz (14 %) gewähren deutlich unterdurchschnittlich Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen.

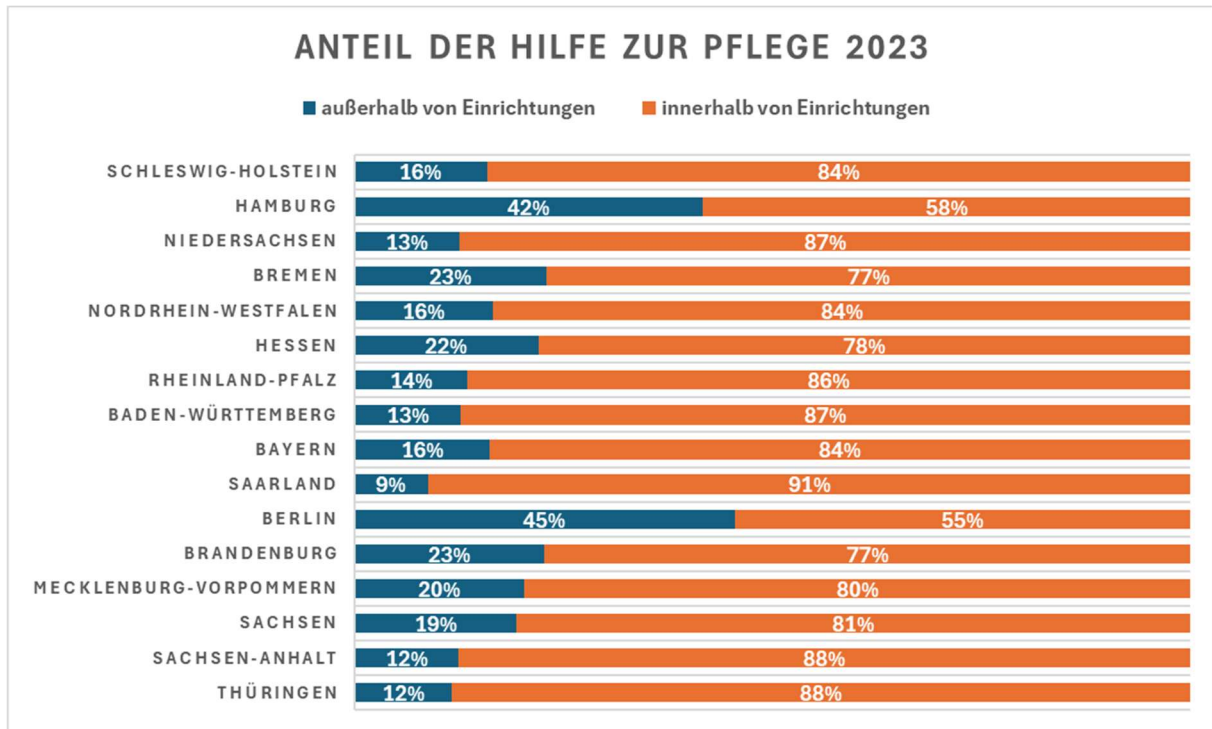


Abbildung 24: Anteilige Verteilung der Fälle von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen nach Bundesländern im Jahresverlauf 2023

Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis-Online, Tabelle 22131-0012

Gerechnet auf alle Pflegebedürftigen, erhält damit etwa 1,3 % aller Pflegebedürftigen in Deutschland Hilfe zur Pflege außerhalb von Pflegeeinrichtungen (ohne Abbildung). Werden die Zahlen der knapp 4,2 Mio. häuslich versorgten pflegebedürftigen Personen mit relevantem Pflegebedarf (Pflegegrad 2-5) zugrunde gelegt³, veranschaulicht Abbildung 25 den prozentualen Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in diesen häuslichen Pflegearrangements im Jahr 2023 in den einzelnen Bundesländern. Bei einem Bundesdurchschnitt von 1,8% liegen entsprechend die Stadtstaaten Hamburg (8,5 %) und Berlin (6,4 %) deutlich darüber.

³ Menschen in Pflegegrad 1 erhalten ausschließlich landesrechtliche bzw. gar keine Leistungen im Bereich Pflege und kommen somit auch nicht in Betracht, Leistungen der Hilfe zur Pflege zu beziehen.

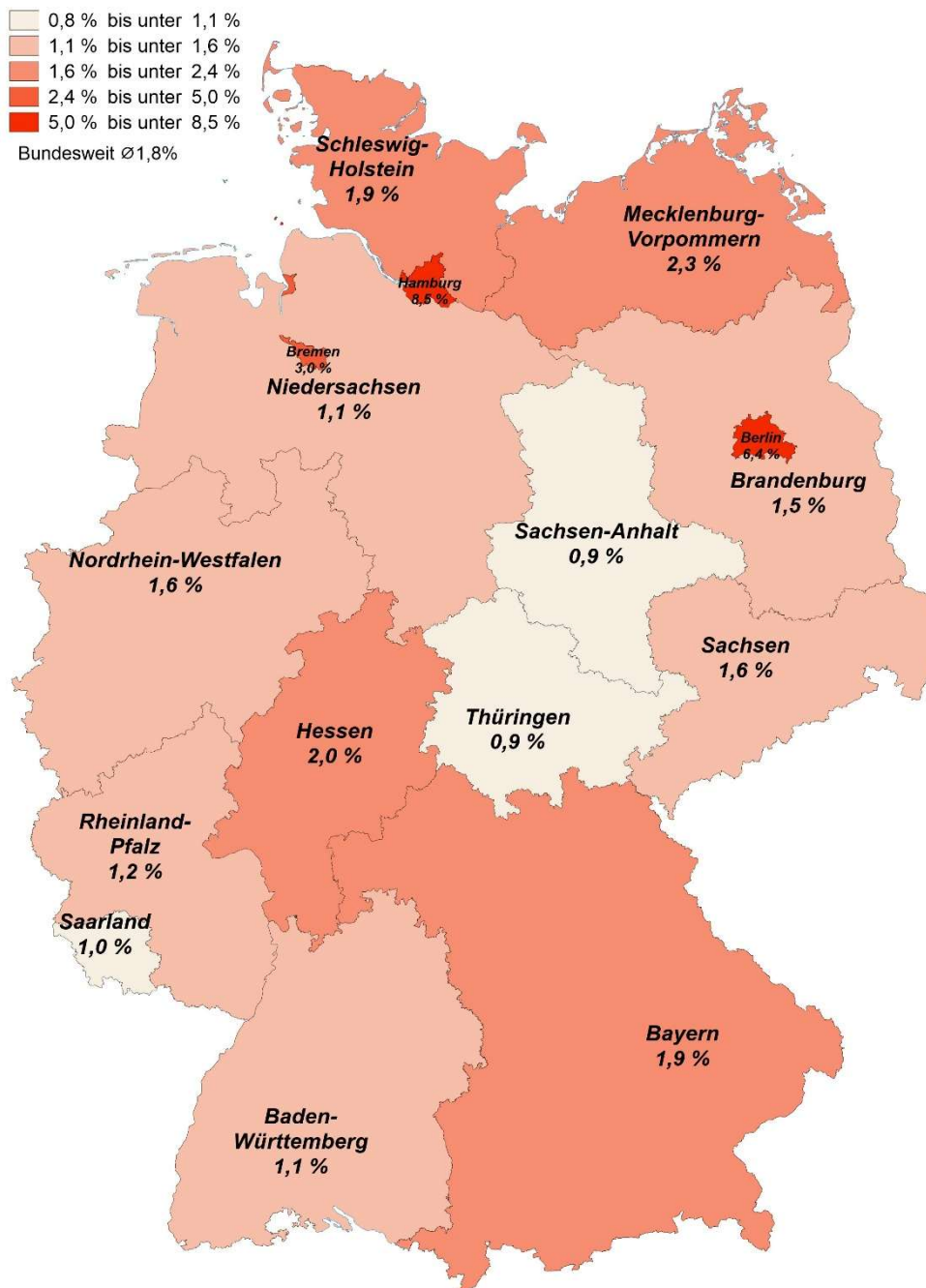


Abbildung 25: Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Pflegeeinrichtungen an Pflegebedürftigen mit PG 2-5 außerhalb von Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2023

Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis Online, Tabelle 12411-0017, 22131-0012; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland, Tabelle 22411-02-05-4

Der Großteil der Menschen erhält Leistungen der Hilfe zur Pflege innerhalb von Pflegeheimen. Am Ende des Jahres 2023 beträgt die Zahl der Leistungsempfänger*innen 334.515. Das entspricht etwa 6 % aller Pflegebedürftigen in Deutschland.

Legt man die Zahlen der stationär versorgten, pflegebedürftigen Personen zugrunde, zeigt Abbildung 26, welcher Prozentanteil von ihnen in den einzelnen Bundesländern im Jahr 2023 Hilfe zur Pflege erhält. Bundesweit erhalten im Durchschnitt 42 % der Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen

ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege. Die Anteile variieren auch hier je nach Bundesland von 35 % (Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein) bis 63 % (Bremen).

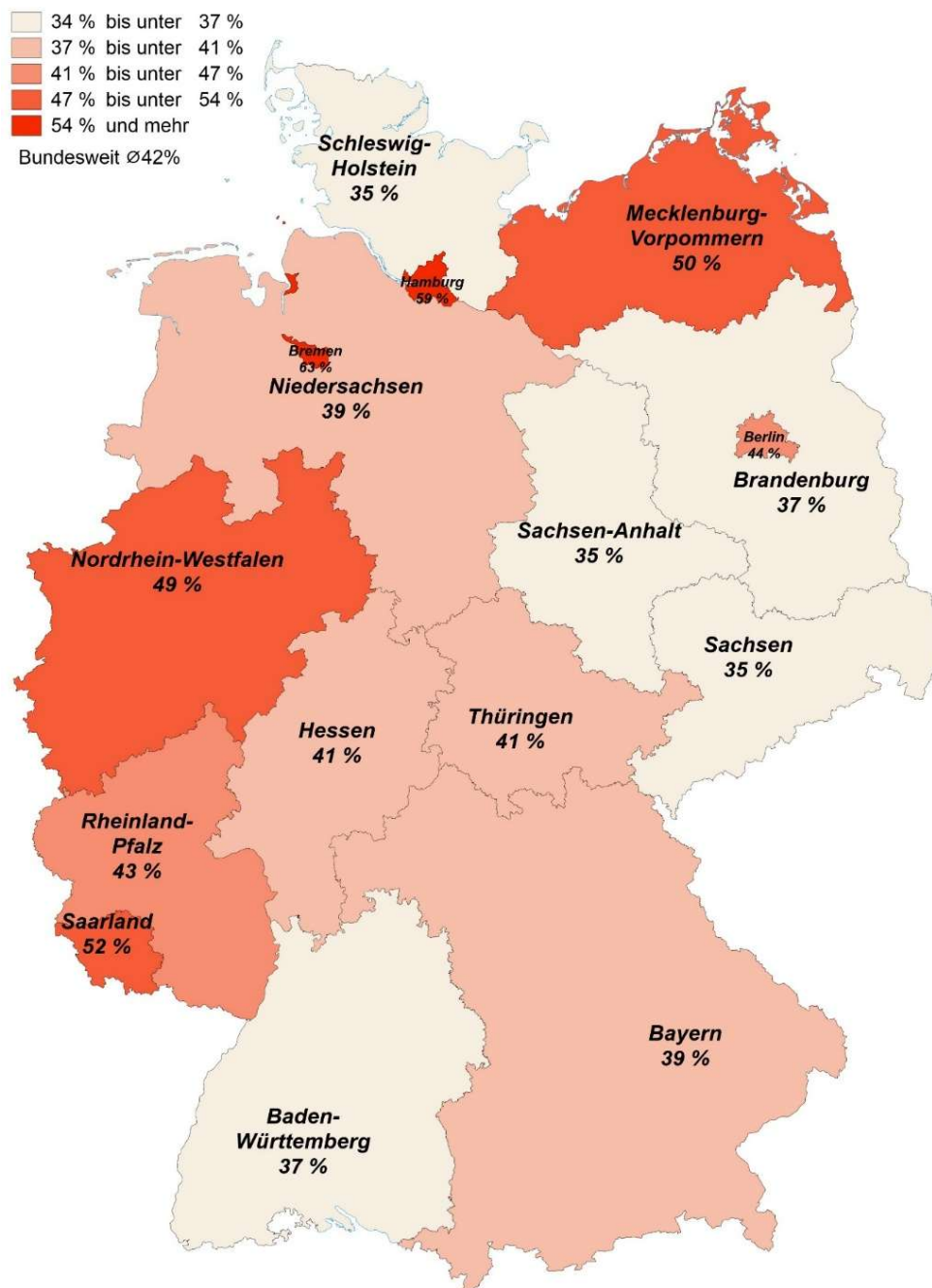


Abbildung 26: Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege innerhalb von Pflegeeinrichtungen an Pflegebedürftigen innerhalb von Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern im Jahr 2023

Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis Online, Tabelle 12411-0017, 22131-0012; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland, Tabelle 22411-02-05-4

2.3.3 Dunkelziffer: Modellrechnung ambulant

Wie in Kapitel 2.2.3 ausgeführt, ist für die Grundsicherung im Alter eine hohe Dunkelziffer nachgewiesen – sodass insgesamt bis zu 1,75 Millionen Älterer berechtigt wären, Grundsicherung im Alter als zentrale Leistung der Sozialhilfe im Alter in Anspruch zu nehmen. Es liegt nahe, dass ein

Großteil dieser Anspruchsberechtigten letztlich auch Hilfe zur Pflege in Anspruch nimmt, sobald die Betroffenen einen Pflegegrad beantragen. Um dieser Gruppe inklusive Dunkelziffer in den Zahlen der Sozialhilfestatistik nachzugehen, wurde der Anteil der Grundsicherung im Alter an der Bevölkerung 65+ in allen Bundesländern zugrunde gelegt und die in der Studie vom DIW nachgewiesenen 60 % Nichtinanspruchnahme hinzugerechnet (siehe Abbildung 27). Dies erweitert die Analyse der Sozialhilfestatistik aus dem vorigen Kapitel um eine Modellrechnung, die eine Annäherung an die tatsächlichen Zahlen potenziell von Pflegearmut Betroffener in Deutschland darstellen soll.

	Anteil „Grundsicherung im Alter“ (GiA) an der Bevölkerung 65+	Modellrechnung: Anteil GiA an der Bev. 65+ inkl. 60 % Dunkelziffer
Schleswig-Holstein	3,5 %	8,9 %
Hamburg	9,7 %	24,2 %
Niedersachsen	3,8 %	9,5 %
Bremen	7,8 %	19,4 %
Nordrhein-Westfalen	4,7 %	11,8 %
Hessen	4,7 %	11,7 %
Rheinland-Pfalz	3,2 %	8,0 %
Baden-Württemberg	2,9 %	7,3 %
Bayern	3,2 %	8,1 %
Saarland	4,2 %	10,5 %
Berlin	6,6 %	16,6 %
Brandenburg	1,7 %	4,3 %
Mecklenburg-Vorpommern	2,0 %	5,0 %
Sachsen	1,6 %	4,1 %
Sachsen-Anhalt	1,7 %	4,2 %
Thüringen	1,4 %	3,4 %

Abbildung 27: Grundsicherung im Alter an der Bevölkerung 65+ Real und Modell

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Regionaldatenbank Deutschland, Tabelle 22151-01-02-4

In den folgenden Modellrechnungen wurde angenommen, dass der Anteil Grundsicherung im Alter inklusive Dunkelziffer auch dem Anteil von potenziell Leistungsberechtigten in der Pflege entspricht. Armutsgefährdete Menschen, die Grundsicherung im Alter beziehen (könnten), werden sich auch nicht die Kosten der Pflege leisten können. In der folgenden ersten Modellrechnung wurde gegenübergestellt, wie sich die Anzahl der Gewährung von „Hilfe zur Pflege“ ab 65 Jahre im Vergleich zu den potenziell Anspruchsberechtigten 65+ inklusive Dunkelziffer darstellt.

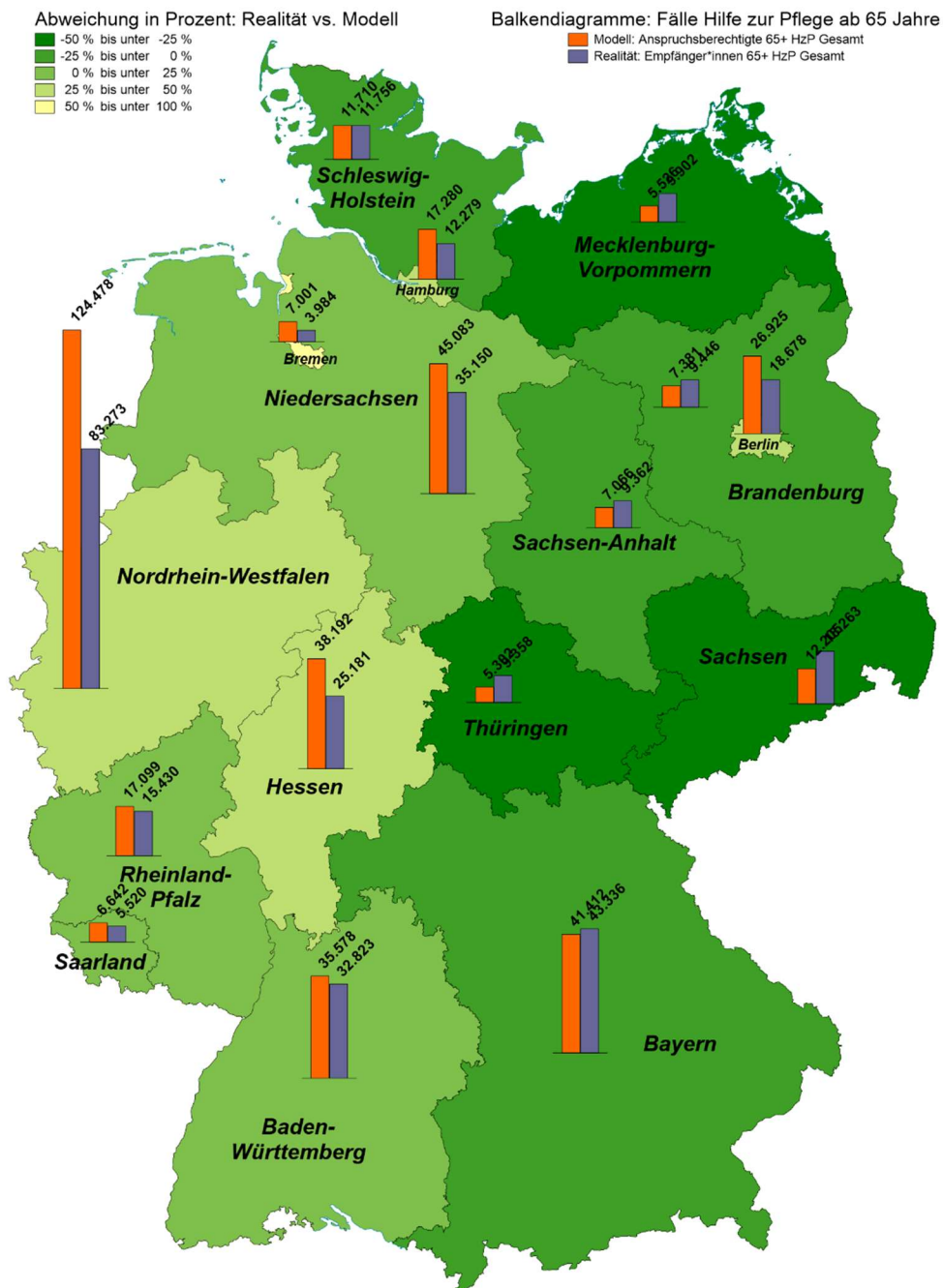


Abbildung 28: Vergleich aller Fälle Hilfe zur Pflege ab 65 Jahren – Modell vs. Realität

Es zeigt sich zunächst ein vergleichsweise ausgeglichenes Bild: Die Zahl der im Modell errechneten Leistungsberechtigten inklusive Dunkelziffer entspricht in den meisten Bundesländern recht genau der Anzahl der tatsächlichen Leistungsbezieher*innen von Hilfe zur Pflege. Hierhinter versteckt sich allerdings eine Besonderheit im Bereich Hilfe zur Pflege: So reicht die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen bis weit in die Mittelschicht hinein, da bei längerem Verbleib im Pflegeheim Heimpflege oftmals das Vermögen aufgebraucht wird und die Personen in den Sozialhilfebezug fallen. Die hohe Anzahl des „Hilfe zur Pflege“-Bezugs in Einrichtungen ist allerdings kein Ausdruck von Altersarmut im engeren Sinne. Ihre hohe Anzahl an allen Fällen der „Hilfe zur Pflege“ erschwert allerdings die Analyse von tatsächlicher Pflegearmut aus den Daten der Sozialhilfestatistik.

Aufgrund der Limitation in der Datenlage wurde das Modell sodann in einem zweiten Schritt auf die Zahl der zuhause lebenden Pflegebedürftigen mit Anspruch auf Grundsicherung im Alter reduziert. Allerdings mussten hierfür als Vergleichszahlen alle Fälle „Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen“ pro Bundesland gewählt werden. Eine Differenzierung nach zwei Merkmalen („außerhalb von Einrichtungen“ und „über 65 Jahre“) ist hier in der Sozialhilfestatistik nicht möglich.



Abbildung 29: Vergleich zwischen zuhause lebenden Pflegebedürftigen mit Grundsicherungs-Anspruch vs. Realität der HzP-Gewährung außerhalb von Einrichtungen

Errechnet man, wie in Abbildung 29 geschehen, die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit für die zuhause lebenden potenziell Grundsicherungsberechtigten, wird deutlich, dass für eine große Zahl von Personen, die Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege hätten, diese (offenbar) nicht in Anspruch

nehmen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass Empfängerinnen und Empfänger der Grundsicherungsleistungen nach einem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung und einer Eingraduierung Pflegegeld erhalten und dieses für die Bewältigung von pflegerischen Aufgaben respektive zur Kompensation entsprechender Aufwendungen einsetzen. Sie hätten neben dem Pflegegeldbezug aus den Leistungen der Pflegeversicherung keinen Anspruch auf Pflegegeldleistungen nach den §§ 61 ff. SGB XII, da wie dargelegt, die Leistungen der Hilfe zur Pflege denen der Pflegeversicherung weitgehend folgen, also akzessorisch ausgestaltet wurden. Als aufstockende Leistungen können allerdings die Leistungen der Hilfe zur Pflege auch für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung hoch relevant und attraktiv sein. Die Leistungen sind den meisten schlicht nicht bekannt, auch die Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht. Zudem finden sich in den §§ 61 ff. SGB XII Besonderheiten, die den wenigsten Leistungsberechtigten bekannt sein dürften – etwa der Anspruch auf ein (anteiliges) Pflegegeld gem. §§ 64a, 63b Abs. 5 SGB XII. Auch bei Bezug von Pflegesachleistungen bei einer leistungserschließenden Beratung spricht vieles dafür, dass der Anteil der Bezieher von Sachleistungen, das heißt der Personen, die Pflegedienste in Anspruch nehmen, auch (deutlich) höher ausfällt als bei Haushalten, die nicht in den Kreis der Leistungsberechtigten gemäß §§ 61 ff. SGB XII gehören.

Gleichwohl ist es auch plausibel, anzunehmen, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten von Grundsicherungsberechtigten nicht grundsätzlich von dem von anderen Gruppen Pflegebedürftiger unterscheidet. Daher wird in einer dritten Modellrechnung der durchschnittliche, prozentuale Anteil der Pflegebedürftigen zugrundegelegt, die auch bei reinem Leistungsbezug nach dem SGB XI ambulante Dienste und damit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gemäß § 36 SGB XII in Anspruch nehmen.

Somit wurden in der dritten Modellrechnung die Grundsicherungsberechtigten auf den Teil der zuhause lebenden Pflegebedürftigen reduziert, die (auch) Sachleistungen von ambulanten Pflegediensten in Anspruch nehmen (je nach Bundesland etwa 15 % bis 25 % der Pflegebedürftigen). Hierbei wurde vereinfachend angenommen, dass der Anteil der Grundsicherungsempfänger*innen in dieser Gruppe gleich hoch ist wie in der Allgemeinheit. Die Ergebnisse dieses Modellvergleiches sind in Abbildung 30 dargestellt.

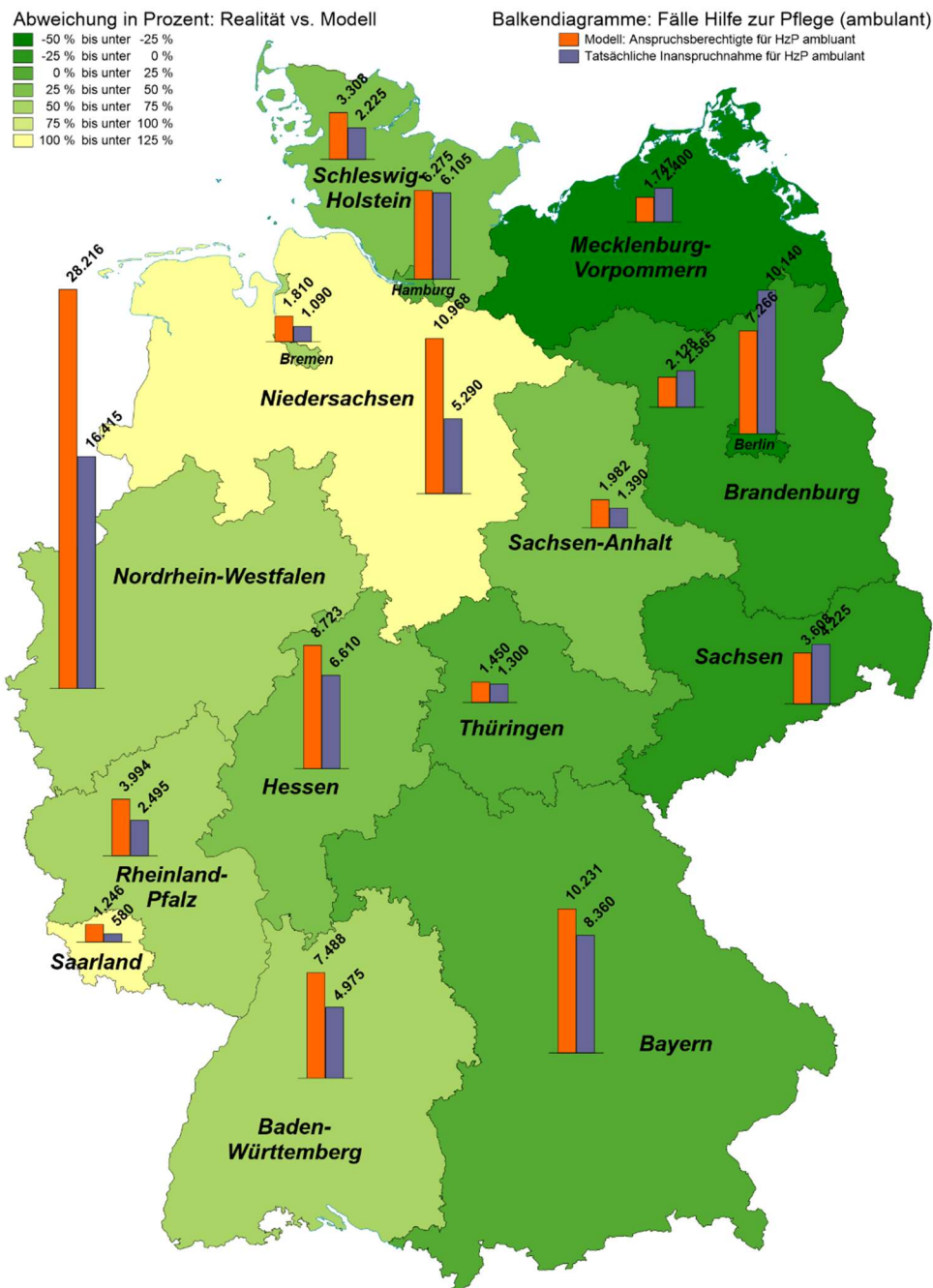


Abbildung 30: Vergleich der Fälle Hilfe zur Pflege (ambulant) – Modell vs. Realität

Die Befunde der dritten Modellrechnung lassen zum einen große Unterschiede in der Leistungsgewährung zwischen den Bundesländern erkennen, wobei davon ausgegangen werden muss, dass die Unterschiede in der Gewährung von Hilfe zur Pflege-Leistungen zwischen den Sozialhilfeträgern auf der Ebene der Bundesländer ihrerseits noch mal hoch unterschiedlich ausfallen – mit Ausnahme der Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin. Die Zahlen zeigen in einer interessanten Weise, dass in einigen Bundesländern deutlich mehr Personen, als in den Modellrechnungen für das Bundesland errechnet, Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen erhalten, als dies die Modellrechnungen nahelegen würden. Allerdings weisen die Statistiken über die Gewährung der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen nicht aus, in welcher Höhe auch jüngere

Personen Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen. So könnten sich die Zahlen auch in Teilen dadurch erklären, dass Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf unter 65 Jahren in gewisser Zahl mit einbezogen werden (mussten), bspw. auch solche im sogenannten Arbeitgebermodell. Hier weichen die Gewährungspraktiken der Sozialhilfeträger deutlich voneinander ab. Die Fallzahlen dürften allerdings auch hier begrenzt sein.

Die hohen Zahlen des Leistungsbezuges in manchen Bundesländern können sich auch dadurch erklären, dass etwa in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern in vergleichsweise großem Umfang sozialhilfeberechtigte Personen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen erhalten (vgl. Klie et al. 2020). Wie sich aus den vertiefenden Studien auf Bundesländerebene ergibt oder ergeben hat, werden, etwa für Brandenburg, als Erklärung für die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen die Gewährung für Bewohnerinnen und Bewohnern von ambulant betreuten Wohngemeinschaften angegeben. Bei ihnen handelt es sich, ähnlich wie bei den Beziehern von Hilfe zur Pflege-Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, mitnichten allein um Personen, die berechtigt sind, Grundsicherungsleistungen im Alter in Anspruch zu nehmen. Vielmehr fallen hier wie im stationären Bereich auch wieder Mittelschichtsfamilien hinein, die die auch in ambulant betreuten Wohngemeinschaften inzwischen sehr hohen, selbst zu tragenden Kosten nicht aus dem laufenden Einkommen und Vermögen aufbringen können. Insofern verstecken sich hinter den Zahlen der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege-Leistungen außerhalb von Einrichtungen auch Personen, die nicht im engeren Sinne zu den armutsgefährdeten oder von (relativer) Armut Betroffenen zählen. Genau beziffern lassen sich diese Anteile allerdings mangels entsprechender Daten nicht.

Exkurs: Differenzierung der Leistungsbezieher der Hilfe zur Pflege

Angesichts fehlender Differenzierung in der Sozialhilfestatistik müssen die für die Modellrechnungen herangezogenen Daten vorsichtig und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Gruppen von Leistungsberechtigten einerseits, aber auch mit Blick auf unterschiedliche Leistungsorte differenziert betrachtet werden. Die Abbildung 31 veranschaulicht – und dies mit Blick auf die Einkommenssituation und damit auch unter dem Aspekt „Pflegearmut“ – drei Gruppen von (potenziellen) Leistungsbeziehern von Hilfen zur Pflege.

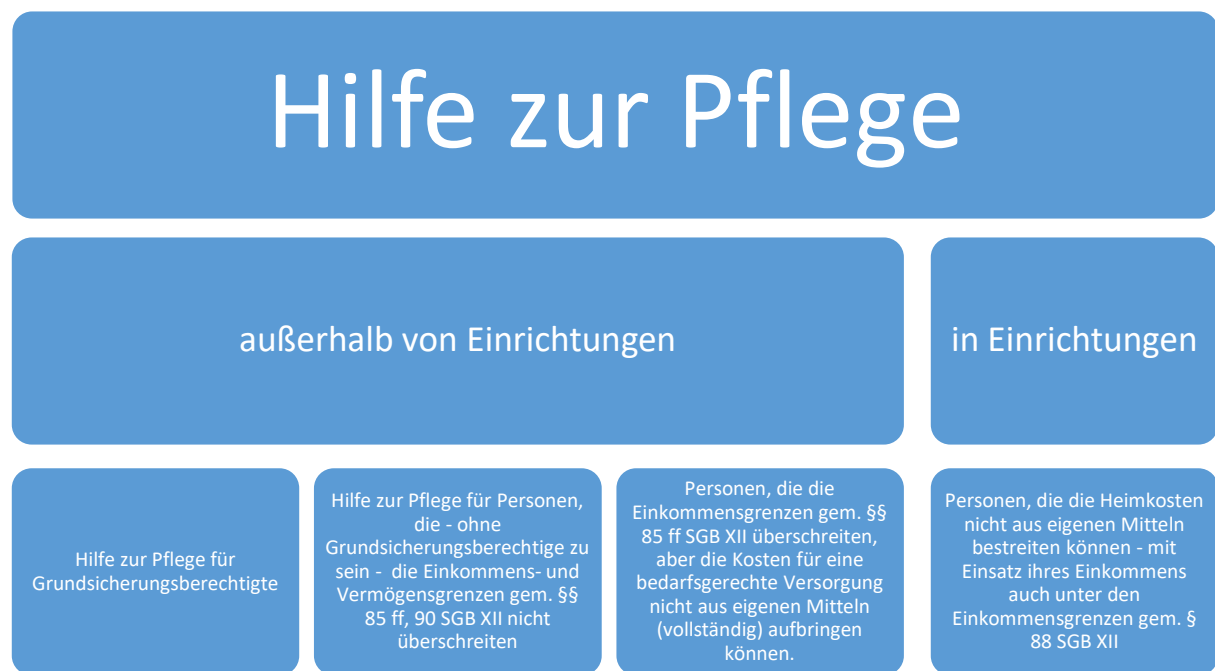


Abbildung 31: Gruppen von Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege
Quelle: eigene Darstellung

Das sind zum einen die Grundsicherungsberechtigten, die bei einem entsprechenden Bedarf regelhaft auch Ansprüche auf Hilfe zur Pflege geltend machen können. Das sind zum Zweiten die Personen, die zwar keine Grundsicherungsbezieher sind, aber die Einkommensgrenzen gem. §§ 85ff. SGB XII nicht überschreiten. Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen erhalten auch Personen, die zwar keine Grundsicherungsberechtigten sind, aber die Einkommensgrenzen gem. §§ 85ff. SGB XII nicht überschreiten. Damit ist der Kreis der Leistungsberechtigten der Hilfe zur Pflege potentiell deutlich größer als der der Grundsicherungsempfängenden. Schließlich erhalten Leistungen der Hilfe zur Pflege auch die Personen, die die Einkommensgrenzen gem. § 85ff. SGB XII – gegebenenfalls auch deutlich – überschreiten und die die Kosten für Leistungen zur Deckung des gem. § 63a SGB XII festgestellten pflegerischen Bedarf nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können. Bei diesem Personenkreis stellt sich in der Gewährung der häuslichen Pflegehilfe gem. § 64b SGB XII dann gegebenenfalls die Frage der unverhältnismäßigen Mehrkosten für eine ambulante, häusliche Versorgung gegenüber den Heimkosten (vgl. § 9 SGB XII). Eine Sondergruppe der Hilfe zur Pflege-Berechtigten stellen gegebenenfalls nicht pflegeversicherte Personen dar, etwa geduldete Asylsuchende oder nicht versicherte Obdachlose. Eine eigenständige Gruppe bilden die gem. § 65 SGB XII Leistungsberechtigten für eine stationäre Pflege. Hierzu gehören alle für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen benannten Personengruppen. Die Besonderheit bei der Gewährung der stationären Pflege gem. § 65 SGB XII liegt darin, dass bei dauerhafter Versorgung in der stationären Pflege auch das Einkommen unterhalb der Einkommensgrenze gem. §§ 85, 88 SGB XII berücksichtigt und eingesetzt werden kann und muss – mit dem freigelassenen sog. Barbetrag.

Bei einer Betrachtung der Leistungsart und Leistungsorte ergeben sich die in Abbildung 32 dargestellten Differenzierungen.

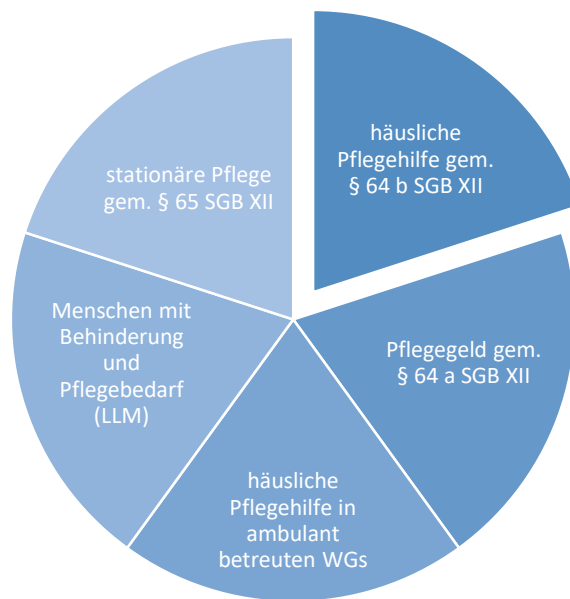


Abbildung 32: Leistungsarten und -orte
Quelle: eigene Darstellung

2.3.4 Limitationen durch begrenzte Verfügbarkeit von Daten

Die empirische Analyse war mit Einschränkungen hinsichtlich der Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit regionalisierter Daten verbunden. Diese Limitationen betreffen insbesondere die Differenzierung nach Altersgruppen sowie nach Versorgungsarten und erschweren eine konsistente Auswertung auf Kreisebene.

Ein zentrales Problem ergibt sich aus der Kombination der Filter „Altersgruppe 65+“ und „Versorgung außerhalb von Einrichtungen“. Auf Kreisebene führen diese Differenzierungen häufig zu sehr kleinen Fallzahlen, weshalb entsprechende Werte in vielen amtlichen Statistiken nicht veröffentlicht werden. Dadurch fehlen, im Sinne der Studie, für zahlreiche Kreise vollständig auswertbare Angaben. Darüber hinaus liegen keine einheitlichen Daten zu pflegebedürftigen Personen ab 65 Jahren auf Kreisebene vor. Zwar stellen die statistischen Ämter Angaben zur Gesamtzahl der Pflegebedürftigen auf Kreisebene bereit, eine altersgruppenspezifische Aufschlüsselung erfolgt dabei nicht nach einheitlichen Altersgruppen. Dies verhindert die Berechnung vergleichbarer Kennzahlen zwischen den Bundesländern, etwa des Anteils der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege innerhalb der Gruppe der Pflegebedürftigen ab 65 Jahren. Diese Problematik verschärft sich weiter bei der Differenzierung nach Versorgungsarten. Für Pflegebedürftige außerhalb von Einrichtungen fehlen auf Kreisebene in nahezu allen Bundesländern altersdifferenzierte Angaben ab 65 Jahren. In der Regel sind lediglich Gesamtzahlen nach Versorgungsarten verfügbar. Eine alters- und versorgungsspezifische Analyse auf Kreisebene ist daher nicht möglich.

Auf Länder- und/oder Kreisebene fehlen einheitliche Angaben zu der Anzahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege ab 65 Jahren sowie der Anzahl der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen und die Kombination aus beiden Filtern. Aufgrund dieser Datenlücken ist eine konsistente, vergleichende Analyse auf Kreisebene nicht möglich. Deshalb wurde die analytische Ebene auf die Landesebene beschränkt.

2.4 Vertiefungen in vier Bundesländern

2.4.1 Ziel und Auswahl von Bundesländern

Die Datenlage auf Bundesebene lässt nur in einem begrenzten Umfang vertiefende Analysen zu, die für die Abschätzung der sich im Leistungsbezug von Grundsicherung im Alter und Hilfe zur Pflegeleistungen befindenden Bürgerinnen und Bürgern sowie eine zu vermutende Dunkelziffer abschätzen lässt. Daher wurden vier Bundesländer ausgewählt in denen exemplarische Vertiefungen von Datenanalysen und Profilen der Leistungsgewährung vorgenommen werden sollten. Auch hier gab es zum Teil erhebliche Hürden die relevanten Datensätze der Gewährung von Hilfe zur Pflege und Grundsicherung differenziert nach Alter, Leistungsort und Leistungsumfang zu ermitteln. Die ausgewählten Bundesländer sind die Bundesländer

- Baden-Württemberg und dort mit zwei Vertiefungen: einem Landkreis, einem Stadtkreis,
- das Land Berlin mit einer recht umfangreichen Sozialhilfe und Sozialstatistik sowie
- das Land Brandenburg.

Jeweils ist es gelungen exemplarisch Fragen der Gewährung von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen nachzugehen. Nachträglich mit aufgenommen wurde

- die Freie und Hansestadt Hamburg als das Bundesland, in dem die Gewährung von Leistungen der häuslichen Pflege das höchste Niveau im Vergleich der Bundesländer erreicht hat.

2.4.2 Baden-Württemberg

Das Statistische Landesamt Baden-Württemberg veröffentlicht jährliche statistische Berichte zu den Empfängerinnen und Empfängern von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII sowie von Eingliederungshilfe nach dem SGB IX. Die Datenerhebung erfolgt als Totalerhebung und bezieht sich jeweils auf das abgeschlossene Kalenderjahr. Auf Landesebene stehen sehr ausführliche Informationen zur Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege zur Verfügung. So werden die Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII unter anderem anhand von Fallzahlen differenziert nach Altersgruppen, Geschlecht, Leistungsort (ambulant/stationär), Staatsangehörigkeit sowie Pflegegrad ausgewiesen. Diese Daten werden sowohl stichtagsbezogen zum 31.12. als auch in Werten, die den Jahresverlauf abbilden, zur Verfügung gestellt. Ergänzend dazu enthält der Bericht Angaben zu den Gesamtausgaben nach dem SGB XII im Laufe des Berichtsjahres bzw. den sozialhilferechtlichen Gesamtbedarf sowie den jeweiligen Ausgabenbereichen. Darüber hinaus wird die Dauer, der im Laufe des Berichtsjahres beendeten Hilfen statistisch erfasst.

Auf Ebene der Landkreise differenziert der Bericht zwar die Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Alter und Ort der Leistungsgewährung. Die Hilfe zur Pflege wird hierbei jedoch lediglich als Fallzahl im Verhältnis zur Gesamtzahl der Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII ausgewiesen. Infolgedessen erlaubt die verfügbare Statistik auch für Baden-Württemberg keine vertiefte Analyse der Fallzahlen der Hilfe zur Pflege auf Kreisebene, insbesondere im Hinblick auf Altersgruppen und Leistungsorte.

Die Anzahl der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege stieg in Baden-Württemberg seit 2005 stetig an. Bis 2016 erreicht die Zahl der Leistungsempfänger*innen circa 45.000 Menschen. Davon beziehen zu diesem Zeitpunkt etwa 9.600 Menschen Leistungen außerhalb von Einrichtungen. Wie im Großteil der Bundesländer macht sich ein Rückgang der Fallzahlen im Bereich der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen zwischen 2016 und 2017 bemerkbar. So fallen diese Zahlen auch in Baden-Württemberg auf dann noch 5.520 Leistungsempfänger*innen außerhalb von Einrichtungen

(Abbildung 33). Nach diesem Rückgang steigen die Fallzahlen allmählich wieder an. In Baden-Württemberg beziehen im Verlauf des Jahres 2023 etwa 39.000 Menschen Hilfe zur Pflege, davon der überwiegende Anteil innerhalb von Einrichtungen (Abbildung 24). Das Durchschnittsalter der Leistungsempfänger*innen beträgt dabei 78 Jahre, circa 92 % haben eine deutsche Staatsangehörigkeit.

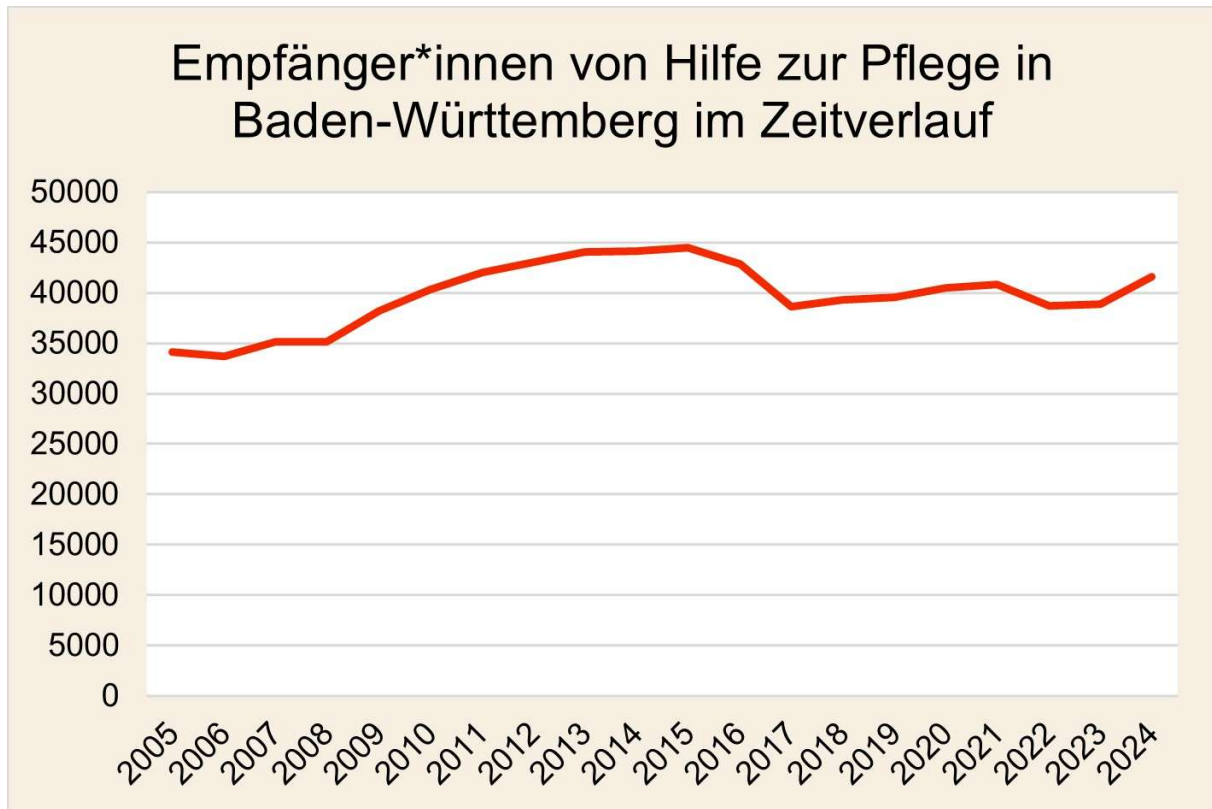


Abbildung 33: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Baden-Württemberg im Zeitverlauf
 Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis Online, Tabelle 22131-0012

Die Datengrundlage für die vertiefte Analyse des Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald sowie des Stadtkreis Ulm sind unveröffentlichte, interne Statistikdaten, die für diese Studie bereitgestellt wurden.

Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald

Ein nicht unerheblicher Teil des seit 2022 zu beobachtenden Anstiegs der Fallzahlen und Ausgaben in der Hilfe zur Pflege ist – insbesondere im Bereich der ambulanten Leistungsgewährung – auf geflüchtete Ukrainer*innen zurückzuführen. Dies zeigt sich sowohl in der Hilfe zur Pflege als auch in den Grundsicherungsleistungen. Der prozentuale Anteil von Personen mit ukrainischer Staatsangehörigkeit an der Gesamtzahl der Leistungsempfänger*innen beträgt 2,9 %. Deutlicher wird der Anteil dieser Gruppe im ambulanten Bereich. Dort liegt der Anteil der Leistungsbeziehenden aus der Ukraine bei 11,5 % (Abbildung 34).

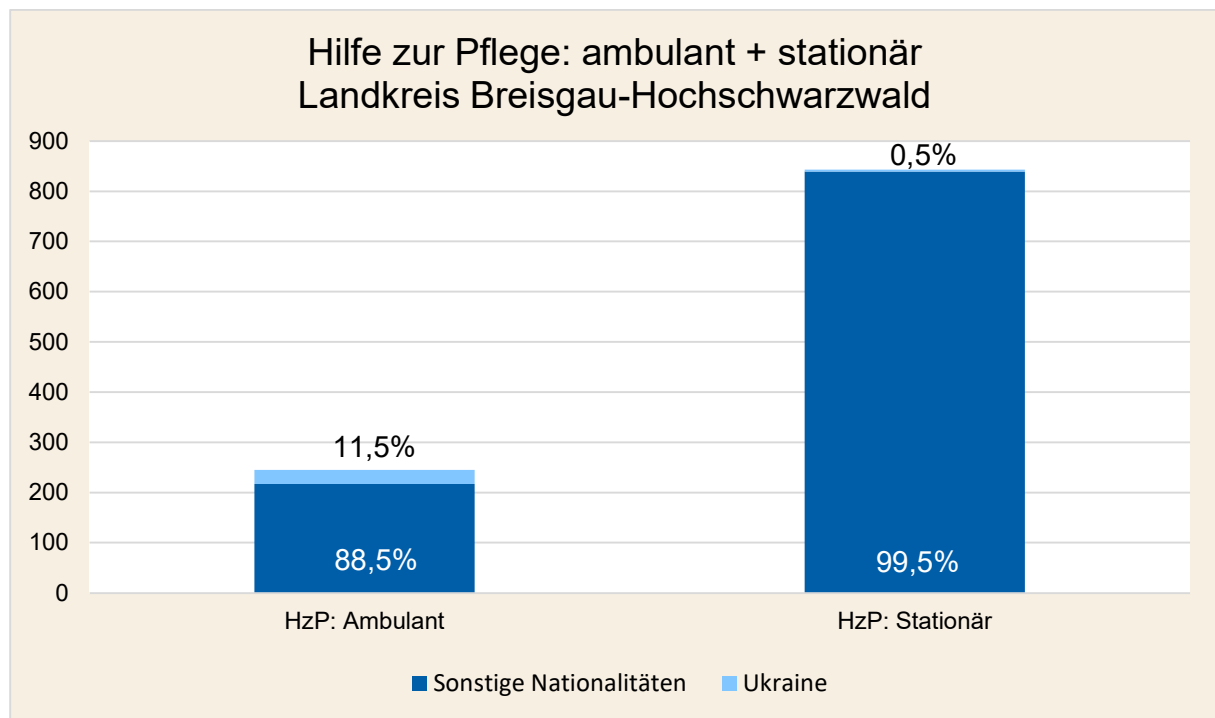


Abbildung 34: Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald nach Versorgungsort
Quelle: eigene Darstellung

Stadtkreis Ulm

Die Stadt Ulm stellt mit ihrem explizit für die Hilfe zur Pflege entwickelten Fallmanagement nach § 63a SGB XII ein Beispiel für eine bewusste Bedarfsfeststellung und -steuerung sowie Monitoring der Sozialhilfeausgaben und der Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege dar. Die Leistungen werden systematisch nach vollstationären und ambulanten sowie nach teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege differenziert erfasst. Im Bereich der vollstationären Hilfe zur Pflege wird die Anzahl der Leistungsempfänger*innen mit den Pflegegraden 2 bis 5 zum Stichtag 31.12. ausgewiesen. Fälle, die andere Leistungen nach dem SGB XII beziehen (z. B. nach §§ 80 oder 73 SGB XII), werden in dieser Erhebung nicht berücksichtigt. Die vorliegenden Daten erlauben eine Differenzierung nach Alter (unter 65 Jahre; 65 Jahre und älter) sowie nach Pflegegrad.

In den übrigen Bereichen der Hilfe zur Pflege wird zum Stichtag 31.12. die Anzahl der ambulanten Leistungen erhoben. Es kann hierbei zu Doppelzählungen kommen, da beispielsweise Pflegegeld in Kombination mit Sachleistungen gewährt werden kann. Darüber hinaus können Pflegebedürftige in Tages- und Nacht- oder Kurzzeitpflege ebenfalls ambulante Leistungen erhalten. Zum Stichtag 15.12. werden zusätzlich die teilstationären Leistungen der Tages-/Nachtpflege erfasst. Die Fälle der Kurzzeitpflege werden sowohl zum Stichtag 15.12. als auch im Jahresverlauf gezählt. Ergänzend wird die Verhinderungspflege zum Stichtag 15.12.2023 erhoben. Aus den Daten ergibt sich, dass die Leistungen der Hilfe zur Pflege überwiegend aus vollstationären Leistungen bestehen (69 %), während ambulante Leistungen 31 % ausmachen (Abbildung 35).

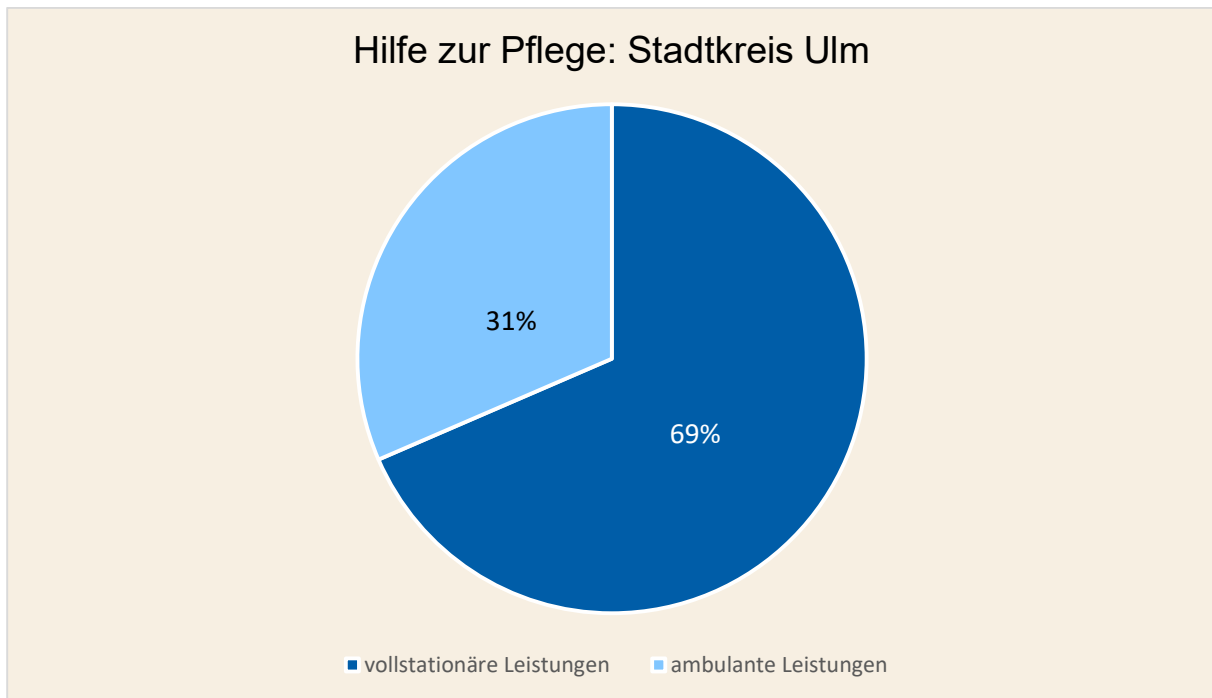


Abbildung 35: Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege im Stadtkreis Ulm nach Versorgungsort in Prozent mit Stichtag 31.12.2023.

Die teilstationären Leistungen der Tages-/Nachtpflege (18 Leistungsfälle zum Stichtag 15.12.2023) sind in die Abbildung einbezogen, die im Jahresverlauf anfallenden Kurzzeitpflegeleistungen hingegen, werden nicht im Diagramm abgebildet
Quelle: eigene Darstellung

Für den Bereich der vollstationären Hilfe zur Pflege ist die Differenzierung nach Pflegegraden in Abbildung 36 dargestellt. Deutlich wird, dass der Großteil der vollstationären Leistungen in den Pflegegraden 3 und 4 gewährt wird.

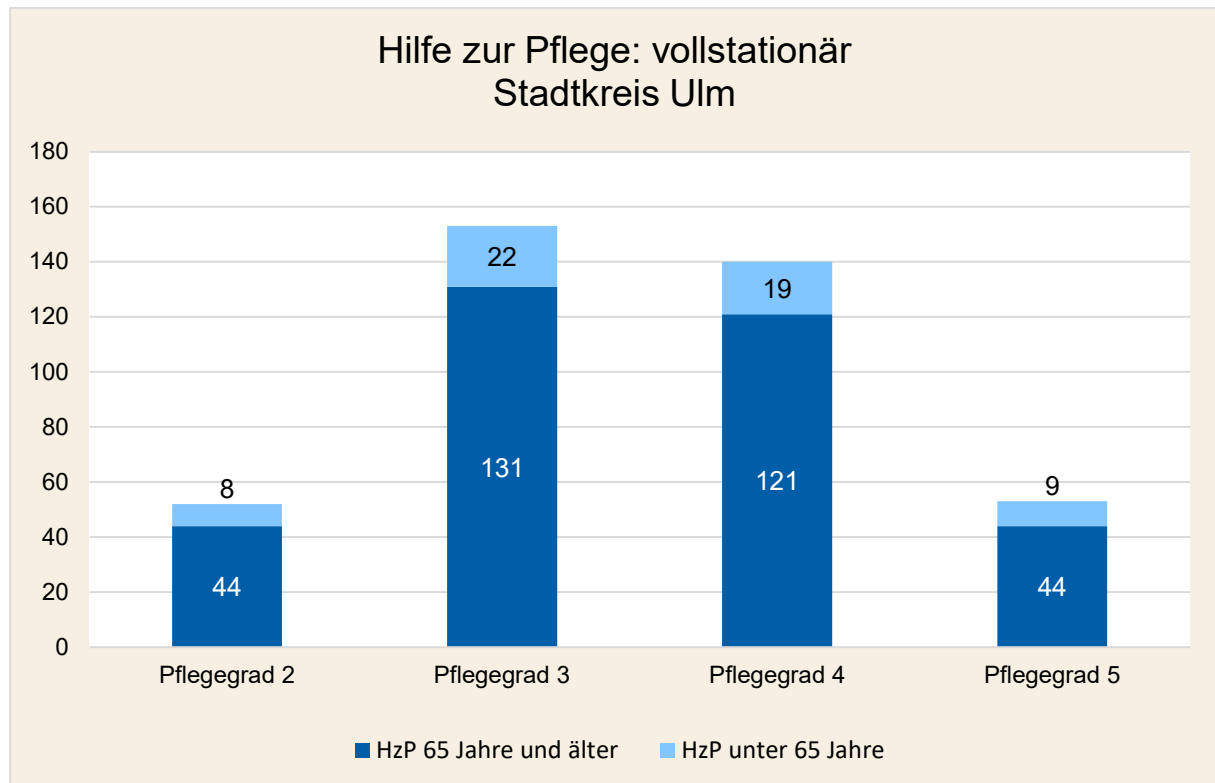


Abbildung 36: Verteilung der Pflegegrade bei Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege vollstationär nach Altersgruppen zum Stichtag 31.12.2023 im Stadtkreis Ulm
Quelle: eigene Darstellung

2.4.3 Berlin

Mit den im Rahmen des Landespflegeplanes (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege 2025) eingeführten Bezirksprofilen⁴ stellt die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (SenWGP) bezirksspezifische Daten zur pflegerischen Versorgung in einheitlicher Form bereit. Sieben Pflegeindikatoren geben Einblick in Zahl und Zusammensetzung der pflegebedürftigen Personen nach Alter und Pflegegrad sowie in die Angebotsstrukturen in den Berliner Bezirken. Ergänzend dazu veröffentlicht die SenWGP Bezirkskarten⁵, die die räumliche Verteilung und Kapazitäten ausgewählter pflegebezogener und pflege flankierender Angebote abbilden. Diese Karten werden durch das Geoportal Berlin⁶ der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen ergänzt. Öffentlich zugängliche Daten der Pflegestatistik, der Hilfe zur Pflege sowie der Grundsicherung im Alter werden vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg in einem zentralen Datenportal⁷ bereitgestellt. Darüber hinaus stellt das Sozial-Informations-System⁸ Datensätze zu Leistungsbeziehenden und Haushaltsmitteln in den von der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung verantworteten Bereichen sozialer Hilfen und Transferleistungen zur Verfügung. Diese breite Datenverfügbarkeit ermöglicht für Berlin eine

⁴ Vgl. <https://www.berlin.de/sen/pflege/planung-und-zusammenarbeit/datengrundlagen/> (Abruf vom 03.02.2026).

⁵ Vgl. <https://www.berlin.de/sen/pflege/service/berichte-und-statistik/datengrundlagen/artikel.1477637.php> (Abruf vom 03.02.2026).

⁶ Vgl. <https://gdi.berlin.de/viewer/main/> (Abruf vom 03.02.2026).

⁷ Vgl. <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/gesellschaft/gesundheit/pflege> (Abruf vom 03.02.2026).

⁸ Vgl. <https://www.sozial-informations-system.de/home?lang=de> (Abruf vom 03.02.2026).

vertiefte Analyse der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege auf Bezirksebene. Zudem lässt sich die Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege für die Altersgruppe 65+ gesondert ausweisen.

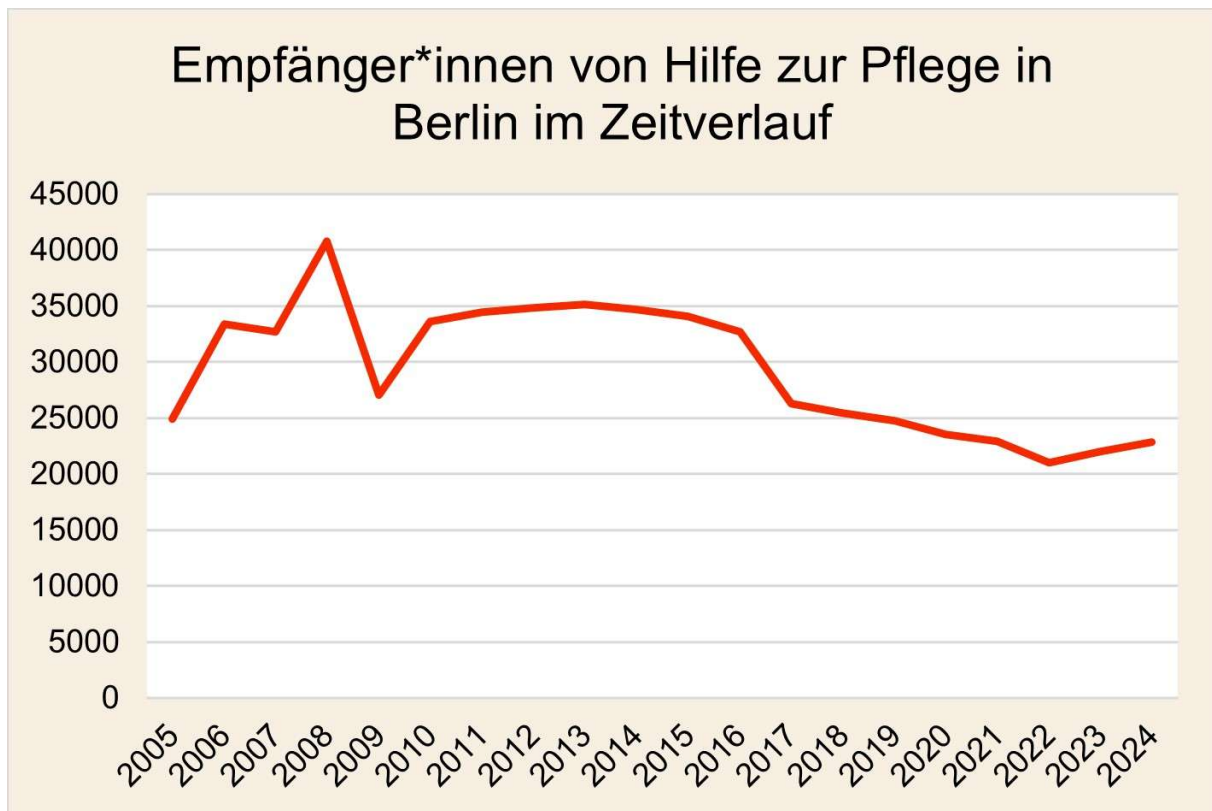


Abbildung 37: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Berlin im Zeitverlauf

Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis Online, Tabelle 22131-0012

Wie in Abbildung 37 erkennbar, ist die Anzahl der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Berlin in der Zeit von 2005 bis 2024 um ca. 8 % auf insgesamt 22.870 gesunken.

Laut der monatlichen Statistik nach dem 5. – 9. Kapitel des SGB XII (HbL) in Berlin (2023) erhielten am Stichtag 31.12.2023 insgesamt 16.794 Personen Hilfe zur Pflege. Rund 80 % von ihnen waren 65 Jahre oder älter. Abbildung 38 zeigt den prozentualen Anteil der Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege ab 65 Jahren an allen Pflegebedürftigen dieser Altersgruppe in den Berliner Bezirken. Für Berlin insgesamt ergibt sich dabei ein durchschnittlicher Anteil von 8,3 %. Die höchsten Anteile verzeichnen Friedrichshain-Kreuzberg mit 10,4 % sowie Mitte und Lichtenberg mit jeweils 10,2 %. Niedrigere Anteile weisen Steglitz-Zehlendorf (5,5 %) und Reinickendorf (6,1 %) auf.

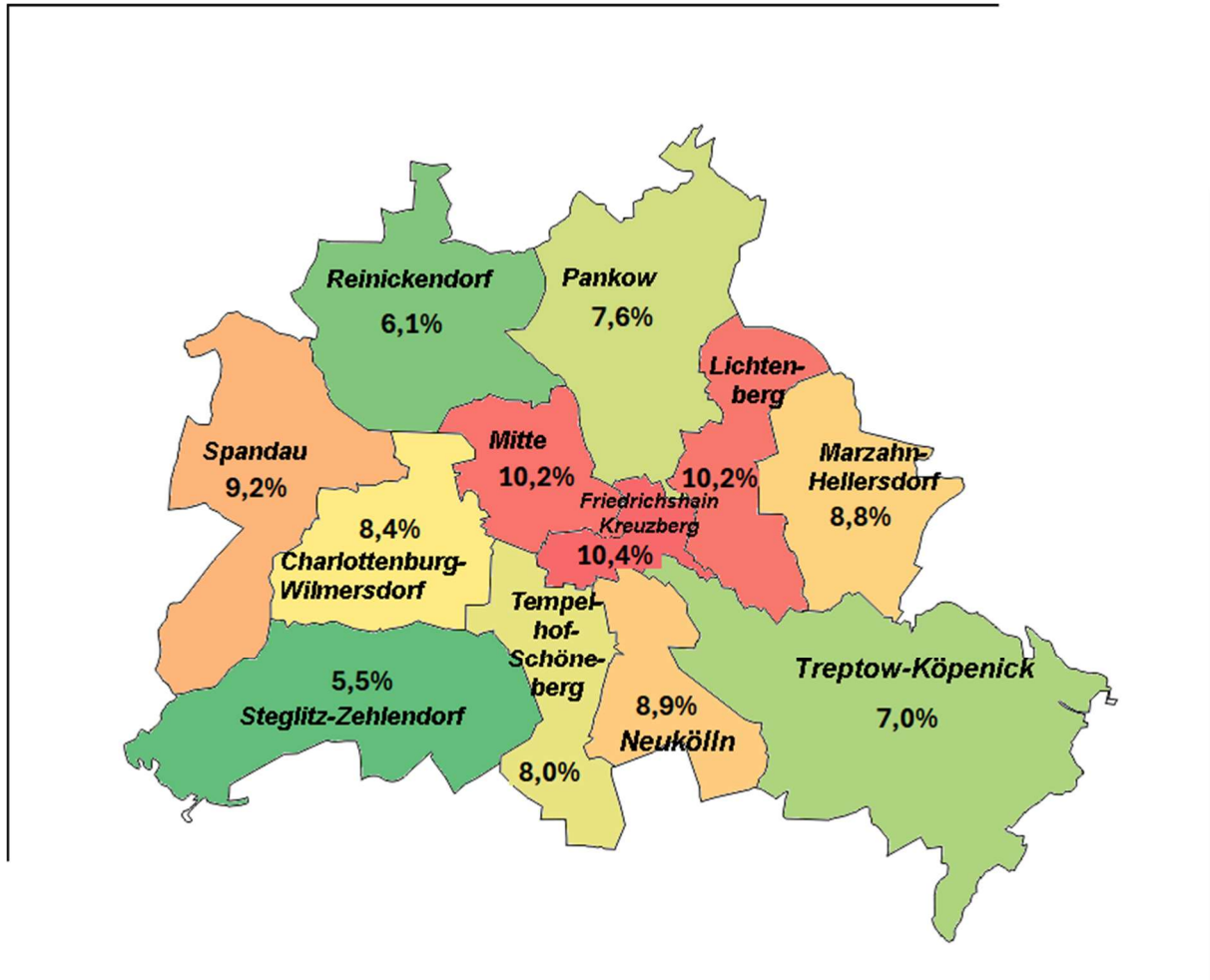


Abbildung 38: Prozentualer Anteil der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege ab 65 Jahren an den Pflegebedürftigen ab 65 Jahren in Berlin nach Bezirken im Jahr 2023

Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung Berlin (2023): Monatliche Statistik nach dem 5. – 9. Kapitel des SGB XII (HbL) in Berlin (Stand 31.12.2023), Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege: Pflege-Bezirksprofile. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/pflege/planung-und-zusammenarbeit/datengrundlagen/> (Zugriff am 11.12.2025)

2.4.4 Brandenburg

Analog zu Berlin stellt das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg für das Land Brandenburg öffentlich zugängliche Daten aus der Pflegestatistik, zur Hilfe zur Pflege sowie zur Grundsicherung im Alter über ein zentrales Datenportal bereit. Ergänzend hierzu wird jährlich ein Statistischer Bericht zur Sozialhilfe im Land Brandenburg (2025) veröffentlicht. Dieser Bericht bündelt die Daten zu den Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII. Dort werden auf Landesebene die Gesamtzahlen der Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII differenziert nach Leistungsort, Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Altersgruppen ausgewiesen. Auch die Daten zur Hilfe zur Pflege werden auf Landesebene anhand dieser Merkmale aufgeschlüsselt. Darüber hinaus erfolgt eine Differenzierung nach Leistungsarten. Auf Ebene der Landkreise weist der Bericht die Anzahl der Leistungsempfänger*innen nach dem 5. bis 9. Kapitel des SGB XII ebenfalls differenziert nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Alter sowie Ort der Leistungsgewährung aus. Die Hilfe zur Pflege wird auch in Brandenburg lediglich als Fallzahl im Verhältnis zur Gesamtzahl der Leistungen ausgewiesen.

Das Land stellt im Rahmen der Datenplattform Brandenburger Sozialindikatoren⁹ umfassende und vertiefende statistische Informationen zur Verfügung. Die Brandenburger Sozialindikatoren dienen als systematisches Instrument, regelmäßige und strukturierte Berichterstattung über soziale Strukturen und soziale Prozesse digital bereitzustellen.

Der Indikatorensatz gliedert sich in insgesamt neun Themenfelder, wobei die inhaltlichen Schwerpunkte insbesondere in den Bereichen soziale Sicherung, Gesundheit und Pflege liegen. Das Themenfeld Behinderung und Pflege ist wiederum in acht weitere Aspekte differenziert. Innerhalb des Bereichs Hilfe zur Pflege werden auf Kreisebene sowohl die Fallzahlen der stationären und teilstationären Hilfe zur Pflege je 1.000 Einwohner*innen als auch die entsprechenden Gesamtzahlen im Jahresdurchschnitt ausgewiesen. Ergänzend hierzu stellt die Datenplattform Angaben zu den Nettoaufwendungen für die stationäre und teilstationäre Hilfe zur Pflege bereit, ebenfalls sowohl je 1.000 Einwohner*innen als auch in absoluten Gesamtzahlen. Die genannten Daten liegen für den Zeitraum von 2018 bis 2022 vor.

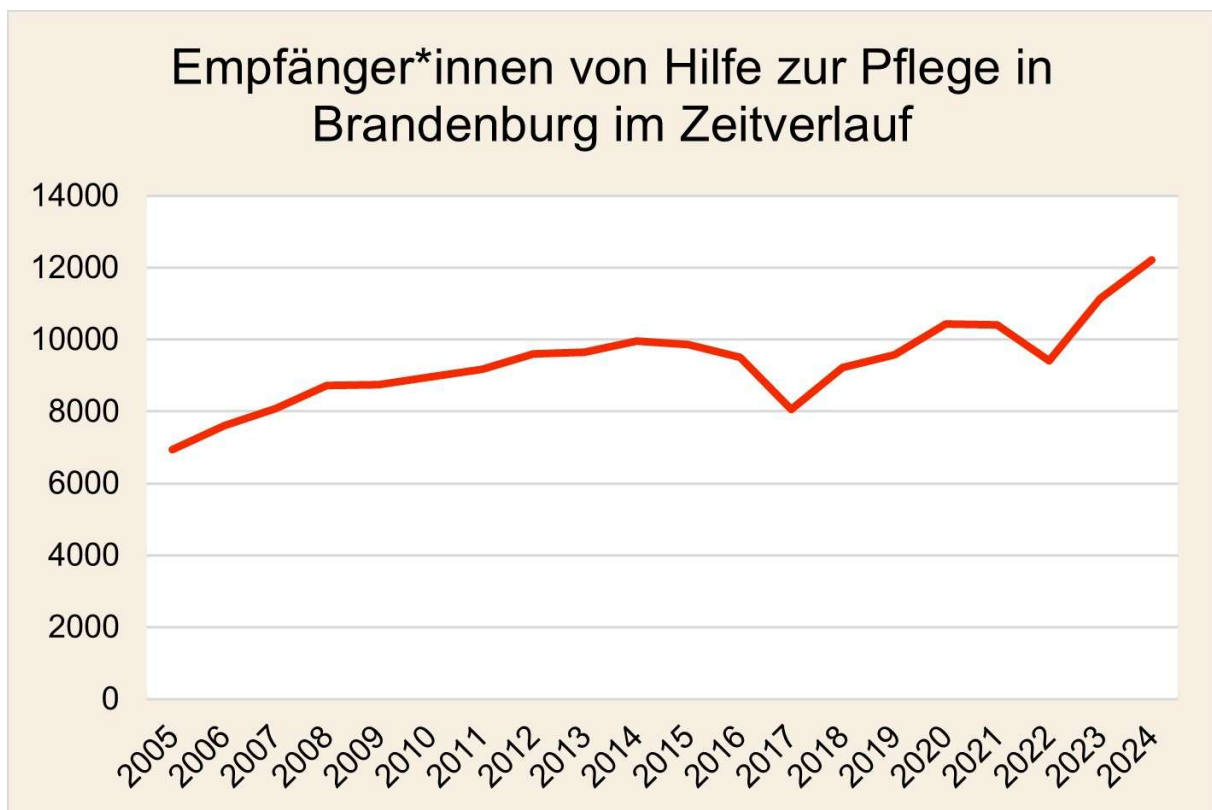


Abbildung 39: Empfänger*innen von Hilfe zur Pflege in Brandenburg im Zeitverlauf

Quelle: eigene Darstellung basierend auf: Statistisches Bundesamt, Genesis Online, Tabelle 22131-0012

Abbildung 39 zeigt die Anzahl der Leistungsempfänger*innen von Hilfe zur Pflege im Zeitverlauf seit 2005. Die Steigerung der Fallzahlen von 6.943 auf 12.225 stellt eine prozentuale Zunahme von etwa 76 % dar. Im Land Brandenburg ist eine Tendenz sichtbar, die fast alle ostdeutschen Bundesländer charakterisiert: eine auffällige Entwicklung in Richtung steigender Zahlen der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege.

Die Ausgaben der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen in Brandenburg beschränken sich nach Auskunft des zuständigen Ministeriums im Wesentlichen auf Hilfe zur Pflege in ambulant betreuten

⁹ Vgl. <https://sozialindikatoren.brandenburg.de/start> (Abruf vom 03.02.2026).

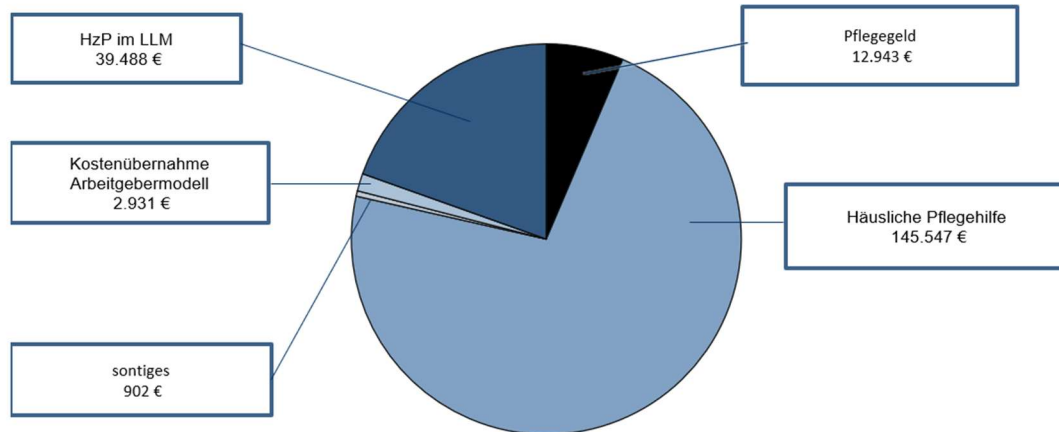
Wohngemeinschaften, die im Land Brandenburg recht verbreitet sind. Die Sozialhilfegewährung außerhalb von Einrichtungen in Privathaushalten findet mit Ausnahme von Leistungsgewährungen für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf so gut wie nicht statt.

2.4.5 Freie und Hansestadt Hamburg

Die Freie und Hansestadt Hamburg ist das Bundesland mit den anteilig meisten Hilfe zur Pflege-Empfänger*innen außerhalb von Einrichtungen. Anders als im Land Berlin erklären sich die hohen Ausgaben in der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen nicht durch eine besonders hohe Zahl an ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Die Gewährungspraxis in Hamburg hat eine lange Tradition. Nicht nur in der Hilfe zur Pflege auch in der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes und der Altenhilfe gem. § 71 SGB XII hat sich in Hamburg eine der Gesetzeslage und der Intention des Sozialhilferechts entsprechende Gewährungspraxis etabliert, die sich insbesondere an einkommensschwache und von Armut betroffene Haushalte richtet. Auch die Gewährung des, den Sozialhilfeberechtigten bei vollem Sachleistungsbezug zustehenden, anteiligen Pflegegeldes zeichnet die Freie und Hansestadt aus, dient dies doch der Bewältigung mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen höheren Ausgaben, die – wie zuvor dargestellt – regelmäßig anfallen und zu decken sind. Die Freie und Hansestadt Hamburg ist das Bundesland, in dem die Modellrechnung zur Dunkelziffer von sozialhilfeberechtigten Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit mit der tatsächlichen Leistungsgewährung weitgehend übereinstimmt. Insofern ließe sich für Hamburg annehmen, dass man vergleichsweise nah dran ist an einer bedarfsdeckenden und zielgruppensensiblen Gewährung der Hilfe zur Pflege, was in anderen Bundesländern in den Sozialhilfestatistiken so nicht dokumentiert wird. Ob es allerdings spezifische Hintergründe für den in den letzten Jahren deutlichen Anstieg an Hilfe zur Pflege-Ausgaben in der Freien und Hansestadt gibt, wird auch in Hamburg diskutiert. Hamburg verfügt mit über 400 Pflegediensten über eine hohe Pflegedienstichte, die offenbar in ihren Beratungsaktivitäten auch auf die Ausschöpfung der Hilfe zur Pflege-Leistung hinwirken. Eine ähnliche Performance der Pflegedienste lässt sich in anderen Bundesländern und Sozialhilfebezirken nicht nachzeichnen. Durch die recht konsequente Gewährung von Hilfe zur Pflege-Leistung im Bereich der ambulanten Versorgung sind auch die aus § 19 Abs. 6 SGB XII und der höchstrichterlichen sich ergebenden Ausfallrisiken für Pflegedienste bei der Versorgung von Pflegebedürftigen gering (vgl. BSG Urteil vom 30.10.2025B 8 SO 13/24 R). Anders als in anderen Sozialhilfebezirken kennt Hamburg keine Finanzierung osteuropäischer Haushaltshilfen über die Hilfe zur Pflege. Was nicht ausgeschlossen werden kann, ist, dass (auch) in Hamburg Angehörige in einem „Deal“ zwischen Pflegedienst und Haushalt über die Sachleistungen und damit über die Hilfe zur Pflege gemäß § 64b SGB XII finanziert werden. Möglicherweise kann über die pflegfachliche Begleitung, die im Zukunftspakt Pflege diskutiert wurde und auf den Weg gebracht werden soll, eine stärkere Awareness gegenüber häuslichen Pflegesituationen und bedarfsgerechter Versorgung angeregt werden. Die Erfahrungen mit dem Hamburger Nottelefon weisen darauf hin, dass es nicht nur als Randerscheinungen, prekäre Pflegekonstellationen in der eigenen Häuslichkeit gibt, die oftmals unentdeckt bleiben.

In der nachfolgenden Abbildung werden die Kosten der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen für 2025 (prognostisch) dargestellt. Dabei wird differenziert nach den dominanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gem. § 64b SGB XII, dem Pflegegeld gem. § 64a SGB XII, den Leistungen für Menschen mit Behinderungen, die trotz des Lebenslagenmodell gem. § 103 SGB IX als Hilfe zur Pflege gewährt werden sowie den Leistungen, die im sogenannten Arbeitgebermodell gem. § 64f Abs. 3 SGB XII anfallen.

AMBULANTE PFLEGE - 2025 PROGNOSE (STAND 18.12.2025)



Quelle: SAP Auswertung, Saldo Kosten/Erlöse, Beträge in Tsd. €

Abbildung 40: Ambulante Pflege – 2025 Prognose (Stand 18.12.2025)
Quelle: Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration – Sozialbehörde

Die Fallzahlen im Monatsdurchschnitt ergeben sich aus dem nachfolgenden Schaubild.

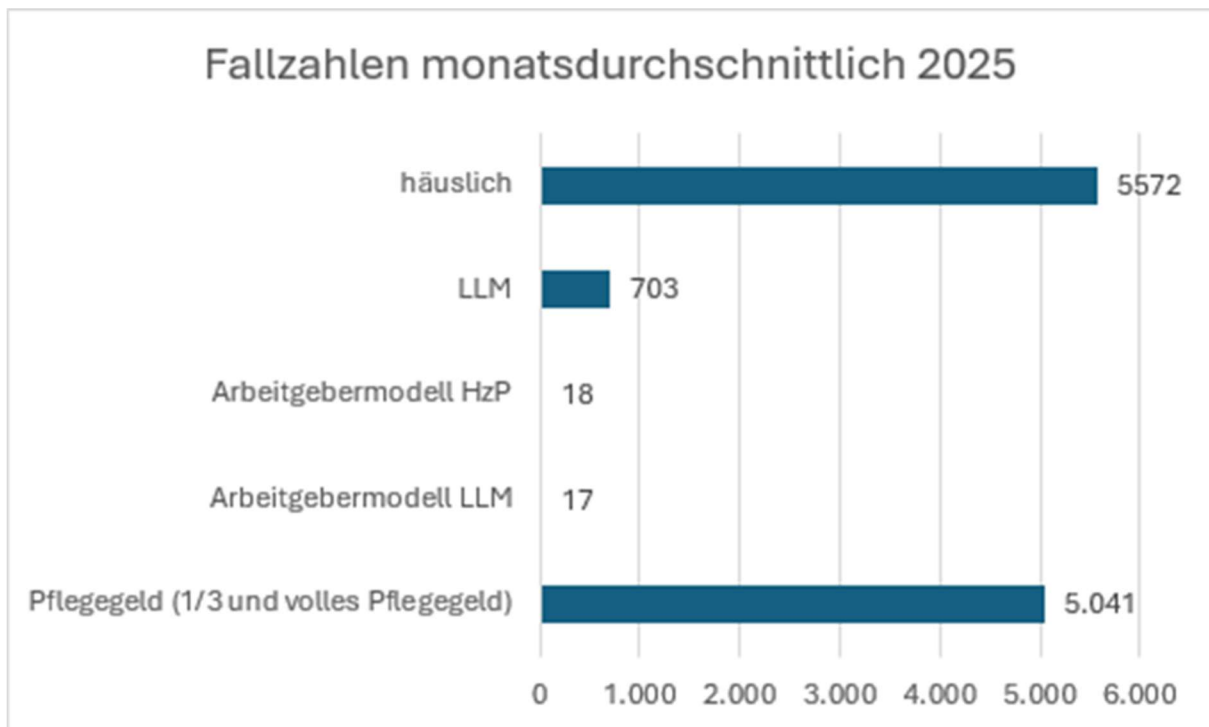


Abbildung 41: Monatsdurchschnittliche Fallzahlen 2025
Quelle: Behörde für Gesundheit, Soziales und Integration – Sozialbehörde

2.4.6 Zusammenfassung der exemplarischen Vertiefungen

Die vier exemplarischen Vertiefungen in zwei Flächenländern und zwei Stadtstaaten weisen auf eine höchst unterschiedliche Performance der Gewährung von Hilfe zur Pflege-Leistungen im Bereich der häuslichen Versorgung hin. Das Land Baden-Württemberg ist in seiner Sozialhilfeperformance faktisch

geprägt durch die hohe Eigenständigkeit der Land- und Stadtkreise als Sozialhilfeträger, die sich wie etwa am Beispiel der ambulant betreuten Wohngemeinschaften zeigt (Klie 2023), in höchst unterschiedlicher Weise die Vorschriften der §§ 61 ff. SGB XII auslegen. Insgesamt ist die Quote der Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern, die Leistung der Hilfe zur Pflege im häuslichen Bereich erhalten, niedrig. Die Analysen etwa aus dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald weisen aus, dass ein relativ starker Zuwachs der Zahl von Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfängern der Hilfe zur Pflege aus dem Personenkreis der Ukraine-Geflüchteten stammt. Sie haben in aller Regel keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung und sind insofern verwiesen auf die Leistung der Hilfe zur Pflege, so sie Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit benötigen. Am Beispiel der Stadt Ulm lässt sich zeigen, dass die Gewährungspraxis der Hilfe zur Pflege über die Jahre vergleichsweise stabil ist, dass auch in nennenswerter Zahl Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfänger über die Hilfe zur Pflege Leistungen des Pflegegeldes erhalten. Die Stadt Ulm nutzt über ein explizit für die Hilfe zur Pflege entwickeltes Fallmanagement § 63a SGB XII zur Bedarfsfeststellung und -steuerung – mit dem Effekt, dass unter Bedarfsgesichtspunkten nicht erforderliche Heimaufnahmen vermieden werden. Eine einheitliche Handschrift trägt die Sozialhilfegewährung im Rahmen der Hilfe zur Pflege in Baden-Württemberg nicht.

Das Land Berlin verfügt über eine sehr differenzierte Datenlage zur sozialen Situation der Bürgerinnen und Bürger im Land Berlin und der Gewährung von Sozialleistungen, zu denen auch die der Hilfe zur Pflege gehören. Es finden sich deutliche Unterschiede zwischen den Bezirken und innerhalb der Bezirke, in den Prognose- und Sozialräumen. Interessanterweise weisen die Zahlen für das Land Berlin aus, dass die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege in den letzten Jahren rückläufig war und ist. Womit dies zu tun hat, ist nicht unmittelbar ersichtlich. Es könnte auch mit Personalengpässen in einigen Bezirksämtern und Bezirksverwaltungen zu tun haben. Der hohe Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege im ambulanten Bereich lässt sich unter anderem auch dadurch erklären, dass das Land Berlin eine sehr etablierte und leistungserbringungsrechtlich abgesicherte Gewährungspraxis in ambulant betreuten Wohngemeinschaften vorweisen kann, von denen es im Land Berlin weit über 700 gibt. Insofern sind die Zahlen der Hilfe zur Pflege im Land Berlin unter diesen Kautelen und Besonderheiten zu interpretieren. Ansonsten ist die Gewährungspraxis von Sozialhilfeleistungen auch solchen der Altenhilfe, die sich auf Lebenssituationen in der eigenen Häuslichkeit beziehen, eher zurückhaltend. Die Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege in ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind nicht allein und vorrangig von Armut bedrohte oder Armut betroffenen Personen. Sie entsprechen vielmehr dem Klientel von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in der vollstationären Pflege. Für von absoluter Armut betroffene Personen mit Pflegebedarf gibt es auch im Land Berlin Sondereinrichtungen und Gewährungspraktiken, die sich allerdings von Bezirk zu Bezirk unterscheiden.

Das Land Brandenburg ist als ostdeutsches Bundesland aktuell in der Situation, weniger mit Altersarmut – insbesondere von Frauen – konfrontiert zu sein, da die Rentenanwartschaften von Frauen aus DDR-Zeiten deutlich günstiger sind als die entsprechenden westdeutschen Haushalte und Personengruppen. Die Ausgaben im Bereich der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen lassen sich nach Auskunft von Experten des Landes Brandenburg auf die auch in Brandenburg recht hohe Zahl von ambulant betreuten Wohngemeinschaften und eine etablierte Gewährungspraxis der Leistungen der Hilfe zur Pflege zurückführen. Hilfe zur Pflege in klassischen häuslichen Pflegearrangements sind auch in Brandenburg selten. Die Datenlage in Brandenburg ist trotz eines ambitionierten Sozialatlas in seiner Aussagekraft begrenzt.

Die Freie und Hansestadt Hamburg ist das Bundesland mit den höchsten Sozialhilfeausgaben für die Hilfe zur Pflege in der eigenen Häuslichkeit. Die Gewährung von Sozialhilfeleistung für ältere Menschen und auf Pflege angewiesene Personen in der eigenen Häuslichkeit kennt in Hamburg eine lange Tradition. Es sind nicht nur die Leistungen der Hilfe zur Pflege, sondern auch die der Altenhilfe gem. § 71 SGB XII und Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes gem. § 70 SGB XII, die in Hamburg im Bundesvergleich in besonders hohem Maße und einheitlich geregelt über Verwaltungsvorschriften gewährt werden. Auch in Hamburg gibt es, wenn auch in keinsten Weise vergleichbar mit dem Land Berlin, ambulant betreute Wohngemeinschaften, in denen – anders als in anderen Bundesländern – selbstverständlich Leistungen der Hilfe zur Pflege gewährt werden. In Hamburg gibt es klare Regeln für die Prüfung des Hilfebedarfs auf Pflege angewiesener Menschen, die Leistung der Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII beantragen. Die stetig steigenden Ausgaben der Hilfe zur Pflege auch im ambulanten Bereich lösen in der Freien und Hansestadt Hamburg Diskussionen angesichts der Haushaltsrestriktionen des Landeshaushaltes aus. Hamburg mit einer einheitlich – über die Bezirke hinweg – gesteuerten Sozialhilfepraxis zeigt exemplarisch, in welchem Umfang bei einer fachlich reflektierten und mit Routinen hinterlegten Gewährungspraxis der Sozialämter, Leistungen der Hilfe zur Pflege in der eigenen Häuslichkeit beansprucht werden können. Insofern kann die Freie und Hansestadt Hamburg in gewisser Weise als das Bundesland herangezogen werden, in dem die Umsetzung der Hilfe zur Pflege-Leistungen nah an der Gesetzeslage praktiziert wird. Für von Obdachlosigkeit Betroffene, auf Pflege angewiesene Menschen gibt es auch in der Freien Hansestadt Hamburg Sonderprogramme und Einrichtungen.

Im Fokus der explorativen Studie „Pflegearmut“ stehen die Arrangements der häuslichen Pflegehilfe in den Privatwohnungen der auf Pflege angewiesenen Menschen. Für sie geht es um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gem. § 64b SGB XII aber ggf. auch um die in der Sozialhilfe stets auch neben dem Sachleistungsbezug zu gewährende Pflegegeldleistung gem. § 64a SGB XII. Eine Sondergruppe stellen die Berechtigten von häuslicher Pflegehilfe in ambulant betreuten Wohngemeinschaften dar. Je nach Ausbau der ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind die Sozialhilfeausgaben für diesen Personenkreis hoch oder niedrig. Im Land Berlin sind diese besonders ausgeprägt angesichts der über 700 ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die im Land Berlin einen nennenswerten Beitrag zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung leisten. Eine Gruppe von Leistungsbeziehern der Hilfe zur Pflege sind Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf im Erwerbsalter. So sie in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in Wohngemeinschaften leben, erhalten auch sie Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen. Sie können im Falle des sog. Arbeitgebermodells der Gewährung der Hilfe zur Pflege in der Leistungsform des persönlichen Budgets, gem. § 63 Abs. 2 SGB XII zu hohen Ausgaben pro Person führen, die sich dann in den Bruttoausgaben der Hilfe zur Pflege und den über sie „buchführenden“ Sozialhilfestatistiken niederschlagen. Menschen mit Behinderung im Erwerbsalter können aber auch in besonderen Wohnformen leben, die je nach landesrechtlicher Sozialhilfe und Praxis der Eingliederungshilfe unterschiedlich „verbucht“ werden. Während das Land Baden-Württemberg mit dem Modell der Binnendifferenzierung besondere Wohnformen für Menschen mit Behinderung in vollstationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt hat und diese Praxis bis heute fortführt, halten andere Bundesländer auch bei der Versorgung in besonderen Wohnformen an der Zuordnung zur Eingliederungshilfe fest, mit den damit verbundenen begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung gem. § 43a SGB XI. Einen eigenen Ausgabenblock in der Hilfe zur Pflege bilden die Leistungen der stationären Versorgung gem. § 65 SGB XII. Neben den klassischen vollstationären Pflegeeinrichtungen gem. §§ 43, 71 SGB XI können auch lavierte besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe als solche rangieren.

So wie sich für die jeweiligen Bundesländer unterschiedliche Handschriften im Umgang mit der Umsetzung der Verpflichtung aus den §§ 61 ff. SGB XII zeigen, so gilt das auch auf Landesebene für die jeweiligen Sozialhilfeträger, zumeist Landkreise und kreisfreie Städte oder Stadtkreise. Ähnliches konnte nachgezeichnet werden für die Gewährung der Altenhilfe gem. § 71 SGB XII (vgl. Engler et al. 2024). Eine eigene Dynamik entfaltet sich hinsichtlich der Ausgaben in der Hilfe zur Pflege von einigen Trägern der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege unterstützten Trends, Beziehen von Leistungen der Eingliederungshilfe in die Hilfe zur Pflege zu „verlagern“ – nicht zuletzt aus fiskalischen Gründen. Entsprechende Trends lassen sich etwa in Bayern, aber auch in anderen Bundesländern beobachten. Hierbei zeigt sich, dass das bundeseinheitlich geregelte SGB XII in der Gewährungspraxis der Hilfe zur Pflege, aber auch der Nutzung der in der Hilfe zur Pflege liegenden Steuerungsoption, ausgesprochen unterschiedlich und in jedem Fall nicht einheitlich umgesetzt wird.

2.5 Zusammenfassung (vorläufiger) Befunde

Die in der explorativen Studie zur Pflegearmut vorgestellten Befunde leiden an einer unvollständigen und wenig differenzierten Datenlage über die Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen, die in den meisten Bundesländern respektive bei den meisten Sozialhilfeträgern zu „beklagen“ ist. Sie lassen erkennen, dass die Handschriften der Sozialhilfegewährung von Sozialhilfeträger zu Sozialhilfeträger aber auch von Bundesland zu Bundesland höchst unterschiedlich sind. Die ersten Dunkelzifferberechnungen, die in dieser explorativen Studie angestellt wurden, lassen über dies erkennen, dass es mit großen regionalen Unterschieden ein ausgeprägtes Dunkelziffernphänomen gibt, das heißt, dass armutsgefährdete respektive von Armut betroffene, auf Pflege angewiesene Personen nicht die ihnen an sich zustehenden Leistungen der Hilfe zur Pflege gewährt werden. Damit ergibt sich aus den Befunden unmittelbarer Handlungsbedarf, wenn das Ziel verfolgt werden soll, Menschen in prekären Lebenslagen im Zusammenhang mit aufgetretener Pflegebedürftigkeit, ihnen die Unterstützungsleistung zukommen zu lassen, die fachlich geboten sind und ihnen ein möglichst selbstbestimmtes und teilhabeorientiertes Leben ermöglichen und zugleich zur Entlastung von anderen Zugehörigen, beitragen. In einem „Nachtrag“ werden allerdings armutsspezifische Fragen in der Inanspruchnahme und Gewährung von Sozialleistungen reflektiert. Armut ist ein komplexes Phänomen, das in jedem Fall der sozialpolitischen und fachlichen Awareness bedarf, aber nicht immer einfache Antworten kennt.

3. Teil: Ausblick und Empfehlungen

3.1 Differenzierungen gefragt

Der Paritätische Gesamtverband leuchtet mit der von ihm in Auftrag gegebenen explorativen Studie zum Thema Pflegearmut in ein Dunkelfeld der Sozial-, Gesundheits- und Pflegepolitik. Dies ist verdienstvoll. Besteht doch die Gefahr, dass wie in vielen anderen sozialpolitischen Feldern auch, eher typische Mittelschichtsanliegen in den Vordergrund der sozial- und gesundheitspolitischen Debatten gestellt werden, weniger aber die von Marginalisierung besonders betroffenen vulnerablen Bevölkerungsgruppen, zu denen eben auch die unterschiedlichen, von Armut betroffenen oder armutsgefährdeten Menschen mit Pflegebedarf und diejenigen gehören, die für sie Sorge tragen. Es hat sich in der explorativen Studie herausgestellt, dass das Thema Pflegearmut in vielfältiger Weise der Differenzierung bedarf.

- a. Von Pflegearmut betroffen sind in besonderer Weise **einkommensschwache Haushalte, insbesondere Einpersonenhaushalte**. Zu ihnen zählt die große Gruppe der Bezieher oder Berechtigten von Grundsicherungsleistungen im Alter gemäß § 42 SGB XII sowie Bezieher von Erwerbsminderungsrenten, die einen Pflegebedarf aufweisen. Sie können sich Leistungen, die über den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung hinausgehen, aus ihrem eigenen Einkommen und Vermögen nicht leisten – und entsprechen demnach auch nicht dem von der Pflegeversicherung in der Regel vorausgesetzten Bild, dass Teilleistungen der Pflegeversicherung durch eigene Einkommens- und Vermögensinvestitionen auf die Finanzierung einer bedarfsgerechten Pflege ergänzt werden. Es sind insbesondere Haushalte mit niedrigem Einkommen, die das von der Pflegeversicherung vorgehaltene Pflegegeld nutzen, und dies in einer Weise, um das Haushaltseinkommen zu stabilisieren (vgl. Haumann 2024). Sie nutzen von daher auch besonders selten Sachleistungen der Pflegeversicherung, weil diese zur Kürzung des Pflegegeldes, das haushaltsökonomisch eingeplant wird, führen würde. Nun sieht das soziale Sicherungssystem auch für die Pflegebedürftigkeit Fürsorgeleistungen für Pflegebedürftige nach den Regeln des Sozialrechtes vor. In §§ 61 ff. SGB XII werden in den Tatbestandsvoraussetzungen überwiegend zu den SGB XI-Regelungen gleichlautende Ansprüche eingeräumt, die allerdings über den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung deutlich hinausgehen und überdies vorsehen, dass auch in jedem Fall ambulanter Versorgung ein Teil des Pflegegeldes erhalten bleibt. Es zeigt sich allerdings, dass die Leistungen der Hilfe zur Pflege in der häuslichen Versorgung mit wenigen Ausnahmen – Hamburg, Bremen, Berlin, Ulm, Bergisches Land, um einige Beispiele zu nennen – so gut wie nicht genutzt werden, insbesondere nicht von denjenigen, die zu den typisch pflegebedürftigen Personen im höheren Lebensalter gehören. Die Leistung der Hilfe zur Pflege werden für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf, etwa im Arbeitgebermodell gewährt und dies im Einzelfall in beträchtlicher Höhe oder aber für die Bewohnerinnen und Bewohner in ambulant betreuten Wohngemeinschaften, so die Sozialhilfeträger denn regelhaft Leistungen für diese Personengruppe in der Wohnform der Wohngemeinschaft vorsieht. Die typische häusliche Pflegesituation von einkommensschwachen Haushalten wird in aller Regel nicht durch Leistung der Hilfe zur Pflege unterstützt. Dies kennt unterschiedliche Gründe: fehlende Informationen, wenig leistungerschließende Beratung, Hemmungen in der Rechtswahrnehmung und Rechtsdurchsetzung, lange Verfahrensdauern, Prozessrisiken, geringe Bereitschaft der Träger von ambulanten Diensten, Leistungen ohne entsprechende Bewilligung durch den Sozialhilfeträger zu gewähren, das als Ausfallrisiko mangels einer für den ambulanten Bereich entsprechenden

Regelung des § 19 Abs. 6 SGB XII besteht. Es konnten in der explorativen Studie annäherungsweise Modelle der Errichtung von Dunkelziffern der Inanspruchnahme von Hilfe zu Pflege-Leistungen ermittelt werden. Es lässt sich feststellen, dass es bezogen auf den Personenkreis von einkommensschwachen Haushalten und Pflegebedarf deutliche Vollzugsdefizite auf der Ebene der Sozialhilfeträger gibt. Dabei dient das Sozialhilferecht der Sicherung einer menschenwürdigen Existenz für alle „bedürftigen“ Bürgerinnen und Bürger, gerade denjenigen, die besonders vulnerabel sind. Der Satz: „Sozialhilfe, dein gutes Recht“ wird – bezogen auf die Sicherstellung der häuslichen Pflege – in der Regel nicht praktiziert und umgesetzt. Dabei können sich einkommensschwache Haushalte mithilfe der Hilfe zur Pflege, wie Beispiele in einigen Bundesländern zeigen, eine bedarfsgerechte, pflegerische und betreuerische Unterstützung leisten bzw. sie mithilfe der Sozialhilfe organisieren. Dies kann ihnen, bei entsprechender Unterstützung durch die Sozialhilfeträger, gegebenenfalls auch durch die Pflegeberatung und ein Case Management, in besserer Weise gelingen als in Haushalten, in denen haushaltsökonomische Abwägungen die Inanspruchnahme von Leistungen respektive den Einsatz von eigenem Einkommen und Vermögen faktisch erschweren.

- b. Pflegearmut wird in der **öffentlichen Debatte** häufig im Zusammenhang mit den in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegenen **Heimkosten** und der aus ihnen folgenden Sozialhilfeabhängigkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen verbunden. Ein Großteil der Bevölkerung sieht in den hohen Heimkosten eines der größten Probleme der Pflegeversicherung und assoziiert mit dem Bezug von Sozialhilfeleistungen, sozialen Abstieg und den Verbrauch von als Lebensleistung verstandenen Vermögenswerten. So sind es auch 70 % der Bevölkerung, die in der Allensbach-Befragung 2025 (Köcher et al. 2025) in den Heimkosten eines der größten Probleme der Pflegeversicherung und auch zugleich den größten Handlungsbedarf sehen und eine Deckelung fordern. Sie befinden sich ganz auf der Linie von Norbert Blüm, der bei Einführung der Pflegeversicherung verkündet hat, dass niemand wegen Pflegebedürftigkeit alleine auf Sozialhilfe verwiesen werden sollte. Praktisch handelt es sich nicht um ein Armutsproblem, sondern um ein Problem der Mittelschicht, die Prinzipien der Leistungsgerechtigkeit verletzt sieht und ihr Einkommen und Vermögen fast vollständig einzusetzen hat.
- c. Von Armut respektive von Armutsrisiken betroffen sind die **Ehepartner von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen**. Sie werden im Rahmen der Hilfe zur Pflege vollständig mit ihrem Einkommen und Vermögen für die Aufbringung der von der Pflegeversicherung nicht gedeckten Heimkosten und die Kosten für Unterkunft und Verpflegung herangezogen. Ihnen bleibt nur das für die Hilfe zur Pflege vorgesehene Schonvermögen von 10.000 € respektive mit dem Ehepartner 20.000 €. Bei längeren Heimaufenthalten droht Ehepartnern schon während, aber in jedem Fall nach dem Tod ihres Partners ein Armutsrisiko. Sie können dann nicht mehr von ihrem ersparten oder anderweitig erworbenen Vermögen profitieren und gegebenenfalls auch nicht mehr davon leben. Sind sie, wie bei Frauen häufig, allein auf ihre Rente beziehungsweise eine Witwenrente angewiesen, besteht die Gefahr eines Armutsphänomens, das die Lebenslage bestimmt beziehungsweise Handlungsspielräume eingrenzt. Dieses wird nach einer häufig langen informellen Pflegephase, die später in einem Heimaufenthalt mündete, als ungerecht empfunden und bewertet.
- d. Eine besondere Risikogruppe bilden **pflegende Angehörige**, die wegen der Übernahme von Pflegeaufgaben auf Erwerbsarbeit verzichten oder diese deutlich einschränken. Sie können schon während der Übernahme von Pflegeaufgaben von Armutsrisiken betroffen werden, da das

Haushaltseinkommen sinkt und gegebenenfalls die Lebenshaltungskosten nicht mehr in gleicher Weise getragen werden können wie früher – dies auch mit Blick auf die in den letzten Jahren deutlich steigenden Lebenshaltungskosten sowohl im Energiesektor als auch im konsumtiven Bereich sowie den Mieten. Wenn auch die Möglichkeit besteht, während der Pflegezeit weiter Rentenversicherungsbeiträge über die Pflegeversicherung entrichten lassen zu können, ist auch das Alterseinkommen in keiner Weise so gesichert, dass jedes Armutsrisiko ausgeschlossen werden kann. Die wenigen Studien zu Armutsrisiken von pflegenden Angehörigen verdeutlichen die Einkommensunterschiede und Einkommensverzichte von pflegenden Angehörigen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen und belegen das Armutsrisiko, das insbesondere Frauen betrifft.

- e. Neben den genannten Risikogruppen gibt es **Sondergruppen** von einkommensschwachen und gegebenenfalls auch in absoluter Armut lebender Menschen, die Bedarfe im Zusammenhang der Pflegebedürftigkeit aufweisen. Zu ihnen gehören etwa **pflegebedürftige Obdachlose, suchtkranke und psychiatrisch erkrankte Pflegebedürftige**, aber auch **pflegebedürftige Kinder** und ihre Eltern und andere Gruppen von Pflegebedürftigen im Erwerbsalter, die von den Standardangeboten von Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen nicht erreicht werden, für die keine ausreichenden Beratungs- und Case Management-Angebote zur Verfügung stehen oder die sich durch ihre Lebensführung selbst erheblichen Risiken aussetzen. Diese grob skizzierten Gruppen von auf Pflege angewiesenen Menschen bedürfen der gezielten, insbesondere auch sozialarbeiterischen, aber auch pflegerischen Aufmerksamkeit.

Angesichts der vielfältigen durch Pflegebedürftigkeit angesprochenen Bedarfe respektive Einschränkungen in der Lebensführung empfiehlt es sich, für das Themenfeld der Pflegearmut einen weiten Armutsbegriff zu verwenden. Der Lebenslagenansatz nimmt nicht nur die materielle Lage, sondern auch die gesundheitliche und soziale Lage mit in den Blick, analysiert Infrastrukturdefizite respektive entsprechende Barrieren und reflektiert individuelle Fähigkeiten auf Pflege angewiesene Personen, Hilfen zu aktivieren, in Anspruch zu nehmen und zuzulassen. Im Sinne des Capability Approach muss es gerade bei von Armut betroffenen, auf Pflege angewiesene Menschen darum gehen, ihre Handlungsspielräume im Sinne Bedingungen guten Lebens zu weiten und ihre eingeschränkten Verwirklichungschancen durch gesundheitliche Probleme, Mobilitätsverlust, mangelnde soziale Teilhabe, fehlende Barrierefreiheit und unzureichende Assistenz zu kompensieren.

3.2 Empfehlungen und Implikationen

Die explorative Studie zum Thema Pflegearmut legt nachfolgende Empfehlungen und Implikationen nahe.

1. Die Hilfe zur Pflege kann bei personenzentrierter und leistungerschließender Beratung und Gewährung häusliche Pflegearrangements stabilisieren und einen wesentlichen **Beitrag zur Realisierung des Menschenwürdegebotes** mithilfe der Sozialhilfe gegenüber Pflegebedürftigen leisten. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind als Leistungen zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements von Personen mit niedrigen Einkommen Ausdruck sozialer Gerechtigkeit und Beitrag zur Sicherung der Menschenwürde.
2. Die Debatte um die Heimkosten und die Sozialhilfebedürftigkeit in Folge allein nicht zu tragender Heimkosten verstellt den Blick auf die Kernfunktion der Hilfe zur Pflege als Menschenwürde sichernde, existenzsichernde Grundversorgung. **Die Kernaufgabe der Hilfe zur Pflege liegt in der**

Existenzsicherung für einkommensschwache Haushalte, in der Verfolgung des Grundsatzes ambulant vor stationär. In der pflegepolitischen Diskussion gilt es den Fokus auf die Heimkosten und die Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit zu überwinden.

3. Es besteht ein **unabweisbarer Beratungsbedarf**, der lebenslagenabhängig unterschiedlich ausgeprägt ist. Die insgesamt fiskalisch unter Druck stehenden Träger der Sozialhilfe sehen sich bei steigenden Ausgaben der Sozialhilfe, insbesondere im stationären Bereich, nicht eingeladen, die Rechtsansprüche auf Hilfe zur Pflege im Bereich der häuslichen Pflege leistungserschließend auszubauen. Aber genau dies wäre mit Blick auf von Pflegearmut Betroffenen respektive mit entsprechenden Risiken Versehenen geboten. Die Dunkelziffer der Hilfe zur Pflege berechtigten Personen in ihrer eigenen Häuslichkeit ist hoch.
4. Die Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XII wird im Wesentlichen als eine zu vermeidende Sozialhilfeleistung angesehen – und dies insbesondere im Zusammenhang mit den hohen Heimkosten, die für etwa ein Drittel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zur Sozialhilfebedürftigkeit führen. Die Hilfe zur Pflege bedarf vor diesem Hintergrund einer Neujustierung. Mit Blick auf von relativer Armut betroffener Personen mit Hilfebedarf muss jede **Diskriminierung der Hilfe zur Pflege-Leistungen** in der eigenen Häuslichkeit vermieden werden.
5. Es ist eine **Errungenschaft**, dass es Rechtsansprüche auf Hilfe zur Pflege gibt, die eine menschenwürdige Existenz auch für Personen gewährleisten, die die Kosten der Pflege auch bei mittleren Einkommen und – auf Dauer – aus eigenen Mitteln bestreiten können. Im Rahmen einer großen Reform der Pflege(ver)sicherung sollte auch die Hilfe zur Pflege einbezogen, verbessert und in ihrer Akzeptanz gestärkt werden. In diesem Zusammenhang gilt es, die bestehenden Einkommensregeln und die der Vermögensanrechnung nach **Vorbild der Eingliederungshilfe** anzupassen und dies insbesondere mit Blick auf die Ehepartner und -partnerinnen in der häuslichen, aber auch in der stationären Pflege.
6. Eine Diskriminierung von sozialhilfeberechtigten Personen in Bezug auf Leistungen der Hilfe zur **Pflege in ambulant betreuten Wohngemeinschaften**, wie etwa aus Baden-Württemberg bekannt, gilt es entgegenzuwirken. Die leistungs- und leistungserbringungsrechtlichen Optionen gilt es im Sinne bedarfsorientierter und personenzentrierter Leistungsgewährung unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechtes zu nutzen (vgl. Klie 2023). Die Regelungen des § 19 Abs. 6 SGB XII sind auch auf den ambulanten Bereich zu erstrecken, da ansonsten Leistungserbringer nicht gewillt sind, Versorgungsaufträge Sozialhilfeberechtigter zu übernehmen.
7. Die in § 63a SGB XII angelegte **bedarfsorientierte Gewährung** der Leistung der Hilfe zur Pflege könnte auch Vorbildcharakter haben für die Leistungen der Pflegeversicherung und dies vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen und Triage-Situationen in der stationären Pflege. Die Hilfe zur Pflege sieht eine bedarfsorientierte Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege vor, die auch die Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit bzw. -notwendigkeit von Heimaufnahmen einschließt. Leistungsträgerübergreifende Regelungen – abgestimmt mit dem Begutachtungsverfahren gem. §§ 18 ff. SGB XI – könnten im Rahmen der Pflegereform 2026 vorgesehen werden.
8. Durch eine zugehende Unterstützung, die im Rahmen des Zukunftspakts Pflege durch die **pflegefachliche Unterstützung und Begleitung** diskutiert und vorgeschlagen wurde, wären insbesondere von Armut gefährdete Haushalte mit Pflegebedarf zu erreichen. Bisherige Ansätze eines präventiven Hausbesuches und Lotsen könnten – mit besonderer Beachtung armutsgefährdeter Bevölkerungsgruppen, die von den bisherigen Beratungsangeboten am

wenigsten profitieren (vgl. Haumann 2025) – in ein Gesamtkonzept und kommunal verankerte Struktur überführt werden.

9. Um die **Stigmatisierung der Hilfe zur Pflege**, die für viele aus der Lokalisierung im SGB XII abgeleitet wird, zu vermeiden oder entgegenzuwirken, könnten – dem Bundesteilhabegesetz und seiner Konzeption folgend – die Leistungen der Hilfe zur Pflege als zweiter oder dritter Teil in das SGB XI integriert werden, so dass alle Leistungen für auf Pflege angewiesene Menschen dort einheitlich und umfassend geregelt werden. Hierin läge eine „**große Lösung**“, die gewisse Überschneidungen zu den Vorschlägen der Einführung eines SGB XIII (IPAG e.V. 2023) aufweist. Allerdings würden durch die Aufnahme der Hilfe zur Pflege-Leistungen in das SGB XI die Abgrenzungsschwierigkeiten zur Eingliederungshilfe nicht überwunden. Auch die Überlegung, die Leistungen der Fachpflege im Sinne von Vorbehaltsaufgaben und heilkundlichen Aufgaben in das SGB V zu integrieren, stehen in einem gewissen Spannungsverhältnis zu den Überlegungen eines hier skizzierten pflegepolitischen Vorschlags. Die Zahl der sozialhilfeberechtigten Personen in Heimen wird ebenso steigen wie die der häuslich versorgten, auf Pflege angewiesenen Menschen in den sie berechtigenden Einkommens- und Vermögenslagen. Die Finanzsituation der Kommunen ist ganz überwiegend dramatisch. Soll die Hilfe zur Pflege, was sozialstaatlich unverzichtbar ist, die ihr zugedachte Funktion als letztes Auffangnetz für die Sicherstellung der Pflege und ihre Finanzierung weiterhin leisten, wird auch die Finanzierung der Hilfe zur Pflege neu zu ordnen sein. In diesem Zusammenhang spricht viel für den Vorschlag der kommunalen Spitzenverbände, die diesbezüglichen Kosten der Sozialhilfe zwischen Bund, Ländern und Kommunen neu zu verteilen. Gerade vor diesem Hintergrund macht der Verzicht auf die Begrenzung der Eigenanteile in Heimen unabhängig aller Einkommens- und Vermögenssituation der Pflegebedürftigen Sinn und entspricht auch den Einstellungen einer Mehrheit der Bevölkerung (vgl. Klie 2025b).

4. Nachtrag

Die vorgelegte explorative Studie zum Thema Pflegearmut versucht sich dem in der Sozialpolitik weitgehend vernachlässigten Thema anzunähern. Sie tut das, was die empirische Basis anbelangt, ganz wesentlich auf der Grundlage von Statistiken zu Sozialhilfeleistungen, die für die Lebenslage auf Pflege angewiesener Menschen maßgeblich sind – oder sein können – und geht auf der Basis von ersten Modellrechnungen der Frage von Dunkelziffern nach. Die Empfehlungen konzentrieren sich im Wesentlichen auf klassische Strategien einer personenzentrierten, leistungerschließenden Beratung und Gewährung von Sozialleistungen, die einen wichtigen Beitrag für eine menschenwürdige Existenz unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit leisten können. Die Studie lädt darüber hinaus dazu ein, das Thema Pflegearmut als ein facettenreiches zu verstehen und zu behandeln. In diesem essayistisch angelegten Nachtrag soll das Thema Pflegearmut eher unter anthropologischen, gesellschaftlichen und soziologischen Perspektiven beleuchtet werden.

In einer Gesellschaft, die zunehmend gekennzeichnet wird von Aspekten sozialer Ungleichheit und gesellschaftlicher Ausgrenzung, ist das Thema Pflegearmut keines, auf das es einfache Antworten gibt. Für die Gruppe von Pflegearmut betroffener Menschen, für die das Thema Armut eines ist, das in der Biografie eine eigene und möglicherweise lebensbegleitende Bedeutung einnimmt, ist das Thema Pflegebedürftigkeit unter Armutsbedingungen in lebensgeschichtliche Zusammenhänge eingebunden. Lebenslange Benachteiligungen kumulieren im Alter – und gerade dann und besonders, wenn im Alter auch noch eine Abhängigkeit von fremder Hilfe hinzukommt. Von Armut betroffene Menschen haben ihre eigenen Copingstrategien entwickelt, unter Armutsbedingungen ihr Leben zu gestalten – und sie verdienen Respekt davor, dass und wie sie eine Lebensform gefunden haben, mit Armut umzugehen und ihre Selbstständigkeit und Würde zu wahren. In den Lebenswelten von Armut betroffener Menschen zählt bisweilen die erlebte Unabhängigkeit und die eigene Copingstrategie viel – sie ist Ausdruck einer Autonomie, die Respekt verdient. Die in der Expertise ins Gespräch gebrachten Sozialhilfeleistungen können sich aus der Sicht von Armut betroffener Menschen als eine Infragestellung ihrer autonomen Lebensführung darstellen und als solche erlebt werden. Von Kolonialisierung von Lebenswelten ist in der Soziologie (vgl. Habermas 1981a, 1981b) und der Sozialarbeitswissenschaft die Rede (vgl. Rauschenbach und Gängler 1984) wenn ihnen mit einem bestimmten normativen Bild von gutem Leben begegnet und ihnen mit den Sozialleistungen verbundene Lebensweisen nahegebracht oder möglicherweise aufgedrängt werden. Auch passen die Lebenswelten von Armut betroffenen Menschen häufig mit der selbstreferenziellen Logik bürokratischer Sozialleistungssysteme in keinsten Weise zusammen. Die Veröffentlichung von Lebensverhältnissen, die eigene Rationalität von Sozialleistungen und der Überprüfung ihrer Voraussetzungen verträgt sich wenig mit den lebensweltlichen Bewältigungsstrategien von von Armut betroffenen Menschen. Ihnen ist zunächst einmal mit einem fundamentalen Respekt zu begegnen – und dies in einer teilnehmenden Aufmerksamkeit für ihre Lebenssituation, Existenzbedingungen, Bewältigungsstrategien und unabweisbaren Bedarfe und Bedürfnisse.

Pflegearmut ist häufig nicht allein ein Schicksal von Einzelpersonen, sondern eingebunden in soziale Netzwerke, häufig in Familienkonstellationen, die kollektiv ihr Leben unter Armutsbedingungen zu bewältigen und zu gestalten haben. Der Unterhaltsverbund zeigt sich als Wirtschafts- und Lebensgemeinschaft, in denen es – nicht selten mit traditionellen Familien- und Rollenbildern – auch

darum geht, den familiären Zusammenhalt auch unter widrigen Bedingungen, wie denen der Pflegebedürftigkeit eines Mitglieds, unter Beweis zu stellen. Fremde Hilfe, die Inanspruchnahme von Sozialleistungen kann dann lebensweltlich als eine Bedrohung dieser kulturellen Lebens- und Notgemeinschaft verstanden werden. Gerade bei Familien mit Migrationsgeschichte, sowohl den Russlanddeutschen als auch vielen türkischen Familien, die sich aus der Armutsgefährdung nicht lösen können, erklärt der Hintergrund auch die große Zurückhaltung gegenüber der Inanspruchnahme von ihnen gegebenenfalls zustehenden Sozialleistungen. Noch ausgeprägter ist die Zurückhaltung in den Armutsmilieus, in denen der Sozialstaat nicht als Unterstützung, sondern als Kontrolle und Gefährdung oder gar Bedrohung erlebt wird, was nicht zuletzt bei Asylsuchenden und Geduldeten vergleichsweise verbreitet ist. Auch hier gibt es Pflegearmut, auf die dann sehr spezifisch, eher sozialarbeiterisch zu reagieren ist. Fremde Hilfe, die Veröffentlichung von Lebensverhältnissen in Haushalten gegenüber fremden und gegebenenfalls kontrollierenden Instanzen und Personen kann als Gefährdung von Lebenswelten erlebt werden (vgl. Jansen und Klie 1999). Bei Personen und Familien mit einer längeren Geschichte sozialer Benachteiligung und Armut kumuliert in der Pflegebedürftigkeit ein Dreiklang an gesellschaftlicher Diskriminierung: alt, arm, abhängig. Wenn alte Menschen nicht mit einem besonderen kulturellen Bedeutungsüberschuss versehen sind oder werden, sind und waren sie kulturgeschichtlich (immer schon) von Ausgrenzung bedroht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2010b; Borscheid 1989). Das Thema Pflegearmut ist damit auch kulturgeschichtlich eingebunden in Ausgrenzungsdynamiken, die insbesondere dort ihre besondere Dynamik entfalten, wo Phänomene der Ressourcenknappheit auftauchen und diskursbestimmend werden. Der soziale Rechtsstaat und die im Sozialleistungsrecht eingeräumten Rechtsansprüche dienen der Würdesicherung und Realisierung von Grundrechten – auch und gerade für Menschen im Alter und Unterstützungsbedarf. De Beauvoir formulierte, dass die Kultur und das Wesen einer (sozialen) Gesellschaft sich im Umgang mit den Alten zeigt (vgl. Beauvoir 2000). Wie im Mittelalter die Hospize, können in der Nachkriegszeit für die Armutsbevölkerung geschaffene Wohn- und Versorgungsformen für alte und auf Pflege angewiesene Menschen späte Orte der Würdesicherung sein. Dies gilt auch für Unterstützung von Lebensformen in der eigenen Häuslichkeit oder in gemeinschaftlichen Wohnformen (vgl. Thiersch 2020; Falk et al. 2011; Zander 1987) entwickelt das Konzept der Dekonstruktion von Lebenswelten, das im Zusammenhang mit Hilfen für auf in Armutsverhältnissen lebenden Menschen mit Unterstützungsbedarf, dann seine besondere Bedeutung und Berechtigung erhält, wenn es darum geht, Menschen aus sie in ihren Handlungsspielräumen einschränkenden Lebensverhältnissen herauszuholen oder diese zu verändern, zu dekonstruieren, sodass neue Gestaltungsspielräume entstehen. In Haushalten mit einem sogenannten Vermüllungssyndrom, in Haushalten mit gewaltförmigen Beziehungs- und Sorgeformen, aber auch Formen von Einsamkeit und Depression können derartige eher aus der Sozialarbeit stammende Strategien ihre Bedeutung und hilfreiche Wirkung entfalten. In diesen Fällen kann der Kontakt zum unterstützenden Sozialstaat auch noch späte Handlungsspielräume und Phasen neuer erlebter Lebensqualität vermitteln, wenn die Unterstützungsleistungen denn in der geeigneten, kulturangemessenen und personenzentrierten Weise vermittelt und gestaltet werden. Dabei geht es dann gegebenenfalls weniger um qualitätsgesicherte Unterstützungsleistungen in einem standardisierten Verständnis von Pflege, sondern vielmehr um lebensweltlich und an die Personen angepasste Formen der Hilfe, die subjektiv als Unterstützung, Würdigung und Respekt erlebt werden können.

Die Hospizbewegung und Palliative Care lehren viel von einer Kultur der Sorge und Unterstützung, die sich nicht technisch versteht, sondern als Sorge in einem ganzheitlichen Verständnis. So wie in einem breiten Armutsverständnis Armut nicht nur etwas zu tun hat mit geringer Finanzausstattung, kennt auch das Konzept von Total-Pain (vgl. Heimerl et al. 2024) in dem zugrunde gelegten Verständnis von Schmerz eine Vielzahl von Dimensionen des Schmerzes: soziale, spirituelle, biografische, kulturelle und vor allen Dingen seelische Dimensionen.

Das Thema Pflegearmut kennt diejenigen, die in diesem essayistischen Nachtrag besonders in den Blick genommen werden, die über eine lange Armuts- und Ausgrenzungsgeschichte verfügen. Auf sie fokussiert sich die explorative Studie und auf sie sollte sich auch der gesellschafts- und sozialpolitische Diskurs konzentrieren – gerade in Zeiten zunehmender Ausgrenzungsgefährdung der betroffenen Gruppe älterer und auf Hilfe angewiesener Menschen. Hier ist die Sozialhilfe und ist die Hilfe zur Pflege eine Errungenschaft, wenn sie denn entsprechend eingebunden wird und werden kann in den ganzen Menschen betreffenden Unterstützungs- und Hilfestrategien. Hier finden sich derzeit (noch) viele, die zu denen gehören, die sich hinter der errechneten Dunkelziffer verbergen. Sicherlich gibt es auch diejenigen, die das System der Hilfe zur Pflege auch im häuslichen Bereich geschickt nutzen und auf der Klaviatur des Sozialrechtes zu spielen verstehen. Es mag am Rande auch Missbrauchsphänomene geben, die allerdings quantitativ gegenüber der Dunkelziffer deutlich zurücktreten. Möglicherweise gibt es auch Dynamiken, die wir aus der Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung kennen, dass die soziale Scham bei berechtigten Personengruppen zurücktritt zugunsten eines mit der Sozialhilfe verbundenen Verständnisses: Die dort vorgesehenen Leistungen sind mein gutes Recht.

Und dann gibt es die anderen; die im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit (subjektiv) von Armut bedroht sein können und werden, da sie das im Leben Ersparte und Aufgebaute einsetzen müssen. Hier handelt es sich um eine letztlich gänzlich andere Gruppe von Menschen – sicherlich mit einigen Schnittmengen. Auch diese Befürchtung gilt es, nicht zuletzt unter gesellschafts- und sozialpolitischen Gesichtspunkten, ernst zu nehmen und aufzugreifen. Sie müssen aber eingebunden werden in einen gesellschaftlichen Diskurs, der Fragen der sozialen Gerechtigkeit insgesamt thematisiert und nicht nur das Thema einer durch Pflegebedürftigkeit drohenden „Armut“.

Literaturverzeichnis

Albrecht, Martin; Ochmann, Richard; Sonnenberger, David (2025): Eigenanteilsbegrenzung in der vollstationären Pflege. Kurzanalyse zu den finanziellen Auswirkungen der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI. Policy Paper für den PKV-Verband. Hg. v. IGES Institut. Berlin. Online verfügbar unter https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e82672/e88725/e88726/e88728/attr_objts88730/PolicyPaper_final_cov_ger.pdf, zuletzt geprüft am 21.07.2025.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2025): Statistischer Bericht. Sozialhilfe im Land Brandenburg 2024. Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII. Potsdam. Online verfügbar unter https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/f26591863b04225c/1bed3294d429/SB_K01-03-00_2024j01_BB.pdf, zuletzt geprüft am 04.02.2026.

Apitzsch, Ursula; Schmidbaur, Marianne (Hg.) (2010): Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen, Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

Aulenbacher, Brigitte; Dammayr, Maria (Hg.) (2014): Für sich und andere sorgen. Krise und Zukunft von Care in der modernen Gesellschaft. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Barth, Cordula (2012): Arme Menschen sterben kränker und früher. Möglichkeiten der politischen Steuerung gegen Armut und Krankheit. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege : deutsche Zeitschrift für soziale Arbeit* 159 (5), S. 182–184.

Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: Springer-Verlag. Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/730349426>.

Beauvoir, Simone de (2000): Das Alter. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Bertermann, Britta; Naegele, Gerhard; Olbermann, Elke (2012): Armut im Alter. In: Clemens Tesch-Römer, Jochen P. Ziegelmann und Hans-Werner Wahl (Hg.): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 128–133.

Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In: Ullrich Bauer und Andreas Büscher (Hg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: Springer-Verlag, S. 238–255.

Borscheid, Peter (1989): *Geschichte des Alters. Vom Spätmittelalter zum 18. Jahrhundert*. 1. Aufl. München: Dt. Taschenbuch-Verl. (dtv, 4489).

Braeseke, Grit; Oehse, Isabelle; Pörschmann-Schreiber, Ulrike; Schwanemann, Esther (2025): Studie zur Entbürokratisierung des Verfahrens zum Wohngeldbezug für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in der stationären Langzeitpflege inkl. Fachgespräch. Endbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. IGES Institut.

Brenke, Karl (2018): Armut: vom Elend eines Begriffs. In: *Wirtschaftsdienst* 98 (4), S. 260–266. DOI: 10.1007/s10273-018-2284-9.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hg.) (2025): Lebenslagen in Deutschland. Der Siebte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berichtsentwurf vom 1. Oktober 2025. Online verfügbar unter <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Service/Meldungen/Meldungen/entwurf-7-arb-im-ressortkreis-abgestimmt.html>, zuletzt geprüft am 18.12.2025.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2010a): Altersbilder in der Gesellschaft. Kurzfassung des Sechsten Altenberichts, Stand: 3. März 2010. Kommissionsdrucksache 216. Sachverständigenkommission "Sechster Altenbericht der Bundesregierung".

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2010b): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Sachverständigenkommission "Sechster Altenbericht der Bundesregierung". Berlin (Bundesdrucksache, 17/3815).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2025): Neunter Altersbericht. Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 20/14450. Berlin. Online verfügbar unter https://www.neunter-altersbericht.de/fileadmin/Redaktion/Bericht_Broschuere_Deckblaetter/neunter-altersbericht-bundestagsdrucksache_final.pdf, zuletzt geprüft am 18.12.2025.

Buslei, Hermann; Geyer, Johannes; Haan, Peter; Harnisch, Michelle (2019): Starke Nichtinanspruchnahme von Grundsicherung deutet auf hohe verdeckte Altersarmut. Hg. v. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (DIW Wochenbericht, 49/2019).

Butterwegge, Christoph; Bosbach, Gerd; Birkwald, Matthias W. (Hg.) (2012): Armut im Alter. Probleme und Perspektiven der sozialen Sicherung. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Bylow, Christina; Vaillant, Kristina (2016): Die verratene Generation. Was wir den Frauen in der Lebensmitte zumuten. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), zuletzt geprüft am 18.12.2025.

Cremer, Georg (2025): Alles schrecklich ungerecht? Mythen, Halbwahrheiten, Fakten zum deutschen Sozialstaat. 1. Aufl. Freiburg, Basel, Wien: Verlag Herder.

Deutscher Bundestag (2016): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (11. Ausschuss). Drucksache 18/10523. Berlin. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/18/105/1810523.pdf>, zuletzt geprüft am 03.02.2026.

Dörner, Klaus (2012): Helfensbedürftig. Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. Neumünster: Paranus Verlag.

Engler, Stefanie; Bleck, Christian; Kricheldorf, Cornelia (2023): Gerontologisches Gutachten zu fachlich begründeten Einzelleistungen nach § 71 SGB XII. Identifikation, Analyse und Beschreibung aus gerontologischer Perspektive als Basis für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung eines Berliner Altenhilfestrukturegesetzes auf Grundlage des § 71 SGB XII. Auszüge des Gutachtens. Online verfügbar unter <https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/personen/bleck/PublishingImages/forschungsprojekte/Gerontologisches%20Gutache>

n%20Einzelleistungen%20%C2%A7%2071%20SGB%20XII%20Auszug.pdf, zuletzt geprüft am 01.10.2024.

Engler, Stefanie; Bleck, Christian; Kricheldorf, Cornelia (2024): Gerontologisches Gutachten zu fachlich begründeten Einzelleistungen nach § 71 SGB XII. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.

Falk, Katrin; Heusinger, Josefine; Kammerer, Kerstin; Khan-Zvornicanin, Meggi; Kümpers, Susanne; Zander, Michael (Hg.) (2011): Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin: edition sigma.

Fuchs, Harry (2016): Neue Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe. Es drohen erhebliche Versorgungslücken für behinderte Menschen. In: *Soziale Sicherheit* (8).

Fuchs, Harry; Ritz, Hans-Günther; Rosenow, Roland (2021): SGB IX - Kommentar zum Recht behinderter Menschen. Mit Erläuterungen zum AGG und BGG. 7. Auflage ; völlig neu bearbeitete Auflage des von Karl Jung und Horst Cramer begründeten Werkes. München: Vahlen (Vahlens Kommentare).

Grabka, Markus M.; Kalina, Thorsten (2014): Niedriglohnbeschäftigung in Haupt- und Nebenjobs. eine Herausforderung für die Alterssicherung. In: Ernst Kistler und Falko Trischler (Hg.): Reformen auf dem Arbeitsmarkt und in der Alterssicherung - Folgen für die Einkunftsfrage im Alter. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Arbeit und Soziales, 196), S. 61–82.

Habermas, Jürgen (1981a): Theorie des kommunikativen Handelns. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung (Bd. 1). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Habermas, Jürgen (1981b): Theorie des kommunikativen Handelns. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft (Bd. 2). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Haubner, Tine (2017): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. 1. Aufl. Frankfurt: Campus Verlag.

Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang (Hg.) (2021): Sozialgesetzbuch (SGB) XII: Sozialhilfe. Kommentar. Berlin: Erich Schmidt (Sozialgesetzbuch (SGB) – Gesamtkommentar).

Haumann, Wilhelm (2022): Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. In: Thomas Klie (Hg.): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41), S. 31–74.

Haumann, Wilhelm (2024): Bevölkerungsbefragung: Kernfragen der Pflege. In: Andreas Storm (Hg.): Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege - Beruflich Pflegende im Fokus. Unter Mitarbeit von Wilhelm Haumann, Michael Isfort, Philip Lewin, Mareike Mähs, Sam Schwierk, Isabel Schön et al. Heidelberg, S. 29–65.

Haumann, Wilhelm (2025): Pflege vor Ort sichern - Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung. In: Thomas Klie: Pflegereport 2025. Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 26–60.

Heimerl, Katharina; Millius, Sabine; Kunz, Roland; Kojer, Marina (Hg.) (2024): Total Pain in der Palliativen Geriatrie. Vom Umgang mit dem existenziellen Schmerz im hohen Alter. Unter Mitarbeit von Manfred Baumann. 1. Auflage. Bern: Hogrefe.

Heinze, Rolf G.; Klie, Thomas; Kruse, Andreas (2015): Subsidiarität revisited. In: *Sozialer Fortschritt* 64 (6), S. 131–138.

Helmert, Uwe; Bammann, Karin; Voges, Wolfgang; Müller, Rainer (Hg.) (2000): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa Verlag (Gesundheitsforschung).

Huppertz, Lisa; Heitzenröder, Lena; Deremetz, Anne; Engels, Dietrich (2024): Nichtinanspruchnahme von Grundsicherungsleistungen – Motive und Hintergründe. Forschungsbericht im Rahmen des Siebten Armuts- und Reichtumsberichts. Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Hg. v. Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG). Köln. Online verfügbar unter <https://www.isg-institut.de/home/wp-content/uploads/ISG-Nichtinanspruchnahme.pdf>, zuletzt geprüft am 22.12.2025.

IPAG e.V. (2023): Care Share 13. Gesundheitsversorgung braucht Infrastruktur. Ein Architekturentwurf für einen neuen Systemtyp. Institution für Pflege, Altern und Gesundheit (IPAG e.V.). Online verfügbar unter <https://zukunft-gesundheit.thueringen.de/wp-content/uploads/2023/07/ipag-Care-Share-13.pdf>, zuletzt geprüft am 11.10.2023.

Jansen, Birgit; Klie, Thomas (1999): Häuslichkeit. Berichte und Fragen an Soziale Gerontologie und Pflegewissenschaft. In: Birgit Jansen, Fred Karl, Hartmut Radebold und Reinhard Schmitz-Scherzer (Hg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz, S. 521–539.

Klie, Thomas (2013): Altersdiskriminierung und Altersgrenzen im Recht. In: Traugott Jähnichen, Torsten Meireis, Johannes Rehm, Hans-Richard Reuter, Sirgid Reihs und Gerhard Wegner (Hg.): Alternde Gesellschaft. Soziale Herausforderungen des längeren Lebens. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (Jahrbuch Sozialer Protestantismus, 6), S. 207–245.

Klie, Thomas (2014): Zwischen Pflege und Eingliederungshilfe – sozialrechtliche und konzeptionelle Überlegungen zur Betreuung alter Menschen mit geistiger Behinderung und Pflegebedarf. In: Ramona Bruhn und Benjamin Straßer (Hg.): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 281–290.

Klie, Thomas (2017): Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Klie, Thomas (2018): Ambulante betreute Wohngemeinschaften. Hybride Versorgungsform in rechtlicher Gemengelage - 2. Teil. In: *PflegeRecht* 22 (7), S. 423–430.

Klie, Thomas (2019): DAK-Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege - Bilanz und Reformbedarf. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (30).

Klie, Thomas (2022a): Altenhilfestrukturen gewährleisten - Berliner Gesetz »Gutes Leben im Alter«. Wenn der Bund nichts tut, dann die Länder? In: *Blätter der Wohlfahrtspflege : deutsche Zeitschrift für soziale Arbeit* 169 (2), S. 54–57.

Klie, Thomas (2022b): Berliner Gesetz „Gutes Leben im Alter“. Ein erstes Altenhilfestrukturen-gesetz auf Landesebene? In: *NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.* 102 (2), S. 60–67.

Klie, Thomas (2023): Sozialhilfegewährung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. In: *NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.* 103 (6), S. 260–267.

Klie, Thomas (2024): Pflegereport. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Unter Mitarbeit von Wilhelm Haumann, Michael Isfort, Philip Lewin, Mareike Mähs, Sam Schwierk, Isabel Schön et al. Hg. v. Andreas Storm. DAK-Gesundheit. Hamburg/Freiburg (47).

Klie, Thomas (2025a): Caring Community – neue Vereinbarkeit oder restaurativer Familialismus. In: *Sozialer Fortschritt* 74 (2/3), S. 117–134.

Klie, Thomas (2025b): Pflegereport 2025. Pflege vor Ort – zwischen Anspruch und Wirklichkeit Perspektiven für ein verlässliches Pflegesystem. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag. Online verfügbar unter <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/134854/data/fe64bfbac6c8d1d49b23a908abfe5110/dak-pflegereport-2025-ebook.pdf>, zuletzt geprüft am 22.09.2025.

Klie, Thomas (2026 i.E.): Juristische Expertise zur Weiterentwicklung der Nationalen Demenzstrategie. Hg. v. Geschäftsstelle Nationale Demenzstrategie.

Klie, Thomas (2026 im Erscheinen): Pflegereport 2026. Resilienz der Pflegeversicherung [Arbeitstitel]. Hg. v. Andreas Storm.

Klie, Thomas; Bruker, Christine (2016): "Kinder und Pflegebedarf, das hat eh keiner auf dem Schirm. Pflege ist ein Altersthema. In: *Case Management* 13 (3), S. 142–146.

Klie, Thomas; Heislbetz, Claus; Schuhmacher, Birgit (2020): Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53 (6), S. 491–497. DOI: 10.1007/s00391-020-01713-6.

Klie, Thomas; Schmidt, Roland (1999): Zum "Internationalen Jahr der Senioren" (II). Die Pflegeversicherung ist unter strategisch-politischen Gesichtspunkten ein großer Erfolg - allerdings besteht Reformbedarf. In: *TUP - Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 50 (2), S. 48–53.

Köcher, Renate; Klie, Thomas; Storm, Andreas (2025): Pflege am Kipppunkt. DAK Pflegereport 2025/2026. Online verfügbar unter <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/151886/data/74cf46409501a943399a1975715ef1cd/251104-download-praesentation-pk-pflege.pdf>, zuletzt geprüft am 29.01.2026.

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg (KGC) in der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HaG) (Hg.) (2016): Wer pflegt Herrn K.? Pflege ohne Obdach: Wie Wohnungslosenhilfe und Pflegesystem besser kooperieren und damit obdachlosen Männern und Frauen helfen können. Eine Informationsschrift der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Hamburg. 1. Aufl.

Marburger, Horst (2020): SGB XII - Sozialhilfe: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Textausgabe mit praxisorientierter Einführung. 19. Aufl. Regensburg: Walhalla.

Matzk, Sören; Tsiasioti, Chrysanthi; Behrendt, Susann; Jürchott, Kathrin; Guerra, Felipe Argüello; Schwinger, Antje (2024): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Antje Schwinger, Adelheid Kuhlmeier,

Stefan Greß, Jürgen Klauber, Klaus Jacobs und Susann Behrendt (Hg.): Pflege-Report 2024. Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Preker, Alexander (2025): Wie Sie Ihr Haus am besten in die nächste Generation retten. In: *Der Spiegel* 2025, 19.11.2025 (47). Online verfügbar unter <https://www.spiegel.de/wirtschaft/service/immobilien-schenkung-mit-niessbrauch-oder-leibrente-wie-sie-ihr-haus-am-besten-in-die-naechste-generation-retten-a-88751abc-3fae-4114-a9dc-8a272dabb7d3>, zuletzt geprüft am 23.12.2025.

Rauschenbach, Thomas; Gängler, Hans (1984): Halbierte Verständigung - Sozialpädagogik zwischen Kolonialisierung und Mediatisierung lebensweltlichen Eigensinns. In: Siegfried Müller (Hg.): Verstehen oder kolonialisieren? Grundprobleme sozialpädagogischen Handelns und Forschens. Bielefeld: Kleine, S. 145–168.

Reinprecht, Christoph (2006): Nach der Gastarbeit. Präkeres Altern in der Einwanderungsgesellschaft. Wien: Braumüller.

Rischard, Pablo (2019): Die Kosten der Pflege in Deutschland - Auswertungen von Daten der Pflege- und Sozialhilfestatistik. In: Thomas Klie: DAK-Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege - Bilanz und Reformbedarf. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Hg. v. Andreas Storm. Unter Mitarbeit von Wilhelm Haumann, Helmut Hildebrandt, Laura Lange, Philip Lewin, Christine Moeller-Bruker, Johanna Pfeil et al. Heidelberg: medhochzwei Verlag (30), S. 181–221.

Rosenow, Roland (2009): Teilhabeleistungen für alte Menschen. In: *Betreuungsmanagement* (4), S. 195–199.

Rothgang, Heinz; Burfeindt, Corinna; Czwikla, Jonas; Müller, Rolf (2025): Barmer Pflegereport 2025. Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf. Hg. v. BARMER (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 48).

Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2019a): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Initiative Pro-Pflegereform. Online verfügbar unter https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Zweites_Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2020.

Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2019b): Revolution statt Evolution. Auf dem Weg zur Pflegeversicherung 4.0. In: *Pro Alter* 51 (1), S. 29–32.

Schäper, Sabine; Dieckmann, Friedrich; Rohleder, Christiane; Rodekohl, Bianca; Katzer, Michael; Frewer-Graumann, Susanne (2019): Inklusive Sozialplanung für Menschen im Alter. Ein Manual für die Planungspraxis. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Schölkopf, Martin (2024): Neue Wohnformen in der Langzeitpflege – Entwicklung und Berücksichtigung im SGB XI. In: Antje Schwinger, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber, Klaus Jacobs und Susann Behrendt (Hg.): Pflege-Report 2024. Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 77–86.

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung Berlin (2023): Monatliche Statistik nach dem 5. – 9. Kapitel des SGB XII (HbL) in Berlin.

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (Hg.) (2025): Landespflegeplan 2025. Berlin.

Stadt Karlsruhe Sozial- und Jugendbehörde, Fachstelle Wohnungssicherung (2024): Versorgung Pflegebedürftiger Wohnungsloser Menschen in kommunalen Unterkünften. Karlsruhe.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2026a): Empfänger/ -innen nach Geschlecht, Ort der Leistungserbringung, Altersgruppen und Nationalität. Regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte. Code 22151-01-02-4. Online verfügbar unter <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online?operation=tables&code=22151-01-02-4>, zuletzt geprüft am 15.01.2026.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2026b): Pflegebedürftige nach Leistungsart und Geschlecht. - Stichtag - regionale Tiefe: Kreise und krfr. Städte - ab 2019. Code 22411-02-05-4. Online verfügbar unter <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online?operation=tables&code=22411-02-05-4>, zuletzt geprüft am 15.01.2026.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (29.01.2025): Im Jahr 2024 weiterhin ein Fünftel der Bevölkerung von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht. Pressemitteilung Nr. 036. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/01/PD25_036_63.html, zuletzt geprüft am 23.01.2026.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026a): Bevölkerung: Kreise, Stichtag, Altersgruppen. Code 12411-0017. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/url/ae7e5a47>, zuletzt geprüft am 15.01.2026.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026b): Empfänger von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII: Bundesländer, Jahre, Art der Hilfe, Ort der Leistungserbringung. Code 22131-0012. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/url/a8c74eb4>, zuletzt geprüft am 15.01.2026.

Thiersch, Hans (2020): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit revisited. Grundlagen und Perspektiven. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Edition Soziale Arbeit). Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779956143.

Think Tank Vorbehaltsaufgaben (TT VA) & Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP) (2024): Vorbehaltsaufgaben der Pflege. Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP). Duisburg. Online verfügbar unter https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2024/03/Vorbehaltsaufgaben-_Broschuere-DGP-1.pdf, zuletzt geprüft am 10.04.2024.

Udsching, Peter (2000): Die vertragsrechtliche Konzeption der Pflegeversicherung. In: Gerhard Igl und Thomas Klie (Hg.): Pflegeversicherung auf dem Prüfstand. Analysen und Perspektiven zum Vergütungs- und Leistungserbringungsrecht bei stationären Pflegeeinrichtungen. Hannover: Vincentz Network, S. 5–27.

Vogel, Claudia; Künemund, Harald (2014): Armut im Alter. In: Siegfried Frech (Hg.): Armut in Wohlstandsgesellschaften. Schwalbach am Taunus: Wochenschau-Verl. (Basisthemen Politik), S. 123–136.

Zander, Margherita (1987): Anders Altsein. Kritik und Perspektiven der Altenpolitik. Unter Mitarbeit von Michael Opielka, Ellis Huber, Ilona Kickbusch, Marlene Kück, Ilona Ostner, Michael Schreyer und Alf Trojan. 1. Aufl. Essen: Klartext-Verlag (Perspektiven der Sozialpolitik, 4).